

KIẾN THỨC, THỰC HÀNH TRONG ĐIỀU TRỊ ARV CỦA BỆNH NHÂN HIV/AIDS VÀ MỘT SỐ HOẠT ĐỘNG HỖ TRỢ CỦA CỘNG ĐỒNG TẠI TRUNG TÂM Y TẾ HUYỆN TỪ LIÊM, HÀ NỘI

LÊ THỊ BÍCH LIÊN – Trung tâm y tế Từ Liêm
LÊ THỊ BÌNH – Học viện Y Dược học cổ truyền Việt Nam

TÓM TẮT

Mục tiêu: (1) Mô tả kiến thức, thực hành của người nhiễm HIV/AIDS trong điều trị ARV tại TTYT Từ Liêm (2) Mô tả một số hoạt động cung cấp dịch vụ hỗ trợ, điều trị bệnh nhân HIV/AIDS. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang gồm 269 BN đủ các tiêu chuẩn lựa chọn đang điều trị ARV tại TTYT Từ Liêm từ tháng 3/2012 đến tháng 6/2012. **Kết quả:** nam > nữ (63,6%), 64,7% độ tuổi 30-39 tuổi, 89,2% học vấn ở cấp PTTH, 77% sống cùng với vợ/chồng. Có 50,2% không có việc làm, 49,8% có công ăn việc làm. Lây chủ yếu là tiêm chích ma túy (53,9%), QHTD (37,9%). Được tập huấn trước khi điều trị ARV chiếm 100%. Từ 95,5 - 98,9% BN có kiến thức về tuân thủ điều trị, biết hậu quả của nó chiếm 86,5% và 100% thực hiện việc uống thuốc 2 lần/ngày với khoảng cách là 12 tiếng. Các hỗ trợ của người thân, đồng đẳng viên, cộng tác viên như: chiếm 43,9% là vợ/chồng, 26% là bố mẹ, 11,5% là anh/chị/em. Việc người thân nhắc nhở uống thuốc (86,6%), CS ăn uống (83,6%), động viên an ủi (90,7%), sự CS của nhóm đồng đẳng (61,3%), của cộng tác viên (84%), BN tham gia vào câu lạc bộ người nhiễm (34,9%).

Từ khóa: trung tâm y tế, phòng khám ngoại trú, chăm sóc, bệnh nhân, quan hệ tình dục, kiến thức.

SUMMARY

Knowledge and practice in antiretroviral treatment of HIV/AIDS and a number of activities in support of community health centers Tu Liem District, Ha Noi

Objective: (1) A description of knowledge and practice of HIV/AIDS in ARV treatment at medical centers Liem (2) Describe some activities to provide support services, patient treatment HIV/AIDS. **Subjects and research methods:** Cross-sectional descriptive study included 269 patients who are selected antiretroviral treatment in Health centers Tu Liem from May 3/2012 to January 6/2012. **Result:** Male > female (63.6 %), 64.7% aged 30-39, 89.2% at the high school, 77% live with wife/husband. 50.2% have no job, 49.8% have jobs. They use mainly with drugs every day (53.9%), sex (37.9%). Trained before antiretroviral therapy occupies 100%. From 95.5 to 98.9% of patients had knowledge about treatment adherence, knowing the consequences of it accounted for 86.5% and 100% make the pill 2 times/day with a gap of 12 hours. The support of family, peer, collaborator as: 43.9% of wives/husbands, 26% of parents, 11.5% is him/her/them. Relatives in

medication reminders (86.6%), eating care (83.6%), comforting encouragement (90.7%), the care of the peer group (61.3%), collaborators (84%), patient participation in club infections (34.9%).

Keywords: Health centers, outpatient clinics, patient care, sex, knowledge.

ĐẶT VẤN ĐỀ

Căn bệnh HIV là do virus gây suy giảm miễn dịch ở người, đến nay nhiễm HIV/AIDS đã lan khắp toàn cầu và phát triển với tốc độ nhanh hơn mọi dự báo Theo WHO và UNAIDS, chỉ tính riêng trong năm 2011 đã có 2,2 triệu người mới bị nhiễm HIV và 1,7 triệu người chết vì AIDS [7], theo Cục phòng, chống HIV/AIDS đến 31/3/2012, số nhiễm HIV hiện còn sống là 201.134 số bệnh nhân AIDS hiện còn sống là 57.733 và 61.579 trường hợp tử vong do AIDS [6]. Việc điều trị kháng RertoVirus (ARV) cần phải uống đủ, đúng giờ để đảm bảo hiệu quả, tránh kháng thuốc. Do đó, chăm sóc hỗ trợ điều trị phải toàn diện bao gồm quản lý lâm sàng, tư vấn, hỗ trợ tâm lý xã hội, chăm sóc giai đoạn cuối đời, ngăn chặn sự lây nhiễm HIV trong cộng đồng. Với mục tiêu tăng cường hệ thống hỗ trợ, CS nhằm nâng cao chất lượng cuộc sống cho họ, tìm hiểu về kiến thức, thực hành khi điều trị ARV như thế nào, đó là lý do đề tài được thực hiện nhằm mục tiêu:

1. Mô tả kiến thức, thực hành của người nhiễm HIV/AIDS trong điều trị ARV tại TTYT Huyện Từ Liêm, TP Hà Nội năm 2012.

2. Mô tả một số hoạt động cung cấp dịch vụ chăm sóc, hỗ trợ, điều trị bệnh nhân HIV/AIDS dựa vào người thân, đồng đẳng viên, cộng tác viên tại TTYT Huyện Từ Liêm.

ĐỐI TƯỢNG, PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. **Đối tượng nghiên cứu:** Người nhiễm HIV/AIDS đang điều trị ARV tại PKNT, TTYT Từ Liêm
Thời gian nghiên cứu: Từ tháng 3/2012 đến tháng 6/2012.

Tiêu chuẩn lựa chọn: Người nhiễm HIV đang được chăm sóc và điều trị ARV đã điều trị ARV ít nhất 06 tháng, có đủ sức khỏe, tinh táo để trả lời các câu hỏi phỏng vấn

2. **Phương pháp nghiên cứu:** Mô tả cắt ngang.

Phương pháp chọn mẫu: Chọn mẫu toàn bộ (BN đủ các tiêu chuẩn lựa chọn), số BN đáp ứng đủ tiêu chuẩn để đưa vào nghiên cứu là 269

Công cụ nghiên cứu: Phiếu phỏng vấn cho người nhiễm HIV/AIDS đang điều trị ARV gồm:

- Thông tin chung về đối tượng nghiên cứu như

tuổi, giới, trình độ học vấn, nghề nghiệp...

- Kiến thức về tuân thủ điều trị ARV như hiểu biết về thuốc, cách uống, thời gian điều trị, tác dụng phụ của thuốc, tuân thủ điều trị, không tuân thủ điều trị, hậu quả của không tuân thủ điều trị, kiến thức về uống bù thuốc khi quên và các biện pháp hỗ trợ tuân thủ điều trị...

- Thực hành điều trị ARV bao gồm: số lần uống/ngày, khoảng cách các lần uống, quên uống/tháng, các biện pháp nhắc uống thuốc, TD và xử lý khi quên thuốc, xử lý khi gặp phải tác dụng phụ của thuốc...

- Các hoạt động hỗ trợ, chăm sóc của người thân, đồng đẳng viên và các cộng tác viên...

Kỹ thuật thu thập số liệu: Phỏng vấn trực tiếp bệnh nhân tại Phòng khám nội trú (PKNT).

Phương pháp thu thập số liệu: Lập danh sách dựa trên danh sách BN HIV/AIDS đang điều trị ARV tại PKNT của Trung tâm Y tế (TTYT) Từ Liêm. Chọn 04 điều tra viên là CB của khoa kiểm soát dịch bệnh, HIV/AIDS - TTYT Từ Liêm và CB trạm YT xã Cổ Nhuế. Tập huấn cho các cán bộ tham gia thu thập thông tin trước điều tra. Tiến hành thử nghiệm bộ công cụ, chỉnh sửa và hoàn chỉnh

3. Phương pháp xử lý số liệu: Xử lý số liệu bằng phần mềm SPSS 16.0

4. Vấn đề đạo đức trong nghiên cứu: Thông báo về mục đích của NC, chỉ tiến hành khi được sự đồng ý của đối tượng NC và đảm bảo tính bí mật của các thông tin thu được chỉ để phục vụ cho NC.

KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

1. Thông tin chung về đối tượng nghiên cứu

Bảng 1: Giới tính, tuổi và trình độ học vấn của đối tượng nghiên cứu

Thông tin chung		n = 269	Tỷ lệ (%)
Giới tính:	Nam	171	63,6
	Nữ	98	36,4
Nhóm tuổi:	20 - 29 tuổi	39	14,5
	30 - 39 tuổi	174	64,7
	≥ 40 tuổi	56	20,8
	Trình độ học vấn:	4	1,5
	Tiểu học (1 - 5)		
	THCS (6 - 9)	14	5,2
	PTTH (10 - 12)	240	89,2
	Trung cấp đến đại học	11	4,1
Tình trạng hôn nhân:	Chưa có gia đình	39	14,5
	Đã có gia đình	207	77,0
	Ly thân/li dị	15	5,6
	Góa	4	1,5
	Sống chung chưa kết hôn	4	1,5
Nghề nghiệp	Nông dân	26	9,7
	Công Nhân	24	8,9
	Thợ thủ công	14	5,2
	Bộ đội/ công an	1	0,4
	Lái xe	18	6,7
Nhân viên Hành chính		13	4,8
	Thất nghiệp	135	50,2
	Khác	38	14,1
Lý do nhiễm HIV:	Tiêm chính ma túy	15	53,9
	Quan hệ tình dục	102	37,9
	Khác	22	8,2

Đa phần là nam giới (chiếm 63,6%), 64,7% có độ tuổi 30-39 tuổi, 89,2% học vấn ở cấp PTTH, 4,1% trình độ từ trung cấp đến đại học và 1,5% ở cấp Tiểu học. Có 77% sống cùng với vợ/chồng; 14,5% sống độc thân, 5,6% sống ly thân, góa (chiếm 1,5%) và sống chung chưa kết hôn (1,5%). Có 50,2% không có việc làm, 49,8% có công ăn việc làm; nông dân (9,7%), công nhân (8,9%), lái xe (6,7%) còn lại làm các nghề và công việc khác. Đường lây chủ yếu là tiêm chính ma túy (53,9%), QHTD (37,9%), khác (5,6%) và 2,6% không nhớ.

2. Nội dung tập huấn trước điều trị ARV

Bảng 2: Trước điều trị ARV bệnh nhân được tập huấn với các nội dung

Biến số nghiên cứu	n = 269	Tỷ lệ
Số buổi tham gia tập huấn của đối tượng nghiên cứu		
1 - 2 buổi	136	50,6
3 - 5 buổi	123	45,7
≥ 6 buổi	10	3,7
Tập huấn trước điều trị ARV		
TT cơ bản về HIV, điều trị, dự phòng NTCH	262	97,4
Xác định người hỗ trợ tuân thủ điều trị	162	60,2
Các tác dụng phụ của thuốc và cách xử trí	205	76,2
Phác đồ điều trị	136	50,6

100% ĐTNC được tập huấn trước khi tham gia điều trị ARV, trong đó 50,6% ĐTNC tham gia 1 đến 2 buổi, 45,7% tham gia 3 đến 5 buổi, 3,7% tham gia trên 6 buổi.

Chiếm 97,4% ĐTNC biết các thông tin cơ bản về HIV, biết về điều trị bằng ARV, dự phòng NTCH trước điều trị, 76,2% được biết về tác dụng phụ của thuốc, và cách xử trí và có 50,6% biết về các phác đồ điều trị, 60,2% ĐTNC xác định người hỗ trợ tuân thủ điều trị.

3. Đánh giá về kiến thức của đối tượng nghiên cứu khi điều trị ARV

Bảng 3: Kiến thức về tuân thủ điều trị thuốc ARV

Biến số nghiên cứu	n=269	Tỷ lệ
KT về thời gian điều trị ARV: Chỉ một thời gian	2	0,7
Điều trị khi thấy hết triệu chứng	5	1,9
Điều trị đến khi thấy cơ thể khỏe lên	5	1,9
Điều trị suốt đời	257	95,5
Cách uống thuốc ARV: Uống 2 lần/ngày	269	100
Khoảng cách giữa 2 lần uống là 12 tiếng	269	100
KT về tuân thủ điều trị: Uống đúng thuốc	256	95,2
Uống đúng số lượng	264	98,1
Uống đúng thời gian	266	98,9
KT về không tuân thủ điều trị: Bỏ 1 liều thuốc trong số thuốc	209	77,7
Bỏ một ngày không uống thuốc	262	97,4
Không quan tâm đến thời gian giữa các lần uống	266	98,9
Không biết	3	1,1
Kiến thức về hậu quả của không tuân thủ điều trị		
Không ngăn chặn được sự tăng lên của virus HIV	233	86,5
Khả năng chống đỡ bệnh tật kém	220	82

Kháng thuốc	136	50,6
Tăng chi phí điều trị	129	48
Hạn chế cơ hội điều trị trong tương lai	86	32
BP hỗ trợ tuân thủ điều trị: Tự xây dựng kế hoạch	265	98,5
Phối hợp với người hỗ trợ	236	87,7
Thông báo cho CBYT	266	98,9
Không làm gì	2	0,8
KT về tác dụng phụ thuốc: Hiểu biết về tác dụng phụ	266	98,9
Không biết	3	1,1
Triệu chứng của tác dụng phụ:		
Nổi mẩn	189	70,3
Vàng da	84	31,2
Nôn	78	29,0
Tiêu chảy	65	24,2
Đau bụng	46	17,1
Đau đầu	98	36,4
Hoa mắt, chóng mặt	136	50,6
Khác	12	4,5

Nhận thức về tuân thủ điều trị: 98,9% ĐTNC cho biết ARV là thuốc kháng virus HIV. Có 97,8% biết được điều trị ARV phải phối hợp ít nhất 3 loại thuốc trở lên. Có 95,5% nhận thức được điều trị ARV là điều trị suốt đời. 100% biết rằng uống 2 lần/ngày và cách nhau 12 tiếng. Nhận thức được thuốc phải uống đúng thời gian (98,9%), uống đúng số lượng quy định (98,1%), uống đúng thuốc (95,2%).

Về không tuân thủ điều trị: Trong số không tuân thủ, bỏ 1 liều thuốc trong số các thuốc (77,7%), bỏ ngày không uống thuốc (97,4%), không quan tâm đến khoảng thời gian giữa lần uống thuốc (98,9%).

Về hậu quả không tuân thủ điều trị: Có 86,5% ĐTNC biết hậu quả không tuân thủ điều trị sẽ không ngăn chặn được sự tăng lên của virus HIV, 82% biết hậu quả không tuân thủ điều trị sẽ làm chống đỡ bệnh tật kém và sẽ gây kháng thuốc tới 50,6% và chi phí điều trị tăng tới 32% và bị hạn chế cơ hội điều trị trong tương lai tới 48%.

Biện pháp hỗ trợ tuân thủ điều trị: Có tới 98,5% hiểu việc tuân thủ điều trị là phải tự xây dựng kế hoạch phù hợp cho mình, phải phối hợp cùng người hỗ trợ (87,7%) và 98,9% biết rằng khi có khó khăn phải báo cho CBYT. Có tới 98,9% biết về các tác dụng phụ của thuốc và tên tác dụng phụ có thể gặp, tỷ lệ nổi mẩn chiếm 70,3%, hoa mắt, chóng mặt (50,6%), đau đầu (36,4%), vàng da (31,2%), nôn (29%)

4. Thực hành tuân thủ điều trị ARV của đối tượng nghiên cứu

Bảng 4: Thực hành chung về điều trị ARV

Thực hành tuân thủ điều trị	n	Tỷ lệ
Thực hành điều trị ARV: Uống 2 lần/ngày	269	100
Khoảng cách giữa 2 lần uống 12 tiếng	269	100
Các biện pháp nhắc nhở uống thuốc:	222	82,5
Đặt chuông báo thức		
Nhờ người hỗ trợ	182	67,7
Lên lịch uống thuốc	173	64,3
Số lần quên thuốc/tháng: 1 - 2 lần	38	95,0
3 - 8 lần	2	5,0
Lý do quên: Quên	20	50,0

Hết thuốc	1	2,5
Khó khăn đi lại lấy thuốc	2	5,0
Lý do khác	17	42,5
Xử lý khi quên: Uống bù ngay và tính thời gian uống liều kế tiếp	32	80,0
Bỏ luôn liều vừa quên và uống như thường lệ	8	20,0
Xử lý khi gặp tác dụng phụ: Báo nhân viên y tế phòng khám	239	88,9
Tự điều trị tại nhà	27	10
Dừng thuốc điều trị ARV	3	1,1

Về thực hành điều trị ARV: 100% BN thực hiện việc uống thuốc 2 lần trong một ngày và khoảng cách giữa các lần uống thuốc là 12 tiếng. ĐTNC thực hiện các biện pháp để thực hành việc tuân thủ điều trị: có tới 82,6% đã đặt chuông báo thức, có 67,7% nhờ người hỗ trợ và 64,5% đã lên lịch uống thuốc để tránh quên. Số lần quên thuốc/tháng: chiếm 95,0% quên từ 1 đến 2 lần trong tháng, chỉ 5% quên từ 3-8 lần. Có tới 50% BN quên thuốc không nêu được lý do, 42,5% quên bởi lý do khác như bận, đi làm, 2,5% bởi do hết thuốc và 5% là do bởi khó khăn đi lại lấy thuốc.

Thực hiện của ĐTNC khi quên uống thuốc: 80% BN khi quên thuốc biết cách phải uống bù ngay liều vừa quên và tính thời gian để uống liều kế tiếp, còn 20% bỏ luôn liều vừa quên và lại uống như thường lệ. Khi gặp phải tác dụng phụ của thuốc: Có 88,9% BN biết phải thông báo cho nhân viên y tế, có 10% tự điều trị tại nhà, chỉ có 1,1% dừng không uống ARV.

5. Hoạt động chăm sóc, hỗ trợ của người thân, đồng đẳng viên, CTV

Bảng 5: Hoạt động hỗ trợ chăm sóc cho người nhiễm

Hoạt động hỗ trợ chăm sóc	N	Tỷ lệ
Đối tượng CS và hỗ trợ cho người nhiễm:	118	43,9
Vợ/chồng		
Bố/mẹ	70	26
Anh/chị em	31	11,5
Họ hàng	22	8,2
Bạn bè	28	10,4
Các hoạt động hỗ trợ chăm sóc		
Đi cùng và tham gia tập huấn, tư vấn, lĩnh thuốc đầy đủ	216	80,3
Nhắc nhở uống thuốc	233	86,6
Chăm sóc ăn uống	225	83,6
An ủi động viên	244	90,7
Hỗ trợ tiền	158	58,7
Được sự hỗ trợ bởi đồng đẳng viên:	165	61,3
Có		
Không	104	38,7
Các hỗ trợ được cung cấp bởi đồng đẳng viên: CS thăm hỏi	165	61,3
Tư vấn dinh dưỡng	154	57,2
Tư vấn kiến thức dự phòng lây nhiễm HIV	152	56,5
Tư vấn hỗ trợ tâm lý	145	53,9
Tư vấn tuân thủ điều trị ARV tại nhà	131	40,7
Được sự hỗ trợ bởi cộng tác viên:	226	84,0
Có		
Không	43	16,0
Hoạt động CS, điều trị cung cấp bởi CTV:	226	84,0

CS, thăm hỏi		
Tư vấn dinh dưỡng	166	61,7
Tư vấn kiến thức dự phòng lây nhiễm HIV	153	56,9
Tư vấn hỗ trợ tâm lý	180	66,9
Tư vấn tuân thủ điều trị ARV tại nhà	136	50,6
Tham gia câu lạc bộ người nhiễm HIV:	94	34,9
Có		
Không	175	65,1

- *Đối tượng CS và hỗ trợ cho người nhiễm*: 43,9% là vợ/chồng, 26% là bố/mẹ và 11,5% là anh/chị em họ hàng (8,2%), bởi bạn bè (6,3%), khác (4,1%).

- *Các hoạt động chăm sóc của người thân*: Đi cùng tham gia tập huấn chiếm 80,3%, được người nhà nhắc nhở uống thuốc chiếm 86,6%, chăm sóc ăn uống chiếm 83,6%, an ủi động viên chiếm tới 90,7%. Có 61,3% đồng đẳng viên CS khi đang điều trị ARV, vẫn còn 38,7% chưa nhận được sự chăm sóc.

- *Các hỗ trợ bởi đồng đẳng viên*: Thăm hỏi (61,3%), tư vấn KT dự phòng lây nhiễm HIV (56,5%), tư vấn về DD (57,2%), tư vấn về tâm lý (53,9%), chỉ có 40,7% BN được tư vấn tuân thủ điều trị tại nhà.

- *Các hỗ trợ được cung cấp bởi cộng tác viên*: Thăm hỏi (84%), tư vấn kiến thức dự phòng lây nhiễm HIV (56,9%), tư vấn về dinh dưỡng (61,7%), tư vấn hỗ trợ về tâm lý (66,9%), chỉ có 50,6% BN được tư vấn tuân thủ điều trị tại nhà. Có 84% BN đang điều trị ARV nhận được hỗ trợ của cộng tác viên và 16% không nhận được sự hỗ trợ của mạng lưới này.

- *Về tham gia câu lạc bộ*: Chiếm tỷ lệ thấp (34,9%), không tham gia vào câu lạc bộ lên đến 65,1%.

BÀN LUẬN

1. Đặc điểm nhân khẩu học và các thông tin chung của ĐTNC

Kết quả nghiên cứu cho thấy đa số người nhiễm HIV/AIDS được điều trị ARV tại PKNT huyện Từ Liêm là nam giới (63,6%). Nữ giới 36,4%, tỷ lệ này cao hơn so với KQNC của Nguyễn Minh Hạnh (là 20%) [3]. Điều này có thể được lý giải là do hiện nay truyền thông đại chúng được sâu và rộng hơn, các cơ sở tư vấn và xét nghiệm nhiều hơn, do đó phụ nữ tiếp cận với các cơ sở này cũng nhiều hơn. Độ tuổi từ 22 tuổi đến 58 tuổi, trong đó độ tuổi từ 20-39 tuổi chiếm 79,2%. Nghiên cứu của chúng tôi tương đương với báo cáo về tình hình nhiễm HIV của BHYT năm 2010 (80%) [1]. Về trình độ phần lớn là PTTH (89,2% tương đương với KQNC của Nguyễn Minh Hạnh là 89,6%) [3]. Đây là lứa tuổi trẻ, năng nổ, thích khám phá những điều mới lạ và thích được thỏa mãn những hiểu kỳ trong cuộc sống, dễ bị sa ngã và bị cám dỗ trước những tiêu cực trong cuộc sống như ma túy, mại dâm. Tỷ lệ thất nghiệp của những BN đang được điều trị ARV chiếm 50,2%, tỷ lệ này thấp hơn so với nghiên cứu của Nguyễn Hữu Hải (60%), Tạ Thị Hồng Hạnh (67,7%) [2], [4]. Vì việc làm ổn định nên thực hành tuân thủ điều trị ARV không thuận lợi. Người nhiễm HIV có vợ/chồng chiếm 77%, tỷ lệ này cao hơn so với KQNC Nguyễn Hữu Hải 43% [2]. Đây là một trong những thuận lợi trong công tác

chăm sóc, điều trị ARV cho người nhiễm HIV, vì họ nhận được sự quan tâm, chăm sóc của người vừa có trách nhiệm và thân gia đình trong hoạt động điều trị ARV. Công tác tư vấn cho người nhiễm HIV trước điều trị ARV là rất quan trọng, giúp BN hiểu về tầm quan trọng của việc tuân thủ điều trị ARV, lợi ích và nghĩa vụ phải thực hiện buộc là người nhiễm và gia đình người nhiễm phải được tham gia tập huấn trước điều trị (100%), có tới 49,4% tập huấn từ 3 buổi trở lên, nhiều nhất là thông tin cơ bản về HIV, về điều trị bằng ARV, về dự phòng NTCH (97,4%) tương đương KQNC của Nguyễn Minh Hạnh [3].

2. Kiến thức về tuân thủ điều trị ARV

Có 98,9% biết là thuốc kháng virus HIV và 97,8%, biết điều trị ARV phải kết hợp 3 loại thuốc trở lên, và nguyên tắc uống thuốc 2 lần/ngày với khoảng cách 12 tiếng chiếm 100%, cao hơn so với NC của Nguyễn Minh Hạnh (98,2%) [3]. Khi được hỏi về tác dụng phụ của thuốc ARV thì có 98,9% biết đến các tác dụng phụ của thuốc. Tác dụng phụ được nhắc đến nhiều nhất là nổi mẩn (70,3%). Tỷ lệ này thấp hơn so với NC của Trần Thị Xuân Tuyết (96,64%) [5]. Tuân thủ điều trị là yếu tố quan trọng đưa đến thành công hay thất bại trong điều trị. Tỷ lệ BN trả lời tuân thủ điều trị là uống đúng thuốc (95,2%), uống đúng số lượng (98,1%), uống đúng thời gian (98,9%), tỷ lệ này cao hơn so với tỷ lệ trong nghiên cứu của tác giả Nguyễn Minh Hạnh [3]. Khi nêu hậu quả của không tuân thủ điều trị, 86,5% BN đề cập đến việc không ngăn chặn được sự tăng lên của virus HIV, tỷ lệ này tương đương với NC của Trần Thị Xuân Tuyết [5], có 50,6% BN đề cập đến hậu quả kháng thuốc, tỷ lệ này thấp hơn so với NC của Trần Thị Xuân Tuyết (73,2%) [5]. Về kiến thức cơ bản của ĐTNC trước khi tham gia điều trị như việc cần làm khi quên uống thuốc thì có 75,8% ĐTNC có kiến thức đúng là uống bù ngay liều vừa quên và tính thời gian để uống liều kế tiếp. Tuy nhiên vẫn có 23% ĐTNC bỏ luôn liều vừa quên và uống như thường lệ, 1,1% ĐTNC không biết cách phải làm như thế nào khi quên uống thuốc. Đây là kiến thức rất quan trọng liên quan tới việc thực hành của BN khi người bệnh quên thuốc.

3. Thực hành tuân thủ điều trị ARV của đối tượng nghiên cứu:

100% các ĐTNC tuân thủ uống thuốc 2 lần/ngày và cách nhau 12 tiếng. Tuy nhiên, có 14,9% ĐTNC quên thuốc trong vòng 1 tháng, và 95% quên thuốc/tháng 1-2 lần, theo quy định của BHYT vẫn được coi là tốt. KQNC này tương đương với tỷ lệ của Nguyễn Minh Hạnh [3]. Trên thực tế, tuân thủ điều trị ARV rất khó khăn và phức tạp, BN phải dùng kết hợp nhiều loại thuốc, thời gian điều trị dài và phải uống đúng thời gian quy định. Hơn nữa, những BN sau một thời gian điều trị thấy cơ thể khỏe lên thì lại thôi và vẫn tiếp tục làm việc, điều này có thể giải thích rằng việc tuân thủ điều trị đòi hỏi phải kiên trì. Uống bù ngay liều vừa quên và tính thời gian để uống liều tiếp theo là một thực hành quan trọng khi quên thuốc, thực hành này sẽ giúp BN giảm nguy cơ kháng

thuốc. KQNC cho thấy trong 40 trường hợp quên thuốc trong tháng thì có tới 80% thực hành đúng khi quên uống thuốc, còn 20% là bỏ luôn liều vừa quên và uống như thường lệ. KQNC cũng chiếm tỷ lệ khá cao ở các biện pháp nhắc nhở như đặt chuông báo thức (86,2%), nhờ người hỗ trợ điều trị (67,7%) lên lịch uống thuốc (64,5%), KQ này tương đương với KQNC Trần Thị Xuân Tuyết [5]. Về cách xử lý khi gặp phải tác dụng phụ chiếm 88,9% điều này nói nên tầm quan trọng trong hướng dẫn BN những khó khăn, vướng mắc gặp phải trong quá trình điều trị ARV.

4. Hoạt động chăm sóc, hỗ trợ của người thân, đồng đẳng viên, CTV:

Người nhiễm HIV/AIDS là những người thiệt thòi, sống chung với gia đình và chịu ảnh hưởng rất lớn từ gia đình. KQNC cho thấy chủ yếu là vợ/chồng (43,9%), bố/mẹ (26,0%), anh/chị/em (11,5%). Có 80,3% người nhà đi cùng tham gia tập huấn, 86,6% được người nhà nhắc nhở uống thuốc, 83,6% được người nhà hỗ trợ về CS ăn uống, 90,7% được an ủi động viên, tỷ lệ này tương đương với KQNC Nguyễn Minh Hạnh [3], đây là những yếu tố rất cần thiết khi điều trị cũng như giúp BN yên tâm, ổn định tâm lý trong cuộc sống. Sự hỗ trợ của nhóm đồng đẳng và CTV là cung cấp CS giảm nhẹ, tư vấn dự phòng lây nhiễm, tư vấn hỗ trợ tâm lý, tư vấn hỗ trợ tuân thủ điều trị tại nhà..., sự đồng cảm, chia sẻ của những người cùng cảnh ngộ; đã giúp BN vững tin hơn trong quá trình điều trị ARV. Kết quả NC cho thấy, có 61,3% các ĐTNC nhận được sự hỗ trợ của nhóm đồng đẳng, 84,0% nhận được sự hỗ trợ của CTV, thăm hỏi động viên (84,0%). Số người tham gia câu lạc bộ người nhiễm còn thấp (34,9%) do người nhiễm HIV chưa thấy được quyền lợi khi tham gia. Một số khác không muốn ai biết về tình trạng nhiễm của mình.

KẾT LUẬN

1. Kiến thức, thực hành của người nhiễm HIV/AIDS trong điều trị ARV: 98,9% biết thuốc ARV là thuốc kháng virus HIV, 97,8% biết thuốc ARV được kết hợp từ ít nhất 3 loại trở lên, 95,5% biết điều trị ARV là phải điều trị suốt đời, 100% biết uống thuốc ARV 2 lần/ngày, khoảng cách giữa mỗi lần uống là 12 tiếng, 98,9% biết về tác dụng phụ của thuốc, 95,2% uống đúng thuốc, 98,1% uống đúng số lượng,

75,8% biết uống bù thuốc khi quên; 86,5% nêu được hậu quả của không tuân thủ điều trị, 98,5% biết biện pháp hỗ trợ tuân thủ điều trị là tự xây dựng kế hoạch phù hợp.

2. Thực hành của người nhiễm HIV/AIDS trong điều trị ARV:

100% thực hiện việc uống thuốc 2 lần/ngày, khoảng cách giữa các lần uống thuốc là 12 tiếng, 86,2% thực hiện biện pháp nhắc nhở là đặt chuông báo thức, 88,9% thông báo cho CBYT phòng khám khi gặp phải tác dụng phụ của thuốc, 14,9% quên thuốc trong tháng, 95,0% quên từ 1-2 lần; 80,0% uống bù ngay liều vừa quên.

3. Hoạt động hỗ trợ CS của người thân, đồng đẳng viên, CTV:

43,9% hỗ trợ chính là vợ/chồng, 26% là bố mẹ, 11,5% là anh/chị/em, 86,6% người thân nhắc nhở uống thuốc, 83,6% CS ăn uống, động viên an ủi (90,7%), 61,3% nhận được sự CS, hỗ trợ của nhóm đồng đẳng, 84% của cộng tác viên, 34,9% tham gia vào câu lạc bộ người nhiễm.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2010), *Kỹ yếu Hội nghị 20 năm phòng, chống HIV/AIDS ở Việt Nam*, Hà Nội, trang 12 -14.
2. Nguyễn Hữu Hải (2006), *Kiến thức, thái độ, thực hành về điều trị thuốc kháng virus và một số yếu tố liên quan của người nhiễm HIV/AIDS tại Thành phố Hà Nội năm 2006*, Luận văn thạc sỹ Y tế công cộng, Trường ĐH Y tế công cộng, Hà Nội.
3. Nguyễn Minh Hạnh (2007), *Sự tuân thủ điều trị ARV của bệnh nhân HIV/AIDS ngoại trú và một số yếu tố liên quan ở 8 quận, huyện thành phố Hà Nội năm 2007*, ĐH Y tế công cộng, Hà Nội. Tr 36 - 66.
4. Tạ Thị Hồng Hạnh (2005), *Mô tả thực trạng chăm sóc người nhiễm HIV/AIDS và một số yếu tố liên quan tại quận Đống Đa- Hà Nội tháng 4/2005*, Luận văn thạc sỹ YTCC, ĐH Y tế công cộng, Hà Nội.
5. Trần Thị Xuân Tuyết (2008), *Đánh giá kết quả hoạt động tư vấn và điều trị ARV cho người nhiễm HIV/AIDS tại quận Tây Hồ, năm 2008*, Luận văn thạc sỹ Y tế công cộng, ĐHY tế công cộng, Hà Nội.
6. WHO (2009), *HIV/AIDS in the South- East Asia Region 2009*, pp. 59- 63.
7. Who, UNAIDS&Unicef (2011), *Universal access to HIV/AIDS prevention treatment, care*, pp 12-18.

có sự khác biệt về kiến thức của học sinh với yếu tố kinh tế gia đình ($p > 0,05$).

Từ khóa: kiến thức, học sinh, HIV/AIDS.

SUMMARY

SOME FACTORS RELATED TO THE KNOWLEDGE OF PUPILS ON HIV/AIDS IN TWO HIGH SCHOOLS OF HAI PHONG CITY IN 2013

By cross - study on 384 high school pupils on a number of factors related to knowledge of prevention of HIV/AIDS, the results showed that knowledge between male and female pupils is similar ($p > 0.05$); differences between the grades is not considerable ($p < 0.05$); no difference between knowledge and learning capacity of pupils ($p > 0.05$); knowledge of pupils in metropolitan areas and rural areas is similar; There is a considerable difference in knowledge between groups of pupils participated in the knowledge contest on HIV/AIDS and the non-participants ($p < 0.05$); no difference between pupils' knowledge and family economic factors ($p > 0.05$).

Keywords: knowledge, pupils, HIV/AIDS.

ĐẶT VẤN ĐỀ

Đại dịch HIV/AIDS đã xảy ra ở phần lớn các khu vực trên toàn cầu, ước tính trên thế giới mỗi ngày có khoảng 14.000 người nhiễm mới, trong đó 95% số người nhiễm mới thuộc các nước đang phát triển, số người nhiễm mới chủ yếu là thanh niên, 1/3 ở độ tuổi từ 15 – 24, chết vì AIDS trước 35 tuổi và phần lớn không biết mình bị nhiễm HIV [6],[7]. Tại Việt Nam theo số liệu của Cục Phòng chống HIV/AIDS-Bộ Y tế, đến năm 2012 là năm thứ 22 kể từ khi phát hiện người nhiễm HIV đầu tiên tại Việt Nam, số người nhiễm HIV phát hiện đã có trên 213.410 người, trong đó hơn 63.370 người đang ở giai đoạn AIDS, lũy tích tử vong do HIV/AIDS là 65.133 người. Tình hình lây nhiễm HIV vẫn tiếp tục có nhiều diễn biến phức tạp. Số người mới được phát hiện nhiễm HIV mỗi năm vẫn lên tới con số hơn 10.000, chủ yếu ở nhóm tuổi trẻ, thanh niên là nhóm dễ có các hành vi nguy cơ cao, nhất là hành vi quan hệ tình dục không an toàn [1]. Để tìm hiểu vấn đề này trên đối tượng học sinh, chúng tôi nghiên cứu đề tài nhằm mục tiêu: *Mô tả một số yếu tố liên quan đến kiến thức dự phòng lây nhiễm HIV/AIDS của học sinh hai trường trung học phổ thông thành phố Hải Phòng năm 2013.*

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

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

1.1. Đối tượng nghiên cứu: Học sinh của hai trường trung học phổ thông: Lê Quý Đôn và trường Bạch Đằng, thành phố Hải Phòng.

1.2. Địa điểm nghiên cứu: Nghiên cứu được tiến hành tại Trường Trung học phổ thông Lê Quý Đôn, Phường Cát Bi, Quận Hải An, thành phố Hải Phòng đại diện cho khu vực nội thành và Trường Trung học phổ thông Bạch Đằng, Xã Lưu Kiếm, Huyện Thủy Nguyên, thành phố Hải Phòng đại diện cho khu vực ngoại thành.

1.3. Thời gian nghiên cứu: Từ 06/01/2013 đến 30/07/2013.

2. Phương pháp nghiên cứu

2.1. Thiết kế nghiên cứu: Phương pháp dịch tễ học mô tả cắt ngang.

2.2. Cỡ mẫu nghiên cứu

Cỡ mẫu điều tra được tính theo công thức sau:

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

Trong đó:

- n: Cỡ mẫu.
 - $Z_{1-\alpha/2}$: Hệ số tin cậy, chọn $Z = 1,96$ tương ứng với độ tin cậy là 95%.
 - p: Tỷ lệ học sinh có kiến thức đúng về HIV/AIDS theo nghiên cứu trước đây, $p = 0,9$ [2].
 - d: Độ chính xác mong muốn, $d = 0,03$.
- => $n = 384$.

2.3. Phương pháp chọn mẫu: Sử dụng phương pháp chọn mẫu ngẫu nhiên đơn dựa theo danh sách học sinh 2 trường.

2.4. Phương pháp thu thập thông tin

- Công cụ thu thập thông tin: Sử dụng bộ câu hỏi (gồm 6 câu) được lập sẵn.

- Cách thu thập: Nhóm nghiên cứu là những người có kinh nghiệm phỏng vấn trong cộng đồng, được tập huấn trước khi thực hiện tại thực địa và trực tiếp phỏng vấn học sinh.

2.5. Phương pháp phân tích và xử lý số liệu

- Xử lý và phân tích số liệu trên phần mềm SPSS 13.0.

KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU VÀ BÀN LUẬN

Bảng 1: Liên quan giữa giới tính với kiến thức về phòng lây nhiễm HIV.

Giới tính	Trả lời đúng cả 6 câu		Trả lời sai	
	Số lượng	Tỷ lệ (%)	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Nam	189	85,9	31	14,1
Nữ	137	83,5	27	16,5
Chung	326	84,9	58	15,1
OR = 1,202 95 % CI (0,686 – 2,105) $p > 0,05$				

Nhận xét: Kết quả nghiên cứu cho thấy tỷ lệ có kiến thức đúng trả lời đúng tất cả 6 câu hỏi về phòng lây nhiễm HIV trong nhóm học sinh nam và nữ đều trên 80%. Không có sự khác biệt có ý nghĩa về kiến thức giữa 2 giới ($p > 0,05$). Theo nghiên cứu của Nguyễn Đức Thành (2010) trên đối tượng sinh viên trường Cao đẳng Sư phạm Yên Bái, cho thấy sinh viên nữ có kiến thức tốt hơn nam 5 lần [4]. Như vậy cho thấy nhận thức ở nam và nữ có sự thay đổi theo những nhóm đối tượng khác nhau.

Bảng 2: Liên quan giữa trình độ văn hóa với kiến thức về phòng lây nhiễm HIV

Văn hóa	Số lượng	Trả lời đúng cả 6 câu	Tỷ lệ (%)	P
Lớp 10	122	95	77,9	< 0,05
Lớp 11	114	97	85,1	
Lớp 12	148	134	91,2	
Tổng cộng	384	326	84,9	

Nhận xét: Học sinh trả lời đúng kiến thức về phòng lây nhiễm HIV cao nhất ở nhóm lớp 12 là 91,2%; và thấp nhất trong nhóm lớp 10 là 77,9%. Có sự khác biệt về kiến thức đúng về phòng lây nhiễm HIV giữa các khối học với $p < 0,05$. Kết quả nghiên

cứu của chúng tôi tương đồng với nghiên cứu của Lê Trọng Lưu (2004- Ninh Thuận): khi trình độ học vấn tăng lên một khối lớp thì nhận thức đúng về HIV tăng lên 1,27 lần [3]. Chúng tôi cho rằng ở những năm cuối của phổ thông trung học các em đã trưởng thành hơn nên các em quan tâm tới vấn đề giới tính nhiều hơn trong đó có những thông tin về HIV/AIDS.

Bảng 3: Liên quan giữa học lực với kiến thức về phòng lây nhiễm HIV

Học lực	Số lượng	Trả lời đúng cả 6 câu	Tỷ lệ (%)	P
Giỏi	150	131	87,3	> 0,05
Khá	156	127	81,4	
Trung bình	67	59	88,1	
Yếu, kém	11	9	81,8	
Tổng cộng	384	326	84,9	

Nhận xét: Tỷ lệ có kiến thức đúng về phòng lây nhiễm HIV trong nhóm học sinh theo lực học là tương đồng nhau. Sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$. Như vậy có thể cho thấy học lực của học sinh không phải là yếu tố liên quan tới kiến thức của học sinh về HIV.

Bảng 4: Liên quan giữa kiến thức về phòng lây nhiễm HIV với địa dư

Nơi học	Trả lời đúng cả 6 câu		Trả lời sai	
	Số lượng	Tỷ lệ (%)	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Thành phố	173	84,4	32	15,6
Nông thôn	153	85,5	26	14,5
Chung	326	84,9	58	15,1

OR = 0,919 95 % CI (0,524 – 1,611) $p > 0,05$

Nhận xét: Tỷ lệ có kiến thức đúng về phòng lây nhiễm HIV trong nhóm học sinh ở thành phố và nông thôn là tương đương nhau, không có sự khác biệt có ý nghĩa với $p > 0,05$. Kết quả của chúng tôi khác với nghiên cứu của Trần Thanh Thủy (2012 - Đà Nẵng) cho thấy có sự khác biệt về kiến thức phòng, chống HIV/AIDS giữa hai khu vực thành thị và nông thôn [5]. Lý giải điều này có thể do các nghiên cứu được thực hiện ở những thời gian khác nhau, những khu vực về địa lý, vùng miền khác nhau, công tác tuyên truyền về HIV các thời gian, địa điểm khác nhau được thực hiện khác nhau.

Bảng 5: Liên quan giữa tham gia hội thi về HIV/AIDS với kiến thức phòng lây nhiễm HIV.

Hội thi về HIV/AIDS	Trả lời đúng cả 6 câu		Trả lời sai	
	Số lượng	Tỷ lệ (%)	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Có tham gia	258	89,3	31	10,7
Không tham gia	68	71,6	27	28,4
Chung	326	84,9	58	15,1

OR = 3,305 95 % CI (1,848 – 5,908) $p < 0,05$

Nhận xét: Tỷ lệ có kiến thức đúng về phòng lây nhiễm HIV trong nhóm học sinh tham gia với hình thức truyền thông hội thi cao gấp 3,3 lần so với nhóm không tham gia. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $OR = 3,305$; 95% CI (1,848 – 5,908); $p < 0,05$. Nghiên cứu của Nguyễn Đức Thành năm 2010 tại Yên Bái cho kết quả những học sinh tiếp cận thông

tin về HIV/AIDS có kiến thức, thực hành tốt hơn [4]. Nghiên cứu của Lê Trọng Lưu năm 2004, điều tra đánh giá mức độ kiến thức, thái độ, và thực hành về phòng chống HIV/AIDS của học sinh phổ thông tỉnh Ninh Thuận khuyến nghị duy trì khai thác các kênh truyền thông có hiệu quả như truyền hình, báo chí, phát thanh [3].

Bảng 6: Liên quan giữa kiến thức về phòng lây nhiễm HIV với điều kiện kinh tế

Điều kiện kinh tế	Trả lời đúng cả 6 câu		Trả lời sai	
	Số lượng	Tỷ lệ (%)	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Trên chuẩn nghèo	314	85,1	55	14,9
Nghèo	12	80,0	3	20,0
Chung	326	84,9	58	15,1

OR = 0,701 95 % CI (0,191 – 2,564) $p > 0,05$

Nhận xét: Kết quả bảng trên cho thấy điều kiện kinh tế không có liên quan tới kiến thức của học sinh về HIV, kết quả nghiên cứu của chúng tôi phù hợp với nghiên cứu của Khương Văn Duy (2005 - Hải Phòng) cũng cho kết quả tương tự trên cùng đối tượng là học sinh.

KẾT LUẬN

Nghiên cứu trên 384 học sinh phổ thông trung học về một số yếu tố liên quan đến kiến thức dự phòng lây nhiễm HIV/AIDS, kết quả cho thấy:

Có mối liên quan giữa kiến thức hiểu biết của học sinh về HIV/AIDS với khối lớp học ($p < 0,05$) và có liên quan với việc tham gia hội thi của học sinh tìm hiểu về HIV/AIDS ($p < 0,05$).

Không thấy có mối liên quan giữa kiến thức hiểu biết của học sinh về HIV/AIDS với giới tính, học lực, nông thôn thành thị, kinh tế gia đình.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Cục Phòng chống HIV/AIDS Việt Nam (2012), *Báo cáo tình hình dịch HIV/AIDS tại Việt Nam*, Hà Nội.
2. Khương Văn Duy và cs (2005), *Thực trạng về kiến thức phòng chống HIV/AIDS của đối tượng học sinh trung học phổ thông ở Hải Phòng năm 2005*, Hà Nội.
3. Trọng Lưu (2004), *Đánh giá mức độ kiến thức, thái độ, và thực hành về phòng chống HIV/AIDS của học sinh phổ thông trung học năm học 2003-2004 tỉnh Ninh Thuận*, Hà Nội.
4. Nguyễn Đức Thành (2010), *Nghiên cứu kiến thức, thái độ, thực hành và các yếu tố liên quan trong phòng, chống lây nhiễm HIV/AIDS của sinh viên trường Cao đẳng Sư phạm Yên Bái*, *Mạng Thông tin Nghiên cứu HIV Việt Nam - Tổng cục Dân số, Kế hoạch hoá Gia đình*, Hà Nội.
5. Trần Thanh Thủy và cộng sự (2012), *Khảo sát kiến thức, thái độ và thực hành phòng, chống HIV/AIDS trong cộng đồng dân cư 15 - 49 tuổi tại thành phố Đà Nẵng năm 2011 - 2012*, Kỷ yếu các công trình nghiên cứu khoa học HIV/AIDS giai đoạn 2010 - 2012, Bộ Y tế, Hà Nội.
6. Unaid (2011), *Cập nhật tình hình dịch AIDS năm 2010* unaid@unaid.org.vn.
7. WHO/UNAIDS (2010), *Report on the global*

Bạn vô phúc l i y t ề Vi 0t Nam hi 0n nay

SINH QU Ề C TH 4NG

Để tồn tại và phát triển, con người cần phải có cái ăn, mặc, ở... Để thỏa mãn nhu cầu tối thiểu này, con người phải lao động tạo ra các sản phẩm cần thiết. Mức độ thỏa mãn nhu cầu phụ thuộc vào khả năng lao động của con người. Cửa cải vật chất càng nhiều mức độ thỏa mãn càng cao. Tuy vậy, không phải lúc nào trong cuộc đời mỗi con người cũng cũng có thể đảm bảo được cuộc sống một cách thuận lợi và suôn sẻ. Trên thực tế, con người phải đối mặt với nhiều khó khăn, rủi ro như: Ốm đau, bệnh tật, tai nạn, già yếu... trong nhiều trường hợp, những hiểm họa đó làm cho họ kiệt quệ cả về thể chất lẫn tinh thần

Những điều kiện tự nhiên và xã hội không thuận lợi đã làm cho một bộ phận dân cư cần phải có sự giúp đỡ để duy trì cuộc sống. Do đó, để tồn tại và phát triển, con người đã có nhiều biện pháp khác nhau để khắc phục khó khăn. Ngoài sự nỗ lực của bản thân, con người còn nhận được sự giúp đỡ, san sẻ, đùm bọc của cộng đồng dưới nhiều hình thức khác nhau. Những việc làm hướng thiện đó đã tác động tích cực tới ý thức và công việc xã hội của các Nhà nước dưới các chế độ xã hội khác nhau, từ đó hệ thống phúc lợi xã hội đã hình thành và phát triển.

Tuy nhiên, ngày nay quan niệm về phúc lợi xã hội cũng còn rất khác nhau giữa các quốc gia, song ở Việt Nam, nói đến phúc lợi xã hội, người ta thường đồng nghĩa với những gì do xã hội đem lại. Điều đó có nghĩa là ngoài phần thu nhập do lao động mà có, người lao động còn được hưởng thêm một số lợi ích do nhà nước đem lại thông qua các dịch vụ xã hội. Trong Từ điển tiếng Việt, định nghĩa "Phúc lợi xã hội là lợi ích công cộng mà người dân được hưởng không phải trả tiền hoặc chỉ trả một phần".

Phúc lợi xã hội như một chính sách xã hội góp phần ổn định, phát triển xã hội nhằm đảm bảo cho mọi người được sống trong tình thân ái, bình đẳng và công bằng.

Trong phúc lợi xã hội có nhiều nội dung, có nội dung quan trọng không thể thiếu được là phúc lợi y tế, có thể hiểu đó hoạt động phúc lợi trong lĩnh vực y tế hay đầu tư cho y tế mà nhà nước thực hiện.

Việc thực hiện phúc lợi y tế là một hoạt động rất cần thiết của Nhà nước, góp phần bảo vệ sức khỏe nhân dân, làm tăng trưởng kinh tế và ổn định chính trị xã hội.

Cùng với sự phát triển của đất nước qua các thời kỳ thì hoạt động phúc lợi trong lĩnh vực y tế của Việt Nam cũng không ngừng được phát triển:

Trên thực tế, ngay từ khi nước Việt Nam Dân chủ Cộng hòa ra đời, chính phủ do Chủ tịch Hồ Chí Minh đứng đầu đã ban hành hàng loạt văn bản pháp lý về đảm bảo quyền lợi vật chất và bảo vệ sức khỏe cho người lao động. Ngày 9/11/1946, Hiến Pháp đầu tiên

của Nước Việt Nam Dân chủ Cộng hòa đã quy định: "Nhà nước phải chăm sóc những người già hoặc bị mất khả năng lao động vì tai nạn hay ốm đau"; Sắc lệnh về Lao động của Chính phủ nước Việt Nam Dân chủ Cộng hòa ngày 12/3/1947, Sắc lệnh số 76 ngày 20/5/1950 về ban hành quy chế công chức, Sắc lệnh số 77 ngày 22/5/1950 về ban hành quy chế công nhân, ngoài những quy định về lao động đã có những quy định về chế độ ốm đau, sinh đẻ, tai nạn lao động... Mặc dù trong hoàn cảnh đất nước có chiến tranh, song Việt Nam đã tổ chức được hệ thống y tế khá tốt, đóng góp công sức vào việc bảo vệ chăm sóc sức khỏe toàn dân và góp phần thực hiện hai nhiệm vụ chiến lược của Đảng và nhà nước ta. Ngay sau khi đất nước thống nhất, dù còn vô vàn khó khăn, song chủ trương nâng cao mức sống cho nhân dân, trong đó đảm bảo hoạt động phúc lợi trong lĩnh vực y tế đã được Đảng và Chính phủ ta hết sức coi trọng. Điều này được thể hiện rất rõ trong các văn bản pháp luật, các nghị quyết, các chương trình y tế và biện pháp tổ chức hoạt động y tế và chăm sóc sức khỏe cho nhân dân.

Từ năm 1986 đến nay, Việt Nam chuyển đổi từ nền kinh tế tập trung quan liêu bao cấp sang nền kinh tế thị trường định hướng XHCN. Qua hơn 20 năm đổi mới, chúng ta đã đạt được rất nhiều thành tựu về mọi mặt, nhất là phát triển kinh tế đất nước. Đồng thời, các lĩnh vực đảm bảo xã hội cũng được coi trọng và Việt Nam đã trở thành một trong những quốc gia được đánh giá cao về xóa đói giảm nghèo và chăm sóc bảo vệ sức khỏe. Mục tiêu tổng quát trong lĩnh vực này đã được chỉ rõ: Giảm tỷ lệ mắc bệnh, nâng cao thể lực, tăng tuổi thọ, phấn đấu đến năm 2020 đảm bảo nhu cầu ngày càng cao của mọi tầng lớp nhân dân ta đạt mức trung bình của các nước trong khu vực. Để hiện thực hoá những nội dung trên nhiều nghị quyết, chỉ thị quan trọng đã được ban hành như: Nghị quyết 46 của Bộ Chính trị, Nghị Định 63 về chương trình bảo hiểm y tế tự nguyện, Quyết định 139 về việc thành lập quỹ khám chữa bệnh cho người nghèo.... Đồng thời, nhà nước cùng với các thành phần kinh tế, cộng đồng và sự hỗ trợ của bên ngoài đã tập trung mọi nỗ lực, đầu tư kinh phí, cơ sở vật chất, nhân lực nhằm xây dựng mạng lưới y tế, nâng cao chất lượng khám chữa bệnh cho nhân dân. Nhờ vậy, thời gian qua tiến bộ đạt được trong chăm sóc sức khỏe ban đầu của Việt Nam là rất ấn tượng: điều tra nhân khẩu và y tế Việt Nam năm 2002 cho biết, tỷ lệ tử vong ở trẻ sơ sinh đã giảm xuống còn 18/1000 ca sinh so với 30/1000 ca sinh tại cuộc điều tra năm 1997, tỷ lệ tử vong của trẻ dưới 5 tuổi đã giảm 40 xuống còn 24/1000 trẻ. Việt Nam cũng đã đạt kết quả tốt trong lĩnh vực chống suy dinh dưỡng