Vietnam Journal of Community Medicine, Vol. 66, Special Issue 2, 177-182

STUDY ON SERVICE AVAILABILITY AND READINESS OF COMMUNE HEALTH STATIONS IN MANAGEMENT OF NON-COMMUNICABLE DISEASES IN THUA THIEN HUE PROVINCE

Le Thi Bich Thuy*, Truong Thi Ngoc Anh, Nguyen Cat Tuong, Chau Nguyen Dan, Pham Xuan Hoang, Mai Linh Ngoc

Faculty of Public Health, University of Medicine and Pharmacy, Hue University - 6 Ngo Quyen, Vinh Ninh Ward, Hue City, Thua Thien Hue Province, Vietnam

Received: 11/11/2024
Revised: 01/12/2024; Accepted: 24/03/2025

ABSTRACT

Background: Vietnam is currently facing a heavy burden of disease and mortality due to non-communicable diseases (NCDs). Controlling NCDs is a top priority in healthcare.

Objectives: Describe the situation of NCDs management and assess the service availability and readiness of commune health stations (CHSs) in Thua Thien Hue province.

Methods: A cross-sectional descriptive study was conducted on 46 CHSs. Data were collected using a structured questionnaire, developed and calibrated according to the Service Availability and Readiness Assessment (SARA) and current regulations.

Results: Most CHSs offered available services for diagnosis/treatment/management of NCDs (>80%). The mean readiness index in the management of hypertension, diabetes, asthma and chronic obstructive pulmonary disease, breast cancer and cervical cancer was 79.4, 63.8, 50.3, and 67.6 respectively.

Conclusion: Readiness in managing NCDs at CHSs was not high, especially for bronchial asthma-chronic obstructive pulmonary disease, breast cancer and cervical cancer. The health sector needs to implement appropriate policies and solutions to ensure adequate supply of essential equipment and medication; and to strengthen the organization of training courses and continuous education for health workers on NCDs.

Keywords: Service availability Readiness, Management, Non-communicable diseases, Commune health station.

*Corresponding author
Email: ltbthuy@huemed-univ.edu.vn **Phone:** (+84) 352917559 **Https:**//doi.org/10.52163/yhc.v66iCĐ2.2220

NGHIÊN CỨU TÍNH SẴN CÓ VÀ SẴN SÀNG CỦA TRẠM Y TẾ XÃ, PHƯỜNG, THỊ TRẤN TRONG QUẢN LÝ BỆNH KHÔNG LÂY NHIỄM TẠI TỈNH THỪA THIÊN HUẾ

Lê Thị Bích Thúy*, Trương Thị Ngọc Ánh, Nguyễn Cát Tường, Châu Nguyên Đan, Phạm Xuân Hoàng, Mai Linh Ngọc

Khoa Y tế công cộng, Trường Đại học Y Dược, Đại học Huế - 6 Ngô Quyền, P. Vĩnh Ninh, Tp. Huế, Tỉnh Thừa Thiên Huế, Việt Nam

Ngày nhận bài: 11/11/2024
Chỉnh sửa ngày: 01/12/2024; Ngày duyệt đăng: 24/03/2025

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Việt Nam đang đối mặt với gánh nặng bệnh tật và tử vong rất lớn từ bệnh không lây nhiễm (BKLN). Việc kiểm soát BKLN là ưu tiên hàng đầu trong công tác chăm sóc sức khỏe.

Mục tiêu: Mô tả tình hình quản lý BKLN và đánh giá mức độ sẵn có và sẵn sàng của trạm y tế (TYT) xã, phường, thị trấn tại tỉnh Thừa Thiên Huế.

Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang được thực hiện trên 46 TYT. Dữ liệu được thu thập dựa trên bộ câu hỏi cấu trúc, được phát triển và hiệu chỉnh theo bộ công cụ SARA (Service Availability and Readiness Assessment questionnaire) và các quy định hiện hành.

Kết quả: Hầu hết các TYT đều sẵn có các dịch vụ chẩn đoán/ điều trị/ quản lý BKLN (>80%). Chỉ số sẵn sàng trung bình trong quản lý bệnh tăng huyết áp, đái tháo đường, hen phế quản-bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính, ung thư vú và ung thư cổ tử cung lần lượt là 79,4; 63,8; 50,3; 67,6.

Kết luận: Sự sẵn sàng trong chẩn đoán, quản lý BKLN tại trạm còn chưa cao, đặc biệt đối với bệnh hen phế quản-bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính, ung thư vú và ung thư cổ tử cung. Ngành y tế cần có chính sách và giải pháp phù hợp nhằm đảm bảo cung cấp đủ trang thiết bị, thuốc thiết yếu; tăng cường tổ chức các khóa tập huấn, đào tạo liên tục cho nhân viên về các BKLN.

Từ khóa: Sự sẵn có, sẵn sàng, quản lý, bệnh không lây nhiễm, trạm y tế.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Theo Tổ chức y tế thế giới, 7 trong số 10 nguyên nhân gây tử vong hàng đầu năm 2021 là do các bệnh không lây nhiễm (BKLN), số ca tử vong do BKLN chiếm 68% trong tổng số ca tử vong của 10 nguyên nhân hàng đầu. Các bệnh do tim mạch là nguyên nhân hàng đầu, tiếp theo là ung thư, các bệnh hô hấp mạn tính và đái tháo đường (ĐTĐ) [1]. Việt Nam đang phải đối mặt với gánh nặng bệnh tật và tử vong rất lớn do sự gia tăng tỷ lệ mắc BKLN, số ca tử vong do BKLN chiếm 2/3 tổng số ca tử vong trên toàn quốc. Theo kết quả Điều tra Quốc gia năm 2021, nước ta có khoảng 15,1 triệu người mắc tăng huyết áp (THA) (chiếm 23,3% dân số người trưởng thành) và 4,5 triệu người đang mắc ĐTĐ (chiếm 7,06% dân số người trưởng thành) [2]. Theo điều tra dịch tễ học bệnh phổi tắc nghẽn mãn tính, tỷ lệ mắc bệnh ở đối tượng trên 40 tuổi là 4,2% và ở tất cả các lứa tuổi là 2,2% vào năm 2009 [3]. Ung thư cổ tử cung (CTC) và ung thư vú là hai trong 5 loại ung thư thường gặp ở nữ giới, ước tính năm 2010 có 5664 ca mới mắc và hơn 3000 ca tử vong do ung thư CTC với độ tuổi thường gặp là 40–60 tuổi [4].

Y văn đã chỉ ra rằng sự gia tăng của các BKLN liên quan chặt chẽ đến các yếu tố nguy cơ như hút thuốc lá, ít hoạt động thể lực, chế độ ăn uống không lành mạnh và sử dụng rượu bia. Điều này dẫn đến các thay đổi về sinh lý, chuyển hóa quan trọng như THA, thừa cân – béo phì, tăng đường huyết, tăng cholesterol… Nhằm giảm tác động của BKLN đối với cá nhân và xã hội, cần có một cách tiếp cận toàn diện trên nhiều lĩnh vực nhằm kiểm soát và ngăn chặn các yếu tố nguy cơ. Đối với các quốc gia có thu nhập thấp và trung bình, chương trình chăm sóc sức khỏe ban đầu tại tuyến y tế cơ sở được coi là biện pháp ưu tiên hàng đầu trong việc kiểm soát BKLN. Trong đó, sự sẵn sàng của cơ sở y tế là một chỉ số quan trọng để đánh giá các vấn đề về cung cấp dịch vụ chăm

*Tác giả liên hệ
Email: ltbthuy@huemed-univ.edu.vn **Điện thoại:** (+84) 352917559 **Https:**//doi.org/10.52163/yhc.v66iCĐ2.2220

sóc sức khỏe liên quan BKLN. Vì vậy chúng tôi thực hiện đề tài "Nghiên cứu tính sẵn có và sẵn sàng của trạm y tế xã, phường, thị trấn trong quản lý bệnh không lây nhiễm tại tỉnh Thừa Thiên Huế" với 2 mục tiêu:

1. Mô tả tình hình quản lý bệnh không lây nhiễm tại các trạm y tế xã, phường, thị trấn tỉnh Thừa Thiên Huế.

2. Đánh giá mức độ sẵn có và sẵn sàng của trạm y tế xã, phường, thị trấn trong quản lý bệnh không lây nhiễm tại tỉnh Thừa Thiên Huế.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Trạm y tế xã, phường, thị trấn.

2.2. Địa điểm và thời gian nghiên cứu: Các TYT xã, phường, thị trấn, tỉnh Thừa Thiên Huế từ tháng 02 đến tháng 4 năm 2024.

2.3. Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang.

2.4. Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu: Phương pháp chọn mẫu nhiều giai đoạn:

+ Giai đoạn 1: Lập danh sách tất cả các đơn vị hành chính cấp huyện tại tỉnh Thừa Thiên Huế (6 huyện, 2 thị xã và 1 thành phố), tiến hành chọn chủ đích 4 đơn vị cấp huyện dựa vào các đặc điểm địa lý (giáp biển và không giáp biển, trung tâm và ngoại vi của tỉnh); bao gồm: thị xã Hương Thủy, thị xã Hương Trà, huyện Phú Vang, huyện Phong Điền.

+ Giai đoạn 2: Tại mỗi đơn vị cấp huyện, chọn toàn bộ TYT thuộc huyện tham gia nghiên cứu. Tổng số TYT theo thống kê là 49; 46 TYT đã đồng ý và phối hợp tham gia nghiên cứu.

2.5. Phương pháp thu thập thông tin và tiêu chuẩn đánh giá

Dữ liệu được thu thập thông qua quan sát trạm y tế kết hợp phỏng vấn trực tiếp Trưởng trạm hoặc cán bộ phụ trách TYT dựa trên bộ câu hỏi cấu trúc. Trong phạm vi nghiên cứu, THA, ĐTĐ, hen phế quản-bệnh phổi tắc nghẽn mãn tính (HPQ-COPD) và ung thư vú, ung thư CTC là các BKLN được đánh giá. Bộ câu hỏi được phát triển và hiệu chỉnh theo bộ công cụ Đánh giá mức độ sẵn sàng và sẵn có của dịch vụ (Service Availability and Readiness Assessment questionnaire: SARA) [5] và các quy định hiện hành của Bộ Y tế [6]. Sự sẵn có dịch vụ dành riêng cho từng bệnh được đánh giá bằng một câu hỏi liệu TYT có cung cấp dịch vụ chẩn đoán hoặc quản lý bệnh đó hay không. Sự sẵn sàng trong quản lý BKLN được đánh giá dựa theo 4 lĩnh vực là: nhân lực, trang thiết bị, kỹ thuật chẩn đoán, thuốc thiết yếu (riêng nhóm bệnh ung thư vú, ung thư CTC được loại trừ lĩnh vực thuốc thiết yếu). Kết quả "sự sẵn sàng" là thước đo tổng hợp về năng lực của TYT cung cấp dịch vụ quản lý từng bệnh. Chỉ số sẵn sàng trung bình được so sánh với điểm ngưỡng RI là 70 [7].

2.6. Phân tích xử lý số liệu:

Số liệu được nhập bằng phần mềm Epidata 3.1 và xử lý bằng phần mềm SPSS 20. Mô tả tình hình quản lý BKLN, tính sẵn có và sẵn sàng trong quản lý BKLN của trạm theo tần suất, tỷ lệ phần trăm, giá trị trung bình.

2.8. Đạo đức trong nghiên cứu:

Nghiên cứu thực hiện khi có sự đồng ý của Ban giám hiệu Trường Đại học Y-Dược, Đại học Huế và Trung tâm Y tế các huyện, thị xã tại địa bàn nghiên cứu. Thông tin thu thập được đảm bảo giữ bí mật và chỉ phục vụ cho mục đích nghiên cứu.

3. KẾT QUẢ

3.1 Tình hình quản lý bệnh không lây nhiễm tại các trạm y tế

Bảng 1. Số lượng nhân viên y tế (NVYT) tại trạm và tham gia quản lý BKLN (n=46)

Chức danh tại TYT	Số lượng NVYT				Số lượng NVYT TB	
	0	1	2	≥ 3	TB	Min-Max
NVYT tại trạm						
Bác sĩ	6	22	17	1	1,3	0-3
Y sĩ	15	22	9	0	0,9	0-2
Y học cổ truyền (YHCT)	12	34	0	0	0,7	0-1
Điều dưỡng	19	26	1	0	0,6	0-3
Dược sĩ/dược tá	13	33	0	0	0,7	0-1
Nữ hộ sinh	1	41	4	0	1,1	0-2
Cán bộ khác	4	41	0	0	0,9	0-1
Cán bộ được điều động về trạm	41	2	1	2	0,3	0-5
Cộng tác viên hỗ trợ TYT	3	1	2	40	8,4	0-22
Tổng số cán bộ tại trạm					5,9	2-8
NVYT tham gia quản lý BKLN						
Bác sĩ	13	24	9	0	0,9	0-2
Y sĩ	21	20	5	0	0,7	0-2
Điều dưỡng	29	16	1	0	0,4	0-2
Cán bộ khác	24	15	3	4	0,8	0-2

Tổng cán bộ	2,5	0-8

Nhận xét: Số lượng NVYT trung bình là 5,9 người/trạm, đa phần các trạm đều có ít nhất từ 1-2 bác sĩ hoặc y sĩ, các chức danh khác đa số có một người tại mỗi trạm. Số NVYT tham gia phòng chống BKLN trung bình là 2,5 người/trạm chủ yếu là bác sĩ, y sĩ.

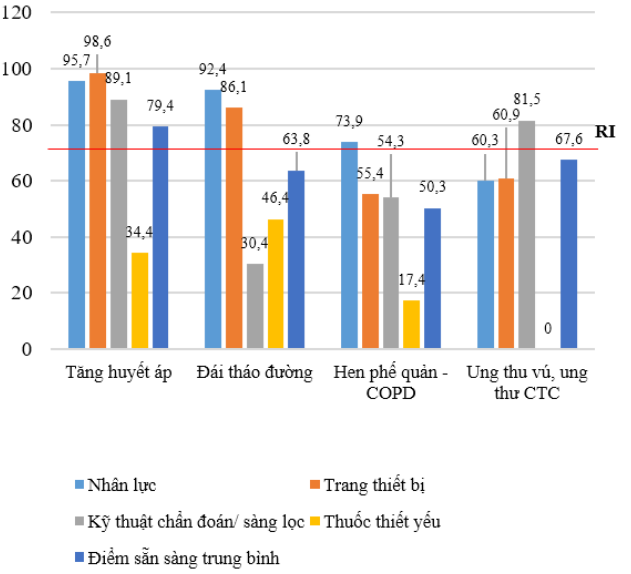
Bảng 2. Tình hình quản lý bệnh nhân mắc BKLN tại trạm năm 2023 (n=46)

Đặc điểm	Tỷ lệ TYT có dữ liệu quản lý n (%)	Số lượng trung bình $\bar{X}$±SD	Min-Max
Bệnh nhân THA được điều trị/quản lý	42 (91,3)	436,2 ± 252,5	20-1188
Bệnh nhân ĐTĐ được điều trị /quản lý	40 (87,0)	153,8 ± 155,7	3-794
Bệnh nhân HPQ-COPD được điều trị/quản lý	33 (71,7)	66,0 ± 87,5	3-385
Bệnh nhân ung thư cổ tử cung, ung thư vú được theo dõi/ quản lý theo chỉ định của cơ sở y tế tuyến trên chuyển về	6 (13,0)	8,7 ± 10,1	2-29

Nhận xét: Trong năm 2023, số lượng trung bình bệnh nhân THA được điều trị /quản lý tại trạm là lớn nhất với 436,2 ± 252,5, tiếp theo là số bệnh nhân ĐTĐ và HPQ-COPD. Bệnh nhân ung thư vú, ung thư CTC được theo dõi /quản lý thấp nhất với số lượng trung bình chỉ là 8,7 người. Đa phần các TYT đều có điều trị /quản lý bệnh nhân THA (91,3%) và ĐTĐ (87,0%); tuy nhiên chỉ có 13,0% TYT có quản lý, theo dõi bệnh nhân ung thư vú và ung thư CTC.

3.2. Mức độ sẵn có và sẵn sàng của các trạm y tế trong quản lý bệnh không lây nhiễm

Đánh giá tỷ lệ sẵn sàng ở các hạng mục trong quản lý BKLN, đa số các trạm đều có ít nhất 1 NVYT được đào tạo cũng như có tài liệu về chẩn đoán, điều trị, sàng lọc các BKLN. Hầu hết các TYT đều được trang bị các thiết bị cơ bản (máy đo huyết áp, ống nghe, cân, thước đo chiều cao, thước dây đo vòng bụng/mông). Các thiết bị chuyên dụng sẵn có ở TYT còn khá thấp như thiết bị đo nhịp tim và nồng độ oxy máu (47,8%), máy đo đường huyết mao mạch (41,3%), dụng cụ phết tế bào CTC (34,8%) và máy đo lưu lượng đỉnh thở ra (13,0%). Về kỹ thuật chẩn đoán được thực hiện tại trạm, việc đo huyết áp đạt tỷ lệ cao (89,1%). Tuy nhiên, chưa đến 1/3 trạm khảo sát thực hiện test đường huyết mao mạch và khám/đo lưu lượng đỉnh thở ra (tỷ lệ lần lượt là 30,4% và 32,6%). Có hơn 80% TYT có thực hiện khám vú bằng tay và khám CTC. Thuốc điều trị THA chủ yếu là nhóm chẹn calci (84,8%) và ức chế men chuyển (67,4%), thuốc điều trị ĐTĐ chủ yếu gồm Metformin và Gliclazide (cùng tỷ lệ 65,2%). Có 43,2% TYT có thuốc giãn phế quản. Tỷ lệ TYT sẵn có các nhóm thuốc khác thuộc danh mục thiết yếu BKLN đều khá thấp.



Biểu đồ 1. Sự sẵn sàng của TYT trong quản lý BKLN (n=46)

** Giá trị cắt được cố định ở mức 70 trở lên đối với chỉ số sẵn sàng (RI) tối ưu*

Nhận xét: Trong 4 nhóm bệnh nghiên cứu, chỉ số sẵn sàng trung bình của 46 trạm trong quản lý bệnh THA là cao nhất (79,4); tiếp theo là ung thư vú và ung thư CTC (67,6); sau đó là ĐTĐ và thấp nhất là HPQ-COPD (lần lượt là 63,8 và 50,3). Trong đó, chỉ số sẵn sàng cho lĩnh vực thuốc thiết yếu đều thấp, thấp nhất là 17,4 ở nhóm bệnh HPQ-COPD. Về kỹ thuật chẩn đoán, bệnh ĐTĐ có chỉ số sẵn sàng thấp nhất (30,4).

Bảng 3. Tỷ lệ trạm y tế sẵn có dịch vụ và sẵn sàng trong quản lý BKLN (n=46)

Đặc điểm	THA n (%)	ĐTĐ n (%)	HPQ-COPD n (%)	Ung thư n (%)
TYT sẵn có dịch vụ dành riêng cho từng bệnh	44 (95,7)	42 (91,3)	43 (93,5)	37 (80,4)
TYT sẵn sàng trong quản lý bệnh (RI>70)	40 (87,0)	14 (30,4)	5 (10,9)	21 (45,7)

Nhận xét: Đa phần các TYT đều cung cấp dịch vụ quản lý BKLN, tuy nhiên tỷ lệ các TYT sẵn sàng trong quản lý BKLN (RI >70) chưa thực sự đồng đều. Tỷ lệ TYT

sẵn sàng cao nhất là THA (87,0%); tiếp theo là ung thư vú và ung thư CTC (45,7%), ĐTĐ (30,4%) và thấp nhất là HPQ-COPD (10,9%).

4. BÀN LUẬN

Nghiên cứu cho thấy hầu hết các TYT được khảo sát đều sẵn có các dịch vụ quản lý THA và HPQ-COPD lần lượt là 95,7% và 93,5%; tiếp đến là ĐTĐ (91,3%), và ung thư vú và ung thư CTC (80,4%).

Chỉ số sẵn sàng trung bình trong quản lý THA là 79,4; cao nhất trong 4 nhóm bệnh nghiên cứu; điều này là dễ hiểu do công tác chẩn đoán/điều trị/quản lý bệnh THA tại tỉnh Thừa Thiên Huế được chú trọng và tăng cường trong nhiều năm liền. Chỉ số này cao hơn so với kết quả nghiên cứu ở khu vực Tây Nguyên (62,0), sự chênh lệch rõ ràng nhất thể hiện ở chỉ số sẵn sàng về nhân lực; kết quả nghiên cứu của chúng tôi cao gấp đôi so với nghiên cứu tại Tây Nguyên (41,0) [8]. Chỉ số sẵn sàng về thuốc thiết yếu trong nghiên cứu chúng tôi là 34,4; tương tự, các TYT ở Tây Nguyên cũng cho thấy chỉ số sẵn sàng về thuốc thiết yếu tại trạm còn thấp (32,0) [8], điều này cho thấy vẫn còn những tồn tại trong việc cung cấp thuốc điều trị tại các TYT mặc dù công tác quản lý bệnh THA đã được chú trọng ở tuyến y tế cơ sở.

Về sự sẵn sàng của TYT trong quản lý ĐTĐ, mặc dù tỷ lệ TYT sẵn có dịch vụ chẩn đoán/quản lý ĐTĐ là 91,3% nhưng chỉ có 30,4% TYT thực sự sẵn sàng cho hoạt động này. Tỷ lệ TYT có kỹ thuật chẩn đoán thực hiện được (test đường huyết mao mạch tại trạm) là 30,4%. Kết quả này cao hơn so với kết quả nghiên cứu của Võ Đức Toàn (18,4%) được thực hiện tại tỉnh Thừa Thiên Huế (2017) [9], điều này cho thấy đã có sự cải thiện trong việc triển khai đồng bộ trong chương trình quản lý bệnh ĐTĐ tại các TYT. Chỉ số sẵn sàng trung bình trong quản lý ĐTĐ tại các TYT là 63,8. Kết quả này thấp hơn nghiên cứu ở Kenya (71,0) [10] và cao hơn nghiên cứu tại Nepal (24,6) [11]. Sự khác biệt này là do chỉ số sẵn sàng về kỹ thuật chẩn đoán và thuốc thiết yếu trong nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn so với nghiên cứu tại Kenya (chỉ số lần lượt là 80,0 và 53,0) [10]. Thuốc thiết yếu điều trị ĐTĐ có sẵn tại TYT chủ yếu là Metformin và Gliclazide (cùng chiếm tỷ lệ 65,2%), kết quả này cao hơn so với nghiên cứu của Võ Đức Toàn năm 2017 (tỷ lệ lần lượt là 33,6% và 28,3%) [9]; và cao hơn rất nhiều so với nghiên cứu tại Nepal (16,5% và 6,4%) [11]. Các triệu chứng của bệnh thường ít rõ ràng trong giai đoạn đầu nên đa phần người dân không biết mình đang mắc bệnh, tỷ lệ đi khám ĐTĐ tại trạm thấp. Hơn nữa, sự thiếu thuốc và trang thiết bị chẩn đoán có thể là các lý do dẫn đến sự sẵn sàng trong quản lý ĐTĐ tại TYT chưa cao.

Đối với bệnh HPQ-COPD, sự sẵn có trong cung cấp dịch vụ khá cao (93,5%), cao hơn nghiên cứu tại Ethiopia (45,0%) [12]. Tương tự, chỉ số sẵn sàng trung bình trong quản lý HPQ-COPD chỉ ở mức 50,3; nhưng cao hơn so với nghiên cứu tại Ethiopia (27,0) [12]. Tỷ lệ TYT đạt mức sẵn sàng trong quản lý HPQ-COPD chỉ là 10,9% (RI >70). Tỉ lệ TYT sẵn sàng trong quản lý HPQ-COPD còn thấp có thể là do NVYT tại trạm hiện nay vẫn chưa được tập huấn đầy đủ về công tác chẩn đoán, điều trị và quản lý (58,7%). Hơn nữa, tình trạng thiếu hụt trang thiết bị cho chẩn đoán/ điều trị cũng như thuốc thiết yếu.

Có 45,7% TYT sẵn sàng cho quản lý, theo dõi bệnh ung thư vú và ung thư CTC. Cụ thể, có 65,2% TYT có tài liệu liên quan và 54,3% TYT có ít nhất một NVYT (đa số là nữ hộ sinh) được đào tạo. Kết quả về tỷ lệ nhân lực được đào tạo cao hơn rất nhiều so với nghiên cứu của Kabir A tại Bangladesh (11,1%) [13]. Tại Việt Nam nhằm đạt được mục tiêu của WHO đã đề ra về ung thư vú và ung thư CTC, các TYT đều thực hiện các hoạt động sàng lọc dựa trên các hướng dẫn, quy định cụ thể của Bộ Y tế [6], do đó sự sẵn sàng trong cung cấp dịch vụ sàng lọc ung thư vú và ung thư CTC đạt mức khá (67,6); cao hơn so với ĐTĐ và HPQ-COPD. Nghiên cứu cắt ngang và cỡ mẫu tương đối nhỏ được xem xét là một hạn chế của nghiên cứu. Mặc dù vậy, kết quả nghiên cứu được kỳ vọng là một bằng chứng hỗ trợ các nhà quản lý y tế đưa ra các giải pháp hiệu quả trong quản lý BKLN.

5. KẾT LUẬN VÀ KIẾN NGHỊ

Các TYT xã, phường, thị trấn trên địa bàn tỉnh Thừa Thiên Huế đều có quản lý bệnh nhân THA, ĐTĐ, HPQ-COPD; tuy nhiên chỉ có 13,0% TYT có quản lý, theo dõi bệnh nhân ung thư vú và ung thư CTC. Mặc dù hầu hết các TYT đã triển khai và sẵn có các dịch vụ chẩn đoán/ điều trị/ quản lý BKLN, sự sẵn sàng còn chưa cao. Trong đó, mức độ sẵn sàng đối với bệnh THA là cao nhất (79,4), tiếp theo lần lượt là ung thư vú và ung thư CTC (67,6), ĐTĐ (63,8) và HPQ-COPD (50,3). Ngành y tế cần có chính sách và giải pháp phù hợp nhằm đảm bảo cung cấp đủ trang thiết bị, thuốc thiết yếu; tăng cường tổ chức các khóa tập huấn, đào tạo liên tục cho NVYT tại các TYT.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

[1] World Health Organization (2023), Noncommunicable diseases, access date 22/04/2024, website: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases.

[2] Bộ Y tế (2022), Chuyển đổi đáp ứng với bệnh không lây nhiễm tại Việt Nam, truy cập ngày 25/03/2024, tại trang web https://moh.gov.vn/hoat-dong-cua-dia-phuong/-/asset_publisher/gHbla8vOQDuS/content/chuyen-oi-ap-ung-voi-benh-khong-lay-nhiem-tai-viet-nam.

[3] Hoàng Hải Nam và các cộng sự. (2023), "Chi phí trực tiếp cho bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính (COPD) tại Bệnh Viện Đa Khoa Sơn Tây năm 2021", Tạp chí Y học Việt Nam. 527(2).

[4] Nguyễn Thị Mai Lan (2020), "Nghiên cứu tỉ lệ

mắc mới ung thư vú ở phụ nữ Hà Nội giai đoạn 2014–2016", Luận án tiến sỹ, Đại Học Y Hà Nội.

[5] World Health Organization (2015), "Service Availability and Readiness Assessment (SARA)".

[6] Bộ Y tế (2021), Hướng dẫn hoạt động dự phòng, sàng lọc, phát hiện sớm và quản lý ung thư vú, ung thư cổ tử cung tại cộng đồng thuộc Đề án 818 đến năm 2030, chủ biên.

[7] Hasina Akhter Chowdhury et al. (2022), "Assessing service availability and readiness of healthcare facilities to manage diabetes mellitus in Bangladesh: Findings from a nationwide survey", PLoS One. 17(2), p. e0263259.

[8] Thang Nghia Hoang et al. (2023), "Assessment of availability, readiness, and challenges for scaling-up hypertension management services at primary healthcare facilities, Central Highland region, Vietnam, 2020", BMC Primary Care. 24(1), p. 138.

[9] Võ Đức Toàn và Nguyễn Nam Hùng (2019), "Thực trạng quản lí bệnh đái tháo đường tại các trạm y tế xã, phường, thị trấn thuộc tỉnh Thừa Thiên Huế", Tạp chí Y Dược học Trường Đại học Y Dược Huế, tập. 9.

[10] B. T. Seboka, T. M. Yilma & A. Y. Birhanu (2021), "Awareness and readiness to use telemonitoring to support diabetes care among care providers at teaching hospitals in Ethiopia: an institution-based cross-sectional study", BMJ Open. 11(10), p. e050812.

[11] Umesh Ghimire et al. (2020), "Health system's readiness to provide cardiovascular, diabetes and chronic respiratory disease related services in Nepal: analysis using 2015 health facility survey", BMC Public Health. 20(1), p. 1163.

[12] Theodros Getachew Theodros Getachew et al. (2018), "Service availability and readiness for major non-communicable diseases at health facilities in Ethiopia", Ethiopian Journal of Health Development. 31(Special Issue), p. 384–390.

[13] Ashraful Kabir, Md Nazmul Karim & Baki Billah (2022), "Readiness of primary healthcare facilities for non-communicable diseases in Bangladesh".