

trung bình và kém biệt hóa.

*** Liên quan giữa AFP, kích thước trên cắt lớp vi tính với xâm lấn mạch máu.** Nhóm khối u có xâm lấn mạch máu trên mô bệnh học có tỷ lệ tăng AFP ≥ 400 ng/ml 50% cao hơn nhóm không có xâm lấn mạch máu 16,1% ($p < 0,05$); về kích thước không có sự khác biệt giữa hai nhóm ($p > 0,05$). Nghiên cứu của tác giả Ma và CS, khối u có AFP ≤ 20 ng/ml có độ biệt hóa tế bào gan cao hơn, tỷ lệ xâm lấn mạch máu và tỷ lệ tái phát sau 2 năm phẫu thuật cắt gan thấp hơn so với các nhóm AFP từ 20 – 400ng/ml và > 400 ng/ml. Về kích thước khối u và xâm nhập mạch, nhiều nghiên cứu cũng nhận thấy kích thước khối u không có tác dụng dự báo với tình trạng xâm nhập mạch. Nghiên cứu Chandarana, H, kích thước của khối u được xác định trên chụp MRI, kết quả không có sự liên quan giữa kích thước khối u và tỷ lệ xâm lấn mạch máu với $p = 0,327$.

V. KẾT LUẬN

- Tuổi trung bình đối tượng nghiên cứu 58,37 \pm 11,27 tuổi, nhóm tuổi 40 – 69 chiếm tỷ lệ đa số 70,7%; tỷ lệ nam/nữ 3/1. Các triệu chứng lâm sàng thường gặp: đau hạ sườn phải (65,9%), mệt mỏi (22,0%); tình cờ đi khám 26,8%. Tỷ lệ AFP trong giới hạn bình thường (< 20 ng/ml) chiếm 41,5%. Đặc điểm trên CLVT: Kích thước khối u trung bình 5,08 \pm 2,20 cm, 1 khối u chiếm tỷ 73,2% và đa số ở thùy phải 68,3%.

- Đặc điểm giải phẫu bệnh: Đa số khối u có độ biệt hóa tế bào độ II 63,4%, độ III 31,8%. 100% có xâm lấn mô đệm và 24,4% có xâm lấn mạch máu.

- Nồng độ AFP có liên quan đến sự xâm lấn

vi mạch, khả năng biệt hóa tế bào kém. Các khối u có kích thước lớn thường có mức độ biệt hóa tế bào kém hoặc không biệt hóa, tuy nhiên không có liên quan tới xâm lấn mạch máu trên mô bệnh học.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bray F., Ferlay J., Soerjomataram I. et.al.** (2018). Global cancer statistics 2018: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. 68 (6), 394-424.
2. **Schlageter M., Terracciano L. M., D'Angelo S. et.al.** (2014). Histopathology of hepatocellular carcinoma. World J Gastroenterol, 20 (43), 15955-15964.
3. **Bosman F. T., Carneiro F., Hruban R. H. et.al.** (2010). WHO classification of tumours of the digestive system, Geneva 27, Switzerland.
4. **Yu M. W., Chen C. J.** (1993). Elevated serum testosterone levels and risk of hepatocellular carcinoma. Cancer Res, 53 (4), 790-794.
5. **Thái Doãn Kỳ** (2015). Nghiên cứu kết quả điều trị ung thư biểu mô tế bào gan bằng phương pháp tắc mạch hóa chất sử dụng hạt vi cầu DC Beads. Viện Nghiên cứu Khoa học Y dược Lâm sàng 108.
6. **Đào Việt Hằng** (2016). Đánh giá kết quả điều trị ung thư biểu mô tế bào gan bằng đốt nhiệt sóng cao tần với các loại kim được lựa chọn theo kích thước khối u, Luận văn Tiến sĩ y học, Đại học Y Hà Nội.
7. **Trần Ngọc Minh** (2020). Nghiên cứu mô bệnh học và hóa mô miễn dịch tổn thương tiền ung thư và ung thư biểu mô tế bào gan, Luận án Tiến sĩ Y học, Đại học Y Hà Nội.
8. **Wu G., Wu J., Wang B. et.al.** (2018). Importance of tumor size at diagnosis as a prognostic factor for hepatocellular carcinoma survival: a population-based study. Cancer Manag Res, 10, 4401-4410.

THỰC TRẠNG KHẨU PHẦN ĂN VÀ THÓI QUEN ĂN UỐNG CỦA NGƯỜI BỆNH TẠI KHOA NỘI TIM MẠCH BỆNH VIỆN ĐA KHOA TỈNH NAM ĐỊNH

Nguyễn Thị Thanh Hương¹, Trần Thu Hiền¹, Đỗ Thị Hòa¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nhận xét thực trạng khẩu phần ăn và thói quen ăn uống của người bệnh tại khoa Nội Tim mạch – Bệnh viện Đa khoa tỉnh Nam Định. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang được thực hiện trên 192 người bệnh tăng huyết

áp, suy tim, cơn đau thắt ngực, tai biến mạch máu não được điều trị nội trú tại khoa Nội Tim mạch – Bệnh viện đa khoa tỉnh Nam Định từ tháng 3/2021 đến tháng 9/2021. **Kết quả:** Năng lượng trung bình 1289 Kcal đạt 75,8% nhu cầu khuyến nghị; Phần trăm năng lượng do P/L/G là: 17,56/20,37/62,07 đều không đạt nhu cầu khuyến nghị; Chất khoáng Ca đạt 34,5%, Sắt đạt 49,3%, Kali đạt 33%, đều đủ so với khuyến nghị. Sở thích chế biến món ăn theo cách xào là cao nhất (36,5%). 75% người bệnh sử dụng nước chấm trong bữa ăn hàng ngày. 50% nam giới thường xuyên hút thuốc, trong khi 100% phụ nữ không hút thuốc lá. 50,8% nam giới thường xuyên sử dụng rượu bia, trong khi đó 91,9% nữ không uống rượu. 21,2% nam

¹Trường Đại học Điều dưỡng Nam Định

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Thanh Hương

Email: huong.ndun@gmail.com

Ngày nhận bài: 12.4.2023

Ngày phản biện khoa học: 23.5.2023

Ngày duyệt bài: 21.6.2023

có tập thể dục trong khi tỷ lệ tập thể dục ở nữ khá cao (81,1%). Sự khác biệt giữa nam và nữ có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$ về các thói quen hút thuốc lá, uống rượu bia và tập thể dục. **Kết luận:** Kết quả cho thấy các thành phần trong khẩu phần ăn của người bệnh đều không đạt được như theo khuyến nghị. Bệnh viện cần cung cấp chế độ ăn bệnh lý cho những người bệnh điều trị tại viện. **Từ khóa:** khẩu phần ăn, thói quen ăn uống, tim mạch

SUMMARY

THE STATUS OF DIETARY INTAKE AND EATING HABITS OF PATIENTS AT THE DEPARTMENT OF INTERNAL CARDIOLOGY, NAM DINH GENERAL HOSPITAL

Objective: To Review the status of patients' dietary intake and eating habits at the Department of Internal Cardiology - Nam Dinh General Hospital. **Subjects and research methods:** A cross-sectional descriptive study was conducted on 192 patients with hypertension, heart failure, angina attack, and cerebrovascular accident who were inpatients at the Cardiology Department of Nam Dinh General Hospital from March 2021 to September 2021. **Results:** Average energy 1289 Kcal reached 75.8% of the recommended need; Percentage of energy due to P/L/G is: 17.56/20.37/62.07 all do not meet the recommended demand; Ca reached 34.5%, Iron reached 49.3%, Potassium reached 33%, all enough compared to the recommendation. The preference for cooking dishes by stir-frying is the highest (36.5%). 75% of patients use dipping sauce in their daily meals. 50% of men regularly smoke, while 100% of women do not smoke. 50.8% of men regularly use alcohol, while 91.9% of women do not drink alcohol. 21.2% of men exercise while the rate of female exercise is quite high (81.1%). The difference between men and women is statistically significant with $p < 0.05$ in terms of smoking, drinking, and exercise habits. **Conclusion:** The results showed that the ingredients in the patient's diet did not meet the recommendations. The hospital needs to provide a pathological diet for the patients treated at the hospital. **Keywords:** Dietary intake, eating habits, cardiology

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Suy dinh dưỡng trong bệnh viện vẫn là một vấn đề lớn trên toàn thế giới. Theo một nghiên cứu ở Úc thì tỷ lệ suy dinh dưỡng của người bệnh nhập viện khoảng 40% [1]. Tại Mỹ 50% người bệnh ngoại khoa, 38-40% người bệnh nội khoa bị suy dinh dưỡng; ở Anh 40-50%; ở Pháp 30% nam người bệnh, 41% nữ người bệnh bị suy dinh dưỡng. Tỷ lệ suy dinh dưỡng người bệnh ở châu Mỹ la tinh là 50%. Tại châu Á, Singapore cũng có tới 50% người bệnh ngoại khoa bị suy dinh dưỡng[1]. Tại Việt Nam, tỷ lệ suy dinh dưỡng cao nhất ở các khoa hệ Nội 31% [2]. Tỷ lệ suy dinh dưỡng tại khoa nội tim mạch chiếm 33,1%, tỷ lệ thừa cân tại khoa nội tim

mạch cũng chiếm tỷ lệ cao nhất 23,1% [2].

Bệnh tim mạch và tử vong do bệnh tim mạch chỉ là phần nổi của tảng băng mà bên dưới là hàng loạt các bất thường về chuyển hóa đã xuất hiện âm thầm từ trước đó, kể cả ở thời kỳ trẻ em. Hội chứng chuyển hóa (HCCH) liên quan chặt chẽ với thừa cân, béo phì. Theo một nghiên cứu năm 2014 tại Brazil chỉ ra rằng tỷ lệ mắc HCCH 9,7% với đối tượng thừa cân và 72,4% với đối tượng béo phì [3]. Theo nghiên cứu tại Thái Bình – Việt Nam năm 2011 thì những đối tượng tiền béo phì có nguy cơ mắc HCCH cao gấp 3,3 lần so với người bình thường, nguy cơ này tăng lên đến 30 lần ở những đối tượng béo phì [4].

Khẩu phần ăn và thói quen ăn uống ảnh hưởng trực tiếp đến tình trạng dinh dưỡng của mỗi cá nhân đặc biệt là những người bệnh đang điều trị tại bệnh viện. Tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Nam Định, người bệnh điều trị tại khoa Nội tim mạch có số lượng và thời gian điều trị trung bình cao trong các khoa, với các bệnh lý chủ yếu: Tăng huyết áp, bệnh tim thiếu máu cục bộ, suy tim, cơn đau thắt ngực và các bệnh lý về tim khác thì tình trạng dinh dưỡng của người bệnh ảnh hưởng không nhỏ đến kết quả điều trị bệnh. Mặc dù vậy đa số người bệnh chưa được cung cấp chế độ ăn bệnh lý Vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài với mục tiêu: "*Nhận xét thực trạng khẩu phần ăn và thói quen ăn uống của người bệnh tại khoa Nội Tim mạch – Bệnh viện Đa khoa tỉnh Nam Định*".

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Người bệnh được chẩn đoán mắc các bệnh lý tim mạch của 04 mặt bệnh thường gặp: Tăng huyết áp, Suy tim, Cơn đau thắt ngực, Tai biến mạch máu não được điều trị nội trú tại khoa Nội Tim mạch – Bệnh viện đa khoa tỉnh Nam Định.

2.1.1. Tiêu chuẩn lựa chọn. Người bệnh nằm trong nhóm các bệnh trên từ 18 tuổi, người bệnh nhập viện trong vòng 48 giờ.

2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ

- Người bệnh rối loạn trí nhớ, ngôn ngữ
- Người bệnh mổ cấp cứu
- Người bệnh HIV/ AIDS
- Người bệnh mang thai
- Người bệnh không đồng ý tham gia nghiên cứu

2.2. Thời gian và địa điểm nghiên cứu

- Thời gian nghiên cứu: từ tháng 3 năm 2021 đến tháng 9 năm 2021

- Địa điểm nghiên cứu: Khoa Nội tim mạch - Bệnh viện đa khoa tỉnh Nam Định.

2.3. Thiết kế nghiên cứu: Mô tả cắt ngang

2.4. Mẫu và phương pháp chọn mẫu

*** Mẫu**

$$n = Z_{(1-\alpha/2)}^2 \frac{p(1-p)}{(\epsilon \cdot p)^2}$$

Trong đó: - p là tỉ lệ suy dinh dưỡng ở bệnh nhân hệ nội Tim mạch tại Bệnh viện Đồng Hới – Quảng Bình năm 2013, tỷ lệ này là 33,1% (p = 0,331) [6].

- $Z_{(1-\alpha/2)}$ phân vị chuẩn hóa tương ứng với hệ số tin cậy

- α là độ tin cậy, $\alpha = 0,05$ thì $Z_{(1-\alpha/2)} = 1,96$

- ϵ là giá trị tương đối = 0,2

Thay vào công thức tính được: n = 192 người bệnh

*** Phương pháp chọn mẫu:** Chọn mẫu thuận tiện người bệnh đủ tiêu chuẩn lựa chọn cho đến khi đủ cỡ mẫu nghiên cứu.

2.5. Phương pháp và công cụ thu thập số liệu:

- Điều tra khẩu phần bằng phương pháp hỏi ghi 24 giờ. Đối tượng kể lại tỉ mỉ những gì đã ăn, uống trong ngày hôm trước. Sử dụng album ảnh các món ăn thông dụng của Viện dinh dưỡng quốc gia để đối tượng nhớ lại chính xác khi phỏng vấn. Các nội dung điều tra khẩu phần ăn bao gồm: mức tiêu thụ, thành phần dinh dưỡng, tỷ lệ cân đối, năng lượng

- Vào số liệu khẩu phần và tính toán giá trị dinh dưỡng của khẩu phần theo phần mềm do Viện Dinh dưỡng xây dựng dựa trên các số liệu thành phần dinh dưỡng các thực phẩm Việt Nam 2007.

- Phỏng vấn, ghi chép thói quen ăn uống, hoạt động thể lực, tiền sử sử dụng rượu, bia, thuốc lá theo bộ câu hỏi đã thiết kế theo khuyến nghị của tổ chức y tế thế giới và hiệp hội tim mạch Việt Nam.

- Phương pháp đánh giá: Sử dụng bảng thành phần dinh dưỡng của thực phẩm Việt Nam 2007 để tính trung bình năng lượng và các chất dinh dưỡng của từng người bệnh. Sau đó so sánh với nhu cầu khuyến nghị cho người bệnh tim mạch và bảng nhu cầu khuyến nghị cho người Việt Nam

2.6. Xử lý và phân tích số liệu:

- Số liệu sau khi thu thập sẽ được làm sạch trước khi đưa vào phân tích.

- Số liệu được nhập và phân tích bằng phần mềm SPSS 18.0

2.7. Vấn đề đạo đức trong nghiên cứu

- Nghiên cứu được sự đồng ý của Hội đồng khoa học Bệnh viện đa khoa tỉnh Nam Định, khoa Nội Tim mạch.

- Đối tượng nghiên cứu tham gia hoàn toàn tự nguyện và có quyền rút khỏi nghiên cứu bất kỳ lúc nào. Người bệnh được giải thích cặn kẽ và cụ thể về việc tham gia vào nghiên cứu. Tất cả các thông tin của người bệnh được bảo mật.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Khẩu phần ăn của người bệnh

Bảng 3.1: Lượng thực, thực phẩm tiêu thụ 24h của người bệnh

Tên thực phẩm	Tiêu thụ thực phẩm trung bình	
	Trung bình	Độ lệch chuẩn
Gạo, ngũ cốc các loại	165,61	18,05
Khoai củ và các sp chế biến	25,52	25,03
Thịt gia súc	75,21	24,41
Thịt gia cầm	74,04	18,81
Tôm, cua, cá các loại	49,22	26,99
Trứng các loại	13,35	14,10
Sữa, chế phẩm sữa	11,02	13,72
Đậu, đỗ các loại	97,08	42,77
Dầu thực vật	5,84	1,35
Mỡ động vật	5,03	1,42
Rau các loại	138,65	54,29
Củ, quả các loại	137,54	51,79

Mức tiêu thụ gạo và ngũ cốc trung bình: 165,61 ± 18,05 g/ngày, khoai củ và các sản phẩm chế biến: 25,52 ± 25,03 g/ngày, thịt gia súc 75,21 g/ngày, thịt gia cầm 74,04 g/ngày, tôm cua cá các loại 49,22 g/ngày, trứng các loại 13,35 g/ngày, sữa và chế phẩm sữa 11,02 g/ngày, đậu đỗ các loại 97,08 g/ngày, dầu thực vật 5,84 g/ngày, mỡ động vật 5,03 g/ngày, rau các loại 138,65 g/ngày, củ quả các loại 137,54 g/ngày.

Bảng 3.2: Khẩu phần ăn của người bệnh

Cơ cấu thành phần	Giá trị trung bình	Giá trị phần trăm năng lượng
Năng lượng	1288,57 (Kcal)	
Protid động vật	32,56 (g)	17,56%
Protid thực vật	24,02 (g)	
Lipid động vật	16,68 (g)	20,37%
Lipid thực vật	12,48 (g)	
Glucid	201,19 (g)	62,07%
Canxi	447,42 (mg)	
Sắt	8,13 (mg)	
Kali	1483,82 (mg)	
Natri	551,17 (mg)	

Năng lượng trung bình của khẩu phần ăn của người bệnh là 1288,57 Kcal/ngày, trong đó lượng protein là 56,58 g chiếm 17,56% tổng năng lượng, lượng lipid là 29,16g chiếm 20,37%,

lượng glucid 201,19 chiếm 62,07% tổng năng lượng. Tỷ lệ P/L/G là: 17,56/20,37/62,07.

Bảng 3.3: Khẩu phần ăn của người người bệnh theo nhu cầu khuyến nghị

Cơ cấu thành phần	Giá trị trung bình	DRA	% đạt được
Năng lượng (Kcal)	1288,57	1600 - 1800	75,8
Protid (g)	56,58	45 - 60	Đạt
Protid động vật (g)	32,56	16 - 26	Đạt
Pđv/Pts	57,55	30 - 50	Không đạt
Lipid (g)	29,16	25 - 37	Đạt
Ltv/Lts	42,8	>50	Không đạt
Glucid (g)	201,19	255-300	Không đạt
Canxi (mg)	447,42	1300	34,5
Sắt (mg)	8,13	15 - 18	49,3
Kali (mg)	1483,82	4000 - 5000	33
Natri (mg)	551,17	< 2000	Đạt

Nhu cầu khuyến nghị của các đối tượng tùy thuộc vào tuổi, giới, mức lao động và bệnh lý. Kết quả tính được năng lượng trung bình 1289 Kcal đạt 75,8% nhu cầu khuyến nghị.

- Số gam protein/ lipid/ glucid: 56,58/ 29,16/ 201,19.

- Phần trăm năng lượng do P/L/G là: 17,56/20,37/62,07

- Tỷ lệ Protein động vật/ Protein tổng số: 57,55%

- Tỷ lệ Lipid thực vật/ lipid tổng số: 42,8% không đạt nhu cầu khuyến nghị

- Chất khoáng Ca đạt 34,5%, Sắt đạt 49,3%, Kali đạt 33%, đều đủ so với khuyến nghị.

3.2. Thói quen ăn uống và hoạt động thể lực

Bảng 3.4: Sở thích và cách chế biến thức ăn theo giới

Giới	Cách chế biến thực phẩm				p	
	Luộc	Xào	Rán	Nướng		
Nam	Tần số	16	45	21	36	> 0,05
	%	13,6	38,1	17,8	30,5	
Nữ	Tần số	27	25	12	10	
	%	36,5	33,8	16,2	13,5	
Chung	Tần số	43	70	33	46	
	%	22,4	36,5	17,2	23,9	

Sở thích chế biến món ăn theo cách xào là cao nhất 36,5%. Sự khác biệt giữa nam và nữ không có ý nghĩa không có ý nghĩa thống kê

Bảng 3.5: Sở thích và sử dụng nước chấm (nước mắm, tương, xì dầu)

Giới	Sử dụng nước chấm trong bữa ăn hàng ngày		p
	Có	Không	

Nam	Tần số	80	38	> 0.05
	%	67,8	32,2	
Nữ	Tần số	65	9	
	%	87,8	12,2	
Tổng	Tần số	145	47	
	%	75,5	24,5	

Tỷ lệ người bệnh sử dụng nước chấm trong bữa ăn hàng ngày cao hơn nhiều tỷ lệ không sử dụng nước chấm 75,5% so với 24,5%. Sự khác biệt giữa nam và nữ không có ý nghĩa không có ý nghĩa thống kê

Bảng 3.6: Thói quen hút thuốc, uống rượu bia và tập thể dục và giới

Thói quen		Giới		p	
		Nam	Nữ		
Hút thuốc	Không hút	Tần số	21	74	p < 0,05
		%	17,8	100,0	
	Thường xuyên	Tần số	59	0	
		%	50,0	0,0	
	Thỉnh thoảng	Tần số	31	0	
%		26,3	0,0		
Đã từng hút nhưng bỏ	Tần số	7	0		
	%	5,9	0,0		
Uống rượu bia	Không uống	Tần số	10	68	p < 0,05
		%	8,5	91,9	
	Thường xuyên	Tần số	60	0	
		%	50,8	0	
	Thỉnh thoảng	Tần số	42	4	
%		35,6	5,4		
Đã từng uống nhưng bỏ	Tần số	6	2		
	%	5,1	2,7		
Tập thể dục	Có thể dục	Tần số	25	60	p < 0,05
		%	21,2	81,1	
	Không thể dục	Tần số	93	14	
		%	78,8	18,9	

Tỷ lệ nam giới thường xuyên hút thuốc là 50,0%, còn phụ nữ là 100% là không hút thuốc lá. Tỷ lệ nam giới thường xuyên sử dụng rượu bia là 50,8% trong khi đó tỷ lệ nữ thỉnh thoảng uống 5,4%, từng uống nhưng bỏ 2,7%, còn lại không uống rượu. Nam tập thể dục ít hơn nữ 81,1% so với 21,2%.

Sự khác biệt giữa nam và nữ có ý nghĩa không có ý nghĩa thống kê với p < 0,05 về các thói quen hút thuốc lá, uống rượu bia và tập thể dục.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Khẩu phần ăn. Theo khuyến cáo của Hiệp hội Tim mạch Hoa Kỳ và Hiệp hội Tim mạch Việt Nam thì để giảm nguy cơ THA và các biến chứng tim mạch do THA, cần phải kiểm soát được trọng lượng, tăng cường hoạt động thể lực, loại bỏ các yếu tố nguy cơ khác như hút thuốc lá, lạm dụng rượu bia, và quan trọng là có một khẩu

phần ăn hợp lý. Một chế độ ăn đủ năng lượng, cân bằng các nhóm chất sinh năng lượng, đủ vitamin, khoáng chất, trong đó nhấn mạnh một chế độ ăn hạn chế chất béo bão hòa, giảm lượng Natri, tăng cường Kali, Selen, Canxi, vitamin D, vitamin C, vitamin E, betacarotene và chất xơ [1], [3].

Trong nghiên cứu của tôi cho kết quả tính được năng lượng trung bình, lượng Protein, lipid, glucid đều không đạt nhu cầu khuyến nghị. Bên cạnh đó đó các yếu tố vi lượng như Canxi, Sắt, Kali cũng đều không đủ so với khuyến nghị. Kết quả nghiên cứu này có sự khác biệt với nghiên cứu của Phạm Thu Hương [5] tại khoa Nội tiết và Tiêu hóa bệnh viện Bạch Mai thì năng lượng khẩu phần ăn của người bệnh khoa Nội tiết là 1600 Kcal, protein/lipit/glucid là 18/22/60, năng lượng khẩu phần ăn khoa tiêu hóa là 1100 Kcal; và nghiên cứu của Khổng Thị Thúy Lan [6] năng lượng trung bình 1471 Kcal đạt 71,4%, protein 62,7 g (90%), protein đv/ protein ts là 0,38, lipid 33,9g, glucit 228g, vitamin A: 853 microgam (45%), canxi 432,9g (61,8%), kẽm 8,2g (54,6%). Mức tiêu thụ gạo 169g, lương thực khác 84,6g, thịt các loại 89,3g, cá các loại 28,8g, rau các loại 359g, quả chín 142g, trứng 5,6g, sữa 13,8g, dầu ăn 5,4g, lạc vừng 7,6g, mỡ động vật 1,1g. Sự khác biệt này có thể giải thích là do đối tượng nghiên cứu của chúng tôi đa phần lớn tuổi, cộng thêm tình trạng bệnh lý nên ăn uống kém, khẩu phần ăn giảm so với bình thường. Đa số người bệnh đều tuổi cao với bệnh lý tim mạch, bệnh viện đa khoa tỉnh Nam Định chưa thực hiện chế độ ăn cho người bệnh, vì vậy đa phần người bệnh đều sử dụng suất ăn dịch vụ tại các quán cơm ngoài cổng bệnh viện, một số ít người bệnh tại thành phố Nam Định thì sử dụng đồ ăn chế biến tại nhà, do vậy khẩu phần ăn của người bệnh trong nghiên cứu của tôi có mức năng lượng khá thấp, người bệnh sử dụng thực phẩm không đa dạng.

4.2. Thói quen ăn uống và hoạt động thể lực. Thói quen ăn uống không lành mạnh là một yếu tố nguy cơ của béo phì, rối loạn lipid máu, đái tháo đường, bệnh lý mạch vành, tai biến mạch máu não, tăng huyết áp và các tai biến tim mạch khác. Trong đó một số thói quen ăn uống được nhắc tới là ăn mặn, ăn nhiều chất béo động vật, thói quen ăn đồ chiên rán, ăn thức ăn nhiều đường đơn, sử dụng thực phẩm không đa dạng, ăn ít rau củ quả, ăn ít cá, ăn vặt, ăn khuya, lạm dụng rượu bia. Những người ăn mặn có nguy cơ tăng huyết áp gấp 1,15 lần, sử dụng rượu bia có nguy cơ tăng huyết áp gấp 1,24 lần [3].

Trong nghiên cứu của chúng tôi người bệnh thích ăn các món ăn xào chiếm 38,1%, có sở thích ăn mặn là 64,1%, sử dụng nước chấm trong bữa ăn hàng ngày 75,5%. Sở thích ăn mặn và sử dụng nước chấm làm tăng nguy cơ tăng huyết áp.

Trong nghiên cứu của chúng tôi: Tỷ lệ nam giới thường xuyên hút thuốc là 50%, không hút 17,8 %, thỉnh thoảng 26,3%, đã bỏ thuốc 5,9%. Phụ nữ 100% là không hút thuốc. Có sự khác biệt giữa nam và nữ, độ tin cậy < 0,05. Tỷ lệ nam giới thường xuyên sử dụng rượu bia là 50,8%, thỉnh thoảng 35,6%, từng uống nhưng bỏ 5,1%, không uống 8,5%. Tỷ lệ nữ thỉnh thoảng uống 5,4%, từng uống nhưng bỏ 2,7%, còn lại không uống rượu. Có sự khác biệt giữa nam và nữ, độ tin cậy $p < 0,05$. Tỷ lệ tập thể dục là 44,3%, tỷ lệ không tập là 55,7%. Nam tập thể dục ít hơn nữ 81,1% so với 21,2%. Có sự khác biệt giữa nam và nữ, độ tin cậy $p < 0,05$. Đa số người bệnh điều trị tại khoa đều hạn chế vận động, giảm khẩu phần ăn và ngủ kém. Hạn chế vận động là nguyên nhân gây ra béo phì, rối loạn chuyển hóa đường, lipid, là một yếu tố nguy cơ của tăng huyết áp và các bệnh lý tim mạch khác. Ngoài ra hút thuốc lá, ngủ ít, stress cũng là những yếu tố nguy cơ của bệnh lý mạch vành, tai biến mạch máu não, tăng huyết áp [7].

V. KẾT LUẬN

Kết quả cho thấy các thành phần trong khẩu phần ăn của người bệnh đều không đạt được như theo khuyến nghị. Sự khác biệt giữa hai giới về sở thích chế biến thức ăn, sử dụng nước chấm trong bữa ăn không có ý nghĩa thống kê. Tuy nhiên, thói quen uống rượu bia, hút thuốc lá, tập thể dục có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa nam và nữ

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Lubos Sobotka** (2014). Những vấn đề cơ bản trong dinh dưỡng lâm sàng, sách dịch, Nhà xuất bản, chi nhánh thành phố Hồ Chí Minh, Thành phố Hồ Chí Minh
2. **Lưu Ngân Tâm** (2013). Tổng quan suy dinh dưỡng bệnh nhân trong bệnh viện. Tạp chí Y học Thành Phố Hồ Chí Minh, 17(1), tr.11-15
3. **Hội Dinh dưỡng lâm sàng và chuyển hóa Châu Âu** (2014). Những vấn đề cơ bản trong dinh dưỡng lâm sàng, Sách dịch, Nhà xuất bản Y học, Thành phố Hồ Chí Minh
4. **Ninh Thị Nhung và Phạm Thị Nga** (2011), "Nhận xét tình trạng dinh dưỡng của người bệnh điều trị tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Thái Bình", Tạp chí Y học thực hành 2011, tr. 43-45.
5. **Phạm Thu Hương, Nguyễn Thị Lâm và Nguyễn Bích Ngọc** (2006). Tình trạng dinh dưỡng của bệnh nhân nhập viện khoa tiêu hóa và

khoa nội tiết tại bệnh viện Bạch Mai. Tạp chí dinh dưỡng và thực phẩm, 3+4 (2)

6. **Không Thị Thuý Lan.** Tình trạng dinh dưỡng, khẩu phần ăn và tập tính ăn uống của bệnh nhân Đái tháo đường type 2 tại Bệnh viện đa khoa tỉnh Vĩnh Phúc năm 2013 - 2014. Luận văn thạc sỹ Y

học - Trường Đại học Y Hà Nội; 2014

7. **Đình Văn Thắng** (2007), Nghiên cứu một số yếu tố nguy cơ ở người bệnh tai biến mạch máu não tại khoa Thần kinh bệnh viện Thanh Nhàn năm 2007, Luận văn tốt nghiệp Bác sĩ chuyên khoa II, Đại học Y Hà Nội, Hà Nội.

THỰC TRẠNG NHÂN LỰC VÀ SỰ HÀI LÒNG ĐỐI VỚI CÔNG VIỆC CỦA NHÂN VIÊN Y TẾ TẠI TRUNG TÂM KIỂM SOÁT BỆNH TẬT TỈNH BẮC NINH

Trần Thị Lý¹, Trịnh Thanh Loan²

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Thiếu hụt nguồn nhân lực là một trong những vấn đề nghiêm trọng, cần được xem xét như một phần không thể tách rời trong việc củng cố hệ thống y tế. Sự hài lòng đối với công việc ảnh hưởng đến hiệu quả và năng suất của nguồn nhân lực.

Mục tiêu: Mô tả thực trạng nguồn nhân lực và sự hài lòng đối với công việc của nhân viên y tế tại Trung tâm Kiểm soát bệnh tật tỉnh Bắc Ninh, năm 2020. **Phương pháp:** Điều tra cắt ngang, nghiên cứu định lượng. **Kết quả:** Cơ cấu chuyên môn và cơ cấu bộ phận chưa hợp lý. Thiếu bác sĩ, kỹ thuật viên xét nghiệm và thừa cán bộ quản lý, hành chính. Điểm trung bình hài lòng chung về Trung tâm của NVYT đạt 3,88 điểm và tỷ lệ hài lòng đạt 75,56%.

Từ khóa: Nguồn nhân lực, sự hài lòng, nhân viên y tế, CDC

SUMMARY

THE CURRENT SITUATION OF HUMAN RESOURCES AND SATISFACTION OF MEDICAL STAFFS WITH JOB AT THE CENTER FOR DISEASE CONTROL IN BAC NINH PROVINCE

Background: Lack of human resources is one of the serious problems that should be considered as an integral part of strengthening the health system. Satisfaction with job affects the efficiency and productivity of human resources. **Objectives:** Describe The current situation of human resources and satisfaction of medical staffs with job at the Center for Disease Control, Bac Ninh province, in 2020. **Methods:** Cross-sectional survey, quantitative research. **Results:** The professional and division structure are not reasonable. There is a lack of doctors and testing technicians and redundant management and administrative staffs. The average score of satisfaction was 3.88 points and the satisfaction with job was 75.56%. **Keywords:** Human resources, satisfaction with job, medical staffs, CDC.

¹Bệnh viện Phổi Trung ương

²Trung tâm Kiểm soát Bệnh tật tỉnh Bắc Ninh

Chịu trách nhiệm chính: Trần Thị Lý

Email: ly13021984@gmail.com

Ngày nhận bài: 7.4.2023

Ngày phản biện khoa học: 19.5.2023

Ngày duyệt bài: 21.6.2023

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Nguồn nhân lực y tế trên quy mô toàn cầu đang có một sự thiếu hụt nghiêm trọng. Theo ước tính của WHO, có 57/192 quốc gia thiếu nhân viên y tế (NVYT). Cần phải có thêm 4,3 triệu nhân viên y tế, trong đó có 2,4 triệu bác sĩ, y tá, nữ hộ sinh để đáp ứng nhu cầu y tế. Sự thiếu hụt này, ngoài nguyên nhân do sự thiếu chuẩn bị nguồn nhân lực đầu vào còn có những nguyên nhân khác như di cư, thay đổi nghề nghiệp, nghỉ hưu sớm do sức khỏe và sự an toàn [1]. Tại khu vực Châu Á – Thái Bình Dương nói chung và Việt Nam nói riêng, thiếu hụt nguồn nhân lực cũng là một vấn đề nghiêm trọng, cần được xem xét như một phần không thể tách rời trong việc củng cố hệ thống y tế. Do vậy, việc giữ chân NVYT trong bối cảnh hiện nay là yêu cầu cấp thiết đối các cơ sở y tế, trong đó sự hài lòng đối với công việc của NVYT cần được quan tâm và thúc đẩy [2], [3].

Ngành y tế Bắc Ninh nói chung và hệ thống y tế dự phòng các tuyến cũng gặp phải những thách thức về nhân lực trong quá trình tổ chức lại và nâng cao chất lượng cung ứng dịch vụ của đơn vị. Trung tâm Kiểm soát bệnh tật (TTKSĐT) tỉnh Bắc Ninh được thành lập vào tháng 10/2017 trên cơ sở hợp nhất nguyên trạng về tổ chức bộ máy, biên chế, tài chính, tài sản, số liệu, tài liệu, hồ sơ, chương trình, dự án và các vấn đề khác có liên quan của 04 Trung tâm và 01 bộ phận, gồm: Trung tâm Y tế dự phòng; Trung tâm Chăm sóc sức khỏe sinh sản; Trung tâm Phòng chống HIV/AIDS; Trung tâm Truyền thông giáo dục sức khỏe và bộ phận bảo vệ sức khỏe lao động môi trường thuộc Trung tâm bảo vệ sức khỏe lao động môi trường và giám định y khoa [4]. Trong vòng gần 03 năm kể từ khi sáp nhập, nhân lực của Trung tâm đã có nhiều biến đổi so với ban đầu. Những biến động về nhân lực có thể có từ việc nghỉ hưu, điều động công tác, tuyển dụng và đặc biệt là từ việc xin thôi việc, chuyển việc mà đáng chú ý nhất là đội ngũ bác