

BỘ GIÁO DỤC VÀ ĐÀO TẠO

BỘ Y TẾ

VIỆN VỆ SINH DỊCH TỄ TRUNG ƯƠNG

TRẦN THỊ MAI OANH

**SỨC KHỎE, CHĂM SÓC
SỨC KHỎE CỦA NGƯỜI CAO TUỔI VÀ
THỬ NGHIỆM MÔ HÌNH CAN THIỆP Ở
HUYỆN MIỀN NÚI CHÍ LINH, TỈNH HẢI DƯƠNG**

**Chuyên ngành : VỆ SINH XÃ HỘI HỌC VÀ TỔ CHỨC Y TẾ
Mã số : 62.72.73.15**

TÓM TẮT LUẬN ÁN TIẾN SĨ Y HỌC

HÀ NỘI - 2010

Công trình được hoàn thành tại :

VIỆN VỆ SINH DỊCH TỄ TRUNG ƯƠNG

Người hướng dẫn khoa học : **GS. TS. Đặng Đức Phú**
TS. Đàm Viết Cương

Phản biện 1 : GS.TS. Lê Vũ Anh

Phản biện 2 : GS.TS. Đào Ngọc Phong

Phản biện 3 : PGS.TS. Đỗ Thị Khánh Hỷ

Luận án đã được bảo vệ trước Hội đồng chấm luận án cấp Nhà nước
tổ chức tại Viện Vệ sinh Dịch tễ Trung ương
Vào hồi: 9 giờ ngày 25 tháng 5 năm 2010

Có thể tìm hiểu luận án tại :

- Viện Vệ sinh Dịch tễ Trung ương
- Thư viện Quốc gia
- Viện Chiến lược và Chính sách Y tế

**DANH MỤC CÁC CÔNG TRÌNH NGHIÊN CỨU CỦA TÁC GIẢ
ĐÃ ĐƯỢC CÔNG BỐ CÓ LIÊN QUAN ĐẾN LUẬN ÁN**

1. **Trần Thị Mai Oanh**, Đặng Đức Phú, Đàm Viết Cương, (2009), Tình hình chăm sóc người cao tuổi ở bốn xã huyện Chí Linh, tỉnh Hải Dương, *Tạp chí Y học Thực hành*, Số 6/2009 (665), tr. 23-26.
2. **Trần Thị Mai Oanh**, Dương Huy Lương, Đặng Đức Phú, Đàm Viết Cương (2009), Tình trạng sức khỏe và các yếu tố ảnh hưởng đến sức khỏe người cao tuổi ở bốn xã, huyện Chí Linh, tỉnh Hải Dương, *Tạp chí Y học Thực hành*, Số 5/2009 (663), tr. 12-14.
3. Dương Huy Lương, **Trần Thị Mai Oanh**, Đàm Viết Cương và cs. (2006), Một số kết quả nghiên cứu về triển khai chính sách CSSK cho người cao tuổi ở Việt Nam, *Tạp chí Chính sách y tế*, Số 1/2006, tr. 8-12.
4. **Trần Thị Mai Oanh** (2004), “Một vài phát hiện tại đợt khám sức khỏe người cao tuổi ở hai xã, huyện Chí Linh, tỉnh Hải Dương”, *Tạp chí Chính sách y tế*, Số 7, tr. 46-51.

DANH MỤC CÁC CHỮ VIẾT TẮT

CSSK	Chăm sóc sức khỏe
CSYT	Cơ sở y tế
DVYT	Dịch vụ y tế
KCB	Khám chữa bệnh
KSK	Khám sức khỏe
NCT	Người cao tuổi
TDTT	Thể dục/thể thao
THA	Tăng huyết áp
TYT	Trạm y tế

ĐẶT VẤN ĐỀ

Già hóa dân số là một hiện tượng mang tính toàn cầu, xảy ra ở mọi quốc gia, kể cả ở những nước đã phát triển cũng như đang phát triển. Người cao tuổi (NCT) ở Việt Nam đang có xu hướng tăng lên nhanh chóng cả về số lượng tuyệt đối cũng như tỷ lệ phần trăm so với dân số. Tỷ lệ NCT trên 60 tuổi ở Việt Nam năm 2008 là 9,5%. Theo dự báo của Liên hợp quốc, Việt Nam chính thức trở thành quốc gia có dân số già vào năm 2014 (tỷ lệ NCT $\geq 10\%$). Tuổi cao là yếu tố làm tăng nguy cơ mắc bệnh và làm cho NCT trở nên bị phụ thuộc. Chăm sóc sức khỏe (CSSK) cho NCT là một vấn đề cần phải được chú trọng và đòi hỏi trách nhiệm chung của mỗi gia đình và của toàn xã hội.

Ở Việt Nam, có nhiều loại hình CSSK cho NCT. Các mô hình rất phong phú và đa dạng. Đã có một vài công trình nghiên cứu xây dựng và thử nghiệm mô hình can thiệp CSSK NCT nhưng kết quả cho thấy chưa có mô hình nào được đánh giá là có thể áp dụng rộng rãi ở tất cả mọi địa phương và những mô hình này mới chỉ được thử nghiệm ở khu vực đồng bằng. Trong hoàn cảnh như vậy, đề tài luận án “*Sức khỏe, chăm sóc sức khỏe của người cao tuổi và thử nghiệm mô hình can thiệp ở huyện miền núi Chí Linh, tỉnh Hải Dương*” được thực hiện với những mục tiêu sau:

1. *Mô tả tình hình bệnh tật, nhu cầu chăm sóc và tình hình chăm sóc sức khỏe người cao tuổi tại huyện Chí Linh, tỉnh Hải Dương.*
2. *Xây dựng, thử nghiệm và đánh giá hiệu quả mô hình can thiệp nâng cao sức khỏe người cao tuổi dựa vào cộng đồng ở vùng nông thôn miền núi.*

Đóng góp mới của luận án

1. Làm rõ được thực trạng sức khỏe của NCT ở vùng nông thôn miền núi: sức khỏe NCT kém, tỷ lệ mắc bệnh khá cao, đặc biệt là các bệnh về xương khớp và tăng huyết áp. Đây là các bệnh trước đây thường ít được quan tâm ở vùng nông thôn.

2. Làm rõ được nhu cầu CSSK của NCT ở vùng nông thôn miền núi: nhu cầu CSSK của NCT rất cao và không chỉ đơn thuần là được chăm sóc khi ốm đau bệnh tật mà NCT cần được quan tâm chăm sóc một cách toàn diện đặc biệt về tinh thần với sự quan tâm của cộng đồng và người thân.

3. Làm rõ được thực trạng CSSK cho NCT ở vùng nông thôn miền núi: NCT tự chăm sóc là hình thức chủ yếu. Khi bị ốm, tự điều trị tại nhà hoặc mua thuốc về nhà điều trị là hình thức phổ biến của NCT. Tỷ lệ sử dụng dịch vụ y tế nhà nước trong KCB chiếm tỷ lệ không cao.

4. Chứng minh được vai trò của người thân trong gia đình là rất quan trọng trong CSSK NCT. Khi được trang bị kiến thức và những kỹ năng cần thiết, họ không chỉ là những người chăm sóc đơn thuần tại gia đình mà còn là nguồn động viên lớn về tinh thần cho NCT, đáp ứng được nhu cầu chăm sóc toàn diện của NCT.

5. Đưa ra được mô hình CSSK NCT dựa vào cộng đồng ở vùng nông thôn miền núi trong đó lấy đối tượng trọng tâm là bản thân NCT và người thân trong gia đình cũng như đánh giá được hiệu quả, tính khả thi và tính bền vững của mô hình. Nghiên cứu cũng đã rà soát kết quả thử nghiệm của các mô hình can thiệp CSSK NCT đã được triển khai thí điểm trước đây để chỉ rõ được nội dung can thiệp có tính hiệu quả cao và phù hợp với mọi cộng đồng đó là tuyên truyền giáo dục sức khỏe phổ biến kiến thức sâu rộng cho NCT, đồng thời cũng đưa ra được những bài học kinh nghiệm cần lưu ý trong quá trình triển khai nhân rộng để đảm bảo tính hiệu quả và khả thi của mô hình.

Cấu trúc của luận án

Luận án gồm 146 trang không kể phụ lục, gồm 4 chương, 39 bảng, 10 hình, 152 tài liệu tham khảo trong và ngoài nước và phụ lục. Bố cục luận án gồm: Đặt vấn đề (2 trang); Tổng quan (30 trang); Đối tượng và phương pháp nghiên cứu (27 trang); Kết quả (49 trang); Bàn luận (35 trang); Kết luận (2 trang); Kiến nghị (1 trang).

CHƯƠNG 1. TỔNG QUAN

1.1. Tình hình bệnh tật, nhu cầu chăm sóc và sử dụng dịch vụ y tế của người cao tuổi

1.1.1. Vấn đề già hóa dân số trên thế giới và Việt Nam

Người cao tuổi theo qui ước chung của Liên Hiệp quốc và theo Pháp lệnh NCT của Nhà nước Việt Nam là người từ 60 tuổi trở lên. Một quốc gia có tỷ lệ NCT từ 10% trở lên thì quốc gia đó được coi là quốc gia có dân số già.

Dân số già ở nhiều nước trên thế giới đang tăng nhanh và sẽ tiếp tục tăng trong những năm tới, cả về số lượng tuyệt đối cũng như tỷ lệ phần trăm trên tổng dân số. Theo dự báo dân số của Liên hợp quốc (năm 2004) với giả định mức sinh trung bình thì số người từ 60 tuổi trở lên sẽ tăng từ 610 triệu người (10% tổng dân số thế giới) vào năm 2000 lên tới 1,9 tỷ người (22% tổng dân số thế giới) vào năm 2050. Xu hướng già hóa dân số này chủ yếu là do tác động của tỷ lệ sinh giảm và tuổi thọ ngày càng tăng. Năm 2002 có gần 400 triệu người \geq 60 tuổi sống ở các nước đang phát triển. Đến năm 2025 con số này tăng lên tới 840 triệu, chiếm 70% số NCT của toàn thế giới. Tính theo khu vực, hơn một nửa số NCT của thế giới hiện sống ở Châu Á.

Hiện nay số lượng NCT ở Việt Nam không ngừng gia tăng. Tỷ lệ NCT năm 1989 là 7,2%, năm 1999 là khoảng 8% và năm 2008 là 9,5%. Theo dự báo của Liên hợp quốc (năm 2004), tỷ lệ dân số già Việt Nam sẽ là 26% vào năm 2050 và dự kiến Việt Nam chính thức trở thành quốc gia có dân số già với tỷ lệ NCT vượt quá 10% vào năm 2014.

1.1.2. Tình hình bệnh tật và nhu cầu CSSK của NCT Việt Nam

NCT có tỷ lệ ốm cao hơn các nhóm tuổi trẻ hơn. Kết quả từ nhiều nghiên cứu về sức khỏe NCT cho thấy tỷ lệ NCT bị ốm cấp tính

(trong thời gian 4 tuần trước thời điểm phỏng vấn) chiếm một tỷ lệ cao trong nhiều nghiên cứu. Kết quả của nhiều nghiên cứu cho thấy tỷ lệ NCT bị ốm cấp tính trong thời gian 4 tuần trước thời điểm phỏng vấn dao động trong khoảng từ 50-66%. NCT nữ có tỷ lệ ốm cao hơn NCT nam, tỷ lệ này ở NCT nữ là khoảng 65,9-70,9% trong khi ở NCT nam là 56,6-60,9%. Các triệu chứng cấp tính NCT thường mắc là những triệu chứng thông thường như ho, đau đầu, chóng mặt, đau lưng.

Tỷ lệ NCT cho biết bị mắc các triệu chứng mạn tính là khoảng 50-70%. NCT nữ bị mắc triệu chứng mạn tính với tỷ lệ cao hơn nam giới. Các bệnh mạn tính thường gặp ở NCT là đau khớp, đau lưng, tăng huyết áp, triệu chứng về mắt, triệu chứng thuộc hệ thần kinh/mắt ngủ và một số triệu chứng liên quan đến THA như đau đầu, chóng mặt. Đau khớp và đau lưng là hai bệnh thường gặp ở NCT nữ, NCT nam thường bị mắc THA với tỷ lệ cao hơn nữ.

Trên 90% NCT trong các cuộc điều tra vẫn còn có khả năng đi lại tốt và có thể tự phục vụ được bản thân mà không bị phụ thuộc vào người khác.

Người cao tuổi có nhu cầu CSSK cao và toàn diện, bao gồm cả chăm sóc thể chất và tinh thần. Tuy nhiên, thực tế cho thấy việc CSSK cho NCT hiện nay chưa đáp ứng được nhu cầu của NCT. Có sự khác biệt giữa mong muốn của NCT và quan niệm của con cái về những nhu cầu chăm sóc NCT. Việc nhận biết nhu cầu được chăm sóc về mặt tinh cảm của NCT hiện nay vẫn còn nhiều hạn chế từ góc độ con cái trong gia đình. Thêm vào đó, một số nghiên cứu cũng đã chỉ ra rằng dưới tác động của nền kinh tế thị trường, xu hướng đô thị hoá ngày càng tăng nhanh, giảm quy mô gia đình, phụ nữ trở thành lao động chính sẽ dẫn tới tình trạng giảm sự hỗ trợ từ phía gia đình trong chăm sóc NCT khi cần thiết.

1.1.3. Tình hình sử dụng dịch vụ y tế (DVYT) của NCT

Mặc dù hệ thống chăm sóc sức khỏe được hình thành ở tất cả các tuyến từ trung ương đến cơ sở nhưng tỷ lệ NCT bị ốm được chăm sóc sức khỏe tại các cơ sở y tế mới chỉ đạt khoảng 30%. Tự điều trị và đến cơ sở y tế tư nhân là hình thức sử dụng DVYT rất phổ biến trong xử trí ban đầu của NCT khi bị ốm. Tỷ lệ tự điều trị của NCT khi bị ốm có sự dao động lớn giữa các cuộc điều tra, chủ yếu trong khoảng

từ 20-48% và thậm chí là 60%. Sử dụng dịch vụ y tế tư nhân của NCT trong nghiên cứu của Viện Chiến lược và Chính sách Y tế là 24%, tuy nhiên tỷ lệ này trong Điều tra y tế quốc gia là khoảng 65%. Tỷ lệ sử dụng dịch vụ trạm y tế xã (TYT) dao động từ 11-23%.

Có sự khác biệt về mô hình sử dụng DVYT của NCT nam và nữ. Phụ nữ cao tuổi khi bị ốm có xu hướng tự điều trị và sử dụng DVYT tư nhân với tỷ lệ cao hơn nam giới. Khoảng 43% phụ nữ cao tuổi tự điều trị, tỷ lệ này ở nam giới là 32,2%; 27,3% phụ nữ cao tuổi đến KCB ở cơ sở y tế tư nhân, trong khi tỷ lệ này ở nam giới là 19,3%. Ngược lại, NCT nam có xu hướng sử dụng dịch vụ y tế tại bệnh viện với tỷ lệ cao hơn nữ.

1.2. Một số loại hình CSSK NCT ở Việt Nam

Việt Nam có rất nhiều loại hình CSSK NCT, bao gồm: (i) loại hình CSSK tại nhà cho NCT; (ii) loại hình dịch vụ bác sĩ gia đình; (iii) loại hình tư vấn và CSSK NCT; (iv) loại hình y tế viễn thông trong CSSK NCT; (v) loại hình nhà dưỡng lão; (vi) loại hình CSSK cho NCT dựa vào cộng đồng; (vii) loại hình CSSK miễn phí cho NCT tại bệnh viện. Mô hình CSSK cho NCT dựa vào cộng đồng được coi là có tính phù hợp cao, hiệu quả và bền vững đặc biệt ở khu vực vùng nông thôn, rất phù hợp với đặc điểm của Việt Nam. Mô hình được xây dựng trên nguyên tắc dự phòng, dựa vào cộng đồng, phục vụ nhu cầu của đa số và nhằm giúp NCT tự CSSK được cho bản thân.

CHƯƠNG 2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Đối tượng nghiên cứu chính là *Người cao tuổi*, là những người ≥ 60 tuổi. Ngoài ra, các đối tượng liên quan đến chăm sóc người cao tuổi cũng được đưa vào nghiên cứu, gồm có: *chủ hộ; người chăm sóc chính* cho NCT (là thành viên trong gia đình); *các cán bộ y tế* thuộc TTYT huyện, TYT xã, nhân viên y tế thôn; *các nhà lãnh đạo cộng đồng*.

2.2. Địa điểm nghiên cứu

Nghiên cứu được tiến hành tại 8 thôn thuộc 4 xã của huyện Chí Linh, tỉnh Hải Dương là Chí Linh là Chí Minh, Đồng Lạc, Lê Lợi, Văn Đức.

2.3. Thời gian nghiên cứu

Nghiên cứu được tiến hành trong khoảng thời gian từ tháng 3/2003 đến tháng 6/2008. Điều tra thực địa trước can thiệp được tiến hành từ tháng 6/2003 đến tháng 7/2003, thử nghiệm can thiệp được thực hiện trong thời gian từ tháng 10/2003 đến tháng 3/2005 (18 tháng) và đánh giá can thiệp được thực hiện từ tháng 7/2005 đến 8/2005. Giai đoạn hoàn thiện mô hình can thiệp, duy trì và nhân rộng mô hình can thiệp được thực hiện từ tháng 1/2006 đến tháng 6/2008 (18 tháng).

2.4. Phương pháp nghiên cứu

2.4.1. Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu mô tả cắt ngang có phân tích dựa trên các số liệu nghiên cứu định lượng và định tính, kết hợp với can thiệp cộng đồng có đối chứng.

2.4.2. Cỡ mẫu nghiên cứu và chọn mẫu

2.4.2.1. Cỡ mẫu nghiên cứu và chọn mẫu trong điều tra hộ gia đình

* *Cỡ mẫu của nghiên cứu mô tả:*

- Cỡ mẫu điều tra hộ gia đình phỏng vấn NCT được tính theo công

$$\text{thức: } n = \frac{Z_{1-\alpha/2}^2 \cdot p \cdot (1-p)}{d^2}$$

Trong đó: n là số NCT cần điều tra; $Z_{1-\alpha/2} = 1,96$ là hệ số tin cậy (ở ngưỡng xác suất $\alpha = 0,05$); p là tỷ lệ ốm ước tính của người cao tuổi trong vòng 4 tuần. Theo một số cuộc điều tra thì tỷ lệ này là 50%; d là sai số chấp nhận bằng 3,5%. Cỡ mẫu điều tra theo công thức tính toán là 784 NCT. Để đảm bảo đủ cỡ mẫu cho phân tích như đã tính toán, cỡ mẫu thực sự của nghiên cứu là 818 NCT (cộng thêm tỷ lệ không đáp ứng trong phỏng vấn của NCT).

- Cỡ mẫu điều tra hộ gia đình phỏng vấn người chăm sóc chính: người chăm sóc chính do chính NCT tự xác định sau khi có hướng dẫn của nghiên cứu viên. Tổng số có 859 người chăm sóc chính tham gia. Có 11 NCT sống một mình và không có người chăm sóc.

* *Cỡ mẫu của nghiên cứu can thiệp:* cỡ mẫu cho mỗi nhóm can thiệp và đối chứng được ước tính theo công thức ước tính cỡ mẫu cho nghiên cứu can thiệp so sánh 2 tỷ lệ như sau:

$$n = \frac{\left(z_{\alpha/2} \sqrt{2\bar{p}(1-\bar{p})} + z_{\beta} \sqrt{p_1(1-p_1) + p_2(1-p_2)} \right)^2}{\Delta^2}$$

Trong đó: n: cỡ mẫu nghiên cứu của mỗi nhóm can thiệp và đối chứng; p_1 : giả thiết tỷ lệ ốm cấp tính trước khi can thiệp là 50%; p_2 : giả thiết là can thiệp có thể làm giảm tỷ lệ này xuống khoảng 40%; $\bar{p} = (p_1 + p_2)/2$; $z_{\alpha/2} = 1.96$ (giá trị của phân bố chuẩn đối với mức độ tin cậy $\alpha = 5\%$); $z_{\beta} = 0.84$ (giá trị của phân bố chuẩn đối với lực mẫu mong muốn $\beta = 80\%$); $\Delta = P_1 - P_2$. Cỡ mẫu điều tra theo công thức tính toán là 386 NCT. Để đảm bảo đủ cỡ mẫu cho phân tích như đã tính toán, cỡ mẫu thực sự của mỗi nhóm là 400 NCT (cộng thêm tỷ lệ không đáp ứng trong phỏng vấn của NCT).

* *Chọn mẫu trong điều tra hộ gia đình*: Nghiên cứu được tiến hành ở cả địa bàn đồng bằng và miền núi của huyện Chí Linh. Do hạn chế về vấn đề nguồn lực, nghiên cứu chỉ có thể tiến hành can thiệp trên phạm vi 2 xã. Như vậy, tổng số có 4 xã được lựa chọn (chọn 2 xã làm đối chứng). Toàn bộ các xã của huyện Chí Linh được xếp thành 2 nhóm: đồng bằng và miền núi. Ở mỗi nhóm chọn ngẫu nhiên 2 xã. Hai xã đồng bằng được lựa chọn ngẫu nhiên là Chí Minh và Đồng Lạc; hai xã miền núi là Lê Lợi và Văn Đức. Tại mỗi xã chọn ngẫu nhiên 2 thôn. Toàn bộ số NCT thuộc các thôn lựa chọn đều là đối tượng của nghiên cứu. Tổng số có 887 NCT. Trong nghiên cứu can thiệp, 4 xã điều tra được xếp thành 2 nhóm đồng bằng và miền núi. Trong mỗi nhóm, lựa chọn ngẫu nhiên 1 xã để can thiệp.

2.4.2.2. Cỡ mẫu nghiên cứu và chọn mẫu trong điều tra định tính

- *Thảo luận nhóm (số nhóm phỏng vấn trước can thiệp và sau can thiệp là như nhau)*:

+ *Thảo luận nhóm với NCT*: mỗi thôn tiến hành 2 cuộc thảo luận nhóm với NCT. Tổng số có 16 cuộc với 192 NCT tham dự.

+ *Thảo luận nhóm với người chăm sóc*: mỗi thôn tiến hành 1 cuộc thảo luận nhóm với NCS. Tổng số có 8 cuộc với 96 người tham dự.

+ *Thảo luận nhóm với nhân viên y tế*: gồm 5 cuộc.

+ *Thảo luận nhóm với lãnh đạo cộng đồng*: 1 cuộc với tuyến huyện và 4 cuộc với tuyến xã.

- *Phỏng vấn sâu*: tổng số 7 cuộc trong điều tra trước can thiệp và 11 cuộc trong điều tra sau can thiệp

2.4.3. Phương pháp thu thập số liệu

- *Điều tra hộ gia đình* phỏng vấn NCT và người chăm sóc chính
- *Thảo luận nhóm* NCT, người chăm sóc chính, lãnh đạo cộng đồng, nhân viên y tế

- *Phỏng vấn sâu* lãnh đạo cộng đồng và người cao tuổi

2.4.4. *Nội dung can thiệp*: tuyên truyền nâng cao nhận thức cho lãnh đạo chính quyền về vai trò và trách nhiệm đối với NCT; tuyên truyền giáo dục sức khỏe cung cấp kiến thức cho NCT và các thành viên trong gia đình; khám sức khỏe và quản lý sức khỏe NCT; củng cố hoạt động của chi Hội NCT thôn/Hội NCT xã.

Phương pháp đánh giá can thiệp: so sánh trước-sau can thiệp và so sánh đối chứng.

CHƯƠNG 3. KẾT QUẢ

3.1. Thực trạng sức khỏe, nhu cầu chăm sóc và sử dụng DVYT của NCT ở Chí Linh, Hải Dương

3.1.1. Thực trạng sức khỏe của NCT

Bảng 3.1. Tự đánh giá về tình trạng sức khỏe của NCT theo nhóm tuổi và giới tính (%)

	Tự đánh giá sức khỏe					
	n	Rất kém	Kém	Trung bình	Tốt	Rất tốt
Chung	870	8,6	49,1	36,1	5,1	1,2
<i>Theo nhóm tuổi</i>						
60-69	364	2,5	39,8	48,4	7,7	1,7
70-79	359	8,1	59,9	27,6	3,3	1,1
80+	147	25,2	45,6	26,5	2,7	0
<i>Theo giới tính**</i>						
Nam	340	6,5	37,9	44,4	9,4	1,8
Nữ	530	10,0	56,2	30,8	2,7	0,8

** Khác biệt về tình trạng sức khỏe theo tự đánh giá của NCT khác biệt giữa nam và nữ có ý nghĩa thống kê, $p < 0,001$

Nhân xét: 57,7% NCT được phỏng vấn tự đánh giá mình có sức khỏe rất kém và kém. Khi phân tích theo nhóm tuổi, 2,5% NCT ở độ tuổi 60-69 tự đánh giá có sức khỏe rất kém, trong khi tỷ lệ này ở nhóm tuổi 70-79 là 8,1% và ở nhóm tuổi 80+ là 25,2% ($p < 0,001$). NCT là nam có sức khỏe tốt hơn NCT là nữ.

Về khả năng vận động của NCT: 62,3% NCT vẫn đi lại được bình thường quanh làng và trên 90,5% NCT vẫn đi lại trong nhà được một cách bình thường mà không cần sự giúp đỡ.

Các yếu tố liên quan đến sức khỏe của NCT

Giới tính, tuổi, trình độ học vấn, nghề nghiệp hiện tại, tình trạng thu nhập, thói quen tập thể dục là các yếu tố có mối liên quan một cách có ý nghĩa thống kê tới sức khỏe NCT. Kết quả từ nghiên cứu định tính cho thấy yếu tố tinh thần và yếu tố gia đình được NCT xác định là yếu tố quan trọng nhất ảnh hưởng đến sức khỏe NCT.

3.1.2. Tình hình ốm đau của NCT

Ốm đau mạn tính và cấp tính của NCT

Bảng 3.2. Tình hình ốm mạn tính và cấp tính của NCT(%)

	Nam n = 340	Nữ n = 530	Tổng n= 870	p
Tỷ lệ mắc triệu chứng mạn tính	79,1	81,9	80,8	> 0,05
Số người mắc	269	434	703	
Tỷ lệ mắc triệu chứng cấp tính	67,4	81,3	75,9	< 0,001
Số NCT ốm cấp tính	229	431	660	

Nhân xét: khoảng 81% số NCT được phỏng vấn cho biết có các dấu hiệu bất thường về sức khỏe có tính chất mạn tính (xuất hiện kéo dài trên 1 năm). Theo số liệu tự báo cáo của NCT, trung bình một NCT có 2,1 triệu chứng mạn tính. Trung bình một NCT nữ có 2.3 triệu chứng mạn tính và NCT nam có 1.8 triệu chứng mạn tính. Triệu chứng mạn tính thường gặp là đau khớp (38,7%), đau đầu (24,3%), triệu chứng về mắt (19,8%), THA (16,6%), đau dạ dày (15,5%), đau dây thần kinh (14,5%) và đau lưng (13,9%).

75,9% số NCT cho biết bị ốm cấp tính trong thời gian 4 tuần trước thời điểm phỏng vấn (bao gồm cả đợt ốm cấp tính của triệu

chứng mạn tính). NCT nữ bị ốm cấp tính với tỷ lệ cao hơn NCT nam, tương ứng với 81,3% và 67,4% ($p < 0,001$). Các triệu chứng cấp tính thường gặp là đau đầu, chóng mặt, sốt, ho, đau khớp, đau lưng.

Tình hình mắc tăng huyết áp và đau khớp ở NCT

Bảng 3.3. Tình hình mắc tăng huyết áp và đau khớp của NCT(%)

	Nam n = 340	Nữ n = 530	Tổng n= 870	p
Tỷ lệ được đo huyết áp	71,5	63,2	66,4	<0,01
Tỷ lệ được chẩn đoán bị THA	27,9	24,9	26,1	<0,05
Tỷ lệ NCT bị đau khớp	65,0	77,9	72,9	<0,05

Nhân xét: 26% NCT được chẩn đoán bị THA. NCT nam được chẩn đoán bị THA với tỷ lệ cao hơn NCT nữ một cách có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).

3.1.3. Nhu cầu chăm sóc và tình hình chăm sóc NCT

Kết quả thu được từ thảo luận nhóm với NCT cho thấy với NCT nhu cầu chăm sóc của họ không chỉ đơn thuần là những chăm sóc hàng ngày như nuôi dưỡng, chăm sóc khi ốm đau mà NCT còn có nhu cầu rất cao về chăm sóc về tinh thần. Tuy nhiên, thấy có sự khác biệt giữa mong muốn của NCT và quan niệm của con cái về những nhu cầu chăm sóc của NCT. NCT mong muốn được con cái chăm sóc về mặt tinh thần kể cả khi khỏe cũng như khi ốm. Trong khi đó, con cái lại cho rằng chỉ cần chăm sóc NCT chủ yếu về vấn đề vật chất như mua quần áo, ăn uống, thuốc men và chăm sóc khi NCT bị ốm.

Khoảng 87% NCT có mối liên hệ hàng ngày với các con sống ở gần và khoảng 12% NCT có liên hệ thường xuyên với các con sống ở xa. Hầu hết NCT đều hài lòng về mối liên hệ này với con cái. 96,7% NCT vẫn nhận được sự hỗ trợ từ người thân trong gia đình. Nhìn chung các hình thức hỗ trợ đa dạng, bao gồm cả những hỗ trợ về vật chất và tinh thần.

Kiến thức của NCT về tăng huyết áp và đau khớp

Bảng 3.4. Kiến thức của NCT về tăng huyết áp và đau khớp (%)

Kiến thức	Nam n = 340	Nữ n = 530	Tổng n= 870	P
Không biết biểu hiện nào của THA	58,5	71,7	66,5	< 0,001
Không biết bất cứ nguy cơ nào gây THA	74,4	90,4	84,1	< 0,001
Biết cách phòng THA	14,1	5,7	9,0	< 0,001
Không biết cách nào hạn chế/phòng đau khớp	65,9	80,2	74,6	< 0,001

Nhận xét: 66,5% NCT không biết bất kỳ biểu hiện nào của THA. 84,1% NCT không biết một nguy cơ nào gây THA và chỉ 9% NCT báo cáo là biết cách phòng THA. 74,6% NCT không biết cách nào hạn chế và phòng đau khớp. NCT nam có kiến thức tốt hơn NCT nữ về bệnh THA cũng như đau khớp ($p < 0,001$).

Kiến thức của người chăm sóc chính về THA và đau khớp

Bảng 3.5. Kiến thức của người chăm sóc về THA và đau khớp (%)

Kiến thức	<60 tuổi n = 517	≥60 tuổi n=342	Tổng n= 859
Không biết bất cứ nguy cơ nào gây THA	78,3	79,0	78,6
Biết cách phòng THA	19,0	22,5	20,4
Không biết cách phòng và hạn chế đau khớp	65,8	62,3	64,4

Nhận xét: 78,6% người chăm sóc không biết gì về nguy cơ gây THA. Chỉ 20,4% người chăm sóc báo cáo biết cách phòng triệu chứng THA. 64,4% người chăm sóc không biết cách nào về hạn chế và phòng triệu chứng đau khớp.

3.1.4. Tình hình sử dụng DVYT của NCT

Bảng 3.6. Cách xử trí đầu tiên của NCT trong điều trị triệu chứng cấp tính (%)

	Nam n = 340	Nữ n = 530	Tổng n= 870
Số NCT ốm cấp tính	229	431	660
Tỷ lệ NCT có xử trí	76,4	73,3	74,4
Cách xử trí đầu tiên			
Tự điều trị	33,7	29,4	31,0
Mua thuốc	31,4	42,1	38,3
Y tế tư nhân	8,0	15,8	13,0
Lang y	1,7	1,9	1,8
TYT xã	19,4	9,2	12,8
Bệnh viện huyện	5,1	1,3	2,7
Bệnh viện tỉnh	0,6	0,0	0,2
Khác	0,0	0,3	0,2

Nhận xét: Trong số những NCT cho biết bị ốm trong thời gian 4 tuần trước thời điểm phỏng vấn, 74,4% NCT có điều trị. Khoảng 25,6% NCT không điều trị gì. Cách xử trí đầu tiên chiếm tỷ lệ cao nhất là tự điều trị tại nhà (31%) và tự đi mua thuốc (38,3%). NCT nữ tự mua thuốc về điều trị với tỷ lệ cao hơn nam, tương ứng với 42,1% và 31,4%. Sử dụng dịch vụ TYT xã chiếm 12,8% và y tế tư nhân là 13,0%.

Bảng 3.7. Nơi thường KCB của NCT đối với triệu chứng mạn tính

	Nam	Nữ	Tổng
Tổng số lượt triệu chứng mạn tính NCT mắc phải	620	1232	1852
Tự điều trị	22.4	25.5	24.5
Mua thuốc	16.6	23.1	21.0
Thầy thuốc tư	7.1	10.2	9.2
Lang y	2.4	6.5	5.1
TYT xã	18.1	17.0	17.3
Bệnh viện huyện	20.2	11.8	14.6
Bệnh viện tỉnh	9.4	4.0	5.8
Khác	3.9	2.0	2.6

Nhân xét: 45,5% số triệu chứng mạn tính của NCT được tự điều trị tại nhà hoặc mua thuốc về điều trị. Khoảng 37,7% số triệu chứng mạn tính được NCT đến KCB ở CSYT nhà nước (TYT xã, bệnh viện huyện, bệnh viện tỉnh). NCT nam cũng có xu hướng sử dụng dịch vụ bệnh viện với tỷ lệ cao hơn NCT nữ, trong khi NCT nữ có xu hướng sử dụng DVYT tư nhân, mua thuốc và tự điều trị trong điều trị triệu chứng mạn tính.

3.2. Kết quả triển khai mô hình can thiệp và đánh giá hiệu quả can thiệp

Ảnh hưởng của thử nghiệm can thiệp lên sức khỏe NCT

Bảng 3.8. Tự đánh giá sức khỏe của NCT trước và sau can thiệp

Sức khỏe tự đánh giá	Nhóm đối chứng			Nhóm can thiệp			
	Trước n=408	Sau n=391	CSHQ (%)	Trước n=462	Sau n=439	p	CSHQ (%)
Rất kém	8,3	7,4	-10,8	8,9	5,9	<0,001	-33,7
Kém	48,0	47,1	-1,87	50,0	22,6	<0,001	-54,8
Trung bình	36,5	40,2	10,1	35,7	49,7	<0,001	39,2
Tốt	5,9	4,9	-16,9	4,3	16,9	<0,001	293
Rất tốt	1,2	0,5	-58,3	1,1	5,0	<0,001	354

Nhân xét: Tình trạng sức khỏe tự đánh giá của NCT sống ở địa bàn can thiệp tăng lên một cách rõ rệt so với trước can thiệp và so với nhóm chứng cùng thời điểm sau can thiệp ($p < 0,001$). Chỉ số hiệu quả có sự chênh lệch lớn giữa nhóm can thiệp và nhóm đối chứng và khác biệt này là có ý nghĩa thống kê ($p < 0,001$). Một nửa số NCT cho biết có tình trạng sức khỏe kém vào thời điểm trước can thiệp nhưng trong điều tra sau can thiệp, tỷ lệ này chỉ còn lại là 22,6% (CSHQ = -54,8%), trong khi đó ở nhóm đối chứng, CSHQ chỉ là -1,87%. Tỷ lệ NCT đánh giá có sức khỏe tốt và rất tốt sau can thiệp tăng lên một cách rõ rệt so với trước can thiệp và so với nhóm chứng với chỉ số hiệu quả rất cao, 293% và 354%.

Bảng 3.9. Khả năng vận động của NCT trước và sau can thiệp

Khả năng vận động	Nhóm đối chứng			Nhóm can thiệp			
	Trước n=408	Sau n=391	CSHQ (%)	Trước n=462	Sau n=439	p	CSHQ (%)
Đi lại trong nhà							
Không đi được	1,5	2,1	40	3,0	0,9	<0,01	-70,0
Có nhưng cần hỗ trợ hoặc gậy	7,6	6,4	-15,8	6,9	5,2		-24,6
Đi bình thường	90,9	91,6	0,8	90,0	93,9		4,3
Đi bộ khoảng 100m							
Đi bình thường	67,4	72,6	7,7	72,5	92,3	<0,01	27,3
Đi quanh làng							
Không đi được	7,4	7,2	-2,7	8,2	4,8	<0,05	-41,5
Có nhưng cần hỗ trợ hoặc gậy	32,8	27,4	-16,4	27,3	7,3	<0,01	-73,3
Đi bình thường	59,8	65,5	9,5	64,5	87,9	<0,01	36,3

Nhân xét: Sau can thiệp khả năng vận động và đi lại của NCT ở nhóm can thiệp tăng lên một cách rõ rệt so với trước can thiệp và so với nhóm chứng. Đối với nhóm can thiệp, vào thời điểm điều tra trước can thiệp, 3% NCT cho biết không đi lại được trong nhà nhưng tỷ lệ này sau can thiệp chỉ còn là 0,9% ($p < 0,01$). Ở nhóm đối chứng thì tỷ lệ NCT cho biết không đi lại được trong nhà với tỷ lệ cao hơn trước can thiệp. Có sự chênh lệch rất lớn về CSHQ giữa nhóm can thiệp (-70%) và đối chứng (+40%); 72,5% NCT cho biết đi bộ được bình thường mà không phải nghỉ hoặc không phải gắng sức trong khoảng 100m, tỷ lệ này sau can thiệp là 92,3% ($p < 0,01$, CSHQ=27,3%); 87,9% NCT có khả năng đi lại quanh làng một cách hoàn toàn bình thường sau can thiệp, tăng lên đáng kể so với trước can thiệp (64,5%, CSHQ=36,3%) và so với nhóm chứng (CSHQ=9,5%).

Bảng 3.10. Tình hình mắc triệu chứng mạn tính và cấp tính trước và sau can thiệp (%)

Tỷ lệ mắc các triệu chứng	Nhóm đối chứng			Nhóm can thiệp			
	Trước	Sau	CSHQ (%)	Trước	Sau	p	CSHQ (%)
Tỷ lệ mắc triệu chứng mạn tính	85,3	88,7	4,0	76,8	78,1		1,69
Tỷ lệ mắc triệu chứng cấp tính	78,2	81,6	4,3	73,8	58,5	$p < 0,01$	-20,7

Nhận xét: Không có sự thay đổi rõ rệt về tỷ lệ mắc triệu chứng mạn tính giữa trước can thiệp và sau can thiệp cũng như giữa nhóm can thiệp và nhóm chứng. Tỷ lệ mắc triệu chứng cấp tính giảm rõ rệt với chỉ số hiệu quả là -20,7% ở nhóm can thiệp so với trước can thiệp (73,8% trước can thiệp và 58,5% sau can thiệp, $p < 0,001$). Tỷ lệ này tăng ở nhóm đối chứng.

Bảng 3.11. Tình hình sử dụng DVYT của NCT khi mắc triệu chứng cấp tính trước và sau can thiệp (%)

Tỷ lệ mắc triệu chứng	Nhóm đối chứng			Nhóm can thiệp			
	Trước n=408	Sau n=391	CSHQ %	Trước n=462	Sau n=439	p	CSHQ %
Tỷ lệ mắc triệu chứng cấp tính	78,2	81,6	4,3	73,8	58,5		-20,7
Số ốm cấp tính (n)	319	319		341	257		
Tỷ lệ có xử trí khi ốm	77,7	61,8	-20,4	71,3	94,9	<0,05	33%

Nhận xét: Sau khi thực hiện các hoạt động can thiệp tuyên truyền giáo dục sức khỏe, tỷ lệ NCT có xử trí khi bị mắc các triệu chứng cấp tính đã tăng lên rõ rệt so với trước can thiệp và so với nhóm chứng cùng thời điểm sau can thiệp, chỉ số hiệu quả đạt là 33%.

Bảng 3.12. Cách xử trí đầu tiên khi ốm trước và sau can thiệp

Cách xử trí đầu tiên khi ốm	Nhóm đối chứng			Nhóm can thiệp			
	Trước n=248	Sau n=197	CSHQ (%)	Trước n=243	Sau n=244	p	CSHQ (%)
Tự chữa bệnh	27,4	20,4	-25,5	34,6	9,8	<0,01	-71,7
Mua thuốc	32,7	46,9	43,4	44,0	15,6	<0,01	-64,5
Y tế tư nhân	24,2	17,4	-28,1	1,7	1,2		-29,4
Đông y	2,0	0,5	-75,0	1,7	1,2		-29,4
TYT xã	10,5	7,7	-26,6	15,2	64,3	<0,001	323,0
BV huyện	2,8	4,6	64,3	2,5	4,9		96,0
BV tỉnh	0,0	0,0	0,0	0,4	0,8		100,0
Khác	0,4	2,6		0,0	2,1		
Điều trị thuốc							
Thuốc tây y	76,2	89,9	18,0	84,4	38,1		-54,8
Thuốc đông y	4,0	4,1	2,5	4,1	26,2	<0,001	531,7
Kết hợp đông tây y	19,8	6,1	-69,2	11,5	35,7	<0,001	210,0

Nhận xét: tỷ lệ tự điều trị và mua thuốc về điều trị giảm đáng kể ở nhóm can thiệp sau khi triển khai các hoạt động can thiệp. Tỷ lệ sử dụng dịch vụ TYT xã tăng rõ rệt ở nhóm can thiệp so với trước can thiệp và so với nhóm chứng, chỉ số hiệu quả đạt là 323%. Sau can thiệp, tỷ lệ NCT dùng thuốc đông y điều trị bệnh tăng một cách rõ rệt so với trước can thiệp và so với nhóm chứng: sau can thiệp 26,2% NCT dùng thuốc đông y, 35,7% dùng kết hợp thuốc đông y và tây y; trong khi đó tỷ lệ này trước can thiệp là 4,1% và 11,5%.

Bảng 3.13. So sánh lối sống của NCT trước và sau can thiệp (%)

Tỷ lệ mắc bệnh	Nhóm đối chứng			Nhóm can thiệp			
	Trước n=408	Sau n=391	CSHQ (%)	Trước n=462	Sau n=439	p	CSHQ (%)
Hút thuốc	14,7	16,8	14,3	15,3	14,8		-3,2
Uống rượu	30,1	32,8	8,9	41,1	34,3		-16,5
Tập TDTT	48,0	54,7	13,9	49,6	81,8	<0,01	64,9
Loại hình tập	n=196	n=213		n=229	n=359		
Tập thể dục	86,2	70,0	-18,8	74,2	89,1	<0,05	20,1
Tập thể thao	3,1	8,9	187,0	3,1	13,4	<0,001	332,2
Tập dưỡng sinh	17,4	12,2	-29,9	37,1	52,9	<0,01	42,6
Chơi cờ	3,1	0,5		0,4	1,1		
Đi bộ	21,4	18,8	-12,1	2,6	35,1	<0,001	1250,0
Tần suất tập	n=196	n=213		n=229	n=359		
Hàng ngày	71,4	72,4	1,4	79,5	84,7		6,5
Hàng tuần	7,7	8,9	15,6	5,2	5,6		7,7
Thỉnh thoảng	20,9	18,7	-10,5	15,3	9,7		-36,6

Nhận xét: Sau can thiệp, lối sống của NCT có sự thay đổi một cách tích cực đặc biệt ở địa bàn can thiệp. Những NCT sống trên địa bàn can thiệp cho biết có tham gia tập thể dục thể thao với tỷ lệ tăng một cách đáng kể giữa hai cuộc điều tra (49,6% trong điều tra trước can thiệp và 81,8% trong điều tra sau can thiệp, CSHQ là 64,9%, $p < 0,01$). Tỷ lệ NCT tập dưỡng sinh cũng tăng lên đáng kể ở địa bàn can thiệp, từ 35% lên 53%. Hình thức luyện tập đi bộ tăng rõ rệt ở địa bàn can thiệp, trước can thiệp tỷ lệ NCT có đi bộ chỉ là 2,7% nhưng sau can thiệp tỷ lệ này là 35%.

Bảng 3.14. So sánh kiến thức của NCT về bệnh THA

Kiến thức về phòng bệnh ở NCT	Nhóm đối chứng			Nhóm can thiệp			
	Trước n=408	Sau n=391	CSHQ (%)	Trước n=462	Sau n=439	p	CSHQ (%)
NCT không có kiến thức về triệu chứng của bệnh THA	61,2	55,6	-9,1	71,3	33,2	<0,01	-53,4
Không có kiến thức về yếu tố nguy cơ của bệnh THA	78,5	76,4	-2,7	89,1	42,8		-52,0
Biết cách phòng chống bệnh THA	20,8	20,3	-2,4	10,2	54,9	<0,001	438,2
Không có kiến thức về cách phòng đau khớp	65,9	71,4	8,3	82,4	31,8	<0,01	-61,4

Nhận xét: Có sự thay đổi rõ rệt đối với kiến thức của NCT ở địa bàn can thiệp về triệu chứng THA giữa điều tra trước và sau can thiệp. Tỷ lệ NCT không biết triệu chứng nào của THA giảm một cách đáng kể so với trước can thiệp (trùng ứng với 71,3% và 33,2%, CSHQ=-53,4%). Tương tự, tỷ lệ NCT báo cáo không biết nguy cơ về THA cũng giảm nhiều (giảm hơn 2 lần) trong điều tra sau can thiệp. Trong khi đó tỷ lệ NCT nói biết cách phòng THA tăng một cách rõ rệt giữa hai cuộc điều tra ở địa bàn can thiệp (10,2% trước can thiệp và 54,9% sau can thiệp). Có 82% NCT trong nhóm can thiệp cho biết là không biết gì về cách hạn chế và phòng đau khớp, trong khi đó tỷ lệ này chỉ là 32% NCT trong điều tra sau can thiệp.

Ảnh hưởng của thử nghiệm can thiệp tới kiến thức phòng chống bệnh tật cho NCT của các thành viên trong gia đình

Kết quả điều tra sau can thiệp cho thấy người chăm sóc cho NCT cũng có kiến thức về triệu chứng THA và triệu chứng đau khớp tốt hơn, đặc biệt ở địa bàn can thiệp. Tỷ lệ người chăm sóc không biết triệu chứng về THA và không biết về các nguy cơ gây triệu chứng

THA cũng như không biết cách phòng triệu chứng đau khớp giảm một cách đáng kể trong điều tra sau can thiệp ở địa bàn can thiệp.

Bảng 3.15. Đánh giá ích lợi và tình hình áp dụng các kiến thức được học vào cuộc sống của NCT tại hai xã can thiệp (%)

	Nam n = 154	Nữ n = 244	Tổng n= 398	p
Tỷ lệ nhận xét về mặt ích lợi khi tham gia				
Tổng số người tham gia	269	434	398	
Rất có ích	88,3	79,9	83,2	
Có ích	11,7	20,1	16,8	<0,001
Không có ích	0	0	0	
Tỷ lệ áp dụng kiến thức	96,1	93,0	94,2	
Nội dung áp dụng	148	227	375	
Xoa bóp	76,4	83,3	80,5	
Dưỡng sinh	43,2	54,2	49,9	<0,01
Thê dục/thê thao	52,0	37,4	43,2	<0,001
Sử dụng thuốc nam	7,4	5,3	6,1	
Chế độ ăn	50,7	44,5	46,9	
Chế độ sinh hoạt	44,6	36,1	39,5	
Tham gia hoạt động XH	70,3	63,9	66,4	
Khác	15,5	6,2	9,9	

Nhận xét: 100% NCT đều đánh giá những buổi nói chuyện phổ biến kiến thức là có ích, 83% NCT cho rằng rất có ích. Với những kiến thức đã học, 94,2% NCT cho biết là có áp dụng những kiến thức đã nghe trong các buổi hướng dẫn vào cuộc sống hàng ngày.

Bảng 3.16. Nhận xét về tác dụng của mô hình can thiệp (%)

Nhận xét về tác dụng của hoạt động can thiệp	Nam n=172	Nữ n=267	Tổng n=439	p
Con cháu quan tâm chăm sóc tốt hơn	41,9	43,8	43,1	
Sức khỏe tốt hơn	75,0	60,3	66,1	<0,01
Biết cách phòng bệnh	61,1	45,3	51,5	<0,01
Được tham gia vào các hoạt động sinh hoạt phong phú	17,4	15,0	16,0	
Khác	14,0	13,9	13,9	
Không có tác dụng	1,7	0,4	0,9	

Nhận xét: Theo đánh giá của NCT, các hoạt động can thiệp mang lại ích lợi cho NCT về nhiều mặt: con cháu quan tâm chăm sóc tốt hơn, biết cách phòng bệnh, có sức khỏe tốt hơn và được tham gia vào các hoạt động sinh hoạt phong phú hơn, trong đó sức khỏe tốt hơn và biết cách phòng bệnh là hai lợi ích được đánh giá với tỷ lệ cao nhất (tương ứng 66,1% và 51,5%). 92,7% NCT đều hài lòng với những nội dung can thiệp.

Tỷ lệ người chăm sóc áp dụng các kiến thức đã học vào trong thực tế lên tới 95,1%. Nội dung được áp dụng nhiều nhất là thay đổi chế độ ăn uống và sinh hoạt của NCT, chiếm 78,2%. Tỷ lệ áp dụng trong phòng chống một số triệu chứng thường gặp ở NCT là 40,6%. Khoảng 56% con cháu cho biết đã dành thời gian chăm sóc NCT nhiều hơn so với trước đây; 98,8% con cháu đã tạo điều kiện cho NCT tham gia vào các hoạt động xã hội. 95,9% con cháu cho rằng những hoạt động của CLB NCT có thể tiếp tục được duy trì.

CHƯƠNG 4. BÀN LUẬN

4.1. Thực trạng sức khỏe, nhu cầu chăm sóc và tình hình CSSK NCT

Kết quả nghiên cứu cho thấy: 57,7% NCT tự đánh giá có sức khỏe rất kém và kém; 36,1% có sức khỏe ở mức độ trung bình. Chỉ 6,3% NCT cho rằng mình có sức khỏe tốt và rất tốt. Tỷ lệ này trong nhiều

nghiên cứu khác dao động từ 50-65%. Tuy nhiên, nghiên cứu của TN. Tự có kết quả thấp hơn: tỷ lệ NCT tự đánh giá có sức khỏe kém và rất kém chỉ là 25%.

Phần lớn NCT (90,5%) vẫn đi lại được bình thường và vẫn tự phục vụ được bản thân không cần nhờ đến con cháu và các thành viên trong gia đình phục vụ cho mình. Các nghiên cứu khác cũng cho thấy >90% NCT vẫn còn khả năng đi lại tốt. Điều này cho thấy một tỷ lệ tương đối cao NCT trong cộng đồng vẫn còn có khả năng tự phục vụ bản thân cũng như còn có khả năng đóng góp cho gia đình và xã hội.

Một tỷ lệ tương đối cao NCT trong nghiên cứu này cho biết có mắc các triệu chứng mạn tính (80,8%) và có bị ốm trong thời gian 4 tuần trước thời điểm phỏng vấn (75,9%). Kết quả này cũng tương tự như kết quả của nhiều cuộc điều tra khác.

Trong nghiên cứu này, trung bình một NCT mắc khoảng hai bệnh. Nghiên cứu khác về "Mô hình ốm đau và hành vi tìm kiếm DVYT của NCT nam và NCT nữ ở một vùng nông thôn" năm 1999 cho thấy số triệu chứng mạn tính trung bình một NCT mắc phải là 1,2. Các tỷ lệ này thấp hơn so với số liệu của Viện Lão khoa, trung bình một NCT mắc 2,69 triệu chứng. Điều này có thể giải thích được đó là số triệu chứng một NCT mắc trung bình được xác định trong nghiên cứu này là số liệu điều tra cộng đồng và do NCT tự báo cáo, trong khi đó số liệu của Viện Lão khoa là số liệu thu được từ kết quả điều tra có khám bệnh tại cộng đồng. Nghiên cứu của Trung Quốc về nhu cầu và các yếu tố ảnh hưởng tới các dịch vụ CSSK dựa vào cộng đồng của NCT (từ 60 tuổi trở lên) cho thấy 92,1% NCT cho biết bị triệu chứng mạn tính và 70% trong số họ có từ hai triệu chứng mạn tính trở lên.

Có sự khác biệt giữa NCT nam và nữ về tỷ lệ ốm đau trong nghiên cứu này. Một số nghiên cứu khác cũng kết luận là NCT nữ có tỷ lệ ốm đau cao hơn nam giới. Các nghiên cứu ở ngoài nước như ở Ấn Độ, Bangladesh, Boswana... cũng cho nhận định tương tự. Nữ có sức khỏe yếu hơn nam có thể do vai trò sinh đẻ của phụ nữ đã làm cho phụ nữ có nguy cơ bị ốm cao hơn. Một lý do khác cũng có thể giải thích được cho sự khác biệt về tỷ lệ ốm giữa nam và nữ đó là phụ nữ có thể nhạy cảm hơn nam giới trong nhận biết các triệu chứng do phụ nữ có thể có nhiều kinh nghiệm hơn nam giới trong nhận biết các dấu

hiệu về bệnh tật và vì vậy họ thường tự báo cáo các triệu chứng nhiều hơn nam giới.

Các triệu chứng mạn tính thường gặp ở NCT là đau khớp, đau đầu, triệu chứng về mắt, THA, đau dạ dày, triệu chứng thần kinh và đau lưng. Đau khớp và THA là hai triệu chứng mắc với tỷ lệ cao nhất. Kết quả này cũng phù hợp với các nghiên cứu khác. Tuy nhiên có tình trạng tự báo cáo thấp hơn so với số liệu thực tế mắc THA ở NCT. Tỷ lệ NCT tự báo cáo bị THA trong thời gian 4 tuần trước thời điểm phỏng vấn trong nghiên cứu này chỉ là 7,4%, trong khi đó tỷ lệ NCT có khám bệnh và được chẩn đoán bị THA là 26,1%.

Đối với việc CSSK cho NCT: kết quả nghiên cứu cho thấy việc chăm sóc cho NCT không chỉ đơn thuần là những chăm sóc hàng ngày như nuôi dưỡng, chăm sóc khi ốm đau, NCT còn có nhu cầu cao về chăm sóc về tinh thần. Tác giả GT. Long còn phân tích sự hỗ trợ và chăm sóc giữa NCT với các con. Kết quả cho thấy sự liên lạc và thăm nom thường xuyên diễn ra giữa NCT và các con. BT. Cường và cộng sự cũng đã chỉ ra rằng sự hỗ trợ và chăm sóc từ các con sống chung hoặc không sống chung là các nguồn quan trọng nhất đối với NCT. Chính vì vậy, mô hình can thiệp được triển khai với ý tưởng lấy trọng tâm là NCT và người thân trong gia đình là hoàn toàn phù hợp với xu thế chung này.

Mô hình CSSK NCT dựa vào cộng đồng trong nghiên cứu này tập trung vào 4 hoạt động chính: (i) tuyên truyền giáo dục sức khỏe phổ biến kiến thức cho NCT và con cháu NCT; (ii) hướng dẫn NCT một số phương pháp luyện tập để bảo vệ sức khỏe: hướng dẫn cách xoa bóp bấm huyệt và tập dưỡng sinh; (iii) củng cố hoạt động Hội NCT xã/Chi Hội NCT thôn; (iv) tổ chức KSK và quản lý sức khỏe NCT.

Như vậy, về chủ đề can thiệp thì nghiên cứu này và nghiên cứu của các tác giả trên đều thực hiện tương tự nhau là cùng thử nghiệm mô hình can thiệp về CSSK người cao tuổi. Tuy nhiên, nghiên cứu này có một số điểm khác như sau: (i) Về cách tiếp cận: với đặc điểm là NCT nước ta thường tự chăm sóc là chủ yếu nên mô hình can thiệp CSSK NCT dựa vào cộng đồng này lấy đối tượng trọng tâm là bản thân NCT và người thân trong gia đình để thực hiện các hoạt động can thiệp nhằm tác động vào chính bản thân người cao tuổi để người cao tuổi có thể tự làm và tự chăm sóc sức khỏe; Về địa bàn thử nghiệm mô hình: nghiên cứu này thử nghiệm mô hình CSSK NCT tại

một số xã thuộc một huyện nông thôn miền núi Chí Linh, tỉnh Hải Dương. Nghiên cứu khác thử nghiệm mô hình CSSK NCT tại một số xã vùng Đồng bằng sông Hồng và tại một huyện vùng ngoại thành Hà Nội; (iii) Về nội dung can thiệp: Đối với nội dung tuyên truyền giáo dục sức khỏe, phổ biến kiến thức: nghiên cứu này thực hiện đối với cả đối tượng là NCT và người chăm sóc cho NCT. Đo lường kiến thức được thực hiện với cả hai đối tượng: NCT và người chăm sóc chính của NCT; Đối với việc hướng dẫn NCT thực hiện một số phương pháp luyện tập để bảo vệ sức khỏe: đây là nội dung can thiệp rất được chú trọng trong nghiên cứu này với mục đích là NCT có thể tự làm và tự chăm sóc sức khỏe, trong khi đó các nghiên cứu khác chỉ chú trọng đến hướng dẫn phương pháp tập dưỡng sinh; Đối với việc tổ chức KSK và quản lý sức khỏe NCT: nghiên cứu này thực hiện hạn chế hơn so với nghiên cứu của tác giả TN Tự về nội dung can thiệp này.

Mô hình được đánh giá là có tính hiệu quả, khả thi và bền vững. Kết hợp với phân tích kết quả từ những nghiên cứu khác cho thấy nội dung can thiệp tuyên truyền giáo dục sức khỏe phổ biến kiến thức về CSSK cho NCT và con cháu trong gia đình là nội dung có tính khả thi và hiệu quả cao nhất do có thể thực hiện được tại nhà, làm được thường xuyên, không tốn kém và đặc biệt là làm tăng thêm sự gắn kết tình cảm và trách nhiệm của con cái với cha mẹ.

KẾT LUẬN

1. Người cao tuổi ở 4 xã nghiên cứu thuộc huyện nông thôn miền núi Chí Linh có sức khỏe kém, tỷ lệ mắc bệnh khá cao đặc biệt là các bệnh trước đây thường ít được quan tâm ở vùng nông thôn như bệnh khớp và tăng huyết áp. Nhu cầu chăm sóc của NCT rất cao, NCT có nhu cầu được chăm sóc toàn diện cả về thể chất và tinh thần. Trên thực tế, việc CSSK cho NCT vẫn còn hạn chế. Tự chăm sóc là hình thức chủ yếu của NCT. Khi bị ốm, NCT thường tự điều trị tại nhà hoặc mua thuốc về điều trị. NCT chưa được quản lý sức khỏe và chưa được KSK định kỳ, chưa được cung cấp kiến thức để phòng bệnh.

- 57,7% NCT tự đánh giá có sức khỏe kém và rất kém. 80,8% NCT cho biết có mắc các triệu chứng mạn tính. Trung bình một NCT

mắc khoảng 2,1 bệnh mạn tính.

- Tự điều trị tại nhà và mua thuốc về điều trị là hình thức sử dụng DVYT phổ biến nhất của NCT: 69,3% đối với ốm cấp tính và 45,5% đối với các triệu chứng mạn tính.

- Kết quả từ điều tra định tính cho thấy NCT có nhu cầu chăm sóc cả về vật chất và tinh thần, đặc biệt có nhu cầu rất cao về chăm sóc tinh thần.

- Tự chăm sóc là hình thức phổ biến đối với hầu hết NCT (chiếm 71,5%). Con cái thường chỉ chăm sóc khi NCT bị ốm. Tuy nhiên, kiến thức của cả NCT và con cái về phòng bệnh hạn chế: chỉ 9% biết cách phòng THA; 79,6% người chăm sóc không biết cách phòng THA.

2. Thử nghiệm can thiệp đánh giá trước, sau có đối chứng dựa vào cộng đồng lấy đối tượng trọng tâm là bản thân NCT và người thân trong gia đình ở 4 xã nghiên cứu là một mô hình hiệu quả, có tính khả thi và tính bền vững cao do không đòi hỏi chi phí cao và có ý nghĩa thiết thực với chính NCT.

- Việc thực hiện các nội dung can thiệp đã làm thay đổi một cách có ý nghĩa tình trạng sức khỏe của NCT (tình trạng sức khỏe tự đánh giá ở mức độ tốt và rất tốt của NCT được cải thiện với chỉ số hiệu quả cao 290-350%; khả năng vận động và đi lại của NCT cũng được cải thiện, CSHQ là 27-36%); thay đổi hành vi tìm kiếm dịch vụ y tế của NCT: tỷ lệ sử dụng dịch vụ TYT xã tăng rõ rệt sau can thiệp với CSHQ là 323%, tỷ lệ tự điều trị tại nhà và mua thuốc về điều trị giảm một cách có ý nghĩa thống kê ($p < 0,01$).

- Việc triển khai mô hình CSSK NCT với bốn nội dung can thiệp của nghiên cứu cho thấy nhóm hoạt động can thiệp tác động trực tiếp tới đối tượng là NCT, gia đình NCT với các nội dung tuyên truyền giáo dục sức khỏe, phổ biến kiến thức là có tính hiệu quả, khả thi và bền vững nhất:

+ Tỷ lệ NCT biết cách phòng chống tăng huyết áp sau can thiệp tăng lên rõ rệt, với chỉ số hiệu quả là 438%; 94,2% NCT cho biết có áp dụng những kiến thức đã được học vào cuộc sống hàng ngày: 80,5% NCT thực hiện xoa bóp hàng ngày, 49,9% luyện tập dưỡng sinh, 43,2% tập thể dục thể thao đều đặn hàng ngày, 46,9% NCT thay đổi chế độ ăn, 39,5% cho biết thay đổi về chế độ sinh hoạt; 94,6% NCT đánh giá là mô hình có khả năng duy trì và nhân rộng.

KIẾN NGHỊ

- Mô hình CSSK NCT dựa vào cộng đồng này có thể áp dụng được ở những vùng nông thôn và miền núi thấp có điều kiện tương tự. Tuy nhiên cần xem xét điều kiện cụ thể của từng địa phương để áp dụng các nội dung và hình thức can thiệp cho phù hợp.

- Để mô hình được có thể được áp dụng một cách có hiệu quả, cần thiết phải lưu ý các điều kiện sau:

+ Phải có sự quan tâm đúng mức của lãnh đạo chính quyền, các cơ quan đoàn thể và các tổ chức xã hội đối với công tác CSSK NCT, đặc biệt trong tổ chức triển khai thực hiện chính sách và kiểm tra giám sát cũng như hỗ trợ ngành y tế. Cần đẩy mạnh chủ trương xã hội hóa trong chăm sóc NCT tại cộng đồng. Cần đề cao vai trò của gia đình, con cháu đối với chăm sóc NCT trong gia đình Việt Nam.

+ Cần thể chế hóa đảm bảo cho việc CSSK NCT trở thành một hoạt động bền vững thuộc tuyến y tế cơ sở, đặc biệt trong KSK định kỳ và quản lý sức khỏe NCT tại cộng đồng kết hợp với tuyên truyền giáo dục sức khỏe.

+ Quan trọng nhất là NCT và người thân trong gia đình được tập huấn, được cung cấp các tài liệu hướng dẫn về kiến thức, kỹ năng thực hành CSSK cho NCT đặc biệt là đối với những bệnh thường gặp của chính NCT.

- Để đáp ứng được những nhu cầu về CSSK của NCT khi Việt Nam trở thành nước có dân số già, các nhà hoạch định chính sách y tế cần xem xét về sự cần thiết của việc xây dựng Chương trình mục tiêu y tế quốc gia về CSSK NCT để đảm bảo NCT được quan tâm đúng mức và được chăm sóc một cách chủ động tại cộng đồng.