BỘ GIÁO DỤC VÀ ĐÀO TẠO BỘ Y TẾ

TRƯỜNG ĐẠI HỌC Y HÀ NỘI

NGUYỄN HỮU THẮNG

NHU CẦU ĐÀO TẠO LIÊN TỤC VỀ XỬ TRÍ MỘT SỐ BỆNH KHÔNG LÂY NHIỄM CỦA CÁN BỘ Y TẾ XÃ TỈNH HÒA BÌNH VÀ THỬ NGHIỆM GIẢI PHÁP CAN THIỆP

LUẬN ÁN TIẾN SĨ Y HỌC

HÀ NỘI – 2019

BỘ GIÁO DỤC VÀ ĐÀO TẠO BỘ Y TẾ

TRƯỜNG ĐẠI HỌC Y HÀ NỘI

NGUYỄN HỮU THẮNG

NHU CẦU ĐÀO TẠO LIÊN TỤC VỀ XỬ TRÍ MỘT SỐ BỆNH KHÔNG LÂY NHIỄM CỦA CÁN BỘ Y TẾ XÃ TỈNH HÒA BÌNH VÀ THỬ NGHIỆM GIẢI PHÁP CAN THIỆP

Chuyên ngành : Vệ sinh xã hội học và tổ chức y tế

Mã số : 62720164

LUẬN ÁN TIẾN SĨ Y HỌC

Người hướng dẫn khoa học:

1. PGS.TS. Nguyễn Hoàng Long
2. PGS.TS. Nguyễn Duy Luật

HÀ NỘI – 2019

LỜI CẢM ƠN

Để hoàn thành bản luận án này, tôi đã nhận được sự giúp đỡ, hỗ trợ chân tình và hiệu quả của nhiều đơn vị, cá nhân, thầy cô giáo và các bạn đồng nghiệp gần xa, nhóm nghiên cứu và của những người thân trong gia đình.

Trước tiên, tôi xin bày tỏ sự kính trọng và lòng biết ơn sâu sắc tới PGS.TS. Nguyễn Hoàng Long và PGS. TS. Nguyễn Duy Luật, hai người Thầy đã hướng dẫn, động viên giúp đỡ tôi trong quá trình nghiên cứu và viết luận án này. Những nhận xét và đánh giá của Thầy, đặc biệt là những gợi ý về hướng giải quyết vấn đề trong suốt quá trình nghiên cứu, thực sự là những bài học vô cùng quý giá đối với tôi không chỉ trong quá trình viết luận án mà cả trong hoạt động nghiên cứu sau này.

Tôi xin chân thành cảm ơn tập thể thầy cô trong Viện đào tạo Y học dự phòng và Y tế công cộng, Trường Đại học Y Hà Nội, Chính quyền, Sở Y tế tỉnh Hòa Bình, Trường Trung cấp Y tế, Bệnh viện đa khoa, Bệnh viện nội tiết, các đơn vị y tế huyện Mai Châu, thành phố Hòa Bình, huyện Lương Sơn, tỉnh Hòa Bình và đặc biệt các cán bộ y tế xã đã cung cấp thông tin, giúp đỡ, góp ý và tạo mọi điều kiện tốt nhất cho tôi trong quá trình nghiên cứu và viết luận án của mình.

Tôi xin cảm ơn Ban Giám hiệu, phòng Quản lý đào tạo sau đại học, trường Đại học Y Hà Nội, những đồng nghiệp gần xa đã chia sẻ, động viên, giúp đỡ để tôi hoàn thành luận án này.

Cuối cùng, tôi xin cảm ơn bố mẹ, vợ và các con đã động viên và hỗ trợ tôi rất nhiều về mặt thời gian, hy sinh về vật chất lẫn tinh thần để giúp tôi hoàn thành luận án này.

Hà Nội, ngày tháng năm 2019

NGHIÊN CỨU SINH

Nguyễn Hữu Thắng

LỜI CAM ĐOAN

Tôi là Nguyễn Hữu Thắng, nghiên cứu sinh khóa XXXIII, Trường Đại học Y Hà Nội, chuyên ngành: Vệ sinh xã hội học và Tổ chức y tế, xin cam đoan:

1. Đây là luận án do bản thân tôi trực tiếp thực hiện dưới dự hướng dẫn của PGS.TS. Nguyễn Hoàng Long và PGS.TS. Nguyễn Duy Luật.
2. Công trình này không trùng lặp với bất cứ 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 2019

NGƯỜI CAM ĐOAN

Nguyễn Hữu Thắng

MỤC LỤC

ĐẶT VẤN ĐỀ 1
CHƯƠNG 1: TỔNG QUAN TÀI LIỆU 3
1.1. MỘT SỐ THÔNG TIN CHUNG VỀ TĂNG HUYẾT ÁP VÀ ĐÁI THÁO ĐƯỜNG 3
1.1.1. Định nghĩa về tăng huyết áp và đái tháo đường 3
1.1.2. Gánh nặng bệnh tật do tăng huyết áp và đái tháo đường 3
1.2.VAI TRÒ CỦA TRẠM Y TẾ XÃ TRONG PHÒNG CHỐNG BỆNH TĂNG HUYẾT ÁP VÀ ĐÁI THÁO ĐƯỜNG 7
1.2.1. Chức năng và nhiệm vụ của trạm y tế xã 7
1.2.2. Khả năng cung ứng của Trạm y tế xã trong xử trí bệnh tăng huyết áp và đái tháo đường 9
1.3. THỰC TRẠNG VỀ NHU CẦU ĐÀO TẠO LIÊN TỤC CỦA CÁN BỘ Y TẾ CƠ SỞ VỀ XỬ TRÍ BỆNH TĂNG HUYẾT ÁP VÀ ĐÁI THÁO ĐƯỜNG. 11
1.3.1. Một số khái niệm về đào tạo liên tục và nhu cầu đào tạo liên tục.11
1.3.2. Vai trò của đào tạo liên tục 14
1.3.3. Quy trình đào tạo liên tục cho cán bộ y tế 15
1.3.4. Thực trạng về nhu cầu đào tạo liên tục của cán bộ y tế cơ sở về quản lý, điều trị tăng huyết áp, đái tháo đường 22
1.4. MỘT SỐ CHƯƠNG TRÌNH CAN THIỆP NÂNG CAO NĂNG LỰC CỦA CÁN BỘ Y TẾ CƠ SỞ VỀ XỬ TRÍ TĂNG HUYẾT ÁP, ĐÁI THÁO ĐƯỜNG 28
1.4.1. Môi trường chính sách 28
1.4.2. Một số hướng dẫn, tài liệu, chương trình đào tạo (liên tục) về phòng, chống bệnh không lây nhiễm cho cán bộ y tế xã. 29
1.5. GIỚI THIỆU VỀ ĐỊA ĐIỂM NGHIÊN CỨU 31
1.5.1. Vị trí địa lý, kinh tế xã hội 31
1.5.2. Mạng lưới y tế cơ sở của tỉnh Hòa Bình 32
1.6. SƠ ĐỒ LÝ THUYẾT NGHIÊN CỨU 33

CHƯƠNG 2: ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU..... 35
2.1. ĐIỀU TRA CƠ BẢN: XÁC ĐỊNH NHU CẦU ĐÀO TẠO LIÊN TỤC CỦA CÁN BỘ Y TẾ XÃ VỀ XỬ TRÍ TĂNG HUYẾT ÁP VÀ ĐÁI THÁO ĐƯỜNG 36
2.1.1. Đối tượng nghiên cứu 36
2.1.2. Địa điểm nghiên cứu 36
2.1.3. Thời gian nghiên cứu 36
2.1.4. Thiết kế nghiên cứu..... 36
2.1.5. Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu 36
2.1.6. Kỹ thuật và công cụ thu thập thông tin 38
2.1.7. Biến số và chỉ số nghiên cứu 40
2.2. NGHIÊN CỨU CAN THIỆP 41
2.2.1. Phát triển chương trình và tài liệu đào tạo liên tục 41
2.2.2. Thực hiện đào tạo thí điểm 42
2.2.3. Đánh giá hiệu quả chương trình đào tạo liên tục 43
2.2.4. Biến số và chỉ số nghiên cứu 45
2.3. XỬ LÝ VÀ PHÂN TÍCH SỐ LIỆU 45
2.3.1. Xử lý và phân tích số liệu trong điều tra cơ bản 46
2.3.2. Xử lý và phân tích số liệu trong đánh giá hiệu quả sau can thiệp 48
2.4. KHỐNG CHẾ SAI SỐ..... 49
2.5. ĐẠO ĐỨC NGHIÊN CỨU 49
CHƯƠNG 3: KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU 51
3.1. PHÂN TÍCH NHU CẦU ĐÀO TẠO LIÊN TỤC VỀ XỬ TRÍ TĂNG HUYẾT ÁP VÀ ĐÁI THÁO ĐƯỜNG CỦA CÁN BỘ Y TẾ XÃ TỈNH HÒA BÌNH NĂM 2017 51
3.1.1. Thông tin chung của cán bộ y tế xã tham gia nghiên cứu 51

3.1.2. Thực trạng nhu cầu đào tạo về kiến thức xử trí tăng huyết áp và đái tháo đường của cán bộ y tế xã tỉnh Hòa Bình..... 54
3.1.3. Thái độ của cán bộ y tế xã về xử trí tăng huyết áp và đái tháo đường 71
3.1.4. Nhu cầu đào tạo liên tục về kỹ năng xử trí tăng huyết áp và đái tháo đường của cán bộ y tế xã tỉnh Hòa Bình..... 73
3.1.5. Nhu cầu về chương trình, tài liệu, phương pháp, tổ chức đào tạo liên tục về xử trí tăng huyết áp và đái tháo đường của cán bộ y tế xã tỉnh Hòa Bình..... 89
3.2. ĐÁNH GIÁ HIỆU QUẢ CHƯƠNG TRÌNH ĐÀO TẠO LIÊN TỤC VỀ XỬ TRÍ TĂNG HUYẾT ÁP VÀ ĐÁI THÁO ĐƯỜNG DÀNH CHO CÁN BỘ Y TẾ XÃ..... 94
3.2.1. Phản hồi sau khóa học đào tạo liên tục về xử trí tăng huyết áp và đái tháo đường của cán bộ y tế xã, tỉnh Hòa Bình..... 94
3.2.2. Kiến thức và thái độ của cán bộ y tế xã về xử trí tăng huyết áp và đái tháo đường trước và sau đào tạo tạo liên tục 99
CHƯƠNG 4: BÀN LUẬN 102
4.1. THÔNG TIN CHUNG ĐỐI TƯỢNG NGHIÊN CỨU 102
4.2. NHU CẦU ĐÀO TẠO VỀ XỬ TRÍ TĂNG HUYẾT ÁP VÀ ĐÁI THÁO ĐƯỜNG CỦA CÁN BỘ Y TẾ XÃ TỈNH HÒA BÌNH NĂM 2017..... 103
4.2.1. Nhu cầu đào tạo của CBYT xã về kiến thức xử trí tăng huyết áp và đái tháo đường của CBYT xã, tỉnh Hòa Bình năm 2017..... 103
4.2.2. Nhu cầu đào tạo về thái độ về tăng huyết áp và đái tháo đường của cán bộ y tế xã tỉnh hòa bình năm 2017 114
4.2.3. Nhu cầu đào tạo về thực hành tăng huyết áp và đái tháo đường của cán bộ y tế xã, tỉnh Hòa Bình năm 2017..... 114
4.2.4.Nhu cầu về chương trình, tài liệu, phương pháp và tổ chức đào tạo của cán bộ y tế xã về xử trí tăng huyết áp và đái tháo đường 118

4.3. ĐÁNH GIÁ HIỆU QUẢ CHƯƠNG TRÌNH ĐÀO TẠO LIÊN TỤC VỀ XỬ TRÍ TĂNG HUYẾT ÁP VÀ ĐÁI THÁO ĐƯỜNG DÀNH CHO CÁN BỘ Y TẾ XÃ 119
4.3.1. Phản hồi của học viên sau khóa học 119
4.3.2. Kiến thức của cán bộ y tế xã về xử trí tăng huyết áp và đái tháo đường trước và sau đào tạo tạo liên tục 122
4.3.3. Thái độ về xử trí tăng huyết áp và đái tháo đường của cán của cán bộ y tế xã trước và sau đào tạo tạo liên tục 123
4.4. HẠN CHẾ CỦA NGHIÊN CỨU 124
KẾT LUẬN 125
KHUYẾN NGHỊ 127
DANH MỤC CÁC CÔNG TRÌNH KHOA HỌC ĐÃ ĐƯỢC CÔNG BỐ CÓ LIÊN QUAN ĐẾN LUẬN ÁN
TÀI LIỆU THAM KHẢO
PHỤ LỤC

DANH MỤC CHỮ VIẾT TẮT

%	Tỷ lệ phần trăm
BHYT:	Bảo hiểm y tế
BKLN:	Bệnh không lây nhiễm
BMI:	Chỉ số khối cơ thể
BV:	Bệnh viện
CSSK:	Chăm sóc sức khỏe
CBYT:	Cán bộ y tế
DALY:	Số năm sống điều chỉnh theo bệnh tật
ĐTĐ:	Đái tháo đường
KCB:	Khám chữa bệnh
HA:	Huyết áp
IDF:	Hiệp hội đái tháo đường thế giới
THA:	Tăng huyết áp
TYT:	Trạm y tế
SL:	Số lượng
YTCS:	Y tế cơ sở
YLL:	Tổng số năm sống bị mất do tử vong
YLD:	Số năm sống tàn tật
WHO	Tổ chức Y tế thế giới

DANH MỤC BẢNG

Bảng 1.1. Số lượng người mắc bệnh ĐTĐ tại một số vùng trên thế giới năm 2015, ước tính 2040. 5

Bảng 1.2. Nhu cầu đào tạo của cán bộ y tế phân theo vùng của các trạm y tế xã tại Hà Nội 27

Bảng 1.3. Nhu cầu đào tạo của cán bộ y tế phân theo khu vực của các trạm y tế xã tại Hà Nội 27

Bảng 2.1. Số cán bộ y tế xã tham gia nghiên cứu thực trạng nhu cầu đào tạo liên tục..... 37

Bảng 2.2. Phân loại mức độ ưu tiên đào tạo liên tục 48

Bảng 3.1. Thông tin cán bộ y tế xã tham gia nghiên cứu..... 51

Bảng 3.2. Tỷ lệ CBYT xã được tập huấn về quản lý bệnh mạn tính 53

Bảng 3.3. Kiến thức của CBYT xã về định nghĩa, biểu hiện và phân độ THA... 54

Bảng 3.4. Tỷ lệ CBYT xã có kiến thức đạt về phân độ THA 55

Bảng 3.5. Tỷ lệ CBYT xã có kiến thức đạt về cách đo huyết áp 55

Bảng 3.6. Tỉ lệ CBYT xã có kiến thức đạt về nguy cơ THA..... 56

Bảng 3.7. Tỉ lệ CBYT xã có kiến thức đạt về dự phòng THA 56

Bảng 3.8. Tỉ lệ CBYT xã có kiến thức đạt về biến chứng THA..... 57

Bảng 3.9. Tỷ lệ CBYT xã có kiến thức đạt về điều trị THA tại Hòa Bình.. 58

Bảng 3.10. Tỷ lệ CBYT có kiến thức đạt về xử trí THAtrong một số trường hợp đặc biệt tại Hòa Bình năm 2017 59

Bảng 3.11. Yếu tố liên quan đến kiến thức đạt về xử trí THA của CBYT xã.... 60

Bảng 3.12. Kiến thức đạt của CBYT xã về định nghĩa và phân loại ĐTĐ .. 61

Bảng 3.13. Kiến thức đạt của CBYT xã về các yếu tố nguy cơ mắc ĐTĐ .. 62

Bảng 3.14. Kiến thức đạt của CBYT xã về chẩn đoán bệnh đái tháo đường 63

Bảng 3.15. Kiến thức đạt của CBYT xã về chế độ ăn và sinh hoạt cho người bệnh ĐTĐ 64
Bảng 3.16. Kiến thức đạt của CBYT xã về điều trị đái tháo đường 65
Bảng 3.17. Kiến thức đạt của CBYT xã về biến chứng bệnh đái tháo đường và xử trí 66
Bảng 3.18. Kiến thức của CBYT xã về nhận biết dự phòng và xử trí cơn hạ đường huyết 67
Bảng 3.19. Kiến thức đạt của CBYT xã về nhận định kết quả đo đường huyết và cách xử trí..... 68
Bảng 3.20. Yếu tố liên quan đến kiến thức đạt về xử trí ĐTĐ của CBYT xã... 70
Bảng 3.21. Điểm trung bình về thái độ của CBYT xã về xử trí THA và ĐTĐ ... 71
Bảng 3.22. Tỷ lệ CBYT xã có thái độ đạt trong xử trí THA và ĐTĐ 72
Bảng 3.23. Tỷ lệ % CBYT xã có nhu cầu đào tạo theo từng kỹ năng xử trí THA.. 73
Bảng 3.24. Nhu cầu đào tạo theo từng kỹ năng xử trí THA của CBYT xã 75
Bảng 3.25. Mức độ ưu tiên đào tạo theo từng kỹ năng xử trí THA của CBYT xã 77
Bảng 3.26. Mối liên quan nhu cầu đào tạo về các kỹ năng xử trí THA..... 79
Bảng 3.27. Tỷ lệ CBYT xã có nhu cầu đào tạo theo kỹ xử trí ĐTĐ 81
Bảng 3.28. Nhu cầu đào tạo của CBYT xã theo từng kỹ năng quản lý ĐTĐ 83
Bảng 3.29. Mức độ ưu tiên theo từng kỹ thuật quản lý ĐTĐ của CBYT xã 86
Bảng 3.30. Mối liên quan đến nhu cầu đào tao kỹ năng xử trí ĐTĐ của CBYT xã 88
Bảng 3.31. Nhu cầu về phương pháp dạy – học trong đào tạo liên tục về xử trí THA và ĐTĐ của cán bộ y tế xã..... 89
Bảng 3.32. Nhu cầu về giáo viên trong đào tạo liên tục về xử trí THA và ĐTĐ của cán bộ y tế xã 90

Bảng 3.33. Nhu cầu về địa điểm đào tạo liên tục về xử trí THA và ĐTĐ của cán bộ y tế xã 91
Bảng 3.34. Nhu cầu về thời gian đào tạo liên tục về xử trí THA và ĐTĐ của cán bộ y tế xã 92
Bảng 3.35. Phản hồi về mục tiêu và nội dung khóa học 94
Bảng 3.36. Kết quả phản hồi về phương pháp giảng dạy trong khóa học .. 95
Bảng 3.37. Kết quả phản hồi về tác phong sư phạm của giảng viên 96
Bảng 3.38. Phản hồi về tổ chức khóa học 97
Bảng 3.39. Phản hồi chung về khóa học 98

DANH MỤC HÌNH

Hình 1.1. Quy trình đào tạo liên tục 15
Hình 1.2. Phân bố mức độ nhu cầu đào tạo Hennessy – Hicks của Tổ chức Y tế thế giới 18
Hình 1.3. Mô hình đánh giá hiệu quả chương trình đào tạo của Mỹ 21
Hình 1.4. Bản đồ tỉnh Hòa Bình 31
Hình 1.5. Sơ đồ khung lý thuyết của nghiên cứu "Nhu cầu đào tạo liên tục về xử trí một số bệnh không lây nhiễm của cán bộ y tế xã tỉnh Hòa Bình và thử nghiệm giải pháp can thiệp" 33
Hình 3.1. Tỷ lệ CBYT xã có kiến thức đạt về xử trí THA 59
Hình 3.2. Tỷ lệ cán bộ y tế có kiến thức đạt về xử trí đái tháo đường tại trạm y tế xã 69
Hình 3.3. Kiến thức về xử trí THA của cán bộ y tế xã trước và sau can thiệp ... 99
Hình 3.4. Kiến thức về xử trí ĐTĐ của cán bộ y tế xã trước và sau can thiệp . 100
Hình 3.5. Thái độ về xử trí tăng huyết áp và đái tháo đường của cán của cán bộ y tế xã trước và sau đào tạo tạo liên tục..... 101

ĐẶT VẤN ĐỀ

Đái tháo đường và tăng huyết áp là hai trong những bệnh không lây nhiễm đang có những diễn biến rất phức tạp. Trên toàn cầu có khoảng 40% người trưởng thành từ 25 tuổi trở lên được chẩn đoán mắc tăng huyết áp năm 2008 [1]. Hiện nay trên thế giới, tỷ lệ tang huyết áp chiếm 8 - 18% dân số [2], là một trong 10 yếu tố nguy cơ hàng đầu gây gánh nặng bệnh tật và tử vong trên toàn cầu [3]. Bên cạnh đó, tỷ lệ mắc đái tháo đường ở người trưởng thành đã tăng gấp đôi so với năm 1980, tăng từ 4,7% lên 8,5% vào năm 2014 [4], tương đương khoảng 415 triệu người [5]. Đồng thời, đái tháo đường là nguyên nhân gây ra 1,5 triệu người chết vào năm 2012, trong đó 43% người chết dưới 70 tuổi. Tại Việt Nam, tỷ lệ người trưởng thành mắc tăng huyết áp là 25,4% vào năm 2009 và tỷ lệ này là 48% vào năm 2016, một mức báo động đỏ trong thời điểm hiện tại [6]. Trong khi, tỷ lệ đái tháo đường lứa tuổi 30-69 cũng đang gia tăng một cách báo động, từ 2,7% vào năm 2006 tăng gấp đôi lên 5,4% năm 2012 [7]. Ước tính, tỷ lệ đái tháo đường ở nhóm tuổi từ 20-79 tuổi sẽ tăng lên 3,42 triệu người vào năm 2030, gia tăng 88.000 người một năm [8].

Trước tình hình này, Thủ tướng Chính phủ đã ban hành Quyết định số 376/QĐ- TTg về việc "Phê duyệt chiến lược quốc gia phòng, chống bệnh ung thư, tim mạch, đái tháo đường, bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính, hen phế quản và các bệnh không lây nhiễm khác, giai đoạn 2015- 2025". Chiến lược đặc biệt nhấn mạnh rằng quản lý tại cơ sở chăm sóc sức khoẻ ban đầu là yếu tố quyết định hiệu quả trong phòng chống các bệnh không lây nhiễm nói chung và bệnh tăng huyết áp, đái tháo đường nói riêng. Trong đó, Trạm Y tế xã/phường/thị trấn là đơn vị kỹ thuật đầu tiên tiếp xúc với người dân, giữ vai trò đặc biệt quan trọng trong thực hiện các dịch vụ chăm sóc sức khoẻ ban đầu [9]. Tuy nhiên công tác phát hiện, điều trị và quản lý bệnh không lây nhiễm ở nước ta còn hạn chế. Vì vậy có gần 60% người tăng huyết áp và gần 70% người đái tháo đường chưa được phát hiện bệnh, chỉ có 14% người tăng huyết áp, 29% người bệnh đái tháo đường và gần 30% người có nguy cơ tim mạch được quản lý, dự phòng và dùng thuốc theo quy định [10].

Hòa Bình là một tỉnh miền núi thuộc khu vực Tây Bắc của nước ta, điều kiện phát triển kinh tế - xã hội còn hạn chế với tỷ lệ mắc tăng huyết áp ở người trên 40 tuổi là 29,6%, người cao tuổi-trên 60 tuổi là 35%; tỷ lệ mắc đái tháo đường ở người trên 40 tuổi là 9,3%, tiền đái tháo đường là 56,1% [11]. Tình trạng lạm dụng rượu bia ở đây khá phổ biến, dẫn đến tác động rất xấu đối với sức khỏe, làm tăng nguy cơ mắc bệnh tăng huyết áp, đái tháo đường [12]. Trong khi đó, theo báo cáo của Sở Y tế tỉnh, trạm y tế vẫn chưa đáp ứng được nhu cầu khám chữa bệnh và dự phòng bệnh không lây nhiễm. Do đó, năm 2012, Sở Y tế tỉnh đã xây dựng dự án phòng chống bệnh không lây nhiễm, trong đó có đào tạo liên tục, nhằm nâng cao năng lực cho cán bộ y tế các tuyến, bao gồm y tế cơ sở. Tuy nhiên, hoạt động đào tạo liên tục còn một số tồn tại như chưa xác định nhu cầu đào tạo cho từng nhóm đối tượng, chưa chú trọng đến các kỹ năng thiếu hụt để thực hiện đào tạo, thời gian đào tạo chưa phù hợp, thiếu hệ thống đánh giá sau đào tạo... Để khắc phục những tồn tại nêu trên và trả lời các câu hỏi đặt ra là kiến thức, thái độ của cán bộ y tế xã về xử trí một số bệnh không lây nhiễm hiện nay ra sao? Cán bộ y tế xã đã đủ kỹ năng để xử trí một số bệnh không lây nhiễm theo yêu cầu hiện nay chưa? Cán bộ y tế xã có nhu cầu đào tạo về xử trí một số bệnh không lây nhiễm tại trạm y tế xã như thế nào? Do vậy chúng tôi nghiên cứu đề tài: **"Nhu cầu đào tạo liên tục về xử trí một số bệnh không lây nhiễm của cán bộ y tế xã tỉnh Hòa Bình và thử nghiệm giải pháp can thiệp",** nhằm nâng cao chất lượng khám chữa một số bệnh không lây nhiễm của người dân tại trạm y tế xã, cụ thể là tăng huyết áp và đái tháo đường, góp phần bảo vệ và nâng cao sức khỏe nhân dân.

MỤC TIÊU NGHIÊN CỨU

1. Phân tích nhu cầu đào tạo liên tục về xử trí bệnh tăng huyết áp và đái tháo đường của cán bộ y tế xã tỉnh Hòa Bình năm 2017.
2. Phát triển và đánh giá hiệu quả chương trình đào tạo liên tục về xử trí bệnh tăng huyết áp và đái tháo đường dành cho cán bộ y tế xã.

CHƯƠNG 1
TỔNG QUAN TÀI LIỆU

1.1. MỘT SỐ THÔNG TIN CHUNG VỀ TĂNG HUYẾT ÁP VÀ ĐÁI THÁO ĐƯỜNG

1.1.1. Định nghĩa về tăng huyết áp và đái tháo đường

1.1.1.1. Định nghĩa tăng huyết áp

Tăng huyết áp (THA) là một trạng thái trong đó máu lưu thông dưới một áp suất tăng cao lâu dài. Máu được mang từ tim đến tất cả các bộ phận của cơ thể qua các động mạch và tĩnh mạch. Mỗi lần tim đập, tim sẽ bơm máu đi khắp cơ thể. Huyết áp được tạo ra bằng lực của máu tác động lên thành trong của mạch máu khi máu được tim bơm đi khắp cơ thể. Tổ chức Y tế thế giới và Hội THA quốc tế đã thống nhất định nghĩa THA khi huyết áp tối đa ≥ 140 mmHg và/hoặc HA tối thiểu ≥ 90 mmHg [13],[14].

1.1.1.2. Định nghĩa đái tháo đường

Theo Hội Đái tháo đường Hoa Kỳ 2010: "Đái tháo đường (ĐTĐ) là một nhóm các bệnh lý chuyển hóa đặc trưng bởi tăng glucose máu do khiếm khuyết tiết insulin, khiếm khuyết hoạt động insulin hoặc cả hai. Tăng glucose máu mạn tính trong ĐTĐ sẽ gây tổn thương, rối loạn chức năng hay suy nhiều cơ quan, đặc biệt là mắt, thận, thần kinh, tim và mạch máu" [15].

1.1.2. Gánh nặng bệnh tật do tăng huyết áp và đái tháo đường

1.1.2.1. Trên thế giới

❖ **Tăng huyết áp**

Tổ chức Y tế thế giới và Trung tâm kiểm soát bệnh tật Hoa Kỳ nhận định, THA đã và đang trở thành một vấn đề y tế công cộng chính hiện nay. Trên toàn cầu, bệnh tim mạch gây ra khoảng 17 triệu trường hợp tử vong mỗi năm, tức chiếm tới 1/3 tổng số tử vong, mà trong đó, có tới 9,4 triệu ca là từ

biến chứng của THA [16]. THA là nguyên nhân gây ra ít nhất khoảng 45% ca tử vong do bệnh tim và 51% do đột quỵ [17]. Trong năm 2008, trên toàn thế giới, ước tính có khoảng 40% người từ 25 tuổi trở lên được chẩn đoán mắc THA, tức số người mắc bệnh này đã tăng từ 600 triệu người vào năm 1980 lên thành 1 tỷ người vào năm 2008 [18]. Theo Tổ chức y tế thế giới (2014) trên thế giới tỷ lệ THA 8 - 18% dân số thay đổi từ các nước Châu Á như Indonesia 6 - 15%, Malaysia 10 - 11%, Đài Loan 28%, tới các nước Âu - Mỹ như Hà Lan 37%, Pháp 10 - 24%, Hoa Kỳ 24%. Tỷ lệ THA ở người già tại Brazil (2013) là 46,9% [19], khu vực châu Phi là 46%[1].

THA là vấn đề ảnh hưởng đến 26% dân số trưởng thành trên thế giới. Năm 2000, có 972 triệu người mắc THA. Các nhà nghiên cứu đã ước tính rằng THA hiện đang giết chết 9 triệu người mỗi năm[1]. Số lượng người lớn bị THA được dự đoán sẽ tăng lên khoảng 60%, con số đó vào khoảng 1,6 tỷ người vào năm 2025 [20]. Có tới 10% chi phí chăm sóc sức khỏe liên quan đến THA, chi phí hàng năm cho THA là 370 tỷ đô [21].

❖ **Đái tháo đường**

ĐTĐ là một trong bốn bệnh không lây gây tàn phế và tử vong cao nhất (tim mạch, ĐTĐ, ung thư và bệnh đường hô hấp mạn tính) [22]. Hiệp hội Đái tháo đường thế giới (IDF) đã thống kê số người mắc bệnh ĐTĐ trên thế giới là 110 triệu người năm 1994, 135 triệu người năm 1995, 171 triệu người năm 2000 và 381,8 triệu người năm 2013 [23]. Tỷ lệ mắc ĐTĐ ở người trưởng thành đã tăng gấp đôi so với năm 1980, tăng từ 4,7% lên 8,5% [24]. Tỷ lệ này cao nhất ở khu vực Đông Địa Trung Hải và châu Mỹ (11%) và thấp nhất ở khu vực châu Âu và Tây Thái Bình Dương (9%) [25], [26]. Riêng vào năm 2015, ước tính có khoảng 415 triệu người mắc ĐTĐ. Dự báo năm 2040 sẽ có 642 triệu người mắc ĐTĐ [27], chi tiết trong bảng 1.1.

Bảng 1.1. Số lượng người mắc bệnh ĐTĐ tại một số vùng trên thế giới năm 2015, ước tính 2040.

Địa dư	2015 (triệu người)	2040 (triệu người)
Châu Phi	14,2	34,2
Trung Đông và Bắc Phi	35,4	72,1
Đông Nam Á	78,3	140,2
Nam và Trung Mỹ	29,6	48,8
Tây Thái Bình Dương	153,2	214,8
Bắc Mỹ và Caribe	44,3	60,5
Châu Âu	59,8	71,1
Việt Nam	3,5	-
Thế giới	415	642

ĐTĐ là nguyên nhân gây ra 1,5 triệu người chết vào năm 2012, trong đó 43% người chết dưới 70 tuổi [24]. ĐTĐ dẫn đến thiệt hại kinh tế không nhỏ. Dựa trên những ước tính chi phí y tế từ những tổng quan nghiên cứu gần đây, người ta ước tính chi phí trực tiếp do điều trị ĐTĐ là trên 827 tỉ đô la [24], [28].

1.1.2.2. Tại Việt Nam

❖ **Tăng huyết áp**

Tại Việt Nam, tỷ lệ mắc THA đang gia tăng một cách nhanh chóng: năm 2000 có khoảng 16,3% người lớn mắc bệnh này, đến năm 2009 tỷ lệ THA ở người lớn là 25,4% và năm 2016 tỷ lệ người lớn bị THA đang ở mức báo động là 48%, một mức báo động đỏ trong thời điểm hiện tại [6]. THA là yếu tố nguy cơ chính gây ra tai biến mạch máu não, bệnh mạch vành và các bệnh tim mạch khác [29]. Theo điều tra của Viện Tim mạch Trung ương, tỷ lệ mắc THA ở người trưởng thành là 25,1% [25], tăng 48% so với tỷ lệ mắc

công bố bởi Điều tra y tế quốc gia năm 2001-2002 [30]. Trung bình giai đoạn 2002 - 2008 mỗi năm tăng 1,3%, ước tính nếu tăng tương tự như giai đoạn trước, đến năm 2025 tỷ lệ người THA sẽ trên 35% [31]. Cuộc điều tra quốc gia về yếu tố nguy cơ của bệnh không lây nhiễm (BKLN) Việt Nam năm 2015 đã chỉ ra tỷ lệ hiện mắc THA là 18,9%, tỷ lệ này tăng từ 15,3% lên 20,3% trong độ tuổi từ 25-64 so với điều tra STEPS 2010 [32]. Huyết áp cao gây ra 91.560 ca tử vong năm 2010, chiếm 20,8% tổng số ca tử vong và 7,2% tổng số DALY, chủ yếu do tai biến mạch máu não và bệnh tim thiếu máu cục bộ [29].

Về quản lý và điều trị THA, trong nhóm được phát hiện huyết áp cao, chỉ 48,4% biết trước là đã mắc THA, 29,6% đang điều trị và 10,7% đang quản lý huyết áp hiệu quả [30]. Một nghiên cứu điều tra quốc gia chỉ ra rằng, trong nhóm đã phát hiện bệnh, 24,9% đang dùng thuốc còn lại 75,1% không sử dụng thuốc. Trong số những người có dùng thuốc (24,9%), có 9,7% kiểm soát được HA của mình [32].

Tóm lại, hiện nay ở Việt Nam, những nghiên cứu nêu trên góp phần củng cố và chứng minh rằng THA đã và đang có xu hướng tăng, diễn biến khó lường cùng những hậu quả nặng nề. Do đó, công tác phòng chống THA rất cần được quan tâm triển khai thực hiện.

❖ **Đái tháo đường**

Theo thống kê của IDF (năm 2015), ở Việt Nam có 3,5 triệu ca mắc bệnh ĐTĐ và gần 53,5 người tử vong vì căn bệnh này [33]. Bệnh viện Nội tiết Trung ương đã công bố kết quả cho biết tỷ lệ mắc bệnh ĐTĐ lứa tuổi 30- 69 tuổi toàn quốc là 2,7% vào năm 2006, tăng gấp đôi lên 5,4% năm 2012 [7]. Đây là điều đáng báo động khi tỷ lệ ĐTĐ gia tăng nhanh hơn dự báo. Ước tính, năm 2010 tỷ lệ ĐTĐ ở nhóm tuổi từ 20-79 tuổi là 2,9% tương ứng 1,65

triệu người bị bệnh và dự báo sẽ tăng lên 3,42 triệu người vào năm 2030, gia tăng 88.000 người một năm [8].

Theo báo cáo chung tổng quan ngành y tế 2015, tại Việt Nam, chưa có nghiên cứu nào đánh giá đầy đủ trên quy mô quốc gia về gánh nặng bệnh tật gây ra do ĐTĐ. Một số tài liệu cho thấy, trong số người tử vong, tỷ trọng do BKLN tăng từ 56% năm 1990 lên 72% năm 2010 [34], trong đó bệnh tim mạch chiếm 30%, ung thư 21%, bệnh đường hô hấp mạn tính 6%, tâm thần – kinh 2% và ĐTĐ 3%, tuy nhiên tăng glucose máu mạn tính trong ĐTĐ sẽ gây tổn thương, rối loạn chức năng của nhiều cơ quan, đặc biệt là mắt, thận, thần kinh, tim và mạch máu. Riêng chi phí cho điều trị ĐTD đã chiếm khoảng 3-6% ngân sách dành cho y tế hàng năm.

Trong khi đó, số người ĐTĐ không được phát hiện chiếm tỷ lệ cao. Theo điều tra về dịch tễ ĐTĐ ở nước ta tập trung vào đối tượng từ 30 đến 64 tuổi ở 04 thành phố lớn là Hà Nội, Hải Phòng, Đà Nẵng, Hồ Chí Minh cho thấy tỷ lệ mắc bệnh là 4%, có tới 64,9% số người bệnh ĐTĐ không được phát hiện và hướng dẫn điều trị. Theo nghiên cứu của cục Y tế dự phòng (năm 2015) trên tất cả người dân 18 - 69 tuổi tại 63 tỉnh thành trên toàn quốc cho thấy 68,9% người tăng đường huyết chưa được phát hiện [32].

1.2.VAI TRÒ CỦA TRẠM Y TẾ XÃ TRONG PHÒNG CHỐNG BỆNH TĂNG HUYẾT ÁP VÀ ĐÁI THÁO ĐƯỜNG

1.2.1. Chức năng và nhiệm vụ của trạm y tế xã

- Trạm y tế xã

Trạm Y tế xã/phường/thị trấn (gọi chung là Trạm Y tế xã) là đơn vị y tế thuộc Trung tâm Y tế huyện, quận, thị xã, thành phố thuộc tỉnh (gọi chung là Trung tâm Y tế huyện), được thành lập theo đơn vị hành chính xã, phường, thị trấn (gọi chung là xã). TYT xã có chức năng cung cấp, thực hiện các dịch

vụ chăm sóc sức khỏe ban đầu cho nhân dân trên địa bàn xã [35],[36]. TYT xã là đơn vị kỹ thuật đầu tiên tiếp xúc với nhân dân, nằm trong hệ thống y tế nhà nước có nhiệm vụ thực hiện các dịch vụ CSSK ban đầu, phát hiện sớm các dịch bệnh và phòng chống dịch bệnh, đỡ đẻ thông thường, cung cấp thuốc thiết yếu, vận động nhân dân thực hiện kế hoạch hóa gia đình và tăng cường sức khỏe [31].

Do đó, rất nhiều văn bản nêu rõ vai trò của TYT xã trong phòng chống các bệnh KLN. Nghị định số 117/2014/NĐ-CP ban hành ngày 8/12/2014 của Chính phủ, quy định chức năng của TYT xã về các dịch vụ chăm sóc sức khỏe ban đầu cho nhân dân trên địa bàn xã, trong đó có quản lý BKLN nói chung và xử trí THA và ĐTĐ nói riêng [36]. Nghị quyết 20/NQ-TW của Ban chấp hành Trung ương khóa XII, đặt mục tiêu đến năm 2025 đạt 95% trạm y tế xã sẽ thực hiện dự phòng, quản lý và điều trị một số BKLN phổ biến như THA, ĐTĐ, con số này sẽ tăng lên 100% vào năm 2030. Gần đây nhất, Bộ Y tế đã ban hành Quyết định số 2559 /QĐ-BYT ngày 20/04/2018 về Kế hoạch tăng cường thực hiện điều trị, quản lý tăng huyết áp và đái tháo đường theo nguyên lý y học gia đình tại các trạm y tế xã, phường, thị trấn giai đoạn 2018-2020, trong đó chỉ rõ nội dung dự phòng, phát hiện sớm, chẩn đoán, điều trị và quản lý THA và ĐTĐ mà TYT cần thực hiện:

+ Đối với THA: Phát hiện sớm, chẩn đoán, điều trị và quản lý THA không có biến chứng; Điều trị, quản lý THA đối với các trường hợp được tuyến trên chuyển về; Xử trí và chuyển người bệnh lên tuyến trên khi vượt quá khả năng chuyên môn.
+ Đối với ĐTĐ: Phát hiện sớm ĐTĐ; Xét nghiệm đường máu mao mạch cho các đối tượng nguy cơ cao; Tư vấn và lập danh sách quản lý các trường hợp nguy cơ cao, tiền ĐTĐ; Chuyển tuyến trên chẩn đoán xác

định các trường hợp nghi ngờ ĐTĐ; Điều trị, quản lý ĐTĐ đối với các trường hợp được tuyến trên chuyển về; Xử trí và chuyển người bệnh ĐTĐ lên tuyến trên khi vượt quá khả năng chuyên môn.

1.2.2. Khả năng cung ứng của Trạm y tế xã trong xử trí bệnh tăng huyết áp và đái tháo đường

1.2.2.1. Nguồn nhân lực

Tuyến YTCS đóng vai trò quan trọng trong quản lý BKLN và nhân lực luôn là một yếu tố quyết định đến sự vận hành và hiệu quả của tất cả các hoạt động. Tuy nhiên, cán bộ y tế ở tuyến xã tại một số địa phương còn yếu, không đáp ứng được nhiệm vụ quản lý các BKLN, trong đó có bệnh THA và ĐTĐ. Theo báo cáo tổng quan chung ngành y tế Việt Nam 2014, dự án THA triển khai trên tất cả 63 tỉnh, thành phố trên cả nước, trên 70 ngàn cán bộ y tế đã được đào tạo, tập huấn về phòng chống THA nhưng cho tới nay mới có 10% tổng số TYT xã, phường thực hiện được công tác quản lý điều trị THA [3].

Nghiên cứu của Hồ Văn Hải năm 2012 - 2014 tại huyện Xuyên Mộc, Bà Rịa - Vũng Tầu, chỉ ra rằng các nhân viên y tế xã có kiến thức về THA còn rất hạn chế: 40% phân độ THA sai, 70% không hiểu mục tiêu điều trị THA và 80% không hiểu rõ về sử dụng thuốc điều trị THA, do có tới 60% nhân viên chưa được tập huấn về chẩn đoán, điều trị THA. Về thực hành: 50% nhân viên y tế xã đo huyết áp chưa đúng kỹ thuật, 70% tư vấn cho bệnh nhân chưa đầy đủ về các biện pháp thay đổi lối sống, 90% kê đơn thuốc điều trị THA chưa hợp lý. Đối với nhân viên y tế thôn bản, gần 50% không có chuyên môn y tế và 70% chưa được tập huấn kỹ năng truyền thông về THA, nên kiến thức còn hạn chế, 50% không hiểu đúng THA là gì, 50% không biết các biện pháp thay đổi lối sống có lợi cho sức khỏe và 60% không biết mục tiêu của điều trị THA. Ngoài ra, hơn 2/3 cán bộ chưa tư vấn đầy đủ các biện

pháp thay đổi lối sống có lợi cho sức khỏe, 100% sử dụng tài liệu chưa đúng (tờ rơi). Nhìn chung, kiến thức và thực hành chẩn đoán, điều trị của nhân viên y tế xã và thôn bản còn hạn chế [37].

Tại huyện Đồng Hỷ, Thái Nguyên, số liệu nghiên cứu vào năm 2011 cho biết, hiện trong tổng số 18 xã, có tất cả 104 nhân viên y tế tham gia vào công tác chăm sóc sức khỏe. Có 1 TYT xã không có bác sĩ. Chỉ có một số nhân viên từ 7 TYT xã được tham gia khóa đào tạo về tư vấn thay đổi hành vi, cải thiện lối sống, phòng chống và quản lý THA. Ngoài ra, huyện Đồng Hỷ còn có 272 nhân viên y tế thôn xóm. Trong đó, chỉ có một số đối tượng được đào tạo về phòng ngừa và quản lý BKLN [38].

1.2.2.2. Thuốc thiết yếu, cơ sở vật chất, trang thiết bị.

Thuốc và các dụng cụ, trang thiết bị là một phần không thể thiếu trong điều trị THA và ĐTĐ. Theo tác giả Hoàng Văn Minh và cộng sự trong nghiên cứu tại huyện Đông Hỷ, Thái Nguyên năm 2011 đã chỉ ra không phải tất cả các loại thuốc dành cho THA đều có sẵn và chỉ có 3 TYT xã có thuốc chẹn kênh Beta. Ngoài ra, chỉ có 7 trong số 18 TYT xã có quy trình chẩn đoán và điều trị THA và 5 TYT xã có quy trình chẩn đoán ĐTĐ. Các quy trình/hướng dẫn giáo dục sức khỏe về phát hiện sớm các BKLN đều không có. Các dụng cụ và trang thiết bị liên quan đến dự phòng và điều trị BKLN lại không đáp ứng được các tiêu chí của Tổ chức Y tế thế giới cho chăm sóc sức khỏe ban đầu. Cụ thể như, không TYT xã nào có các que thử nước xeton của nước tiểu, chỉ 2 TYT xã có dải xét nghiệm nước tiểu [38]. Nhìn chung, thuốc thiết yếu cho ĐTĐ không có sẵn tại YTCS. Tiếp cận thuốc điều trị THA còn bất cập trong việc xây dựng danh mục và lựa chọn thuốc, quy định về thời gian cấp thuốc định kỳ.

1.2.2.3. Tài chính

Nguồn kinh phí cho hoạt động phòng chống, quản lý BKLN khá hạn hẹp. Phân tích số liệu thống kê giai đoạn 2005-2011 cho thấy tỷ lệ chi cho phòng chống BKLN trong tổng chi y tế quốc gia là 3,5% và hiện nay đang bị cắt giảm [3]. Về kinh phí thực hiện các hoạt động quản lý THA, ĐTĐ tại TYT xã, nhìn chung còn rất hạn hẹp và phụ thuộc rất nhiều từ tuyến trên. Ví dụ như ở Đồng Hỷ, Thái Nguyên, mặc dù đóng vai trò quan trọng trong các hoạt động phòng chống BKLN, nhưng nhân viên y tế thôn bản lại nhận được rất ít thù lao khoảng 415.000 đồng (21 USD)/tháng, trong khi những nhân viên ở vùng nông thôn khác chỉ nhận được 250.000 đồng (khoảng 12,5 USD)/tháng [38]. Bên cạnh đó, tuyến YTCS bao gồm bệnh viện huyện và TYT xã với hơn 80% số người có BHYT đang đăng ký KCB ban đầu song chỉ được sử dụng hơn 30% tổng kinh phí BHYT. Tóm lại, chính một số khó khăn này đã và đang ảnh hưởng rất nhiều đến khả năng thực hiện các dịch vụ xử trí THA, ĐTĐ của nước ta trong giai đoạn này, trong đó có công tác đào tạo liên tục.

1.3. THỰC TRẠNG VỀ NHU CẦU ĐÀO TẠO LIÊN TỤC CỦA CÁN BỘ Y TẾ CƠ SỞ VỀ XỬ TRÍ BỆNH TĂNG HUYẾT ÁP VÀ ĐÁI THÁO ĐƯỜNG

1.3.1. Một số khái niệm về đào tạo liên tục và nhu cầu đào tạo liên tục.

1.3.1.1. Đào tạo liên tục

Đào tạo liên tục: Theo thông tư 22/2013/TT-BYT của Bộ Y tế hướng dẫn việc đào tạo liên tục cho cán bộ y tế: Đào tạo liên tục được định nghĩa là "Các khóa đào tạo ngắn hạn, bao gồm: đào tạo bồi dưỡng kiến thức, kỹ năng, nghiệp vụ; cập nhật kiến thức y khoa liên tục; phát triển nghề nghiệp liên tục; đào tạo chuyển giao kỹ thuật; đào tạo theo nhiệm vụ chỉ đạo tuyến và các khóa đào tạo chuyên môn nghiệp vụ khác cho cán bộ y tế mà không thuộc hệ thống văn bằng giáo dục quốc dân" [39].

Viện quốc gia y tế Hoa Kỳ (National Institutes of Health) định nghĩa, đào tạo y khoa liên tục là tên viết tắt của các hoạt động giáo dục thường xuyên về y tế, bao gồm các hoạt động giáo dục để phục vụ cho việc duy trì và phát triển hoặc nâng cao kiến thức, kỹ năng, sự chuyên nghiệp của cán bộ y tế để cung cấp dịch vụ cho bệnh nhân và cộng đồng [40].

Bên cạnh đó, có một số cách hiểu khác về đào tạo liên tục:

- Đào tạo liên tục là bồi dưỡng về chuyên môn nghiệp vụ được xác định tất cả các hoạt động nhằm bù đắp những thiếu hụt và bổ sung, nâng cao kỹ năng, kiến thức, thái độ cho CBYT để họ có thể hoàn thành tốt nhiệm vụ của mình [41].

- Đào tạo liên tục là những khóa, những đợt đào tạo ngắn hạn dành cho CBYT đương nhiệm, những người đã được đào tạo chính quy trong các trường trung cấp, cao đẳng, đại học và hiện đang làm việc theo một vị trí nhất định trong hệ thống y tế.

- Những người tham gia các khóa đào tạo liên tục là những người đã có năng lực chuyên môn, có kinh nghiệm thực tế công tác, nhưng trong thực tế làm việc hàng ngày họ vẫn gặp những bất cập cần được nâng cao trình độ để hoàn thành nhiệm vụ của mình.

- Hình thức đào tạo liên tục rất phong phú có thể chỉ cần vài giờ, có thể là một vài ngày. Có thể đào tạo liên tục CBYT ngay trong các buổi giao ban hàng ngày, hàng tuần, hàng tháng hoặc trong các kỳ giám sát. Đó có thể là những lớp/khóa học đào tạo liên tục, các cuộc tập huấn, hội thảo về một hay nhiều chủ đề chuyên môn, nghiệp vụ, cũng có thể chỉ là những buổi học, giờ học ngay trong các cuộc giám sát, các kỳ giao ban…

- Đào tạo liên tục nằm trong phạm trù đào tạo thường xuyên: Một người cán bộ chuyên môn, nếu không tự mình học tập thì chỉ sau một thời gian rất

ngắn đã bị lạc hậu, thậm chí có những kiến thức đã bị thay đổi hoàn toàn mà người CBYT không biết.

- Đào tạo liên tục cũng nằm trong phạm trù vừa học vừa làm: Người CBYT tham gia các khóa đào tạo nhưng không bao giờ tách khỏi công việc của họ.

Do đó, đào tạo liên tục không phải là một khái niệm mới tại Việt Nam, khái niệm này đã xuất hiện trong Luật khám bệnh, chữa bệnh và rất nhiều các văn bản do Bộ Y tế ban hành nhằm hướng dẫn quản lý hiệu quả công tác đào tạo liên tục cho CBYT tại Việt Nam nói chung và tại tuyến y tế cơ sở nói riêng.

1.3.1.2. Nhu cầu đào tạo liên tục

Đầu tiên, khái niệm nhu cầu là một hiện tượng tâm lý của con người; là đòi hỏi, mong muốn, nguyện vọng của con người về vật chất và tinh thần để tồn tại và phát triển. Tùy theo trình độ nhận thức, môi trường sống, những đặc điểm tâm sinh lý, mỗi người có những nhu cầu khác nhau hay nhu cầu là cảm giác thiếu hụt một cái gì đó mà con người cảm nhận được. Nhu cầu chi phối mạnh mẽ đến đời sống tâm lý nói chung, đến hành vi của con người nói riêng. Nhu cầu được nhiều ngành khoa học quan tâm nghiên cứu và sử dụng ở nhiều lĩnh vực khác nhau trong đời sống, xã hội.

Ngoài nhu cầu đào tạo liên tục của cán nhân, ngày nay cũng nhấn mạnh đến nhu cầu đào tạo của tổ chức để đáp ứng mục tiêu, nhiệm vụ của tổ chức.

Từ đó, chúng ta có thể hiểu nhu cầu đào tạo liên tục chính là nguyện vọng, mong muốn được đào tạo, tập huấn, học tập thêm để trau dồi kiến thức, kỹ năng của con người đáp ứng yêu cầu công việc.

1.3.2. Vai trò của đào tạo liên tục

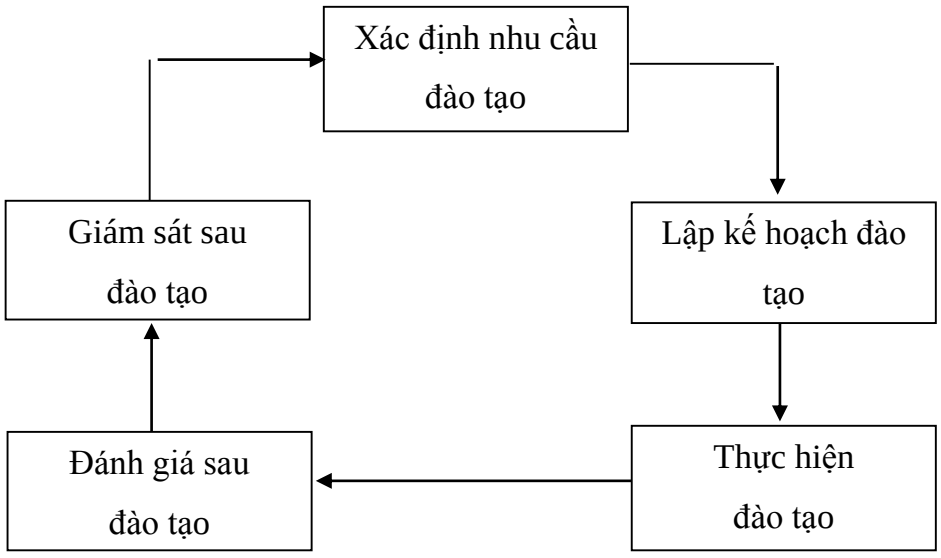
Nguồn nhân lực quyết định chất lượng mọi dịch vụ y tế, đặc biệt với ngành y tế với đối tượng phục vụ là sức khỏe con người. Song song với đó, Nghề Y là một nghề đặc biệt liên quan trực tiếp đến sức khỏe và tính mạng con người, vì vậy cán bộ y tế phải không ngừng học tập để cập nhật những kiến thức, kỹ năng và tiến bộ mới trong lĩnh vực khoa học chăm sóc sức khỏe toàn dân. Trong khi đó, đào tạo liên tục chính là một trong những giải pháp quan trọng, góp phần củng cố và nâng cao trình độ cho cán bộ y tế trong thời điểm hiện nay.

Trước đó, nhiều nhà nghiên cứu đã chỉ ra tầm quan trọng của đào tạo liên tục. Hai tác giả Martin Luchtefeld và Therese G. Kerwel sau khi xem xét 105 nghiên cứu về CME đã chỉ ra phần lớn các nghiên cứu cho rằng CME có hiệu quả tích cực cho việc cải thiện kiến thức, thực hành, kỹ năng tâm lý và CME là hình thức đào tạo thực hành tốt nhất. Theo nghiên cứu CME trong tương lai cần đánh giá nhu cầu người học, thiết kế chương trình để đáp ứng nhu cầu người học, và thực hiện đánh giá kết quả đào tạo[42]. Nghiên cứu khác của Kirk J. Armstrong và Thomas G. Weidnerchỉ ra rằng hoạt động đào tạo liên tục chính thức hay không chính thức đều mang lại sự cải thiện về kiến thức và kết quả chăm sóc sức khỏe người bệnh. Điều đó cho thấy hoạt động đào tạo liên tục là hiệu quả và mang lại lợi ích [43]. Thêm vào đó, Ronald M. Cervero và Julie K. Gaines, thuộc Hội đồng kiểm định đào tạo liên tục y khoa Hoa kỳ, đã đánh giá tổng quan 31 công trình nghiên cứu về hiệu quả của CME (giai đoạn 1977 – 2002) đưa ra các kết luận sau: (1) CME cải thiện hiệu suất của bác sĩ và kết quả chăm sóc sức khỏe của bệnh nhân, (2) CME có một tác động đáng tin cậy tích cực hơn về hiệu suất của bác

sĩ so với kết quả cải thiện sức khỏe người bệnh, (3) CME dẫn đến cải tiến lớn hơn trong hoạt động của bác sĩ và bệnh nhân [44].

1.3.3. Quy trình đào tạo liên tục cho cán bộ y tế

Thực tế hiện nay, mỗi một cơ sở xây dựng một mô hình và quy trình đào tạo cán bộ y tế riêng sao cho phù hợp với nội dung và kết quả mong muốn. Tuy nhiên, quy trình đào tạo sẽ bao gồm một số bước trong hình 1.1.



Hình 1.1. Quy trình đào tạo liên tục[45]

Nội dung cụ thể của các bước này như sau:

1.3.3.1. Xác định nhu cầu đào tạo liên tục

Xác định nhu cầu đào tạo là bước khởi đầu, tất yếu, đóng vai trò rất quan trọng quy trình đào tạo liên tục. Trong khi đó, phương pháp để xác định nhu cầu này lại là công cụ thiết yếu, giúp hỗ trợ việc đánh giá, nhìn nhận nhu cầu được chính xác và thiết thực hơn. Góp phần vào việc trả lời một số câu hỏi như: Liệu việc đào tạo liên tục này có cần thiết hay không? Và liệu rằng hiệu quả sau khi đạt được có thỏa mãn được nhu cầu không?

Phương pháp xác định nhu cầu đào tạo hiện nay được đề cập phổ biến là: (a) Phương pháp xác định nhu cầu đào tạo dựa trên mô hình bệnh tật và (b) Phương pháp đánh giá nhu cầu đào tạo Hennessy-Hicks được đề xuất bởi Tổ chức Y tế thế giới.

- **Phương pháp xác định nhu cầu đào tạo dựa trên mô hình bệnh tật [32]**

Việc xác định nhu cầu đào tạo dựa trên mô hình bệnh tật bao gồm 3 bước chính:

Bước 1. Xác định những vấn đề sức khỏe cộng đồng

Tiến hành thu thập, nghiên cứu các số liệu từ sổ sách, thống kê, báo cáo của địa phương để phân tích tình hình thực tại về sức khỏe và công tác CSSK tại cộng đồng. Người cán bộ quản lý y tế huyện có thể quan sát trực tiếp tình hình cộng đồng và các hoạt động CSSK. Khám sàng lọc, sử dụng các kỹ thuật cận lâm sàng hay phỏng vấn cộng đồng, thảo luận trực tiếp có thể được sử dụng để thu thập thông tin. Một số trường hợp phải sử dụng cả 3 phương pháp trên, nhưng cũng có những trường hợp chỉ cần sử dụng một hoặc hai phương pháp để tìm ra những vấn đề sức khỏe của cộng đồng.

Bước 2. Phân tích các vấn đề sức khỏe để chọn ra những vấn đề nào có thể được cải thiện khi người CBYT được đào tạo liên tục

Phân tích nhằm tìm ra nguyên nhân các vấn đề sức khỏe để chọn ra những vấn đề có thể được cải thiện khi người cán bộ y tế được đào tạo. Trong quá trình phân tích, cần quan tâm đến những vấn đề sức khỏe mà nguyên nhân chủ yếu là do CBYT bị thiếu hụt những kỹ năng, kiến thức hay thái độ. Với vấn đề này, ta có thể chọn giải pháp can thiệp bằng các hoạt động đào tạo liên tục, bồi dưỡng về chuyên môn và nghiệp vụ.

Bước 3. Đề xuất các chủ đề và nội dung cần đào tạo liên tục

Tiến hành phân tích những yêu cầu về năng lực chuyên môn, nghiệp vụ đòi hỏi ở người CBYT và so sánh với những khả năng thực có của CBYT, từ đó phát hiện ra những khoảng cách, thiếu hụt về kiến thức, kỹ năng hoặc thái độ của CBYT. Trong lĩnh vực đào tạo, khoảng cách hay sự chênh lệch giữa yêu cầu của công việc với khả năng đáp ứng của CBYT được gọi là nhu cầu của người học. Căn cứ vào đây, người ta xác định những chủ đề và nội dung đào tạo.

Tuy nhiên, xác định nhu cầu đào tạo liên tục còn bao gồm rất nhiều nội dung quan trọng khác tiếp theo: Đó là xác định địa điểm đào tạo, phương pháp và hình thức đào tạo, thời gian đào tạo phù hợp [29]. Dựa trên tình hình thực tế của mỗi khóa đào tạo liên tục, có thể lựa chọn một hoặc kết hợp nhiều phương pháp dạy – học nhằm khích lệ sự tham gia tích cực của học viên.

- **Phương pháp xác định nhu cầu đào tạo sử dụng bộ công cụ Hennessy-Hicks của Tổ chức y tế thế giới.**

Theo bộ phương pháp xác định nhu cầu đào tạo Hennessy – Hicks được Tổ chức Y tế giới thiệu [46], nhu cầu đào tạo được xác định là thiếu hụt giữa năng lực hiện có so với năng lực cần có, thông qua công thức:

Nhu cầu đào tạo = Năng lực cần có – Năng lực hiện tại của cán bộ

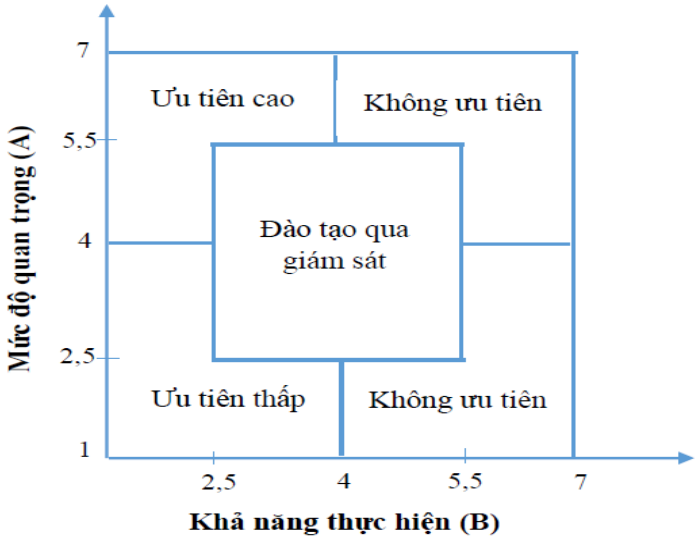
Nền tảng của lý thuyết này dựa vào việc CBYT tự đánh giá về mức độ quan trọng của nhiệm vụ, kỹ thuật hay thủ thuật mà họ đang phải đảm nhiệm, mặt khác, họ sẽ tự đánh giá về khả năng thực hiện của mình. Việc tính toán sự chênh lệch này sẽ tính ra được nhu cầu đào tạo của CBYT là gì, những kỹ năng gì họ còn thiếu và mong muốn cần bổ sung những gì.

Mỗi mục trong bảng câu hỏi được đánh giá theo thang điểm likert 7 mức: CBYT tự đánh giá về tầm quan trọng của công việc (Đánh giá A) từ 1=

hoàn toàn không quan trọng đến 7 = rất quan trọng. CBYT tự đánh giá về khả năng thực hiện công việc của mình (Đánh giá B) từ 1= không tốt đến 7= rất tốt.

Nhu cầu đào tạo được xác định khi có những khoảng trống giữa tầm quan trọng của một kỹ năng/nhiệm vụ (Đánh giá A) và mức độ thành thạo thực hiện nhiệm vụ này (Đánh giá B). Khoảng trống càng lớn thì nhu cầu đào tạo càng cao.

Phương pháp này còn nhằm để xác định mức độ ưu tiên cho đào tạo. Cụ thể: Công việc được đánh giá quan trọng nhưng khả năng thực hiện không tốt thì nhu cầu đào tạo cao, cần ưu tiên hàng đầu cho việc đào tạo. Công việc được đánh giá ít quan trọng và khả năng thực hiện không tốt, thì công việc có thể đào tạo, nhưng xét ưu tiên thấp. Công việc được đánh giá quan trọng và khả năng thực hiện tốt thì không cần đào tạo. Công việc được đánh giá ít quan trọng và khả năng thực hiện tốt thì cũng không có nhu cầu đào tạo. Công việc được đánh giá quan trọng ở mức trung bình và khả năng thực hiện cũng ở mức trung bình thì cần đào tạo qua giám sát. Chi tiết được trình bày trong hình 1.2:



Hình 1.2. Phân bố mức độ nhu cầu đào tạo Hennessy – Hicks của Tổ chức Y tế thế giới [46]

1.3.3.2. Xây dựng chương trình đào tạo liên tục

Hiện nay, thông tư 22/2013/TT-BYT của Bộ y tế đã đưa ra yêu cầu đối với các chương trình và tài liệu dạy- học liên tục về chuyên môn, nghiệp vụ được sử dụng trong các cơ sở đào tạo khác nhau của ngành y tế. Theo đó, chương trình đào tạo có một số nội dung sau: Tên, mục tiêu khóa học, thời gian và đối tượng đào tạo, yêu cầu đạt được sau khóa học về kiến thức, kỹ năng và thái độ, yêu cầu đầu vào của học viên, chương trình chi tiết được cụ thể đến tên bài và số tiết học, tiêu chuẩn giảng viên và phương pháp dạy học, yêu cầu về trang thiết bị, tài liệu học tập cho khóa học và cuối cùng là đánh giá và cấp chứng nhận/chứng chỉ. Song song với việc xây dựng chương trình, cần phải xây dựng tài liệu dạy-học sao cho phù hợp. Chương trình và tài liệu dạy-học có thể biên soạn và ban hành riêng biệt hoặc gộp chung, nhưng phải thể hiện rõ phần chương trình và phần tài liệu dạy-học.

1.3.3.3. Tổ chức thực hiện đào tạo liên tục

Sau khi nhận được kế hoạch của cấp có thẩm quyền phê duyệt, các đơn vị báo cáo kế hoạch mở lớp kèm theo chương trình và tài liệu dạy-học và đội ngũ giảng viên về cơ quan quản lý có thẩm quyền giao kế hoạch. Triển khai công tác đào tạo theo đúng kế hoạch đã đăng ký và báo cáo kết quả sau khoá học. Các cơ sở đào tạo liên tục trực thuộc Bộ Y tế và các Bộ, Ngành khác đăng ký và báo cáo triển khai kế hoạch đào tạo hàng năm với Bộ Y tế, các cơ sở y tế địa phương đăng ký và báo cáo kế hoạch đào tạo với Sở Y tế để tổng hợp và nhận phôi giấy chứng nhận đào tạo liên tục. Bộ Y tế khuyến khích các cơ sở đào tạo ứng dụng công nghệ thông tin và truyền thông trong việc tổ chức đào tạo liên tục.

1.3.3.4. Đánh giá đào tạo liên tục

Đánh giá đào tạo liên tục nhằm mục đích: (1) Xác định xem các khóa đào tạo liên tục có đạt được các mục tiêu không; (2) Đánh giá tính phù hợp và

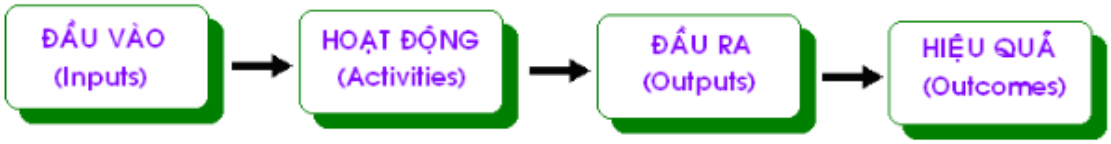
giá trị của các chương trình đào tạo liên tục của đơn vị tổ chức; (3) Xác định những lĩnh vực của chương trình đào tạo liên tục cần cải thiện; (4) Xác định các đối tượng CBYT phù hợp cho các chương trình đào tạo liên tục trong tương lai; (5) Rà soát và củng cố các điểm mấu chốt trong nội dung của các chương trình đào tạo liên tục; (6) Chỉnh sửa hoặc cải tiến thiết kế khóa đào tạo liên tục để áp dụng trong tương lai; (7) Nhận xét về sự thành công hoặc thất bại của công tác đào tạo liên tục của đơn vị tổ chức; (8) Xem xét khả năng tiếp tục thực hiện chương trình đào tạo liên tục tại đơn vị và chuyển giao để nhân rộng chương trình đào tạo liên tục tại các địa điểm khác.

Tham gia đánh giá đào tạo liên tục của học viên có thể là: Các giảng viên, học viên, cán bộ quản lý đào tạo liên tục, cơ quan quản lý, cơ quan tài trợ… Quá trình đánh giá đào tạo liên tục gồm các hoạt động sau đây: (1) Đánh giá hàng ngày; (2) Đánh giá định kỳ; (3) Đánh giá khi kết thúc khóa đào tạo; (4) Đánh giá học viên sau khi đã trở về nơi làm việc.

Hoạt động đánh giá chương trình đào tạo liên tục đã được triển khai tại nhiều quốc gia. Một số mô hình đánh giá chất lượng hiện nay là:

**** Mô hình đánh giá hiệu quả chương trình đào tạo của Mỹ dựa vào 4 yếu tố***

- Đầu vào (Inputs): bao gồm các yếu tố liên quan đến người học (như trình độ chung lúc vào học, độ tuổi, giới tính . . .), lực lượng giảng viên, cơ sở vật chất – máy móc thiết bị, giáo trình, tài liệu học tập, kinh phí đào tạo.
- Quá trình đào tạo (Activities): kế hoạch tổ chức đào tạo, các dịch vụ hỗ trợ học tập, tổ chức nghiên cứu khoa học . . .
- Đầu ra (Outputs): mức tiếp thu của người học đến khi tốt nghiệp (kiến thức, kỹ năng, thái độ), tỷ lệ tốt nghiệp.
- Hiệu quả (Outcomes): mức độ tham gia vào xã hội, mức độ đáp ứng trong công việc, mức thu nhập.



Hình 1.3. Mô hình đánh giá hiệu quả chương trình đào tạo của Mỹ

**** Mô hình các yếu tố tổ chức (Organizational Elements Model) đưa ra năm yếu tố để đánh giá như sau:***

- Đầu vào: sinh viên, giảng viên, cơ sở vật chất, chương trình đào tạo, quy chế, tài chính…
- Quá trình đào tạo: phương pháp và quy trình đào tạo, quản lý đào tạo. . .
- Kết quả đào tạo: mức độ hoàn thành khóa học, năng lực đạt được và khả năng thích ứng của sinh viên.
- Đầu ra: sinh viên tốt nghiệp, kết quả nghiên cứu và các dịch vụ khác đáp ứng nhu cầu kinh tế – xã hội.
- Hiệu quả: kết quả của giáo dục và ảnh hưởng của nó đối với xã hội.

**** Mô hình Kirkpatrick trong đánh giá hiệu quả đào tạo là mô hình được sử dụng phổ biến nhất trong đánh giá hiệu quả chương trình đào tạo.***

Theo mô hình này, hiệu quả đào tạo được đánh giá theo bốn cấp độ sau: (1) Đánh giá phản ứng của học viên, (2) Đánh giá kết quả học tập, (3) Đánh giá thay đổi hành vi và (4) Đánh giá tác động [47],[48]:

- Cấp độ 1 (Đánh giá phản ứng của học viên): Sự hài lòng của học viên sẽ được đánh giá theo nhiều tiêu chí khác nhau trong đó thường chia thành các nhóm: nội dung đào tạo, giảng viên và phương pháp giảng dạy, công tác tổ chức đào tạo và các yếu tố liên quan khác. Mức độ hài lòng này là cơ sở đầu tiên để đánh giá sự thành công, kết quả thực hiện chương trình hay khóa đào tạo.
- Cấp độ 2 (Đánh giá kết quả học tập của học viên): đánh giá kiến thức, kỹ năng mà các học viên thu được qua chương trình đào tạo. Việc đánh giá

cấp độ này rất quan trọng khẳng định kết quả đào tạo ngay sau khi chương trình đào tạo kết thúc.

- Cấp độ 3 (Đánh giá việc thay đổi hành vi và khả năng ứng dụng các kiến thức kỹ năng đã được đào tạo vào thực tế công việc): đánh giá mức độ áp dụng, vận dụng kiến thức và kỹ năng đã học được từ khóa học vào công việc thực tế của người học để góp phần trực tiếp cải thiện kết quả công việc sau 3 đến 6 tháng khi chương trình đào tạo kết thúc.
- Cấp độ 4 (Đánh giá kết quả tác động của nguồn nhân lực đã được đào tạo tới công tác chăm sóc sức khỏe): là cấp độ đánh giá cuối cùng và cao nhất nhằm đánh giá mức độ tác động của đào tạo vào kết quả hoạt động của đơn vị. Kết quả đánh giá này cần khẳng định đào tạo có tác động vào kết quả hoạt động hay không? Nếu có thì tỷ lệ % định lượng một cách tương đối là bao nhiêu?

1.3.4. Thực trạng về nhu cầu đào tạo liên tục của cán bộ y tế cơ sở về quản lý, điều trị tăng huyết áp, đái tháo đường

1.3.4.1. Trên thế giới

Thực tế hiện nay có rất ít các nghiên cứu tìm hiểu sâu về nhu cầu đào tạo của CBYT về phòng chống THA và ĐTĐ. Chủ yếu các nghiên cứu nhằm đánh giá năng lực, kiến thức, thái độ, thực hành của CBYT.

❖ **Tăng huyết áp**

Nghiên cứu tại cơ sở chăm sóc sức khỏe ban đầu ở Kinshasa Congo (2015) của M. Lulebo trên 102 điều dưỡng cho thấy chỉ có 9,5% được đào tạo về các vấn đề tim mạch hoặc các yếu tố nguy cơ liên quan đến THA và 51,7% có hướng dẫn về quản lý THA cho bệnh nhân của họ. Một tỷ lệ thấp 14,7% biết các mục tiêu điều trị THA không biến chứng. Bên cạnh đó, nghiên cứu cũng chỉ ra CBYT có kiến thức đúng về định nghĩa THA là 48,8%, cách đo HA là 61,0% [49]. Nghiên cứu ở Bắc Trung Bộ Nigeria chỉ ra rằng kiến thức,

thái độ và thực hành trong việc phát hiện và quản lý THA vẫn còn hạn chế. Cụ thể, chỉ có 30% hiểu biết về yếu tố nguy cơ THA, và kiến thức của CBYT về các loại thuốc sử dụng khi bắt đầu điều trị THA nhẹ không biến chứng là rất thấp [50]. Nghiên cứu tại Ai Cập của Mostafa A. Abolfotouh (2011) cho thấy THA là một vấn đề ưu tiên trong khoảng hai phần ba (62,9%) các bác sĩ, nhưng chỉ 19% có hướng dẫn cho bệnh nhân THA. Tỷ lệ thực hành đạt là 68,5% [51]. Một nghiên cứu khác cũng chỉ ra chỉ có 64,1% trả lời chính xác mục tiêu huyết áp cho bệnh nhân tiểu đường [52]. Nghiên cứu cắt ngang tại Fars miền Nam Iran (2007) cho thấy mặc dù 99% các bác sĩ tin tưởng vào tầm quan trọng của THA là một vấn đề sức khỏe cộng đồng, nhưng 12% đã yêu cầu các xét nghiệm cận lâm sàng thích hợp và 20% có thể xử trí các bệnh nhân THA đúng cách. Chỉ có 45% các bác sĩ đã đo huyết áp trong năm cuối của bệnh nhân [53]. Nghiên cứu tại 20 trung tâm của Riyadh, Ả-rập Xê-út năm 2001 chỉ ra chỉ có 57% các bác sĩ biết những biến chứng nghiêm trọng của bệnh THA. Phần lớn (94%) cho rằng bệnh được phát hiện khi ở cơ sở ban đầu nhưng chỉ có 56% bác sĩ sẽ thực hiện sàng lọc bệnh nhân trên 35 tuổi sau 3 - 5 năm/lần [54]. Kể cả ở đất nước với trình độ y học phát triển, nghiên cứu trên tại Mỹ 1.023 bác sĩ chỉ ra chỉ có 37,3% trả lời tất cả bốn câu hỏi kiến thức một cách chính xác. Khi được hỏi làm thế nào họ xử trí bệnh nhân THA không biến chứng, THA nhẹ, chỉ có 23% lựa chọn dùng thuốc lợi tiểu và thuốc chẹn bêta theo các hướng dẫn [55].

Như vậy, hầu hết các nghiên cứu kết luận rằng CBYT thiếu kiến thức, kỹ năng trong quản lý và điều trị THA. Các nghiên cứu cũng chỉ ra sự cần thiết của nâng cao năng lực cho CBYT bằng các chương trình đào tạo liên tục, các hội thảo, hội nghị…

❖ **Đái tháo đường**

Trên thế giới, một số lượng không nhỏ các nghiên cứu đã tiến hành lượng giá kiến thức, thực hành liên quan đến bệnh ĐTĐ, cũng như nhu cầu đào tạo cuả CBYT.

Một nghiên cứu tại Nigeria chỉ ra rằng trong số 184 đối tượng tham gia nghiên cứu là CBYT, 64,1% có kiến thức đúng về huyết áp mục tiêu khi điều trị cho bệnh nhân ĐTĐ [56]. Một nghiên cứu khác tại Nam Phi cũng đã chỉ ra, cán bộ y tế cộng đồng tại đây có kiến thức, thái độ khá hạn chế về phòng ngừa và quản lý bệnh ĐTĐ [57]. Một nghiên cứu cắt ngang ở Saudi Arabia cho thấy điểm trung bình kiến thức, thái độ và thực hành về ĐTĐ của bác sĩ ở tuyến y tế cơ sở ở mức trung bình là 66,59 trên 100 điểm. Về kiến thức, 28,3% đối tượng không biết về các tiêu chuẩn chẩn đoán đúng bệnh ĐTĐ và chỉ 34,7% biết cách tiêm insulin [58].

Có một thực tế rằng ít hơn 50% bác sĩ tại Parskistan trả lời đúng các vấn đề liên quan tới chẩn đoán giá trị glucose trong máu, điều trị ĐTĐ ở trẻ em, phụ nữ mang thai, quản lý ĐTĐ và kĩ thuật tiêm insulin. [59]. Kết quả từ một nghiên cứu tại vùng Jazan cũng thể hiện rằng kiến thức và thực hành của bác sĩ còn nhiều hạn chế. Liên quan đến điểm kiến thức, tỉ lệ bác sĩ có điểm kém, điểm đạt và điểm tốt lần lượt là 27,5%, 48,6% và 23,9%. Về điểm thực hành, tỉ lệ bác sĩ đạt điểm kém, điểm đạt và điểm tốt lần lượt là 53,2%, 22,0% và 24,8% [60]. Kết quả này thấp hơn kết quả của một nghiên cứu khác của Nadia Mabrouk: lần lượt chỉ 48,3%, 66,7% và 43,3% người tham gia đạt về kiến thức, thái độ và thực hành [61].

Một số yếu tố liên quan đến điểm kiến thức, thái độ và thực hành về xử trí ĐTĐ bao gồm: sử dụng hướng dẫn xử trí lâm sàng [58], [62], số lượng bệnh nhân điều trị mỗi tháng [56], nơi làm việc ở trường đại học [56], bằng cấp chuyên môn của CBYT, tuổi và số năm kinh nghiệm [60].

Một nghiên cứu tại Ai Cập chỉ ra một nhu cầu lớn về đào tạo liên tục cho y bác sĩ về ĐTĐ: cụ thể, 85% cảm thấy họ cần biết nhiều kiến thức và cần được đào tạo về ĐTĐ; 81,7% khuyến nghị rằng họ cần được cung cấp các hướng dẫn xử trí chuẩn; 76,7% khuyến nghị được tham gia các hội thảo đào tạo y khoa liên tục và các khoa học tập huấn về ĐTĐ [61]. Tại khu vực Trung Đông và Nam Phi, có tới 1/3 trong tổng số 1082 số cán bộ y tế được phỏng vấn không được học tiếp hoặc đào tạo chuyên môn về bệnh ĐTĐ [63].

Từ những nghiên cứu trên, ta thấy rất rõ một thực tế rằng kiến thức, thái độ và thực hành của CBYT về THA và ĐTĐ còn rất nhiều hạn chế, từ đó cho thầy nhu cầu đào tạo là rất cao. Do vậy, nâng cao năng lực xử trí cho CBYT đặc biệt là bác sĩ là vấn đề cấp bách và cần thiết để cải thiện kết quả đầu ra trong phòng chống cũng như khám chữa bệnh liên quan đến THA và ĐTĐ. Như vậy, các chương trình đào tạo y khoa liên tục về THA và ĐTĐ cần được thiết kế, triển khai và phát triển, như bằng chứng của các nghiên cứu trên đã đề cập.

1.3.4.2. Tại Việt Nam

Ngoài một số khó khăn về nhân lực mà nghiên cứu bên trên ở phần khả năng cung ứng của tuyến y tế xã đã đề cập, một số công bố khoa học khác tại Việt Nam cũng đã chỉ ra sự hạn chế trong kiến thức và thực hành liên quan đến THA và ĐTĐ. Nhưng cũng không nhiều các nghiên cứu đề cập trực tiếp đến nhu cầu đào tạo liên tục về phòng chống THA và ĐTĐ.

Năm 2001-2002, Báo cáo Điều tra Y tế Quốc gia của Bộ Y tế đã chỉ ra, kiến thức về khám chữa bệnh THA của CBYT xã chỉ ở mức trung bình: Điểm trung bình về hỏi bệnh và khám bệnh lần lượt chỉ đạt 5,9/10 và 6,3/10. Tương đương với tỷ lệ chỉ có 28,1% có tổng điểm khám chữa bệnh đạt >75%, 47,3% ở mức từ 50-75% và có tới 24,6% ở mức dưới 50% [30]. Nghiên cứu của Trần Văn Tuấn (2011) trên CBYT tại bệnh viện đa khoa thành phố Bắc Giang

có 22,7% hiểu chưa đúng về quản lý và điều trị THA, 50% cán bộ trả lời không đúng về công tác tuyên truyền để người dân tự giác tuân thủ điều trị, 31,8% cán bộ không trả lời đúng các biện pháp để người bệnh tái khám đúng hẹn. 68,2% cán bộ y tế cho rằng bản thân thiếu kiến thức để thực hiện [64]. Theo nghiên cứu định lượng kết hợp định tính của Đinh Văn Thành (2011) đối với CBYT là y sĩ, bác sĩ tại tuyến cơ sở có khoảng 90% thành viên cho rằng kiến thức về THA và công tác quản lý bệnh THA còn rất hạn chế [65]. Theo nghiên cứu của Vũ Mạnh Dương, Trương Việt Dũng và các cộng sự tiến hành trên 344 CBYT tại TYT xã và trung tâm y tế huyện, kết quả cho thấy: trình độ chuyên môn của thầy thuốc khá yếu đặc biệt về khám, chẩn đoán và điều trị bệnh mạn tính [66].

Một nghiên cứu của Nguyễn Hoàng Long năm 2014 đã chỉ ra 1/3 số TYT xã có tình trạng thiếu cán bộ được đào tạo về bệnh ĐTĐ, thiếu hướng dẫn thực hiện cụ thể cho hoạt động này [67]. Nghiên cứu của Nguyễn Thị Thi Thơ tại đến 116 trạm y tế xã/ phường/ thị trấn năm 2014, kết quả cho thấy hiện nay trung bình 1,52 ± 1,03 số cán bộ/1TYT được tập huấn về phòng chống bệnh ĐTĐ [68]. Nghiên cứu của Viện chiến lược và chính sách y tế, Bộ Y tế chỉ ra tỉ lệ chẩn đoán sai THA độ 1 và ĐTĐ tuýp 2 lần lượt là 19% và 14%. Về thực hành, tỉ lệ bác sĩ đưa ra chẩn đoán và điều trị đúng về THA chỉ là 57,3%, tỉ lệ này ở ĐTĐ tuýp 2 là 79%. Tỉ lệ bác sĩ có chỉ định thuốc gây hại ở bệnh THA là 32,2% và ĐTĐ là 43,0%. Nghiên cứu cũng chỉ ra năng lực của CBYT tuyến xã thấp hơn so với tuyến huyện. Từ đó chỉ ra năng lực chuyên môn của CBYT tuyến YTCS chưa đáp ứng được nhu cầu quản lý, chăm sóc BKLN [69].

Thực tế hiện nay tại Việt Nam có rất ít nghiên cứu tìm hiểu sâu về nhu cầu được đào tạo của CBYT xã về xử trí THA cũng như ĐTĐ. Một nghiên cứu "Thực trạng hoạt động phòng chống bệnh không lây nhiễm tại các cơ sở y tế dự phòng tại Hà Nội, năm 2016" của tác giả Hoàng Đức Hạnh và cộng sự đã đề

cập đôi chút về nhu cầu đào tạo của cán bộ liên quan đến phòng chống và xử trí bệnh không lây nhiễm nói chung, trong đó có THA và ĐTĐ. Kết quả nghiên cứu được thể hiện ở bảng dưới đây:

Bảng 1.2. Nhu cầu đào tạo của cán bộ y tế phân theo vùng của các trạm y tế xã tại Hà Nội *[70]*

Nội dung	Theo vùng			Toàn TP (N=584)
	Vùng 1 (n=227)	Vùng 2 (n=332)	Vùng 3 (n=25)	
Tỷ lệ TYT có cán bộ có nhu cầu tập huấn	220 (96,92)	329 (99,1)	24 (96)	573 (98,12)
Nội dung liên quan đến phòng chống xử trí THA	219 (96,48)	324 (97,59)	24 (96)	567 (97,09)
Nội dung liên quan đến phòng chống xử trí ĐTĐ	217 (95,59)	324 (97,59)	24 (96)	565 (96,75)

*__Ghi chú:__ Vùng 1: Nông thôn, Vùng 2: Thành Thị, Vùng 3: Bán sơn địa

Bảng 1.3. Nhu cầu đào tạo của cán bộ y tế phân theo khu vực của các trạm y tế xã tại Hà Nội *[70]*

Nội dung	Theo khu vực		Toàn TP (N=584)
	Nội thành (n=168)	Ngoại thành (n=416)	
Tỷ lệ TYT có cán bộ có nhu cầu tập huấn	162 (97,01)	411 (98,56)	573 (98,12)
Nội dung liên quan đến phòng chống xử trí THA	161 (96,41)	406 (97,36)	567 (97,09)
Nội dung liên quan đến phòng chống xử trí ĐTĐ	159 (95,21)	406 (97,36)	565 (96,75)

Từ hai bảng 1.2 và 1.3 có thể thấy, trong tổng số 584 TYT xã phường của Hà Nội, tỷ lệ trạm có cán bộ mong muốn được đào tạo, tập huấn về xử trí tăng huyết áp và đái tháo đường rất cao, lần lượt chiếm tới 98,12% và 97,09%. Trong đó, trạm y tế vùng 2 có xu hướng mong muốn được đào tạo cao hơn một chút so với vùng 1 và 2, trạm y tế ở ngoại thành cao hơn so với nội thành [70].

Thông qua đây, có thể thấy rằng, với nhu cầu như hiện nay thì việc xây dựng và triển khai các chương trình đào tạo liên tục về xử trí bệnh THA và ĐTĐ là rất cần thiết và phù hợp với mong muốn, cũng như nguyện vọng của cán bộ y tế. Tuy nhiên, khi xây dựng chương trình cần lưu ý đến thời gian triển khai, tránh thời gian mà cán bộ y tế phải thực hiện quá nhiều hoạt động, làm giảm hứng thú cũng như hiệu quả học tập.

1.4. MỘT SỐ CHƯƠNG TRÌNH CAN THIỆP NÂNG CAO NĂNG LỰC CỦA CÁN BỘ Y TẾ CƠ SỞ VỀ XỬ TRÍ TĂNG HUYẾT ÁP, ĐÁI THÁO ĐƯỜNG

1.4.1. Môi trường chính sách

THA và ĐTĐ nói riêng và một số BKLN nói chung tại Việt Nam là một vấn đề ưu tiên, do vậy, có rất nhiều văn bản tạo hành lang pháp lý để tăng cường năng lực nhân viên y tế và quản lý BKLN tại y tế cơ sở như: Quyết định 376/QĐ-TTg ngày 20 tháng 3 năm 2015 của Thủ tướng chính phủ Quyết định Chiến lược quốc gia phòng chống bệnh ung thư, tim mạch, đái tháo đường, bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính, hen phế quản và các BKLN khác giai đoạn 2015-2025; và Quyết định 4299/QĐ-BYT ngày 9 tháng 8 năm 2016 của Bộ trưởng Bộ Y tế phê duyệt Dự án chủ động dự phòng, phát hiện sớm, chẩn đoán, điều trị, quản lý bệnh ung thư, tim mạch, đái tháo đường, bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính, hen phế quản và các BKLN khác, giai đoạn 2016-2020.

Trước đó, Việt Nam cũng rất chú trọng đến xây dựng và ban hành chính sách phòng, chống BKLN: Chương trình phòng, chống BKLN của BYT theo QĐ số 77/2002/QĐ-TTg của Thủ tướng chính phủ; QĐ 172/2008/QĐ-TTg ngày 19/12/2008 của Thủ tướng chính phủ về việc bổ sung QĐ số 108/2007/QĐ-TTg: phê duyệt Dự án phòng, chống THA, ĐTĐ; QĐ 2331/2010/QĐ-TTg ngày 20/12/2010 của TTCP về việc phê duyệt chương trình mục tiêu quốc gia năm 2011 về phòng, chống các BKLN; QĐ 1208/2012/QĐ-TTg ngày 4/9/2012 của Thủ tướng chính phủ về việc phê duyệt chương trình mục tiêu y tế quốc gia giai đoạn 2012-2015; Quyết định số 2054/QĐ - TTg (2013) của Thủ tướng Chính phủ phê duyệt dự án "Giáo dục và Đào tạo nhân lực y tế phục vụ cải cách hệ thống y tế"; Quyết định số 2992/QĐ-BYT ngày 17/07/2015 của Bộ Y tế về phê duyệt kế hoạch phát triển nhân lực trong hệ thống khám bệnh chữa bệnh giai đoạn 2015 – 2020.

1.4.2. Một số hướng dẫn, tài liệu, chương trình đào tạo (liên tục) về phòng, chống bệnh không lây nhiễm cho cán bộ y tế xã.

1.4.2.1. Tại Việt Nam

Hiện nay, Bộ Y tế đã ban hành Quyết định 2919/QĐ-BYT ngày 06 tháng 8 năm 2014 "Tài liệu chuyên môn hướng dẫn khám, chữa bệnh tại TYT xã, phường". Tuy nhiên, chưa có chương trình đào tạo về xử trí THA và ĐTĐ cho y tế cơ sở nói chung và trạm y tế xã nói riêng. Tùy theo nhu cầu của địa phương sẽ xây dựng chương trình đào tạo cho phù hợp.

Bộ Y tế cũng hướng dẫn quy trình lâm sàng chẩn đoán và điều trị đái tháo đường tuýp 2 ban hành theo quyết định 3319/QĐ-BYT ngày 19/7/2017 và quyết định 3798/QĐ-BYT ngày 21/8/2017; Quyết định 3912/QĐ-BYT ngày 31 tháng 8 năm 2010 của Bộ trưởng Bộ y tế Hướng dẫn Chẩn đoán và điều trị tăng huyết áp; Quyết định 3879/QĐ-BYT ngày 30 tháng 9 năm 2014

của Bộ trưởng Bộ y tế về việc ban hành tài liệu chuyên môn "Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị bệnh nội tiết – chuyển hóa"; Thông tư 43/TT-BYT, ngày 11/12/2013 của Bộ Y tế ban hành "Quy định chi tiết phân tuyến chuyên môn kỹ thuật đối với hệ thống cơ sở khám bệnh, chữa bệnh". Do vậy việc phát triển một chương trình và tài liệu đào tạo về xử trí THA và ĐTĐ dành cho CBYT xã là cần thiết.

1.4.2.2. Tại Hòa Bình

Báo cáo kết quả thực hiện Dự án phòng chống THA của tỉnh Hòa Bình cho biết, hoạt động đào tạo nâng cao năng lực cho cán bộ y tế các tuyến đã được xây dựng và triển khai vào năm 2012, 2013. Trước khi có chương trình đào tạo cụ thể, tỉnh đã tiến hành xây dựng kế hoạch tập huấn và thành lập nhóm giảng viên đảm bảo có đủ chuyên môn và kinh nghiệm giảng dạy. Cụ thể, vào năm 2012, tỉnh đã tổ chức đào tạo cho cán bộ y tế thông qua 2 đợt:

+ Đợt 1: Tổ chức 14 lớp đào tạo cho 284 cán bộ y tế tại bệnh viện đa khoa huyện, trung tâm y tế dự phòng huyện thành phố và trạm y tế xã về Hướng dẫn triển khai các hoạt động của Dự án; Đào tạo về chẩn đoán, điều trị THA và các biến chứng của THA; Truyền thông giáo dục sức khỏe phòng, chống THA; Hướng dẫn triển khai hoạt động giám sát và báo cáo dự án.

+ Đợt 2: Tổ chức 02 lớp đào tạo cho 40 lượt cán bộ của bệnh viện đa khoa tỉnh, bệnh viện đa khoa huyện thành phố về hướng dẫn chẩn đoán và đọc điện tâm đồ, chẩn đoán các tăng gánh buồng tim, chẩn đoán các rối loạn nhịp nhĩ, rối loạn nhịp thất và thực hành tại khoa khám bệnh cấp cứu bệnh viện đa khoa tỉnh.

Tuy nhiên, theo báo cáo của Sở Y tế tỉnh Hòa Bình, hoạt động đào tạo còn một số tồn tại như đào tạo chưa xác định nhu cầu cho từng nhóm đối tượng, chưa chú trọng đến các kỹ năng thiếu hụt để thực đào tạo, thời gian đào tạo chưa phù hợp, thiếu hệ thống đánh giá sau đào tạo...[71].

1.5. GIỚI THIỆU VỀ ĐỊA ĐIỂM NGHIÊN CỨU

1.5.1. Vị trí địa lý, kinh tế xã hội

Hình 1.4. Bản đồ tỉnh Hòa Bình

Hòa Bình là một tỉnh miền núi phía Tây Bắc Việt Nam với diện tích khoảng 4.608,7 km^2, thủ phủ là thành phố Hòa Bình cách thủ đô Hà Nội 73 km về phía Tây Nam theo Quốc lộ 6. Dân số hiện nay của tỉnh là 831.357 người, với mật độ dân số khoảng 181 người/km^2. Tổng số hộ gia đình 157.862, tỷ lệ hộ nghèo chiếm 15% [72]. Hòa Bình hiện có 1 thành phố và 10 huyện, trong đó:

Thành phố Hoà Bình là trung tâm kinh tế xã hội của tỉnh Hoà Bình với dân số 189.210 người. Thành phố Hòa Bình còn được biết đến là một thành phố trẻ, năng động, với những tiềm năng lớn trong phát triển kinh tế. Hiện nay thành phố Hòa Bình đã có những chiến lược lâu dài trong thu hút đầu tư, phát triển kinh tế.

Mai Châu là một huyện miền núi phía Tây Bắc tỉnh Hoà Bình, bao gồm 1 thị trấn và 22 xã. Dân số của huyện khoảng 49.000 người chủ yếu là dân tộc Thái chiếm 60,2%, Mường 15,7%, Kinh 15,7% còn lại là dân tộc H'mông và Dao. Cùng với đó, nông nghiệp là ngành nghề chủ yếu của huyện với tỉ lệ hộ nghèo ở huyện ở mức cao.

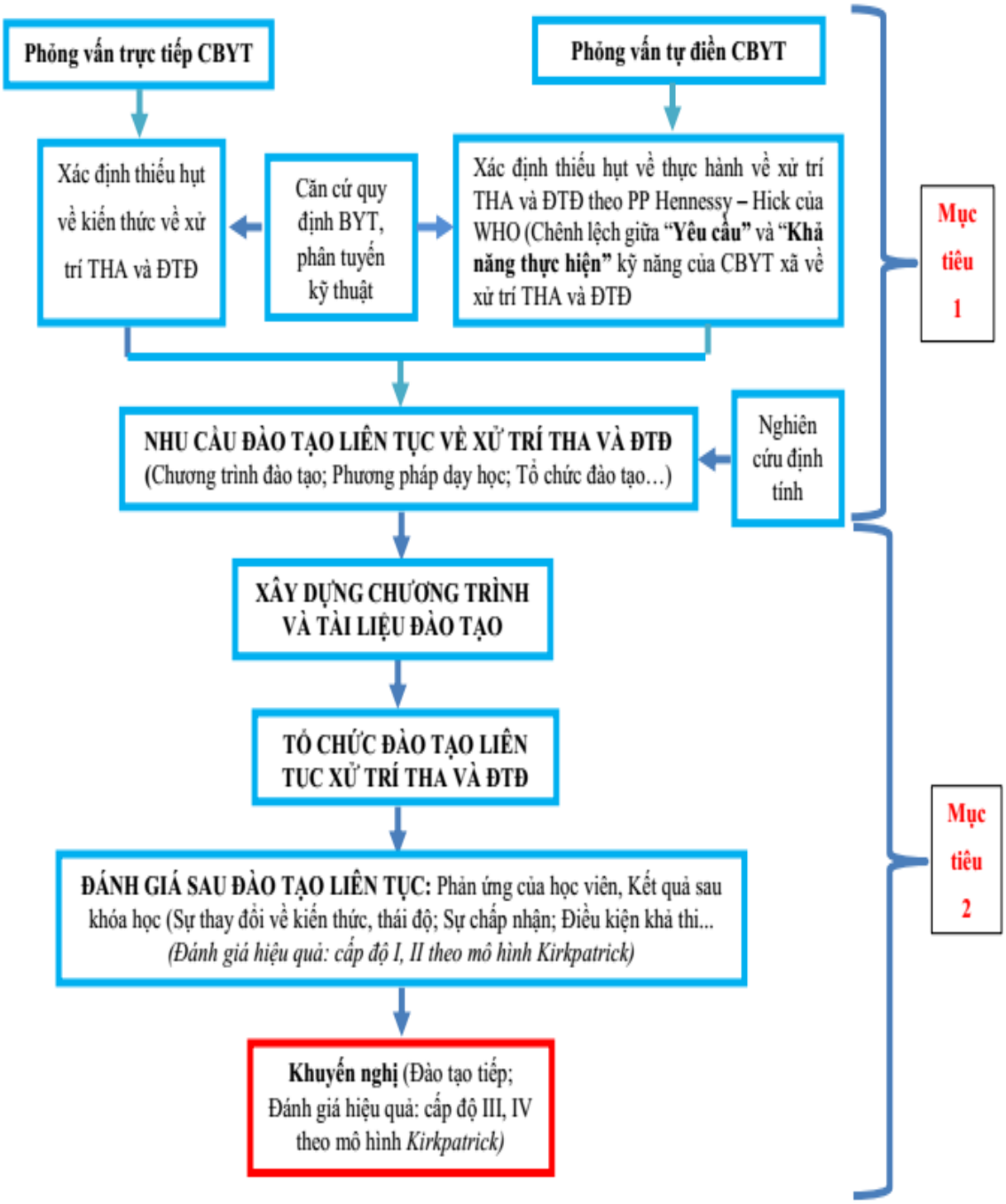
Lương Sơn là huyện phía Đông Bắc tỉnh Hoà Binh, cách thủ đô Hà Nội khoảng 40 km. Huyện bao gồm 1 thị trấn Lương Sơn và 19 xã. Dân tộc Mường chiếm tỉ lệ đa số, 60% dân số, khoảng 30% là người Kinh, còn lại là người Dao và các dân tộc khác.

1.5.2. Mạng lưới y tế cơ sở của tỉnh Hòa Bình

Hòa Bình là tỉnh miền núi, địa hình phức tạp, dân cư phân tán, có 73 xã (chiếm tỷ lệ 34,7%) và 89 thôn, bản thuộc diện đặc biệt khó khăn. Theo Niên giám thống kê tỉnh Hòa Bình, tính đến năm 2016 tỉnh Hòa Bình có 210 trạm y tế xã, phường với 1.200 nhân viên y tế (124 bác sĩ và 461 y sĩ), 840 giường bệnh. Tính bình quân, mỗi trạm có biên chế từ bốn đến sáu cán bộ, nhân viên và bốn giường bệnh; có 76,67% số trạm có bác sĩ. Hiện nay đã có 12,86% số xã đạt chuẩn quốc gia về y tế. Tuyến YTCS ở Hòa Bình còn có hơn 2.000 nhân viên y tế thôn, bản được đào tạo nghiệp vụ y tế từ ba tháng trở lên.

Trong công tác quản lý và điều trị bệnh tăng huyết áp và đái tháo đường, tuyến y tế cơ sở đóng vai trò rất quan trọng tại Hòa Bình. Trong đó, vai trò của TYT xã là chủ động phát hiện, tư vấn, quản lý và xử trí cho người mắc THA, ĐTĐ, còn y tế thôn bản sẽ phối hợp với cán bộ y tế của trạm y tế xã vận động các đối tượng khám sàng lọc. Trong thời gian quản lý tại cộng đồng thì truyền thông giáo dục, tư vấn và giám sát những người bệnh này và sẽ báo cáo tại các buổi họp thôn [11]. Tuy nhiên, công tác phòng chống BKLN tại các TYT xã vẫn còn tồn tại một số hạn chế. Không chỉ gặp khó khăn về trang thiết bị, cơ sở vật chất và thuốc mà nguồn nhân lực y tế cơ sở ở đây đang còn khá thiếu và yếu [73].

1.6. SƠ ĐỒ LÝ THUYẾT NGHIÊN CỨU



Hình 1.5. Sơ đồ khung lý thuyết của nghiên cứu "Nhu cầu đào tạo liên tục về xử trí một số bệnh không lây nhiễm của cán bộ y tế xã tỉnh Hòa Bình và thử nghiệm giải pháp can thiệp"

Căn cứ vào tổng quan tài liệu, nghiên cứu "Nhu cầu đào tạo liên tục về xử trí một số bệnh không lây nhiễm của cán bộ y tế xã tỉnh Hòa Bình và thử nghiệm giải pháp can thiệp" đã xây dựng sơ đồ khung lý thuyết trong Hình 1.5. Trong đó để xác định nhu cầu đào tạo sẽ căn cứ vào những thiếu hụt về kiến thức, thái độ, kỹ năng của CBYT, trên cơ sơ đó để phát triển chương trình và tài liệu đào tạo liên tục. Việc đánh giá hiệu quả chương trình đào tạo liên tục được tham khảo mô hình Kirkpatrick ở cấp 1: Phản hồi sau khóa học và cấp độ 2: Đánh giá kết quả học tập của học viên.

CHƯƠNG 2
ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Luận án này sử dụng hai thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang và nghiên cứu can thiệp cộng đồng. Nghiên cứu mô tả cắt ngang sử dụng phương pháp thu thập số liệu định tính và định lượng nhằm xác định nhu cầu đào tạo liên tục của cán bộ y tế xã về xử trí THA và ĐTĐ. Nghiên cứu can thiệp cộng đồng nhằm phát triển chương trình, tài liệu đào tạo liên tục cho cán bộ y tế xã về xử trí THA, ĐTĐ và đánh giá hiệu quả can thiệp chương trình, tài liệu đào tạo liên tục.

Nghiên cứu bao gồm ba giai đoạn chính sau:

- *Chuẩn bị nghiên cứu:* Từ tháng 1 năm 2015 đến 12 năm 2016: Tổng quan tài liệu, xây dựng đề cương, công cụ nghiên cứu và hoàn chỉnh thủ tục hành chính.
- *Điều tra cơ bản:* Từ tháng 1 năm 2017 đến tháng 7 năm 2017: nghiên cứu mô tả cắt ngang áp dụng phương pháp thu thập số liệu định lượng kết hợp định tính nhằm phân tích và xác định nhu cầu đào tạo liên tục của cán bộ y tế xã về xử trí THA và ĐTĐ.
- *Thử nghiệm giải pháp can thiệp và đánh giá sau can thiệp:* từ tháng 8 năm 2017 – tháng 10 năm 2018:

▪ Xây dựng chương trình, tài liệu đào tạo liên tục: từ tháng 8 năm 2017 – tháng 5 năm 2018.

▪ Thử nghiệm, đánh giá hiệu quả sau can thiệp chương trình và tài liệu đào tạo liên tục: từ tháng 6 năm 2018 - 10 năm 2018.

2.1. ĐIỀU TRA CƠ BẢN: XÁC ĐỊNH NHU CẦU ĐÀO TẠO LIÊN TỤC CỦA CÁN BỘ Y TẾ XÃ VỀ XỬ TRÍ TĂNG HUYẾT ÁP VÀ ĐÁI THÁO ĐƯỜNG

2.1.1. Đối tượng nghiên cứu

- CBYT xã thuộc 3 huyện: huyện Lương Sơn, huyện Mai Châu, thành phố Hòa Bình, tỉnh Hòa Bình.
- Cán bộ quản lý, lãnh đạo y tế tuyến huyện, tuyến tỉnh Hòa Bình.
- Tiêu chuẩn lựa chọn: Cán bộ y tế xã là y sĩ, bác sĩ công tác tại trạm y tế xã.
- Tiêu chuẩn loại trừ:
  + Các đối tượng nghiên cứu không có mặt tại thời điểm nghiên cứu: nghỉ thai sản, nghỉ phép…;
  + Các đối tượng không hợp tác trong nghiên cứu, bỏ không trả lời phỏng vấn hoặc câu hỏi của nghiên cứu viên.

2.1.2. Địa điểm nghiên cứu

Nghiên cứu được thực hiện tại toàn bộ 58 trạm y tế xã, thuộc ba huyện của tỉnh Hòa Bình: huyện Mai Châu, thành phố Hòa Bình và huyện Lương Sơn. Ba huyện này được chọn chủ đích, đại diện cho 3 khu vực của tỉnh Hòa Bình: thành thị, nông thôn và miền núi.

2.1.3. Thời gian nghiên cứu

Từ tháng 01 – tháng 7 năm 2017.

2.1.4. Thiết kế nghiên cứu

Mô tả cắt ngang, kết hợp định tính và định lượng

2.1.5. Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu

- Nghiên cứu định lượng:
  + Cỡ mẫu: mô tả cắt ngang. Sử dụng công thức cho điều tra ngang để xác định tỷ lệ CBYT xã có nhu cầu đào tạo về xử trí THA và ĐTĐ:

$$n = Z^2_{(1-\frac{\alpha}{2})} \frac{(1-P)}{(\varepsilon)^2 P}$$

Trong đó:

n: Cỡ mẫu nghiên cứu cần có;

$Z_{\left(1-\frac{\alpha}{2}\right)}$: Hệ số tin cậy với α= 0.05 ta có Z= 1,96;

P: Tỷ lệ % CBYT xã có nhu cầu đào tạo về xử trí THA và ĐTĐ. Vì chưa có nghiên cứu nào trước đây về vấn đề này, do đó để tối đa cỡ mẫu, lấy P = 50%;

ε: Khoảng sai lệch tương đối giữa tham số mẫu và tham số quần thể, chọn ε = 0,15.

Sau khi tính toán, n = 171, chọn thêm 10%, cỡ mẫu cuối cùng là 188.

+ Phương pháp chọn mẫu: chọn mẫu toàn bộ, phỏng vấn trực tiếp được 95/204 y sĩ và bác sĩ (95,6%) công tác tại 58/58 trạm y tế xã (100%) bằng bộ câu hỏi. Toàn bộ CBYT là y sĩ và bác sĩ, đáp ứng đủ điều kiện tiêu chuẩn được lựa chọn. Chi tiết số lượng CBYT xã tham gia nghiên cứu trong bảng 2.1:

Bảng 2.1. Số cán bộ y tế xã tham gia nghiên cứu thực trạng nhu cầu đào tạo liên tục

STT	Huyện	Số TYT xã	SL y sĩ và bác sĩ được phỏng vấn	SL y sĩ và bác sĩ tại TYT xã	% y sĩ và bác sĩ được phỏng vấn
1	Mai Châu	23	66	68	97,1
2	Hòa Bình	15	59	63	93,7
3	Lương Sơn	20	70	73	95,9
Tổng		**58**	**195**	**204**	**95,6**

- Nghiên cứu định tính: Chọn mẫu có chủ đích là cán bộ quản lý, lãnh đạo của: Sở Y tế, Trung tâm y tế huyện, Trường trung cấp y tế tỉnh, Bệnh viện nội tiết và Bệnh viện đa khoa tỉnh Hòa Bình tham gia phỏng vấn sâu và thảo luận nhóm:

  + Phỏng vấn sâu: Lãnh đạo trung tâm y tế 03 huyện (03 cuộc).

  + Thảo luận nhóm: 03 cuộc thảo luận nhóm với cán bộ y tế xã (17 người) và 01 cuộc thảo luận nhóm với cán bộ y tế tuyến tỉnh (Phòng nghiệp vụ y, Phòng tổ chức, Sở Y tế; Bệnh viện nội tiết; Bệnh viện đa khoa tỉnh; Trường trung cấp y tế tỉnh Hòa Bình: 08 người).

2.1.6. Kỹ thuật và công cụ thu thập thông tin

- Bộ công cụ thu thập thông tin định lượng:

  + Phiếu phỏng vấn nhằm mô tả thực trạng kiến thức và thái độ của CBYT xã về xử trí THA và ĐTĐ được xây dựng dựa trên "Tài liệu chuyên môn hướng dẫn khám, chữa bệnh tại trạm y tế xã, phường" được ban hành bởi Quyết định 2919/QĐ-BYT của Bộ trưởng Bộ y tế [14]. Phiếu phỏng vấn bao gồm các phần: 1) Thông tin chung, 2) Kiến thức về xử trí THA và ĐTĐ tại trạm y tế xã, 4) Thái độ của cán bộ y tế xã về THA và ĐTĐ và 5) Nhu cầu đào tạo liên tục về xử trí THA và ĐTĐ *(Phụ lục: Mẫu số 1)*.

  + Phiếu phỏng vấn tự điền nhằm xác định những thiếu hụt về kỹ năng của CBYT xã về xử trí THA và ĐTĐ *(Phụ lục: Mẫu số 2)*. Việc xây dựng phiếu phỏng vấn tự điền được thực hiện qua 3 bước. Bước 1: Xây dựng các kỹ năng về xử trí THA và ĐTĐ của CBYT xã dựa trên thông tư 43/2013/TT-BYT ngày 11 tháng 12 năm 2013 của Bộ trưởng Bộ Y tế, quy định chi tiết phân tuyến chuyên môn kỹ thuật đối với hệ thống cơ sở khám bệnh, chữa bệnh cho trạm y tế xã; "Tài liệu chuyên môn hướng dẫn khám, chữa bệnh tại trạm y tế xã, phường" được ban hành theo

Quyết định 2919/QĐ-BYT của Bộ trưởng Bộ y tế. Bước 2: Danh sách các kỹ năng chuyên môn được thử nghiệm tại hai trạm y tế xã của huyện Tân Lạc và Kỳ Sơn để thống nhất. Bước 3: Chuẩn hóa một danh sách 20 kỹ năng xử trí THA và 21 kỹ năng xử trí ĐTĐ của y sĩ và bác sĩ tại trạm y tế xã cần thực hiện. Để xác định nhu cầu đào tạo lại về kỹ năng của CBYT xã được tham khảo theo phương pháp Hennessy-Hicks của Tổ chức Y tế thế giới: với từng kỹ năng CBYT tự đánh giá theo thang điểm likert 7 mức. CBYT tự đánh giá về tầm quan trọng của công việc (Đánh giá A: từ 1= hoàn toàn không quan trọng đến 7 = rất quan trọng). CBYT tự đánh giá về khả năng thực hiện công việc của mình (Đánh giá B: từ 1= không tốt đến 7= rất tốt).

- Bộ công cụ thu thập thông tin định tính bao gồm: Hướng dẫn phỏng vấn sâu lãnh đạo trung tâm y tế huyện; Hướng dẫn thảo luận nhóm CBYT xã và Hướng dẫn thảo luận nhóm với CBYT tuyến tỉnh (Phòng nghiệp vụ y, Phòng tổ chức, Sở Y tế; Bệnh viện nội tiết; Bệnh viện đa khoa tỉnh; Trường trung cấp Y tế tỉnh Hòa Bình).
- Kỹ thuật thu thập thông tin:
  + Phương pháp thu thập thông tin trong nghiên cứu định lượng: phỏng vấn trực tiếp từng CBYT phần kiến thức và thái độ, mỗi CBYT trung bình 30 phút; Sau khi kết thúc phỏng vấn trực tiếp, các CBYT được tập trung tại một phòng để thực hiện phỏng vấn tự điền với phần thực hành, thời gian trung bình 15 phút. Điều tra viên là nghiên cứu sinh, giảng viên trường Đại học Y Hà Nội, học viên cao học, sinh viên hệ bác sĩ y học dự phòng, cử nhân y tế công cộng. Tổng số 11 điều tra viên, được tập huấn trước khi tiến hành nghiên cứu.

+ Phương pháp thu thập thông tin trong nghiên cứu định tính: Nghiên cứu sinh trực tiếp điều hành phỏng vấn sâu và thảo luận nhóm, mỗi cuộc phỏng vấn sâu và thảo luân nhóm đều có thư ký ghi chép các nội dung.

2.1.7. Biến số và chỉ số nghiên cứu

- Nhóm biến số/chỉ số mục tiêu 1: Phân tích nhu cầu đào tạo liên tục:

+ Nhóm chỉ số thông tin chung về đối tượng nghiên cứu: tuổi, giới, trình độ chuyên môn, thâm niên công tác, tham gia khóa đào tạo THA, ĐTĐ…

+ Nhóm chỉ số về kiến thức của cán bộ y tế về xử trí THA

- Tỷ lệ CBYT có kiến thức đạt về cách đo HA
- Tỷ lệ CBYT có kiến thức đạt về định nghĩa THA
- Tỷ lệ CBYT có kiến thức đạt về biểu hiện của người bệnh THA
- Tỷ lệ CBYT có kiến thức đạt về các yếu tố nguy cơ THA
- Tỷ lệ CBYT có kiến thức đạt về biến chứng THA
- Tỷ lệ CBYT có kiến thức đạt về dự phòng THA
- Tỷ lệ CBYT có kiến thức đạt về phân độ THA
- Tỷ lệ CBYT có kiến thức đạt về điều trị THA
- Tỷ lệ CBYT có kiến thức đạt về xử THA trong trường hợp đặc biệt (HA chưa đạt mục tiêu, cấp cứu, chuyển tuyến)
- Tỷ lệ CBYT có kiến thức đạt chung về xử trí THA
- Tỷ lệ CBYT có kiến thức đạt về cách đo HA

+ Nhóm chỉ số về kiến thức của cán bộ y tế xã về xử trí ĐTĐ

- Tỷ lệ CBYT có kiến thức đạt về định nghĩa và phân loại ĐTĐ
- Tỷ lệ CBYT có kiến thức đạt về các yếu tố nguy cơ về ĐTĐ
- Tỷ lệ CBYT có kiến thức đạt về các biến chứng của ĐTĐ
- Tỷ lệ CBYT có kiến thức đạt về chẩn đoán ĐTĐ
- Tỷ lệ CBYT có kiến thức đạt về chế độ ăn và sinh hoạt cho người bệnh ĐTĐ

- Tỷ lệ CBYT có kiến thức đạt về nhận định kết quả đường máu và cách xử trí
- Tỷ lệ CBYT có thái độ đạt về xử trí THA và ĐTĐ

+ Nhóm chỉ số về nhu cầu đào tạo liên tục của CBYT về kỹ năng trong xử trí THA và ĐTĐ:

- Các kỹ năng cần đào tạo cho CBYT về xử trí THA
- Các kỹ năng cần đào tạo cho CBYT về xử trí ĐTĐ
- Tỷ lệ CBYT cần đào tạo theo từng kỹ năng xử trí THA
- Tỷ lệ CBYT cần đào tạo theo từng kỹ năng xử trí ĐTĐ

+ Nhóm chỉ số nhu cầu tổ chức đào tạo liên tục: thời gian, địa điểm, giảng viên, chương trình, tài liệu, phương pháp dạy-học…

2.2. NGHIÊN CỨU CAN THIỆP

Căn cứ vào nhu cầu đào tạo liên tục của cán bộ y tế xã về xử trí THA, ĐTĐ từ đó phát triển chương trình, tài liệu và đánh giá hiệu can thiệp của chương trình đào tạo liên tục. Cụ thể như sau:

2.2.1. Phát triển chương trình và tài liệu đào tạo liên tục

Biên soạn chương trình và tài liệu đào tạo liên tục theo các bước:

- Bước 1: Thành lập nhóm biên soạn, là người có chuyên môn và kinh nghiệm tham gia giảng dạy, biên soạn chương trình và tài liệu liên tục là giáo viên trường Trung cấp y tế tỉnh Hòa Bình, Bệnh viện đa khoa tỉnh Hòa Bình, Bệnh viện nội tiết tỉnh Hòa Bình và trường Đại học Y Hà Nội.
- Bước 2: Nhóm biên soạn thống nhất nội dung, các tài liệu tham khảo và kế hoạch biên soạn chương trình và tài liệu đào tạo liên tục.
- Bước 3: Biên soạn chương trình và tài liệu, theo quy định trong thông tư 22/2013/TT-BYT ngày 09 tháng 8 năm 2013 của Bộ trưởng Bộ Y tế về việc hướng dẫn đào tạo liên tục cho CBYT và Công văn số 1853/BYT-K2ĐT, ngày 07 tháng 4 năm 2009 của Bộ y tế hướng dẫn chi tiết cho các

Sở Y tế và đơn vị trực thuộc việc xây dựng Chương trình và Tài liệu đào tạo liên tục cho CBYT; Về chuyên môn, biên soạn chương trình và tài liệu theo các hướng dẫn cập nhật của Bộ Y tế, Tổ chức y tế thế giới và kết quả đánh của đánh giá nhu cầu đào tạo của CBYT xã tỉnh Hòa Bình trong điều tra cơ bản.

- Bước 4: Xin ý kiến chuyên gia của trường Đại học Y Hà Nội, Sở Y tế tỉnh Hòa Bình và trung tâm y tế huyện.
- Bước 5: Chỉnh sửa chương trình và tài liệu đào tạo liên tục: Căn cứ vào các ý kiến chuyên gia nhóm biên soạn chỉnh sửa chương trình và tài liệu.

2.2.2. Thực hiện đào tạo thí điểm

Sau khi chương trình và tài liệu đào tạo liên tục về xử trí THA và ĐTĐ cho CBYT xã được xây dựng. Ba khóa đào tạo liên tục được thực hiện tại 3 huyện Mai Châu, Lương Sơn và thành phố Hòa Bình. Học viên được lựa chọn ưu tiên trình độ chuyên môn là y sĩ, CBYT không phải là quản lý, chưa từng học về quản lý BKLN, số năm công tác trên 15 năm. Địa điểm tổ chức đào tạo tại trung tâm y tế huyện (đối với 2 huyện Mai Châu và Hòa Bình), tại trường Trung cấp y tế tỉnh Hòa Bình (đối với thành phố Hòa Bình). Giảng viên là tác giả nhóm biên soạn chương trình và tài liệu đào tạo liên tục xử trí THA và ĐTĐ cho CBYT xã, là giáo viên trường Trung cấp y tế tỉnh, bệnh viện nội tiết và bệnh viện đa khoa tỉnh Hòa Bình. Thời gian đào tạo mỗi lớp là 3 ngày. Nội dung khoa học bao gồm hai phần:

- Hướng dẫn xử trí THA: Nội dung lý thuyết đề cập đến định nghĩa THA, nguyên nhân và yếu tố nguy cơ THA, yếu tố nguy cơ tim mạch và biến chứng của THA, chẩn đoán, điều trị, dự phòng THA, xử trí cấp cứu THA. Học viên thực hành kỹ thuật đo huyết áp đúng quy trình và xử trí THA độ 1, thông qua tình huống.

- Hướng dẫn xử trí đái tháo đường tuýp 1 tại TYT xã: Nội dung lý thuyết đề cập đến Định nghĩa và phân loại đái tháo đường, nguyên nhân, cơ chế bệnh sinh của đái tháo đường, nguyên tắc điều trị ĐTĐ tuýp 2, mục tiêu điều trị ĐTĐ tuýp 2; Lựa chọn thuốc và phương pháp điều trị đái tháo đường tuýp 2; Nội dung quản lý, theo dõi người bệnh đái tháo đường tuýp 2 đã điều trị ổn định tuyến trên chuyển về; Phác đồ thực hành quản lý đái tháo đường ở tuyến xã; Phòng bệnh đái tháo đường. Thực hành xử trí ĐTĐ tuyp 2 thông qua tình huống, hướng dẫn sử dụng bảng chấm điểm nguy cơ của WHO.

2.2.3. Đánh giá hiệu quả chương trình đào tạo liên tục

2.2.3.1. Đối tượng

Đối tượng nghiên cứu là CBYT xã (y sĩ, bác sĩ): có đầy đủ trí lực để hiểu rõ và trả lời các câu hỏi phỏng vấn, đồng thời tự nguyện tham gia vào nghiên cứu.

2.2.3.2. Địa điểm và thời gian nghiên cứu

Nghiên cứu được tiến hành từ tháng 1 - tháng 7 năm 2017 (trước can thiệp), tháng 6 - tháng 10 năm 2018 (sau can thiệp) tại thành phố Hòa Bình, huyện Mai Châu, huyện Lương Sơn, tỉnh Hòa Bình.

2.2.3.3. Thiết kế nghiên cứu:

Nghiên cứu can thiệp, so sánh trước-sau, không có nhóm chứng

2.2.3.4. Cỡ mẫu và cách chọn mẫu

- *Cỡ mẫu:* nghiên cứu can thiệp, so sánh hai tỷ lệ theo công thức:

  $n=[Z_{(1-\alpha/2)}\sqrt{2\bar{p}(1-\bar{p})}+Z_{(1-\beta)}\sqrt{P1(1-P1)+P2(1-P2)}]^2/(P1-P2)^2$

  Trong đó:

  Tỷ lệ kiến thức trước can thiệp là P1 = 30%;

  Tỷ lệ kiến thức sau can thiệp là P2 = 60%;

  $\bar{p}= (P1+ P2)/2$;

$Z_{(1-\alpha/2)}$: Hệ số tin cậy ở mức xác suất 95% (=1,96);

$Z_{(1-\beta)}$: Lực mẫu 90%;

Cỡ mẫu tính được là: n = 56 người. Số lượng được phỏng vấn là 60 CBYT.

- *Cách chọn mẫu:* Chọn mẫu chủ đích theo tiêu chí CBYT là y sĩ/bác sĩ chưa được tập huấn về quản lý BKLN, công tác tại trạm y tế xã nông thôn/miền núi, trên 15 năm công tác, không là cán bộ quản lý tại tất cả các trạm y tế xã tại huyện Mai Châu, huyện Lương Sơn và thành phố Hòa Bình, tỉnh Hòa Bình.

2.2.3.5. Kỹ thuật và công cụ thu thập thông tin

- Bộ câu hỏi phỏng vấn tự điền được sử dụng để thu thập thông tin phản hồi sau khóa học của 60 CBYT, sau 03 khóa đào tạo tại 3 huyện Mai Châu, thành phố Hòa Bình và huyện Lương Sơn *(Phụ lục: Mẫu số 6)*. Bộ câu hỏi được xây dựng tham khảo theo "Mẫu phản hồi bài giảng" của Trường Đại học Y Hà Nội [74] và "Tài liệu Sư phạm y học thực hành" của Nhà xuất bản Giáo dục Việt Nam[75]. Bộ câu hỏi phản hồi của học viên về khóa học bao gồm các phần: Phản hồi về mục tiêu và nội dung khóa học; Phương pháp giảng dạy trong khóa học; Trách nhiệm và tác phong sư phạm của giảng viên; Tổ chức khóa học. Thang điểm likert được sử dụng từ 0=Rất không đồng ý đến 3 = Rất đồng ý.
- Phỏng vấn trực tiếp CBYT xã sau đào tạo bằng cách sử dụng bộ câu hỏi phỏng vấn trong điều tra cơ bản *(Phụ lục: Mẫu số 1)*. Số liệu được phân tích tương tự như trong nghiên cứu ban đầu và kết quả phân tích được so sánh với kết quả của chính 60 CBYT trong nghiên cứu ban đầu để đánh giá sự thay đổi về kiến thức và thái độ của CBYT xã sau can thiệp.

2.2.4. Biến số và chỉ số nghiên cứu

- Biến số/chỉ số can thiệp:
  + Chương trình đào tạo liên tục xử trí bệnh THA và ĐTĐ.
  + Tài liệu đào tạo liên tục xử trí bệnh THA và ĐTĐ.
- Biến số/chỉ số hiệu quản can thiệp chương trình và tài liệu đào tạo liên tục xử trí THA và ĐTĐ của CBYT xã:
  + Tỷ lệ CBYT đồng ý với nội dung bài giảng
  + Tỷ lệ CBYT đồng ý với phương pháp giảng dạy
  + Tỷ lệ CBYT đồng ý với trách nhiệm và tác phong sư phạm của giảng viên
  + Tỷ lệ CBYT đồng ý với tổ chức khóa đào tạo liên tục
  + Tỷ lệ CBYT đồng ý chung khóa học đạt được mục tiêu
  + Tỷ lệ CBYT đánh giá chung khóa học đạt kết quả tốt
  + Tỷ lệ CBYT có kiến thức đạt xử trí THA
  + Tỷ lệ CBYT có kiến thức đạt về xử trí ĐTĐ của CBYT
  + Tỷ lệ CBYT có thái độ đạt về xử trí THA và ĐTĐ

Chi tiết được đính kèm trong phụ lục.

2.3. XỬ LÝ VÀ PHÂN TÍCH SỐ LIỆU

Số liệu định lượng thông qua phỏng vấn CBYT xã được kiểm tra, làm sạch, mã hoá và nhập bằng phần mềm Epidata 3.1 sau đó xử lý thống kê bằng phần mềm SPSS 16.0. Sử dụng thống kê mô tả để tính giá trị trung bình, tỷ lệ %. Phân tích OR để mô tả mối liên quan giữa nhu cầu đào tạo và các thông tin cá nhân của ĐTNC. Sử dụng test McNemar để kiểm định sự khác biệt giữa hai tỷ lệ trước và sau can thiệp.

Số liệu định tính sau khi thu thập được trích dẫn nhằm phân tích nhu cầu đào tạo của CBYT xã theo các nội dung sau: chương trình, tài liệu, thời gian, địa điểm, phương pháp dạy-học, giáo viên, tài liệu, phương tiện…

2.3.1. Xử lý và phân tích số liệu trong điều tra cơ bản

2.3.1.1. Thực trạng về kiến thức của cán bộ y tế (mẫu số 1)

Để đánh giá kiến thức của CBYT, lấy điểm cắt là 50%, nếu ĐTNC trả lời được ≥ 50% tổng số câu thì ở mức đạt. Test thống kê OR để phân tích một số yếu tố liên quan về kiến thức của CBYT xã về xử trí THA và ĐTĐ và các biến độc lập là tuổi, giới, nơi ở, chức vụ, trình độ học vấn, trình độ chuyên môn, lĩnh vực chuyên môn, số năm công tác trong ngành y tế, số năm công tác tại TYT xã, đào tạo/tập huấn, số ngày tập huấn. Cụ thể tiêu chí đánh giá phân loại đạt kiến thức của CBYT về xử trí THA và quản lý ĐTĐ ở nghiên cứu này như sau:

- Kiến thức về xử trí THA, từ câu B1 – B21; Kiến thức xử trí ĐTĐ, từ câu C1-C22, mỗi câu trả lời đúng đạt 1 điểm.
- Tổng điểm đánh giá kiến thức xử trí THA là 21 điểm và ĐTĐ là 22 điểm, trả lời đạt ≥ 50% số câu, tương đương với số điểm ≥ 11 điểm thì được đánh giá đạt, nếu số điểm < 11 điểm thì được đánh giá không đạt.
- Tiêu chí đánh giá đạt của từng câu được chi tiết ở phần ghi chú trong phụ lục: *Mẫu số 1.* Chi tiết như sau: Đối với câu hỏi chỉ có một lựa chọn đúng (Ví dụ Câu B2) thì trả lời đúng đồng nghĩa với đạt. Trả lời một câu hỏi có nhiều lựa chọn đúng (Ví dụ Câu B1) thì trả lời đạt khi trả lời đúng ≥ 50% số lựa chọn.

2.3.1.2. Mô tả thực trạng về thái độ của cán bộ y tế (mẫu số 1)

Đánh giá thái độ của CBYT xã về xử trí THA và ĐTĐ được đánh giá theo thang điểm likert từ 1-5 điểm, mỗi câu hỏi được đánh giá từ 1= Rất không đồng ý đến 5 = Rất đồng ý.

CBYT có thái độ đạt khi trả lời từ điểm 4 điểm trở lên, không đạt khi trả lời < 4 điểm. Từ đó đánh giá tỷ lệ % CBYT có thái độ đạt về xử trí THA và ĐTĐ.

2.3.1.3. Nhu cầu đào tạo về kỹ năng của cán bộ y tế về xử trí THA và ĐTĐ (mẫu số 2)

CBYT tự đánh giá về tầm quan trọng của công việc ("Đánh giá A": từ 1= Hoàn toàn không quan trọng đến 7 = Rất quan trọng). CBYT tự đánh giá về khả năng thực hiện công việc của mình ("Đánh giá B": từ 1= Không tốt đến 7= Rất tốt). Cụ thể như sau:

Đánh giá kỹ năng cần đào tạo:

- Nếu hiệu số của "Đánh giá A" và "Đánh giá B" ≤ 0, không cần đào tạo;
- Nếu hiệu số của "Đánh giá A" và "Đánh giá B" > 0, cần đào tạo và khoảng trống càng lớn thì nhu cầu đào tạo càng cao.

Đánh giá mức độ ưu tiên của kỹ năng cần đào tạo:

Trong các kỹ năng cần đào tạo, để xác định mức độ ưu tiên cần đào tạo, cách phân tích như sau: Kỹ năng được đánh giá quan trọng nhưng khả năng thực hiện không tốt thì nhu cầu đào tạo cao, ưu tiên hàng đầu cho việc đào tạo (Nhiệm vụ quan trọng-Không thực hiện tốt); Kỹ năng được đánh giá ít quan trọng và khả năng thực hiện không tốt, thì kỹ năng này có thể đào tạo, nhưng xét ưu tiên thấp hơn (Nhiệm vụ ít quan trọng-Không thực hiện tốt); Kỹ năng được đánh giá quan trọng và khả năng thực hiện tốt thì không cần đào tạo

(Nhiệm vụ quan trọng-Thực hiện tốt). Kỹ năng được đánh giá ít quan trọng và khả năng thực hiện tốt thì cũng không có nhu cầu đào tạo (Nhiệm vụ ít quan trọng-Thực hiện tốt). Phân bố ưu tiên từng kỹ năng được trình bày trong hình 1.4 của chương tổng quan (trang 18) và trong bảng 2.2 dưới đây:

Bảng 2.2. Phân loại mức độ ưu tiên đào tạo liên tục

Điểm tự đánh giá mức độ quan trọng (A)	Điểm tự đánh giá khả năng thực hiện (B)	Mức độ ưu tiên đào tạo
> 4	< 2,5	Ưu tiên cao
> 5,5	2,5 - < 4	
<4	< 2,5	Ưu tiên thấp
< 2,5	2,5 - 4	
< 2,5	≥ 4	Không ưu tiên
2,5 - 5,5	> 5,5	
> 5,5	≥ 4	
2,5 - 5,5	2,5 - 5,5	Đào tạo qua giám sát

2.3.1.4. Phân tích kết quả định tính

Số liệu định tính sau khi thu thập bởi mẫu số 3, 4, 5 được trích dẫn nhằm phân tích nhu cầu đào tạo của CBYT xã theo các nội dung sau: chương trình, tài liệu, thời gian, địa điểm, phương pháp dạy-học, giáo viên, tài liệu, phương tiện dạy/học…

2.3.2. Xử lý và phân tích số liệu trong đánh giá hiệu quả sau can thiệp

Đánh giá hiệu quả can thiệp được thực hiện thông qua việc phản hồi sau khóa học của học viên cũng như sự thay đổi về kiến thức và thái độ của CBYT trước và sau khóa học. Sử dụng test McNemar để so sánh sự khác biệt giữa 2 tỷ lệ trước và sau can thiệp.

2.3.2.1. Phản hồi sau khóa học của học viên (Mẫu số 3)

Phản hồi sau khóa học của CBYT xã về xử trí THA và ĐTĐ được mô tả theo tỷ lệ % CBYT đồng ý với các nội dung: Mục tiêu và nội dung khóa học; Phương pháp giảng dạy trong khóa học; Trách nhiệm và tác phong sư phạm của giảng viên; Tổ chức khóa học.

2.3.2.2. Đánh giá kiến thức và thái độ của CBYT trước và sau đào tạo (Mẫu số 1)

Phương pháp phân tích kiến thức, thái độ của CBYT đã được đề cập trong phần nghiên cứu mô tả thực trạng. Tỷ lệ % CBYT có kiến thức và thái độ đạt về xử trí THA và ĐTĐ được so sánh kết quả sau can thiệp và kết quả phỏng vấn 60 CBYT trong điều tra cơ bản. Sử dụng test McNemar để kiểm định sức khác biệt.

2.4. KHỐNG CHẾ SAI SỐ

- Để hạn chế sai số trong quá trình thu thập thông tin, chúng tôi thiết kế bộ câu hỏi dễ hiểu. Tiến hành điều tra thử nghiệm bộ câu hỏi trước khi điều tra thu thập số liệu chính thức.
- Nghiên cứu đã sử dụng điều tra viên là những cán bộ/giảng viên, sinh viên cử nhân Y tế công cộng, sinh viên bác sĩ y học dự phòng của Viện đào tạo Y học dự phòng và Y tế công cộng, trường Đại học Y Hà Nội có kỹ năng giao tiếp, có kinh nghiệm nghiên cứu cộng đồng.
- Tập huấn kỹ cho điều tra viên, điều tra viên phỏng vấn thử sau đó có chỉnh sửa những sai sót cụ thể của từng điều tra viên trước khi tiến hành điều tra chính thức.

2.5. ĐẠO ĐỨC NGHIÊN CỨU

- Công cụ nghiên cứu không có câu hỏi mang tính nhạy cảm, chỉ phỏng vấn những người đồng ý tham gia vào nghiên cứu, thông tin cá nhân được giữ bí mật, chỉ nhằm mục đích nghiên cứu.

- Nghiên cứu được sự chấp thuận của cộng đồng, sự ủng hộ của chính quyền địa phương và lãnh đạo các cơ quan y tế trên địa bàn nghiên cứu.

CHƯƠNG 3
KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. PHÂN TÍCH NHU CẦU ĐÀO TẠO LIÊN TỤC VỀ XỬ TRÍ TĂNG HUYẾT ÁP VÀ ĐÁI THÁO ĐƯỜNG CỦA CÁN BỘ Y TẾ XÃ TỈNH HÒA BÌNH NĂM 2017

3.1.1. Thông tin chung của cán bộ y tế xã tham gia nghiên cứu

Bảng 3.1. Thông tin cán bộ y tế xã tham gia nghiên cứu (n=195)

Thông tin chung đối tượng nghiên cứu		SL	%
Giới tính	Nam	56	28,7
	Nữ	139	71,3
Tuổi	≤ 30 tuổi	33	16,9
	31-40 tuổi	36	18,5
	41-50 tuổi	90	46,2
	>50 tuổi	36	18,5
	TB ± ĐLC	42,0 ± 9,2	
Dân tộc	Kinh	64	32,8
	Khác (Mường, Thái, Dao…)	131	67,2
Nơi ở	Thành thị	71	36,4
	Nông thôn	58	29,7
	Miền núi	66	33,8
Chức vụ	Quản lý	52	26,7
	Nhân viên	143	73,3

Thông tin chung đối tượng nghiên cứu		SL	%
Số năm công tác trong lĩnh vực y tế	≤ 20	101	51,8
	> 20	94	48,2
	TB ± ĐLC	17,5 ± 9,3	
Số năm công tác tại Trạm y tế xã	≤ 20	108	55,4
	> 20	87	44,6
	TB ± ĐLC	16,3 ± 9,7	
Trình độ chuyên môn	Bác sĩ	38	19.5
	Y sĩ	157	80,5
Lĩnh vực chuyên môn chịu trách nhiệm chính	Khám chữa bệnh	150	76,9
	Sản và nhi	15	7,7
	Y học cổ truyền	4	2,1
	Khác (TCMR, HIV/AIDS…)	26	13,3

Nhận xét: Trong số 195 CBYT tham gia nghiên cứu, CBYT là nữ gấp gần 3 lần nam chiếm tỷ lệ tương ứng lần lượt là 71,3% và 28,7% với tuổi trung bình 42,0 ± 9,2 (tuổi). Trên địa bàn nghiên cứu có 1/3 CBYT là dân tộc Kinh, sinh sống tại nông thôn/miền núi chiếm 2/3. Số CBYT giữ chức vụ quản lý TYT là 52 người, chiếm hơn 25%. Với trình độ chuyên môn chủ yếu là y sĩ (80,5%), bác sĩ gần 20%. Số năm công tác trong lĩnh vực y tế trung bình 17,5± 9,3. Số năm công tác tại trạm y tế trung bình 16,3 ± 9,7. Số lượng CBYT có số năm kinh nghiệm dưới 20 năm chiếm hơn nửa (55,4%). Lĩnh vực chuyên môn CBYT phụ trách chính là KCB chiếm ¾.

Bảng 3.2. Tỷ lệ CBYT xã được tập huấn về quản lý bệnh mạn tính

Tập huấn về quản bệnh mạn tính		**SL**	**%**
Đã được tập huấn về quản lý bệnh mạn tính (n=195)	Có	60	30,8
	Không	135	69,2
Địa điểm tập huấn (n=60)	Tuyến trung ương	1	1,7
	Tuyến tỉnh	31	51,7
	Tuyến huyện	31	51,7
Thời gian tình từ thời điểm tập huấn đến thời điểm điều tra (n=60)	≤ 1 năm	25	41,7
	≤ 2 năm	23	38,3
	> 2 năm	12	20,0

Nhận xét: Từ bảng trên cho thấy, chưa được 1/3 số CBYT xã đã được tập huấn về BKLN. Trong số 60 CBYT được tập huấn, chủ yếu được tập huấn tại tuyến tỉnh và tuyến huyện, số lượng tập huấn tại tuyến trung ương chiếm tỷ lệ rất nhỏ (1,7%). Số CBYT đã được tập huấn tính từ thời điểm tập huấn đến thời điểm điều tra trong vòng 1 năm chiếm tỷ lệ cao nhất (41,7%), số tập huấn > 2 năm chiếm 1/5 trong tổng số 60 CBYT.

3.1.2. Thực trạng nhu cầu đào tạo về kiến thức xử trí tăng huyết áp và đái tháo đường của cán bộ y tế xã tỉnh Hòa Bình

3.1.2.1. Thực trạng kiến thức về xử trí tăng huyết áp của cán bộ y tế xã

Bảng 3.3. Kiến thức của CBYT xã về định nghĩa, biểu hiện và phân độ THA (n=195)

Nhóm kiến thức về định nghĩa, biểu hiện và phân độ THA		SL	%
Định nghĩa THA	HATT>140 mmHg và/hoặc HATTr>90 mmHg	162	83,1
	Trả lời sai	32	16,4
	Không biết	1	0,5
Biểu hiện THA	Chỉ số HA bất thường	120	61,5
	Đau đầu	183	93,8
	Hoa mắt, chóng mặt	187	95,9
	Chảy máu mắt, chảy máu cam	6	3,1
	Không biết	1	0,5
	Kiến thức đạt	**111**	**56,9**

Nhận xét: Từ bảng 3.3 cho thấy số CBYT có kiến thức đạt về định nghĩa THA là 83,1% nhưng còn gần 17% trả lời sai về khái niệm THA. Về biểu hiện THA, tỷ lệ CBYT có kiến thức đạt chiếm 56,9%, trong đó kiến thức về biểu hiện hoa mắt, chóng mắt chiếm tỷ lệ cao nhất 95,9% và thấp nhất về biểu hiện chảy máu mắt, chảy máu cam chiếm 3,1%. Chỉ duy nhất có 01 CBYT không biết biểu hiện của THA (chiếm 0,5%).

Bảng 3.4. Tỷ lệ CBYT xã có kiến thức đạt về phân độ THA (n =195)

Phân độ THA	SL	%
Chỉ số HA tối ưu	108	55,4
Chỉ số HA bình thường	97	49,8
Chỉ số Tiền HA	102	52,3
Chỉ số HA độ 1	107	54,9
Chỉ số HA độ 2	89	45,6
Chỉ số HA độ 3	92	47,2
Kiến thức đạt về phân độ THA	**87**	**44,6**

Nhận xét: Tỷ lệ chung CBYT có kiến thức về phân độ THA chiếm gần ½. Trong đó kiến thức đạt về từng độ của THA tương đương nhau, với hiểu biết về chỉ số HA tối ưu chiếm tỷ lệ cao nhất (55,4%), hiểu biết về chỉ số HA độ 2 thấp nhất (45,6%).

Bảng 3.5. Tỷ lệ CBYT xã có kiến thức đạt về cách đo huyết áp (n=195)

Cách đo HA	SL	%
Bệnh nhân nghỉ ngơi ít nhất 5-10 phút	186	95,4
Không dùng chất kích thích	31	15,9
Tư thế đo chuẩn	166	85,1
Không nói chuyện khi đo	38	19,5
Đo huyết áp ở cả 2 cánh tay	75	38,5
Đo ít nhất 2 lần cách nhau 1-2 phút	66	3,8
Kiến thức đạt về cách đo HA	**55**	**28,2**

Nhận xét: Bảng 3.4 cho thấy kiến thức về cách đo HA đúng của CBYT chiếm 28,2%. Trong đó, tỷ lệ kiến thức cho bệnh nhân nghỉ ngơi ít nhất 5-10 phút trước khi đo của CBYT chiếm tỷ lệ cao nhất (95,4%), kiến thức về đo ít nhất 2 lần cách nhau 1-2 phút có tỷ lệ thấp nhất (3,8%).

Bảng 3.6. Tỉ lệ CBYT xã có kiến thức đạt về nguy cơ THA

Yếu tố nguy cơ THA	SL	%
Tuổi trên 40	61	31,3
Thừa cân, béo phì	134	68,7
Rối loạn mỡ máu	40	20,5
Lối sống tĩnh tại, ít vận động	46	23,6
Ăn mặn	132	67,7
Hút thuốc lá	79	40,5
Uống rượu bia quá mức	114	58,5
Không biết	1	0,5
Kiến thức đạt về nguy cơ THA	**72**	**36,9**

Nhận xét: Trong số 195 CBYT tham gia nghiên cứu trả lời, có hơn 1/3 có kiến thức đạt về các yếu tố nguy cơ THA, trong đó biết đến nguy cơ thừa cân, béo phì chiếm tỷ lệ cao nhất (68,7%), kiến thức đúng về rối loạn mỡ máu chiếm tỷ lệ thấp nhất (20,5%). Tỷ lệ CBYT không biết yếu tố nguy cơ THA là 0,5%.

Bảng 3.7. Tỉ lệ CBYT xã có kiến thức đạt về dự phòng THA

Dự phòng THA	SL	%
Bỏ thuốc lá, thuốc lào	87	44,6
Chống thừa cân	48	24,6
Tăng vận động thể lực	134	68,7
Giảm uống rượu, bia	110	56,4
Chế độ ăn giảm muối	151	77,4
Khám sức khỏe định kì	34	17,4
Không biết	5	2,6
Kiến thức đạt dự phòng THA	**60**	**30,8**

Nhận xét: CBYT có kiến thức chung về dự phòng THA đạt chiếm gần 1/3 tổng số đối tượng tham gia nghiên cứu. Trong đó đa số CBYT biết đến biện pháp dự phòng là chế độ ăn giảm muối (77,44%), tiếp đến là tăng vận động thể lực (68,72%), ít CBYT (chỉ chiếm 17,44%) cho rằng việc đi khám sức khỏe định kì là biện pháp trong dự phòng THA. Kết quả từ bảng trên cũng cho thấy, vẫn còn 2,6% đối tượng nghiên cứu không biết đến biện pháp dự phòng nào.

Bảng 3.8. Tỉ lệ CBYT xã có kiến thức đạt về biến chứng THA

Biến chứng THA	SL	%
Đột quỵ	75	38,5
Tai biến mạch máu não	169	86,7
Nhồi máu cơ tim	72	36,9
Suy tim	88	45,1
Suy thận	48	24,7
Phình động mạch	20	10,2
Giảm thị lực	21	10,8
Không biết	1	0,5
Kiến thức đạt biến chứng THA	**38**	**19,5**

Nhận xét: Có gần 20% số CBYT tham gia nghiên cứu có kiến thức đạt về biến chứng THA, trong đó đa số biết nhiều đến biến chứng tai biến mạch máu não (hơn 4/5 tổng CBYT), thấp nhất là phình động mạch (chỉ có 10,2% đề cập đến). Không biết về biến chứng THA chiếm tỷ lệ nhỏ (chỉ 0,5%).

Bảng 3.9. Tỷ lệ CBYT xã có kiến thức đạt về điều trị THA tại Hòa Bình năm 2017 (n =195)

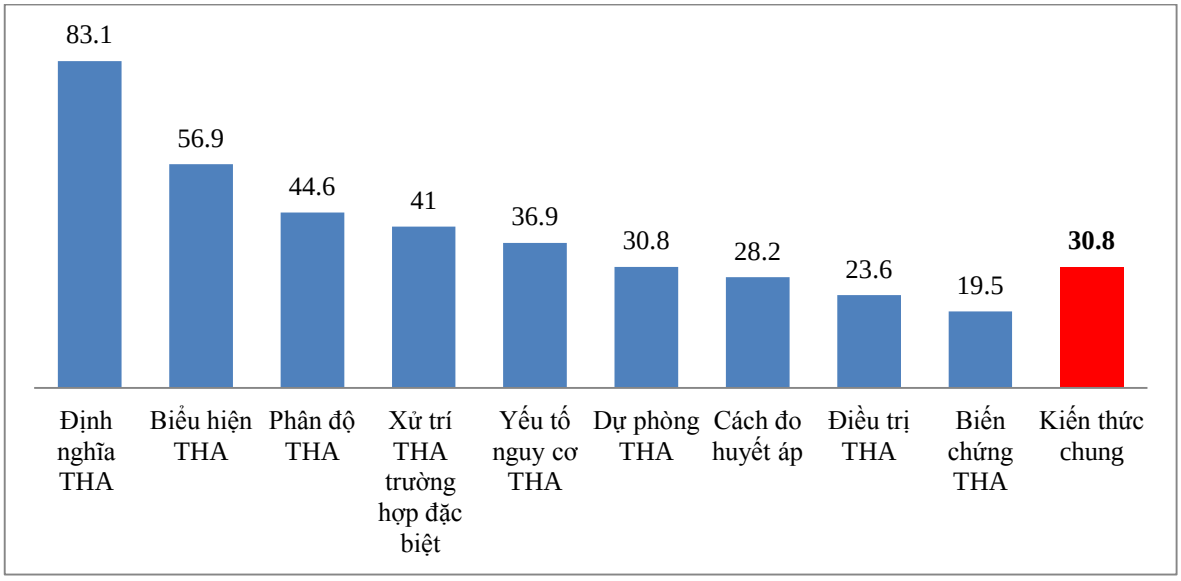
Nội dung	SL	%
Xác định huyết áp mục tiêu	105	53,9
Lựa chọn thuốc điều trị khởi đầu cho THA độ 1	4	2,1
Lựa chọn thuốc điều trị khởi đầu cho THA độ 2	3	1,5
Lựa chọn thuốc điều trị khởi đầu cho bệnh nhân THA trên 55 tuổi	159	81,5
Lựa chọn thuốc điều trị khởi đầu cho bệnh nhân THA dưới 55 tuổi	26	13,3
Tuân thủ điều trị ở bệnh nhân	131	67,2
Kiến thức đạt về điều trị THA	**46**	**23,6**

Nhận xét: Tỷ lệ CBYT có kiến thức đạt về điều trị THA chiếm tỷ lệ 23,6%. Trong đó, kiến thức về lựa chọn thuốc khởi đầu điều trị cho bệnh nhân THA trên 55 tuổi là cao nhất (81,5%), cao thứ 2 là kiến thức về tuân thủ điều trị ở bệnh nhân (67,2%). Ngược lại, lựa chọn thuốc điều trị khởi đầu cho THA độ 1, THA độ 2 chỉ đạt dưới 3%.

Bảng 3.10. Tỷ lệ CBYT có kiến thức đạt về xử trí THAtrong một số trường hợp đặc biệt tại Hòa Bình năm 2017 (n = 195)

Nội dung	SL	%
Xử trí khi chưa đạt HA mục tiêu	10	5,1
Xử trí cấp cứu bệnh nhân THA tại TYT xã	162	83,1
Các trường hợp cần chuyển bệnh nhân lên tuyến trên	36	18,5
Kiến thức đạt về xử trí THA trong một số trường hợp đặc biệt	**80**	**41,0**

Nhận xét: Có 41% CBYT có kiến thức đạt về xử trí THA trong một số trường hợp đặc biệt, kiến thức đạt về xử trí bệnh nhân khi chưa đạt HA mục tiêu điều trị rất thấp chỉ 5,1%.



Hình 3.1. Tỷ lệ CBYT xã có kiến thức đạt về xử trí THA (n=195)

Nhận xét: Trong số 195 CBYT tham gia nghiên cứu, tỷ lệ CBYT có kiến thức đạt chung về xử trí THA là 30,8%, trong đó cao nhất là kiến thức về định nghĩa THA và thấp nhất là kiến thức về biến chứng THA.

3.1.2.2. Một số yếu tố liên quan đến kiến thức đạt về xử trí THA của CBYT xã, tỉnh Hòa Bình

Bảng 3.11. Yếu tố liên quan đến kiến thức đạt về xử trí THA của CBYT xã (n=195)

Yếu tố cá nhân		Điều trị THA (OR, 95% CI)	Phân độ THA (OR, 95% CI)	Kiến thức chung về THA (OR, 95% CI)
Trình độ chuyên môn	Y sĩ	1		1
	Bác sĩ	2,65 (1,24-5,76) **		4,02 (1,88-8,58) ***
Chức vụ	Nhân viên		1	1
	Quản lý		2,29 (1,20-4,38) *	2,46 (1,29-4,70) *
Được tập huấn về quản lý BKLN	Không	1		
	Có	2,37 (1,19-4,70) *		
Lĩnh vực chuyên môn phụ trách	Chuyên khoa khác	1	1	
	Khám chữa bệnh chung	3,01 (1,11-8,15) *	2,40 (1,17-4,92) *	

*Ghi chú: * p-value < 0,05; ** p-value <= 0,01; *** p-value <=0,001*

Nhận xét: Bảng 3.11 chỉ ra các yếu tố liên quan đến kiến thức về xử trí THA của CBYT xã. CBYT là bác sĩ có kiến thức đạt về điều trị cao hơn 2,5 lần và kiến thức chung về xử trí THA cao hơn 4 lần so với y sĩ. CBYT là quản lý có kiến thức về phân độ THA và kiến thức chung về xử trí THA cao hơn 2 lần so với nhóm nhân viên. CBYT được tập huấn về quản lý BKLN có kiến thức về điều trị THA cao hơn 2 lần so với nhóm CBYT chưa được tập huấn. Các CBYT chịu trách nhiệm chuyên môn về khám chữa bệnh có kiến thức đạt

về điều trị và phân độ THA cao hơn so với nhóm CBYT chịu trách nhiệm chuyên môn khác (sản nhi, đông y, chăm sóc sức khỏe sinh sản…) lần lượt là 3,1 và 2,4 lần. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với p <0,05.

3.1.2.3. Thực trạng về kiến thức về xử trí đái tháo đường của cán bộ y tế xã

Bảng 3.12. Kiến thức đạt của CBYT xã về định nghĩa và phân loại ĐTĐ (n=195)

Định nghĩa và phân loại ĐTĐ	SL	%
Định nghĩa		
Tăng glucose máu	118	60,5
Bệnh mạn tính	103	52,8
Bất thường về chuyển hóa carbonhydrat, lipid và protein	32	16,4
Gắn với bệnh về thận, đáy mắt, thần kinh và tim mạch	31	15,9
Không biết	15	7,7
Kiến thức đạt về định nghĩa ĐTĐ	**27**	**13,8**
Phân loại ĐTĐ		
ĐTĐ type 1	174	89,2
ĐTĐ type 2	174	89,2
ĐTĐ thai kì	115	58,9
Không biết	19	9,7
Kiến thức đạt về phân loại ĐTĐ	**97**	**49,7**

Nhận xét: Bảng 3.12 chỉ ra rằng, kiến thức đạt về định nghĩa ĐTĐ của CBYT là 13,8%. Trong đó, đa phần CBYT biết ĐTĐ là bệnh tăng glucose máu (60,5%) và là bệnh mạn tính (52,8%). Vẫn có 7,7% người không biết về

định nghĩa ĐTĐ. Về phân loại ĐTĐ, phần lớn các CBYT xã biết ĐTĐ type 1 (89,2%) và ĐTĐ type 2 (89,2%). 9,7% CBYT trả lời không biết về phân loại ĐTĐ. Kiến thức đạt về phân loại ĐTĐ là 49,7%.

Bảng 3.13. Kiến thức đạt của CBYT xã về các yếu tố nguy cơ mắc ĐTĐ (n=195)

Các yếu tố nguy cơ của ĐTĐ	SL	%
BMI ≥ 23	77	39,5
Tuổi ≥ 45	29	14,9
Huyết áp >130/85 mmHg	43	22,1
Gia đình có người ĐTĐ ở thế hệ cận kề	53	27,2
Phụ nữ mắc ĐTĐ thai kỳ	25	12,8
Tiền sử hội chứng chuyển hóa, tiền ĐTĐ	31	15,9
Uống nhiều rượu, hút thuốc lá	57	29,3
Không biết	22	11,3
Kiến thức đạt về các yếu tố nguy cơ ĐTĐ	**11**	**5,6**

Nhận xét: Tỷ lệ CBYT có kiến thức đạt về các yếu tố nguy cơ của ĐTĐ là 5,6%. CBYT biết nguy cơ mắc bệnh ĐTĐ do BMI ≥ 23 cao nhất là 39,5%, tiếp đến uống nhiều rượu, hút thuốc lá (29,3%) và thấp nhất là kiến thức tuổi ≥45 (14,9%). Vẫn còn 11,3% CBYT không biết các yếu tố nguy cơ gây bệnh.

Bảng 3.14. Kiến thức đạt của CBYT xã về chẩn đoán bệnh đái tháo đường (n=195)

Kiến thức của cán bộ y tế về chẩn đoán bệnh ĐTĐ		SL	%
Biểu hiện bệnh	Ăn nhiều	149	76,4
	Uống nhiều	128	65,6
	Đái nhiều	150	76,9
	Gầy nhanh	154	78,9
	Có biến chứng: mụn nhọt, tê tay chân,…	13	6,7
	Không biết	6	3,1
Xét nghiệm chẩn đoán	Xét nghiệm đường máu mao mạch	165	84,6
	Không biết	5	2,6
Tiêu chuẩn chẩn đoán bệnh	Đường huyết buổi sáng lúc đói chưa ăn ≥ 7 mmol/L	68	34,9
	Nghiệm pháp tăng đường huyết ≥ 11,1 mmol/L	25	12,8
	Không biết	72	36,9
Kiến thức đạt về chẩn đoán ĐTĐ		**106**	**54,4**

Nhận xét: Kết quả cho thấy, kiến thức đạt của CBYT về chẩn đoán bệnh ĐTĐ chiếm hơn nửa (54,4%). Đa số biết các biểu hiện là ăn nhiều, uống nhiều, đái nhiều, gầy nhanh. Kiến thức về xét nghiệm để chẩn đoán ĐTĐ: cao nhất biết xét nghiệm đường máu mao mạch để chẩn đoán; tuy nhiên, vẫn còn 2,6% CBYT không biết. Kiến thức của CBYT về tiêu chuẩn chẩn đoán bệnh ĐTĐ: Xét nghiệm đường huyết buổi sáng lúc đói chưa ăn ≥ 7 mmol/L là cao nhất; chỉ 12,8% CBYT biết chẩn đoán ĐTĐ nghiệm pháp tăng đường huyết ≥ 11,1 mmol/L.

Bảng 3.15. Kiến thức đạt của CBYT xã về chế độ ăn và sinh hoạt cho người bệnh ĐTĐ (n=195)

Chế độ ăn và sinh hoạt ĐTĐ		SL	%
Chế độ ăn cho người bệnh	Ăn nhiều rau, quả và ngũ cốc nguyên hạt	109	56,2
	Giảm tinh bột, thay thế bằng thực vật	159	81,9
	Kiêng đường nhanh	156	80,4
	Giảm cân nếu thừa cân	24	12,4
	Không biết	6	3,1
Chế độ sinh hoạt cho người bệnh	Tập luyện thể lực	132	68,0
	Tăng vận động trong sinh hoạt	100	51,5
	Tránh rượu, bỏ thuốc lá	74	38,1
	Không biết	12	6,2
Kiến thức chung về chế độ ăn và sinh hoạt ĐTĐ		**79**	**40,5**

Nhận xét: Kiến thức chung về chế độ ăn và sinh hoạt của bệnh nhân đái tháo đường đạt là 40,5%. Đa số CBYT biết người bệnh ĐTĐ cần giảm tinh bột, thức ăn động vật thay thế bằng thực vật (81,9%), kiêng đường nhanh (80,4%). Trong đó 3,1% cán bộ không biết chế độ ăn cho người bệnh ĐTĐ. Phần lớn CBYT biết cần tập luyện thể lực (68,0%), tăng vận động trong sinh hoạt (51,5%).

Bảng 3.16. Kiến thức đạt của CBYT xã về điều trị đái tháo đường (n=195)

Phương pháp điều trị ĐTĐ	**SL**	**%**
Insulin	136	69,7
Thuốc viên	115	59,0
Không biết	34	17,4
Trường hợp ĐTĐ được điều trị tại xã		
Được điều trị ổn định ở tuyến trên	79	40,5
Không biết	16	8,2
Thuốc điều trị đái tháo đường được sử dụng tại trạm y tế xã		
Metformin	3	1,5
Gliclazide	2	1,0
Glibenclamide	3	1,5
Không biết	38	19,5
Kiến thức sai về thuốc điều trị ĐTĐ tại trạm y tế xã	93	47,7
- Insulin	55	28,2
- Thuốc đông y	1	0,5
Kiến thức đạt về điều trị ĐTĐ	**9**	**4,9**

Nhận xét: Bảng kết quả chỉ ra rằng kiến thức đạt về điều trị ĐTĐ chỉ đạt 4,9%. Trong đó, trong phần phương pháp điều trị, Insulin và thuốc viên được CBYT biết nhiều nhất. Ngược lại, 17,4% CBYT không biết phương pháp điều trị ĐTĐ. Phần kiến thức về các trường hợp ĐTĐ được điều trị tại xã, có 40,5% CBYT biết việc được điều trị ổn định ở tuyến trên. Về thuốc điều trị đái tháo đường được sử dụng tại trạm y tế xã, tỷ lệ cao nhất là kiến thức sai (47,7%): 28,2% ĐTNC biết về Insulin. Các thuốc có tỷ lệ biết ít là Metformin (1,5%), Gliclazide (1,0%) và Glibenclamide (1,5%). Vẫn có 19,5% người trả lời phỏng vấn không biết về thuốc điều trị.

Bảng 3.17. Kiến thức đạt của CBYT xã về biến chứng bệnh đái tháo đường và xử trí (n=195)

Biến chứng bệnh đái tháo đường	**SL**	**%**
Biến chứng loét chân	88	45,1
Biến chứng thận	65	33,3
Biến chứng thần kinh	57	29,2
Nhiễm trùng	45	23,1
Viêm tắc tĩnh mạch, viêm tắc động mạch chân	45	23,1
Đường huyết cao	30	15,4
Cơn hạ đường huyết	23	11,8
Tăng đường huyết	22	11,3
Hôn mê tăng đường huyết	21	10,8
Lao	10	5,1
Không biết	24	12,3
Kiến thức đạt về các biến chứng của ĐTĐ	**17**	**9,5**
Xử trí biến chứng ĐTĐ		
Chuyển lên tuyến trên	171	87,7
Điều trị theo dõi tại xã	6	3,1
Không biết	17	8,7
Kiến thức đạt về biến chứng ĐTĐ và xử trí	**17**	**8,7**

Nhận xét: Tỷ lệ CBYT có kiến thức đạt về biến chứng ĐTĐ và xử trí chiếm 8,7%. Trong đó, CBYT có kiến thức đạt về biến chứng bệnh đái tháo đường là 9,5%. CBYT biết loét chân là biến chứng của ĐTĐ có tỷ lệ cao nhất 45,13%, biến chứng lao là thấp nhất 5,13%. Vẫn còn 12,3% BYT không biết biến chứng của ĐTĐ. Về xử trí biến chứng, gần 90% CBYT đồng ý việc chuyển tuyên trên. Vẫn có 3,1% đối tượng chọn điều trị theo dõi tại xã. Tỷ lệ cán bộ không biết xử trí biến chứng ĐTĐ là 8,7%.

Bảng 3.18. Kiến thức của CBYT xã về nhận biết dự phòng và xử trí cơn hạ đường huyết (n=195)

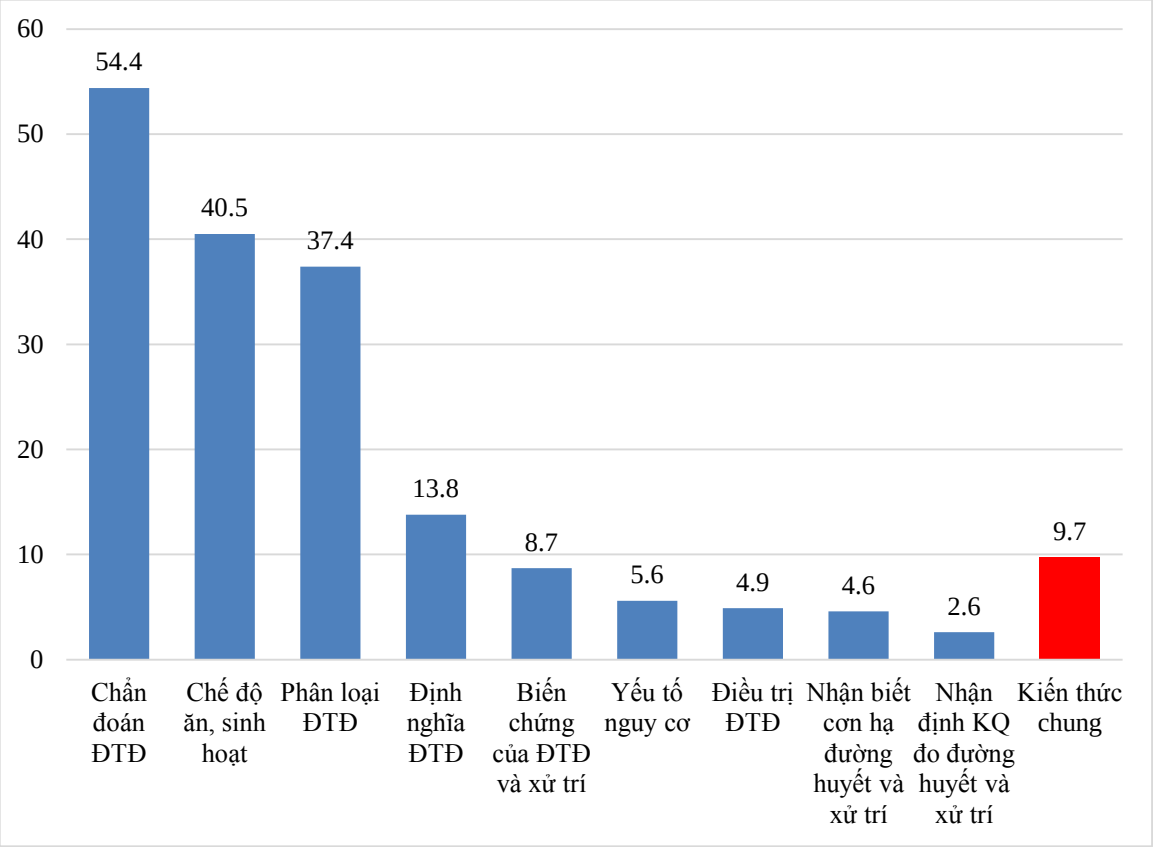
Nhận biết cơn hạ đường huyết	**SL**	**%**
Run tay	124	63,6
Vã mồ hôi	99	50,8
Đói lả	82	42,1
Nếu nặng có thể hôn mê	36	18,5
Khi bệnh nhân uống quá nhiều liều thuốc/ bỏ bữa ăn	17	8,7
Không biết	15	7,7
Phòng và xử trí cơn hạ đường huyết		
Uống 1 cốc nước đường	154	79,0
Để tránh nên ăn đúng giờ	14	7,2
Sau hết triệu chứng nên đi khám lại	11	5,6
Uống thuốc trước bữa ăn	6	3,1
Không biết	23	11,8
Kiến thức về nhận biết, dự phòng và xử trí cơn hạ đường huyết	**9**	**4,6**

Nhận xét: Bảng 3.18 cho thấy CBYT có kiến thức đạt về nhận biết, dự phòng và xử trí cơn hạ đường huyết đạt là 4,6%. Trong đó, dấu hiện run tay được nhiều người biết nhất (63,6%), tiếp đến là dấu hiệu vã mồ hôi (50,8%) và tiếp đến là đói lả (42,1%). Vẫn có 7,7 % CBYT không biết các dấu hiệu hạ đường huyết. Cách xử trí cơn hạ đường huyết được biết nhiều nhất là uống 1 cốc nước đường (79,0%) và thấp nhất là uống thuốc trước bữa ăn (3,1%). Tỷ lệ không biết cách xử trí là 11,8%.

Bảng 3.19. Kiến thức đạt của CBYT xã về nhận định kết quả đo đường huyết và cách xử trí (n=195)

Nhận định đo đường huyết và cách xử trí		**SL**	**%**
Đường huyết 4-6,9 mmol/L	Đạt yêu cầu, tiếp tục điều trị	65	33,3
Đường huyết 7-12 mmol/L	Chưa đạt yêu cầu, tăng thuốc điều trị	82	42,1
Đường huyết dưới 3 mmol/L	Tiêm truyền tĩnh mạch ngay khoảng 50-100ml dung dịch Glucose 30% đến khi trên 4 mmol chuyển tuyến trên	18	9,2
Đường huyết dưới 3,9mmol/L	Uống 1 cốc nước đường, khi trên 4 mmol chuyển tuyến trên	20	21,1
Đường huyết trên 13 mmol/L	Chuyển tuyến trên	91	46,7
Kiến thức đạt về nhận định kết quả đo đường huyết và cách xử trí		**5**	**2,6**

Nhận xét: Kiến thức đạt về nhận định đo đường huyết và cách xử trí là 2,6%. Trong đó, tỷ lệ cao nhất là xử trí đường huyết trên 13 mmol/L (46,7%), tỷ lệ thấp nhất là xử trí khi đường huyết dưới 3 mmol/L (9,2%).



Hình 3.2. Tỷ lệ cán bộ y tế có kiến thức đạt về xử trí đái tháo đường tại trạm y tế xã

Nhận xét: CBYT có kiến thức đạt cao nhất là về chẩn đoán ĐTĐ (54,4%); thấp nhất là nhận định kết quả đo đường huyết và cách xử lí 2,6%. Các kiến thức đạt khác lần lượt từ cao đến thấp là: chế độ dinh dưỡng và sinh hoạt cho NB (40,5%), phân loại ĐTĐ (37,4%), khái niệm ĐTĐ (13,8%), biến chứng và xử trí (8,7%), yếu tố nguy cơ (5,6%), điều trị ĐTĐ (4,9%) và hạ đường huyết (4,6%). Tỉ lệ CBYT của TYT xã có kiến thức đạt chung về quản lý bệnh ĐTĐ chưa đến 10%.

3.1.2.4. Một số yếu tố liên quan đến kiến thức về xử trí ĐTĐ của CBYT xã, tỉnh Hòa Bình

Bảng 3.20. Yếu tố liên quan đến kiến thức đạt về xử trí ĐTĐ của CBYT xã

Yếu tố cá nhân		Phân loại ĐTĐ	Chẩn đoán ĐTĐ	Chế độ dinh dưỡng và sinh hoạt	Khái niệm ĐTĐ
		OR, 95% CI			
Nơi công tác	Thành thị		1		
	Nông thôn, miền núi		0,35 (0,14-0,86) *		
Dân tộc	Khác	1		1	1
	Kinh	3,45 (1,98-12,12) *		2,39 (1,29-4,40) **	2,54 (1,11-5,79) *
Trình độ chuyên môn	Y sĩ		1		
	Bác sĩ		1,16 (1,09-1,24) *		

** p-value < 0,05; ** p-value <= 0,01; *** p-value <=0,001*

Nhận xét: Các yếu tố liên quan đến kiến thức về xử trí ĐTĐ, CBYT có nơi công tác là nông thôn có kiến thức về chẩn đoán ĐTĐ thấp hơn nhóm thành thị (chỉ bằng 0,35 lần). CBYT là dân tộc Kinh có kiến thức đạt về phân loại ĐTĐ cao hơn gần 3,5 lần, kiến thức đạt về chế độ dinh dưỡng và sinh hoạt cao hơn 2 lần và kiến thức đạt về khái niệm ĐTĐ cao hơn 2,5 lần so với nhóm CBYT dân tộc khác. CBYT là bác sĩ có kiến thức đạt về chẩn đoán ĐTĐ cao hơn 1,16 lần nhóm CBYT là y sĩ. Sự khác biết này có ý nghĩa thống kê với p<0,05.

3.1.3. Thái độ của cán bộ y tế xã về xử trí tăng huyết áp và đái tháo đường

Bảng 3.21. Điểm trung bình về thái độ của CBYT xã về xử trí THA và ĐTĐ (thang điểm 5)

Thái độ	TB	ĐLC
Sự nguy hiểm của bệnh THA và ĐTĐ	3,6	0,04
Sự nghiêm trọng của biến chứng	3,8	0,05
Tỷ lệ mắc bệnh THA và ĐTĐ cao và gia tăng nhanh	3,8	0,05
THA và ĐTĐ ảnh hưởng đến chất lượng cuộc sống	3,8	0,05
Vai trò của thay đổi chế độ ăn và sinh hoạt của người bệnh THA và ĐTĐ	3,9	0,04
Vai trò của theo dõi sức khỏe định kỳ của người bệnh THA và ĐTĐ	3,5	0,04
Tuân thủ điều trị của người bệnh THA và ĐTĐ	4,2	0,04
Phác đồ điều trị phù hợp cho người bệnh THA và ĐTĐ	3,5	0,05
Vai trò của trạm y tế xã trong xử trí THA và ĐTĐ	3,7	0,04
Phát hiện sớm yếu tố nguy cơ	3,5	0,05
Thái độ chung của CBYT xã về xử trí THA và ĐTĐ	**3,7**	**0,05**

Nhận xét: Kết quả chỉ ra rằng các CBYT có điểm thái độ trung bình chung là 3,7±0,05, cao nhất nhất là về tuân thủ điều trị của người bệnh THA và ĐTĐ, sau đó là đến vai trò của thay đổi chế độ ăn và sinh hoạt của người bệnh THA và ĐTĐ. Cao thứ 3 là các mục sự nghiêm trọng của biến chứng, tỷ lệ mắc bệnh THA và ĐTĐ cao và gia tăng nhanh và THA và ĐTĐ ảnh hưởng đến chất lượng cuộc sống. Điểm thái độ thấp nhất ở 2 mục: vai trò của theo dõi sức khỏe định kỳ của người bệnh THA và ĐTĐ và phát hiện sớm yếu tố nguy cơ.

Bảng 3.22. Tỷ lệ CBYT xã có thái độ đạt trong xử trí THA và ĐTĐ (n=195)

Nội dung	Thái độ			
	Đạt		Chưa đạt	
	SL	%	SL	%
Sự nguy hiểm của bệnh THA và ĐTĐ	107	54,9	88	45,1
Sự nghiêm trọng của biến chứng	122	62,6	73	37,4
Tỷ lệ mắc bệnh THA và ĐTĐ cao và gia tăng nhanh	112	57,4	83	42,6
THA và ĐTĐ ảnh hưởng đến chất lượng cuộc sống	118	60,5	77	39,5
Vai trò của thay đổi chế độ ăn và sinh hoạt của người bệnh THA và ĐTĐ	157	80,5	38	19,5
Vai trò của theo dõi sức khỏe định kỳ của người bệnh THA và ĐTĐ	87	44,6	108	55,4
Tuân thủ điều trị của người bệnh THA và ĐTĐ	186	95,4	9	4,6
Phác đồ điều trị phù hợp cho người bệnh THA và ĐTĐ	90	46,2	105	53,8
Vai trò của trạm y tế xã trong xử trí THA và ĐTĐ	124	63,6	71	36,4
Phát hiện sớm yếu tố nguy cơ	88	45,1	107	54,9
Thái độ chung	**31**	**15,9**	**164**	**84,1**

Nhận xét: Thái độ đạt của CBYT về xử trí THA và ĐTĐ là 15,9%. Thái độ đạt cao nhất là về tuân thủ điều trị của người bệnh THA và ĐTĐ (95,4%), vai trò của thay đổi chế độ ăn và sinh hoạt của người bệnh THA và ĐTĐ (80,5%). Thái độ không đạt cao nhất là các mục vai trò của theo dõi sức

khỏe định kỳ của người bệnh THA và ĐTĐ (55,4%), phát hiện sớm yếu tố nguy cơ (54,9%) và phác đồ điều trị phù hợp cho người bệnh THA và ĐTĐ (53,8%).

3.1.4. Nhu cầu đào tạo liên tục về kỹ năng xử trí tăng huyết áp và đái tháo đường của cán bộ y tế xã tỉnh Hòa Bình

3.1.4.1. Nhu cầu đào tạo liên tục về kỹ năng xử trí tăng huyết áp của cán bộ y tế xã tỉnh Hòa Bình

Bảng 3.23. Tỷ lệ % CBYT xã có nhu cầu đào tạo theo từng kỹ năng xử trí THA (n=195)

STT	Các kỹ năng xử trí THA của CBYT xã	SL	%
1	Khai thác tiền cử bệnh sử của đối tượng	14	7,2
2	Khai thác thông tin về lối sống của đối tượng	3	1,5
3	Đo chiều cao cân nặng và xác định tình trạng thừa cân béo phì theo BMI	1	0,5
4	Đo vòng bụng và xác định tình trạng béo bụng	3	1,5
5	Lượng giá nguy cơ tim mạch và xác định biến chứng, bệnh kèm theo	173	88,7
6	Thực hiện đo huyết áp	184	94,4
7	Xét nghiệm protein niệu	82	42,1
8	Xét nghiệm đường máu bằng máy đo đường huyết nhanh	122	62,6
9	Đọc kết quả xét nghiệm sinh hóa máu có sẵn	102	52,3
10	Xác định giai đoạn/ phân độ THA	176	90,3
11	Lên chiến lược điều trị THA dựa trên phân độ THA và nguy cơ tim mạch	174	89,3

STT	Các kỹ năng xử trí THA của CBYT xã	SL	%
12	Xác định HA mục tiêu	128	65,6
13	Chỉ định điều trị thuốc cho đối tượng THA	175	89,7
14	Tư vấn cho người bệnh thay đổi lối sống	34	17,4
15	Phát hiện những trường hợp THA cần chuyển lên tuyến trên	77	39,5
16	Xử trí cấp cứu THA	153	78,5
17	Hướng dẫn người bệnh theo dõi huyết áp tại nhà	83	42,6
18	Hướng dẫn người bệnh sử dụng thuốc HA tại nhà	53	27,2
19	Đánh giá tuân thủ điều trị THA của người bệnh	110	56,4
20	Quản lý hồ sơ, sổ sách người bệnh THA theo quy định	52	26,7

Nhận xét: CBYT có nhu cầu đào tạo nhiều nhất là kĩ năng "Thực hiện đo huyết áp" với 94,4%; tiếp theo là các kĩ năng "Xác định giai đoạn/ phân độ THA" (90,3%), "Chỉ định điều trị thuốc cho đối tượng THA (89,7%), "Lên chiến lược điều trị THA dựa trên phân độ THA và nguy cơ tim mạch" (89,3%) và "Lượng giá nguy cơ tim mạch và xác định biến chứng, bệnh kèm theo" (88,7%). Phần lớn CBYT có nhu cầu đào tạo các kĩ năng "Xử trí cấp cứu THA", "Xác định HA mục tiêu", "Xét nghiệm đường máu bằng máy đo đường huyết nhanh", "Đánh giá tuân thủ điều trị THA của người bệnh" và "Đọc kết quả xét nghiệm sinh hóa máu có sẵn". Các kĩ năng hầu như không có nhu cầu đào tạo là "Khai thác thông tin về lối sống của đối tượng" (1,5%), "Đo vòng bụng và xác định tình trạng béo bụng" (1,5%) và "Đo chiều cao cân nặng và xác định tình trạng thừa cân béo phì theo BMI" (0,5%).

Bảng 3.24. Nhu cầu đào tạo theo từng kỹ năng xử trí THA của CBYT xã (thang điểm 7)

STT	Kỹ năng xử trí THA tại TYT xã	Điểm TB mức độ quan trọng (A)	Điểm TB Mức độ thành thạo (B)	A-B	Nhu cầu đào tạo
1	Khai thác tiền cử bệnh sử của đối tượng	3,83	5,53	-1,7	Không cần đào tạo
2	Khai thác thông tin về lối sống của đối tượng	3,46	5,57	-2,11	Không cần đào tạo
3	Đo chiều cao cân nặng và xác định tình trạng thừa cân béo phì theo BMI	2,77	5,94	-3,17	Không cần đào tạo
4	Đo vòng bụng và xác định tình trạng béo bụng	3,53	5.78	-2,25	Không cần đào tạo
5	Lượng giá nguy cơ tim mạch và xác định biến chứng, bệnh kèm theo	5,79	3,73	2,06	**Cần đào tạo**
6	Thực hiện đo huyết áp	6,02	3,72	2,3	**Cần đào tạo**
7	Xét nghiệm protein niệu	2,49	2,45	0,04	**Cần đào tạo**
8	Xét nghiệm đường máu bằng máy đo đường huyết nhanh	3,41	2,34	1,07	**Cần đào tạo**
9	Đọc kết quả xét nghiệm sinh hóa máu có sẵn	3,16	2,73	0,43	**Cần đào tạo**
10	Xác định giai đoạn/ phân độ THA	6,21	3,81	2,4	**Cần đào tạo**
11	Lên chiến lược điều trị THA dựa trên phân độ THA và nguy cơ tim mạch	6,39	3,91	2,48	**Cần đào tạo**

STT	Kỹ năng xử trí THA tại TYT xã	Điểm TB mức độ quan trọng (A)	Điểm TB Mức độ thành thạo (B)	A-B	Nhu cầu đào tạo
12	Xác định HA mục tiêu	5,35	4,36	0,99	**Cần đào tạo**
13	Chỉ định điều trị thuốc cho đối tượng THA	6,47	3,88	2,59	**Cần đào tạo**
14	Tư vấn cho người bệnh thay đổi lối sống	4,66	5,55	-0,89	Không cần đào tạo
15	Phát hiện những trường hợp THA cần chuyển lên tuyến trên	5,34	5,16	0,18	**Cần đào tạo**
16	Xử trí cấp cứu THA	5,77	3,98	1,79	**Cần đào tạo**
17	Hướng dẫn người bệnh theo dõi huyết áp tại nhà	5,24	5,09	0,15	**Cần đào tạo**
18	Hướng dẫn người bệnh sử dụng thuốc HA tại nhà	5,49	5,43	0,06	**Cần đào tạo**
19	Đánh giá tuân thủ điều trị THA của người bệnh	5,50	4,71	0,79	**Cần đào tạo**
20	Quản lý hồ sơ, sổ sách người bệnh THA theo quy định	5,57	5,80	-0,23	Không cần đào tạo

Nhận xét: Kết quả nghiên cứu đã chỉ ra trong số 14 kĩ năng về xử trí THA CBYT có nhu cầu đào tạo theo thứ tự từ cao xuống thấp là: Chỉ định điều trị thuốc cho đối tượng THA; Lên chiến lược điều trị THA dựa trên phân độ THA và nguy cơ tim mạch; Xác định giai đoạn/ phân độ THA; Thực hiện đo huyết áp; Lượng giá nguy cơ tim mạch và xác định biến chứng, bệnh kèm theo; Xử trí cấp cứu THA; Xét nghiệm đường máu bằng máy đo đường huyết nhanh; Xác định HA mục tiêu; Đánh giá tuân thủ điều trị THA của người bệnh;

Đọc kết quả xét nghiệm sinh hóa máu có sẵn; Phát hiện những trường hợp THA cần chuyển lên tuyến trên; Hướng dẫn người bệnh theo dõi huyết áp tại nhà; Hướng dẫn người bệnh sử dụng thuốc HA tại nhà; Xét nghiệm protein niệu.

Bảng 3.25.Mức độ ưu tiên đào tạo theo từng kỹ năng xử trí THA của CBYT xã (n=195)

STT	Kỹ thuật sử dụng	Mức độ quan trọng (A)	Mức độ thành thạo (B)	Mức độ ưu tiên
1	Lượng giá nguy cơ tim mạch và xác định biến chứng, bệnh kèm theo	5,79	3,73	Ưu tiên cao
2	Thực hiện đo huyết áp	6,02	3,72	Ưu tiên cao
3	Xét nghiệm protein niệu	2,49	2,45	Ưu tiên thấp
4	Xét nghiệm đường máu bằng máy đo đường huyết nhanh	3,41	2,34	Ưu tiên thấp
5	Đọc kết quả xét nghiệm sinh hóa máu có sẵn	3,16	2,73	Giám sát
6	Xác định giai đoạn/ phân độ THA	6,21	3,81	Ưu tiên cao
7	Lên chiến lược điều trị THA dựa trên phân độ THA và nguy cơ tim mạch	6,39	3,91	Ưu tiên cao
8	Xác định HA mục tiêu	5,35	4,36	Giám sát
9	Chỉ định điều trị thuốc cho đối tượng THA	6,47	3,88	Ưu tiên cao

STT	Kỹ thuật sử dụng	Mức độ quan trọng (A)	Mức độ thành thạo (B)	Mức độ ưu tiên
10	Phát hiện những trường hợp THA cần chuyển lên tuyến trên	5,34	5,16	Giám sát
11	Xử trí cấp cứu THA	5,77	3,98	Ưu tiên cao
12	Hướng dẫn người bệnh theo dõi huyết áp tại nhà	5,24	5,09	Giám sát
13	Hướng dẫn người bệnh sử dụng thuốc HA tại nhà	5,49	5,43	Giám sát
14	Đánh giá tuân thủ điều trị THA của người bệnh	5,50	4,71	Giám sát

Nhận xét: Về mức độ ưu tiên nhu cầu đào tạo liên tục của các cán bộ y tế xã đối với các kỹ năng xử trí bệnh THA, có thể thấy có 6 kỹ năng cần được ưu tiên cao là "Chỉ định điều trị thuốc cho đối tượng THA", "Lên chiến lược điều trị THA dựa trên phân độ THA và nguy cơ tim mạch", "Xác định giai đoạn/ phân độ THA", "Thực hiện đo huyết áp", "Lượng giá nguy cơ tim mạch và xác định biến chứng, bệnh kèm theo" và "Xử trí cấp cứu THA".

Kỹ năng "Xét nghiệm đường máu bằng máy đo đường huyết nhanh" và "Xét nghiệm protein niệu" cũng cần được đào tạo với mức độ ưu tiên thấp.

Các kĩ năng "Đọc kết quả xét nghiệm sinh hóa máu có sẵn", "Xác định HA mục tiêu", "Phát hiện những trường hợp THA cần chuyển lên tuyến trên", "Hướng dẫn người bệnh theo dõi huyết áp tại nhà", "Hướng dẫn người bệnh sử dụng thuốc HA tại nhà" và "Đánh giá tuân thủ điều trị THA của người bệnh" cần được giám sát thêm.

3.1.4.2. Mối liên quan tới nhu cầu đào tạo về các kỹ năng xử trí tăng huyết áp

Bảng 3.26. Mối liên quan nhu cầu đào tạo về các kỹ năng xử trí THA

Yếu tố cá nhân		KN5	KN6	KN8	KN9	KN11	KN15	KN16	KN17	KN18
		(OR, 95% CI)								
Nhóm tuổi	<=30			1						
	31-40			0,27 (0,1-0,8)**						
Dân tộc	Kinh		1							
	Khác		3,9 (1,1-14,1)*							
Nơi ở	Thành phố/ thị trấn/ thị xã	1						1	1	1
	Nông thôn	6,9 (1,4-3,4)***						3,2 (1,1-8,8)*	0,3 (0,2-0,8)***	2,3 (1,0-5,2)*
Lĩnh vực chuyên môn	KCB	1				1				
	YHCT					0,1 (0,01-0,8)***				
	Khác	0,3 (0,1-0,9)*				0,33 (0,1-0,99)*				
Số năm công tác y tế	<=20 năm				1					
	>20 năm				2,1 (1,1-3,7)**					
Số năm công tác tại trạm y tế	<=20 năm				1					
	>20 năm				1,9 (1,0-3,4)*					

Chú thích: *KN5: Lượng giá nguy cơ tim mạch và xác định biến chứng, bệnh kèm theo; KN 6: Thực hiện đo huyết áp; KN 8: Xét nghiệm đường máu bằng máy đo đường huyết nhanh; KN 9: Đọc kết quả xét nghiệm sinh hóa máu có sẵn; KN 11: Lên chiến lược điều trị THA dựa trên phân độ THA và nguy cơ tim mạch; KN 15: Phát hiện những trường hợp THA cần chuyển lên tuyến trên; KN 16: Xử trí cấp cứu THA; KN 17: Hướng dẫn người bệnh theo dõi huyết áp tại nhà; KN 18: Hướng dẫn người bệnh sử dụng thuốc HA tại nhà.*

Nhận xét: Về các yếu tố liên quan, nhóm CBYT tuổi từ 31 đến 40 có nhu cầu đào tạo kỹ năng "xét nghiệm đường máu bằng máy đo đường huyết nhanh" cao hơn 0,27 lần các nhóm còn lại. Nhóm CBYT không phải dân tộc Kinh có nhu cầu đào tạo kỹ năng "thực hiện đo huyết áp" cao hơn 3,9 lần và có nhu cầu đào tạo về kỹ năng "phát hiện những trường hợp THA cần chuyển lên tuyến trên" cao hơn 0,4 lần so với nhóm dân tộc Kinh. CBYT ở nông thôn có nhu cầu đào tạo kỹ năng "lượng giá nguy cơ tim mạch và xác định biến chứng, bệnh kèm theo" cao hơn 6,9 lần, có nhu cầu về kỹ năng "xử trí cấp cứu THA" cao hơn 3,2 lần, có nhu cầu về "hướng dẫn người bệnh theo dõi huyết áp tại nhà" thấp hơn 0,3 lần và "hướng dẫn người bệnh sử dụng thuốc HA tại nhà không có nhu cầu cao hơn 2,3 lần so với nhóm NVYT ở thành thị. Nhóm CBYT có lĩnh vực chuyên môn là YHCT có nhu cầu đào tạo về "lên chiến lược điều trị THA dựa trên phân độ THA và nguy cơ tim mạch" cao hơn 0,1 lần so với các nhóm khác. Nhóm NVYT có lĩnh vực chuyên môn khác có nhu cầu đào tạo về "lượng giá nguy cơ tim mạch và xác định biến chứng, bệnh kèm theo" và "lên chiến lược điều trị THA dựa trên phân độ THA và nguy cơ tim mạch" cao hơn 0,3 lần các nhóm còn lại. ĐTNC có số năm công tác y tế từ 20 năm trở lên có nhu cầu đào tạo về "đọc kết quả xét nghiệm sinh hóa máu có sẵn" cao hơn 2,1 lần so với nhóm có dưới 20 năm công tác. ĐTNC có số năm công tác tại trạm y tế từ 20 năm trở lên có nhu cầu đào tạo về "đọc kết quả xét nghiệm sinh hóa máu có sẵn" cao hơn 1,9 lần so với nhóm có dưới 20 năm công tác.

3.1.4.3. Nhu cầu đào tạo liên tục về kỹ năng xử trí ĐTĐ của cán bộ y tế xã tỉnh Hòa Bình

Bảng 3.27. Tỷ lệ CBYT xã có nhu cầu đào tạo theo kỹ xử trí ĐTĐ

STT	Kỹ năng quản lý đái tháo đường của cán bộ y tế xã	SL	%
1	Khai thác tiền sử, bệnh sử của đối tượng	8	4,1
2	Khai thác các thông tin về lối sống của đối tượng	9	4,6
3	Đo chiều cao, cân nặng và xác định tình trạng thừa cân béo phì theo chỉ số BMI	0	0,0
4	Đo vòng bụng và xác định tình trạng béo bụng	5	2,6
5	Xác định các triệu chứng kinh điển tăng đường huyết của đối tượng	56	28,7
6	Sử dụng bảng đánh giá nguy cơ mắc bệnh ĐTĐ typ 2 của WHO	186	95,4
7	Xác định những triệu chứng biến chứng ĐTĐ	186	95,4
8	Thực hiện đo đường máu bằng máy đo đường huyết nhanh	115	59,0
9	Đọc kết quả xét nghiệm sinh hóa có sẵn	132	67,7
10	Chẩn đoán phân loại ĐTĐ	176	90,3
11	Tư vấn chế độ dinh dưỡng và sinh hoạt	84	43,1
12	Phát hiện những biến chứng và chuyển người bệnh lên tuyến trên kịp thời	192	98,5
13	Hướng dẫn người bệnh tự phát hiện biến chứng	68	34,9
14	Xử trí hạ đường huyết	195	100

STT	Kỹ năng quản lý đái tháo đường của cán bộ y tế xã	SL	%
15	Hướng dẫn người bệnh dùng thuốc ĐTĐ	190	97,4
16	Nhận định kết quả đường huyết và xử trí	137	70,2
17	Thay băng trên người bệnh ĐTĐ	18	9,2
18	Cắt móng chân, chăm sóc móng trên người bệnh ĐTĐ	6	3,1
19	Hướng dẫn kỹ thuật tiêm insulin cho người bệnh ĐTĐ	58	29,7
20	Hướng dẫn người bệnh tự chăm sóc bàn chân	36	18,5
21	Quản lý hồ sơ, sổ sách người bệnh ĐTĐ theo quy định	91	46,7

Nhận xét: Tất cả CBYT đều có nhu cầu đào tạo kĩ năng "Xử trí hạ đường huyết" (100%) và hầu hết có nhu cầu đào tạo các kĩ năng "Phát hiện những biến chứng và chuyển người bệnh lên tuyến trên kịp thời" (98,5%), "Hướng dẫn người bệnh dùng thuốc ĐTĐ" (97,4%), "Sử dụng bảng đánh giá nguy cơ mắc bệnh ĐTĐ typ 2 của WHO" (95,4%), "Xác định những triệu chứng biến chứng ĐTĐ" (95,4%) và "Chẩn đoán phân loại ĐTĐ" (90.3%). Phần lớn CBYT cũng có nhu cầu đào tạo các kĩ năng "Nhận định kết quả đường huyết và xử trí" (70,2%), "Đọc kết quả xét nghiệm sinh hóa có sẵn" (67,7%) và "Thực hiện đo đường máu bằng máy đo đường huyết nhanh" (59%). Không CBYT nào có nhu cầu đào tạo kĩ năng "Đo chiều cao, cân nặng và xác định tình trạng thừa cân béo phì theo chỉ số BMI" và rất ít CBYT có nhu cầu đào tạo các kĩ năng "Đo vòng bụng và xác định tình trạng béo bụng" (2,6%), "Cắt móng chân, chăm sóc móng trên người bệnh ĐTĐ" (3,1%), "Khai thác tiền sử, bệnh sử của đối tượng" (4,1%), "Khai thác các thông tin về lối sống của đối tượng" (4,6%).

Bảng 3.28. Nhu cầu đào tạo của CBYT xã theo từng kỹ năng quản lý ĐTĐ (n=195)

STT	Kỹ thuật sử dụng	Mức độ quan trọng	Mức độ thành thạo	A-B	Nhu cầu đào tạo
1	Khai thác tiền sử, bệnh sử của đối tượng	3,70	5,51	-1,81	Không cần đào tạo
2	Khai thác các thông tin về lối sống của đối tượng	3,38	5,54	-2,16	Không cần đào tạo
3	Đo chiều cao, cân nặng và xác định tình trạng thừa cân béo phì theo chỉ số BMI	2,79	5,67	-2,88	Không cần đào tạo
4	Đo vòng bụng và xác định tình trạng béo bụng	3,49	5,62	-2,13	Không cần đào tạo
5	Xác định các triệu chứng kinh điển tăng đường huyết của đối tượng	5,39	5,55	-0,16	Không cần đào tạo
6	Sử dụng bảng tự đánh giá mức độ nguy cơ mắc bệnh ĐTĐ typ 2 của WHO	6,75	3,09	3,66	**Cần đào tạo**
7	Xác định những triệu chứng biến chứng ĐTĐ	6,81	3,75	3,06	**Cần đào tạo**
8	Thực hiện đo đường máu bằng máy đo huyết thanh	3,54	2,77	0,77	**Cần đào tạo**
9	Đọc kết quả xét nghiệm sinh hóa có sẵn	3,69	2,48	1,21	**Cần đào tạo**
10	Chẩn đoán phân loại ĐTĐ	6,90	3,84	3,06	**Cần đào tạo**

STT	Kỹ thuật sử dụng	Mức độ quan trọng	Mức độ thành thạo	A-B	Nhu cầu đào tạo
11	Tư vấn chế độ dinh dưỡng và sinh hoạt	5,29	5,12	0,17	**Cần đào tạo**
12	Phát hiện những biến chứng và chuyển người bệnh lên tuyến trên kịp thời	6,95	3,95	3,0	**Cần đào tạo**
13	Hướng dẫn người bệnh tự phát hiện biến chứng	5,48	5,23	0,25	**Cần đào tạo**
14	Xử trí hạ đường huyết	6,85	3,86	2,99	**Cần đào tạo**
15	Hướng dẫn người bệnh dùng thuốc ĐTĐ	6,85	3,90	2,95	**Cần đào tạo**
16	Nhận định kết quả đường huyết và xử trí	5,13	3,50	1,63	**Cần đào tạo**
17	Thay băng trên người bệnh ĐTĐ	3,86	5,57	-1,71	Không cần đào tạo
18	Cắt móng chân, chăm sóc móng trên người bệnh ĐTĐ	3,31	5,95	-2,64	Không cần đào tạo
19	Hướng dẫn kỹ thuật tiêm insulin cho người bệnh ĐTĐ	5,28	5,03	0,25	**Cần đào tạo**
20	Hướng dẫn người bệnh tự chăm sóc bàn chân	3,75	5,38	-1,63	Không cần đào tạo
21	Quản lý hồ sơ, sổ sách người bệnh ĐTĐ theo quy định	4,21	3,72	0,49	**Cần đào tạo**

Nhận xét: Trong số 13 kĩ năng về xử trí ĐTĐ CBYT có nhu cầu đào tạo đối theo thứ tự từ cao xuống thấp: Sử dụng bảng tự đánh giá mức độ nguy cơ mắc bệnh ĐTĐ typ 2 của WHO; Xác định những triệu chứng biến chứng ĐTĐ; Chẩn đoán phân loại ĐTĐ; Phát hiện những biến chứng và chuyển người bệnh lên tuyến trên kịp thời; Xử trí hạ đường huyết; Hướng dẫn người bệnh dùng thuốc ĐTĐ; Nhận định kết quả đường huyết và xử trí; Đọc kết quả xét nghiệm sinh hóa có sẵn; Thực hiện đo đường máu bằng máy đo huyết thanh; Quản lý hồ sơ, sổ sách người bệnh ĐTĐ theo quy định; Hướng dẫn người bệnh tự phát hiện biến chứng; Hướng dẫn kỹ thuật tiêm insulin cho người bệnh ĐTĐ; Tư vấn chế độ dinh dưỡng và sinh hoạt.

Bảng 3.29. Mức độ ưu tiên theo từng kỹ thuật quản lý ĐTĐ của CBYT xã (n=195)

STT	Kỹ thuật sử dụng	Mức độ quan trọng (A)	Mức độ thành thạo (B)	Mức độ ưu tiên
1	Sử dụng bảng đánh giá nguy cơ mắc bệnh ĐTĐ typ 2 của WHO	6,75	3,09	**Ưu tiên cao**
2	Xác định những triệu chứng biến chứng ĐTĐ	6,81	3,75	**Ưu tiên cao**
3	Thực hiện đo đường máu bằng máy đo đường huyết nhanh	3,54	2,77	Giám sát
4	Đọc kết quả xét nghiệm sinh hóa có sẵn	3,69	2,48	Giám sát
5	Chẩn đoán phân loại ĐTĐ	6,90	3,84	**Ưu tiên cao**
6	Tư vấn chế độ dinh dưỡng và sinh hoạt	5,29	5,12	Giám sát
7	Phát hiện những biến chứng và chuyển người bệnh lên tuyến trên kịp thời	6,95	3,95	**Ưu tiên cao**
8	Hướng dẫn người bệnh tự phát hiện biến chứng	5,48	5,23	Giám sát
9	Xử trí hạ đường huyết	6,85	3,86	**Ưu tiên cao**
10	Hướng dẫn người bệnh dùng thuốc ĐTĐ	6,85	3,90	**Ưu tiên cao**
11	Nhận định kết quả đường huyết và xử trí	5,13	3,50	Giám sát
12	Hướng dẫn kỹ thuật tiêm insulin cho người bệnh ĐTĐ	5,28	5,03	Giám sát
13	Quản lý hồ sơ, sổ sách người bệnh ĐTĐ theo quy định	4,21	3,72	Giám sát

Nhận xét: Trong số các kĩ năng mà các CBYT có nhu cầu đào tạo, có 7 kĩ năng cần được ưu tiên cao là "Sử dụng bảng đánh giá nguy cơ mắc bệnh ĐTĐ typ 2 của WHO", "Xác định những triệu chứng biến chứng ĐTĐ", "Chẩn đoán phân loại ĐTĐ", "Phát hiện những biến chứng và chuyển người bệnh lên tuyến trên kịp thời", "Xử trí hạ đường huyết" và "Hướng dẫn người bệnh dùng thuốc ĐTĐ".

Các kĩ năng "Thực hiện đo đường máu bằng máy đo đường huyết nhanh", "Đọc kết quả xét nghiệm sinh hóa có sẵn", "Tư vấn chế độ dinh dưỡng và sinh hoạt", "Hướng dẫn người bệnh tự phát hiện biến chứng", "Nhận định kết quả đường huyết và xử trí", "Hướng dẫn kỹ thuật tiêm insulin cho người bệnh ĐTĐ" và "Quản lý hồ sơ, sổ sách người bệnh ĐTĐ theo quy định" cần được giám sát thêm.

3.1.4.4. Mối liên quan đến nhu cầu đào tao kỹ năng xử trí ĐTĐ của CBYT xã

Bảng 3.30. Mối liên quan đến nhu cầu đào tao kỹ năng xử trí ĐTĐ của CBYT xã (n=195)

Yếu tố cá nhân		KN6	KN7	KN8	KN13	KN15
		(OR, 95% CI)				
Giới	Nam			1		
	Nữ			0,4 (0,2 – 0,8)**		
Lĩnh vực chuyên môn	KCB	1	1			1
	YHCT					0,04 (0,002-0,65) ***
	Khác	0,16 (0,04-0,7) ***	0,15 (0,04-0,7) ***			
Tổng thời gian tập huấn	1 năm				1	
	> 2 năm				3,2 (1,0 – 10,1)*	

Ghi chú: KN6: Tư vấn chế độ dinh dưỡng và sinh hoạt; KN7: Phát hiện những biến chứng và chuyển người bệnh lên tuyến trên kịp thời; KN8: Hướng dẫn người bệnh tự phát hiện biến chứng; KN13: Hướng dẫn người bệnh tự phát hiện biến chứng; KN15: Hướng dẫn người bệnh dùng thuốc ĐTĐ

Nhận xét: Kết quả nghiên cứu cho thấy CBYT là nữ giới có nhu cầu đào tạo kĩ năng "Hướng dẫn người bệnh tự phát hiện biến chứng" thấp hơn 0,4 lần nam giới với ý nghĩa thống kê cao p=0,01. CBYT có lĩnh vực chuyên môn YHCT có nhu cầu đào tạo kĩ năng "Hướng dẫn người bệnh dùng thuốc ĐTĐ" bằng 0,04 lần CBYT có lĩnh vực chuyên môn Khám chữa bệnh; CBYT có lĩnh vực chuyên môn khác có nhu cầu đào tạo kĩ năng "Tư vấn chế độ dinh

dưỡng và sinh hoạt" gấp 0,16 lần và kĩ năng "Phát hiện những biến chứng và chuyển người bệnh lên tuyến trên kịp thời" gấp 0,15 lần CBYT có lĩnh vực chuyên môn Khám chữa bệnh, những điều này có ý nghĩa thống kê cao với p<0,01. Những CBYT đã có thời gian tập huấn về các bệnh mãn tính từ 3 năm trở lên có nhu cầu đào tạo kĩ năng "Hướng dẫn người bệnh tự phát hiện biến chứng" lớn hơn những người có thời gian tập huấn 1 năm 3,2 lần (p<0,05).

3.1.5. Nhu cầu về chương trình, tài liệu, phương pháp, tổ chức đào tạo liên tục về xử trí tăng huyết áp và đái tháo đường của cán bộ y tế xã tỉnh Hòa Bình

Bảng 3.31. Nhu cầu về phương pháp dạy – học trong đào tạo liên tục về xử trí THA và ĐTĐ của cán bộ y tế xã (n=195)

Stt	Phương pháp dạy học	SL	%
1	Giảng dạy truyền thống: thuyết trình - nghe	69	25,4
2	Giảng dạy tích cực, lấy học viên làm trung tâm	123	63,1
3	Hình thức giảng dạy trực tuyến	3	1,5

Nhận xét: Phần lớn CBYT có nhu cầu được đào tạo bằng phương pháp giảng dạy tích cực, lấy học viên làm trung tâm (như thảo luận nhóm, sử dụng bài tập tình huống, các hình thức truyền thông tương tác (video clip, phim ảnh), chia sẻ các bài học thành công) (63,1%). Chỉ có 1,5% CBYT có nhu cầu được đào tạo trực tuyến.

Kết quả nghiên cứu định tính trình bày trong hộp 3.1. cũng cho thấy, thiết kế chương trình đào tạo cần sử dụng các phương pháp dạy học tích cực:

Hộp 3.1: Nhu cầu về phương pháp dạy học

"Hình thức giảng dạy tích cực như làm việc nhóm, học qua tình huống, đóng vai thì học viên thích nhất"- (TLN, Nữ, Sở Y tế)

"Đào tạo theo phương pháp thuyết trình, truyền thống không khuyên khích học viên… Đào tạo qua online hay gửi bài giảng điện tử không hiệu quả, cán bộ y tế sẽ để nguyên không đọc đâu"- (TLN, nam, Trường trung cấp y tế).

"Nói chung CBYT xã muốn học thông qua các tình huống cụ thể, gắn với thực tế sẽ dễ nhớ, dễ hiểu"- (TLN, Nam giới, CBYT xã).

Bảng 3.32. Nhu cầu về giáo viên trong đào tạo liên tục về xử trí THA và ĐTĐ của cán bộ y tế xã (n=195)

Stt	Giảng viên	SL	%
1	Tuyến trung ương	48	24,6
2	Tuyến tỉnh	127	56,1
3	Tuyến huyện	18	9,2
4	Tuyến xã	2	1,1

Nhận xét: Đa số các CBYT có nhu cầu được đào tạo bởi giáo viên tuyến tỉnh (56,1%). 24,6% CBYT mong muốn được đào tạo bởi giáo viên tuyến trung ương.

Kết quả nghiên cứu định tính cho biết, giáo viên đào tạo liên tục cho CBYT xã về xử trí THA và ĐTĐ nên là giáo viên trường Trung cấp y tế tỉnh Hòa Bình có chuyên môn về nội khoa (THA, ĐTĐ) hoặc các cán bộ y tế từ Bệnh viện đa khoa tỉnh hoặc bệnh viện Nội tiết tỉnh Hòa Bình có kinh nghiệm và kỹ năng trong dạy học tích cực:

Hộp 3.2: Nhu cầu về giáo viên

"Giáo viên nên là trường trung cấp y Hòa Bình, nếu có phối hợp với bệnh tỉnh, bệnh viện nội tiết, vừa có chuyên môn về THA và ĐTĐ vừa có phương pháp dạy học tốt" - (TLN, nữ, bệnh viện đa khoa tỉnh).

"Giáo viên cho cán bộ y tế xã nên là CBYT ở tuyến tỉnh có thể là cán bộ bệnh viện tỉnh, bệnh viện nội tiết hoặc có chuyên về tăng huyết áp và đái tháo đường, có kỹ năng, kinh nghiệm về giảng dạy tích cực"- (TLN, nữ giới, cán bộ Sở Y tế).

"Hòa Bình có trường Y và bệnh viện tỉnh giảng dạy được rồi, có phương pháp, có thực tế" - (TLN, nữ giới, CBYT xã).

Bảng 3.33. Nhu cầu về địa điểm đào tạo liên tục về xử trí THA và ĐTĐ của cán bộ y tế xã (n=195)

Stt	Nơi đào tạo	SL	%
2	Tuyến tỉnh	69	35,4
3	Tuyến huyện	92	47,2
4	Tuyến xã	33	16,9
5	Khác (Trường đại học)	1	0,5

Nhận xét: Nhu cầu được đào tạo tại địa điểm ở tuyến huyện của các CBYT là lớn nhất với 47,2%, sau đó là tuyến Tỉnh với 35,4%. 16,9% CBYT có nhu cầu được đào tạo tại địa điểm ở tuyến Xã và 0,5% (1 CBYT) tại địa điểm khác như trường đại học.

Kết quả nghiên cứu định tính được trình bày trong hộp 3 cũng cho thấy, việc tổ chức các khóa đào tạo liên tục cho CBYT xã nên tổ chức tại huyện để thuận lợi cho việc đi lại và khả năng tham dự đầy đủ của học viên.

Hộp 3.3: Nhu cầu về địa điểm đào tạo

"Địa điểm đào tạo cũng có thể linh hoạt, nhưng thường thì học viên sẽ muốn đào tạo tại huyện, tại trung tâm y tế để tiện đi lại"- (TLN, Nam giới, Bệnh viện nội tiết).

"Chúng em muốn tổ chức tại huyện, gần nhà, đi lại cũng tiện hơn"-(TLN, nữ, CBYT xã)

"Tổ chức tại huyện là tốt nhất, vì hiện cơ sở vật chất tại TTYT huyện cũng đáp ứng được, ngoài ra học viên đi lại thuận lợi hơn" – (PVS, nam, lãnh đạo TYT huyện)

Bảng 3.34. Nhu cầu về thời gian đào tạo liên tục về xử trí THA và ĐTĐ của cán bộ y tế xã (n=195)

Stt	Nhu cầu về thời gian đào tạo liên tục	SL	%
2	≤ 2 ngày	68	34,9
3	3 ngày	96	47,2
4	≥ 3 ngày	31	15,9
5	TB ± ĐLC	2,9 ± 1,2	

Nhận xét: Nhu cầu được đào tạo về thời gian của CBYT về xử trí THA và ĐTĐ trung bình gần 3 ngày, chiếm tỷ lệ cao nhất gần 50%.

Kết quả nghiên cứu định tính cũng trả lời tương tự, hầu hết các ý kiến đều cho rằng đào tạo 3 ngày là phù hợp đối với xử trí 2 bệnh THA và ĐTĐ, cụ thể được trình bày trong hộp 3.4.

Hộp 3.4: Nhu cầu về thời gian đào tạo

"Thời gian một khóa học nên 3 ngày, 50-50, tức 50% lý thuyết và 50% thực hành, chứ dài quá thì khó vì tổ chức thì phải cân nhắc kinh phí và đảm bảo sự tập trung"- (TLN, Nữ, trường trung cấp y tế Hòa Bình).

"Thời gian không nên quá dài, em ước tính 2-3 ngày là được rồi, dài quá cũng tốt nhưng còn nhiều việc nữa" – (TLN, nam giới, CBYT xã)

Nhu cầu về tài liệu dạy – học:

Kết quả định tính được trình bày trong hộp 3.5 cho thấy, tài liệu dạy học nên ngắn gọn, xúc tích, dựa trên điều kiện thực tế của trạm y tế xã, nên sơ đồ hóa để học viên dễ theo dõi:

Hộp 3.5: Nhu cầu về tài liệu đào tạo

"Cần phải thiết kế làm sao cho CBYT tiếp thu được, hiện nay các tài liệu rất hành lâm, bộ tài liệu rất hoành tráng nhưng như thế CBYT xã rất khó hấp thụ, quá nhiều thông tin như thế khó nắm bắt, do đó làm sao có tài liệu bám sát, thiết thực, cụ thể, ngắn gọn, quy trình hóa, trạm y tế phải làm cái và làm như thế nào" – (TLN, nữ giới, trường THYT tỉnh)

"Tài liệu bây giờ nhiều, nhưng cần tài liệu đào tạo thì cần dựa vào quy định ở trên (của Bộ Y tế), nhưng cũng cần thực tế tại trạm y tế của Hòa Bình có làm được không? Ví dụ như theo yêu cầu có thể dùng thuốc A, B, C nhưng thực tế trạm y tế thuốc có không? Nếu không có thì chả bao giờ làm thì học xong sẽ quên" – (PVS, nữ giới, lãnh đạo TTYT huyện)

"Đào tạo về xử trí THA và ĐTĐ rất quan trọng, ở TYT nhiều bệnh nhân THA, (còn) ĐTĐ thì rất ít, THA thì chủ yếu là THA độ 1, còn THA (độ) cao hơn chúng tối chuyển lên trên. ĐTĐ thì chỉ tư vấn thôi, quản lý trên sổ sách chứ không điều trị vì khó mà cũng không được làm" – (TLN, nam giới, TYT xã)

3.2. ĐÁNH GIÁ HIỆU QUẢ CHƯƠNG TRÌNH ĐÀO TẠO LIÊN TỤC VỀ XỬ TRÍ TĂNG HUYẾT ÁP VÀ ĐÁI THÁO ĐƯỜNG DÀNH CHO CÁN BỘ Y TẾ XÃ

3.2.1. Phản hồi sau khóa học đào tạo liên tục về xử trí tăng huyết áp và đái tháo đường của cán bộ y tế xã, tỉnh Hòa Bình

Bảng 3.35. Phản hồi về mục tiêu và nội dung khóa học (n=60)

STT	Nội dung phản hồi về mục tiêu và nội dung khóa học	Tỷ lệ % cán bộ đánh giá theo các mức độ				Điểm TB (thang điểm 3)	ĐLC
		Rất không đồng ý	Không đồng ý	Đồng ý	Rất đồng ý		
1	Mục tiêu của khóa học phù hợp với nhu cầu công việc	0,0	0,0	43,1	56,9	2,6	0,5
2	Khóa học có giới thiệu tài liệu học tập và tài liệu tham khảo khác	0,0	0,0	54,9	45,1	2,5	0,5
3	Nội dung bài giảng bám sát với mục tiêu học tập	0,0	0,0	41,2	58,9	2,6	0,5
4	Nội dung bài giảng cập nhật, có thể áp dụng được vào công việc	0,0	0,0	45,1	54,9	2,6	0,5
5	Khóa học có ví dụ minh họa dễ hiểu, có giá trị, phù hợp với nội dung	0,0	0,0	51,0	49,0	2,5	0,5
	Điểm TB phần mục tiêu và nội dung khóa học (tổng 15 điểm)					***12,7***	***1,8***
	Tỷ lệ % so với tổng điểm (tổng 15 điểm)					***84,7%***	

Nhận xét: "Mục tiêu và nội dung khóa học" nhận được điểm phản hồi trung bình là 12,7 ± 1,8. Trong đó, tỷ lệ phản hồi mức Rất đồng ý cao nhất ở nội dung là "Nội dung bài giảng bám sát với mục tiêu học tập" (58,9%), tiếp sau là nội dung "Mục tiêu của khóa học phù hợp với nhu cầu công việc" (56,9%) và "Nội dung bài giảng cập nhật, có thể áp dụng được vào công việc" (54,9%). Không có nội dung nào nhận được phản hồi ở mức Không đồng ý hay Rất không đồng ý.

Bảng 3.36. Kết quả phản hồi về phương pháp giảng dạy trong khóa học (n=60)

STT	Nội dung phản hồi về Phương pháp giảng dạy trong khóa học	Tỷ lệ % cán bộ đánh giá theo các mức độ				Điểm TB (thang điểm 3)	ĐLC
		Rất không đồng ý	Không đồng ý	Đồng ý	Rất đồng ý		
1	Sử dụng các công cụ, phương tiện giảng dạy hợp lý	0,0	2,0	70,6	27,5	2,3	0,5
2	Luôn khuyến khích người học tham gia bài giảng như đặt câu hỏi thảo luận, bài tập để giải quyết mục tiêu học tập	0,0	2,0	52,9	45,1	2,4	0,5
3	Giảng dạy hấp dẫn sinh động và giải quyết từng vấn đề rõ ràng	0,0	3,9	58,8	37,3	2,3	0,6
4	Khơi dậy được sự đam mê thích thú với nội dung học	0,0	0,0	68,6	31,4	2,3	0,5
5	Khuyến khích học viên phản hồi về nội dung giảng và phương pháp giảng	0,0	0,0	54,9	45,1	2,5	0,5
Điểm TB phần phương pháp giảng dạy (Tổng 15 điểm)						***11,8***	***2,0***
Tỷ lệ % so với tổng điểm (tổng 15 điểm)						***78,7%***	

Nhận xét: Phần "*Phương pháp giảng dạy"* có điểm phản hồi trung bình là 11,8± 2,0. Phần lớn CBYT đồng ý về nội dung "Sử dụng các công cụ, phương tiện giảng dạy hợp lý" (70,6%) tuy nhiên có 2,0% phản hồi Không đồng ý. Các nội dung "Luôn khuyến khích người học tham gia bài giảng như đặt câu hỏi thảo luận, bài tập để giải quyết mục tiêu học tập" và "Giảng dạy hấp dẫn sinh động và giải quyết từng vấn đề rõ ràng" nhận được đa số phản hồi Đồng ý (52,9% và 58,8%) và phản hồi Không đồng ý là 2,0% và 3,9%. "Khuyến khích học viên phản hồi về nội dung giảng và phương pháp giảng" là nội dung có điểm trung bình cao nhất (2,5 ± 0,5).

Bảng 3.37. Kết quả phản hồi về tác phong sư phạm của giảng viên (n=60)

STT	Nội dung phản hồi về Trách nhiệm và tác phong sư phạm của giảng viên	Tỷ lệ % cán bộ đánh giá theo các mức độ				Điểm TB (thang điểm 3)	ĐLC
		Rất không đồng ý	Không đồng ý	Đồng ý	Rất đồng ý		
1	Giảng đúng giờ, đủ giờ theo quy định	0,0	0,0	45,1	54,9	2,6	0,5
2	Thể hiện sự chuẩn bị tốt trước buổi giảng	0,0	2,0	54,9	43,1	2,4	0,5
3	Có thái độ đúng mực phù hợp với học viên trong buổi giảng	0,0	0,0	45,1	54,9	2,6	0,5
4	Luôn thể hiện rõ sự nhiệt tình và tinh thần trách nhiệm cao trong giảng dạy	0,0	0,0	41,2	58,8	2,6	0,5
Điểm TB phần trách nhiệm và tác phong sư phạm (tổng 12 điểm)						***10,1***	***1,5***
Tỷ lệ % so với tổng điểm (tổng 12 điểm)						***84,2%***	

Nhận xét: Phần "*Trách nhiệm và tác phong sư phạm"* đạt điểm phản hồi trung bình là 10,1± 1,5/tổng 12 điểm. Trong đó chỉ có nội dung "Thể hiện sự chuẩn bị tốt trước buổi giảng" nhận được phản hồi Không đồng ý với tỷ lệ 2,0% và tỷ lệ phản hồi Rất đồng ý thấp nhất (43,1%). Tỷ lệ phản hồi Rất đồng ý cao nhất là nội dung "Luôn thể hiện rõ sự nhiệt tình và tinh thần trách nhiệm cao trong giảng dạy" (58,8%); sau đó là các nội dung "Giảng đúng giờ, đủ giờ theo quy định" và "Có thái độ đúng mực phù hợp với học viên trong buổi giảng" (54,9%).

Bảng 3.38. Phản hồi về tổ chức khóa học (n=60)

STT	Nội dung phản hồi về Tổ chức khóa học	Tỷ lệ % cán bộ đánh giá theo các mức độ				Điểm TB (thang điểm 3)	ĐLC
		Rất không đồng ý	Không đồng ý	Đồng ý	Rất đồng ý		
1	Lịch học hợp lý	0,0	3,9	56,9	39,2	2,4	0,6
2	Phòng học đủ rộng, yên tĩnh	0,0	0,0	51,0	49,0	2,5	0,5
3	Đủ phương tiện dạy học	0,0	3,9	64,7	31,4	2,3	0,5
4	Giải khát giữa giờ tốt	0,0	5,9	64,7	29,4	2,2	0,6
5	Địa điểm thuận lợi	0,0	0,0	62,8	37,3	2,4	0,5
6	Thời gian tổ chức khóa học phù hợp	0,0	15,7	45,1	39,2	2,2	0,7
Điểm TB phần tổ chức khóa học (tổng điểm 18)						***14,0***	***2,7***
Tỷ lệ % so với tổng điểm (tổng 18 điểm)						***78,6%***	

Nhận xét: Phần "*Tổ chức khóa học"* nhận được điểm phản hồi trung bình là 14,0± 2,7/tổng điểm 18. Trong đó nội dung "*Thời gian tổ chức khóa học phù hợp"* nhận được tỷ lệ phản hồi Không đồng ý lớn nhất là 15,7% và

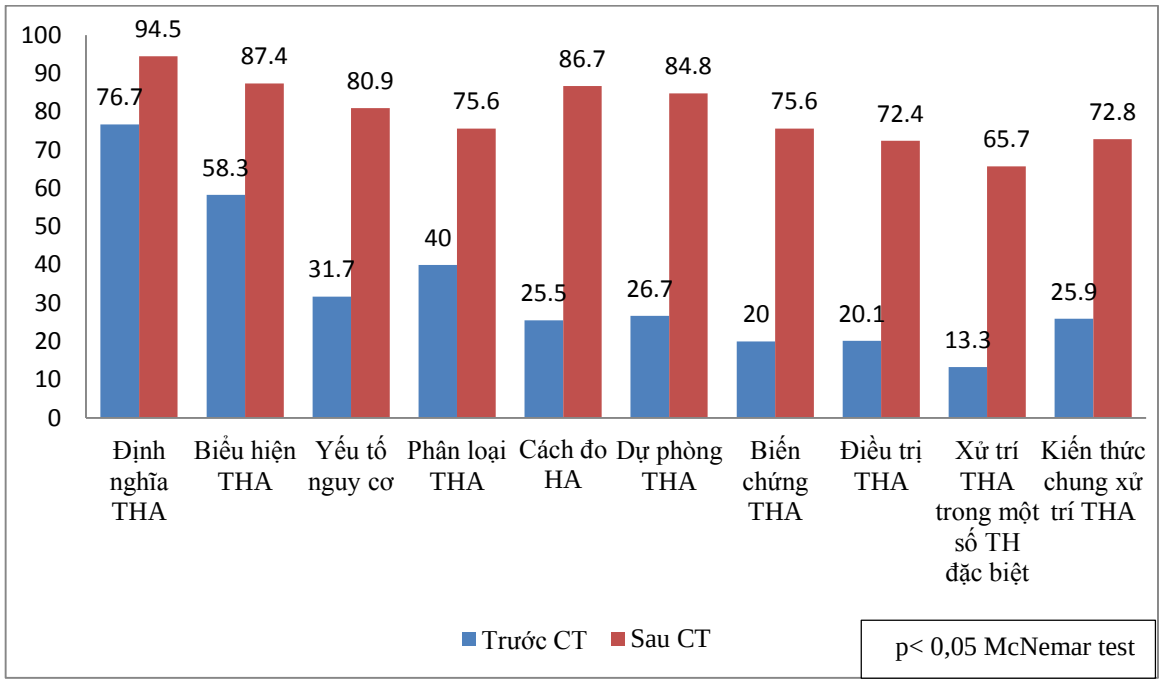
điểm trung bình thấp nhất là 2,2 ± 0,6. Các nội dung cũng nhận được phản hồi Không đồng ý là "Giải khát giữa giờ tốt" (5,9%), "Lịch học hợp lý" (3,9%) và "Đủ phương tiện dạy học" (3,9%). Nội dung "Phòng học đủ rộng, yên tĩnh" có điểm phản hồi trung bình cao nhất (2,5 ± 0,5); sau đó là "Lịch học hợp lý" (2,4 ± 0,6) và "Địa điểm thuận lợi" (2,4 ± 0,5).

Bảng 3.39. Phản hồi chung về khóa học (n=60)

STT	Nội dung phản hồi về Tổ chức khóa học	Tỷ lệ % cán bộ đánh giá theo các mức độ				Điểm TB (thang điểm 3)	ĐLC
		Rất không đồng ý	Không đồng ý	Đồng ý	Rất đồng ý		
1	Nhận xét chung khóa học đạt mục tiêu	0,0	0,0	52,9	47,1	2,5	0,5
2	Đánh giá chung về khóa học đạt kết quả tốt	0,0	0,0	45,1	54,9	2,6	0,5
	Trung bình tổng điểm 4 mục (66 điểm)					**53,5**	**7,7**
	Tỷ lệ % so với tổng điểm tối đa 4 mục (/66 điểm)					**81,1**	%

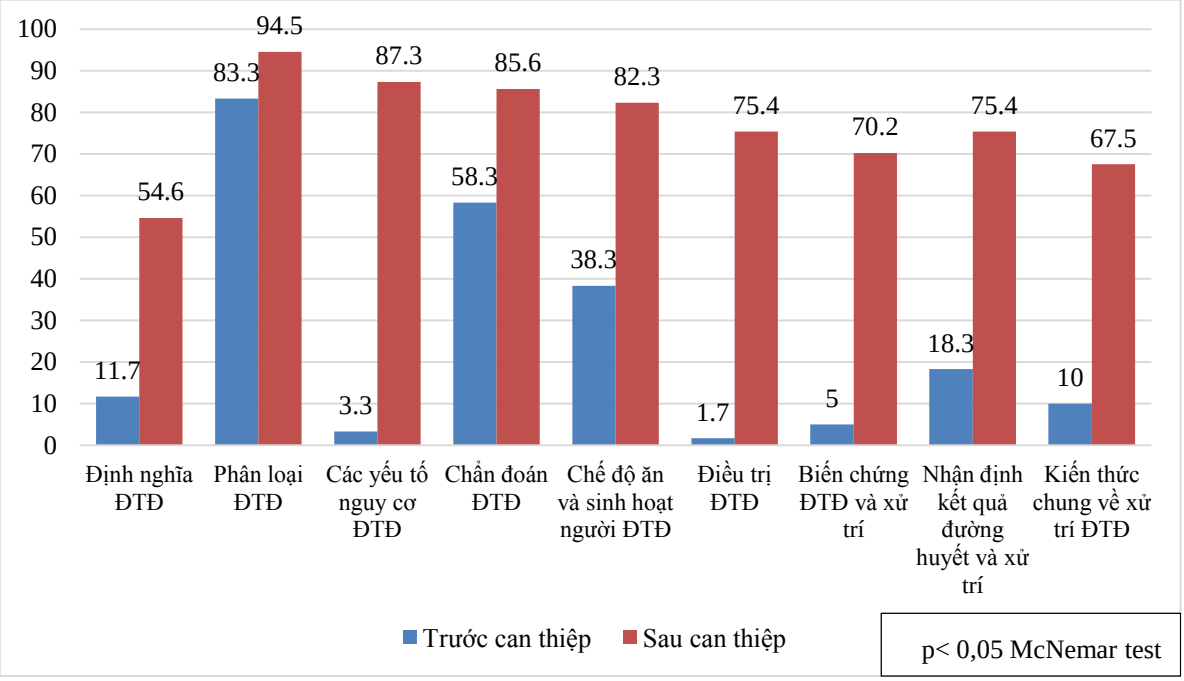
Nhận xét: Phần "*Nhận xét chung khóa học đạt mục tiêu"* và "*Đánh giá chung về khóa học đạt kết quả tốt"* đều nhận được phản hồi Đồng ý và Rất đồng ý từ tất cả các CBYT với điểm phản hồi trung bình lần lượt là 2,5 ± 0,5 và 2,6 ± 0,5/Tổng điểm 3 điểm. Trung bình tổng điểm phản hồi chung cho tất cả các nội dung là 53,5 ± 7,7 đạt 81,1% so với tổng điểm tối đa (66 điểm).

3.2.2. Kiến thức và thái độ của cán bộ y tế xã về xử trí tăng huyết áp và đái tháo đường trước và sau đào tạo tạo liên tục



Hình 3.3. Kiến thức về xử trí THA của cán bộ y tế xã trước và sau can thiệp (n=60)

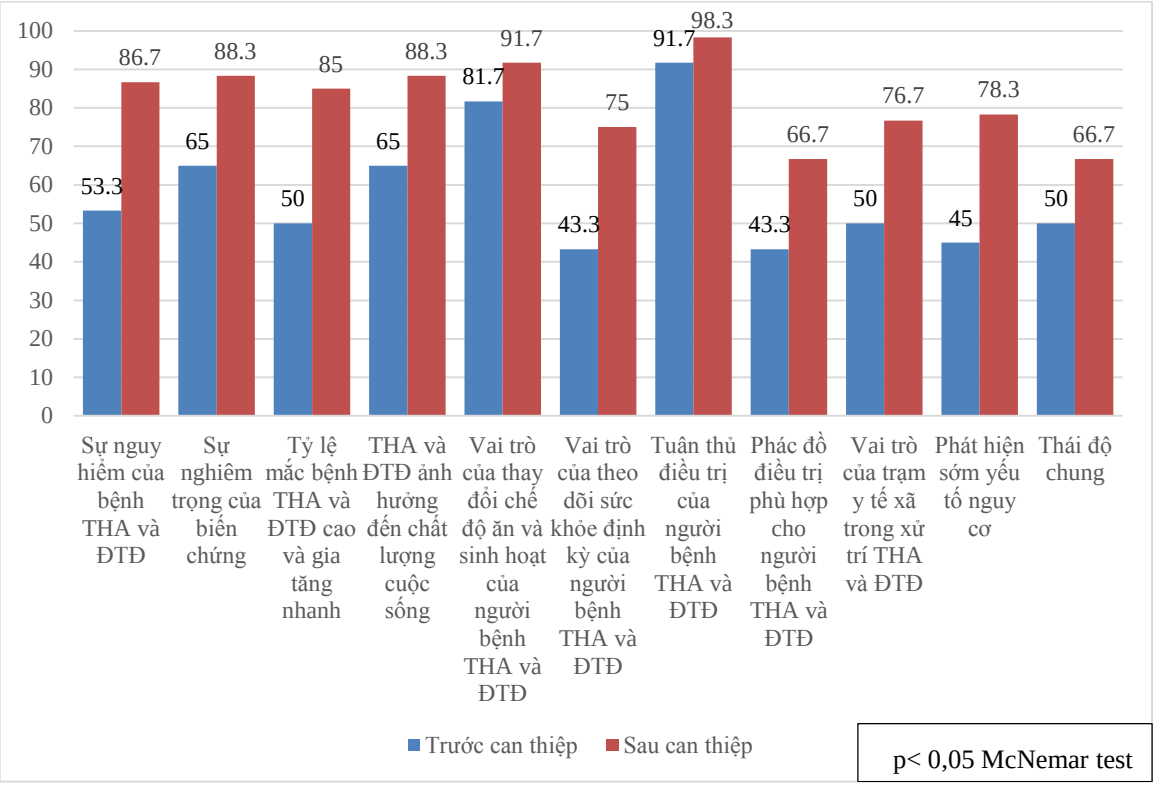
Nhận xét: Kiến thức đạt chung về xử trí THA của CBYT sau can thiệp (72,8%) tăng hơn so với trước can thiệp (25,9%). Tăng cao nhất là cách đo HA (từ 25,5% lên 87,7%), lần lượt là dự phòng THA (từ 26,7% lên 84,8%), biến chứng THA (từ 20% lên 75,6), xử trí THA trong một số trường hợp đặc biệt (từ 13,3% lên 65,7%), điều trị THA (từ 20,1% lên 72,4%), yếu tố nguy cơ (từ 31,1% lên 80,9%), phân loại THA (từ 40% lên 75,6%), biểu hiện THA (từ 58,3% lên 87,4%) và cuối cùng là định nghĩa THA (76,7% lên 94,5%). Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với p<0,05, McNemar test.



Hình 3.4. Kiến thức về xử trí ĐTĐ của cán bộ y tế xã trước và sau can thiệp (n=60)

Nhận xét:

Kiến thức đạt chung về xử trí ĐTĐ của cán bộ y tế xã sau can thiệp (67,5%) cao hơn so với trước can thiệp (10%). Tăng cao nhất là kiến thức đạt về yếu tố nguy cơ của ĐTĐ (từ 3,3% lên 87,3%), tiếp đến là điều trị ĐTĐ (từ 1,7% lên 75,4%), biến chứng ĐTĐ và xử trí (từ 5% lên 70,2%), nhận định kết quả đường huyết và xử trí (từ 18,3% lên 75,4%), định nghĩa ĐTĐ (11,7% lên 54,6%), chế độ ăn và sinh hoạt của người bệnh ĐTĐ (từ 38,3% lên 82,3%), chẩn đoán ĐTĐ (từ 58,3% lên 85,6%) và phân loại ĐTĐ (từ 83,3 lên 94,5%). Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p<0,05$, McNemar test.



Hình 3.5. Thái độ về xử trí tăng huyết áp và đái tháo đường của cán của cán bộ y tế xã trước và sau đào tạo tạo liên tục (n=60)

Nhận xét: Tỷ lệ CBYT có thái độ đạt về xử trí THA và ĐTĐ sau tập huấn tăng cao hơn so với trước tập huấn từ 50% lên 66,7%. Trong đó tăng cao nhất là thái độ "tỷ lệ THA và ĐTĐ cao và gia tăng nhanh" (từ 50% lên 85%), "sự nguy hiểm của THA và ĐTĐ" (từ 53,3% lên 86,7%) "phát hiện sớm yếu tố nguy cơ" (từ 45% lên 78,3%), theo dõi sức khỏe định kỳ (từ 43,3% lên 75%), vai trò của TYT xã trong xử trí THA và ĐTĐ (từ 50% lên 76,7%), THA và ĐTĐ ảnh hưởng đến CLCS (65% lên 88,3%), sự nghiêm trọng của biến chứng THA và ĐTĐ (từ 65% lên 88,3%), tuân thủ điều trị của NB THA và ĐTĐ (từ 91,7% lên 98,3%). Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p<0,05$, McNemar test.

CHƯƠNG 4
BÀN LUẬN

4.1. THÔNG TIN CHUNG ĐỐI TƯỢNG NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 195 đối tượng là CBYT xã thuộc 3 huyện/thành phố: Thành phố Hòa Bình, huyện Mai Châu, huyện Lương Sơn của tỉnh Hòa Bình bằng phương pháp phỏng vấn trực tiếp phần kiến thức, thái độ và phỏng vấn tự điền phần thực hành đối tượng tham gia nghiên cứu. Nghiên cứu này cung cấp các thông tin về nhu cầu đào tạo về xử trí THA và ĐTĐ cho CBYT ở Hoà Bình.

Hơn 2/3 (71,3%) đối tượng là nữ phù hợp với nguồn nhân lực y tế chung trên toàn nước [76], độ tuổi trung bình 41,6 tuổi, tương đối cao tuy nhiên cũng phù hợp với đặc thù số năm đào tạo lâu nên độ tuổi trong ngành khá cao (Bảng 3.1), CBYT là người dân tộc thiểu số chiếm chủ yếu 67,2% trong đó 45,6% là dân tộc Mường đúng thực tế so với tình hình chung tại Hòa Bình có 6 dân tộc, dân tộc Mường là chủ yếu [77].

Số TYT có bác sĩ là 38 trên tổng số 58 TYT xã, chiếm 65%, thấp hơn so so với số lượng chung của cả nước và cũng thấp hơn so với quy định [78]. Như vậy, tỷ lệ bác sĩ ở nghiên cứu của chúng tôi tương đối thấp, điều này có thể ảnh hưởng đến chất lượng khám chữa bệnh nói chung và xử trí THA và ĐTĐ nói riêng [79], [80]. Về số năm công tác trung bình trong ngành y là 17,5 ±9,3 năm và tại trạm y tế là 16,3 ±9,7 năm, tuy nhiên chỉ có 60 CBYT chiếm 30,5% được tập huấn về quản lý bệnh mạn tính và trong đó có 20% CBYT được tập huấn cách thời điểm phỏng vấn trên 2 năm. Điều này cho thấy có một khoảng trống về đào tạo lại cho CBYT về xử trí THA và ĐTĐ tại các TYT xã tỉnh Hòa Bình.

4.2. NHU CẦU ĐÀO TẠO VỀ XỬ TRÍ TĂNG HUYẾT ÁP VÀ ĐÁI THÁO ĐƯỜNG CỦA CÁN BỘ Y TẾ XÃ TỈNH HÒA BÌNH NĂM 2017

4.2.1. Nhu cầu đào tạo của CBYT xã về kiến thức xử trí tăng huyết áp và đái tháo đường của CBYT xã, tỉnh Hòa Bình năm 2017

Để xác định nhu cầu đào tạo về kiến thức, chúng tôi tiến hành phỏng vấn trực tiếp 195 CBYT xã nhằm đánh giá kiến thức đạt trong xử trí THA và ĐTĐ, thông qua đó sẽ biết được những khoảng trống về kiến thức cần được đào tạo.

4.2.1.1. Nhu cầu đào tạo của CBYT xã về kiến thức tăng huyết áp của CBYT xã

Kết quả nghiên cứu cho thấy, chỉ có 60/195 CBYT có kiến thức đạt, chiếm tỷ lệ 30,8%, còn lại đến 69,2% CBYT có kiến thức không đạt về xử trí THA. Kiến thức về xử trí THA được phân tích thông qua các nhóm kiến thức về định nghĩa, biểu hiện, phân độ, các yếu tố nguy cơ, dự phòng, cách đo, xử trí THA trong một số trường hợp đặc biệt và điều trị THA. Cụ thể, tỷ lệ CBYT có kiến thức đạt về: định nghĩa THA: 81,1%, biểu hiện THA: 65,9%, phân độ THA: 44,6%, xử trí THA trong một số trường hợp đặc biệt: 41%, các yếu tố nguy cơ TGA: 36,9%, dự phòng THA: 30,8%, cách đo huyết áp: 28,2%, điều trị THA: 23,6%, biến chứng THA: 19,5%. Kết quả nghiên cứu cho thấy có khoảng trống lớn cần đào tạo lại về kiến thức cho CBYT xã về xử trí THA tại tỉnh Hòa Bình. Kết quả cũng phù hợp với nghiên cứu của Đinh Văn Thành (2011) cũng nghiên cứu trên CBYT là y sỹ và bác sĩ tại tuyến y tế cơ sở có gần 90% CBYT cho rằng thiếu kiến thức về THA, cũng như công tác quản lý bệnh THA còn rất hạn chế [65]. Tương tự như vậy, nghiên cứu của Hồ Văn Hải thực hiện 2012-2014 tại Xuyên Mộc, Bà Rịa-Vũng Tàu chỉ ra rằng các CBYT xã có kiến thức về THA còn rất hạn chế (40% phân độ THA sai, 70% không hiểu huyết áp mục tiêu, 80% không hiểu rõ về sử dụng thuốc

điều trị THA) [37]. Hay theo một nghiên cứu khác của Viện chiến lược và chính sách, Bộ Y tế (2015), đánh giá năng lực chuyên môn của CBYT đối với chăm sóc BKLN tại tuyến cơ sở cho thấy tỷ lệ CBYT chẩn đoán sai phân độ THA độ 1 chiếm 19% [69]. Cụ thể như sau:

Kiến thức về đại cương tăng huyết áp

Tỷ lệ CBYT biết định nghĩa về THA (khi HATT > 140 mmHG và/hoặc HATTr > 90mmHg) chiếm 83,1%. Định nghĩa THA là kiến thức nền tảng để xác định người bệnh THA hay không, tỷ lệ trong nghiên cứu của chúng tôi như vậy là khá cao, cao hơn nhiều tại nghiên cứu ở Congo (2015) của M. Lulebo (48,8%) [49], xong vẫn còn một tỷ lệ nhỏ trả lời sai về định nghĩa THA chiếm 16,4% và có 1 trường hợp trả lời không rõ thế nào là THA.

Với biểu hiện của THA (chỉ số HA bất thường, đau đầu, hoa mắt, chóng mặt, chảy máu cam), chỉ có 56,9% CBYT có kiến thức đạt, chiếm tỷ lệ không cao. Bên cạnh đó, kiến thức của CBYT về cách đo huyết áp (một kỹ thuật cơ bản nhất trong xác định THA), chỉ có chưa đến 1/3 (28,2%) CBYT trả lời đúng, đặc biệt chỉ có 3,8% CBYT trả lời để chẩn đoán THA cần đo HA ít nhất 2 lần, mỗi lần cách nhau 1-2 phút.

Về các yếu tố nguy cơ của THA, nghiên cứu của chúng tôi chỉ ra 36,9% CBYT có kiến thức đầy đủ nguy cơ của THA là tuổi trên 40, thừa cân béo phì, rối loại mỡ máu, lối sống tĩnh tại, ít vận động, ăn mặn, hút thuốc lá, uống rượu bia quá mức. Tuy kết quả có cao hơn so với nghiên cứu của Umar Gati Adamu tại Nigeria [50]. Mặc dù vậy, tỉ lệ này vẫn ở mức rất thấp trong khi đây chỉ là những kiến thức được coi là cơ bản để tư vấn cho người dân dự phòng THA. Do đó, điều này cũng rất phù hợp và giải thích tại sao chưa đến 1/3 CBYT (30,8%) có kiến thức đúng về dự phòng THA và có 2 trường hợp trả lời không biết về cách phòng THA.

Về biến chứng của bệnh THA, tỷ lệ CBYT có kiến thức đạt chỉ chiếm 19,5%. Trong khi đa số CBYT biết biến chứng của THA là tai biến mạch máu não (86,7%) thì các biến chứng còn lại CBYT trả lời đúng rất thấp (nhồi máu cơ tim, suy tim, suy thận, biến chứng mắt…).

Nghiên cứu chỉ ra CBYT xã có kiến thức kém về đại cương về THA, như kiến thức về cách đo HA, biến chứng của bệnh, cách tư vấn dự phòng. Vì vậy, rất cần thiết để đào tạo về các nội dung kiến thức này cho CBYT.

Kiến thức về phân loại THA

Trên thực tế, TYT xã sau khi tiến hành xác định được bệnh nhân theo phân độ, với bệnh nhân THA độ II trở lên sẽ thường chuyển tuyến. Vì vậy, việc phân độ HA cơ bản tại TYT mang ý nghĩa quan trọng, quyết định đến việc điều trị, ảnh hưởng, biến chứng của bệnh nhân sau này. Tuy nhiên, ta thấy một tỷ lệ tương đối thấp (44,6%) đạt kiến thức về cách phân loại theo chỉ số của THA (Bảng 3.3).

Kiến thức về điều trị THA

Kết quả cho thấy kiến thức đúng về điều trị THA ở mức thấp, chỉ đạt 23,6%, tương đồng với nghiên cứu của Nguyễn Văn Tuấn (2011), có tỷ lệ là 22,73% [64]. Cụ thể chi tiết từng chỉ số, số CBYT xác định được huyết áp mục tiêu điều trị là 53,9%, tỷ lệ này cao hơn nghiên cứu của M. Lulebo (2015) [49] và của MJ Zibaeenezhad [57]. Để giải thích cho tỷ lệ này có thể do nghiên cứu của chúng tôi tại TYT xã, nơi có ít bệnh nhân tiến hành điều trị THA, điều này dẫn đến kiến thức về phần này còn hạn chế.

Thêm vào đó, tỷ lệ lựa chọn thuốc đúng điều trị khởi đầu cho THA độ 1, THA độ 2 ở mức rất thấp, chỉ đạt dưới 3%. Kết quả này có thể được giải thích rằng TYT xã chủ yếu cấp thuốc theo danh mục BHYT nên không có nhiều lựa chọn cho việc sử dụng thuốc điều trị riêng biệt với từng người bệnh. Kết quả nghiên cứu ở Bắc-Trung Nigeria (2014) cũng cho thấy kiến thức của

CBYT về các loại thuốc sử dụng khi bắt đầu điều trị tăng huyết áp nhẹ không biến chứng là rất thấp [50].

Kiến thức về cấp cứu THA

Về kiến thức cấp cứu THA có 41,0% CBYT đạt (Bảng 3.5), tỷ lệ đạt cấp cứu bệnh nhân THA tại TYT xã là 83,1%, và 18,5% có kiến thức đạt về lý do cần chuyển bệnh nhân lên tuyến trên. Lợi ích của việc xử trí kịp thời hạ áp trong dân số đã được chứng minh trong những thử nghiệm lâm sàng làm giảm tai biến đột quỵ 35- 40%, giảm nhồi máu cơ tim 20- 25%,và giảm suy tim hơn 50% [81], nhưng tại tuyến xã, nhiều trạm chưa thể xử trí kịp thời. Hoặc, một số cơ sở y tế tuyến trên rất gần, vì vậy có thể dễ dàng chuyển bệnh nhân luôn mà không chọn cách xử trí trước, hoặc nhu cầu bệnh nhân cũng muốn lên tuyến trên để có thể nhanh chóng chữa trị được tốt nhất.

Yếu tố liên quan đến kiến thức về THA

Một số nghiên cứu chỉ ra tuổi là một yếu tố liên quan đến kiến thức về THA của CBYT, như kết quả trong nghiên cứu của Mohammed A. Alsaleem và cộng sự ở Ả rập năm 2018 [60]. Tuy nhiên, nghiên cứu của chúng tôi chỉ ra, không có sự tương quan giữa biến tuổi và kiến thức của CBYT tại TYT xã. Nguyên nhân cho sự khác biệt này có thể là do cơ chế quản lý và các văn bản pháp chế ban hành. Cụ thể, ở Việt Nam, Bộ Y tế đã ra công văn như: Quyết định 2919/QĐ-BYT ngày 06 tháng 8 năm 2014 của Bộ trưởng Bộ y tế về việc ban hành "Tài liệu chuyên môn hướng dẫn khám, chưa bệnh tại trạm y tế xã, phường"; Bộ y tế cũng đã ban hành thông tư 22/2013/TT – BYT, ngày 09/08/2013 về hướng dẫn đào tạo liên tục cho CBYT hay Quyết định số 2992/QĐ-BYT ngày 17/07/2015 của Bộ Y tế về phê duyệt kế hoạch phát triển nhân lực trong hệ thống khám bệnh chữa bệnh giai đoạn 2015 – 2020 cũng chỉ ra việc đào tạo cho cán bộ y tế là hết sức cần thiết ở cả hệ thống y tế và y

tế cơ sở. Nhờ những văn bàn này mà các CBYT đều được tiếp cận các chương trình đào tạo liên tục ở mọi lứa tuổi.

Kết quả trong nghiên cứu của chúng tôi chỉ ra không có mối tương quan giữa giới tính và kiến thức quản lý THA, tương đồng với kết quả trong nghiên cứu của Olutayo C. Alebiosu vào năm 2015 tại Tây Nam Nigeria [52]. Nghiên cứu tại Nigeria chỉ ra rằng không có sự khác việc về giới với kiến thức về quản lý huyết áp mục tiêu, cholesterol huyết thanh hay chỉ số HbA1C. Nguyên nhân cho sự giống nhau này có thể là do khả năng tiếp cận các chương trình đào tạo quản lý bệnh không lây nhiễm giữa hai giới của 2 nước có sự giống nhau.

Về kiến thức điều trị THA, CBYT là bác sĩ có kiến thức tốt hơn 2,5 lần so với CBYT là y sĩ. Kết quả này có nét tương đồng với kết quả trong nghiên cứu của Daniel M Huse và cộng sự tiến hành vào năm 2001 ở Mỹ [55]. Trong nghiên cứu đó, tác giả chỉ ra rằng có mối tương quan giữa bằng cấp chuyên môn và việc chọn đúng thuốc điều trị THA như thuốc chặn kênh Beta, thuốc ức chế men chuyển angiotensin, thuốc chặn kênh canxi cũng như mối tương quan giữa trình độ chuyên môn với kiến thức chung. Lý giải cho sự tương đồng này có thể các bác sĩ có nhiều khả năng tiếp cận các chương trình đào tạo chuẩn hóa năng lực CBYT được tổ chức theo các thông tư, quyết đinh của nhà nước.

CBYT không được tập huấn về quản lý bệnh mạn tính có kiến thức về điều trị THA thấp hơn 2 lần so với nhóm đã được tập huấn. Kết quả tìm ra có sự tương đồng với kết quả trong nghiên cứu của MJ Zibaeenezhad và cộng sự tiến hành ở miền nam Iran năm 2007 [53]. Trong nghiên cứu của mình, tác giả MJ Zibaeenezhad đã kết luận rằng việc tăng cường các buổi hội nghị khoa học và chương trình đào tạo về tăng huyết áp có thể cải thiến kiến thức của

NVYT. Do đó việc tiến hành các chương trình đào tạo với CBYT xã là một điều cần thiết để nâng cao năng lực quản lý bệnh THA tại địa phương.

Nhóm nhân viên có kiến thức về phân độ THA và kiến thức chung thấp hơn 2 lần so với nhóm quản lý. Lý do cho kết quả này có thể là đa phần y sĩ là nhân viên tại TYT xã và ít có khả năng tiếp cận các chương trình đào tạo về bệnh không lây nhiễm. So với nhóm có chuyên môn về bệnh nội tiết, CBYT không có chuyên môn có kiến thức kém hơn 3 lần về điều trị THA và kém hơn 2 lần kiến thức về phân độ THA. Lý giải cho kết quả này có thể do các NVYT xã không có chuyên môn trong đào tạo bệnh nội tiết nên không tập trung củng cố kiến thức phần này.

Thực tế đã cho thấy những vai trò quan trọng không thể phủ nhận của TYT xã vì vậy cần tiếp tục cải thiện mạng lưới, xây dựng, triển khai và duy trì bền vững mô hình Quản lý bệnh THA tuyến y tế cơ sở. Cùng với đó, hỗ trợ các chương trình đào tạo nhằm nâng cao kiến thức để CBYT nắm được chuyên môn cần thiết trong xử trí đúng bệnh.

4.2.1.2. Nhu cầu đào tạo của CBYT xã về kiến thức xử trí đái tháo đường của CBYT xã, tỉnh Hòa Bình năm 2017

Kết quả nghiên cứu cho thấy, chỉ có 9,7% CBYT xã có kiến thức đạt về xử trí ĐTĐ, đồng nghĩa với 90,3% CBYT xã có kiến thức chưa đạt về xử trí ĐTĐ. CBYT có kiến thức đạt lần lượt là: Chẩn đoán ĐTĐ: 54,4%, chế độ ăn, sinh hoạt: 40,5%, phân loại ĐTĐ: 37,4%, định nghĩa ĐTĐ: 13,8%, biến chứng của ĐTĐ và cách xử trí: 8,7%, điều trị ĐTĐ: 4,9%, nhận biết dấu hiệu hạ đường huyết và xử trí: 4,6%, nhận định kết quả đo đường huyết và xử trí: 2,6%. Nghiên cứu của Viện Chiến lược và Chính sách, Bộ Y tế (2015) chỉ ra rằng tỷ lệ CBYT xã chẩn đoán sai ĐTĐ tuýp 2 là 14%, chẩn đoán và điều trị đúng ĐTĐ tuýp 2 là 79% và tỷ lệ bác sĩ xã có chỉ định thuốc gây hại ở bệnh ĐTĐ là 43%.

Một trong những lý do của nghiên cứu cho thấy trong nghiên cứu của chúng tôi, chỉ có 30,8% CBYT được tập huấn về quản lý bệnh mạn tính, trong đó có 20% được tập huấn trên 2 năm. Điều này phù hợp với nghiên cứu của Nguyễn Hoàng Long (2014), đánh giá thực trạng cung ứng dịch vụ của trạm y tế xã khi chỉ có 1/3 số TYT có CBYT được tập huấn về quản lý ĐTĐ [67]. Một nghiên cứu của Hoàng Đức Hạnh (2016) thực hiện tại y tế cơ sở thành phố Hà Nội cho thấy tỷ lệ CBYT có nhu cầu tập huấn về xử trí BKLN nói chung, THA và ĐTĐ nói riêng rất lớn, có 98,1% CBYT có nhu cầu tập huấn về phòng chống BKLN; nội dung liên quan đến phòng chống xử trí THA là 97,1% và ĐTĐ là 96,8% CBYT có nhu cầu [70].

Kiến thức về định nghĩa và phân loại của ĐTĐ

Kết quả nghiên cứu cho thấy, chỉ có 13,8% CBYT có kiến thức đúng về định nghĩa ĐTĐ, trong đó đặc biệt là còn 15 người (7,7%) CBYT không biết về định nghĩa ĐTĐ mà đa phần CBYT chỉ biết ĐTĐ là tăng glucose máu (60,5%), là bệnh mạn tính (52,8%) còn các tiêu chí như bất thường về chuyển hóa, gắn với bệnh thận, đáy mắt, thần kinh, tim mạch thì tỷ lệ trả lời không cao, dưới 20%. Về phân loại ĐTĐ: phần lớn CBYT biết ĐTĐ có typ 1 và 2 vẫn còn 9,7% CBYT không biết phân loại của ĐTĐ. Điều này có thể do cán bộ y tế tại TYT xã đa số gặp những trường hợp ĐTĐ 2, và đa phần các trường hợp bệnh mắc ĐTĐ thai kỳ đối mặt với rất nhiều nguy cơ nên thường sẽ được chuyển lên tuyến trên để theo dõi và điều trị chứ không qua trạm tế xã.

Kiến thức về phát hiện người có yếu tố nguy cơ

CBYT biết yếu tố nguy cơ gây bệnh ĐTĐ là béo phì và gia đình có người ở thế hệ cận kề mắc ĐTĐ lần lượt là 39,5% và 27,2%. Một phần không nhỏ ĐTNC (11,3%) không biết các yếu tố nguy cơ gây bệnh ĐTĐ. Trong khi đó trên thực tế, thực hiện phòng bệnh bằng cách phòng chống các yếu tố nguy cơ ĐTĐ là một trong những vai trò chính của TYT xã [14], tuy

nhiên có thể thấy kiến thức của CBYT với 10 yếu tố nguy cơ gây bệnh là không cao vì vậy cần có thêm những lớp đào tạo CBYT định kì.

Kiến thức về chẩn đoán bệnh đái tháo đường

Biểu hiện bệnh ĐTĐ: đa số CBYT biết những biểu hiện chính của ĐTĐ ăn nhiều, uống nhiều, đái nhiều, gầy nhanh; trong khi một số ít biết biến chứng mụn nhọt, tê tay chân, viêm lợi… chỉ 6,7%; còn 3,1% cán bộ không biết biểu hiện bệnh ĐTĐ.

Xét nghiệm để chẩn đoán ĐTĐ: gần 90% ĐTNC biết xét nghiệm đường máu mao mạch để chẩn đoán ĐTĐ. Tỷ lệ này tương đương so với Lê Thị Việt Hà và Nguyễn Minh Hùng khi nghiên cứu mô tả cắt ngang tại các bệnh viện đa khoa tuyến tỉnh/thành phố, các bệnh viện nội tiết/trung tâm nội tiết tại 64 tỉnh thành phố trên toàn quốc năm 2012, tỷ lệ CBYT biết xét nghiệm đường máu mao mạch giúp chẩn đoán ĐTĐ là 90,7% [82]. Như vậy với kiến thức cần phải xét nghiệm đường mái để chẩn đoán ĐTĐ, các CBYT tại TYT xã nắm rõ, chiếm tỉ lệ cao.

Đối với tiêu chuẩn chẩn đoán bệnh ĐTĐ, là một trong những kiến thức quan trọng, nhưng không phải là dễ, do đó chỉ có 34,9% ĐTNC biết chẩn đoán ĐTĐ khi đường huyết buổi sáng lúc đói chưa ăn ≥ 7 mmol/L; chỉ 12,8% biết chẩn đoán ĐTĐ khi đường huyết buổi sáng lúc đói chưa ăn 6,1 – 6,9, nghiệm pháp tăng đường huyết đường uống ≥ 11,1 mmol/L. Tỉ lệ này thấp hơn so với nghiên cứu của Lê Thị Việt Hà và Nguyễn Minh Hùng [82]. Sự khác biệt này có thể giải thích là do nghiên cứu của Lê Thị Việt Hà tiến hành tại 64 tỉnh thành trên cả nước, tại các bệnh viện lớn, trung tâm tuyến tỉnh, thành phố nên kiến thức ĐTNC cao hơn tại tuyến y tế cơ sở. Điều này một lần nữa chứng tỏ CBYT tại trạm có kiến thức cơ bản tuy nhiên các kiến thức chuyên sâu hơn thì còn nhiều khoảng trống.

Kiến thức về chế độ ăn và sinh hoạt cho người bệnh

Đa số CBYT biết người bệnh ĐTĐ cần giảm tinh bột, thức ăn động vật thay thế bằng thực vật (81,96%), kiêng đường nhanh (bánh kẹo, trái cây ngọt) (80,41%), ăn nhiều rau, quả và ngũ cốc nguyên hạt 56,19%; 12,37% cán bộ biết cần giảm cân nếu thừa cân; Đa số CBYT biết cần tập luyện thể lực và tăng vận động. So với nghiên cứu tại Nam Phi năm 2012 có tỉ lệ thấp hơn: tỉ lệ CBYT biết cần kiêng đường 65%; ăn nhiều rau 5%; giảm cân nếu thừa cân 5%; tránh rượu bia 7%; tập thể dục 9%[83]. Có thể thấy kiến thức của CBYT về chế độ ăn và sinh hoạt cho người bệnh ĐTĐ là khá cao qua đó thể hiện công tác truyền thông hướng dẫn các chế độ ăn và sinh hoạt cho người bệnh của TYT xã khá tốt.

Kiến thức về điều trị đái tháo đường

CBYT biết điều trị ĐTĐ bằng insulin và bằng thuốc viên lần lượt là 69,7% và 59,0%. Tỉ lệ này khá cao, tuy nhiên vẫn thấp hơn so với nghiên cứu năm 2012 CBYT trả lời đúng quan điểm điều trị hiện nay là 88,7% [82]. Sự khác biệt này có thể do tại trạm y tế xã không làm công tác điều trị chính vì vậy kiến thức về điều trị thấp hơn so với tuyến trên.

Kiến thức về biến chứng đái tháo đường

Thấp hơn một nửa CBYT biết đầy đủ về biến chứng của ĐTĐ, như loét chân, phù, lao… Vẫn còn 24 CBYT chiếm 12,3% không biết biến chứng của ĐTĐ. Tỉ lệ này thấp có thể do tại TYT xã ít gặp biến chứng, đa phần người bệnh có gì bất thường sẽ lên luôn tuyến trên hoặc gặp dấu hiệu bất thường ở người bệnh ĐTĐ TYT xã sẽ chuyển ngay lên tuyến trên không thăm khám, không chẩn đoán biến chứng. CBYT không biết nguyên nhân do đâu nên kiến thức biến chứng sẽ thấp.

Kiến thức về nhận định kết quả đo đường huyết và xử lí: Đa số CBYT có kiến thức không đạt về nhận định kết quả đo đường huyết của người bệnh

và cách xử lí. Điều này có thể do tại trạm y tế xã không có máy đo đường huyết, nên CBYT không thực hiện thường xuyên nên kiến thức còn hạn chế.

Tỉ lệ chung CBYT của TYT xã có kiến thức đạt về bệnh ĐTĐ là thấp 9,7%, kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Lê Thị Việt Hà và Nguyễn Minh Hùng [82]. Nhận thấy, ĐTNC có kiến thức cơ bản khá, nhưng kiến thức chuyên sâu lại thấp. Tỉ lệ này thấp điều này có thể lý giải do tại trạm y tế xã Hòa Bình hiện nay không điều trị ĐTĐ mà chỉ quản lí trên danh sách những người bệnh đã điều trị ổn định từ tuyến trên chuyển về. CBYT hầu hết không trực tiếp khám và điều trị cho người bệnh vì đa số người bệnh ĐTĐ trực tiếp lên tuyến trên khám và điều trị không thông qua trạm y tế xã. Trong vòng 2 năm trở lại đây, số CBYT được tập huấn/đào tại về quản lí bệnh mạn tính là 30,77%; trong đó gần ½ là có tập huấn về ĐTĐ. Chính kiến thức không thường xuyên được trau dồi, bổ sung cũng là nguyên nhân gây kiến thức đạt thấp. Đồng thời CBYT tại TYT xã phải kiêm nhiệm nhiều công việc khác nhau từ khám chữa bệnh ban đầu đến thực hiện tất cả các chương trình phòng bệnh cho nhân dân từ trên giao xuống khiến các cán bộ phân tán không tập trung chuyên sâu vào môt nội dung chính điều này ảnh hưởng đến chất lượng cũng như kiến thức của CBYT.

Yếu tố liên quan đến kiến thức về đái tháo đường

Về các yếu tố liên quan đến kiến thức ĐTĐ, CBYT có nơi công tác là vùng nông thôn có kiến thức về chẩn đoán ĐTĐ kém hơn nhóm thành thị. Kết quả của chúng tôi cũng giống với kết quả trong nghiên cứu do Olutayo C. Alebiosu thực hiện năm 2015 [52] cũng như kết quả trong nghiên cứu của AR Khan và cộng sự năm 2010 tại Ả Rập [58]. Kết quả này có thể có nguyên nhân là do sự tiếp cận kiến thức của CBYT được mới, thường xuyên và dễ dàng hơn tại các cơ sở y tế trong thành thị.

Ngoài ra, trong nghiên cứu của AR Khan và cộng sự năm 2010 [58], mối tương quan về dân tộc cũng được khẳng định như trong nghiên cứu của chúng tôi. Rào cản ngôn ngữ và văn hóa dẫn đến việc khó tiếp thu kiến thức chuyên môn của CBYT là người dân tộc thiểu số có thể là nguyên nhân giải thích cho kết quả này.

ĐTNC là y sĩ có kiến thức không đạt về chẩn đoán ĐTĐ cao nhóm CBYT là bác sĩ trong nghiên cứu của chúng tôi. Việc trình độ chuyên môn ảnh hưởng đến kiến thức quản lý bệnh đái tháo đường đã được khẳng định trong nghiên cứu của Nadia Mabrouk và cộng sự [61]. Sự tương đồng này có thể lý giải là do khả năng tiếp cận kiến thức và trải nghiệm thực tế của NVYT là bác sĩ sẽ cao hơn y sĩ do quy định khám chưa bệnh ở Việt Nam. Cụ thể, bác sĩ được chỉ định tiếp cận bệnh nhân trực tiếp hơn y sĩ.

Đối với CBYT Hòa Bình, số năm công tác trong ngành y tế hay số năm công tác tại trạm không có mối tương quan đến kiến thức quản lý bệnh đái tháo đường. Điều này khác với kết quả trong nghiên cứu của Onyiriuka A.N và cộng sự năm 2016 tại Nigerian [84]. Việc này có thể được hình thành do chịu tác động của các chương trình đào tạo liên tục của nhà nước với các CBYT tại tuyến xã Việt Nam. Do đó, việc đào tạo liên tục có thể là sự cần thiết quan trọng trong việc đảm bảo chất lượng dịch vụ y tế tại tuyến xã.

Căn cứ vào kết quả trên, khi tiến hành đào tạo liên tục cho CBYT về xử trí về THA và ĐTĐ cần cân nhắc yếu tố độ tuổi, số năm công tác, giới, trình độ chuyên môn, lĩnh vực chuyên môn, thời gian được tập huấn của CBYT để đào tạo kiến thức về xử trí THA và ĐTĐ đạt được hiệu quả hơn.

4.2.2. Nhu cầu đào tạo về thái độ về tăng huyết áp và đái tháo đường của cán bộ y tế xã tỉnh hòa bình năm 2017

Kết quả nghiên cứu chỉ ra rằng cán bộ y tế xã có điểm trung bình thái độ ở mức trung bình, tỷ lệ có thái độ đạt chung so với mong đợt về xử trí THA và ĐTĐ không cao, chỉ chiếm 15,9%. Các kết quả này có cũng thể thấy còn khoảng trống trong nhận thức về THA và ĐTĐ của CBYT, do vậy cần có các kế hoạch lâu dài, lồng ghép các hình thức nhằm thúc đẩy CBYT xã nhận thức rõ hơn về vai trò và tầm quan trọng của TYT xã nói chung và CBYT xã nói riêng trong xử trí THA và ĐTĐ.

4.2.3. Nhu cầu đào tạo về thực hành tăng huyết áp và đái tháo đường của cán bộ y tế xã, tỉnh Hòa Bình năm 2017

4.2.3.1. Nhu cầu đào tạo về thực hành tăng huyết áp của cán bộ y tế xã, tỉnh Hòa Bình năm 2017

Nhu cầu đào tạo về thực hành tăng huyết áp

Về nhu cầu nội dung đào tạo, nghiên cứu của chúng tôi chỉ ra tỷ lệ nhu cầu đào tạo cao nhất về kỹ năng đo HA có 184 đối tượng (chiếm 94,4%), kết quả này hợp lý vì đây là kỹ năng cơ bản mà CBYT thường xuyên thực hiện, tiến hành khi bệnh nhân đến khám thông thường. Các kĩ năng có nhu cầu đào tạo cao khác là "Xác định giai đoạn/ phân độ THA", "Chỉ định điều trị thuốc cho đối tượng THA, "Lên chiến lược điều trị THA dựa trên phân độ THA và nguy cơ tim mạch" và "Lượng giá nguy cơ tim mạch và xác định biến chứng, bệnh kèm theo", "Xử trí cấp cứu THA", "Xác định HA mục tiêu", "Xét nghiệm đường máu bằng máy đo đường huyết nhanh", "Đánh giá tuân thủ điều trị THA của người bệnh" và "Đọc kết quả xét nghiệm sinh hóa máu có sẵn". Điều này có thể được lý giải do thực tế đây là những kỹ năng NVYT xã phải làm được theo đúng chức năng nhiệm vụ mà tuyến xã đảm nhận, góp

phần hỗ trợ và giảm tải bệnh nhân chuyển lên tuyến trên quá nhiều, với những việc mà bước đầu tại tuyến cơ sở có thể làm được.

Về mức độ ưu tiên nhu cầu đào tạo liên tục của các cán bộ y tế xã đối với các kỹ năng xử trí bệnh THA, có thể thấy nghiên cứu này phân chia thành 6 kỹ năng cần được ưu tiên cao là "Chỉ định điều trị thuốc cho đối tượng THA", "Lên chiến lược điều trị THA dựa trên phân độ THA và nguy cơ tim mạch", "Xác định giai đoạn/ phân độ THA", "Thực hiện đo huyết áp", "Lượng giá nguy cơ tim mạch và xác định biến chứng, bệnh kèm theo" và "Xử trí cấp cứu THA". Đây đều là các kỹ năng cần thiết quy trình chăm sóc bệnh nhân, kể cả việc sau đó bệnh nhân không tiến hành điều trị tại TYT xã thì đây cũng là công việc cơ bản, thường xuyên làm của CBYT xã. Tiếp theo, 2 kỹ năng "Chỉ định điều trị thuốc cho đối tượng THA", "Lên chiến lược điều trị THA dựa trên phân độ THA và nguy cơ tim mạch" là 2 kỹ năng quan trọng cần được nâng cao vì đây là 2 kỹ năng rất quan trọng trong quá trình điều trị bệnh nhân THA, đó là bước quyết định đến kết quả cho việc điều trị, và bước lập kế hoạch – cần rất chi tiết để bệnh nhân cũng như bản thân người nhân viên y tế bám sát để thực hiện, đem lại hiểu quả điều trị cao.

Yếu tố liên quan đến nhu cầu đào tạo

Về các yếu tố liên quan, nhóm tuổi từ 31 đến 40 có nhu cầu cao hơn về đào tạo kỹ năng xét nghiệm đường máu bằng máy đo đường huyết nhanh so với các nhóm tuổi còn lại. Nguyên nhân có thể do nhóm CBYT này là nhóm tuổi lao động đã có trải nghiệm trong ngành được 1 thời gian và nhận biết sự cần thiết trong việc trau dồi thêm kĩ năng để phục vụ công tác hành nghề sau này. Do đó, các chương trình đào tạo có thể tập trung đào tạo chuyên sâu hơn về kĩ năng xét nghiệm đường máu cho nhóm này để nâng cáo hiệu quả đào tạo.

Sự khác biệt trong nhu cầu đào tạo giữa các nhóm dân tộc trong nghiên cứu của chúng tôi đã được đưa ra. Lý giải cho điều này, nguyên nhân khác

biệt về văn hóa ngôn ngữ có thể là lý do bởi nó có thể dẫn đến sự khó khăn trong tiếp cận các kiến thức chuyên ngành vốn chỉ dùng tiếng Kinh.

Nghiên cứu của chúng tôi chỉ ra sự khác biệt về nhu cầu đào tạo giữa NVYT ở nông thôn và thành thị. Điều này có thể do nguyên nhân sự đầy đủ về cơ sở vật chất, trang thiết bị cũng như khả năng tiếp cận các thông tin, kiến thức chuyên môn có sự khác nhau giữa các địa bàn. Do đó cần có các chương trình, dự án hỗ trợ các nhân viên ở vùng nông thôn để đảm bảo nâng cáo chất lượng kiểm soát THA ở địa phương.

Sự khác biệt về nhu cầu đào tạo của ĐTNC có số năm công tác tại trạm y tế từ 20 năm trở lên so với nhóm có dưới 20 năm công tác, cũng như sự khác biệt giữa nhóm có thời gian KCB về nội tiết từ 11-20 năm đã được chỉ ra trong nghiên cứu của chúng tôi. Kết quả này có nét tương đồng với kết quả trong nghiên cứu khác [62], nguyên nhân có thể do trải nghiệm thực tế đã góp phần hỗ trợ hoàn thiện kỹ năng của các NVYT. Từ kết quả này, chúng tôi đề xuất rằng nên có các đợt đánh giá kỹ năng thường xuyên để đảm bảo các NVYT có thể tự kiểm tra cũng nhận ra các sai sót nhằm hoàn thiện kỹ năng khám chữa bệnh còn thiếu sót.

4.2.3.2. Nhu cầu đào tạo về thực hành về đái tháo đường của cán bộ y tế xã, tỉnh Hòa Bình năm 2017

Nhu cầu đào tạo về thực hành của đái tháo đường

Điểm quan trọng cao được các CBYT cho ở các kỹ năng sử dụng bảng tự đánh giá mức độ nguy cơ mắc bệnh ĐTĐ typ 2 của WHO, xác định những triệu chứng biến chứng ĐTĐ, chẩn đoán phân loại ĐTĐ, phát hiện những biến chứng và chuyển người bệnh lên tuyến trên kịp thời, xử trí hạ đường huyết và hướng dẫn người bệnh dùng thuốc ĐTĐ. Điểm mức độ thành thạo được ĐTNC cho cao nhất ở kỹ năng cắt móng chân, chăm sóc móng trên người bệnh ĐTĐ và thấp nhất ở kỹ năng đọc kết quả xét nghiệm sinh hóa có sẵn.

Nguyên nhân có thể do đa phần ĐTNC số năm trung bình công tác trong ngày và tại trạm cao nên sẽ tự nhận ra về mức thành thạo của bản thân với từng kỹ năng. Lý do khác có lẽ là do kiến thức tương ứng các mảng này thấp, không được thường xuyên tìm hiểu xem lại và cập nhật. Một lý do khác nữa có thể ĐTNC làm nhiều thành thành thạo chứ thực ra không có kiến thức nên dẫn đến nhu cầu đào tạo để hoàn thiện kiến thức bản thân. Những nhận định trên chỉ ra nên làm nghiên cứu để tìm hiểu rõ hơn về hiệu quả trong công tác khám chữa bệnh ĐTĐ tại TYT xã.

Nghiên cứu cũng chỉ ra có 7 kĩ năng cần được ưu tiên cao là "Sử dụng bảng tự đánh giá mức độ nguy cơ mắc bệnh ĐTĐ typ 2 của WHO", "Xác định những triệu chứng biến chứng ĐTĐ", "Chẩn đoán phân loại ĐTĐ", "Phát hiện những biến chứng và chuyển người bệnh lên tuyến trên kịp thời", "Xử trí hạ đường huyết" và "Hướng dẫn người bệnh dùng thuốc ĐTĐ". Việc nhân định rõ các kỹ năng này là các kỹ năng cần thiết giúp các CBYT có khả năng kiểm soát đái tháo đường tại tuyến xã có thể là nguyên nhân dẫn đến các ĐTNC chọn các kỹ năng này với điểm cao nhất, vì vậy cần có các biện pháp can thiệp để nâng cao kiến thức và trình độ các kỹ năng này.

Yếu tố liên quan đến nhu cầu đào tạo về kỹ năng

Kết quả nghiên cứu cho thấy CBYT là nữ giới có nhu cầu co hơn về đào tạo kĩ năng "Hướng dẫn người bệnh tự phát hiện biến chứng". Từ đó, nội dung đào tạo được định hướng rõ ràng hơn cho từng giới sẽ góp phần đảm bảo chất lượng đào tạo và can thiệp.

CBYT có lĩnh vực chuyên môn khác nhau có nhu cầu đạo tạo khác nhau. Kết quả này có thể giải thích do đặc thù chuyên môn của mỗi người, do đó việc đào tạo nên đảm bảo những nội dung chung nhất của đái tháo được cần được nắm rõ để đảm bảo tốt kết quả điều trị của CBYT.

Những CBYT đã có thời gian tập huấn về các bệnh mãn tính từ 3 năm trở lên có nhu cầu đào tạo kĩ năng "Hướng dẫn người bệnh tự phát hiện biến chứng" lớn hơn. Qua đó có thể nhận thấy sự cần thiết về giáo dục người bệnh được các CBYT có kiến thức nhận ra. Kết quả này chỉ ra rằng nội dung đào tạo nên được chọn lọc và cần bổ sung các nội dung về hỗ trợ giáo dục người bệnh về quản lý ĐTĐ để từ đó giảm gánh nặng điều trị cho người bệnh.

Căn cứ vào kết quả trên, khi tiến hành đào tạo liên tục cho CBYT về xử trí về THA và ĐTĐ cần cân nhắc yếu tố giới, lĩnh vực chuyên môn, thời gian được tập huấn của CBYT để đào tạo kỹ năng được hiệu quả hơn.

4.2.4.Nhu cầu về chương trình, tài liệu, phương pháp và tổ chức đào tạo của cán bộ y tế xã về xử trí tăng huyết áp và đái tháo đường

Phần lớn CBYT có nhu cầu được đào tạo bằng phương pháp giảng dạy tích cực, lấy học viên làm trung tâm (như thảo luận nhóm, sử dụng bài tập tình huống, các hình thức truyền thông tương tác (video clip, phim ảnh) hay chia sẻ các ví dụ bài học thành công). Bên cạnh đó đa số các CBYT có nhu cầu được đào tạo bởi giảng viên tuyến tỉnh, là giáo viên trường Trung cấp y tế tỉnh Hòa Bình có chuyên môn về nội khoa (THA, ĐTĐ) hoặc các cán bộ y tế từ Bệnh viện đa khoa tỉnh hoặc bệnh viện Nội tiết tỉnh Hòa Bình có kinh nghiệm và kỹ năng trong dạy học tích cực. Địa điểm tổ chức các khóa học nên thực hiện tại huyện để thuận lợi cho việc đi lại và khả năng tham dự đầy đủ của học viên. Nhu cầu được đào tạo về thời gian của CBYT về xử trí THA và ĐTĐ trung bình gần 3 ngày, là phù hợp đối với xử trí 2 bệnh THA và ĐTĐ. Bên cạnh đó các kết quả định tính cho thấy, tài liệu dạy học nên ngắn gọn, xúc tích, dựa trên tình huống, điều kiện thực tế của trạm y tế xã, nên sơ đồ hóa để học viên dễ theo dõi. Dựa trên nhu cầu của CBYT, chương trình và tài

liệu khi thiết kế phù hợp và thực tế, sẽ giúp cho các lớp tập huấn sẽ đạt hiệu quả cao nhất.

4.3. ĐÁNH GIÁ HIỆU QUẢ CHƯƠNG TRÌNH ĐÀO TẠO LIÊN TỤC VỀ XỬ TRÍ TĂNG HUYẾT ÁP VÀ ĐÁI THÁO ĐƯỜNG DÀNH CHO CÁN BỘ Y TẾ XÃ

Từ những thực tế phân tích nhu cầu đào tạo liên tục về xử trí THA và ĐTĐ của CBYT xã, tỉnh Hòa Bình, nghiên cứu can thiệp đã thiết kế chương trình và tài liệu đào tạo, xây dựng các lớp tập huấn cho đối tượng CBYT xã. Ba khóa đào tạo liên tục đã được thực hiện tại 3 huyện Mai Châu, Lương Sơn và thành phố Hòa Bình cho tổng cộng 60 CBYT. Học viên được lựa chọn ưu tiên trình độ chuyên môn là y sĩ, là cán bộ y tế không giữ chức vụ quản lý, chưa từng được học về quản lý bệnh không lây nhiễm, và có số năm công tác trên 15 năm. Qua khảo sát, kết quả cho thấy nhu cầu được đào tạo tại địa điểm ở tuyến huyện, do vậy nghiên cứu có địa điểm tổ chức đào tạo tại trung tâm y tế huyện (đối với 2 huyện Mai Châu và Hòa Bình), tại trường Trung cấp y tế tỉnh Hòa Bình (đối với thành phố Hòa Bình) là thuận lợi và hợp lý. Giảng viên là tác giả nhóm biên soạn chương trình và tài liệu đào tạo liên tục xử trí THA và ĐTĐ cho CBYT xã, là giáo viên trường Trung cấp y tế tỉnh, bệnh viện nội tiết và bệnh viện đa khoa tỉnh Hòa Bình. Bước đầu đánh giá hiệu quả can thiệp được thực hiện thông qua việc phản hồi sau khóa học của học viên, thay đổi về kiến thức và thái độ của CBYT sau khóa học và kết quả phỏng vấn định tính học viên, giảng viên, cán bộ quản lý. Qua đánh giá bằng phiếu điều tra về sự cần thiết tổ chức lớp đào tạo đã thu được những kết quả về sự phù hợp của lớp tập huấn.

4.3.1. Phản hồi của học viên sau khóa học

Nội dung phản hồi về mục tiêu và nội dung khóa học có điểm trung bình chung tương đối cao (12,7 ± 1,8)/15 điểm. Không có đối tượng nào tham

gia nghiên cứu đánh giá ở mức độ "Không đồng ý" hay "Rất không đồng ý" ở tất cả các tiểu mục của nội dung này (Bảng 3.32). Trong đó, cao nhất với tỷ lệ 58,9% CBYT rất đồng ý về nội dung bài giảng bám sát với mục tiêu học tập, tiếp sau là nội dung về mục tiêu của khóa học phù hợp với nhu cầu công việc chiếm đến 56,9% và nội dung bài giảng cập nhật, có thể áp dụng được vào công việc chiếm 54,9%. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi tương đồng với tác giả Gracía-Pérez ML và cs (2017) chỉ ra trong tổng số 184 y tá và 180 chuyên gia y tế khác đã tham gia vào chương trình. Kết quả cho thấy, 95,7% đối tượng tham gia nghiên cứu cho rằng chất lượng chăm sóc sức khoẻ đã được cải thiện nhờ chương trình đào tạo, hữu ích cho công việc của họ. Những người tham gia vào chương trình đào tạo liên tục cũng đã phản ứng tích cực với sự tương tác giữa nâng cao chất lượng chăm sóc sức khoẻ và tối ưu hóa các nguồn lực chăm sóc sức khoẻ [85]. CBYT tham gia nghiên cứu của chúng tôi đánh giá "Khóa học có giới thiệu tài liệu học tập và tài liệu tham khảo khác" chiếm tỷ lệ rất đồng ý thấp nhất 45,1% và khóa học có ví dụ minh họa dễ hiểu, có giá trị, phù hợp với nội dung có tỷ lệ là 49,0%. Đây cũng đang là vấn đề và nhu cầu của nhiều CBYT khi hiện nay giảng dạy vẫn có thể còn nhiều lý thuyết và cần cải thiện trong thời gian tới khi tổ chức các khóa đào tạo liên tục khác.

Phần "*Phương pháp giảng dạy"* có điểm phản hồi trung bình cao là (11,8±2,0)/12 điểm. Phần lớn CBYT đồng ý về nội dung "Sử dụng các công cụ, phương tiện giảng dạy hợp lý" (chiếm 70,6%) tuy nhiên có 2,0% phản hồi Không đồng ý. Điều này cho thấy, khi tổ chức các khóa tập huấn tiếp theo cần bổ công cụ, phương tiện giảng dạy phù hợp hơn nữa, ví dụ như các phương tiện để minh họa trong phần thực hành.

Phần "*Trách nhiệm và tác phong sư phạm"*đạt điểm phản hồi trung bình là 10,1±1,5. Tỷ lệ phản hồi Rất đồng ý cao nhất là nội dung "Luôn thể

hiện rõ sự nhiệt tình và tinh thần trách nhiệm cao trong giảng dạy", "Giảng đúng giờ, đủ giờ theo quy định" và "Có thái độ đúng mực phù hợp với học viên trong buổi giảng". Đánh giá của CBYT cao về nội dung này đặt biệt quan trọng khi vấn đề đào tạo hiện nay cho thấy rõ tầm ảnh hưởng của những trực tiếp tham gia đào tạo. Như nghiên cứu của Gracía-Pérez ML và cs (2017) cũng chỉ ra cải thiện về chất lượng chăm sóc có mối liên quan có ý nghĩa thống kê đến sự hài lòng với giảng viên của chương trình đào tạo, nội dung chương trình, phương pháp và thời gian của khóa học. Mối quan hệ này có tác động tích cực trong việc duy trì, áp dụng và truyền tải kiến thức và kỹ năng [85].

Phần "*Tổ chức khóa học"* nhận được điểm phản hồi trung bình là 14,0±2,7. Nghiên cứu của chúng tôi có tỷ lệ đồng ý hay mức độ hài lòng ở nội dung này cao hơn nghiên cứu của Hyun Bae Yoon và các cs (2015) chỉ ra Hiệu quả được đánh giá thông qua sự hài lòng của học viên đối với chương trình đào tạo liên tục. Kết quả cho thấy, nhìn chung, các học viên đánh giá ở mức độ khá hài lòng. Tuy vậy, trong giai đoạn đầu của chương trình đào tạo, các học viên không hài lòng trong các lĩnh vực như tổ chức và tiến độ của chương trình đào tạo, thảo luận, tương tác, và các buổi thực hành trong chương trình đào tạo. Từ đợt thứ hai, đã có sự gia tăng liên tục của sự hài lòng của học viên trong tất cả các mục của bảng câu hỏi, và hầu hết các cải tiến đáng kể đã xảy ra giữa đợt đầu tiên và thứ hai [86]. Điều này cho thấy đánh giá của học viên tại mỗi thời điểm sau can thiệp là khác nhau, nghiên cứu này chúng tôi đánh giá ngay sau khi thực hiện khóa đào tạo.

Phần "*Nhận xét chung khóa học đạt mục tiêu"*và "*Đánh giá chung về khóa học đạt kết quả tốt"* đều nhận được phản hồi Đồng ý và Rất đồng ý từ tất cả các CBYT với điểm phản hồi trung bình lần lượt là 2,5±0,5 và 2,6±0,5. Trung bình tổng điểm phản hồi chung cho tất cả các nội dung là 53,5±7,7 đạt

81,1% so với tổng điểm tối đa (66 điểm). Nghiên cứu của chúng tôi cũng đưa ra những tỷ lệ khá tương đồng với nghiên cứu của Triệu Văn Tuyến (2015) tuy đánh giá về lĩnh vực đào tạo khác nhau. Nghiên cứu đó về "Mô tả thực trạng đào tạo liên tục cán bộ trạm y tế tại tỉnh Vĩnh Phúc, giai đoạn 2013-2014" trong đó có đánh giá kết quả chương trình đào tạo liên tục cấp cứu Nội – Ngoại – Sản – Nhi cho cán bộ Trạm Y tế do chính trường trung cấp Y tế Vĩnh Phúc tổ chức, kết quả cho thấy đa số học viên đánh giá chương trình này phù hợp, công tác tổ chức lớp học cũng được đánh giá tốt, tỷ lệ cao cán bộ áp dụng được các nội dung đào tạo vào công việc; một số hạn chế: phương pháp giảng dạy của một số giáo viên là chưa phù hợp, công tác tổ chức thực tập tại bệnh viện chưa thật sự hiệu quả [87]. Dù nghiên cứu ở lĩnh vực, các tác giả cũng góp phần thêm căn cứ để các đơn vị đào tạo liên tục trong từng tỉnh cần chú ý đến khi tổ chức các khóa đào tạo liên tục cho cán bộ y tế ở địa phương mình.

4.3.2. Kiến thức của cán bộ y tế xã về xử trí tăng huyết áp và đái tháo đường trước và sau đào tạo tạo liên tục

Kiến thức đạt chung về xử trí THA của CBYT sau can thiệp (72,8%) tăng hơn so với trước can thiệp (25,9%). Tăng cao nhất là cách đo HA (từ 25,5% lên 87,7%), kết quả từ can thiệp này tại nghiên cứu của chúng tôi cao hơn tương đối so với kết quả nghiên cứu M.Lulebo (2015) khi hỏi về cách đo huyết áp có tỷ lệ là 61,0% [49]. Tuy cùng tiến hành ở cơ sở y tế ban đầu, nhưng nghiên cứu của chúng tôi tiến hành lựa chọn ưu tiên trình độ chuyên môn là y sĩ, cán bộ y tế không phải là quản lý, chưa từng được học về quản lý bệnh không lây nhiễm còn M.Lulebo chỉ tiến hành trên điều dưỡng. Tỷ lệ về kiến thức dự phòng THA cao, như biến chứng THA, xử trí THA trong một số trường hợp đặc biệt, điều trị THA, yếu tố nguy cơ… Các tỷ lệ về từng tiểu mục của nội dung xử lý THA sau can thiệp đều cao hơn kết quả từ các nghiên

cứu mô tả của các tác giả khác như tác giả Nguyễn Văn Tuấn (2011), tỷ lệ điều trị THA chỉ có 22,73% [64]; hay nghiên cứu của Hồ Văn Hải năm 2012 - 2014 tại huyện Xuyên Mộc, Bà Rịa - Vũng Tàu chỉ ra các nhân viên y tế xã có kiến thức về THA còn rất hạn chế: 40% phân độ THA sai, 70% không hiểu mục tiêu điều trị THA và 80% không hiểu rõ về sử dụng thuốc điều trị THA [37] hay chỉ có 30% hiểu biết về yếu tố nguy cơ THA, và kiến thức của CBYT về các loại thuốc sử dụng khi bắt đầu điều trị THA nhẹ không biến chứng là rất thấp theo nghiên cứu năm 2014 của Umar Gati Adamu và cs,…[50]. Điều này chứng tỏ việc tổ chức can thiệp trên đối tượng CBYT đem lại kết quả rất đáng chú ý, những chỉ số còn chưa cao đòi hỏi phải có thời gian dài hơn và sự nỗ lực nhiều hơn nữa ở cả cán bộ tham gia tập huấn và cán bộ tham gia đào tạo.

Kiến thức đạt chung về xử trí ĐTĐ của cán bộ y tế xã sau can thiệp (67,5%) cao hơn so với trước can thiệp (10%). Kết quả sau can thiệp cao hơn nhiều so với các nghiên cứu khác [57, 82]. Tuy các nghiên cứu trong và ngoài nước ở trên chưa đánh giá mà chỉ tiến hành mô tả song cũng phần nào cho thấy những tỷ lệ thay đổi từ can thiệp này đang theo chiều hướng tích cực từ so sánh kết quả từ chính nghiên cứu trước đó của chúng tôi. Thực tế, cho thấy can thiệp vào kiến thức về ĐTĐ ở CBYT đạt được những kết quả đáng kể, đây cũng là lĩnh vực cần đào tạo liên lục nếu được duy trì thường xuyên thì tỷ lệ CBYT cấp cơ sở có kiến thức lan rộng rãi hơn, đồng thời sẽ là điều kiện khi có kỹ năng tốt về nhiều mặt của bệnh thì khả năng nâng cao hiệu quả cũng như hạn chế những biến chứng do ĐTĐ gây nên ngày càng được cải thiện rõ rệt.

4.3.3. Thái độ về xử trí tăng huyết áp và đái tháo đường của cán của cán bộ y tế xã trước và sau đào tạo tạo liên tục

Đánh giá sau khóa đào tạo cho thấy tầm quan trọng về xử trí THA và ĐTĐ của mỗi CBYT đều tăng sau khóa đào tạo, thái độ chung trước can thiệp

chiếm 50%, sau can thiệp tăng lên là 66,7%. Tuy thái độ của một số nội dung chưa tăng cao, rõ rệt song đây cũng là căn cứ để sau này càng cần các chương trình mở rộng hơn, quan tâm hơn đến vấn đề này.

Tóm lại, thí điểm chương trình và tài liệu đào tạo liên tục về xử trí THA và ĐTĐ cho CBYT xã tỉnh Hòa Bình bước đầu thu được kết quả tốt, góp phần thay đổi tích cực về kiến thức, thái độ của CBYT xã, là cơ sở để duy trì và nhân rộng chương trình và tài liệu trong thời gian tiếp theo.

4.4. HẠN CHẾ CỦA NGHIÊN CỨU

Do hạn chế về nguồn lực, nghiên cứu được thực hiện tại 3 huyện của tỉnh Hòa Bình, xác định nhu cầu đào tạo về kỹ năng trong xử trí THA và ĐTĐ thông qua việc CBYT tự đánh giá mà chưa có điều kiện quan sát trực tiếp. Bên cạnh đó, việc thí điểm đào tạo 3 khóa được thực hiện trên lớp, chú trọng vào đào tạo để hiệu chỉnh chương trình cho phù hợp, dựa trên các tình huống giả định, chưa chú trọng đến thực hành. Đồng thời, việc đánh giá hiệu quả chương trình đào tạo mới dừng lại ở cấp độ 1, cấp độ 2 theo mô hình Kirpatrick và đánh giá thông qua sự thay đổi về kiến thức và thái độ. Do vậy cần có nghiên cứu với quy mô lớn hơn, xác định nhu cầu đào tạo về kỹ năng của CBYT thông quan sát trực tiếp và đánh giá hiệu quả can thiệp của chương trình đào tạo ở các mức độ hiệu quả cao hơn (cấp độ 3, cấp độ 4) theo mô hình Kirpatrick.

KẾT LUẬN

1. Nhu cầu đào tạo liên tục về xử trí tăng huyết áp và đái tháo đường của cán bộ y tế xã tỉnh hòa bình

Từ kết quả phân tích 195 phiếu phỏng vấn bằng bộ câu hỏi soạn sẵn cho 195 y sĩ và bác sĩ là CBYT tại 58 TYT xã thuộc 3 huyện TP Hòa Bình, Mai Châu, Lương Sơn, tỉnh Hòa Bình, cũng như kết quả phỏng vấn sâu và thảo luận nhóm CBYT tuyến tỉnh, huyện và xã, nghiên cứu có một số kết luận như sau:

- Nhu cầu đào tạo liên tục của CBYT xã về **kiến thức xử trí THA và ĐTĐ** rất cao, bởi tỉ lệ CBYT có kiến thức đạt về xử trí ĐTĐ chỉ chiếm 9,7% và THA là 30,8%. Những CBYT xã là nhân viên, y sĩ, làm việc tại các TYT xã miền núi/nông thôn, dân tộc thiểu số, chưa được tập huấn về quản lý BKLN, không chịu trách nhiệm chính về công tác KCB tại TYT xã xu hướng có nhu cầu đào tạo liên tục về kiến thức xử trí THA và ĐTĐ cao hơn nhóm khác.

- Nhu cầu đào tạo liên tục về **các kỹ năng xử trí THA và ĐTĐ** của CBYT xã: Mức độ ưu tiên cao về nhu cầu đào tạo liên tục đối với 6 kỹ năng trong xử trí THA: "Chỉ định điều trị thuốc cho đối tượng THA", "Lên chiến lược điều trị THA dựa trên phân độ THA và nguy cơ tim mạch", "Xác định giai đoạn/ phân độ THA", "Thực hiện đo huyết áp", "Lượng giá nguy cơ tim mạch và xác định biến chứng, bệnh kèm theo" và "Xử trí cấp cứu THA". Mức độ ưu tiên cao về nhu cầu đào tạo liên tục đối với 7 kỹ năng xử trí ĐTĐ: "Sử dụng bảng đánh giá nguy cơ mắc bệnh ĐTĐ typ 2 của WHO", "Xác định những triệu chứng biến chứng ĐTĐ", "Chẩn đoán phân loại ĐTĐ", "Phát hiện những biến chứng và chuyển người bệnh lên tuyến trên kịp thời", "Xử trí hạ đường huyết" và "Hướng dẫn người bệnh dùng thuốc ĐTĐ". Những cán bộ y tế là nam giới, công tác tại các TYTX miền núi/nông thôn, thời gian công tác tại TYTX trên 20 năm thì xu hướng có nhu cầu đào tạo về các kỹ năng xử trí THA và ĐTĐ cao hơn các nhóm khác.

- Nhu cầu đào tạo về thái độ của CBYT xã về xử trí THA và ĐTĐ chiếm tỷ lệ cao (chỉ 1/5 CBYT có thái độ đạt so với mong đợi).

- Đa phần CBYT xã có nhu cầu được đào tạo bằng phương pháp dạy-học tích cực (chiếm 2/3), giảng viên tuyến tỉnh (trên 56%), địa điểm đào tạo tại huyện (tỷ lệ cao nhất, gần 50%) và thời gian đào tạo trung bình là 3 ngày (tỷ lệ cao nhất, gần 50%).

2. Đánh giá hiệu quả sau thử nghiệm chương trình đào tạo liên tục về xử trí THA và ĐTĐ cho cán bộ y tế xã

Căn cứ vào xác định nhu cầu đào tạo liên tục của CBYT xã về xử trí bệnh THA và ĐTĐ, chương trình và tài liệu đào tạo liên tục đã được xây dựng, Giám đốc Sở Y tế tỉnh Hòa Bình đã ban hành để sử dụng cho đào tạo liên tục và là tài liệu tham khảo phục vụ cho công tác khám bệnh, chữa bệnh tại các cơ sở y tế tỉnh Hòa Bình.

Ba khóa đào tạo được thực hiện với 60 học viên tham dự và đánh giá hiệu quả sau can thiệp cho thấy đạt kết quả tốt:

- Phản hồi chung về khóa học: 100% CBYT đồng ý, rất đồng ý khóa học đạt mục tiêu và đạt kết quả tốt. Trong đó: 100% CBYT xã đồng ý, rất đồng ý với mục tiêu và nội dung của khóa học; trên 95% CBYT xã đồng ý, rất đồng ý với phương pháp giảng dạy; gần 100% CBYT xã đồng ý, rất đồng ý với trách nhiệm và tác phong sư phạm; 75% đến 100% CBYT xã đồng ý, rất đồng ý với tổ chức khóa học.

- Kiến thức đạt chung về xử trí THA của CBYT sau can thiệp (72,8%) tăng hơn so với trước can thiệp (25,9%). Kiến thức đạt chung về xử trí ĐTĐ của cán bộ y tế xã sau can thiệp (67,5%) cao hơn so với trước can thiệp (10%).

- Tỷ lệ CBYT xã có thái độ đạt về xử trí THA và ĐTĐ sau tập huấn (66,7%) được cải thiện rõ rệt so với trước tập huấn (50%).

KHUYẾN NGHỊ

Đối với Trung tâm y tế huyện, trạm y tế xã, cán bộ y tế xã

- Các TTYT và TYT xã sử dụng chương trình và tài liệu cho công tác đào tạo liên tục tại tuyến y tế cơ sở; Cán bộ y tế xã sử dụng chương trình như tài liệu tham khảo giúp tăng cường công tác phòng, chống bệnh THA và ĐTĐ nói riêng và BKLN nói chung.

Đối với Sở Y tế tỉnh Hòa Bình và các đơn vị y tế tuyến tỉnh

- Nhân rộng chương trình và tài liệu đào tạo liên tục cho y sĩ và bác sĩ cho các huyện và các xã trong giai đoạn tiếp theo. Đào tạo liên tục về quản lý BKLN nói chung và xử trí THA, ĐTĐ nói riêng theo nhu cầu của từng đơn vị và cá nhân. Có kế hoạch đánh giá và chỉnh sửa chương trình đào tạo liên tục để duy trì một cách bền vững.

Đối với Bộ Y tế

- Xây dựng chương trình đào tạo liên tục về xử trí THA và ĐTĐ dựa trên phân tích nhu cầu đào tạo tại mỗi địa phương.

Đối với các nhà nghiên cứu

- Thực hiện các nghiên cứu sâu hơn về nhu cầu đào tạo nhằm tăng cường năng lực CBYT cơ sở về xử trí THA và ĐTĐ.

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

1. **Nguyễn Hữu Thắng,** Nguyễn Duy Luật, Nguyễn Hoàng Long và các cộng sự. (2018). Kiến thức về xử trí tăng huyết áp của cán bộ y tế xã, tỉnh Hòa Bình năm 2017, *Y học thực hành*, tập 1076 (số 8), 110-112.
2. **Nguyễn Hữu Thắng,** Bùi Thị Minh Ngọc, Nguyễn Thị Phương Thảo, Nguyễn Duy Luật, Nguyễn Hoàng Long. (2018), Kiến thức về quản lý bệnh đái tháo đường của cán bộ y tế xã tỉnh Hòa Bình năm 2017, *Y học Việt Nam*, tập 468 (số 2), 68-72.
3. **Nguyễn Hữu Thắng,** Võ Hoàng Long, Nguyễn Duy Luật, Nguyễn Hoàng Long. (2018). Phương pháp xác định nhu cầu đào tạo liên tục về xử trí một số bệnh không lây nhiễm cho cán bộ y tế tuyến cơ sở tại Việt Nam. *Y học Việt Nam*, tập 470 (số 1), 106-110.
4. **Nguyễn Hữu Thắng,** Nguyễn Duy Luật, Nguyễn Hoàng Long, Phạm Hải Thanh (2019). Hiệu quả chương trình đào tạo liên tục về xử trí tăng huyết áp và đái tháo đường cho cán bộ y tế xã tỉnh Hòa Bình. *Y học Việt Nam*, tập 477 (số 1), 87-89.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. World Health Organization (2013), *A global brief on Hypertension: Silent killer, global public health crisis*.
2. Hoàng Khánh (2014), Tăng huyết áp và đột quỵ, *Tạp chí Tim mạch học Việt Nam*, **66**, 42 - 43.
3. Bộ Y tế (2015), Báo cáo chung tổng quan ngành y tế năm 2014: Tăng cường dự phòng và kiểm soát bệnh không lây nhiễm.
4. WHO (2016), *Global reports on Diabetes*, France.
5. IDF diabetes atlas (2015), *7th edition 2015*.
6. Hội tim mạch học Việt Nam (2016), *Báo cáo hội nghị Tăng huyết áp Việt Nam lần thứ II: Tiếp cận đa ngành với Tăng huyết áp*.
7. Bệnh viện Nội tiết Trung ương (2013), *Tổng kết hoạt động năm 2012 triển khai kế hoạch năm 2013: Dự án phòng chống đái tháo đường quốc gia, hoạt động phòng chống các rối loạn thiếu i ốt*.
8. Shaw J.E, Sicree R.A. và Zimmet P.Z. (2010), Global estimates of the prevalence of diabetes for 2010 and 2030, *Diabetes Res Clin Prat*, **87**, 4-14.
9. Lê Hoài Nam (2012), *Thực trạng nhân lực và hoạt động của trạm y tế xã thuộc huyện Quỳnh Giao tỉnh Nghệ An năm 2008 và 2011*, Khóa luận tốt nghiệp bác sỹ y khoa, Trường Đại học Y Hà Nội, Hà Nội.
10. Cục Y tế dự phòng (2015), *Tăng cường Y tế Cơ sở trong công tác phòng chống bệnh không lây nhiễm*, truy cập ngày 08-05-2017, tại trang web http://www.hoiyhocduphong.vn/tin-tuc/vn/song-khoe/phong-chong-benh-khong-lay/tang-cuong-y-te-co-so-trong-cong-tac-phong-chong-benh-khong-lay-nhiem-c8289i14346.htm.

11. Trần Quang Khánh, Bùi Thu Hằng, Nguyễn Thị Lan và các cộng sự. (2013), *Điều tra thực trạng, xác định các yếu tố nguy cơ và đề xuất mô hình quản lý bệnh không lây nhiễm tại xã Phú Cường, huyện Tân Lạc, tỉnh Hòa Bình*, Sở Y tế Hòa Bình.
12. Sở Y tế Hòa Bình (2015), *Báo cáo về tổng kết công tác y tế năm 2014 và kế hoạch năm 2015*.
13. World Health Organization (2016), *Hypertension*, truy cập ngày 08-05-2017, tại trang web http://www.who.int/topics/hypertension/en/.
14. Bộ Y tế (2014), Quyết định số 2919/QĐ- BYT ngày 06/08/2014 về việc ban hành Tài liệu chuyên môn hướng dẫn khám, chữa bệnh tại Trạm y tế xã, phường, 33- 37.
15. American Diabetes Association (2010), Diagnosis and Classification of Diabetes Mellitus, *Dia Care*, **33(1)**.
16. WHO (2008), *Causes of Death 2008* Geneva, truy cập ngày 25-11-2017, tại trang web http ://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/cod_2008_sources_methods.pdf.
17. Lim SS, Vos T, Flaxman AD et al (2012), A comparative risk assessment of burden of disease and injury attributable to 67 risk factors and risk factor clusters in 21 regions, 1990-2010 : a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010, *Lancet*, **380(9859)**, 2224-60.
18. WHO (2013), *A global brief on hypertension: Silent killer, global public health crisis*.
19. Telma de Almeida Busch Mendes, Moisés Goldbaum và Neuber José Segri (2013), Factors associated with the prevalence of hypertension and control practices among elderly residents of São Paulo city, Brazil, *Artigo Article*, **29(11)**, 53 - 62.

20. Thomas A.Gaziano, Asaf Bitton và Shuchi Anand (2009), The global cost nonoptimal blood pressure, *Journal of Hypertension*, **27(17)**, 1472 - 1477.
21. Patricia M Kearney, Megan Whelton và Kristi Reynolds (2005), Global burden of hypertension: analysis of worldwide data, *Lacet*, **365 (9455)**, 217 - 23.
22. WHO (2014), *Noncommunicable Diseases Action Plan 2013 - 2020*, WHO, Geneva, Switzeland.
23. IDF (2013), *Diabetes Atlas*.
24. WHO (2016), *Global report in diabetes*, Geneva, Switzerland
25. Beaulieu N, Bloom D, Bloom L et al (2009), *The global burden of cancer: challenges and opportunities: A report from the Economist Intelligence Unit*.
26. WHO (2011), *Global status report on noncommunicable diseases 2010*, Geneva.
27. IDF (2015), *Diabetes Atlas*.
28. Seuring T., Archangelidi O. và Suhrcke M. (2015), The economic costs of type 2 diabetes: A global systematic review, *PharmacoEconomics*, **33(8)**, 811-31.
29. WHO (2004), *Projections of mortality and causes of death, 2015 and 2030*, truy cập ngày 08.12.2015, tại trang web http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/GBD_report_2004update_full.pdf.
30. Bộ Y tế và Tổng cục Thống kê (2003), *Điều tra y tế quốc gia, 2001-2002*, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội.
31. Thủ tướng chính phủ (2015), Quyết định số 376/QD-TTg ngày 20/3/2015 phê duyệt chiến lược quốc gia phòng chông bệnh ung thư, tim mạch, đái tháo đường, bệnh phổi tắc nhẽn mạn tính, hen phế quản và các bện không lây nhiễm khác, giai đoạn 2015-2025.

32. Cục Y tế dự phòng (2016), *Điều tra quốc gia yếu tố bệnh không lây nhiễm Việt Nam*, Hà Nội.
33. IDF (2015), *Vietnam*.
34. Intitute for Health Metrics and Avaluation (2013), *Global Burden of Disease Study 2010 (GBD 2010) Results by Cause 1990 – 2010 – Vietnam Country Level*, Seattle, United States: IHME.
35. Bộ Y tế (2015), Thông tư số 33/2015/TT-BYT ngày 27/10/2015 hướng dẫn chức năng, nhiệm vụ của Trạm y tế xã, phường, thị trấn.
36. Thủ tướng chính phủ (2014), Nghị định 117/2014/NĐ-CP ngày 08/12/2014 quy định về y tế xã, phường, thị trấn.
37. Hồ Văn Hải (2014), *Hiệu quả mô hình quản lý - điều trị bệnh tăng huyết áp ở người lớn tại y tế xã, ấp thuộc huyện Xuyên Mộc, Bà Rịa - Vũng Tàu*.
38. Hoang Van Minh, Young Kyung Do, Mary Ann Cruz Bautista et al (2013), Describing the primary care system capacity for the prevention and management of non-comm unicable diseases in rur al Vietnam, *The international journal of health planning and management*, **Published online in Wiley Online Library**.
39. Bộ Y tế (2013), Thông tư số 22/2013/TT-BYT ngày 09/08/2013 hướng dẫn đào tạo liên tục trong lĩnh vực y tế.
40. National Insitute of Health (2017), *What is CME Credit?*, truy cập ngày 30-11-2019, tại trang web https://www.nih.gov/about-nih/what-cme-credit.
41. Nguyễn Phiên, Trịnh Đình Cần, Nguyễn Mạnh Pha và các cộng sự. (2007), *Tài liệu tập huấn về xác định nhu cầu đào tạo lại của cán bộ y tế* Nhà Xuất bản Y học.

42. Martin Luchtefeld và Therese G. Kerwel (2012), Continuing Medical Education, Maintenance of Certification, and Physician Reentry, *Clin Colon Rectal Surg*, **25(3)**, 171–176. doi: 10.1055/s-0032-1322546.
43. Armstrong KJ và Weidner TG (2010), Formal and informal continuing education activities and athletic training professional practice, *J Athl Train* **45(3)**, 279-86. doi: 10.4085/1062-6050-45.3.279.
44. Marinopoulos SS, Dorman T, Ratanawongsa N et al (2007), Effectiveness of continuing medical education, *Evid Rep Technol Assess (Full Rep)*, **(149)**, 1-69.
45. Phạm Thị Minh, Đinh Hữu Dung, Nguyễn Văn Hiến và các cộng sự. (2016), Sư phạm y học thực hành, Nhà xuất bản Y học.
46. WHO (2011), *Hennessy-Hicks training needs analysis questionnaire and manual for use at a local level to identify training and development needs*
47. Cục quản lý Khám chữa bệnh - Bộ Y tế (2014), *Tài liệu đào tạo quản lý đào tạo liên tục tại bệnh viện*, Hà Nội.
48. Kirkpatrick Partners (2009), *The Kirkpatrick Model*, truy cập ngày 24-10-2017, tại trang web https://www.kirkpatrickpartners.com/Our-Philosophy/The-Kirkpatrick-Model.
49. Aimée M. Lulebo, Mala A. Mapatano, Patrick K. Kayembe et al (2015), Assessment of hypertension management in primary health care settings in Kinshasa, Democratic Republic of Congo, *MC Health Serv Res*, **15**, 573.
50. Umar Gati Adamu, Idogonsit Okon Ibok, Aisha Abdullahi et al (2014), Knowledge, Attitude and Practice of Physicians in the Treatment of Hypertension in North-Central Nigeria, *World Journal of Cardiovascular Diseases*, **4**, 251- 256.

51. Mostafa A. Abolfotouh, Laila A. Soliman và Sameh M. Abolfotouh (2011), Knowledge and Practice of PHC Physicians toward the Detection and Management of Hypertension and Other CVD Risk Factors in Egypt, *International Journal of Hypertension*, **2011(2011)**, 35 - 46.
52. Olutayo C. Alebiosu (2009), Original Research: Knowledge of Diabetes and Hypertension Care among Health Care Workers in Southwest Nigeria, *Postgraduate Medicine*, **121(1)**, 173 - 177.
53. M.J Zibaeenezhad, H Babaee và S.H Vakili (2007), Knowledge, Attitude and Practice of General Physicians in Treatment and Complications of Hypertension in Fars Province, Southern Iran, *Iranian Red Crescent Medical Journal*, **9(1)**, 4-8.
54. Al-Khashman AS (2001), Screening for hypertension. Assessing the knowledge, attitudes and practice of primary health care physicians in Riyadh, Saudi Arabia, *Saudi Med J*, **22(12)**, 1096-100.
55. Huse DM, Roht LH, Alpert JS et al (2001), Physicians' knowledge, attitudes, and practice of pharmacologic treatment of hypertension., *Ann Pharmacother*, **35(10)**, 1173-9.
56. Strategies for Improvng Diabetes Care in Nigeria (SIDCAIN) Research Group (2009), Knowledge of diabetes and hypertension care among health care workers in southwest Nigeria, *Postgrad Med*, **121(1)**, 173-7.
57. Gail D Hughes, Thandi Puoane và Hazel Bradley (2014), Ability to manage diabetes—community health workers' knowledge, attitudes and beliefs, *Journal of Endocrinology, Metabolism and Diabetes of South Africa*, **http://dx.doi.org/10.1080/22201009.2006.10872134**, 10-14.
58. A Khan, Z Al Abdul Lateef, MA Khamseen et al (2011), Knowledge, attitude and practice of ministry of health primary health care physicians in the management of type 2 diabetes mellitus: A cross-sectional study in the Al Hasa District of Saudi Arabia, 2010, *Nigerian Journal of Clinical Practice*, **14(1)**, 52-59.

59. A. S. Shera, A. Jawad F Fau - Basit, A. Basit (2002), Diabetes related knowledge, attitude and practices of family physicians in Pakistan, **(0030-9982 (Print))**.

60. Mohammed A. Aldarbi Mohammed A. Alsaleem, Safar A Alsaleem, Awad Saeed Alsamghan (2018), The variance of knowledge and practices about diabetes mellitus in primary health care physicians of Jazan region, Kingdom of Saudi Arabia., *Biomedical Research*, **29(10)**, 2083-2089.

61. Nadia Mabrouk, Mohamad Abdou, Hebattalha Nour-Eldin et al (2013), Knowledge, attitude, and practice of family physicians regarding diabetic neuropathy in family practice centers: Suez Canal University, *International Journal of Medicine and Public Health*, **3(4)**, 230-234.

62. Laura B. Corriere Md Fau - Minang, Stephen D. Minang Lb Fau - Sisson, Frederick L. Sisson Sd Fau - Brancati et al (2014), The use of clinical guidelines highlights ongoing educational gaps in physicians' knowledge and decision making related to diabetes, **(1472-6920 (Electronic))**.

63. Assaad-Khalil SH, Al Arouj M và Almaatouq M (2013), Barriers to the delivery of diabetes care in the Middle East and South Africa: a survey of 1,082 practising physicians in five countries, *Int J Clin Pract*, **67(11)**, 1144 - 50.

64. Trần Văn Tuấn và Nguyễn Thị Vang (2012), Đánh giá thực trạng công tác quản lý, điều trị bệnh Tăng huyết áp tại bệnh viên đa khoa thành phố Bắc Giang năm 2011, *Y học thực hành*, **825(6)**, 30-35.

65. Đinh Văn Thành và Lương Ngọc Khuê (2011), Thực trạng quản lý, điều trị bệnh Tăng huyết áp tại tuyến y tế cơ sở tỉnh Bắc Giang, *Y học thực hành*, **768(6)**, 88-90.

66. Vũ Mạnh Dương và Trương Việt Dũng (2015), Nhu cầu của cộng đồng và năng lực khám chữa bệnh của cán bộ y tế 18 trạm y tế xã thuộc 3 huyện tỉnh Ninh Bình năm 2009, *Y học thực hành*, **9(977)**, 135 - 138.
67. Nguyễn Hoàng Long (2014), *Thực trạng cung ứng dịch vụ của Trạm y tế xã ở một số vùng/miền và yếu tố ảnh hưởng*.
68. Nguyễn Thị Thi Thơ, Lưu Phương Dung và Tạ Ngọc Hà (2015), Thực trạng triển khai hoạt động phòng, chống bệnh không lây nhiễm của các trạm y tế xã năm 2014, *Tạp chí y học dự phòng*, **12(172)**, 172 - 173.
69. Khương Anh Tuấn (2015), *Năng lực chuyên môn cán bộ y tế đối với chăm sóc bệnh không lây nhiễm tại tuyến cơ sở*, Viện Chiến lược và Chính sách Y tế.
70. Hoàng Đức Hạnh và Bùi Thị Minh Thái (2017), *Thực trạng hoạt động phòng chống bệnh không lây nhiễm tại các cơ sở y tế dự phòng tại Hà Nội, năm 2016*, Hà Nội.
71. Sở Y tế Hòa Bình (2014), *Báo cáo Dự án phòng chống Tăng Huyết áp giai đoạn 2012-2014*.
72. Cục thống kê tỉnh Hòa Bình (2017), *Niên giám thống kê tỉnh Hòa Bình*, Nhà xuất bản thống kê.
73. Sở Y tế tỉnh Hòa Bình (2014), *Hòa Bình Nâng cao chất lượng y tế cơ sở*, truy cập ngày 18-11-2017, tại trang web http://soytehoabinh.gov.vn/Details/id/16757/Hoa-Binh-Nang-cao-chat-luong-y-te-co-so#.WhANO9AX7IU.
74. Trường Đại học Y Hà Nội Phản hồi bài giảng của sinh viên.
75. Phạm Thị Minh Đức, Đinh Hữu Dung, Nguyễn Văn Hiến và các cộng sự. (2016), Sư phạm y học thực hành.
76. Bộ Y Tế (2014), Niên giám thống kê y tế 2014.

77. Báo điện tử Hòa Bình (2012), *Địa bàn phân bố dân tộc Mường Hòa Bình*, truy cập ngày 16/5/2017, tại trang web http://www.baohoabinh.com.vn/40/70013/Dia_ban_phan_bo_dan_toc_Muong_Hoa_Binh.htm.
78. Ủy ban nhân dân tỉnh Hòa Bình (2015), QĐ/977-UBND về việc phê duyệt quy hoạch phát triển hệ thống y tế tỉnh Hòa Bình đến năm 2020 và tầm nhìn đến 2030, ban hành ngày 9 tháng 6 năm 2015, .
79. Bộ Y tế (2004), Quyết định 1020/QĐ - BYT, ngày 22/3/2004 về việc ban hành sửa đổi danh mục trang thiết bị y tế trạm y tế xã có bác sỹ vào danh mục trang thiết bị thiết yếu y tế bệnh viện đa khoa tuyến tỉnh, huyện, phòng khám đa khoa khu vực, trạm y tế xã, .
80. Bộ Y tế (2016), Quyết định 4128/QĐ-BYT ngày 29/7/2016 ban hành hướng dẫn quốc gia về các dịch vụ chăm sóc sức khỏe sinh sản, .
81. Nguyễn Huy Ngọc và Nguyễn Quang Ân (2016), Tỷ lệ và các yếu tố liên quan đến bệnh tăng huyết áp ở người cao tuổi tại thành phố Mỹ Tho, Tiền Giang, *Tạp chí y học VN*, **439 (1)**, 83- 88.
82. Lê Thị Việt Hà và Nguyễn Minh Hùng (2012), Nghiên cứu thực trạng nguồn nhân lực làm công tác quản lí điều trị bệnh đái tháo đường tại Việt Nam, *Tạp chí Y học thực hành*, **2(843)**, 13-18.
83. Gail D Hughes, Thandi Puoane và Hazel Bradley (2006), Ability to manage diabetes—community health workers' knowledge, attitudes and beliefs, *Journal of Endocrinology, Metabolism and Diabetes of South Africa*, **11(1)**, 10-14.
84. IO Oluwayemi AN Onyiriuka, CJ Achonwa, M Abdullahi, AO Oduwole, EE Oyenusi, OB Fakeye-Udeogu (2016), Nigerian physicians' knowledge, attitude and practices regarding diabetes mellitus in the paediatric age group, *Journal of Community Medicine and Primary Health Care*, **28(1)**.

85. Gracía-Pérez ML và Gil-Lacruz M (2017), The impact of a continuing training program on the perceived improvement in quality of health care delivered by health care professionals, *Eval Program Plann*, **66**, 33-38.

86. Hyun Bae Yoon, Jwa-Seop Shin, Seung-Hee Lee et al (2015), The Effect of Formative Program Evaluation on Continuous Program Improvement: A Case Study of a Clinical Training Program in Lao PDR, *J Korean Med Sci*,, **30(12)**, 1743–1747.

87. Triệu Văn Tuyến (2015), *Mô tả thực trạng đào tạo liên tục cán bộ trạm y tế tại tỉnh Vĩnh Phúc, giai đoạn 2013-2014*, Luận văn Thạc sỹ Y tế công cộng, Trường Đại học Y tế công cộng, Hà Nội.

PHỤ LỤC 1:

Biến số, chỉ số nghiên cứu phân tích nhu cầu đào tạo liên tục

Nhóm chỉ số	Các chỉ số/ biến số nghiên cứu	Định nghĩa và cách tính	Phương pháp thu thập số liệu
Thông tin chung về đối tượng nghiên cứu	Tuổi	Tuổi, tính theo năm dương lịch của CBYT xã	Phỏng vấn CBYT xã
	Giới	Nam, nữ	Phỏng vấn CBYT xã
	Dân tộc	Phân loại dân tộc: Kinh, khác	Phỏng vấn CBYT xã
	Trình độ chuyên môn	Bác sĩ Y sĩ	Phỏng vấn CBYT xã
	Số năm công tác	Làm tròn đơn vị là 1 năm	Phỏng vấn CBYT xã
	Tỷ lệ CBYT tham gia khóa đào tạo liên tục BMT trong 2 năm qua	Không Có	Phỏng vấn CBYT xã
	Tỷ lệ CBYT tham gia khóa đào tạo liên tục trong 2 năm qua về bệnh THA, ĐTĐ	Thời gian đào tạo (giờ)	Phỏng vấn CBYT xã
Kiến thức của cán bộ y tế về xử trí THA	Tỷ lệ cán bộ y tế xã có kiến thức đạt về cách đo HA	Số cán bộ y tế có kiến thức đúng về xử trí THA*100%/tổng số số cán bộ y tế được phỏng vấn	Phỏng vấn CBYT

Nhóm chỉ số	Các chỉ số/ biến số nghiên cứu	Định nghĩa và cách tính	Phương pháp thu thập số liệu
	Tỷ lệ cán bộ y tế có kiến thức đạt về định nghĩa THA	Số CBYT trả lời đúng về định nghĩa THA*100%/Tổng số CBYT được phỏng vấn	Phỏng vấn CBYT
	Tỷ lệ cán bộ y tế có kiến thức đạt về biểu hiện của người bệnh THA	Số CBYT có kiến thức đúng về biểu hiện của người bệnh THA*100%/Tổng số CBYT được phỏng vấn	Phỏng vấn CBYT
	Tỷ lệ cán bộ y tế có kiến thức đạt về các yếu tố nguy cơ THA	Số CBYT có kiến thức đúng về các yếu tố nguy cơ THA*100%/Tổng số CBYT được phỏng vấn	Phỏng vấn CBYT
	Tỷ lệ cán bộ y tế có kiến thức đạt về biến chứng THA	Số CBYT có kiến thức đúng về biến chứng của bệnh THA*100%/Tổng số CBYT được phỏng vấn	Phỏng vấn CBYT
	Tỷ lệ cán bộ y tế có kiến thức đạt về dự phòng THA	Số CBYT có kiến thức đúng về dự phòng THA*100%/Tổng số CBYT được phỏng vấn	Phỏng vấn CBYT
	Tỷ lệ cán bộ y tế có kiến thức đạt về phân độ THA	Số CBYT có kiến thức đúng về phân độ THA *100%/ Tổng số CBYT được phỏng vấn	Phỏng vấn CBYT

Nhóm chỉ số	Các chỉ số/ biến số nghiên cứu	Định nghĩa và cách tính	Phương pháp thu thập số liệu
	Tỷ lệ cán bộ y tế có kiến thức đạt về điều trị THA	Số CBYT có kiến thức đúng về điều trị THA*100%/Tổng số CBYT được phỏng vấn	Phỏng vấn CBYT
	Tỷ lệ cán bộ y tế có kiến thức đạt về xử THA trong trường hợp đặc biệt (HA chưa đạt mục tiêu, cấp cứu, chuyển tuyến)	Số CBYT có kiến thức đúng về xử trí THA trong một số trường hợp đặc biệt*100%/Tổng số CBYT được phỏng vấn	Phỏng vấn CBYT
	Tỷ lệ cán bộ y tế có kiến thức đạt chung về xử trí THA	Số CBYT có kiến thức đúng về xử tríchung về bệnh THA*100%/Tổng số CBYT được phỏng vấn	Phỏng vấn CBYT
Kiến thức của cán bộ y tế xã về xử trí ĐTĐ	Tỷ lệ các cán bộ y tế có kiến thức đạt về định nghĩa và phân loại ĐTĐ	Số CBYT có kiến thức đúng về định nghĩa và phân loại ĐTĐ *100%/Tổng số CBYT được phỏng vấn	Phỏng vấn CBYT
	Tỷ lệ các cán bộ y tế có kiến thức đạt về các yếu tố nguy cơ về ĐTĐ	Số CBYT có kiến thức đúng về các yếu tố nguy cơ về ĐTĐ *100%/Tổng số CBYT được phỏng vấn	Phỏng vấn CBYT

Nhóm chỉ số	Các chỉ số/ biến số nghiên cứu	Định nghĩa và cách tính	Phương pháp thu thập số liệu
	Tỷ lệ các cán bộ y tế có kiến thức đạt về các biến chứng của ĐTĐ	Số CBYT có kiến thức đúng về biến chứng của bệnh ĐTĐ *100%/Tổng số CBYT được phỏng vấn	Phỏng vấn CBYT
	Tỷ lệ các cán bộ y tế có kiến thức đạt về chẩn đoán ĐTĐ	Số CBYT có kiến thức đúng về chẩn đoán ĐTĐ *100%/Tổng số CBYT được phỏng vấn	Phỏng vấn CBYT
	Tỷ lệ các cán bộ y tế có kiến thức đạt về chế độ ăn và sinh hoạt cho người bệnh ĐTĐ	Số CBYT có kiến thức đúng về chế độ ăn uống và sinh hoạt cho người ĐTĐ *100%/Tổng số CBYT được phỏng vấn	Phỏng vấn CBYT
	Tỷ lệ các cán bộ y tế có kiến thức đạt về nhận định kết quả đường máu và cách xử trí	Số CBYT có kiến thức đúng về nhận định kết quả đường máu và cách xử trí *100%/Tổng số CBYT được phỏng vấn	Phỏng vấn CBYT
Thái độ của CBYT xã về xử trí THA và ĐTĐ	Tỷ lệ cán bộ y tế có thái độ đạt về xử trí THA và ĐTĐ	Số cán bộ y tế có thái độ Đạt về xử trí THA và ĐTĐ*100%/Tổng số CBYT được phỏng vấn	Phỏng vấn CBYT

Nhóm chỉ số	Các chỉ số/ biến số nghiên cứu	Định nghĩa và cách tính	Phương pháp thu thập số liệu
Kỹ năng của CBYT về xử trí THA và ĐTĐ	Các kỹ năng cần đào tạo cho CBYT về xử trí THA	Danh mục các kỹ năng cần đào tạo của CBYT về xử trí THA	CBYT tự điền
	Các kỹ năng cần đào tạo cho CBYT về xử trí ĐTĐ	Danh mục các kỹ năng cần đào tạo của CBYT về xử trí ĐTĐ	CBYT tự điền
Nhu cầu đào tạo liên tục về xử trí THA và ĐTĐ	Tỷ lệ CBYT cần đào tạo theo từng kỹ năng xử trí THA	Số CBYT cần được đào tạo theo từng kỹ năng xử trí THA*100%/Tổng số cán bộ y tế được phỏng vấn	CBYT tự điền
	Tỷ lệ CBYT cần đào tạo theo từng kỹ năng xử trí ĐTĐ	Số CBYT cần được đào tạo theo từng kỹ năng xử trí ĐTĐ*100%/Tổng số cán bộ y tế được phỏng vấn	CBYT tự điền
	Nhu cầu đào tạo liên tục của CBYT về xử trí THA và ĐTĐ	Mục tiêu, nội dung, thời gian, địa điểm, phương pháp, giảng viên, tài liệu	CBYT tự điền

Biến số, chỉ số phát triển và đánh giá hiệu quả sau áp dụng chương trình và tài liệu đào tạo liên tục

Nhóm chỉ số	Các chỉ số/ biến số nghiên cứu	Định nghĩa và cách tính	Phương pháp thu thập số liệu
Nhóm biến số can thiệp	Chương trình và tài liệu đào tạo liên tục xử trí bệnh THA và ĐTĐ	- Chương trình đào tạo liên tục về xử trí THA và ĐTĐ dành cho CBYT xã được xây dựng. - Tài liệu đào tạo liên tục về xử trí THA và ĐTĐ dành cho CBYT xã được xây dựng.	Quan sát
	Tỷ lệ CBYT xã đồng ý với nội dung bài giảng	Số CBYT xã đồng ý với mục tiêu và nội dung bài giảng*100/Tổng số CBYT được phỏng vấn	CBYT tự điền
	Tỷ lệ cán bộ y tế đồng ý với phương pháp giảng dạy	Số CBYT xã đồng ý với phương pháp giảng dạy*100/Tổng số CBYT được phỏng vấn	CBYT tự điền
	Tỷ lệ cán bộ y tế đồng ý với trách nhiệm và tác phong sư phạm của giảng viên	Số CBYT xã đồng ý với trách nhiệm và tác phong sư phạm của giảng viên*100/Tổng số CBYT được phỏng vấn	CBYT tự điền

Nhóm chỉ số	Các chỉ số/ biến số nghiên cứu	Định nghĩa và cách tính	Phương pháp thu thập số liệu
Hiệu quả sau can thiệp chương trình và tài liệu đào tạo liên tục xử trí THA và ĐTĐ của CBYT xã	Tỷ lệ cán bộ y tế đồng ý với tổ chức khóa đào tạo liên tục	Số cán bộ y tế đồng ý với tổ chức khóa đào tạo liên tục*100/Tổng số cán bộ y tế được phỏng vấn	CBYT tự điền
	Tỷ lệ các cán bộ y tế đồng ý chung khóa học đạt được mục tiêu	Số các cán bộ y tế đồng ý chung khóa học đạt được mục tiêu *100/Tổng số cán bộ y tế được phỏng vấn	CBYT tự điền
	Tỷ lệ cán bộ y tế đánh giá chung khóa học đạt kết quả tốt	Số cán bộ y tế đánh giá chung khóa học đạt kết quả tốt *100/Tổng số cán bộ y tế được phỏng vấn	CBYT tự điền
	Tỷ lệ CBYT có kiến thức đạt xử trí THA	Số CBYT có kiến thức đạt*100/Tổng số CBYT được phỏng vấn	Phỏng vấn trực tiếp
	Tỷ lệ CBYT có kiến thức đạt về xử trí ĐTĐ của CBYT	Số CBYT có kiến thức đạt*100/Tổng số CBYT được phỏng vấn	Phỏng vấn trực tiếp
	Tỷ lệ CBYT có thái độ đạt về xử trí THA và ĐTĐ	Số CBYT có thái độ đạt về xử trí THA và ĐTĐ*100/Tổng số CBYT được phỏng vấn	Phỏng vấn trực tiếp