

đồng. Kết quả nghiên cứu về nguy cơ ngã ở NCT tại cộng đồng đã thể hiện một cách tiếp cận đơn giản, tiết kiệm thời gian để sàng lọc ngã, có thể làm tăng tỷ lệ sàng lọc - bước đầu tiên quan trọng trong việc xác định ai cần giới thiệu đến các can thiệp ngăn ngừa ngã dựa trên bằng chứng. Thực hiện các chiến lược giảm thiểu nguy cơ ngã với những người có nguy cơ là điều cần thiết để giảm gánh nặng do ngã và các thương tích liên quan cũng như chi phí chăm sóc sức khỏe cho họ. Các nội dung về sức khỏe và chức năng sẽ ngày càng trở nên quan trọng trong việc hướng dẫn lập kế hoạch chăm sóc sức khỏe và ra quyết định chăm sóc.

V. KẾT LUẬN

Tỷ lệ ngã là ở người cao tuổi 35,3%, nguy cơ ngã 47,8%. Do đó, cần phải có chương trình can thiệp phù hợp để phòng chống ngã cho người cao tuổi.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Hà Thị Vân Anh và cộng sự, thực trạng tăng huyết áp và nguy cơ ngã ở người cao tuổi điều trị ngoại trú tại bệnh viện lão khoa Trung ương, tạp chí nghiên cứu y học. 2021; 143(7), 142-151.
2. Vũ Xuân Triển, Điều tra thực trạng ngã và các yếu tố liên quan đến ngã ở người từ 80 tuổi trở lên tại cộng đồng, Luận văn thạc sĩ y học, Trường đại học y Hà Nội. 2017.
3. Alekna V., Stukas R., Tamulaitytė-

- Morozovienė I. et al, Self-reported consequences and healthcare costs of falls among elderly women, Medicina. 2015;51(1), 57-62.
4. Kahirunyaratn P., Prasomrak P. and Jindawong B., Effects of a Health Education Program on Fall Risk Prevention among the Urban Elderly: A Quasi-Experimental Study, Iran J Public Health. 2019;48(1), 9.
5. Sotoudeh G R., Mohammadi R., Mosallanezhad Z., et al., The prevalence, circumstances and consequences of unintentional falls among elderly Iranians: A population study, Archives of gerontology and geriatrics. 2018;79, 123-130.
6. Chidume Tiffani, Promoting older adult fall prevention education and awareness in a community setting: A nurse-led intervention, Applied nursing research. 2021;57, 151392.
7. Veronese N., Trevisan C. and De R, Association of Osteoarthritis with Increased Risk of cardiovascular diseases in the elderly: findings from the Progetto Veneto Anziano study cohort, Arthritis & rheumatology. 2016; 68(5), 1136-1144.
8. Vu H. M., Nguyen L. H. and Nguyen H. L. T., Individual and environmental factors associated with recurrent falls in elderly patients hospitalized after falls, International journal of environmental research and public health. 2020; 17(7), 2441.
9. West B. A., Bhat G. and Stevens J., Assistive device use and mobility-related factors among adults aged ≥ 65 years, Journal of safety research. 2015;55, 147-150.
10. WHO, Who Global report on falls Prevention in older Age, World Health Organization Avenue Appia 20 CH-1211 Geneva 27 Switzerland, 2007.

HIỆU QUẢ KIỂM SOÁT BỆNH MẠN TÍNH VÀ SỰ TUÂN THỦ ĐIỀU TRỊ CỦA NGƯỜI CAO TUỔI THAM GIA DỊCH VỤ CHĂM SÓC SỨC KHỎE TẠI NHÀ

Cao Thị Ngọc Minh¹, Cao Văn Thịnh², Vũ Thị Hoàng Lan³

TÓM TẮT

Mục tiêu nghiên cứu: Đánh giá hiệu quả của dịch vụ chăm sóc sức khỏe tại nhà của bệnh viện Lê Văn Thịnh trong việc kiểm soát bệnh mạn tính, tuân thủ điều trị trên người bệnh cao tuổi mắc bệnh mạn tính năm 2021-2022. **Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả tiến cứu. **Kết quả:** Nghiên cứu thực hiện trên 101 người cao tuổi đang điều trị bệnh mạn tính, tỷ lệ nữ chiếm 71% và có đến 65% người bệnh

từ 70 tuổi trở lên. 90% người cao tuổi bị cao huyết áp, 40% mắc đái tháo đường và 47% có suy dẫn tĩnh mạch. Kết quả nghiên cứu cho thấy, dịch vụ CSSK tại nhà giúp cải thiện tình trạng lâm sàng của người bệnh giữa các lần chăm sóc sức khỏe tại nhà, cụ thể về tình trạng kiểm soát bệnh mạn tính giữa các lần chăm sóc sức khỏe tại nhà là 64(63%), 77(76%), 83(82%) tương ứng với lần 1, 2, 3 và có ý nghĩa thống kê với $p=0,032$. Ngoài ra, qua các lần chăm sóc sức khỏe tại nhà sự thay đổi về tuân thủ sử dụng thuốc có sự thay đổi tích cực và có ý nghĩa thống kê. **Kết luận:** Dịch vụ chăm sóc sức khỏe tại nhà có hiệu quả trong việc cải thiện và kiểm soát bệnh mạn tính, tăng sự tuân thủ điều trị của người bệnh cao tuổi. Tuy nhiên chưa làm thay đổi hành vi và lối sống như: hút thuốc là, uống rượu bia, thói quen ăn uống.

Từ khóa: Chăm sóc sức khỏe tại nhà, kiểm soát bệnh mạn tính, tuân thủ điều trị.

¹Bệnh viện Đại học Y Dược TP.HCM

²Trường Đại học Y Khoa Phạm Ngọc Thạch

³Trường Đại học Y Tế Công Cộng Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Cao Thị Ngọc Minh

Email: minh.ctn@umc.edu.vn

Ngày nhận bài: 29.9.2022

Ngày phản biện khoa học: 24.10.2022

Ngày duyệt bài: 10.11.2022

SUMMARY**EFFICIENCY OF CHRONIC DISEASE MANAGEMENT AND TREATMENT ADHERENCE OF THE ELDERLY IN HOME HEALTH CARE SERVICES**

Objective: Evaluation of the effectiveness of Home Health care service of Le Van Thinh Hospital in chronic diseases management and treatment adherence in elderly in 2021-2022. **Methods:** Prospective descriptive study. **Results:** The study was conducted on 101 elderly with chronic diseases, 71% were women and 65% were aged 70 years or older. 90% of the elderly have high blood pressure, 40% have diabetes and 47% have varicose veins. Research shows that clinical status improvement, chronic disease management rate increases gradually after 3 times of home health care visit: 64(63%), 77(76%), 83(82%) with $p=0.032$. In addition, improvement in medication adherence by using home health care service has statistically significant. **Conclusion:** Home health care service is effective in managing chronic disease and treatment adherence among elderly. However, it has not changed the behaviors such as smoking, drinking alcohol, eating habits.

Keywords: Home Health care, treatment adherence, chronic disease management.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Việc chăm sóc sức khỏe (CSSK) đối với người cao tuổi (NCT) hiện nay là rất quan trọng, đặc biệt đối với người bệnh cao tuổi đang điều trị các bệnh mạn tính. Đối tượng này là những người cao tuổi có nguy cơ cao nếu không nhận được sự chăm sóc và theo dõi hợp lý. Chính vì vậy, dịch vụ CSSK tại nhà được triển khai nhằm cải thiện các vấn đề nêu trên, giúp người bệnh cao tuổi được chăm sóc và theo dõi một cách chủ động hơn. Để xác định hiệu quả can thiệp trong việc sử dụng dịch vụ CSSK tại nhà, ngoài các yếu tố như sự hài lòng của người bệnh, sự thay đổi về chất lượng cuộc sống,.. thì yếu tố quan trọng chính là kết quả đánh giá lâm sàng tình trạng sức khỏe người tham gia dịch vụ. Đối với người bệnh cao tuổi mắc các bệnh mạn tính, duy trì tái khám định kỳ và tuân thủ hướng dẫn của Bác sĩ điều trị để xây dựng lối sống khỏe, lành mạnh là yếu tố quan trọng, đáng quan tâm. Trên cơ sở đó nghiên cứu được thực hiện nhằm đánh giá hiệu quả của dịch vụ CSSK tại nhà trong việc cải thiện, kiểm soát bệnh mạn tính và tăng tỷ lệ tuân thủ điều trị của NCT sau khi tham gia sử dụng ít nhất 03 lần dịch vụ CSSK tại nhà ở Bệnh viện Lê Văn Thịnh, TP. Thủ Đức.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Thiết kế nghiên cứu: Đây là một nghiên cứu mô tả tiến cứu để đánh giá hiệu quả của dịch vụ CSSK tại nhà. Đối tượng tham gia

nghiên cứu sẽ được CSSK tại nhà mỗi 01 tháng 01 lần trong vòng tối thiểu 03 tháng. Đối tượng tham gia nghiên cứu sẽ được thăm khám, tư vấn, điều trị và theo dõi bởi Bác sĩ trong nghiên cứu. Mỗi lần thăm khám, Bác sĩ sẽ đánh giá tình trạng trên lâm sàng của đối tượng tham gia và phỏng vấn bằng bộ câu hỏi soạn sẵn để kiểm tra sự tuân thủ điều trị của đối tượng tham gia nghiên cứu.

2.2. Đối tượng tham gia nghiên cứu: NCT mắc bệnh mạn tính, đang khám, điều trị tại Bệnh viện Lê Văn Thịnh và chấp thuận sử dụng **dịch vụ CSSK tại nhà.**

Tiêu chí chọn vào: Người bệnh có mắc ít nhất một trong các bệnh mạn tính: cao huyết áp, suy giảm tĩnh mạch mạn, đái tháo đường, có nhận thức và không có bệnh về tinh thần. Đồng ý tham gia nghiên cứu và sử dụng dịch vụ CSSK tại nhà.

Tiêu chí loại ra: Người bệnh đang trong tình trạng bệnh nặng không thể trả lời phỏng vấn hoặc người bệnh theo đánh giá của Bác sĩ không phù hợp để CSSK tại nhà.

2.3. Công cụ đo lường và phương pháp thu thập dữ liệu:

Để thu thập dữ liệu, nghiên cứu sử dụng bộ câu hỏi soạn sẵn để phỏng vấn đối tượng tham gia nghiên cứu: Tình trạng kiểm soát bệnh mạn tính được đánh giá bởi Bác sĩ trực tiếp thăm khám và điều trị cho người tham gia nghiên cứu. Để kiểm tra sự tuân thủ của người bệnh trong việc sử dụng thuốc, nghiên cứu sử dụng bảng câu hỏi Medication Compliance Questionnaire (MCQ) đối với bệnh tiểu đường, tăng huyết áp. MCQ được phát triển trên thang đo tuân thủ điều trị huyết áp cao Hill-Bone phù hợp áp dụng điều trị ngoại trú [1], và thang đo tuân thủ thuốc của Morisky. MCQ có nội dung và bản chất tương tự các bộ câu hỏi gốc, nhưng ngôn từ dễ hiểu hơn [2]. MCQ có 7 câu hỏi đánh giá sự không tuân thủ có chủ ý và không cố ý của bệnh nhân đối với hướng dẫn sử dụng thuốc bao gồm cả lý do không tuân thủ. Thang điểm Likert 4 điểm được chỉ định cho mỗi câu hỏi: Không; Đôi khi (1-4 lần/tháng); Thường xuyên (hơn 5 lần/tháng hoặc hơn 2 lần/tuần); Luôn luôn.

2.4. Kỹ thuật chọn mẫu: Người bệnh được chọn theo phương pháp chọn mẫu ngẫu nhiên dựa trên danh sách người bệnh cao tuổi đang khám và điều trị tại bệnh viện.

2.5. Phương pháp thống kê

Thống kê mô tả: Số lượng và tỷ lệ phần trăm cho các biến số định tính như nhóm tuổi, giới tính, bệnh mạn tính. Trung bình và độ lệch

chuẩn cho các biến số định lượng như tuổi.

Thông kê phân tích: Fisher's exact test được dùng để đánh giá sự khác biệt về tỷ lệ tình trạng kiểm soát bệnh mạn tính và sự tuân thủ điều trị giữa các lần CSSK tại nhà.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm đối tượng nghiên cứu

Bảng 1. Đặc điểm của đối tượng tham gia nghiên cứu

Những đặc điểm (Characteristic) của đối tượng NC	N = 101 ¹
1. Tuổi	74.8 (10.6)
2. Nhóm tuổi: Dưới 70 tuổi	35(35%)
Từ 70 tuổi trở lên	66(65%)
3. Giới tính: Nam	29(29%)
Nữ	72(71%)
4. Cao huyết áp	
Không bị cao huyết áp	10(9.9%)
Mắc cao huyết áp vô căn	91(90%)
4.1. Phân loại mức độ cao huyết áp	
Độ 2	76(84%)
Độ 3	15(16%)

5. Đái tháo đường

Không bị đái tháo đường	61(60%)
Đái tháo đường típ II	40(40%)

6. Suy dẫn tĩnh mạch mạn

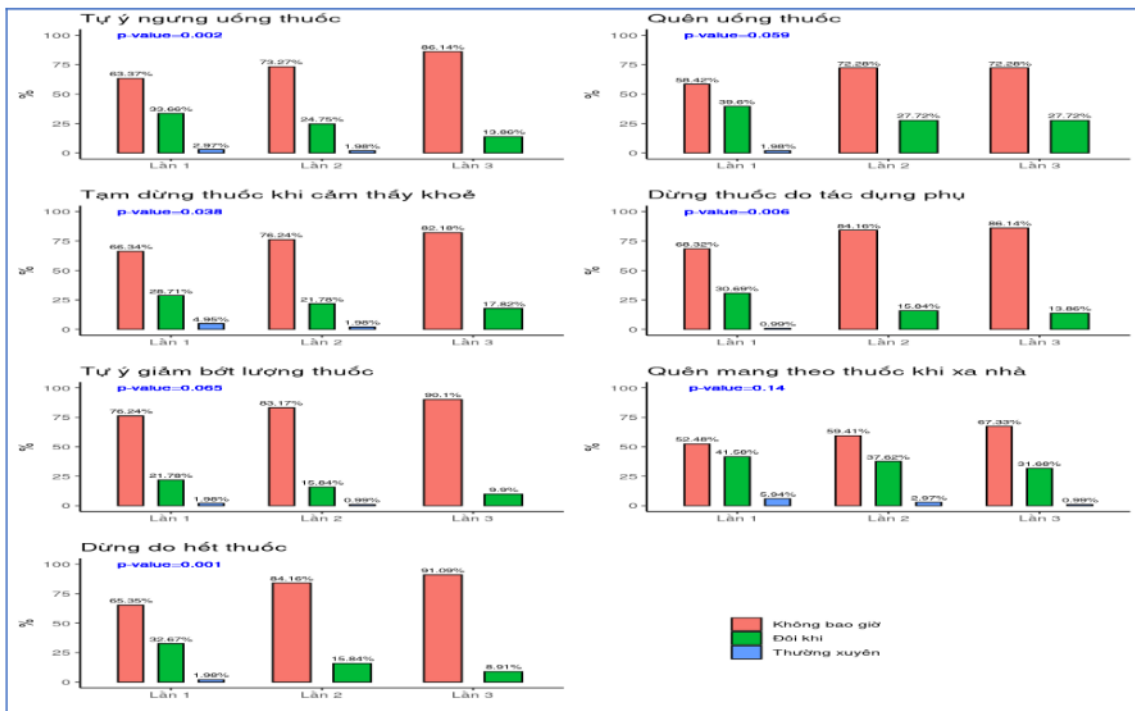
Không bị suy dẫn tĩnh mạch	54(53%)
Mắc suy dẫn tĩnh mạch	47(47%)

6.1. Phân loại CEAP

C1(không phẫu thuật)	26(55%)
C2(không/có phẫu thuật)	18(38%)
C3(không/có phẫu thuật)	2(4.3%)
C4(không/có phẫu thuật)	1(2.1%)

¹ Mean (SD); n(%)

Tuổi trung bình của đối tượng tham gia nghiên cứu là 74.8 tuổi với độ lệch chuẩn là 10.6, trong đó 65% đối tượng từ 70 tuổi trở lên. Số lượng nữ chiếm phần lớn với tỷ lệ là 71%. Trong số đối tượng tham gia nghiên cứu, có 90% mắc cao huyết áp mạn tính, trong đó cao huyết áp độ 2 chiếm 84%. Tỷ lệ đối tượng tham gia có mắc suy tĩnh mạch mạn là 47%, trong đó mức độ bệnh được phân loại chủ yếu ở nhóm C1 chiếm 66%. Đái tháo đường type II có tỷ lệ mắc thấp nhất trong 3 nhóm bệnh nghiên cứu với tỷ lệ chiếm 40%.



Hình 1. Sự tuân thủ điều trị qua các lần chăm sóc sức khỏe tại nhà

Kết quả nghiên cứu cho thấy, qua các lần CSSK tại nhà đã cải thiện được tình trạng tuân thủ sử dụng thuốc điều trị. Trong đó, tỷ lệ bệnh nhân không tự ý ngưng thuốc tăng từ 63% lên 83%, khác biệt có ý nghĩa thống kê với p=0.002.

Tỷ lệ bệnh nhân quên uống thuốc tăng từ 58% lên 72%, nhưng sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với p=0.059. Tỷ lệ bệnh nhân không tạm dừng thuốc khi thấy khỏe tăng từ 66% lên 82%, khác biệt có ý nghĩa thống kê với p=0.038.

Tỷ lệ bệnh nhân không dùng sử dụng thuốc do tác dụng phụ của thuốc tăng từ 68% lên 86%, khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p=0.006$. Tỷ lệ bệnh nhân không tự ý giảm bớt lượng thuốc tăng từ 76% lên 90%, khác biệt chưa có ý nghĩa thống kê với $p=0.065$. Tỷ lệ bệnh nhân không

quên mang theo thuốc khi du lịch/vắng nhà từ 52% lên 67%, khác biệt chưa có ý nghĩa thống kê $p=0.14$. Tỷ lệ bệnh nhân không dùng thuốc do hết thuốc tăng từ 56% lên 91%, khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p=0.01$.

Bảng 2. Sự tuân thủ về hạn chế hút thuốc lá và uống rượu bia

Đặc điểm	Chăm sóc sức khỏe tại nhà N = 101 ¹			p-value ²
	Lần 1	Lần 2	Lần 3	
Hút thuốc lá: Không	85(84%)	87(86%)	88(87%)	0.8
Đôi khi	11(11%)	12(12%)	11(11%)	
Thường xuyên	5(5.0%)	2(2.0%)	2(2.0%)	
Uống rượu bia: Không	79(78%)	81(80%)	84(83%)	0.5
Đôi khi	17(17%)	18(18%)	16(16%)	
Thường xuyên	5(5.0%)	2(2.0%)	1(1.0%)	

¹ n(%); ² Fisher's exact test

Kết quả nghiên cứu cho thấy, tỷ lệ hút thuốc là 16% và uống rượu bia là 22%. Tỷ lệ hút thuốc lá và uống rượu bia có xu hướng giảm sau khi được CSSK tại nhà, tuy nhiên sự khác biệt chưa có ý nghĩa thống kê với p value lần lượt là 0.8 và 0.5.

Dựa trên kết quả trên, ngoài sự tuân thủ điều trị thuốc thì dịch vụ CSSK tại nhà cần chú trọng giáo dục sức khỏe hơn nữa để người bệnh hạn chế hút thuốc và sử dụng rượu bia.

Bảng 3. Bảng câu hỏi cho bệnh nhân cao huyết áp

Đặc điểm	Chăm sóc sức khỏe tại nhà N = 91 ¹			p-value ²
	Lần 1	Lần 2	Lần 3	
Ăn thức ăn mặn: Không	12(13%)	21(23%)	19(21%)	0.5
Đôi khi	67(74%)	59(65%)	64(70%)	
Thường xuyên	10(11%)	10(11%)	8(8.8%)	
Luôn luôn	2(2.2%)	1(1.1%)	0(0%)	
Thêm muối vào thức ăn: Không	18(20%)	18(20%)	16(18%)	>0.9
Đôi khi	61(67%)	61(67%)	63(69%)	
Thường xuyên	10(11%)	10(11%)	10(11%)	
Luôn luôn	2(2.2%)	2(2.2%)	2(2.2%)	
An đồ ăn nhanh: Không	37(41%)	37(41%)	37(41%)	0.8
Đôi khi	48(53%)	52(57%)	52(57%)	
Thường xuyên	5(5.5%)	2(2.2%)	2(2.2%)	
Luôn luôn	1(1.1%)	0(0%)	0(0%)	

¹ n(%); ² Fisher's exact test

Kết quả nghiên cứu cho thấy, trong số những người bệnh mắc cao huyết áp thì tỷ lệ không sử dụng đồ ăn mặn tăng từ 13% lên 21%, việc ăn đồ ăn nhanh ở mức độ thường xuyên giảm từ 5,5% xuống 2,2% và chưa ghi nhận sự cải thiện trong việc thêm muối vào thức ăn.

Bảng 4. Bảng câu hỏi cho bệnh nhân đái tháo đường

Đặc điểm	Chăm sóc sức khỏe tại nhà N = 40 ¹			p-value ²
	Lần 1	Lần 2	Lần 3	
Ăn uống đều đặn: Không	1(2.5%)	0(0%)	0(0%)	0.3
Đôi khi	8(20%)	5(12%)	2(5.0%)	
Thường xuyên	16(40%)	16(40%)	19(48%)	
Luôn luôn	15(38%)	19(48%)	19(48%)	
Ăn thức ăn chứa chất xơ: rau, trái cây mỗi ngày				0.5
Không	2(5.0%)	0(0%)	0(0%)	
Đôi khi	7(18%)	6(15%)	3(7.5%)	
Thường xuyên	17(42%)	20(50%)	23(57%)	
Luôn luôn	14(35%)	14(35%)	14(35%)	

Tự kiểm tra đường huyết theo hướng dẫn của Bác sĩ				0.5
Không	7(18%)	3(7.5%)	1(2.5%)	
Đôi khi	19(48%)	23(57%)	22(55%)	
Thường xuyên	11(28%)	11(28%)	14(35%)	
Luôn luôn	3(7.5%)	3(7.5%)	3(7.5%)	
Tự kiểm tra đường huyết khi cảm thấy không khỏe (đau đầu, run,..)				>0.9
Không	9(22%)	8(20%)	5(12%)	
Đôi khi	20(50%)	19(48%)	22(55%)	
Thường xuyên	7(18%)	9(22%)	9(22%)	
Luôn luôn	4(10%)	4(10%)	4(10%)	
Cố gắng duy trì chỉ số đường huyết				0.6
Không	8(20%)	7(18%)	3(7.5%)	
Đôi khi	18(45%)	15(38%)	16(40%)	
Thường xuyên	10(25%)	14(35%)	14(35%)	
Luôn luôn	4(10%)	4(10%)	7(18%)	
Kiểm soát lượng thức ăn và tập thể dục dựa trên mức đường				0.4
Không	11(28%)	8(20%)	3(7.5%)	
Đôi khi	19(48%)	20(50%)	22(55%)	
Thường xuyên	7(18%)	9(22%)	12(30%)	
Luôn luôn	3(7.5%)	3(7.5%)	3(7.5%)	
Luôn mang thức ăn đồ uống ngọt trong trường hợp hạ đường huyết				0.2
Không	14(35%)	12(30%)	5(12%)	
Đôi khi	18(45%)	15(38%)	18(45%)	
Thường xuyên	6(15%)	11(28%)	15(38%)	
Luôn luôn	2(5.0%)	2(5.0%)	2(5.0%)	
Cố gắng duy trì cân nặng: Không				0.9
Đôi khi	7(18%)	5(12%)	7(18%)	
Thường xuyên	21(52%)	21(52%)	16(40%)	
Luôn luôn	10(25%)	12(30%)	15(38%)	
Cố gắng duy trì cân nặng: Đôi khi				0.9
Thường xuyên	2(5.0%)	2(5.0%)	2(5.0%)	
Luôn luôn	7(18%)	5(12%)	7(18%)	
Thường xuyên	21(52%)	21(52%)	16(40%)	
Cố gắng duy trì cân nặng: Thường xuyên				0.9
Luôn luôn	10(25%)	12(30%)	15(38%)	
Thường xuyên	2(5.0%)	2(5.0%)	2(5.0%)	
Luôn luôn	7(18%)	5(12%)	7(18%)	

¹n(%); ² Fisher's exact test; Pearson's Chi-squared test

Đối với người bệnh có đái tháo đường, thói quen ăn uống đều đặn thường xuyên trở lên tăng từ 78% lên 96%; việc thường xuyên bổ sung chất xơ trong bữa ăn cũng tăng từ 77% lên 92%; thường xuyên tự kiểm tra đường huyết theo hướng dẫn của bác sĩ hay khi thấy không khỏe tăng lần lượt từ 35,5% lên 42,5% và từ 28% lên 32%; kiểm soát lượng thức ăn và tập

thể dục thường xuyên tăng từ 25,5% lên 37,5%; cố gắng duy trì chỉ số đường huyết từ 35% lên 53%, cố gắng duy trì cân nặng từ 30% lên 43% và mang đồ ăn dự phòng hạ đường huyết từ 20% lên 43%. Nhìn chung người bệnh đã có các thay đổi tích cực sau các đợt khám bệnh nhưng chưa có ý nghĩa thống kê.

Bảng 5. Kết quả theo dõi đôi tượng qua 3 lần can thiệp

Đặc điểm	Lần 1, N = 101 ¹	Lần 2, N = 101 ¹	Lần 3, N = 101 ¹	p-value ²
Tình trạng lâm sàng				0.032
Chưa ổn định nhưng được kiểm soát	27(27%)	19(19%)	15(15%)	
Không ổn định, chưa được kiểm soát	10(9.9%)	5(5.0%)	3(3.0%)	
Tình trạng ổn	64(63%)	77(76%)	83(82%)	
Phương pháp điều trị				0.037
Duy trì phương pháp điều trị	92(91%)	96(95%)	100(99%)	
Thay đổi phương pháp điều trị	9(8.9%)	5(5.0%)	1(1.0%)	

¹ n(%); ² Fisher's exact test; Pearson's Chi-squared test

Trong quá trình sử dụng dịch vụ CSSK tại nhà, không ghi nhận có ca bệnh nào phải nhập viện và các vấn đề có thể phát sinh do việc CSSK không

hiệu quả. Về tình trạng lâm sàng, số ca có tình trạng bệnh ổn tăng dần qua ít nhất có 03 lần khám bệnh từ 63% lên 82%. Các trường hợp chưa ổn

định nhưng được kiểm soát đã giảm dần từ 27% xuống 15%. Số ca không ổn định, chưa được kiểm soát có giảm nhẹ từ 9,9% xuống còn 3%. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p=0.032$.

Về phương pháp điều trị, việc số ca có sự ổn định về phương pháp tăng dần từ 91% lên 99% người bệnh được duy trì/điều chỉnh giới hạn theo phương pháp điều trị hiện tại, và tỷ lệ số người bệnh cần thay đổi phương pháp điều trị giảm từ 8,9% xuống 1%. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p=0.037$. Kết quả cho thấy, dịch vụ CSSK tại nhà có sự hỗ trợ giúp cải thiện tình trạng lâm sàng, kiểm soát tình trạng bệnh mạn tính của NCT.

IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu cho thấy dịch vụ CSSK tại nhà đã đem lại lợi ích cho người bệnh, quy trình tư vấn và giáo dục sức khỏe liên quan đến việc tuân thủ sử dụng thuốc là có hiệu quả. Kết quả phù hợp so với những nghiên cứu liên quan đến đánh giá hiệu quả của mô hình CSSK tại nhà trên thế giới, đặc biệt ở đối tượng NCT mắc bệnh mạn tính. Ngoài ra, mục tiêu của dịch vụ CSSK tại nhà là tránh tái nhập viện do người bệnh được theo dõi chủ động hơn bởi nhóm điều trị. Nghiên cứu cũng giúp Bác sĩ có thể xác định và lựa chọn được người bệnh phù hợp tham gia dịch vụ CSSK tại nhà.

Đánh giá hiệu quả sự tuân thủ điều trị trong việc quản lý sử dụng thuốc cần được duy trì và chú ý tập trung vào những vấn đề còn tồn tại, kết quả này so với các nghiên cứu liên quan trên thế giới cho thấy gần một phần ba số NCT được CSSK tại nhà có vấn đề về sử dụng thuốc hoặc đang dùng một loại thuốc được coi là không phù hợp với NCT [3]. NCT được CSSK tại nhà đặc biệt dễ bị ảnh hưởng bởi những tác dụng phụ do sai sót khi sử dụng thuốc/dùng nhiều loại thuốc cho các bệnh lý đi kèm/ thuốc do nhiều nhà cung cấp chỉ định [4]. Phần lớn những người bệnh được CSSK tại nhà khi dùng nhiều hơn năm loại thuốc theo đơn sẽ có khả năng xảy ra các sai sót thuốc trong quá trình điều trị [5]. Ngoài ra, những thách thức về giao tiếp và tư vấn rất được chú trọng trong CSSK tại nhà, có lẽ nhờ vậy mà giúp tăng tỷ lệ tuân thủ việc sử dụng thuốc do thời gian dành cho tư vấn của Bác sĩ nhiều hơn.

Hạn chế của dịch vụ CSSK tại nhà là không thực hiện được đầy đủ các xét nghiệm thăm dò chức năng, chẩn đoán cho người bệnh như môi trường bệnh viện (X-Quang, MRI, nội soi chẩn đoán, thăm dò chuyên sâu tùy theo nhu cầu phát sinh từ người bệnh). Do đó, CSSK tại nhà cần chọn lọc đối tượng bệnh, chỉ tiếp nhận các trường hợp không thực sự cần nhập viện. Ở đây vai trò của người "điều phối viên" là phân loại

người bệnh ngay từ cuộc gọi thoại đầu tiên. Quá trình CSSK tại nhà vừa qua đã ghi nhận 03 ca được điều phối viên hướng dẫn nhập viện cấp cứu. Trái lại, người bệnh được hướng dẫn thăm khám thêm tại bệnh viện trong các trường hợp: Bệnh nhân đang bình thường mà có biến chứng hoặc có diễn biến phức tạp; Người bệnh bị té gây chấn thương hoặc gặp sự cố ngoài ý muốn. Mô hình CSSK tại nhà ở Cộng Hòa Phần Lan phát triển rất thành công, điều phối viên chủ động đưa ra đánh giá về nhu cầu của người bệnh cao tuổi trong việc sử dụng dịch vụ CSSK tại nhà, nguyện vọng của người bệnh cũng được ghi nhận để cân nhắc trong quá trình chăm sóc cho đến khi nhu cầu của người bệnh được xác định và thỏa mãn [6].

Về kết quả điều trị CSSK tại nhà, qua nghiên cứu cho thấy có sự phù hợp với các dịch vụ CSSK tại nhà khác đang được áp dụng ở nhiều quốc gia phát triển trên thế giới, tương tự ghi nhận có sự phục hồi cải thiện rõ trên lâm sàng sau 60 ngày CSSK tại nhà như các nghiên cứu khác [7]. Từ những can thiệp của dịch vụ CSSK tại nhà đã cho kết quả bước đầu. Nhiều nghiên cứu đã ghi nhận người bệnh CSSK tại nhà phục hồi nhanh và bền vững hơn, giảm tỷ lệ tái nhập viện [8].

Việc sử dụng dịch vụ CSSK tại nhà hỗ trợ giúp cải thiện tình trạng lâm sàng của người bệnh giữa các lần can thiệp CSSK tại nhà, việc thay đổi, điều chỉnh hay duy trì phương pháp điều trị có ý nghĩa thống kê với kết quả sử dụng dịch vụ. Nhờ có những can thiệp đúng thời điểm, người bệnh giảm tỷ lệ tái nhập viện, giảm gánh nặng bệnh tật, đỡ chi phí. Ngoài ra dịch vụ giúp hạn chế việc đi lại, giảm thời gian chờ đợi và thực hiện các thủ tục hành chính, cung cấp dịch vụ tận nơi, nâng cao chất lượng cuộc sống cho cộng đồng.

Hệ thống CSSK tại nhà của Việt Nam còn gặp những thách thức trong tiếp cận và đáp ứng nhu cầu ngày càng tăng để quản lý nhóm bệnh mạn tính, giảm nguy cơ, thúc đẩy lối sống lành mạnh và cải thiện chất lượng cuộc sống của NCT. Bên cạnh việc điều trị bệnh mạn tính lâu dài, việc tuân thủ thói quen sinh hoạt được đo lường trong nghiên cứu cho thấy cần có những thay đổi tích cực trong lối sống của người bệnh. Việc sử dụng dịch vụ CSSK tại nhà đã góp phần điều chỉnh việc tuân thủ sử dụng thuốc của người bệnh, sự thay đổi có ý nghĩa thống kê trong các hành vi: tự ý ngưng thuốc, tạm dừng thuốc khi thấy khỏe, dùng sử dụng thuốc vì mệt mỏi do tác dụng phụ của thuốc, tự dừng thuốc khi hết. Kết quả này cũng tương tự các nghiên cứu khác về tuân thủ điều trị bệnh; sau 3 tháng tỷ lệ

không tuân thủ giảm từ 36,6% xuống 26,3%, kiểm soát đường huyết liên quan có ý nghĩa thống kê với sự tuân thủ sử dụng thuốc, nếu tăng sự tuân thủ sẽ cải thiện việc kiểm soát đường huyết [9].

V. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu 101 người cao tuổi có bệnh mạn tính tham gia dịch vụ CSSK tại nhà ở Bệnh viện Lê Văn Thịnh tại Thành phố Thủ Đức /Tp.HCM, mặc dù số liệu còn khá hạn chế nhưng cũng cho thấy hiệu quả trong việc kiểm soát tình trạng bệnh mạn tính ở nhóm người cao tuổi và sự tăng tỷ lệ tuân thủ sử dụng thuốc của người bệnh. Mặc dù vậy kết quả nghiên cứu chưa phản ánh được dịch vụ CSSK tại nhà làm thay đổi đáng kể hành vi và lối sống của người bệnh về hút thuốc là, uống rượu bia, thói quen ăn uống.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Krousel-Wood, M., et al., Reliability of a medication adherence measure in an outpatient setting. *The American journal of the medical sciences*, 2005. 330(3): p. 128-133.
2. Aminde, L.N., et al., Adherence to antidiabetic medication and factors associated with non-adherence among patients with type-2 diabetes

- mellitus in two regional hospitals in Cameroon. *BMC endocrine disorders*, 2019. 19(1): p. 1-9.
3. Gates, B.J., et al., A comparison of educational methods to improve NSAID knowledge and use of a medication list in an elderly population. *Home Health Care Management & Practice*, 2005. 17(5): p. 403-410.
 4. Meredith, S., et al., Improving medication use in newly admitted home healthcare patients: a randomized controlled trial. *Journal of the American Geriatrics Society*, 2002. 50(9): p. 1484-1491.
 5. Ellenbecker, C.H., S.C. Frazier, and S. Verney, Nurses' observations and experiences of problems and adverse effects of medication management in home care. *Geriatric Nursing*, 2004. 25(3): p. 164-170.
 6. Kaarna, T., et al. Decision support for the service needs assessment process in elderly care. in 2016 49th Hawaii International Conference on System Sciences (HICSS). 2016. IEEE.
 7. Han, S.J., et al., Clinical Outcomes and Quality of Life of Home Health Care Patients. *Asian Nursing Research*, 2013. 7(2): p. 53-60.
 8. Linertová, R., et al., Interventions to reduce hospital readmissions in the elderly: in-hospital or home care. A systematic review. *Journal of evaluation in clinical practice*, 2011. 17(6): p. 1167-1175.
 9. Nhi, T.T.T. and L. Chuyền, Nghiên cứu tuân thủ sử dụng thuốc theo thang điểm Morisky (MMAS-8) và hiệu quả tư vấn trên bệnh nhân đái tháo đường típ 2. *Vietnam Journal of Diabetes and Endocrinology*, 2021(46): p. 198-212.

KHẢO SÁT CÁC THỂ LÂM SÀNG Y HỌC CỔ TRUYỀN CỦA HỘI CHỨNG ĐAU BỤNG KINH NGUYÊN PHÁT TRÊN SINH VIÊN NỮ TẠI CÁC TRƯỜNG ĐẠI HỌC TRÊN ĐỊA BÀN THÀNH PHỐ HỒ CHÍ MINH

Lê Ngô Minh Như¹, Trịnh Thị Diệu Thường¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Khảo sát các thể lâm sàng Y học cổ truyền của hội chứng Đau bụng kinh nguyên phát trên sinh viên nữ tại các trường đại học trên địa bàn thành phố Hồ Chí Minh. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu cắt ngang mô tả được tiến hành qua 2 giai đoạn. Giai đoạn 1: khảo sát trên y văn kinh điển YHCT, giáo trình, sách chuyên khảo được giảng dạy tại các trường đại học và tìm kiếm các hội chứng lâm sàng YHCT, từ đó xây dựng bảng câu hỏi khảo sát trên lâm sàng. Giai đoạn 2: tiến hành phỏng vấn trên 384 sinh viên nữ đau bụng kinh nguyên phát từ 18 – 25 tuổi. Sử dụng phần mềm Lantern 5.0 để phân tích dữ liệu mô hình LTMs từ đó đưa ra hội chứng lâm sàng YHCT tương ứng. **Kết quả:** Nghiên cứu y văn ghi nhận 8 hội chứng lâm sàng YHCT (Thực

hàn, Khí trệ huyết ứ, Khí huyết hư nhược, Can thận khuy hư, Huyết nhiệt, Hư nhiệt, Hư hàn, Thận khí hư). Nghiên cứu lâm sàng: thống kê kết quả bằng LTMs thành lập 8 hội chứng lâm sàng tương tự như trên y văn. **Kết luận:** Khảo sát được 8 hội chứng lâm sàng YHCT của Hội chứng Đau bụng kinh nguyên phát. **Từ khóa:** hội chứng y học cổ truyền, mô hình cây tìm ẩn, đau bụng kinh nguyên phát

SUMMARY

INVESTIGATION THE PATTERNS OF THE TRADITIONAL MEDICINE IN FEMALE STUDENTS WITH PRIMARY DYSMENORRHEA AT UNIVERSITIES IN HO CHI MINH CITY

Objectives investigation the patterns of the traditional medicine in female students with primary dysmenorrhea at universities in ho chi minh city. **Materials and Methods:** A cross – sectional study was conducted in two phase. Phase 1: In traditional medicine documents: Traditional medicine classics, text books taught at universities to search for the patterns of the traditional medicine and building a clinical survey questionnaire. Phase 2: interviews 384 female students 18 – 25 years old at universities with

¹Đại học Y Dược TP Hồ Chí Minh

Chịu trách nhiệm chính: Trịnh Thị Diệu Thường

Email: thuong.ttd@ump.edu.vn

Ngày nhận bài: 29.9.2022

Ngày phản biện khoa học: 27.10.2022

Ngày duyệt bài: 10.11.2022