

Hiệu quả mô hình can thiệp tiếp cận dịch vụ y tế bệnh glôcôm ở người trên 40 tuổi tại thành phố Huế

Trần Nguyễn Trà My^{1*}, Nguyễn Minh Tâm², Phan Văn Năm³

(1) BSNT, Nghiên cứu sinh Trường Đại học Y - Dược, Đại học Huế, chuyên ngành Y tế Công cộng

(2) Khoa Y tế công cộng, Trường Đại học Y - Dược, Đại học Huế

(3) Bộ môn Mắt, Trường Đại học Y - Dược, Đại học Huế

Tóm tắt

Đặt vấn đề: Glôcôm là nguyên nhân gây mù không hồi phục hàng đầu và là nguyên nhân gây mù chung đứng hàng hai trong các nguyên nhân gây mù. Phát hiện sớm và điều trị kịp thời giúp giảm tiến triển giai đoạn của bệnh, gián tiếp hạn chế gánh nặng kinh tế và bảo đảm chất lượng cuộc sống cho bệnh nhân. Hiện nay, việc tiếp cận dịch vụ y tế phòng chống glôcôm có nhiều khó khăn ở các quốc gia đang phát triển do sự hạn chế tiếp cận các cơ sở y tế chăm sóc mắt. **Mục tiêu:** Đánh giá hiệu quả can thiệp tăng cường tiếp cận dịch vụ y tế bệnh glôcôm của người trên 40 tuổi tại thành phố Huế. **Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu can thiệp cộng đồng có đối chứng. **Kết quả:** Mô hình can thiệp của chúng tôi trọng tâm thực hiện 3 nhóm giải pháp: truyền thông tích cực can thiệp thay đổi hành vi, đào tạo nâng cao kiến thức và khả năng thực hành cho cán bộ y tế, điều trị và quản lý nhóm bệnh nhân glôcôm, đối tượng nghi ngờ và có yếu tố nguy cơ glôcôm. Đánh giá kết quả sau can thiệp cho thấy về kiến thức, thái độ, thực hành: ở các phường can thiệp, tỷ lệ người dân có kiến thức tốt tăng từ 2,5% lên 49,1%, có thái độ tốt tăng từ 3,4% lên 51,6%, có thực hành tốt tăng từ 2,3% lên 46,3%. Về cải thiện tiếp cận dịch vụ y tế bệnh glôcôm, tỷ lệ người dân khám mắt hằng năm tăng từ 30,7% lên 49,9%, tỷ lệ khám sàng lọc glôcôm tăng từ 26,9% lên 59,0%. Tỷ lệ bệnh nhân glôcôm, nghi ngờ và nguy cơ glôcôm theo dõi thường xuyên là 90,8%, tuân thủ sử dụng thuốc hoàn toàn là 60%. Hiệu quả can thiệp về thay đổi thực hành chung là 43,2%, thay đổi về khám mắt hằng năm là 46,7%, thay đổi về khám sàng lọc glôcôm là 57,7%. Khả năng tiếp cận dịch vụ sàng lọc glôcôm tăng 8 lần (95%KTC: 5,31-12,04, $p < 0,05$), kiến thức tốt tăng 3,67 (95%KTC: 1,47-9,1, $p < 0,05$) lần, thái độ tốt tăng 2,13 (95%KTC: 1,02-4,43, $p < 0,05$) lần và thực hành tăng 2,39 (95%KTC: 1,42-1,56, $p < 0,05$) lần. **Kết luận:** Cần tăng cường truyền thông giáo dục sức khỏe về bệnh glôcôm cho người dân, nâng cao kiến thức và khả năng phát hiện glôcôm cho cán bộ y tế cơ sở trong điều kiện hiện có của y tế cơ sở, phối hợp chặt chẽ giữa các tuyến y tế trong cung cấp dịch vụ y tế bệnh glôcôm cho mọi đối tượng.

Từ khóa: glôcôm, kiến thức, thái độ, thực hành, tiếp cận dịch vụ y tế.

Abstract

The effectiveness of intervention model on glaucoma health service access among people over 40 years old in Hue city

Tran Nguyen Tra My^{1*}, Nguyen Minh Tam², Phan Van Nam³

(1) PhD Student of Hue University of Medicine and Pharmacy, Hue University

(2) Faculty of Public Health, Hue University of Medicine and Pharmacy, Hue University

(3) Ophthalmology Dept., Hue University of Medicine and Pharmacy, Hue University

Introduction: Glaucoma is the leading cause of irreversible blindness and the second leading cause of blindness in general. Early detection and timely treatment help reduce the progression of the disease, indirectly limit the economic burden and ensure the quality of life for patients. Currently, access to glaucoma prevention medical services is difficult in developing countries due to limited access to eye care facilities. **Objective:** To assess the effectiveness of interventions to increase the access to glaucoma services of people over 40 years old in Hue city. **Methods:** Applied the study design for community intervention with the comparison between intervened and control groups. **Results:** Our intervention approach included 3 groups of activities: active communication to change behaviors, medical staff training to improve knowledge and practice, treatment and management for glaucoma patients, suspected glaucoma cases or those at risk factors for glaucoma. Results showed that, in the intervention group, the percentage of people with good knowledge increased from 2.5% to 49.1%, good attitude increased from 3.4% to 51.6%, good practice increased from

2.3% to 46.3%. Regarding the improvement of access to glaucoma services, the proportion of people having annual eye exams increased from 30.7% to 49.9%, the figure for having glaucoma screening increased from 26.9% to 59.0%, proportion of those who were glaucoma patients, suspected and at risk with glaucoma that regularly monitored is 90.8%, percentage of those completely followed medication used instruction is 60%. In terms of the effective of the intervention program, the change in glaucoma good practice is 43.2%, the change in having annual eye examination is 46.7%, and the change in having glaucoma screening is 57.7%. Ability to access glaucoma screening services increased by 8 (95%CI: 5.31-12.04, $p < 0.05$) times, good knowledge increased by 3.67 (95%CI: 1.47-9.1, $p < 0.05$) times, good attitude increased by 2.13 (95%CI: 1.02-4.43, $p < 0.05$) times and practice increased by 2.39 (95%CI: 1.42-1.56, $p < 0.05$) times compared to the control groups. **Conclusions:** There is need to enhance the communication and education on glaucoma for the people, improve the knowledge and ability to detect glaucoma for local health care workers within the existing capacity of the primary health care facility, closely coordinate between medical facilities at different levels in providing glaucoma medical services for all people.

Keywords: glaucoma, knowledge, attitude, practice, health service accessibility.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Glôcôm là nguyên nhân gây mù không hồi phục hàng đầu và là nguyên nhân gây mù chung đứng thứ hai trong các nguyên nhân gây mù, thường chỉ đứng sau đục thể thủy tinh ở những nước đang phát triển hoặc bệnh võng mạc đái tháo đường ở những nước phát triển [4], [6], [7]. Kết quả điều tra RAAB (Đánh giá nhanh mù lòa có thể phòng tránh được) cho thấy Việt Nam hiện nay có khoảng 329.300 người mù do glôcôm. Tỷ lệ mù hai mắt do glôcôm ở người trên 50 tuổi chiếm khoảng 6,4%, đứng thứ hai trong các nguyên nhân gây mù [8].

Việc chẩn đoán và thậm chí theo dõi glôcôm có nhiều khó khăn ở các quốc gia đang phát triển do sự hạn chế tiếp cận các cơ sở y tế chăm sóc mắt. Theo Tổ chức Y tế thế giới, hiện có chưa đến 5% người dân có thị lực thấp được khám mắt [14]. Do đó, điều quan trọng là phát hiện sớm, cải thiện khả năng tiếp cận bệnh nhân đến dịch vụ chăm sóc mắt chất lượng tốt là một bước quan trọng [4]. Phát hiện sớm và điều trị kịp thời giúp giảm tiến triển giai đoạn của bệnh, gián tiếp hạn chế gánh nặng kinh tế và bảo đảm chất lượng cuộc sống [11]. Kết quả nhiều nghiên cứu gần đây cho thấy tỷ lệ người dân được tiếp xúc với các dịch vụ truyền thông, khám sàng lọc và điều trị glôcôm là khá thấp. Vì vậy chúng tôi thực hiện đề tài: **"Hiệu quả mô hình can thiệp tiếp cận dịch vụ y tế bệnh glôcôm ở người 40 tuổi tại thành phố Huế"** nhằm mục tiêu: đánh giá hiệu quả can thiệp tăng cường tiếp cận dịch vụ y tế bệnh glôcôm của người trên 40 tuổi tại thành phố Huế.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu:

- Người dân 40 tuổi của thành phố Huế.

Tiêu chuẩn chọn mẫu:

- Những người từ 40 tuổi trở lên được lựa chọn ngẫu nhiên theo quy trình thiết kế mẫu và lựa chọn mẫu đã được xác định.

- Đối tượng đồng ý tham gia nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ:

- Đối tượng không đủ sức khỏe hoặc quá già yếu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu

- Nghiên cứu can thiệp cộng đồng so sánh nhóm đối chứng.

2.2.2. Cỡ mẫu và kỹ thuật chọn mẫu

Từ 27 phường đã được lựa chọn trong nghiên cứu mô tả ở bài báo: Đánh giá kiến thức, thái độ, thực hành về bệnh glôcôm của người trên 40 tuổi tại thành phố Huế. Chọn ngẫu nhiên 7 phường vào nhóm can thiệp và 7 phường vào nhóm đối chứng bằng phương pháp bốc thăm, kết quả chọn được như sau:

+ Nhóm can thiệp: Phường An Cựu, phường Trường An, phường Thủy Biều, Phường An Đông, phường Hương Sơ, phường Tây Lộc, phường Phú Thuận

+ Nhóm đối chứng: An Tây, An Hoà, Thuận Thành, Vĩnh Ninh, Thuận Lộc, Phú Cát, Phú Hiệp

Cỡ mẫu áp dụng công thức

$$n_1 = n_2 = Z^2 (\alpha - \beta) \frac{p_1 (1 - p_1) + p_2 (1 - p_2)}{(p_1 - p_2)^2}$$

n_1 = cỡ mẫu của nhóm đối chứng

n_2 = cỡ mẫu của nhóm can thiệp

Mức độ tin cậy với $\alpha = 0,01$, $\beta = 0,05$, ra bảng $Z^2_{(\alpha - \beta)} = 19,84$

p_1 : tỷ lệ người dân khám sàng lọc bệnh glôcôm tại nhóm chứng: 24,0%

p_2 : tỷ lệ người dân khám sàng lọc bệnh glôcôm

ước đoán trong nhóm can thiệp tại thời điểm kết thúc can thiệp là 40%

Tính được $n_1 = n_2 = 327$. Thực tế số mẫu ở phường can thiệp và phường đối chứng là 525 người mỗi nhóm phường

Phương pháp chọn mẫu: Lập danh sách người trên 40 tuổi và tiến hành chọn ngẫu nhiên tại mỗi phường theo phương pháp ngẫu nhiên hệ thống.

Cỡ mẫu người bệnh glôcôm, nghi ngờ và nguy cơ bị glôcôm

$$n_1 = n_2 = Z^2 (\alpha-\beta) \frac{p_1 (1 - p_1) + p_2 (1 - p_2)}{(p_1 - p_2)^2}$$

n_1 = cỡ mẫu của nhóm đối chứng

n_2 = cỡ mẫu của nhóm can thiệp

Mức độ tin cậy với $\alpha = 0,05$, $\beta = 0,05$, Tra bảng

$Z^2_{(\alpha-\beta)} = 13,0$

p_1 : tỷ lệ người bệnh glôcôm, nghi ngờ và nguy cơ bị glôcôm được quản lý ở nhóm chứng 25% [3]

p_2 : tỷ lệ người bệnh glôcôm, nghi ngờ và nguy cơ bị glôcôm được quản lý ở nhóm can thiệp 50% [3]

Tính được $n_1 = n_2 = 91$. Thực tế số mẫu ở phường can thiệp và phường đối chứng là 212 người mỗi nhóm phường

Phương pháp chọn mẫu: Sau giai đoạn điều tra cắt ngang xác định được các đối tượng bệnh glôcôm, nghi ngờ và nguy cơ bị glôcôm, các đối tượng này được chọn vào theo phương pháp ngẫu nhiên hệ thống.

2.2.3. Mô hình can thiệp

Cơ sở khoa học của mô hình can thiệp

Mô hình can thiệp được xây dựng dựa trên cơ sở lý thuyết về chẩn đoán hành vi ở đối tượng đích là người trên 40 tuổi [1].

- Nhóm yếu tố tiền đề bao gồm: kiến thức, thái độ, thực hành về bệnh glôcôm của người trên 40 tuổi rất hạn chế, rất ít người có thói quen khám mắt định kỳ, tỷ lệ lớn người dân chưa từng khám sàng lọc bệnh glôcôm, bệnh nhân glôcôm chưa thật sự tuân thủ điều trị khi mắc [1].

Nhóm yếu tố làm dễ bao gồm: tính sẵn có của dịch vụ. Áp dụng các chính sách căn cứ Luật số 40/2009/QH12 về Luật Khám chữa bệnh của Quốc hội nước CHXHCNVN 12 và căn cứ nhiệm vụ của sáng kiến “Thị giác 2020: quyền được nhìn thấy”; can thiệp dựa vào vai trò của y tế địa phương bằng cách tăng cường khả năng cung cấp dịch vụ y tế bệnh glôcôm tại trạm y tế dựa trên các phương tiện và điều kiện hiện có của trạm y tế.

- Nhóm yếu tố tăng cường bao gồm: cung cấp dịch vụ y tế tại trạm còn hạn chế, cán bộ y tế chưa có nhiều kiến thức về bệnh glôcôm, khả năng phát hiện bệnh hạn chế [1].

Mô hình phát hiện sớm và quản lý bệnh glôcôm

Nội dung mô hình can thiệp bao gồm 3 nhóm giải pháp sau:

+ Nhóm giải pháp thứ nhất: giải pháp truyền thông tích cực can thiệp thay đổi hành vi bao gồm truyền thông trực tiếp, gián tiếp qua panô, áp phích, loa phát thanh, tin nhắn SMS cho người dân, bệnh nhân glôcôm và đối tượng nghi ngờ và nguy cơ glôcôm ở nhóm can thiệp.

+ Nhóm giải pháp thứ hai: đào tạo nâng cao kiến thức và khả năng thực hành cho cán bộ y tế nhóm can thiệp về cách phát hiện bệnh glôcôm sử dụng các phương pháp và phương tiện trong điều kiện hiện có của tuyến y tế cơ sở. Tập huấn về các nội dung truyền thông và các kỹ năng truyền thông liên quan đến bệnh glôcôm.

+ Nhóm giải pháp thứ ba: điều trị và quản lý nhóm bệnh nhân glôcôm, đối tượng nghi ngờ và có yếu tố nguy cơ glôcôm. Sau giai đoạn nghiên cứu xác định tỷ lệ glôcôm, tất cả các trường hợp phát hiện bất thường đều được tư vấn giải thích về tình trạng của mình, đối với nhóm can thiệp, cán bộ y tế này sẽ được đưa vào danh sách theo dõi và điều trị. Quá trình theo dõi, quản lý bệnh nhân glôcôm, nguy cơ glôcôm dựa trên mô hình có sự phối hợp giữa tất cả các tuyến y tế.

2.2.4. Nội dung nghiên cứu

- So sánh giữa nhóm chứng và nhóm can thiệp về tỷ lệ thay đổi kiến thức, thái độ, thực hành của người dân về bệnh glôcôm. Phần đánh giá biến số kiến thức thái độ thực hành đã được mô tả trong bài báo nghiên cứu về kiến thức, thái độ thực hành về bệnh glôcôm của người trên 40 tuổi tại thành phố Huế.

- So sánh giữa nhóm chứng và nhóm can thiệp về tỷ lệ thay đổi khám mắt của người dân.

- So sánh giữa nhóm chứng và nhóm can thiệp về tỷ lệ thay đổi khám sàng lọc glôcôm của người dân.

- So sánh giữa nhóm chứng và nhóm can thiệp về tỷ lệ thay đổi mức độ tuân thủ điều trị của bệnh nhân glôcôm, đối tượng nguy cơ và nghi ngờ glôcôm.

- Đánh giá hiệu quả can thiệp về kiến thức, thái độ, thực hành về bệnh glôcôm và tiếp cận dịch vụ y tế bệnh glôcôm.

2.2.5. Xử lý số liệu nghiên cứu

- Số liệu được phân tích bằng SPSS 20.0 và Stata 16.0

- Số liệu thu được từ nghiên cứu định lượng được làm sạch, mã hóa biến số, thiết kế tệp nhập số liệu, xử lý bằng thuật toán thống kê y học. Thống kê mô tả theo tần số và tỷ lệ %; thống kê suy luận

so sánh sự khác biệt trước và sau can thiệp trong từng nhóm bằng kiểm định Chi bình phương và McNemac exact test

+ Để đánh giá hiệu quả chương trình can thiệp lên khả năng tiếp cận dịch vụ và kiến thức, thái độ, thức hành so với nhóm đối chứng, sử dụng phương pháp ước tính sự khác biệt trước sau.

+ Chỉ số hiệu quả can thiệp: các kết quả so sánh trước và sau can thiệp giữa nhóm can thiệp và nhóm đối chứng được tính bằng thuật toán thống kê theo công thức:

$$- \text{CSHQ}_{(CT)} = \frac{\text{Chỉ số trước CT} - \text{Chỉ số sau CT}}{\text{Chỉ số trước CT}} \times 100 (\%)$$

$$- \text{CSHQ}_{(ĐC)} = \frac{\text{Chỉ số lần 1} - \text{Chỉ số lần 2}}{\text{Chỉ số lần 1}} \times 100 (\%)$$

$$- \text{Hiệu quả can thiệp: HQCT} = \text{CSHQ}_{(CT)} - \text{CSHQ}_{(ĐC)}$$

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Thay đổi kiến thức, thái độ, thực hành về bệnh glôcôm cho người dân

Bảng 1. Thay đổi kiến thức về bệnh glôcôm của người dân ở các nhóm can thiệp so với nhóm đối chứng

Nhóm/Thời điểm	Kiến thức người dân	Không tốt		Tốt		Tổng	p
		n	%	n	%		
Nhóm can thiệp	Trước can thiệp	512	97,5	13	2,5	525	<0,001
	Sau can thiệp	267	50,9	258	49,1	525	
	Tổng	779	74,2	271	25,8	1050	
Nhóm đối chứng	Trước can thiệp	511	97,3	14	2,7	525	0,850
	Sau can thiệp	510	97,1	15	2,9	525	
	Tổng	1021	97,2	29	2,8	1050	

Nhận xét:

Sau can thiệp, tỷ lệ kiến thức tốt ở nhóm can thiệp tăng từ 2,5% lên 49,1%.

$$\text{CSHQ}_{CT} = \frac{97,5 - 50,9}{97,5} \times 100 = 47,8\%; \text{CSHQ}_{ĐC} = \frac{97,3 - 97,1}{97,3} \times 100 = 0,2\%; \text{HQCT} = 47,6\%$$

Bảng 2. Thay đổi thái độ về bệnh glôcôm của người dân ở các nhóm can thiệp so với nhóm đối chứng

Nhóm/Thời điểm	Thái độ người dân	Không tốt		Tốt		Tổng	p
		n	%	n	%		
Nhóm can thiệp	Trước can thiệp	507	96,6	18	3,4	525	<0,001
	Sau can thiệp	254	48,4	271	51,6	525	
	Tổng	761	72,5	289	27,5	1050	
Nhóm đối chứng	Trước can thiệp	504	96,0	21	4,0	525	<0,001
	Sau can thiệp	454	86,5	71	13,5	525	
	Tổng	958	91,2	92	8,8	1050	

Nhận xét:

Sau can thiệp, tỷ lệ thái độ tốt ở nhóm can thiệp tăng từ 3,4% lên 51,6%.

$$\text{CSHQ}_{CT} = \frac{96,6 - 48,4}{96,6} \times 100 = 49,9\%; \text{CSHQ}_{ĐC} = \frac{96,0 - 86,5}{96,0} \times 100 = 9,9\%; \text{HQCT} = 40,0\%$$

Bảng 3. Thay đổi thực hành về bệnh glôcôm ở các nhóm can thiệp so với nhóm đối chứng

Nhóm/Thời điểm	Thực hành người dân	Không tốt		Tốt		Tổng	p
		n	%	n	%		
Nhóm can thiệp	Trước can thiệp	513	97,7	12	2,3	525	<0,001
	Sau can thiệp	282	53,7	243	46,3	525	
	Tổng	795	75,7	255	24,3	1050	
Nhóm chứng	Trước can thiệp	506	96,4	19	3,6	525	0,179
	Sau can thiệp	497	94,7	28	5,3	525	
	Tổng	1003	95,5	47	4,5	1050	

Nhận xét: Sau can thiệp, tỷ lệ thực hành tốt ở nhóm can thiệp tăng từ 2,3% lên 46,3%.
 $CSHQ_{CT} = \frac{97,7 - 53,7}{97,7} \times 100 = 45,0\%$; $CSHQ_{DC} = \frac{96,4 - 94,7}{96,4} \times 100 = 1,8\%$; $HQCT = 43,2\%$

3.2. Thay đổi về tiếp cận dịch vụ y tế bệnh glôcôm

3.2.1. Thay đổi tỷ lệ khám mắt hằng năm

Bảng 4. Thay đổi tỷ lệ khám mắt hằng năm ở nhóm can thiệp so với nhóm đối chứng

Nhóm/Thời điểm	Khám mắt	Không khám		Có khám		Tổng	p
		n	%	n	%		
Nhóm can thiệp	Trước can thiệp	364	69,3	161	30,7	525	< 0,001
	Sau can thiệp	263	50,1	262	49,9	525	
	Tổng	627	59,7	423	40,3	1050	
Nhóm đối chứng	Trước can thiệp	361	68,8	164	31,2	525	< 0,001
	Sau can thiệp	430	81,9	95	18,1	525	
	Tổng	791	75,3	259	24,7	1050	

Nhận xét: Sau can thiệp, tỷ lệ khám mắt hằng năm ở nhóm can thiệp tăng từ 30,7% lên 49,9%.
 $CSHQ_{CT} = \frac{69,3 - 50,1}{69,3} \times 100 = 27,7\%$; $CSHQ_{DC} = \frac{68,8 - 81,9}{68,8} \times 100 = -19,0\%$; $HQCT = 46,7\%$

3.2.2. Thay đổi tỉ lệ khám sàng lọc glôcôm

Bảng 5. Thay đổi tỉ lệ khám sàng lọc glôcôm khi khám mắt ở nhóm can thiệp so với nhóm đối chứng

Nhóm/ Thời điểm	Đo nhãn áp	Không đo		Có đo		Tổng	p
		n	%	n	%		
Nhóm can thiệp	Trước can thiệp	384	73,1	141	26,9	525	< 0,001
	Sau can thiệp	215	41,0	310	59,0	525	
	Tổng	599	57,1	451	42,9	1050	
Nhóm chứng	Trước can thiệp	385	73,3	140	26,7	525	< 0,001
	Sau can thiệp	438	83,4	87	16,6	525	
	Tổng	823	78,4	227	21,6	1050	

Nhận xét:

Sau can thiệp, tỷ lệ khám có khám sàng lọc glôcôm ở nhóm can thiệp tăng từ 26,9% lên 59,0%.
 $CSHQ_{CT} = \frac{73,1 - 41,0}{73,1} \times 100 = 43,9\%$; $CSHQ_{DC} = \frac{73,3 - 83,4}{73,3} \times 100 = -13,8\%$; $HQCT = 57,7\%$

Bảng 3. Hiệu quả của chương trình can thiệp lên dịch vụ và kiến thức thái độ thực hành từ ước tính khác biệt trước sau

Biến số	aOR	95% KTC	p
Hiệu quả của can thiệp so với không can thiệp đối với tiếp cận dịch vụ sàng lọc bệnh glôcôm	8,0	5,31-12,04	<0,001
Hiệu quả của can thiệp so với không can thiệp đối với kiến thức tốt về bệnh glôcôm	3,67	1,47-9,1	0,005
Hiệu quả của can thiệp so với không can thiệp đối với thái độ tốt bệnh glôcôm	2,13	1,02-4,43	0,044
Hiệu quả của can thiệp so với không can thiệp đối với thực hành tốt về bệnh glôcôm	2,39	1,42-1,56	0,047

Nhận xét: kết quả từ phân tích phân tích cho thấy, chương trình can thiệp có tác động lên nhóm can thiệp hơn so với nhóm đối chứng với $p < 0,05$, cụ thể: chương trình can thiệp có khả năng giúp nhóm can thiệp tăng khả năng tiếp cận dịch vụ lên 8 lần, kiến thức tốt tăng lên 3,67 lần, thái độ tốt tăng lên 2,13 lần và thực hành tăng lên 2,39 lần so với nhóm chứng.

3.2.3. Kết quả can thiệp tiếp cận dịch vụ y tế của người bệnh glôcôm nguy cơ và nghi ngờ glôcôm

Bảng 7. Theo dõi và điều trị sau phát hiện tình trạng liên quan đến glôcôm

Theo dõi và điều trị	Nhóm chứng		Nhóm can thiệp		p
	n	%	n	%	
Có	80	37,7	207	97,6	< 0,001
Không	132	62,3	5	2,4	
Tổng	212	100,0	212	100,0	

Nhận xét: Tỷ lệ đối tượng có theo dõi và điều trị sau phát hiện tình trạng liên quan đến glôcôm ở nhóm can thiệp là 97,6%, nhóm chứng là 37,7%, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$.

Bảng 8. Tình trạng khám và điều trị

Đặc điểm	Nhóm	Nhóm chứng (n=80)		Nhóm can thiệp (n=207)		p
		n	%	n	%	
		Tình trạng khám	Thường xuyên	27	33,8	
	Không thường xuyên	53	66,2	19	9,2	
Tình trạng sử dụng thuốc	Tuân thủ đúng	48	60,0	195	94,2	< 0,001
	Tuân thủ không hoàn toàn	19	23,8	10	4,8	
	Không sử dụng thuốc	13	16,2	2	1,0	
	Tổng	80	100,0	207	100,0	

Nhận xét: Sau can thiệp, ở nhóm can thiệp, tỷ lệ khám thường xuyên là 90,8%, tỷ lệ tuân thủ sử dụng thuốc đúng là 94,2%, ở nhóm chứng: tỷ lệ khám thường xuyên là 37,7%, tỷ lệ tuân thủ sử dụng thuốc đúng chỉ 60,0%, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$.

4. BÀN LUẬN

Từ nghiên cứu thực trạng về kiến thức, thái độ, và thực hành về bệnh glôcôm trên đối tượng nghiên cứu kiến thức, thái độ, thực hành về bệnh glôcôm của người trên 40 tuổi tại thành phố Huế, chúng tôi nhận thấy rằng, để thay đổi và cải thiện được thực hành, khi tiến hành can thiệp, chúng tôi đã tập trung

truyền thông giáo dục sức khỏe nhằm thay đổi kiến thức, thái độ cho người dân nhất là chú trọng thay đổi các quan niệm chưa đúng đắn về chăm sóc mắt nói chung cũng như liên quan đến bệnh glôcôm nói riêng. Do đó, chúng tôi đã xây dựng hình thức truyền thông đa dạng, lồng ghép nhiều hình thức truyền thông nhằm mang lại những tác động tích

cực trong việc cải thiện kiến thức về bệnh glôcôm, xây dựng đội ngũ các cộng tác viên truyền thông chính là các CBYT tại địa bàn phường, cộng tác viên y tế, thành viên của hội người cao tuổi, hội phụ nữ. Chính điều đó đã mang lại tính bền vững cho chương trình can thiệp.

Kết quả nghiên cứu đánh giá hiệu quả của mô hình can thiệp này cho thấy sau khi thực hiện giải pháp truyền thông, giáo dục sức khỏe cho người dân, kiến thức của người dân đã có sự thay đổi theo chiều hướng tích cực: Nhóm can thiệp trước can thiệp tỷ lệ có kiến thức tốt là 2,5%, sau can thiệp tăng lên 49,1%; tỷ lệ có kiến thức chưa tốt là 97,5%, sau can thiệp giảm xuống còn 50,9%, tỷ lệ có kiến thức tốt tăng lên 3,67 lần. Sự khác biệt giữa trước và sau can thiệp có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. $CSHQ_{CT} = 47,8\%$; $CSHQ_{CT} = 0,2\%$.

Về thái độ, chúng tôi ghi nhận sự chuyển biến tích cực thái độ của người dân về bệnh glôcôm. Trước thời điểm can thiệp không sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa tỷ lệ có thái độ tốt của 2 nhóm. Tỷ lệ người dân có thái độ tốt chỉ chiếm 3,4% ở nhóm can thiệp và 4,0% ở nhóm chứng. Sau can thiệp, có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa tỷ lệ có thái độ tốt ở nhóm can thiệp là 51,6% so với 13,5% ở nhóm chứng; tỷ lệ người dân có thái độ tốt ở nhóm chứng tăng lên 2,13 lần; $CSHQ_{CT} = 49,9\%$; $HQCT = 40,0\%$.

Mục tiêu hướng đến cuối cùng của của một chương trình can thiệp đó là sự thay đổi hành vi của đối tượng can thiệp. Ý thức được điều này, các nội dung truyền thông của chúng tôi chú trọng và các hướng dẫn, khuyến cáo khám mắt với tần suất hợp lý, cách xử trí khi có các vấn đề về mắt, bên cạnh đó là cách sử dụng thuốc cũng như vấn đề tuân thủ điều trị khi mắc glôcôm. Kết quả sau 2 năm can thiệp, thực hành ở nhóm phường can thiệp đã cải thiện đáng kể. Ở nhóm can thiệp, tỷ lệ người dân có thực hành tốt ở thời điểm trước can thiệp chỉ 2,3% sau can thiệp thực hành tốt tăng lên 46,3% (tăng lên 2,39 lần); sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$); $CSHQ_{CT} = 45,0\%$; $HQCT = 43,2\%$.

Theo nghiên cứu của Nguyễn Văn Trọng về thực trạng công tác chăm sóc mắt ở Quảng Ninh, sau khi can thiệp truyền thông, tỷ lệ người cao tuổi có kiến thức đúng về nguyên nhân dẫn đến mù lòa tại huyện can thiệp đã tăng lên một cách có ý nghĩa thống kê sau can thiệp so với huyện đối chứng. Tỷ lệ dùng thuốc theo hướng dẫn của nhân viên y tế tăng từ 37,2% trước can thiệp lên 50,6% sau can thiệp ở huyện can thiệp. Ở phường đối chứng tăng từ 23,8% trước can thiệp lên 24,6% sau can thiệp. Chỉ số HQCT đạt 32,8% [3].

Theo khuyến cáo của Hiệp hội khúc xạ Hoa Kỳ,

độ tuổi từ 41 – 60 nên khám mỗi 2 năm/ lần nếu không có nguy cơ bệnh lý mắt và khám hằng năm nếu có nguy cơ. Đối với độ tuổi 61 trở lên cần khám mắt hằng năm [13]. Độ tuổi trung bình trong nhóm nghiên cứu của chúng tôi là 63 là mốc tuổi theo khuyến cáo của Hiệp hội khúc xạ Hoa Kỳ, cần khám mắt hằng năm. Tuy nhiên trước can thiệp, tỷ lệ khám mắt trong năm khá thấp và không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa 2 nhóm, thậm chí gần 1 nửa số người được hỏi chưa bao giờ đi khám mắt. Sau can thiệp, ở nhóm can thiệp, tỷ lệ người dân đi khám tăng từ 30,7% lên 49,9%, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). $CSHQ_{CT} = 27,7\%$; $HQCT = 46,7\%$.

Với đối tượng can thiệp là người dân, mục đích cuối cùng mà chúng tôi hướng đến là tăng tỷ lệ người được khám sàng lọc glôcôm. Xuất phát từ mong muốn này, trong chương trình can thiệp chúng tôi đã nhấn mạnh tầm quan trọng của việc khám sàng lọc glôcôm thông qua đo nhãn áp khi đi khám mắt. Qua 2 năm can thiệp, các đối tượng đã có sự quan tâm nhiều hơn về vấn đề được đo nhãn áp khi đi khám mắt. Nhiều người đã chủ động đề nghị được đo nhãn áp khi bác sĩ bỏ qua động tác này khi khám mắt. Trước thời điểm can thiệp ở nhóm can thiệp tỷ lệ có sàng lọc bệnh glôcôm chỉ 26,9%, sau can thiệp tăng lên 59,0% (khả năng tiếp cận dịch vụ tăng 8 lần); sự khác biệt có nghĩa thống kê ($p < 0,05$). $CSHQ_{CT} = 43,9\%$; $HQCT = 57,7\%$.

Một nghiên cứu can thiệp cộng đồng được thực hiện ngay tại Việt Nam của Paudel, sau khi xác định thực trạng nhưng hạn chế của người dân tỉnh Bà Rịa Vũng Tàu về chăm sóc mắt, đã thực hiện các nội dung can thiệp gồm đo thị lực tại các trạm y tế xã, truyền thông tại địa phương địa phương (đài phát thanh, áp phích, tờ rơi). Tài liệu cung cấp chi tiết về tình trạng mắt và thông tin sức khỏe sử dụng hình ảnh phù hợp và ngôn ngữ đơn giản, rõ ràng. Đội ngũ truyền thông chính là các nhân viên y tế cơ sở tiến hành truyền thông giáo dục sức khỏe các nội dung về bệnh lý mắt, các khuyến cáo khám mắt cũng như cải thiện tính sẵn có các dịch vụ chăm sóc mắt tại tỉnh. Sau 2 năm can thiệp đã ghi nhận sự cải thiện kiến thức và thực hành, cụ thể trước can thiệp, tỷ lệ nghe về bệnh glôcôm là 7%, sau can thiệp, tỷ lệ này là 21,5% ở nhóm can thiệp và 20,0% ở nhóm chứng. Tỷ lệ biết phương pháp điều trị glôcôm tăng từ 4,5% lên 14% ở nhóm can thiệp, ở nhóm chứng là từ 3,5% lên 9,5%. Tỷ lệ chưa bao giờ đi khám mắt ở nhóm can thiệp từ 54,5% giảm còn 44,5% [10].

Nghiên cứu của Hark Lisa với mục đích tăng cường tiếp cận dịch vụ liên quan bệnh glôcôm đã thiết kế một chương trình khám sàng lọc do chuyên khoa

mắt thực hiện phối hợp với phát hiện và quản lý sớm dựa vào cộng đồng, truyền thông giáo dục sức khỏe do các cộng tác viên cộng đồng ở địa phương thực hiện. Sau can thiệp, tỷ lệ người dân đã tham gia khám sàng lọc glôcôm là 70% [9].

Sau nghiên cứu cắt ngang, ở nhóm phường can thiệp, bên cạnh các hoạt động truyền thông, tập huấn cho người dân và CBYT, nhóm đối tượng rất quan trọng của chương trình can thiệp chính là bệnh nhân glôcôm, nguy cơ và nghi ngờ glôcôm. Tất cả những đối tượng này chúng tôi đưa vào danh sách quản lý, động viên nhắc nhở đi khám và theo dõi bằng nhiều hình thức. Đặc biệt chúng tôi sử dụng tin nhắn điện thoại để gửi cho các đối tượng. Kết quả sau 2 năm can thiệp, tỷ lệ có theo dõi và điều trị của đối tượng bệnh nhân glôcôm, nguy cơ và nghi ngờ glôcôm ở nhóm can thiệp khá cao 97,6%. Ở nhóm chứng, tỷ lệ này chỉ 37,7%.

Kết quả đánh giá tình trạng khám cho thấy có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa mức độ khám thường xuyên giữa nhóm chứng là 90,8% so với nhóm can thiệp là 9,2% ($p < 0,05$). Đánh giá tình trạng sử dụng thuốc: có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa tỷ lệ có mức độ tuân thủ đúng giữa nhóm chứng là 94,2% so với nhóm can thiệp là 60,0% ($p < 0,05$).

Một nghiên cứu mới thực hiện vào 2021 của Stempel cung cấp chương trình giáo dục cho bệnh nhân glôcôm Châu Âu, sau can thiệp đã có sự khác biệt giữa tỷ lệ có kiến thức cũng như thực hành tốt

giữa hai nhóm. Đối với nhóm chứng, tỷ lệ bệnh nhân glôcôm đã tham gia theo dõi bệnh chỉ chiếm 65%, tỷ lệ tuân thủ sử dụng thuốc là 70,1%. Trong khi ở nhóm can thiệp tỷ lệ bệnh nhân tham gia theo dõi cao hơn hẳn với 75,7%, số người người tuân thủ sử dụng thuốc cũng chiếm đến 82,1% [11].

5. KẾT LUẬN

Qua thực hiện mô hình can thiệp tiếp cận dịch vụ y tế bệnh glôcôm của thành phố Huế, xét về cải thiện kiến thức, thái độ, thực hành về bệnh glôcôm ở các phường can thiệp cho thấy tỷ lệ người dân có kiến thức tốt tăng từ 2,5% lên 49,1%, tỷ lệ người dân có thái độ tốt tăng từ 3,4% lên 51,6%, tỷ lệ người dân có thực hành tốt tăng từ 2,3 % lên 46,3%.

Về cải thiện tiếp cận dịch vụ y tế bệnh glôcôm, các phường can thiệp ghi nhận tỷ lệ người dân khám mắt hằng năm tăng từ 30,7% lên 49,9%, tỷ lệ người dân khám sàng lọc glôcôm tăng từ 26,9% lên 59,0%, tỷ lệ bệnh nhân glôcôm, nghi ngờ và nguy cơ glôcôm theo dõi thường xuyên là 90,8%, tuân thủ sử dụng thuốc hoàn toàn là 60%.

Đánh giá về hiệu quả can thiệp cho thấy tỷ lệ có thay đổi thực hành về bệnh glôcôm là 43,2%, thay đổi về khám mắt hằng năm là 46,7%, thay đổi về khám sàng lọc glôcôm là 57,7%. Chương trình can thiệp giúp nhóm can thiệp có khả năng tiếp cận dịch vụ sàng lọc glôcôm tăng lên 8 lần, kiến thức tốt tăng lên 3,67 lần, thái độ tốt tăng lên 2,13 lần và thực hành tăng lên 2,39 lần.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Văn Hiến (2012), Khoa học hành vi và truyền thông giáo dục sức khỏe, Nhà xuất bản Y học, tr. 22-25; 45-49
2. Đào Thị Lâm Hường (2014), Điều tra thực trạng bệnh glôcôm tại một số tỉnh thành của Việt Nam và xây dựng và thử nghiệm mô hình quản lý, chăm sóc, điều trị người bệnh Glôcôm từ tuyến cơ sở đến tuyến trung ương, Công trình nghiên cứu khoa học cấp Bộ, tr. 40-55.
3. Nguyễn Văn Trọng (2020), Thực trạng bệnh về mắt, công tác chăm sóc mắt ở người cao tuổi và hiệu quả một số giải pháp can thiệp tại hai huyện Hoàn Bồ, Tiên Yên tỉnh Quảng Ninh, Luận án tiến sĩ Y tế công cộng, tr. 73-86.
4. Allison K., Patel D., Alabi O. (2020), Epidemiology of Glaucoma: The Past, Present, and Predictions for the Future, 12(11), pp1.
5. Delgado M. F., Abdelrahman A. M., et al (2019), "Management Of Glaucoma In Developing Countries: Challenges And Opportunities For Improvement", ClinicoEconomics and outcomes research: CEOR, 11, pp591-604. 9789.
6. GBD 2019 Blindness and Vision Impairment Collaborators, & Vision Loss Expert Group of the Global Burden of Disease Study (2021), "Causes of blindness and vision impairment in 2020 and trends over 30 years, and prevalence of avoidable blindness in relation to VISION 2020: the Right to Sight: an analysis for the Global Burden of Disease Study", The Lancet. Global health, 9(2), pp 3048.
7. Kong W., Zhang J. et al (2021), "Glaucoma in mucopolysaccharidoses", Orphanet Journal of Rare Diseases, 16(312). pp1-10.
8. Limburg Hans (2015), "Result of National Survey on Avoidable Blindness in Viet Nam using RAAB methodology", Medical Service Administration of Viet Nam Ministry of Health and Viet Nam National Institute of Ophthalmology, pp5
9. Hark L., Waisbourd et al (2016), "Improving Access to Eye Care among Persons at High-Risk of Glaucoma in Philadelphia — Design and Methodology: The Philadelphia Glaucoma Detection and Treatment Project", Ophthalmic Epidemiol; 23(2), pp.122-130.

10. Paudel G., Kovai V. et al (2021), "Effects of a community-based health education intervention on eye health literacy of adults in Vietnam", International Journal of Health Promotion and Education, pp 1-13.

11. Stempel Stella (2021), "Changes in Patient Knowledge and Adherence to Glaucoma Treatment After Educational Intervention", Walden Dissertations and Doctoral Studies, Walden University, pp 96-98.

12. Shih V., Parek M. et al (2020), "Clinical and

Economic Burden of Glaucoma by Disease Severity A United States Claims-Based Analysis", Original Article, 4(1), pp 490-503.

13. The American Optometric Association (2005), Optometric clinical practice guideline: Comprehensive Adult Eye and Vision Examination, pp 15.

14. World Health Organization (2007), Global Initiative for the Elimination of Avoidable Blindness: Action plan 2006-2011, pp18.