

Văn hóa sức khỏe và hành vi tìm kiếm dịch vụ chăm sóc sức khỏe của người cao tuổi tại thành phố Huế

Trần Thị Thanh Nga, Lê Thị Bích Thúy, Nguyễn Hoàng Lan
Khoa Y tế công cộng, Trường Đại học Y Dược, Đại học Huế

Tóm tắt

Mục tiêu: Đánh giá văn hóa sức khỏe và tìm hiểu mối liên quan giữa văn hóa sức khỏe và hành vi tìm kiếm dịch vụ chăm sóc sức khỏe của người cao tuổi tại thành phố Huế. **Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang, 400 người cao tuổi được phỏng vấn trực tiếp dựa trên bộ câu hỏi đã chuẩn bị trước. Văn hóa sức khỏe (VHSK) được đánh giá bằng thang đo HLS- Asian- Q. Mô hình hồi quy đa biến logistic được dùng để tìm hiểu mối liên quan giữa VHSK và hành vi tìm kiếm dịch vụ khám chữa bệnh, dịch vụ phòng bệnh và nâng cao sức khỏe. **Kết quả:** 20,0% người cao tuổi có VHSK được đánh giá đạt, trong đó tỷ lệ người cao tuổi đạt VHSK về chăm sóc sức khỏe, phòng bệnh và nâng cao sức khỏe lần lượt là 25,7%, 10,0% và 28,0%. Tỷ lệ người cao tuổi có hành vi tìm kiếm dịch vụ khám chữa bệnh và dịch vụ phòng bệnh, nâng cao sức khỏe lần lượt là 76,7% và 68,0%. Có mối liên quan giữa VHSK của người cao tuổi với hành vi tìm kiếm dịch vụ khám chữa bệnh (OR= 3,71; 95% KTC: 1,25-11,01) và với hành vi tìm kiếm các dịch vụ phòng bệnh và nâng cao sức khỏe (OR=3,30; 95% KTC:1,16-9,40). **Kết luận:** VHSK của người cao tuổi ở thành phố Huế còn thấp. VHSK có ảnh hưởng đến hành vi tìm kiếm dịch vụ chăm sóc sức khỏe. Nâng cao VHSK của người cao tuổi nên là một giải pháp cần thiết để cải thiện tình trạng sức khỏe của họ.

Từ khóa: Văn hóa sức khỏe, hành vi tìm kiếm chăm sóc sức khỏe, người cao tuổi, thành phố Huế.

Abstract

Health literacy and health care seeking behavior of the elderly in Hue city

Tran Thi Thanh Nga, Le Thi Bich Thuy, Nguyen Hoang Lan
Faculty of Public Health, Hue University of Medicine and Pharmacy, Hue University

Objectives: To assess the health literacy and identify the relationship between the health literacy and health care seeking behavior among the older persons in Hue city. **Methods:** A cross-sectional study was conducted in Hue city. 400 older persons were interviewed directly using a structured questionnaire. Health literacy was assessed by HLS- Asian- Q. Multivariate logistic regression model was used to identify the relationship between health literacy and health care seeking behavior. **Results:** 20.0% of the respondents got inadequate health literacy. The proportion of the elderly who achieved health literacy in health care, health prevention and health promotion were 25.7%, 10.0% and 28.0%, respectively. The percentage of the elderly who have sought health care services and health promotion services were 76.7% and 68.0%, respectively. There was a relationship between health literacy and treatment seeking behaviour (OR= 3.71; 95% CI: 1.25-11.01) and health prevention service seeking behaviour among participants (OR=3.30; 95% CI:1.16-9.40). **Conclusions:** Health literacy of the elderly was still low in Hue city. There is influence of health literacy on health care seeking behavior among them. Enhancing health literacy for the older persons should be a necessary solution to improve their health status.

Keywords: Health literacy, health seeking behavior, older persons, Hue city.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Việt Nam chính thức bước vào giai đoạn già hóa dân số từ năm 2011 và là một trong những quốc gia có tốc độ già hóa dân số nhanh nhất thế giới [2]. Khi con người già đi, cơ thể có những biến đổi về mặt

sinh học, dẫn đến những hạn chế về chức năng, tăng nguy cơ mắc bệnh cấp tính và bệnh mạn tính [3]. Một trong những vấn đề có ảnh hưởng quan trọng đến sức khỏe người cao tuổi (NCT) là hành vi tìm kiếm dịch vụ chăm sóc sức khỏe (HVCSSK). Đây là hành vi

đề cập đến quyết định hay hành động của con người để duy trì, phục hồi sức khỏe và dự phòng bệnh tật [17]. Nghiên cứu của Falaha và cộng sự (2015) có tỷ lệ NCT ở Ethiopia không có HVCSSK lần lượt là 47,3 và 41,1% [8]. Một số nghiên cứu trên thế giới cũng chỉ ra rằng những người có mức VHSK hạn chế ít có HVCSSK hơn những người đạt mức VHSK không hạn chế [12]. Văn hóa sức khỏe (VHSK) được định nghĩa là khả năng thu nhận, xử lý và hiểu những thông tin về sức khỏe và những dịch vụ y tế cơ bản cần thiết để ra những quyết định phù hợp [6]. Tuy nhiên, nhiều nghiên cứu trên thế giới cho thấy VHSK của NCT còn hạn chế. Nghiên cứu của Federman và cộng sự (2010) cho thấy có 35,0% NCT mắc bệnh nội khoa cấp tính có mức VHSK hạn chế, tỷ lệ này là 28,8% ở NCT mắc bệnh đái tháo đường (2011) trong nghiên cứu của Krik và cộng sự [9], [13]. Tại Việt Nam, nghiên cứu của Hoàng Thị Thanh Tú tiến hành tại thị xã Quảng Trị (2017) cho thấy có 82,4% NCT có mức VHSK hạn chế [5]. Việc tìm hiểu về mối liên quan giữa VHSK và HVCSSK ở NCT có thể giúp các nhà quản lý y tế đưa ra những giải pháp phù hợp để cải thiện sức khỏe cho đối tượng này. Với những lý do trên, chúng tôi thực hiện đề tài: ***“Văn hóa sức khỏe và hành vi tìm kiếm dịch vụ chăm sóc sức khỏe của người cao tuổi tại thành phố Huế”*** với các mục tiêu sau:

1. *Đánh giá văn hoá sức khỏe của người cao tuổi tại thành phố Huế.*

2. *Tìm hiểu mối liên quan giữa văn hoá sức khỏe và hành vi tìm kiếm dịch vụ chăm sóc sức khỏe của người cao tuổi tại địa bàn nghiên cứu.*

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Người dân từ 60 tuổi trở lên có hộ khẩu thường trú tại thành phố Huế.

Tiêu chuẩn lựa chọn: Để tìm hiểu hành vi tìm kiếm dịch vụ chăm sóc sức khỏe của NCT, chúng tôi chọn những đối tượng có vấn đề sức khỏe trong vòng một tháng trước thời điểm phỏng vấn, đối tượng có thể tự giao tiếp và đồng ý tham gia nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ: NCT từ chối, không có mặt tại thời điểm nghiên cứu, hoặc NCT hiện có triệu chứng bất thường về tâm thần, lú lẫn, không có khả năng nhận thức và không thể tự giao tiếp thông thường.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

- Thời gian và địa điểm nghiên cứu

Quá trình thu thập thông tin được thực hiện từ tháng 7/2019 đến tháng 12/2019 tại thành phố Huế.

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

- **Cỡ mẫu:** Áp dụng công thức tính cỡ mẫu:

$$n = Z^2 \frac{p(1-p)}{d^2}$$

Trong đó:

n: cỡ mẫu nghiên cứu

p: 0,5 (giả định tỷ lệ NCT có mắc bệnh trong một tháng qua đạt về VHSK)

d: Độ chính xác mong muốn, chọn d=0,05

Thay các giá trị vào công thức trên, cỡ mẫu tối thiểu là 384, chúng tôi đã quyết định phỏng vấn 400 NCT (100 người/phường) phù hợp tiêu chuẩn nghiên cứu.

- **Phương pháp chọn mẫu:** Chọn mẫu nhiều giai đoạn

Giai đoạn 1: Chọn các phường bằng phương pháp chọn mẫu chùm. Chọn chủ đích 4 phường trong tổng số 27 phường thuộc thành phố Huế dựa vào đặc điểm địa lý, chọn phường ở trung tâm và ngoại vi thành phố ở phía bắc và phía nam sông Hương. Hai phường phía bắc sông Hương gồm: Thuận Thành và Hương Long, hai phường phía nam sông Hương gồm: Phước Vĩnh và Thủy Xuân.

Giai đoạn 2: Từ danh sách NCT tại mỗi phường, chúng tôi tiến hành sắp xếp ngẫu nhiên danh sách NCT. Sau đó, chúng tôi sử dụng câu hỏi sàng lọc để chọn ra được NCT có mắc bệnh trong vòng một tháng trước ngày phỏng vấn và phù hợp tiêu chuẩn nghiên cứu vào mẫu nghiên cứu cho đến khi chọn đủ mẫu. Do tâm lý người già hay than phiền nên các triệu chứng kể ra có thể quá mức so với thực tế. Để hạn chế sai số này chúng tôi dựa vào sổ khám bệnh của các cơ sở y tế để xác định tình trạng bệnh tật. Để có đủ 400 NCT đáp ứng tiêu chuẩn nghiên cứu, chúng tôi đã sàng lọc 670 NCT tại bốn phường được chọn. Tất các đối tượng đủ tiêu chuẩn nghiên cứu đều đồng ý tham gia phỏng vấn.

- Phương pháp và công cụ thu thập thông tin

Điều tra viên phỏng vấn trực tiếp đối tượng nghiên cứu tại hộ gia đình bằng bộ câu hỏi cấu trúc. Bộ câu hỏi được thiết kế sẵn gồm ba phần: thông tin chung (đặc điểm nhân khẩu học, kinh tế- xã hội và bệnh tật), VHSK, HVCSSK. Trong đó, VHSK gồm ba nội dung chăm sóc sức khỏe, phòng bệnh và nâng cao sức khỏe; được đánh giá bằng thang đo HLS- Asian-Q gồm 47 câu hỏi với thang đo Likert 4 mức độ. Bộ công cụ này được xây dựng dựa trên bộ công cụ khảo sát VHSK Châu Âu (HLS-EU-Q), đã được hiệu chỉnh phù hợp để đo lường VHSK ở những nước trong khu vực Châu Á - Thái Bình Dương [7]. HVCSSK

của đối tượng nghiên cứu gồm hành vi tìm kiếm dịch vụ khám chữa bệnh (HVKCB) và hành vi tìm kiếm dịch vụ phòng bệnh, nâng cao sức khỏe (HVPB).

- Định nghĩa một số biến số nghiên cứu

Thể bệnh: **cấp tính**: bệnh xảy ra đột ngột, trong thời gian ngắn, bệnh nhân thường có thể trở lại trạng thái/mức độ hoạt động trước khi chưa mắc bệnh [18], không liên quan đến bệnh mạn tính đang mắc (nếu có); **đột cấp của bệnh mạn tính**: bệnh diễn tiến cấp tính và có liên quan đến bệnh mạn tính đang mắc.

Mức độ mắc bệnh: **Nhẹ**: không ảnh hưởng đến sinh hoạt hàng ngày; **Trung bình**: phải dừng các hoạt động/công việc hàng ngày trong thời gian dưới 3 ngày; **Nặng**: phải nhập viện điều trị hoặc dừng các hoạt động/công việc hàng ngày trong thời gian từ 3 ngày trở lên.

VHSK được chuẩn hóa trên một thang đo từ 0 đến 50. VHSK được chia thành 2 nhóm: VHSK không hạn chế khi tổng điểm ≥ 33 điểm, VHSK hạn chế khi tổng điểm < 33 điểm [10].

HVKCB chia thành 2 nhóm: **Có** khi NCT có sử dụng một trong các dịch vụ gồm dịch vụ tư vấn cán bộ y tế, điều trị ngoại trú, điều trị nội trú trong vòng

một tháng trước ngày phỏng vấn, **Không** khi NCT không điều trị hoặc tự điều trị.

HVPB trong vòng một năm được chia thành 2 nhóm: **Có** khi NCT sử dụng ít nhất một trong các dịch vụ: tiêm chủng phòng bệnh, khám sức khỏe định kỳ, khám bệnh định kỳ, giáo dục sức khỏe trong vòng một năm trước ngày phỏng vấn. **Không** khi không sử dụng tất cả các dịch vụ trên.

- Phân tích số liệu

Số liệu được nhập bằng phần mềm EpiData 3.1 và xử lý bằng phần mềm SPSS 16.0.

Sử dụng mô hình hồi quy đa biến logistic để tìm hiểu mối liên quan giữa VHSK và HVKCB, HVPB sau khi đã kiểm soát các yếu tố nhiễu.

Biến số phụ thuộc:

HVKCB, HVPB

Biến số độc lập:

VHSK và các tất cả các biến số mô tả đặc điểm nhân khẩu học, kinh tế - xã hội, bệnh tật.

2.3. Đạo đức trong nghiên cứu

Nghiên cứu tuân theo các quy định đạo đức của nghiên cứu y sinh học. Nghiên cứu thực hiện khi có sự đồng ý của người tham gia, người tham gia có quyền từ chối phỏng vấn bất cứ lúc nào.

3. KẾT QUẢ

3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

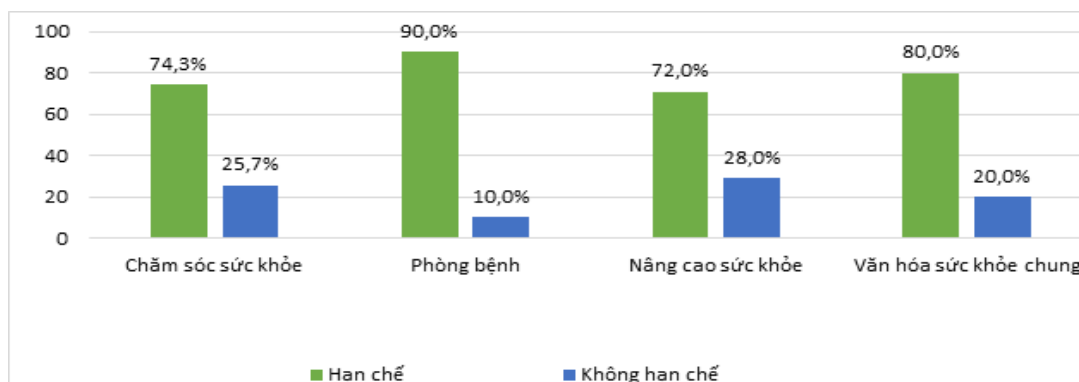
Độ tuổi trung bình của NCT trong nghiên cứu là 71,8 (SD: 9,1) tuổi, đa số đối tượng có độ tuổi từ 60-69 chiếm 55,2%. Có 55,7% NCT là nữ giới. Đa số NCT có trình độ học vấn (TĐHV) từ trung học cơ sở (THCS) trở lên với 66,2%. Trong khi 34,5% NCT là hưu trí/có hỗ trợ nhà nước và 21,3% đang còn việc làm có thu nhập, NCT không có thu nhập chiếm đến 44,2%. Đa số NCT có theo tôn giáo (60,7%). NCT thuộc hộ gia đình nghèo, cận nghèo chiếm tỷ lệ 6,0%. Tỷ lệ NCT có thẻ bảo hiểm y tế (BHYT) đồng chi trả 20,0%, đồng chi trả 5,0% và bảo hiểm y tế miễn phí lần lượt là 43,0%, 24,8% và 32,3%. Về đặc điểm bệnh tật của NCT, phần lớn NCT có mắc bệnh nền mạn tính (76,0%). Trong một tháng vừa qua, tỷ lệ NCT mắc thể bệnh cấp tính và đợt cấp của bệnh mạn chiếm tỷ lệ lần lượt là 54,5% và 45,5%, đa số họ có mức độ bệnh vừa và nặng (62,5%).

3.2. Đánh giá văn hóa sức khỏe

Bảng 1. Điểm trung bình các nhóm văn hóa sức khỏe

Nhóm văn hóa sức khỏe	Điểm trung bình (SD)
Chăm sóc sức khỏe	25,1 (9,8)
Phòng bệnh	18,4 (10,8)
Nâng cao sức khỏe	24,5 (11,0)
Văn hóa sức khỏe chung	22,7 (10,2)

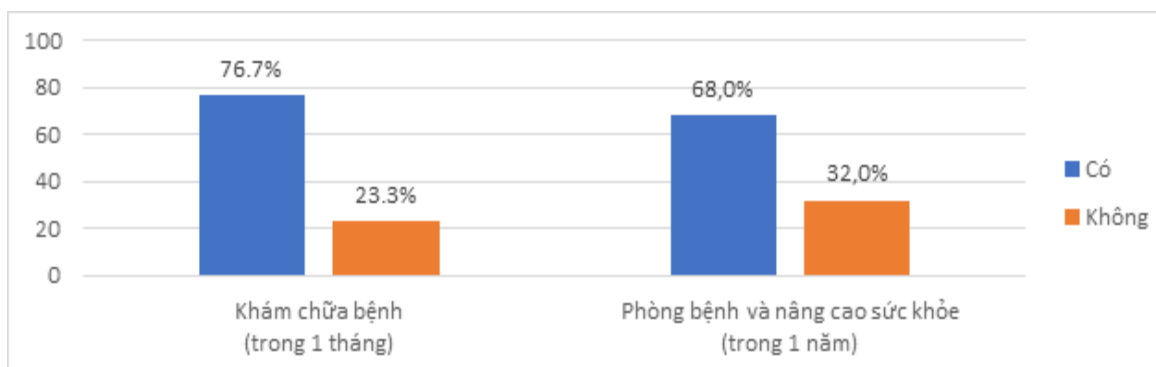
Bảng 1 cho thấy điểm trung bình VHSK chung của NCT trong nghiên cứu là 22,7 (SD: 10,2), trong đó chăm sóc sức khỏe là 25,1 (SD: 9,8), phòng bệnh là 18,4 (SD: 10,8) và nâng cao sức khỏe là 24,5 (SD: 11,0).



Biểu đồ 1. Đánh giá văn hóa sức khỏe của người cao tuổi

Chỉ có 20% đối tượng nghiên cứu đạt mức VHSK. Trong 3 nhóm VHSK, nhóm phòng bệnh có tỷ lệ đạt VHSK thấp nhất (10,0%), tiếp theo là nhóm chăm sóc sức khỏe và nâng cao sức khỏe có theo thứ tự là 25,7% và 28,0%.

3.3. Mối liên quan giữa văn hóa sức khỏe và hành vi tìm kiếm dịch vụ chăm sóc sức khỏe



Biểu đồ 2. Hành vi tìm kiếm dịch vụ chăm sóc sức khỏe của người cao tuổi

Trong một tháng vừa qua, đa số đối tượng có HVKCB, chiếm 76,7%. Trong 1 năm vừa qua, tỷ lệ NCT có HVPB là 68,0%.

Bảng 2. Mối liên quan giữa văn hóa sức khỏe và hành vi tìm kiếm dịch vụ khám chữa bệnh

Biến số		OR	KTC 95%	p
Văn hóa sức khỏe chung	Hạn chế	1		
	Không hạn chế	3,71	1,25-11,01	0,018
Trình độ học vấn	Dưới THCS	1		
	Từ THCS trở lên	3,33	1,49-7,46	0,003
Nghề nghiệp	Đang còn việc làm có thu nhập	1		
	Hưu trí, có hỗ trợ của nhà nước	4,10	1,25-6,84	0,013
	Không có thu nhập	2,93	0,27-6,69	0,054
Tôn giáo	Không	1		
	Có	2,27	1,05-4,92	0,038
Thể bệnh	Đợt cấp của bệnh mạn tính	1		
	Cấp tính	7,89	3,30-18,95	p<0,001

Mức độ mắc bệnh	Nhẹ Vừa/nặng	1 15,51	7,48-32,16	p<0,001
--------------------	-----------------	------------	------------	---------

Bảng 2 chỉ trình bày các biến số tìm thấy liên quan có ý nghĩa thống kê với hành vi tìm kiếm dịch vụ khám chữa bệnh của đối tượng nghiên cứu từ mô hình phân tích hồi quy đa biến logistic.

HVKCB của NCT có mối liên quan với VHSK, trình độ học vấn, nghề nghiệp, tôn giáo, thể bệnh và mức độ mắc bệnh ($p<0,05$). NCT đạt mức VHSK không hạn chế có khả năng có HVKCB cao gấp 3,7 lần NCT có mức VHSK hạn chế ($p=0,018$). NCT có trình độ học vấn từ THCS trở lên có khả năng có HVKCB cao gấp 3,3 lần NCT có trình độ học vấn dưới THCS. NCT là hưu trí hoặc có hỗ trợ của nhà nước có khả năng có HVKCB cao gấp 4,1 lần so với đối tượng còn việc làm có thu nhập ($p<0,05$).

NCT có theo tôn giáo có khả năng có HVKCB cao gấp 2,3 lần những NCT không theo tôn giáo. Khả năng có HVKCB ở người có thể bệnh là cấp tính cao gấp 7,9 lần những người có thể bệnh là đợt cấp của bệnh mạn tính ($p<0,001$). HVKCB ở những NCT mắc bệnh mức độ vừa /nặng có khả năng cao gấp 15,5 lần so với những NCT có mức độ mắc bệnh nhẹ ($p<0,001$).

Bảng 3. Mối liên quan giữa văn hóa sức khỏe và hành vi tìm kiếm dịch vụ phòng bệnh và nâng cao sức khỏe

Biến số		OR	KTC 95%	p
Văn hóa sức khỏe chung	Hạn chế	1		
	Không hạn chế	3,30	1,16-9,40	0,025
Nhóm tuổi	≥ 80	1		
	70-79	2,12	0,85-5,25	0,045
	60-69	2,75	1,02-7,41	0,106
Nghề nghiệp	Đang còn việc làm có thu nhập	1		
	Hưu trí, có hỗ trợ của nhà nước	4,25	1,44-12,57	0,009
	Không có thu nhập	1,17	0,62-2,21	0,632
Tôn giáo	Không	1		
	Có	1,87	1,04-3,37	0,038

Bảng 3 chỉ trình bày các biến số tìm thấy liên quan có ý nghĩa thống kê với hành vi tìm kiếm dịch vụ phòng bệnh và nâng cao sức khỏe của đối tượng nghiên cứu từ mô hình phân tích hồi quy đa biến logistic.

HVPB của NCT có mối liên quan với VHSK, nhóm tuổi, nghề nghiệp và tôn giáo. NCT đạt mức VHSK không hạn chế có khả năng có HVPB cao gấp 3,3 lần NCT có mức VHSK hạn chế ($p<0,05$). Những NCT từ 70-79 tuổi có khả năng có HVPB cao gấp 2,1 lần những NCT từ 80 tuổi trở lên ($p=0,045$). HVPB của những người hưu trí hoặc có hỗ trợ của nhà nước có khả năng cao gấp 4,3 lần những người còn làm việc có thu nhập ($p=0,009$). Khả năng những NCT có tôn giáo là Phật giáo/ Thiên chúa có HVPB cao gấp 1,9 lần so với người không theo tôn giáo.

4. BÀN LUẬN

Bảng 1 cho thấy cho thấy điểm VHSK trung bình của đối tượng nghiên cứu là 22,7 (SD: 10,2). Kết quả nghiên cứu này tương tự kết quả nghiên cứu của Hoàng Thị Thanh Tú (2017) khảo sát trên 421 NCT mắc tăng huyết áp tại thị xã Quảng Trị với điểm trung bình VHSK chung là 22,9 (SD: 7,7). Nghiên cứu cho thấy điểm trung bình cao nhất ở nhóm chăm sóc sức khỏe là 25,1 (SD: 9,8) và thấp nhất ở nhóm phòng bệnh là 18,4 (SD: 10,8), điểm trung bình có sự chênh lệch giữa các nhóm chăm sóc sức khỏe, phòng bệnh và nâng cao sức khỏe. Kết quả nghiên cứu của Hoàng Thị Thanh Tú (2017) cũng báo cáo rằng điểm trung bình VHSK cao nhất ở nhóm nâng cao sức khỏe là 24,5 (SD: 8,6) và thấp nhất ở nhóm

phòng bệnh là 21,3 (SD: 8,9) [5]. Điều này cho thấy điểm trung bình VHSK về lĩnh vực phòng bệnh trong các nghiên cứu đang là vấn đề cần được quan tâm. Khi sử dụng điểm cắt để chia VHSK thành hai nhóm hạn chế và không hạn chế, chỉ có 20% NCT có mức VHSK không hạn chế. Kết quả này cao hơn so với kết quả nghiên cứu của Hoàng Thị Thanh Tú (2017) với 7,6% NCT mắc bệnh tăng huyết áp có mức VHSK đạt [5]. Tuy nhiên khi so sánh với một số nghiên cứu trên thế giới sử dụng bộ công cụ S- TOFHLA, kết quả đánh giá đạt VHSK của nhóm đối tượng nghiên cứu chúng tôi có tỷ lệ thấp hơn nhiều. Cụ thể, nghiên cứu của Federman và cộng sự (2010) khảo sát trên 100 NCT có bệnh lý nội khoa cấp tính tại Hoa Kỳ báo cáo rằng có 65,0% NCT có mức đạt về VHSK [9]. Nghiên cứu

của Krik và cộng sự (2011) đã tiến hành nghiên cứu trên 518 NCT mắc bệnh đái tháo đường cũng báo cáo có đến 71,2% NCT có mức VHSK đạt [13]. Mặc dù sử dụng thang đo khác nhau tuy nhiên qua các nghiên cứu trong nước và trên thế giới cũng cho thấy rằng mức độ đạt về VHSK của NCT nước ta còn rất thấp, đặc biệt ở lĩnh vực phòng bệnh. Trình độ học vấn thấp, hạn chế tiếp cận đến những nguồn thông tin về giáo dục sức khỏe có thể là những lý do cho sự khác biệt này [15], [19].

Tỷ lệ NCT có HVKCB là 76,7%. Trong khi nghiên cứu của Falaha T. và cộng sự cho kết quả tương tự với tỷ lệ 72,7% [8], kết quả nghiên cứu của chúng tôi cao hơn so với nghiên cứu của Nguyễn Thị Thắng (2015) với tỷ lệ NCT khu vực thành thị Việt Nam có HVKCB chỉ là 44,4% [4]. Các nghiên cứu này đều khai thác HVKCB của đối tượng nghiên cứu trong vòng một tháng trước thời điểm khảo sát, sự khác biệt kết quả gợi ý rằng HVKCB của NCT đang ngày càng được cải thiện đáng kể. Lý do của sự cải thiện này có thể là kết quả của những thay đổi về chính sách nhà nước như bảo hiểm y tế miễn phí cho NCT từ 80 tuổi trở lên, chính sách thông tuyến BHYT về khám chữa bệnh tại các cơ sở y tế xã, huyện trong địa bàn tỉnh [1], tạo điều kiện cho NCT dễ dàng tiếp cận đến các cơ sở khám chữa bệnh.

Nghiên cứu cho thấy có 68,0% NCT có HVPB trong vòng một năm vừa qua. Mặc dù đối tượng trong nghiên cứu của chúng tôi là NCT có mắc bệnh, nhưng tỷ lệ NCT có HVPB chưa thực sự cao. Mặc dù có thể có sai số nhớ lại các thông tin sử dụng dịch vụ này trong vòng một năm, tuy nhiên kết quả này phần nào phản ánh hoạt động dự phòng và nâng cao sức khỏe chưa được NCT trên địa bàn nghiên cứu chú trọng. Điều này có thể là do NCT chưa nhận ra được tầm quan trọng của công tác dự phòng bệnh tật và nâng cao sức khỏe và lo ngại chi phí khi sử dụng những dịch vụ này. Vì vậy, để giúp cải thiện tình hình sức khỏe của NCT, cần tăng cường các hoạt động truyền thông giáo dục sức khỏe thúc đẩy hành vi sử dụng các dịch vụ phòng bệnh ở NCT.

Sau khi kiểm soát các yếu tố nhiễu bằng sử dụng mô hình hồi quy đa biến logistic, kết quả bảng 2 và bảng 3 cho thấy HVCSSK có mối liên quan có ý nghĩa thống kê với VHSK ở NCT ($p < 0,05$). Người đạt mức VHSK không hạn chế có khả năng có HVKCB cao gấp 3,7 lần người có mức VHSK hạn chế. Kết quả này

tương tự kết quả nghiên cứu của Mancuso AC. và cộng sự (2017) khi báo cáo rằng những người đạt mức VHSK không hạn chế có khả năng có HVKCB cao gấp 3,4 lần so với người có mức VHSK hạn chế [14]. Hirono Ishikawa và cộng sự cũng thừa nhận rằng VHSK hạn chế có sự tác động tiêu cực đến hành vi và kết quả sức khỏe khác nhau, bao gồm HVKCB, khả năng tự quản lý bệnh và tình trạng sức khỏe kém hơn [11]. Bên cạnh VHSK, nghề nghiệp, TĐHV, tôn giáo, thể bệnh và mức độ mắc bệnh có liên quan đến HVKCB của đối tượng nghiên cứu ($p < 0,05$).

Tương tự HVKCB, mức độ VHSK có mối liên quan với HVPB của NCT tại địa bàn nghiên cứu ($p = 0,025$). Những người đạt mức VHSK không hạn chế có khả năng có HVPB cao gấp 3,3 lần nhóm có mức VHSK hạn chế. Kết quả này tương tự kết quả nghiên cứu Zhang F. và cộng sự (2020) khi nghiên cứu này tìm thấy mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa VHSK và hành vi tìm kiếm dịch vụ tiêm phòng vắc-xin cúm [20]. Điều này có thể được giải thích theo Scott T.L. và cộng sự, VHSK hạn chế ảnh hưởng tiêu cực đến khả năng hiểu các hướng dẫn, khuyến cáo của bác sĩ cũng như các thông tin về sức khỏe từ những người xung quanh và trên các phương tiện truyền thông đại chúng, do đó những đối tượng này sẽ có hiểu biết thấp hơn về dự phòng bệnh tật và nâng cao sức khỏe, điều này tác động tiêu cực đến HVPB của họ [16]. Bên cạnh VHSK, nghiên cứu cũng tìm thấy HVPB của NCT có mối liên quan với nhóm tuổi, nghề nghiệp và tôn giáo ($p < 0,05$).

Bên cạnh VHSK, những kết quả tìm thấy từ nghiên cứu gợi ý những hoạt động thúc đẩy HVKCB và HVPB của NCT cần chú trọng đến những nhóm đối tượng khác nhau như độ tuổi, nghề nghiệp, trình độ học vấn, ngoài ra nên có những nội dung truyền thông lồng ghép với những hoạt động tín ngưỡng của người cao tuổi để thúc đẩy HVCSSK của họ.

5. KẾT LUẬN VÀ KIẾN NGHỊ

Qua khảo sát 400 NCT tại thành phố Huế cho thấy 20,0% NCT đạt mức VHSK không hạn chế. Nghiên cứu tìm thấy mối liên quan giữa VHSK và HVCSSK ở NCT. Để cải thiện tình hình sử dụng dịch vụ chăm sóc sức khỏe ở NCT, ngành y tế cần triển khai những kế hoạch thiết thực và thực hiện nhiều nhóm biện pháp nhằm cải thiện VHSK cho NCT.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2015), Thông tư 40/2015/TT-BYT: Quy định đăng ký khám, chữa bệnh bảo hiểm Y tế ban đầu và chuyển tuyến khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm Y tế, Hà Nội.
2. Giang Thanh Long (2019), "Chính sách an sinh xã hội đối với già hóa dân số ở Việt Nam", *Tạp chí Nghiên cứu Lập pháp*, 2(378), tr. 98-105.
3. Quỹ dân số liên hiệp quốc (UNFPA) (2011), *Già hóa dân số và người cao tuổi Việt Nam, thực trạng - dự báo và khuyến nghị một số chính sách*, Hà Nội.
4. Nguyễn Thị Thắng (2017), *Thực trạng và các yếu tố ảnh hưởng tới sự khác biệt trong sử dụng dịch vụ khám chữa bệnh ở một số tỉnh thuộc các vùng kinh tế - xã hội Việt Nam năm 2015*, Viện Vệ sinh Dịch tễ Trung ương, Hà Nội.
5. Hoàng Thị Thanh Tú (2017), *Nghiên cứu văn hóa sức khỏe người cao tuổi bị tăng huyết áp tại thị xã Quảng Trị, tỉnh Quảng Trị năm 2016*, Luận văn thạc sĩ Y tế công cộng, trường Đại học Y dược - Đại học Huế, Huế.
6. American Medical Association Ad Hoc Committee on Health Literacy for the Council on Scientific Affairs (1999), "Health literacy: report of the Council on Scientific Affairs. Ad Hoc Committee on Health Literacy for the Council on Scientific Affairs, American Medical Association", *The Journal of the American Medical Association*, 281(6), pp. 552-557.
7. Duong T. V., Aringazina A., Baisunova G., et al (2017), "Measuring health literacy in Asia: Validation of the HLS-EU-Q47 survey tool in six Asian countries", *Journal of epidemiology*, 27(2), pp. 80-86.
8. Falaha T., et al (2016), "Health care seeking behaviour of elderly people in rural part of Wolaita Zone, Southern Ethiopia", *Wolde Health Science Journal*, 10(4), pp. 14-19.
9. Federman A. D., et al (2010), "Inadequate Health Literacy Is Associated With Suboptimal Health Beliefs in Older Asthmatics", *Journal of Asthma*, 47(6), pp. 620-626.
10. HLS-EU Consortium (2012), *Comparative report on health literacy in eight EU member states, The European health literacy survey HLS-EU*, Online Publication.
11. Ishikawa H., Yano E. (2008), "Patient health literacy and participation in the health-care process", *Health Expectations*, 11(2), pp. 113-122.
12. Kim S. H., Utz S. (2018), "Association of health literacy with health information-seeking preference in older people: A correlational descriptive study", *Nurs Health Sci*, 20(3), pp. 355-360.
13. Kirk J. K., et al (2011), "Performance of health literacy tests among older adults with diabetes", *Journal of General Internal Medicine*, 27(5), pp. 534-540.
14. Mancuso C. A., Rincon M. (2006), "Asthma Patients' Assessments of Health Care and Medical Decision Making: The Role of Health Literacy", *Journal of Asthma*, 43(1), pp. 41-44.
15. Tiller D., et al (2015), "Health literacy in an urban elderly East-German population – results from the population-based CARLA study", *BMC Public Health*, 15(1), pp. 883-901.
16. Scott T. L., et al (2002), "Health Literacy and Preventive Health Care Use Among Medicare Enrollees in a Managed Care Organization", *Medical Care*, 40(5), pp. 395-404.
17. Ward H., Mertens T. E. and Thomas C. (1997), "Health seeking behaviour and the control of sexually transmitted disease", *Health policy and planning*, 12(1), pp. 19-28.
18. World Health Organization (2004), *A glossary of terms for community health care and services for older persons*, Japan.
19. Van der Heide I., et al (2013), "Health literacy of Dutch adults: a cross sectional survey", *BMC Public Health*, 13(1), pp. 179-189.
20. Zhang F., Or P. P. and Chung J. W. (2020), "The effects of health literacy in influenza vaccination competencies among community-dwelling older adults in Hong Kong", *BMC geriatrics*, 20(1), pp. 103-110.