

- Patients with Advanced Juvenile Nasopharyngeal Angiofibroma. Journal of neurological surgery Part B, Skull base. Aug 2018;79(4):353-360. doi: 10.1055/s-0037-1608658
3. **Douglas R, Wormald PJ.** Endoscopic surgery for juvenile nasopharyngeal angiofibroma: where are the limits? Current opinion in otolaryngology & head and neck surgery. Feb 2006;14(1):1-5. doi:10.1097/01.moo.0000188859.91607.65
 4. **Langdon C, Herman P, Verillaud B, et al.** Expanded endoscopic endonasal surgery for advanced stage juvenile angiofibromas: a retrospective multi-center study. Rhinology. Sep 2016;54(3):239-46. doi:10.4193/Rhin15.104
 5. **Janakiram TN, Sharma SB, Panicker VB.** Endoscopic Excision of Non-embolized Juvenile Nasopharyngeal Angiofibroma: Our Technique. Indian journal of otolaryngology and head and neck surgery: official publication of the Association of Otolaryngologists of India. Sep 2016; 68(3):263-9. doi:10.1007/s12070-016-1013-1
 6. **Janakiram TN, Parekh P, Haneefa H, Prasad SK.** Endoscopic Three-surgeon Six-handed Transorbital Transnasal Technique for Excision of Juvenile Nasopharyngeal Angiofibroma: New Frontier Explored. Asian journal of neurosurgery. Oct-Dec 2017;12(4):790-793. doi:10.4103/1793-5482.181148
 7. **Llorente JL, Lopez F, Suarez V, Costales M, Suarez C.** [Evolution in the treatment of juvenile nasopharyngeal angiofibroma]. Acta otorrinolaringologica española. Jul-Aug 2011;62(4): 279-86. Evolucion en el tratamiento de los angiofibromas nasofaringeos juveniles. doi:10.1016/j.otorri.2011.02.002
 8. **Snyderman CH, Pant H, Carrau RL, Gardner P.** A new endoscopic staging system for angiofibromas. Archives of otolaryngology--head & neck surgery. Jun 2010;136(6):588-94. doi:10.1001/archoto.2010.83
 9. **Makhasana JA, Kulkarni MA, Vaze S, Shroff AS.** Juvenile nasopharyngeal angiofibroma. Journal of oral and maxillofacial pathology : JOMFP. May-Aug 2016;20(2):330. doi:10.4103/0973-029x.185908

TÌNH HÌNH SỬ DỤNG DỊCH VỤ KHÁM CHỮA BỆNH MẠN TÍNH Ở NGƯỜI CAO TUỔI TẠI HUYỆN SA THẦY, TỈNH KON TUM

Ngô Viết Lộc¹, Nguyễn Văn Thịnh²,
Nguyễn Thị Kiều Khanh¹, Nguyễn Hữu Duân³

TÓM TẮT

Mở đầu: Nhiều nghiên cứu về tình hình bệnh tật và sử dụng dịch vụ y tế của người cao tuổi đã được tiến hành, nhưng vẫn còn ít nghiên cứu về sử dụng dịch vụ khám chữa bệnh mạn tính của người cao tuổi. **Mục tiêu:** Mô tả tình hình bệnh mạn tính ở người cao tuổi tại huyện Sa Thầy, tỉnh Kon Tum và khảo sát tình hình sử dụng dịch vụ y tế khám chữa bệnh mạn tính và một số yếu tố liên quan của đối tượng nghiên cứu. **Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 460 người cao tuổi tại huyện Sa Thầy, tỉnh Kon Tum. Sử dụng test χ^2 với mức ý nghĩa $\alpha = 0.05$ để tìm ra các yếu tố liên quan giữa việc sử dụng các dịch vụ khám chữa bệnh mạn tính của đối tượng nghiên cứu. **Kết quả:** Tỷ lệ mắc bệnh mạn tính ở đối tượng nghiên cứu là 61,7%. Bệnh viện là nơi được đa số các đối tượng chọn khám bệnh mạn tính định kỳ chiếm 51,1% và có 19,7% người không khám bệnh mạn tính. Tình trạng hôn nhân, thu nhập chính của đối tượng nghiên cứu có liên quan đến việc có sử dụng dịch vụ khám chữa bệnh mạn tính khi tái phát ($p < 0,05$). **Kết luận:** Dựa vào kết quả tìm được, cần có

các hành động và biện pháp thích hợp nhằm phát huy vai trò người cao tuổi; tăng cường nguồn lực trong công tác chăm sóc sức khỏe người cao tuổi.

Từ khóa: Bệnh mạn tính, dịch vụ y tế, khám chữa bệnh, người cao tuổi.

SUMMARY

SITUATION OF EXAMINATION AND TREATMENT OF CHRONIC DISEASES AMONG ELDERLY PEOPLE AT SA THAY MEDICAL DISTRICT CENTER IN KONTUM PROVINCE

Background: Many studies on the situation of the elderly people have been conducted, but there were still a few studies on examination and treatment of their chronic diseases. **Objectives:** To describe the situation of chronic diseases in the elderly people at Sa Thay Medical District in KonTum Province and to find out some factors related to examination and treatment of their chronic diseases. **Method:** A cross-sectional descriptive study on 460 elderly people at Sa Thay Medical District in KonTum Province. The χ^2 test with significance level $\alpha = 0.05$ was used to find factors related to examination and treatment of their chronic diseases. **Result:** The prevalence of chronic diseases in the study subjects was 61.7%. Hospitals or medical centers are the places where the majority of subjects choose to have periodic chronic diseases examination (51.1%); 19.7% of the subjects did not have chronic diseases examination. The marital status and main income of the study subjects are related to the

¹Trường Đại học Y - Dược, Đại học Huế

²Trung tâm Y tế huyện Sa Thầy, tỉnh Kon Tum

³Trung tâm Y tế thành phố Huế, tỉnh Thừa Thiên Huế

Chịu trách nhiệm chính: Ngô Viết Lộc

Email: nvloc@huemed-univ.edu.vn

Ngày nhận bài: 3.01.2024

Ngày phản biện khoa học: 19.2.2024

Ngày duyệt bài: 5.3.2024

use of chronic medical examination and treatment services at relapse ($p < 0.05$). **Conclusion:** Based on the findings, it is necessary to take appropriate actions and measures to promote the role of the elderly; increase resources in health care for the elderly. **Keywords:** Chronic diseases, medical services, the elderly.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Theo dự báo của Liên Hiệp Quốc, thế kỷ 21 là thế kỷ già hóa dân số, ước tính đến năm 2050, 79% dân số thế giới trên 60 tuổi sống ở các nước đang phát triển [9]. Vì vậy tại nhiều nước trên thế giới hiện nay rất quan tâm đến vấn đề này và đang tìm biện pháp để giảm những ảnh hưởng tiêu cực của nó. Số người trên 60 tuổi đang tăng nhanh, tạo ra những thách thức đối với tất cả các nước trong việc quan tâm, chăm sóc người cao tuổi toàn diện về cả thể chất lẫn tinh thần để người cao tuổi (NCT) có thể sống lâu, sống hữu ích cho xã hội.

Việt Nam đang bước vào giai đoạn dân số già và là một trong số ít quốc gia có tốc độ già hóa dân số nhanh nhất thế giới. Sự chuyển đổi nhân khẩu lớn lao này mang đến cả cơ hội và thách thức, tác động nhiều mặt của chính sách an sinh xã hội mà trước hết là công tác chăm sóc NCT. Tuy nhiên có nhiều lý do khác nhau, từ khó khăn trong việc tiếp cận cơ sở y tế đến chi phí khám chữa bệnh, từ lo ngại chất lượng dịch vụ y tế đến hiệu quả điều trị... làm cho việc khám chữa bệnh kịp thời khi bị ốm với người cao tuổi còn hạn chế. Theo điều tra quốc gia về người cao tuổi Việt Nam năm 2011, tỷ lệ người cao tuổi bị ốm trong vòng 12 tháng cần điều trị nhưng không được điều trị là gần 55% trong đó nguyên nhân không đủ tiền để chi trả là 52% và nguyên nhân không có người đưa đi bệnh viện là 11,5% [6].

Trong nhiều năm qua, nước ta đã có nhiều nỗ lực trong cải thiện việc cung cấp các dịch vụ y tế cho nhóm NCT, trong đó có việc đẩy mạnh phát triển y tế cơ sở. Mạng lưới y tế cơ sở ngày càng có vai trò quan trọng trong bảo vệ, chăm sóc và nâng cao sức khỏe nhân dân, thực hiện các nội dung của chăm sóc sức khỏe ban đầu, các chương trình mục tiêu về y tế. Thế nhưng hệ thống y tế nói chung và mạng lưới y tế cơ sở đang đối mặt với nhiều khó khăn, thách thức. Nhu cầu chăm sóc sức khỏe của nhân dân ngày càng cao, mô hình bệnh tật thay đổi với bệnh không lây nhiễm, tai nạn, thương tích ngày càng tăng, các dịch bệnh mới nổi diễn biến phức tạp, tình trạng già hóa dân số sẽ là thách thức đối với ngành y tế.

Hiện nay đã có nhiều công trình nghiên cứu về tình hình bệnh tật và sử dụng dịch vụ y tế của người cao tuổi, nhưng vẫn còn ít nghiên cứu về

sử dụng dịch vụ khám chữa bệnh mạn tính của NCT tại huyện Sa Thầy, chính vì những lý do nêu trên chúng tôi tiến hành thực hiện đề tài "*Tình hình sử dụng dịch vụ khám chữa bệnh mạn tính ở người cao tuổi tại huyện Sa Thầy, tỉnh Kon Tum*" với các mục tiêu sau:

1. *Mô tả tình hình bệnh mạn tính ở người cao tuổi tại huyện Sa Thầy, tỉnh Kon Tum.*
2. *Khảo sát tình hình sử dụng dịch vụ y tế khám chữa bệnh mạn tính và một số yếu tố liên quan của đối tượng nghiên cứu.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu: Người cao tuổi (trên 60 tuổi) đang sinh sống trên địa bàn huyện Sa Thầy, tỉnh Kon Tum. Nghiên cứu được thực hiện từ tháng 06 năm 2018 đến tháng 12 năm 2018.

Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang. Áp dụng công thức tính cỡ mẫu ước lượng một tỷ lệ trong quần thể với độ tin cậy là 95% và tỷ lệ NCT khám bệnh định kỳ, theo báo cáo kết quả kiểm tra sức khỏe định kỳ cho NCT năm 2017 của TTYT huyện Sa Thầy, tỉnh Kon Tum là 80% [4], tính được cỡ mẫu tối thiểu là 425. Trên thực tế chúng tôi đã điều tra được 460 người. Chúng tôi thu thập số liệu từ tư liệu sẵn có và phỏng vấn trực tiếp đối tượng nghiên cứu với phiếu điều tra đã xây dựng. Trong nghiên cứu này, chúng tôi áp dụng phương pháp chọn mẫu ngẫu nhiên và xác suất tỉ lệ với kích thước quần thể.

Xử lý số liệu: Phần mềm Epidata 3.1 và SPSS 20.0. Sử dụng test χ^2 để phân tích mối liên quan giữa việc sử dụng các dịch vụ khám chữa bệnh mạn tính của đối tượng nghiên cứu với các yếu tố ($p < 0,05$).

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU VÀ BÀN LUẬN

1. Tình hình mắc bệnh mạn tính ở đối tượng nghiên cứu

Bảng 1. Tình hình mắc một số bệnh mạn tính ở đối tượng nghiên cứu (n = 460)

Mắc bệnh mạn tính	Số lượng	Tỷ lệ %
Không mắc bệnh mạn tính	176	38,3
Mắc 1 bệnh	51	11,1
Mắc 2 bệnh	104	22,5
Mắc ≥ 3 bệnh	129	28,1
Tổng	460	100

Theo Bảng 1, tỷ lệ mắc bệnh mạn tính ở đối tượng nghiên cứu là 61,7% và đa số NCT trong nghiên cứu mắc ít nhất từ 2 bệnh mạn tính trở lên. Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Hoàng Trung Kiên: Bệnh của người cao tuổi thường là mạn tính và đa bệnh lý; 84,7% NCT mắc các triệu chứng/bệnh mạn tính; số NCT mắc

2 bệnh chiếm tỷ lệ cao (32,3%) [1]. Tuy nhiên, kết quả trong nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn nghiên cứu về tiếp cận, sử dụng dịch vụ y tế của NCT tại Bắc Kạn năm 2017: tỷ lệ mắc 1 chứng bệnh là 80,2%, 02 chứng bệnh chiếm 13,5%; mắc \geq 03 chứng bệnh chiếm 6,3% [2].

Bảng 2. Tình hình mắc bệnh mạn tính theo đặc điểm của đối tượng nghiên cứu (n = 460)

Đặc điểm	Mắc bệnh		Không mắc bệnh	
	SL	%	SL	%
Giới				
Nam (n = 216)	129	59,7	87	40,3
Nữ (n = 244)	155	63,5	89	36,5
Nhóm tuổi				
60 - 69 tuổi (n = 340)	183	53,8	157	46,2
70 - 79 tuổi (n = 98)	82	83,7	16	16,3
\geq 80 tuổi (n = 22)	19	86,4	3	13,6
Trình độ học vấn				
Tiểu học trở xuống (n = 120)	88	73,3	32	26,7
Trung học cơ sở (n = 207)	130	62,8	77	37,2
Trung học phổ thông (n = 36)	26	72,2	10	27,8
Trung cấp trở lên (n = 97)	40	41,2	57	58,8
Nghề nghiệp trước khi nghỉ hưu				
Nông dân, công nhân (n = 284)	189	66,5	95	33,5
Công chức, viên chức (n = 102)	47	46,1	55	53,9
Kinh doanh, buôn bán (n = 31)	22	71,0	9	29,0
Khác (n = 43)	26	60,5	17	39,5
Dân tộc				
Kinh (n = 310)	183	59,0	127	41,0
Thiểu số (n = 150)	101	67,3	49	32,7
Tình trạng hôn nhân				
Sống cùng vợ/chồng (n = 339)	181	53,4	158	46,6
Sống cùng các con cái (n = 121)	103	85,1	18	14,9
Tình trạng kinh tế				
Nghèo, cận nghèo (n = 53)	44	83,0	9	17,0
Trung bình trở lên (n = 407)	240	59,0	167	41,0
Khoảng cách đến cơ sở y tế gần nhất				
<5 km (n = 4)	3	75,0	1	25,0
5 - 10 km (n = 450)	275	61,1	175	38,9
> 10 km (n = 6)	6	100	0	0

Kết quả Bảng 2 cho thấy:

- **Giới:** Tỷ lệ mắc bệnh mạn tính ở nữ là 63,5% cao hơn ở nam là 59,7%. Kết quả nghiên

cứu của chúng tôi và các nghiên cứu trên đều cho thấy tỷ lệ mắc bệnh mạn tính ở nữ giới thường cao hơn ở nam giới, tương tự kết quả nghiên cứu của Nguyễn Thị Xuân là NCT nữ thường có xu hướng mắc bệnh nhiều hơn so với nhóm nam cao tuổi do đặc điểm sinh học khác nhau [7].

- **Nhóm tuổi:** Tỷ lệ mắc bệnh cao nhất ở nhóm từ 80 tuổi trở lên là 86,4%, tiếp theo là nhóm từ 70 đến 79 tuổi là 83,7%, từ 60 đến 69 có số tỷ lệ mắc bệnh mạn tính là 53,8%. Độ tuổi càng cao dẫn đến sức khỏe càng kém, bên cạnh đó là tăng khả năng phơi nhiễm với nhiều yếu tố của bệnh mạn tính, dẫn đến tỷ lệ mắc bệnh cao.

- **Trình độ học vấn:** Nhóm tiểu học, dưới tiểu học có tỷ lệ mắc cao nhất là 73,3%; nhóm Trung học cơ sở là 62,8%; nhóm Trung học phổ thông là 72,2% và nhóm Trung cấp trở lên chiếm tỷ lệ thấp nhất là 41,2%.

- **Nghề nghiệp trước khi nghỉ hưu:** Nhóm Kinh doanh, buôn bán có tỷ lệ mắc bệnh mạn tính cao nhất là 71,0%; nhóm công chức, viên chức có tỷ lệ thấp nhất (46,1%).

- **Dân tộc:** Tỷ lệ phân bố bệnh trong nhóm dân tộc thì dân tộc thiểu số là 67,3% cao hơn dân tộc Kinh là 59%.

- **Tình trạng hôn nhân:** Tỷ lệ mắc bệnh mạn tính ở nhóm sống cùng các con gái/ trai là 85,1%; ở nhóm sống cùng vợ/chồng là 53,4%. Kết quả này cao hơn so với nghiên cứu của Stephen Ojiambo Wandera: Tỷ lệ mắc bệnh ở nhóm sống cùng vợ/chồng là 19,9% [8].

- **Tình trạng kinh tế:** Tỷ lệ mắc bệnh ở nhóm nghèo, cận nghèo là 83,0% cao hơn nhóm thu nhập trung bình trở lên có tỷ lệ 59,0%. Kết quả này cao hơn so với nghiên cứu của Stephen Ojiambo Wandera: Tỷ lệ mắc bệnh ở nhóm nghèo, cận nghèo là 18,4% và nhóm thu nhập trung bình trở lên là 24,7% [8].

- **Khoảng cách đến cơ sở y tế gần nhất:** Tỷ lệ mắc bệnh cao nhất ở nhóm > 10 km là 100%, nhóm < 5 km là 75,0% và nhóm từ 5 đến 10 km là 61,1%. Song tỷ lệ này cũng chưa phải là tỷ lệ đại diện cho cộng đồng vì số người cho từng nhóm khoảng cách đến cơ sở y tế gần nhất trong nghiên cứu là khác nhau.

2. Tình hình sử dụng dịch vụ khám chữa bệnh một số bệnh mạn tính của đối tượng nghiên cứu

Bảng 3. Cơ sở y tế được chọn để khám chữa bệnh mạn tính định kỳ của đối tượng nghiên cứu (n=284)

Khám chữa bệnh mạn tính	Số lượng	Tỷ lệ %
Không điều trị	56	19,7

Y tế tư nhân	6	2,1
Trạm y tế	77	27,1
Bệnh viện/TTYT huyện	145	51,1
Tổng cộng	284	100

Theo Bảng 3, Bệnh viện/TTYT huyện là nơi được đa số các đối tượng chọn khám bệnh mạn tính với 145 người chiếm 51,1%; trạm Y tế chiếm 27,1%; 19,7% đối tượng không khám bệnh mạn tính định kỳ. So với kết quả nghiên cứu của Hoàng Trung Kiên: Số NCT không đi KSK định kỳ chiếm tỷ lệ khá cao (77,9%), có đi KSK định kỳ chỉ là 22,1% [1] thì kết quả của chúng tôi cao hơn.

Bảng 4. Cơ sở y tế được chọn để khám chữa bệnh mạn tính khi tái phát của đối tượng nghiên cứu (n=284)

Khám chữa bệnh mạn tính	n	Tỷ lệ
Không điều trị	68	23,9
Y tế tư nhân	1	0,4
Trạm y tế	96	33,8

Bảng 5. Liên quan giữa đặc điểm chung và sử dụng dịch vụ khám chữa bệnh mạn tính định kỳ (n= 284)

Đặc điểm		KCB định kỳ				p
		Có		Không		
		n	%	n	%	
Nghề nghiệp	Nông dân, công nhân	143	75,7	46	24,3	0,007
	Công chức, viên chức	46	97,9	1	2,1	
	Kinh doanh, buôn bán	17	77,3	5	22,7	
	Khác	22	84,6	4	15,4	
Trình độ học vấn	Tiểu học trở xuống	59	67	29	33	<0,001
	Trung học cơ sở	108	83,1	22	16,9	
	Trung học phổ thông	22	84,6	4	15,4	
	Trung cấp trở lên	39	97,5	1	2,5	
Tình trạng hôn nhân hiện tại	Sống cùng vợ/chồng	156	86,2	25	13,8	0,001
	Sống cùng các con gái/trao	72	69,9	31	30,1	
Tình trạng kinh tế	Nghèo, cận nghèo	26	59,1	18	40,9	<0,001
	Trung bình trở lên	202	84,2	38	15,8	
Thu nhập chính hiện nay	Lương hưu	67	94,4	4	5,6	0,001
	Tự làm việc kiếm sống	90	78,9	24	21,1	
	Hỗ trợ từ gia đình, con cái	71	71,7	28	28,3	

Theo Bảng 5, Nghề nghiệp, trình độ học vấn, tình trạng hôn nhân, tình trạng kinh tế và thu nhập chính hiện tại của đối tượng nghiên cứu có liên quan đến việc khám bệnh mạn tính định kỳ ($p < 0,05$).

Trình độ học vấn là một trong những yếu tố liên quan đến tình trạng sử dụng dịch vụ khám chữa bệnh mạn tính định kỳ của NCT trong nghiên cứu của chúng tôi. Kết quả này tương tự nghiên cứu của Nguyễn Minh Thành: Theo trình độ học vấn, NCT ở nhóm có trình độ học vấn ở cấp THPT, PTTH CĐ, ĐH có sử dụng dịch vụ tỷ lệ cao nhất (95,98%); NCT có học vấn biết đọc,

Bệnh viện/TTYT huyện	119	41,9
Tổng cộng	284	100

Tỷ lệ đối tượng chọn bệnh viện/TTYT huyện là nơi khám chữa bệnh mạn tính chiếm 41,9%, chọn trạm y tế chiếm 33,8%, chọn y tế tư nhân chiếm tỷ lệ thấp nhất với 0,4% và không điều trị là 23,9%. Kết quả này tương tự nghiên cứu của Hoàng Trung Kiên: đa số NCT khi ốm là đi KCB (76,2%); Tỷ lệ người cao tuổi tự điều trị chỉ chiếm 15,7%; về lựa chọn nơi KCB ban đầu khi bị ốm PKĐKKV (54%) và trạm y tế xã (32,2%) [1]. Đi khám tư nhân và đến Trạm Y tế xã là hai loại dịch vụ y tế gần nhất để người dân tiếp cận. Do vậy nếu nâng cao chất lượng và hiệu quả của hai loại hình dịch vụ này sẽ góp phần giảm quá tải ở các bệnh viện và đây cũng là một thực trạng nan giải của ngành y tế cả nước.

3. Một số yếu tố liên quan đến sử dụng dịch vụ khám chữa bệnh mạn tính của đối tượng nghiên cứu

biết viết, tiểu học (59,73%), NCT mù chữ sử dụng dịch vụ y tế (13,67%) Mù chữ không sử dụng dịch vụ KCB (86,33%). Mọi liên quan có ý nghĩa. Trình độ học vấn ảnh hưởng rất lớn đến vấn đề chăm sóc sức khỏe NCT [3].

Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy thu nhập chính hiện nay và tình trạng kinh tế có liên quan đến khám bệnh mạn tính định kỳ của NCT. Những người có thu nhập ổn định từ lương hưu và từ mức trung bình trở lên có tỷ lệ đi khám bệnh mạn tính định kỳ cao (tỷ lệ lần lượt là 94,4% và 84,2%). Người nghèo thường không có nhiều cơ hội tiếp cận đầy đủ với các dịch vụ

xã hội như việc làm, giáo dục, chăm sóc sức khỏe (CSSK),... và ngay cả việc tự đáp ứng những nhu cầu tối thiểu trong cuộc sống hàng ngày như ăn, mặc, ở,... bản thân họ cũng gặp phải không ít khó khăn [5]. Đặc biệt ở những người cao tuổi thì nguồn thu nhập bị hạn chế, nên việc chi trả cho các dịch vụ y tế còn khó khăn hơn nếu không có sự hỗ trợ từ các nguồn khác. Chế độ chăm sóc, an sinh cho NCT tuy đã được quan tâm nhưng vẫn còn hạn chế và chưa đáp ứng được so với nhu cầu.

Bảng 6. Liên quan giữa đặc điểm chung và sử dụng dịch vụ khám chữa bệnh mạn tính khi tái phát (n = 284)

Đặc điểm		KCB tái phát				p
		Có		Không		
		n	%	n	%	
Tình trạng hôn nhân hiện tại	Sống cùng vợ/chồng	129	71,3	52	28,7	0,012
	Sống cùng các con cái	87	84,5	16	15,5	
Thu nhập chính hiện nay	Lương hưu	52	73,2	19	26,8	0,015
	Tự làm việc kiếm sống	79	69,3	35	30,7	
	Hỗ trợ từ gia đình, con cái	85	85,9	14	14,1	

Theo Bảng 6, tình trạng hôn nhân có liên quan đến việc có sử dụng dịch vụ khám chữa bệnh mạn tính ($p < 0,05$). Tương tự, nghiên cứu của Nguyễn Minh Thành cho thấy người cao tuổi có vợ/chồng có sử dụng dịch vụ KCB tỷ lệ cao (57,91%); góa vợ/chồng, ly thân, chưa có vợ/chồng, độc thân có sử dụng dịch vụ KCB (53,86%) và có ý nghĩa [3]. NCT có vợ/chồng sẽ quan tâm giúp đỡ lẫn nhau nên việc chăm sóc sức khỏe cũng được chú trọng hơn. Điều này cho chúng ta thấy xã hội cần có Viện Dưỡng Lão, Hội NCT và các đoàn thể cần quan tâm giúp đỡ NCT, nhất là NCT cô đơn không có người chăm sóc sức khỏe, giúp đỡ NCT sống khỏe, sống vui, sống có ích.

Nghiên cứu của chúng tôi còn chỉ ra có mối liên quan giữa yếu tố thu nhập chính của đối tượng nghiên cứu đến việc có sử dụng dịch vụ khám chữa bệnh mạn tính. Chi phí là một yếu tố quan trọng, điều mà người sử dụng dịch vụ y tế rất quan tâm, có tính chất quyết định trong việc lựa chọn dịch vụ, đặc biệt là những người có thu nhập thấp và tình trạng kinh tế nghèo. Họ sẽ đến cơ sở y tế nào có giá thành rẻ mà chất lượng dịch vụ lại đảm bảo và tin cậy. Chi phí KCB bao gồm chi phí trực tiếp (chi phí trực tiếp cho khám và điều trị tại cơ sở y tế) và những chi phí

gián tiếp (chi phí cho thuốc ngoài cơ sở y tế, cho ăn uống, đi lại, bồi dưỡng sức khỏe...). Điều này hoàn toàn phù hợp với sự phát triển và nhu cầu của người dân hiện nay, đời sống của người dân đã ngày càng được nâng cao, vấn đề chăm sóc sức khỏe của người dân ngày càng được quan tâm chú trọng.

IV. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu tình hình sử dụng dịch vụ y tế khám chữa bệnh mạn tính trên 460 NCT (trên 60 tuổi) đang sinh sống trên địa bàn huyện Sa Thầy, tỉnh Kon Tum, chúng tôi có một số kết luận sau: Tỷ lệ mắc bệnh mạn tính của NCT trong nghiên cứu là 61,7%. Bệnh viện là nơi được đa số các đối tượng chọn khám bệnh mạn tính định kỳ (51,1%) và khi tái phát (41,9%). Nghề nghiệp, trình độ học vấn, tình trạng hôn nhân, tình trạng kinh tế và thu nhập chính hiện tại của đối tượng nghiên cứu có liên quan đến việc khám bệnh mạn tính định kỳ ($p < 0,05$). Tình trạng hôn nhân, thu nhập chính của đối tượng nghiên cứu có liên quan đến việc có sử dụng dịch vụ khám chữa bệnh mạn tính ($p < 0,05$).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Hoàng Trung Kiên (2014)**, Nghiên cứu nhu cầu, đáp ứng dịch vụ chăm sóc sức khỏe người cao tuổi và thử nghiệm mô hình can thiệp cộng đồng tại huyện Đông Anh, Hà Nội, Đại học Y tế công cộng, Hà Nội.
- Sở Y tế tỉnh Bắc Kạn (2018)**, Nghiên cứu thực trạng sử dụng dịch vụ y tế của người cao tuổi tại xã Nông Thượng, Thành phố Bắc Kạn năm 2017.
- Nguyễn Minh Thành (2011)**, Nghiên cứu tình hình bệnh tật, nhu cầu khám chữa bệnh và một số yếu tố liên quan của người cao tuổi tại huyện Củ Chi, Thành phố Hồ Chí Minh, Luận văn chuyên khoa II, Trường Đại học Y Dược Huế.
- Trung tâm Y tế huyện Sa Thầy (2017)**, Báo cáo số 567/BC-YTST ngày 29/12/2017 về việc kết quả kiểm tra sức khỏe định kỳ cho người cao tuổi năm 2017 trên địa bàn huyện Sa Thầy.
- Nguyễn Đình Tuấn (2014)**, Một số yếu tố ảnh hưởng đến cơ hội tiếp cận dịch vụ chăm sóc sức khỏe của người nghèo ở nước ta hiện nay.
- Ủy ban quốc gia về người cao tuổi Việt Nam (2012)**, Điều tra về người cao tuổi Việt Nam năm 2011. Kết quả chủ yếu, VNCA, Hà Nội.
- Nguyễn Thị Xuân (2018)**, Sự khác biệt trong hành vi khám chữa bệnh của người cao tuổi ở khu vực miền núi Tây Bắc hiện nay, Luận văn Thạc sỹ xã hội học.
- Stephen Ojiambo Wandera (2015)**, "Prevalence and risk factors for self-reported non-communicable diseases among older Ugandans: a cross-sectional study", Global Health Action, 8: 27923.
- United Nations (2007)**, World economic and social survey 2007.