

Khảo sát quan điểm và trải nghiệm của người dân về chăm sóc lấy người bệnh làm trung tâm tại một số xã, phường thuộc tỉnh Thừa Thiên Huế

Ngô Thị Mộng Tuyền, Lê Hồ Thị Quỳnh Anh, Phạm Thị Trâm,
Nguyễn Thị Phương Anh, Nguyễn Minh Tâm
Trường Đại học Y Dược, Đại học Huế

Tóm tắt

Chăm sóc lấy người bệnh làm trung tâm ngày càng trở thành mục tiêu quan trọng của hệ thống CSSK. Nhiều nghiên cứu cho thấy quan điểm và trải nghiệm của người dân về chăm sóc lấy người bệnh làm trung tâm liên quan chặt chẽ với các chỉ số lâm sàng và kết quả sức khỏe dài hạn, được sử dụng như một thang đo cho các nỗ lực cải tiến hệ thống y tế. **Mục tiêu nghiên cứu:** 1) Khảo sát quan điểm, trải nghiệm của người dân về chăm sóc lấy người bệnh làm trung tâm; 2) Xác định mối liên quan giữa quan điểm trải nghiệm về chăm sóc lấy người bệnh làm trung tâm với tình hình sử dụng dịch vụ y tế. **Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang tiến hành trên 313 người dân ở tỉnh Thừa Thiên Huế. Tiến hành khảo sát 4 thành tố chính của chăm sóc lấy người bệnh làm trung tâm: chia sẻ thông tin, mối quan hệ với bác sĩ/nhân viên y tế khác, ra quyết định lâm sàng, khuyến khích người bệnh tự chăm sóc. Sử dụng test ANOVA để phân tích mối liên quan giữa thực trạng chăm sóc lấy người bệnh làm trung tâm với tình trạng sức khỏe và việc sử dụng dịch vụ CSSK của người dân ($p < 0,05$). **Kết quả:** Tỷ lệ đạt chăm sóc hướng người bệnh tốt ($\geq 3,75$ điểm) là 43,1% (Mean=3,58 (0,57)). Người dân sử dụng dịch vụ y tế ở tuyến trạm y tế có trải nghiệm về chăm sóc lấy người bệnh làm trung tâm cao hơn so với tuyến huyện, tỉnh và trung ương ($p < 0,005$). Thành tố khuyến khích người bệnh tự chăm sóc và mối quan hệ với bác sĩ/NVYT được đánh giá là khá thấp. Có mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa chăm sóc lấy người bệnh làm trung tâm với cơ sở KCB ban đầu, chất lượng cuộc sống, số lần khám sức khỏe định kỳ, mức độ tích cực tham gia vào quá trình chăm sóc ($p < 0,05$). **Kết luận:** Kết quả cho thấy quan điểm, trải nghiệm của người dân về chăm sóc lấy người bệnh làm trung tâm còn chưa cao. Cần chú trọng hơn nữa việc nâng cao các kỹ năng giao tiếp, tham vấn, khuyến khích người bệnh tự chăm sóc và sự phối hợp giữa các nhân viên y tế trong CSSK cho người dân.

Từ khóa: chăm sóc lấy người bệnh làm trung tâm, chăm sóc ban đầu, tình hình sử dụng dịch vụ y tế.

Abstract

Patients' perspectives and experiences of patient-centered care in some communes of Thua Thien Hue province

Ngô Thị Mộng Tuyền, Lê Hồ Thị Quỳnh Anh, Phạm Thị Trâm,
Nguyễn Thị Phương Anh, Nguyễn Minh Tâm
Hue University of Medicine and Pharmacy, Hue University

Patient-centered care is widely acknowledged as an important goal in healthcare delivery. Research has demonstrated that patient perceptions of patient-centred care can be linked to clinical and long-term outcomes in addition to being a useful metric for quality improvement efforts. **Objectives:** 1) To identify patients' perspectives and experiences of patient-centered care in some communes in Thua Thien Hue province; 2) To determine the association between the patients' perspectives, experiences on patient-centered care and utilization of the health services. **Methods:** A cross sectional descriptive study was conducted in 313 patients living in Thua Thien Hue province. A structured questionnaire was used to investigate 4 main domains of patient-centered care: Information and Education, Relationships with doctors and other health professionals, making decisions, motivate patients about self-management. We used test ANOVA to analyze the association between patient-centered care and health care utilization among participants ($p < 0.05$). **Results:** The percentage of good patient-centered care (≥ 3.75 points) was 43.1% (Mean = 3.58 (0.57)). Patients using health services at the commune health centers had a higher experience in patient-centered care compared to district, province and central hospitals ($p < 0.005$). Domains "Encourage patients to take care of themselves" and "Relationship factor with doctors" were evaluated low. There were statistically significant associations between patient-centered care and primary health care facilities, quality of life utilization of

periodic health checkup, and patient activation in health care ($p < 0.05$). **Conclusion:** Our study illustrates that patients' perspectives and experiences of patient-centered care are still low. There is a need to improve communication and counseling skills of health care providers and increase patient motivation for self-care.

Keywords: patient-centered care, primary care, health care utilization.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ngày nay, cùng với sự phát triển của kinh tế xã hội, nhu cầu chăm sóc sức khỏe (CSSK) của người dân ngày càng tăng cao, người dân có xu hướng sử dụng những dịch vụ chăm sóc toàn diện, liên tục và chất lượng cao. Điều này đòi hỏi ngành y tế cần có những nỗ lực nâng cao chất lượng dịch vụ khám chữa bệnh (KCB) cũng như các chiến lược cải thiện sự hài lòng của người dân đối với các dịch vụ chăm sóc sức khỏe. Bên cạnh các chỉ số sức khỏe, mức độ hài lòng và đánh giá của người dân là một trong những thước đo chất lượng dịch vụ [6],[8]. Mặc dù vậy, các nghiên cứu cũng cho thấy để đánh giá chất lượng dịch vụ y tế một cách hiệu quả và khách quan nhất thì khái niệm sự hài lòng của người bệnh nên được mở rộng hơn so với truyền thống và cần nắm bắt các khía cạnh khác theo hướng chăm sóc lấy người bệnh làm trung tâm [1],[2].

Chăm sóc lấy người bệnh làm trung tâm ngày nay được xem như là một giá trị cốt lõi của chuyên ngành Y học gia đình chú trọng đến trải nghiệm của người bệnh, giá trị, nhu cầu và sở thích của người bệnh khi lập kế hoạch chăm sóc cũng như đảm bảo cung cấp các dịch vụ chăm sóc liên tục và phối hợp [8],[9]. Khái niệm chăm sóc lấy người bệnh làm trung tâm thường được định nghĩa với các khía cạnh: (1) tôn trọng các giá trị, sở thích và nhu cầu chăm sóc của người bệnh, (2) cung cấp thông tin và giáo dục người bệnh, (3) khả năng tiếp cận các dịch vụ y tế, (4) hỗ trợ về mặt cảm xúc cho người bệnh, (5) sự tham gia của người thân trong quá trình chăm sóc, (6) chuyển tuyến và chăm sóc liên tục giữa các cơ sở y tế, (7) sự thoải mái về thể chất và (8) chăm sóc phối hợp [2],[4],[5]. Chăm sóc hướng người bệnh được chứng minh có mối quan hệ mật thiết với các chỉ số lâm sàng và kết quả CSSK dài hạn. Stewart.M thực hiện quan sát 315 buổi thăm khám tại tuyến chăm sóc ban đầu về kỹ năng giao tiếp và tương tác giữa bác sĩ và người bệnh cho thấy giao tiếp lấy người bệnh làm trung tâm có liên quan với khả năng hồi phục về thể chất và tinh thần tốt hơn [5]. Những người được chăm sóc theo hướng lấy người bệnh làm trung tâm hơn thì ít sử dụng các xét nghiệm chẩn đoán, giảm chi phí cho các lần khám chuyên khoa và chuyển tuyến hơn [5],[6],[8].

Trong Báo cáo của Tổ chức Y tế thế giới năm 2008 và mới đây nhất là tuyên ngôn Astana năm

2018, Tổ chức Y tế thế giới cũng đã kêu gọi chú trọng đến việc đánh giá trải nghiệm của người dân đối với chăm sóc hướng người bệnh làm trung tâm nhằm đạt được mục tiêu tổng quát của CSSK ban đầu - Sức khỏe cho tất cả mọi người [8]. Nghiên cứu của chúng tôi được tiến hành với 2 mục tiêu chính: 1) Khảo sát quan điểm, trải nghiệm của người dân về chăm sóc lấy người bệnh làm trung tâm tại một số xã/phường thuộc tỉnh Thừa Thiên Huế; 2) Xác định mối liên quan giữa quan điểm trải nghiệm về chăm sóc lấy người bệnh làm trung tâm với tình hình sử dụng dịch vụ y tế của người dân tại tỉnh Thừa Thiên Huế.

2. ĐỐI TƯỢNG NGHIÊN CỨU

2.1. Thời gian nghiên cứu: 2/2019-12/2019

2.2. Đối tượng nghiên cứu: Người dân từ 18 tuổi trở lên đang sinh sống tại tỉnh T.T. Huế.

2.3. Phương pháp nghiên cứu

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

- **Phương pháp chọn mẫu:** Sử dụng phương pháp chọn mẫu nhiều giai đoạn, chia các huyện/thành phố/thị xã thuộc tỉnh Thừa Thiên Huế thành 2 nhóm thành thị và nông thôn. Chọn ngẫu nhiên thành phố Huế và Huyện Phú Vang. Ở mỗi huyện/thành phố đã được chọn ở giai đoạn 1 chọn ngẫu nhiên ra 3 xã, phường làm địa bàn nghiên cứu. Dựa vào sổ KCB A1/YTCS và phần mềm quản lý KCB, chọn ngẫu nhiên người dân tham gia nghiên cứu. Thực tế, nghiên cứu của chúng tôi thu thập được thông tin của 313 người.

- **Phương pháp thu thập số liệu:** Phòng vấn đối tượng nghiên cứu theo bộ câu hỏi đã soạn sẵn. Trải nghiệm chăm sóc lấy người bệnh làm trung tâm được phân tích dựa trên 4 thành tố bao gồm: chia sẻ thông tin (PCC1), mối quan hệ với bác sĩ/nhân viên y tế khác (PCC2), ra quyết định lâm sàng (PCC3), khuyến khích người bệnh tự chăm sóc (PCC4) theo thang điểm Likert 5 mức độ. Sử dụng bộ câu hỏi đánh giá mức độ tham gia tích cực vào CSSK (Patient Activation Measure) với 13 câu hỏi để khảo sát sự tham gia của người dân trong quá trình CSSK. Các thông tin về chỉ số sức khỏe, tình trạng ốm đau/chấn thương, tình hình sử dụng dịch vụ trong vòng 12 tháng qua, bao gồm KCB ban đầu, chăm sóc cấp cứu, số lần nhập viện,... được khảo sát.

2.4. Phân tích và xử lý số liệu

Sử dụng phần mềm SPSS 20.0 để nhập, làm sạch và phân tích số liệu. Trải nghiệm chăm sóc lấy người bệnh làm trung tâm được đánh giá là tốt khi đạt $\geq 3,75$ điểm (75% tổng điểm), mức độ tham gia vào quá trình chăm sóc được đánh giá là tích cực khi đạt

$>75\%$ tổng số điểm.

Sử dụng test ANOVA để phân tích mối liên quan giữa thực trạng chăm sóc lấy người bệnh làm trung tâm với tình trạng sức khỏe và việc sử dụng dịch vụ CSSK của người dân, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

3. KẾT QUẢ

Bảng 1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Thông tin chung (n=313)		Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Giới	Nam	98	31,3
	Nữ	215	68,7
Tuổi Mean (SD): 59,53 (13,6)	Dưới 40	25	8,0
	40 – 59	127	40,6
	≥ 60	161	51,4
Trình độ học vấn	Tiểu học và dưới tiểu học	169	54,0
	Tốt nghiệp THCS, THPT	130	41,5
	Cao đẳng, ĐH, SDH	14	4,5
Nghề nghiệp	Nông dân/ công nhân	38	12,2
	Cán bộ/nhân viên	20	6,4
	Thợ thủ công/buôn bán dịch vụ	92	29,4
	Nghỉ hưu	23	7,3
	Già yếu/thất nghiệp	140	44,7
Tình trạng kinh tế	Nghèo/cận nghèo	66	21,1
	Không thuộc 2 diện trên	247	78,9
Thẻ bảo hiểm y tế	Thẻ BHYT bắt buộc	30	9,6
	Được BHXH, NSNN đóng và hỗ trợ mức đóng	145	46,3
	BHYT theo hộ gia đình	138	44,1
Nơi đăng ký KCBBD	Trạm Y tế xã/phường	237	75,5
	Phòng khám đa khoa khu vực	34	10,9
	BV tuyến huyện/thành phố	31	9,9
	Phòng khám tư/Bệnh viện tư	3	1,0
	BV tuyến tỉnh và trung ương	8	2,5

Nhận xét: Đối tượng nghiên cứu chủ yếu là nữ giới, độ tuổi trung bình là 59,53 tuổi. Tỷ lệ người có trình độ học vấn tiểu học trở xuống và già yếu/thất nghiệp chiếm tỷ lệ cao. 100% đối tượng nghiên cứu có BHYT, trong đó thẻ BHYT được bảo hiểm xã hội, NSNN đóng/hỗ trợ mức đóng và thẻ BHYT tham gia BHYT theo hộ gia đình chiếm tỷ lệ cao nhất (46,3% và 44,1%). Hơn 3/4 đối tượng nghiên cứu đăng ký KCB ban đầu tại Trạm Y tế xã/phường.

Bảng 2. Tình hình sức khỏe chung của đối tượng nghiên cứu

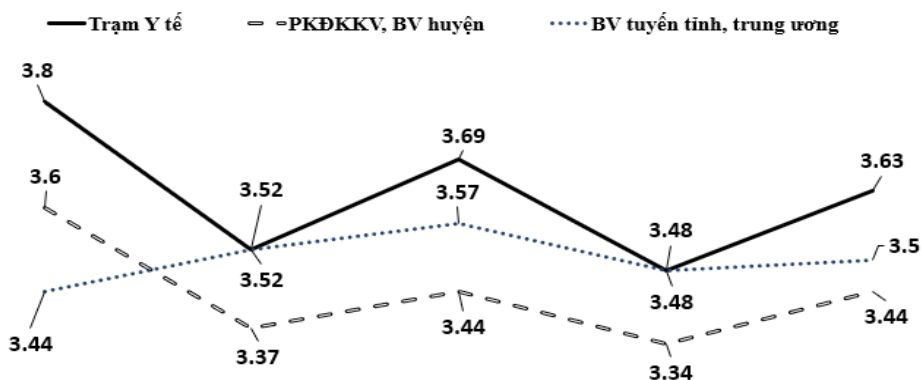
Các chỉ số (n=313)		Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
BMI	Thiếu cân (< 18,5)	50	16,0
	Bình thường	165	52,7
	Thừa cân/béo phì (> 23)	98	31,3
Chỉ số huyết áp	Huyết áp bình thường	145	46,3
	Huyết áp bình thường cao	73	23,3
	Tăng huyết áp	95	30,4
Tự đánh giá tình trạng sức khỏe	Tốt, rất tốt	64	20,6
	Bình thường	173	55,4
	Yếu, rất yếu	75	24,0
Số bệnh mạn tính hiện mắc	Không	83	26,5
	1 bệnh	150	47,9
	> 2 bệnh	80	25,6
Hút thuốc lá	Có	81	25,9
	Không	232	74,1
Mức độ uống rượu bia	Có hại	33	10,5
	Có nguy cơ cao	24	7,7
	Bình thường	256	81,8
Ăn rau củ và trái cây	Ăn ít (< 5 khẩu phần)	284	90,7
	Ăn đủ (≥ 5 khẩu phần)	29	9,3
Vận động thể lực	Có	264	84,6
	Không	48	15,4

Nhận xét: 31,3% NCT thừa cân, béo phì; 16% thiếu cân. Qua 2 lần đo huyết áp cho thấy 30,4% đối tượng có tăng huyết áp. Hơn 1/4 đối tượng nghiên cứu tự đánh giá tình trạng sức khỏe ở mức yếu và rất yếu. NCT. Gần 50% người tham gia nghiên cứu mắc 1 bệnh mạn tính. Về các hành vi sức khỏe, tỷ lệ người dân có các hành vi có hại cho sức khỏe chiếm tỷ lệ thấp.

Bảng 3. Trải nghiệm về chăm sóc lấy người bệnh làm trung tâm

Biến số	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Chăm sóc lấy người bệnh làm trung tâm (PCC)		
Mean (SD)	3,58 (0,57) (Min - Max: 1,88 - 4,66)	
Chưa tốt (< 3,75 điểm)	178	56,9
Tốt (≥ 3,75 điểm)	135	43,1
Mức độ tham gia tích cực trong quá trình CSSK (PAM)		
Mean (SD)	39,32 (4,99), (Min - Max: 27 -52)	
Mức độ tham gia kém (< 50%)	0	0
Mức độ tham gia trung bình (50 - 75%)	173	56,4
Mức độ tham gia rất tích cực (> 75%)	134	43,6

Nhận xét: Trải nghiệm của đối tượng nghiên cứu về chăm sóc lấy người bệnh làm trung tâm chưa tốt, chiếm tỷ lệ cao nhất: 56,9% và mức độ tham gia tích cực trong quá trình CSSK cao nhất là mức độ trung bình (56,4%).



Chia sẻ thông tin Giao tiếp người bệnh - NVYT Hỗ trợ ra quyết định điều trị Khuyến khích tự chăm sóc Chăm sóc BN làm trung tâm

Biểu đồ 1. Phân bố trải nghiệm về chăm sóc lấy người bệnh làm trung tâm theo cơ sở y tế thường đến khám

Nhận xét: Đánh giá của người phỏng vấn về chăm sóc lấy người bệnh làm trung tâm (PCC), CSYT tư nhân điểm cao nhất (3,67) nhưng vẫn đánh giá chung là chưa tốt (< 3,75). Thuộc tính chia sẻ thông tin (PCC1) được đánh giá ở TYT là tốt nhất (3,8) và thấp nhất là BV tuyến tỉnh/TW (3,44). Các thuộc tính: khuyến khích người bệnh tự chăm sóc (PCC4), ra quyết định lâm sàng (PCC3) và thuộc tính mối quan hệ với bác sĩ/NVYT khác (PCC2), CSYT tư nhân đều được đánh giá tốt nhất và thấp nhất là PKĐK KV/ BV huyện.

Bảng 4. Mối liên quan giữa chăm sóc lấy người bệnh làm trung tâm và các đặc điểm của đối tượng nghiên cứu

	Chia sẻ thông tin (PCC1)	Mối quan hệ người bệnh và NVYT (PCC2)	Lựa chọn quyết định lâm sàng (PCC3)	Khuyến khích người bệnh tự chăm sóc (PCC4)	Chăm sóc lấy người bệnh làm trung tâm (PCC)
Mean (SD)	3,68 (0,68)	3,51 (0,53)	3,66 (0,9)	3,46 (0,74)	3,57 (0,57)
Chỉ số huyết áp					
Bình thường	3,57 (0,7)*	3,49 (0,54)	3,63 (0,96)	3,32 (0,76)*	3,5 (0,6)
Bình thường cao	3,79 (0,65)*	3,49 (0,54)	3,6 (0,94)	3,59 (0,58)*	3,62 (0,06)
Tăng huyết áp	3,74 (0,68)*	3,55 (0,52)	3,77 (0,77)	3,56 (0,77)*	3,65 (0,53)
Mắc bệnh mạn tính					
Không mắc	3,56 (0,66)	3,52 (0,48)	3,57 (1)	3,31 (0,7)*	3,49 (0,59)
1-2 bệnh	3,72 (0,67)	3,51 (0,54)	3,71 (0,88)	3,5 (0,74)*	3,61 (0,56)
≥ 3 bệnh	3,66 (0,88)	3,43 (0,53)	3,4 (0,65)	3,46(0,88)	3,49 (0,67)
Chất lượng cuộc sống					
Rất cao	3,72 (0,76)	3,56 (0,51)*	3,79 (0,86)*	3,52 (0,64)	3,65 (0,56)*
Cao	3,61 (0,62)	3,42 (0,53)*	3,53 (0,96)*	3,37 (0,82)	3,48 (0,59)*
Trung bình	3,82 (0,54)	3,73 (0,51)	3,73 (0,65)	3,56 (0,69)	3,71 (0,48)
Thấp, rất thấp	3,9 (0,69)	3,6 (0,69)	3,8 (0,21)	3,45 (0,74)	3,8 (0,44)

*p<0,05; **p<0,01, ***p<0,001

Nhận xét: Ở các đặc điểm trên đối tượng nghiên cứu: chỉ số huyết áp, số bệnh mạn tính đang mắc và chất lượng cuộc sống có sự tương quan với các thuộc tính trong chăm sóc lấy người bệnh làm trung tâm, thể hiện rõ qua điểm đánh giá của đối tượng nghiên cứu (từ p<0,05 đến p<0,001)

Bảng 5. Mối liên quan giữa chăm sóc lấy người bệnh làm trung tâm và tình hình sử dụng dịch vụ y tế

Biến số	Chia sẻ thông tin (PCC1)	Mối quan hệ với bác sĩ và NVYT khác (PCC2)	Lựa chọn quyết định lâm sàng (PCC3)	Khuyến khích người bệnh tự chăm sóc (PCC4)	Chăm sóc lấy người bệnh làm trung tâm (PCC)
Số lần nhập viện trong 12 tháng qua					
Không	3,64 (0,7)	3,5 (0,54)	3,65 (0,89)	3,4 (0,74)*	3,55 (0,58)
1 lần	3,85 (0,59)	3,49 (0,47)	3,77 (0,92)	3,61 (0,67)	3,68 (0,51)
≥ 2 lần	3,7 (0,7)	3,63 (0,58)	3,6 (0,94)	3,75 (0,72)*	3,67 (0,57)
Số lần khám sức khỏe định kỳ					
Không khám	3,54 (0,71)***	3,47 (0,53)	3,46 (1,03)***	3,26 (0,82)***	3,43(0,62)***
1 lần	3,48 (0,64)***	3,36 (0,55) *	3,54 (0,84)***	3,38 (0,79)***	3,44(0,53)***
≥ 2 lần	3,9 (0,61)***	3,6 (0,5) *	3,92 (0,7) ***	3,7 (0,53) ***	3,78(0,46)***
Số lần ốm đau trong vòng 3 tháng qua					
Không ốm	3,32 (0,81)***	3,52 (0,55)	3,56 (1,19)	3,34 (0,83)	3,44 (0,71)
1-2 bệnh	3,76 (0,62)	3,52 (0,5)	3,68 (0,84)	3,48 (0,73)	3,61 (0,53)
≥ 3 bệnh	3,48 (1,05)***	3,24 (0,87)	3,22 (0,64)	3,44 (0,5)	3,35 (0,67)
Số lần đi khám CSYT khi ốm đau trong vòng 3 tháng qua					
1-2 lần	3,72 (0,58)***	3,5 (0,55)	3,67 (0,89)	3,39 (0,68)*	3,58 (0,53)
3-4 lần	3,67 (0,66)***	3,53 (0,53)	3,67 (0,83)	3,54 (0,85)	3,57 (0,55)
> 4 lần	3,94 (0,77)***	3,42 (0,46)	3,68 (0,7)	3,66 (0,6)*	3,72 (0,56)
Nơi thường đến khám khi ốm đau					
Trạm Y tế	3,8 (0,68)*	3,52 (0,54)	3,69 (0,8)	3,48 (0,75)	3,63 (0,56)
PKĐKKV và BV huyện	3,6 (0,67)	3,37 (0,56)	3,44 (1,14)	3,34 (0,66)	3,44 (0,6)
CSYT tư nhân	3,75 (0,48)	3,58 (0,43)	3,81 (0,71)	3,5 (0,8)	3,67 (0,46)
BV tuyến tỉnh, Trung ương	3,44 (0,71)*	3,52 (0,47)	3,57 (1,02)	3,48 (0,67)	3,51 (0,61)
Mức độ tích cực tham gia vào quá trình chăm sóc					
Trung bình	3,55 (0,67)***	3,4 (0,5) ***	3,57 (0,95)*	3,32 (0,72)***	3,5 (0,55)***
Rất tích cực	3,83 (0,68)***	3,65(0,54)***	3,78 (0,82)*	3,64 (0,72)***	3,7 (0,56)***

*p<0,05; **p<0,01, ***p<0,001

Nhận xét: Số lần khám sức khỏe định kỳ và mức độ tích cực tham gia vào quá trình chăm sóc: toàn bộ các thuộc tính trong chăm sóc lấy người bệnh làm trung tâm đều có kết quả điểm khác nhau rõ và có ý nghĩa thống kê ($p<0,001$). Ở các đặc điểm về tình hình sử dụng dịch vụ y tế khác: Số lần nhập viện trong 12 tháng qua, số lần ốm đau trong vòng 3 tháng qua, số lần đi khám CSYT khi ốm đau trong vòng 3 tháng qua, nơi thường đến khám khi ốm đau: một số thuộc tính trong chăm sóc lấy người bệnh làm trung tâm có sự khác nhau về điểm đánh giá là khá rõ (từ $p<0,05$ đến $p<0,001$).

4. BÀN LUẬN

Nghiên cứu của chúng tôi thực hiện trên 313 đối tượng, trong đó nữ giới nhiều gấp đôi so với nam giới, độ tuổi trên 60 tuổi và trình độ học vấn tiểu học và dưới tiểu học đều chiếm hơn một nửa trong đối

tượng nghiên cứu. Độ tuổi và trình độ học vấn cao hay thấp của đối tượng nghiên cứu một phần nào có tác động đến nhận thức và sự quyết định chọn lựa loại dịch vụ y tế nào, từ đó có sự nhìn nhận khác nhau về các trải nghiệm trong KCB khi ốm đau hay

cần tư vấn về sức khỏe. Hầu hết các đối tượng tham gia nghiên cứu đều có BHYT và 75,5% đối tượng nghiên cứu của chúng tôi tham gia BHYT tại TYT xã/phường. Tỷ lệ này cao so với tỷ lệ đối tượng nghiên cứu có BHYT ở Brazil và Jamaica (tương ứng 76,5% và 61,5%), Colombia, Panama, Mexico và El Salvador (lần lượt là 65,1%, 62,4%, 48,9% và 47,4%) [3]. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy được phần nào thành quả chủ trương của ngành Y tế nước ta – xây dựng lộ trình tiến tới BHYT toàn dân.

Tỷ lệ đối tượng nghiên cứu đang mắc bệnh mạn tính khá cao (73,5%), cao hơn rất nhiều so với tỷ lệ mắc bệnh mạn tính ở El Salvador đến Jamaica (31,5%, 52,2%) [3]. tỷ lệ người dân tự đánh giá sức khỏe hiện tại của bản thân ở mức độ bình thường là 55,4%, tiếp đến là tình trạng sức khỏe yếu và rất yếu (24%). Kết quả tự đánh giá của người dân về tình trạng sức khỏe của bản thân cũng đã phản ánh được một phần chất lượng của các dịch vụ y tế trong địa bàn nghiên cứu. Các hành vi sức khỏe của đối tượng nghiên cứu khá tốt khi 74,1% không hút thuốc lá, 81,8% đối tượng có uống rượu bia nhưng ở mức độ bình thường, 84,6% có vận động thể lực. Kết quả này có thể đánh giá là khá tốt về mặt nhận thức của người dân về các yếu tố nguy cơ cho sức khỏe.

Chăm sóc lấy người bệnh làm trung tâm là một mô hình chăm sóc theo định hướng con người nhằm đáp ứng nhu cầu, kỳ vọng và mong muốn của người dân [2],[7],[11]. Các nghiên cứu từ Hoa Kỳ, Vương quốc Anh đã cho thấy hiệu quả tích cực của chăm sóc lấy người bệnh làm trung tâm trong việc cải thiện CSSK, giảm tỷ lệ nhập viện, vào cấp cứu, *nâng cao sự hài lòng của người bệnh* [4],[10],[11]. Ở nghiên cứu của chúng tôi, mức độ tham gia rất tích cực (>75%) chỉ chiếm 43,6% và trải nghiệm của đối tượng nghiên cứu về chăm sóc lấy người bệnh làm trung tâm chưa tốt chiếm tỷ lệ 56,9%, tỷ lệ này cao hơn trong các nghiên cứu ở các nước Mỹ Latinh năm 2013 (29,5% ở Mexico, 52,4% ở Jamaica, 39,8% ở Panama) [3]. Về vấn đề này, thay vì xem người bệnh là một thành phần thụ động của quy trình y tế, cần có sự nhấn mạnh hơn vào giao tiếp để xây dựng mối quan hệ giữa bác sĩ và người bệnh, tích cực chia sẻ trao đổi thông tin, tư vấn để nâng cao khả năng tự chăm sóc, áp dụng quan điểm muốn tìm ra sự đồng thuận, kết quả là người bệnh tuân thủ kế hoạch điều trị, cải thiện sức khỏe, hài lòng với dịch vụ CSSK qua đó có trải nghiệm và đánh giá tốt hơn với chăm sóc lấy người bệnh làm trung tâm [5],[8].

Có nhiều thuộc tính cần đánh giá trong chăm sóc lấy người bệnh làm trung tâm. Các thuộc tính được đánh giá được đánh giá bằng thang đo Likert từ 1-5. Điểm số càng cao càng thể hiện sự đánh giá càng cao

của người được phỏng vấn đối với các thuộc tính. Trong nghiên cứu của chúng tôi, đánh giá chung về chăm sóc lấy người bệnh làm trung tâm tại các CSKCB đều được đánh giá chưa tốt (<3,75). Mặc dù vậy, ở 4 thuộc tính được khảo sát trong chăm sóc lấy người bệnh làm trung tâm, thuộc tính chia sẻ thông tin (PCC1), TYT là CSYT làm tốt nhất (3,8 điểm); 3 thuộc tính còn lại: mối quan hệ với NVYT (PCC2), lựa chọn quyết định lâm sàng (PCC3) và khuyến khích tự chăm sóc người bệnh (PCC4) thì CSYT tư nhân và TYT đã được đánh giá là thực hiện tốt nhất, trong khi đánh giá thấp nhất là tại PKĐK KV/BV tuyến huyện. Nhìn nhận từ kết quả này, có thể xem tại TYT và CSYT tư nhân, việc chú trọng vào chăm sóc lấy người bệnh làm trung tâm đang được thực hiện và được đối tượng nghiên cứu của chúng tôi đánh giá khá tốt. Nhìn chung, các kết quả nghiên cứu như vậy cũng dễ hiểu khi môi trường chăm sóc tại tuyến y tế cơ sở và CSYT tư nhân thường ít đông đúc và bận rộn hơn các bệnh viện tuyến trên nên người dân không cần chờ đợi quá lâu để được KCB cũng như nhân viên y tế sẽ có thời gian nhiều hơn để tư vấn và giải thích cho người dân. Chính những yếu tố này đã tác động đến đánh giá cũng như mức độ hài lòng của người dân khi đến khám tại các Trạm y tế cũng như các CSYT tư nhân. Trạm y tế là nơi tiếp xúc đầu tiên của hệ thống y tế, là cơ sở y tế gần dân nhất, do đó với các đặc trưng của tuyến chăm sóc ban đầu lấy người bệnh làm trung tâm như mối quan hệ lâu dài giữa bác sĩ người bệnh, chăm sóc liên tục và toàn diện,... được chứng minh là những yếu tố thuận lợi của tuyến chăm sóc ban đầu để đạt được mức độ hài lòng của người dân với dịch vụ y tế.

Khi khảo sát về mối liên quan giữa chăm sóc lấy người bệnh làm trung tâm và tình hình sử dụng dịch vụ y tế, số lần khám sức khỏe định kỳ, số lần ốm đau trong 3 tháng, số lần đi khám khi ốm đau càng nhiều thì điểm đánh giá của người dân về thuộc tính chia sẻ thông tin trong chăm sóc lấy người bệnh làm trung tâm càng cao ($p < 0,001$). Ngoài ra khi khảo sát thuộc tính mối quan hệ với bác sĩ hay nhân viên y tế (PCC3) và lựa chọn quyết định lâm sàng (PCC3), khuyến khích người bệnh tự chăm sóc (PCC4) trong chăm sóc lấy người bệnh làm trung tâm (PCC), có ý nghĩa thống kê khi khảo sát số lần khám sức khỏe định kỳ, điểm được đánh giá cao hơn khi số lần khám từ 2 lần trở lên so với nếu chỉ 1 lần hoặc không khám lần nào ($p < 0,005$). Thực tế, đối với người tiếp xúc thường xuyên với các cơ sở KCB do ốm đau, kiểm tra sức khỏe tổng quát, hay bản thân rất tích cực trong việc tham gia vào quá trình KCB thì có nhiều cơ hội để tiếp xúc, nhận được và trải nghiệm các dịch vụ y tế càng nhiều và có mối quan hệ lâu dài với các nhân

viên y tế, từ đó sẽ có cái nhìn khách quan và chính xác hơn về sự khác nhau trong quan điểm chăm sóc lấy người bệnh làm trung tâm. Sự nhìn nhận này khá giống với kết quả nghiên cứu tại Hàn Quốc năm 2013 và 6 nước Mỹ Latinh năm 2013 [3],[14]. Trải nghiệm về chăm sóc lấy người bệnh làm trung tâm cũng đã được chứng minh ở nhiều nghiên cứu trước đây ở các nước trong việc tăng sự tuân thủ điều trị, giảm số lần nhập viện, tình trạng ốm đau của người

dân, phát hiện ra những bằng chứng sơ bộ về việc giảm sử dụng các nguồn lực y tế khi lấy người bệnh làm trung tâm trong KCB [1],[13]. Để đánh giá được điều này, cần có những nghiên cứu theo dõi, quan sát các lần đến khám của người bệnh để phân tích rõ hơn về hiệu quả của chăm sóc lấy người bệnh làm trung tâm với việc nâng cao chất lượng chăm sóc y tế và cải thiện sức khỏe của người dân.

5. KẾT LUẬN

Chăm sóc lấy người bệnh làm trung tâm đóng vai trò rất quan trọng trong chăm sóc y tế, góp phần nâng cao chất lượng dịch vụ y tế và đáp ứng nhu cầu CSSK của người dân. Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy quan điểm, trải nghiệm của người dân về chăm sóc lấy người bệnh làm trung tâm còn chưa cao. Trải nghiệm này của người bệnh ở tuyến chăm sóc ban đầu cao hơn so với các CSYT khác trong phân tuyến của hệ thống y tế. Hai thành tố về giao tiếp, mối

quan hệ giữa người bệnh và các NVYT và thành tố khuyến khích người bệnh tự chăm sóc được người dân cần được chú trọng nâng cao. Mức độ tích cực của người bệnh khi tham gia vào quá trình chăm sóc càng cao thì trải nghiệm về chăm sóc lấy người bệnh làm trung tâm càng tốt. Do đó, người thầy thuốc cần tăng cường khuyến khích bệnh nhân tham gia vào quá trình chăm sóc sức khỏe cũng như hỗ trợ và đảm bảo người bệnh được cung cấp đầy đủ thông tin để lựa chọn ra quyết định lâm sàng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Epstein RM, Franks P, Shields CG, Meldrum SC, et al. Patient-centered communication and diagnosis testing. *Ann Fam Med* 2005; 3: 415–21;
2. Epstein RM, Franks P, Fiscella K, et al. Measuring patient-centered communication in patient-physician consultations: theoretical and practical issues. *Soc Sci Med* 2005; 61: 1516–28;
3. Guanais F, Doubova SV, Leslie HH, Perez-Cuevas R, et al (2018). Patient-centered primary care and self-rated health in 6 Latin American and Caribbean countries: Analysis of a public opinion cross-sectional survey, *PLoS Med* 15(10): e1002673. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1002673>;
4. Hoff T, Weller W, DePuccio M (2012). The patient-centered medical home: a review of recent research. *Med Care Res Rev.* 2012;69:619-44. <https://doi.org/10.1177/1077558712447688> Epub 2012 May 29. PMID: 22645100;
5. Klea D. Bertakis and Rahman Azari (2011). Patient-centered care is associated with decreased health care utilization. *The Journal of the American Board of Family Medicine* May 2011, 24 (3) 229-239;
6. Klea D. Bertakis, Rahman Azari. Determinants and outcomes of patient-centered care, *Patient Education and Counseling*, Volume 85, Issue 1, 2011, Pages 46-52;
7. Lauren McCormack L, Treiman K, Wagner L, et al. (2019). Measuring How Well Patients With Colorectal Cancer and Their Doctors Communicate. *Washington, DC: PatientCentered Outcomes Research Institute (PCORI)*. <https://doi.org/10.25302/8.2019.ME.13035838>;
8. Lori Jo Delaney. Patient-centred care as an approach to improving health care in Australia. *Collegian* 2017;25:119-123;
9. Martin Fortin MD, Catherine Hudon MD (2011). Measuring Patients' Perceptions of Patient-Centered Care: A Systematic Review of Tools for Family Medicine, *Ann Fam Med* 2011; 9:155-164;
10. Nielsen M, Buelt L, Patel K, Nichols LM. The patient-centered medical home's impact on cost and quality: annual review of evidence 2014-2015. *Washington (DC): Patient-Centered Primary Care Collaborative*; 2016;
11. Rathert C, Wyrwich MD, Boren SA (2013). Patient-centered care and outcomes: a systematic review of the literature. *Med Care Res Rev.* 2013 Aug;70(4):351-79. doi: 10.1177/1077558712465774. Epub 2012 Nov 20;
12. Stewart MA (1995). Effective physician-patient communication and health outcomes: a review. *CMAJ.* 1995 May 1;152(9):1423-33;
13. Stewart M, Brown J, Donner A, et al (2000). The impact of patient-centered care on outcomes. *J Fam Pract.* 49(9):796-804;
14. Sung NJ, Markuns JF, Park KH, Kim K, Lee H, Lee JH (2013). Higher quality primary care is associated with good self-rated health status. *Fam Pract.* 2013; 30:568-75. <https://doi.org/10.1093/fampra/cmt021>. PMID: 23759366.