

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu chúng tôi đã cung cấp một số thông tin hữu ích về mối liên quan giữa DCNCT với thần kinh giữa và cung động mạch gan tay nông. Điều này có thể giúp ngăn ngừa các biến chứng cụ thể khi thực hiện phẫu thuật giải phóng ống cổ tay.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Aroori S, Spence RA. Carpal tunnel syndrome. *Ulster Med J.* Jan 2008; 77(1):6-17.
2. Aboonq MS. Pathophysiology of carpal tunnel syndrome. *Neurosciences (Riyadh).* Jan 2015; 20(1):4-9.
3. Ashworth N. Carpal tunnel syndrome. *Clinical evidence.* 03/23 2010; 2010
4. Gelfman R, Melton LJ, Yawn BP, Wollan PC, Amadio PC, Stevens JC. Long-term trends in carpal tunnel syndrome. *Neurology.* 2009/01/06 2009; 72(1): 33-41. doi:10.1212/01.wnl.0000338533.88960.b9
5. Palmer AK, Toivonen DA. Complications of endoscopic and open carpal tunnel release. *J Hand Surg Am.* May 1999; 24(3):561-5. doi:10.1053/jhsu.1999.0561
6. Louis DS, Greene TL, Noellert RC. Complications of carpal tunnel surgery. *J Neurosurg.* Mar 1985; 62(3):352-6. doi:10.3171/jns.1985.62.3.0352
7. Jordan D, Zhang H, Li ZM. Spatial Relationship of the Median Nerve and Transverse Carpal Ligament in Asymptomatic Hands. *J Biomech Eng.* Mar 1 2023; 145(3)doi:10.1115/1.4056290
8. Cobb TK, Dalley BK, Posteraro RH, Lewis RC. Anatomy of the flexor retinaculum. *J Hand Surg Am.* Jan 1993; 18(1):91-9. doi:10.1016/0363-5023(93)90251-w
9. Ahn DS, Yoon ES, Koo SH, Park SH. A prospective study of the anatomic variations of the median nerve in the carpal tunnel in Asians. *Ann Plast Surg.* Mar 2000; 44(3):282-7. doi:10.1097/00000637-200044030-00006
10. Lindley SG, Kleinert JM. Prevalence of anatomic variations encountered in elective carpal tunnel release. *J Hand Surg Am.* Sep 2003; 28(5):849-55. doi:10.1016/s0363-5023(03)00365-4

NHU CẦU CHĂM SÓC SỨC KHỎE TẠI NHÀ VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN CỦA NGƯỜI CAO TUỔI TẠI PHƯỜNG QUẢNG HƯNG, THÀNH PHỐ THANH HÓA NĂM 2024

Nguyễn Hữu Tú¹, Trần Quốc Kham²,
Trần Thị Minh Tâm³, Nguyễn Thị Ly⁴

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả thực trạng khám chữa bệnh (KCB) và chăm sóc sức khỏe (CSSK) của người cao tuổi (NCT) tại phường Quảng Hưng, thành phố Thanh Hóa năm 2024, đồng thời phân tích nhu cầu CSSK tại nhà và các yếu tố liên quan. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu cắt ngang được thực hiện trên 196 NCT trong giai đoạn từ tháng 1 đến tháng 11 năm 2024. **Kết quả:** Toàn bộ NCT đều có nhu cầu KCB trong năm qua, trong đó 87,8% đã đi khám trong lần ốm đau gần nhất. Nhu cầu KCB tại nhà đạt 91,3%, với 70,9% mong muốn được cán bộ y tế xã trực tiếp điều trị. Các dịch vụ kỹ thuật được lựa chọn nhiều nhất là tiêm thuốc và truyền dịch tại nhà (75%). Nghiên cứu chỉ ra mối liên quan có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$) giữa nhu cầu KCB tại nhà với các yếu tố như giới tính, tuổi tác, trình độ học vấn, tình trạng sống cùng người thân, khoảng cách đến cơ sở y

tế, nghề nghiệp, điều kiện kinh tế, BHYT và chi phí điều trị. **Kết luận:** Nhu cầu CSSK tại nhà của NCT khá cao. Do đó, cần tăng cường cơ sở vật chất và nâng cao năng lực chuyên môn tại tuyến y tế cơ sở nhằm cải thiện chất lượng dịch vụ, mở rộng phạm vi chi trả BHYT, đồng thời góp phần giảm tải cho các bệnh viện công lập. **Từ khóa:** Người cao tuổi, chăm sóc sức khỏe tại nhà.

SUMMARY

THE DEMAND FOR HOME HEALTHCARE AND RELATED FACTORS AMONG THE ELDERLY IN QUANG HUNG WARD, THANH HOA CITY, IN 2024

Objective: To describe the current situation of medical examination and healthcare for the elderly in Quang Hung Ward, Thanh Hoa City, in 2024, while analyzing the demand for home healthcare and related factors. **Methods:** A cross-sectional study was conducted on 196 elderly individuals from January to November 2024. **Results:** All elderly individuals required medical examination in the past year, with 87.8% having sought medical care during their most recent illness. The demand for home-based medical care reached 91.3%, with 70.9% preferring treatment from commune healthcare staff. The most selected technical services were home medication injection and intravenous infusion (75%). The study also identified a statistically significant association ($p < 0.05$)

¹Trung tâm Pháp Y Thanh Hóa

²Bộ Y tế, Hà Nội

³Trường Đại học Phenikaa

⁴Trường Đại học Đại Nam

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Hữu Tú

Email: tuanhtai291099@gmail.com

Ngày nhận bài: 4.2.2025

Ngày phản biện khoa học: 20.3.2025

Ngày duyệt bài: 14.4.2025

between the demand for home-based medical care and factors such as gender, age, education level, cohabitation status, distance to healthcare facilities, occupation, economic conditions, health insurance coverage, and treatment costs. **Conclusion:** The demand for home healthcare among the elderly is relatively high. Therefore, it is necessary to strengthen healthcare infrastructure and enhance professional capacity at the grassroots level to improve service quality, expand health insurance coverage, and alleviate the burden on public hospitals.

Keywords: Elderly, Home healthcare.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Dân số thế giới đang già hóa nhanh chóng, với số lượng và tỷ lệ NCT ngày càng tăng. Theo WHO, đến năm 2030, cứ sáu người sẽ có một người từ 60 tuổi trở lên, và đến năm 2050, dân số cao tuổi toàn cầu có thể đạt 2,1 tỷ, trong đó nhóm trên 80 tuổi có thể lên đến 426 triệu người. Xu hướng này không chỉ giới hạn ở các quốc gia phát triển mà còn ảnh hưởng đến các nước thu nhập thấp và trung bình, gây áp lực lớn lên hệ thống y tế và an sinh xã hội [9].

Nhật Bản là quốc gia chịu tác động mạnh nhất của già hóa dân số, với 28,4% dân số trên 65 tuổi vào năm 2018, dẫn đến áp lực lớn lên hệ thống y tế, an sinh xã hội và thị trường lao động. Chính phủ Nhật Bản đã triển khai nhiều chính sách nhằm đảm bảo chất lượng cuộc sống và phúc lợi cho người cao tuổi [8]. Tại Việt Nam, tỷ lệ NCT đang gia tăng nhanh chóng. Năm 2019, cả nước có 11,4 triệu người cao tuổi (12% dân số). Tỷ lệ dân số trên 60 tuổi tăng từ 11,9% năm 2019 lên 13,9% năm 2023, trong khi tỷ lệ dân số trẻ và lao động đều giảm 25. Dự báo đến năm 2040, Việt Nam sẽ kết thúc thời kỳ "dân số vàng" và đối diện nhiều thách thức về y tế, kinh tế và an sinh xã hội [7].

Lão hóa là quá trình suy giảm dần chức năng thể chất và tinh thần, làm tăng nguy cơ mắc bệnh mạn tính và gây áp lực lên hệ thống y tế. Nhằm nâng cao khả năng tiếp cận dịch vụ y tế cho NCT, Bộ Y tế đã triển khai mô hình phòng khám y học gia đình.

Tại phường Quảng Hưng, sự phát triển kinh tế giúp cải thiện đời sống nhưng cũng làm gia tăng nhu cầu chăm sóc sức khỏe tại nhà. Tuy nhiên, chưa có đánh giá toàn diện về dịch vụ này, do đó, việc nghiên cứu nhu cầu thực tế là cần thiết để đề xuất chính sách phù hợp.

Xuất phát từ thực tiễn đó, đề tài "Nhu cầu chăm sóc sức khỏe tại nhà và một số yếu tố liên quan của người cao tuổi tại phường Quảng Hưng, thành phố Thanh Hóa năm 2024" được thực hiện nhằm: *Mô tả thực trạng khám chữa bệnh và chăm sóc sức khỏe của người cao tuổi*

tại phường Quảng Hưng, thành phố Thanh Hóa năm 2024, đồng thời phân tích nhu cầu CSSK tại nhà và các yếu tố liên quan.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Tiêu chuẩn lựa chọn: NCT từ 60 tuổi trở lên tại phường Quảng Hưng, Thành phố Thanh Hoá.

Tiêu chuẩn loại trừ: NCT bị rối loạn tâm thần, không có khả năng giao tiếp, lú lẫn, có bệnh chứng nặng không thể tham gia nghiên cứu.

2.2. Thời gian và địa điểm nghiên cứu

- Thời gian nghiên cứu: Từ tháng 1 năm 2024 đến tháng 11 năm 2024.

- Địa điểm nghiên cứu: Phố 4,5,6, phường Quảng Hưng, thành phố Thanh Hoá.

2.3. Thiết kế nghiên cứu: Cắt ngang.

2.4. Mẫu và phương pháp chọn mẫu

- Cỡ mẫu: Sử dụng công thức tính cỡ mẫu cho nghiên cứu một tỷ lệ với $p = 90\%$ ($\approx 0,9$) theo nghiên cứu của Nhâm Tiến Quỳnh năm 2019: tỷ lệ ĐTNC có nhu cầu về CSSK tại nhà là 90% [5]. Cỡ mẫu tính toán $n = 178$. Thực tế trong quá trình thu thập số liệu, nhóm nghiên cứu đã thu thập được thông tin trên 196 NCT.

- Phương pháp chọn mẫu: ngẫu nhiên chùm

2.5. Bộ công cụ và Phương pháp thu thập số liệu. Phỏng vấn trực tiếp bằng bộ câu hỏi chuẩn bị trước. Bộ công cụ được xây dựng trên cơ sở tham khảo khảo bộ công cụ của nghiên cứu trước đây [5]. Bộ công cụ gồm 51 câu gồm các thông tin chung, tình hình CSSK và nhu cầu CSSK tại nhà của NCT.

2.6. Phương pháp phân tích số liệu. Sau khi thu thập số liệu được kiểm tra và làm sạch; sau đó, được nhập và phân tích bằng phần mềm SPSS 26.0. Phân tích số liệu thống kê mô tả bằng các thông số tần số, tỷ lệ %. Thống kê phân tích: *Xác định mối liên quan giữa các biến sử dụng T-test và ANOVA với khoảng tin cậy 95%, $\alpha = 0,05$; $p < 0,05$ có ý nghĩa về mặt thống kê.*

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

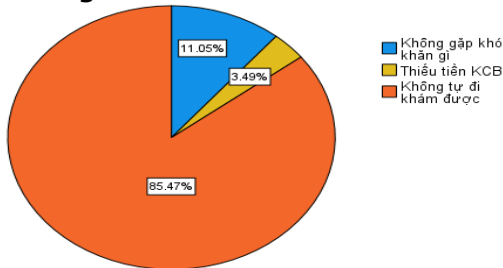
Bảng 1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu (=196)

Đặc điểm		Tần số	Tỷ lệ (%)
Giới tính	Nam	70	35,7
	Nữ	126	64,3
Nhóm tuổi	60 – 74 tuổi	128	65,3
	≥ 75 tuổi	68	34,7
	Tuổi trung bình	73,5 $\pm$ 7,6	
Trình độ học vấn	< THPT	162	82,7

	≥THPT	34	17,3
Hiện tại đang sống cùng	Sống cùng người thân	142	72,4
	Sống một mình	54	27,6
Nhóm nghề nghiệp	Không có việc làm	83	42,3
	Có việc làm	113	57,7
Kinh tế hộ gia đình	Nghèo/ Cận nghèo	28	14,3
	Không thuộc nghèo/cận nghèo	168	85,7
Tình hình sử dụng BHYT	Không có thẻ BHYT	23	11,7
	Có thẻ BHYT	173	88,3
Mức độ quan trọng của BHYT	Rất cần thiết/ Cần thiết	196	100
	Không cần thiết	0	0
Số lần KCB/năm sử dụng thẻ BHYT	1,1 ± 0,8		

Nhận xét: Trong số 196 NCT có 64,3% là nữ, 65,3% thuộc nhóm 60-74 tuổi, tuổi trung bình $73,5 \pm 7,6$. Đa số trình độ dưới THPT (82,7%) và có việc làm (57,7%). 88,3% có BHYT, trong đó 100% đánh giá rất cần thiết/cần thiết, trung bình khám bệnh 1,1 lần/năm.

3.2. Thực trạng chăm sóc sức khỏe tại nhà của người cao tuổi



Biểu đồ 1. Khó khăn trong khám chữa bệnh lần gần đây nhất của NCT (n=196)

Nhận xét: Kết quả của biểu đồ cho thấy khó khăn lớn nhất mà NCT gặp phải là không tự đi khám được chiếm 85,47%.

Bảng 2. Thực trạng chăm sóc sức khỏe tại nhà của người cao tuổi (n=196)

Đặc điểm		Số lượng (N)	Tỷ lệ (%)
Đi KCB lần bị ốm gần nhất	Có	172	87,8
	Không	24	12,2
Cơ sở KCB được lựa chọn	Bệnh viện huyện	46	26,7
	TYT xã	68	39,5
	BV/ Phòng khám tư nhân	5	2,9
	Bệnh viện tỉnh	43	25,0
	Bệnh viện TƯ	10	5,8
Lý do NCT lựa chọn cơ sở KCB	Thuận tiện đi lại	7	4,1
	Có BHYT	15	7,7
	CBYT nhiệt tình	8	4,7
	Trang thiết bị tốt	125	72,7
	Chi phí thấp	17	9,9

Phải nằm viện điều trị	Có	8	4,7
	Không	164	94,3
Người đi cùng trong lần KCB đó	Tự đi	6	3,5
	Người khác đi cùng	190	96,5
Có mắc bệnh tại thời điểm điều tra		196	100
Bệnh hiện mắc	> 1 bệnh	13	6,6
	≤ 1 bệnh	183	93,4
Chăm sóc sức khỏe tại nhà trong năm qua	Có	139	70,9
	Không	57	29,1
Đơn vị cung cấp dịch vụ y tế	Trạm y tế	10	7,2
	Phòng khám tư nhân	15	10,8
	NVYT tự do	106	76,3
	Bệnh viện huyện/tỉnh	8	5,8
Đối tượng thực hiện KCB tại nhà	Y sĩ	16	11,5
	Bác sĩ	12	7,4
	Điều dưỡng	103	74,1
	Dược sĩ	8	5,8
Kết quả điều trị	Khỏi	120	86,3
	Không khỏi	19	13,7
Mức độ hài lòng	Rất hài lòng/hài lòng	130	93,5
	Bình thường	9	6,5
Đánh giá về chi phí KCB tại nhà	Phù hợp	125	89,9
	Không phù hợp	14	10,1
Chăm sóc sau điều trị	Có chăm sóc	89	64,0
	Không chăm sóc	50	36,0

Nhận xét: 87,8% đi khám khi bị ốm, chủ yếu tại trạm y tế xã (39,5%) và bệnh viện huyện (26,7%). Lý do lựa chọn cơ sở y tế chủ yếu do trang thiết bị tốt (72,7%). 70,9% nhận CSSK tại nhà, chủ yếu do điều dưỡng thực hiện (74,1%), với 86,3% khỏi bệnh.

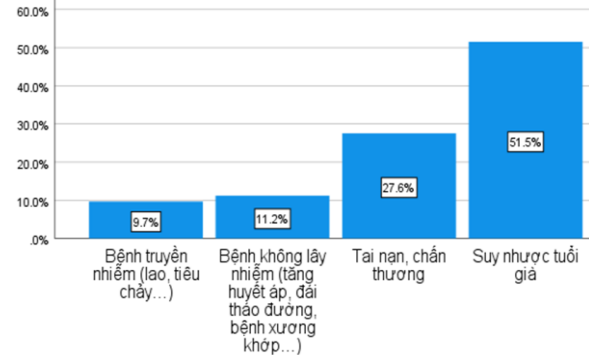
3.3. Nhu cầu chăm sóc sức khỏe tại nhà của người cao tuổi

Bảng 3. Nhu cầu chăm sóc sức khỏe tại nhà của người cao tuổi (n=196)

Đặc điểm		Số lượng (N)	Tỷ lệ (%)
Nhu cầu được CSSK tại nhà		179	91,3
Nhu cầu về CBYT CSSK tại nhà	CBYT tỉnh	28	14,3
	CBYT huyện	15	7,7
	CBYT xã	139	70,9
	CBYT tư nhân	14	7,1
Mong muốn sử dụng các dịch vụ tại nhà của NCT	Khám bệnh và tư vấn sức khỏe	22	11,2
	Tiêm thuốc, truyền dịch tại nhà	147	75,0
	Hỗ trợ sinh hoạt hàng ngày	19	9,7
	Phục hồi chức năng	8	4,1

	tại nhà		
Thuận lợi khi CSSK tại nhà	Không phải tự đi khám bệnh	83	42,3
	Không phải nằm viện	55	28,1
	Có nhiều thời gian được thăm khám	39	19,9
	Tiết kiệm chi phí khám chữa bệnh	13	6,6
	Được lựa chọn CBYT phù hợp	6	3,1
Khó khăn khi CSSK tại nhà	Không được BHYT hỗ trợ	29	14,8
	Lo lắng vì chất lượng dịch vụ	21	10,7
	Thái độ CBYT không tốt	16	8,2
	Thiếu trang thiết bị y tế	22	11,2
	Chi phí cao	46	23,5
	Khó tìm kiếm đơn vị/cá nhân cung cấp dịch vụ y tế tại nhà	62	31,6
Biết tới NVYT gia đình	Đã nghe	135	68,9
	Chưa nghe	61	31,1
Sẵn sàng chi trả phí dịch vụ CSSK		177	90,3

Nhận xét: 91,3% NCT có nhu cầu CSSK tại nhà, chủ yếu từ cán bộ y tế xã (70,9%). Dịch vụ mong muốn nhất là tiêm thuốc, truyền dịch (75%). Dù 90,3% sẵn sàng chi trả, khó khăn chính là chi phí cao (23,5%) và khó tìm đơn vị cung cấp (31,6%).



Biểu đồ 2. Tỷ lệ nhóm bệnh NCT có nhu cầu CSSK tại nhà cao nhất (n=196)

Nhận xét: Trong 4 nhóm bệnh thì NCT suy nhược về tuổi già có nhu cầu CSSK tại nhà cao nhất, chiếm 51,5%.

Bảng 4. Mối liên quan giữa đặc điểm đối tượng nghiên cứu và nhu cầu CSSK tại nhà

Đặc điểm		Nhu cầu CSSK tại nhà		OR 95% CI	P
		Có N (%)	Không N (%)		
Giới	Nam	53 (75,7)	17 (24,3)	0,75 (0,66-0,86)	0,000
	Nữ	126 (100)	0 (0)		
Nhóm tuổi	≥ 75 tuổi	51 (75,0)	17 (25,0)	1,33 (1,16-1,52)	0,000
	60-74 tuổi	128 (100)	0 (0)		
Trình độ học vấn	< THPT	136 (84,0)	26 (16,0)	0,91 (0,32-2,54)	0,003
	≥ THPT	29 (85,3)	5 (14,7)		
Người sống cùng	Người thân	111 (78,2)	31 (21,8)	0,78 (0,72-0,85)	0,000
	Sống một mình	54 (100)	0 (0)		
Khoảng cách từ nhà tới CSYT	Gần	81 (87,1)	12 (12,9)	0,87 (0,81-0,94)	0,01
	Xa	16 (34,8)	30 (65,2)		
Công việc hiện tại	Không có việc làm	65 (78,3)	18 (21,7)	0,46 (0,21-1,02)	0,003
	Có việc làm	100 (88,5)	13 (11,5)		
Loại kinh tế hộ gia đình	Nghèo/ Cận nghèo	11 (39,3)	17 (60,7)	0,06 (0,02-0,15)	<0,001
	Không thuộc nghèo/cận nghèo	154 (91,7)	14 (8,3)		

Nhận xét: Nhu cầu CSSK tại nhà cao hơn ở nữ giới, nhóm 60-74 tuổi, người có trình độ dưới THPT, sống một mình và gần cơ sở y tế. Người nghèo/cận nghèo và sống xa cơ sở y tế có nhu cầu thấp hơn đáng kể ($p < 0,001$).

Bảng 5. Mối liên quan giữa tình hình CSSK và nhu cầu CSSK tại nhà của NCT (n=196)

Tình hình CSSK tại nhà		Nhu cầu CSSK tại nhà		OR 95% CI	P
		Có N (%)	Không N (%)		
Tình trạng BHYT	Có	173 (100)	0 (0)	3,83 (1,93-7,63)	0,000
	Không	6 (26,1)	17 (73,9)		
Số bệnh hiện mắc	> 1 bệnh	13 (100)	0 (0)	0,91 (0,87-0,95)	0,25
	≤ 1 bệnh	166 (90,7)	17 (9,3)		
Chi phí điều trị	Phù hợp	119 (95,2)	6 (4,8)	14,87 (3,89-56,75)	0,000
	Không phù hợp	8 (57,1)	6 (42,9)		
Sự hài lòng khi KCB tại nhà	Hài lòng	118 (90,8)	12 (9,2)	0,91 (0,85-0,96)	0,34
	Không hài lòng	9 (100)	0 (0)		

Kết quả điều trị	Khỏi	108 (90,0)	12 (10,0)	0,9 (0,81-0,95)	0,15
	Không khỏi	19 (100)	0 (0)		
Chăm sóc sau điều trị	Có	77 (86,5)	12 (13,5)	0,87 (0,79-0,94)	0,007
	Không	23 (46,0)	27 (54,0)		

Nhận xét: Nhu cầu KCB tại nhà của NCT liên quan chặt chẽ đến BHYT và chi phí điều trị. Nhóm có BHYT có nhu cầu cao hơn (OR = 3,83; p = 0,000). Khả năng tài chính và chăm sóc sau điều trị cũng ảnh hưởng đáng kể.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Thực trạng chăm sóc sức khỏe tại nhà của người cao tuổi. Nghiên cứu cho thấy trung bình mỗi NCT cần KCB 1,1 lần/năm, thấp hơn so với Bangladesh và Thái Bình [3]. Phần lớn NCT chọn cơ sở y tế công lập, với 39,5% khám tại trạm y tế xã. Lựa chọn này chủ yếu do trang thiết bị tốt, chi phí thấp và có BHYT. Hiện nay, hệ thống chăm sóc sức khỏe NCT tại Việt Nam đang được cải thiện với chuyên khoa lão khoa và chính sách BHYT, giúp 88,3% NCT tiếp cận dịch vụ y tế. Tuy nhiên, 12,2% vẫn tự điều trị hoặc không đi khám do sức khỏe yếu, nhận thức hạn chế hoặc khó khăn tài chính.

Khoảng cách đến cơ sở y tế ảnh hưởng đến khả năng tiếp cận, với trung bình 3,1km và xa nhất 8km. Tỷ lệ NCT mắc bệnh cao, với 93,4% mắc ít nhất một bệnh, phổ biến là tăng huyết áp, tim mạch, xương khớp và đái tháo đường. Xu hướng bệnh tật chuyển từ truyền nhiễm sang bệnh không lây nhiễm. Dịch vụ KCB tại nhà được 70,9% NCT sử dụng, nhưng bác sĩ gia đình chưa phổ biến, gây khó khăn trong tiếp cận. Đặc biệt, 85,47% NCT gặp khó khăn khi tự đi khám, cho thấy cần cải thiện dịch vụ hỗ trợ vận chuyển.

4.2. Nhu cầu chăm sóc sức khỏe tại nhà của người cao tuổi. Dịch vụ CSSK tại nhà, đặc biệt là KCB, ngày càng thu hút sự quan tâm của NCT do tình trạng quá tải bệnh viện và nguy cơ nhiễm trùng chéo. Khảo sát cho thấy 91,3% NCT mong muốn KCB tại nhà cao hơn trong nghiên cứu của Đàm Trọng Hiếu [1] ghi nhận 67,3%; điều này để giảm bớt việc di chuyển, không phải nằm viện và được bác sĩ chăm sóc kỹ hơn. Các dịch vụ phổ biến nhất gồm tiêm thuốc, truyền dịch, KCB và tư vấn sức khỏe. Tuy nhiên, mô hình này vẫn gặp nhiều thách thức như khó tìm đơn vị cung cấp (31,6%), chi phí cao do chưa được BHYT hỗ trợ và hạn chế về trang thiết bị.

Nhân lực y tế chuyên môn về y học gia đình còn thiếu, cơ chế tài chính chưa rõ ràng và việc ký hợp đồng BHYT chưa hiệu quả. NCT tin tưởng vào hệ thống y tế công, với 70,9% mong muốn được KCB bởi cán bộ y tế tuyến xã. Nhu cầu cao nhất là điều trị bệnh suy giảm thể trạng

(51,5%), chấn thương (27,6%) và bệnh mạn tính không lây (11,2%). Xu hướng bệnh tật của NCT chuyển sang các bệnh mạn tính như tim mạch, tiểu đường, tăng huyết áp, đòi hỏi sự quan tâm đặc biệt. 74,5% NCT mong muốn dịch vụ KCB tại nhà được BHYT hỗ trợ [2]. Kinh nghiệm quốc tế cho thấy mô hình bác sĩ gia đình giúp nâng cao chất lượng CSSK ban đầu. Việt Nam có thể học hỏi để mở rộng dịch vụ KCB tại nhà, đáp ứng nhu cầu ngày càng lớn của NCT.

4.3. Các yếu tố liên quan. Tuổi tác có liên quan chặt chẽ đến nhu cầu KCB tại nhà của NCT. Khi tuổi càng cao, sức khỏe suy giảm, bệnh lý mãn tính gia tăng, đặc biệt là tăng huyết áp (45,6%), bệnh mạch vành (10%) và bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính (12,6%) [6]. Các bệnh thoái hóa như xương khớp, suy giảm thị lực và thính lực cũng ảnh hưởng lớn đến chất lượng sống của NCT. Nếu không được phát hiện, điều trị kịp thời, họ có thể đối mặt với sự suy giảm thể chất và tinh thần nghiêm trọng.

Nghiên cứu cho thấy nhu cầu KCB tại nhà của NCT có sự khác biệt theo giới tính, nhóm tuổi và trình độ học vấn. Tỷ lệ nữ giới có nhu cầu cao hơn nam giới (100% so với 75,7%). Nhóm từ 60-74 tuổi có nhu cầu cao hơn nhóm trên 75 tuổi (100% so với 75%) do nhận thức tốt hơn về lợi ích của mô hình này. Trình độ học vấn cũng ảnh hưởng đến nhu cầu tiếp cận dịch vụ, dao động từ 77,8% đến 100%.

Công việc và tình hình kinh tế hộ gia đình cũng tác động đến nhu cầu KCB tại nhà. NCT làm nội trợ, công chức hoặc lao động tự do có nhu cầu cao hơn nông dân và người không có việc làm. Đặc biệt, nhóm hộ nghèo có nhu cầu thấp nhất (19%), trong khi nhóm có điều kiện kinh tế khá hơn đạt 100%. Ngoài ra, NCT sống một mình có nhu cầu cao hơn nhóm sống cùng người thân (100% so với 63%) do khó khăn trong việc tự di chuyển đến cơ sở y tế, kết quả tương đồng với nghiên cứu của Nguyễn Văn Sai [4].

V. KẾT LUẬN

Tại phường Quảng Hưng, TP Thanh Hóa, 100% NCT cần KCB, trong đó 87,8% đã đi KCB khi ốm. Trạm y tế xã được chọn nhiều nhất (39,5%) nhờ chi phí thấp. 93,4% NCT mắc ít nhất một bệnh, phổ biến là tăng huyết áp (30,6%). Nhu cầu KCB tại nhà cao (91,3%), chủ yếu cần cán bộ y tế xã (70,9%). Các yếu tố như tuổi, kinh tế, BHYT ảnh hưởng đến nhu cầu này.

Để nâng cao hiệu quả KCB tại nhà, cần đẩy mạnh tuyên truyền về bác sĩ gia đình, xây dựng chính sách hỗ trợ, đặc biệt là thanh toán BHYT. Đồng thời, mở rộng mạng lưới cung cấp dịch vụ, đào tạo nhân viên y tế và phát triển hệ thống kết nối trực tuyến. Ngoài ra, cần có chính sách tài chính hỗ trợ NCT khó khăn và đưa một số dịch vụ KCB tại nhà vào BHYT.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Đàm Trọng Hiếu** (2016), "Thực trạng và nhu cầu chăm sóc sức khỏe tại nhà của người cao tuổi tại 2 phường của quận Tây Hồ - Hà Nội năm 2016 và một số yếu tố liên quan", Luận văn Thạc sĩ Quản lý bệnh viện, Đại học Y tế Công cộng.
2. **Đàm Viết Cường và các cộng sự** (2006), "Đánh giá tình hình chăm sóc sức khỏe cho người cao tuổi ở Việt Nam", Viện Chiến lược và Chính sách Y tế.
3. **Nguyễn Hà My** (2017), "Thực trạng khám chữa bệnh và nhận thức, thực hành của người cao tuổi về thông tuyến bảo hiểm y tế tại 4 xã thuộc huyện Kiến Xương tỉnh Thái Bình năm 2017", Luận văn thạc sĩ y tế công cộng, Đại học Y Dược Thái Bình, Thái Bình.
4. **Nguyễn Văn Sai** (2013), "Thực trạng sức khỏe và nhu cầu chăm sóc y tế của người cao tuổi tại hai huyện tỉnh Hải Dương năm 2013", Luận văn Thạc sĩ Y học, Đại học Y Dược Hải Phòng.
5. **Nhâm Tiên Quỳnh** (2019), "Thực trạng khám chữa bệnh và nhu cầu khám chữa bệnh tại nhà của người cao tuổi ở hai xã huyện Thái Thụy năm 2020", Trường Đại học Y Dược Thái Bình, Luận văn Thạc sĩ.
6. **Phạm Thắng** (2007), "Điều tra dịch tễ học về tình hình bệnh tật, nhu cầu chăm sóc y tế và xã hội của người cao tuổi Việt Nam", Tạp chí Dân số và Phát triển. 4.
7. **Tổng cục dân số** (2019), "Kết quả tổng điều tra dân số và nhà ở năm 2019", NXB Thống kê, Hà Nội.
8. **Gotaro Kojima, et al** (2019), "Transitions between frailty states among community-dwelling older people: a systematic review and meta analysis", Ageing research reviews. 50, tr. 81-88.
9. **WHO** (2022), "Ageing and health", <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>.

KHẢO SÁT MỘT SỐ YẾU TỐ NGUY CƠ UNG THƯ ĐẠI - TRỰC TRÀNG Ở BỆNH NHÂN NỘI SOI ĐẠI TRÀNG TOÀN BỘ TẠI HẢI DƯƠNG NĂM 2024

Vũ Công Danh¹, Nguyễn Huyền Nhung²

Vũ Thị Hân¹, Mạc Văn Nguyên¹, Nguyễn Thị Mến¹

TÓM TẮT

Nghiên cứu được tiến hành trên 300 bệnh nhân có tuổi từ 18 trở lên đến khám, nội soi đại tràng toàn bộ tại Bệnh viện Trường Đại học Kỹ thuật Y tế Hải Dương, có một trong các yếu tố nguy cơ ung thư đại trực tràng cho thấy: Đặc điểm chung một số yếu tố nguy cơ ung thư đại - trực tràng: tuổi ≥ 50 là 78,33%; có polyp tuyến đại trực tràng: 48,33%; có tiền sử polyp đại trực tràng hoặc IBD: 14,67%; hút thuốc lá: 13%, tiền sử gia đình bị ung thư đại - trực tràng: 2,33%. Nhóm bệnh nhân có triệu chứng chiếm 88%. Các triệu chứng thường gặp: phổ biến nhất là đau bụng chiếm 57,95%; thay đổi tính chất hình dạng phân: 62,12%; thay đổi thói quen đại tiện: 53,03%; phân máu: 9,09%; giảm cân: 5,3%, thiếu máu: 0,38%. Nhóm bệnh nhân không có triệu chứng lâm sàng chiếm 12%. Phân tầng các yếu tố nguy cơ ung thư đại - trực tràng ở nhóm này thấy: nguy cơ cao chiếm 5,55%, nguy cơ trung bình: 80,56%; nguy cơ thấp: 13,89%. Đặc điểm nội soi đại tràng toàn bộ nhóm bệnh nhân có yếu tố nguy cơ ung thư đại - trực

tràng và không có triệu chứng lâm sàng: nguy cơ cao - không có polyp tuyến đại tràng: 2,78%; nguy cơ cao - có polyp tuyến: 2,78%; nguy cơ trung bình - không có polyp tuyến: 41,67%; nguy cơ trung bình - có polyp tuyến: 38,88%; nguy cơ thấp - không có polyp tuyến: 0%; nguy cơ thấp - có polyp tuyến: 55,55%. Polyp tuyến đại tràng chủ yếu ở những bệnh nhân có các triệu chứng lâm sàng thường gặp là đau bụng, thay đổi tính chất hình dạng phân, thay đổi thói quen đại tiện. **Từ khóa:** ung thư đại tràng, ung thư trực tràng, nội soi đại tràng.

SUMMARY

SURVEY OF SOME RISK FACTORS OF COLON CANCER IN PATIENTS UNDERGOING COLONOSCOPY AT HAI DUONG IN 2024

The study was conducted on 300 patients aged 18 and over who came to Hai Duong Medical Technical University Hospital for examination and colonoscopy, with one of the risk factors for colorectal cancer, showing: General characteristics of some risk factors for colorectal cancer: age ≥ 50 is 78.33%; having colorectal adenomatous polyps: 48.33%; having a history of colorectal polyps or IBD: 14.67%; smoking: 13%, family history of colorectal cancer: 2.33%. The group of patients with symptoms accounted for 88%. Common symptoms: the most common is abdominal pain accounting for 57.95%; change in stool shape: 62.12%; change in bowel habits: 53.03%; bloody stools: 9.09%; weight loss:

¹Trường Đại học Kỹ thuật Y tế Hải Dương

²Bệnh viện Đa khoa Quốc tế Vinmec Hải Phòng

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Huyền Nhung

Email: huyennhung2910@gmail.com

Ngày nhận bài: 3.2.2025

Ngày phản biện khoa học: 19.3.2025

Ngày duyệt bài: 14.4.2025