

**KIẾN THỨC CỦA Y TẾ THÔN VỀ BỆNH TĂNG HUYẾT ÁP VÀ ĐÁI THÁO ĐƯỜNG TUÝP II: MỘT NGHIÊN CỨU CẮT NGANG TẠI TỈNH NAM ĐỊNH**

Hoàng Thị Vân Lan<sup>1</sup>, Lê Thị Huyền Trinh<sup>1</sup>, Đỗ Minh Sinh<sup>1</sup>  
<sup>1</sup> Trường Đại học Điều dưỡng Nam Định

**TÓM TẮT**

**Mục tiêu:** Mô tả kiến thức của y tế thôn về bệnh tăng huyết áp và đái tháo đường tuýp II. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Thiết kế nghiên cứu điều tra cắt ngang định lượng được thực hiện trong năm 2020. Có 168 y tế thôn của 15 xã/phường thuộc tỉnh Nam Định tham gia nghiên cứu. Các số liệu được thu thập bằng phương pháp phỏng vấn trực tiếp. **Kết quả:** Tỷ lệ đối tượng có kiến thức về các yếu tố nguy cơ của bệnh tăng huyết áp và đái tháo đường đạt từ 75%-97,6%. Có khoảng 80% y tế thôn nhận biết được già hóa dân số và thay đổi lối sống là hai trong các nguyên nhân làm gia tăng tỷ lệ hiện mắc bệnh. Tỷ lệ đối tượng có kiến thức đúng về ngưỡng chẩn đoán tăng huyết áp và đái tháo đường lần lượt là 70,8% và 78,6%. 100% các đối tượng nhận biết được

hậu quả của bệnh là gây ra các biến chứng, tuy nhiên tỷ lệ nhận biết được hậu quả làm tăng gánh nặng lên hệ thống y tế và vai trò của việc quản lý bệnh trong nâng cao chất lượng cuộc sống còn ở mức thấp (4,8%; 14,9%; 23,2% và 23,8%). **Kết luận:** Các y tế thôn tại tỉnh Nam Định đã có những kiến thức cơ bản về bệnh THA và ĐTĐ. Nhóm kiến thức tốt nhất là kiến thức về các yếu tố nguy cơ gây bệnh, thấp nhất kiến thức về tầm quan trọng của hoạt động quản lý bệnh. Vẫn cần tổ chức các chương trình đào tạo bồi dưỡng thường xuyên có chất lượng cho y tế thôn, đồng thời với đó là việc rà soát thường xuyên hơn chương trình và nội dung đào tạo dành cho nhóm đối tượng này.

**Từ khóa:** Kiến thức, tăng huyết áp, đái tháo đường, y tế thôn.

**KNOWLEDGE OF COMMUNITY HEALTH WORKERS ABOUT HYPERTENSION AND TYPE II DIABETES: A CROSS-SECTIONAL STUDY IN NAM DINH PROVINCE**

**ABSTRACT**

**Objective:** To describe knowledge of community Health Workers about hypertension and type II diabetes. **Method:** Quantitative cross-sectional study design was carried out in 2020. There were 168 community Health Workers from 15

communes/wards in Nam Dinh province participating in the study. The data were collected by direct interview method. **Results:** the percentage of subjects with knowledge about risk factors for hypertension and diabetes reached from 75% to 97.6%. About 80% of community Health Workers recognize that population aging and lifestyle changes are two of the reasons for the increase in disease prevalence. The percentage of subjects with correct knowledge about the threshold for diagnosis of hypertension

Người chịu trách nhiệm: Hoàng Thị Vân Lan  
Email : vanlanni@gmail.com

Ngày phản biện: 7/6/2021

Ngày duyệt bài: 11/6/2021

Ngày xuất bản: 28/6/2021

and diabetes was 70.8% and 78.6%, respectively. 100% of the subjects were aware that the consequences of the disease caused complications, but the rate of recognition of the consequences increased the burden on the health system and the role of disease management in improving quality, survival was low (4.8%; 14.9%; 23.2% and 23.8%). **Conclusion:** The community Health Workers in Nam Dinh province had basic knowledge about hypertension and diabetes. The best group of knowledge is knowledge about disease risk factors, the lowest knowledge about the importance of disease management activities. It is still necessary to organize regular quality training programs for community Health Workers, and at the same time to review more frequently the training programs and contents for this target group.

**Keywords:** Knowledge, hypertension, diabetes, community Health Workers.

## 1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Các bệnh không lây nhiễm (BKLN) là một mối quan tâm về sức khỏe cộng đồng trên toàn cầu trong thế kỷ XXI. Một số BKLN nổi bật nhất là tăng huyết áp (THA), đái tháo đường (ĐTĐ), Bệnh tim mạch (CVD), ung thư, chấn thương và bệnh hô hấp mãn tính. Số người mắc BKLN ngày càng tăng có tác động tiêu cực đến hệ thống y tế vốn đã quá tải do nhu cầu của những người bị ảnh hưởng bởi các bệnh truyền nhiễm, thiếu nhân lực, thiếu cơ sở hạ tầng và đào tạo, do đó ảnh hưởng đến khả năng tư vấn đầy đủ cho người dân của hệ thống. Thực trạng này cho thấy việc dự phòng, phát hiện sớm, chẩn đoán và điều trị BKLN ngay tại cộng đồng là một cách tiếp cận phù hợp. Nhân viên y tế cộng đồng những người dễ tiếp cận hơn với các thành viên cộng đồng có thể đóng một vai trò quan trọng trong việc tuyên truyền nâng cao kiến

thức cho cộng đồng, phát hiện sớm người mắc bệnh, hỗ trợ bệnh nhân tự quản lý bệnh tật, ... [1].

Mặc dù nhân viên y tế (NVYT) cộng đồng có nhiệm vụ quan trọng như vậy, tuy nhiên có bằng chứng cho thấy năng lực của nhóm này trong quản lý BKLN nói chung, THA và ĐTĐ nói riêng còn hạn chế đặc biệt ở các khu vực nông thôn. Các rào cản đối với nhân viên y tế cộng đồng trong việc phòng ngừa và quản lý BKLN gồm: Thiếu sự hỗ trợ từ các hệ thống y tế và cộng đồng; thiếu nguồn lực; quá tải trong công việc; chế độ, chính sách đãi ngộ còn thấp; nhận thức chưa đầy đủ về nhiệm vụ của mình; thiếu kiến thức và kỹ năng. Nghiên cứu của Onagbiye và cộng sự [2] tại Nam Phi cho thấy có tới 50% số lượng nhân viên y tế cộng đồng có kiến thức rất kém về các nội dung liên quan đến bệnh THA và ĐTĐ (nguy cơ, hậu quả, biện pháp dự phòng). Một kết quả tương đồng cũng đã được báo cáo tại Malang của Indonesia [3].

Chính phủ Việt Nam đã áp dụng chiến lược Chăm sóc sức khỏe ban đầu như một phương tiện để tăng cường hiệu quả của hệ thống y tế hiện tại. Cách tiếp cận này có khả năng giải quyết các BKLN nói chung, THA và ĐTĐ nói riêng một cách toàn diện vì trọng tâm của nó là nâng cao sức khỏe, phòng chống bệnh tật và chuyển tuyến đến khám chữa bệnh để cải thiện kết quả sức khỏe. Cách tiếp cận này cũng có thể hỗ trợ hình thành năng lực của các nhân viên y tế thôn (YTT) trong việc dự phòng, phát hiện sớm và quản lý BKLN. Mặc dù đã có nhiều chương trình đào tạo nâng cao kiến thức cho đội ngũ YTT về BKLN nói chung, THA và ĐTĐ nói riêng, tuy nhiên các báo cáo về kiến thức, kỹ năng của họ còn đang thiếu hụt. Do vậy mục tiêu của nghiên cứu này là mô tả kiến thức của y tế thôn về bệnh tăng huyết áp và đái tháo đường tuýp II. Kết quả của nghiên cứu có thể là căn cứ để ngành y tế xây dựng kế hoạch tăng cường năng lực cho YTT trong thời gian tới.

## 2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

### 2.1. Đối tượng nghiên cứu

Các y tế thôn đang làm việc tại các xã/phường/thị trấn của tỉnh Nam Định và có thời gian làm việc của YTT tối thiểu 01 năm.

### 2.2. Địa điểm và thời gian nghiên cứu

Nghiên cứu được thực hiện tại tỉnh Nam Định trong thời gian từ tháng 01-12/2020.

### 2.3. Thiết kế nghiên cứu

Sử dụng thiết kế nghiên cứu mô tả cắt ngang.

### 2.4. Cỡ mẫu nghiên cứu

Áp dụng công thức tính cỡ mẫu cho một tỷ lệ

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

Trong đó: n là số lượng y tế thôn.  $Z_{(1-\alpha/2)}$  là giá trị Z thu được từ bảng Z tương ứng với giá trị  $\alpha$ , trong nghiên cứu này lấy  $\alpha = 0,05$  với  $Z_{(1-\alpha/2)} = 1,96$ . p: tỷ lệ cán bộ y tế thôn có nhận thức đầy đủ về nhiệm vụ của mình đối với hoạt động dự phòng, phát hiện sớm và quản lý một số bệnh không lây nhiễm phổ biến, chọn  $p = 0,5$  để có tích  $p(1-p)$  là lớn nhất. d: khoảng sai lệch mong muốn giữa tỷ lệ thu từ mẫu và tỷ lệ của quần thể, trong nghiên cứu này chọn  $= 0,08$ . Thay vào công thức trên tính được  $n = 150$  người. Ước tính có 10% đối tượng có thể từ chối tham gia, do đó cỡ mẫu tối thiểu là 161 cán bộ y tế thôn.

### 2.5. Phương pháp chọn mẫu

Sử dụng phương pháp chọn mẫu nhiều giai đoạn

- Giai đoạn 1- chọn huyện: tỉnh Nam Định gồm 09 huyện và 01 thành phố (sau đây gọi chung là huyện) được chia thành 03 vùng: Vùng đồng bằng thấp trũng (vùng I) gồm các huyện Vụ Bản, Ý Yên, Mỹ Lộc, Nam Trực, Trực Ninh và Xuân Trường; vùng đồng bằng ven biển (vùng II) gồm các huyện Giao Thủy, Hải Hậu và Nghĩa

Hưng; vùng trung tâm công nghiệp - dịch vụ (vùng III) là thành phố Nam Định. Chọn mỗi vùng 01 huyện theo phương pháp bốc thăm ngẫu nhiên. Kết quả các huyện tham gia vào nghiên cứu là Vụ Bản, Hải Hậu và thành phố Nam Định.

- Giai đoạn 2 - chọn xã/phường: sử dụng phương pháp bốc thăm ngẫu nhiên. Bước 1 lập danh sách các xã/phường của mỗi huyện/thành phố. Bước 2 bốc thăm ngẫu nhiên mỗi huyện/thành phố 05 xã. Tổng số có 15 xã/phường được chọn.

- Giai đoạn 3 - chọn y tế thôn: Chọn toàn bộ YTT của 15 xã/phường đã chọn, tổng số đã có 168 YTT tham gia nghiên cứu.

### 2.6. Biến số nghiên cứu

Nghiên cứu có 6 nhóm biến số chính gồm: (i) đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu (giới, tuổi, trình độ); (ii) yếu tố nguy cơ của bệnh; (iii) nguyên nhân gia tăng tỷ lệ hiện mắc của bệnh; (iv) ngưỡng chẩn đoán bệnh; (v) hậu quả của bệnh; (vi) tầm quan trọng của hoạt động quản lý bệnh.

### 2.7. Công cụ và phương pháp thu thập thông tin

Công cụ nghiên cứu được xây dựng dựa trên Quyết định 5904/QĐ-BYT ngày 20/12/2019 của Bộ Y tế về việc ban hành tài liệu chuyên môn "Hướng dẫn chẩn đoán, điều trị, và quản lý một số bệnh không lây nhiễm tại tuyến xã" [4]; Quyết định 5481/QĐ-BYT ngày 30/12/2019 của Bộ Y tế về việc ban hành tài liệu chuyên môn "Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị đái tháo đường tuýp II"; Khuyến cáo về chẩn đoán và điều trị tăng huyết áp 2018 của Hội tim mạch Việt Nam. Các công cụ phiên bản đầu tiên sẽ được gửi đến 03 chuyên gia trong lĩnh vực liên quan cho ý kiến nhận xét. Sử dụng phương pháp test và retest để đánh giá độ tin cậy của thang đo. Sau khi nhận được các ý kiến phản hồi và thông tin liên quan từ hai hoạt động trên, nhóm nghiên cứu tiến hành chỉnh sửa và hoàn thiện bộ công cụ.

Phương pháp thu thập thông tin: các YTT được gửi thư mời đến tập trung tại hội trường của các trạm y tế xã vào ngày 23 háng tháng. Các điều tra viên (mỗi nhóm 03 người) sẽ giới thiệu về mục đích và ý nghĩa của nghiên cứu cũng như quyền lợi của họ khi tham gia. Sau khi các đối tượng đã đồng ý tham gia và ký và giấy chấp thuận, các điều tra viên sẽ phát các bộ phiếu điều tra cho từng YTT và hướng dẫn cách trả lời vào phiếu. Để đảm bảo thông tin trung thực và chính xác, các YTT được xếp ngồi cách nhau ít nhất 01m. Đồng thời trong quá trình YTT điền thông tin vào phiếu các điều tra viên luôn có mặt tại phòng họp để đảm bảo các YTT không trao đổi thông tin với nhau.

### 2.8. Phân tích số liệu

Sau khi thu thập đủ số liệu, các phiếu phỏng vấn được làm sạch, mã hóa và quản lý bằng phần mềm EpiData. Các số liệu được xử lý và phân tích bằng phần mềm SPSS 20.0. Sử dụng tần số và tỷ lệ phần trăm để mô tả các biến số nghiên cứu theo mục tiêu.

### 2.9. Đạo đức nghiên cứu

Tất cả các đối tượng nghiên cứu đều được gửi thư mời tham gia nghiên cứu và được tiếp cận với các thông tin cơ bản như thiết kế, mục đích và ý nghĩa của nghiên cứu cũng như quyền lợi của họ khi tham gia. Sự ẩn danh của những người tham gia được duy trì trong suốt nghiên cứu. Họ được gửi văn bản chấp thuận đồng ý trước khi đăng ký vào nghiên cứu.

Nghiên cứu đã được thông qua Hội đồng đạo đức trong nghiên cứu y sinh học Trường Đại học Điều dưỡng Nam Định theo quyết định số 2590/GCN-HĐĐĐ ngày 19/11/2019. Việc triển khai các hoạt động của nghiên cứu đảm bảo đúng các nguyên tắc của đạo đức nghiên cứu trong Y học: tự nguyện, an toàn và bình đẳng.

## 3. KẾT QUẢ

### 3.1. Một số đặc điểm chung

**Bảng 1. Một số đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu (n = 168)**

Biến số	Đặc tính	SL	TL %
Giới tính	Nam	38	22,6
	Nữ	130	77,4
Nhóm tuổi	< 40	55	32,7
	40 - 49	35	20,8
	50 - 59	41	24,4
	> = 60	37	22,0
Trình độ học vấn	Tiểu học	11	6,7
	Trung học cơ sở	109	64,8
	Trung học phổ thông	48	28,5
Trình độ chuyên môn	Sơ cấp	112	66,6
	Trung cấp	46	27,4
	Cao đẳng	6	3,6
	Khác	4	2,4
Đa tham gia tập huấn	Phòng chống nguy cơ	65	38,8
	Phát hiện sớm tăng huyết áp	76	45,0
	Phát hiện sớm đái tháo đường	77	45,7

Tổng số đã có 168 y tế thôn thuộc 15 xã/phường tham gia Tỷ lệ đối tượng là nữ giới chiếm 77,4%; tỷ lệ giữa các nhóm tuổi không quá chênh lệch giao động từ 20-30%. Đa số đối tượng mới chỉ có trình độ học vấn ở bậc trung học cơ sở ( $\approx 65\%$ ); 66,7% đối tượng có bằng sơ cấp. Tỷ lệ đối tượng chưa tham gia các lớp đào tạo về phòng, chống các yếu tố nguy cơ của BKLN; phát hiện sớm bệnh THA; phát hiện sớm bệnh ĐTĐ lần lượt là: 38,8%; 45% và 45,7%.

**3.2. Kiến thức của đối tượng về bệnh tăng huyết áp và đái tháo đường**

**Bảng 2. Kiến thức của đối tượng nghiên cứu về các yếu tố nguy cơ chính của bệnh (n=168)**

Nội dung	Tăng huyết áp		Đái tháo đường	
	SL	TL %	SL	TL %
Hút thuốc	158	94,0	119	70,8
Khẩu phần ăn bất hợp lý	159	94,6	159	94,6
Ít hoạt động thể lực	160	95,2	143	85,1
Béo phì	162	96,4	154	91,7
Lạm dụng rượu	164	97,6	126	75,0
Stress	146	86,9	114	67,9

Kiến thức của các đối tượng về các yếu tố nguy cơ của tăng huyết áp cao hơn so với kiến thức về yếu tố nguy cơ đối với bệnh đái tháo đường.

**Bảng 3. Kiến thức của đối tượng về các nguyên nhân gây tăng tỷ lệ hiện mắc bệnh (n=168)**

Nội dung	Tăng huyết áp		Đái tháo đường	
	SL	TL %	SL	TL %
Già hóa dân số	139	82,7	127	75,6
Thay đổi lối sống	150	89,3	147	87,5
Đô thị hóa	132	78,6	121	72
Chăm sóc y tế tốt hơn	34	20,2	32	19
Chẩn đoán bệnh tốt hơn	55	32,7	56	33,3

Các nguyên nhân làm tăng tỷ lệ hiện mắc ít được đề cập gồm: chăm sóc y tế tốt hơn và chẩn đoán bệnh tốt hơn.

**Bảng 4. Kiến thức của đối tượng nghiên cứu về ngưỡng chẩn đoán bệnh (n=168)**

Bệnh	Đúng		Sai	
	SL	TL %	SL	TL %
Tăng huyết áp	119	70,8	49	29,2
Đái tháo đường	132	78,6	36	21,4

Tỷ lệ đối tượng có nhận thức đúng về ngưỡng chẩn đoán bệnh THA và ĐTĐ lần lượt là khoảng 2/3 và 3/4 số đối tượng.

**Bảng 5. Kiến thức của đối tượng nghiên cứu về các hậu quả chính của bệnh (n=168)**

Nội dung	Tăng huyết áp		Đái tháo đường	
	SL	TL %	SL	TL %
Gây ra các biến chứng	168	100	168	100
Tăng gánh nặng lên hệ thống y tế	8	4.8	25	14.9
Gia tăng gánh nặng cho gia đình và xã hội	95	56.5	101	60.1
Giảm chất lượng cuộc sống, giảm tuổi thọ	65	38.7	84	50

100% đối tượng liệt kê được hậu quả của các bệnh là gây ra các biến chứng, tuy nhiên tỷ lệ nhân viên trạm y tế và y tế thôn liệt kê được hậu quả là bệnh làm tăng gánh nặng lên hệ thống y tế còn chưa cao.

**Bảng 6. Kiến thức của đối tượng về tầm quan trọng của hoạt động quản lý bệnh (n=168)**

Nội dung	Tăng huyết áp		Đái tháo đường	
	SL	TL %	SL	TL %
Giảm biến chứng, giảm tỷ lệ tử vong	168	100	168	100
Giảm tải hệ thống y tế	104	61.9	4	2,4
Giảm chi phí điều trị	65	38.7	104	61,9
Nâng cao chất lượng cuộc sống	39	23.2	40	23,8

Quản lý tốt THA và ĐTD có thể giảm biến chứng, giảm tỷ lệ tử vong đều được 100% đối tượng liệt kê. Tuy nhiên vai trò giảm tải hệ thống y tế và nâng cao chất lượng cuộc sống lại ít được nhắc đến hơn.

#### 4. BÀN LUẬN

Trong việc quản lý BKLN có bằng chứng cho thấy nhiệm vụ của nhân viên y tế cộng đồng trong việc tăng cường năng lực của các hệ thống chăm sóc sức khỏe bằng cách sử dụng các nguồn lực hiệu quả hơn và do đó tăng khả năng tiếp cận của người bệnh và chất lượng chăm sóc. Ở các vùng nông thôn, các hệ thống chăm sóc chính với nhân viên y tế cộng đồng được đào tạo và các hướng dẫn được thiết lập tốt có thể mang lại hiệu quả trong phòng ngừa và quản lý BKLN [3]. Hơn nữa, nhân viên y tế cộng đồng có thể loại bỏ các rào cản đối với việc kiểm soát huyết áp và tuân thủ dùng thuốc do sự khác biệt về văn hóa, giáo dục và ngôn ngữ giữa người bệnh và hệ thống chăm sóc sức khỏe [4].

Mục tiêu chính của nghiên cứu này là mô tả kiến thức của YTT tại tỉnh Nam Định về bệnh THA và ĐTD tuýp II. Từ đánh giá ban đầu cho thấy kiến thức của YTT trong nghiên cứu là khá tốt. Trên 70% số đối tượng đã nhận biết được các yếu tố nguy cơ (YTNC) của cả THA và ĐTD, thậm chí có những YTNC đã được xấp xỉ 100% YTT đề cập. Tỷ lệ đối tượng nhận biết được già hóa dân số, thay đổi lối sống là hai trong nhiều nguyên nhân làm gia tăng tỷ lệ hiện mắc THA và ĐTD cũng ở mức cao từ 75,6%-89,3%. Tỷ lệ đối tượng có nhận thức đúng về ngưỡng chẩn đoán bệnh THA và ĐTD lần lượt là khoảng 2/3 và 3/4 số đối tượng. 100% đối tượng nhận biết được THA và ĐTD gây ra các biến chứng và nếu quản lý tốt thì có thể giảm biến chứng và giảm nguy cơ tử vong. Kết quả nghiên cứu tại Nam Định có nhiều điểm tương đồng so

với nghiên cứu của Bùi Thị Minh Thái và cộng sự trên các YTT tại Thạch Thất, Hà Nội [5].

Kết quả nghiên cứu tại Nam Định và Hà Nội của Việt Nam cao hơn so với kết quả nghiên cứu của một số quốc gia khác. Một nghiên cứu gần đây trên các nhân viên y tế cộng đồng tại Khayelitsha, Cape Town, Nam Phi (2018) cho thấy điểm trung bình kiến thức của NVYT cộng đồng về các YTNC của bệnh ĐTD chỉ là 1.81/9 điểm với trung vị là 2, đặc biệt vẫn còn xuất hiện tình trạng NVYT không nhận biết được bất kỳ YTNC nào của bệnh [6]. Một nghiên cứu khác tại Langa, một khu vực ven đô ở Cape Town của Nam Phi cũng cho kết quả tương tự. Theo đó kiến thức về YTNC của NVYT cộng đồng về THA ở mức kém và trung bình lần lượt là 57,5% và 42,5%; các con số này ở bệnh ĐTD là 57,5% và 32,5%. Có tới 50% số đối tượng có kiến thức về các biến chứng của THA và ĐTD ở mức kém sự [2]. Nhiều nghiên cứu khác tại Nam Phi [3], Kenya [7], Ấn Độ [8] cũng như Indonesia [9] nhất quán với quan điểm kiến thức của NVYT cộng đồng về THA và ĐTD còn rất hạn chế.

Sự khác biệt ở trên có thể là do một số yếu tố: (i) yêu cầu về nhiệm vụ đối với đội ngũ YTT trong hoạt động dự phòng, phát hiện sớm và quản lý BKLN ở mỗi quốc gia là khác nhau; (ii) trình độ học vấn và trình độ chuyên môn của YTT trong nghiên cứu tại Nam Định và Hà Nội của Việt Nam cao hơn so với trình độ học vấn và trình độ chuyên môn của các YTT trong các nghiên cứu đối sánh; (iii) sự khác biệt về trình độ phát triển kinh tế, xã hội giữa các khu vực nghiên cứu; (iv) sự khác biệt về cách thức, tổ chức vận hành đội ngũ YTT của mỗi quốc gia; (v) do sự khác biệt về cách thức thu thập thông tin giữa các nghiên cứu; (vi) mức độ khó về kiến thức của bộ công cụ đo lường giữa các nghiên cứu.

Mặc dù nhìn tổng thể kiến thức của các YTT trong nghiên cứu này là tương đối tốt, tuy nhiên vẫn còn có những nội dung kiến thức có tỷ lệ YTT đề cập chưa cao. Cụ thể ở nhóm kiến thức về nguyên nhân làm gia tăng tỷ lệ hiện mắc của THA và ĐTĐ chỉ có khoảng 20% số YTT đề cập đến nguyên nhân do “chăm sóc y tế tốt hơn”, con số này ở nguyên nhân “chẩn đoán bệnh tốt hơn” cũng chỉ đạt khoảng 33%. Nguyên nhân làm gia tăng tỷ lệ hiện mắc khác với các YTNC làm xuất hiện các trường hợp mới mắc, các yếu tố này thường ít được đề cập nên YTT có thể hiểu nhầm về vai trò của những yếu tố này. Ở nhóm kiến thức về hậu quả của bệnh tỷ lệ đối tượng nhận thức được nội dung “tăng gánh nặng lên hệ thống y tế” chỉ đạt 4,8% với THA và 14,9% với ĐTĐ. Ngoài ra số lượng các nội dung kiến thức mà 100% YTT đều liệt kê là rất hạn chế (2/21).

Một trong những nguyên nhân dẫn đến tình trạng kiến thức của YTT về THA và ĐTĐ còn một số nội dung chưa tốt có thể là do hầu hết họ chưa từng được học hoặc tham gia bất kỳ chương trình đào tạo bồi dưỡng nào sau nhiều năm hành nghề. Kết quả nghiên cứu này cho thấy chỉ có 38,8% YTT từng khai báo đã từng tham gia lớp tập huấn về phòng chống yếu tố nguy cơ của THA và ĐTĐ, con số này với các lớp về phát hiện sớm THA và ĐTĐ lần lượt là 45% và 45,7%. Điều này cũng có thể dẫn đến việc thiếu cập nhật kiến thức, khiến nhiều YTT xã sẽ thực hiện theo lối mòn tư duy và kinh nghiệm về cách họ có thể quản lý BKLN nói chung, THA và ĐTĐ nói riêng một cách hiệu quả. Do vậy việc thiếu các khóa đào tạo bồi dưỡng bắt buộc có thể ảnh hưởng đến hiệu quả của các YTT riêng lẻ và gây ra những tác động khó lường [10]. Ngay cả khi tất cả các YTT đã liên tục tham gia các khóa đào tạo bồi dưỡng, việc không

có khả năng duy trì kiến thức thu được từ khóa đào tạo đó vẫn có thể dẫn đến việc không hiệu quả. Các nghiên cứu đã chỉ ra rằng để kiến thức được lưu giữ lại, việc theo dõi là cần thiết để không làm mất kiến thức đã đạt được và khả năng thực hiện một công việc cụ thể [11], [6]. Bên cạnh đó, ở một số quốc gia, đánh giá về chương trình giảng dạy của TYT cho thấy rằng TYT thường thiếu kiến thức cần thiết để thực hiện một cách cẩn thận và hiệu quả nhiệm vụ của mình [12]. Điều này có thể là do nhiều khóa học lỗi thời vẫn tiếp tục đào tạo thiếu. Do đó, việc rà soát nhất quán các chương trình giảng dạy theo chuyên ngành và thực hiện đào tạo và theo dõi bổ sung có chất lượng thường xuyên có thể nâng cao trình độ năng lực của YTT để họ thực hiện hiệu quả trách nhiệm của mình.

Mặc dù đã cung cấp được những thông tin khá quan trọng về kiến thức của YTT tại tỉnh Nam Định về THA và ĐTĐ, tuy nhiên nghiên cứu hiện tại chưa đi sâu tìm hiểu các kiến thức chuyên môn phục vụ cho các hoạt động dự phòng, phát hiện sớm và quản lý bệnh THA và ĐTĐ của YTT. Các kiến thức như chế độ dinh dưỡng dự phòng bệnh và cho người bị bệnh, các hoạt động thể chất, kiến thức về ăn giảm muối, kiến thức về ngăn ngừa biến chứng,... Ngoài ra các yếu tố có liên quan đến kiến thức của YTT cũng chưa được đề cập.

## 5. KẾT LUẬN

Kết quả nghiên cứu cho thấy các y tế thôn tại tỉnh Nam Định đã có những kiến thức cơ bản về bệnh THA và ĐTĐ. Nhóm kiến thức tốt nhất là kiến thức về các yếu tố nguy cơ gây bệnh, tiếp theo là ngưỡng chẩn đoán bệnh, các nguyên nhân làm gia tăng tỷ lệ hiện mắc bệnh, các hậu quả của bệnh và cuối cùng là tầm quan trọng của hoạt động quản lý bệnh. Một số nội dung kiến thức còn được tỷ lệ thấp và rất thấp

YTT đề cập gồm: chăm sóc y tế tốt hơn và chẩn đoán bệnh tốt hơn làm gia tăng tỷ lệ hiện mắc bệnh; hậu quả của bệnh là gia tăng gánh nặng lên hệ thống y tế; quản lý tốt bệnh sẽ giúp nâng cao chất lượng cuộc sống. Điều này cho thấy vẫn cần tổ chức các chương trình đào tạo bồi dưỡng thường xuyên có chất lượng cho YTT để nâng cao kiến thức về BKLN nói chung, THA và ĐTĐ nói riêng, đồng thời với đó là việc rà soát thường xuyên hơn chương trình và nội dung đào tạo dành cho YTT.

### TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Lehmann U, D S. Community Health Workers: What Do We Know About Them? The State of the Evidence on Programmes, Activities, Costs an Impact on Health Outcomes of Using Community Health Workers: World Health Organization; 2007.
2. Onagbiye S, Tsolekile L, Puoane T. Knowledge of Non-communicable Disease Risk Factors among Community Health Workers in South Africa. *The Open Public Health Journal*. 2020;13:430-7.
3. Lukitasari M, Nugroho D, Satrijo B, Rohman M, Tjahjono C. Knowledge and activity of community health workers regarding hypertension and its management in Malang. *Jurnal Ilmu Keperawatan (Journal of Nursing Science)*. 2019;7:76-83.
4. Bộ Y tế. Quyết định 5904/QĐ-BYT ngày 20/12/2019 của Bộ Y tế về việc ban hành tài liệu chuyên môn “Hướng dẫn chẩn đoán, điều trị, và quản lý một số bệnh không lây nhiễm tại tuyến xã”. 2019.
5. Bùi Thị Minh Thái, Hoàng Đức Hạnh, Nguyễn Thị Thi Thơ. Hiệu quả can thiệp đến kiến thức về quản lý điều trị tăng huyết áp, đái tháo đường của cán bộ y tế xã và y tế thôn tại huyện Thạch Thất, thành phố Hà Nội. *Tạp chí Y học dự phòng*. 2020;30(7):154-64.
6. Tsolekile LP, Schneider H, Puoane T. The roles, training and knowledge of community health workers about diabetes and hypertension in Khayelitsha, Cape Town. *Curationis*. 2018;41(1):e1-e8.
7. Irwin T, Ashbaugh SJ, Mehta K. Knowledge of diabetes mellitus among community health workers in rural Kenya. *Annals of Global Health*. 2015;81.
8. Rathod S, Niswade G. Aganwadi Community Health Workers: Awareness, Knowledge, Attitude and Beliefs about Diabetes Mellitus and Its Effect on Oral Health in Nagpur District. *Journal of Health Education Research & Development*. 2017;05.
9. Hughes G, Puoane T, Bradley H. Ability to manage diabetes - Community health workers' knowledge, attitudes and beliefs. *Journal of Endocrinology, Metabolism and Diabetes of South Africa*. 2014;11:10-4.
10. O'Brien MJ, Squires AP, Bixby RA, Larson SC. Role development of community health workers: an examination of selection and training processes in the intervention literature. *American journal of preventive medicine*. 2009;37(6 Suppl 1):S262-9.
11. Singh P, Sachs JD. 1 million community health workers in sub-Saharan Africa by 2015. *Lancet (London, England)*. 2013;382(9889):363-5.
12. Collaborative HCC. Factors impacting the effectiveness of community health worker behavior change: A literature review 2015.; 2015.