

xử phạt vi phạm.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bộ Y tế (2001)**, Đánh Giá Hoạt Động Y Tế Việt Nam Năm 2000, 88- 91; 135-36.
2. **Lê Văn Bào, (2002)**, Nghiên Cứu Hoạt Động Hành Nghề Y Tư Nhân Ở Hà Nội, Đề Xuất Mô Hình Quản Lý Hành Nghề Y Tư Nhân Ở Tuyến Xã. Luận án Tiến sĩ Y học. Học viện Quân y.
3. **Thanh tra Sở Y tế Thành phố Hồ Chí Minh, (2016)**, Công Văn Số 878/Ttra Ngày 05 Tháng 7 Năm 2016 Về Việc Các Cơ Sở Bị Tước Giấy Phép Trong Năm 2016.
4. **Hội đồng quản lý chất lượng khám chữa bệnh-Sở Y tế Thành phố Hồ Chí Minh (2017)**, Tiêu Chí Chất Lượng Áp Dụng Cho Phòng Khám Đa Khoa Trên Địa Bàn Tp. Hồ Chí Minh (Phiên Bản 2.0.1).
5. **Tăng Chí Thượng (2016)**, Nâng Cao Chất Lượng Khám Chữa Bệnh Tại Phòng Khám Đa Khoa, Tài Liệu Đào Tạo Liên Tục: Hướng Dẫn Hoạt Động Phòng Khám Đa Khoa, edited by Tăng Chí Thượng, 7-33. TP. Hồ Chí Minh: Nhà xuất bản Y học.
6. **Trần Quang Trung (2011)**, Nghiên Cứu Thực Trạng Hoạt Động Của Các Cơ Sở Hành Nghề Y Tư Nhân Tại Hà Nội, Đà Nẵng, Thành Phố Hồ Chí Minh Và Một Số Giải Pháp Can Thiệp (Năm 2007-2009). Luận án chuyên khoa cấp II: Học viện Quân y.
7. **Phan Minh Hiếu (2008)**, Đánh Giá Tình Hình Hoạt Động Hành Nghề Y Tư Nhân Trong Diện Quản Lý Trên Địa Bàn Tỉnh Gia Lai Giai Đoạn 2007- 6/2008, Luận án chuyên khoa cấp II: Trường Đại học Y-Dược Huế, 2008.

THỰC TRẠNG TUÂN THỦ SAU CAN THIỆP CỦA BÁC SĨ VỚI HƯỚNG DẪN CHẨN ĐOÁN VÀ ĐIỀU TRỊ ĐÁI THÁO ĐƯỜNG TÍP 2 TẠI TỈNH THÁI BÌNH

Lê Văn Trụ¹, Nguyễn Trọng Tài², Nguyễn Hữu Quân³,
Phạm Huy Tuấn Kiệt², Nguyễn Văn Huy²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Xác định tỷ lệ bác sĩ tuân thủ sau can thiệp với hướng dẫn chẩn đoán và điều trị bệnh đái tháo đường típ 2 tại Tỉnh Thái Bình. **Đối tượng và phương pháp:** nghiên cứu can thiệp trên một nhóm đối tượng bác sĩ khám chữa bệnh cho bệnh nhân đái tháo đường típ 2 đang được điều trị tại tỉnh Thái Bình, có so sánh trước sau. **Kết quả:** Bác sĩ có độ tuổi trẻ, nhóm 25 – 34 tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất 44,1%; nam giới 58,8%; trình độ sau đại học chỉ có 38,2% với 29,4% được đào tạo chuyên khoa nội tiết. Tỷ lệ đã được đào tạo về đái tháo đường chiếm 85,3%. Tỷ lệ tuân thủ chỉ định làm xét nghiệm glucose lúc đói tăng ở các thời điểm; chỉ số hiệu quả tăng cao nhất ở thời điểm H₂ chiếm 18,6%, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Tỷ lệ tuân thủ chỉ định làm xét nghiệm HbA_{1c} tăng ở các thời điểm, trước can thiệp chiếm 12,3% sau 1 năm can thiệp tỷ lệ tuân thủ chỉ định xét nghiệm tăng lên 50%, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Chỉ số hiệu quả tăng cao nhất ở thời điểm H₁ chiếm 76,4%. Tỷ lệ người bệnh được làm xét nghiệm cholesterol tăng dần theo thời gian can thiệp, chỉ số hiệu quả cao nhất tại thời điểm H₂ chiếm 39,1%, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê $p < 0,05$. Tỷ lệ người bệnh được làm xét nghiệm HDL-c tăng dần theo thời gian can thiệp, $p < 0,05$. Chỉ số

hiệu quả cao nhất tại thời điểm H₂ chiếm 74,7%. **Kết luận:** Tỷ lệ tuân thủ điều trị chỉ định các xét nghiệm của bác sĩ trước can thiệp chiếm tỷ lệ thấp; tất cả các chỉ số xét nghiệm đều tăng sau can thiệp, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê $p < 0,05$.

Từ khóa: đái tháo đường típ 2, bác sĩ tuân thủ, hướng dẫn chẩn đoán điều trị.

SUMMARY

STATUS OF COMPLIANCE AFTER DOCTOR'S INTERVENTION WITH GUIDELINES FOR DIAGNOSIS AND TREATMENT OF TYPE 2 DIABETES IN THAI BINH PROVINCE

Objective: To determine the percentage of physicians who adhere to the intervention guidelines for the diagnosis and treatment of type 2 diabetes in Thai Binh province. **Subjects and methods:** an intervention study on a group of doctors examining and treating patients with type 2 diabetes mellitus in Thai Binh province, comparing before and after. **Results:** Doctors have a young age group, the group of 25 - 34 years old accounts for the highest proportion of 44.1%; men 58.8%; only 38.2% graduate level with 29.4% trained in endocrinology. The proportion who have been trained in diabetes accounted for 85.3%. The rate of compliance with the indication for fasting glucose testing increased at different points in time; The highest efficiency index increased at the time of H₂ accounted for 18.6%, the difference was statistically significant with $p < 0.05$. The rate of adherence to HbA_{1c} test order increased at different times, before the intervention accounted for 12.3% after 1 year of intervention, the rate of adherence to the test order increased to 50%, the difference was statistically significant. with $p < 0.05$. The efficiency index increased the highest at the time

¹Cục khám chữa bệnh – Bộ Y tế

²Trường Đại học Y Hà Nội

³Sở Y tế Thái Bình

Chịu trách nhiệm chính: Lê Văn Trụ

Email: lekhaitru@gmail.com

Ngày nhận bài: 6.01.2023

Ngày phản biện khoa học: 23.2.2023

Ngày duyệt bài: 7.3.2023

of H1 accounting for 76.4%. The percentage of patients having cholesterol test increased gradually over the intervention time, the highest efficiency index at the time of H2 accounted for 39.1%, the difference was statistically significant $p < 0.05$. The proportion of patients having HDL-c test increased gradually over time, $p < 0.05$. The highest efficiency index at the time of H2 accounted for 74.7%. **Conclusion:** The rate of adherence to pre-intervention doctor's tests is low; All test indexes increased after the intervention; the difference was statistically significant $p < 0.05$.

Keywords: type 2 diabetes, doctors' compliance, guidelines for diagnosis and treatment.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Đái tháo đường (ĐTĐ) típ 2 là bệnh mạn tính có nhiều biến chứng nguy hiểm và tỷ lệ tử vong cao [1]. Tuân thủ điều trị đóng một vai trò hết sức quan trọng trong việc kiểm soát đường huyết, ngăn ngừa được các biến chứng và giảm gánh nặng về tài chính cho người bệnh và gia đình [2], [3]. Nhưng trên thực tế tỷ lệ người bệnh tuân thủ điều trị theo khuyến cáo của nhân viên y tế theo thống kê của Tổ chức Y tế Thế giới (WHO) cho thấy chỉ dưới 50% [1]. Nghiên cứu của Luis-Emilio GP cho thấy tỷ lệ bác sĩ tuân thủ chẩn đoán và điều trị dưới 50%, nó là một trong những nguyên nhân chính dẫn đến không kiểm soát tốt được đường huyết của những người bệnh đái tháo đường [4]. Do đó, nhu cầu thiết yếu là các bác sĩ cần được đào tạo tốt về bệnh đái tháo đường. Các nghiên cứu trước đây đã xác định được các yếu tố liên quan đến sự không tuân thủ trong điều trị ĐTĐ típ 2 như tuổi tác, thời gian mắc bệnh, sự phức tạp của chế độ dùng thuốc, dung nạp và chi phí giảm chi phí chi trả ... [5]. Tính đến thời điểm hiện tại, NC can thiệp cho bác sĩ khám chữa bệnh ĐTĐ típ 2 có so sánh trước - sau tại Việt Nam còn tương đối ít nhằm nâng cao hiệu quả điều trị bệnh nhân, hướng đến sự hài lòng chung. Vì vậy, chúng tôi tiến hành thực hiện nghiên cứu này với mục tiêu sau: *Xác định tỷ lệ bác sĩ tuân thủ với hướng dẫn chẩn đoán, điều trị bệnh đái tháo đường típ 2 tại Tỉnh Thái Bình.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

2.1.1. Đối tượng nghiên cứu. Các bác sĩ tham gia khám bệnh, chữa bệnh đái tháo đường tại tỉnh Thái Bình.

2.1.2. Tiêu chuẩn lựa chọn

- Các bác sĩ tham gia khám bệnh, chữa bệnh đái tháo đường của Bệnh viện đa khoa tỉnh, Bệnh viện huyện, Trung tâm y tế huyện của tỉnh Thái Bình.

- Công tác trong lĩnh vực chuyên môn khám bệnh, chữa bệnh đái tháo đường trên 6 tháng.

- Đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.1.3. Tiêu chuẩn loại trừ

- Không tham gia đầy đủ các đợt can thiệp.

- Không có chứng chỉ hành nghề Nội, Nội tiết.

2.2. Địa điểm và thời gian nghiên cứu

2.2.1. Địa điểm nghiên cứu. Tại các bệnh viện đa khoa tỉnh, bệnh viện huyện, trung tâm y tế huyện của tỉnh Thái Bình.

2.2.2. Thời gian nghiên cứu. Nghiên cứu được tiến hành từ tháng 2018 – 2019

2.3. Phương pháp nghiên cứu

2.3.1. Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu can thiệp, so sánh kết quả trước và sau

2.3.2 Cỡ mẫu. Cỡ mẫu nghiên cứu can thiệp tính theo công thức:

$$n = Z^2(\alpha, \beta) \frac{p_1(1 - p_1) + p_2(1 - p_2)}{(P_1 - P_2)^2}$$

Trong đó: $p_1 = 0,35$ tương ứng với ước tính 35% là tỷ lệ bác sĩ tuân thủ với hướng dẫn điều trị đái tháo đường (ước tính tại thời điểm trước can thiệp).

$p_2 = 0,75$ tương ứng với ước tính 75% là tỷ lệ mong muốn bác sĩ tuân thủ với hướng dẫn điều trị đái tháo đường tại thời điểm sau can thiệp.

α : Mức ý nghĩa thống kê, là xác suất của sai lầm loại I, ở đây là 0,05

β : xác suất của sai lầm loại II, = 0,1,

$Z^2(\alpha, \beta)$ tra từ bảng ứng với giá trị α , β được 10,5.

Thay vào công thức ta có $n = 27$. Dự phòng cho tỷ lệ bỏ nghiên cứu khoảng 10%, ta có cỡ mẫu ít nhất là 30 bác sĩ.

2.3.3. Phương pháp chọn mẫu. Mẫu được phân tầng theo đô thị và nông thôn, cỡ mẫu mỗi tầng sẽ là 15 bác sĩ. Chọn Bệnh viện đa khoa tỉnh và Bệnh viện thành phố. Chọn ngẫu nhiên 3 huyện còn lại trong danh sách 7 huyện, được huyện Vũ Thư, Quỳnh Côi và Thái Thụy. Ước tính tại mỗi quận, huyện: có khoảng 7 bác sĩ tham gia x 4 quận, huyện + 8 bác sĩ của Bệnh viện đa khoa tỉnh, nên chọn mẫu theo phương pháp chọn mẫu toàn bộ).

2.3.4. Các biến số nghiên cứu

- Thông tin chung: Tuổi, giới, trình độ học vấn

- Tuân thủ chẩn đoán và điều trị: tần suất kiểm tra cân nặng, BMI, huyết áp, sinh hóa máu,...

- Đánh giá hiệu quả can thiệp dựa vào chỉ số hiệu quả (CSHQ). Chỉ số hiệu quả (để so sánh hiệu quả trước và sau can thiệp tăng lên được bao nhiêu %, cách tính theo công thức:

Chỉ số hiệu quả = Chỉ số trước can thiệp – chỉ số sau can thiệp/Chỉ số trước can thiệp x 100

2.4. Xử lý và phân tích số liệu

- Số liệu sau khi được đọc và làm sạch được nhập vào máy tính bằng phần mềm Epidata 3.1 và phân tích số liệu bằng phần mềm thống kê STATA 14 sử dụng các thuật toán thống kê y học:

+ Kiểm định χ^2 : so sánh sự khác biệt giữa các tỷ lệ %.

+ T-student test: so sánh sự khác nhau giữa hai giá trị trung bình.

2.5. Đạo đức nghiên cứu

- Trước khi tham gia nghiên cứu, tất cả các đối tượng nghiên cứu sẽ được cung cấp thông tin rõ ràng liên quan đến mục tiêu và nội dung nghiên cứu, đối tượng sẽ được thông báo là họ tự nguyện tham gia quyết định tham gia vào nghiên cứu hay không.

- Đối tượng hoàn toàn đồng ý tham gia nghiên cứu. Các thông tin thu thập từ các đối tượng nghiên cứu chỉ phục vụ cho mục đích nghiên cứu, hoàn toàn được giữ bí mật.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung

Bảng 1: Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Thông tin chung		Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Tuổi	< 34	15	44,1
	35 – 44	6	17,6
	≥ 45	13	38,2
Giới	Nam	20	58,8
	Nữ	14	41,2
Trình độ học vấn	Đại học	21	61,8
	Sau đại học	13	38,2
Chuyên khoa	Nội khoa	24	70,6
	Nội tiết	10	29,4
Đào tạo về đái tháo đường	Có	29	85,3
	Không	5	14,7

Nhận xét: Bác sĩ có độ tuổi trẻ, nhóm 25 – 34 tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất 44,1%; nam giới 58,8%; trình độ sau đại học chỉ có 38,2% với 29,4% được đào tạo chuyên khoa nội tiết. Tỷ lệ đã được đào tạo về đái tháo đường chiếm 85,3%.

3.2. Hiệu quả tuân thủ của bác sĩ với hướng dẫn chẩn đoán, điều trị bệnh đái tháo đường típ 2

Bảng 2: Hiệu quả tuân thủ chỉ định làm xét nghiệm glucose lúc đói tại các thời điểm.

Thời điểm Tuân thủ	Trước can thiệp (1)	Bắt đầu can thiệp (2)	Sau 1-3 tháng can thiệp (3)	Sau 6-9 tháng can thiệp (4)	Sau 1 năm can thiệp (5)	Hiệu quả chẩn đoán, điều trị (%)	p
Có tuân thủ	887 68,7%	925 71,6%	1097 84,9%	1221 94,5%	1260 97,5%	H ₁ = 4,2% H ₂ = 18,6% H ₃ = 11,3% H ₄ = 2,9%	p ₁₋₂ = 0,06 p ₂₋₃ = 0,00 p ₃₋₄ = 0,00 p ₄₋₅ = 0,00
Không tuân thủ	405 31,3%	367 28,4%	195 15,1%	71 5,5%	71 5,5%		
Tổng	1292 100%	1292 100%	1292 100%	1292 100%	1292 100%		

Nhận xét: Tỷ lệ tuân thủ chỉ định làm xét nghiệm glucose lúc đói tăng ở các thời điểm; chỉ số hiệu quả tăng cao nhất ở thời điểm H₂ chiếm 18,6%, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. So sánh riêng thời điểm chưa can thiệp với thời điểm bắt đầu can thiệp tỷ lệ tuân thủ, chỉ số hiệu quả tăng tuy nhiên không có ý nghĩa thống kê, $p > 0,05$.

Bảng 3: Hiệu quả tuân thủ chỉ định làm xét nghiệm HbA1c tại các thời điểm.

Thời điểm Tuân thủ	Trước can thiệp (1)	Bắt đầu can thiệp (2)	Sau 1-3 tháng can thiệp (3)	Sau 6-9 tháng can thiệp (4)	Sau 1 năm can thiệp (5)	Hiệu quả chẩn đoán, điều trị (%)	p
Có tuân thủ	159 12,3%	281 21,7%	445 34,4%	600 46,4%	646 50,0%	H ₁ = 76,4% H ₂ = 58,5% H ₃ = 35,5% H ₄ = 7,7%	p ₁₋₂ = 0,00 p ₂₋₃ = 0,00 p ₃₋₄ = 0,05 p ₄₋₅ = 0,03
Không tuân thủ	1133 87,7%	1011 78,3%	847 65,6%	692 53,6%	646 50,0%		
Tổng	1292 100%	1292 100%	1292 100%	1292 100%	1292 100%		

Nhận xét: Tỷ lệ tuân thủ chỉ định làm xét nghiệm HbA1c tăng ở các thời điểm; chỉ số hiệu quả tăng cao nhất ở thời điểm H₁ chiếm 76,4%, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Bảng 4: Hiệu quả tuân thủ chỉ định làm xét nghiệm Cholesterol tại các thời điểm.

Thời điểm Tuân thủ	Trước can thiệp (1)	Bắt đầu can thiệp (2)	Sau 1-3 tháng can thiệp (3)	Sau 6-9 tháng can thiệp (4)	Sau 1 năm can thiệp (5)	Hiệu quả chẩn đoán, điều trị (%)	p
Có tuân thủ	441 34,1%	539 41,7%	749 58,0%	912 70,6%	1083 83,8%	H ₁ = 22,3% H ₂ = 39,1% H ₃ = 21,7% H ₄ = 17,3%	p ₁₋₂ = 0,00 p ₂₋₃ = 0,00 p ₃₋₄ = 0,00 p ₄₋₅ = 0,00
Không tuân thủ	851 65,9%	753 58,9%	543 42,0%	380 29,4%	209 16,2%		
Tổng	1292 100%	1292 100%	1292 100%	1292 100%	1292 100%		

Nhận xét: Tỷ lệ người bệnh được làm xét nghiệm cholesterol tăng dần theo thời gian can thiệp, chỉ số hiệu quả cao nhất tại thời điểm H₂ chiếm 39,1% sự khác biệt có ý nghĩa thống kê $p < 0,05$.

Bảng 5: Hiệu quả tuân thủ chỉ định xét nghiệm HDL-c tại các thời điểm.

Thời điểm Tuân thủ	Trước can thiệp (1)	Bắt đầu can thiệp (2)	Sau 1-3 tháng can thiệp (3)	Sau 6-9 tháng can thiệp (4)	Sau 1 năm can thiệp (5)	Hiệu quả chẩn đoán, điều trị (%)	p
Có tuân thủ	82 6,3%	97 7,5%	169 13,1%	228 17,6%	264 20,4%	H ₁ = 19,1% H ₂ = 74,7% H ₃ = 34,4% H ₄ = 15,9%	p ₁₋₂ = 0,19 p ₂₋₃ = 0,00 p ₃₋₄ = 0,00 p ₄₋₅ = 0,00
Không tuân thủ	1210 93,7%	1195 92,5%	1123 86,9%	1064 82,4%	1028 79,6%		
Tổng	1292 100%	1292 100%	1292 100%	1292 100%	1292 100%		

Nhận xét: Tỷ lệ người bệnh được làm xét nghiệm HDL-c tăng dần theo thời gian can thiệp, $p < 0,05$. Chỉ số hiệu quả cao nhất tại thời điểm H₂ chiếm 74,7%. So sánh riêng thời điểm trước can thiệp với thời điểm bắt đầu can thiệp có sự thay đổi nhưng sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê, $p > 0,05$.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Một số đặc điểm chung. Trong nghiên cứu của chúng tôi, các bác sỹ có tuổi khá trẻ 44,1% ở độ tuổi 25 - 34 tuổi, chiếm tỷ lệ cao nhất. Tỷ lệ nhóm này ở bệnh viện tuyến tỉnh là 71,4%, cao hơn 2 tuyến còn lại. Các bác sỹ nam nhiều hơn các bác sỹ nữ, chiếm 58,8%. Cơ cấu tuổi, giới của các bác sỹ tham gia khám, điều trị, quản lý ĐTĐ tại 5 bệnh viện của tỉnh Thái Bình cũng tương tự như cơ cấu y tế chung cả nước. Theo báo cáo "Tổng quan quốc gia về nhân lực y tế Việt Nam" của WHO năm 2018, Việt Nam có 419.542 nhân viên làm việc trong hệ thống y tế nhà nước, đa số cán bộ y tế ở độ tuổi < 35 chiếm Tỷ lệ cao nhất, ở khối trung tâm y tế nhóm tuổi này chiếm 85,13%, tiếp theo là khối bệnh viện với 50,83%.

Trong số 34 bác sỹ tham gia nghiên cứu, chỉ có 38,2% các bác sỹ có trình độ Sau đại học, phần lớn các bác sỹ mới được đào tạo đa khoa: 61,8% và làm công việc của bác sỹ Nội chung:

70,6%, số bác sỹ làm chuyên về Nội tiết chiếm Tỷ lệ thấp: 29,4%. Phù hợp với sự phân bố nền nhân lực y tế tại Việt Nam.

4.2. Hiệu quả tuân thủ của bác sỹ với hướng dẫn chẩn đoán, điều trị bệnh đái tháo đường típ 2. Trong nghiên cứu của chúng tôi tỷ lệ tuân thủ chỉ định làm xét nghiệm glucose lúc đói tăng ở các thời điểm; chỉ số hiệu quả tăng cao nhất ở thời điểm H₂ chiếm 18,6%, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. So sánh riêng thời điểm chưa can thiệp với thời điểm bắt đầu can thiệp Tỷ lệ tuân thủ, chỉ số hiệu quả tăng tuy nhiên không có ý nghĩa thống kê, $p = 0,067 > 0,05$.

Tỷ lệ tuân thủ chỉ định làm xét nghiệm HbA_{1c} tăng ở các thời điểm; chỉ số hiệu quả tăng cao nhất ở thời điểm H₁ chiếm 76,4%, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi tương tự nghiên cứu của Kirkman tại Mỹ về tác động của chương trình cải thiện sự tuân thủ các hướng dẫn về bệnh ĐTĐ của các bác sỹ kết quả nghiên cứu cho thấy tỷ lệ người bệnh được chỉ định xét nghiệm HbA_{1c} của nhân viên y tế thay đổi (38% so với 46%, $p = 0,043$) [6]. Tỷ lệ tuân thủ chỉ định xét nghiệm HbA_{1c} của các bác sỹ trước thời điểm nghiên cứu còn thấp 12,3%; sau 1 năm can thiệp chỉ số này tăng lên 50,0%; kết quả này tương tự nghiên cứu của Taylor CE (2014) về sự

tuân thủ hướng dẫn của các bác sĩ chính điều trị ĐTĐ đối với tần suất thực hiện xét nghiệm HbA1c cho thấy nhiều bác sĩ không tuân thủ theo hướng dẫn của ADA [7].

Tỷ lệ người bệnh được làm xét nghiệm cholesterol tăng dần theo thời gian can thiệp, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê $p < 0,05$. Nghiên cứu của Spitler J và cộng sự cho thấy: một trong các xét nghiệm HbA1c, cholesterol, lipoprotein là biện pháp chính can thiệp trong việc chăm sóc chính có thể cải thiện việc kiểm soát đường huyết cho người bệnh đái tháo đường và cải thiện tỷ lệ tuân thủ kiểm tra, sàng lọc của nhân viên y tế hàng năm [8].

Tỷ lệ người bệnh được làm xét nghiệm HDL-c tăng dần theo thời gian can thiệp, $p < 0,05$. So sánh riêng thời điểm trước can thiệp với thời điểm bắt đầu can thiệp có sự thay đổi nhưng sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê, $p = 0,195 > 0,05$. Việc tuân thủ chỉ định xét nghiệm HDL-c giúp bác sĩ đánh giá được nguy cơ tim mạch ở những người bệnh đái tháo đường; trong nghiên cứu của chúng tôi tỷ lệ tuân thủ xét nghiệm HDL-c tại thời điểm trước can thiệp còn rất thấp chỉ có 6,3%; sau 1 năm can thiệp chỉ số này tăng lên 20,4%. Chỉ số hiệu quả can thiệp cao nhất tại thời điểm H₂ chiếm 74,7%. Nghiên cứu của Nguyễn Thị Hoa đưa ra nhận định xét nghiệm HDL-c là xét nghiệm rẻ tiền, dễ thực hiện, có hiệu quả để theo dõi vừa – xơ động mạch ở bệnh nhân đái tháo đường, nên đưa vào xét nghiệm thường quy đối với bệnh nhân đái tháo đường; tỷ lệ HDL-C trung bình là $1,10 \pm 0,28$ mmol/L; 44,9% người bệnh đái tháo đường có tỷ lệ HDL-c giảm [9].

V. KẾT LUẬN

Bác sĩ có độ tuổi trẻ, nhóm 25 – 34 tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất 44,1%; nam giới 58,8%; trình độ sau đại học chỉ có 38,2% với 29,4% được đào tạo chuyên khoa nội tiết. Tỷ lệ đã được đào tạo về đái tháo đường chiếm 85,3%. Tỷ lệ tuân thủ chỉ định làm xét nghiệm glucose lúc đói tăng ở các thời điểm; chỉ số hiệu quả tăng cao nhất ở thời điểm H₂ chiếm 18,6%, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Tỷ lệ tuân thủ chỉ định làm xét nghiệm HbA1c tăng ở các thời điểm, trước can thiệp chiếm 12,3% sau 1 năm

can thiệp tỷ lệ tuân thủ chỉ định xét nghiệm tăng lên 50%, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Chỉ số hiệu quả tăng cao nhất ở thời điểm H₁ chiếm 76,4%. Tỷ lệ người bệnh được làm xét nghiệm cholesterol tăng dần theo thời gian can thiệp, chỉ số hiệu quả cao nhất tại thời điểm H₂ chiếm 39,1%, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê $p < 0,05$. Tỷ lệ người bệnh được làm xét nghiệm HDL-c tăng dần theo thời gian can thiệp, $p < 0,05$. Chỉ số hiệu quả cao nhất tại thời điểm H₂ chiếm 74,7%.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **World Health Organization (2006)** "Definition and diagnosis of diabetes mellitus and intermediate hyperglycaemia: report of a WHO/IDF consultation".
2. **Mathew ME, Rajiah K (2013)**. "Assessment of medication adherence in type-2 diabetes patients on poly pharmacy and the effect of patient counseling given to them in a multispecialty hospital". *J Basic Clin Pharm*, 5(1):15-8.
3. **Herman HW (2015)** "Response to comment on American Diabetes Association. Approaches to glycemic treatment. Sec. 7. In Standards of Medical Care in Diabetes-2015. *Diabetes Care*, 38 (10): e175.
4. **Luis-Emilio GP, Álvarez M, Dilla T, Gil-Guillén V, OrozcoBeltrán D, et al (2013)**. "Adherence to therapies in patients with type 2 diabetes". *Diabetes Therapy*, 4(2):175-194.
5. **Nguyễn Thị Hải (2015)**. Thực trạng tuân thủ điều trị và một số yếu tố liên quan ở người bệnh đái tháo đường Type 2 điều trị ngoại trú tại phòng khám nội tiết bệnh viện Bãi Cháy, tỉnh Quảng Ninh năm 2015. Luận Văn Tiến Sĩ, Trường Đại học Y tế Công cộng.
6. **M. S. Kirkman SRW, H. H. Caffrey và cộng sự**. Impact of a program to improve adherence to diabetes guidelines by primary care physicians. *Diabetes Care*. 2002;25 (11):1946-1951.
7. **Taylor CE (2014)**. The Adherence of Primary Care Providers to the American Diabetes Association Guideline for Frequency of A1c Testing. University of Massachusetts-Amherst.
8. **Spitler J, Stamm P, Lineberry T, Stowers A, Lewis C, Morgan E**. Multiple Interventions to Improve Provider Adherence to Diabetes Care Guidelines. 2004;11.
9. **Nguyễn Thị Hoa, Nguyễn Thị Ngọc Huyền, Dương Hồng Thái (2021)**, Một số yếu tố liên quan đến nồng độ HDL-C huyết tương ở bệnh nhân đái tháo đường type 2 tại bệnh viện trường đại học y khoa Thái Nguyên, *TNU Journal of Science and Technology*, 226(01): 135-141.