

BỘ GIÁO DỤC VÀ ĐÀO TẠO

BỘ Y TẾ

VIỆN VỆ SINH DỊCH TỄ TRUNG ƯƠNG

TRỊNH HỮU HÙNG

**NGHIÊN CỨU SỰ CHẬM TRỄ TIẾP CẬN DỊCH VỤ Y TẾ
CỦA BỆNH NHÂN LAO PHỔI MỚI AFB(+) VÀ GIẢI PHÁP
CAN THIỆP TẠI THANH HOÁ**

Chuyên ngành: Y tế công cộng

Mã số: 62.72.76.01

TÓM TẮT LUẬN ÁN TIẾN SĨ Y TẾ CÔNG CỘNG

HÀ NỘI – 2010

Công trình được hoàn thành tại:

VIỆN VỆ SINH DỊCH TỄ TRUNG ƯƠNG

Người hướng dẫn khoa học:

1. GS.TS. ĐẶNG ĐỨC PHÚ

2. TS. PHẠM NGỌC CHÂU

Phản biện 1: PGS.TS. Đào Văn Dũng

Phản biện 2: PGS.TS. Đinh Ngọc Sỹ

Phản biện 3: PGS.TS Bùi Đức Dương

Luận án được bảo vệ trước Hội đồng chấm luận án cấp Viện tổ chức tại Viện Vệ sinh Dịch tễ Trung ương

Vào hồi: 09 giờ 00' ngày 30 tháng 7 năm 2010

Có thể tìm hiểu luận án tại:

- Thư viện Quốc gia;
- Thư viện Viện Vệ sinh Dịch tễ Trung ương

DANH MỤC CÁC BÀI BÁO LIÊN QUAN ĐẾN LUẬN ÁN ĐÃ CÔNG BỐ

1- Trịnh Hữu Hùng, Đặng Đức Phú, Phạm Ngọc Châu (2009), “Một số yếu tố liên quan giữa các đặc điểm kinh tế xã hội với sự chậm trễ tiếp cận dịch vụ y tế của bệnh nhân lao phổi AFB (+) mới tại Thanh Hoá năm 2006”, *Tạp chí Y học thực hành*, (4), tr. 87-89.

2- Trịnh Hữu Hùng, Đặng Đức Phú, Phạm Ngọc Châu (2009), “Đánh giá kiến thức, nguồn thông tin tiếp nhận về bệnh lao và sự chậm trễ tiếp cận dịch vụ y tế của bệnh nhân lao phổi AFB(+) mới tại Thanh Hoá”, *Tạp chí Y học thực hành*, (5), tr. 115 - 118.

CÁC CHỮ VIẾT TẮT TRONG LUẬN ÁN

AFB	Vi khuẩn kháng a xít (Acid Fast Bacilli)
AIDS	Hội chứng suy giảm miễn dịch mắc phải (Acquired Immuno Deficiency Syndrome)
BCG	Vac xin phòng bệnh lao (Bacillus Calmette Guerin)
BN	Bệnh nhân
CBYT	Cán bộ y tế
CDC	Trung tâm Phòng và Kiểm soát bệnh Hoa kỳ (Centrers for Disease Control and Prevention)
Cs	Cộng sự
CTCL	Chương trình chống lao
CTCLQ	Chương trình chống lao Quốc gia
G	
DOTS	Hóa trị liệu ngắn ngày có kiểm soát trực tiếp (Directly Observed Treatment Short Course)
E	Ethambutol
GDSK	Giáo dục sức khỏe
GDTT	Giáo dục truyền thông
H	Isoniazid
HIV	Human Immune-deficiency Virus
IUATLD	Hiệp hội bài Lao và Bệnh phổi Quốc tế (International Union Against Tuberculosis and Lung Disease)
KNCV	Hội chống lao Hoàng gia Hà Lan (Royal Netherlands TB Association/ KNCV TB fund)
LPM	Lao phổi mới

MCNV	Ủy ban Y tế Hà Lan- Việt Nam (Medical Committee Netherlands Vietnam)
NVYT	Nhân viên y tế
PKĐKK	Phòng khám đa khoa khu vực
V	
R	Rifampicin
RNE	Đại sứ quán Vương quốc Hà Lan (Royal Netherlands Embassy)
S	Streptomycin
SCC	Hóa trị liệu ngắn ngày (Short-course chemotherapy)
TCYTTG	Tổ chức y tế Thế giới
TGCT	Thời gian chậm trễ
TNV	Tình nguyện viên
TTGDSK	Truyền thông giáo dục sức khỏe
TTYT	Trung tâm y tế
VL-BP	Viện Lao - Bệnh phổi.
WB	Ngân hàng thế giới(World Bank)
WHO	Tổ chức Y tế thế giới (World Health Organization)
XN	Xét nghiệm
Z	Pyrazynamid.

ĐẶT VẤN ĐỀ

Trên thế giới hiện nay, bệnh lao vẫn là một trong số các bệnh có tỷ lệ mắc, tử vong cao hàng đầu trong các bệnh nhiễm trùng và cao thứ tư trong số các nguyên nhân gây tử vong, đặc biệt là đối với các nước đang phát triển trong đó có Việt Nam. Hậu quả của bệnh lao đối với xã hội là rất lớn, ngoài những ảnh hưởng

ng nghiêm trọng đối với sức khỏe người bệnh, bệnh lao còn trở thành gánh nặng đối với nền kinh tế của các nước nhất là những nước nghèo và chậm phát triển. Cùng với đại dịch HIV/AIDS, bệnh lao trở thành một trong những căn nguyên gây mắc bệnh và tử vong chủ yếu. Hiện tượng chậm trễ trong phát hiện và điều trị bệnh lao xảy ra rất phổ biến ở các nước đang phát triển đặc biệt ở những nước nghèo chậm phát triển.

Tại Việt Nam, nỗ lực thanh toán bệnh lao đã đạt được nhiều kết quả khích lệ và được WHO đánh giá cao. Tuy nhiên, kết quả điều tra tình hình hiện mắc và hiện nhiễm lao toàn quốc năm 2006-2007 cho thấy tỷ lệ hiện mắc lao phổi AFB dương tính mới cao hơn 1,6 lần so với ước tính trước đây.

Thanh Hoá là một tỉnh thuần nông, nền kinh tế chậm phát triển, dân số đông đứng hàng thứ ba so với toàn quốc và chủ yếu cư trú ở nông thôn, tỷ lệ nhiễm lao trong cộng đồng còn ở mức cao. Việc tiến hành đề tài **“Nghiên cứu sự chậm trễ tiếp cận dịch vụ y tế của bệnh nhân lao phổi mới AFB (+) và giải pháp can thiệp tại Thanh Hoá”** có ý nghĩa thực tiễn và cấp thiết đối với chương trình phòng chống lao cũng như công tác chăm sóc sức khỏe ban đầu tại Thanh Hoá.

Mục tiêu của đề tài:

1. Đánh giá sự chậm trễ và các yếu tố ảnh hưởng tới sự chậm trễ của bệnh nhân lao phổi mới AFB(+) trong việc tiếp cận với dịch vụ y tế.
2. Áp dụng và đánh giá hiệu quả của giải pháp can thiệp bằng truyền thông giáo dục sức khỏe tại cộng đồng dân cư tỉnh Thanh Hoá.

Ý nghĩa thực tiễn và những đóng góp mới của luận án:

Bệnh lao ở Việt Nam đang có xu hướng gia tăng, trên thực tế đã xuất hiện lao đa kháng thuốc. Việc phát hiện sớm và điều trị các thể lao lây-lao phổi, mà chủ yếu là lao phổi mới AFB (+) đang là mối quan tâm hàng đầu của chương trình chống lao quốc gia. Luận án đã đưa ra được bức tranh toàn cảnh về thực trạng chậm trễ tiếp cận dịch vụ y tế của bệnh nhân lao phổi mới AFB(+) tại Thanh Hoá trong thời gian từ 2005 - 2008. Trên cơ sở xác định các yếu tố tự nhiên, xã hội liên quan tới sự chậm trễ tiếp cận dịch vụ y tế của bệnh nhân lao phổi mới AFB(+), bước đầu áp dụng và đánh giá được hiệu quả biện pháp can thiệp bằng truyền thông giáo dục sức khoẻ trong dự phòng bệnh lao tại địa bàn tỉnh Thanh Hoá.

Cấu trúc của luận án:

Luận án gồm 131 trang, 4 chương: Đặt vấn đề: 2 trang, Chương I-Tổng quan: 33 trang. Chương II-Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: 21 trang. Chương III-Kết quả: 36 trang. Chương IV-Bàn luận: 36 trang. Kết luận: 2 trang. Kiến nghị: 1 trang, 41 bảng, 21 biểu đồ, sơ đồ, 152 tài liệu tham khảo, trong đó 66 tài liệu Tiếng Việt và 86 tài liệu Tiếng Anh.

Chương 1 – TỔNG QUAN

1.1. Bệnh lao và các yếu tố liên quan

1.1.1. Bệnh lao

Bệnh lao là bệnh lây truyền theo nhiều đường trong đó chủ yếu là đường hô hấp. Tác động của bệnh lao

phổi tới sức khỏe, kinh tế - xã hội là rất lớn. Lao phổi thường kết hợp với các bệnh xã hội khác. Bệnh lao luôn là người bạn đồng hành của người nhiễm HIV. Trên 30% số người nhiễm HIV sẽ mắc bệnh lao, gần 50% số người nhiễm HIV/AIDS bị chết do lao.

1.1.2. Các yếu tố tự nhiên xã hội liên quan tới lao phổi tại cộng đồng

Có rất nhiều yếu tố thuận lợi thúc đẩy bệnh lao phát triển cũng như ảnh hưởng đến sức đề kháng của cơ thể đối với trực khuẩn lao. Những yếu tố thường gặp là: nhiễm HIV/AIDS, yếu tố chủng tộc, sự đói nghèo, làm việc cực nhọc, căng thẳng, tình trạng đói khát, suy dinh dưỡng, các yếu tố độc hại đối với cơ thể, môi trường lao động độc hại, các bệnh mạn tính làm suy giảm khả năng miễn dịch, dùng các thuốc suy giảm miễn dịch, thuốc chữa ung thư, corticoid lâu dài, ảnh hưởng của tuổi và giới tính...

1.1.3. Tình hình bệnh lao

1.1.3.1. Tình hình bệnh lao trên thế giới:

Theo các báo cáo thống kê cho thấy, có khoảng 80% số bệnh nhân lao toàn cầu thuộc 22 nước có gánh nặng bệnh lao cao, chủ yếu tập trung ở những nước, khu vực có nền kinh tế kém phát triển như khu vực Đông Nam Á và châu Phi. Tại khu vực Đông Nam Á, bệnh lao tập trung ở các nước: cao nhất là Philipin rồi đến Việt Nam tiếp đến là Thái Lan, Myanmar và thấp hơn cả là Campuchia.

Tình hình lao /HIV và lao kháng thuốc vẫn đang là vấn đề nghiêm trọng trên toàn cầu, đe dọa sự thành công của công tác chống lao và đang tiếp tục gia tăng.

Hiện nay, tỷ lệ điều trị thành công lao trên toàn cầu đạt 82%, nhưng tỷ lệ phát hiện chỉ đạt 37% số bệnh nhân ước tính.

1.1.3.2. Tình hình bệnh lao tại Việt Nam:

Đến thời điểm hiện nay, theo ước tính của TCYTTG, Việt Nam đứng thứ 12 trong 22 nước có số lượng bệnh nhân lao cao nhất trên thế giới. Việt Nam là một trong 36 quốc gia trên thế giới và là một trong 4 nước (Việt Nam, Trung Quốc, Philippine và Kenya) thuộc 22 nước có gánh nặng bệnh lao cao đạt được mục tiêu của TCYTTG là phát hiện trên 70% và điều trị khỏi trên 85% số bệnh nhân là nguồn lây được phát hiện

1.2. Sự chậm trễ trong phát hiện và điều trị bệnh lao

Tổng thời gian chậm trễ: Được tính từ lúc có triệu chứng nghi lao đầu tiên đến ngày được bắt đầu điều trị.

1.2.1. Sự chậm trễ phát hiện lao phổi mới AFB(+) từ phía bệnh nhân:

Chậm trễ do bệnh nhân: Là khoảng thời gian từ khi bệnh nhân có triệu chứng đầu tiên nghi lao cho tới khi bắt đầu tìm đến các dịch vụ y tế ngoài gia đình.

1.2.2. Sự chậm trễ trong tiếp cận dịch vụ y tế từ phía y tế:

Chậm trễ do y tế: Là khoảng thời gian được tính từ khi bệnh nhân bắt đầu tìm đến các dịch vụ y tế (ngoài gia đình) cho tới ngày được bắt đầu điều trị. Sự chậm trễ trong tiếp cận dịch vụ y tế mà nguyên nhân từ phía y tế phụ thuộc vào 3 yếu tố cơ bản là: Tình trạng nguồn lực, trang thiết bị y tế và cơ sở vật chất của các cơ sở y tế tiếp nhận bệnh nhân.

1.2.3. Các nghiên cứu về sự chậm trễ trong chẩn đoán tại Việt Nam:

Đỗ Châu Giang và Lê Bá Tung (1996) theo dõi phát hiện, chẩn đoán, thu dung BN lao năm 1994 tại thành phố Hồ Chí Minh cho thấy tỷ lệ nhóm BN lao phổi AFB(+) chậm trễ trong chẩn đoán do nguyên nhân từ phía BN chiếm tới 50% và thời gian chậm trễ lâu hơn ở nhóm bệnh nhân sống tại ngoại thành. Kết quả tương tự trong nghiên cứu của Lê Thành Phúc và Trần Văn Sáng (1997) có tới 21,9% BN sau 1 năm mới chẩn đoán được bệnh. Năm 2002, kết quả nghiên cứu của Nguyễn Thị Thuý Hà tại tỉnh Hà Tây (cũ) đã phát hiện 57% BN vẫn chưa tìm đến các dịch vụ y tế sau 4 tuần kể từ khi có triệu chứng đầu tiên. Nguyễn Mạnh Tuấn, Trần Bình Định, Nguyễn Quốc Hoàn (2003), nghiên cứu các yếu tố nguy cơ từ phía BN gây chẩn đoán muộn bệnh lao phổi AFB(+) trong 100 BN lao phổi AFB(+) là dân tộc thiểu số ở 3 tỉnh Quảng Ninh, Cao Bằng, Thái Nguyên thấy nghề nghiệp đặc biệt là làm ruộng, học vấn thấp, không hiểu biết đầy đủ về bệnh lao là các nguy cơ gây chẩn đoán muộn bệnh lao từ phía BN.

1.3. Hiểu biết bệnh lao và tác động của truyền thông giáo dục sức khỏe về bệnh lao đến phát hiện và điều trị

1.3.1. Trên thế giới:

Hiểu biết bệnh lao là một trong những nguyên nhân quan trọng dẫn đến việc phát hiện sớm hay muộn bệnh lao. Crofton J. và cs. (1992) cho rằng hiểu biết về bệnh lao khác nhau rất nhiều tùy từng quốc gia, khu vực, tùy nền văn hóa và thậm chí tùy từng nhóm dân trong cùng

1 vùng. Ở Hàn Quốc và Nepal cũng nghiên cứu tương tự, các tác giả cho rằng giáo dục truyền thông kiến thức về bệnh lao cho toàn dân là mấu chốt để phát hiện sớm bệnh lao. Ở Mỹ, Marinac J S. (1998) điều tra hiểu biết về bệnh lao của 505 người thuộc nhóm nguy cơ cao sống trong thành phố đã kết luận: Kiến thức thiếu hụt chủ yếu về nguyên nhân gây bệnh, đường lây truyền và điều trị bệnh lao.

1.3.2. Tại Việt Nam:

Nguyễn Sơn Triều và Trần Quốc Lộ (1996) tìm hiểu kiến thức bệnh lao của cán bộ y tế cơ sở (xã, phường) tỉnh Quảng Ninh thấy 90% quan niệm đúng bệnh lao là bệnh lây, biết nguyên nhân gây bệnh và nguồn lây chủ yếu. Ngược lại, Nguyễn Việt Cồ và Hà Văn Như (1996) cho biết kiến thức bệnh lao của cán bộ thôn (bản) huyện Kronpa tỉnh Gia Lai còn rất hạn chế. Phương Thị Ngọc (1997) điều tra hiểu biết về bệnh lao trên 210 người dân của xã Trung Châu, Đan Phượng, Hà Tây thấy rằng: 82,6% quan điểm đúng bệnh lao là bệnh lây truyền, có 17,4% vẫn còn cho rằng bệnh lao là bệnh di truyền, 24,5% cho rằng bệnh lao không chữa được. Trần Bình Định (2000) đã chứng minh sau khi được giáo dục những kiến thức cơ bản về bệnh lao tại tỉnh Cao Bằng, có 65,7% người bệnh có triệu chứng lâm sàng nghi lao đi khám trong thời gian dưới 2 tháng. Trước đó, không có bệnh nhân nào đi khám trong thời gian này.

Nhìn chung, ở nước ta đã có một số nghiên cứu về sự hiểu biết bệnh lao của cán bộ y tế cơ sở cũng như của nhân dân. Công tác truyền thông giáo dục kiến thức

về bệnh lao đang ngày càng được chú ý và giữ một vai trò quan trọng trong CTCLQG. Nhưng để đánh giá hiệu quả của truyền thông giáo dục sức khoẻ về bệnh lao còn ít công trình nghiên cứu đề cập tới.

Chương 2 – ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP

2.1. Đối tượng, địa điểm và thời gian nghiên cứu

2.1.1. Đối tượng nghiên cứu

Nhóm 1: Bệnh nhân lao phổi mới AFB (+) lứa tuổi từ 15 trở lên hiện được quản lý và điều trị tại các tuyến y tế của toàn tỉnh Thanh Hoá

Nhóm 2: Bệnh nhân lao phổi mới AFB (+) tại cộng đồng dân cư các huyện thuộc nhóm can thiệp (NCT) và nhóm đối chứng (NĐC).

Tiêu chuẩn chọn bệnh nhân nghiên cứu: Tất cả những bệnh nhân này được chẩn đoán lao phổi theo tiêu chuẩn của CTCLQG:

Tiêu chuẩn loại trừ: Những BN không hợp tác hoặc không nhớ các mốc thời gian mà nghiên cứu cần tìm hiểu, BN quá già yếu, lú lẫn hoặc mắc một số bệnh như tâm, đái tháo đường, HIV(+).

Định nghĩa sự chậm trễ: Mức độ chậm trễ tiếp cận dịch vụ y tế được đánh giá bằng thời gian từ khi xuất hiện triệu chứng đầu tiên của bệnh đến khi người bệnh lần đầu tìm đến dịch vụ y tế ngoài gia đình, khoảng thời gian đến 4 tuần coi như không chậm trễ, từ 5 đến 8 tuần là chậm trễ ngắn, từ 9 tuần trở lên là chậm trễ dài.

2.1.2. Địa điểm nghiên cứu

Nhóm 1: Nghiên cứu được thực hiện tại 6 huyện: Nga Sơn, Tĩnh Gia, Thạch Thành, Nông Cống, Hà Trung, Ngọc Lặc.

Nhóm 2: Nhóm can thiệp thực hiện tại huyện Tĩnh Gia, nhóm đối chứng thực hiện tại huyện Nga Sơn.

2.1.3. Thời gian nghiên cứu: từ tháng 5/2005 - 9/2008.

2.2 Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu này được thiết kế thực hiện qua 3 bước như sau:

Bước 1: Điều tra trước can thiệp. Bước này được thực hiện bằng một điều tra cắt ngang để đánh giá sự chậm trễ trong việc tiếp cận dịch vụ y tế ở bệnh nhân lao phổi mới AFB (+).

Bước 2: Can thiệp bằng triển khai các kênh TTGDSK cho toàn dân tại huyện ở nhóm can thiệp.

Bước 3: Điều tra sau can thiệp để đánh giá mức độ chậm trễ trong việc tiếp cận dịch vụ y tế ở bệnh nhân lao phổi tại 2 huyện can thiệp và đối chứng.

2.2.2. Cỡ mẫu

Nhóm đối tượng 1: Cỡ mẫu được xác định theo công thức sau:

$$n = \frac{Z^2_{(1-\alpha/2)} \cdot p \cdot (1-p)}{d^2}$$

Theo công thức, cỡ mẫu được xác định là $n = 376$. Để dự phòng những trường hợp không thu thập được số liệu, NCS lấy tăng 10% đối tượng so với cỡ mẫu như vậy đối tượng nhóm 1 là 414 bệnh nhân.

Nhóm đối tượng 2: Cỡ mẫu được xác định theo công thức sau:

$$n = \frac{[Z_{1-\alpha/2} \cdot \sqrt{P \cdot (1-P)} + Z_{1-\beta} \cdot \sqrt{P_1 \cdot (1-P_1)}]^2}{(P_1 - P)^2}$$

Theo công thức, cỡ mẫu được tính là 120. Trên thực tế, luận án đã tiến hành nghiên cứu trên 248 người (124 người/huyện).

2.2.3. Công cụ nghiên cứu:

2.2.3.1. Phương pháp điều tra mô tả cắt ngang bằng phỏng vấn

2.2.3.2. Phương pháp Phỏng vấn sâu với BN chậm trễ tiếp cận DVYT

2.2.3.3. Phương pháp Thảo luận nhóm đối với NVYT thôn và TNV

2.2.3.4. Phương pháp Thảo luận nhóm đối với BN lao đang điều trị

2.2.3.5. Phương pháp can thiệp bằng một số kênh TTGDSK

2.2.3.6. Xét nghiệm đờm tìm vi khuẩn lao

2.2.3.7. Theo dõi điều trị và đánh giá kết quả điều trị

2.2.4. Phương pháp xử lý số liệu: Số liệu được làm sạch và mã hoá trước khi nhập vào máy tính. Sử dụng phần mềm SPSS và các test thống kê thường dùng trong y tế.

Chương 3 – KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đánh giá sự chậm trễ và các yếu tố ảnh hưởng đến sự chậm trễ của bệnh nhân lao phổi mới AFB(+) trong tiếp cận dịch vụ y tế

3.1.1. Đặc điểm xã hội đối tượng nghiên cứu

Tỷ lệ bệnh nhân mắc bệnh lao chủ yếu tập trung vào dân tộc Kinh (95,7%), các dân tộc ít người khác chiếm tỷ lệ rất nhỏ, Tuổi đời trung bình của bệnh nhân mắc bệnh lao là $54,28 \pm 16,159$ tuổi, trong đó tuổi trên 60 chiếm tỷ lệ cao nhất (47,6%). Nam giới mắc bệnh cao hơn nữ giới khoảng 1,7 lần. Bệnh nhân mắc bệnh lao thường tập trung ở đối tượng đã có gia đình (89,9%), chủ yếu ở những gia đình đông người. Tỷ lệ bệnh nhân mắc bệnh lao ở Đồng bằng cao hơn Miền núi 1,9 lần. Bệnh nhân mắc bệnh lao chủ yếu tập trung ở nhóm đối tượng có trình độ học vấn thấp, có mức thu nhập thấp, chủ yếu làm nông nghiệp (chiếm 83,1%) và sinh sống ở khu vực địa lý xa xôi, đường xá đi lại khó khăn.

3.1.2. Kiến thức, thực hành và nguồn thông tin tiếp nhận của đối tượng điều tra về phòng chống bệnh lao

3.1.2.1. Kiến thức về bệnh lao của bệnh nhân:

Kết quả cho thấy, đa số bệnh nhân hiểu đúng các nội dung: đường lây truyền bệnh, nhận biết triệu chứng sớm và nhóm triệu chứng thường gặp của bệnh, thời gian điều trị bệnh và nhóm đối tượng nguy cơ. Tuy nhiên các nội dung quan trọng như biện pháp phòng lao hiệu quả bằng tiêm phòng vaccin BCG và nhóm đối tượng trẻ sơ sinh, đẻ thiếu tháng, suy dinh dưỡng dễ nhiễm bệnh lao hơn thì số người hiểu đúng còn rất hạn chế.

Bên cạnh đó, trên 2/3 số bệnh nhân hiểu đúng về mức độ nguy hại của bệnh lao, tính chất của bệnh, những lợi ích đem lại nếu phát hiện, điều trị sớm và đúng phác đồ. Tuy nhiên vẫn có 3 nội dung bệnh nhân hiểu biết còn hạn chế: vận động viên thể thao vẫn có thể mắc bệnh lao, bệnh lao là bệnh tinh thần và những người nhiễm HIV dễ mắc bệnh lao.

Bảng 3.5. Đánh giá chung sự hiểu biết về bệnh lao của bệnh nhân

Mức độ hiểu biết	Số lượng(n= 414)	Tỷ lệ %
Tốt	100	24,2
Đạt	220	53,1
Kém	94	22,7

Nhìn vào bảng 3.5 ta thấy rằng, tỷ lệ bệnh nhân hiểu biết đúng các nội dung về bệnh lao chiếm trên 2/3, trong đó số bệnh nhân có sự hiểu biết được đánh giá đạt chiếm 53,1%, tốt chiếm 24,2%. Số bệnh nhân có kiến thức kém về bệnh lao chiếm 22,7%.

3.1.2.2. Hành vi tìm kiếm dịch vụ y tế của bệnh nhân:

Phần lớn bệnh nhân đều nhận được thông tin cá nhân mắc bệnh lao từ Trung tâm y tế huyện (65,9%), từ trạm xá xã (9,9%) và Bệnh viện lao tỉnh là 8,0%. Sự trợ giúp bệnh nhân nhận được khi có triệu chứng mắc bệnh lao chủ yếu từ nhân viên y tế (47,1%), từ người bán thuốc (10,1%), từ bác sĩ tư (7,7%) và từ bạn bè, hàng xóm là 2,7%.

Triệu chứng được bệnh nhân chú ý đến nhiều nhất là khạc đờm và sốt về chiều. Tuy nhiên, triệu chứng gây ảnh hưởng và làm bệnh nhân quyết định đi khám bệnh nhiều nhất là đờm có máu và đau ngực.

Số bệnh nhân chỉ quyết định đi khám bệnh khi có các triệu chứng nặng và ở giai đoạn muộn vẫn chiếm tỷ lệ rất cao. Trong đó, số bệnh nhân đi khám bệnh khi có biểu hiện ho ra máu chiếm 60,6%, đau ngực (42,3%), khó thở (36,7%) và gầy sút cân là 26,8%.

Dịch vụ y tế bệnh nhân thường tìm đến đầu tiên khi mắc bệnh là trạm xá xã (67%).

Đa số bệnh nhân lao chỉ tìm đến sự trợ giúp của Trung tâm y tế huyện hoặc bệnh viện lao khi có biểu hiện bệnh nặng hơn (70,3%), vẫn còn 3,8% bệnh nhân tự điều trị bệnh lao tại gia đình.

3.1.2.3. Nguồn thông tin về bệnh lao:

Một số lượng lớn bệnh nhân chưa được tiếp cận các nguồn thông tin về bệnh lao (15,2%), rất ít bệnh nhân nhận được thông tin về bệnh lao thường xuyên (0,7%), phần lớn là nhận được nguồn thông tin rất ít (68,8%). Nguồn thông tin về bệnh lao, bệnh nhân nhận được nhiều nhất từ nhân viên y tế (79,2%) và ti vi (62,8%). Các phương tiện truyền thông đại chúng khác chiếm tỷ lệ ít hơn, radio (26,3%), áp phích (40,3%) và từ bạn bè, hàng xóm là 34,3%.

Đánh giá mức độ thường xuyên cung cấp thông tin cho thấy, ti vi là phương tiện cung cấp thông tin về bệnh lao thường xuyên nhất cho cộng đồng (31,4%), tiếp đến là nhân viên y tế (28,0%). Các phương tiện truyền thông khác chiếm tỷ trọng thấp hơn là đài, áp phích và quảng cáo.

3.1.3. Tổng hợp thời gian chậm trễ của bệnh nhân

Thời gian từ khi xuất hiện triệu chứng đầu tiên đến khi bệnh nhân đến khám bệnh trung bình là 7,42 tuần

(SD = $\pm 6,799$). Trong đó, 64% bệnh nhân chậm trễ trong việc tiếp cận dịch vụ y tế.

Bảng 3.13. Phân bố bệnh nhân theo thời gian chậm trễ tiếp cận dịch vụ y tế

Thời gian	Số lượng (n=414)	Tỷ lệ %
Không chậm trễ (≤ 4 tuần)	149	36
Chậm trễ ngắn (5 – 8 tuần)	169	40,8
Chậm trễ dài (≥ 9 tuần)	96	23,2

Bảng 3.13 cho ta thấy, 2/3 số bệnh nhân chậm trễ trong tiếp cận dịch vụ y tế ở các mức độ khác nhau. Trong đó có 40,8% chậm trễ ngắn và 23,2% chậm trễ dài.

3.1.4. Mối liên quan giữa các yếu tố kinh tế- xã hội- nhân khẩu học tới sự chậm trễ của bệnh nhân

Nghiên cứu cho thấy không có sự khác biệt giữa tỷ lệ chậm trễ ở đối tượng là nam giới so với nhóm đối tượng nữ giới.

Sự khác nhau giữa tỷ lệ chậm trễ ở đối tượng là dân tộc Kinh với đối tượng là các dân tộc khác có ý nghĩa thống kê ($p = 0,04$). Với dân tộc Kinh tỷ lệ chậm trễ là 62,9% thấp hơn dân tộc khác (88,9%).

Kết quả đã chỉ ra nhóm đối tượng dưới 20 và trên 50 tuổi có tỷ lệ chậm trễ tiếp cận dịch vụ y tế cao hơn nhóm 20-50 tuổi. Nguy cơ chậm trễ tiếp cận dịch vụ y tế của hai nhóm này chênh lệch nhau 6,25 lần (độ tin

cậy 95%). Sự khác nhau này có ý nghĩa thống kê ($p = 0,01$).

Tỷ lệ chậm trễ ở nhóm độc thân, góa bụa, ly thân, ly dị cao hơn hẳn nhóm có vợ, chồng. Nguy cơ chậm trễ giữa hai nhóm này là chênh lệch nhau 2,21 lần ($p = 0,04$). Bên cạnh đó, tỷ lệ bệnh nhân chậm trễ tiếp cận với dịch vụ y tế tỷ lệ thuận với số người trong gia đình.

Bảng 3.19. Mối liên quan giữa trình độ học vấn và sự chậm trễ của bệnh nhân

Trình độ học vấn	Không chậm trễ		Chậm trễ		Tổng số
	Số lượng	Tỷ lệ %	Số lượng	Tỷ lệ %	
THPT và trên THPT	40	65,6	21	34,4	61
Dưới THPT	109	30,9	244	69,1	353
Tổng số	149	36,0	265	64,0	414
$2,32 < OR = 4,26 < 7,89; p = 0,001$					

Về mối liên quan giữa trình độ học vấn với sự chậm trễ, bảng 3.19 cho thấy tỷ lệ bệnh nhân lao chậm trễ trong tiếp cận dịch vụ y tế tỷ lệ nghịch với trình độ học vấn. Nhóm đối tượng trình độ học vấn dưới PTTH có nguy cơ chậm trễ cao hơn 4,26 lần nhóm trình độ THPT và trên THPT. Sự khác nhau có ý nghĩa thống kê với $p = 0,001$.

Khoảng cách từ nhà bệnh nhân tới trung tâm y tế tỷ lệ thuận với tỷ lệ chậm trễ tiếp cận với dịch vụ y tế có ý nghĩa thống kê với $p = 0,0002$. Nhóm bệnh nhân có khoảng cách trên 10 km có nguy cơ chậm trễ cao hơn 2,27 lần nhóm có khoảng cách dưới 10km.

3.1.5. *Mối liên quan giữa mức độ nhận thức và sự hiểu biết của bệnh nhân với sự chậm trễ trong việc tiếp cận với dịch vụ y tế*

Bảng 3.25. Mối liên quan giữa kiến thức của bệnh nhân với sự chậm trễ

Nhận thức	Không chậm trễ		Chậm trễ		Tổng số
	Số lượng	Tỷ lệ %	Số lượng	Tỷ lệ %	
Đạt, tốt	128	40,0	192	60,0	320
Kém	21	22,3	73	77,7	94
Tổng số	149	36,0	265	64,0	414
$1,38 < OR = 2,32 < 4,02; p = 0,001$					

Quan sát bảng 3.25 ta thấy rằng, nguy cơ chậm trễ tiếp cận dịch vụ y tế của nhóm có nhận thức kém cao hơn 2,32 lần nhóm có nhận thức đạt, tốt ($p = 0,001$).

3.1.6. *Mối liên quan giữa nguồn thông tin với sự chậm trễ của BN*

Bảng 3.26. Mối liên quan giữa nguồn thông tin tiếp nhận và sự chậm trễ

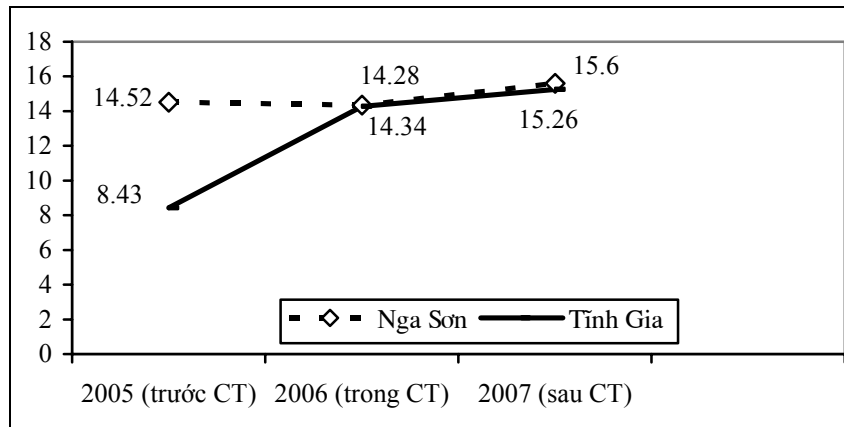
Nguồn thông tin	Không chậm trễ		Chậm trễ		Tổng
	Số lượng	Tỷ lệ %	Số lượng	Tỷ lệ %	
Đã nhận	135	38,5	216	61,5	351
Chưa nhận	14	22,2	49	77,8	63
Tổng số	149	36,0	265	64,0	414
$1,12 < OR = 2,19 < 4,33; p = 0,02$					

Bảng 3.26 cho thấy, mối liên quan giữa nguồn thông tin tiếp nhận và sự chậm trễ trong tiếp cận với dịch vụ y

tế của bệnh nhân có ý nghĩa thống kê với $p = 0,02$. Nguy cơ chậm trễ của nhóm chưa nhận cao hơn nhóm đã nhận thông tin là 2,19 lần. Nhóm tiếp nhận thông tin với tần suất dưới 1 lần/tuần (75,8%) có tỷ lệ chậm trễ cao hơn nhiều nhóm tiếp nhận thông tin trên 1 lần/tuần (38,0%). Nguy cơ chậm trễ của nhóm tiếp nhận thông tin dưới 1 lần/tuần cao hơn 5,11 lần nhóm tiếp nhận thông tin trên 1 lần/tuần ($p = 0,01$).

3.2. Hiệu quả của can thiệp bằng Truyền thông giáo dục sức khỏe tại cộng đồng đối với bệnh lao

3.2.1. Sự thay đổi trong công tác khám phát hiện và điều trị bệnh lao trước và sau can thiệp



Biểu đồ 3.9. Hiệu quả can thiệp trong việc nâng cao tỷ lệ số người nghi lao đi khám bệnh/1000 dân

Trong biểu đồ 3.9, tại huyện Tĩnh Gia (huyện can thiệp): Tỷ lệ số người nghi lao đến khám/1000 dân tăng nhanh trong quá trình tiến hành can thiệp (1,8 lần), từ 8,43% trước can thiệp tăng nhanh tới 14,34% (giữa can thiệp) và tăng đều đến sau quá trình can thiệp.

Tại huyện Nga Sơn (huyện đối chứng): Tỷ lệ số người nghỉ lao đến khám trước can thiệp (năm 2005) là 14,52%, giảm nhẹ trong năm 2006 (14,28%) và tăng không đáng kể trong năm 2007 (15,6%).

Số bệnh nhân lao mới AFB(+) phát hiện cũng tăng (11%) trong quá trình can thiệp. Đối tượng nghỉ lao đến khám tại huyện Nga Sơn (huyện đối chứng) có tăng nhưng không nhiều. Số bệnh nhân lao và số bệnh nhân lao AFB (+) mới phát hiện giảm sút đáng kể (8,4%) trong 3 năm khi không có biện pháp can thiệp trên cộng đồng.

3.2.2. Sự thay đổi về nhận thức

Bảng 3.30. Sự thay đổi hiểu biết 12 nội dung khái quát về bệnh lao của bệnh nhân

T T	Hiểu biết	Nga Sơn (Tỷ lệ trả lời đúng)		Tĩnh Gia (Tỷ lệ trả lời đúng)	
		Trước CT	Sau CT	Trước CT	Sau CT
1	Nguyên nhân gây bệnh lao là vi khuẩn	45,2	50,0	48,4	80,6
2	Đờm BN lao chứa vi khuẩn lao	36,3	52,4	40,3	79,0
3	Đường lây truyền do hít phải không khí có VK lao	50,0	59,7	46,8	84,7
4	Triệu chứng sớm của bệnh lao là ho và sốt về chiều	48,8	55,6	45,2	68,5
5	Ho, sụt cân, sốt về	71,8	83,1	74,2	96,8

	chiều là nhóm triệu chứng thường gặp				
6	XN đờm được sử dụng để phát hiện bệnh lao	56,5	64,5	59,7	76,6
7	Thời gian điều trị bệnh lao kéo dài 8 tháng	75,0	89,5	77,4	96,8
8	Cần phải phối hợp từ 3 loại thuốc lao trở lên để điều trị	50,0	59,7	54,0	89,5
9	Tiêm vaccine BCG có thể phòng được bệnh lao	29,0	31,5	30,6	64,5
10	Trẻ sơ sinh dễ nhiễm bệnh lao	40,3	48,4	45,2	79,0
11	Người nghèo, vùng đông dân cư dễ bị mắc bệnh lao	84,7	91,9	86,3	96,8
12	Điều kiện vệ sinh kém dễ bị mắc bệnh lao	87,9	91,9	84,7	96,8

Bảng 3.30 cho chúng ta thấy, tỷ lệ hiểu biết đúng 12 nội dung trước can thiệp tại 2 huyện đối chứng và can thiệp là tương đối giống nhau. Đánh giá sau can thiệp cho thấy, tỷ lệ hiểu biết đúng của các đối tượng nghiên cứu tại huyện can thiệp đều cao hơn huyện đối chứng ở các mức độ khác nhau. Mức độ tăng của huyện can thiệp cao hơn huyện đối chứng thấp nhất ở nội dung 11

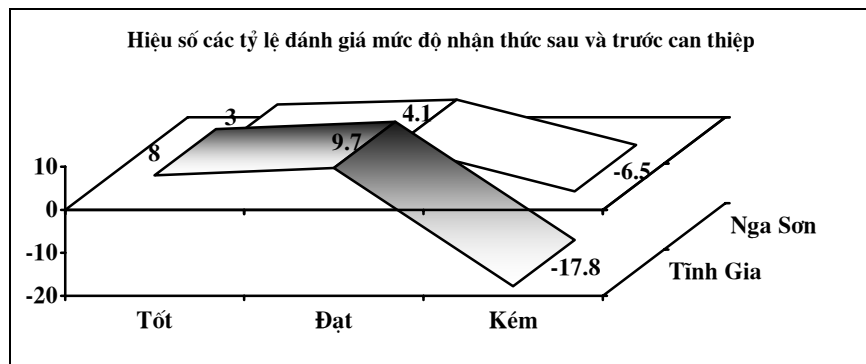
(tăng cao hơn 1,5 lần) và cao nhất ở nội dung 9 (tăng cao hơn 13,6 lần).

Bảng 3.31. Sự thay đổi trong nhận thức về mức độ nguy hiểm, hậu quả của bệnh lao

T T	Hiểu biết	Nga Sơn (Tỷ lệ trả lời đúng)		Tỉnh Gia (Tỷ lệ trả lời đúng)	
		Trước CT	Sau CT	Trước CT	Sau CT
1	Bệnh lao sẽ gây ra tàn tật nếu chẩn đoán muộn	41,9	48,4	44,4	63,7
2	Bệnh nhân lao sẽ chết nếu không được điều trị	79,8	98,4	70,2	99,2
3	Bệnh lao liên quan đến đói nghèo	75,0	80,6	78,2	92,7
4	Bệnh lao là bệnh xã hội	59,7	63,7	62,1	75,6
5	Vận động viên thể thao vẫn có thể mắc bệnh lao	28,2	29,0	29,8	40,3
6	Bệnh lao là bệnh tinh thần	37,9	40,3	31,5	46,0
7	Những người nhiễm HIV dễ mắc bệnh lao	28,2	29,0	29,8	40,3
8	Bệnh lao là bệnh lây truyền	60,5	68,5	67,7	85,5
9	Điều trị tốt bệnh lao	89,5	99,2	84,7	99,2

	tốt cho cả gia đình bệnh nhân				
10	Phát hiện sớm bệnh lao sẽ giúp điều trị bệnh khỏi nhanh hơn	90,3	97,6	86,3	99,2
11	Tiêm phòng vaccin BCG cho trẻ em là 1 biện pháp để phòng bệnh lao	90,3	94,4	87,1	97,6
12	Làm theo hướng dẫn của trung tâm y tế là cách tốt để điều trị bệnh lao	91,1	97,6	84,7	99,2

Quan sát bảng 3.31 cho thấy, tỷ lệ đối tượng có nhận thức đúng 12 nội dung trước can thiệp tại 2 huyện đối chứng và can thiệp hầu hết là tương đương nhau. Đánh giá sau can thiệp, tỷ lệ nhận thức đúng của các đối tượng nghiên cứu tại huyện can thiệp đều cao hơn huyện đối chứng. Mức độ tăng thấp nhất ở nội dung 9 (huyện can thiệp tăng cao hơn 1,5 lần huyện đối chứng) và cao nhất ở nội dung 5 và 7 (tăng cao hơn 13,1 lần).



Biểu đồ 3.14. Hiệu quả can thiệp trong việc nâng cao nhận thức của người dân về bệnh lao

Qua biểu đồ 3.14 cho thấy, số đối tượng nghiên cứu sau can thiệp của huyện Tĩnh Gia có tỷ lệ đạt về kiến thức tăng cao hơn 2,4 lần huyện Nga Sơn, tỷ lệ nhóm có kiến thức tốt cũng tăng cao hơn huyện Nga Sơn 2,7 lần.

3.2.3. Sự thay đổi hành vi tìm kiếm dịch vụ y tế

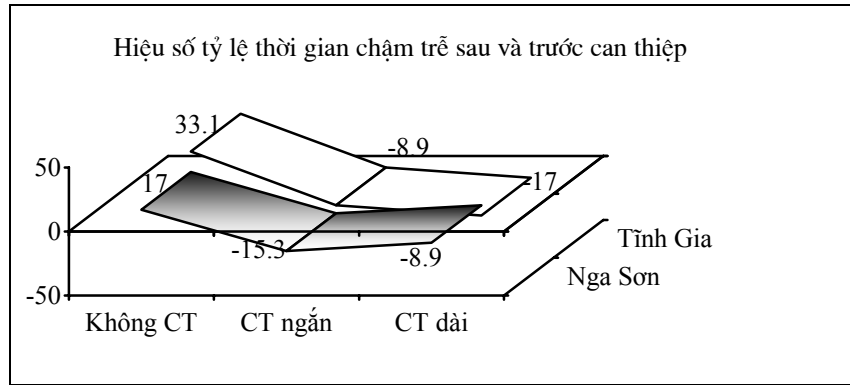
Tỷ lệ bệnh nhân nhận được thông tin mắc bệnh lao từ nhân viên y tế thuộc trung tâm y tế huyện và BV lao sau can thiệp tại huyện Tĩnh Gia tăng cao gấp 2 lần huyện Nga Sơn. Tỷ lệ bệnh nhân tự nhận biết và tự đến bệnh viện huyện hoặc BV lao khi có triệu chứng mắc lao sau can thiệp tại huyện Tĩnh Gia tăng cao gấp 4,2 lần huyện Nga Sơn.

Tỷ lệ bệnh nhân nhận biết các triệu chứng sớm của bệnh lao (ho, sốt về chiều) sau can thiệp tại huyện Tĩnh Gia tăng cao hơn huyện Nga Sơn từ 9,3-13,5 lần. Tỷ lệ bệnh nhân chỉ chú ý đến bệnh khi có biểu hiện nặng và

ở giai đoạn muộn tại huyện Tĩnh Gia giảm nhưng lại tăng cao ở huyện Nga Sơn sau can thiệp.

Tỷ lệ bệnh nhân không tìm đến sự trợ giúp y tế khi mắc bệnh giảm nhanh tại huyện can thiệp (6,5% không có sự trợ giúp y tế) nhưng còn rất cao tại huyện đối chứng (12,1%). Tỷ lệ bệnh nhân tự điều trị lao tại nhà còn tồn tại ở huyện Nga Sơn (1,6%), tại huyện Tĩnh Gia đã khắc phục được hiện tượng này sau can thiệp.

3.2.4. Hiệu quả trong việc rút ngắn thời gian chậm trễ trong tiếp cận dịch vụ y tế của bệnh nhân lao



Biểu đồ 3.15. So sánh hiệu quả can thiệp trong rút ngắn thời gian chậm trễ tiếp cận dịch vụ y tế của 2 huyện

Biểu đồ 3.15 cho thấy, số đối tượng nghiên cứu sau can thiệp của huyện Tĩnh Gia không chậm trễ trong tiếp cận dịch vụ y tế tăng cao hơn 2 lần huyện Nga Sơn. Tỷ lệ chậm trễ dài của huyện Tĩnh Gia cũng giảm nhiều hơn huyện Nga Sơn 1,9 lần.

Chương 4 – BÀN LUẬN

4.1. Sự chậm trễ và các yếu tố ảnh hưởng đến sự chậm trễ của bệnh nhân lao phổi mới AFB(+) trong tiếp cận dịch vụ y tế

4.1.1. Thời gian chậm trễ của bệnh nhân trong việc tiếp cận dịch vụ y tế

Kết quả nghiên cứu cho thấy, thời gian chậm trễ trung bình do bệnh nhân là 7,42 tuần (SD = ± 6,799). Đây là khoảng thời gian chậm trễ khá dài. Tuy nhiên, so sánh với các kết quả nghiên cứu trước đây của Nguyễn Việt Cồ và Trần Hà (1996), Phương Thị Ngọc (1997), Nguyễn Hoàng Long và c.s (1999), Nguyễn Thúy Hà (2002), Vương Thị Tuyên (2005), thời gian chậm trễ có xu hướng cải thiện và giảm dần theo thời gian. Nguyên nhân của sự khác biệt này là từ năm 1993 cho đến nay hoạt động của CTCLQG đã rất có hiệu quả và đạt được nhiều thành công. So sánh với một số nghiên cứu khác của nước ngoài cũng cho kết quả tương tự, tổng TGCTTB trong nghiên cứu ở Malawi là 8 tuần, ở Kualalumpur, Malaysia là 12,5 tuần.... Có sự khác biệt này có thể do cách chọn đối tượng, địa điểm cũng như thời gian nghiên cứu của các nghiên cứu trên khác so với nghiên cứu của NCS. Đối tượng nghiên cứu trong luận án chỉ bao gồm những BN lao phổi AFB(+) mới, và địa điểm nghiên cứu được tiến hành tại tuyến huyện, tuyến được coi như là cơ sở y tế gần dân nhất và được tiến hành trong phạm vi một tỉnh Thanh Hóa, nơi có hoạt động chống lao được đánh giá khá cao.

4.1.2. Đặc điểm kinh tế, xã hội, nhân khẩu học và mối liên quan tới sự chậm trễ của bệnh nhân

Về giới, nghiên cứu cho thấy tỷ lệ nam cao gấp 1,7 lần so với nữ. Kết quả này cũng phù hợp với kết quả nghiên cứu của các tác giả trong và ngoài nước của Nguyễn Thúy Hà (2002), Nguyễn Phương Hoa (2004), Vương Thị Tuyên (2005), Trần Văn Sáng (2008), những nghiên cứu khác của nước ngoài như ở Tanzania (2000), ở Malaysia (1997), Belgrade (1998), ở Đài Loan (2004), ở Nepal, ở Ghana đều thấy tỷ lệ mắc bệnh của nam cao hơn nữ. Báo cáo của TCYTTG cũng cho thấy toàn cầu có 2/3 số BN lao được điều trị là nam giới, chỉ có 1/3 là nữ giới. Một đoàn khảo sát lượng giá gồm 16 chuyên gia quốc tế độc lập của WHO, CDC, MCNV, KNCV, RNE, WB (2004), khi đánh giá về giới tính và lao đã không đưa ra được lý do giải thích tại sao có sự chênh lệch về số bệnh nhân phát hiện trong giới tính một cách rõ ràng ở Việt Nam và trên thế giới. Tuy nhiên, nghiên cứu và các bằng chứng dân gian cho rằng bên cạnh các nhân tố sinh học và/hoặc dịch tễ học, những rào cản liên quan đến giới tính ngăn cản việc tiếp cận với các dịch vụ của CTCL.

Về dân tộc, có sự khác nhau về sự chậm trễ ở đối tượng dân tộc Kinh và dân tộc khác. Theo Báo cáo lượng giá chương trình chống lao quốc gia (2004), những nghiên cứu trước đây về dân tộc thiểu số tại Việt Nam cho thấy, mức độ tiếp cận các dịch vụ y tế là thấp một cách có hệ thống đối với những nhóm người như dân tộc thiểu số sống tại những vùng nghèo như vùng núi, vùng xa và những nơi cách ly với hạ tầng yếu kém

và điều kiện khắc nghiệt. Dân tộc thiểu số trên khía cạnh xa xôi cách trở dường như đặc biệt bị bất lợi. Tiếp cận với nhóm dân tộc thiểu số là một thách thức cho chương trình, điều này đã dẫn đến việc phát hiện bệnh lao thấp trong những nhóm người này.

Về tuổi, có 2/3 đối tượng trên 50 tuổi. Nhóm dưới 20 tuổi thường có hiểu biết về bệnh lao kém hơn, còn nhóm trên 50 tuổi thường gặp khó khăn trong việc đi lại do hạn chế về mặt sức khỏe nên thường chậm trễ trong tiếp cận dịch vụ y tế khi mắc bệnh hơn nhóm tuổi còn lại. Do vậy, trong can thiệp cần tăng cường giáo dục kiến thức về bệnh lao cho đối tượng thanh thiếu niên. Việc dịch chuyển phân bố lứa tuổi của bệnh nhân lao từ nhóm người trẻ sang nhóm người già có ý nghĩa quan trọng về mặt dịch tễ. Nó phản ánh một cách khách quan tác động tích cực của công tác chống lao đến tình hình dịch tễ bệnh lao ở Việt Nam nói chung cũng như ở Thanh Hóa nói riêng trong thời gian qua.

Về số người trong gia đình, tỷ lệ mắc bệnh lao tăng tỷ lệ thuận với số người có trong gia đình của bệnh nhân lao. Điều kiện sinh hoạt tại các hộ gia đình chật chội, thiếu thông gió, thiếu chiếu sáng, không đảm bảo vệ sinh là yếu tố thuận lợi cho bệnh lao lây lan và phát triển.

Về trình độ học vấn, tương tự với kết quả nghiên cứu của Nguyễn Thị Thúy Hà (2002), bệnh nhân mắc bệnh lao chủ yếu tập trung ở đối tượng có trình độ học vấn thấp. Mối liên quan giữa trình độ học vấn với sự chậm trễ của BN trong việc tiếp cận dịch vụ y tế là hợp lý bởi trình độ văn hóa càng cao nhận thức về bệnh tật

nói chung và bệnh lao nói riêng sẽ tốt hơn. Một số các nghiên cứu ở nước ngoài cũng phát hiện sự chậm trễ có liên quan tới tình trạng văn hóa của BN như nghiên cứu ở Tanzania, ở Malaysia.

Về nghề nghiệp, có tới 83,1% bệnh nhân lao trong nghiên cứu làm

nghề nông. Nhưng Thanh Hoá là một tỉnh thuần nông nên tỷ lệ này cũng không nói lên điều gì.

Về thu nhập và điều kiện kinh tế, đa số bệnh nhân mắc bệnh lao đều có mức thu nhập thấp. *Bệnh lao đeo đẳng cái nghèo và cái nghèo làm dai dẳng bệnh lao*, cụm từ "bệnh lao và đói nghèo" được nhắc đến nhiều trong chương trình phòng chống bệnh lao. Theo Trần Văn Sáng (2008), trong thời gian điều trị bệnh lao, 52,7% gia đình có sự thay đổi về kinh tế, trong đó 99,8% gia đình có kinh tế thấp đi, đây chính là nguyên nhân bệnh lao gắn với đói nghèo. Nghiên cứu của Nguyễn Thị Thúy Hà (2002), Sherman L.F. (1999) cũng cho thấy có mối liên quan giữa tình trạng kinh tế và thời gian chậm trễ do bệnh nhân. Đây là một mối tương quan hợp lý bởi những BN nghèo thường ít quan tâm đến bản thân, họ chỉ lo kiếm sống, lo cơm ăn áo mặc hàng ngày, không dám đi khám bệnh vì không có tiền, chỉ khi bệnh đã quá nặng họ mới chịu tìm đến các dịch vụ y tế.

Một nhận định khác, trong Báo cáo lượng giá chương trình chống lao quốc gia (2004), các chuyên gia quốc tế độc lập của WHO, CDC, MCNV, KNCV, RNE, WB lại cho rằng tại Việt Nam, cũng như trên thế giới, bệnh lao tác động một cách không tương xứng lên người

nghèo. Tuy nhiên chưa có một phân tích có hệ thống về tỉ lệ mắc lao tại Việt Nam theo tình trạng kinh tế xã hội hay theo những chỉ số về mức độ bị tổn thương hoặc chỉ số xã hội khác. Như vậy, cần phải có những nghiên cứu tiếp theo nữa để có những số liệu cụ thể về đói nghèo liên quan đến bệnh lao và bệnh lao ảnh hưởng đến đói nghèo.

Về khoảng cách từ nhà đến TTYT, trong các nghiên cứu khác của Nguyễn Thị Thúy Hà (2002), Vương Thị Tuyên (2005) và một số nghiên cứu khác như nghiên cứu tiến hành tại TPHCM, Tanzania cũng đã chứng minh có mối liên quan có ý nghĩa thống kê với sự chậm trễ của BN. Báo cáo lượng giá chương trình chống lao quốc gia (2004), cho thấy vấn đề khoảng cách là yếu tố quan trọng trong việc tiếp cận dịch vụ khám chữa bệnh lao ở nông thôn tại tuyến thôn xã.

4.1.3. Kiến thức, hành vi và mối liên quan tới sự chậm trễ trong việc tiếp cận với dịch vụ y tế

Về kiến thức, nghiên cứu chỉ ra rằng, có mối liên quan chặt chẽ giữa mức độ chậm trễ trong việc tiếp cận với dịch vụ y tế với sự hiểu biết của bệnh nhân về bệnh lao. Nhóm bệnh nhân nhận thức kém có tỷ lệ chậm trễ cao hơn nhóm có nhận thức đạt và tốt. Sự thiếu hiểu biết đã đóng góp một phần quan trọng cho bệnh lao tồn tại dai dẳng. Để minh chứng thêm cho nhận định này, rất nhiều tác giả đã có các nghiên cứu tìm hiểu và cũng có nhiều ý kiến đánh giá với mức độ khác nhau như: Nguyễn Sơn Triều và Trần Quốc Lộ (1996), Nguyễn Việt Cờ, Hà Văn Như (1996), Phạm Quang Tuệ (1999),

Nguyễn Phương Hoa (2000), Nguyễn Thị Thúy Hà (2002), Nguyễn Quốc Minh (2003). Như vậy truyền thông phòng chống bệnh lao là góp phần giúp cho bệnh nhân, giúp cho cộng đồng "không chết vì thiếu hiểu biết".

Kiến thức của bệnh nhân về bệnh lao: Hiểu biết 12 nội dung khái quát về bệnh lao của bệnh nhân là khá tốt. Tuy nhiên, sự hiểu biết là chưa toàn diện và chưa đầy đủ. Các nội dung quan trọng hiểu biết còn hạn chế gồm: biện pháp phòng lao hiệu quả bằng tiêm phòng vaccin BCG (49%) và nhóm đối tượng trẻ sơ sinh, đẻ thiếu tháng, suy dinh dưỡng dễ nhiễm bệnh lao hơn (15,2%). Đây là những nội dung cần ưu tiên tuyên truyền giáo dục giúp nâng cao hiểu biết cho người dân một cách đầy đủ và toàn diện hơn.

Hiểu biết của bệnh nhân về mức độ nguy hiểm, hậu quả của bệnh lao cũng tương đối tốt. Trên 2/3 số bệnh nhân hiểu đúng về mức độ nguy hại của bệnh lao, tính chất của bệnh, những lợi ích đem lại nếu phát hiện, điều trị sớm và đúng phác đồ. Tuy nhiên sự hiểu biết là không đầy đủ và chưa toàn diện.

So sánh với một số nghiên cứu khác đánh giá mức độ nhận thức về bệnh lao của Phương Thị Ngọc (1997), Phạm Quang Tuệ (1999), Nguyễn Thị Thúy Hà (2002), Nguyễn Quốc Minh (2003), Nguyễn Phương Hoa (2004), Vương Thị Tuyên (2005), Dalal S. (2002), cũng cho kết quả tương tự. Số bệnh nhân có kiến thức kém về bệnh lao còn tương đối cao và sự hiểu biết về bệnh lao còn chưa đúng, chưa đủ ở mọi tầng lớp trong xã hội.

Về hành vi tìm kiếm dịch vụ y tế của bệnh nhân, sự tiếp cận thông tin khi bị bệnh của bệnh nhân lao là tương đối tốt. Sự trợ giúp bệnh nhân nhận được khi có triệu chứng mắc bệnh lao cũng chủ yếu từ nhân viên y tế (47,1%). Đây là những thành quả đạt được từ hoạt động của Chương trình chống lao quốc gia tại tỉnh trong những năm qua và cần phát huy trong những năm tới.

Số bệnh nhân chỉ quyết định đi khám bệnh khi có các triệu chứng ở giai đoạn nặng và muộn vẫn chiếm tỷ lệ rất cao. Đây là một trong những điều kiện làm tăng tỷ lệ thất bại trong điều trị lao và kháng thuốc lao. Cần có biện pháp can thiệp bằng giáo dục tuyên truyền và hỗ trợ cần thiết để người dân nhận biết được triệu chứng sớm của bệnh lao và những lợi ích của việc khám phát hiện sớm và điều trị kịp thời bệnh lao. Một số thói quen xấu vẫn còn tồn tại trong cộng đồng dân cư, bệnh nhân tự điều trị bệnh tại nhà theo kinh nghiệm hoặc tự ý sử dụng thuốc tân dược mà không có sự tư vấn từ nhân viên y tế. Đây cũng là lý do khiến việc điều trị bệnh lao khó khăn hơn.

4.1.4. Mối liên quan giữa nguồn thông tin với sự chậm trễ của bệnh nhân trong việc tiếp cận với dịch vụ y tế

Về nguồn thông tin, vẫn còn đông số BN lao chưa được tiếp cận các nguồn thông tin về bệnh lao (15,2%). Nhân viên y tế có vai trò rất quan trọng trong việc cung cấp thông tin về chăm sóc sức khoẻ đến với người dân. Cũng qua đây thấy rằng hệ thống loa truyền thanh của xã cũng như sách báo ở bưu điện văn hoá xã chưa được phát huy. Nghiên cứu cũng chỉ ra rằng, có mối liên

quan giữa nguồn thông tin tiếp nhận và sự chậm trễ của BN. Đối tượng nghiên cứu trong luận án đã nhận được thông tin về bệnh lao nhiều hơn trong nghiên cứu của Nguyễn Thị Thuý Hà tiến hành trước đó 4 năm. Nghiên cứu của N.V.CỒ và cs cũng cho thấy 3 kênh truyền thông tốt nhất là: thông tin đại chúng, trực tiếp từ cán bộ y tế và những người bệnh cho nhau. Việc thường xuyên quảng bá các thông tin về bệnh lao lên các phương tiện thông tin đại chúng là rất cần thiết.

Về mức độ thu nhận thông tin, nhóm tiếp nhận thông tin không thường xuyên có nguy cơ chậm trễ cao hơn nhóm thường xuyên tiếp nhận thông tin 5,11 lần. Do vậy, để rút ngắn thời gian chậm trễ tiếp cận dịch vụ y tế của bệnh nhân lao cần phối hợp nhiều biện pháp. Từ việc xác định đối tượng đích đến việc lựa chọn phương pháp tiếp cận, biện pháp tuyên truyền hiệu quả đến việc phát triển mạng lưới y tế phòng chống lao tới tận thôn bản là những việc làm rất cần thiết.

4.2. Hiệu quả can thiệp bằng Truyền thông giáo dục sức khỏe về bệnh lao

4.2.1. Sự thay đổi trong công tác phát hiện và điều trị bệnh lao trước và sau can thiệp

Mục tiêu của TCYTTG là phát hiện trên 70% số bệnh nhân lao phổi AFB(+) có trong cộng đồng và điều trị khỏi trên 85% số bệnh nhân là nguồn lây được phát hiện. Chương trình chống lao khuyến cáo phải đạt được 1% dân số đi thử đờm để khám phát hiện bệnh lao. Sau khi can thiệp bằng TTGDSK về bệnh lao, có một sự cải thiện tăng vọt các chỉ số về bệnh lao. Đó là, số người nghi lao đến khám bệnh tại huyện Tĩnh Gia (huyện can

thiệt) tăng 1,7 lần trong và sau quá trình can thiệp tại cộng đồng ; số BN lao phổi mới AFB(+) phát hiện cũng tăng trong quá trình can thiệp. Trong khi đó, số người nghi lao đến khám bệnh tại huyện Nga Sơn (huyện đối chứng) tăng không nhiều ; số BN lao phổi mới AFB(+) phát hiện không những không tăng mà còn giảm sút đáng kể trong khi không có biện pháp can thiệp trên cộng đồng. Kết quả tương tự như huyện đối chứng trong nghiên cứu của Phương Thị Ngọc (1997) khi không sử dụng các biện pháp truyền thông. Theo Trần Bình Định (2000) và trong nghiên cứu ở Trung Quốc (1994), sau giáo dục kiến thức bệnh lao số bệnh nhân được phát hiện cao hơn trước GDKT bệnh lao và không được GDKT bệnh lao. Tỷ lệ bệnh nhân bỏ trị giảm hẳn. Hứa Đình Trọng (2003), khi mở một chiến dịch tuyên truyền về bệnh lao và tổ chức khám chủ động, tác giả giải thích là đã lâu đồng bào mới được tiếp xúc với chiến dịch tuyên truyền về bệnh lao nên họ đi khám nhiều hơn. Trong những cuộc điều tra định kỳ hàng năm, số đối tượng đến khám giảm dần hoặc tăng giảm thất thường. Đây là nhược điểm của phương pháp phát hiện chủ động bệnh lao. Theo báo cáo của CTCLQG, hàng năm sau chiến dịch truyền thông kiến thức bệnh lao nhân ngày 24 tháng 3 của CTCLQG thì số bệnh nhân nghi lao đến khám và được phát hiện tại các cơ sở y tế tăng lên rõ rệt.

Trong báo cáo lượng giá chương trình chống lao quốc gia (2004), các chuyên gia nước ngoài lại nhận xét, dường như phần lớn công việc tuyên truyền hiện nay cho lao được tiến hành với sự tham gia tích cực của

các tổ chức quần chúng. Tuy nhiên, chưa có một nghiên cứu về tính hiệu quả của phương cách tuyên truyền này với các phương cách tuyên truyền khác. Ngoài ra người ta biết rất ít về tác động thực tế của các hoạt động tuyên truyền lao đến các chỉ số kiểm soát bệnh lao, như chỉ số phát hiện lao, sự tuân thủ điều trị, hoặc thậm chí đến thông tin và những rào cản liên quan đến nhận thức đối với việc chẩn đoán và chữa trị lao. Đánh giá như vậy là một phần chủ chốt của bất cứ một chiến lược tuyên truyền nào trong quá trình phòng chống bệnh lao. Những bài học từ đánh giá đó sẽ giúp chỉnh sửa việc hoạch định và thực thi chiến lược tuyên truyền.

4.2.2. Sự thay đổi về nhận thức của người dân

Sau can thiệp, sự hiểu biết đúng 12 nội dung khái quát về bệnh lao đều tăng ở cả huyện Tĩnh Gia và huyện Nga Sơn nhưng mức độ tăng khác nhau. Điều này dễ hiểu vì trình độ dân trí của người dân ngày càng tốt hơn thì sự hiểu biết chung về chăm sóc sức khỏe nói chung cũng như hiểu biết về bệnh lao nói riêng đều được cải thiện. Tuy nhiên, đánh giá chỉ số “mức độ tăng về hiểu biết đúng 12 nội dung nghiên cứu” cho thấy tất cả 12 nội dung chỉ số “mức độ tăng” của huyện can thiệp đều cao hơn hẳn huyện đối chứng. Điều này chỉ có thể giải thích được là do tác động của TTGDSK tại cộng đồng có hiệu quả. Tương tự như vậy, với 12 nội dung về nhận thức mức độ nguy hiểm, hậu quả của bệnh lao. Đánh giá chung về sự thay đổi trong nhận thức của bệnh nhân lao trước và sau can thiệp tại 2 huyện, ta thấy, tỷ lệ đối tượng được điều tra có kiến

thức đạt và tốt của huyện can thiệp cao hơn hẳn huyện đối chứng. Một lần nữa khẳng định vai trò của TTGDSK về bệnh lao đối với người dân trong việc nâng cao kiến thức chăm sóc sức khỏe.

Theo một nghiên cứu khác, một số chuyên gia lại cho rằng, đối với các hoạt động tuyên truyền giáo dục sức khỏe về bệnh lao, chương trình đã sử dụng các phương tiện thông tin đại chúng, như vô tuyến đài và báo. Tuy nhiên, cán bộ chương trình lao tại tỉnh Bình Phước có cảm nhận rằng tiếp xúc trực tiếp là phương cách có hiệu quả hơn đối với những đồng bào dân tộc thiểu số bởi vì mức thu nhập và giáo dục thấp hơn các mức của người dân bình thường. Do vậy họ không có điều kiện để tiếp xúc với các phương tiện thông tin đại chúng hoặc họ quên những điều mà họ nghe hoặc họ đọc được từ phương tiện thông tin đại chúng rất nhanh. Báo cáo nghiên cứu này cũng đánh giá những yếu kém trong việc tuyên truyền bệnh lao: Một vài cán bộ tuyên truyền đã đề cập đến sự thiếu kiến thức và nhận thức về bệnh lao như là một thách thức chủ yếu, đặc biệt trong cộng đồng dân ở vùng sâu vùng xa, do vậy cần phải có một chiến lược tuyên truyền tốt để khắc phục thách thức này. Tuy nhiên, nhóm nghiên cứu này cũng nhận thấy điểm yếu trong chiến lược và tài liệu tuyên truyền do chương trình lao sử dụng hiện nay nhằm nâng cao nhận thức và truyền tải thông tin về lao và chương trình lao. Đặc biệt, một số phương tiện sử dụng rộng rãi không phù hợp về tính văn hóa với tính nhạy cảm về giới tính.

4.2.3. Sự thay đổi thái độ, hành vi tìm kiếm dịch vụ y tế

Sau can thiệp, tỷ lệ bệnh nhân tự nhận biết và tự đến bệnh viện huyện hoặc BV lao khi có triệu chứng mắc lao tăng cao tại huyện Tĩnh Gia gấp 4,2 lần huyện Nga Sơn. Tương tự trong nghiên cứu của Trần Bình Định (2000), sau GDKT bệnh lao, bệnh nhân đi khám bệnh khi có dấu hiệu ho khạc đờm chiếm tỷ lệ cao nhất (71,3%). Trước đó cũng ở huyện đó và ở huyện đối chứng thì phần lớn người bệnh có các triệu chứng nặng của bệnh lao như: khó thở, ho ra máu, đau ngực mới đi khám ở cơ sở y tế. Cần phải đưa ra những loại hình thông tin giải quyết các vấn đề cốt yếu trong việc truyền thông giáo dục sức khỏe cho quảng đại quần chúng là: thiếu những nhận biết về triệu chứng, những quan niệm thông thường không đúng về lao, những mặc cảm về lao, thiếu hiểu biết về việc cần phải làm gì và đi đâu khi có triệu chứng lao, v.v...

4.2.4. Hiệu quả trong việc rút ngắn thời gian chậm trễ tiếp cận dịch vụ y tế của bệnh nhân lao

Đánh giá lại thời gian chậm trễ sau can thiệp, ta thấy, tỷ lệ bệnh nhân không chậm trễ trong tiếp cận dịch vụ y tế đều tăng sau can thiệp ở cả 2 huyện Tĩnh Gia và Nga Sơn nhưng mức độ tăng khác nhau. Tỷ lệ chậm trễ ngắn và dài cũng giảm theo các mức độ khác nhau ở cả hai huyện can thiệp và đối chứng. Số liệu này góp thêm một bằng chứng cũng như là thành công của CTCL trong việc áp dụng TTGDSK về bệnh lao trên cộng đồng. Trần Bình Định (2000), sau khi được giáo dục những kiến thức cơ bản về bệnh lao, đã có 65,7% người bệnh có triệu chứng lâm sàng nghi lao (ho khạc,

gầy rút cân, sốt về chiều...) đi khám trong thời gian dưới 2 tháng. Trước đó không có bệnh nhân nào đi khám trong thời gian này.

Qua thực tiễn nghiên cứu can thiệp nhằm cải thiện sự chậm trễ tiếp cận dịch vụ y tế từ phía cộng đồng đối với bệnh lao tại huyện Tĩnh Gia, Thanh Hoá cũng cho một nhận định thống nhất với Báo cáo y tế Việt Nam năm 2006: công tác TT-GDSK hiện tại và trong tương lai vẫn giữ vai trò quan trọng trong phòng chống bệnh tật và nâng cao sức khoẻ người dân nói chung và đối với bệnh lao, HIV/AIDS nói riêng. TT-GDSK có thể tác động hiệu quả rất cao nếu được triển khai tiến hành có chất lượng và theo phương pháp khoa học. Hoạt động TT-GDSK có tác động rất mạnh tới thay đổi nhận thức, hành vi, giảm thiểu những hành vi có hại cho sức khoẻ, cải thiện những hành vi có lợi cho chăm sóc sức khoẻ, giúp người dân sử dụng dịch vụ tư vấn phòng chống lao hợp lý.

4.3. Về hạn chế trong nghiên cứu: Trong quá trình điều tra phải phỏng vấn bệnh nhân có thể xảy ra những sai số như: thời gian, xác định triệu chứng nào là triệu chứng đầu tiên, những giấy tờ ghi chép thông tin của một số bệnh nhân tìm đến các cơ sở y tế trước khi đến với tổ chống lao huyện (ví dụ như y tế tư) thường không có và điều này dẫn đến việc ước tính sai thời gian chậm trễ, điều tra thông qua phỏng vấn bệnh nhân, có thể một vài ý giải thích cho bệnh nhân lại xa đà vào trở thành gợi ý câu trả lời làm sai lệch kết quả điều tra. Tuy nhiên, để hạn chế bớt những sai số trên, nghiên cứu đã tiến hành nhiều biện pháp để khống chế.

KẾT LUẬN

1. Thời gian chậm trễ tiếp cận dịch vụ y tế của bệnh nhân lao phổi mới AFB(+) tại Thanh Hóa tương đối dài (7,42 tuần); 40,8% số bệnh nhân chậm trễ ngắn, 23,2% bệnh nhân chậm trễ dài và chỉ có 36% được xem là không chậm trễ.

Các yếu tố liên quan tới sự chậm trễ là:

- *Tuổi*: Nhóm dưới 20 và trên 50 tuổi có nguy cơ chậm trễ cao hơn nhóm 20-50 tuổi (OR = 6,25; p = 0,01).

- *Nghề nghiệp*: Nhóm nông dân, công nhân, buôn bán, thủ công có nguy cơ chậm trễ cao hơn nhóm công chức, sinh viên (OR = 6,06; p = 0,0001).

- *Thu nhập*: Nhóm có thu nhập dưới 200.000đ/tháng có nguy cơ chậm trễ cao hơn nhóm thu nhập trên 200.000đ/tháng (OR = 2,13; p = 0,01).

- *Trình độ học vấn*: Nhóm đối tượng trình độ học vấn thấp dưới THPT có nguy cơ chậm trễ cao hơn nhóm trình độ THPT trở lên (OR = 4,26; p = 0,001).

- *Kiến thức của bệnh nhân về bệnh lao*: Nhóm bệnh nhân kiến thức kém có nguy cơ chậm trễ cao hơn nhóm có kiến thức đạt và tốt (OR = 2,32; p = 0,001).

- *Nguồn thông tin*: Nhóm chưa tiếp nhận thông tin về bệnh lao có tỷ lệ chậm trễ cao hơn nhóm đã từng nhận thông tin (OR= 2,19, p = 0,02).

- *Mức độ thu nhận thông tin*: Nhóm tiếp nhận thông tin dưới 1 lần/tuần chậm trễ cao hơn nhóm tiếp nhận thông tin trên 1 lần/tuần (OR= 5,11, p = 0,01).

Nghiên cứu này cũng cho thấy một số yếu tố khác có liên quan tới sự chậm trễ tiếp cận dịch vụ y tế của bệnh

nhân, đó là: *Dân tộc, tình trạng hôn nhân, khoảng cách từ nhà đến TTYT huyện, phương tiện đi lại.*

2. Hiệu quả can thiệp bằng mô hình Truyền thông giáo dục sức khỏe được cải thiện rõ rệt:

- *Số người nghi lao đi khám bệnh:* tại huyện Tĩnh Gia (NCT) tăng nhanh (gấp 1,7 lần) trong và sau quá trình can thiệp tại cộng đồng, trong khi đối tượng nghi lao đến khám tại huyện Nga Sơn (NĐC) có tăng nhưng không đáng kể.

- *Tỷ lệ người nghi lao đến khám/1000 dân* tại huyện Tĩnh Gia tăng nhanh trong quá trình tiến hành can thiệp (1,8 lần), và tăng đều, ổn định đến sau quá trình can thiệp. Nhưng ở huyện Nga Sơn thì tỷ lệ này tăng giảm thất thường.

- *Số người được thử đờm/1000 dân* sau can thiệp tăng nhanh. Mức độ tăng của huyện Tĩnh Gia gấp 2,1 lần huyện Nga Sơn.

- *Số BN lao được phát hiện* ở Tĩnh Gia tăng từ 187 BN (2005) lên 196 BN (2007), trong khi ở Nga Sơn lại giảm từ 186 BN (2005) xuống 150 BN (2007).

- *Số bệnh nhân lao phổi mới AFB(+)* phát hiện sau can thiệp, ở Tĩnh Gia tăng 11%, trong khi ở Nga Sơn lại giảm 8,4%.

- *Tỷ lệ bệnh nhân có thay đổi về kiến thức và nhận thức* tại huyện can thiệp đều cao hơn huyện đối chứng ở các mức độ khác nhau.

- *Tỷ lệ bệnh nhân có thay đổi về hành vi tìm kiếm dịch vụ y tế* theo chiều hướng tích cực tại huyện can thiệp đều cao hơn huyện đối chứng.

- Thời gian chậm trễ được rút ngắn: Đối tượng sau can thiệp của huyện Tĩnh Gia không chậm trễ trong tiếp cận dịch vụ y tế tăng cao hơn 2 lần so với huyện Nga Sơn. Tỷ lệ chậm trễ dài của huyện Tĩnh Gia cũng giảm nhiều hơn huyện Nga Sơn 1,9 lần.

KIẾN NGHỊ

1. Ban chỉ đạo CTCL tỉnh Thanh Hoá cần xây dựng và triển khai kế hoạch hoạt động phòng chống bệnh lao đồng bộ và quyết liệt hơn, trong đó có các hoạt động khám phát hiện thụ động kết hợp với chủ động, kiểm tra giám sát, đào tạo huấn luyện, truyền thông GDSK.
2. Đề nghị Sở Y tế Thanh Hoá chỉ đạo lồng ghép các Chương trình y tế triển khai trong tỉnh để sức mạnh của các nguồn lực được tăng cường, tạo điều kiện cho người dân được tiếp cận sớm với các dịch vụ chăm sóc sức khoẻ. Củng cố hệ thống TTGDSK, coi công tác TTGDSK là ưu tiên hàng đầu, đa dạng hoá các phương tiện truyền thông và hình thức truyền thông.
3. Hiệu quả của mô hình TTGDSK về bệnh lao tại Tĩnh Gia đã được khẳng định. Đề nghị Sở Y tế Thanh Hoá cho triển khai tất cả các huyện trên địa bàn toàn tỉnh. Đề nghị với CTCLQG áp dụng triển khai rộng rãi mô hình này ở những địa phương có điều kiện địa lý, kinh tế, xã hội tương tự.