

nhận xuất huyết tiêu hóa loét hành tá tràng nhiễm Helicobacter pylori, Luận văn Thạc sĩ y học, Trường Đại học Y Hà Nội.

6. P. E. Arkkila, et al (2007), "Size of the peptic ulcer in Helicobacter pylori-positive patients: association with the clinical and histological characteristics", Scand J Gastroenterol. 42(6), pp. 695-701.
7. I. González, P. Araya, A. Rojas (2018), "Helicobacter Pylori Infection and Lung Cancer: New Insights and Future Challenges", Zhongguo Fei Ai Za Zhi. 21(9), pp. 658-662.
8. K. Shin, et al (2021), "Second-Line Bismuth-Containing Quadruple Therapy for Helicobacter pylori Infection: A 12-Year Study of Annual Eradication Rates", J Clin Med. 10(15), pp.3273

HIỆU QUẢ CỦA CAN THIỆP TẬP YOGA TRONG GIẢM KIẾT SỨC NGHỀ NGHIỆP Ở ĐIỀU DƯỠNG BỆNH VIỆN CHẤN THƯƠNG CHÍNH HÌNH THÀNH PHỐ HỒ CHÍ MINH

Lê Thị Thanh Nguyễn¹, Trần Ngọc Đăng², Nguyễn Trường Viên³, Bùi Thị Thu Hà⁴

TÓM TẮT

Năm 2021, tỉ lệ KSNN ghi nhận tại Bệnh viện Chấn thương Chính hình thành phố Hồ Chí Minh là 41,3%. Các nghiên cứu cho thấy Yoga có hiệu quả trong giảm kiệt sức nghề nghiệp. Do đó, nghiên cứu can thiệp bằng tập yoga trong giảm kiệt sức nghề nghiệp ở điều dưỡng được triển khai tại Bệnh viện Chấn thương Chính hình thành phố Hồ Chí Minh. Kết quả ghi nhận Yoga có hiệu quả cải thiện kiệt sức nghề nghiệp khía cạnh thành tích cá nhân tại 3 tháng sau can thiệp với OR=0,21 (KTC 95%: 0,05 – 0,88); p=0,033. Bệnh viện cần có kế hoạch tiếp tục triển khai các biện pháp kiểm soát kiệt sức nghề nghiệp cho điều dưỡng với giải pháp tập yoga.

Từ khóa: Kiệt sức nghề nghiệp, điều dưỡng, yoga, can thiệp, bệnh viện Chấn thương Chính hình thành phố Hồ Chí Minh

SUMMARY

YOGA'S EFFECT ON DECREASING NURSING BURNOUT IN HOSPITAL FOR TRAUMATOLOGY AND ORTHOPEDICS HO CHI MINH CITY

In 2021, nursing burnout in hospital for traumatology and orthopedics Ho Chi Minh City is 41.3%. Yoga has effect with the best of evidence. However, these effects did not assess in Vietnam. This study aimed to evaluate yoga's effect on decreasing nursing burnout in hospital for traumatology and orthopedics Ho Chi Minh City. The effect of yoga on nursing burnout reached on personal accomplishment domain at 3 month after intervention with OR=0.21

¹Bệnh viện Chấn thương Chính hình TP.HCM

²Đại học Y Dược TP.HCM

³Trường Đại học Y khoa Phạm Ngọc Thạch

⁴Trường Đại học Y tế Công cộng

Chịu trách nhiệm chính: Lê Thị Thanh Nguyễn

Email: thanhnguyen240@yahoo.com

Ngày nhận bài: 18.8.2023

Ngày phản biện khoa học: 29.9.2023

Ngày duyệt bài: 26.10.2023

(KTC95%: 0.05 – 0.88); p=0.033. The hospital must deploy the intervention to control nursing burnout. Yoga is one of the effective choices. **Keywords:** burnout, nurse, yoga, intervention, hospital for traumatology and orthopedics Ho Chi Minh City

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Kiệt sức nghề nghiệp (KSNN) ở điều dưỡng là hiểm họa ảnh hưởng trực tiếp đến chất lượng chăm sóc người bệnh đồng thời làm giảm hiệu suất và doanh thu của cơ sở y tế. Bệnh viện Chấn thương Chính hình (BVCTCH) là bệnh viện chuyên khoa hạng I, đầu ngành và chỉ đạo tuyến trong chuyên khoa ngoại chấn thương chỉnh hình phụ trách các tỉnh thành phố thuộc Miền Nam và Tây Nguyên. Môi trường làm việc căng thẳng, quá tải thúc đẩy nguy cơ KSNN. Năm 2021, tỉ lệ KSNN ghi nhận tại BVCTCH là 41,3% [1]. Nghiên cứu về giải pháp giảm KSNN trên điều dưỡng tại BVCTCH là hết sức cần cần thiết.

Trong các can thiệp KSNN ở cấp độ cá nhân, can thiệp tổ chức và can thiệp kết hợp, yoga là biện pháp can thiệp cá nhân đã được chứng minh hiệu quả trong các nghiên cứu can thiệp phân bố ngẫu nhiên có nhóm chứng (RCT) [2, 3]. Tuy nhiên, hiệu quả giảm KSNN ở điều dưỡng của yoga chưa được đánh giá ở Việt Nam. Sự khác biệt về bối cảnh văn hóa, xã hội, điều kiện làm việc tại bệnh viện hoặc điều kiện triển khai can thiệp có thể ảnh hưởng mạnh mẽ đến hiệu quả. Do đó, nghiên cứu này được thực hiện nhằm đánh giá hiệu quả của can thiệp tập yoga trong giảm KSNN ở điều dưỡng BVCTCH TPHCM.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Thiết kế nghiên cứu, thời gian, địa điểm. Nghiên cứu định lượng đánh giá can thiệp trước - sau có nhóm chứng. Đánh giá trước can thiệp vào tháng 10/2021; can thiệp trong tháng

11-12/2021; đánh giá ngay sau can thiệp vào tháng 01/2022; và đánh giá sau can thiệp 3 tháng vào tháng 4/2022.

2.2. Đối tượng nghiên cứu và phân nhóm. Đối tượng nghiên cứu là các điều dưỡng làm việc toàn thời gian có thâm niên từ 6 tháng trở lên đồng ý tham gia. Điều dưỡng được phân bổ vào nhóm tập yoga và nhóm chứng theo nguyện vọng.

2.3. Phân bổ can thiệp. Nhóm can thiệp tập Hatha Yoga theo hướng dẫn bởi huấn luyện viên chuyên nghiệp. Chương trình kéo dài 8 tuần với 2 buổi/tuần và mỗi buổi 60 phút. Các buổi tập yoga triển khai cả 3 hình thức trực tiếp, trực tuyến qua Zalo/Zoom và tự tập qua video. Nhóm chứng không nhận được bất cứ can thiệp nào.

2.4. Thu thập dữ liệu. Dữ liệu thu thập thông qua khảo sát online tự điền. Đặc điểm cá nhân và công việc được thu thập thông qua các câu hỏi tự xây dựng. KSNN được đánh giá bằng thang đo MBI-HSS gồm 22 nội dung chia thành 3 cấu phần gồm kiệt sức tinh thần (9 nội dung), thái độ tiêu cực (5 nội dung) và suy giảm thành tích cá nhân (8 nội dung). KSNN mức thấp/không đáng kể khi điểm trung bình < 2, mức trung bình tại ngưỡng 2-4 và nặng khi >4 điểm. Phiên bản tiếng Việt trên điều dưỡng có tính tin cậy nội bộ cao với Cronbach's alpha từ 0,77 đến 0,91 [4-6] và đạt 0,9 trong nghiên cứu này. Bộ câu hỏi được thử nghiệm trên 10 điều dưỡng xác nhận phù hợp nội dung và hình thức.

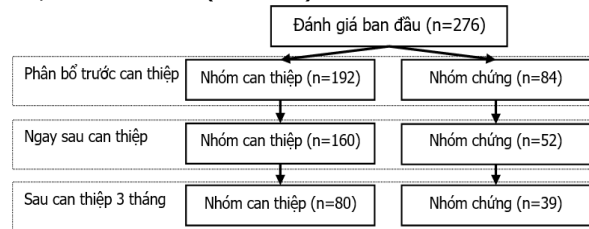
2.5. Phân tích dữ liệu. Dữ liệu phân tích trên phần mềm STATA. Tần số và tỉ lệ để mô tả

biến số định tính. Khác biệt giữa nhóm tập yoga và chứng sử dụng kiểm định Fisher's. Sự thay đổi trước – sau cùng nhóm được kiểm định bằng Chi bình phương McNemar. Kiểm định hiệu quả sau can thiệp bằng hồi quy Logistic đa biến kiểm soát tỉ lệ trước can thiệp, tập yoga, yếu tố cá nhân và công việc. Kiểm định có ý nghĩa khi $p < 0,05$.

2.6. Đạo đức trong nghiên cứu. Nghiên cứu được chấp thuận bởi hội đồng Đạo đức trong Nghiên cứu Y sinh học Trường Đại học Y tế Công cộng theo quyết định số 371/2021/YTCC-HĐ3.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm của điều dưỡng tham gia nghiên cứu. Nghiên cứu gồm 276 điều dưỡng tham gia trước can thiệp. Tỉ lệ phản hồi ngay sau can thiệp và sau can thiệp 3 tháng là 83,3% và 50% ở nhóm can thiệp; và ở nhóm chứng là 61,9% và 75%. (Sơ đồ 1)



Sơ đồ 1. Lưu đồ mẫu đánh giá hiệu quả can thiệp
 Điều dưỡng tham gia chủ yếu là nữ giới, ở nhiều nhóm tuổi và phần lớn làm việc tại khoa trên 5 năm. Nhóm can thiệp và chứng không khác biệt thống kê, ngoại trừ giới tính và khoa phòng (Bảng 1).

Bảng 1. Đặc điểm cá nhân và công việc của điều dưỡng tham gia nghiên cứu theo từng giai đoạn

Đặc điểm cá nhân và công việc	Trước can thiệp			Ngay sau can thiệp			Sau can thiệp 3 tháng		
	CT n=192 n (%)	Chứng n=84 n (%)	p	CT n=160 n (%)	Chứng n=52 n (%)	p	CT n=80 n (%)	Chứng n=39 n (%)	p
Giới tính (nữ)	148 (77,1)	54(64,3)	0,038	128(80,0)	32(61,5)	0,010	68(73,1)	20 (76,9)	0,804
Nhóm tuổi									
<30	44 (22,9)	15(17,9)		38 (23,7)	8 (15,4)		24 (25,8)	4 (15,4)	
30-40	89 (46,4)	40(47,6)	0,626	75 (46,9)	27 (51,9)	0,454	42 (45,2)	14 (53,8)	0,578
> 40	59 (30,7)	29(34,5)		47 (29,4)	17 (32,7)		27 (29,0)	8 (30,8)	
Khoa phòng									
Cấp cứu	62 (32,3)	21(25,0)		49 (30,6)	14 (26,9)		39 (41,9)	8 (30,8)	
PM, GMHS, SSDB	26 (13,5)	8 (9,5)	0,043	24 (15,0)	6 (11,5)	0,026	10 (10,8)	0 (0)	0,014
Các CK	75 (39,1)	36(42,9)		63 (39,4)	17 (32,7)		25 (26,9)	7 (26,9)	
Phòng khám CK	15 (7,8)	15(17,9)		12 (7,5)	12 (23,1)		10 (10,8)	9 (34,6)	
Phòng	8 (4,2)	0 (0)		8 (5,0)	0 (0)		7 (7,5)	0 (0)	
Khác	6 (3,1)	4 (4,8)		4 (2,5)	3 (5,8)		2 (2,1)	2 (7,7)	
Thu nhập hàng tháng									
<5	10 (5,2)	3 (3,6)		10 (6,3)	2 (3,9)		3 (3,2)	1 (4,0)	
5 đến <10	105 (54,7)	48(57,8)	0,737	89 (55,6)	27 (52,9)	0,415	51 (54,8)	13 (52,0)	0,591

10 đến <15	58 (30,2)	27(32,5)		46 (38,7)	20 (39,2)		28 (30,1)	10 (40,0)	
≥15	19 (9,9)	5 (6,0)		115 (9,4)	2 (3,9)		11 (11,8)	1 (4,0)	
Thời gian làm việc tại khoa (năm)									
≤ 5 năm	71 (37,0)	27(32,1)		61 (38,1)	15 (28,8)		36 (38,7)	6 (23,1)	
> 5-10 năm	45 (23,4)	22(26,2)	0,748	37 (23,1)	15 (28,8)	0,641	18 (19,4)	11 (42,3)	0,096
> 10-15 năm	32 (16,7)	12(14,3)		28 (17,5)	10 (19,2)		19 (20,4)	3 (11,5)	
> 15 năm	44 (22,9)	23(27,4)		34 (21,3)	12 (23,1)		20 (21,5)	6 (23,1)	
Làm việc >48 giờ/tuần	59 (30,7)	24(28,6)	0,776	51 (31,9)	15 (28,8)	0,733	28 (30,1)	6 (23,1)	0,625
Số buổi trực đêm/tháng									
Không trực	58 (30,8)	28(33,7)		48 (30,8)	18 (35,3)		33 (35,9)	13 (50,0)	
≤4 buổi/tháng	18 (9,6)	4 (4,8)	0,410	17 (10,9)	3 (5,9)	0,584	9 (9,8)	2 (7,7)	0,299
5 – 8 buổi/tháng	99 (52,7)	42(50,6)		81 (51,9)	25 (49,0)		47 (51,1)	9 (34,6)	
> 8 buổi/tháng	13 (6,9)	9 (10,8)		10 (6,4)	5 (9,8)		3 (3,3)	2 (7,7)	

CT: Nhóm can thiệp; PM: Phòng mổ; GMHS: Gây mê hồi sức; CK: Chuyên khoa; p: Kiểm định Fisher's

3.2. Thay đổi tỉ lệ kiệt sức nghề nghiệp sau can thiệp. Ngay sau can thiệp, chưa ghi nhận hiệu quả giảm KSNN của tập yoga. Sau can thiệp 3 tháng, khía cạnh giảm thành tích cá nhân nhóm can thiệp cải thiện đáng kể so với chứng với p=0,020 (Bảng 2).

Bảng 2. Đánh giá mức độ kiệt sức nghề nghiệp trước so với sau can thiệp

KSNN		Trước CT, n (%)	Ngay sau CT, n (%)	p ₁	Thay đổi %	p ₂
KSTT	Nhóm CT	38 (23,8)	32 (20,0)	0,304	3,8	0,347
	Nhóm chứng	14 (26,9)	14 (26,9)	1,000	0	
TĐTC	Nhóm CT	17 (10,6)	20 (12,5)	0,548	-1,9	0,629
	Nhóm chứng	2 (5,8)	7 (13,5)	0,103	-7,7	
TTCN	Nhóm CT	83 (51,9)	91 (56,9)	0,294	-5,0	0,145
	Nhóm chứng	33 (63,5)	37 (71,2)	0,285	-7,7	
Chung	Nhóm CT	61 (38,1)	61 (38,1)	1,000	0	0,589
	Nhóm chứng	25 (48,1)	24 (46,2)	0,808	1,9	
KSNN		Trước CT, n (%)	Sau CT 3 tháng, n (%)			
KSTT	Nhóm CT	24 (30,0)	18 (22,5)	0,180	7,5	0,552
	Nhóm chứng	8 (20,5)	8 (20,5)	1,000	0	
TĐTC	Nhóm CT	11 (13,8)	8 (10,0)	0,405	2,8	0,257
	Nhóm chứng	2 (5,1)	3 (7,7)	0,564	-2,5	
TTCN	Nhóm CT	40 (50,0)	32 (40,0)	0,144	10,0	0,020
	Nhóm chứng	23 (59,0)	27 (69,2)	0,206	-10,0	
Chung	Nhóm CT	39 (48,8)	25 (31,3)	0,003	17,5	0,410
	Nhóm chứng	15 (38,5)	15 (38,5)	1,000	0	

KSTT: Kiệt sức tinh thần, TĐTC: Thái độ tiêu cực, TTCN: Thành tích cá nhân, CT: Nhóm can thiệp, Thay đổi: Tỉ lệ % thay đổi trước – sau can thiệp, p₁: Chi bình phương McNemar trước– sau cùng nhóm, p₂: Hồi quy Logistic đa biến đánh giá hiệu quả can thiệp kiểm soát tỉ lệ trước can thiệp và tập yoga

Hiệu quả được xác nhận trong mô hình hồi quy Logistic đa biến. Nhóm tham gia tập yoga có số chênh KSNN thấp hơn nhóm không tập với OR=0,21 (KTC 95%: 0,05 – 0,88) và p=0,033. Ngoài ra, nữ giới, tuổi dưới 40, thu nhập trên 15 triệu, và làm việc tại phòng mổ là những yếu tố nguy cơ của giảm thành tích cá nhân tại sau can thiệp 3 tháng (Bảng 3).

Bảng 3. Hồi quy đa biến các yếu tố liên quan đến hiệu quả giảm kiệt sức nghề nghiệp khía cạnh thành tích cá nhân sau can thiệp 3 tháng

GTTTCN TBC SCT 3 tháng		OR (KTC 95%)	p
GTTTCN TBC TCT		7,56 (2,5 – 22,87)	<0,001
Tham gia tập yoga		0,21 (0,05 – 0,88)	0,033
Giới (nữ tham chiếu với nam)		0,18 (0,04 – 0,79)	0,023
Nhóm tuổi (tham chiếu với >40)	30-40 tuổi	16,1 (3,6 – 72,3)	<0,001

tuổi)	<30 tuổi	8,37 (1,61 – 43,4)	0,011
Khoa (tham chiếu với PM, GMHS, SSDB)	Cấp cứu	0,05 (0,01 – 0,46)	0,008
	Chuyên khoa	0,14 (0,03 – 0,71)	0,018
	Phòng khám	0,39 (0,06 – 2,69)	0,340
	Phòng ban	0,10 (0,01 – 1,28)	0,076
	Khác	0,87 (0,05 – 16,6)	0,929
Thu nhập (VNĐ) (Tham chiếu với ≥15 triệu)	10 đến <15 triệu	0,19 (0,03 – 1,24)	0,082
	5 đến <10 triệu	0,09 (0,01 – 0,82)	0,033
	<5 triệu	0,03 (0,01 – 0,92)	0,044

GTTCN TBC: Giảm thành tích cá nhân mức trung bình cao;

TCT: trước can thiệp; SCT: Sau can thiệp

IV. BÀN LUẬN

4.1. Hiệu quả của can thiệp yoga trong giảm tỉ lệ kiệt sức nghề nghiệp. Yoga có bằng chứng mạnh trong cải thiện KSNN ở điều dưỡng [2,3,7]. Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy yoga có hiệu quả cải thiện khía cạnh thành tích cá nhân tại thời điểm 3 tháng sau can thiệp và không hiệu quả ngay sau can thiệp. Các khía cạnh khác không hiệu quả ở cả hai thời điểm đánh giá sau can thiệp. Ở nhóm tập yoga, điểm thành tích cá nhân sau can thiệp 3 tháng là $33 \pm 13,2$ cao hơn so với trước can thiệp là $28,8 \pm 13,5$ ($p < 0,05$). Ở nhóm không tập yoga, điểm thành tích cá nhân thay đổi không ý nghĩa thống kê lần lượt là $27,6 \pm 12,1$ và $29,1 \pm 10,8$. Sau can thiệp 3 tháng, điểm thành tích cá nhân ở nhóm có tập yoga cao hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm không tập với $p = 0,034$.

Tương tự như chúng tôi, nghiên cứu RCT của Kavurmaci M và cộng sự đã chứng minh hiệu quả của yoga làm giảm KSNN khía cạnh thành tích cá nhân. Điểm đánh giá thành tích cá nhân trước điều trị là 21,3 và không khác biệt giữa hai nhóm. Ngay sau điều trị điểm đánh giá thành tích cá nhân nhóm tập yoga đã tăng lên 23,9 và ở nhóm không tập có xu hướng giảm còn 20,7. Sự khác biệt điểm thành tích cá nhân sau điều trị có ý nghĩa thống kê [2]. Các nghiên cứu thử nghiệm có đối chứng về yoga đã ghi nhận hiệu quả giảm KSNN chung và trên các khía cạnh khác nhau. Nghiên cứu của Hilcove K đã cho thấy điểm MBI ở nhóm can thiệp yoga dựa trên chánh niệm từ 2,43 giảm còn 1,68 điểm và nhóm chứng không cho thấy sự thay đổi đáng kể chỉ thay đổi từ 2,67 thành 2,51 điểm [7]. Nghiên cứu RCT của Alexander GK cho thấy hiệu quả giảm kiệt sức cảm xúc và thái độ tiêu cực ngay sau can thiệp. Kiệt sức cảm xúc giảm từ 17,6 giảm còn 12,9 điểm và thái độ tiêu cực giảm từ 4,05 giảm còn 2,5 điểm [3]. Nghiên cứu RCT của Kavurmaci M cho thấy hiệu quả, sau điều trị điểm đánh giá thành tích cá nhân nhóm tập yoga

đã tăng lên 23,9 và ở nhóm không tập có xu hướng giảm còn 20,7 [2]. Qua kết quả nghiên cứu của chúng tôi và những nghiên cứu định lượng khác [2,3,7], yoga đã cho thấy hiệu quả mạnh mẽ giúp cải thiện KSNN trên nhiều khía cạnh ở điều dưỡng.

4.2. Hạn chế của nghiên cứu. Thứ nhất, công cụ tự điền có thể gặp phải sai lệch thông tin. Do đó, nghiên cứu đã thử nghiệm bộ khảo sát trên 10 điều dưỡng trước khi sử dụng. Thứ hai, nghiên cứu thực hiện trong bối cảnh đại dịch COVID-19, các phát hiện cần được diễn giải trong bối cảnh đại dịch. Thứ ba, MBI-HSS khó đánh giá những thay đổi nhanh chóng trong tình hình dịch COVID-19. Thứ tư, tỉ lệ mất mẫu tại 3 tháng sau can thiệp lên đến trên 50% ở nhóm can thiệp. Mặc dù các biện pháp áp đặt có thể tăng tỉ lệ phản hồi, điều này vi phạm y đức và dẫn đến sai lệch thông tin, do đó, quyền trả lời vẫn phụ thuộc vào người tham gia và không áp đặt. Thứ 5, việc không phân bố ngẫu nhiên có thể dẫn đến sai lệch chọn lựa.

V. KẾT LUẬN

Kết quả định lượng cho thấy yoga có hiệu quả cải thiện KSNN khía cạnh thành tích cá nhân tại thời điểm 3 tháng sau can thiệp với $OR = 0,21$ (KTC 95%: 0,05 – 0,88); $p = 0,033$. Bệnh viện cần tích cực triển khai các biện pháp kiểm soát KSNN cho điều dưỡng. Trong đó, chương trình tập yoga là một trong những biện pháp cho thấy hiệu quả cao trong giảm KSNN.

VI. LỜI CẢM ƠN

Nhóm tác giả chân thành cảm ơn Ban Giám đốc, Lãnh đạo các khoa phòng và toàn thể điều dưỡng Bệnh viện Chấn thương Chính hình thành phố Hồ Chí Minh đã tạo điều kiện để hoàn thành nghiên cứu.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Lê Thị Thanh Nguyễn, et al., Kiệt sức nghề nghiệp ở điều dưỡng bệnh viện chấn thương chính hình thành phố Hồ Chí Minh và yếu tố liên

- quan. Tạp chí Nghiên cứu Y học, 2022. 155(7): p. 177-186.
- Kavurmaci, M., M. Tan, and G. Bahcecioglu Turan**, Determining the effect of yoga on job satisfaction and burnout of nurse academicians. *Perspect Psychiatr Care*, 2022. 58(1): p. 404-410.
 - Alexander, G.K., et al.**, Yoga for Self-Care and Burnout Prevention Among Nurses. *Workplace Health & Safety*, 2015. 63(10): p. 462-470.
 - Nguyễn Tiên Hoàng, et al.**, Tình trạng kiệt sức của nhân viên y tế và các yếu tố liên quan đến an toàn người bệnh tại Bệnh viện Đa khoa khu vực Củ Chi năm 2019. *Tạp chí Y học TP.HCM*, 2020. 24: p. 115-120.
 - Hồ Thị Kim Duy**, Áp lực công việc và các yếu tố liên quan trên điều dưỡng tại bệnh viện Chợ Rẫy năm 2017. *Đại học Y Dược TPHCM*, 2017: p. 24-46.
 - Võ Hồng Đăng**, Áp lực công việc và các yếu tố liên quan trên nữ hộ sinh tại bệnh viện phụ sản Hùng Vương TPHCM năm 2017. *Đại học Y Dược TPHCM*, 2017: p. 20-28.
 - Hilcove, K., et al.**, Holistic Nursing in Practice: Mindfulness-Based Yoga as an Intervention to Manage Stress and Burnout. *J Holist Nurs*, 2021. 39(1): p. 29-42.

NGHIÊN CỨU HOẠT ĐỘNG KHÁM CHỮA BỆNH BẰNG Y HỌC CỔ TRUYỀN CỦA CÁC XÃ TẠI HUYỆN THỚI BÌNH TỈNH CÀ MAU VÀ KẾT QUẢ GIẢI PHÁP CAN THIỆP NĂM 2022 - 2023

Lâm Lệ Yến¹, Thái Phan Tùng Thiện², Lại Văn Nông¹

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Nghiên cứu này được thực hiện nhằm mô tả thực trạng khám chữa bệnh bằng y học cổ truyền cho người dân và đánh giá sơ bộ kết quả của công tác khám chữa bệnh bằng y học cổ truyền tại trạm y tế xã ở huyện Thới Bình tỉnh Cà Mau. **Mục tiêu:** (1) Xác định tỷ lệ các loại bệnh được người dân khám chữa bệnh bằng y học cổ truyền tại các trạm y tế xã của huyện Thới Bình tỉnh Cà Mau; (2) Đánh giá kết quả giải pháp can thiệp về khám chữa bệnh bằng y học cổ truyền ở người dân đến khám và điều trị tại trạm y tế xã huyện Thới Bình tỉnh Cà Mau. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Thiết kế nghiên cứu mô tả ngang và thiết kế nghiên cứu can thiệp cộng đồng có đối chứng với dữ liệu sẵn có tại các trạm y tế và người dân khám chữa bệnh bằng y học cổ truyền. **Kết quả:** Trong số 400 đối tượng nghiên cứu, tỉ lệ các loại bệnh người dân khám chữa bệnh bằng y học cổ truyền như đau lưng chiếm 40,3%, đau thần kinh tọa 29,3%, viêm quanh khớp vai chiếm 11,5 %, đau đầu mất ngủ 17%. Sau can thiệp, tỷ lệ lượt KCB bằng YHCT tại 2 xã can thiệp đã tăng lên rõ rệt. Trước can thiệp, tỷ lệ này là 32,2%, sau CT là 44,6% ($p < 0,05$). **Kết luận:** Số bệnh nhân khám chữa bệnh bằng y học cổ truyền tại trạm y tế còn thấp, nhưng sau can thiệp tỷ lệ khám chữa bệnh bằng y học cổ truyền của trạm y tế hai xã can thiệp đã cho kết quả khả quan rõ rệt. Cần có hướng mở rộng và tiếp tục nghiên cứu sâu hơn nhằm khẳng định về khám chữa bệnh bằng phương pháp y học cổ truyền tại tuyến cơ sở.

Từ khóa: Khám chữa bệnh, y học cổ truyền, trạm y tế, Thới bình, Cà Mau

SUMMARY

RESEARCH ON MEDICAL EXAMINATION AND TREATMENT ACTIVITIES USING TRADITIONAL MEDICINE OF COMMUNES IN THOI BINH DISTRICT, CA MAU PROVINCE AND THE RESULTS OF INTERVENTION SOLUTIONS IN 2022 - 2023

Background: This study was conducted to describe the current situation of medical examination and treatment with traditional medicine for people and preliminary assessment of the results of medical examination and treatment with traditional medicine at commune health stations in Thoi Binh district, Ca Mau province. **Objective:** (1) Determine the proportion of diseases that people receive medical examination and treatment with traditional medicine at commune health stations of Thoi Binh district, Ca Mau province; (2) Evaluation of the results of intervention solutions for medical examination and treatment with traditional medicine in people who come for examination and treatment at the commune health station of Thoi Binh district, Ca Mau province. **Materials and Methods:** Design of a cross-sectional descriptive study and a controlled community intervention study design with available data at health stations and people receiving medical examination and treatment with traditional medicine. **Results:** Among the 400 study subjects, the proportion of diseases people treated with traditional medicine such as back pain accounted for 40,3%, neuropathic pain 29,3%, periarthritis of the shoulder accounted for 11,5%, headache and insomnia 17%. After the intervention, the rate of medical treatment using traditional medicine in the two intervention communes has increased markedly. Before intervention, this rate was 32,2%, after intervention was 44,6% ($p < 0.05$). **Conclusion:** The number of

¹Trường Đại học Y Dược Cần Thơ

²Bệnh viện Y Dược học cổ truyền – PHCN tỉnh Cà Mau

Chịu trách nhiệm chính: Lâm Lệ Yến

Email: yenlam766@gmail.com

Ngày nhận bài: 21.8.2023

Ngày phản biện khoa học: 2.10.2023

Ngày duyệt bài: 30.10.2023

patients receiving medical examination and treatment with traditional medicine at health stations is still low, but after the intervention, the rate of medical examination and treatment with traditional medicine of the health stations of the two intervention communes has shown remarkably positive results. There needs to be an expansion direction and further research to confirm the medical examination and treatment by traditional medicine methods at the grassroots level.

Keywords: Health care, traditional medicine, commune health station, Thoi Binh, Ca Mau.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Cùng với sự phát triển của Y học hiện đại (YHHĐ) trong những thập kỷ gần đây, Y học cổ truyền (YHCT) đã đóng một vai trò đặc biệt quan trọng trong hệ thống y tế và góp một phần không nhỏ trong công tác bảo vệ và chăm sóc sức khỏe (CSSK) nhân dân. YHCT ngày càng trở nên phổ biến ở nhiều quốc gia trên thế giới ngay cả ở các nước tiên tiến, nơi có nền YHHĐ rất phát triển [1]. Tỷ lệ người sử dụng YHCT ngày càng tăng, đem lại những hiệu quả to lớn trong CSSK và hiệu quả kinh tế. Tuy nhiên, theo một số nghiên cứu gần đây cho thấy, việc sử dụng YHCT trong điều trị tại tuyến y tế cơ sở còn thấp. Trên thực tế việc triển khai những chủ trương của Đảng, Nhà nước và Ngành Y tế về phát triển YHCT vẫn gặp nhiều khó khăn, đặc biệt là ở các trạm y tế (TYT) xã, nơi vùng sâu, vùng xa. Trong đó có huyện Thới Bình tỉnh Cà Mau là một huyện thuần nông, nông dân chủ yếu canh tác lúa, hoa màu, xen canh nuôi thủy hải sản nước ngọt nước lợ... [2][3]. Tại huyện Thới Bình cho đến nay vẫn chưa có một nghiên cứu nào đánh giá về tình hình khám chữa bệnh YHCT tại các TYT xã, để tìm ra giải pháp phù hợp, duy trì phát triển YHCT theo đúng chỉ tiêu đặt ra. Nghiên cứu được tiến hành với 2 mục tiêu: (1) Xác định tỷ lệ các loại bệnh được người dân khám chữa bệnh bằng y học cổ truyền tại các trạm y tế xã của huyện Thới Bình tỉnh Cà Mau; (2) Đánh giá kết quả giải pháp can thiệp về khám chữa bệnh bằng y học cổ truyền ở người dân đến khám và điều trị tại trạm y tế xã huyện Thới Bình tỉnh Cà Mau.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu: Trưởng TYT xã, cán bộ trực tiếp tham gia KCB bằng YHCT, NVYT ấp, người dân sử dụng dịch vụ YHCT để chữa bệnh tại huyện Thới Bình, Cà Mau.

Tiêu chuẩn chọn mẫu: Đối với trưởng TYT xã, cán bộ trực tiếp tham gia KCB bằng YHCT và NVYT ấp có thời gian công tác và đảm nhiệm chức vụ tại xã ít nhất là một năm trở lên và đồng ý tham gia nghiên cứu; Đối với người dân đã sử

dụng dịch vụ YHCT để chữa bệnh.

Tiêu chuẩn loại trừ: Các đối tượng không đủ các tiêu chuẩn trên; các trường hợp vắng mặt không có lý do tại thời điểm điều tra hoặc không đồng ý hoặc không hợp tác.

Địa điểm và thời gian: Tại các xã của huyện Thới Bình, Cà Mau, từ tháng 8/2022 đến 6/2023.

Thiết kế nghiên cứu: sử dụng thiết kế nghiên cứu mô tả cắt ngang có phân tích; Thiết kế nghiên cứu can thiệp cộng đồng có đối chứng.

Cỡ mẫu:

- + Cỡ mẫu và chọn mẫu nghiên cứu mô tả:
 - Số người dân đã KCB bằng YHCT là 384 người được tính theo công thức ước tính 1 tỉ lệ. Thực tế điều tra 400 người, mỗi xã 100 người.
- + Cỡ mẫu và chọn mẫu nghiên cứu can thiệp:
 - Chọn 4 cán bộ YHCT của 4 xã nghiên cứu
 - Chọn người dân đã KCB bằng YHCT tại 2 xã can thiệp bằng công thức ước tính nghiên cứu đối chứng ngẫu nhiên với số người dân can thiệp là 172 người. Thực tế lấy 200 người, mỗi xã 100 người.

Nội dung nghiên cứu: Tỷ lệ các loại bệnh người đến khám chữa bệnh bằng y học cổ truyền tại các xã của huyện Thới Bình, Cà Mau

Đánh giá kết quả can thiệp về khám chữa bệnh bằng y học cổ truyền ở người dân đến khám và điều trị tại trạm y tế xã huyện Thới Bình tỉnh Cà Mau

Xử lý số liệu: Thu thập số liệu và xử lý thống kê bằng phần mềm SPSS 20.0. Các biến định tính được trình bày bằng tần suất, tỉ lệ %. Khác biệt giữa các nhóm có ý nghĩa thống kê khi $p < 0,05$.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Bảng 1. Đặc điểm đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm		Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Nhóm tuổi	<15	1	0,3
	15 - 30	41	10,3
	31 - 59	262	65,5
	≥ 60	96	24,0
Giới tính	Nam	185	46,3
	Nữ	215	53,8
Nghề nghiệp	Công chức, viên chức	3	0,75
	Nghỉ hưu	2	0,50
	Buôn bán	11	2,75
	Làm ruộng	343	85,75
	Khác	41	10,25
Kinh tế	Hộ nghèo	7	1,8

hộ gia đình	Hộ cận nghèo	25	6,3
	Hộ đủ ăn trở lên	368	92,0

Nhận xét: Độ tuổi của đối tượng nghiên cứu thuộc nhóm tuổi từ 31 đến 59 tuổi chiếm tỷ lệ lớn nhất với 65,5%. Giới tính nữ chiếm tỷ lệ nhiều hơn so với nam với 53,8% so với 46,3%. Nghề nghiệp chủ yếu là làm ruộng 85,75%. Tỷ lệ hộ gia đình thuộc đủ ăn là chủ yếu 92%

3.2. Tỷ lệ các loại bệnh được người dân khám chữa bệnh bằng y học cổ truyền tại các trạm y tế xã của huyện Thới Bình tỉnh Cà Mau

3.2.1. Các chứng bệnh thường gặp, điều trị bằng y học cổ truyền tại phòng chẩn trị của bốn trạm y tế xã nghiên cứu

Bảng 2. Các chứng bệnh thường gặp, điều trị bằng y học cổ truyền tại phòng chẩn trị của bốn trạm y tế xã nghiên cứu

TT	Tên chứng/bệnh	Hồ Thị Kỳ		Biển Bạch Đông		Trí Phải		Tân Lộc	
		SL	%	SL	%	SL	%	SL	%
1	Chứng cảm cúm	4	1,2	6	2,6	7	2,8	7	3,8
2	Mẫn ngứa, mào đay	2	0,6	4	1,7	8	3,2	6	3,2
3	Ho do viêm họng	5	1,4	9	3,8	6	2,4	6	3,2
4	Đau đầu, mất ngủ	32	9,2	8	3,4	18	7,2	14	7,5
5	Đau nhức xương khớp	127	36,6	88	37,4	65	25,9	53	28,5
6	Hội chứng vai gáy	55	15,9	56	23,8	70	27,9	41	22
7	Đau lưng	113	32,6	35	14,9	63	25,1	43	23,1
8	Đau dây thần kinh tọa	6	1,7	16	6,8	7	2,8	5	2,7
9	Đau dây thần kinh khác	0	0,0	3	1,3	1	0,4	4	2,2
10	Liệt dây VII ngoại biên	2	0,6	1	0,4	3	1,2	2	1,1
11	Rối loạn kinh nguyệt	0	0,0	4	1,7	2	0,8	3	1,6
12	Bệnh khác	1	0,3	5	2,1	1	0,4	2	1,1
Tổng số		347	100	235	100	251	100	186	100

Nhận xét: Các bệnh thường gặp tại phòng chẩn trị YHCT: cao nhất là chứng bệnh đau nhức xương khớp (25,9% - 37,4%); đau lưng (14,9% - 32,6%); hội chứng vai gáy (15,9% - 27,9%); đau đầu, mất ngủ (3,4% - 9,2%); đau dây thần kinh tọa (1,7% - 6,8%).

3.2.2. Loại bệnh người dân thường mắc và khám chữa bệnh bằng y học cổ truyền trong tháng qua tại bốn xã nghiên cứu

Bảng 3. Loại bệnh người dân thường mắc và khám chữa bệnh bằng y học cổ truyền trong tháng qua tại bốn xã nghiên cứu

TT	Loại bệnh	Hồ Thị Kỳ (n=100)		Biển Bạch Đông (n=100)		Trí Phải (n=100)		Tân Lộc (n=100)		Chung (n=400)	
		SL	%	SL	%	SL	%	SL	%	SL	%
1	Đau lưng	47	47%	42	42%	37	37%	35	35%	161	40,3%
2	Đau dây thần kinh tọa	35	35%	33	33%	27	27%	22	22%	117	29,3%
3	Hội chứng vai gáy	24	24%	20	20%	19	19%	15	15%	78	19,5%
4	Đau khớp	26	26%	17	17%	19	19%	21	21%	83	20,8%
5	Suy nhược cơ thể	9	9%	6	6%	14	14%	8	8%	37	9,3%
6	Viêm quanh khớp vai	9	9%	8	8%	17	17%	12	12%	46	11,5%
7	Viêm họng	9	9%	5	5%	14	14%	8	8%	36	9,0%
8	Cảm cúm	11	11%	12	12%	14	14%	5	5%	42	10,5%
9	Đi ứng	2	2%	8	8%	6	6%	24	24%	40	10,0%
10	Đau đầu mất ngủ	8	8%	21	21%	24	24%	15	15%	68	17,0%
11	Bệnh tiết niệu	0	0%	3	3%	1	1%	12	12%	16	4,0%
12	Tăng huyết áp	18	18%	28	28%	14	14%	2	2%	62	15,5%
13	Mỡ máu tăng	6	6%	11	11%	3	3%	3	3%	23	5,8%
14	Đau dạ dày	9	9%	16	16%	3	3%	16	16%	44	11,0%

Nhận xét: Trong tổng số 14 chứng/bệnh người dân thường mắc và đi khám, chữa bệnh bằng YHCT, tỷ lệ hay gặp nhất là bị đau lưng 40,3%; đau thần kinh tọa 29,3%; hội chứng vai

gáy chiếm 19,5%; đau đầu, mất ngủ 17%; đau khớp chiếm 20,8%.

3.3. Đánh giá kết quả giải pháp can thiệp về khám chữa bệnh bằng y học cổ

truyền ở người dân đến khám và điều trị tại trạm y tế xã huyện Thới Bình tỉnh Cà Mau dịch vụ khám chữa bệnh y học cổ truyền tại trạm y tế xã của người dân tại hai xã can thiệp

Bảng 4. Nơi người dân đến khám chữa bệnh bằng y học cổ truyền

Nơi sử dụng dịch vụ YHCT	Hai xã can thiệp (n=200)		Hai xã đối chứng (n=200)		HQCT
	Trước CT (1)	Sau CT (2)	Đầu kỳ (3)	Cuối kỳ (4)	
TYT xã	69(34,5)	95(47,5)	72(36)	81(40,5)	25,2%
CSHQ (%); p	CSHQ=37,7%; p<0,05		CSHQ=12,5%; p>0,05		
Khoa YHCT của bệnh viện huyện	42(21,0)	47(23,5)	34(17,0)	46(23,0)	
Thầy lang và tự chữa ở nhà	25(12,5)	18(9,0)	30(15,0)	21(10,5)	
Thầy thuốc tư nhân (Cơ sở YHCT tư nhân)	53 (26,5)	32 (16,0)	57 (28,5)	50 (25,0)	

Nhận xét: Trong 5 địa chỉ người dân đến KCB bằng YHCT trong một năm qua, thì TYT xã được người dân lựa chọn chiếm tỷ lệ cao ở cả 2 xã CT và 2 xã đối chứng. Tại 2 xã CT, tỷ lệ người dân đến KCB bằng YHCT tại TYT là 34,5% (trước CT) đã tăng lên 47,5% (sau CT) (CSHQ1-2=37,7%; p1-2<0,05). Tỷ lệ này ở 2 xã đối chứng là 36% (đầu kỳ) và 40,5% (cuối kỳ) (CSHQ3-4=12,5%; p3-4>0,05). HQCT đạt 25,2%

Bảng 5. Lý do người dân đến khám chữa bệnh bằng y học cổ truyền tại trạm y tế xã

Lý do chọn TYT xã để KCB bằng YHCT	Hai xã can thiệp (n=200)		Hai xã đối chứng (n=200)		HQCT
	Trước CT (1) n = 69	Sau CT (2) n = 95	Đầu kỳ (3) n = 72	Cuối kỳ (4) n = 81	
Chuyên môn giỏi	9 (13,0)	30 (31,6)	10 (13,9)	17 (21,0)	91%
CSHQ (%); p	CSHQ=142,1%; p<0,001		CSHQ=51,1%; p>0,05		
Gần nhà	41 (59,4)	51 (53,7)	40 (55,6)	45 (55,6)	
Trang thiết bị y tế tốt	12 (17,4)	37 (38,9)	10 (13,9)	15 (18,5)	90,6%
CSHQ (%); p	CSHQ=123,9%; p<0,001		CSHQ=33,3%; p>0,05		
Chi phí thấp	34 (46,4)	31 (30,5)	35 (47,2)	36 (44,4)	

Nhận xét: Trong 4 lý do người dân đến KCB bằng YHCT tại TYT xã, có 2 lý do liên quan đến chất lượng hoạt động KCB bằng YHCT của TYT đã được người dân tin tưởng hơn sau CT. Lý do chuyên môn giỏi với HQCT đạt 91% và lý do có TTB y tế tốt với HQCT đạt 90,6%.

3.3.2. Hiệu quả cải thiện về tỷ lệ khám chữa bệnh bằng y học cổ truyền tại trạm y tế hai xã can thiệp

Bảng 6. Tỷ lệ lượt bệnh nhân khám chữa bệnh bằng y học cổ truyền tại trạm y tế xã năm 2023

Chi số	Hai xã can thiệp		Hai xã đối chứng	
	Trước CT (2022)	Sau CT (2023)	Đầu kỳ (2022)	Cuối kỳ (2023)
Tổng số lượt KCB chung tại TYT	6860	8889	6675	9301
- Tổng số lượt KCB bằng YHHĐ	4652	4925	4659	6167
- Tổng số lượt KCB bằng YHCT	2208	3964	2016	3134
+ KCB YHDT đơn thuần	513	1255	336	681
(%/tổng số lượt KCB bằng YHCT)	(23,2)	(31,7)	(16,7)	(21,7)
Châm cứu	105	443	69	193
(%/tổng số lượt KCB bằng YHCT)	(4,8)	(11,2)	(3,3)	(6,2)
Thuốc nam	68	236	58	95
(%/tổng số lượt KCB bằng YHCT)	(3,1)	(5,9)	(2,9)	(3,0)
Châm cứu + thuốc nam	6	17	8	15
Thuốc thành phẩm YHCT	332	557	197	361
(%/tổng số lượt KCB bằng YHCT)	(15,0)	(14,1)	(9,8)	(11,5)
Phương pháp khác (không dùng thuốc)	10	12	25	30
- YHCT kết hợp YHHĐ	1714	2735	1695	2488
(%/tổng số lượt KCB YHCT)	(77,6)	(69,0)	(84,1)	(79,4)
Châm cứu + thuốc tann dược	6	80	3	11

Thuốc nam + thuốc tân dược	7	52	5	16
Châm cứu + thuốc nam + tân dược	0	62	0	0
Thuốc thành phẩm YHCT + thuốc tân dược	1704	2596	1743	2551
Tỷ lệ (%) tổng số lượt KCB YHCT/tổng	32,2	44,6	30,2	33,7
	CSHQ=38,5%		CSQH=11,6%	
	P<0.05		p>0.05	
	HQCT=26,9%			

Sau CT, tỷ lệ lượt KCB bằng YHCT đã tăng lên rõ rệt. Trước CT, tỷ lệ này là 32,2%, sau CT là 44,6% (CSHQ đạt 38,5%; $p < 0,05$). Ở hai xã đối chứng, trước CT: 30,2% và sau CT: 33,7% (CSHQ=11,6%; $p > 0,05$). HQCT đạt 26,9%.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Tỷ lệ các loại bệnh được người dân khám chữa bệnh bằng y học cổ truyền tại các trạm y tế xã của huyện Thới Bình tỉnh Cà Mau năm 2022. Về các chứng bệnh thường gặp và điều trị bằng YHCT đơn thuần tại phòng chẩn trị của 4 TYT: các chứng/bệnh thường gặp tại phòng chẩn trị YHCT: cao nhất là chứng bệnh đau nhức xương khớp (25,9% - 37,4%); đau lưng (14,9%-32,6%); hội chứng vai gáy (15,9% - 27,9%); đau đầu, mất ngủ (3,4% - 9,2%); đau dây thần kinh tọa (1,7% - 6,8%). Các nhóm bệnh có tỷ lệ KCB cao tại phòng chẩn trị YHCT tại 4 TYT xã huyện Thới Bình cũng tương tự như các nhóm bệnh có tỷ lệ KCB cao tại phòng chẩn trị YHCT tại 4 TYT xã huyện Đại Từ, Thái Nguyên năm 2014, tuy nhiên chỉ khác nhau về tỷ lệ và thứ tự từ cao đến thấp[4]. Các chứng/bệnh thường điều trị tại phòng chẩn trị TYT xã có tỷ lệ cao trong kết quả nghiên cứu của chúng tôi ở Thới Bình, Cà Mau và kết quả nghiên cứu của Nguyễn Thị Thủy ở Đại Từ, Thái Nguyên có những đặc điểm khác với kết quả nghiên cứu của Hoàng Thị Hoa Lý về các chứng/bệnh thường được điều trị bằng YHCT tại 27 TYT xã của ba tỉnh Miền Trung (Hà Tĩnh, Thừa Thiên Huế, Bình Định) năm 2010 – 2012, gồm các bệnh: Cảm cúm, sốt vi rút; suy nhược cơ thể; đau dây thần kinh; bệnh cơ xương khớp; bệnh tiêu hóa; bệnh tiết niệu; bệnh ngoài da; bệnh hô hấp; bệnh tim mạch; bệnh phụ khoa [5].

Về loại bệnh người dân thường mắc và KCB bằng YHCT tính từ trước ngày điều tra: Kết quả cho thấy, trong tổng số 14 chứng/bệnh người dân thường mắc và đi KCB bằng YHCT, tỷ lệ hay gặp nhất là bị đau lưng 40,3%; đau thần kinh tọa 29,3%; hội chứng vai gáy chiếm 19,5%; đau đầu, mất ngủ 17%; đau khớp chiếm 20,8%.

Nghiên cứu của Nguyễn Thị Thủy ở 4 xã huyện Đại Từ, Thái Nguyên cho thấy, trong tổng số 10 chứng/bệnh người dân đến KCB bằng

YHCT, tỷ lệ hay gặp nhất là chứng/bệnh đau lưng (57,0%); đau thần kinh tọa chiếm (41,3%); hội chứng đau vai gáy (24,0%); đau đầu, mất ngủ (21,3%) [4].

Như vậy, mô hình bệnh mà người dân KCB bằng YHCT ở các xã của huyện Thới Bình, Cà Mau cũng tương tự như ở các xã của huyện Đại Từ, Thái Nguyên và là những chứng/bệnh thông thường hay mắc tại cộng đồng, đồng thời cũng phù hợp với khả năng KCB bằng YHCT của TYT xã mà Bộ Y tế đã quy định theo phân tuyến kỹ thuật.

4.2. Đánh giá kết quả giải pháp can thiệp về khám chữa bệnh bằng y học cổ truyền ở người dân đến khám và điều trị tại trạm y tế xã huyện Thới Bình tỉnh Cà Mau

- Hiệu quả cải thiện tỷ lệ sử dụng dịch vụ KCB bằng YHCT tại TYT xã của người dân tại hai xã CT và lý do người dân đến KCB bằng YHCT tại TYT xã.

Tại 5 địa chỉ người dân đến KCB bằng YHCT trong một năm qua gồm: TYT xã; khoa YHCT của Bệnh viện huyện, thầy lang, tự chữa ở nhà và cơ sở hành nghề YHCT tư nhân. Trong đó, TYT xã là địa chỉ được người dân lựa chọn chiếm tỷ lệ cao ở cả 2 xã CT và 2 xã đối chứng. Tại 2 xã CT, tỷ lệ người dân đến KCB bằng YHCT tại TYT là 34,5% (trước CT) đã tăng lên 47,5% (sau CT) (CSHQ đạt 37,7%; $p < 0,05$). Tỷ lệ này ở 2 xã đối chứng là 36% (đầu kỳ) và 41,5% (cuối kỳ) (CSHQ đạt 12,5%; $p > 0,05$). HQCT đạt 25,2%. Mặc dù HQCT về tỷ lệ người dân KCB bằng YHCT tại TYT xã đạt chưa cao vì còn phụ thuộc vào nhiều yếu tố chủ quan và khách quan, đây cũng đã là một sự cố gắng rất lớn của hai TYT xã CT.

Trong 4 lý do người dân đến KCB bằng YHCT tại TYT xã, có 2 lý do liên quan đến chất lượng hoạt động KCB bằng YHCT của TYT đã được người dân tin tưởng hơn sau CT. Lý do chuyên môn giỏi với HQCT đạt 91% và lý do có TTB y tế tốt với HQCT đạt 90,6%. Chúng tôi cho rằng đây cũng mới là kết ban đầu nhưng cũng đã tìm ra được hướng đầu tư CT để TYT xã tạo dựng được lòng tin của người dân sử dụng dịch vụ KCB bằng YHCT của TYT xã, nếu như TTYT huyện Thới Bình nhân rộng giải pháp CT này ra tất cả các xã của huyện với những cơ chế, chính sách và điều kiện phù hợp thì chắc chắn sẽ mang lại

hiệu quả tốt hơn.

- Hiệu quả cải thiện về tỷ lệ khám chữa bệnh bằng y học cổ truyền tại hai xã can thiệp

Các kết quả đạt được về hiệu quả cải thiện hoạt động KCB bằng YHCT tại 2 TYT xã CT sau khi thực hiện các biện pháp CT để nâng cao khả năng và năng lực KCB bằng YHCT cho TYT như đào tạo lại kiến thức và kỹ năng về châm cứu, kê đơn thuốc nam, kỹ năng nhận biết và sử dụng cây thuốc nam; kỹ năng tư vấn sử dụng thuốc nam cho cán bộ YHCT của TYT để chữa các chứng/bệnh thông thường cho người dân tại cộng đồng. Do đó, kiến thức, thực hành về châm cứu, thuốc nam của cán bộ YHCT được cải thiện và nâng lên rõ rệt ở mức tốt; tỷ lệ KCB bằng YHCT từ 32,2% (trước CT) lên 44,6% (sau CT) (CSHQ đạt 38,5%; $p < 0,05$). Trong khi tỷ lệ này ở hai xã đối chứng trước CT là 30,2% và sau CT là 33,7% (CSHQ = 11,6%; $p > 0,05$). HQCT = 26,9%.

Nghiên cứu của Hoàng Thị Hoa Lý tại 6 xã (3 xã CT và 3 xã đối chứng) tại 3 tỉnh (Hà Tĩnh, Bình Định, Thừa Thiên Huế) (2012 - 2014), với các biện pháp CT tương tự như nghiên cứu của chúng tôi. Kết quả: Tại 3 xã CT, tỷ lệ KCB bằng YHCT tăng từ 20,0% (trước CT) lên 33,7% (sau CT). HQCT đạt 66,2% [5].

Nghiên cứu của Nguyễn Thị Thủy tại 4 xã (2 xã CT và 2 xã đối chứng) tại huyện Đại Từ, Thái Nguyên (2014 – 2016), với các biện pháp CT đào tạo nâng cao kiến thức, kỹ năng thực hành châm cứu, kê đơn thuốc nam, khả năng nhận biết, sử dụng cây thuốc nam, phương pháp tư vấn KCB bằng YHCT cho cán bộ chuyên trách YHCT của TYT xã... Kết quả, tại 2 xã can thiệp Tỷ lệ KCB bằng YHCT trước và sau CT tăng từ 37,04% và 29,72% lên 39,69% và 34,25%. Tỷ lệ sử dụng châm cứu, thuốc nam, hoạt động tư vấn sử dụng thuốc nam để điều trị các chứng bệnh thông thường cũng tăng lên đáng kể sau CT [4].

Từ kết quả nghiên cứu trên cho thấy, nếu có sự đầu tư và quan tâm đồng bộ của ngành y tế, chính quyền địa phương và quyết tâm của TYT xã thì chắc y tế tuyến xã có thể đạt được chỉ tiêu về KCB bằng YHCT.

Tuy nhiên, qua kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng như các nghiên cứu trên cho

thấy, tuy tỷ lệ KCB bằng YHCT tại các TYT xã CT được cải thiện và tăng lên rõ rệt đạt, thậm chí vượt chỉ tiêu của Chính phủ quy định song các TYT chủ yếu là tăng sử dụng các thuốc thành phẩm YHCT hoặc tân dược kết hợp với thuốc thành phẩm YHDT, trong khi các biện pháp KCB không dùng thuốc (châm cứu, xoa bóp, bấm huyệt...), hoặc sử dụng thuốc nam vẫn chiếm tỷ lệ thấp. Đây là một thực tế và cũng là một thách thức về KCB bằng YHCT của các TYT xã trong tình hình hiện nay.

V. KẾT LUẬN

Các loại bệnh người dân thường mắc và KCB bằng YHCT trong tổng số 14 chứng/bệnh người dân thường mắc, tỷ lệ hay gặp nhất là bị đau lưng 40,3%; đau thần kinh tọa 29,3%; hội chứng vai gáy chiếm 19,5%; đau đầu, mất ngủ 17%; đau khớp chiếm 20,8%.

Hai lý do liên quan đến chất lượng hoạt động khám chữa bệnh bằng y học cổ truyền của trạm y tế xã đã được người dân tin tưởng hơn sau can thiệp là chuyên môn giỏi (HQCT=91%) và có trang thiết bị tốt (HQCT= 90,6%).

Tỷ lệ khám chữa bệnh bằng y học cổ truyền của trạm y tế hai xã can thiệp đã tăng lên rõ rệt, từ 32,2% (trước can thiệp) lên 44,6% (sau can thiệp). CSHQ = 38,5% và HQCT = 26,9%.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **World Health Organization** (2014), Chiến lược y học cổ truyền của Tổ chức y tế thế giới.
2. **Bộ Y tế** (2019). Quyết định 1893/QĐ-BYT ngày 25/12/2019 về Ban hành Chương trình phát triển y dược cổ truyền, kết hợp y dược cổ truyền với y dược hiện đại đến năm 2030 do Bộ trưởng Bộ Y tế ban hành.
3. **Bộ Y tế** (2007). Báo cáo sơ kết 5 năm triển khai xây dựng xã tiên tiến, chuẩn Quốc gia về YDHCT, Hà Nội.
4. **Nguyễn Thị Thủy** (2018). Thực trạng và giải pháp nâng cao hoạt động khám chữa bệnh YHCT tại một số trạm y tế xã miền núi Thái Nguyên, Luận án Tiến sĩ y học, Trường Đại học Y Dược Thái Nguyên.
5. **Hoàng Thị Hoa Lý** (2015). Đánh giá thực trạng và giải pháp can thiệp y học cổ truyền tại tuyến xã ở ba tỉnh miền Trung, Luận án Tiến sĩ y học, Trường Đại học Y Hà Nội, 68-152.

KHẢO SÁT MỐI TƯƠNG QUAN GIỮA NỒNG ĐỘ LDL-C ĐỊNH LƯỢNG BẰNG PHƯƠNG PHÁP TRỰC TIẾP VÀ GIÁN TIẾP TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA THÀNH PHỐ CẦN THƠ, NĂM 2022

**Hồ Huyền Linh, Trần Xuân Uyên, Trịnh Lý Vy, Trần Khả Linh,
Trần Bùi Hoàng Thảo, Huỳnh Quang Minh², Phạm Thị Ngọc Nga**

TÓM TẮT⁹⁸

Đặt vấn đề: Trên thế giới đã có nhiều nghiên cứu về sự tương quan giữa các phương pháp định lượng gián tiếp LDL-cholesterol với trực tiếp. **Mục tiêu nghiên cứu:** Khảo sát mối tương quan giữa nồng độ LDL-C tính theo công thức gián tiếp (công thức Friedewald và công thức de Cordova) với phương pháp định lượng trực tiếp ở người làm xét nghiệm bộ mỡ tại bệnh viện Đa khoa thành phố Cần Thơ, năm 2022. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang, hồi cứu trên 3700 mẫu máu người bệnh có chỉ định xét nghiệm cholesterol, triglycerid, HDL-c và LDL-c. Nồng độ cholesterol, triglycerid, HDL-c và LDL-c được định lượng trực tiếp, ước tính nồng độ LDL-C bằng công thức Friedewald và de Cordova. **Kết quả:** Độ sai biệt nồng độ trung bình LDL-C giữa các phương pháp định lượng gián tiếp Friedewald và de Cordova với phương pháp trực tiếp (2,45±0,96mmol/L) lần lượt là 2,42 ± 1,16mmol/L và 2,07 ± 0,92mmol/L. Hệ số tương quan của phương pháp gián tiếp Friedewald là r=0,76 (p<0,01) và de Cordova là r=0,912 (p<0,01) so với trực tiếp, biểu thị mối tương quan thuận, mạnh. Phương trình hồi quy tuyến tính giữa phương pháp gián tiếp Friedewald và de Cordova với phương pháp trực tiếp lần lượt là $y=0,188x+0,903$ và $y=0,432x+0,876$. **Kết luận:** Nồng độ LDL-C định lượng giữa hai phương pháp gián tiếp có độ sai biệt thấp so với trực tiếp. Có tương quan thuận, mức độ mạnh giữa phương pháp gián tiếp Friedewald và de Cordova với trực tiếp.

Từ khóa: Friedewald, de Cordova, LDL-C

SUMMARY

RESEARCH SITUATION OF BLOOD LIPID DRUGS AND SURVEY OF THE CORRELION BETWEEN LDL-C CONCENTRATION

¹Trường Đại học Y Dược Cần Thơ

²Bệnh viện Đa khoa thành phố Cần Thơ

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Thị Ngọc Nga

Email: ptnnga@ctump.edu.vn

Ngày nhận bài:

Ngày phản biện khoa học:

Ngày duyệt bài:

QUANTITATIVE BY DIRECT AND INDIRECT METHOD AT CAN THO CITY GENERAL HOSPITAL, 2021

Background: In the world, there have been many studies on the correlation between indirect methods of LDL-cholesterol quantification with direct. **Objectives:** To investigate the correlation between LDL-C concentration calculated by indirect formula (Friedewald's formula and de Cordova's formula) with direct quantitative method in fat testers at the hospital. Can Tho city department, 2022. **Materials and methods:** A cross-sectional, retrospective descriptive study on 3700 blood samples of patients with indications for cholesterol, triglyceride, HDL-c and LDL-c tests. Cholesterol, triglyceride, HDL-c and LDL-c concentrations were directly quantified, and LDL-C concentrations were estimated using the Friedewald and de Cordova formula. **Results:** The difference in mean LDL-C concentration between the indirect methods of Friedewald and de Cordova and the direct method (2.45±0.96mmol/L) was 2,42 ± 1,16mmol/L and 2,07 ± 0,92mmol/L. The correlation coefficient of Friedewald's indirect method was r=0.76 (p<0.01) and de Cordova was r=0.912 (p<0.01) compared with the direct method, indicating a strong, positive correlation. The linear regression equation between the indirect method Friedewald and de Cordova with the direct method was $y=0.188x+0.903$ and $y=0.432x+0.876$, respectively. **Conclusion:** Quantitative LDL-C concentration between the two indirect methods had a low difference compared with the direct method. There was a strong, positive correlation between the indirect method Friedewald and de Cordova and the direct method.

Keywords: Friedewald, de Cordova, LDL-C

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Rối loạn lipid máu (RLLPM) là một trong những nguy cơ hàng đầu gây tử vong của các bệnh tim mạch do xơ vữa động mạch, bệnh mạch vành và bệnh mạch máu não mà LDL-cholesterol (LDL-c) được thừa nhận rộng rãi là yếu tố nguy cơ chính. Xét nghiệm LDL-c giúp

đánh giá nguy cơ bệnh mạch vành, xơ vữa động mạch và theo dõi điều trị hạ lipid trong máu đã trở thành khuyến cáo của Chương trình đào tạo quốc gia về Cholesterol (NCEP- Hoa Kỳ) [1]. Việc đánh giá chính xác mức LDL-c là rất quan trọng vì các quyết định điều trị thường dựa trên việc đạt được mục tiêu LDL-c cụ thể, dựa trên rủi ro hoặc giảm mức LDL-c ít nhất 50%. Phương pháp tham chiếu để đo LDL-C là định lượng beta, yêu cầu siêu ly tâm huyết tương để phân đoạn các lớp lipoprotein. Điều này đòi hỏi thiết bị chuyên dụng, trình độ kỹ thuật dẫn đến chi phí xét nghiệm cao nên khó áp dụng tại hầu hết các phòng xét nghiệm, đặc biệt trên địa bàn thành phố Cần Thơ. Trong lịch sử, công thức được sử dụng rộng rãi nhất để tính LDL-c là công thức Friedewald ($LDL-c = TC - (HDL-c) - TG/2,2$). Phương trình này được thiết lập vào năm 1972 và ước tính LDL-c bằng cách sử dụng cholesterol toàn phần, cholesterol lipoprotein tỷ trọng cao (HDL-c) và triglyceride (TG) [2]. Tuy nhiên, công thức Friedewald lại có những hạn chế đáng kể. Công thức giả định rằng tỷ lệ giữa TG toàn phần và cholesterol lipoprotein mật độ rất thấp (LDL-c) là như nhau ở tất cả các đối tượng (tỷ lệ mol 2,2:1) và lượng cholesterol, TG trong chylomicron cũng không đáng kể. Điều này có nghĩa là việc sử dụng Friedewald không được khuyến nghị trong các mẫu không nhịn ăn hoặc khi TG lớn hơn 4,5 mmol/L (400 mg/dL) vì những giả định này ít có khả năng hợp lệ [3]. Mãi đến năm 2013, công thức De Cordova ($LDL-c = 3/4 (TC - HDL-c)$) ra đời tại Brazil, ước tính nồng độ LDL-c chỉ dựa trên nồng độ TG và HDL-c. Công thức này đơn giản, không phụ thuộc vào TG nên áp dụng được ngay cả khi TG lớn hơn 4,5 mmol/L (400 mg/dL) (khoảng nồng độ công thức Friedewald không áp dụng được) [4]. Nghiên cứu này được thực hiện với mục tiêu: Khảo sát mối tương quan giữa nồng độ LDL-C tính theo công thức gián tiếp (công thức Friedewald và công thức de Cordova) với phương pháp định lượng trực tiếp ở người làm xét nghiệm bộ mỡ tại bệnh viện Đa khoa thành phố Cần Thơ, năm 2022

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Đối tượng nghiên cứu: bệnh nhân được chỉ định làm xét nghiệm bộ mỡ tại bệnh viện Đa khoa thành phố Cần Thơ, năm 2022

Tiêu chuẩn chọn mẫu

Bệnh nhân trên 18 tuổi, được chỉ định làm xét nghiệm bộ mỡ tại bệnh viện Đa khoa thành phố Cần Thơ, năm 2022 có đủ 4 chỉ số: cholesterol, Triglycerid, HDL-C và LDL-C.

Tiêu chuẩn loại trừ:

Bệnh nhân đang sử dụng thuốc hạ lipid máu hoặc những thuốc làm ảnh hưởng đến lipid máu.

Bệnh nhân không đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: nghiên cứu mô tả cắt ngang, hồi cứu.

Cỡ mẫu: tất cả các bệnh nhân thỏa tiêu chuẩn chọn và không có tiêu chuẩn loại trừ. Thực tế có tổng 3700 bệnh nhân đã tham gia trong nghiên cứu.

Phương pháp chọn mẫu: chọn mẫu thuận tiện cho đến khi đủ số lượng cỡ mẫu.

Nội dung nghiên cứu:

Nghiên cứu thực hiện theo 4 nhóm được phân chia theo giá trị TG (mmol/L) bao gồm: <1,7 mmol/L; 1,7-2,25 mmol/L; 2,26-5,63 mmol/L và $\geq 5,64$ mmol/L, các nội dung nghiên cứu:

- Giá trị trung bình của LDL-C_{DLTT} với LDL-C_{Friedewald} và LDL-C_{DLTT} với LDL-C_{de Cordova}

- Mối tương quan giữa nồng độ LDL-c tính theo công thức gián tiếp (công thức Friedewald và công thức de Cordova) với phương pháp định lượng trực tiếp trên hệ thống AU680 (Beckman Coulter) có CV% đều thỏa yêu cầu theo khuyến cáo của NCEP ở bệnh nhân làm xét nghiệm bộ mỡ tại bệnh viện Đa khoa thành phố Cần Thơ, năm 2022.

Phương pháp xử lý, phân tích số liệu:

Các mẫu huyết tương được định lượng 4 thông số lipid bằng kỹ thuật đo quang theo nguyên lý enzyme, trong đó, LDL-c được sử dụng phương pháp Denka Seiken trên hệ thống AU680 (LDL-C_{DLTT}) và ước tính theo công thức Friedewald (LDL-C_{Friedewald}) và công thức de Cordova (LDL-C_{de Cordova}).

Số liệu được xử lý bằng phần mềm SPSS 20.0. Các nồng độ lipid máu là biến định lượng, được trình bày dưới dạng số trung bình và độ lệch chuẩn. Xác định mối tương quan giữa LDL-

C_{DLTT} và $LDL-C_{de\ Cordova}$ theo phân tích tương quan Pearson dựa trên hệ số tương quan r và phương trình hồi $y = b_x + b_0$; trong đó x là nồng độ $LDL-C_{DLTT}$ (được giả định là biến số cố định khi không có sai sót trong đo lường); y là nồng độ $LDL-C_{Friedewald}$ hoặc $LDL-C_{de\ Cordova}$ dự đoán tương ứng với $LDL-C_{DLTT}$ (mức ý nghĩa $\alpha=0.01$).

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Hồi cứu xác định mối tương quan giữa nồng độ $LDL-c$ tính theo công thức gián với phương

pháp định lượng trực tiếp trên 3700 mẫu máu người bệnh có chỉ định xét nghiệm bộ mỡ bao gồm 4 chỉ số: cholesterol, triglycerid, HDL-C và LDL-C tại khoa xét nghiệm bệnh viện Đa khoa thành phố Cần Thơ, năm 2022, kết quả ghi nhận:

- **Tương quan giữa phương pháp trực tiếp và phương pháp gián tiếp theo Friedewald**

+ **Giá trị trung bình của $LDL-C_{DLTT}$ với $LDL-C_{Friedewald}$**

Bảng 1: Giá trị trung bình của $LDL-C_{DLTT}$ với $LDL-C_{Friedewald}$

Nhóm TG (mmol/L)	n	Mean±SD $LDL-C_{DLTT}$ (mmol/L)	Mean±SD $LDL-C_{Friedewald}$ (mmol/L)	p
<1,7 mmol/L	1645	2,15±0,85	2,44±1,01	<0,001
1,7-2,25 mmol/L	795	2,51±0,88	2,61±1,07	<0,001
2,26-5,63 mmol/L	1122	2,75±0,96	2,44±1,21	<0,001
≥5,64 mmol/L	138	3,21±1,35	0,93±1,70	<0,001
Toàn nghiên cứu	3700	2,45±0,960	2,42±1,16	<0,001

Nhận xét: giá trị trung bình của $LDL-c$ ở phương pháp gián tiếp Friedewald so với phương pháp định lượng trực tiếp có ý nghĩa thống kê ($p<0,001$).

+ **Phương trình hồi quy và hệ số tương quan giữa phương pháp trực tiếp và phương pháp gián tiếp theo Friedewald**

Bảng 2: Phương trình hồi quy và hệ số tương quan giữa phương pháp gián tiếp theo Friedewald với phương pháp trực tiếp

Nhóm TG (mmol/L)	$LDL-C_{Friedewald}$	Hệ số tương quan (r)	p
<1,7 mmol/L	$y = 0,14x + 1,073$	0,909	<0,001
1,7-2,25 mmol/L	$y = -0,159x + 1,104$	0,906	<0,001
2,26-5,63 mmol/L	$y = -0,566x + 1,093$	0,871	<0,001
≥5,64 mmol/L	$y = -1,455x + 0,743$	0,587	<0,001
Toàn nghiên cứu	$y = 0,188x + 0,903$	0,76	<0,001

Nhận xét: xét trong toàn nghiên cứu và xét theo nhóm dựa trên giá trị TG mỗi tương quan giữa $LDL-C_{DLTT}$ và $LDL-C_{Friedewald}$ được xem xét bằng phương trình hồi quy tuyến tính, hệ số tương quan r đều có độ mạnh $p < 0,001$ và r dương cao, biểu thị mối tương quan thuận, mạnh.

- **Mối tương quan giữa nồng độ $LDL-c$ tính theo phương pháp định lượng trực tiếp và công thức de Cordova**

+ **Giá trị trung bình của $LDL-C_{DLTT}$ với $LDL-C_{de\ Cordova}$**

Bảng 3: Giá trị trung bình của $LDL-C_{DLTT}$ với $LDL-C_{de\ Cordova}$

Nhóm TG (mmol/L)	n	Mean±SD $LDL-C_{DLTT}$ (mmol/L)	Mean±SD $LDL-C_{Cordova}$ (mmol/L)	p
<1,7 mmol/L	1645	2,15±0,85	2,22±0,78	<0,001
1,7-2,25 mmol/L	795	2,51±0,88	2,61±0,81	<0,001
2,26-5,63 mmol/L	1122	2,75±0,96	2,93±0,90	<0,001
≥5,64 mmol/L	138	3,21±1,35	3,68±1,27	<0,001
Toàn nghiên cứu	3700	2,45±0,96	2,57±0,92	<0,001

Nhận xét: giá trị trung bình của $LDL-c$ ở phương pháp gián tiếp de Cordova so với phương pháp định lượng trực tiếp có ý nghĩa thống kê ($p<0,001$).

+ Phương trình hồi quy và hệ số tương quan giữa phương pháp gián tiếp theo De Cordova với phương pháp trực tiếp

Bảng 4: Phương trình hồi quy và hệ số tương quan giữa phương pháp gián tiếp theo De Cordova với phương pháp trực tiếp

Nhóm TG (mmol/L)	LDL-C _{Cordova}	Hệ số tương quan (r)	p
<1,7 mmol/L	$y = 0,433x + 0,834$	0,916	<0,001
1,7-2,25 mmol/L	$y = 0,524x + 0,832$	0,907	<0,001
2,26-5,63 mmol/L	$y = 0,595x + 0,85$	0,902	<0,001
$\geq 5,64$ mmol/L	$y = 1,05x + 0,819$	0,869	<0,001
Toàn nghiên cứu	$y = 0,432x + 0,876$	0,912	<0,001

Nhận xét: xét trong toàn nghiên cứu và xét theo nhóm dựa trên giá trị TG mỗi tương quan giữa LDL-C_{DLTT} và LDL-C_{de Cordova} cũng biểu thị mỗi tương quan thuận, mạnh với hệ số tương quan r đều có độ mạnh $p < 0,001$ và r dương cao.

IV. BÀN LUẬN

- Tương quan giữa phương pháp trực tiếp và phương pháp gián tiếp theo Friedewald

Giá trị trung bình của LDL-C ước tính bằng phương pháp gián tiếp Friedewald trong nghiên cứu của chúng tôi là $2,42 \pm 1,16$ mmol/L. Phương pháp ước tính gián tiếp này cho nồng độ LDL-C ước tính trung bình là thấp nhất trong nghiên cứu. So với kết quả của các nghiên cứu khác, kết quả này tương đương so với nghiên cứu Garoufi Anastasia [5], với nồng độ LDL-C trung bình là $2,36 \pm 0,65$ mmol/L, cũng như kết quả của Nguyễn Hồng Hật [6], với nồng độ LDL-C trung bình $2,88 \pm 1,43$ mmol/L. Xét trong toàn nghiên cứu và xét theo nhóm dựa trên giá trị TG, giá trị trung bình của LDL-c ở phương pháp gián tiếp Friedewald so với phương pháp định lượng trực tiếp có ý nghĩa thống kê ($p < 0,001$). Kết quả bảng 2, nghiên cứu ghi nhận phương trình tương quan hồi quy tuyến tính nồng độ LDL-C giữa phương pháp định lượng trực tiếp với phương pháp định lượng gián tiếp Friedewald là $y = 0,188x + 0,903$. Hệ số tương quan giữa các phương pháp trong toàn nghiên cứu của chúng tôi là $r = 0,76$ ($p < 0,001$), thấp hơn so với nghiên cứu của tác giả Nguyễn Thị Cẩm Châu [7], với hệ số tương quan toàn nghiên cứu là $r = 0,802$. Ở các nhóm triglycerid $< 5,64$ mmol/L, kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho các hệ số tương quan cao lần lượt là $r = 0,909$, $r = 0,906$, $r = 0,871$, với $p < 0,001$, cho thấy có tương quan mạnh giữa 2 phương pháp. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi phù hợp với nghiên cứu của Nguyễn Hồng Hật [6], với $r = 0,973$, nghiên cứu của Nishtha

Wadhwa [8] với $r = 0,966$, và nghiên cứu của Martins J [9], với $r = 0,952$. Xét trong toàn nghiên cứu và xét theo nhóm dựa trên giá trị TG mỗi tương quan giữa LDL-C_{DLTT} và LDL-C_{Friedewald} được xem xét bằng phương trình hồi quy tuyến tính, hệ số tương quan r đều có độ mạnh $p < 0,001$ và r dương cao, biểu thị mỗi tương quan thuận, mạnh.

- Tương quan giữa nồng độ LDL-c tính theo phương pháp định lượng trực tiếp và công thức de Cordova

Giá trị trung bình LDL-C phương pháp trực tiếp là $2,45 \pm 0,96$ mmol/L, phương pháp gián tiếp LDL-C Cordova là $2,57 \pm 0,92$ mmol/L, khác biệt các giá trị có ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$. Với phương pháp định lượng gián tiếp Cordova, nghiên cứu đã xây dựng phương trình tương quan hồi quy tuyến tính $y = 0,432x + 0,876$. Hệ số góc từ 1,18-1,32 cao hơn trong khoảng tiêu chuẩn chấp nhận $0,85 \leq a \leq 1,15$. Hệ số tương quan tuyến tính cho toàn nghiên cứu là $r = 0,912$, cao hơn kết quả nghiên cứu của tác giả Nguyễn Minh Hà [4] với $r = 0,727$. Tuy nhiên, tác giả Nguyễn Minh Hà không công bố giá trị trung bình ở nhóm triglycerid $\geq 5,64$ mmol/L [4]. Hiện nay, nồng độ triglycerid là một nguyên nhân lớn dẫn sự khác biệt về độ tương quan giữa hai phương pháp gián tiếp và trực tiếp giữa các nghiên cứu khác nhau. Ở các nhóm triglycerid $< 5,64$ mmol/L, chúng tôi thu được các kết quả tương ứng lần lượt là $r = 0,916$, $r = 0,907$ và $r = 0,902$, với $p < 0,05$ cho thấy có tương quan mạnh. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn nghiên cứu của Hansol Choi [10], có $r = 0,932$. Ở nhóm triglycerid $\geq 5,64$ mmol/L, kết quả nghiên cứu cho $r = 0,869$ với $p < 0,05$, cho thấy vẫn có sự tương quan giữa hai phương pháp ước lượng gián tiếp và định lượng trực tiếp nhưng yếu hơn mức triglycerid $< 5,64$ mmol/L. Kết quả này cao hơn kết quả nghiên cứu của Azam Karkhaneh [11], có $r = 0,622$, nghiên cứu của Nishtha

Wadhwa [8], có $r=0,761$. Trong hai công thức thì công thức Cordova không có triglyceride, nghĩa là sẽ giảm sai số khi phân tích. Đây cũng là một lợi thế cần xem xét khi sử dụng công thức này để ước lượng LDL-C gián tiếp.

Tóm lại, dù có sự tương đồng là hay khác so với các nghiên cứu trong và ngoài nước nhưng nhìn chung, nồng độ LDL-c ước tính theo cả 2 công thức Friedewald và de Cordova có tương quan tốt với nồng độ LDL-c theo phương pháp trực tiếp.

V. KẾT LUẬN

Phương trình tương quan hồi quy tuyến tính giữa phương pháp trực tiếp với phương pháp Friedewald với là $y=0,188x+0,903$, với phương pháp de Cordova $y=0,432x+0,876$. Có mối tương quan tuyến tính thuận, mức độ mạnh giữa các phương pháp định lượng gián tiếp với định lượng trực tiếp ở hai công thức. Trong đó, phương pháp gián tiếp LDL-C Friedewald $r=0,76$ với độ tin cậy $p<0,01$. phương pháp gián tiếp LDL-C Cordova $r=0,912$ với độ tin cậy $p<0,01$.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- American Academy of Pediatrics.** National Cholesterol Education Panel on Blood Levels in Children and Adolescents. *Pediatrics* 1992; 89: 525-84.
- Friedewald W T, Levy R I, Fredrickson D S** (1972), "Estimation of the concentration of low-density lipoprotein cholesterol in plasma, without use of the preparative ultracentrifuge", *Clin Chem*, 18 (6), pp. 499-502.
- Lin Qiu-zhen, Chen Yan-qiao, Guo Li-Ling** (2019), "Comparison of non-fasting LDL-C levels calculated by Friedewald formula with those directly measured in Chinese patients with coronary heart disease after a daily breakfast", *Clinica Chimica Acta*, 495 pp. 399-405.
- Nguyễn Minh Hà, Nguyễn Ngọc Tâm** (2018), "Tương quan và tương hợp nồng độ LDL-C định lượng trực tiếp và ước tính bằng công thức de Cordova", *Tạp chí Y học TP.Hồ Chí Minh*, 22 (4), tr. 344-352.
- Garoufi Anastasia, Drakatos Antonis, Tsentidis** (2017), "Comparing calculated LDL-C with directly measured LDL-C in healthy and in dyslipidemic children", *Clinical biochemistry*, 50 (1-2), pp. 16-22.
- Nguyễn Hồng Hật, Trần Ngọc Dung** (2021) "Tương quan tuyến tính giữa các phương pháp định lượng gián tiếp và trực tiếp LDL-Cholesterol tại khoa xét nghiệm bệnh viện Đa Khoa Hoàn Mỹ Minh Hải", *Tạp chí Y Dược học Cần Thơ*, pp. 150-157.
- Nguyễn Thị Cẩm Châu, Vũ Quang Huy** (2010), "So sánh hai phương pháp định lượng LDL- c trực tiếp và gián tiếp", *Tạp chí Y học TP.Hồ Chí Minh*, tr. 163-172.
- Nishtha Wadhwa, Radhika, Krishnaswamy** (2016), "Comparison of LDL-Cholesterol Estimate using Various Formulae with Directly Measured LDL-Cholesterol in Indian Population", *J Clin Diagn Res*, 10 (12), pp. BC11-BC13.
- Martins J, Olorunju Steve AS, Murray LM** (2015), "Comparison of equations for the calculation of LDL-cholesterol in hospitalized patients", *Clinica Chimica Acta*, 444 137-142.
- Hansol Choi, et al** (2016), "Comparison of formulas for calculating low-density lipoprotein cholesterol in general population and high-risk patients with cardiovascular disease", *Korean circulation journal*, 46 (5), 688-698.
- Azam Karkhaneh, Molood Bagherieh, Solmaz Sadeghi** (2019), "Evaluation of eight formulas for LDL-C estimation in Iranian subjects with different metabolic health statuses", *Lipids in Health and Disease*, 18 (231), pp. 1-11.

THỰC TRẠNG CÔNG KHAI XU HƯỚNG TÍNH DỤC CỦA NGƯỜI ĐỒNG TÍNH, SONG TÍNH VÀ CHUYÊN GIỚI TẠI THÀNH PHỐ CẦN THƠ NĂM 2022

Phan Thanh Hải¹, Phan Thị Ngọc Tuyên², Nguyễn Quý An³, Trang Triều Quân¹,
Trần Vĩ Khang¹, Nguyễn Văn Tín¹, Phạm Thị Ngọc Nga¹

TÓM TẮT⁹⁹

¹Trường Đại học Y Dược Cần Thơ

Đặt vấn đề: Vấn đề tồn tại từ rất lâu nhưng những hiểu biết về cộng đồng người đồng tính, song tính và chuyển giới (LGBT) còn hạn chế. **Mục tiêu:** Khảo sát thực trạng công khai xu hướng tính dục của người LGBT tại thành phố Cần Thơ. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang, trên người 150 LGBT tại quận Ninh Kiều, Bình Thủy và Cái Răng của Thành phố Cần Thơ. **Kết quả:** Có 63,3% đối tượng đã công khai xu hướng tính dục. Mức độ công khai của các đối tượng với gia đình, bạn bè, nơi làm việc và nơi học tập khác nhau. Tại mỗi môi trường mức độ công khai chiếm tỷ lệ cao nhất là công khai với 1 đối tượng. Trong và 36,7% người LGBT chưa công khai thì đa số các đối tượng 34/55 (61,8%) còn phân vân chưa biết có hay không công khai xu hướng tính dục; 16/55 (29,1%) đối tượng có ý định công khai và 5/55 (9,1%). **Kết luận:** Còn một số lượng khá lớn (36,7%) các đối tượng trong nghiên cứu chưa và còn phân vân trong việc công khai. Tư vấn hỗ trợ tâm lý cho cộng đồng LGBT là hoạt động cần thiết để hỗ trợ người LGBT tự tin hơn trong cuộc sống hiện tại và tương lai.

Từ khóa: Công khai xu hướng tính dục, LGBT, Cần Thơ

SUMMARY

THE CURRENT STATE OF PUBLICLY EXPRESSED SEXUAL ORIENTATIONS OF LESBIAN, GAY, BISEXUAL AND TRANSGENDER PEOPLE IN CAN THO CITY

Background: Although it has existed for a long time, understanding of the lesbian, gay, bisexual, and transgender (LGBT) community remains limited. **Objectives:** To investigate the current state of publicly expressed sexual orientation trends among LGBT individuals in Can Tho City. **Materials and methods:** A cross-sectional descriptive study was conducted on 150 LGBT individuals in the districts of Ninh Kieu, Binh Thuy, and Cai Rang in Can Tho City. **Results:** Among the participants, 63.3% had publicly expressed their sexual orientation. The level of openness varied across different aspects of their lives, including with family, friends, workplaces, and educational institutions. The highest level of openness was observed with one's partner. Among the 36.7% who had not disclosed their sexual orientation, 34 out of 55 participants (61.8%) were unsure about whether to reveal their orientation or not; 16 out of 55 (29.1%)

intended to come out, and 5 out of 55 (9.1%) did not intend to. Conclusion: A significant proportion (36.7%) of the participants in the study had not yet come out or were uncertain about doing so. Providing psychological support and counseling for the LGBT community is crucial to help them feel more confident in their present and future lives

Keywords: Publicity of sexual orientation, LGBT, Can Tho

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Sự tồn tại của người đồng tính, song tính và chuyển giới (LGBT) trong xã hội là sự thật và không thể chối bỏ. Hiện vẫn chưa có điều tra nào cho một con số ước lượng chính xác về số lượng người LGBT ở Việt Nam. Theo số liệu của Viện Nghiên cứu xã hội, kinh tế và môi trường (Institute for Social, Economic and Environmental Research - ISEE), Việt Nam hiện đang có khoảng 1,6 triệu người đồng tính, song tính và chuyển giới ở độ tuổi 15-59 [1]. Kết quả từ báo cáo của Tổ chức Y tế thế giới thì khoảng 3% dân số có thiên hướng tính dục đồng tính, nếu lấy tỷ lệ này áp dụng cho Việt Nam thì hiện nay cả nước có khoảng gần 3 triệu người LGBT [1], [2], [3]. Nhưng rất nhiều người trong số họ phải sống trong vỏ bọc để tránh sự kì thị, xa lánh của những người xung quanh. Mặc dù người đồng tính là một phần hợp thành nên xã hội loài người nhưng ở nhiều nơi trên thế giới họ vẫn là nạn nhân của những hành vi ngược đãi. Thậm chí, trước đây, đồng tính luyến ái được coi là một loại bệnh tâm thần được hình thành đồng thời dưới cả khía cạnh bệnh lý và tâm lý [3], [4]. Nhiều người cũng cho rằng, hiện tượng đồng tính luyến ái là sự phát triển lệch lạc, lệch chuẩn về cả đạo đức và lối sống, trái với thuần phong mỹ tục của người Việt Nam. Trong nhiều năm trở lại đây, nhiều người không ngần ngại công khai mình là người đồng tính. Nhiều phong trào đòi quyền bình đẳng, đòi quyền được kết hôn cho những người đồng tính luyến ái đã xuất hiện ở khá nhiều nước trên thế giới [5]. Nghiên cứu được thực hiện với mục tiêu: **Khảo sát thực trạng công khai xu hướng tính dục của người LGBT tại thành phố Cần Thơ năm 2022.**

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: người LGBT trên 18 tuổi đang sinh sống và làm việc tại quận

²Trung tâm Kiểm soát Bệnh tật thành phố Cần Thơ

³Trường Cao đẳng Y tế Cần Thơ

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Thị Ngọc Nga

Email: ptnnga@ctump.edu.vn

Ngày nhận bài:

Ngày phản biện khoa học:

Ngày duyệt bài:

Ninh Kiều, Bình Thủy và Cái Răng của Thành phố Cần Thơ đồng ý tham gia nghiên cứu trong thời gian từ tháng 2 đến tháng 8 năm 2023.

2.2. Phương pháp nghiên cứu:

- **Thiết kế nghiên cứu:** nghiên cứu mô tả cắt ngang

- **Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu:** chọn thuận tiện tất cả các đối tượng LGBT đang sinh sống và làm việc tại quận Ninh Kiều, Bình Thủy và Cái Răng của Thành phố Cần Thơ, đồng ý tham gia nghiên cứu trong thời gian từ tháng 2 đến tháng 8 năm 2023. Có tổng 150 người LGBT đã tham gia.

- **Nội dung nghiên cứu:**

+ Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu: giới tính, trình độ, hoàn cảnh gia đình và thâm niên công tác phân bố theo địa điểm nghiên cứu

+ Thực trạng công khai xu hướng tính dục, bao gồm: tỷ lệ công khai, mức độ công khai và nhu cầu công khai xu hướng tính dục.

- **Phương pháp thu thập và đánh giá số liệu:** Số liệu được thu thập bằng bảng hỏi. Số liệu được nhập và xử lý thống kê bằng phần mềm SPSS 25.0.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Bảng 1. Đặc điểm chung của đối tượng theo địa điểm nghiên cứu

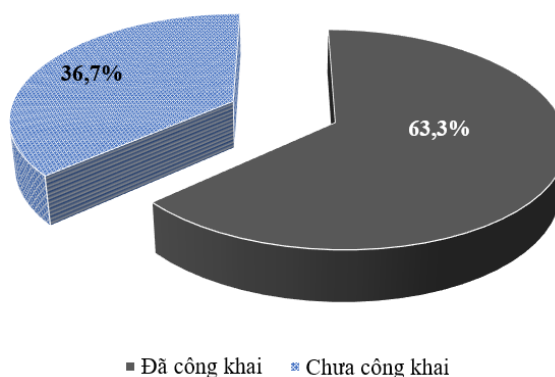
Đặc điểm	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Giới tính		
Nữ	60	40%
Nam	90	60%
Trình độ học vấn		
Tốt nghiệp phổ thông	45	30,0
Đại học	82	70,0
Thạc sĩ	23	10,5
Hoàn cảnh gia đình		
Độc thân	60	40,0
Có gia đình	75	50,0
Ly hôn	15	10,0
Thâm niên công tác		
1 năm	30	20,0
Từ 2 – 3 năm	32	21,3
Trên 3 năm	88	58,6
Nơi cư trú		
Ninh Kiều	60	40,0
Cái Răng	50	33,3

Bình Thủy	40	26,7
-----------	----	------

Nhận xét: Tỷ lệ nam (60%) tham gia nghiên cứu nhiều hơn nữ (40%); trình độ đại học chiếm cao nhất (70%); 50% đối tượng đã có gia đình; thâm niên công tác trên 3 năm (58,6%) chiếm tỷ lệ cao nhất và trong 3 quận, đối tượng cư trú tại quận Ninh Kiều nhiều nhất (40,0%).

3.2. Thực trạng công khai xu hướng tính dục

3.2.1. Tỷ lệ công khai xu hướng tính dục (n=150)



Biểu đồ 1. Tỷ lệ công khai xu hướng tính dục của người LGBT

Nhận xét: có 95/150 (63,3%) đối tượng đã công khai và 55/150 (36,7%) người LGBT chưa công khai xu hướng tính dục được ghi nhận trong nghiên cứu.

3.2.2. Mức độ công khai xu hướng tính dục

- Mức độ công khai xu hướng tính dục của người LGBT với bạn bè

Bảng 2. Mức độ công khai xu hướng tính dục của người LGBT với bạn bè

STT	Nội dung	Số lượng (n=95)	Tỷ lệ (%)
1	Chưa công khai	8	8,4
2	Công khai với 01 người bạn	29	30,5
3	Công khai với 01 số bạn bè	21	22,1
4	Công khai với nhiều người bạn bè	20	21,1
5	Công khai với tất cả bạn bè quen biết	17	17,9
Tổng		95	100

Nhận xét: Ở các mức độ công khai với bạn bè, công khai với 01 người bạn khác chiếm tỷ lệ cao nhất 30,5% và thấp nhất là chưa công khai với bất kỳ người nào chiếm tỷ lệ 8,4%.

- Mức độ công khai xu hướng tính dục của người LGBT với gia đình

Bảng 3. Mức độ công khai xu hướng tính dục của người LGBT với gia đình

STT	Nội dung	Số lượng (n=95)	Tỉ lệ (%)
1	Chưa công khai	30	31,2
2	Công khai với 1 người	27	28,4
3	Công khai với nhiều người	13	13,7
4	Công khai tất cả thành viên	25	26,3
Tổng		95	100

Nhận xét: chưa công khai với gia đình chiếm tỷ lệ cao nhất 31,2%; ở các mức độ công khai với gia đình, công khai với 01 người nhà 28,4%; công khai tất cả thành viên, 26,3% và thấp nhất là công khai với nhiều người 13,7%.

- Mức độ công khai xu hướng tính dục của người LGBT với nơi làm việc

Bảng 4. Mức độ công khai xu hướng tính dục của người LGBT với nơi làm việc

STT	Nội dung	Số lượng (n=95)	Tỉ lệ (%)
1	Chưa công khai	30	31,6
2	Công khai với 01 người	27	28,4
3	Công khai tất cả thành viên	25	26,3
4	Công khai với lãnh đạo	13	13,7
Tổng		95	100

Nhận xét: chưa công khai với gia đình chiếm tỷ lệ cao nhất 31,6%; ở các mức độ công khai với nơi làm việc, công khai với 01 người nhà 28,4%; công khai tất cả thành viên, 26,3% và thấp nhất là công khai với lãnh đạo, 13,7%.

- Mức độ công khai xu hướng tính dục của người LGBT với nơi trường học

Bảng 4. Mức độ công khai xu hướng tính dục của người LGBT với nơi làm việc

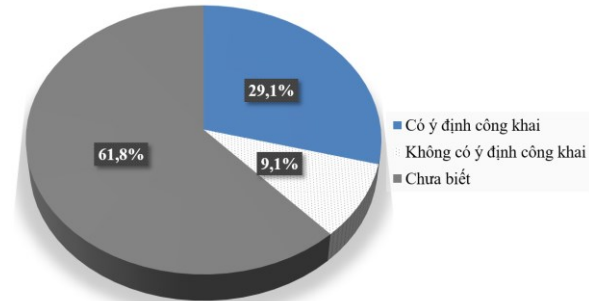
STT	Nội dung	Số lượng (n=95)	Tỉ lệ (%)
1	Chưa công khai	20	21,0
2	Công khai với 01 người	34	35,8
3	Công khai với một số người	13	13,7
4	Công khai với giáo viên chủ nhiệm	22	23,2
5	Khác	6	6,3
Tổng		95	100

Nhận xét: chưa công khai với 1 người chiếm tỷ lệ cao nhất 35,8%; chưa công khai 21,0%.

3.2.3. Nhu cầu công khai xu hướng tính dục

Khảo sát nhu cầu công khai xu hướng tính dục của 55 người LGBT chưa công khai xu hướng tính dục, kết quả ghi nhận:

- Nhu cầu công khai (n=55)



Biểu đồ 2: Nhu cầu công khai của người LGBT được công khai xu hướng tính dục

Nhận xét: Đa số các đối tượng 34/55 (61,8%) còn phân vân chưa biết có hay không công khai xu hướng tính dục; 16/55 (29,1%) đối tượng có ý định công khai và 5/55 (9,1%) đối tượng không có ý định này.

- Đối tượng sẽ công khai (n=16)

Khi nghiên cứu tiếp trong 16 người LGBT có xu hướng muốn công khai xu hướng tính dục đối tượng công khai cụ thể:

Bảng 2: Đối tượng sẽ công khai

STT	Nội dung	Số lượng (n=16)	Tỉ lệ (%)
1	Công khai với gia đình	14	87,6
2	Công khai với nhóm bạn bè thân	6	37,5
3	Công khai ở học đường	3	18,8
4	Công khai nơi làm việc	2	12,5

Nhận xét: Có đến 87,5% dự định sẽ công khai với gia đình, 37,5% có ý định công khai với nhóm bạn bè thân, 18,8% dự định sẽ công khai ở học đường và 12,5% dự định công khai nơi làm việc.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Trong nghiên cứu này có tổng 150 người LGBT đang sinh sống và làm việc tại thành phố Cần Thơ, nghiên cứu ghi nhận 90 nam (60%) và 60 nữ (40%), tỉ lệ nam/nữ là 3/2. Kết quả được giải thích do trong xã hội nam giới thường xuất hiện và được chú ý nhiều hơn nữ giới, và cũng có thể do trên thực tế nhóm đồng tính nam lộ diện nhiều hơn trong khi nhóm đồng tính nữ thường kín đáo hơn [1]. Về trình độ học vấn,

trong nghiên cứu các đối tượng đều có trình độ cao, cụ thể: đại học (70%), 30% đã tốt nghiệp phổ thông và 10% là thạc sĩ. Về hoàn cảnh gia đình có 50,0% đối tượng có gia đình, độc thân là 40,0% và 10% ly hôn. Trong thâm niên công tác được đánh giá thì trên 3 năm chiếm tỷ lệ cao nhất (58,6%) tiếp đó là nhóm 2-3 năm (21,3%) và ít nhất là 1 năm (20%). Và do quận Ninh Kiều là quận lớn nhất tại thành phố Cần Thơ, nên đối tượng trong nghiên cứu này có 40% có nơi cư trú tại quận này, 33,3% sinh sống tại quận Cái Răng và 26,7% có nơi cư trú tại Bình Thủy.

4.2. Thực trạng công khai xu hướng tính dục

Tỷ lệ công khai xu hướng tính dục

Trong nghiên cứu này với 150 người LGBT tại Cần Thơ năm 2022 có đến 95/150 (63,3%) đối tượng đã công khai và 55/150 (36,7%) người LGBT chưa công khai xu hướng tính dục được ghi nhận. Kết quả này thể hiện sự cởi mở hơn rất nhiều so với những năm trước đây. Trong nghiên cứu của ISEE tiến hành từ 2009 cho tới năm 2012, với những người đồng tính nam được hỏi, chỉ có 2,5% số người công khai hoàn toàn về xu hướng tính dục, và 5% gần như là công khai. Trong khi đó, 32,5% đang hoàn toàn bí mật về xu hướng tính dục của mình và 35% gần như hoàn toàn bí mật. Số 25% còn lại "lúc thì bí mật lúc thì công khai" tùy thuộc vào môi trường. Người đồng tính không dám công khai ngay cả đối với những người gần gũi nhất với mình trong gia đình [2]. Xã hội phát triển dân trí được nâng cao và sự kỳ thị cũng thay đổi nhiều có thể là nguyên nhân cho sự khác biệt này.

Mức độ công khai xu hướng tính dục

Đối với bạn bè, các đối tượng LGBT đa số họ đã công khai với 01 người bạn (30,5%), có 17,9% các đối tượng đã công khai với tất cả bạn bè quen biết, và có lần lượt 22,1% và 21,1% công khai với 1 số hoặc nhiều người bạn (Bảng 2). Tương tự, tỷ lệ công khai với 1 thành viên khác trong gia đình (28,4%), nơi làm việc (28,4%) hay trường học (35,8%), cũng chiếm tỷ lệ cao nhất. Và khi xem xét mức độ hạn chế công khai thì trong 4 môi trường, tỷ lệ không công khai tập trung cao nhất ở nơi làm việc (31,6%) và gia đình (31,2%) thấp nhất là bạn bè với 8,4%. Margaret Rosario và cộng sự [5] cũng ghi nhận mặc dù việc tiết lộ xu hướng tính dục với gia đình, bạn bè và những người khác là một phần quan trọng trong quá trình công khai giới

tính của thanh niên LGBT, tuy nhiên mức độ công khai không giống nhau, đa số các đối tượng thường công khai với một người bạn thân trước khi tiết lộ với cha mẹ và các thành viên khác trong gia đình. Năm 2019, nghiên cứu Nguyễn Thị Kim Ngân [1] ghi nhận có đến 78,2% các đối tượng cho biết họ đã từng bị phân biệt đối xử tại nơi làm việc, trong đó có hơn 30% thường xuyên bị phân biệt đối xử.

Trên 39 đối tượng đồng tính, Donatella Di Marco và cộng sự, 2022 [6], cũng cho thấy việc công khai giới tính các đối tượng đồng tính với đồng nghiệp của họ bị ảnh hưởng bởi bối cảnh văn hóa xã hội, trách nhiệm công việc trong cơ quan. Một nghiên cứu khác của Eisenberg, Marla E. và cộng sự, 2023 [7], các đặc điểm về bản sắc chủng tộc/dân tộc, bản sắc giới tính, bản dạng giới và giới tính khi sinh cũng ảnh hưởng nhiều không chỉ đến việc công khai xu hướng tính dục mà còn ảnh hưởng đến sự hỗ trợ tâm lý từ cha mẹ, cơ quan chức năng,...

Như vậy đối với người LGBT việc công khai xu hướng tính dục ở các môi trường là không giống nhau. Nó bị phụ thuộc rất nhiều yếu tố, đặc biệt là môi trường xung quanh. Nên việc công khai xu hướng tính dục hay không lệ thuộc phần nhiều vào sự cảm nhận môi trường xung quanh họ sống có an toàn hay không, nhất là với gia đình, bạn bè, nơi làm việc và trong trường học. Bên cạnh đó thì yếu tố kinh tế cũng là nguyên nhân khá quan trọng để cho người LGBT làm tiêu chí mà công khai xu hướng tính dục hay không.

Nhu cầu công khai xu hướng tính dục

Khảo sát nhu cầu công khai xu hướng tính dục của 55 người LGBT chưa công khai xu hướng tính dục, kết quả ghi nhận đa số các đối tượng 34/55 (61,8%) còn phần vẫn chưa biết có hay không công khai xu hướng tính dục; 16/55 (29,1%) đối tượng có ý định công khai và 5/55 (9,1%) đối tượng không có ý định này. Và khi dự định công khai, trong 16 đối tượng này có đến 87,5% dự định sẽ công khai với gia đình, 37,5% có ý định công khai với nhóm bạn bè thân, 18,8% dự định sẽ công khai ở học đường và 12,5% dự định công khai nơi làm việc. Như vậy đối với các bạn chưa công khai nhưng lại có ý định công khai xu hướng tính dục thì gia đình là sự chờ đợi để họ công khai nhiều nhất, tiếp theo sẽ là bạn bè.

Ghi nhận từ các kết quả trong nghiên cứu, ở cả đối tượng đã công khai hay chưa công khai nhưng có dự định sẽ công khai thì gia đình và bạn bè chính là những người quan trọng để họ thể hiện rõ bản thân. Ở nơi làm việc và trường học tuy có sự cởi mở trong việc công khai hơn nhưng phần lớn đối tượng LGBT vẫn còn e dè.

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu trên người 150 LGBT tại quận Ninh Kiều, Bình Thủy và Cái Răng của Thành phố Cần Thơ kết quả ghi nhận có 63,3% đối tượng đã công khai công khai xu hướng tính dục. Mức độ công khai của các đối tượng với gia đình, bạn bè, nơi làm việc và nơi học tập đa số dừng lại ở mức độ công khai với 1 người. Bên cạnh đó còn một số lượng khá lớn (36,7%) các đối tượng trong nghiên cứu chưa và còn phân vân trong việc công khai. Kết quả nghiên cứu cho thấy tư vấn hỗ trợ tâm lý cho cộng đồng LGBT là hoạt động cần thiết để hỗ trợ người LGBT tự tin hơn trong cuộc sống hiện tại và tương lai.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Thị Kim Ngân, An Thanh Ly, Thực trạng phân biệt đối xử dựa trên khác biệt xu hướng tính dục tại nơi làm việc đối với người đồng tính, song tính và chuyển giới ở khu công nghiệp, Tạp chí y học cộng đồng, số 4 (51) – Tháng 07-908/2019.
2. Viện Nghiên cứu Xã hội, Kinh tế và Môi trường (iSEE), Tổng luận nghiên cứu về người đồng tính, song tính và chuyển giới ở Việt Nam, 2013.
3. Gates G. **How many people are lesbian, gay, bisexual, and transgender?** 2011 [cited 2023; Available from: <http://williamsinstitute.law.ucla.edu/wp-content/uploads/Gates-How-Many-People-LGBT-Apr-2011.pdf>.
4. American Psychological Association. (2012). Guidelines for psychological practice with lesbian, gay, and bisexual clients. *American Psychologist*, 67(1), 10–42. <https://doi.org/10.1037/a0024659>
5. Margaret Rosario, Eric W. Schrimshaw, and Joyce Hunter, Disclosure of Sexual Orientation and Subsequent Substance Use and Abuse Among Lesbian, Gay, and Bisexual Youths: Critical Role of Disclosure Reactions, *Psychol Addict Behav*. 2009 Mar; 23(1): 175–184. doi: 10.1037/a0014284.
6. Donatella Di Marco, Helge Hoel, Alicia Arenas & Lourdes Munduate (2022). Non-Heteronormative Sexual Orientations at Work: Disclosure Dynamics and the Negotiation of Boundaries between Lesbian and Gay Employees and Their Co-workers, *Journal of Homosexuality*, DOI: 10.1080/00918369.2022.2122365.
7. Eisenberg, Marla E., Gower, Amy L., Río-González, Ana María del, Nic Rider, G., Bowleg, Lisa, Russell, Stephen T. Interpersonal Protective Factors for LGBTQ+ Youth at Multiple Intersecting Social Identities and Positions, *Annals of LGBTQ Public and Population Health*, Jun 2023, DOI: 10.1891/LGBTQ-2022-0027.

