

ĐẠI HỌC HUẾ
TRƯỜNG ĐẠI HỌC Y – DƯỢC

TRẦN NGUYỄN TRÀ MY

**TÌNH HÌNH SỬ DỤNG DỊCH VỤ CHĂM SÓC MẮT
TRONG BỆNH GLÔCÔM VÀ MÔ HÌNH CAN THIỆP
Ở NGƯỜI DÂN TRÊN 40 TUỔI TẠI THÀNH PHỐ HUẾ**

LUẬN ÁN TIẾN SĨ Y HỌC

HUẾ, 2022

ĐẠI HỌC HUẾ
TRƯỜNG ĐẠI HỌC Y – DƯỢC

TRẦN NGUYỄN TRÀ MY

**TÌNH HÌNH SỬ DỤNG DỊCH VỤ CHĂM SÓC MẮT
TRONG BỆNH GLÔCÔM VÀ MÔ HÌNH CAN THIỆP
Ở NGƯỜI DÂN TRÊN 40 TUỔI TẠI THÀNH PHỐ HUẾ**

Ngành : Y TẾ CÔNG CỘNG

Mã số : 9 72 07 01

LUẬN ÁN TIẾN SĨ Y HỌC

Người hướng dẫn khoa học

1. PGS.TS. NGUYỄN MINH TÂM

2. PGS.TS. PHAN VĂN NĂM

HUẾ, 2022

LỜI CAM ĐOAN

Tôi xin cam đoan, đây là công trình nghiên cứu của riêng tôi. Các số liệu, các kết quả trong luận án này là trung thực và chưa từng được công bố trong bất kỳ công trình nào khác. Nếu có điều gì sai sót, tôi xin hoàn toàn chịu trách nhiệm.

Tác giả luận án

Trần Nguyễn Trà My

Lời Cảm Ơn

Để hoàn thành luận án này tôi xin chân thành cảm ơn Đại học Huế, Ban Giám Hiệu, Phòng Đào tạo Sau đại học, Ban chủ nhiệm Khoa Y tế Công cộng Trường Đại học Y-Dược, Đại học Huế đã tạo mọi điều kiện cho tôi học tập và nghiên cứu.

Tôi xin gửi lời cảm ơn đến lãnh đạo Sở Y tế Thành phố Huế, Trung tâm Y tế Thành phố Huế, Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Huế, Phòng khám Bác sĩ Gia đình, cán bộ y tế của 27 Trạm y tế của Thành phố Huế, bệnh nhân glôcôm và người dân đã hợp tác, giúp đỡ tôi trong quá trình nghiên cứu. Tôi xin chân thành cảm ơn các Thầy Cô, các giảng viên, nhân viên Khoa Y tế Công cộng đã giúp đỡ tôi tận tình, chu đáo trong suốt quá trình học tập và nghiên cứu.

Tôi xin cảm ơn Ban Chủ nhiệm cùng các đồng nghiệp Bộ môn Mắt, phòng khám Mắt, Khoa Mắt-RHM-TMH Bệnh viện Trường Đại Học Y Dược Huế đã tạo điều kiện cho tôi được hoàn thành luận án.

Đặc biệt, tôi xin trân trọng bày tỏ lòng biết ơn sâu sắc đến: Thầy PGS.TS. Nguyễn Minh Tâm, Thầy PGS.TS. Phan Văn Năm là những người Thầy đã tận tình giúp đỡ, hướng dẫn nhiều kiến thức chuyên môn và kinh nghiệm quý báu cho tôi trong suốt thời gian nghiên cứu. Cuối cùng tôi xin bày tỏ lòng biết ơn chân thành nhất đến tất cả các thành viên trong gia đình – những người đã yêu thương, chia sẻ, nâng đỡ và hỗ trợ cho tôi thực hiện thành công luận án này.

Tác giả luận án

Trần Nguyễn Trà My

DANH MỤC CÁC TỪ VIẾT TẮT

CBYT	:	Cán bộ y tế
CI	:	Confidence interval
	:	Khoảng tin cậy
CSHQ	:	Chỉ số hiệu quả
CSM	:	Chăm sóc mắt
DVYT	:	Dịch vụ y tế
ĐNT	:	Đếm ngón tay
ĐTĐ	:	Đái tháo đường
GDSK	:	Giáo dục sức khỏe
HQCT	:	Hiệu quả can thiệp
KCB	:	Khám chữa bệnh
MP	:	Mắt phải
MT	:	Mắt trái
NA	:	Nhãn áp
OR	:	Odds Ratio
	:	Tỷ suất chênh
THA	:	Tăng huyết áp
TL	:	Thị lực
TTT	:	Thể thủy tinh
TTYT	:	Trung tâm y tế
TYT	:	Trạm y tế
WHO	:	World Health Organiation
	:	Tổ chức y tế thế giới
YTCS	:	Y tế cơ sở

MỤC LỤC

ĐẶT VẤN ĐỀ.....	1
Chương 1: TỔNG QUAN TÀI LIỆU.....	4
1.1. Đại cương về bệnh glôcôm.....	4
1.2. Sử dụng dịch vụ chăm sóc mắt trong bệnh glôcôm.....	14
1.3. Hành vi sức khỏe và truyền thông thay đổi hành vi	21
1.4. Các mô hình can thiệp để tăng sử dụng dịch vụ chăm sóc mắt trong bệnh glôcôm trên thế giới và tại Việt Nam	25
1.5. Địa bàn nghiên cứu	39
Chương 2: ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU	41
2.1. Đối tượng nghiên cứu	41
2.2. Phương pháp nghiên cứu	42
Chương 3: KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU.....	67
3.1. Tỷ lệ hiện mắc glôcôm và tình hình sử dụng dịch vụ chăm sóc mắt trong bệnh glôcôm của người dân trên 40 tuổi tại Thành phố Huế	67
3.2. Xây dựng mô hình can thiệp	80
3.3. Đánh giá kết quả can thiệp	88
Chương 4: BÀN LUẬN.....	103
4.1. Tỷ lệ hiện mắc bệnh glôcôm và tình hình sử dụng dịch vụ chăm sóc mắt trong bệnh glôcôm ở người trên 40 tuổi tại thành phố Huế	103
4.2. Xây dựng mô hình can thiệp	119
4.3. Đánh giá kết quả can thiệp	129
4.4. Những điểm mới của nghiên cứu	137
KẾT LUẬN.....	139
KIẾN NGHỊ.....	141
TÀI LIỆU THAM KHẢO	
DANH MỤC CÁC CÔNG TRÌNH KHOA HỌC LIÊN QUAN ĐÃ CÔNG BỐ	
PHỤ LỤC	

DANH MỤC BẢNG

Bảng 1.1.	Tỉ lệ glôcôm nguyên phát và tỉ lệ mù lòa ghi nhận từ các nghiên cứu trong cộng đồng khác nhau trong khu vực	10
Bảng 1.2.	Cấp độ chăm sóc glôcôm.....	26
Bảng 2.1.	Cỡ mẫu cần chọn giai đoạn nghiên cứu cắt ngang	45
Bảng 3.1.	Đặc điểm chung của người dân	67
Bảng 3.2.	Phân bố về tỉ lệ người có yếu tố nguy cơ bệnh glôcôm	68
Bảng 3.3.	Phân bố về tỉ lệ mắc bệnh glôcôm theo thời điểm phát hiện.....	68
Bảng 3.4.	Phân bố về hình thái bệnh glôcôm	69
Bảng 3.5.	Phân bố mắt bị glôcôm	69
Bảng 3.6.	Phân bố về giai đoạn và thị lực bệnh nhân glôcôm.....	69
Bảng 3.7.	Phân bố nội dung kiến thức của người dân về bệnh glôcôm.....	70
Bảng 3.8.	Phân bố kiến thức, thái độ, thực hành của người dân về bệnh glôcôm	72
Bảng 3.9.	Mô hình hồi quy logistics đa biến xác định các yếu tố liên quan đến kiến thức	73
Bảng 3.10.	Mô hình hồi quy logistics đa biến xác định các yếu tố liên quan đến thái độ	74
Bảng 3.11.	Mô hình hồi quy logistics đa biến xác định các yếu tố liên quan đến thực hành	75
Bảng 3.12.	Đặc điểm dịch vụ truyền thông về bệnh glôcôm	76
Bảng 3.13.	Phân bố về đặc điểm khám mắt của người dân	77
Bảng 3.14.	Phân bố về lý do không đi khám mắt thường xuyên của người dân	77
Bảng 3.15.	Phân bố về tỉ lệ khám sàng lọc bệnh glôcôm	78
Bảng 3.16.	Mô hình hồi quy logistics đa biến xác định các yếu tố liên quan đến sử dụng dịch vụ khám sàng lọc bệnh glôcôm	79
Bảng 3.17.	Phân bố về tỉ lệ bệnh nhân glôcôm có sử dụng dịch vụ điều trị.....	80
Bảng 3.18.	Đặc điểm chung của cán bộ y tế	80
Bảng 3.19.	Trang thiết bị phục vụ cho phát hiện và theo dõi glôcôm	81
Bảng 3.20.	Kiến thức, thái độ của cán bộ y tế về bệnh glôcôm	81

Bảng 3.21. Khả năng thực hiện được các thủ thuật để chẩn đoán, theo dõi bệnh glôcôm ở trạm y tế	81
Bảng 3.22. Số lượng chẩn đoán glôcôm của bác sĩ, y sĩ	82
Bảng 3.23. Thực hành của cán bộ y tế về bệnh glôcôm	82
Bảng 3.24. Phân bố về đặc điểm sử dụng dịch vụ chăm sóc mắt của người dân tại trạm y tế	82
Bảng 3.25. Hoạt động nâng cao năng lực	87
Bảng 3.26. Can thiệp về truyền thông gián tiếp.....	87
Bảng 3.27. Hỗ trợ can thiệp y tế	88
Bảng 3.28. Đặc điểm nhân khẩu học cán bộ y tế nhóm can thiệp và nhóm chứng ..	88
Bảng 3.29. Thay đổi kiến thức về bệnh glôcôm của cán bộ y tế cơ sở ở nhóm can thiệp so với nhóm chứng	89
Bảng 3.30. Thay đổi kiến thức về bệnh glôcôm của cán bộ y tế cơ sở ở các nhóm thời điểm trước và sau can thiệp.....	89
Bảng 3.31. Thay đổi thái độ về bệnh glôcôm của cán bộ y tế cơ sở ở nhóm can thiệp so với nhóm chứng	90
Bảng 3.32. Thay đổi thái độ về bệnh glôcôm của cán bộ y tế cơ sở ở các nhóm thời điểm trước và sau can thiệp.....	90
Bảng 3.33. Thay đổi thực hành về khám phát hiện bệnh glôcôm của cán bộ y tế cơ sở ở các nhóm can thiệp so với nhóm chứng	91
Bảng 3.34. Thay đổi thực hành về khám phát hiện bệnh glôcôm của cán bộ y tế cơ sở ở các nhóm thời điểm trước và sau can thiệp	91
Bảng 3.35. Đặc điểm nhân khẩu học người dân nhóm can thiệp và nhóm chứng ..	92
Bảng 3.36. Thay đổi kiến thức về bệnh glôcôm của người dân ở các nhóm can thiệp so với nhóm chứng	93
Bảng 3.37. Thay đổi kiến thức về bệnh glôcôm của người dân thời điểm trước và sau can thiệp	93
Bảng 3.38. Thay đổi thái độ về bệnh glôcôm của người dân ở các nhóm can thiệp so với nhóm chứng	94

Bảng 3.39.	Thay đổi thái độ về bệnh glôcôm của người dân thời điểm trước và sau can thiệp.....	94
Bảng 3.40.	Thay đổi thực hành về bệnh glôcôm của người dân ở các nhóm can thiệp so với nhóm chứng	95
Bảng 3.41.	Thay đổi thực hành về bệnh glôcôm của người dân ở các nhóm thời điểm trước và sau can thiệp	95
Bảng 3.42.	Thay đổi tỉ lệ khám sàng lọc bệnh glôcôm ở nhóm can thiệp so với nhóm chứng	96
Bảng 3.43.	Thay đổi tỉ lệ khám sàng lọc bệnh glôcôm ở các nhóm thời điểm trước và sau can thiệp	96
Bảng 3.44.	Thay đổi sử dụng dịch vụ điều trị bệnh glôcôm của bệnh nhân glôcôm ở các nhóm can thiệp so với nhóm chứng	97
Bảng 3.45.	Thay đổi sử dụng dịch vụ điều trị bệnh glôcôm của bệnh nhân glôcôm ở các nhóm thời điểm trước và sau can thiệp	97
Bảng 3.46.	Thay đổi tỉ lệ người dân có khám mắt trong vòng một năm ở nhóm can thiệp so với nhóm chứng	98
Bảng 3.47.	Thay đổi tỉ lệ người dân có khám mắt trong vòng một năm các nhóm thời điểm trước và sau can thiệp.....	98
Bảng 3.48.	Thay đổi tỉ lệ khám mắt với mục đích kiểm tra định kỳ ở nhóm can thiệp so với nhóm chứng	99
Bảng 3.49.	Thay đổi thói quen khám mắt với mục đích kiểm tra định kỳ các nhóm thời điểm trước và sau can thiệp.....	99
Bảng 3.50.	Thay đổi thói quen khám mắt ở trạm y tế của nhóm can thiệp so với nhóm chứng	100
Bảng 3.51.	Thay đổi thói quen khám mắt ở trạm y tế của các nhóm thời điểm trước và sau can thiệp	100
Bảng 3.52.	Đặc điểm nhân khẩu học người bệnh glôcôm, nguy cơ và nghi ngờ glôcôm nhóm can thiệp và nhóm chứng	101
Bảng 3.53.	Đặc điểm lâm sàng	102

DANH MỤC BIỂU ĐỒ

Biểu đồ 3.1.	Phân bố về tỉ lệ bệnh glôcôm	68
Biểu đồ 3.2.	Phân bố thái độ của người dân về bệnh glôcôm	71
Biểu đồ 3.3.	Phân bố thực hành của người dân về bệnh glôcôm	72
Biểu đồ 3.4.	Phân bố theo lựa chọn cơ sở khám chữa bệnh nếu bị bệnh về mắt ..	78

DANH MỤC SƠ ĐỒ

Sơ đồ 1.1.	Khung lý thuyết sử dụng dịch vụ y tế	15
Sơ đồ 1.2.	Mô hình Precede và Proceed	24
Sơ đồ 1.3.	Mô hình sàng lọc dựa vào yếu tố nguy cơ.....	27
Sơ đồ 1.4.	Mạng lưới chăm sóc mắt tại Việt Nam	31
Sơ đồ 2.1.	Thiết kế nghiên cứu	42
Sơ đồ 2.2.	Khung lý thuyết cho nghiên cứu	55

DANH MỤC HÌNH

Hình 1.1.	Glôcôm góc đóng cấp	4
Hình 1.2.	Hệ thống Dixpanxe	25
Hình 1.3.	Mô hình quản lý bệnh glôcôm bánh xe và nan hoa	29
Hình 1.4.	Mô hình chăm sóc mắt Bệnh viện mắt LV Prasad	30
Hình 1.5.	Bản đồ hành chính Thành phố Huế	40

ĐẶT VẤN ĐỀ

Glôcôm là bệnh lý thần kinh thị giác với tổn thương tiến triển các tế bào hạch võng mạc, đặc trưng bởi tổn thương thị trường và đầu dây thần kinh thị giác, thường liên quan đến tình trạng nhãn áp cao. Trong số các bệnh lý mắt, glôcôm khá thường gặp, rất nguy hiểm, mang tính xã hội cao, ảnh hưởng đến sức khỏe cộng đồng. Mù lòa do bệnh glôcôm được xếp vào loại mù lòa không chữa được vì những tổn hại về chức năng và thực thể do glôcôm gây ra sẽ không có khả năng hồi phục. Nhiều nghiên cứu hiện nay ghi nhận bệnh glôcôm xếp vị trí thứ hai trong các nguyên nhân gây mù, thường chỉ sau bệnh đục thể thủy tinh ở những nước đang phát triển hoặc bệnh võng mạc đái tháo đường ở những nước phát triển [48], [55], [64], [75], [77].

Trên toàn thế giới, ước tính số người mắc bệnh glôcôm là 76 triệu người vào năm 2020, số lượng này sẽ tăng 74% lên 111,8 triệu người vào năm 2040 [48]. Sự gia tăng tổng số người bị glôcôm được lý giải do tăng số lượng người cao tuổi – được xem là yếu tố nguy cơ quan trọng của glôcôm. Châu Á vẫn là châu lục có số bệnh nhân glôcôm góc mở và góc đóng nhiều nhất với số lượng tương ứng góc mở là 18,8 triệu người, glôcôm góc đóng là 9 triệu người. Tại Châu Á, Nam Á là khu vực chịu gánh nặng bệnh tật lớn nhất do glôcôm vì số lượng bệnh nhân glôcôm tăng nhanh và dự kiến sẽ trở thành khu vực có số lượng bệnh glôcôm đông nhất Châu Á [112].

Kết quả điều tra gần đây tại Việt Nam cho thấy, tỉ lệ mù hai mắt do glôcôm khoảng 6,4%, chiếm thứ ba trong các nguyên nhân gây mù. Việt Nam hiện nay có khoảng 329.300 người mù do glôcôm [83].

Glôcôm là bệnh mạn tính, không hồi phục và hiện tại chưa có phương pháp điều trị triệt để, chỉ có thể kiểm soát làm chậm tiến triển của bệnh. Do đó, sàng lọc phát hiện sớm và quản lý điều trị tốt là cách duy nhất giúp bệnh nhân glôcôm tránh được hậu quả mù lòa [104], [110]. Mặc dù tình trạng mù lòa do glôcôm có thể phòng tránh được, nhưng phần lớn trường hợp người bệnh glôcôm không được chẩn đoán. Ở những quốc gia phát triển, 50% bệnh nhân không biết mình mắc bệnh glôcôm. Tỉ lệ này lên đến trên 90% ở những quốc gia đang phát triển [78]. Một nghiên cứu cộng đồng thực hiện tại Đà Nẵng, Việt Nam cho thấy, tỉ lệ bị bệnh glôcôm ở người trên 40 tuổi là 4,86% trong đó 66,9% bệnh nhân glôcôm trong cộng

đồng không biết mình bị bệnh và chưa được khám, điều trị [34].

Thực trạng hạn chế sử dụng dịch vụ chăm sóc mắt trong bệnh glôcôm xảy ra phổ biến trên toàn thế giới nói chung và tại Việt Nam nói riêng. Đối với người dân, thiếu kiến thức về bệnh glôcôm, chưa có thái độ đúng về sự nguy hiểm của bệnh và thiếu ý thức khám sàng lọc sớm dẫn đến hạn chế sử dụng các dịch vụ chăm sóc mắt trong bệnh glôcôm [113]. Theo nghiên cứu của Đào Thị Lâm Hường hầu hết người dân không có kiến thức về bệnh glôcôm, tại Nam Định 96,1% người dân không có kiến thức tốt, thái độ chưa tốt chiếm 61,2% dẫn đến tỉ lệ thực hành tốt không vượt quá 10% [23].

Về phía hệ thống cung cấp dịch vụ y tế, tại Việt Nam, các dịch vụ chăm sóc mắt cho bệnh glôcôm chỉ được cung cấp từ bệnh viện tuyến huyện trở lên dẫn đến quá tải tại các tuyến có khả năng chẩn đoán điều trị glôcôm. Bên cạnh đó, trang thiết bị còn nghèo nàn và khả năng cung cấp dịch vụ còn nhiều bất cập, nhất là tại tuyến xã phường. Trạm y tế với thế mạnh gần các khu dân cư và được giao trách nhiệm khám chữa bệnh ban đầu, truyền thông giáo dục sức khỏe, xử trí cấp cứu các bệnh lý trong đó có bệnh mắt, tuy nhiên, khả năng cung cấp dịch vụ chăm sóc mắt cho bệnh glôcôm của trạm y tế hiện còn rất đơn giản và hạn chế [45].

Với một bệnh lý gây tổn hại thị giác không hồi phục nhưng người dân rất hạn chế sử dụng các dịch vụ chăm sóc mắt trong bệnh glôcôm đặt ra việc cần có một mô hình can thiệp tận dụng được thế mạnh của trạm y tế trong truyền thông giáo dục sức khỏe nâng cao kiến thức, thái độ, thực hành về bệnh glôcôm cho người dân. Bên cạnh đó có thể phát hiện sớm, tư vấn chuyển tuyến và quản lý glôcôm, giúp bệnh nhân phát hiện sớm, điều trị kịp thời bảo tồn thị lực, cải thiện chất lượng cuộc sống.

Đó là lý do chúng tôi thực hiện đề tài: “Tình hình sử dụng dịch vụ chăm sóc mắt trong bệnh glôcôm và mô hình can thiệp ở người dân trên 40 tuổi tại thành phố Huế” nhằm 2 mục tiêu:

1. *Mô tả tỉ lệ hiện mắc glôcôm và tình hình sử dụng dịch vụ chăm sóc mắt trong bệnh glôcôm ở người dân trên 40 tuổi tại thành phố Huế năm 2017.*
2. *Xây dựng và đánh giá kết quả mô hình can thiệp tăng sử dụng dịch vụ chăm sóc mắt trong bệnh glôcôm ở người dân trên 40 tuổi tại thành phố Huế.*

Ý NGHĨA KHOA HỌC VÀ THỰC TIỄN

Ý nghĩa khoa học

Glôcôm được xếp vào bệnh lý gây mù loà không chữa được, tuy nhiên có thể phòng tránh được mù loà do glôcôm bằng cách phát hiện sớm, điều trị phù hợp và phải được theo dõi thường xuyên, tái khám định kỳ. Việc cung cấp dịch vụ chăm sóc mắt trong bệnh glôcôm chủ yếu được thực hiện ở tuyến y tế có chuyên khoa mắt. Thực tế cho thấy rất ít người dân trong cộng đồng được sử dụng các dịch vụ chăm sóc mắt trong bệnh glôcôm, vì vậy khi phát hiện ra thì thị lực rất thấp, thị trường thu hẹp, nguy cơ mù loà cao.

Nghiên cứu đã áp dụng phương pháp khoa học để mô tả tỉ lệ hiện mắc glôcôm ở người trên 40 tuổi, thực trạng các dịch vụ chăm sóc mắt trong bệnh glôcôm về cả hai phía: người sử dụng dịch vụ và phía cung cấp dịch vụ, tìm hiểu các yếu tố liên quan để đưa ra một mô hình can thiệp phù hợp nhằm giúp người dân tăng cường sử dụng dịch vụ chăm sóc mắt trong bệnh glôcôm hiệu quả tại cộng đồng với sự tham gia của y tế cơ sở.

Ý nghĩa thực tiễn

Xác định được tỉ lệ hiện mắc glôcôm ở người dân trên 40 tuổi tại thành phố Huế.

Mô tả được tình hình sử dụng dịch vụ chăm sóc mắt trong bệnh glôcôm cũng như các yếu tố liên quan.

Xây dựng được mô hình can thiệp với ba nhóm giải pháp trong đó có sự huy động của tuyến y tế cơ sở dựa trên quy định về chức năng nhiệm vụ và các trang thiết bị sẵn có của trạm y tế. Góp phần giúp người dân tăng cường sử dụng dịch vụ chăm sóc mắt trong bệnh glôcôm, giúp phát hiện sớm, điều trị kịp thời, bảo tồn thị lực cho bệnh nhân.

Chương 1

TỔNG QUAN TÀI LIỆU

1.1. ĐẠI CƯƠNG VỀ BỆNH GLÔCÔM

1.1.1. Tổng quan về bệnh glôcôm

1.1.1.1. Định nghĩa

Glôcôm là bệnh lý của thần kinh thị giác với những cơ chế bệnh sinh khác nhau khởi phát bằng tổn thương các tế bào hạch võng mạc và lớp sợi thần kinh. Trên lâm sàng được biểu hiện bằng teo lõm đĩa thị giác, tổn thương thị trường điển hình và thường liên quan đến tăng nhãn áp (NA) [12], [22].

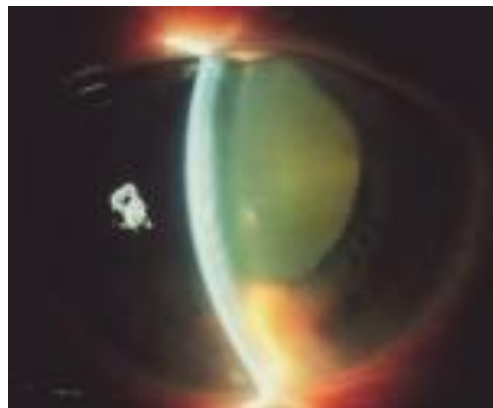
1.1.1.2. Phân loại glôcôm

Phân loại phổ biến nhất hiện nay của glôcôm gồm 3 nhóm chính [22].

- Glôcôm nguyên phát: glôcôm góc đóng nguyên phát, glôcôm góc mở nguyên phát.
- Glôcôm thứ phát: glôcôm góc đóng thứ phát, glôcôm góc mở thứ phát, glôcôm góc đóng thứ phát có hoặc không có nghẽn đồng tử, glôcôm liên quan đến các bệnh khác tại mắt, glôcôm góc mở thứ phát xuất hiện sau điều trị.
- Glôcôm bẩm sinh.

1.1.1.3. Triệu chứng bệnh glôcôm

- Glôcôm góc đóng nguyên phát cơn cấp: đau nhức mắt dữ dội, đột ngột, lan lên nửa đầu cùng bên. Giảm thị lực (TL), nhìn đèn thấy quầng màu sắc kèm theo buồn nôn, nôn. Giác mạc phù do NA tăng cao. Đồng tử giãn méo do cơ co đồng tử bị liệt. Soi góc tiền phòng: góc đóng hoàn toàn [13], [67].



Hình 1.1. Glôcôm góc đóng cấp

“Nguồn: Bệnh viện Mắt Trung ương, 2018” [5]

- Glôcôm góc đóng nguyên phát bán cấp: bệnh có những chu kỳ giảm TL, đau nhức nhẹ do tăng NA, góc tiền phòng hẹp giúp khẳng định chẩn đoán.

- Glôcôm góc đóng nguyên phát mạn tính: xảy ra sau glôcôm góc đóng cấp hoặc khi góc tiền phòng đóng dần và NA tăng dần. Đĩa thị tổn thương điển hình của glôcôm kèm tổn thương thị trường.

- Glôcôm góc mở nguyên phát: bệnh xuất hiện chậm, âm thầm nên khó phát hiện ở giai đoạn sớm. Triệu chứng cơ năng không rõ ràng. Mắt chỉ căng tức và mờ nhẹ. Không cương tụ hoặc cương tụ rất nhẹ, giác mạc trong, tiền phòng mở rộng. Đáy mắt có teo lõm gai thị tùy mức độ. TL chỉ giảm ở giai đoạn cuối. NA tăng cao, dao động NA trong ngày và chênh lệch NA giữa hai mắt trên 5 mmHg [22].

1.1.1.4. Tiến triển và biến chứng

Glôcôm góc đóng cơn cấp nếu không được điều trị, NA tiếp tục tăng cao kéo dài sẽ dẫn đến mù. Glôcôm góc đóng thể bán cấp có thể tiến triển xuất hiện dưới dạng cơn glôcôm cấp hoặc chuyển sang thể mạn tính. Tiên lượng tùy thuộc vào tình trạng bệnh, giai đoạn bệnh khi bệnh nhân đến khám và điều trị. Nếu không được điều trị, tổn thương đĩa thị và thị trường ngày càng nặng hơn dẫn đến mù không có khả năng hồi phục. Nếu được phát hiện sớm, điều trị đúng và theo dõi thường xuyên thì bệnh nhân có thể tránh được mù loà [5].

1.1.1.5. Điều trị

Phương pháp điều trị glôcôm bao gồm thuốc, laser và phẫu thuật. Mục đích của việc điều trị glôcôm là ngăn chặn bệnh không tiếp tục gây tổn thương đầu dây thần kinh thị giác, duy trì chức năng thị giác cho bệnh nhân được ổn định và lâu dài. Để đạt được mục đích trên cần tuân thủ các nguyên tắc [57]:

- Hạ NA về mức an toàn.
- Sử dụng thuốc liều thấp nhất có thể.
- Điều trị đúng nguyên nhân.
- Lựa chọn phương pháp điều trị phù hợp.
- Theo dõi bệnh nhân một cách chặt chẽ.

1.1.1.6. Phòng bệnh glôcôm

Hiện tại khoa học vẫn chưa tìm ra được phương pháp hữu hiệu để phòng bệnh glôcôm. Tuy nhiên, phòng mù lòa do bệnh glôcôm có thể thực hiện được bằng cách khám mắt định kỳ để phát hiện sớm bệnh glôcôm nhất là ở những đối tượng có yếu tố nguy cơ cao như tuổi trên 40, có tiền sử gia đình mắc bệnh glôcôm, có các bệnh kèm như tăng huyết áp (THA), đái tháo đường (ĐTĐ), bệnh tim mạch...Phát hiện sớm, điều trị kịp thời và quản lý tốt là cách duy nhất bảo tồn TL cho bệnh nhân glôcôm [110].

Các cấp độ dự phòng bệnh glôcôm:

- Dự phòng cấp 0, dự phòng cấp 1: Về mặt lý thuyết, dự phòng cấp 0 tác động vào các điều kiện kinh tế, xã hội và môi trường dẫn đến nguyên nhân mắc bệnh, dự phòng cấp 1 giới hạn số mới mắc của bệnh bằng cách kiểm soát các yếu tố nguy cơ đặc trưng của bệnh. Tuy nhiên, khác với các bệnh không lây nhiễm khác, các yếu tố nguy cơ của bệnh glôcôm phần lớn không can thiệp được (tuổi > 40, giới, tiền sử gia đình...). Mặc dù ĐTĐ, THA cũng là yếu tố nguy cơ của bệnh, tuy nhiên, nhiều nghiên cứu cho thấy, sự kiểm soát tốt đường máu và huyết áp cũng không làm giảm nguy cơ xuất hiện glôcôm.

- Dự phòng cấp II: Dự phòng cấp II nhằm làm giảm bớt các hậu quả trầm trọng của bệnh glôcôm thông qua chẩn đoán và điều trị sớm. Đây chính là cấp độ dự phòng khả thi nhất có thể áp dụng đối với bệnh glôcôm. Để đạt được điều này cần tiến hành chương trình khám sàng lọc để phát hiện bệnh sớm và can thiệp điều trị sớm để đạt được mục tiêu bảo tồn thị giác cho bệnh nhân. Dự phòng cấp II đối với bệnh glôcôm có thể tiến hành bằng cách đo NA và soi đáy mắt giúp phát hiện sớm bệnh glôcôm nhất là trên các đối tượng có yếu tố nguy cơ.

- Dự phòng cấp III: Dự phòng cấp III nhằm làm giảm sự tiến triển hoặc biến chứng của bệnh - là khía cạnh quan trọng của điều trị và phục hồi chức năng. Điều trị và đảm bảo tuân thủ điều trị là nội dung quan trọng đối với dự phòng cấp III trong bệnh glôcôm giúp phòng hậu quả cuối cùng là mù lòa cho bệnh nhân. Phục hồi chức năng, cung cấp dụng cụ trợ thị đối với bệnh nhân bị TL thấp do glôcôm rất

cần thiết để đảm bảo chất lượng cuộc sống cho bệnh nhân và giảm nhẹ gánh nặng bệnh tật cho xã hội [62].

1.1.1.7. Quy trình khám mắt và chẩn đoán bệnh glôcôm

Quy trình khám mắt và chẩn đoán bệnh glôcôm được tiến hành theo các bước sau:

1. Hỏi bệnh: xác định tình trạng bệnh glôcôm, các yếu tố nguy cơ glôcôm của người bệnh, các yếu tố sức khỏe và xã hội làm ảnh hưởng đến điều trị.
2. Khám sinh hiển vi: xác định mức độ tổn thương bán phần trước nhãn cầu do glôcôm, đánh giá góc tiền phòng và tình trạng đĩa thị.
3. Đo NA: xác định chính xác mức độ NA (yếu tố quan trọng nhất) trong chẩn đoán và theo dõi bệnh glôcôm.
4. Soi góc tiền phòng: xác định mức độ đóng góc và các bất thường khác ở góc tiền phòng trong các hình thái glôcôm nguyên phát và thứ phát.
5. Soi đáy mắt: xác định mức độ tổn thương của đĩa thị và lớp sợi thần kinh.
6. Đo thị trường: phát hiện các tổn thương của thị trường, giai đoạn tiến triển của bệnh glôcôm [5].

1.1.2. Dịch tễ học bệnh glôcôm

1.1.2.1. Tỷ lệ hiện mắc bệnh glôcôm

- Trên thế giới

+ Tổng hợp trên toàn thế giới

Theo báo cáo của Tổ chức Y tế Thế giới (WHO), năm 2010 có 7,6 triệu người bị mù do bệnh glôcôm với 4,3 triệu do glôcôm góc mở và 3,3 triệu do glôcôm góc đóng. Đến năm 2020, số người mù do glôcôm dự kiến sẽ tăng lên 11,5 triệu người, với 5,9 triệu người do glôcôm góc mở. Sự gia tăng tỷ lệ mù lòa này chủ yếu diễn ra ở châu Á và châu Phi, có thể được cho là do sự gia tăng dân số đáng kể ở các quốc gia này [57].

Nghiên cứu tổng hợp của Hội nhãn khoa Hoa Kỳ về tỷ lệ glôcôm trên toàn thế giới ghi nhận số người hiện mắc bệnh glôcôm là 76 triệu người vào năm 2020 và tăng 74% lên 111,8 triệu người vào năm 2040 [48]. Sự gia tăng tổng số người bị glôcôm được lý giải do tăng số lượng người cao tuổi, được xem là yếu tố nguy cơ

quan trọng của glôcôm: xảy ra chủ yếu ở Châu Á và Châu Phi so với các vùng có tỉ lệ người cao tuổi thấp hơn như Châu Âu và Bắc Mỹ [56]. Điều này nhấn mạnh sự cần thiết phải cải thiện hệ thống y tế nhằm chẩn đoán và điều trị glôcôm ở khu vực Châu Á và Châu Phi. Châu Á vẫn là châu lục có số bệnh nhân glôcôm góc mở và góc đóng nhiều nhất với số lượng tương ứng góc mở là 18,8 triệu người, glôcôm góc đóng là 9 triệu người [112].

+ Châu Mỹ

Theo nghiên cứu của Hội Khúc xạ Hoa Kỳ, vào năm 2005, số lượng bệnh nhân glôcôm người Mỹ trên 40 tuổi ước tính là 2,2 triệu người. Cùng với sự già hóa dân số nhanh, số lượng này sẽ tăng 50% lên 3,36 triệu người vào năm 2020. Một nửa số bệnh nhân này không hề biết mình mắc bệnh [114].

Nghiên cứu của Priya Gupta về tình hình glôcôm tại Mỹ giai đoạn 2005 – 2008 cho thấy tỉ lệ glôcôm của người trên 40 tuổi là 2,1%. Glôcôm ảnh hưởng 2,9 triệu người với 2,3 triệu người trên 60 tuổi, trong số này có 0,9 triệu người da đen, người Mỹ gốc Mexico và các chủng tộc khác. Tỉ lệ mắc glôcôm cao nhất ở người da đen không có nguồn gốc Tây Ban Nha, tiếp theo là người da trắng không có nguồn gốc Tây Ban Nha, người Mỹ gốc Mexico và một số chủng tộc khác [68].

+ Châu Phi

Donald L. Budenz và cộng sự vào năm 2013 nghiên cứu về tình hình glôcôm ở dân thành thị Châu Phi ghi nhận tỉ lệ glôcôm là 6,8%. Chỉ có 3,3% đối tượng biết được mình mắc glôcôm. 14,4% bị khiếm thị do glôcôm. Tỉ lệ glôcôm góc mở tăng dần theo tuổi, từ 3,7% ở những người 40 - 49 tuổi lên 14,6% ở người từ 80 trở lên. Tỉ lệ glôcôm góc mở ở nam cao hơn nữ ở mọi nhóm tuổi [55].

Theo nghiên cứu năm 2014 của Yih-Chung Tham, tỉ lệ glôcôm ở thành thị cao hơn so với nông thôn 58%. Điều này được lý giải do tỉ lệ cận thị ở thành thị cao hơn nông thôn (cận thị được xem là một trong những yếu tố nguy cơ của glôcôm). Bên cạnh đó là nhiều giả thuyết được đặt ra để lý giải sự khác nhau về tỉ lệ glôcôm giữa thành thị và nông thôn liên quan đến lối sống như stress, ô nhiễm môi trường, chế độ ăn, hoạt động thể lực và nhiều bệnh lý khác. Điều này đặt ra sự cần thiết phải có thêm các nghiên cứu trong tương lai để làm rõ sự khác nhau về tỉ lệ lưu hành bệnh theo khu vực [112].

+ Châu Âu

Miriam Kolko nghiên cứu tình hình glôcôm ở Đan Mạch trong 19 năm nhận thấy: cho đến năm 2015 tổng cộng có 116.592 bệnh nhân mắc bệnh glôcôm đã được xác định trong giai đoạn từ 1996 đến 2015 và 55% bệnh nhân là nữ. Phần lớn các trường hợp (93,9%) được sinh ra ở Đan Mạch. Phần còn lại là từ các quốc gia Scandinavi khác (1,0%) hoặc từ các quốc gia bên ngoài Scandinavia (5,0%). Tỷ lệ mắc mới bệnh glôcôm tăng từ 7.200 lên 8.600 mới hàng năm trong giai đoạn từ năm 1996 đến 2015. Có 3,76% người trên 50 tuổi bị bệnh glôcôm và có tới 10% người trên 80 tuổi phải điều trị glôcôm [74].

Nghiên cứu ở Barbados, phía Bắc Châu Âu, ghi nhận tỷ lệ glôcôm là 7% ở những người trên 40 tuổi. Tỷ lệ glôcôm góc mở ở chủng tộc người da đen và người Châu Mỹ La tinh cao gấp 4 lần so với chủng tộc da trắng. Người da đen cũng có nguy cơ bị mù do glôcôm góc mở cao hơn và nguy cơ này tăng dần theo tuổi. Cùng một độ tuổi 46-65, người da đen có nguy cơ mù cao gấp 15 lần người da trắng [106].

+ Châu Á

Paul Chandrima vào năm 2016 thực hiện nghiên cứu trên 7.248 người từ 40 tuổi trở lên ở miền đông Ấn Độ ghi nhận tỷ lệ glôcôm ở thành thị là 3,23%, ở nông thôn là 2,7%. Tỷ lệ glôcôm tăng dần theo tuổi, nhất là độ tuổi ≥ 70 (tỷ lệ glôcôm tăng lên trên 4%). Trong đó, 95% bệnh nhân ở thành thị và 98% bệnh nhân ở nông thôn không biết mình mắc bệnh [97].

Nghiên cứu tổng hợp của Hội glôcôm Châu Á Thái Bình Dương cho kết quả về tình hình glôcôm ở Châu Á năm 2018 như sau:

**Bảng 1.1. Tỷ lệ glôcôm nguyên phát và tỉ lệ mù lòa ghi nhận
từ các nghiên cứu trong cộng đồng khác nhau trong khu vực**

“Nguồn: Asia pacific glaucoma guidelines, 2016” [51]

Vị trí nghiên cứu	Năm	N	Tuổi	% góc mở	% góc đóng	% góc mở mù	% góc đóng mù
Hovsgol, Mông Cổ	1994	942	40-87	0,53	1,49	20,0	21,4
Thành thị Melbourne, Úc	2001	3264	40-90+	1,72	0,06	0,0	0,0
Nông thôn Melbourne, Úc	2001	1469	40-90+	1,97	0,07	0,0	0,0
Rom Klao, Thái Lan	2003	701	50-80+	2,28	0,86	25,0	33,3
Tajimin, Nhật Bản	2004	3021	40-80+	3,94	0,63	1,7	5,3
Nông thôn Chennai, Ấn Độ	2006	3924	40-89	1,63	0,87	3,1	2,9
Liwan, Trung Quốc	2006	1372	50-93	2,11	1,53	17,2	42,9
Meiktila, Myanmar	2007	2076	40-70+	1,88	2,50	7,7	61,5
Thành thị Chennai, Ấn Độ	2008	3850	40-80+	3,51	0,88	1,5	14,7
Nghiên cứu Singapore Malay	2008	3280	40-80+	3,17	0,24	9,6	12,5
Kandy, Sri Lanka	2010	1244	40-70+	2,41	0,56	3,3	28,6
Andhra Pradesh, Ấn độ	2010	3724	40-70+		0,94		42,9
Bắc Kinh, Trung Quốc	2010	4315	40-70+	2,57	1,02	0,0	6,8
Namil, Hàn Quốc	2011	1532	40-80+	3,59	0,65	5,5	0,0
Handa, Trung Quốc	2011	6716	40-80+	1,86	0,76	2,4	41,2
Kailu, Trung Quốc	2011	5158	40-70+	1,42	1,74	8,2	6,7
Bin, Trung Quốc	2012	4956	40-70+	0,71	1,57	2,9	14,1
Yunnan, Trung Quốc	2012	2133	50-80+	1,03	0,94	36,4	70,0
Bhaktapur, Nepal	2012	3991	40-80+	1,28	0,43	2,0	5,9
Kumejima, Nhật Bản	2012	3762	40-90+	4,0	3,7	0,7	3,7
						8,6%	20,1%

Như vậy, các nghiên cứu trên đều cho thấy một thực trạng đáng báo động về sự gia tăng tỉ lệ bệnh glôcôm - một trong những bệnh lý gây mù hàng đầu trên thế giới. Nhìn chung, các nghiên cứu trên đều ghi nhận tỉ lệ glôcôm tăng dần theo tuổi và một tỉ lệ khá cao bệnh nhân glôcôm không hề biết mình mắc bệnh.

Châu Á được xem là châu lục có tỉ lệ mắc bệnh glôcôm cao nhất thế giới. Điều này để lại hậu quả gánh nặng bệnh tật cho không những bệnh nhân mà còn cho toàn xã hội. Tuy nhiên, các nghiên cứu về dịch tễ bệnh glôcôm trên quy mô lớn chỉ

được tiến hành chủ yếu ở các nước có nền kinh tế phát triển ở Châu Á. Do vậy, cần có nhiều hơn các nghiên cứu về tình hình glôcôm ở các nước đang phát triển như Việt Nam. Bên cạnh đó, các nghiên cứu đều ghi nhận mốc tuổi 40 là mốc rất quan trọng vì tỉ lệ glôcôm tăng cao từ độ tuổi này. Điều này đặt ra sự cần thiết phải khám sàng lọc cho người trên 40 tuổi để phát hiện và điều trị glôcôm kịp thời.

- Tại Việt Nam

+ Miền Bắc

Phạm Thị Thu Hà nghiên cứu về tình hình glôcôm góc mở tại Bệnh viện Mắt Trung ương cho thấy số lượng và tỉ lệ glôcôm góc mở so với tổng số bệnh nhân glôcôm tăng dần qua từng năm, từ 5,4% (2004) lên 9,7% (2008). Đa phần glôcôm gặp ở người trên 40 tuổi. Số bệnh nhân bị bệnh tim mạch chiếm tỉ lệ cao nhất trong các nhóm bệnh nhân nghiên cứu (8,6%). 3% bệnh nhân có người thân mắc bệnh glôcôm, 33,1% có tiền sử dùng corticoid. 50,3% nguy cơ cao mất chức năng thị giác. 75,6% bệnh nhân ở giai đoạn bệnh tiến triển, giai đoạn sơ phát chỉ chiếm 21,9% [17].

Một nghiên cứu về tình hình glôcôm năm 2008 trong cộng đồng hai huyện của tỉnh Thái Bình cho kết quả: tỉ lệ bệnh nhân glôcôm chiếm 2,3% dân số. Tỉ lệ nghi ngờ glôcôm là 4,3%. Thể glôcôm góc đóng nguyên phát: 80,9%, góc đóng thứ phát: 15,5%. Phần lớn bệnh nhân glôcôm tập trung ở lứa tuổi 60 – 79 chiếm 57,8%. Glôcôm hay gặp hơn ở nữ với tỉ lệ 74,4%, chỉ 25,6% bệnh nhân là nam giới. Tác giả ghi nhận 27,7% bệnh nhân có tiền sử gia đình có người thân bị bệnh glôcôm [30].

+ Miền Trung

Tại Huế, Bùi Thị Như Quỳnh tiến hành khảo sát tình hình NA của bệnh nhân trên 40 tuổi đến khám tại Bệnh viện Trường Đại học Y-Dược Huế năm 2014 cho các kết quả: tỉ lệ của glôcôm góc đóng chiếm 4,82%, glôcôm góc mở: 1,61%. Ở các bệnh nhân có tăng NA, nữ giới chiếm tỉ lệ 5,62%, cao hơn nam giới, chiếm 2,81%. NA trung bình tăng dần theo tuổi: tăng NA ở nhóm tuổi 60 - 69 chiếm tỉ lệ cao nhất với 3,41% [31].

Nghiên cứu của Lưu Thị Thanh Tâm năm 2014 về tình hình bệnh glôcôm ở 2818 người trên 40 tuổi tại thành phố Đà Nẵng cho kết quả tỉ lệ mắc bệnh glôcôm: 4,86%. Tỉ lệ bệnh nhân glôcôm bị mù chiếm 11,66%. Tỉ lệ theo dõi góc đóng nguyên phát của nữ là 14,56%, cao gấp 2 lần nam. Những yếu tố liên quan với glôcôm là tiền sử trong gia đình có bệnh glôcôm, tiền sử THA, ĐTĐ [34].

Lê Thị Nga tiến hành nghiên cứu năm 2017 về tình hình tăng NA ở 400 người trên 40 tuổi tại thành phố Huế ghi nhận kết quả: nhóm tuổi 60 - 69 chiếm tỉ lệ cao nhất: 37,25%. Trị số NA trung bình của người dân là 15,69 mmHg, NA từ 10 - 21 mmHg chiếm 96,87%, tăng NA $\geq$ 25 mmHg chiếm 2,25%. Có mối tương quan thuận giữa NA và tuổi, khi tuổi tăng thì NA cũng tăng. Tác giả còn ghi nhận có sự liên quan giữa tình trạng tăng NA với đục thể thủy tinh (TTT), ĐTD và tiền sử gia đình bị glôcôm [27].

Nguyễn Văn Chính thực hiện nghiên cứu trong năm 2018 ở 55 mắt của 39 bệnh nhân glôcôm khám và điều trị tại Bệnh viện Trường Đại học Y-Dược Huế. Kết quả: hình thái bệnh glôcôm góc đóng chiếm 69,23%, glôcôm góc mở chiếm 30,77%; 84,62% bệnh nhân có triệu chứng giảm TL. Độ tuổi trung bình của bệnh nhân glôcôm là $69,4 \pm 10,8$, trong đó nữ giới chiếm tỉ lệ đa số: 64,10% [9].

+ Miền Nam

Trần Thị Nguyệt Thanh vào năm 2000 nghiên cứu trên 79 mắt glôcôm góc đóng giai đoạn sớm ghi nhận đa số bệnh nhân là nữ chiếm 68,75% và độ tuổi 50 – 60 là chủ yếu. Các bệnh nhân này được laser mỏng mắt và 100% góc tiền phòng mở rộng sau can thiệp [35].

Phạm Minh Đức năm 2003 tiến hành đo NA trên 826 mắt của người Việt Nam trên 20 tuổi cho thấy trị số NA trung bình là 15,38-22,52 mmHg. Tỉ lệ tăng NA ở người 40 tuổi trở lên có ý nghĩa thống kê [14].

Nguyễn Thị Ngọc Liên tiến hành soi góc cho 418 bệnh nhân đến khám mắt tại Bệnh viện Mắt thành phố Hồ Chí Minh năm 2011 ghi nhận tần suất góc tiền phòng hẹp từ độ 0-2 ở người trên 40 tuổi khá cao: 33%, trong đó 12,4% có nguy cơ phát triển thành glôcôm góc đóng. Nguy cơ tăng theo tuổi và tỉ lệ nữ gấp 3,5 lần nam [25].

Như vậy, các nghiên cứu về dịch tễ bệnh glôcôm tại Việt Nam đều nhận thấy tỉ lệ bệnh glôcôm tăng dần theo tuổi, trong đó rất nhiều trường hợp bệnh không được phát hiện. Điểm chung các nghiên cứu đều xác định các yếu tố nguy cơ chính của glôcôm là tuổi, tiền sử gia đình mắc glôcôm, tiền sử bệnh toàn thân như THA, ĐTD. Đây chính là những yếu tố nguy cơ có thể phát hiện được và thông qua đó có thể xây dựng các mô hình sàng lọc phát hiện sớm dựa trên sự xuất hiện các yếu tố nguy cơ này.

1.1.2.2. Các yếu tố nguy cơ của bệnh glôcôm

- Giới

Các điều tra dân số cho thấy glôcôm góc đóng, nhất là glôcôm góc đóng cấp tính thường gặp ở nữ giới nhiều hơn nam giới 4 lần do mắt nữ giới có độ sâu tiền phòng nông hơn, TTT dày hơn, nhô ra trước hơn so với nam giới. Ngược lại, glôcôm góc mở nguyên phát lại hay gặp ở nam nhiều hơn nữ, cao hơn khoảng 1,7 lần so với nữ [22].

- Tuổi

Tuổi được xem là yếu tố nguy cơ chính của bệnh glôcôm [120]. Tuổi càng cao, tỉ lệ mắc glôcôm càng nhiều do độ sâu tiền phòng giảm dần theo tuổi. Hầu hết nghiên cứu đều nhận thấy glôcôm thường xảy ra ở người trên 40 tuổi: tỉ lệ glôcôm cao gấp 10 lần ở những người dưới 40 tuổi. Tỉ lệ mất TL do glôcôm cũng tăng dần theo tuổi: từ 0,7% ở những người dưới 40 tuổi đến 4,8% ở những người từ 60 tuổi trở lên [115].

- Tật khúc xạ

Mặc dù có thể xảy ra trên mỗi mắt với các tật khúc xạ khác nhau, nhưng glôcôm góc mở thường liên quan đến cận thị nhiều hơn. Nhiều nghiên cứu cho thấy cận thị chiếm tỉ lệ cao ở bệnh nhân glôcôm góc mở. Tỉ lệ glôcôm góc mở trong nhóm cận thị trên 6 điốp cao hơn so với các nhóm khác. Ở mắt cận thị, do vị trí trước của ống Schlemm và cơ thể mi kém phát triển nên thường có hệ số thuận lưu thấp hơn và NA cao hơn chỉ số bình thường. Ngược lại, glôcôm góc đóng lại liên quan đến mắt viễn thị với giác mạc nhỏ, tiền phòng nông, góc móng mắt giác mạc hẹp [22].

- Di truyền

Tiền sử gia đình là yếu tố tiên lượng có ý nghĩa trong bệnh glôcôm nguyên phát, đặc biệt là glôcôm góc mở. Nguy cơ mắc bệnh glôcôm được ghi nhận cao hơn 2,1 lần ở những người có tiền sử gia đình bị glôcôm, tuy nhiên, nguy cơ này cũng thay đổi tùy theo sự gần gũi về mặt di truyền (đời thứ nhất, thứ 2 thậm chí thứ 3). Nguy cơ NA tăng lên 22% ở những người có tiền sử gia đình mắc glôcôm so với nguy cơ 2,3% nếu không có tiền sử [86].

- Corticosteroid

Corticosteroid là một dạng thuốc chống viêm để điều trị nhiều bệnh lý của nhãn cầu cũng như bệnh toàn thân. Sử dụng corticosteroid làm giảm dẫn lưu thủy dịch ra ngoài nhãn cầu. Nhiều học thuyết cho rằng tác động kéo dài của corticosteroid gây ức chế giáng hóa

glycosaminoglycan. Sự lắng đọng các glycol protein ngấm nước này khiến các khe kẽ của vùng bề bị thu hẹp làm giảm khả năng thâm dịch của vùng bề, qua đó gây tăng NA [22].

- Đái tháo đường

Theo Ying-Xi Zhao, nguy cơ bị glôcôm tăng 36% ở những người ĐTĐ so với những người không bị ĐTĐ. ĐTĐ sẽ dẫn đến tổn thương mao mạch, giảm lượng máu đến võng mạc và thần kinh thị giác gây thiếu oxy và dinh dưỡng cho các tế bào sợi trục dẫn đến sự thoái hóa của lớp tế bào hạch là khởi đầu cho tổn thương của glôcôm. Giả thuyết thứ 2 là sự tăng đường máu và lipid máu gây tổn thương tế bào thần kinh, khiến lớp tế bào hạch dễ bị tiêu diệt. Thứ 3, sự tăng lượng đường trong thủy dịch sẽ kích thích tổng hợp và tích lũy fibronectin trong mạng lưới bề dẫn đến suy giảm dòng chảy qua vùng bề [121].

- Tăng huyết áp

THA được xem là yếu tố làm nặng glôcôm. Cơ chế được lý giải do THA gây tăng vận chuyển Natri qua biểu mô dẫn đến thừa Natri trong thủy dịch [80]. Zheng cho rằng THA dẫn đến tăng áp lực động mạch thể mi kéo theo tăng các thành phần siêu lọc trong thủy dịch dẫn đến tăng NA [70]. Người ta nhận thấy có sự tương quan thuận giữa huyết áp và NA ở một số bệnh nhân glôcôm có THA. Nghiên cứu mắt Baltimore ghi nhận NA cao hơn 1,5 mmHg ở những bệnh nhân có huyết áp tâm thu trên 160 mmHg so với nhóm huyết áp tâm thu dưới 110 mmHg [118].

- Tiền sử chấn thương, phẫu thuật

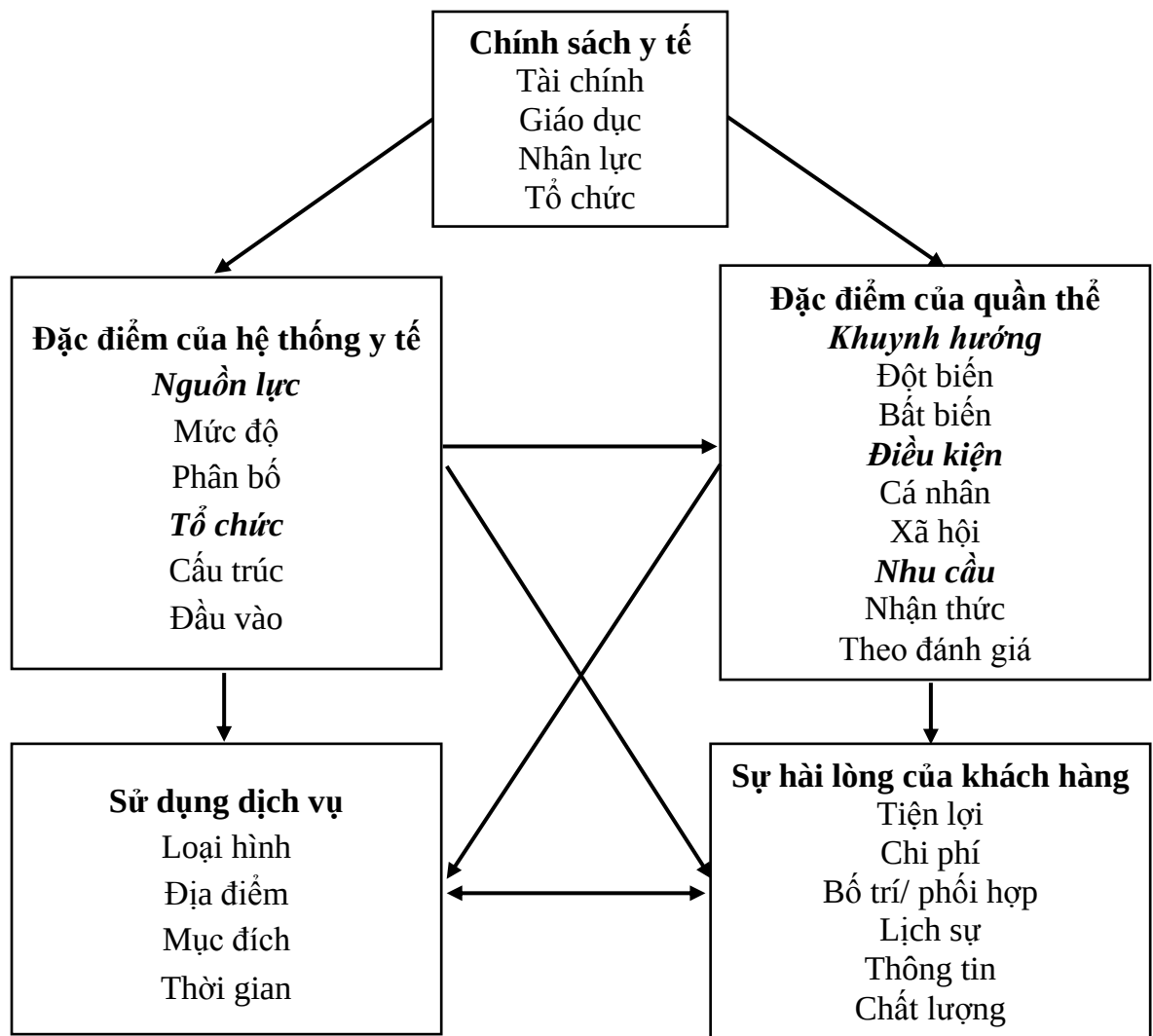
Theo Hội nhãn khoa Hoa Kỳ, chấn thương đụng dập, chấn thương xuyên có thể gây ra glôcôm bởi chấn thương trực tiếp vùng bề hoặc tắc nghẽn vùng bề do máu và các thành phần của quá trình viêm. Glôcôm góc mở có thể xảy ra ngay sau chấn thương hoặc nhiều năm sau đó. Các phẫu thuật như lấy TTT, mổ lỗ rò, ghép giác mạc có thể kéo theo tăng NA [1].

1.2. SỬ DỤNG DỊCH VỤ CHĂM SÓC MẮT TRONG BỆNH GLÔCÔM

1.2.1. Khái niệm về dịch vụ y tế và sử dụng dịch vụ y tế

Theo WHO: dịch vụ y tế (DVYT) bao gồm tất cả các dịch vụ về chẩn đoán, dự phòng, điều trị bệnh tật và các hoạt động chăm sóc, phục hồi sức khỏe [84].

Sử dụng DVYT mô tả việc sử dụng dịch vụ của mọi người với mục đích phòng ngừa và điều trị các vấn đề sức khỏe, thúc đẩy, duy trì sức khỏe hoặc đạt được các thông tin về tình trạng sức khỏe, tiên lượng sức khỏe của một người [65].



Sơ đồ 1.1. Khung lý thuyết sử dụng dịch vụ y tế

“Nguồn: Aday Ann L., Andersen R., 1974” [46]

* *Sử dụng DVYT ảnh hưởng bởi hai yếu tố chính: đặc điểm của hệ thống y tế và đặc điểm của quần thể* [46].

- Hệ thống y tế liên quan đến các cấu trúc để cung cấp dịch vụ chăm sóc y tế cho người sử dụng dịch vụ. Hệ thống y tế đặc trưng bởi hai yếu tố chính: nguồn lực và tổ chức.

+ Yếu tố nguồn lực bao gồm con người và cơ sở vật chất phục vụ cho việc chăm sóc sức khỏe. Cụ thể bao gồm nhân viên y tế, cơ cấu cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe và giáo dục, cơ sở vật chất được sử dụng để cung cấp DVYT và sự phân bổ của các nguồn lực y tế trong một khu vực.

+ Yếu tố tổ chức bao gồm đầu vào và cấu trúc. Đầu vào liên quan đến quá trình đạt được quyền tiếp cận vào hệ thống y tế (thời gian di chuyển, thời gian chờ đợi,...). Cấu trúc bao gồm các đặc điểm của việc cung cấp các DVYT với người dân.

- Đặc điểm của quần thể bao gồm khuynh hướng, điều kiện, nhu cầu, đây là các yếu tố quyết định việc sử dụng dịch vụ.

+ Khuynh hướng: mô tả khuynh hướng sử dụng DVYT của các cá nhân. Các thuộc tính này tồn tại trước khi đối tượng bị bệnh bao gồm tuổi, giới tính, chủng tộc, tôn giáo, các đặc điểm sức khỏe và bệnh tật.

+ Điều kiện: mô tả điều kiện cá nhân sẵn có để sử dụng các dịch vụ. Gồm thuộc tính cá nhân (thu nhập, bảo hiểm...) và các thuộc tính của xã hội (nông thôn-thành thị..).

+ Nhu cầu: liên quan đến mức độ bệnh tật, hay nguyên nhân của việc sử dụng DVYT. Nhu cầu chăm sóc có thể được thúc đẩy bởi chính cá nhân hoặc từ sự khuyến cáo của cơ sở y tế. Trong thực tế, một số người rất hiếm khi tiếp cận với DVYT. Nguyên nhân có thể xuất phát từ các đặc điểm cá nhân hoặc xã hội như tuổi tác, giới tính hoặc đặc điểm của cộng đồng (ví dụ: thành thị - nông thôn). Những yếu tố khác cũng có ảnh hưởng lớn đến việc sử dụng dịch vụ như yếu tố "niềm tin", thu nhập, bảo hiểm y tế. Đây là những vấn đề có thể thay đổi để tăng cường khả năng sử dụng DVYT cho người dân [46].

** Việc sử dụng các dịch vụ y tế được đặc trưng theo loại hình, địa điểm, mục đích và thời gian [46].*

- Loại hình: là loại dịch vụ người sử dụng nhận được và ai đã cung cấp dịch vụ đó: bệnh viện, bác sĩ, nha sĩ, dược sĩ, v.v.

- Địa điểm: là nơi người dân tiếp nhận dịch vụ: phòng khám của bác sĩ, khoa ngoại trú của bệnh viện, phòng cấp cứu, v.v.

- Mục đích sử dụng dịch vụ: để điều trị bệnh tật hoặc dự phòng bệnh tật - ví dụ: kiểm tra sức khỏe, chủng ngừa.

- Khoảng thời gian: thể hiện bằng thời gian sử dụng, lượng, mức độ và tính liên tục.

+ Thời gian sử dụng thể hiện một người có sử dụng DVYT trong một khoảng thời gian nhất định hay không.

- + Lượng đề cập đến tần suất sử dụng DVYT trong một khoảng thời gian nhất định.
- + Tính liên tục thể hiện mức độ liên kết và phối hợp của các loại hình DVYT khi người dân có nhu cầu chăm sóc một vấn đề sức khỏe. Nếu việc tổ chức xây dựng DVYT rời rạc, người dân khó có thể sử dụng DVYT một cách hiệu quả [46].

1.2.2. Các dịch vụ chăm sóc mắt trong bệnh glôcôm

Theo Kyari F. và Khanna R.C., 6 giai đoạn cần thiết khi cung cấp dịch vụ chăm sóc mắt (CSM) trong bệnh glôcôm bao gồm các hoạt động: 1. Nâng cao nhận thức về bệnh. 2. Sử dụng dịch vụ khám sàng lọc phát hiện sớm bệnh glôcôm. 3. Sử dụng dịch vụ chẩn đoán. 4. Chấp nhận và lựa chọn phương pháp điều trị phù hợp. 5. Tuân thủ điều trị, theo dõi, giám sát, quản lý để phát hiện và điều trị tiến triển của bệnh. Tất cả những yếu tố này phối hợp chặt chẽ với nhau.

Để cải thiện khả năng sử dụng của người dân với dịch vụ CSM trong bệnh glôcôm, người dân cần được nâng cao nhận thức về bệnh glôcôm. Nhân viên chăm sóc sức khỏe ban đầu cần được đào tạo để xác định bệnh nhân mắc hoặc có nguy cơ mắc bệnh glôcôm, tham gia vào việc nâng cao nhận thức của người dân và giám sát việc tuân thủ điều trị của bệnh nhân [76].

Bên cạnh đó, những người có yếu tố nguy cơ như trên 40 tuổi, tiền sử gia đình bị glôcôm, THA, ĐTĐ, sử dụng corticoid... nên định kỳ đi khám mắt và sàng lọc glôcôm. Các bước dịch vụ khám sàng lọc bao gồm đo TL, khúc xạ khám bằng máy sinh hiển vi, đo NA và soi đáy mắt với giãn đồng tử [117].

Theo khuyến cáo của Hội Nhãn khoa Việt Nam, các dịch vụ CSM trong bệnh glôcôm được phối hợp với nhau trong một mô hình tổ chức có tên gọi là dixpanxe glôcôm bao gồm các nội dung:

1. Truyền thông giáo dục sức khỏe (GDSK): truyền thông được tiến hành trong cộng đồng về những triệu chứng của bệnh glôcôm và các tác hại của bệnh thông qua hình thức tuyên truyền như báo, phát thanh qua mạng lưới thông tin đại chúng (đài, vô tuyến truyền hình), tranh ảnh, tờ rơi, áp phích.
2. Khám phát hiện sớm: những người trên 40 tuổi nhất là những người có yếu tố nguy cơ cần đi khám mắt và đo NA, soi đáy mắt để phát hiện sớm bệnh glôcôm.

3. Theo dõi và điều trị: đối tượng được chẩn đoán glôcôm cần được điều trị bằng phương pháp phù hợp, tuân thủ phát đồ điều trị. Chú ý mức độ điều chỉnh NA, chế độ lao động sinh hoạt phù hợp.

4. Quản lý: tại các địa phương, cần thiết lập mạng lưới quản lý bệnh glôcôm. Đối tượng quản lý là những người nghi ngờ glôcôm hoặc đã được chẩn đoán glôcôm, ở mọi giai đoạn bệnh.

1.2.3. Tình hình sử dụng dịch vụ chăm sóc mắt trong bệnh glôcôm của người dân

1.2.3.1. Trên thế giới

Dandona thực hiện khảo sát về kiến thức các bệnh mắt vào năm 2001 trên 2522 bệnh nhân tại Ấn Độ ghi nhận chỉ có 2,3% người được phỏng vấn có biết về bệnh glôcôm. Về nguồn tiếp cận thông tin glôcôm: 40,9% tiếp nhận thông tin từ người trong gia đình hoặc bạn bè có bị glôcôm. Chỉ 44,7% trong số những người có biết về glôcôm biết được rằng mất TL trong glôcôm là không thể hồi phục [59].

Nghiên cứu của Zhi Lang Bai năm 2008 về tình hình glôcôm ở tỉnh Quảng Tây Trung Quốc cho thấy 77,78% bệnh nhân chưa được chẩn đoán trước đó và cũng không khám mắt trong vòng 5 năm trước. Do vậy, 66,67% bị giảm TL ở nhiều mức độ, 57,14% trong số những bệnh nhân không được chẩn đoán trước đây bị giảm TL, trong đó mù ở một mắt chiếm 14,29% và 42,86% có TL kém ở một hoặc hai mắt [52].

Nghiên cứu được tiến hành năm 2011 của Muchai nhằm đánh giá sự tuân thủ tái khám của bệnh nhân glôcôm ghi nhận 69,2% đã tái khám đầy đủ, 30,7% bỏ ít nhất 01 lần tái khám; 45,8% bỏ ít nhất 02 lần trở lên [63].

Qua các nghiên cứu trên, có thể thấy sự hạn chế trong sử dụng dịch vụ CSM diễn ra phổ biến nhiều nơi, trên tất cả các khía cạnh: dịch vụ truyền thông, dịch vụ khám và dịch vụ điều trị. Điều này dẫn đến những khó khăn trong phát hiện sớm và quản lý bệnh nhân glôcôm.

Theo nghiên cứu của Lawrence năm 2013, glôcôm còn là một thách thức ở Châu Phi. 50% bệnh nhân khi được chẩn đoán thì đã bị mù một mắt. 90% không biết mình bị glôcôm cho đến khi được phát hiện lần đầu. Mặc dù là một nguyên nhân chính gây mù lòa ở châu Phi, bệnh glôcôm chỉ nhận được sự quan tâm và nguồn lực hạn chế từ các tổ chức phòng chống mù lòa. Sự thiếu hụt nhân viên y tế chuyên khoa

mắt và các mạng lưới CSM khiến 80% dân số Châu Phi (do sinh sống ở nông thôn) phải lên những tuyến cao hơn để được khám chữa bệnh (KCB) về mắt [81].

Theo nghiên cứu tình hình khám sàng lọc glôcôm năm 2016 của Ogbonnaya, có 85,2% người được hỏi trả lời từng đi khám mắt, tuy nhiên chỉ 48,7% người khám kiểm tra mắt thường xuyên kèm theo đã từng sàng lọc glôcôm, 14,8% chưa bao giờ khám mắt hoặc sàng lọc bệnh glôcôm. Tỷ lệ có thái độ tích cực về việc sàng lọc glôcôm là 79,1%. Điều này cho thấy kiến thức và thái độ tốt có thể không kèm theo thực hành tốt [91].

Virtue Fiaiwokome De-Gaulle và cộng sự thực hiện nghiên cứu về sử dụng dịch vụ CSM năm 2016 cho kết quả chỉ có 20,7% người được hỏi từng đi khám mắt. Lý do đi khám mắt là tầm soát các bệnh về mắt như glôcôm, tật khúc xạ, đau mắt và khám để cấp giấy phép lái xe. Sàng lọc glôcôm ít được chọn nhất và khám để cấp giấy phép lái xe là động cơ được chọn cao nhất. Hầu hết lựa chọn sàng lọc ở bệnh viện hoặc phòng khám tư nhân, lựa chọn tiếp theo là các cơ sở y tế công lập [60].

Maria Fernanda Delgado tổng hợp các nghiên cứu năm 2019 cho thấy sự chậm trễ trong chẩn đoán bệnh glôcôm là một thách thức ở các nước đang phát triển, tỷ lệ chẩn đoán glôcôm góc mở: 8% ở nước đang phát triển so với các nước phát triển: 34%, hầu hết bệnh nhân glôcôm bị bệnh mức độ vừa hoặc nặng tại thời điểm phát hiện. Giảm TL đã được báo cáo là khá phổ biến và nghiêm trọng hơn ở các nước đang phát triển. Do đó, phát hiện sớm và quản lý tốt bệnh glôcôm là một điều kiện quan trọng để ngăn ngừa mù lòa, giảm gánh nặng bệnh tật và kinh tế gây ra do bệnh glôcôm ở các nước đang phát triển [61].

Từ các nghiên cứu trên, chúng tôi nhận thấy mặc dù là một bệnh nguy hiểm, nhưng glôcôm vẫn chưa nhận được sự quan tâm đầy đủ và đầu tư nguồn lực phù hợp để có thể tạo điều kiện cho mọi người dễ dàng tiếp cận DVYT khám sàng lọc cũng như điều trị bệnh glôcôm. Sự hạn chế hiểu biết về bệnh cũng là một trong những yếu tố quan trọng tác động đến việc sử dụng CSM trong bệnh glôcôm.

1.2.3.2. Tại Việt Nam

Nghiên cứu thực hiện trên các bệnh nhân glôcôm phát hiện sau sàng lọc cộng đồng của Nguyễn Thị Minh Phương (2008) dựa trên việc hồi cứu 434 hồ sơ bệnh án cho thấy:

đa số bệnh nhân đi khám và điều trị ở giai đoạn muộn khi chức năng thị giác đã bị tổn hại nhiều không có khả năng hồi phục (38% bệnh nhân glôcôm có TL dưới đếm ngón tay (ĐNT) 3m). Phần lớn bệnh nhân glôcôm không tuân thủ tái khám theo khuyến cáo của bác sĩ [30].

Nghiên cứu của Hà Trung Kiên (2011) thực hiện trên các bệnh nhân glôcôm tại Thái Bình ghi nhận chỉ có 3% bệnh nhân từng được tư vấn điều trị. Nguyên nhân chủ yếu có thể do bệnh nhân trong nhóm nghiên cứu chủ yếu là nông dân (79,5%) nên nhận thức và tiếp cận thông tin về bệnh glôcôm còn hạn chế. Đa số trường hợp chỉ có người nhà bệnh nhân đến gặp gỡ trao đổi với bác sĩ về bệnh và phương pháp điều trị cho bệnh nhân, phần lớn bệnh nhân đến điều trị muộn (55,9%) [15].

Hai nghiên cứu nói trên đều có một đặc điểm chung là tỉ lệ khá cao bệnh nhân glôcôm phát hiện bệnh khá muộn, chỉ đi khám và điều trị khi chức năng thị giác đã tổn hại khá nhiều. Điều này dẫn đến nhiều hậu quả nặng nề không chỉ cho bệnh nhân mà còn cho toàn xã hội.

Theo kết quả nghiên cứu về sử dụng dịch vụ CSM trong bệnh glôcôm tại Đà Nẵng của Lưu Thị Thanh Tâm (2014), mặc dù tỉ lệ bệnh nhân glôcôm bị mù chiếm cao đến 11,66% nhưng phần đông người bệnh mắc glôcôm chưa từng khám mắt để được chẩn đoán bệnh. Glôcôm mới được phát hiện lần đầu qua khám điều tra: 3,26%, đồng nghĩa 66,9% bệnh nhân glôcôm trong cộng đồng không biết mình bị bệnh và chưa được khám và điều trị [34].

Đào Thị Lâm Hương tiến hành khám sàng lọc glôcôm tại Nam Định vào năm 2014 đã ghi nhận: lứa tuổi trên 70 có tỉ lệ đi khám xác định bệnh glôcôm rất thấp (3,9%). Sức khỏe yếu, sự đi lại phụ thuộc vào con cháu, điều kiện kinh tế,... là những nguyên nhân ảnh hưởng đến tỉ lệ người cao tuổi đi khám lại mắt ở tuyến y tế cao hơn. Đa số người bệnh được phát hiện và điều trị tại tuyến tỉnh (90,1%) [23].

Nghiên cứu Phạm Thị Thu Hà về tình hình điều trị glôcôm tại Bệnh viện Mắt Trung ương năm 2010 cho thấy quá trình tiến triển của bệnh sau điều trị phụ thuộc vào sự tuân thủ lịch khám, theo dõi định kỳ bệnh glôcôm. Có 25,4% bệnh nhân điều trị ngoại khoa và 20,4% nhóm điều trị nội khoa có biểu hiện tiến triển bệnh, lý do chủ yếu là không đi tái khám (79,9%) [17].

Đinh Thị Thu Trang (2018) nghiên cứu về tình hình bệnh glôcôm ở người trên 40 tuổi tại thành phố Huế cho kết quả tỉ lệ mắc bệnh glôcôm là 5,4%. Trong đó, tỉ lệ bệnh glôcôm lần đầu tiên được chẩn đoán là 3,3% tương ứng hơn 60% trong nhóm đối tượng bị bệnh, tỉ lệ chưa từng đi khám mắt chiếm 41,7% [39].

Như vậy, điểm chung của các nghiên cứu về sử dụng dịch vụ CSM trong bệnh glôcôm ở Việt Nam là tỉ lệ sử dụng DVYT còn khá thấp. Nguyên nhân trực tiếp là do tâm lý chủ quan của người dân khi không đi khám sàng lọc phát hiện bệnh sớm hoặc đã bị bệnh nhưng không tuân thủ tái khám và điều trị. Đây là hậu quả của việc phần đông người dân không ý thức được sự nguy hiểm của bệnh glôcôm. Điều này đặt ra việc cần có các chương trình truyền thông hiệu quả để thay đổi được kiến thức, thái độ để đạt được sự thay đổi tích cực về hành vi sử dụng dịch vụ CSM.

1.3. HÀNH VI SỨC KHỎE VÀ TRUYỀN THÔNG THAY ĐỔI HÀNH VI

1.3.1. Định nghĩa hành vi sức khỏe

Hành vi sức khỏe là những hành vi của con người có ảnh hưởng tốt hoặc xấu đến sức khỏe của chính bản thân họ, của những người xung quanh và của cộng đồng. Hành vi là một phức hợp của nhiều hành động chịu ảnh hưởng bởi những yếu tố như di truyền, môi trường kinh tế - xã hội và chính trị [19].

Hành vi sức khỏe bị ảnh hưởng bởi các yếu tố như sau:

- Kiến thức hay hiểu biết của mỗi người được tích lũy dần qua quá trình học tập và kinh nghiệm thu được trong cuộc sống thông qua những người xung quanh, sách vở, và các phương tiện thông tin đại chúng cung cấp. Vai trò của ngành y tế và cán bộ y tế (CBYT) trong việc cung cấp kiến thức cho người dân trong cộng đồng là rất quan trọng, thông qua truyền thông GDSK. Trong cộng đồng, nguồn thông tin về bệnh glôcôm khá hạn chế, điều này gián tiếp dẫn đến những kiến thức về bệnh glôcôm của người dân trong cộng đồng thường thiếu hoặc không chính xác. Nếu người dân không hiểu biết được hậu quả mù lòa của bệnh, họ có thể có thói quen không khám mắt định kỳ để phát hiện bệnh kịp thời [19].

- Về niềm tin: là sự tin tưởng chắc chắn rằng một sự kiện, quan điểm là đúng, là có thật mặc dù có thể không đúng, không có thật [36]. Do đó, cần lập kế hoạch truyền thông GDSK thay đổi hành vi liên quan đến niềm tin cho phù hợp. Ví dụ, nhiều người cho rằng khi bị bệnh mắt thì chỉ cần xông mắt bằng lá trầu là khỏi bệnh, do đó

cần phải giáo dục để người dân hiểu không phải trường hợp bệnh lý nào cũng có thể điều trị theo phương pháp dân gian.

- Về thái độ: được xem là trạng thái của cơ thể để chuẩn bị đáp ứng với những tình huống hay hoàn cảnh cụ thể. Thái độ bắt nguồn từ kiến thức, niềm tin và kinh nghiệm thu được, đồng thời thái độ cũng chịu ảnh hưởng bởi những người xung quanh [19], [36]. Trong cộng đồng, những hạn chế hiểu biết về bệnh glôcôm sẽ dẫn đến những thái độ không tích cực trong khám và điều trị bệnh. Tuy nhiên, khi tác động của những kiến thức cơ bản nhất về bệnh như hậu quả mù loà chẳng hạn, sẽ hình thành nên cách tư duy đúng về bệnh glôcôm để tác động đối tượng không có thái độ xem nhẹ việc khám và tuân thủ điều trị.

Ngoài ra, hành vi sức khỏe còn bị ảnh hưởng bởi những người có ảnh hưởng quan trọng, nguồn lực, cơ sở vật chất trang thiết bị. Mạng lưới y tế cơ sở (YTCS) của Việt Nam hiện nay đã phát triển rộng khắp. Tuy nhiên, trình độ CBYT ở tuyến cơ sở còn hạn chế, thiếu cơ sở vật chất trang thiết bị khám mắt nên sẽ ảnh hưởng rất nhiều đến hành vi sức khỏe các bệnh mắt của người dân trong cộng đồng [18]. Nếu nâng cao vai trò truyền thông của CBYT (những người có tầm ảnh hưởng quan trọng trong cộng đồng), nâng cao khả năng KCB mắt của CBYT, sử dụng có hiệu quả một số trang thiết bị thì cộng đồng sẽ có hành vi sức khỏe đúng đắn hơn.

1.3.2. Vai trò của truyền thông giáo dục sức khỏe trong thay đổi hành vi

Truyền thông là quá trình thay đổi thông tin như những ý tưởng, cảm xúc, kiến thức và kỹ năng giữa con người với nhau. Trong GDSK, chúng ta giao tiếp, đối thoại truyền thông nhằm nâng cao hiểu biết, thay đổi thái độ và hành vi theo chiều hướng tích cực, góp phần cải thiện tình trạng sức khỏe. Ở phạm vi rộng hơn, truyền thông tác động đến con người tạo ra sự thay đổi những yếu tố con người và xã hội ảnh hưởng đến hành vi sức khỏe.

Đẩy mạnh công tác truyền thông GDSK là biện pháp quan trọng giúp mọi người dân có kiến thức về sức khỏe, bảo vệ và nâng cao sức khỏe, từ đó có cách nhìn nhận vấn đề sức khỏe đúng đắn và hành động thích hợp vì sức khỏe [20].

Công tác truyền thông, tư vấn, vận động trực tiếp có vai trò quan trọng trong việc nâng cao nhận thức, thay đổi hành vi của người dân, giúp người dân có cách hiểu đúng đắn về sức khỏe, cập nhật được kiến thức khoa học về chăm sóc sức khỏe,

bảo vệ sức khỏe, cách phòng chống dịch bệnh nguy hiểm, dịch bệnh mới.

Trong chăm sóc sức khỏe ban đầu, GDSK giữ vị trí quan trọng bậc nhất, bởi vì nó tạo điều kiện để chuẩn bị, thực hiện và củng cố kết quả các nội dung chăm sóc sức khỏe ban đầu khác. YTCS có điều kiện gần dân, sát dân, là tuyến đầu trong phòng chống bệnh tật nên việc củng cố các hoạt động truyền thông GDSK tại tuyến YTCS có ý nghĩa lớn trong công tác chăm sóc và bảo vệ sức khỏe nhân dân.

1.3.3. Mô hình thiết kế và đánh giá chương trình nâng cao sức khỏe cộng đồng Precede và Proceed

Mô hình Precede và Proceed được Green và các cộng sự phát triển vào năm 1980 và được sử dụng để tăng cường trong các hoạt động can thiệp giáo dục nâng cao sức khỏe, còn được gọi là mô hình “Diễn tiến”, có các giai đoạn nối tiếp nhau. Theo mô hình này, để có thể thay đổi hành vi cần trải qua 8 giai đoạn [108]:

Giai đoạn 1. Chẩn đoán xã hội: xác định dân số có liên quan và các vấn đề liên quan đến chất lượng cuộc sống của họ. Điểm bắt đầu là nhận thức chủ quan của cộng đồng, điều này có thể xác định trong một số phương pháp xác định nhu cầu cộng đồng.

Giai đoạn 2. Chẩn đoán dịch tễ học, hành vi và môi trường: xác định và tách các vấn đề sức khỏe khỏi các vấn đề xã hội khác. Việc xác định các vấn đề sức khỏe không chỉ bằng việc tham khảo nhận thức chủ quan của cộng đồng, mà cả bằng sử dụng và tham khảo các số liệu có sẵn về dịch tễ học và y học.

Giai đoạn 3. Chẩn đoán về giáo dục và tổ chức: yếu tố động viên khuyến khích để thay đổi hành vi, thái độ. Bao gồm ba yếu tố: yếu tố tiền đề (predisposing), yếu tố tăng cường (reinforcing) và yếu tố làm dễ (enabling).

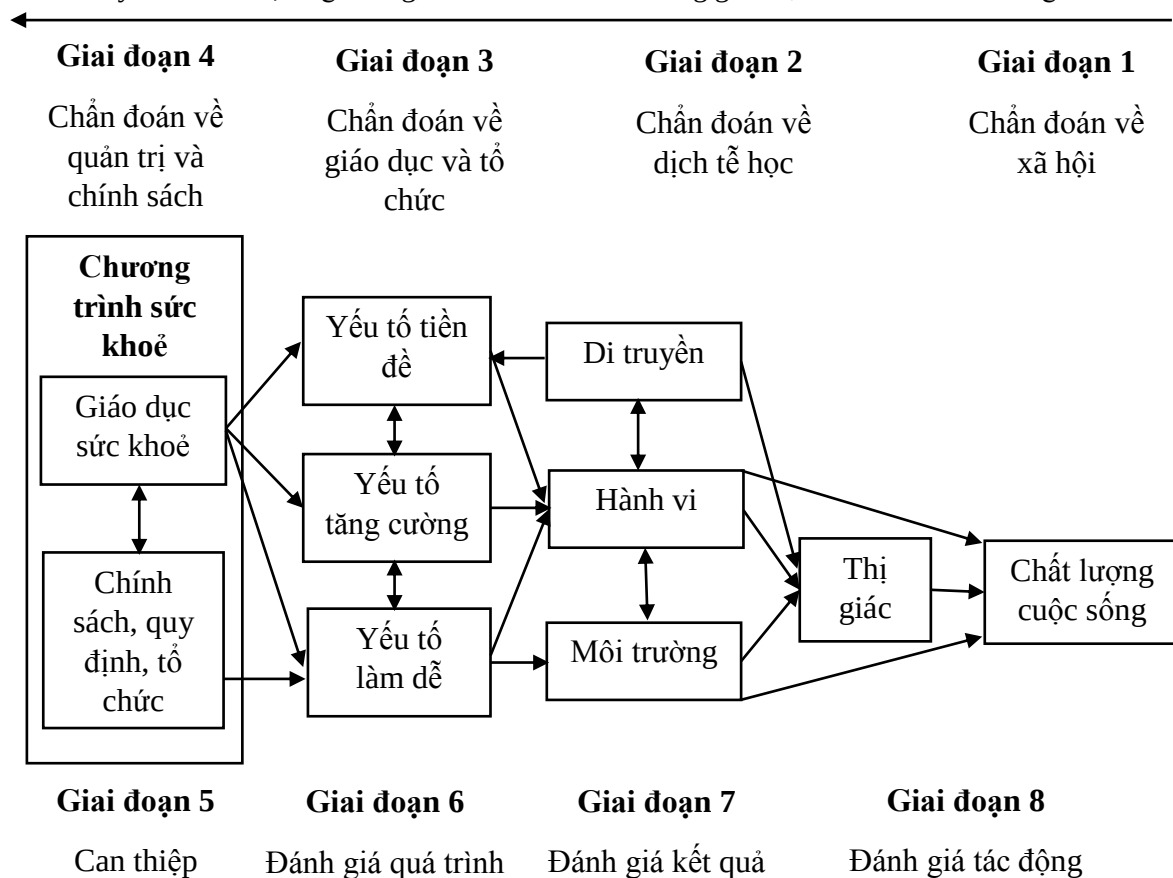
Giai đoạn 4. Chẩn đoán về quản trị, chính sách: mức độ tham gia của địa phương và chính sách quốc gia về thay đổi hành vi.

Giai đoạn 5 đến giai đoạn 8 là triển khai can thiệp và đánh giá can thiệp: giai đoạn này chương trình can thiệp thay đổi hành vi đã chuẩn bị được triển khai tại cộng đồng. Các hoạt động can thiệp được thực hiện, tiến hành thu thập số liệu để đánh giá quá trình, đánh giá tác động và kết quả của chương trình can thiệp. Đánh giá tác động liên quan đến việc đánh giá sự thay đổi các yếu tố tiền đề, yếu tố tăng cường và yếu tố làm dễ cũng như các yếu tố thuộc về quản trị và môi trường.

Precede và Proceed là mô hình 8 giai đoạn nhằm chẩn đoán nguyên nhân hành vi theo nhóm và lập kế hoạch can thiệp theo nhóm nguyên nhân hành vi được cấu

trúc chặt chẽ để đảm bảo rằng vấn đề sức khỏe được cân nhắc [108].

Precede: yếu tố tiền đề, tăng cường, làm dễ và cấu trúc trong giáo dục/chẩn đoán và đánh giá sinh thái



Proceed: chính sách, quy định, tổ chức trong chẩn đoán, đánh giá phát triển giáo dục và môi trường

Sơ đồ 1.2. Mô hình Precede và Proceed

“Nguồn: Porter Christine M., 2015” [98]

Qua phân tích mô hình nói trên, chúng tôi quyết định chọn mô hình Precede và Proceed cho chẩn đoán nguyên nhân hành vi hạn chế sử dụng dịch vụ CSM trong bệnh glôcôm và tiến hành can thiệp tại thành phố Huế.

Áp dụng mô hình Precede và Proceed vào nghiên cứu này giúp chúng tôi xác định được 03 nhóm yếu tố chính đó là: 1) Nhóm yếu tố tiền đề bao gồm: kiến thức, thái độ và thực hành của người dân; 2) Nhóm yếu tố làm dễ bao gồm: tính sẵn có của dịch vụ CSM trong bệnh glôcôm; 3) Nhóm yếu tố tăng cường, can thiệp dựa vào vai trò CBYT, các cộng tác viên y tế, cùng sự phối hợp của hội phụ nữ, hội người cao tuổi tại địa phương.

1.4. CÁC MÔ HÌNH CAN THIỆP ĐỂ TĂNG SỬ DỤNG DỊCH VỤ CHĂM SÓC MẮT TRONG BỆNH GLÔCÔM TRÊN THẾ GIỚI VÀ TẠI VIỆT NAM

1.4.1. Các mô hình trên thế giới

1.4.1.1. Mô hình sàng lọc và quản lý bệnh glôcôm theo phân tuyến

* Mô hình Dixpanxe

Năm 1932, nhà nhãn khoa Philatov là người đầu tiên đề xuất ý tưởng và thành lập tại khoa Mắt ở trường Đại học Odessa một bộ phận quản lý người bệnh glôcôm (Dixpanxe) nhằm mục đích theo dõi, điều trị và chăm sóc tốt hơn cho người bệnh [23].

Hệ thống Dixpanxe gồm 3 tuyến:

Tuyến 1: Phòng khám mắt của phòng khám đa khoa khu vực

- Lưu giữ phiếu theo dõi người bệnh glôcôm và những đối tượng nghi ngờ bị glôcôm.
- Mỗi người bệnh được phát thẻ theo dõi và y bạ ghi chép, chỉ định điều trị, chế độ ăn uống và lao động.

Tuyến 2: Phòng glôcôm của các bệnh viện thành phố, tỉnh, vùng

- Phát hiện, chẩn đoán sớm người bệnh glôcôm.
- Chỉ đạo, hỗ trợ chuyên môn cho tuyến 1, hội chẩn các trường hợp khó ở tuyến 1 gửi lên, quyết định cho người bệnh điều trị nội trú.

Tuyến 3: Khoa glôcôm của viện nghiên cứu các bệnh về mắt

- Nghiên cứu, khám, điều trị chuyên sâu với chất lượng cao cho người bị glôcôm.

Hình 1.2. Hệ thống Dixpanxe

“Nguồn Allison K., Patel D., 2020” [48]

Ngoài ra Dixpanxe còn có nhiệm vụ khám, phát hiện bệnh glôcôm ở giai đoạn sớm. Tại phòng khám mắt của viện, bệnh viện tỉnh, thành phố, huyện khi khám mắt cho người > 35 tuổi, những người bệnh có THA, ĐTĐ đều được đo NA. Tích cực phát hiện glôcôm ở các cơ sở ngoài bệnh viện như ở các cơ quan, xí nghiệp, công nông, lâm trường, nhân dân khối phố, thị trấn, khu dân cư, thôn xã qua các đợt kiểm tra sức khỏe định kỳ.

Kết quả: mô hình đã giúp phát hiện sớm và điều trị cho phần lớn bệnh nhân glôcôm tại Ukraina thế kỷ trước, phù hợp với nguyên tắc của nền y tế xã hội chủ nghĩa. Hiện nay, hệ thống Dixpanxe glôcôm vẫn duy trì hoạt động hàng năm một cách thường xuyên [23].

*** Mô hình quản lý bệnh glôcôm tại Ấn Độ**

Rani Padmaja Kumari năm 2018 nghiên cứu về mô hình CSM cho bệnh glôcôm ở Ấn Độ. Đây là mô hình cung cấp dịch vụ cho bệnh glôcôm phân chia làm các mức: Cấp độ chăm sóc cấp 1 chú trọng vào phát hiện và giới thiệu sớm. Cấp độ chăm sóc cấp 2 điều trị nội khoa. Cấp độ chăm sóc cấp 3 điều trị nội khoa và phẫu thuật.

Bảng 1.2. Cấp độ chăm sóc glôcôm

“Nguồn: Rani P. K., Nangia V., 2018” [101]

Cấp độ	Dịch vụ tương ứng
Cấp 1	- Có sẵn đèn khe và NA kế, đèn pin làm nghiệm pháp ánh sáng - Nhân viên y tế được đào tạo để thực hiện nghiệm pháp Van - Herrick - Máy chụp đáy mắt không cần giãn đồng tử - Thực hiện các chương trình cải thiện nhận thức - Thực hiện các đợt tư vấn, chẩn đoán, chuyển tuyến glôcôm
Cấp 2	- Các phương tiện và điều kiện như chăm sóc cấp 1 - Soi góc tiền phòng, đo thị trường, laser YAG, chụp ảnh đáy mắt.... - Chẩn đoán thể glôcôm góc mở, góc đóng, thứ phát - Thực hiện đo thị trường, laser YAG mỏng mắt chu biên - Chuyển lên tuyến y tế cấp 3 đối với những trường hợp glôcôm phức tạp
Cấp 3	- Các phương tiện và điều kiện như chăm sóc cấp 1 và cấp 2 - Đo OCT, siêu âm nhãn cầu, laser (diode, tần số đôi...) - Đào tạo bác sĩ nhãn khoa chuyên về glôcôm - Thực hiện các ca phẫu thuật glôcôm kể cả các ca phức tạp - Nghiên cứu và công bố các nghiên cứu

Phát hiện sớm ở mức độ chăm sóc cấp 1 có thể thực hiện được khi nhân viên y tế được đào tạo (có thể phát hiện 30% - 35% trường hợp bệnh glôcôm). Các cấp độ chăm sóc sức khỏe cần các phương tiện và nguồn lực đặc trưng với từng cấp độ [101].

Kết quả: mô hình này được đánh giá là có tính bền vững và giảm được các chi phí trong khám và điều trị glôcôm. Mô hình đã được áp dụng thành công cho người dân ở các vùng nông thôn nhiều bang ở Ấn Độ, và đã nhân rộng ra được 11 thành phố trên 9 tiểu bang của Ấn Độ.

*** *Đánh giá ưu điểm và nhược điểm của nhóm mô hình quản lý bệnh dựa theo phân tuyến kỹ thuật***

Ưu điểm: mô hình sàng lọc và quản lý bệnh dựa theo phân tuyến kỹ thuật là một mô hình có thể áp dụng đối với nhiều quốc gia, nhất là các quốc gia có nền kinh tế đang phát triển, người dân gặp nhiều hạn chế trong sử dụng dịch vụ CSM. Thực

tế, cơ sở CSM càng gần càng tốt với bệnh nhân giúp bệnh nhân dễ dàng tiếp cận, bệnh nhân không phải đi lên tuyến trên để khám chữa bệnh glôcôm.

Nhược điểm: Cần xây dựng sự phối hợp chặt chẽ giữa các tuyến. Cộng tác viên, nhân viên y tế của trung tâm chăm sóc sức khỏe ban đầu và phòng khám đa khoa khu vực cần được đào tạo. Trong hai mô hình trên, việc phát hiện sớm bệnh glôcôm phụ thuộc hoàn toàn vào trang thiết bị máy móc, nếu tuyến y tế ban đầu không được trang bị máy móc thì khó phát hiện sớm được bệnh glôcôm.

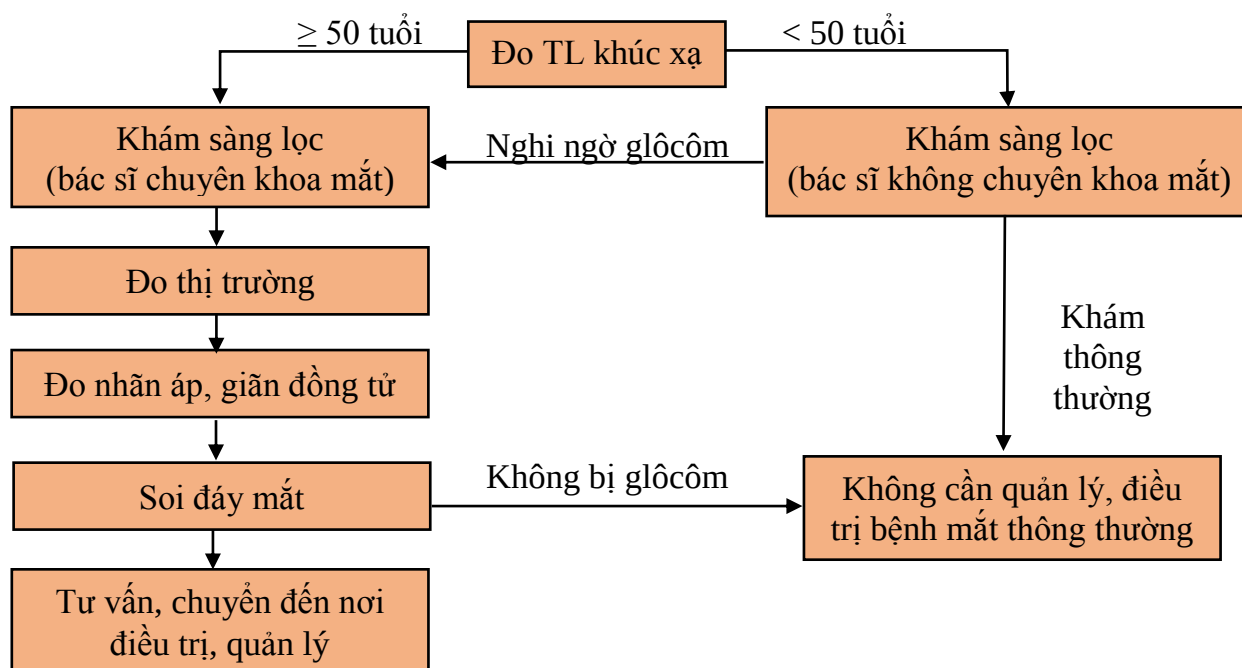
1.4.1.2. Mô hình sàng lọc và quản lý bệnh glôcôm cho đối tượng nguy cơ (tuổi ≥ 50)

*** Mô hình sàng lọc quản lý bệnh glôcôm của Trung tâm Mắt Tilganga, Nepal**

Từ năm 2004, Trung tâm Mắt Tilganga ở Kathmandu, Nepal đã cung cấp một chương trình CSM cho bệnh glôcôm bao gồm các hoạt động:

+ Tổ chức hoạt động khám sàng lọc mắt cộng đồng: chia ra 2 nhóm tuổi dưới 50 và từ 50 tuổi trở lên. Tất cả người từ 50 tuổi trở lên sẽ được khám đánh giá nguy cơ mắc glôcôm. Nếu người dưới 50 tuổi có các dấu hiệu nghi ngờ glôcôm sẽ được đo NA, soi đáy mắt, góc tiền phòng. Kết thúc quy trình khám, nếu bệnh nhân được chẩn đoán glôcôm thì sẽ được hỗ trợ điều trị với thuốc hoặc phẫu thuật miễn phí.

+ Tổ chức Tuần lễ nhận thức về bệnh glôcôm hàng năm vào tháng 3 hoặc tháng 4 với mục đích giáo dục bệnh nhân glôcôm [113].



Sơ đồ 1.3. Mô hình sàng lọc dựa vào yếu tố nguy cơ

“Nguồn: Thapa S., 2008” [113]

Kết quả: Từ năm 2004 đến 2007 sàng lọc tại Tuần lễ Nhận thức glôcôm hàng năm đã chẩn đoán được 120 người mắc bệnh glôcôm tương đương 7,6% tổng số người đăng ký. Số lượng tham dự tăng hàng năm với xu hướng số bệnh nhân quay trở lại ngày càng tăng và giảm tỉ lệ bệnh nhân mới được chẩn đoán [113].

*** Mô hình sàng lọc glôcôm tại Mỹ**

Joseph A. Ladapo và cộng sự (2012) tiến hành chương trình sàng lọc glôcôm trên nhóm người Mỹ gốc Phi trong độ tuổi từ 50 - 59. Lý do tập trung vào nhóm tuổi này vì tại Mỹ, tỉ lệ mắc bệnh glôcôm tăng mạnh: từ 1,6% trong độ tuổi từ 40 - 49 lên 4,7% ở độ tuổi từ 50 - 59. Mô hình có tên gọi là Monte Carlo sử dụng công nghệ đo thị trường, tất cả bệnh nhân được phát hiện ngưỡng tổn thương thị trường có nguy cơ mắc glôcôm sẽ được khám bởi bác sĩ chuyên khoa mắt và đây là tiêu chuẩn quyết định để chẩn đoán bệnh glôcôm. Bệnh nhân sau khi được sàng lọc và có nguy cơ phát triển bệnh glôcôm sẽ được quản lý để tránh tổn thương dây thần kinh thị giác tiến triển, hạn chế nguy cơ suy giảm TL hoặc mù [78].

Kết quả: mô hình khám sàng lọc bệnh glôcôm giúp giảm tỉ lệ của bệnh glôcôm không được chẩn đoán từ 50% xuống 27%, tỉ lệ giảm TL liên quan đến bệnh glôcôm từ 4,6% xuống 4,4% và tỉ lệ mù lòa liên quan đến bệnh glôcôm từ 6,1% xuống 5,6%. Nhóm tác giả kết luận rằng tầm soát định kỳ bệnh glôcôm trong nhóm đối tượng có nguy cơ tiềm tàng mắc glôcôm là phương pháp hiệu quả và tiết kiệm để giảm nguy cơ suy giảm TL và mù lòa do bệnh glôcôm [78].

*** *Đánh giá ưu điểm và nhược điểm của nhóm mô hình sàng lọc và quản lý bệnh glôcôm cho đối tượng nguy cơ***

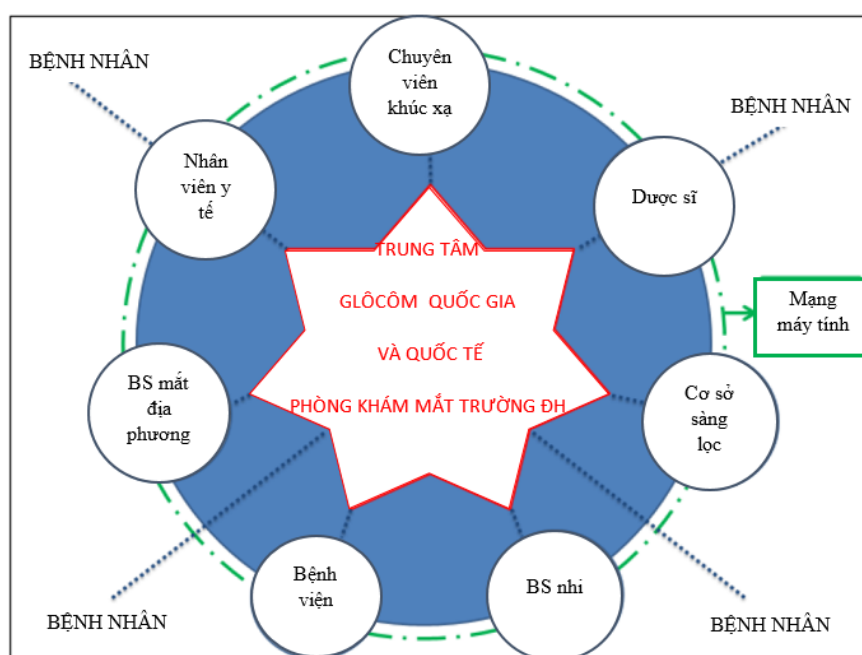
Ưu điểm: glôcôm là bệnh lý gây mù nhưng thường bị bỏ sót (tỉ lệ glôcôm không được chẩn đoán ở các nước đang phát triển là 90%), khi phát hiện thì đã ở giai đoạn trầm trọng, điều này nhấn mạnh vai trò của việc phát hiện sớm bệnh là một nguyên tắc căn bản và hàng đầu. Các yếu tố nguy cơ của bệnh thường dễ xác định: tuổi trên 40, tiền sử các bệnh lý THA, ĐTĐ, tiền sử gia đình... Nếu sàng lọc trên đối tượng nguy cơ sẽ giảm bớt chi phí khám cho số lượng lớn bệnh nhân, phát hiện sớm giúp giảm được gánh nặng bệnh tật cho bệnh nhân.

Nhược điểm: cần xây dựng tốt mạng lưới truyền thông để người dân, đặc biệt là người có yếu tố nguy cơ có thể sử dụng dịch vụ khám sàng lọc sớm. Nguồn lực để xây dựng và duy trì chương trình khám sàng lọc cũng là một khía cạnh cần quan tâm.

1.4.1.3. Mô hình quản lý bệnh glôcôm dựa vào cộng đồng

* Mô hình Bánh xe và nan hoa

Raffaele Nuzzi và cộng sự vào năm 2020 đã xây dựng tại Ý một mô hình quản lý glôcôm có tên gọi là: bánh xe và nan hoa. Thuật ngữ này xuất phát từ việc mô hình tương tự với bánh xe đạp (hub: trung tâm, speak: bán kính đường tròn). Mô hình thiết lập một mạng lưới truyền thông, tạo cơ hội cho những người được truyền thông dễ dàng tham gia các chương trình khám sàng lọc hoặc tiếp cận các cơ sở y tế.



Hình 1.3. Mô hình quản lý bệnh glôcôm bánh xe và nan hoa

“Nguồn: Nuzzi R., Marolo P. , 2020” [88]

Theo lý thuyết bánh xe và nan hoa, Trung tâm glôcôm quốc gia và quốc tế tương ứng với các trung tâm bánh xe, còn cơ sở y tế, bệnh viện địa phương tương ứng với nan hoa. Các mạng lưới hoạt động với sự phối hợp nhiều lĩnh vực y tế khác (bác sĩ nhãn khoa, kỹ thuật viên khúc xạ, dược sĩ, và bác sĩ gia đình) và những người không làm trong ngành y (giáo viên, chủ doanh nghiệp, cộng đồng...) sẽ thực hiện các hoạt động hỗ trợ mạng lưới sau khi được tập huấn. Mục tiêu cuối cùng là giảm nhẹ gánh nặng do bệnh glôcôm đem lại thông qua các chiến dịch cung cấp thông tin, tăng cường nhận thức, như tờ rơi, áp phích, truyền hình.

Kết quả: mô hình bánh xe và nan hoa đã giúp cho phần lớn người dân vùng Tây Bắc Ý sử dụng dịch vụ CSM nói chung và trong bệnh glôcôm một cách hiệu quả, giảm bớt gánh nặng cho các trung tâm chuyên khoa Mắt.

* Mô hình kim tự tháp chăm sóc mắt

Maria Fernanda Delgado và cộng sự năm 2019 đã nghiên cứu một mô hình kim tự tháp CSM ở Ấn Độ. Mô hình được thiết kế bao gồm tất cả các cấp độ chăm sóc từ cơ bản đến nâng cao với các dịch vụ được liên kết với nhau. [61].



Trung tâm chuyên sâu

Trung tâm chăm sóc cấp 3 nâng cao

Liên kết 10 trung tâm

- Đào tạo học viên và chuyên gia
- Nghiên cứu tích cực
- Đồng thuận tích cực



Trung tâm chăm sóc cấp 3

- Kiểm tra mắt toàn diện
- Chăm sóc nâng cao cho các trường hợp phức tạp
- Phục hồi chức năng cho người mù và TL thấp
- Hỗ trợ đầy đủ (thuốc và kính)
- Đào tạo chuyên gia CSM
- Nghiên cứu lâm sàng



Trung tâm chăm sóc cấp 2

10 Trung tâm chăm sóc chính trong bán kính 50km

- Dịch vụ CSM cho bệnh nhân ngoại trú toàn diện
- Dịch vụ phẫu thuật
- Phục hồi và chăm sóc TL thấp dựa vào cộng đồng
- Hỗ trợ điều trị đầy đủ (thuốc và kính)



Trung tâm chăm sóc sức khỏe ban đầu

Hoạt động với kỹ thuật viên mắt cung cấp dịch vụ cho 20 đến 25 làng

- Khám sàng lọc mắt đầy đủ
- Kê đơn thuốc và cung cấp phương tiện phục hồi chức năng TL kém với chi phí thấp



Cộng tác viên

Các cộng tác viên trong cộng đồng gần với Trung tâm chăm sóc sức khỏe ban đầu (cung cấp dịch vụ cho 2-3 làng)

- Theo dõi
- Động viên đi khám mắt
- Cung cấp các phương tiện hỗ trợ phục hồi TL

Hình 1.4. Mô hình chăm sóc mắt Bệnh viện mắt LV Prasad

“Nguồn: Delgado M. F., Abdelrahman A. M., 2015” [61]

Kết quả: mô hình này đã áp dụng cho trên 62 làng tại Ấn Độ, số người được khám và điều trị là 181.942, trong đó, hơn 14.000 người đã được xác định với các vấn đề về mắt và hơn 2.000 người được điều trị và phẫu thuật [61].

*** Đánh giá ưu điểm và nhược điểm của nhóm mô hình quản lý bệnh glôcôm dựa vào cộng đồng**

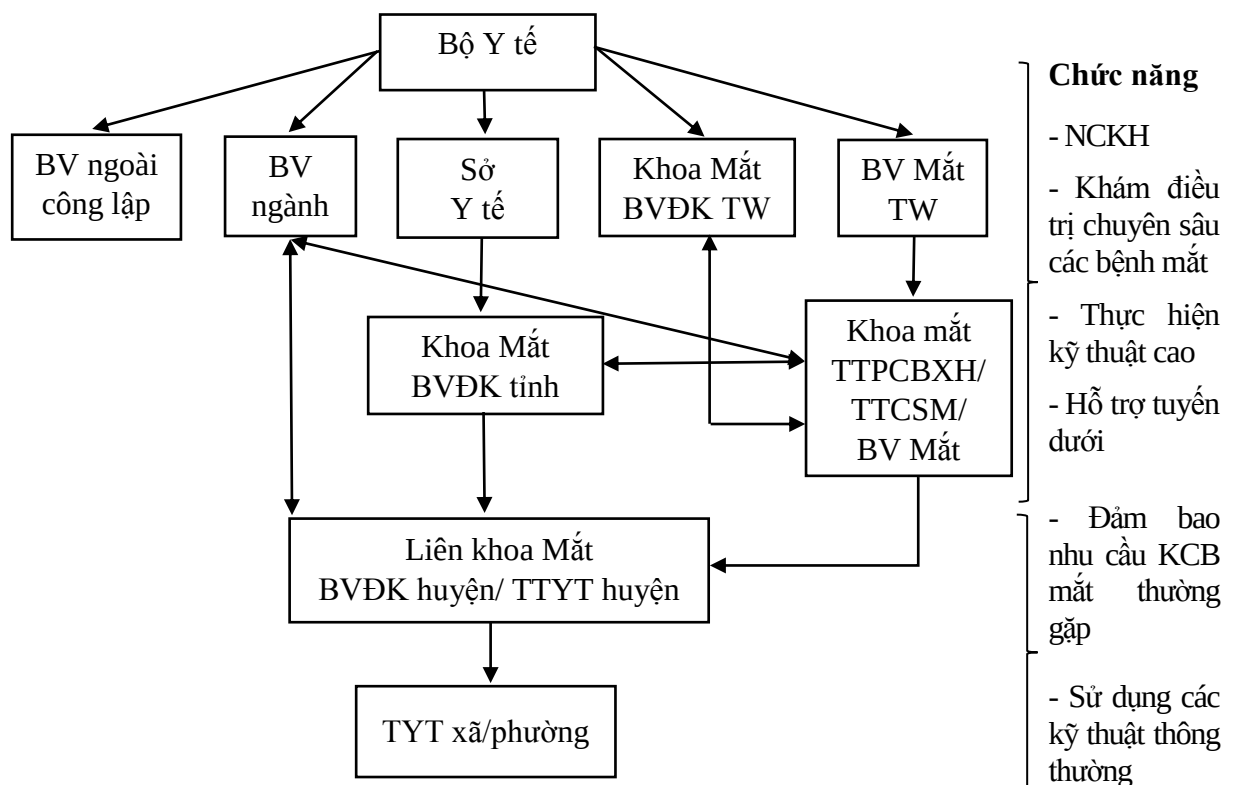
Ưu điểm: qua mô hình này, với sự tham gia của một mạng lưới gồm nhiều thành phần trong đó huy động vai trò của y tế địa phương, bệnh nhân được hưởng lợi và chăm sóc toàn diện. Bên cạnh đó cũng giảm được gánh nặng cho các tuyến chuyên khoa mắt.

Nhược điểm: với một mạng lưới chăm sóc toàn diện huy động sự tham gia của nhiều yếu tố, mô hình này phải đi kèm theo yêu cầu xây dựng một mạng lưới phối hợp đủ mạnh, cần sự quan tâm của rất nhiều đơn vị cũng như các cấp, các ngành do vậy không thể dễ dàng áp dụng ở nhiều nơi.

1.4.2. Tình hình cung cấp dịch vụ chăm sóc mắt trong bệnh glôcôm tại Việt Nam

1.4.2.1. Tổ chức mạng lưới chăm sóc mắt tại Việt Nam

Hệ thống CSM được phân bố từ Trung ương đến cơ sở và có sự chỉ đạo thống nhất chặt chẽ của ngành nhãn khoa.



Sơ đồ 1.4. Mạng lưới chăm sóc mắt tại Việt Nam

“Nguồn: Đào Thị Lâm Hương, 2014” [23]

Sở Y tế có trách nhiệm quản lý Nhà nước đối với đơn vị CSM trên địa bàn.

Bệnh viện Mắt Trung ương chịu trách nhiệm chỉ đạo về chuyên môn, đào tạo, điều trị tuyến cao và nghiên cứu khoa học, là cơ quan tham mưu đề xuất cho Bộ những chương trình, kế hoạch nhằm giảm dân tử lệ mù lòa trong cộng đồng.

Trong hệ thống các tuyến phòng chống các bệnh về mắt ở Việt Nam, phân tuyến nhiệm vụ của các tuyến có những điểm khác nhau, tuy nhiên mỗi một mắt xích trong hệ thống đều đóng một vai trò nhất định mà không thể thay thế cho nhau. Các mắt xích này hỗ trợ, bổ sung cho nhau nhằm đưa các hoạt động có hiệu quả nhất trong công tác phòng chống mù lòa [23].

1.4.2.2. Quy định về phân tuyến kỹ thuật các dịch vụ khám chữa bệnh glôcôm

Bảng 1.3. Quy định về phân tuyến kỹ thuật các dịch vụ khám chữa bệnh glôcôm

“Nguồn: Bộ y tế, 2013” [3]

Tuyến	Thuốc, phương tiện	Dịch vụ
Xã	- Các thuốc tra mắt thông thường như Cloroxit 0,4%, Betadin 1%. - Bảng đo TL. - Đèn pin.	- Đo thị lực. - Khám lâm sàng mắt bằng đèn pin.
Huyện	- Thuốc điều trị glôcôm. - Bảng đo TL, NA kế. - Sinh hiển vi khám bệnh. - Soi đáy mắt trực tiếp. - Máy đo thị trường.	- Khám phát hiện glôcôm: bằng sinh hiển vi, soi đáy mắt, đo NA, soi góc tiền phòng, đo thị trường. - Điều trị bệnh glôcôm bằng phương pháp nội khoa.
Tỉnh	- Như ở tuyến huyện. - Kính soi góc tiền phòng. - Kính Volk. - Máy TT kế. - Máy laser.	- Các khám nghiệm như ở tuyến huyện với trang thiết bị đầy đủ hơn. - Điều trị bệnh glôcôm bằng phương pháp nội khoa, laser, cắt bè củng giác mạc.
Tuyến Trung ương	- Tất cả các khám nghiệm với trang thiết bị hiện đại. - Các xét nghiệm chẩn đoán hình ảnh góc tiền phòng, đáy mắt, đo độ dày giác mạc bằng các trang thiết bị kỹ thuật cao.	- Khám, chẩn đoán, điều trị chuyên sâu về bệnh glôcôm bằng các phương pháp tiên tiến hiện đại.

1.4.2.3. Chức năng, nhiệm vụ của y tế cơ sở

Bộ Y tế đã ban hành Thông tư số 33/2015/TT-BYT ngày 27 tháng 10 năm 2015 hướng dẫn chức năng, nhiệm vụ của Trạm y tế (TYT) xã, phường, thị trấn cụ thể:

TYT có chức năng cung cấp, thực hiện các dịch vụ chăm sóc sức khỏe ban đầu cho nhân dân trên địa bàn. Trong các nội dung chăm sóc sức khỏe ban đầu, chức năng giáo dục sức khỏe, điều trị - phòng bệnh và quản lý sức khỏe được xem như các nhiệm vụ quan trọng được TYT thực hiện thường xuyên, liên tục nhằm bảo vệ sức khỏe nhân dân.

*** Giáo dục sức khỏe:**

- Mục tiêu: giúp phổ cập kiến thức y học thường thức về bảo vệ sức khỏe cho toàn dân. Góp phần để mọi người dân nhận thức được việc chăm sóc sức khỏe ban đầu là trách nhiệm của mọi người và của toàn xã hội.

- Nội dung: phù hợp với tình hình cụ thể của từng địa phương (tình hình bệnh tật, vấn đề ưu tiên, triển khai các chương trình y tế...). Tôn trọng các nguyên tắc giáo dục, phong phú về hình thức giáo dục (nghe, nhìn, làm mẫu...) và tổ chức, động viên được các đoàn thể, các tổ chức, mọi đối tượng cùng tham gia.

*** Điều trị và phòng bệnh:**

- Giải quyết tốt các bệnh thường gặp.
- Xử lý tốt các bệnh cấp tính, cấp cứu chuyên khoa.
- Nâng cao chất lượng khám chữa bệnh theo hướng quản lý tại cộng đồng.
- Thực hiện đầy đủ các nhiệm vụ khám chữa bệnh ban đầu, sơ cứu ban đầu, chuyển lên tuyến trên những trường hợp ngoài khả năng chuyên môn của TYT xã phường.

- Giáo dục sức khỏe cho cộng đồng nhằm ngăn ngừa các bệnh truyền nhiễm, lây truyền, các bệnh gây thành dịch và các bệnh xã hội.

*** Quản lý sức khỏe:**

Mục tiêu là hạ thấp tỉ lệ bệnh tật, tàn phế và tử vong, nâng cao sức khỏe cho nhân dân. Khám sức khỏe định kỳ để chủ động phát hiện bệnh và điều trị kịp thời.

- Lập hồ sơ sức khỏe cá nhân. Ghi chép đầy đủ tình trạng sức khỏe, bệnh tật của người bệnh để theo dõi và có biện pháp điều trị, chăm sóc phù hợp, kịp thời.

- YTCS còn có nhiệm vụ quản lý sức khỏe gồm các bệnh mạn tính, bệnh không lây, quản lý sức khỏe hộ gia đình, quản lý sức khỏe người cao tuổi. Có danh sách quản lý những người tàn tật (nghe, nói, nhìn....) [6].

1.4.2.4. Thực trạng cung cấp dịch vụ khám điều trị bệnh glôcôm theo phân tuyến kỹ thuật

Để chẩn đoán và theo dõi glôcôm, cần phải thực hiện các thủ thuật: đo NA, soi đáy mắt và đo thị trường. Nhưng về quy định phân tuyến kỹ thuật, chỉ bệnh viện tuyến TW và tuyến tỉnh mới được đo thị trường, đo NA, soi đáy mắt, điều trị glôcôm bằng phẫu thuật, laser. Riêng bệnh viện tuyến huyện có thể thực hiện đo NA, soi đáy mắt, điều trị glôcôm bằng thuốc hạ NA. Như vậy, có một khoảng trống dịch vụ liên quan đến glôcôm ở tuyến YTCS. Quy định phân tuyến kỹ thuật tuyến xã: chỉ đo TL, thực hiện các thủ thuật đơn giản như rửa cùng đồ, chích chấp lẹo, nhỏ lông xiêu [3], [45]. Danh mục thuốc thuộc quy định của gói DVYT cơ bản chỉ có các thuốc kháng sinh, kháng viêm, không có các thuốc hạ NA. Đặc trưng của glôcôm ở Việt Nam là glôcôm góc đóng, có nghĩa là điều trị chính phải bằng phẫu thuật và laser, do đó hầu như các dịch vụ chăm sóc mắt cơ bản trong bệnh glôcôm chỉ được cung cấp từ tuyến huyện trở lên. Bệnh nhân muốn được laser hoặc phẫu thuật thì phải đi lên tuyến tỉnh, tuyến trung ương. Thực tế các chương trình phòng chống mù loà vẫn chỉ chú trọng vào các bệnh lý như đục TTT, tật khúc xạ [3].

Theo nghiên cứu của Nguyễn Thị Xuyên (2010), nhìn chung cơ sở vật chất của mạng lưới cung cấp dịch vụ CSM trong cả nước hiện còn nhiều bất cập chưa theo kịp nhu cầu khám và điều trị các bệnh về mắt ngày càng tăng trong cộng đồng. Trang thiết bị về CSM hiện đang rất khan hiếm ở tất cả các cơ sở từ bệnh viện của các ngành, cơ sở tuyến tỉnh đến tuyến huyện, tuyến xã. Tại tuyến xã/phường, 100% các TYT xã hiện chưa có đủ các thiết bị thông thường trong CSM [45]. Bên cạnh đó là những khó khăn trong hoạt động truyền thông GDSK, theo Trần Thị Nga, nhân lực thực hiện truyền thông GDSK luôn thiếu về số lượng và yếu về chất lượng, chưa đáp ứng được yêu cầu của công việc [28].

1.4.2.5. Thực trạng truyền thông giáo dục sức khỏe về bệnh glôcôm

Nghiên cứu của Hà Trung Kiên thực hiện trên các bệnh nhân glôcôm tại Thái Bình trong 3 năm từ 2011 cho thấy: tỉ lệ bệnh nhân không biết gì hoặc rất mơ hồ về bệnh glôcôm mình đang mắc còn khá cao (92%). Trong nhiều trường hợp, chỉ có người nhà bệnh nhân đến gặp gỡ trao đổi với bác sĩ về bệnh và phương pháp điều trị cho bệnh nhân. Do thiếu hiểu biết về mức độ nguy hiểm của bệnh, không được điều trị và theo dõi đầy đủ nên phần lớn bệnh nhân đến điều trị muộn (55,9%) [15].

Một nghiên cứu năm 2013 về kiến thức, thái độ và hành vi tìm kiếm DVYT của cộng đồng đối với các bệnh mù lòa có thể phòng tránh được như glôcôm cho kết quả như sau: về hành vi tìm kiếm dịch vụ chăm sóc và điều trị bệnh về mắt của cộng đồng: người dân có khuynh hướng chỉ tìm tới cơ sở khám mắt khi có biểu hiện đau mắt (40,9%). Nhiều người trì hoãn thời gian đi khám đến hơn một tuần kể từ khi có vấn đề về mắt, phần đông cho rằng vì bệnh không nặng lắm (66,7%) [24].

Nghiên cứu trên số bệnh nhân glôcôm được phát hiện sau sàng lọc cộng đồng của Phạm Thị Minh Phương (2008) ghi nhận: tỉ lệ bệnh nhân glôcôm đã được khám và điều trị tại các cơ sở chuyên khoa mắt biết lơ mơ hoặc không biết rõ về bệnh còn khá cao, chiếm đến 56,5% [30].

Theo nghiên cứu của Lưu Thị Thanh Tâm (2014), mặc dù tỉ lệ bệnh nhân glôcôm bị mù chiếm đến 11,64% thì mức độ hiểu biết về bệnh glôcôm trong cộng đồng còn rất thấp: 91,3% đối tượng khảo sát chưa bao giờ nghe qua, hoặc không hiểu biết gì về bệnh glôcôm, chỉ 18,7% số người được hỏi là đã từng nghe nói về bệnh glôcôm [34].

Qua điều tra cộng đồng năm 2014 về kiến thức, thái độ, thực hành của người dân về glôcôm, Đào Thị Lâm Hương ghi nhận số bệnh nhân ít quan tâm hoặc không quan tâm đến bệnh chiếm 75%. Có tới 93,8% các cấp chính quyền chưa quan tâm thực sự tới bệnh glôcôm, 83,1% thiếu thôn về trang thiết bị ở các cơ sở y tế, 93,3% CBYT đạt kiến thức mức độ kém [23].

Một nghiên cứu của Đinh Thị Thu Trang (2018) về tình hình bệnh glôcôm ở người trên 40 tuổi ở Huế cho thấy 80,2% đối tượng nghiên cứu chưa từng nghe thông tin về bệnh glôcôm [39].

Qua các nghiên cứu trên có thể nhận thấy điểm chung là sự hạn chế về kiến thức, thái độ, thực hành liên quan đến bệnh glôcôm. Điều này không chỉ xảy ra với

người dân mà đối với cả bệnh nhân glôcôm và thậm chí là cả CBYT. Dẫn đến tình trạng hạn chế sử dụng dịch vụ CSM hoặc sử dụng DVYT không đầy đủ gây nên biến chứng nặng nề cho bệnh nhân glôcôm.

1.4.2.6. Các mô hình can thiệp để tăng sử dụng dịch vụ chăm sóc mắt trong bệnh glôcôm tại Việt Nam

Công tác theo dõi quản lý người bệnh glôcôm đã được thực hiện tại khoa glôcôm của Bệnh viện Mắt Trung ương. Tuy nhiên, do nhiều yếu tố khách quan và chủ quan cho nên công tác này chưa được củng cố, hoàn thiện và nhân rộng ra các địa bàn khác. Hiện nay, các hoạt động can thiệp phòng chống mù lòa do glôcôm được lồng ghép trong kế hoạch quốc gia phòng chống mù lòa và CSM đã được Bộ trưởng Bộ Y tế phê duyệt chính thức ngày 09/11/2009. Một trong những mục tiêu của kế hoạch này là làm giảm mù lòa do glôcôm thông qua việc thiết lập hệ thống bền vững nhằm phát hiện sớm và điều trị đúng đắn cho người bệnh glôcôm [23].

*** Mô hình theo dõi, quản lý bệnh glôcôm của Bệnh viện Mắt Trung ương**

Năm 2014, Bệnh viện Mắt Trung ương phối hợp với Hội Nhãn khoa Việt Nam đã đề xuất mô hình theo dõi, quản lý bệnh glôcôm. Đối tượng trong diện theo dõi quản lý là những người có các yếu tố nguy cơ cao bệnh glôcôm, cần theo dõi định kỳ. Nhân lực tham gia là CBYT chuyên khoa mắt của các cơ sở CSM tuyến quận/huyện, tỉnh phối hợp chặt chẽ với cán bộ chuyên trách mắt của Trung tâm y tế (TTYT) và các TYT xã, thôn bản [5].

- Tuyến YTCS (TYT xã): trang bị bảng đo TL, đèn pin, nếu có cán bộ đã được đào tạo biết sử dụng, có thể trang bị thêm bộ dụng cụ đo NA Maclakov.

Nhiệm vụ: có thể tổ chức quản lý người bệnh glôcôm dưới sự chỉ đạo của TTYT huyện và tuyến y tế chuyên khoa cao hơn. Lập danh sách người bệnh glôcôm, theo dõi quá trình điều trị, nhắc nhở người bệnh đi khám mắt định kỳ. Tư vấn, tuyên truyền cách CSM, phòng chống mù lòa do bệnh glôcôm gửi người bệnh tới tuyến điều trị (bệnh viện huyện) khi cần điều trị.

- Các cơ sở CSM tuyến quận/huyện, tỉnh, trung ương: trang bị các thiết bị phục vụ cho khám phát hiện glôcôm như bảng đo TL, máy đo NA, đèn soi đáy mắt, máy sinh hiển vi, kính soi góc tiền phòng, máy đo thị trường. Cơ sở CSM tuyến

tỉnh, Trung ương: nếu có điều kiện cần trang bị các thiết bị chẩn đoán hình ảnh: máy đo bề dày giác mạc, máy chụp ảnh đĩa thị giác, máy chụp cắt lớp đĩa thị [5].

Nhiệm vụ: tổ chức quản lý, khám định kỳ, theo dõi người bệnh glôcôm đến khi tình trạng bệnh ổn định sẽ chuyển tuyến YTCS quản lý, theo dõi tiếp tục.

+ Hồ sơ quản lý bao gồm:

- Phiếu theo dõi ngoại trú người bệnh glôcôm: với đầy đủ các thông tin cá nhân, tiền sử, bệnh sử các bệnh về mắt và toàn thân, các phương pháp đã và đang điều trị, kết quả khám về chức năng thị giác, các biến đổi thực thể của mắt ở các lần khám lại. Sổ được lưu giữ tại phòng “Quản lý bệnh nhân glôcôm” ở cơ sở y tế chuyên khoa mắt và bộ phận quản lý glôcôm của TYT xã.

- Sổ quản lý người bệnh glôcôm: ghi nhận thời gian khám, tình trạng TL, NA, đĩa thị giác, thị trường, phương pháp đã điều trị, đang điều trị, chế độ điều trị tiếp theo, lịch hẹn kiểm tra lại của bác sĩ, sổ hẹn khám lại.

Bệnh nhân được nhắc nhở khám theo lịch hẹn. Thời gian hẹn người bệnh khám lại tùy thuộc bệnh trạng, mức độ điều chỉnh NA, sự tiến triển của bệnh. Sau 2 năm liên bệnh glôcôm không được xác định thì ngừng quản lý [5].

Kết quả: mô hình được áp dụng bước đầu ở tỉnh Nam Định, đã lập được hồ sơ theo dõi cho 33% trường hợp glôcôm và người có yếu tố nguy cơ cao (64,3% được theo dõi ở tuyến xã và 95,1% theo dõi ở tuyến huyện). Hiệu quả can thiệp (HQCT) tác động lên hệ thống y tế: kiến thức của CBYT về công tác CSM người bệnh glôcôm đã được nâng cao so với tỉnh đối chứng. Tại Nam Định đã xây dựng được một hệ thống quản lý bệnh glôcôm với kết quả ban đầu được xem là tốt [23].

*** *Đánh giá ưu điểm và nhược điểm của mô hình***

Ưu điểm: qua mô hình, bệnh nhân được quản lý chặt chẽ và theo dõi lâu dài. Mô hình đã huy động sự tham gia và phân công nhiệm vụ cho tất cả các tuyến y tế, phát huy được vai trò y tế cơ sở trong quản lý bệnh glôcôm.

Nhược điểm: việc trang bị nhãn áp kế Malakov còn phụ thuộc vật tư tiêu hao kèm theo như loại mực riêng dành cho nhãn áp kế Malakov, nếu chương trình kết thúc khó đảm bảo duy trì tiếp việc đo NA, hơn nữa thủ thuật đo NA cũng như các nghiệm pháp phát hiện glôcôm chỉ được bảo hiểm y tế phê duyệt thực hiện ở tuyến 3 trở lên. Do vậy, TYT khó đóng vai trò toàn diện trong chẩn đoán xác định bệnh glôcôm.

*** Mô hình quản lý bệnh glôcôm của Bệnh viện Mắt Đà Nẵng**

Theo nghiên cứu Bệnh viện Mắt Đà Nẵng (2014), để khắc phục những hạn chế trong quản lý khám ngoại trú bệnh nhân glôcôm, Bệnh viện Mắt Đà Nẵng đã thiết lập hệ thống phần mềm khám ngoại trú cho bệnh nhân glôcôm. Bệnh nhân glôcôm được cấp một ID card cho lần đầu khám ngoại trú. Hệ thống điện tử này kết nối hệ thống quản lý hồ sơ ngoại trú bằng điện tử tại khoa glôcôm do bác sĩ khám bệnh thực hiện.

Hồ sơ ngoại trú bệnh nhân được bác sĩ theo dõi và điền thông tin khi bệnh nhân đã được khám và kê đơn, hẹn lịch tái khám lần sau. ID bệnh nhân sẽ được tích hợp các thông tin như TL, NA, soi góc tiền phòng, đáy mắt, thị trường, chụp OCT, đơn thuốc hay nhập viện, lịch hẹn tái khám lần sau. Sổ khám bệnh ghi ID card trên đầu bìa sổ khám bệnh để khi tái khám đưa cho phòng tiếp nhận tại phòng khám. Bác sĩ khoa glôcôm có thể vào xem trực tiếp trên hệ thống máy tính, lưu trữ kết quả cho bệnh nhân, dễ dàng so sánh kết quả giữa các lần khám hoặc cận lâm sàng để giúp theo dõi và đánh giá tiến triển của bệnh [33].

*** *Đánh giá ưu điểm và nhược điểm của mô hình***

Ưu điểm: mô hình của Bệnh viện Mắt Đà Nẵng giúp quản lý đầy đủ các thông tin của bệnh nhân glôcôm đang theo dõi tại bệnh viện nên hỗ trợ khá hiệu quả cho điều trị bệnh.

Nhược điểm: chỉ áp dụng được ở tuyến chuyên khoa điều trị glôcôm nơi có đầy đủ phương tiện máy móc và phần mềm theo dõi.

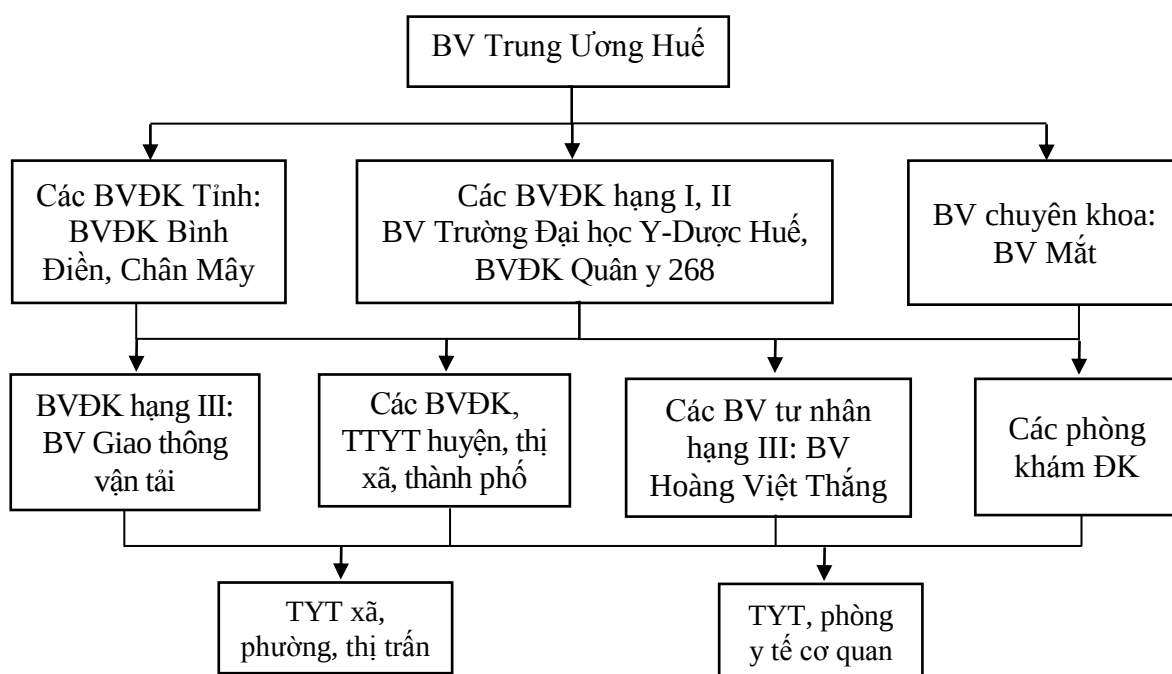
Nhìn chung tại Việt Nam chưa có nhiều nghiên cứu về mô hình tăng cường dịch vụ CSM trong bệnh glôcôm và việc tìm ra một mô hình thực tế có tính bền vững cho các địa phương là vấn đề hết sức cấp thiết. Chúng tôi vẫn xác định vị trí quan trọng của YTCS trong xây dựng mô hình, tuy nhiên YTCS với nhiều trách nhiệm nặng nề rất khó để đóng vai trò như tuyến chuyên khoa mắt để có thể chẩn đoán xác định glôcôm mà phù hợp hơn với vai trò truyền thông GDSK, sàng lọc, tư vấn và chuyển tuyến khi có trường hợp nghi ngờ glôcôm.

Do vậy, chúng tôi tiến hành xây dựng mô hình quản lý bệnh glôcôm theo hướng vẫn phát huy vai trò của YTCS nhưng điều chỉnh thay đổi nhiệm vụ và vai trò của YTCS trong mô hình quản lý để đạt được hiệu quả và tính bền vững của mô hình.

1.5. ĐỊA BÀN NGHIÊN CỨU

Thành phố Huế là thành phố trực thuộc tỉnh Thừa Thiên Huế, địa bàn nằm trải dài theo dòng sông Hương có vị trí địa lý: phía đông giáp thị xã Hương Thủy và huyện Phú Vang, phía tây giáp thị xã Hương Trà, phía nam giáp thị xã Hương Thủy, phía bắc giáp huyện Quảng Điền và biển Đông. Về lĩnh vực y tế, thành phố tập trung xây dựng kế hoạch về “Xây dựng Thừa Thiên Huế xứng tầm là TTYT chuyên sâu của khu vực miền Trung và cả nước giai đoạn 2021-2025 và tầm nhìn đến năm 2030” [2], [21].

Trong số các cơ sở y tế nói trên, dịch vụ khám và điều trị nội khoa, ngoại khoa bệnh glôcôm được tiến hành ở các cơ sở: Bệnh viện Trung ương Huế, Bệnh viện Trung ương Huế - Cơ sở 2, Bệnh viện Trường Đại học Y-Dược Huế, Bệnh viện Mắt. Đối với tuyến huyện, chỉ một số cơ sở như: Bệnh viện Đa khoa Giao thông Vận tải Huế, TTYT thành phố Huế, Phòng khám Bác sĩ Gia đình thuộc Trung tâm Y học Gia đình theo quy định phân tuyến kỹ thuật có thể thực hiện được các thủ thuật đo NA, soi đáy mắt, cũng như có thuốc để điều trị glôcôm. Có rất nhiều cơ sở thiếu bác sĩ chuyên khoa mắt để có thể cung cấp dịch vụ CSM trong bệnh glôcôm. Các cơ sở còn lại và tuyến xã phường thì hầu như chỉ khám và điều trị các bệnh mắt thông thường như viêm kết mạc, chắp lẹo [32].

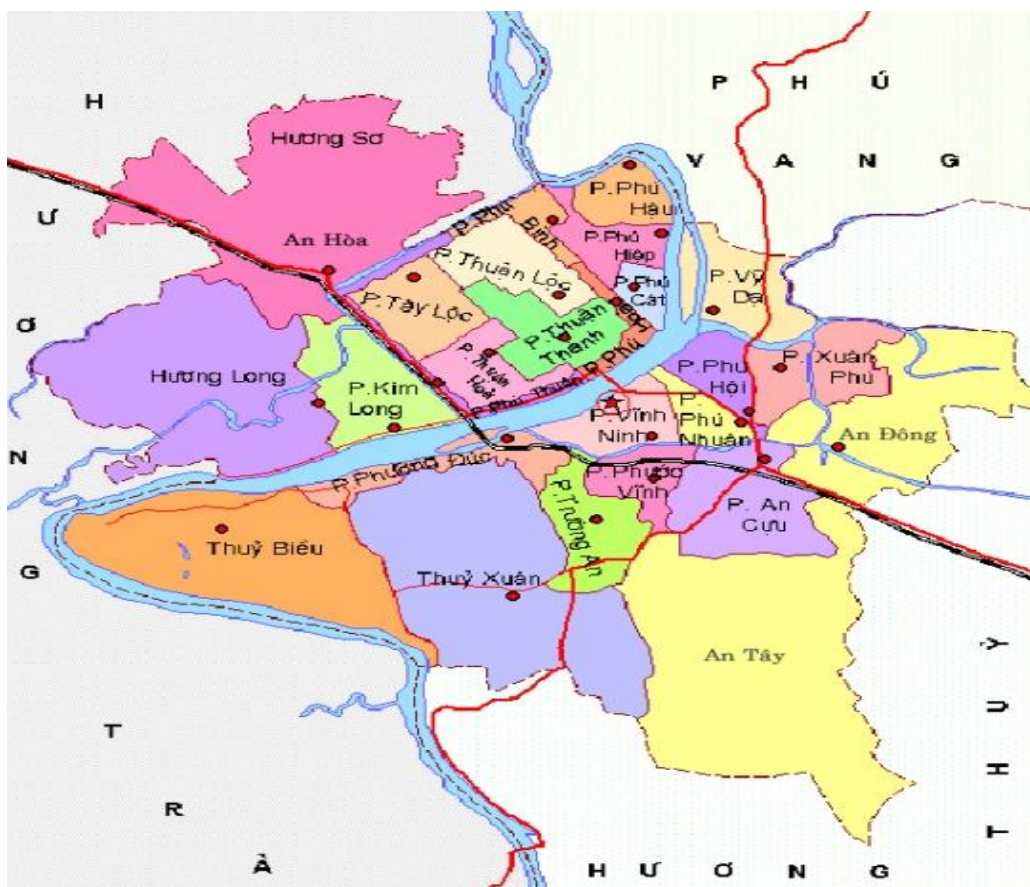


Sơ đồ 1.5. Mạng lưới các cơ sở khám chữa mắt trên địa bàn tỉnh TT Huế

Nguồn: “Sở Y tế tỉnh Thừa Thiên Huế (2019)” [32]

Theo cuộc tổng điều tra dân số, số người trên 40 tuổi tại thành phố Huế được thống kê là 130.594 người [41].

Một nghiên cứu gần đây cho thấy tỉ lệ bệnh glôcôm ở người trên 40 tuổi tại thành phố Huế là 5,4% trong đó đối tượng glôcôm lần đầu tiên được chẩn đoán chiếm tỉ lệ cao với 61,5% đồng nghĩa chỉ 38,5% bệnh nhân biết tình trạng bệnh của mình. Hơn 80% đối tượng được hỏi chưa từng nghe thông tin về bệnh glôcôm [39]. Một nghiên cứu khác về đặc điểm của bệnh glôcôm tại Huế ghi nhận 29,09% bệnh nhân có TL ở mức mù [9]. Như vậy, với đặc trưng là một bệnh nguy cơ gây mù cao, nếu không được phát hiện kịp thời sẽ ảnh hưởng rất nhiều đến chất lượng sống và khả năng lao động của bệnh nhân. Tuy nhiên, hiện nay tại Huế vẫn chưa có một giải pháp nào khả thi để giúp tăng cường sàng lọc phát hiện bệnh và quản lý tốt bệnh glôcôm. Do đó, chúng tôi xây dựng một mô hình nhằm tăng cường dịch vụ CSM trong bệnh glôcôm cho người dân trên 40 tuổi, mục đích cuối cùng là phát hiện bệnh sớm, điều trị kịp thời và đảm bảo tuân thủ điều trị để giúp bệnh nhân bảo tồn TL.



Hình 1.5. Bản đồ hành chính Thành phố Huế trước ngày 01/7/2021

“Nguồn: Bản đồ Việt Nam, 2021” [2]

Chương 2

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. ĐỐI TƯỢNG NGHIÊN CỨU

2.1.1. Đối tượng nghiên cứu

- Người dân trên 40 tuổi tại thành phố Huế.
- Các TYT và CBYT của thành phố Huế.

*** Đối với người dân**

- Tiêu chuẩn lựa chọn:
 - + Những người trên 40 tuổi có hộ khẩu thường trú tại thành phố Huế tại thời điểm nghiên cứu.
 - + Đối tượng đồng ý tham gia nghiên cứu.
- Tiêu chuẩn loại trừ:
 - + Đối tượng không đủ sức khỏe để khám sàng lọc, khám thăm dò chức năng và theo dõi.
 - + Đối tượng có bệnh lý tâm thần kinh, mất kiểm soát hành vi, không hợp tác để khám phát hiện bệnh hoặc không đồng ý tham gia nghiên cứu.

*** Đối với TYT và CBYT:**

- Tiêu chuẩn lựa chọn:
 - + Các TYT của thành phố Huế, CBYT đang làm việc và có mặt ở thời gian nghiên cứu.
- Tiêu chuẩn loại trừ:
 - + Không đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.1.2. Địa điểm nghiên cứu

Nghiên cứu được tiến hành tại thành phố Huế.

2.1.3. Thời gian nghiên cứu

- Nghiên cứu mô tả cắt ngang: từ tháng 01/2017 đến tháng 7/2017.
- Xây dựng giải pháp, mô hình can thiệp, triển khai mô hình, đánh giá hiệu quả can thiệp: 8/2017 đến tháng 12/2019.

2.2. PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

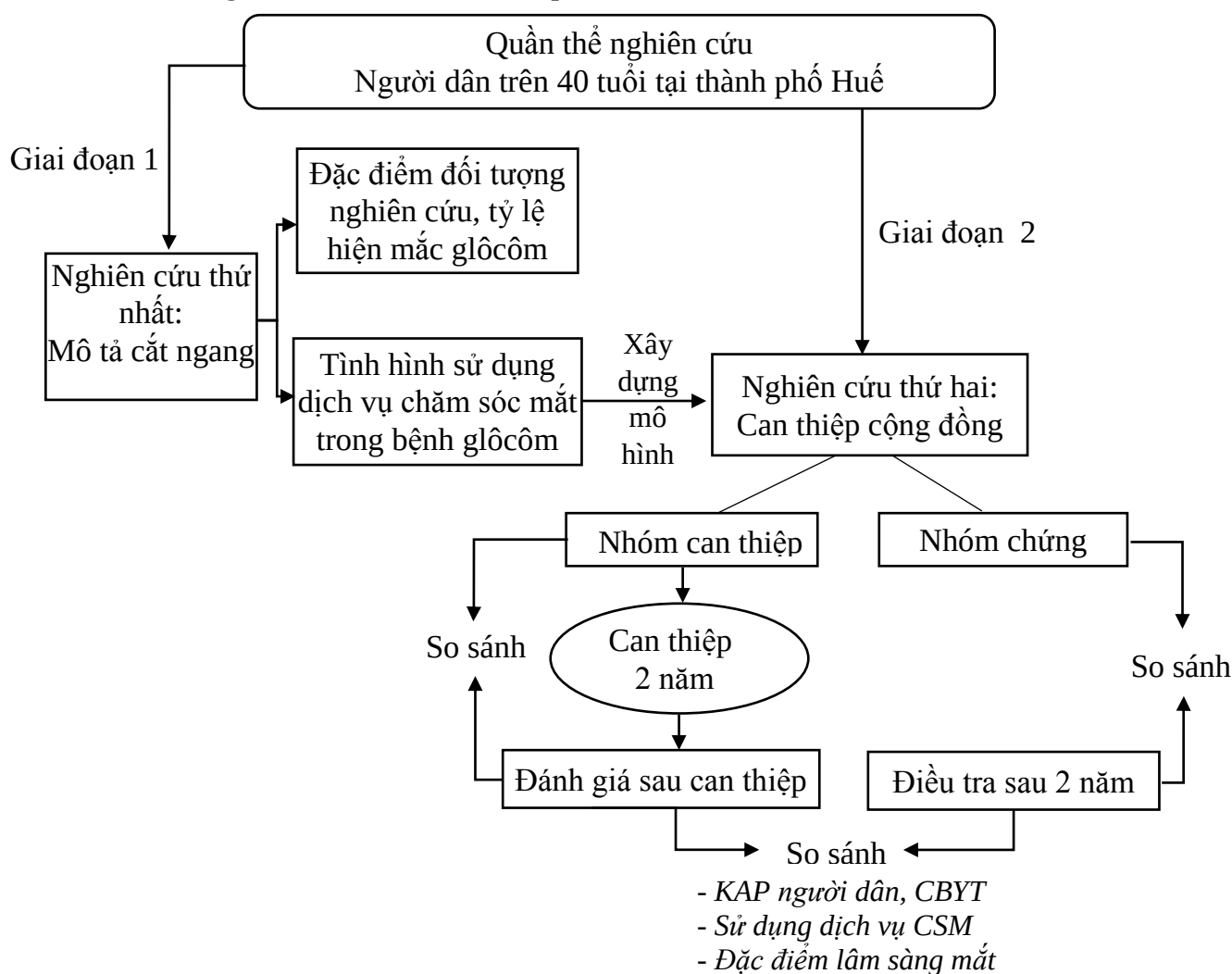
2.2.1. Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu được thực hiện qua hai giai đoạn, sử dụng hai phương pháp nghiên cứu khác nhau là: nghiên cứu mô tả cắt ngang và nghiên cứu can thiệp cộng đồng có đối chứng.

- *Giai đoạn 1:* sử dụng thiết kế nghiên cứu mô tả cắt ngang để thực hiện mục tiêu 1: mô tả tỉ lệ hiện mắc và tình hình sử dụng dịch vụ CSM trong bệnh glôcôm ở đối tượng trên 40 tuổi.

- *Giai đoạn 2:* sử dụng thiết kế nghiên cứu can thiệp cộng đồng có đối chứng để thực hiện mục tiêu xây dựng và đánh giá kết quả can thiệp tăng sử dụng dịch vụ CSM ở đối tượng nghiên cứu.

Thiết kế nghiên cứu có thể tóm tắt qua sơ đồ sau:



Sơ đồ 2.1. Thiết kế nghiên cứu

2.2.2. Cỡ mẫu và cách chọn mẫu

2.2.2.1. Cỡ mẫu

- *Giai đoạn 1:*

+ *Cỡ mẫu điều tra tỉ lệ hiện mắc glôcôm ở người trên 40 tuổi*

Sử dụng công thức tính cỡ mẫu cho một quần thể, xác định tỉ lệ [26].

$$n = Z_{(1-\alpha/2)}^2 \frac{p(1-p)}{d^2}$$

Trong đó:

n: là cỡ mẫu cần nghiên cứu. $Z_{1-\alpha/2}$: độ tin cậy, với độ tin cậy 95%; $Z_{1-\alpha/2} = 1,96$.

p: tỉ lệ người có bệnh glôcôm trên quần thể dân số trên 40 tuổi: 4,86%, tương đương $p = 0,0486$ [34].

d: là sai số dự tính, $d = 1\%$.

Thay các trị số vào công thức ta có:

$$n = \frac{(1,96)^2 \times 0,0486 (1 - 0,0486)}{0,01^2} = 1776$$

Như vậy, số mẫu điều tra tối thiểu là 1776 người.

+ *Cỡ mẫu ước lượng tỉ lệ sử dụng dịch vụ CSM trong bệnh glôcôm:*

Sử dụng công thức tính cỡ mẫu cho một quần thể, xác định tỉ lệ với p: tỉ lệ sử dụng dịch vụ CSM trong bệnh glôcôm ở người dân trên 40 tuổi.

Để phù hợp với bối cảnh hệ thống y tế trong nước, nên nghiên cứu ưu tiên sử dụng tỉ lệ p từ nghiên cứu tại Việt Nam. Tuy nhiên, tại Việt Nam, không có nghiên cứu nào về tỉ lệ sử dụng dịch vụ CSM trong bệnh glôcôm ở người dân trên 40 tuổi nói chung. Do đó, dựa vào tỉ lệ người bệnh glôcôm có sử dụng dịch vụ khám để ước lượng số người bệnh cần có trong nghiên cứu và tính được số dân trên 40 tuổi thông qua tỉ lệ mắc là 4,86%

$$n = Z_{(1-\alpha/2)}^2 \frac{p(1-p)}{d^2}$$

p: tỉ lệ người bệnh mắc glôcôm có sử dụng dịch vụ khám sàng bệnh glôcôm $p = 0,33$ [34]. $Z_{1-\alpha/2}$: độ tin cậy, với độ tin cậy 95% có $Z_{1-\alpha/2} = 1,96$; d: là sai số dự tính, $d = 10\%$. Thay các trị số vào công thức ta có:

$$n = \frac{(1,96)^2 \times 0,33 (1 - 0,33)}{0,1^2} = 85$$

Với tỉ lệ hiện mắc glôcôm là 0,048 thì số người dân trên 40 tuổi tính được là:

$$n = \frac{85 \times 100}{0,0486} = 1770$$

Như vậy, số mẫu điều tra tối thiểu là 1770 người.

Vậy cỡ mẫu chung cho điều tra cắt ngang xác định tỉ lệ mắc glôcôm và tỉ lệ sử dụng dịch vụ CSM trong bệnh glôcôm tối thiểu là 1776 người. Để dự phòng mất mẫu, cỡ mẫu được tính tăng thêm 10% là 1954 người. Trên thực tế, chúng tôi đã điều tra được 2025 người.

+ *Cỡ mẫu cho điều tra đối tượng là CBYT ở các TYT*

Chọn mẫu toàn bộ: thành phố Huế có 27 TYT, mỗi trạm có 5 CBYT, tổng số là:
27 trạm x 5 người = 135 CBYT.

- **Giai đoạn 2:**

+ *Cỡ mẫu điều tra về sử dụng dịch vụ CSM trong bệnh glôcôm của người dân:*

Sử dụng công thức kiểm định hai tỉ lệ [26]

$$n = 2 \left(\frac{Z_{1-\alpha/2} + Z_{1-\beta}}{ES} \right)^2 \quad \text{Với: } ES = \frac{p_1 - p_2}{\sqrt{p(1-p)}} \quad ; P = \frac{p_1 + p_2}{2}$$

$Z_{1-\alpha/2}$: giá trị từ phân bố chuẩn, được tính dựa trên xác suất sai lầm loại 1.

($Z_{1-\alpha/2} = 1,96$ nếu xác suất sai lầm loại 1 = 5% và kiểm định từ hai phía)

$Z_{1-\beta}$: giá trị được tính dựa trên lực thống kê ($Z_{1-\beta} = 1,282$ nếu lực thống kê là 90%).

p_1 : tỉ lệ người dân sử dụng dịch vụ khám sàng lọc bệnh glôcôm ước đoán trong nhóm can thiệp tại thời điểm kết thúc can thiệp.

p_2 : tỉ lệ người dân sử dụng dịch vụ khám sàng lọc bệnh glôcôm ước đoán trong nhóm chứng tại thời điểm kết thúc can thiệp.

Nghiên cứu kỳ vọng sự chênh lệch trước và sau can thiệp là 10% và chênh lệch giữa nhóm can thiệp và nhóm chứng cũng 10%, do đó dựa trên tỉ lệ người dân sử dụng dịch vụ khám sàng lọc bệnh glôcôm qua nghiên cứu cắt ngang là 24%, chọn p_1 : 34,0%; p_2 : 24,0%.

Tính được $n_1 = n_2 = 434$. Dự phòng thu thập thiếu số liệu, trên thực tế, số mẫu ở phường can thiệp và phường đối chứng là 525 người/ mỗi nhóm.

+ *Cỡ mẫu cho điều tra đối tượng là CBYT các TYT phường:*

Chọn mẫu toàn bộ giống như giai đoạn 1: mỗi trạm có 5 CBYT, với 7 TYT nhóm chứng và 7 TYT nhóm can thiệp tổng số là: 14 trạm x 5 CBYT = 70 CBYT

+ *Cỡ mẫu về đánh giá đặc điểm lâm sàng mắt người bệnh glôcôm, nghi ngờ và nguy cơ bị glôcôm:*

Chọn toàn bộ các đối tượng được chẩn đoán glôcôm, nghi ngờ và nguy cơ bị glôcôm ở giai đoạn nghiên cứu cắt ngang chia đều thành 02 nhóm với các đặc điểm tương đồng về đặc điểm nhân khẩu học. Số lượng ở phường can thiệp và phường đối chứng là 212 người mỗi nhóm phường. Tương ứng với số mắt đánh giá là 421 mắt ở nhóm chứng và 423 mắt ở nhóm can thiệp.

2.2.2.2. Kỹ thuật chọn mẫu

- Giai đoạn 1: Kỹ thuật chọn mẫu cho nghiên cứu mô tả cắt ngang

Chọn mẫu cho việc điều tra tỉ lệ hiện mắc và tình hình sử dụng dịch vụ CSM trong bệnh glôcôm: sử dụng phương pháp chọn mẫu ngẫu nhiên hệ thống. Đơn vị chọn mẫu là người dân trên 40 tuổi đảm bảo tiêu chí lựa chọn của nghiên cứu. Khung mẫu là danh sách người dân trên 40 tuổi có đủ tiêu chí lựa chọn được UBND phường lập.

Số lượng mẫu cần thiết tại mỗi phường được phân bổ theo tỉ lệ người dân trên 40 tuổi của phường đó trên tổng số người dân trên 40 tuổi của thành phố. Thành phố Huế có 27 phường, trong đó có 14 phường phía Bắc sông Hương và 13 phường phía Nam sông Hương tương ứng với kết quả cỡ mẫu như sau:

Bảng 2.1. Cỡ mẫu cần chọn giai đoạn nghiên cứu cắt ngang

STT	Vị trí	Tên phường	Số lượng	Tỉ lệ %	Cỡ mẫu
1	Phía Nam	An Đông	6206	4,3	87
2		An Tây	3494	3,0	61
3		An Cựu	6991	4,9	100
4		Thủy Xuân	4828	3,9	75
5		Thủy Biều	3863	2,7	54
6		Phường Đức	4131	3,6	75
7		Vĩ Dạ	6966	5,3	108
8		Xuân Phú	4977	3,7	75
9		Phước Vĩnh	6496	5,0	101
10		Vĩnh Ninh	2445	2,0	40
11		Phú Nhuận	2878	2,2	45
12		Trường An	5835	4,0	82
13		Phú Hội	3654	3,7	75

STT	Vị trí	Tên phường	Số lượng	Tỉ lệ %	Cỡ mẫu
14	Phía Bắc	Phú Hoà	2243	1,7	35
15		Hương Sơ	3857	2,5	51
16		Tây Lộc	7260	5,2	105
17		Kim Long	6358	4,9	99
18		Thuận Hoà	5651	4,3	88
19		Phú Hiệp	5316	4,6	94
20		Phú Cát	3597	3,1	62
21		Phú Thuận	2769	2,3	46
22		Phú Hậu	4464	3,7	75
23		Phú Bình	3133	2,4	49
24		An Hoà	5092	3,7	75
25		Hương Long	4883	3,7	75
26		Thuận Lộc	6487	5,1	103
27		Thuận Thành	5218	4,4	90
		Tổng cộng	130594	100	2025

Như vậy, tại mỗi phường, khoảng cách mẫu k được xác định bằng công thức $k = N/n$, trong đó N là số dân trên 40 tuổi và n là cỡ mẫu cần thiết của phường đó. Chọn một số ngẫu nhiên i bất kỳ nhỏ hơn k làm đối tượng nghiên cứu đầu tiên được chọn và các đối tượng khác được chọn lần lượt là $i + k$; $i + 2k$; ... cho đến khi đủ cỡ mẫu cần thiết.

- Giai đoạn 2: Kỹ thuật chọn mẫu đánh giá kết quả nghiên cứu can thiệp

Từ 27 phường đã được lựa chọn trong nghiên cứu mô tả, tại vị trí mỗi nhóm phường phía Bắc và Nam sông Hương, chọn ngẫu nhiên 07 phường vào nhóm can thiệp, tiến hành chọn 07 phường vào nhóm chứng với tiêu chí phân bố đủ Nam và Bắc sông Hương, trung tâm và ngoại vi thành phố và có sự tương đồng về điều kiện kinh tế xã hội, tuổi, giới, kết quả như sau:

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

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

- Chọn mẫu đánh giá kết quả nghiên cứu can thiệp: lập danh sách theo đặc điểm nhóm tuổi, giới ở nhóm can thiệp để chọn ra nhóm chứng. Chọn ngẫu nhiên tại mỗi phường theo phương pháp chọn mẫu ngẫu nhiên hệ thống.

Bảng 2.2. Cỡ mẫu cần chọn để đánh giá kết quả nghiên cứu can thiệp

STT	Tên phường		Vị trí	Số lượng	Tỉ lệ %	Cỡ mẫu
1	Nhóm can thiệp	An Đông	Phía Nam	6206	17	87
2		Phú Thuận	Phía Bắc	2769	8	42
3		An Cựu	Phía Nam	6991	19	98
4		Hương Sơ	Phía Bắc	3857	11	55
5		Trường An	Phía Nam	5835	17	94
6		Tây Lộc	Phía Bắc	7260	20	103
7		Thủy Biều	Phía Nam	3863	11	58
Tổng cộng				36781	100	525
1	Nhóm chứng	An Tây	Phía Nam	3494	11,0	59
2		Phú Hiệp	Phía Bắc	5316	17,0	91
3		Phú Cát	Phía Bắc	3597	12,0	60
4		Vĩnh Ninh	Phía Nam	2445	8,0	44
5		An Hòa	Phía Bắc	5092	15,0	75
6		Thuận Lộc	Phía Bắc	6487	20,0	107
7		Thuận Thành	Phía Bắc	5218	17,0	89
Tổng cộng				31649	100	525

2.2.3. Nội dung và biến số nghiên cứu

2.2.3.1. Nghiên cứu mô tả tỉ lệ hiện mắc glôcôm và tình hình sử dụng dịch vụ chăm sóc mắt trong bệnh glôcôm

- **Nhóm biến số đặc điểm chung**

- Giới: gồm 2 giới nam và nữ.
- Nhóm tuổi: từ 41 đến 50, từ 51 đến 60, từ 61 đến 70 và trên 70.
- Trình độ học vấn: mù chữ, tiểu học, THCS, THPT, đại học, sau đại học.
- Nghề nghiệp: cán bộ viên chức – hưu trí, công nhân, buôn bán, nội trợ, nghề khác.
- Bảo hiểm y tế: có, không.

- **Nhóm biến số đặc điểm bệnh glôcôm**

- Đặc điểm bệnh glôcôm được chia thành: có bệnh glôcôm, nghi ngờ glôcôm và không mắc glôcôm.
- Có yếu tố nguy cơ bệnh glôcôm: có, không.

- Mắt bị glôcôm: mắt phải (MP), mắt trái (MT).
- Đặc điểm phát hiện bệnh: mới phát hiện lần đầu, được chẩn đoán trước đó.
- Hình thái bệnh glôcôm: glôcôm góc đóng nguyên phát, glôcôm góc mở nguyên phát, glôcôm thứ phát [22].
- Giai đoạn bệnh glôcôm: tiềm tàng, sơ phát, tiến triển, trầm trọng, mù và gần mù, không đánh giá được [5].
- TL của bệnh nhân glôcôm: được theo phân loại của WHO (1997) [13]:
 $> 7/10$, $7/10 - 4/10$, $3/10 - ĐNT 3m$, $< ĐNT 3m$.

• ***Nhóm biến số về kiến thức, thái độ, thực hành của người dân về bệnh glôcôm***

Bộ câu hỏi về kiến thức, thái độ, thực hành của người dân về bệnh glôcôm được xây dựng dựa trên bộ câu hỏi của tác giả Ogbonnaya L. [92]. (Chỉ số Cronbach's Alpha của kiến thức, thái độ, thực hành lần lượt là 0,94; 0,74; 0,62).

** Kiến thức về bệnh glôcôm:*

Biết về bệnh glôcôm, các triệu chứng của bệnh glôcôm, tình trạng NA trong glôcôm, sự hồi phục TL trong glôcôm, các yếu tố nguy cơ của bệnh glôcôm, hậu quả mù của bệnh glôcôm, phương pháp điều trị của bệnh glôcôm.

** Thái độ về bệnh glôcôm:*

Thái độ về sự nguy hiểm của glôcôm, sự cần thiết sàng lọc glôcôm cho người trên 40 tuổi, sự cần thiết sàng lọc glôcôm cho người có tiền sử gia đình glôcôm, sự cần thiết khám mắt định kỳ, sự cần thiết theo dõi điều trị, sự cần thiết tuân thủ tái khám, sự tự điều trị bệnh mắt, về sự cần thiết theo dõi điều trị glôcôm dù không có triệu chứng, sự cần thiết phát hiện và điều trị sớm glôcôm.

** Thực hành về bệnh glôcôm:*

Thực hành về tìm hiểu bệnh lý glôcôm, lần cuối đi khám mắt, lựa chọn điều trị khi bệnh mắt, nhỏ thuốc vào mắt, số lần nhỏ thuốc, số mắt nhỏ thuốc, tái khám bệnh lý mắt, tuân thủ phát đồ điều trị.

• ***Nhóm biến số về sử dụng dịch vụ chăm sóc mắt trong bệnh glôcôm***

** Dịch vụ truyền thông*

- Được truyền thông các thông tin về các bệnh của mắt: có, không.
- Thông tin đã được truyền thông: glôcôm, đục TTT, tật khúc xạ, khô mắt thiếu vitamin A, chấn thương mắt, khác.

- Nguồn thông tin về bệnh glôcôm: ti vi, sách báo, pano - áp phích, loa phóng thanh, CBYT, người thân bạn bè không bị glôcôm, người thân bạn bè bị glôcôm.

** Dịch vụ khám và điều trị bệnh glôcôm*

- Sử dụng dịch vụ khám mắt: đã khám, chưa khám.
- Bao lâu khám mắt < 1 năm, 1 - 2 năm, > 2 năm - 5 năm, > 5 năm.
- Lý do không đi khám mắt thường xuyên: do thấy mắt vẫn nhìn rõ, do bệnh lý mắt thường nhẹ và không quan trọng, do không biết cần phải đi khám mắt, do sợ chờ đợi lâu, do ngại về thái độ của nhân viên y tế, do không đủ tiền, không có cơ sở khám mắt gần nhà, lý do khác.

- Bệnh lý mắt từng được chẩn đoán: glôcôm, đục TTT, tật khúc xạ, viêm kết mạc, bệnh vông mạc, bệnh khác.

- Lý do đi khám mắt: có dấu hiệu bất thường ở mắt, khám định kỳ.

- Sử dụng dịch vụ khám sàng lọc bệnh glôcôm: có, không.

- Sử dụng dịch vụ điều trị của người bị bệnh glôcôm: có, không.

- Lựa chọn cơ sở KCB nếu bị bệnh mắt: TYT, tuyến huyện, tuyến tỉnh, tuyến Trung ương, y tế tư nhân.

• Nhóm biến số về sử dụng dịch vụ CSM tại TYT

- Khoảng cách từ nhà đến TYT: $\leq 3\text{km}$, $> 3\text{km}$ (theo tiêu chí xây dựng TYT ở vùng 1 - vùng đồng bằng trung du của Bộ Y tế) [7].

- Từng đến TYT khi gặp vấn đề về sức khỏe: có, không.

- Lý do từng đến trạm: bệnh về mắt, tình trạng khác.

- TYT có các tranh ảnh, tư liệu về bệnh mắt như glôcôm: có, không.

- CBYT thường xuyên truyền thông về bệnh mắt như glôcôm: có, không.

- TYT có đủ phương tiện, cơ sở vật chất để khám mắt không: có, không.

- Năng lực của cán bộ TYT về KCB mắt có đáp ứng được nhu cầu: có, không.

2.2.3.2. Nghiên cứu can thiệp

• Nhóm biến số về đặc điểm của CBYT

- Tuổi: ≤ 30 , > 30 .

- Giới: nam, nữ.

- Nghề nghiệp: bác sĩ, y sĩ, điều dưỡng, y học cổ truyền, nữ hộ sinh, dân số viên, dược sĩ.

- **Nhóm biến số về đặc điểm cung cấp dịch vụ CSM trong bệnh glôcôm tại TYT**

- Trang thiết bị phục vụ cho khám sàng lọc và điều trị glôcôm: bảng đo TL, đèn pin, NA kế, thị trường kế, đèn soi đáy mắt, sinh hiển vi, kính soi góc.

Tham chiếu danh mục theo quy định của Bộ y tế, TYT có khả năng cung cấp dịch vụ “khám lâm sàng mắt”, trang thiết bị tối thiểu cho việc khám mắt tại TYT theo quy định có bảng đo TL và đèn pin.

- Khả năng thực hiện được các nội dung thực hành để chẩn đoán, theo dõi bệnh glôcôm ở TYT: đo TL, ước lượng NA bằng tay, ước lượng thị trường sơ bộ, chẩn đoán glôcôm của bác sĩ, y sĩ tại trạm, mức độ thường xuyên cung cấp dịch vụ tư vấn về bệnh glôcôm, mức độ thường xuyên cung cấp dịch vụ khám mắt.

- **Nhóm biến số về kiến thức, thái độ, thực hành của CBYT**

Bộ câu hỏi về kiến thức, thái độ, thực hành của CBYT về bệnh glôcôm được xây dựng dựa trên bộ câu hỏi của tác giả Ichhpujani P. [73] (Chỉ số Cronbach's Alpha của kiến thức, thái độ, thực hành lần lượt là 0,70; 0,77; 0,71).

- * *Kiến thức:*

- Nghe thông tin về bệnh glôcôm, định nghĩa bệnh glôcôm, thể glôcôm người Việt Nam hay gặp, triệu chứng của glôcôm, đặc điểm mất TL trong glôcôm, yếu tố nguy cơ của glôcôm, các yếu tố để chẩn đoán glôcôm, khả năng phát hiện glôcôm của tuyến YTCS, biện pháp tránh mù loà do glôcôm, quản lý và điều trị glôcôm.

- Thái độ:*

- Tính cấp thiết phòng mù loà do bệnh, sự cần thiết phát hiện sớm glôcôm ở người trên 40 tuổi, tầm quan trọng của CBYT trong việc nâng cao nhận thức cộng đồng về bệnh glôcôm, sự cần thiết khuyến khích các đối tượng có nguy cơ cao đi khám sàng lọc, tính khả thi chẩn đoán được bệnh glôcôm tại TYT, sự cần thiết phát hiện sớm và quản lý tốt bệnh nhân, vai trò CBYT trong tư vấn tuân thủ điều trị đối với bệnh nhân glôcôm, sự cần thiết chuyển tuyến khi có dấu hiệu nghi ngờ glôcôm.

- Thực hành về khám phát hiện bệnh glôcôm:*

- Sử dụng phương tiện có sẵn tại TYT để khám mắt, tư vấn về bệnh glôcôm, biết cách đo TL, biết cách ước lượng NA bằng tay, biết cách đo thị trường bằng tay, xử trí đúng trước trường hợp nguy cơ glôcôm, cách tư vấn quản lý điều trị đúng cho bệnh nhân glôcôm, biết cách tư vấn sử dụng thuốc đúng cho bệnh nhân glôcôm.

• **Nhóm biến số biểu hiện lâm sàng của bệnh nhân glôcôm, đối tượng nguy cơ và nghi ngờ glôcôm**

- Thị lực: giảm, ổn định, tăng.
- Nhãn áp: không đạt NA đích, đạt NA đích.
- Lỗm đĩa: rộng ra, ổn định, không soi được.
- Thị trường: thu hẹp, ổn định, không làm được.
- Tình trạng bệnh: không ổn định, ổn định.

2.2.4. Cách đánh giá các biến số nghiên cứu

*** Nhóm biến số về đặc điểm bệnh glôcôm**

- Chẩn đoán xác định bệnh glôcôm

Khi có ít nhất 02 trong 03 tổn thương sau [116]:

+ Tổn thương đĩa thị dạng glôcôm (teo lỗm đĩa thị giác, đĩa thị lớn, chênh lệch lỗm đĩa giữa 2 mắt $\geq 0,2$, khuyết viền thần kinh, xuất huyết đĩa thị, tổn thương lớp sợi thần kinh).

+ Tổn thương thị trường điển hình.

+ NA cao (> 21 mmHg).

- Nghi ngờ glôcôm

Khi có một trong các tiêu chuẩn sau [47], [87]:

+ Tổn thương đĩa thị dạng glôcôm.

+ Nghi ngờ tổn thương thị trường, nhưng không kèm theo đĩa thị tổn thương ở mức 1.

+ Xuất huyết bờ đĩa thị.

+ NA cao (> 21 mmHg), lỗm đĩa thị giác rộng.

+ Nghẽn góc nhưng đĩa thị, thị trường, NA bình thường.

- Nguy cơ glôcôm

Người có nguy cơ mắc glôcôm khi mắc ít nhất một trong các tình trạng sau [112]:

+ Tật khúc xạ.

+ Tăng huyết áp.

+ Đái tháo đường.

+ Bệnh lý tim mạch.

+ Tiền sử gia đình có người bị bệnh glôcôm.

+ Tiền sử sử dụng các thuốc có corticoid.

+ Tiền sử chấn thương, phẫu thuật mắt.

- *Chẩn đoán hình thái glôcôm*

Dựa vào kết quả soi góc tiền phòng [22]:

+ Glôcôm góc đóng nguyên phát: bệnh glôcôm kèm theo soi góc tiền phòng: góc đóng hoặc hẹp, tiền phòng nông.

+ Glôcôm góc mở nguyên phát: glôcôm kèm theo soi góc tiền phòng mở rộng.

+ Glôcôm thứ phát: tăng NA do bệnh lý khác tại mắt hoặc bệnh toàn thân gây ra.

- *Chẩn đoán giai đoạn bệnh: dựa vào tổn thương đĩa thị giác và thị trường [5].*

+ Giai đoạn tiềm tàng: mắt chưa có biểu hiện tổn thương đặc hiệu của bệnh, thường là mắt thứ hai của người bệnh đã có bệnh glôcôm nguyên phát.

+ Giai đoạn sơ phát: chưa có tổn thương điển hình ở đĩa thị và thị trường, tổn hại thị trường nhỏ cạnh trung tâm. Lỗ đĩa hình oval đứng, mất cân xứng độ rộng ở hai mắt.

+ Giai đoạn tiến triển: mở rộng những ám điểm vùng cạnh trung tâm. Thị trường chu biên thu hẹp dần phía mũi. Lỗ đĩa phát triển rộng ra phía bờ đĩa thị giác.

+ Giai đoạn trầm trọng: thị trường thu hẹp hình ống. Xuất hiện ám điểm hình cung Bjerrum với khuyết thị trường phía mũi điển hình. Thị trường trung tâm cũng bị tổn thương. Lỗ đĩa glôcôm tiến ra gần sát bờ đĩa thị giác.

+ Giai đoạn gần mù và mù: không làm được thị trường do thị lực quá kém đến mức không còn nhận thức được ánh sáng. Lỗ teo đĩa thị giác hoàn toàn.

*** Nhóm biến số về kiến thức, thái độ, thực hành về bệnh glôcôm của người dân**

- *Kiến thức:*

Có 09 câu hỏi về kiến thức với hai phương án chọn lựa là biết hoặc không biết trong đó có 03 câu hỏi nhiều lựa chọn. Tổng điểm tối đa là 23. Cách đánh giá kiến thức:

+ Đạt 18 điểm (75%) trở lên được đánh giá là có kiến thức tốt về bệnh glôcôm.

+ Đạt dưới 18 điểm thì được đánh giá là có kiến thức chưa tốt về bệnh glôcôm.

- *Thái độ:*

- Gồm 09 câu phát biểu về thái độ, mỗi câu có 05 phương án trả lời là rất không đồng ý, không đồng ý, không ý kiến, đồng ý, rất đồng ý. Người được phỏng vấn trả lời một trong 05 phương án.

- Cách cho điểm: mỗi câu trả lời đều cho điểm theo thang điểm Likert 05 điểm ứng với từng phương án trả lời.

- Đối với câu phát biểu đúng (hay dương tính = positive) cho điểm thuận, từ 01 đến 05 điểm (tính từ trái sang phải).

- Đối với câu phát biểu không đúng (hay âm tính = negative) cho điểm nghịch, từ 05 đến 01 điểm (tính từ trái sang phải).

- Các phát biểu đúng tương ứng các câu số 1, 2, 6, 8, 9. Điểm tối đa là 45 điểm (09 câu 05 điểm).

- Đánh giá thái độ như sau:

+ Tổng số điểm đạt từ 34 điểm (75%) trở lên được xem là có thái độ đúng đắn đối với các quan điểm về bệnh glôcôm.

+ Tổng số điểm đạt dưới 34 điểm được xem là có thái độ chưa đúng đắn đối với các quan điểm về bệnh glôcôm.

- *Thực hành:*

- Nội dung phỏng vấn gồm 08 câu hỏi. Thực hành đúng cho 01 đến 02 điểm tùy mức độ quan trọng; thực hành chưa đúng cho 0 điểm. Với câu hỏi “Lần cuối cùng đi khám mắt ?” lựa chọn “khám < 1 năm” được cho 02 điểm, lựa chọn “khám 1-2 năm” được cho 01 điểm. Điểm tối đa là 09 điểm. Cách đánh giá thực hành như sau:

+ Đạt được 07 điểm (75%) trở lên được xem là có thực hành tốt về bệnh glôcôm.

+ Đạt được dưới 07 điểm được xem là không thực hành tốt về bệnh glôcôm.

+ Đối với những người nếu trả lời chưa bao giờ khám mắt ở phần tìm hiểu sử dụng dịch vụ CSM thì cũng được xem là thực hành không tốt.

****Nhóm biến số về sử dụng dịch vụ chăm sóc mắt trong bệnh glôcôm***

- Khám mắt thường xuyên: Theo khuyến cáo của Hội khúc xạ Hoa Kỳ, người dân được đánh giá khám thường xuyên khi đảm bảo:

+ Từ 41 – 60 tuổi: khám 1 lần/năm nếu có yếu tố nguy cơ, mỗi 2 năm/lần nếu không có yếu tố nguy cơ.

+ Từ 61 tuổi trở lên: khám 1 lần/năm.

- Dịch vụ khám sàng lọc bệnh glôcôm: Theo Hội nhãn khoa Việt Nam, đối tượng được đánh giá là có khám sàng lọc glôcôm khi đã từng khám mắt và được đo NA kèm soi đáy mắt khi khám mắt [5].

- Dịch vụ điều trị đối với người bị bệnh glôcôm: đã được chẩn đoán bệnh glôcôm kèm theo có theo dõi và điều trị bệnh.

**** Nhóm biến số về kiến thức, thái độ, thực hành của CBYT về bệnh glôcôm***

- Kiến thức:

Có 10 câu hỏi về kiến thức với hai phương án chọn lựa là biết hoặc không biết trong đó có 03 câu hỏi nhiều lựa chọn, kiến thức đúng cho 01 đến 03 điểm tùy mức độ quan trọng; kiến thức không đúng cho 0 điểm. Tổng điểm tối đa là 26. Cách đánh giá kiến thức:

+ Đạt 20 điểm (75%) trở lên được đánh giá là có kiến thức tốt về bệnh glôcôm.

+ Đạt dưới 20 điểm được đánh giá là có kiến thức chưa tốt về bệnh glôcôm.

- Thái độ

Có 08 câu phát biểu về thái độ, mỗi câu có 05 phương án trả lời là rất không đồng ý, không đồng ý, không ý kiến, đồng ý, rất đồng ý. Người được phỏng vấn trả lời một trong 05 phương án. Câu trả lời đều cho điểm theo thang điểm Likert 05 điểm ứng với từng phương án trả lời.

- Đối với câu phát biểu đúng (hay dương tính - positive) cho điểm thuận, từ 01 đến 05 điểm (tính từ trái sang phải).

- Đối với câu phát biểu không đúng (hay âm tính - negative) cho điểm nghịch, từ 05 đến 01 điểm (tính từ trái sang phải).

- Các phát biểu đúng tương ứng các câu số 1, 2, 3, 4, 6, 7, 8. Điểm tối đa là 40 điểm (08 câu 05 điểm). Đánh giá thái độ như sau:

+ Tổng số điểm đạt từ 30 điểm (75%) trở lên được xem là có thái độ đúng đắn đối với các quan điểm về bệnh glôcôm.

+ Tổng số điểm đạt dưới 30 điểm được xem là có thái độ chưa đúng đắn đối với các quan điểm về bệnh glôcôm.

- Thực hành: về khám phát hiện glôcôm

- Nội dung phỏng vấn gồm 08 câu hỏi. Thực hành đúng cho 01 đến 02 điểm tùy mức độ quan trọng; thực hành chưa đúng cho 0 điểm. Riêng 02 câu hỏi : “Sử dụng các phương tiện có sẵn tại TYT để phục vụ cho việc khám mắt ?” và “Tư vấn cho các bệnh về mắt cho bệnh nhân”, nếu CBYT chọn “thường xuyên”: được cho 02 điểm; “thỉnh thoảng”: được cho 01 điểm. Tổng điểm tối đa là 11. Cách đánh giá về thực hành như sau:

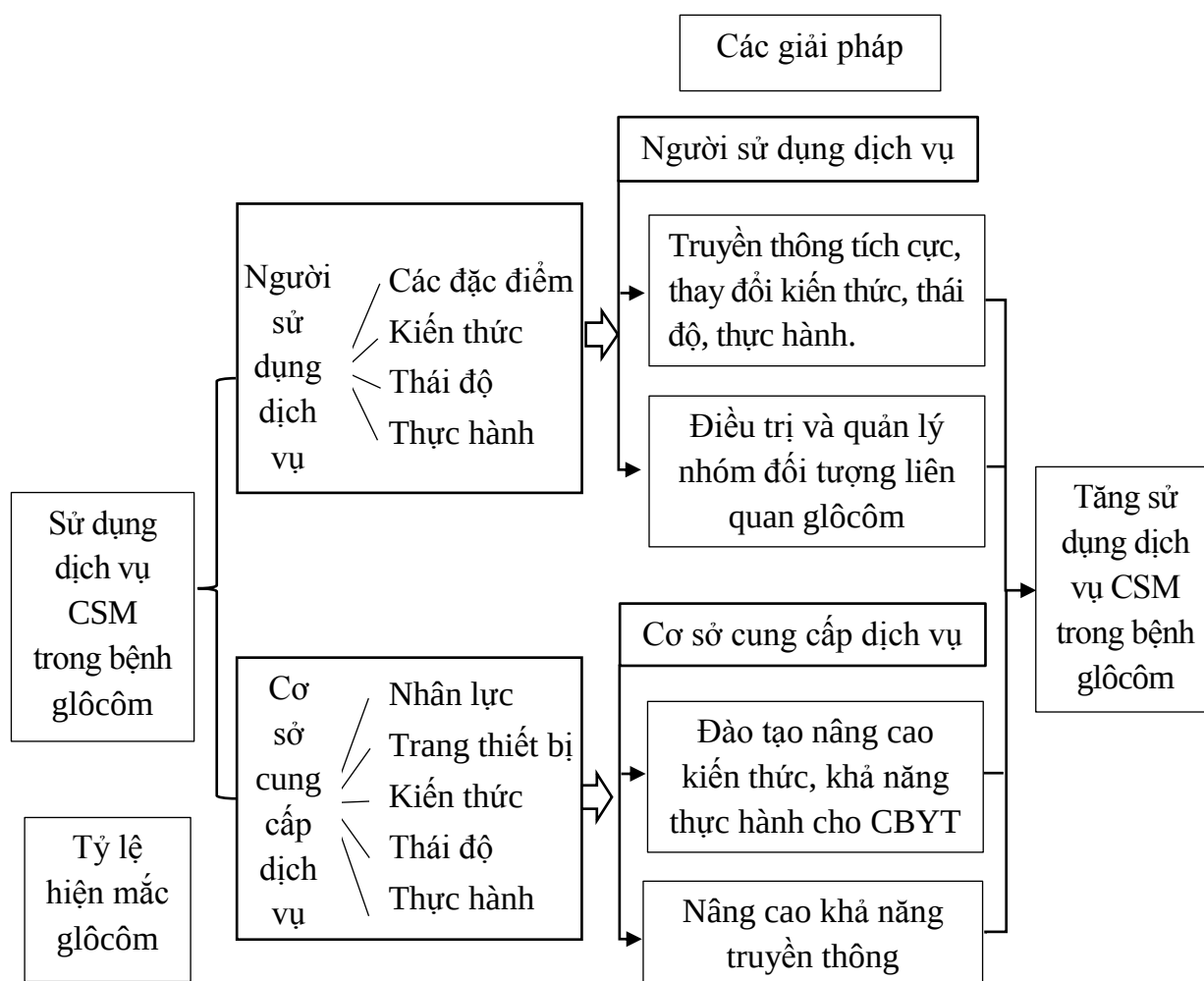
+ Đạt 08 điểm (75%) trở lên được xem là có thực hành tốt về phát hiện bệnh glôcôm.

+ Đạt được dưới 08 điểm: không thực hành tốt về phát hiện bệnh glôcôm.

*** Đánh giá tình trạng bệnh của bệnh nhân glôcôm, đối tượng nguy cơ và nghi ngờ glôcôm**

- Bệnh ổn định: không có biểu hiện tiến triển của NA, đĩa thị và thị trường.
- Bệnh không ổn định nếu có ít nhất một trong các biểu hiện tiến triển của NA, đĩa thị và thị trường [23].

2.2.5. Khung lý thuyết nghiên cứu đã áp dụng



Sơ đồ 2.2. Khung lý thuyết cho nghiên cứu

2.2.6. Các bước tiến hành nghiên cứu

2.2.6.1. Bước 1: Điều tra tỷ lệ hiện mắc glôcôm và tình hình sử dụng dịch vụ chăm sóc mắt trong bệnh glôcôm

- Gửi đơn xin tiến hành nghiên cứu đến Sở Y tế Thừa Thiên Huế xin phép phối hợp TTYT thành phố Huế để thực hiện đề tài.

- Nghiên cứu sinh làm việc với lãnh đạo Sở Y tế thành phố Huế, Ủy ban Nhân dân thành phố Huế, lãnh đạo Trường Đại học Y - Dược, Đại học Huế, lãnh đạo Phòng khám Bác sĩ Gia đình, để triển khai kế hoạch.

- Làm việc với các trạm TYT để sắp xếp thời gian điều tra.

- Tập huấn cho các cán bộ tham gia khám điều tra.

- Chuẩn bị đầy đủ các điều kiện đảm bảo về phiếu điều tra phỏng vấn, trang thiết bị máy móc, thuốc men, trước khi tiến hành đi khám điều tra.

Công cụ và phương tiện thu thập số liệu: phiếu điều tra phỏng vấn, bảng đo TL, đèn pin, dụng cụ đo NA, sinh hiển vi khám bệnh, đèn soi đáy soi đáy mắt, kính Volk, kính soi góc tiền phòng, máy đo thị trường.

Quy trình phỏng vấn

- Điều tra tình hình sử dụng dịch vụ CSM: có 08 điều tra viên, 02 giám sát viên và 10 cộng tác viên là các cán bộ giảng dạy thuộc Khoa Y tế Công cộng, Bộ môn Mắt Trường Đại học Y - Dược, Đại học Huế và CBYT tại các TYT được tập huấn thành thạo trước khi tiến hành phỏng vấn điều tra tình hình sử dụng dịch vụ CSM.

- Tiến hành điều tra thử nghiệm trên 50 người dân trước khi tiến hành điều tra thực địa để đảm bảo độ tin cậy.

- Lập danh sách người trên 40 tuổi của mẫu nghiên cứu theo từng phường được chọn, gửi giấy mời đến TYT để điều tra tình hình sử dụng dịch vụ CSM trong bệnh glôcôm. Sử dụng phương pháp phỏng vấn trực tiếp.

- Điều tra đặc điểm bệnh glôcôm: sau khi phỏng vấn xong, đối tượng được mời đến Phòng khám Bác sĩ Gia đình để khám sàng lọc glôcôm và ghi nhận các thông số vào phiếu điều tra.

Quy trình khám mắt

Có 10 bác sĩ và điều dưỡng chuyên khoa Mắt của Bộ môn Mắt Trường Đại học Y - Dược, Đại học Huế đã được tập huấn quy trình khám, đánh giá, các bước thực hiện như sau:

+ Thử TL xa ở khoảng cách 05 m với bảng TL vòng hở Landolt.

+ Khi TL < 8/10 cho thử kính lỗ. Nếu TL tăng với kính lỗ, cho đo điều chỉnh kính theo phương pháp chủ quan với hộp thử kính.

- + Khám sinh hiển vi để sàng lọc các bệnh lý ở mắt.
- + Soi đáy mắt nếu môi trường trong suốt đủ điều kiện khảo sát đáy mắt.
- + Tiến hành nhỏ thuốc tê và đo NA bằng NA kế Goldmann.
- + Những trường hợp nghi ngờ glôcôm được chỉ định đo thị trường.
- + Sau buổi khám, các đối tượng được chẩn đoán glôcôm, nghi ngờ glôcôm hoặc nguy cơ glôcôm được tư vấn hướng theo dõi, điều trị, lập danh sách để có kế hoạch can thiệp tiếp theo.

2.2.6.2. Bước 2. Xây dựng mô hình can thiệp

Cơ sở khoa học của mô hình can thiệp:

Dựa vào nghiên cứu giai đoạn 1, phát hiện nguyên nhân của hành vi sức khỏe, và phân tích những vấn đề còn tồn tại đã cung cấp một số thông tin cơ bản theo mô hình lý thuyết chẩn đoán hành vi Precede-Proceed để làm cơ sở xây dựng chương trình can thiệp thông qua ba nhóm yếu tố sau đây:

Nhóm yếu tố tiền đề bao gồm: kiến thức, thái độ, thực hành của người trên 40 tuổi. Can thiệp bằng truyền thông trực tiếp để làm thay đổi hành vi của đối tượng nghiên cứu. Trong nghiên cứu này, chúng tôi dựa vào bằng chứng từ kết quả điều tra thực trạng và các yếu tố liên quan theo phân tích hồi qui logistic đa biến:

- Tỷ lệ người dân có kiến thức, thái độ và thực hành tốt về bệnh glôcôm rất thấp.
- Tỷ lệ người dân từng khám sàng lọc bệnh glôcôm chỉ 24,0%.
- 58,3% bệnh nhân glôcôm không biết mình mắc bệnh.
- Dựa vào mô hình hồi qui logistic đa biến phân tích mối liên quan giữa kiến thức, thái độ, thực hành với các yếu tố cho thấy thực hành không tốt có liên quan đến kiến thức không tốt và thái độ không tốt về bệnh glôcôm.
- Dựa vào mô hình hồi qui logistic đa biến phân tích mối liên quan sử dụng dịch vụ khám sàng lọc bệnh với các yếu tố cho thấy tỷ lệ người dân không sử dụng dịch vụ liên quan đến những người không có kiến thức tốt và thái độ tốt hoặc thực hành tốt về bệnh. Do vậy, chúng tôi tập trung can thiệp nhằm cải thiện kiến thức, thái độ, thực hành của các đối tượng, trong đó chú trọng các nội dung sau: biết về bệnh glôcôm, thói quen khám mắt, cách thức đi khám sàng lọc bệnh glôcôm, tuân thủ điều trị khi mắc bệnh glôcôm...

Nhóm yếu tố làm dễ bao gồm: tính sẵn có của dịch vụ. Dựa trên phân tích thực trạng:

- Phần lớn các TYT đều không có khả năng cung cấp dịch vụ CSM trong bệnh glôcôm.

- Không có vật liệu truyền thông GDSK về bệnh glôcôm.

- Áp dụng các chính sách căn cứ Luật số 40/2009/QH12 về Luật Khám chữa bệnh của Quốc hội nước CHXHCN Việt Nam 12, quyết định số 4667/QĐ-BYT quy định về chức năng nhiệm vụ của TYT:

+ TYT có nhiệm vụ chăm sóc sức khỏe ban đầu bao gồm khám chữa bệnh ban đầu và truyền thông GDSK.

+ TYT có thể tiến hành kỹ thuật “khám lâm sàng mắt” theo phân tuyến kỹ thuật.

+ TYT có thể xử trí các trường hợp cấp cứu và chuyển tuyến.

+ TYT còn có nhiệm vụ quản lý sức khỏe gồm các bệnh mạn tính, bệnh không lây, quản lý sức khỏe hộ gia đình, quản lý sức khỏe người cao tuổi. Có danh sách quản lý những người tàn tật (nghe, nói, nhìn...).

+ Trang thiết bị của TYT để khám mắt có sẵn bảng đo TL và đèn pin.

Do vậy chúng tôi can thiệp dựa vào vai trò của y tế địa phương bằng cách tăng cường khả năng cung cấp dịch vụ CSM trong bệnh glôcôm tại TYT dựa trên các trang thiết bị sẵn có của TYT: CBYT được tập huấn sử dụng bảng đo TL, đèn pin cũng như các thủ thuật khám cơ bản để sàng lọc phát hiện glôcôm, bên cạnh đó thường xuyên truyền thông GDSK, tư vấn về bệnh glôcôm đặc biệt là cho các đối tượng có yếu tố nguy cơ, quản lý các đối tượng glôcôm ổn định.

Nhóm yếu tố tăng cường can thiệp dựa vào vai trò CBYT tại TYT, các cộng tác viên y tế, cùng sự phối hợp của hội phụ nữ, hội người cao tuổi tại địa phương. Việc truyền thông, GDSK giúp cộng đồng nâng cao ý thức bảo vệ sức khỏe cũng là một trong những chức năng, nhiệm vụ của hội phụ nữ, hội người cao tuổi. Bên cạnh đó là sự phối hợp của chuyên khoa Mắt các tuyến cao hơn trong quản lý và điều trị bệnh glôcôm.

Xây dựng: Mô hình tăng cường sử dụng dịch vụ chăm sóc mắt trong bệnh glôcôm

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

- Nhóm giải pháp thứ nhất: đào tạo nâng cao kỹ năng truyền thông, kiến thức và khả năng thực hành phát hiện bệnh glôcôm cho CBYT tại TYT.

- Nhóm giải pháp thứ hai: truyền thông tích cực can thiệp thay đổi hành vi.

- 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, cung cấp dịch vụ khám sàng lọc glôcôm cho người dân.

Từ 3 nhóm giải pháp, xây dựng nội dung can thiệp cụ thể theo từng nhóm giải pháp.

2.2.6.3. Bước 3: Triển khai mô hình can thiệp

Nội dung triển khai hoạt động can thiệp.

- Tổ chức hội thảo

Thông báo chương trình can thiệp và xin ý kiến chỉ đạo của Sở y tế trong việc điều hành hỗ trợ can thiệp: tiến hành gửi công văn đến ban lãnh đạo chính quyền, TYT để xin hỗ trợ chỉ đạo trong việc tiến hành các hoạt động can thiệp. Chính quyền địa phương, các TYT đã đồng ý tạo điều kiện hỗ trợ tối đa cho các hoạt động can thiệp của đề tài.

Hội thảo báo cáo kết quả điều tra thực trạng và lập kế hoạch can thiệp tại 07 phường can thiệp, công bố thành lập Ban chỉ đạo, mạng lưới triển khai thực hiện và quản lý hoạt động. Hội thảo được tổ chức tại các phường được chọn can thiệp là phường Trường An, An Cựu, Thủy Biều, Tây Lộc, Phú Thuận, An Đông, Hương Sơ. Thành phần mời tham dự gồm lãnh đạo địa phương, các cơ sở y tế có KCB mắt, đại diện các TYT của các phường can thiệp trên địa bàn thành phố Huế. Mục đích hội thảo nhằm báo cáo kết quả điều tra về thực trạng sử dụng dịch vụ CSM trong bệnh glôcôm cũng như tình hình bệnh glôcôm trên địa bàn thành phố Huế. Từ đó làm cơ sở xây dựng mô hình can thiệp, với các giải pháp và các hoạt động cần thực hiện. Thành lập Ban chỉ đạo tại các phường do trạm trưởng y tế làm trưởng ban, các thành viên gồm có các nhân viên y tế tại trạm, cộng tác viên y tế, hội trưởng hội phụ nữ, hội trưởng hội người cao tuổi.

Tại Hội nghị này chúng tôi cũng trao đổi những vấn đề liên quan. Qua kết quả điều tra giai đoạn 1 cho thấy các yếu tố nguy cơ của glôcôm như tuổi, giới, tiền sử gia đình hoặc một số bệnh toàn thân là khách quan không thể can thiệp. Tuy nhiên, thực trạng đáng chú ý là khá nhiều người dân chưa bao giờ khám mắt nói chung hay khám sàng lọc glôcôm nói riêng, không có thói quen khám phát hiện bệnh định kỳ. Bệnh nhân glôcôm đa phần không hề biết mình mắc bệnh. Bên cạnh đó, rất ít người có kiến thức, thái độ thực hành tốt về bệnh glôcôm. Ngoài ra, kiến thức, thái độ,

thực hành của CBYT về bệnh glôcôm rất hạn chế. Dù là tuyến đầu tiếp xúc với người dân nhưng TYT hầu như không sử dụng được các phương tiện sẵn có khám phát hiện glôcôm để có hướng tư vấn hoặc chuyển tuyến kịp thời. Glôcôm là bệnh mắt nguy hiểm gây mù không hồi phục, nhưng nếu được khám sàng lọc phát hiện sớm, điều trị kịp thời thì vẫn vẫn bảo tồn được chức năng thị giác cho bệnh nhân. Xuất phát từ những thực trạng đó, chúng tôi xây dựng mô hình can thiệp bao gồm các hoạt động nhằm giúp người dân tăng cường khám sàng lọc glôcôm để phát hiện sớm, nâng cao vai trò của YTCS trong sàng lọc và quản lý bệnh.

*** Nhóm giải pháp thứ nhất: đào tạo nâng cao năng lực về kỹ năng truyền thông, nâng cao kiến thức và khả năng thực hành về bệnh glôcôm cho CBYT tại TYT.**

- Truyền thông kiến thức cho CBYT: tại các TYT nhóm can thiệp, tất cả CBYT đều được truyền thông để nâng cao kiến thức tốt cũng như cải thiện thái độ đúng đắn về bệnh glôcôm. Đối với các CBYT có chức danh bác sĩ, y sĩ đa khoa được tập huấn về cách phát hiện bệnh glôcôm sử dụng các phương pháp và phương tiện trong điều kiện hiện có của tuyến YTCS là có bảng đo TL và đèn pin, địa điểm tổ chức: tại Trường Đại học Y - Dược, Đại học Huế.

- Tập huấn kỹ năng truyền thông: thành phần được tập huấn gồm CBYT tại TYT, các cộng tác viên y tế, đại diện hội phụ nữ, hội người cao tuổi, cán bộ đài phát thanh phường. Những đối tượng này được tham gia tập huấn về các nội dung truyền thông và các kỹ năng truyền thông liên quan đến bệnh glôcôm.

- Tập huấn kỹ năng giám sát tại mỗi phường can thiệp, mời 01 CBYT tại TYT, 01 cộng tác viên y tế làm cán bộ giám sát, tham gia tập huấn về kỹ năng giám sát các hoạt động can thiệp.

- Tổ chức kiểm tra, giám sát: công cụ giám sát là các báo cáo của các CBYT của các TYT, cộng tác viên y tế. Tổ chức họp sơ kết mỗi 6 tháng về tình hình thực hiện, thuận lợi, khó khăn khi triển khai.

*** Nhóm giải pháp thứ hai: truyền thông tích cực can thiệp thay đổi hành vi.**

- *Truyền thông trực tiếp*

- + Truyền thông cho người dân: tuyên truyền, giáo dục ý thức cho người dân về những triệu chứng của bệnh glôcôm và các tác hại của glôcôm. Lồng ghép hoạt

động truyền thông trong các đợt sinh hoạt hội người cao tuổi, hội phụ nữ. Địa điểm truyền thông tại TYT, hội trường uỷ ban phường, người truyền thông là CBYT phường và các cộng tác viên y tế...

+ Truyền thông cho bệnh nhân glôcôm và đối tượng nghi ngờ nguy cơ glôcôm: nhấn mạnh nguy cơ bị glôcôm cho các đối tượng nguy cơ. Chú trọng khuyến cáo tuân thủ điều trị đồng thời hướng dẫn về chế độ lao động thích hợp. Truyền thông chủ yếu dưới hình thức trực tiếp, được tiến hành bởi bác sĩ qua các lần khám cho bệnh nhân.

- Truyền thông gián tiếp

- + Treo panô truyền thông cỡ lớn ở cổng các TYT.
- + Treo áp phích ở tại phòng khám của TYT.
- + Phát tờ rơi (dạng sách bỏ túi).
- + Truyền thông qua loa phát thanh.
- + Gửi tin nhắn trực tiếp tới các thuê bao di động.

*** 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, cung cấp dịch vụ khám sàng lọc glôcôm cho người dân.**

- Giải pháp can thiệp y tế

Từ kết quả khám sàng lọc đợt 1, những đối tượng được chẩn đoán mắc bệnh glôcôm, nghi ngờ glôcôm hoặc có yếu tố nguy cơ mắc glôcôm được tư vấn giải thích về tình trạng bệnh. Đối với nhóm phường can thiệp sẽ gửi giấy mời cho các đối tượng này định kỳ khám và đo NA, soi đáy mắt, nếu cần thiết sẽ cho đo thị trường, chụp OCT (lich hẹn thay đổi tùy theo tình trạng bệnh và mỗi 03 tháng đối với đối tượng nguy cơ). Những đối tượng được chẩn đoán xác định glôcôm được đưa vào danh sách quản lý glôcôm, đồng thời chỉ định phương pháp điều trị phù hợp gồm thuốc, laser hoặc phẫu thuật. Quá trình điều trị nội khoa hoặc theo dõi NA đơn thuần được tiến hành tại Phòng khám Bác sĩ Gia đình (tuyến BHYT tương đương với TYT). Điều trị bằng laser, phẫu thuật hoặc các trường hợp phức tạp được tiến hành tại Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Huế. Nếu không mắc glôcôm hoặc bệnh glôcôm đã phẫu thuật ổn định, sau thời gian theo dõi sẽ được đưa về TYT tiếp tục quản lý theo dõi định kỳ. Khi có dấu hiệu bất thường, TYT sẽ chuyển bệnh nhân lên tuyến chuyên khoa Mắt để theo dõi và điều trị.

- Các hoạt động cung cấp dịch vụ khám sàng lọc bệnh glôcôm tại TYT

Nhân lực: các CBYT là bác sĩ, y sĩ đa khoa được tập huấn các kiến thức về bệnh glôcôm bao gồm phát hiện các triệu chứng của glôcôm, cách đo TL, ước lượng thị trường sơ bộ, ước lượng NA bằng tay, sử dụng đèn pin khám độ sâu tiền phòng.

Phương tiện: sử dụng thiết bị sẵn có tại TYT gồm: bảng đo TL, đèn pin.

Hoạt động:

+ Tư vấn và động viên những người có yếu tố nguy cơ (có tiền sử gia đình, tiền sử dùng thuốc corticoid, có tật khúc xạ, bị bệnh nền như THA, ĐTĐ, tim mạch) đi khám sàng lọc glôcôm.

+ Khám sàng lọc phát hiện bệnh nhân glôcôm, sử dụng các trang thiết bị sẵn có cũng như vận dụng các kiến thức về khám phát hiện glôcôm đã được tập huấn: Cần nghĩ ngay đến bệnh glôcôm góc đóng cấp, bán cấp khi người bệnh đến khám với các dấu hiệu sau:

- Nhức mắt, nhức đầu, nhìn mờ, nhìn đèn quầng xanh đỏ.
- Khám bằng đèn pin: mắt đỏ, giác mạc phù, mất độ bóng.
- Dấu hiệu cần chú ý: đồng tử giãn, phản xạ đồng tử mất hoặc lười.
- Khám bằng đèn pin chiếu chéo: móng mắt vòng, tiền phòng nông.
- Đo NA ước lượng bằng tay thấy mắt căng cứng.

+ Chuyển tuyến điều trị cho bệnh nhân hoặc đối tượng được nghi ngờ glôcôm. Các đối tượng nghi ngờ cần được khai thác triệu chứng lâm sàng, đo TL, ước lượng NA bằng tay, ước lượng thị trường sơ bộ trước khi xác định tình trạng.

+ Tổ chức quản lý người bệnh glôcôm đã ổn định. Theo quy định về chức năng nhiệm vụ, TYT được giao nhiệm vụ quản lý danh sách các đối tượng mắc bệnh mãn tính không lây nhiễm, các đối tượng khuyết tật nghe, nói, nhìn. Trên cơ sở đó, đối với bệnh nhân glôcôm, TYT sẽ tiến hành:

- Lập danh sách người bệnh glôcôm và có sổ theo dõi.
- Theo dõi quá trình điều trị của người bệnh (TL, NA, thị trường).
- Thường xuyên nhắc nhở người bệnh tái khám đầy đủ theo lịch hẹn của bác sĩ chuyên khoa.

- Đo TL, ước lượng NA bằng tay, ước lượng thị trường sơ bộ định kỳ, khi phát hiện ra dấu hiệu bất thường hoặc có tiến triển bệnh (thị lực giảm, mắt căng cứng, thị trường thu hẹp) thì chuyển ngay bệnh nhân lên tuyến trên để được theo dõi và điều trị.

Điều trị glôcôm để đạt được hiệu quả cao cần phát hiện sớm, đảm bảo tuân thủ điều trị. Vì vậy, mỗi tuyến y tế sẽ có một ưu thế riêng trong mô hình. Các tuyến y tế tuyến huyện trở lên có ưu thế khám, điều trị nhưng tuyến YTCS lại là tuyến có cơ hội tiếp xúc nhiều đối tượng người dân để tuyên truyền tăng cường ý thức khám sàng lọc. Sàng lọc phát hiện sớm giúp giảm độ nặng của bệnh và gián tiếp giúp cho kết quả điều trị tốt hơn.

Khi phát hiện đối tượng glôcôm và nghi ngờ glôcôm, những cơ sở không có đủ phương tiện chẩn đoán cần gửi bệnh nhân lên tuyến có đủ điều kiện để khám xác định bệnh và hướng theo dõi, điều trị tiếp. Bên cạnh đó, cần sự kết hợp chặt chẽ, hỗ trợ lẫn nhau giữa các tuyến y tế trong chẩn đoán, điều trị và theo dõi bệnh nhân glôcôm.

- Phối hợp tuyến chuyên khoa mắt tại Phòng khám Bác sĩ Gia đình và Bệnh viện Trường Đại học Y - Dược Huế.

Bệnh nhân glôcôm và đối tượng nghi ngờ glôcôm được lập hồ sơ theo dõi ngoại trú với đầy đủ các thông tin cá nhân, tiền sử, bệnh sử các bệnh về mắt và toàn thân, các phương pháp đã và đang điều trị, kết quả khám về chức năng thị giác, các biến đổi thực thể của mắt ở các lần khám lại. Bệnh nhân glôcôm được hẹn khám lại theo các mốc sau can thiệp 1 tuần, 1 tháng, 3 tháng, 6 tháng, 1 năm. Tuy nhiên, lịch hẹn tái khám còn tùy thuộc vào tình trạng bệnh, mức độ điều chỉnh NA, sự tiến triển của bệnh. Đối tượng nghi ngờ hoặc nguy cơ glôcôm được hẹn khám định kỳ mỗi 03 tháng. Đến ngày hẹn, nếu người bệnh không tới, sẽ được gửi tin nhắn trực tiếp tới số di động với nội dung nhắc nhở đã đến ngày tái khám và đề nghị tái khám đúng hẹn, nếu vẫn không tái khám sẽ trực tiếp điện thoại nhắc người bệnh tới kiểm tra lại vào một ngày gần nhất. Mục tiêu điều trị: đưa trị số NA bệnh nhân về NA đích. NA đích là giá trị NA không gây tổn thương thêm cho chức năng thị giác [5].

Đối với các đối tượng xác định không mắc glôcôm hoặc glôcôm đã điều trị ổn định sẽ được chuyển về theo dõi và quản lý tiếp ở các TYT, khi cần sẽ tiếp tục phối hợp tư vấn cho đối tượng và chuyển tuyến kịp thời.

2.2.6.4. Bước 4: Đánh giá kết quả can thiệp

- Thời gian đánh giá: đánh giá cuối kỳ được thực hiện vào tháng 12 năm 2019 theo quy trình nghiên cứu như giai đoạn 1.

- Kỹ thuật thu thập số liệu đánh giá: Các bước thu thập số liệu đánh giá, tiêu chuẩn đánh giá, quy trình thực hiện như giai đoạn 1. Các chỉ số đánh giá:

Các chỉ số trung gian:

**** Người dân:***

+ Kiến thức, thái độ, thực hành của người dân, so sánh tỉ lệ thay đổi trước và sau can thiệp, giữa nhóm chứng và nhóm can thiệp.

+ Tỉ lệ khám mắt trong vòng một năm, so sánh tỉ lệ thay đổi trước và sau can thiệp, giữa nhóm chứng và nhóm can thiệp.

+ Tỉ lệ khám mắt với lý do kiểm tra định kỳ, so sánh tỉ lệ thay đổi trước và sau can thiệp, giữa nhóm chứng và nhóm can thiệp.

+ Tỉ lệ khám mắt tại TYT, so sánh tỉ lệ thay đổi trước sau can thiệp, giữa nhóm chứng và nhóm can thiệp.

**** Cán bộ y tế:***

+ Kiến thức, thái độ, thực hành của CBYT, so sánh tỉ lệ thay đổi trước và sau can thiệp, giữa nhóm chứng và nhóm can thiệp.

**** Bệnh nhân glôcôm, đối tượng nguy cơ và nghi ngờ glôcôm:***

Các biểu hiện lâm sàng tại mắt sau can thiệp, so sánh giữa nhóm chứng và nhóm can thiệp.

Chỉ số kết quả cuối cùng:

+ Tỉ lệ người dân sử dụng dịch vụ khám sàng lọc bệnh glôcôm, so sánh tỉ lệ thay đổi trước và sau can thiệp, giữa nhóm chứng và nhóm can thiệp.

+ Tỉ lệ bệnh nhân glôcôm sử dụng dịch vụ điều trị bệnh glôcôm, so sánh tỉ lệ thay đổi trước và sau can thiệp, giữa nhóm chứng và nhóm can thiệp.

2.2.7. Xử lý và phân tích số liệu

- Số liệu thu thập được mã hóa, làm sạch, nhập và quản lý bằng phần mềm Epidata 3.1. Số liệu được thiết kế logic và có các phép kiểm tra giới hạn giá trị biến nhập. Số liệu đánh giá trước can thiệp và sau can thiệp được nhập riêng biệt và được kết nối với nhau thông qua mã cá nhân của đối tượng nghiên cứu.

- Thống kê mô tả: tần số và tỉ lệ %, trung bình và độ lệch chuẩn.
- Sử dụng thống kê suy luận để tìm hiểu các yếu tố liên quan và yếu tố nguy cơ với các kiểm định Chi-square, kiểm định chính xác Fisher. Đánh giá yếu tố nguy cơ: tỷ suất chênh (OR). Kiểm định nhị thức để so sánh tỷ lệ trong từng nhóm trước và sau can thiệp. Khoảng tin cậy 95% (95% CI): là ước lượng một khoảng dao động mà 95% các giá trị được xem xét rơi vào khoảng đó.
- Sử dụng mô hình hồi quy logistic đa biến để phân tích mối liên quan giữa các biến số phụ thuộc gồm kiến thức, thái độ, thực hành và sử dụng DVYT khám sàng lọc glôcôm với các biến độc lập: giới, tuổi, trình độ học vấn, nghề nghiệp, BHYT, mắc bệnh glôcôm, tiền sử gia đình có bệnh glôcôm.
- Số liệu được phân tích bằng SPSS 20.0 và Stata 16.0.
- Để đánh giá hiệu quả chương trình can thiệp lên sử dụng dịch vụ CSM và kiến thức, thái độ, thực hành so với nhóm chứng thì phương pháp ước tính sự khác biệt trước sau được sử dụng.
- Đo lường hiệu quả sau can thiệp được tính theo công thức xác định chỉ số hiệu quả (CSHQ) [26]:
$$CSHQ = \frac{P1 - P2}{P1}$$

Trong đó: P1: tỉ lệ không sử dụng dịch vụ khám sàng lọc/ điều trị bệnh glôcôm trước can thiệp, P2: tỉ lệ không sử dụng dịch vụ khám sàng lọc/ điều trị bệnh glôcôm sau can thiệp.
- Hiệu quả can thiệp: $HQCT = CSHQ_{(CT)} - CSHQ_{(ĐC)}$

2.2.8. Các biện pháp hạn chế sai số

Kiểm soát sai số do chọn mẫu, hạn chế sai số bằng cách đảm bảo cỡ mẫu và tuân thủ phương pháp chọn mẫu ở hai giai đoạn. Định nghĩa rõ ràng, cụ thể các biến số.

Bộ câu hỏi được điều chỉnh qua các nghiên cứu trước ngắn gọn, rõ ràng và dễ hiểu.

Tập huấn luyện kỹ năng phỏng vấn cho điều tra viên, kiểm soát sai số do điều tra viên, chọn điều tra viên có cùng trình độ.

Bộ câu hỏi được tiến hành nghiên cứu thử, sau đó chỉnh sửa những sai sót và bất hợp lý trong bộ câu hỏi trước khi tiến hành nghiên cứu chính thức, tập huấn luyện kỹ cho những người tham gia.

Hạn chế sai số do dụng cụ, máy đo, khám được hiệu chỉnh hàng ngày.

Kiểm soát thông tin trên phiếu điều tra ngay sau mỗi ngày điều tra. Các số liệu được phân tầng, chuẩn hóa trước khi xử lý để khử các yếu tố nhiễu.

2.2.9. Hạn chế của nghiên cứu

Nghiên cứu chỉ được tiến hành trong phạm vi thành phố Huế nên tỉ lệ glôcôm trong nghiên cứu tương đối cao hơn một số nghiên cứu khác tiến hành ở cả thành thị lẫn nông thôn. Vì vậy, việc đánh giá kết quả nghiên cứu còn chưa đầy đủ và toàn diện.

Một số đánh giá về thực hành như đánh giá tuân thủ điều trị còn phụ thuộc vào câu trả lời chủ quan của đối tượng nên có thể chưa hoàn toàn khách quan và toàn diện.

Các yếu tố nguy cơ của bệnh glôcôm đều là những yếu tố khách quan nên không thể can thiệp trực tiếp để giảm tỉ lệ mắc bệnh. Bên cạnh đó, các giải pháp can thiệp tác động vào kiến thức của đối tượng nghiên cứu qua đó làm thay đổi thái độ cải thiện thực hành, tuy nhiên còn một số yếu tố liên quan đến sử dụng dịch vụ CSM thì vì nhiều lý do khách quan nên không can thiệp được.

2.2.10. Đạo đức trong nghiên cứu

- Nghiên cứu này đã được sự chấp nhận của Hội đồng đạo đức trong nghiên cứu y sinh học của Trường Đại học Y - Dược, Đại học Huế (Quyết định số 1435/QĐ-ĐHYD ngày 22 tháng 02 năm 2016).

- Nghiên cứu đã được sự đồng ý của các đối tượng nghiên cứu.

- Nghiên cứu cung cấp các thông tin cần thiết về điều tra nghiên cứu cho đối tượng nghiên cứu.

- Tất cả các thông tin liên quan đến đối tượng nghiên cứu được giữ kín, chỉ sử dụng thông tin thu được để phục vụ nghiên cứu, không vì mục đích nào khác.

- Do đặc trưng là một nghiên cứu can thiệp có nhóm chứng nên các hoạt động can thiệp, xây dựng mô hình quản lý chỉ được tiến hành ở nhóm can thiệp. Tuy nhiên, ở giai đoạn nghiên cứu cắt ngang, tất cả các đối tượng ở nhóm chứng được chẩn đoán glôcôm, nguy cơ glôcôm hoặc nghi ngờ glôcôm đều được giải thích rõ tình trạng của mình, xử trí ban đầu và tư vấn hướng tiếp tục theo dõi, điều trị ở tuyến chuyên khoa.

Chương 3

KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Qua nghiên cứu 2025 người dân trên 40 tuổi tại thành phố Huế trong khoảng thời gian từ tháng 1 năm 2017 đến tháng 12 năm 2019, chúng tôi thu được một số kết quả như sau

3.1. TỈ LỆ HIỆN MẮC GLÔCÔM VÀ TÌNH HÌNH SỬ DỤNG DỊCH VỤ CHĂM SÓC MẮT TRONG BỆNH GLÔCÔM CỦA NGƯỜI DÂN TRÊN 40 TUỔI TẠI THÀNH PHỐ HUẾ

3.1.1. Đặc điểm chung của người dân

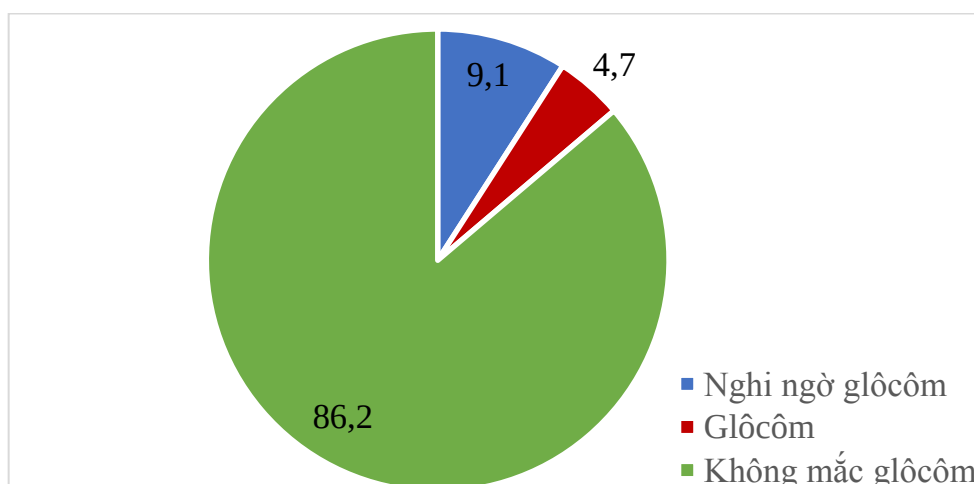
Bảng 3.1. Đặc điểm chung của người dân (n = 2025)

	Đặc điểm	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Tuổi	41 - 50	262	12,9
	51 - 60	575	28,4
	61 - 70	660	32,6
	> 70	528	26,1
	Trung bình: 63,3 ± 10,9, tuổi thấp nhất: 41, tuổi cao nhất: 99		
Giới tính	Nam	706	34,9
	Nữ	1319	65,1
Nghề nghiệp	Cán bộ viên chức, hưu trí	415	20,5
	Công nhân	74	3,7
	Buôn bán	365	18,0
	Nội trợ	330	16,3
	Nghề khác	841	41,5
Trình độ học vấn	Mù chữ	143	7,1
	Tiểu học	586	28,9
	THCS	540	26,7
	THPT	563	27,8
	Đại học	186	9,2
	Sau đại học	7	0,3
Bảo hiểm y tế	Có	1905	94,1
	Không	120	5,9
Tổng		2025	100,0

Độ tuổi trung bình của nhóm nghiên cứu là 63,3 ± 10,9, trong đó, nhóm tuổi 61 - 70 chiếm tỉ lệ cao nhất. Nữ chiếm 65,1%. Phân bố nghề đa dạng với nhóm nghề khác chiếm 41,5%. Trình độ học vấn đa phần ở mức tiểu học đến THPT. Tỉ lệ có BHYT chiếm 94,1%.

3.1.2. Đặc điểm về bệnh glôcôm

3.1.2.1. Tỷ lệ mắc bệnh glôcôm



Biểu đồ 3.1. Phân bố về tỷ lệ bệnh glôcôm (n = 2025)

Có 96 người phát hiện mắc glôcôm chiếm tỷ lệ là 4,7%. Có 184 người nghi ngờ mắc glôcôm chiếm tỷ lệ 9,1%.

3.1.2.2. Tỷ lệ người có yếu tố nguy cơ bệnh glôcôm

Bảng 3.2. Phân bố về tỷ lệ người có yếu tố nguy cơ bệnh glôcôm (n = 2025)

Yếu tố nguy cơ bệnh glôcôm	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Có	772	39,1
Không	1253	61,9
Tổng cộng	2025	100,0

Từ bảng trên cho thấy số đối tượng có yếu tố nguy cơ glôcôm chiếm 39,1%.

3.1.2.3. Tỷ lệ mắc bệnh glôcôm theo thời điểm phát hiện

**Bảng 3.3. Phân bố về tỷ lệ mắc bệnh glôcôm theo thời điểm phát hiện
(số bệnh nhân = 96)**

Bệnh glôcôm	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Mới phát hiện lần đầu	56	58,3
Được chẩn đoán trước đó	40	41,7
Tổng cộng	96	100,0

Trong số những người được chẩn đoán bệnh glôcôm, chỉ 41,7% được chẩn đoán trước đó, có đến 58,3% bệnh nhân mới phát hiện glôcôm lần đầu.

3.1.2.4. Hình thái bệnh glôcôm

Bảng 3.4. Phân bố về hình thái bệnh glôcôm (số bệnh nhân = 96)

Hình thái		Tần số (n)	Tỷ lệ (%)	Tỉ lệ (%) chung (n = 2025)
Nguyên phát	Góc mở	35	36,5	1,7
	Góc đóng	53	55,2	2,6
Thứ phát		8	8,3	0,4
Tổng		96	100	

Glôcôm góc đóng nguyên phát chiếm tỉ lệ cao nhất: 55,2%.

3.1.2.5. Mắt bị bệnh glôcôm

Bảng 3.5. Phân bố mắt bị glôcôm (số mắt = 138)

Mắt bị glôcôm của bệnh nhân	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Mắt phải	65	47,1
Mắt trái	73	52,9
Tổng cộng	138	100,0

Tổng cộng có 138 mắt bị glôcôm, tỉ lệ tương đối đồng đều giữa hai mắt.

3.1.2.6. Giai đoạn và thị lực bệnh nhân glôcôm

Bảng 3.6. Phân bố về giai đoạn và thị lực bệnh nhân glôcôm (số mắt = 138)

Đặc điểm		Mắt phải		Mắt trái		Tổng số mắt	
		Tần số (n)	Tỷ lệ (%)	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Giai đoạn	Tiềm tàng	15	23,1	17	23,2	32	23,2
	Sơ phát	10	15,4	15	20,5	25	18,1
	Tiến triển	9	13,8	8	11,0	17	12,3
	Trầm trọng	8	12,3	8	11,0	16	11,6
	Mù, gần mù	12	18,5	11	15,1	23	16,7
	Không đánh giá được	11	16,9	14	19,2	25	18,1
Thị lực	> 7/10	4	6,1	10	13,7	14	10,1
	7/10 - 4/10	16	24,6	20	27,4	36	26,2
	3/10 - ĐNT 3m	28	43,1	30	41,1	58	42,0
	< ĐNT 3m	17	26,2	13	17,8	30	21,7
Tổng cộng		65	100	73	100	138	100

Kết quả từ bảng trên cho thấy: giai đoạn bệnh glôcôm chủ yếu là tiềm tàng: 23,2%, sau đó là giai đoạn sơ phát và không đánh giá được chiếm 18,1%. TL bệnh nhân glôcôm đa số ở mức thấp: 3/10 - ĐNT 3m chiếm 42,0%.

3.1.3. Kiến thức, thái độ, thực hành của người dân về bệnh glôcôm

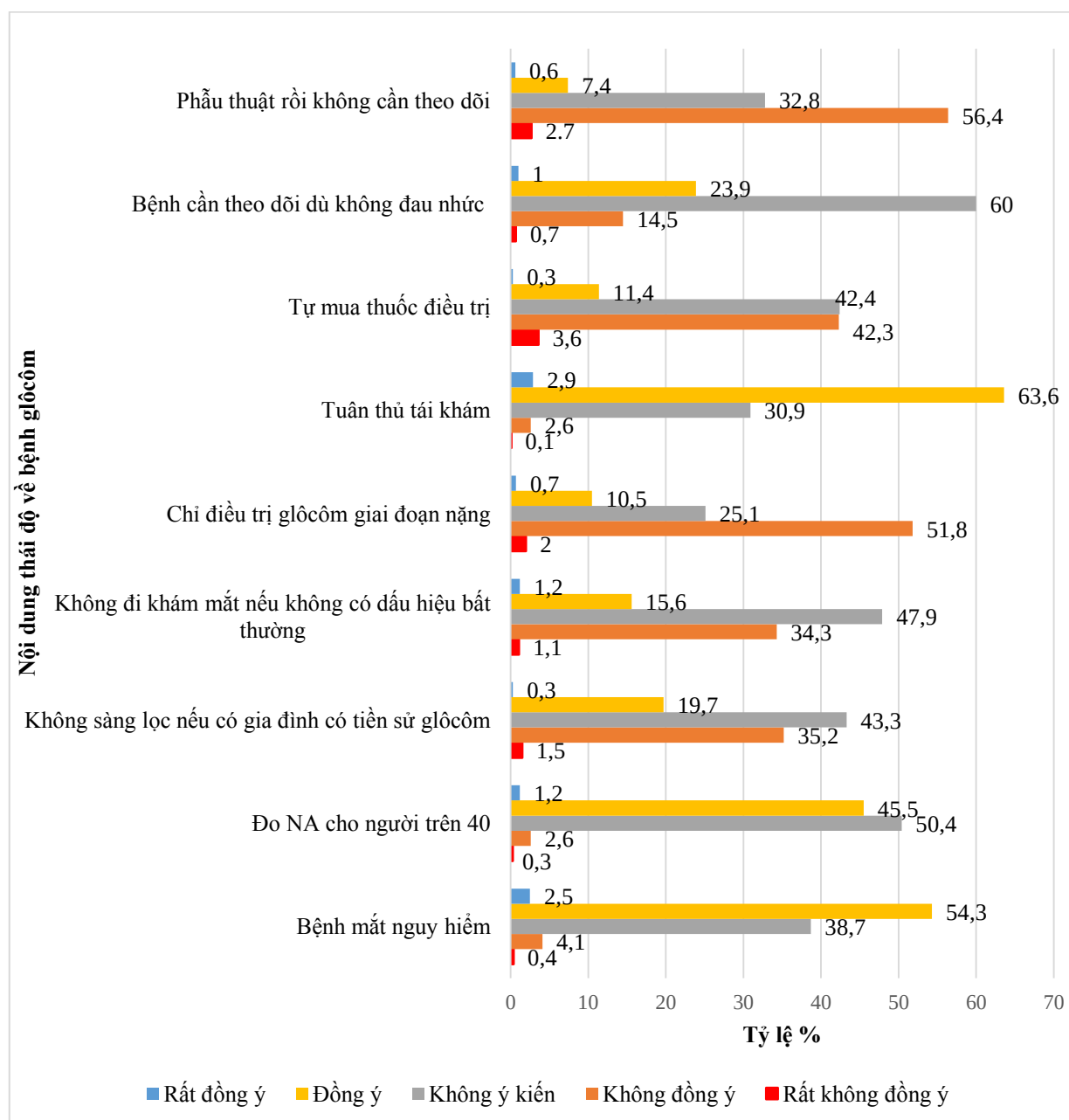
3.1.3.1. Phân bố về nội dung kiến thức của người dân về bệnh glôcôm

Bảng 3.7. Phân bố nội dung kiến thức của người dân về bệnh glôcôm (n = 2025)

Nội dung kiến thức		Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Biết về bệnh glôcôm		508	25,1
Glôcôm có thể có hoặc không có triệu chứng		51	2,5
Mô tả được triệu chứng	Nhức mắt	280	13,8
	Đỏ mắt	191	9,4
	Đau đầu	226	11,2
	Nhìn mờ	277	13,7
	Nhìn thu hẹp	92	4,5
	Quầng tán sắc	86	4,2
	Sợ sáng, chảy nước mắt	129	6,4
	Buồn nôn, nôn	60	3,0
Glôcôm thường liên quan đến NA		49	2,4
Giảm TL trong glôcôm không thể hồi phục		47	2,3
Mô tả được yếu tố nguy cơ	Đái tháo đường	152	7,5
	Tăng huyết áp	123	6,1
	Sử dụng corticoid	49	2,4
	Tiền sử gia đình	65	3,2
	Trên 40 tuổi	114	5,6
	Chấn thương phẫu thuật	67	3,3
Biết glôcôm có thể gây mù		392	19,4
Biết glôcôm có thể điều trị được		347	17,1
Biết glôcôm điều trị được bằng	Thuốc	172	8,5
	Laser	58	2,9
	Phẫu thuật	222	11,0

Kết quả bảng trên cho thấy tỉ lệ người dân có biết đến bệnh glôcôm khá thấp chỉ 25,1%. Trong đó, triệu chứng được biết đến nhiều nhất là nhức mắt chiếm 13,8%. Chỉ 2,4% người dân biết được glôcôm thường liên quan đến NA; 2,3% biết mất TL trong glôcôm là không hồi phục. Có 19,4% biết glôcôm gây mù và có thể điều trị được với 17,1% ý kiến đồng ý. Phương pháp điều trị biết nhiều nhất là phẫu thuật chiếm 11,0%.

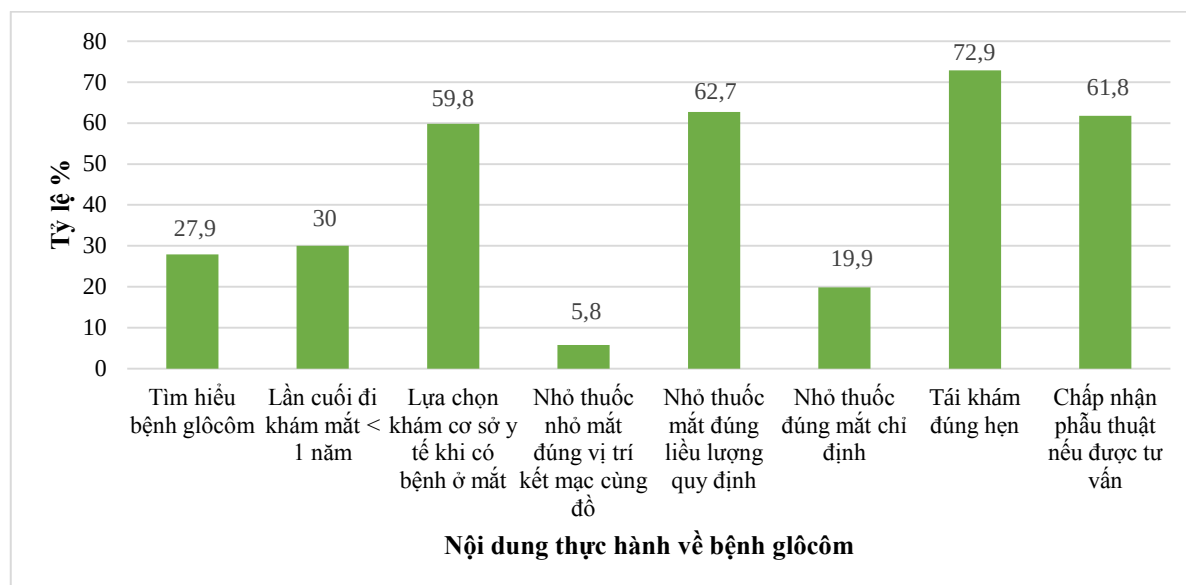
3.1.3.2. Thái độ về bệnh glôcôm



Biểu đồ 3.2. Phân bố thái độ của người dân về bệnh glôcôm (n = 2025)

Biểu đồ trên cho thấy chỉ 54,3% người đồng ý glôcôm là bệnh mắt nguy hiểm. Có đến 50,4% không có ý kiến về sự cần thiết phải đo NA cho người trên 40 tuổi. Có 35,2% không đồng ý việc không cần khám sàng lọc bệnh dù có tiền sử gia đình. Có 47,9% không có ý kiến về việc cần khám mắt định kỳ. Có 63,6% đồng ý rằng bệnh nhân glôcôm cần tuân thủ tái khám. Có 56,4% không đồng ý với ý kiến phẫu thuật rồi không cần theo dõi tiếp.

3.1.3.3. Thực hành về bệnh glôcôm



Biểu đồ 3.3. Phân bố thực hành của người dân về bệnh glôcôm (n = 2025)

Có 27,9% người được hỏi từng tìm hiểu về bệnh glôcôm, 30,0% có lần cuối cùng đi khám mắt trong vòng một năm. Chỉ hơn một nửa số người được hỏi chọn đến cơ sở y tế khi có bệnh mắt chiếm 59,8%. Tỷ lệ người dân biết biết vị trí nhỏ thuốc đúng khá thấp với 5,8%; cho dù 72,9% trả lời sẽ tái khám đúng hẹn bác sĩ nhưng chỉ có 61,8% chấp nhận phẫu thuật nếu đó là phương pháp điều trị duy nhất.

3.1.3.4. Kiến thức, thái độ, thực hành của người dân về bệnh glôcôm

Bảng 3.8. Phân bố kiến thức, thái độ, thực hành của người dân về bệnh glôcôm (n = 2025)

Đánh giá		Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Kiến thức	Tốt	50	2,5
	Không tốt	1975	97,5
Thái độ	Tốt	74	3,7
	Không tốt	1951	96,3
Thực hành	Tốt	50	2,5
	Không tốt	1975	97,5
Tổng cộng		2025	100,0

Từ bảng trên cho thấy tỷ lệ người dân có kiến thức tốt chỉ chiếm 2,5%, thái độ tốt chỉ chiếm 3,7% và thực hành tốt chỉ chiếm 2,5%.

3.1.3.5. Các yếu tố liên quan đến kiến thức về glôcôm

Bảng 3.9. Mô hình hồi quy logistics đa biến xác định các yếu tố liên quan đến kiến thức

Các yếu tố		Kiến thức	Kiến thức tốt		
			OR	95% CI	p
Giới tính	Nữ	1			
	Nam	1,25	0,63-2,49	0,517	
Tuổi	41 – 50	1			
	51 - 60	2,46	0,68-8,96	0,172	
	61 - 70	1,49	0,41-5,36	0,542	
	> 70	0,93	0,23-3,78	0,917	
Trình độ học vấn	Mù chữ	1			
	Tiểu học	0,90	0,10-8,26	0,927	
	THCS	0,45	0,04-5,17	0,522	
	THPT	2,39	0,29-19,52	0,417	
	Đại học/Sau đại học	18,78	2,27-155,41	<0,05	
Nghề nghiệp	Cán bộ viên chức, hưu trí	1			
	Công nhân - Buôn bán	0,47	0,12-1,81	0,276	
	Nội trợ	0,96	0,31-2,97	0,943	
	Nghề khác	0,70	0,32-1,51	0,358	
Tiền sử bệnh glôcôm trong gia đình	Không	1			
	Có	1,38	0,38-4,97	0,626	
Chẩn đoán bệnh glôcôm	Không	1			
	Bệnh glôcôm	6,33	2,46-16,31	<0,05	
	Nghi ngờ glôcôm	1,58	0,51-4,88	0,427	

Những người có trình độ học vấn từ đại học trở lên có khả năng có kiến thức tốt cao gấp 18,78 lần so với nhóm mù chữ. Người có bệnh glôcôm có khả năng có kiến thức tốt gấp 6,33 lần người không có bệnh.

3.1.3.6. Các yếu tố liên quan đến thái độ về glôcôm

Bảng 3.10. Mô hình hồi quy logistics đa biến xác định các yếu tố liên quan đến thái độ

Các yếu tố		Thái độ	Thái độ tốt		
			OR	95% CI	p
Giới tính	Nữ	1			
	Nam	0,99	0,45-2,19	0,063	
Tuổi	41 – 50	1			
	51 - 60	2,43	0,64-9,17	0,191	
	61 - 70	0,72	0,18-2,97	0,650	
	> 70	1,36	0,33-5,65	0,674	
Trình độ học vấn	Mù chữ	1			
	Tiểu học	0,14	0,03-0,72	0,019	
	THCS	0,22	0,05-1,06	0,058	
	THPT	1,08	0,30-3,90	0,904	
	Đại học/Sau đại học	1,17	0,26-5,28	0,838	
Nghề nghiệp	Cán bộ viên chức, hưu trí	1			
	Công nhân-Buôn bán	0,19	0,04-1,03	0,054	
	Nội trợ	0,85	0,27-2,72	0,785	
	Nghề khác	1,16	0,49-2,78	0,738	
Tiền sử bệnh glôcôm trong gia đình	Không	1			
	Có	12,63	3,82-41,78	<0,05	
Chẩn đoán bệnh glôcôm	Không	1			
	Bệnh glôcôm	3,72	0,70-19,82	0,124	
	Nghi ngờ glôcôm	0,19	0,02-1,73	0,139	
Kiến thức	Không tốt	1			
	Tốt	685,74	185,13-2540,03	<0,05	

Người có gia đình có tiền sử bệnh glôcôm có khả năng có thái độ tốt về bệnh gấp 12,63 lần so với người không có tiền sử gia đình. Người có kiến thức tốt về bệnh glôcôm có khả năng có thái độ tốt về bệnh gấp 685,74 lần so với người không có kiến thức tốt.

3.1.3.7. Các yếu tố liên quan đến thực hành về bệnh glôcôm

Bảng 3.11. Mô hình hồi quy logistics đa biến xác định các yếu tố liên quan đến thực hành

Các yếu tố		Thực hành	Thực hành tốt		
			OR	95% CI	p
Giới tính	Nữ	1			
	Nam	0,36	0,14-0,90	0,030	
Tuổi	41 – 50	1			0,687
	51 – 60	1,01	0,23-4,48	0,992	
	61 – 70	1,69	0,41-7,01	0,467	
	> 70	1,11	0,23-5,46	0,893	
Trình độ học vấn	Mù chữ	1			0,234
	Tiểu học	1,39	0,15-12,88	0,771	
	THCS	1,44	0,14-14,58	0,758	
	THPT	2,02	0,21-19,49	0,545	
	Đại học/ Sau đại học	5,18	0,51-52,81	0,165	
Nghề nghiệp	Cán bộ viên chức, hưu trí	1			0,355
	Công nhân-buôn bán	0,54	0,12-2,43	0,424	
	Nội trợ	0,40	0,09-1,77	0,228	
	Nghề khác	1,29	0,47-3,56	0,620	
Tiền sử bệnh glôcôm trong gia đình	Không	1			
	Có	0,69	0,09-5,50	0,722	
Chẩn đoán bệnh glôcôm	Không	1			0,697
	Bệnh glôcôm	1,87	0,35-9,89	0,461	
	Nghi ngờ glôcôm	1,23	0,14-10,79	0,855	
Kiến thức	Không tốt	1			
	Tốt	95,05	20,35-444,03	<0,05	
Thái độ	Không tốt	1			
	Tốt	1,73	0,35-8,47	0,497	

Người có kiến thức tốt có khả năng thực hành tốt về bệnh cao gấp 95,05 lần người có kiến thức không tốt.

3.1.4. Tình hình sử dụng dịch vụ chăm sóc mắt trong bệnh glôcôm ở người dân trên 40 tuổi tại thành phố Huế

3.1.4.1. Dịch vụ truyền thông về bệnh glôcôm

Bảng 3.12. Đặc điểm dịch vụ truyền thông về bệnh glôcôm (n = 2025)

Đặc điểm		Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Được truyền thông bệnh về mắt	Có	1167	57,6
	Không	858	42,4
Thông tin bệnh mắt từng được truyền thông	Glôcôm	448	22,1
	Đục thể thủy tinh	976	48,2
	Tật khúc xạ	603	29,8
	Khô mắt do thiếu vitamin A	448	22,1
	Chấn thương mắt	295	19,6
	Bệnh khác	148	7,3
Nguồn thông tin bệnh glôcôm	Ti vi	236	11,7
	Sách báo	136	6,7
	Pano, áp phích	29	1,4
	Loa phóng thanh	12	0,6
	Cán bộ y tế	193	9,5
	Người thân bạn bè không bị glôcôm	27	1,3
	Người thân bạn bè bị glôcôm	95	4,7

Có đến 42,4% người dân chưa được truyền thông bệnh về mắt. Trong đó, thông tin bệnh được truyền thông nhiều nhất là đục TTT: 48,2%. Chỉ 22,1% (448) người dân từng được truyền thông thông tin về bệnh glôcôm. Nguồn thông tin về bệnh glôcôm được truyền thông nhiều nhất là từ ti vi, chiếm 11,7%.

3.1.4.2. Đặc điểm về sử dụng dịch vụ khám mắt nói chung

Bảng 3.13. Phân bố về đặc điểm khám mắt của người dân (n = 2025)

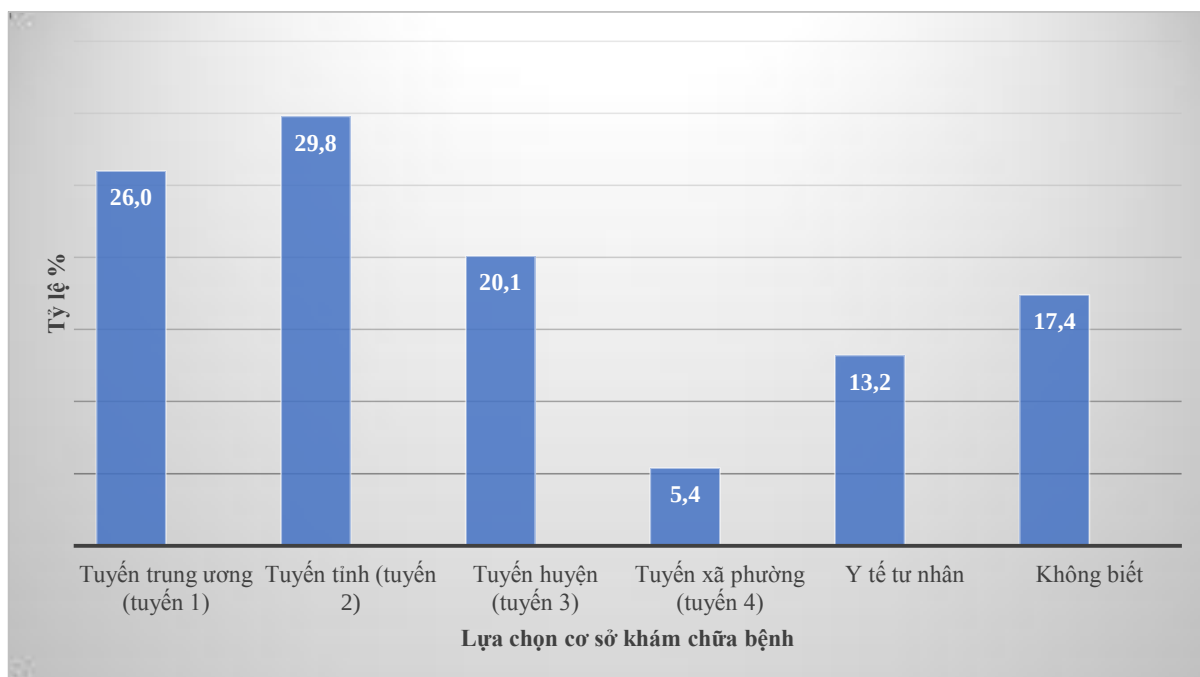
Đặc điểm		Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Tiền sử khám mắt	Khám < 1 năm/lần	617	30,5
	Khám 1 - 2 năm/lần	265	13,1
	Khám > 2 - 5 năm/lần	150	7,4
	Khám > 5 năm/lần	141	7,0
	Chưa từng đi khám mắt	852	42,1
Đặc điểm khám mắt định kỳ	Khám để kiểm tra định kỳ	48	2,4
	Khám vì có dấu hiệu bất thường	1125	55,1
	Chưa từng đi khám mắt	852	42,1
Tổng cộng		2025	100,0

Chỉ 30,5% người được hỏi có đi khám mắt trong vòng một năm và 42,1% người dân chưa bao giờ đi khám mắt. Trong số những người từng khám mắt, chỉ có 2,4% khám mắt để kiểm tra định kỳ, đa số đi khám chỉ khi mắt có dấu hiệu bất thường: 55,1%.

Bảng 3.14. Phân bố về lý do không đi khám mắt thường xuyên của người dân (n = 2025)

Lý do	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Mắt vẫn nhìn rõ	638	31,5
Bệnh mắt nhẹ và không quan trọng	264	13,0
Không biết phải đi khám	274	13,5
Sợ chờ đợi	229	11,3
Ngại thái độ nhân viên y tế	19	0,9
Không đủ tiền	128	6,3
Không có cơ sở khám mắt gần nhà	533	26,3
Khác	45	2,2

Kết quả từ bảng trên cho thấy lý do không đi khám mắt thường xuyên chủ yếu là do người dân cho rằng mắt vẫn nhìn rõ, chiếm 31,5%. Lý do tiếp theo là không có cơ sở khám mắt gần nhà, chiếm 26,3%.



Biểu đồ 3.4. Phân bố theo lựa chọn cơ sở khám chữa bệnh nếu bị bệnh về mắt (n = 2025)

Khi bị bệnh về mắt, người dân thường lựa chọn các cơ sở tuyến huyện trở lên. Huyện tỉnh được lựa chọn nhiều nhất với 29,8%, chỉ 5,4% lựa chọn ở TYT.

3.1.4.3. Tỷ lệ khám sàng lọc bệnh glôcôm của người dân

Bảng 3.15. Phân bố về tỷ lệ khám sàng lọc bệnh glôcôm (n = 2025)

Khám sàng lọc bệnh glôcôm		Tần số (n)	Tỷ lệ (%) chung	% trên số người từng khám mắt	
				n	%
Đã từng khám mắt	Có khám sàng lọc	485	24,0	485	41,3
	Không khám sàng lọc	688	33,9	688	58,7
Chưa từng khám mắt		852	42,1		
Tổng		2025	100	1173	100

Từ bảng trên cho thấy có 485 người đã từng khám sàng lọc bệnh glôcôm chiếm 24,0%. Trong số những người đã từng khám mắt, chỉ 41,3% được sàng lọc bệnh glôcôm.

3.1.4.4. Các yếu tố liên quan đến sử dụng dịch vụ khám sàng lọc bệnh glôcôm của người dân

Bảng 3.16. Mô hình hồi quy logistics đa biến xác định các yếu tố liên quan đến sử dụng dịch vụ khám sàng lọc bệnh glôcôm

Các yếu tố		Khám sàng lọc		
		Có khám sàng lọc		
		OR	95% CI	p
Tuổi	41 – 50	1		
	51 - 60	1,66	1,07-2,59	<0,05
	61 - 70	2,56	1,67-3,93	<0,05
	> 70	3,22	2,06-5,02	<0,05
Trình độ học vấn	Mù chữ	1		
	Tiểu học	1,13	0,70-1,83	0,607
	THCS	1,43	0,88-2,33	0,154
	THPT	1,80	1,10-2,94	0,018
	Đại học/Sau đại học	2,44	1,38-4,33	<0,05
Nghề nghiệp	CBVC, hưu trí	1		
	Công nhân-buôn bán	0,71	0,48-1,04	0,080
	Nội trợ	1,00	0,69-1,47	0,985
	Nghề khác	1,01	0,75-1,37	0,948
Bảo hiểm y tế	Không	1		
	Có	2,75	1,41-5,35	<0,05
Kiến thức	Không tốt	1		
	Tốt	3,91	2,09-7,32	<0,05
Thái độ	Không tốt	1		
	Tốt	2,91	1,76 – 4,83	<0,05
Thực hành	Không tốt	1		
	Tốt	4,26	2,29 – 7,92	<0,05
Tiền sử gia đình mắc bệnh glôcôm	Không	1		
	Có	2,48	1,26-4,88	<0,05
Khoách cách đến TYT	≤ 3 km	1		
	> 3 km	1,02	0,82-1,27	0,842
Đánh giá cơ sở vật chất tại trạm	Không tốt	1		
	Tốt	0,95	0,58-1,59	0,857
Đánh giá năng lực của CBYT	Không tốt	1		
	Tốt	1,05	0,72-1,53	0,801

Người dân từ 51 tuổi có khả năng sử dụng dịch vụ khám sàng lọc bệnh glôcôm gấp 1,66 đến 3,22 lần người dưới 50 tuổi. Người dân có trình độ học vấn đại học trở lên có khả năng sử dụng dịch vụ cao hơn 2,44 lần so với nhóm mù chữ. Người dân có BHYT có khả năng sử dụng dịch vụ gấp 2,75 lần so với nhóm không có BHYT.

Người dân có kiến thức, thái độ và thực hành tốt có khả năng sử dụng dịch vụ cao lần lượt gấp 3,91, 2,91 và 4,26 lần so với nhóm có kiến thức không tốt, thái độ không tốt và thực hành không tốt. Người có tiền sử gia đình mắc glôcôm có khả năng sử dụng dịch vụ cao gấp 2,48 lần so với người không có tiền sử.

3.1.4.5. Tỷ lệ bệnh nhân glôcôm có sử dụng dịch vụ điều trị

Bảng 3.17. Phân bố về tỷ lệ bệnh nhân glôcôm có sử dụng dịch vụ điều trị
(số bệnh nhân = 96)

Điều trị bệnh glôcôm	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Có	39	40,6
Không	57	59,4
Tổng cộng	96	100,0

Từ kết quả bảng trên cho thấy, tỷ lệ bệnh nhân glôcôm có sử dụng dịch vụ điều trị chỉ 40,6%.

3.2. XÂY DỰNG MÔ HÌNH CAN THIỆP

3.2.1. Đặc điểm của cán bộ y tế, trang thiết bị và khả năng cung cấp dịch vụ tại trạm y tế

3.2.1.1. Đặc điểm chung cán bộ y tế và trang thiết bị

Bảng 3.18. Đặc điểm chung của cán bộ y tế (CBYT = 135)

Đặc điểm		Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Tuổi	≤ 30	45	33,3
	> 30	90	66,7
Giới	Nam	19	14,1
	Nữ	116	85,9
Chức danh nghề nghiệp	Bác sĩ, y sĩ đa khoa	34	25,3
	Điều dưỡng	11	8,1
	Y học cổ truyền	25	18,5
	Nữ hộ sinh	23	17,0
	Dân số viên	19	14,1
	Dược sĩ	23	17,0
Tổng		135	100,0

Đa phần CBYT > 30 tuổi chiếm 66,7%, giới nam chỉ chiếm 14,1%. Tỷ lệ bác sĩ, y sĩ đa khoa có khả năng khám chữa bệnh chiếm 25,3%.

Bảng 3.19. Trang thiết bị phục vụ cho phát hiện và theo dõi glôcôm

Trang thiết bị	TYT	Tuyến huyện	Tuyến tỉnh	Tuyến TW
Bảng đo TL	+	+	+	+
Đèn pin	+	+	+	+
NA kế	-	+	+	+
Thị trường kế	-	±	+	+
Đèn soi đáy mắt	-	±	+	+
Sinh hiển vi	-	±	+	+
Kính soi góc	-	-	+	+

Tuyến 4 có trang bị phục vụ cho việc khám mắt nói chung và khám glôcôm nói riêng rất hạn chế: chỉ có bảng đo TL và đèn pin. Mà phát hiện và theo dõi glôcôm hiện nay vẫn dựa chính vào NA. Chỉ có tuyến tỉnh và tuyến trung ương đầy đủ các phương tiện phục vụ khám, điều trị glôcôm.

3.2.1.2. Kiến thức, thái độ, thực hành và khả năng cung cấp dịch vụ của cán bộ y tế về bệnh glôcôm

Bảng 3.20. Kiến thức, thái độ của cán bộ y tế về bệnh glôcôm (n = 135)

Đánh giá		Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Kiến thức	Tốt	10	7,4
	Không tốt	125	92,6
Thái độ	Tốt	15	11,1
	Không tốt	120	88,9
Tổng cộng		135	100,0

Kết quả từ bảng trên cho thấy tỉ lệ CBYT có kiến thức chưa tốt về bệnh khá cao với 92,6%, tỉ lệ thái độ tốt về bệnh chỉ chiếm 11,1%.

Bảng 3.21. Khả năng thực hiện được các thủ thuật để chẩn đoán, theo dõi bệnh glôcôm ở trạm y tế (CBYT = 135)

Thủ thuật thực hiện được	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Đo TL	39	28,9
Ước lượng NA bằng tay	1	0,7
Ước lượng thị trường sơ bộ	2	1,5

Đánh giá về khả năng thực hiện các nội dung để phát hiện glôcôm tại trạm, chỉ 28,9% CBYT biết đo TL. Tỉ lệ CBYT biết ước lượng NA bằng tay chỉ 0,7%. Có 1,5% biết ước lượng thị trường sơ bộ bằng tay.

Bảng 3.22. Số lượng chẩn đoán glôcôm của bác sĩ, y sĩ (Bác sĩ, y sĩ đa khoa = 34)

Chẩn đoán bệnh glôcôm	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Có	1	2,9
Không	33	97,1
Tổng cộng	34	100,0

Trong số các bác sĩ và y sĩ tại trạm, chỉ 2,9% là từng chẩn đoán được trường hợp bệnh glôcôm.

Bảng 3.23. Thực hành của cán bộ y tế về bệnh glôcôm (Bác sĩ, y sĩ đa khoa = 34)

Thực hành	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Tốt	2	5,9
Không tốt	32	94,1
Tổng cộng	34	100,0

94,1% CBYT là bác sĩ, y sĩ không thực hành tốt về khám phát hiện glôcôm.

3.2.2. Đặc điểm về sử dụng dịch vụ chăm sóc mắt của người dân tại trạm y tế

Bảng 3.24. Phân bố về đặc điểm sử dụng dịch vụ chăm sóc mắt của người dân tại trạm y tế (n = 2025)

Đặc điểm		Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Khoảng cách	≤ 3 km	1195	59,0
	> 3 km	830	41,0
Từng đến TYT	Có	1148	56,7
	Không	877	43,3
Lý do đến trạm	Bệnh mắt	35	1,7
	Tình trạng khác	1113	55,0
Truyền thông về bệnh glôcôm	Qua tranh ảnh, panô	188	9,3
	Qua cán bộ y tế	128	6,3
Đánh giá cơ sở vật chất	Đủ	97	4,8
	Không đủ	1928	95,2
Đánh giá năng lực CBYT	Đủ	186	9,2
	Không đủ	1839	90,8
Tổng		2025	100

Đa số nhà của người dân đều gần TYT ≤ 3 km chiếm 59,0%. Có 1148 người, chiếm 56,7%, từng đến trạm khi có vấn đề về sức khoẻ. Tuy nhiên, chỉ 1,7% người

dân đến trạm để khám mắt. Tỷ lệ người dân từng được CBYT truyền thông về bệnh glôcôm chỉ 6,3%. Có 95,2% người dân đánh giá trạm không đủ cơ sở vật chất và 90,8% cho rằng năng lực của CBYT không đủ để KCB mắt.

3.2.3. Xây dựng mô hình và các giải pháp can thiệp được tiến hành

Trên cơ sở phân tích dựa vào ba yếu tố chính ảnh hưởng đến sử dụng dịch vụ CSM trong bệnh glôcôm là kiến thức, thái độ, thực hành về bệnh glôcôm đã được phân tích trong kết quả nghiên cứu thực trạng ở giai đoạn 1. Xây dựng mô hình can thiệp bao gồm 03 nhóm giải pháp sau:

- Nhóm giải pháp thứ nhất: đào tạo nâng cao năng lực về kỹ năng truyền thông, kiến thức và khả năng thực hành phát hiện sớm bệnh glôcôm tại YTCS cho CBYT.

- Nhóm giải pháp thứ hai: giải pháp truyền thông can thiệp thay đổi hành vi nhằm nâng cao kiến thức, thái độ, thực hành về bệnh glôcôm cho người dân.

- 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, cung cấp dịch vụ khám sàng lọc glôcôm cho người dân.

Từ ba nhóm giải pháp trên xây dựng nội dung can thiệp cụ thể theo từng nhóm giải pháp.

**** Nhóm giải pháp thứ nhất: đào tạo nâng cao năng lực về kỹ năng truyền thông, kiến thức và khả năng thực hành phát hiện sớm bệnh glôcôm tại YTCS cho CBYT.***

- Truyền thông kiến thức và đào tạo khả năng thực hành cho CBYT: tại các TYT nhóm can thiệp, CBYT có chức danh nghề nghiệp là bác sĩ hoặc y sĩ đa khoa sẽ được tập huấn về cách phát hiện bệnh glôcôm, sử dụng các phương pháp và trang thiết bị hiện có của tuyến YTCS. Chú trọng hướng dẫn các thủ thuật kỹ thuật như đo TL, ước lượng NA bằng tay, ước lượng thị trường sơ bộ, sử dụng đèn pin để khảo sát giác mạc, đồng tử và độ sâu tiền phòng. Nội dung truyền thông dựa trên hướng dẫn của Hội Nhân khoa Việt Nam về chẩn đoán glôcôm ở tuyến y tế cơ sở. Khóa tập huấn này do nghiên cứu sinh, các bác sĩ chuyên khoa Mắt thực hiện, địa điểm tổ chức: tại Trường Đại học Y - Dược, Đại học Huế, tổng cộng có 09 CBYT tham gia.

- Tập huấn kỹ năng truyền thông: tại các phường can thiệp, các CBYT, cộng tác viên y tế, đại diện hội phụ nữ, hội người cao tuổi, cán bộ đài phát thanh phường sẽ được tham gia tập huấn về các nội dung truyền thông và các kỹ năng truyền thông liên quan đến bệnh glôcôm. Khóa tập huấn này do các giảng viên là nghiên cứu sinh, giảng viên của khoa Y tế Công cộng thực hiện, tổng cộng 47 người tham gia.

*** Nhóm giải pháp thứ hai: giải pháp truyền thông tích cực can thiệp thay đổi hành vi cho người dân**

• *Truyền thông trực tiếp*

- Truyền thông cho người dân: tuyên truyền, giáo dục ý thức cho người dân, về những triệu chứng đầu tiên bệnh glôcôm và các tác hại của glôcôm nếu không được điều trị hoặc điều trị không đầy đủ, nhấn mạnh vai trò khám sàng lọc. Lồng ghép hoạt động truyền thông trong các đợt sinh hoạt hội người cao tuổi, hội phụ nữ. Địa điểm truyền thông tại TYT, hội trường Ủy ban phường. Tổng cộng có 28 buổi truyền thông thực hiện bởi nghiên cứu sinh cùng các giảng viên của bộ môn Mắt với sự tham gia của 2.800 đối tượng.

- Truyền thông cho bệnh nhân glôcôm và đối tượng nghi ngờ nguy cơ glôcôm: nhấn mạnh nguy cơ bị glôcôm cho các đối tượng nguy cơ. Chú trọng khuyến cáo tuân thủ điều trị đồng thời hướng dẫn về chế độ lao động thích hợp với tình trạng chức năng thị giác và mức độ điều chỉnh NA, về chế độ sinh hoạt đời sống cho bệnh nhân glôcôm. Truyền thông chủ yếu hình thức trực tiếp, được tiến hành bởi bác sĩ của Bệnh viện Trường Đại học Y Dược qua các lần khám cho bệnh nhân.

• *Truyền thông gián tiếp*

- Cung cấp vật liệu truyền thông cho các trạm y tế tại nhóm phường can thiệp: tại mỗi TYT đã lắp đặt 01 pano truyền thông cỡ lớn ở cổng các TYT với hình ảnh trực quan sinh động, 01 áp phích treo tường ở các vị trí dễ thu hút sự chú ý của người dân như ngay tại phòng khám của TYT.

- Trang bị 400 tờ rơi (dạng sách bỏ túi) cho mỗi TYT để phát cho người dân với hình thức bắt mắt, nội dung ngắn gọn nhưng đầy đủ về các dấu hiệu nhận biết glôcôm, các đối tượng nguy cơ cao bị glôcôm, hậu quả glôcôm và các nội dung để đảm bảo chức năng thị giác. Tờ rơi phát cho người dân trên 40 tuổi khi đến khám

tại TYT hoặc trong các đợt sinh hoạt như sinh hoạt hội người cao tuổi, hội phụ nữ. Đối với nhóm bệnh nhân glôcôm, nguy cơ và nghi ngờ glôcôm, nội dung sẽ chú trọng về hướng dẫn theo dõi các dấu hiệu tiến triển bệnh, tuân thủ điều trị và chế độ sinh hoạt phù hợp để bảo tồn chức năng thị giác.

- Truyền thông qua loa phát thanh: phối hợp giữa TYT và đơn vị truyền thông của Ủy ban Nhân dân các phường thực hiện truyền thông qua loa phát thanh, nội dung truyền thông nhấn mạnh sự nguy hiểm của bệnh glôcôm và vai trò quan trọng của khám sàng lọc cùng tuân thủ điều trị. Hoạt động truyền thông được tiến hành 01 tuần 02 lần, 01 lần 15 phút ở các phường can thiệp.

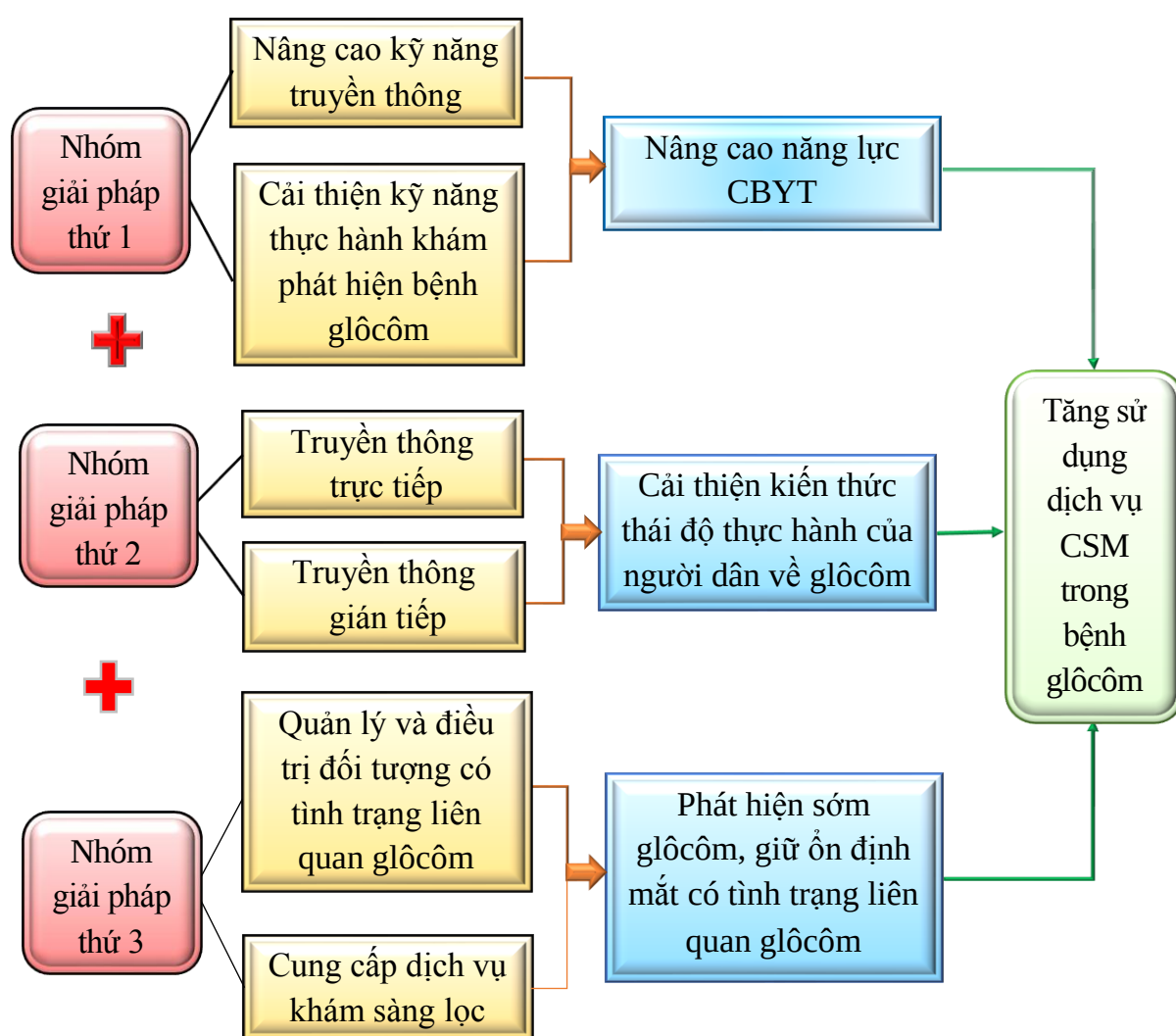
- Gửi tin nhắn trực tiếp tới các thuê bao di động qua mạng viễn thông (bulk SMS) truyền thông về tầm quan trọng của khám định kỳ cũng như tuân thủ điều trị trực tiếp tới đối tượng bệnh nhân glôcôm và đối tượng nghi ngờ và nguy cơ glôcôm.

**** 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, cung cấp dịch vụ khám sàng lọc glôcôm cho người dân.***

- Chẩn đoán xác định, điều trị và theo dõi các đối tượng có tình trạng liên quan đến bệnh glôcôm: từ kết quả khám sàng lọc đợt 1, những đối tượng được chẩn đoán là glôcôm hoặc nghi ngờ glôcôm hoặc có yếu tố nguy cơ mắc glôcôm sẽ được tư vấn giải thích về tình trạng bệnh. Đối với nhóm phường can thiệp sẽ gửi giấy mời cho các đối tượng này định kỳ khám và đo NA, soi đáy mắt, nếu cần thiết sẽ cho đo thị trường, chụp OCT (lịch hẹn thay đổi tùy theo tình trạng bệnh và mỗi 03 tháng đối với đối tượng nguy cơ). Những đối tượng được chẩn đoán xác định glôcôm sẽ được đưa vào danh sách quản lý glôcôm, đồng thời chỉ định phương pháp điều trị phù hợp gồm thuốc, laser hoặc phẫu thuật. Quá trình theo dõi, điều trị được thực hiện bởi nghiên cứu sinh và các bác sĩ của Bệnh viện Trường Đại học Y-Dược Huế. Tổng cộng có 1948 lượt khám, tư vấn, điều trị cho các đối tượng được thực hiện.

- Giải pháp quản lý bệnh glôcôm tại TYT: Theo quy định về chức năng nhiệm vụ của TYT, TYT có nhiệm vụ quản lý các bệnh mạn tính, bệnh không lây, có danh sách quản lý những người tàn tật (nghe, nói, nhìn...). Do vậy, các trường hợp bệnh nhân glôcôm đã phẫu thuật ổn định, các đối tượng nguy cơ, nghi ngờ glôcôm sau

khi xác định không mắc glôcôm sau thời gian theo dõi sẽ chuyển về TYT đưa vào danh sách tiếp tục quản lý theo dõi định kỳ. CBYT là các bác sĩ, y sĩ đa khoa tại TYT ghi nhận TL, ước lượng NA bằng tay, ước lượng thị trường sơ bộ, các biểu hiện lâm sàng, qua các lần theo dõi. Khi phát hiện dấu hiệu bất thường như TL giảm, mắt sờ căng, hoặc các biểu hiện của nghi ngờ cơn glôcôm thì chuyển lên tuyến trên để theo dõi và điều trị. Số lượt CBYT xã tiến hành đo TL, khám tư vấn về bệnh lý glôcôm cho các đối tượng là 568 lượt.



Sơ đồ 3.1. Mô hình can thiệp

3.2.4. Tóm tắt hoạt động nâng cao năng lực cộng đồng

Bảng 3.25. Hoạt động nâng cao năng lực

Hoạt động	Số lần	Số người tham gia	Đối tượng tham gia
Hội thảo báo cáo kết quả điều tra và lập kế hoạch can thiệp tại cơ sở y tế và tại cộng đồng	01	32	Lãnh đạo địa phương, các cơ sở y tế có KCB mắt, đại diện các TYT các phường can thiệp
Thành lập Ban chỉ đạo tại 07 phường được can thiệp	02	28	Trạm trưởng TYT, CBYT tại trạm, hội trưởng hội phụ nữ, hội trưởng hội người cao tuổi
Tập huấn kỹ năng truyền thông	04	47	CBYT tại TYT, các cộng tác viên y tế, đại diện hội phụ nữ, hội người cao tuổi, cán bộ đài phát thanh phường
Tập huấn kỹ năng giám sát	02	14	CBYT tại trạm, CTV y tế
Truyền thông nâng cao kiến thức, thái độ và thực hành về KCB glôcôm cho CBYT	04	35	CBYT tại trạm
Truyền thông nâng cao kiến thức, thái độ và thực hành về sử dụng dịch vụ KCB glôcôm	28	2800	Người dân trên 40 tuổi, bệnh nhân glôcôm, đối tượng nguy cơ, nghi ngờ glôcôm
Tổng cộng	41	2956	

Tổng cộng đã tổ chức 41 buổi hội thảo, tập huấn, truyền thông giáo dục sức khỏe cho 2956 đối tượng tham gia bao gồm lãnh đạo địa phương, CBYT tại trạm, cộng tác viên y tế, hội phụ nữ, hội người cao tuổi, người dân trên 40 tuổi, bệnh nhân glôcôm, đối tượng nguy cơ nghi ngờ glôcôm.

3.2.5. Can thiệp truyền thông gián tiếp

Bảng 3.26. Can thiệp về truyền thông gián tiếp

Nội dung	Số lượng
Phát tờ rơi có nội dung hướng dẫn cho người dân	3550
Lắp đặt panô truyền thông cỡ lớn tại trạm	7
Lắp đặt áp phích treo tường	7
Truyền thông bằng loa phát thanh	504
Tổng cộng	4068

Tại các phường can thiệp đã tiến hành lắp đặt panô truyền thông, áp phích, phát tờ rơi tuyên truyền đến người dân với 3550 tờ rơi, 07 panô – áp phích, 504 lượt truyền thông bằng loa phát thanh.

3.2.6. Hỗ trợ can thiệp y tế

Bảng 3.27. Hỗ trợ can thiệp y tế

Nội dung	Số lượng
Khám, tư vấn, điều trị cho bệnh nhân glôcôm, đối tượng nghi ngờ và nguy cơ glôcôm	1948
CBYT xã đo TL, khám tư vấn về bệnh lý glôcôm	568
Tổng cộng	2516

Tổng số lượt khám, tư vấn, điều trị cho các đối tượng được thực hiện bởi CBYT các tuyến là 2516 lượt.

3.3. ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ CAN THIỆP

3.3.1. Thay đổi kiến thức, thái độ, thực hành của cán bộ y tế nhóm can thiệp và nhóm chứng.

3.3.1.1. Đặc điểm chung của nhóm can thiệp và nhóm chứng

Bảng 3.28. Đặc điểm nhân khẩu học cán bộ y tế nhóm can thiệp và nhóm chứng (số lượng = 35)

Nhóm Đặc điểm		Nhóm chứng		Nhóm can thiệp		p
		Tần số (n)	Tỷ lệ (%)	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)	
Nhóm tuổi	≤ 30	5	14,3	5	14,3	1,000
	> 30	30	85,7	30	85,7	
Giới	Nam	9	25,7	3	8,6	0,057
	Nữ	26	74,3	32	91,4	
Chức danh nghề nghiệp	Bác sĩ, y sĩ	9	25,8	10	28,5	0,239
	Điều dưỡng	3	8,6	3	8,6	
	Y học cổ truyền	6	17,1	7	20,0	
	Nữ hộ sinh	6	17,1	5	14,3	
	Dân số viên	6	17,1	5	14,3	
	Dược sĩ	5	14,3	5	14,3	
Tổng		35	100,0	35	100,0	

* Kiểm định chính xác Fisher

Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa đặc điểm nhân khẩu học của CBYT hai nhóm ($p > 0,05$).

3.3.1.2. Thay đổi kiến thức về bệnh glôcôm của cán bộ y tế

Bảng 3.29. Thay đổi kiến thức về bệnh glôcôm của cán bộ y tế cơ sở ở nhóm can thiệp so với nhóm chứng

Kiến thức CBYT Nhóm/ Thời điểm		Không tốt		Tốt		Tổng	p
		Tần số (n)	Tỷ lệ (%)	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)		
Nhóm can thiệp	Trước can thiệp	33	94,3	2	5,7	35	< 0,05
	Sau can thiệp	2	5,7	33	94,3	35	
	Tổng	35	50,0	35	50,0	70	
Nhóm chứng	Trước can thiệp	32	91,4	3	8,6	35	1,000
	Sau can thiệp	31	88,6	4	11,4	35	
	Tổng	63	90,0	7	10,0	70	

* Kiểm định nhị thức

Bảng 3.30. Thay đổi kiến thức về bệnh glôcôm của cán bộ y tế cơ sở ở các nhóm thời điểm trước và sau can thiệp

Kiến thức CBYT Thời điểm/ Nhóm		Không tốt		Tốt		Tổng	p
		Tần số (n)	Tỷ lệ (%)	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)		
Trước can thiệp	Chứng	32	91,4	3	8,6	35	1,000
	Can thiệp	33	94,3	2	5,7	35	
	Tổng	65	92,9	5	7,1	70	
Sau can thiệp	Chứng	31	88,6	4	11,4	35	<0,05
	Can thiệp	2	5,7	33	94,3	35	
	Tổng	33	47,1	37	52,9	70	

* Kiểm định chính xác Fisher

Ở nhóm can thiệp: tỉ lệ kiến thức không tốt là 94,3%, sau can thiệp giảm xuống 5,7%. Sự khác biệt giữa trước và sau can thiệp có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Nhóm chứng: tỉ lệ kiến thức không tốt: 91,4%, sau can thiệp giảm xuống 88,6%. Sự khác biệt giữa thời điểm trước và sau 02 năm không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

CSHQ_{CT} = 94,0%

CSHQ_{ĐC} = 3,0%

HQCT = 91,0%

3.3.1.3. Thay đổi thái độ về bệnh glôcôm của cán bộ y tế

Bảng 3.31. Thay đổi thái độ về bệnh glôcôm của cán bộ y tế cơ sở ở nhóm can thiệp so với nhóm chứng

Thái độ CBYT Nhóm/ Thời điểm		Không tốt		Tốt		Tổng	p
		Tần số (n)	Tỷ lệ (%)	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)		
Nhóm can thiệp	Trước can thiệp	31	88,6	4	11,4	35	< 0,05
	Sau can thiệp	2	5,7	33	94,3	35	
	Tổng	33	47,1	37	52,9	70	
Nhóm chứng	Trước can thiệp	31	88,6	4	11,4	35	< 0,05
	Sau can thiệp	21	60,0	14	40,0	35	
	Tổng	52	74,3	18	25,7	70	

* Kiểm định nhị thức

Bảng 3.32. Thay đổi thái độ về bệnh glôcôm của cán bộ y tế cơ sở ở các nhóm thời điểm trước và sau can thiệp

Thái độ CBYT Thời điểm/ Nhóm		Không tốt		Tốt		Tổng	p
		Tần số (n)	Tỷ lệ (%)	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)		
Trước can thiệp	Chứng	31	88,6	4	11,4	35	1,000
	Can thiệp	31	88,6	4	11,4	35	
	Tổng	62	88,6	8	11,4	70	
Sau can thiệp	Chứng	21	60,0	14	40,0	35	<0,05
	Can thiệp	2	5,7	33	94,3	35	
	Tổng	23	32,9	47	67,1	70	

* Kiểm định chính xác Fisher

Ở nhóm can thiệp, thái độ chưa tốt ở thời điểm trước can thiệp là 88,6% và sau 24 tháng can thiệp thái độ chưa tốt còn 5,7%. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). Ở nhóm chứng, thái độ chưa tốt ở thời điểm trước can thiệp là 88,6% và sau can thiệp kiến thức chưa tốt là 60,0%.

$$CSHQ_{CT} = 93,6\%$$

$$CSHQ_{DC} = 32,3 \%$$

$$HQCT = 61,3\%$$

3.3.1.4. Thay đổi thực hành về khám phát hiện bệnh glôcôm của cán bộ y tế

Bảng 3.33. Thay đổi thực hành về khám phát hiện bệnh glôcôm của cán bộ y tế cơ sở ở các nhóm can thiệp so với nhóm chứng

Thực hành CBYT Nhóm/ Thời điểm		Không tốt		Tốt		Tổng	p
		Tần số (n)	Tỷ lệ (%)	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)		
Nhóm can thiệp	Trước can thiệp	8	88,9	1	11,1	9	<0,05
	Sau can thiệp	1	11,1	8	88,9	9	
	Tổng	9	50,0	9	50,0	18	
Nhóm chứng	Trước can thiệp	9	90,0	1	10,0	10	1,000
	Sau can thiệp	8	80,0	2	20,0	10	
	Tổng	17	85,0	3	15,0	20	

* Kiểm định nhị thức

Bảng 3.34. Thay đổi thực hành về khám phát hiện bệnh glôcôm của cán bộ y tế cơ sở ở các nhóm thời điểm trước và sau can thiệp

Thực hành CBYT Thời điểm/ Nhóm		Không tốt		Tốt		Tổng	p
		Tần số (n)	Tỷ lệ (%)	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)		
Trước can thiệp	Chứng	9	90,0	1	10,0	10	1,000
	Can thiệp	8	88,9	1	11,1	9	
	Tổng	17	89,5	2	10,5	19	
Sau can thiệp	Chứng	8	80,0	2	20,0	10	<0,05
	Can thiệp	1	11,1	8	89,9	9	
	Tổng	9	47,3	10	52,7	19	

* Kiểm định chính xác Fisher

Ở nhóm can thiệp, thực hành tốt ở thời điểm trước can thiệp chỉ 11,1% sau can thiệp thực hành tốt tăng lên 88,9%, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). Ở nhóm chứng, thực hành tốt ở thời điểm trước can thiệp là 10,0% sau can thiệp thực hành tốt là 20,0%. Sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$).

CSHQ_{CT} = 87,5%

CSHQ_{ĐC} = 11,1%

HQCT = 76,4%

3.3.2. Thay đổi kiến thức, thái độ, thực hành về bệnh glôcôm của người dân

3.3.2.1. Đặc điểm chung của nhóm can thiệp và nhóm chứng

Bảng 3.35. Đặc điểm nhân khẩu học người dân nhóm can thiệp và nhóm chứng (số lượng = 525)

Đặc điểm		Nhóm	Nhóm chứng		Nhóm can thiệp		p
			Tần số (n)	Tỷ lệ (%)	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)	
Tuổi	41 - 50		71	13,5	64	12,2	0,257
	51 - 60		161	30,7	141	26,9	
	61 - 70		165	31,4	194	37,0	
	> 70		128	24,4	126	24,0	
Giới	Nam		195	37,1	181	34,5	0,368
	Nữ		330	62,9	344	65,5	
Nghề nghiệp	CBVC, hưu trí		140	26,7	116	22,1	0,430
	Công nhân		29	5,5	37	7,0	
	Buôn bán		77	14,7	80	15,2	
	Nội trợ		90	17,1	100	19,0	
	Nghề khác		189	36,0	192	36,6	
Trình độ học vấn	Mù chữ		20	3,8	23	4,4	0,996
	Tiểu học		119	22,7	114	21,7	
	THCS		149	28,4	147	28,0	
	THPT		168	32,0	170	32,4	
	Đại học		68	13,0	70	13,3	
	Sau đại học		1	0,2	1	0,2	
Tổng			525	100,0	525	100,0	

* Kiểm định chính xác Fisher

Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa đặc điểm nhân khẩu học của người dân hai nhóm với $p > 0,05$.

3.3.2.2. Thay đổi kiến thức về bệnh glôcôm của người dân

Bảng 3.36. Thay đổi kiến thức về bệnh glôcôm của người dân ở các nhóm can thiệp so với nhóm chứng

Kiến thức Nhóm/ Thời điểm		Không tốt		Tốt		Tổng	p
		Tần số (n)	Tỷ lệ (%)	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)		
Nhóm can thiệp	Trước can thiệp	512	97,5	13	2,5	525	<0,05
	Sau can thiệp	267	50,9	258	49,1	525	
	Tổng	779	74,2	271	25,8	1050	
Nhóm chứng	Trước can thiệp	511	97,3	14	2,7	525	1,000
	Sau can thiệp	510	97,1	15	2,9	525	
	Tổng	1021	97,2	29	2,8	1050	

* Kiểm định nhị thức

Bảng 3.37. Thay đổi kiến thức về bệnh glôcôm của người dân thời điểm trước và sau can thiệp

Kiến thức Thời điểm/ Nhóm		Không tốt		Tốt		Tổng	p
		Tần số (n)	Tỷ lệ (%)	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)		
Trước can thiệp	Chứng	511	97,3	14	2,7	525	1,000
	Can thiệp	512	97,5	13	2,5	525	
	Tổng	1023	97,4	27	2,6	1050	
Sau can thiệp	Chứng	510	97,1	15	2,9	525	<0,05
	Can thiệp	267	50,9	258	49,1	525	
	Tổng	777	74,0	273	26,0	1050	

* Kiểm định chính xác Fisher

Ở nhóm can thiệp, trước can thiệp tỉ lệ kiến thức tốt là 2,5%, sau can thiệp tăng lên 49,1%; tỉ lệ kiến thức không tốt là 97,5%, sau can thiệp giảm xuống 50,9%. Sự khác biệt giữa trước và sau can thiệp có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Nhóm chứng: trước can thiệp tỉ lệ kiến thức tốt là 2,7%, sau can thiệp là 2,9%; tỉ lệ kiến thức không tốt: 97,3%, sau can thiệp giảm xuống 97,1%. Sự khác biệt giữa thời điểm trước và sau 02 năm không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

CSHQ_{CT} = 47,8%

CSHQ_{ĐC} = 0,2%

HQCT = 47,6%

3.3.2.3. Thay đổi thái độ về bệnh glôcôm của người dân

Bảng 3.38. Thay đổi thái độ về bệnh glôcôm của người dân

ở các nhóm can thiệp so với nhóm chứng

Thái độ Nhóm/ Thời điểm		Không tốt		Tốt		Tổng	p
		Tần số (n)	Tỷ lệ (%)	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)		
Nhóm can thIỆP	Trước can thiệp	507	96,6	18	3,4	525	<0,05
	Sau can thiệp	254	48,4	271	51,6	525	
	Tổng	761	72,5	289	27,5	1050	
Nhóm chỨNG	Trước can thiệp	504	96,0	21	4,0	525	<0,05
	Sau can thiệp	454	86,5	71	13,5	525	
	Tổng	958	91,2	92	8,8	1050	

* Kiểm định nhị thức

Bảng 3.39. Thay đổi thái độ về bệnh glôcôm của người dân thời điểm

trước và sau can thiệp

Thái độ Thời điểm/ Nhóm		Không tốt		Tốt		Tổng	p
		Tần số (n)	Tỷ lệ (%)	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)		
Trước can thiệp	Chứng	504	96,0	21	4,0	525	0,624
	Can thiệp	507	96,6	18	3,4	525	
	Tổng	1011	96,3	39	3,7	1050	
Sau can thIỆP	Chứng	454	86,5	71	13,5	525	<0,05
	Can thiệp	254	48,4	271	51,6	525	
	Tổng	708	67,4	342	32,6	1050	

* Kiểm định chính xác Fisher

Ở nhóm can thiệp, thái độ chưa tốt ở thời điểm trước can thiệp là 96,6% và sau 24 tháng can thiệp thái độ chưa tốt còn 48,4%. Ở nhóm chứng, thái độ chưa tốt ở thời điểm trước can thiệp là 96,0% và sau can thiệp kiến thức chưa tốt là 86,5%. Sự khác biệt thái độ tốt của hai nhóm sau can thiệp là có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).

CSHQ_{CT} = 49,9%

CSHQ_{ĐC} = 9,9%

HQCT = 40,0%

3.3.2.4. Thay đổi thực hành về bệnh glôcôm của người dân

Bảng 3.40. Thay đổi thực hành về bệnh glôcôm của người dân ở các nhóm can thiệp so với nhóm chứng

Thực hành Nhóm/ Thời điểm		Không tốt		Tốt		Tổng	p
		Tần số (n)	Tỷ lệ (%)	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)		
Nhóm can thiệp	Trước can thiệp	513	97,7	12	2,3	525	<0,05
	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	0,233
	Sau can thiệp	497	94,7	28	5,3	525	
	Tổng	1003	95,5	47	4,5	1050	

* Kiểm định nhị thức

Bảng 3.41. Thay đổi thực hành về bệnh glôcôm của người dân ở các nhóm thời điểm trước và sau can thiệp

Thực hành Thời điểm/ Nhóm		Không tốt		Tốt		Tổng	p
		Tần số (n)	Tỷ lệ (%)	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)		
Trước can thiệp	Chứng	506	96,4	19	3,6	525	0,202
	Can thiệp	513	97,7	12	2,3	525	
	Tổng	1019	97,1	31	2,9	1050	
Sau can thiệp	Chứng	497	94,7	28	5,3	525	<0,05
	Can thiệp	282	53,7	243	46,3	525	
	Tổng	779	74,2	271	25,8	1050	

* Kiểm định chính xác Fisher

Ở nhóm can thiệp, thực hành không tốt ở thời điểm trước can thiệp chỉ 97,7%, sau can thiệp giảm còn 53,7%, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). Ở nhóm chứng, thực hành không tốt ở thời điểm trước can thiệp là 96,4%, sau can thiệp thực hành không tốt là 94,7%. Sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$).

CSHQ_{CT} = 45,0%

CSHQ_{DC} = 1,8%

HQCT = 43,2%

3.3.3. Kết quả can thiệp về sử dụng dịch vụ chăm sóc mắt trong bệnh glôcôm của người dân

3.3.3.1. Thay đổi tỉ lệ khám sàng lọc bệnh glôcôm

Bảng 3.42. Thay đổi tỉ lệ khám sàng lọc bệnh glôcôm ở nhóm can thiệp so với nhóm chứng

Nhóm/ Thời điểm		Sàng lọc		Không		Có		Tổng	p
		Tần số (n)	Tỷ lệ (%)	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)		
Nhóm can thiệp	Trước can thiệp	384	73,1	141	26,9	525		525	<0,05
	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		525	<0,05
	Sau can thiệp	438	83,4	87	16,6	525			
	Tổng	823	78,4	227	21,6	1050			

* Kiểm định nhị thức

Bảng 3.43. Thay đổi tỉ lệ khám sàng lọc bệnh glôcôm ở các nhóm thời điểm trước và sau can thiệp

Thời điểm/ Nhóm		Sàng lọc		Không		Có		Tổng	p
		Tần số (n)	Tỷ lệ (%)	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)		
Trước can thiệp	Chứng	385	73,3	140	26,7	525		525	0,944
	Can thiệp	384	73,1	141	26,9	525			
	Tổng	769	73,2	281	26,8	1050			
Sau can thiệp	Chứng	438	83,4	87	16,6	525		525	<0,05
	Can thiệp	215	41,0	310	59,0	525			
	Tổng	653	62,2	397	37,8	1050			

* Kiểm định chính xác Fisher

Kết quả bảng trên cho thấy trước thời điểm can thiệp ở nhóm can thiệp, tỉ lệ không khám sàng lọc bệnh glôcôm là 73,1%, sau 02 năm can thiệp giảm còn 41,0%, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). Ở nhóm chứng, trước can thiệp, tỉ lệ không khám sàng lọc bệnh glôcôm là 73,3%, sau can thiệp là 83,4%, tỉ lệ người dân không khám sàng lọc bệnh glôcôm giữa hai nhóm sau can thiệp sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).

$$CSHQ_{CT} = 43,9\%$$

$$CSHQ_{DC} = -13,8\%$$

$$HQCT = 57,7\%$$

3.3.3.2. Thay đổi sử dụng dịch vụ điều trị bệnh glôcôm của bệnh nhân glôcôm

Bảng 3.44. Thay đổi sử dụng dịch vụ điều trị bệnh glôcôm của bệnh nhân glôcôm ở các nhóm can thiệp so với nhóm chứng

Nhóm/ Thời điểm		Điều trị	Không điều trị		Có điều trị		Tổng	p
			Tần số (n)	Tỷ lệ (%)	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)		
Nhóm can thiệp	Trước can thiệp		17	56,7	13	33,3	30	< 0,05
	Sau can thiệp		9	39,1	14	60,9	23	
	Tổng		26	49,1	27	50,9	53	
Nhóm chứng	Trước can thiệp		12	57,1	9	42,9	21	0,935
	Sau can thiệp		14	58,3	10	41,7	24	
	Tổng		26	57,8	19	42,2	45	

* Kiểm định nhị thức

Bảng 3.45. Thay đổi sử dụng dịch vụ điều trị bệnh glôcôm của bệnh nhân glôcôm ở các nhóm thời điểm trước và sau can thiệp

Thời điểm/ Nhóm		Điều trị	Không điều trị		Có điều trị		Tổng	p
			Tần số (n)	Tỷ lệ (%)	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)		
Trước can thiệp	Chứng		12	57,1	9	42,9	21	0,973
	Can thiệp		17	56,7	13	33,3	30	
	Tổng		29	56,9	22	43,1	51	
Sau can thIỆP	Chứng		14	58,3	10	41,7	24	0,188
	Can thiệp		9	39,1	14	60,9	23	
	Tổng		23	48,9	24	51,1	47	

* Kiểm định chính xác Fisher

Thời điểm trước can thiệp, ở nhóm can thiệp, tỉ lệ bệnh nhân glôcôm không điều trị là 56,7%, sau can thiệp giảm còn 39,1%, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). Ở nhóm chứng trước can thiệp, tỉ lệ bệnh nhân glôcôm không điều trị là 57,1%, sau can thiệp là 58,3%, sự khác biệt trước sau không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$).

$$CSHQ_{CT} = 31,0\%$$

$$CSHQ_{DC} = - 2,1\%$$

$$HQCT = 33,1\%$$

3.3.3.3. Thay đổi tỉ lệ người dân có khám mắt trong vòng một năm

Bảng 3.46. Thay đổi tỉ lệ người dân có khám mắt trong vòng một năm ở nhóm can thiệp so với nhóm chứng

Nhóm/ Thời điểm		Khám mắt		Không khám		Có khám		Tổng	p
		Tần số (n)	Tỷ lệ (%)	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)		
Nhóm can thiệp	Trước can thiệp	364	69,3	161	30,7	525		< 0,05	
	Sau can thiệp	263	50,1	262	49,9	525			
	Tổng	627	59,7	423	40,3	1050			
Nhóm chứng	Trước can thiệp	361	68,8	164	31,2	525		< 0,05	
	Sau can thiệp	430	81,9	95	18,1	525			
	Tổng	791	75,3	259	24,7	1050			

* Kiểm định nhị thức

Bảng 3.47. Thay đổi tỉ lệ người dân có khám mắt trong vòng một năm các nhóm thời điểm trước và sau can thiệp

Thời điểm/ Nhóm		Khám mắt		Không khám		Khám		Tổng	p
		Tần số (n)	Tỷ lệ (%)	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)		
Trước can thiệp	Chứng	361	68,8	164	31,2	525		0,841	
	Can thiệp	364	69,3	161	30,7	525			
	Tổng	725	69,0	325	31,0	1050			
Sau can thiệp	Chứng	430	81,9	95	18,1	525		<0,05	
	Can thiệp	263	50,1	262	49,9	525			
	Tổng	693	66,0	357	34,0	1050			

* Kiểm định chính xác Fisher

Kết quả từ bảng trên cho thấy thời điểm trước can thiệp, không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa tỉ lệ khám mắt trong năm ở nhóm can thiệp so với nhóm chứng. Sau can thiệp, ở nhóm can thiệp, tỉ lệ không khám giảm từ 69,3% còn 50,1%; ở nhóm chứng, tỉ lệ không khám mắt trong năm tăng từ 68,8% lên 81,9%. Sự khác biệt giữa hai nhóm thời điểm sau can thiệp có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).

$$CSHQ_{CT} = 27,7\%$$

$$CSHQ_{DC} = -19,0\%$$

$$HQCT = 46,7\%$$

3.3.3.4. Thay đổi thói quen khám mắt với mục đích kiểm tra định kỳ

Bảng 3.48. Thay đổi tỉ lệ khám mắt với mục đích kiểm tra định kỳ ở nhóm can thiệp so với nhóm chứng

Khám định kỳ Nhóm/ Thời điểm		Không khám		Có khám		Tổng	p
		Tần số (n)	Tỷ lệ (%)	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)		
Nhóm can thiệp	Trước can thiệp	509	97,0	16	3,0	525	< 0,05
	Sau can thiệp	279	53,1	246	46,9	525	
	Tổng	788	75,1	262	24,9	1050	
Nhóm chứng	Trước can thiệp	518	98,7	7	1,3	525	< 0,05
	Sau can thiệp	484	92,2	41	7,8	525	
	Tổng	1002	95,4	48	4,6	1050	

* Kiểm định nhị thức

Bảng 3.49. Thay đổi thói quen khám mắt với mục đích kiểm tra định kỳ các nhóm thời điểm trước và sau can thiệp

Khám định kỳ Thời điểm/ Nhóm		Không khám		Có khám		Tổng	p
		Tần số (n)	Tỷ lệ (%)	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)		
Trước can thiệp	Chứng	518	98,7	7	1,3	525	0,058
	Can thiệp	509	97,0	16	3,0	525	
	Tổng	1027	97,8	23	2,2	1050	
Sau can thiệp	Chứng	484	92,2	41	7,8	525	< 0,05
	Can thiệp	279	53,1	246	46,9	525	
	Tổng	763	72,7	287	27,3	1050	

* Kiểm định chính xác Fisher

Thời điểm trước can thiệp, ở nhóm can thiệp, tỉ lệ không khám mắt với lý do khám định kỳ là 97,0%, sau can thiệp giảm 53,1%, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). Ở nhóm chứng trước can thiệp, tỉ lệ không khám mắt định kỳ là 98,7%, sau can thiệp là 92,2%. Sự khác biệt giữa hai nhóm thời điểm sau can thiệp có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).

CSHQ_{CT} = 45,3%

CSHQ_{ĐC} = 6,6%

HQCT = 38,7%

3.3.3.5. Thay đổi thói quen khám mắt ở trạm y tế

Bảng 3.50. Thay đổi thói quen khám mắt ở trạm y tế của nhóm can thiệp so với nhóm chứng

Khám tại TYT Nhóm/ Thời điểm		Không khám		Có khám		Tổng	p
		Tần số (n)	Tỷ lệ (%)	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)		
Nhóm can thiệp	Trước can thiệp	515	98,1	10	1,9	525	<0,05
	Sau can thiệp	468	89,1	57	10,9	525	
	Tổng	983	93,6	67	6,4	1050	
Nhóm chứng	Trước can thiệp	518	98,7	7	1,3	525	0,804
	Sau can thiệp	516	98,3	9	1,7	525	
	Tổng	1034	98,5	16	1,5	1050	

* Kiểm định nhị thức

Bảng 3.51. Thay đổi thói quen khám mắt ở trạm y tế của các nhóm thời điểm trước và sau can thiệp

Khám tại TYT Thời điểm/ Nhóm		Không khám		Có khám		Tổng	p
		Tần số (n)	Tỷ lệ (%)	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)		
Trước can thiệp	Chứng	518	98,7	7	1,3	525	0,463
	Can thiệp	515	98,1	10	1,9	525	
	Tổng	1033	98,4	17	1,6	1050	
Sau can thiệp	Chứng	516	98,3	9	1,7	525	<0,05
	Can thiệp	468	89,1	57	10,9	525	
	Tổng	984	93,7	66	6,3	1050	

* Kiểm định chính xác Fisher

Trước thời điểm can thiệp, không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa tỉ lệ không khám mắt tại TYT giữa hai nhóm ($p > 0,05$), tương ứng với nhóm can thiệp và nhóm chứng là 98,1% và 98,7%. Sau can thiệp, ở nhóm can thiệp, tỉ lệ không khám mắt tại trạm giảm còn 89,1%, ở nhóm chứng là 98,3%. Khác biệt giữa hai nhóm thời điểm sau can thiệp là có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).

$$CSHQ_{CT} = 9,2\%$$

$$CSHQ_{DC} = 0,4\%$$

$$HQCT = 8,8\%$$

3.3.4. Kết quả các biểu hiện lâm sàng ở mắt người bệnh glôcôm, đối tượng nguy cơ và nghi ngờ glôcôm

3.3.4.1. Đặc điểm nhân khẩu học người bệnh glôcôm, nguy cơ và nghi ngờ glôcôm nhóm can thiệp và nhóm chứng

Bảng 3.52. Đặc điểm nhân khẩu học người bệnh glôcôm, nguy cơ và nghi ngờ glôcôm nhóm can thiệp và nhóm chứng (n = 212)

Đặc điểm \ Nhóm		Nhóm chứng		Nhóm can thiệp		p
		Tần số (n)	Tỷ lệ (%)	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)	
Tuổi	41 - 50	12	5,7	10	4,7	0,133
	51 - 60	40	18,9	39	18,4	
	61 - 70	60	28,3	82	38,7	
	> 70	100	47,2	81	38,2	
Giới	Nam	85	40,1	85	40,1	1,00
	Nữ	127	59,9	127	59,9	
Nghề nghiệp	CBVC, hưu trí	49	23,1	51	24,1	0,952
	Công nhân	4	1,9	5	2,4	
	Buôn bán	26	12,3	28	13,2	
	Nội trợ	30	14,2	33	15,6	
	Nghề khác	103	48,6	95	44,8	
Trình độ học vấn	Mù chữ	24	11,3	23	10,8	0,635
	Tiểu học	65	30,7	56	26,4	
	THCS	44	20,8	47	22,2	
	THPT	49	23,1	61	28,8	
	Đại học/ Sau đại học	30	14,2	25	11,8	
BHYT	Có	209	98,6	211	99,5	0,620
	Không	3	1,4	1	0,5	
Tổng		212	100,0	212	100,0	

* Kiểm định chính xác Fisher

Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa đặc điểm nhân khẩu học của người bị glôcôm, nguy cơ và nghi ngờ glôcôm ở hai nhóm với $p > 0,05$.

3.3.4.2. Kết quả về biểu hiện lâm sàng tại mắt

Bảng 3.53. Đặc điểm lâm sàng

Đặc điểm		Nhóm	Nhóm chứng		Nhóm can thiệp		P
			Tần số (n)	Tỷ lệ (%)	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)	
Thị lực	Giảm		50	11,9	5	1,2	< 0,05
	Ổn định hoặc tăng		371	88,1	418	98,8	
Nhãn áp	Không đạt NA đích		26	6,2	3	0,7	< 0,05
	Đạt NA đích		395	93,8	420	99,3	
Lõm đĩa	Không soi được		25	5,9	29	6,9	< 0,05
	Ổn định		379	90,0	392	92,7	
	Rộng ra		17	4,0	2	0,5	
Thị trường	Thu hẹp		8	1,9	3	0,7	< 0,05
	Ổn định		356	84,6	324	76,6	
	Không đo được		57	13,5	96	22,7	
Tình trạng bệnh	Không ổn định		31	7,4	5	1,2	< 0,05
	Ổn định		390	92,6	418	98,8	
Tổng			421	100,0	423	100,0	

Sau 2 năm can thiệp, ở nhóm can thiệp, mức TL giảm chỉ chiếm 1,2%, trong khi ở nhóm chứng tỉ lệ này lên đến 11,9%. Ở nhóm can thiệp, tỉ lệ không đạt NA đích chỉ chiếm 0,7%, trong khi ở nhóm chứng có 6,2% không đạt NA đích. Tỉ lệ lõm đĩa ổn định ở nhóm can thiệp là 92,7%, cao hơn so với nhóm chứng là 90,0%. Tỉ lệ thu hẹp thị trường ở nhóm can thiệp chỉ 0,7% so với 1,9% ở nhóm chứng. Đánh giá chung về tình trạng bệnh, tỉ lệ bệnh ổn định của nhóm can thiệp là 98,8% cao hơn so với 92,6% ở nhóm chứng. Có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ở kết quả so sánh TL, NA, lõm đĩa, thị trường và tình trạng bệnh giữa hai nhóm ($p < 0,05$).

Chương 4

BÀN LUẬN

4.1. TỈ LỆ HIỆN MẮC BỆNH GLÔCÔM VÀ TÌNH HÌNH SỬ DỤNG DỊCH VỤ CHĂM SÓC MẮT TRONG BỆNH GLÔCÔM Ở NGƯỜI TRÊN 40 TUỔI TẠI THÀNH PHỐ HUẾ

4.1.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

4.1.1.1. Tuổi

Đối tượng nghiên cứu của chúng tôi là người trên 40 tuổi – độ tuổi mà nhiều nghiên cứu cho thấy tỉ lệ glôcôm tăng vọt (cao hơn 2 - 3 lần so với độ tuổi dưới 40) [113], [120]. Kết quả từ bảng 3.1 cho thấy nhóm tuổi 61 – 70 chiếm tỉ lệ cao nhất: 32,5%, độ tuổi trung bình là $63,3 \pm 10,9$ tuổi. Kết quả này cũng tương đương với một số nghiên cứu trong nước như: Lê Thị Nga tiến hành đo NA cho 400 người trên 40 tuổi tại thành phố Huế ghi nhận kết quả: nhóm tuổi 60 - 69 chiếm tỉ lệ cao nhất là 37,25% [27]. Đinh Thị Thu Trang nghiên cứu tình hình glôcôm trên 400 người ghi nhận độ tuổi trung bình là $62,7 \pm 11,2$ tuổi. Nhóm tuổi 61 – 70 chiếm tỉ lệ cao nhất [39]. Một số nghiên cứu nước ngoài cũng cho phân bố nhóm tuổi tương tự như nghiên cứu của Luciana: độ tuổi trung bình của đối tượng nghiên cứu là 57,7 ($\pm 14,5$) tuổi, độ tuổi ưu thế là ≥ 61 tuổi (44%) [103].

4.1.1.2. Giới

Nghiên cứu của chúng tôi nhận thấy tỉ lệ nữ cao hơn so với nam. Kết quả này tương tự với một số nghiên cứu sàng lọc bệnh trên cộng đồng như của: Đào Thị Lâm Hường: nữ: 71,5%; nam: 28,5% [23]. Lê Thị Nga: nữ chiếm 67,25% cao gấp 02 lần nam giới (32,75%) [27]. Nghiên cứu nước ngoài như nghiên cứu của Zhi: trong số 3.833 người tham gia khám sàng lọc, tỉ lệ của nam/nữ là: 1.618/2.215 tương ứng nam chiếm 42,2%, nữ chiếm 57,8% [52]. Có thể lý giải do phân công lao động giới nam thường là trụ cột lao động chính của gia đình dẫn đến tình trạng khó khăn trong việc sắp xếp thời gian để đến TYT phỏng vấn và đến bệnh viện khám sàng lọc. Một số lượng nam giới có đến phỏng vấn nhưng không đến bệnh viện

để khám sàng lọc hoặc không tuân thủ theo dõi nên phải loại ra khỏi danh sách nghiên cứu theo tiêu chuẩn loại trừ. Bên cạnh đó, nữ giới thường có ý thức về sức khỏe hơn nên sẵn lòng tham gia khám sàng lọc bệnh và tuân thủ theo dõi nhiều hơn là nam.

4.1.1.3. Nghề nghiệp

Kết quả nghiên cứu ghi nhận có sự phân bố đa dạng các nghề nghiệp: cán bộ viên chức, hưu trí, buôn bán, nội trợ và các nghề khác, trong đó: 20,5% người dân là cán bộ viên chức, 41,5% làm các nghề khác. Điều này cũng phù hợp với cơ cấu ngành nghề đa dạng của thành phần của người dân thành thị.

4.1.1.4. Trình độ học vấn

Thông kê từ bảng 3.1 về trình độ học vấn của nghiên cứu cho kết quả: trình độ học vấn phân bố chủ yếu trong nhóm từ Tiểu học đến THPT, Tiểu học: 28,9%, THCS: 26,7%, THPT: 27,8%. Kết quả này cũng tương tự với nghiên cứu của Lê Thị Nga, học vấn đối tượng nghiên cứu chủ yếu là từ Tiểu học đến THPT [27]. Tỷ lệ mù chữ trong nhóm nghiên cứu của chúng tôi cao hơn nghiên cứu của Stephen: 1,8% là mù chữ, 58,3% có trình độ học vấn Tiểu học, 31,7% có trình độ Trung học, 8,2% có trình độ sau Trung học [90]. Tuy nhiên, tỷ lệ mù chữ có thấp hơn nghiên cứu của Zhi: 12,63% mù chữ [52]. Có thể do địa điểm nghiên cứu của Zhi là nông thôn còn của chúng tôi là thành phố nên trình độ học vấn mù chữ thấp hơn.

4.1.1.5. Bảo hiểm y tế

Kết quả điều tra ghi nhận tỷ lệ có bảo hiểm y tế trong nghiên cứu là khá cao: 94,1%, kết quả này phù hợp với thống kê của Bảo hiểm xã hội Việt Nam, tỷ lệ bao phủ BHYT đạt 90% dân số [4]. Điều này lý giải do độ tuổi trung bình trong nhóm nghiên cứu là trên 60 tức là độ tuổi người cao tuổi nên người dân có ý thức về sức khỏe hơn dẫn đến tỷ lệ có bảo hiểm y tế khá cao. Theo Viện nghiên cứu kinh tế Châu Á, độ phủ theo chiều rộng của BHYT ở nhóm người cao tuổi đã thực hiện tốt. Tuy nhiên, bên cạnh đó, độ phủ BHYT theo chiều sâu lại đang là vấn đề, hệ thống y tế tuyến xã còn sơ sài trong công tác chăm sóc người cao tuổi [44].

4.1.2. Đặc điểm về bệnh glôcôm

4.1.2.1. Tỷ lệ mắc bệnh glôcôm, nghi ngờ glôcôm và nguy cơ glôcôm

Biểu đồ 3.1 cho thấy tỷ lệ glôcôm của người trên 40 tuổi tại thành phố Huế là 4,7%, có 9,1% người dân nghi ngờ glôcôm. Một số nghiên cứu ở Việt Nam cho kết quả như sau: nghiên cứu của Đinh Thị Thu Trang: khi khám đo NA cho 480 người dân trên 40 tuổi thì ghi nhận tỷ lệ bệnh glôcôm ở người trên 40 tuổi tại thành phố Huế là 5,4% [39]. Nghiên cứu của Lưu Thị Thanh Tâm về tình hình bệnh glôcôm ở 2.818 người trên 40 tuổi tại thành phố Đà Nẵng cho kết quả tỷ lệ mắc bệnh glôcôm: 4,86% [35]. Nghiên cứu của Đào Thị Lâm Hương cho thấy tỷ lệ bệnh glôcôm được phát hiện tại Nam Định là 2,2%, tại Thái Bình là 2,4% [23]. Như vậy, tỷ lệ glôcôm của chúng tôi cao hơn các nghiên cứu của Đào Thị Lâm Hương nhưng tương đương với nghiên cứu của Lưu Thị Thanh Tâm. Nguyên nhân có thể lý giải do nghiên cứu của của Đào Thị Lâm Hương tiến hành ở độ tuổi thấp hơn (35 tuổi), địa điểm nghiên cứu ở cả thành thị lẫn nông thôn. Nghiên cứu của chúng tôi và của tác giả Lưu Thị Thanh Tâm đều tiến hành ở thành phố, trên đối tượng trên 40 tuổi nên tỷ lệ mắc bệnh cao hơn (người ở thành phố có nhiều yếu tố nguy cơ mắc bệnh glôcôm cao hơn). Chúng tôi cũng ghi nhận tỷ lệ người nghi ngờ glôcôm 9,1%, kết quả này cũng tương đồng với các nghiên cứu của Đào Thị Lâm Hương, Lưu Thị Thanh Tâm. Một số nghiên cứu tổng hợp ở Châu Á cũng cho tỷ lệ tương đồng như các nghiên cứu Rom Klao, Thái Lan ghi nhận tỷ lệ hiện mắc glôcôm là 3,14%; nghiên cứu của Tajimin, Nhật Bản cho kết quả tỷ lệ mắc glôcôm là 4,57%; Một số nghiên cứu ghi nhận tỷ lệ mắc glôcôm thấp hơn như nghiên cứu của Tanjong Pagar, Singapore: tỷ lệ mắc bệnh glôcôm là 2,93%; nghiên cứu của Blue Mountains, Úc: số người mắc glôcôm chiếm 2,65%. Và cũng có nghiên cứu cho kết quả tỷ lệ mắc glôcôm khá cao như Kumejima, Nhật Bản, tỷ lệ này lên đến 7,7% [51]. Sự khác nhau này có thể do khác nhau về địa điểm và số lượng mẫu nghiên cứu.

Về yếu tố nguy cơ glôcôm, nhiều nghiên cứu về các yếu tố nguy cơ dẫn đến glôcôm bao gồm: nguy cơ mắc glôcôm tăng lên 22% ở những người có tiền sử gia đình mắc glôcôm, tăng 36% ở những người bị ĐTĐ so với những người không bị ĐTĐ... Trong nghiên cứu này, tổng hợp các yếu tố nguy cơ, chúng tôi ghi nhận tỷ lệ

người dân có từ một đến nhiều yếu tố nguy cơ mắc glôcôm chiếm 39,1%. Tỷ lệ hơn 1/3 người trên 40 tuổi có yếu tố nguy cơ glôcôm là một tỷ lệ khá cao, đòi hỏi các đối tượng này cần được khám sàng lọc glôcôm định kỳ.

4.1.2.2. Tỷ lệ mắc bệnh glôcôm theo thời điểm phát hiện

Từ kết quả bảng 3.3, trong số người khám phát hiện glôcôm có đến 58,3% người bị glôcôm không biết mình mắc glôcôm, chỉ 41,7% người bệnh biết mình bị bệnh. Tương tự như vậy, phần lớn các nghiên cứu đều nhận thấy trong các đợt điều tra, đa số bệnh nhân glôcôm mới được phát hiện bệnh lần đầu. Một số nghiên cứu ở nước ngoài như nghiên cứu của Myron Yanoff, phần lớn bệnh nhân glôcôm không được chẩn đoán, 50% bệnh nhân glôcôm không biết mình mắc bệnh. Tỷ lệ này chiếm đến 62% - 75% ở người Tây Ban Nha sống tại Mỹ. Ở các nước đang phát triển, tỷ lệ bệnh nhân không được chẩn đoán lên đến 90% do những hạn chế về tiếp cận DVYT [119]. Nghiên cứu của Coleman cho thấy hơn 50% bệnh nhân glôcôm không được chẩn đoán, điều này đặt ra việc cần có một chương trình sàng lọc hệ thống có hiệu quả nhất là đối với nhóm có nguy cơ cao, đồng thời phải giáo dục cộng đồng về tính nguy hiểm của glôcôm [58].

Tại Việt Nam, theo nghiên cứu của Lưu Thị Thanh Tâm, trong tỷ lệ 4,86% người bị glôcôm, glôcôm mới được phát hiện lần đầu qua khám điều tra là 3,26%, đồng nghĩa với 66,9% bệnh nhân glôcôm trong cộng đồng không biết mình bị bệnh và chưa được khám và điều trị [35].

4.1.2.3. Hình thái glôcôm

Về hình thái glôcôm, kết quả bảng 3.4 cho thấy: tỷ lệ glôcôm góc đóng nguyên phát chiếm chủ yếu: 55,2%, góc mở nguyên phát chỉ chiếm 36,5%. Kết quả này cũng phù hợp với các nghiên cứu khác là tỷ lệ glôcôm góc đóng và mở khác nhau theo chủng tộc: người Châu Âu, Châu Mỹ thường mắc glôcôm góc mở trong khi glôcôm góc đóng chiếm ưu thế ở Châu Á đặc biệt là Nam Á. Một số nghiên cứu tương tự như nghiên cứu Bùi Thị Như Quỳnh khi khảo sát trong tất cả các đối tượng trên 40 tuổi đến khám mắt tại bệnh viện, tỷ lệ của glôcôm góc đóng là 4,82%, glôcôm góc mở: 1,61% [32]. Nghiên cứu của Đào Thị Lâm Hường trên hai tỉnh Nam Định và Thái Bình cho kết quả glôcôm góc đóng và góc mở với tỷ lệ: góc đóng 60%, góc mở 25,4% ở Nam Định và tỷ lệ này ở Thái Bình tương ứng là 64,6% và 27,3% [23].

Theo tỉ lệ trên dân số thì chúng tôi ghi nhận glôcôm góc đóng chiếm tỉ lệ 2,6%, góc mở chiếm 1,7%. Một số nghiên cứu về glôcôm ở Châu Á ở nhóm tuổi trên 40 cũng cho kết quả như sau: nghiên cứu của Meiktila, Myanmar ghi nhận tỉ lệ glôcôm góc mở là 1,88% so với tỉ lệ glôcôm góc đóng là 2,5%. Nghiên cứu của Bin tại Trung Quốc trên 4956 người từ 40 đến trên 70 tuổi cho kết quả glôcôm góc đóng chiếm 1,57%; glôcôm góc mở chiếm 0,71%. Một số nghiên cứu khác ở Châu Á lại cho kết quả tỷ lệ glôcôm góc mở tương đương hoặc nhiều hơn glôcôm góc đóng như nghiên cứu của Rom Klao, Thái Lan: tỉ lệ glôcôm góc mở là 2,28% còn glôcôm góc đóng chiếm 0,86%. Nghiên cứu của Blue Mountains, Úc ghi nhận tỉ lệ glôcôm góc đóng chỉ chiếm 0,27% trong khi glôcôm góc mở chiếm đến 2,38%. Nghiên cứu của Kumejima, Nhật Bản lại cho kết quả glôcôm góc đóng và glôcôm góc mở gần tương đương nhau: 3,7% so với 4,0%.

Như vậy, tỉ lệ hình thái glôcôm góc mở và góc đóng của chúng tôi có tương đồng với một số nghiên cứu của Myanmar, Trung Quốc, tuy nhiên có khác so với các nghiên cứu tại Úc, Nhật Bản, Thái Lan... Điều này có thể lý giải do sự khác biệt về mẫu nghiên cứu, bên cạnh đó, địa điểm nghiên cứu là thành thị hay nông thôn cũng ảnh hưởng đến tỉ lệ bệnh glôcôm của nghiên cứu.

4.1.2.4. Mắt bị bệnh glôcôm, giai đoạn bệnh glôcôm và thị lực bệnh nhân glôcôm

Sau khi tiến hành khám sàng lọc cho 2025 người trên 40 tuổi, chúng tôi ghi nhận được 96 bệnh nhân chẩn đoán mắc bệnh glôcôm với 138 mắt bị glôcôm, như vậy có rất nhiều bệnh nhân glôcôm bị bệnh ở cả hai mắt, tỉ lệ mắt bị bệnh tương đối đồng đều giữa mắt phải và mắt trái. Về giai đoạn bệnh, bệnh lý glôcôm trong nhóm nghiên cứu chủ yếu là tiềm tàng: 23,2%, sau đó là giai đoạn sơ phát chiếm 18,1%. Kết quả này tương đương với nghiên cứu của Trần Minh Hà: bệnh lý glôcôm chủ yếu ở giai đoạn 1 chiếm 52,73%; giai đoạn 2 chiếm 29,09% [16].

Glôcôm là nguyên nhân gây mù không hồi phục hàng đầu và là nguyên nhân gây mù chung đứng hàng thứ hai trên thế giới. Theo Lang Gerhard, glôcôm là nguyên nhân gây mù thứ hai sau bệnh võng mạc ĐTD ở những nước phát triển. Glôcôm chịu trách nhiệm cho 15 - 20% nguyên nhân gây mù [79]. Điều tra dân số ở Mông Cổ nhận thấy glôcôm chịu trách nhiệm cho 35% nguyên nhân gây mù ở

người trưởng thành (36% là do đục thủy tinh thể). Tại Việt Nam, glôcôm là nguyên nhân gây mù đứng hàng thứ 3. Qua phân tích TL cho thấy, trong nghiên cứu của chúng tôi, glôcôm gây mù cho 21,7% bệnh nhân mắc glôcôm (TL < ĐNT 3m). Tỷ lệ này cao hơn nghiên cứu của Lưu Thị Thanh Tâm: tỷ lệ bệnh nhân glôcôm bị mù chiếm: 11,64% và thấp hơn nghiên cứu của Phạm Thị Minh Phương: mù do glôcôm chiếm 43,3% [30], [34].

4.1.3. Kiến thức, thái độ, thực hành của người dân về bệnh glôcôm

4.1.3.1. Kiến thức của bệnh glôcôm

Một thực trạng đáng chú ý là tỷ lệ người biết về bệnh glôcôm khá thấp: bảng 3.7 cho thấy chỉ 25,1% người được phỏng vấn biết về bệnh glôcôm. Một số người còn bị nhầm lẫn giữa glôcôm và bệnh mắt hột (phát âm là “tra cô ma”). Trong các triệu chứng về glôcôm, người dân biết nhiều hơn đến các triệu chứng như “nhức mắt” 13,8%, “nhìn mờ” 13,7%, còn lại rất ít biết đến các triệu chứng khác của glôcôm, chỉ 2,4% biết được triệu chứng tăng NA. Về yếu tố nguy cơ, chỉ 7,5% và 6,1% biết yếu tố nguy cơ là ĐTĐ và THA, chỉ 2,4% người dân biết được yếu tố nguy cơ sử dụng corticoid. Hậu quả không tránh khỏi của bệnh nhân glôcôm là mù loà, giai đoạn sớm hơn, glôcôm gây giảm TL và tình trạng này là không thể hồi phục. Tuy nhiên qua điều tra, chỉ có 19,4% người dân biết được glôcôm có thể gây mù. Có 17,1% người dân cho rằng glôcôm có thể điều trị được nhưng khi kể các phương pháp điều trị thì chỉ 11,0% biết điều trị glôcôm bằng phương pháp phẫu thuật, rất ít người biết về phương pháp laser với 2,9% ý kiến trả lời.

Đánh giá chung kiến thức về bệnh glôcôm, bảng 3.8 ghi nhận 97,5% người dân không có kiến thức tốt về bệnh glôcôm. Chỉ có 2,5% người dân có kiến thức tốt về bệnh. Rất nhiều người hoàn toàn chỉ đạt 0 điểm về kiến thức, tức là không hề biết gì về bệnh glôcôm. Nghiên cứu cho thấy có sự liên quan giữa kiến thức về bệnh glôcôm và trình độ học vấn và tiền sử bị bệnh glôcôm, cụ thể: những người có trình độ học vấn từ đại học trở lên có khả năng có kiến thức tốt cao gấp 18,78 lần so với nhóm mù chữ. Người có bệnh glôcôm có khả năng có kiến thức tốt gấp 6,33 lần người không có bệnh.

Các nghiên cứu khác cũng cho kết quả tương tự như nghiên cứu của Sathyamangalam tại phía Nam Ấn Độ trên 3.850 người trên 40 tuổi nhằm đánh giá kiến thức, thái độ của người dân đối với bệnh glôcôm. Kết quả cho thấy chỉ 8,7% số người được hỏi có hiểu biết về glôcôm, trong đó chỉ có 0,5% bệnh nhân có hiểu biết tốt, 4% có hiểu biết trung bình và 4,2% có hiểu biết kém. Các yếu tố liên quan đến kiến thức về bệnh là trình độ học vấn, giới nữ, tôn giáo và tiền sử gia đình [105].

Bizuneh ghi nhận trong nghiên cứu của mình có 32,3% từng nghe về bệnh glôcôm, 24,4% trả lời có biết về bệnh glôcôm. Có sự liên quan đến kiến thức về glôcôm và trình độ học vấn [53]. Nghiên cứu trong nước như nghiên cứu của Hà Trung Kiên thực hiện trên các bệnh nhân glôcôm tại Thái Bình trong ba năm cho thấy: tỉ lệ bệnh nhân không biết gì hoặc rất mơ hồ về bệnh glôcôm mình đang mắc còn khá cao (92%) [15].

4.1.3.2. Thái độ về bệnh glôcôm

Theo kết quả đánh giá thái độ về bệnh glôcôm, gần một nửa số người được hỏi không hề biết glôcôm là một bệnh mắt nguy hiểm, chỉ 56,4% người có thái độ đồng ý với ý kiến glôcôm là bệnh mắt nguy hiểm. Độ tuổi trên 40 là mốc ghi nhận tỉ lệ tăng vọt của bệnh glôcôm và đo NA được xem là phương pháp cần thiết để phát hiện glôcôm. Tuy nhiên có đến 50,4% không có ý kiến về sự cần thiết phải đo NA cho người trên 40 tuổi. Thậm chí trong tình huống có tiền sử gia đình mắc bệnh glôcôm thì vẫn có 43,3% không có ý kiến về việc cần phải khám sàng lọc. Về các nội dung thái độ liên quan tuân thủ điều trị glôcôm, có 51,8% người cho rằng chỉ điều trị glôcôm ở giai đoạn nặng còn nhẹ thì không cần. Có 56,4% không đồng ý với ý kiến phẫu thuật rồi không cần theo dõi tiếp. Kết quả này chứng tỏ một tỉ lệ cao người dân có thái độ không tích cực với việc điều trị glôcôm.

Đánh giá chung về thái độ ở bảng 3.8 cho kết quả: 96,3% người dân có thái độ không tốt liên quan tới bệnh glôcôm. Một có một số lượng người dân vẫn thấy sự cần thiết của việc đi khám sàng lọc hay phải theo dõi và tuân thủ điều trị khi được chẩn đoán bệnh, tuy nhiên tỉ lệ người có thái độ tốt chỉ 3,7% vẫn là một tỉ lệ khá thấp. Những yếu tố liên quan tới thái độ là trình độ học vấn, tiền sử gia đình mắc bệnh glôcôm và kiến thức về bệnh glôcôm. Trong đó: người có tiền sử gia đình mắc

bệnh glôcôm có khả năng có thái độ tốt về bệnh gấp 12,63 lần so với người không có tiền sử gia đình. Người có kiến thức tốt về bệnh glôcôm có khả năng có thái độ tốt về bệnh gấp 685,74 lần so với người không có kiến thức tốt.

Tỉ lệ người dân có thái độ tốt về bệnh glôcôm của chúng tôi thấp hơn một số nghiên cứu ở nước ngoài như nghiên cứu của Ogbonnaya cho kết quả 61,2% đối tượng điều tra có thái độ tích cực về việc sàng lọc glôcôm, có 38,8% nghĩ rằng điều này không cần thiết, chỉ 70,6% trong số người có kiến thức tốt có thái độ tích cực về tầm soát glôcôm [92]. Kết quả đánh giá thái độ của chúng tôi tương tự với tác giả trong nước như nghiên cứu của Đào Thị Lâm Hương: khi đánh giá thái độ của người dân về bệnh glôcôm thì thái độ ít quan tâm đến việc điều trị bệnh của người bệnh ở cả hai tỉnh Nam Định và Thái Bình đều chiếm tỉ lệ cao: Nam Định: 61,2%, Thái Bình: 75,0%. Tỉ lệ tích cực trong điều trị ở cả hai tỉnh đều chưa vượt quá 10% [23].

4.1.3.3. Thực hành về bệnh glôcôm

Đánh giá về thực hành thì có đến 97,5% người dân không thực hành tốt về bệnh glôcôm. Cụ thể chỉ 27,9% có tìm hiểu bệnh glôcôm trước đó, 30,0% có đi khám mắt trong vòng một năm, 59,8% sẽ đi khám khi có bệnh về mắt. Khi bị bệnh lý về mắt, một số lượng lớn người dân thường tự mua thuốc điều trị, áp dụng phương pháp dân gian, thậm chí là không điều trị. Khi được hẹn tái khám, 72,9% người được hỏi tự lựa chọn tái khám đúng hẹn khi được chẩn đoán bệnh. Tuy nhiên, trong trường hợp bệnh lý cần phải phẫu thuật thì một số lượng người dân vẫn tìm cách trì hoãn, chỉ 66% đồng ý phẫu thuật nếu được tư vấn. Kết quả này tương tự nghiên cứu của Ichhpujani Paurul: nếu được chẩn đoán glôcôm, 77,3% trả lời họ nên đi khám và theo dõi thường xuyên, tuy nhiên, trong thực tế chỉ có 42% người được hỏi có đi khám mắt trong vòng một năm [73].

Một nghiên cứu của Jeremy thực hiện tại Tanzania trên một số bệnh nhân glôcôm cho thấy đa phần bệnh nhân đều có kiến thức chưa đầy đủ về bệnh. Trong số nhiều rào cản khiến bệnh nhân glôcôm khó tiếp cận với DVYT, kiến thức về bệnh glôcôm được xác định là một trong những vấn đề quan trọng [68].

Nghiên cứu của Chigozie thực hiện trên 96 bệnh nhân, kết quả 80% trả lời có biết về bệnh glôcôm, trong khi đó 20% bệnh nhân không biết về bệnh. Kiến thức về

bệnh của bệnh nhân glôcôm liên quan đến tiền sử gia đình có bệnh glôcôm và trình độ học vấn [85].

Một số nghiên cứu ở nước ngoài cũng phản ánh thực trạng hạn chế về thực hành liên quan đến bệnh glôcôm: Theo Preeti Biradar, Gagan Y M, 34% bệnh nhân không nhận thức được căn bệnh mà họ đang mắc phải, 34% bệnh nhân không tuân thủ liệu trình điều trị, 38% cho biết khó nhớ thời gian sử dụng thuốc của họ [99].

Nghiên cứu của Sood tại Ấn Độ ghi nhận tỉ lệ bệnh nhân không tuân thủ điều trị là 59,5%, nguyên nhân hay gặp nhất là do quên và các vấn đề tài chính. Sự tuân thủ điều trị có mối liên quan có ý nghĩa thống kê với giới tính, tình trạng kinh tế, kiến thức và thực hành về bệnh glôcôm [109].

Một nghiên cứu của Paudel được tiến hành năm 2021 ngay tại Việt Nam cho thấy kiến thức và thái độ hoặc thực hành của cộng đồng về các bệnh lý mắt còn thấp, 53,5% người dân chưa bao giờ đi khám mắt, glôcôm là bệnh lý mắt ít được biết nhất, tỉ lệ người dân biết được bệnh glôcôm thông qua các triệu chứng chỉ 7%, 29% lựa chọn tự điều trị khi gặp vấn đề về mắt và 12% áp dụng các phương pháp đông y. Do vậy, GDSK về bệnh glôcôm là rất quan trọng đối với cộng đồng [95].

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỉ lệ thái độ tốt có cao hơn không đáng kể so với kiến thức và thực hành (3,7% so với 2,5%), kết quả này cũng tương tự với một số nghiên cứu ở nước ngoài cho thấy rằng: mặc dù có thái độ tốt, biết được tầm quan trọng của việc khám sàng lọc nhưng tỉ lệ thực hành tốt thì lại không cao tương ứng với thái độ như nghiên cứu của Ogbonnaya, 62,1% có thái độ tích cực về bệnh glôcôm nhưng chỉ 5% trong số đó từng đi khám sàng lọc glôcôm [92], hay như theo Parveen Rewri, 3% đối tượng cho rằng sàng lọc có thể ngăn ngừa bệnh glôcôm, nhưng chỉ 1,3% đã đi khám sàng lọc trong vòng một năm trước đó [102]. Một nghiên cứu trong nước của Phạm Thị Thu Hà về tình hình điều trị glôcôm tại bệnh viện Mắt Trung ương cho thấy nguyên nhân chính dẫn đến tiến triển của bệnh sau điều trị là không đi tái khám (79,9%). Liên quan giữa tiến triển của bệnh và tần suất đi khám lại của bệnh nhân, trong số những bệnh nhân đi khám không đều, có 27,6% số mắt bệnh tiến triển tiếp tục, trong khi đó tỉ lệ này ở nhóm đi khám đều là 17,6% [17].

Sử dụng mô hình hồi quy logistics đa biến ở bảng 3.11 xác định các yếu tố liên quan đến thực hành cho thấy: có mối liên quan có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$) giữa kiến thức và thực hành. Trong đó, người có kiến thức tốt có khả năng thực hành tốt về bệnh cao gấp 95,05 lần người có kiến thức không tốt.

4.1.4. Tình hình sử dụng dịch vụ chăm sóc mắt trong bệnh glôcôm ở người dân trên 40 tuổi tại thành phố Huế

4.1.4.1. Dịch vụ truyền thông về bệnh glôcôm

Kết quả từ bảng 3.12 cho thấy, trong số 2025 người dân được phỏng vấn, có 57,6% người dân từng được nghe thông tin truyền thông về một số bệnh về mắt. Thông tin bệnh mắt đã nghe nhiều nhất vẫn là bệnh đục TTT chiếm 48,2%, tiếp theo là tật khúc xạ chiếm 29,8%. Còn các thông tin về các bệnh lý khác bao gồm cả glôcôm thì chỉ chiếm 22,1% thông tin truyền thông bệnh về mắt. Kết quả này tương tự nghiên cứu của Đinh Thị Thu Trang: hơn 80% đối tượng nghiên cứu chưa từng nghe thông tin về bệnh glôcôm [39]. Hay nghiên cứu của Rakhi Dandona, tỉ lệ người dân nhận thức được về bệnh đục TTT khá cao (69,8%), trong khi đó chỉ có 2,3% người được hỏi có biết về bệnh glôcôm. Về nguồn tiếp cận thông tin glôcôm: chỉ 25% người dân tiếp nhận thông tin y tế của bệnh glôcôm từ các CBYT [59].

Chúng tôi cũng ghi nhận phần lớn nguồn thông tin về bệnh glôcôm là từ ti vi chiếm 11,% và CBYT chiếm 9,5%, còn nguồn thông tin từ các kênh truyền thông khác là rất ít. Điều này chứng tỏ sự tiếp xúc với các nguồn thông tin về bệnh glôcôm ở nhiều nơi còn khá hạn chế. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi phản ánh phần nào tình hình hiện nay của Việt Nam về khả năng cung cấp các dịch vụ CSM, trong đó có dịch vụ truyền thông: hoạt động thông tin giáo dục truyền thông về CSM tại các tỉnh/thành phố trong những năm gần đây còn ít được quan tâm, chủ yếu mới chỉ được truyền tải qua các kênh thông tin đại chúng như phát thanh và truyền hình với kết quả thu được rất hạn chế.

4.1.4.2. Đặc điểm về sử dụng dịch vụ khám mắt nói chung

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. Nguy cơ được tính đến là

những người bị tật khúc xạ, THA, ĐTĐ, tiền sử gia đình có người bị bệnh mắt, tiền sử sử dụng các thuốc mắt dễ gây tác dụng phụ (dù kê đơn hay không kê đơn) tiền sử phẫu thuật mắt...[71], [114].

Dù độ tuổi trung bình trong nghiên cứu của chúng tôi là $63,35 \pm 10,9$ tức là thuộc nhóm người nên đi khám mắt hằng năm, nhưng kết quả bảng 3.13 cho thấy thực tế chỉ có 30,4% là có khám mắt hằng năm, có 13,1% đi khám trong vòng 1 - 2 năm còn lại rất ít đi khám mắt. Thậm chí 42,1% số người được hỏi chưa từng đi khám mắt. Như vậy, nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận thực trạng người dân rất ít khi đi khám mắt. Đây chính là một trong những nguyên nhân khiến các bệnh mắt trong đó có glôcôm được phát hiện ở giai đoạn muộn, khi phát hiện ra thì điều trị gặp rất nhiều khó khăn. Theo một báo cáo đáng chú ý của Tổ chức Y tế Thế giới, chưa đến 5% người dân có TL thấp được khám mắt [118].

Stephen thực hiện một nghiên cứu về rào cản sử dụng dịch vụ KCB mắt cho thấy lý do hay gặp nhất khiến người dân không đi khám mắt thường xuyên là không đủ tiền (35,4%), kế tiếp đó là do người dân cho rằng bệnh mắt ít quan trọng, 12,2% ngại do chờ đợi lâu, 6,1% không đi được do liên quan đến vấn đề phương tiện hoặc không có người chở đi khám [90]. Một nghiên cứu khác của Nguyễn Hữu Lê khi tìm hiểu lý do trì hoãn thời gian đi khám khi có vấn đề về mắt, phần đông vì cho rằng bệnh không nặng lắm (66,7%), 41,7% vì lo ngại về chi phí, 15,4% cho rằng do vẫn còn nhìn thấy được [24]. Theo nghiên cứu Phạm Thị Minh Phương, trong các lý do khiến bệnh nhân không đi khám mắt thường xuyên, 53,9% là do lý do khách quan và kinh tế khó khăn [30].

Bảng 3.14 ghi nhận: qua phỏng vấn tìm hiểu các lý do khiến người dân không đi khám mắt thường xuyên, đa phần người dân trả lời nguyên nhân là: mắt họ vẫn còn thấy rõ chiếm 31,5%. Đây là một quan điểm hoàn toàn không chính xác. Nhiều bệnh lý ở mắt TL giảm từ từ khiến bệnh nhân không nhận ra mình mắc bệnh, khi chờ TL giảm thật sự mới đi khám thì có thể bệnh đã chuyển sang giai đoạn nặng; một trong những bệnh đó là glôcôm. Việc phát hiện bệnh trễ khiến TL của bệnh nhân bị tổn hại và không thể nào phục hồi. Tương tự, các lý do trì hoãn việc khám mắt cũng liên quan đến kiến thức: do không biết nên khám mắt định kỳ (13,5%), họ

nghĩ rằng bệnh mắt là bệnh nhẹ, ít quan trọng (13,0%). Như vậy, các rào cản lớn nhất liên quan nhiều đến quan niệm, kiến thức. Điều này đặt ra sự cần thiết phải cải thiện kiến thức cho người dân để tăng cường nhiều hơn khả năng sử dụng dịch vụ khám mắt nói chung và trong bệnh glôcôm nói riêng.

Rào cản khám mắt đứng hàng thứ hai là không có cơ sở KCB mắt gần nhà chiếm 26,3%. Đây là một vấn đề liên quan đến tính sẵn có của dịch vụ. Thực tế, các cơ sở khám mắt chủ yếu là tuyến 3 trở lên, còn tuyến 4 tương đương với TYT thì rất hạn chế cung cấp dịch vụ KCB mắt dù có lợi thế gần các khu dân cư. Theo thống kê của Bệnh viện Mắt Trung ương năm 2015 thì vẫn còn những “vùng trắng” không có bác sĩ mắt. Một trong những khó khăn của người mù là nghèo không có tiền phẫu thuật, người nghèo chấp nhận bị mù, bên cạnh đó là các điều kiện khác như thiếu kiến thức về phòng và chữa bệnh mắt, “không biết bệnh mắt của mình có thể chữa được” chiếm tới 1/3 trong số người mù và TL kém [40].

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi khác với nghiên cứu của Bradford, thực hiện một nghiên cứu đối với bệnh nhân glôcôm ở San Francisco, rào cản lớn nhất đối với bệnh nhân glôcôm tuân thủ theo dõi là sợ mất thời gian chờ đợi khám (75%), khó lên lịch hẹn (38%), bệnh nhân lựa chọn phương pháp điều trị khác (29%). Có thể lý giải do địa điểm tiến hành nghiên cứu khác nhau dẫn tới sự khác nhau liên quan đến kinh tế, thói quen và cả đặc điểm hệ thống y tế [82].

Theo báo cáo của ngành y tế năm 2015, yếu tố đáng quan tâm nhất của ngành y tế là áp lực của vấn đề già hoá dân số đang diễn ra một cách nhanh chóng. Với tỉ lệ người cao tuổi tăng liên tục từ 7,1% năm 1989 lên 8,7% năm 2009 và 10,2% năm 2014, Việt Nam là một trong 10 nước có tỉ lệ già hoá dân số nhanh nhất thế giới trong khi hệ thống y tế dường như chưa sẵn sàng đối phó [7]. Điều này đặt ra thách thức lớn bởi những bệnh lý liên quan đến già hoá dân số như bệnh đục thể thuỷ tinh hay glôcôm. Rất nhiều bệnh lý nguy hiểm của mắt trong đó có glôcôm không có triệu chứng gì rõ ràng cho đến khi bệnh trở nên trầm trọng. Tuy nhiên, rất nhiều nghiên cứu cho thấy phần đông lý do đi khám mắt là có triệu chứng bất thường ở mắt.

Theo một nghiên cứu của Okoye Obiekwe, khi khảo sát thói quen khám mắt của chính các nhân viên y tế, tác giả ghi nhận dù 85,2% từng khám mắt toàn diện, chỉ 48,7% là khám sàng lọc định kỳ. Dù phần lớn có thái độ tích cực với việc tầm soát bệnh glôcôm (79,1%), thực tế hành vi khám tầm soát định kỳ lại không tương xứng với thái độ [89].

Nghiên cứu của Quigley ghi nhận khoảng 1/4 bệnh nhân đi khám vì xuất hiện một triệu chứng bất thường mắt (26% đối với glôcôm góc mở và 21% đối với glôcôm góc đóng) [100]. C. E. Ogbonnaya và cộng sự tiến hành khảo sát về việc khám sàng lọc mắt năm 2016 ở Nigeria, chỉ 14,4% số người được phỏng vấn hỏi đã từng đi khám mắt. Có 60,3% đi khám mắt vì có các triệu chứng bất thường ở mắt; chỉ có 39,7% khám mắt định kỳ [92].

Theo kết quả biểu đồ 3.4, khi phỏng vấn những người từng đi khám mắt về lý do đi khám, kết quả ghi nhận tỉ lệ khá cao người dân đi khám mắt vì có triệu chứng bất thường ở mắt chiếm 42,1%. Chỉ rất ít người đi khám với lý do khám định kỳ phát hiện bệnh (chiếm 2,4% trên tổng số 2025 người được điều tra). Kết quả này phản ánh một thực trạng đáng báo động không chỉ xảy ra đối với các bệnh lý ở mắt mà còn ở bệnh lý các cơ quan khác: đa số người dân không có ý thức khám sức khỏe định kỳ. Điều này dẫn đến gánh nặng bệnh tật cho không những bản thân bệnh nhân mà cho toàn xã hội khi các bệnh lý nguy hiểm đều phát hiện ở giai đoạn muộn. Ở giai đoạn này, điều trị gần như khó đạt hiệu quả tốt và chi phí điều trị cũng cao hơn nhiều so với điều trị bệnh lý ở giai đoạn mới bắt đầu.

Về lựa chọn cơ sở KCB, đa phần người dân lựa chọn các tuyến trên: tuyến Trung ương và tuyến tỉnh 20,6% và 29,8%, một số ít lựa chọn tuyến huyện, khám bác sĩ tư. Có 17,4% người được hỏi không biết khám ở đâu khi bị bệnh. Điều đáng chú ý là rất ít người lựa chọn TYT là nơi KCB mắt. Kết quả của chúng tôi tương tự với nghiên cứu của Nguyễn Thị Xuyên: Cơ sở KCB về mắt mà người dân tiếp cận chủ yếu vẫn là bệnh viện tỉnh (30,4%) và BVĐK huyện (26,5%). Lý do để người dân lựa chọn sử dụng dịch vụ tại các cơ sở trên chủ yếu là do gần nhà (43,6%) và có thẻ BHYT (38,3%)... [45] Và tương tự nghiên cứu của Stephen, cơ sở KCB được lựa chọn khi bị bệnh về mắt là bệnh viện chuyên khoa mắt, tiếp theo là bệnh viện đa khoa, một số ít tự điều trị hoặc sử dụng y học cổ truyền [90].

Theo Nguyễn Văn Nghị, khi bị ốm, tỉ lệ đến khám tại TYT chỉ chiếm 12,3%, lý do đi khám do nhóm bệnh mắt, răng hàm mặt, tai mũi họng chỉ chiếm 6,4%. Hầu hết các TYT phường có vị trí trung tâm dễ tiếp cận với người ốm, tuy nhiên hầu hết TYT thiếu thiết bị, thuốc chủ yếu theo tiêu chuẩn của Bộ Y tế. Hầu hết TYT chỉ thực hiện dưới 60% danh mục kỹ thuật DVYT trong 109 kỹ thuật dịch vụ do Bộ Y tế quy định. Lý do chính là thiếu trang thiết bị, thuốc và chủ yếu là trình độ chuyên môn [29].

Nghiên cứu của Nguyễn Thị Hoài Thu ghi nhận chỉ 11,9% người dân lựa chọn TYT khi có vấn đề sức khỏe. Một trong các lý do không chọn KCB tại trạm là do TYT thiếu thuốc, thiếu trang thiết bị (30,9%) và người dân không tin tưởng trình độ chuyên môn của CBYT tại trạm (30,9%) [37].

Theo Nguyễn Văn Trọng, tỉ lệ người dân biết về bệnh glôcôm là 14,8%, 21,7% biết được nguyên nhân của bệnh glôcôm, 50,5% không biết về dấu hiệu của bệnh tăng NA. TYT xã được lựa chọn nhiều nhất khi đối tượng có người nhà bị các bệnh về mắt chiếm 79,9% [40].

Trong nghiên cứu của chúng tôi, đa phần chọn tuyến tỉnh là cơ sở y tế để theo dõi và điều trị. Kết quả này có khác với nghiên cứu của Đào Thị Lâm Hương: Tại Nam Định và Thái Bình sau khi được chẩn đoán glôcôm thì người bệnh điều trị chủ yếu ở các bệnh viện tỉnh tương ứng 66,7% và 90,1%. Số bệnh nhân chọn tuyến trung ương để điều trị tương ứng ở Nam Định và Thái Bình là 18,3% và 7,6% [23]. Có thể lý giải là do ở Huế có Bệnh viện Trung Ương thuộc tuyến trung ương nên người bệnh dễ dàng di chuyển để đến khám và theo dõi. Điểm chung của nghiên cứu chúng tôi và của Đào Thị Lâm Hương là rất ít người lựa chọn tuyến xã phường làm cơ sở KCB khi có vấn đề về mắt.

4.1.4.3. Tỉ lệ khám sàng lọc và điều trị bệnh glôcôm của người dân

Dịch vụ CSM trong bệnh glôcôm được đánh giá hiệu quả bao gồm các hoạt động: nâng cao nhận thức về bệnh, sử dụng dịch vụ khám sàng lọc phát hiện sớm bệnh glôcôm, sử dụng dịch vụ chẩn đoán, chấp nhận và lựa chọn phương pháp điều trị phù hợp, tuân thủ điều trị, theo dõi, giám sát, quản lý để phát hiện và điều trị tiến triển của bệnh. Tất cả những yếu tố này phối hợp chặt chẽ với nhau [76].

Đối với những người bình thường, việc sử dụng dịch vụ CSM trong bệnh glôcôm quan trọng nhất ở phương diện sử dụng dịch vụ khám sàng lọc. Đo NA và soi đáy mắt là một trong những thủ thuật khám quan trọng để sàng lọc phát hiện bệnh glôcôm. Hiện nay, có nhiều khuyến cáo nên đo NA thường quy và soi đáy mắt cho những người trên 40 tuổi khi đi khám mắt.

Đối với bệnh nhân glôcôm, bên cạnh được chẩn đoán bệnh, điều quan trọng là bệnh nhân được điều trị phương pháp điều trị phù hợp, chấp nhận điều trị và tuân thủ điều trị. Hội Khúc xạ Hoa Kỳ đã khuyến cáo về cách sử dụng DVYT cho bệnh nhân glôcôm cụ thể như sau: ở giai đoạn nhẹ: khám mỗi 3 – 6 tháng tùy kiểm soát NA, giai đoạn trung bình: khám mỗi 2 – 4 tháng tùy kiểm soát NA, giai đoạn nặng: khám mỗi 1– 3 tháng tùy kiểm soát NA. Bệnh vừa ổn định: khám mỗi 1– 3 tháng tùy kiểm soát NA và độ nặng của bệnh. Bệnh không ổn định: khi có bất cứ sự không ổn định nào của NA, thị trường, đĩa thị, hoặc bệnh sau phẫu thuật cần tái khám 1 – 2 tuần [50], [115]. Đối với các đối tượng nghi ngờ glôcôm, nên khám ít nhất mỗi 6 tháng/lần hoặc tùy theo tình trạng bệnh [47].

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỉ lệ sử dụng dịch vụ khám sàng lọc bệnh glôcôm của người dân chỉ 24,0%. Điều đáng chú ý là trong số 57,9% từng đi khám mắt (42,1% chưa từng đi khám mắt) thì chưa tới một nửa số này được sàng lọc bệnh glôcôm (41,3%). Điều này lý giải phần nào lý do có đến 58,3% bệnh nhân glôcôm chỉ mới được phát hiện bệnh lần đầu trong nghiên cứu này. Kết quả của chúng tôi tương tự với một nghiên cứu tại Ghana: tỉ lệ người trên 40 tuổi khám sàng lọc bệnh glôcôm là 28,6% và cao hơn nghiên cứu của Rewri: 3% đối tượng cho rằng sàng lọc có thể ngăn ngừa bệnh glôcôm, nhưng chỉ 1,3% đã sử dụng dịch vụ khám sàng lọc glôcôm trước đó [102].

Về sử dụng dịch vụ điều trị, bảng 3.17 cho kết quả lệ 39/96 bệnh nhân glôcôm có sử dụng dịch vụ điều trị tương ứng với tỉ lệ 40,6%. Tỉ lệ bệnh nhân glôcôm biết mình mắc glôcôm là 40/96 bệnh nhân và 39 trường hợp bệnh nhân không điều trị glôcôm đều là những người không biết mình mắc bệnh glôcôm. Như vậy, tỉ lệ bệnh nhân không sử dụng dịch vụ điều trị xuất phát chủ yếu từ nguyên nhân không được tiếp cận với dịch vụ khám sàng lọc chẩn đoán bệnh glôcôm. Đây chính là cơ sở

quan trọng để chúng tôi tìm hiểu các yếu tố ảnh hưởng đến khả năng sử dụng dịch vụ khám sàng lọc glôcôm. Từ đó làm cơ sở để xây dựng mô hình can thiệp.

4.1.4.4. Liên quan giữa sử dụng dịch vụ khám sàng lọc bệnh glôcôm và các yếu tố

Theo nghiên cứu của Lawrence năm 2013, glôcôm còn là một thách thức ở các nước đang phát triển: 50% bệnh nhân khi tiếp cận DVYT thì đã bị mù một mắt, 90% không hề biết mình bị glôcôm cho đến khi được phát hiện lần đầu. Điều này đồng nghĩa với chỉ 10% bệnh nhân glôcôm được tiếp cận dịch vụ y tế [81]. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận chỉ 24% người dân từng được khám sàng lọc bệnh glôcôm – đây là một tỉ lệ khá thấp, có thể để lại nhiều hậu quả nặng nề nếu bệnh nhân glôcôm không được chẩn đoán và điều trị. Có nhiều yếu tố đóng vai trò trong hạn chế người dân tiếp cận dịch vụ y tế khám và điều trị bệnh lý mắt nói chung và bệnh glôcôm nói riêng.

Cụ thể phân tích bảng 3.16 chúng tôi nhận thấy: người dân từ 51 tuổi có khả năng sử dụng dịch vụ sàng lọc bệnh glôcôm gấp 1,66 đến 3,22 lần người dưới 50 tuổi. Người dân có trình độ học vấn đại học trở lên có khả năng sử dụng dịch vụ cao hơn 2,44 lần so với nhóm mù chữ. Người dân có BHYT có khả năng sử dụng dịch vụ gấp 2,75 lần so với nhóm không có. Người dân có kiến thức, thái độ và thực hành tốt có khả năng sử dụng dịch vụ cao lần lượt gấp 3,91, 2,91 và 4,26 lần so với nhóm có kiến thức không tốt, thái độ không tốt và thực hành không tốt. Người có tiền sử gia đình mắc glôcôm có khả năng sử dụng dịch vụ cao gấp 2,48 lần so với người không có tiền sử. Như vậy, chúng tôi nhận thấy có ba yếu tố chính liên quan đến tỉ lệ sử dụng dịch vụ CSM trong bệnh glôcôm đó là: kiến thức, thái độ và thực hành về bệnh. Đây là cơ sở để chúng tôi xây dựng mô hình can thiệp truyền thông thay đổi hành vi cho đối tượng nghiên cứu.

Theo nghiên cứu của Lưu Thị Thanh Tâm (2014), mặc dù tỉ lệ bệnh nhân glôcôm bị mù chiếm đến 11,64% thì mức độ hiểu biết về bệnh glôcôm trong cộng đồng còn rất thấp: 91,3% đối tượng khảo sát chưa bao giờ nghe qua, hoặc không hiểu biết gì về bệnh glôcôm, chỉ 8,7% số người được hỏi là đã từng nghe nói về bệnh glôcôm. Phần đông người bệnh mắc glôcôm chưa từng tiếp cận với DVYT khám mắt để được chẩn đoán bệnh [34].

Jeremy thực hiện phỏng vấn trên các bệnh nhân glôcôm ở Tanzania cho thấy những người tham gia thiếu hiểu biết về bệnh glôcôm. Ngay cả sau khi được giải thích, nhiều người không hiểu rõ chẩn đoán bệnh của họ. Nhầm lẫn về nguyên nhân, yếu tố nguy cơ và tính chất mãn tính của bệnh là nguyên nhân phổ biến dẫn đến kém tuân thủ điều trị. Bệnh nhân đến bệnh viện khi đã xuất hiện triệu chứng mất TL, không hề có ý thức khám phát hiện sớm và sàng lọc cho các thành viên gia đình [66].

Samuel B Boadi-Kusi thực hiện một khảo sát cho kết quả 33,6% phụ nữ được hỏi đã từng khám sàng lọc bệnh glôcôm, trong khi chỉ có 24,8% nam giới đã khám sàng lọc bệnh glôcôm. Có sự liên quan chặt chẽ giữa kiến thức glôcôm và thực hành về bệnh glôcôm với 20,1% những người có kiến thức tốt về bệnh đã từng sàng lọc glôcôm trong khi chỉ 8,4% những người không có kiến thức tốt về bệnh từng sàng lọc glôcôm [55].

Richardson thực hiện một nghiên cứu để tìm hiểu các rào cản khiến bệnh nhân glôcôm hạn chế sử dụng dịch vụ CSM trong bệnh glôcôm. Một trong những rào cản sử dụng dịch vụ đáng chú ý là thiếu kiến thức về sức khỏe của mắt. Mọi người thường đồng nghĩa một con mắt nhìn rõ là một con mắt khỏe. Các rào cản khác được nhắc đến là chi phí khám chữa bệnh, tâm lý lo lắng về việc “khám ra bệnh”. Nghiên cứu cho thấy hầu hết mọi người trong cộng đồng trên 40 tuổi không được tiếp xúc với các chiến dịch truyền thông các vấn đề về mắt hiệu quả. Ngoại trừ quảng cáo thương mại cho kính (kính áp tròng và điều trị bằng laser), có rất ít thông tin về sức khỏe của mắt đến với cộng đồng [72].

4.2. XÂY DỰNG MÔ HÌNH CAN THIỆP

4.2.1. Thực trạng công tác chăm sóc mắt tại địa phương

4.2.1.1. Một số đặc điểm về cán bộ y tế, trang thiết bị và thực hành khám chữa bệnh glôcôm ở các tuyến y tế

Ở Thừa Thiên Huế, có ba bệnh viện lớn là Bệnh viện Trung ương Huế, Bệnh viện Trường Đại học Y - Dược Huế và Bệnh viện Mắt Huế (thuộc tuyến 1 và 2) là có đầy đủ các phương tiện phục vụ khám, chẩn đoán và điều trị, Trong khi đó, tuyến 3 nhất là tuyến 4 - tuyến y tế đầu tiên tiếp xúc với người dân thành phố thì trang thiết bị phục vụ cho việc khám mắt nói chung và khám glôcôm nói riêng rất hạn

chế, chỉ có bảng đo TL và đèn pin. Mà phát hiện và theo dõi glôcôm hiện nay vẫn dựa chính vào NA, điều này đặt ra nhiều khó khăn cho người dân trong việc tiếp cận dịch vụ KCB mắt nói chung và glôcôm nói riêng.

Trong nghiên cứu của chúng tôi về khả năng thực hành của CBYT: bảng 3.23 cho thấy chỉ có 28,9% CBYT biết đo TL, 0,7% biết ước lượng NA bằng tay, 1,5% biết ước lượng thị trường sơ bộ. Như vậy, những thủ thuật cơ bản nhất để phục vụ chẩn đoán và điều trị thì các cán bộ YTCS thực hiện được rất hạn chế. Điều này dẫn đến khả năng phát hiện bệnh glôcôm ở tuyến YTCS cực kỳ khó khăn. Chúng tôi chỉ ghi nhận một bác sĩ từng chẩn đoán được bệnh glôcôm, còn lại toàn bộ các bác sĩ, y sĩ khác chưa hề chẩn đoán được bệnh glôcôm.

Theo nghiên cứu của Nguyễn Thị Xuyên, toàn bộ mạng lưới các cơ sở cung cấp dịch vụ CSM từ tỉnh đến huyện có khoảng gần 2.000 giường bệnh, bình quân > 30 giường bệnh/tỉnh, thành phố. Nhìn chung, cơ sở vật chất của mạng lưới cung cấp dịch vụ CSM trong cả nước hiện còn nhiều bất cập chưa theo kịp nhu cầu khám và điều trị các bệnh về mắt ngày càng tăng trong cộng đồng. Tại tuyến xã/phường, 100% các TYT xã hiện chưa có đủ các thiết bị thông thường trong CSM. Hoạt động đào tạo, tập huấn trong mạng lưới các cơ sở CSM tại nhiều địa phương còn chưa được quan tâm thỏa đáng [45].

Báo cáo của Bộ Y tế vào năm 2015 chỉ ra rằng mô hình bệnh tật hiện nay của Việt Nam thay đổi theo hướng gia tăng nhanh chóng, gánh nặng các bệnh không lây nhiễm và tai nạn thương tích, đan xen với bệnh nhiễm trùng; tình hình dịch bệnh diễn biến phức tạp, mang tính toàn cầu; vấn đề kiểm soát yếu tố nguy cơ ảnh hưởng đến sức khỏe còn gặp nhiều khó khăn, trong khi khả năng đáp ứng về DVYT còn hạn chế, đặc biệt là ở YTCS. Chất lượng nguồn nhân lực YTCS ở nhiều nơi chưa đáp ứng nhu cầu KCB ngày càng cao của nhân dân [7]. 100% các TYT hiện chưa có đủ các thiết bị thông thường trong CSM. Về khả năng cung cấp các dịch vụ kỹ thuật trong CSM, các dịch vụ KCB về mắt còn nhiều hạn chế do thiếu trầm trọng cả về trang thiết bị lẫn nhân lực có trình độ chuyên khoa. Hầu hết các TYT trong cả nước chỉ có thể chữa được bệnh đau mắt đỏ và nhỏ lông xiêu [45].

Kết quả từ bảng 3.20 ghi nhận 92,6% cán bộ y tế được phỏng vấn có kiến thức không tốt về bệnh glôcôm, thái độ tốt chỉ chiếm 11,1%. Đánh giá về khả năng thực hành trên đối tượng bác sĩ và y sĩ đa khoa cho thấy tỉ lệ rất nhỏ CBYT được đánh giá thực hành tốt với 5,9%. Kết quả này tương tự nghiên cứu của Đào Thị Lâm Hương: đa số CBYT có ít kiến thức về bệnh glôcôm, tỉ lệ CBYT có kiến thức tốt về bệnh chỉ chiếm 3,3% [23]. Theo nghiên cứu của M. K. Amedome, khi khảo sát kiến thức, thái độ thực hành của bệnh glôcôm của các nhân viên y tế, tác giả ghi nhận: 51,5% CBYT có kiến thức tốt. Tác giả ghi nhận có sự liên quan giữa kiến thức và trình độ của nhân viên y tế [49].

Osaguona thực hiện một nghiên cứu ở các nhân viên làm việc tại trường đại học Y ở Nigeria: khi khảo sát kiến thức về bệnh glôcôm cho thấy: kiến thức về bệnh glôcôm đánh giá tốt chiếm 31%, trung bình chiếm 31,5% và kém chiếm 37,8%. Chỉ có 18,5% số người được hỏi biết bệnh glôcôm có thể không có triệu chứng [93].

Theo nghiên cứu của Padmajothi M.S., có 95% CBYT biết được bệnh glôcôm. Nhưng chỉ 60% biết TL bệnh nhân glôcôm không thể phụ hồi và 41% biết glôcôm sẽ dẫn đến mù lòa. [94]. Như vậy, so với các nghiên cứu nước ngoài, nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận tỉ lệ CBYT biết về bệnh cũng như yếu tố nguy cơ và các vấn đề liên quan theo dõi điều trị là thấp hơn. Có thể lý giải do nền y học nước ngoài phát triển hơn, bên cạnh đó, tỉ lệ người được điều tra có chức danh bác sĩ trong các nghiên cứu nước ngoài cao hơn trong nghiên cứu của chúng tôi, điều này ít nhiều ảnh hưởng đến kết quả đánh giá.

Theo Parul, nhân viên y tế gồm các bác sĩ và điều dưỡng Đa khoa chứ không phải chuyên khoa Mắt thường là nơi tiếp xúc bệnh nhân khi bệnh nhân tìm các tư vấn về y tế. Trong khi đó, các thông tin về bệnh chưa chính xác và đầy đủ là khá cao, điều này đặt ra việc tăng cường giáo dục về các triệu chứng glôcôm và suy giảm TL là một trong những ưu tiên hàng đầu khi thiết kế các chương trình can thiệp [73].

4.2.1.2. Đặc điểm về sử dụng dịch vụ chăm sóc mắt của người dân tại trạm y tế

Theo Nguyễn Thị Xuyên, các dịch vụ CSM tại tuyến huyện ở hầu hết các địa phương trong cả nước còn rất hạn chế, chỉ là những dịch vụ thiết yếu như: lấy dị vật kết giác mạc (77,8%), chích chấp lẹo (77,8%), lông quặm/lông xiêu (66,7%), cắt u

kết mạc, khâu da mi rách (61,1%). Tại tuyến xã, các dịch vụ KCB về mắt còn nhiều hạn chế do thiếu trầm trọng cả về trang thiết bị lẫn nhân lực có trình độ chuyên khoa. Hầu hết các TYT xã/phường trong cả nước chỉ có thể chữa được bệnh đau mắt đỏ và nhỏ lông xiêu, lông quặm cho bệnh nhân...[45].

Trong nghiên cứu này, đa số nhà của người dân đều gần TYT ≤ 3 km, chiếm 59,0%. Hơn một nửa số người dân được hỏi trả lời đã từng đến trạm khi có vấn đề về sức khoẻ (56,7%). Tuy nhiên, chỉ 1,7% người từng đến trạm để khám mắt, 55,0% đến trạm vì các lý do sức khoẻ khác. Tỷ lệ đánh giá khả năng cung cấp dịch vụ KCB mắt của trạm khá thấp: 95,2% đánh giá trạm không đủ cơ sở vật chất và 90,8% cho rằng năng lực của CBYT không đủ để KCB mắt. Tỷ lệ người dân được truyền thông về bệnh mắt nói chung và bệnh glôcôm nói riêng khá thấp: số lượng người dân từng được CBYT truyền thông về bệnh glôcôm chỉ chiếm 6,3% và chỉ 9,3% người dân được truyền thông qua tranh ảnh panô.

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi tương tự với nhiều nghiên cứu khác như nghiên cứu của Nguyễn Văn Trọng về thực trạng công tác CSM tại Quảng Ninh, kết quả: hầu hết các trưởng TYT cho rằng bệnh mắt trên địa bàn hiện nay chưa được quan tâm đúng mức. Hầu hết các ý kiến phỏng vấn sâu đều cho rằng tại địa phương chưa có một bộ phận chuyên trách nào đảm nhiệm công tác CSM hay chương trình phòng chống mù lòa nói chung và bệnh mắt nói riêng [40].

Theo báo cáo ngành y tế năm 2019, số lượng và chất lượng nhân lực y tế phân bố không đồng đều giữa các vùng, các tuyến, giữa KCB và y tế dự phòng. Mạng lưới YTCS tuy rộng khắp nhưng hiệu quả hoạt động chưa cao. Quản lý bệnh không lây nhiễm tại YTCS còn nhiều khó khăn, chưa rộng khắp. Chất lượng KCB chưa đáp ứng được nhu cầu ngày càng cao và đa dạng của người dân, đặc biệt ở tuyến dưới, người dân chưa tin tưởng vào YTCS [8]. Để thực hiện mục tiêu thị giác 2020, năm 2016 Thủ tướng Chính phủ đã phê duyệt chiến lược quốc gia phòng chống mù lòa giai đoạn 2020 và tầm nhìn 2030. Liên quan đến bệnh glôcôm, một trong những nhiệm vụ và giải pháp nhằm kiểm soát các nguyên nhân chính gây mù lòa là quản lý bệnh glôcôm: thiết lập hệ thống quản lý bệnh glôcôm từ các cơ sở khám bệnh chữa bệnh tuyến trung ương đến tuyến huyện để kịp thời phát hiện sớm, chuyển tuyến và điều trị tại tuyến trên [38].

Thực hiện Quyết định số 2348/QĐ-TTg ngày 5/12/2016 của Thủ tướng Chính phủ về việc phê duyệt đề án xây dựng và phát triển mạng lưới YTCS trong tình hình mới, Ủy ban Nhân dân tỉnh Thừa Thiên Huế đã phê duyệt kế hoạch thực hiện Đề án xây dựng và phát triển mạng lưới YTCS trong tình hình mới trên địa bàn tỉnh Thừa Thiên Huế giai đoạn 2017-2025 cụ thể như sau:

- Mục tiêu chung: tăng cường củng cố phát triển hệ thống YTCS, nâng cao chất lượng các dịch vụ chăm sóc sức khỏe ban đầu cho nhân dân, đảm bảo đáp ứng các yêu cầu về phòng, chống dịch bệnh, khám, chữa bệnh.

- Các nhiệm vụ chủ yếu: củng cố, hoàn thiện tổ chức của mạng lưới YTCS, đổi mới, nâng cao hiệu quả hoạt động của YTCS. Các TYT xã phải thực hiện đầy đủ các nhiệm vụ của chăm sóc sức khỏe ban đầu; thực hiện việc quản lý sức khỏe toàn diện, liên tục cho từng người dân trên địa bàn, tư vấn về sức khỏe, chăm sóc giảm nhẹ, phục hồi chức năng, phòng chống các bệnh lây nhiễm, không lây nhiễm, quản lý các bệnh mạn tính; khám bệnh, chữa bệnh theo chức năng, nhiệm vụ và kết nối, chuyển người bệnh lên các cơ sở y tế tuyến trên. Tăng cường đào tạo, chuyển giao kỹ thuật, thực hiện đầy đủ quy định về đào tạo liên tục, đào tạo qua thực hành, hướng dẫn chuyên môn cho YTCS [43].

Theo Nghị quyết ban hành chương trình hành động của Chính phủ, thực hiện Nghị quyết số 54/NQ-TW ngày 10 tháng 12 năm 2019 của Bộ Chính trị về xây dựng và phát triển tỉnh Thừa Thiên Huế đến năm 2030, tầm nhìn đến năm 2045: hoàn thiện mạng lưới y tế trên địa bàn bao gồm các cơ sở y tế chuyên sâu và mạng lưới YTCS. Kiện toàn cơ sở vật chất, kỹ thuật, nâng cao chất lượng hoạt động của mạng lưới y tế cơ sở, hệ thống chăm sóc sức khỏe ban đầu và y tế dự phòng [10], [42].

Trên tinh thần đó, chúng tôi muốn xây dựng một mô hình sàng lọc và quản lý bệnh glôcôm nhằm giảm tỉ lệ mù lòa do glôcôm. Khác với các bệnh lý gây mù khác, glôcôm là bệnh tổn hại thị giác không hồi phục. Điều trị glôcôm ở bất cứ giai đoạn nào cũng chỉ nhằm bảo tồn TL không bị giảm thêm. Trong khi đó, đa phần bệnh nhân glôcôm trong cộng đồng không biết mình mắc bệnh. Số còn lại nếu phát hiện ra bệnh thì bệnh cũng đã ở giai đoạn nặng. Điều này gây rất nhiều khó khăn cho việc điều trị. Vì vậy, mô hình quản lý bệnh glôcôm của chúng tôi không đơn thuần

chỉ là quan tâm đến đối tượng bệnh nhân glôcôm đã được chẩn đoán mà còn chú trọng đến việc khám sàng lọc phát hiện glôcôm.

Mô hình chúng tôi nhắm đến tuyến YTCS - nơi gần gũi và dễ dàng tiếp cận với người dân. Một số lượng lớn những người bị THA, ĐTĐ, tiền sử gia đình có glôcôm... là có nguy cơ cao bị glôcôm nhưng lại rất ít quan tâm đến việc khám sàng lọc glôcôm. Chúng tôi chú trọng tổ chức những đợt truyền thông nhắm đến các đối tượng: người trên 40 tuổi, người có các yếu tố nguy cơ glôcôm, bệnh nhân glôcôm và cán bộ YTCS. Với các hình thức như sử dụng pano áp phích tờ rơi trực quan sinh động, đặc biệt là tổ chức các buổi truyền thông trực tiếp cho các đối tượng, nhấn mạnh vai trò khám sàng lọc và tuân thủ điều trị nếu mắc glôcôm. Việc trang bị kiến thức cho cán bộ YTCS là điều được chú trọng. Xuất phát điểm là từ thực trạng đa số CBYT ở TYT không đủ kiến thức, thái độ và thực hành tốt về glôcôm, nghiên cứu này hướng đến mục tiêu các CBYT có thể phát hiện ra glôcôm để chuyển tuyến đúng. Khó khăn lớn là thủ thuật đo NA không được phê duyệt để tiến hành tại các TYT dẫn đến việc trang bị máy đo NA là điều không thực hiện được. Vì vậy, đối với TYT, chúng tôi chú trọng đến phát hiện glôcôm bằng nhận biết triệu chứng lâm sàng, tận dụng những phương tiện sẵn có. Bên cạnh phối hợp chuyển tuyến trên khi nghi ngờ bệnh nhân bị glôcôm, TYT các phường sẽ quản lý một danh sách các bệnh nhân glôcôm và nghi ngờ glôcôm. Việc động viên các đối tượng đi khám đo NA định kỳ là hết sức cần thiết. Nếu các đối tượng này được điều trị ổn định hoặc xác định là không mắc glôcôm, có thể tiếp tục theo dõi ở TYT và sẽ được CBYT chuyển tuyến khi có nghi ngờ bất thường. Phối hợp hoạt động trong mô hình quản lý bệnh glôcôm được thực hiện chặt chẽ: truyền thông GDSK → sàng lọc phát hiện bệnh tuyến dưới → tư vấn chuyển tuyến trên → tuyến trên điều trị theo dõi, đảm bảo tuân thủ điều trị → tuyến dưới quản lý và tiếp tục khám phát hiện glôcôm, vận động khám sàng lọc với người trên 40 tuổi và khuyến khích tuân thủ điều trị với bệnh nhân glôcôm.

4.2.2. Xây dựng mô hình giải pháp can thiệp

Qua kết quả nghiên cứu thực trạng và phân tích các yếu tố liên quan đến sử dụng dịch vụ CSM trong bệnh glôcôm, chúng tôi nhận thấy có rất nhiều vấn đề tồn

tại liên quan đến việc sử dụng dịch vụ liên quan glôcôm. Trong số đó, có những vấn đề khách quan khó có thể can thiệp được và một số yếu tố có thể can thiệp được bao gồm: kiến thức, thái độ, thực hành về bệnh glôcôm. Bên cạnh đó, chúng tôi quan niệm rằng, để giải quyết một vấn đề, cần phải quan tâm “từ gốc rễ đến ngọn”. Như vậy, đối với bệnh glôcôm, để đạt được mục đích cuối cùng là bảo vệ TL, phòng chống mù loà cho người mắc glôcôm, cần một quá trình phối hợp giữa phát hiện sớm, điều trị tích cực và đảm bảo tuân thủ điều trị chứ không đơn thuần là chỉ quan tâm đến vấn đề điều trị. Vì vậy, chúng tôi đưa ra mô hình can thiệp “Tăng cường sử dụng dịch vụ CSM trong bệnh glôcôm” theo các nhóm giải pháp can thiệp bao gồm:

- Giải pháp nâng cao năng lực cho CBYT cơ sở về kỹ năng truyền thông, tư vấn, kỹ năng khám phát hiện bệnh glôcôm tại cộng đồng dựa trên các điều kiện hiện có của YTCS.

- Giải pháp truyền thông về bệnh glôcôm cho đối tượng trên 40 tuổi nhằm nâng cao kiến thức, thái độ và thực hành tốt về bệnh glôcôm tại 07 phường can thiệp.

- Giải pháp can thiệp y tế, khám, điều trị, theo dõi, quản lý bệnh nhân glôcôm, các đối tượng nguy cơ và nghi ngờ glôcôm, cung cấp dịch vụ khám sàng lọc cho người dân.

4.2.2.1. Giải pháp nâng cao năng lực cho cán bộ y tế cơ sở

Dựa vào kết quả phân tích đối với người cung cấp dịch vụ và người sử dụng dịch vụ chúng tôi nhận thấy rằng: công tác truyền thông GDSK về chăm sóc sức khỏe mắt nói chung và bệnh glôcôm nói riêng chưa được tổ chức thường xuyên tại địa phương. Khi phỏng vấn người dân, chỉ 6,3% từng được CBYT truyền thông về bệnh glôcôm. Đánh giá của người dân về việc cung cấp dịch vụ liên quan bệnh mắt ở trạm khá thấp: 95,2% đánh giá trạm không đủ cơ sở vật chất và 90,8% cho rằng năng lực của cán bộ y tế không đủ để KCB mắt. Về phía CBYT, tỉ lệ CBYT có kiến thức chưa tốt về bệnh glôcôm khá cao với 92,6%, tỉ lệ thái độ tốt về bệnh chỉ chiếm 11,1%.

Thực tế, CBYT cơ sở chính là những người gần dân, những người có tác động trực tiếp đến việc nâng cao kiến thức, thực hành thay đổi hành vi của người dân. Đồng thời, xác định nguồn nhân lực trong công tác truyền thông là yếu tố then chốt để duy trì tính bền vững của chương trình can thiệp. Chúng tôi đã tiến hành đào tạo

tập huấn cho CBYT, cộng tác viên y tế, thành viên của hội phụ nữ, hội người cao tuổi, từ đó đào tạo họ trở thành các cộng tác viên truyền thông, để truyền thông lâu dài cho người dân. Bên cạnh đó, tại mỗi phường can thiệp chúng tôi đã thành lập được đội ngũ cộng tác viên truyền thông là thành viên của hội người cao tuổi, hội phụ nữ để công tác truyền thông sâu sát với các hoạt động sinh hoạt của người dân tại các phường.

Nội dung tiếp theo là tập huấn khả năng khám mắt và phương pháp phát hiện glôcôm trong điều kiện hiện có của tuyến YTCS. Đánh giá về khả năng thực hiện các nội dung để phát hiện glôcôm tại trạm, chỉ 28,9% cán bộ y tế biết đo TL. Tỷ lệ cán bộ biết ước lượng NA bằng tay chỉ 0,7% và 1,5% biết ước lượng thị trường sơ bộ bằng tay. Trong số các bác sĩ và y sĩ tại trạm, chỉ 2,9% là từng chẩn đoán được trường hợp bệnh glôcôm. Đánh giá chung có đến 98,5% cán bộ không thực hành tốt về bệnh glôcôm. Theo quy định phân tuyến kỹ thuật, TYT có thể tiến hành khám lâm sàng mắt, và theo dõi đối tượng có tình trạng NA cao. Các thủ thuật này đều được BHYT chi trả. Dù glôcôm yêu cầu có một số máy móc chuyên dụng để chẩn đoán xác định, tuy nhiên, với một số dấu hiệu đặc trưng, CBYT cơ sở có thể phát hiện ra các dấu hiệu nghi ngờ của bệnh glôcôm với một số trang thiết bị sẵn có tại trạm như bảng đo TL, đèn pin. Vì vậy, chúng tôi tổ chức các buổi tập huấn hướng dẫn cụ thể phương pháp đo TL, ước lượng NA bằng tay, đo thị trường sơ bộ bằng tay và sử dụng đèn pin để đánh giá độ sâu tiền phòng nhằm phát hiện ra các dấu hiệu nghi ngờ glôcôm đặc biệt là trên các đối tượng người trên 40 tuổi, có các bệnh lý nền như THA, ĐTĐ, tim mạch....

4.2.2.2. Giải pháp truyền thông về bệnh glôcôm cho người trên 40 tuổi nhằm nâng cao kiến thức, thái độ và thực hành tốt về bệnh glôcôm

Dựa vào bằng chứng từ kết quả điều tra thực trạng và các yếu tố liên quan, chúng tôi nhận thấy: tỉ lệ kiến thức, thái độ và thực hành không tốt về bệnh glôcôm rất cao. Chỉ 22,1% người dân từng nghe thông tin về bệnh glôcôm, tỉ lệ kiến thức tốt chỉ chiếm 2,5%. Kết quả đánh giá thái độ cho thấy rất ít người dân có thái độ tích cực với việc khám sàng lọc và điều trị glôcôm: có đến 50,4% không có ý kiến về sự cần thiết phải đo NA cho người trên 40 tuổi, 47,9% không có ý kiến về việc

cần khám mắt định kỳ, tỉ lệ thái độ tốt chỉ chiếm 3,7%. Về thực hành, có đến gần một nửa số người được hỏi chưa bao giờ đi khám mắt, chỉ 30,5% có đi khám mắt trong vòng một năm. Lý do chính cho việc không đi khám mắt thường xuyên chiếm 31,5%, chỉ 24,0% người dân đã từng khám sàng lọc glôcôm, đánh giá chung thực hành tốt về bệnh glôcôm chỉ 2,5%. Có mối liên quan khá chặt chẽ giữa kiến thức, thái độ với thực hành về bệnh glôcôm.

Do đó, 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 CSM nói chung cũng như liên quan đến bệnh glôcôm nói riêng.

- *Truyền thông trực tiếp*: được sự quan tâm giúp đỡ của lãnh đạo phường, lãnh đạo các cơ sở y tế, TYT, hội người cao tuổi và hội phụ nữ. Công tác truyền thông trực tiếp đã thu được kết quả tốt. Chúng tôi có hai nhóm đối tượng để truyền thông: nhóm đối tượng người dân trên 40 tuổi tại các phường và nhóm đối tượng được xác định có tình trạng liên quan bệnh glôcôm gồm bệnh nhân glôcôm, đối tượng nghi ngờ và nguy cơ glôcôm. Đối với đối tượng người dân, chúng tôi chú trọng truyền thông các nội dung về các dấu hiệu của bệnh, yếu tố nguy cơ, cách phát hiện sớm thông qua việc khám mắt phù hợp. Đối với nhóm còn lại, xác định nguy cơ tổn hại TL là rất cao nên nội dung truyền thông trực tiếp tập trung vào cách CSM, cách sử dụng thuốc cũng như tuân thủ điều trị. Mỗi bệnh nhân được chẩn đoán glôcôm sẽ được tư vấn và giải thích rõ ràng về tình trạng bệnh của mình. Qua truyền thông, chúng tôi ghi nhận đối tượng đích đã có những thay đổi đáng kể về kiến thức, thái độ và thực hành về bệnh glôcôm.

- *Truyền thông gián tiếp*: để công tác truyền thông được tiến hành hiệu quả thì hoạt động truyền thông cần thực hiện mọi lúc mọi nơi, đặc biệt tại các địa điểm mà người dân thường xuyên lui tới trong địa bàn phường. Chúng tôi nhận thấy TYT là nơi phù hợp vì vị trí trạm thường đặt ở khu dân cư đông người, một số lượng lớn người có bệnh nên thường xuyên đến trạm để khám và nhận thuốc, các bệnh nên hay gặp như THA, ĐTĐ là một trong những yếu tố nguy cơ của bệnh glôcôm. Do đó, chúng tôi chọn TYT là nơi lắp đặt 01 pano truyền thông cỡ lớn và 01 áp phích

treo tường với các nội dung truyền thông hướng dẫn các dấu hiệu của bệnh glôcôm, yếu tố nguy cơ của glôcôm, hậu quả của glôcôm và khuyến cáo khám mắt định kỳ. Nội dung pano, áp phích được thiết kế đơn giản, ngắn gọn với cách trình bày hình ảnh bắt mắt, dễ hiểu.

Bên cạnh đó, để công tác truyền thông gián tiếp được tiến hành liên tục, chúng tôi đã soạn nội dung tuyên truyền về bệnh glôcôm để truyền thông qua loa phát thanh của phường, mỗi tuần tiến hành hai lần. Việc truyền thông qua loa phát thanh cũng được phát với nội dung ngắn gọn nhưng đầy đủ để người dân hiểu được sự nguy hiểm của bệnh glôcôm với thông điệp: glôcôm – sát thủ thầm lặng của đôi mắt, qua đó khuyến cáo người dân có những thực hành đúng hơn về việc khám sàng lọc và tuân thủ điều trị nếu mắc bệnh.

Hình thức truyền thông gián tiếp thứ ba là chúng tôi đã tiến hành biên soạn tờ rơi dưới dạng sách bỏ túi với nhiều nội dung phong phú và hình ảnh minh họa dễ hiểu các nội dung kiến thức cơ bản về bệnh glôcôm cho cộng đồng, phát cho người dân trong các đợt sinh hoạt như sinh hoạt hội người cao tuổi, hội phụ nữ.

- Một hình thức truyền thông hiệu quả khác là gửi tin nhắn trực tiếp tới các thuê bao di động qua mạng viễn thông (bulk SMS) truyền thông về tầm quan trọng của khám sàng lọc định kỳ cũng như tuân thủ điều trị trực tiếp tới đối tượng bệnh nhân glôcôm và đối tượng nghi ngờ và nguy cơ glôcôm.

4.2.2.3. Giải pháp can thiệp y tế

Điều trị glôcôm để đạt được hiệu quả cao cần phát hiện sớm, đảm bảo tuân thủ điều trị. Vì vậy, mỗi tuyến y tế sẽ có một ưu thế riêng trong mô hình. Các tuyến y tế tuyến huyện trở lên có ưu thế khám điều trị nhưng tuyến YTCS lại là tuyến có cơ hội tiếp xúc nhiều đối tượng người dân để tuyên truyền tăng cường ý thức khám sàng lọc. Sàng lọc sớm giúp giảm độ nặng của bệnh và gián tiếp giúp cho kết quả điều trị tốt hơn. Vì vậy, chúng tôi xây dựng mô hình có sự kết hợp chặt chẽ, hỗ trợ lẫn nhau giữa các tuyến y tế từ tuyến cơ sở đến tuyến trung ương trong chẩn đoán, điều trị và theo dõi bệnh nhân glôcôm.

Việc sàng lọc glôcôm không chỉ tiến hành ở các tuyến có đủ phương tiện máy móc mà thực hiện từ tuyến YTCS. Thực tế, có rất nhiều trường hợp mắc glôcôm

nhưng không hề ý thức được căn bệnh của mình. Trong nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận 58,3% trường hợp bệnh nhân glôcôm không biết mình mắc bệnh, chỉ phát hiện ra khi tiến hành khám sàng lọc. Do đó, ở TYT, sau khi được tập huấn các phương pháp phát hiện glôcôm, nếu phát hiện đối tượng nghi ngờ glôcôm, sẽ gửi bệnh nhân lên tuyến có đủ điều kiện để hội chẩn xác định bệnh và hướng theo dõi, điều trị tiếp. Với các trường hợp glôcôm ở giai đoạn nhẹ, chỉ cần điều trị thuốc chứ chưa có chỉ định phẫu thuật thì có thể theo dõi và điều trị nội khoa ở tuyến huyện. Trường hợp các bệnh nhân mắc glôcôm mức độ nặng, cần theo dõi đánh giá bằng các máy móc hiện đại hoặc cần phẫu thuật sẽ được điều trị ở tuyến tỉnh hoặc tuyến trung ương. Đối với các đối tượng xác định không mắc glôcôm hoặc glôcôm đã điều trị ổn định sẽ được chuyển về theo dõi và quản lý tiếp ở các TYT, khi cần sẽ tiếp tục phối hợp tư vấn cho đối tượng và chuyển tuyến kịp thời. Điều này phù hợp với chức năng nhiệm vụ của TYT là “quản lý các bệnh mạn tính không lây” và có danh sách quản lý các đối tượng khuyết tật phân nghe, nói, nhìn...

4.3. ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ CAN THIỆP

4.3.1. Thay đổi kiến thức, thái độ và thực hành về bệnh glôcôm của cán bộ y tế sau chương trình can thiệp

Glôcôm là bệnh lý gây tổn hại thị giác không hồi phục nhưng đến 50% bệnh nhân glôcôm không biết mình mắc bệnh, phát hiện càng muộn thì khả năng mất TL càng nhiều. Điều này nhấn mạnh vấn đề phát hiện sớm, nhất là trên các đối tượng có nguy cơ cao. Cán bộ YTCS là đối tượng tiếp xúc đầu tiên với người dân. Vì vậy, cải thiện kiến thức về glôcôm cho cán bộ YTCS đóng vai trò khá quan trọng. Chúng tôi đã tiến hành các buổi tập huấn để nâng cao kiến thức về bệnh glôcôm cho cán bộ y tế, kết quả từ bảng 3.29 cho thấy có sự cải thiện đáng kể: ở phường can thiệp, thời điểm trước can thiệp 94,3% CBYT có kiến thức không tốt về bệnh, chỉ 5,7% CBYT có kiến thức tốt thì sau can thiệp, số CBYT có kiến thức tốt tăng lên 94,3%; CSHQ_{CT} = 94,0%. Ở phường đối chứng: trước can thiệp tỉ lệ kiến thức tốt là 6,8%, sau can thiệp tỉ lệ này là 11,4%; CSHQ_{ĐC} = 3,0%; HQCT đạt 91,0%. Kết quả này tương tự với nghiên cứu của Đào Thị Lâm Hương: sau can thiệp đã có sự thay đổi rõ rệt về kiến thức bệnh glôcôm ở trong cán bộ YTCS và đã có sự khác biệt rõ rệt

giữa hai tỉnh có can thiệp và đối chứng: tỉ lệ kém ở Nam Định là 3,3%, Thái Bình là 86,7%; tỉ lệ trung bình đến tốt ở Nam Định là 96,7%, ở Thái Bình là 13,3% [23].

Chúng tôi cũng ghi nhận sự thay đổi đáng kể của thái độ về bệnh glôcôm của CBYT. Từ bảng 3.32, nếu như trước can thiệp, tỉ lệ thái độ tốt giữa hai nhóm phường đều thấp và sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê thì sau hai năm can thiệp, tỉ lệ thái độ tốt đã có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê: ở phường can thiệp, thái độ tốt là 94,3% so với 40% ở nhóm chứng. HQCT thay đổi thái độ CBYT đạt 61,3%.

Về thực hành: chúng tôi xác định YTCS có những hạn chế nhưng cũng có thể mạnh riêng. Những hạn chế về thiếu cơ sở vật chất cũng như khả năng KCB của CBYT cơ sở là một thực trạng phải đối diện không chỉ đối với ngành Mắt mà còn của các lĩnh vực chuyên khoa khác. Dù chẩn đoán xác định glôcôm cần NA kế, tuy nhiên, thủ thuật đo NA không được phê duyệt trong danh mục kỹ thuật thực hiện ở tuyến 4, vì vậy, việc trang bị NA kế tại các trạm không có tính bền vững vì thủ thuật này còn liên quan đến vật tư tiêu hao, nếu hết chương trình can thiệp thì khó có thể tiếp tục sử dụng. Do đó, để đảm bảo tính bền vững của chương trình can thiệp, chúng tôi chú trọng các kỹ năng thực hành liên quan đến phát hiện glôcôm (nhất là các kỹ thuật dựa trên các phương tiện sẵn có tại địa phương), đồng thời tăng cường tuân thủ điều trị cho bệnh nhân glôcôm. Kết quả ở bảng 3.34: trước can thiệp, cả hai nhóm phường đều có tỉ lệ CBYT thực hành về phát hiện bệnh glôcôm không tốt: phường can thiệp và phường đối chứng đều là 97,1%; sau can thiệp, tỉ lệ này có sự thay đổi rõ ở nhóm phường can thiệp: tỉ lệ cán bộ có thực hành tốt tăng lên 77,1%. Ở phường đối chứng, tỉ lệ thay đổi là không đáng kể: thực hành tốt chiếm 5,7%. HQCT thay đổi thực hành của CBYT đạt 76,4%.

Như vậy, sau thời gian hai năm can thiệp, CBYT ở nhóm phường can thiệp đã cải thiện đáng kể kiến thức, thái độ, thực hành về bệnh glôcôm. Đó chính là tiền đề để CBYT có những thay đổi hành vi dẫn đến sự thay đổi tích cực hơn, thường xuyên hơn trong việc cung cấp dịch vụ liên quan bệnh mắt nói riêng và bệnh glôcôm nói chung.

4.3.2. Thay đổi kiến thức, thái độ, thực hành về bệnh glôcôm của người dân sau chương trình can thiệp

Đối tượng nghiên cứu của chúng tôi là những người trên 40 tuổi, việc can thiệp thay đổi được kiến thức, thái độ, thực hành của đối tượng này gặp không ít khó khăn

vì đa số họ đều là những người lớn tuổi, có suy nghĩ, cá tính riêng, để thay đổi những quan niệm, thói quen tồn tại cố hữu là điều không dễ dàng. Do đó, chúng tôi xác định phải lồng ghép nhiều hình thức truyền thông nhằm mang lại những tác động tích cực trong việc cải thiện kiến thức về bệnh glôcôm. Các hình thức truyền thông được thực hiện bao gồm truyền thông trực tiếp qua các buổi sinh hoạt hội phụ nữ, hội người cao tuổi, truyền thông gián tiếp qua panô áp phích, qua loa phát thanh. Tuy nhiên, cũng cần phải lưu ý là việc thay đổi hành vi đã khó nhưng để người dân duy trì thói quen hành vi đúng lại càng khó hơn nữa. Vì vậy, trong chương trình can thiệp tại các trường, việc truyền thông không phải chỉ do mình nghiên cứu sinh thực hiện mà chúng tôi đã 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 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:

Bảng 3.36 ghi nhận nhóm can thiệp: trước can thiệp tỉ lệ kiến thức tốt là 2,5%, sau can thiệp tăng lên 49,1%; tỉ lệ kiến thức chưa tốt là 97,5%, sau can thiệp giảm xuống còn 50,9%. Sự khác biệt giữa trước và sau can thiệp có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. $CSHQ_{CT} = 47,8\%$. Nhóm không can thiệp: trước can thiệp tỉ lệ kiến thức tốt là 2,7%, sau can thiệp là 2,9%; tỉ lệ kiến thức chưa tốt là 97,3%, sau can thiệp là 97,1%. Sự khác biệt giữa thời điểm trước và sau hai năm không có ý nghĩa thống kê, với $p > 0,05$. $CSHQ_{ĐC} = 0,2\%$. Kết quả trên cho thấy giải pháp truyền thông, giáo dục sức khỏe đã có tác động tích cực đến việc thay đổi kiến thức về bệnh glôcôm cho người dân.

Về thái độ, chúng tôi ghi nhận sự chuyển biến tích cực thái độ của người dân về bệnh glôcôm. Theo kết quả bảng 3.39, trước thời điểm can thiệp không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa thái độ tốt của hai nhóm. Tỉ lệ thái độ không tốt chiếm 96,6% ở nhóm can thiệp và 96,0% ở nhóm chứng. Sau can thiệp, có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa tỉ lệ thái độ không tốt ở nhóm can thiệp là 48,4% so với 86,5% ở nhóm chứng; $CSHQ_{CT} = 49,9\%$; $CSHQ_{ĐC} = 9,9\%$; $HQCT = 40,0\%$.

Mục tiêu hướng đến cuối cùng của một chương trình can thiệp đó là sự thay

đổi hành vi của đối tượng can thiệp. Mặc dù hành vi bị ảnh hưởng bởi kiến thức và thái độ, tuy nhiên, kiến thức tốt, thái độ tích cực đôi khi không song hành với thực hành tốt. Nếu chương trình can thiệp chỉ thay đổi được kiến thức và thái độ mà không cải thiện được thực hành thì khó được xem là thành công. Ý thức được điều này, các nội dung truyền thông của chúng tôi chú trọng vào 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 3.41 cho thấy sau hai năm can thiệp, thực hành ở nhóm phường can thiệp đã cải thiện đáng kể. Ở nhóm can thiệp, thực hành tốt ở thời điểm trước can thiệp chỉ 2,3%, sau can thiệp thực hành tốt tăng lên 46,3%, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). Ở nhóm chứng, thực hành tốt ở thời điểm trước can thiệp là 3,6%, sau can thiệp thực hành tốt là 5,3%. Sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). $CSHQ_{CT} = 45,0\%$; $CSHQ_{DC} = 1,8\%$; $HQCT = 43,2\%$. Kết quả cho thấy, sau can thiệp, tỉ lệ thực hành tốt về bệnh glôcôm giữa nhóm can thiệp và nhóm chứng, khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Nghiên cứu của Nguyễn Văn Trọng về thực trạng công tác CSM ở Quảng Ninh, sau khi xác định những hạn chế trong kiến thức và thực hành về bệnh mắt của người dân, bằng cách phối hợp một loạt các hình thức truyền thông gián tiếp, sau can thiệp, tỉ 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, sự cải thiện kiến thức bệnh có CSHQ và HQCT cao nhất là đục TTT chưa phẫu thuật, chấn thương mắt và mộng thịt với HQCT lần lượt là 12,4%; 25% và 12,3%. Tỉ 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% [40].

4.3.3. Kết quả can thiệp về sử dụng dịch vụ khám sàng lọc và điều trị bệnh glôcôm

Với đối tượng can thiệp là người dân, mục đích cuối cùng mà chúng tôi hướng đến là tăng tỉ lệ người được khám sàng lọc glôcôm. Đặc trưng của bệnh glôcôm là không thể chữa khỏi, tổn hại thị giác không thể hồi phục. Vì vậy, để đảm bảo chất

lượng sống cho bệnh nhân glôcôm, bên cạnh tuân thủ điều trị, điều quan trọng là phải phát hiện sớm. Điều này chỉ có thể thực hiện nếu bệnh nhân được khám sàng lọc glôcôm vì rất nhiều trường hợp glôcôm xuất hiện một thời gian dài mà không có triệu chứng, khi phát hiện ra thì đã ở giai đoạn nặng. 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 NA khi đi khám mắt. Qua hai năm can thiệp, các đối tượng đã có sự quan tâm nhiều hơn về vấn đề được đo NA khi đi khám mắt. Nhiều người đã chủ động đề nghị được đo NA khi bác sĩ bỏ qua động tác này khi khám mắt. Theo kết quả bảng 3.42, trước thời điểm can thiệp ở nhóm can thiệp tỉ lệ có sàng lọc bệnh glôcôm chỉ 26,9%, sau can thiệp tăng lên 59,0%, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). Ở nhóm chứng, trước can thiệp, tỉ lệ có sàng lọc bệnh glôcôm chỉ 26,7%, sau can thiệp giảm còn 16,6%, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). $CSHQ_{CT} = 43,9\%$; $CSHQ_{DC} = -13,8\%$; $HQCT = 57,7\%$.

Với việc cải thiện về kiến thức, thái độ, thực hành của người dân về bệnh glôcôm, số lượng người dân khám sàng lọc tăng lên góp phần vào việc cải thiện tỉ lệ sử dụng dịch vụ điều trị của bệnh nhân glôcôm trong cộng đồng. Kết quả bảng 3.44 cho thấy thời điểm trước can thiệp, ở nhóm can thiệp, tỉ lệ bệnh nhân glôcôm không điều trị là 57,7%, sau can thiệp giảm còn 39,1%, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). Ở nhóm chứng trước can thiệp, tỉ lệ bệnh nhân glôcôm không điều trị là 57,1%, sau can thiệp là 58,3%, sự khác biệt trước và sau không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$), $CSHQ_{CT} = 31,0\%$; $CSHQ_{DC} = -2,1\%$; $HQCT$ đạt 33,1%.

Một nghiên cứu tương tự của Hark Lisa với mục đích tăng cường sử dụng dịch vụ CSM trong 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 GDSK do các cộng tác viên cộng đồng ở địa phương thực hiện. Chương trình đã tác động tích cực đến hành vi sức khỏe và đảm bảo được tính bền vững trong cung cấp dịch vụ cho người lớn tuổi, sau hai năm can thiệp đã ghi nhận sự cải thiện kiến thức của người dân về bệnh, tăng cường sử dụng DVYT khám sàng lọc và điều trị glôcôm. Sau chương trình, tỉ lệ người dân đã tham gia khám sàng lọc glôcôm là 70% [69].

4.3.4. Kết quả can thiệp về tỉ lệ khám mắt trong vòng một năm và tỉ lệ khám mắt với lý do khám định kỳ của người dân

Với độ tuổi trung bình trong nhóm nghiên cứu của chúng tôi là 63, là mức tuổi theo khuyến cáo của Hiệp hội khúc xạ Hoa Kỳ cần phải khám mắt hằng năm [49], [112]. Theo kết quả bảng 3.47, trước can thiệp, tỉ lệ khám mắt trong năm khá thấp và không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa hai nhóm, thậm chí gần một nửa số người được hỏi chưa bao giờ đi khám mắt. Sau can thiệp, ở nhóm can thiệp, tỉ lệ khám tăng từ 30,7% lên 49,9%, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). Ở nhóm chứng, tỉ lệ khám mắt hằng năm giảm từ 31,2% xuống còn 18,1%. $CSHQ_{CT} = 27,7\%$; $CSHQ_{DC} = -19,0\%$; $HQCT = 46,7\%$.

Qua điều tra giai đoạn cắt ngang, chúng tôi nhận thấy rằng, lý do khiến người dân đi khám chủ yếu là vì mắt có triệu chứng bất thường. Đây là một thực trạng tồn tại khá phổ biến, không chỉ liên quan đến bệnh mắt mà nhiều bệnh lý khác cũng có tình trạng tương tự. Người dân thường có tâm lý sợ “khám ra bệnh”, hơn nữa vì đa số người dân cho rằng mắt còn rõ nên không cần đi khám. Điều này đi ngược nguyên lý cơ bản của y học là phòng bệnh hơn chữa bệnh. Sau chương trình can thiệp, chúng tôi ghi nhận có sự cải thiện tỉ lệ khám mắt để kiểm tra định kỳ. Kết quả bảng 3.48 cho thấy trước can thiệp, ở nhóm can thiệp, tỉ lệ không kiểm tra mắt định kỳ là 97%, sau can thiệp tỉ lệ này giảm xuống 53,1%. Ở nhóm chứng, trước can thiệp tỉ lệ không kiểm tra mắt định kỳ là 98,7%, sau can thiệp tỉ lệ này là 92,2%. $CSHQ_{CT} = 45,3\%$; $CSHQ_{DC} = 6,6\%$; $HQCT = 38,7\%$.

Theo như điều tra cắt ngang, một trong những lý do người dân không đi khám thường xuyên là do không có cơ sở khám mắt ở gần nhà. Dù TYT có lợi thế phân bố ngay gần khu dân cư, thực tế người dân ít khi lựa chọn TYT khi muốn khám mắt. Điều này bắt nguồn từ sự thiếu tin tưởng về năng lực của CBYT tại trạm cũng như hạn chế cơ sở vật chất tại trạm. Trong thực tế, có những yếu tố là khách quan, khó thay đổi như cơ chế, đặc thù phân tuyến, do đó, chúng tôi xác định yếu tố khả thi liên quan thực trạng có thể thay đổi được và điều quan trọng nhất là hướng đến tính bền vững của mô hình bằng cách nâng cao khả năng thực hành KCB mắt cho CBYT cơ sở. Sau hai năm can thiệp đã có sự chuyển biến tỉ lệ khám mắt ở TYT.

Bảng 3.51 ghi nhận trước thời điểm can thiệp, không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về tỉ lệ khám mắt tại trạm giữa hai nhóm ($p > 0,05$), tương ứng với nhóm can thiệp và nhóm chứng lần lượt là 1,9% và 1,3%. Sau can thiệp, ở nhóm can thiệp, tỉ lệ khám mắt tại trạm tăng lên 10,9%, ở nhóm chứng chỉ 1,7%. Khác biệt giữa hai nhóm thời điểm sau can thiệp là có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). $CSHQ_{CT} = 9,2\%$; $CSHQ_{DC} = 0,4\%$; $HQCT = 8,8\%$.

4.3.5. Kết quả các biểu hiện lâm sàng ở mắt người bệnh glôcôm, đối tượng nguy cơ và nghi ngờ glôcôm

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 hai năm can thiệp, tỉ 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.

Ở giai đoạn điều tra thực trạng, các trường hợp có vấn đề về mắt đều lựa chọn theo dõi ở cơ sở y tế tuyến 3 trở lên. Mô hình chúng tôi muốn hướng đến việc tất cả các tuyến đều có vai trò nhất định góp phần vào theo dõi, quản lý đối tượng với sự phân công phù hợp với khả năng từng tuyến. Đối với nhóm phường can thiệp, những đối tượng nghi ngờ glôcôm hoặc được xem là có yếu tố nguy cơ sẽ được kiểm tra tại chuyên khoa Mắt về khả năng mắc glôcôm, nếu xác định không mắc bệnh, sau thời gian theo dõi nhất định tại Phòng khám Bác sĩ Gia đình sẽ được chuyển về các TYT để lập danh sách tiếp tục theo dõi. Quá trình theo dõi ở trạm nếu có vấn đề bất thường sẽ được CBYT tại trạm tư vấn chuyển tuyến cao hơn để khám, điều trị.

Xác định nhóm đối tượng nghi ngờ, nguy cơ glôcôm đặc biệt là nhóm mắc bệnh glôcôm là những người dễ tổn thương thị giác, truyền thông GDSK ở đối tượng này cần tích cực nhấn mạnh tình trạng họ đang mắc, nguy cơ mù loà sẽ đối diện và tầm quan trọng của tuân thủ điều trị. Do đó, chúng tôi kết hợp giữa truyền

thông gián tiếp và trực tiếp trong các lần tái khám. Trước khi đến hẹn tái khám, chúng tôi nhắc nhở qua tin nhắn điện thoại. Bên cạnh đó, đối tượng cũng thường xuyên được truyền thông với các đoạn nội dung ngắn được gửi qua tin nhắn điện thoại. Nếu bệnh nhân không đi khám sẽ được điện thoại trực tiếp nhắc nhở.

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 kiến thức cũng như thực hành giữa hai nhóm. Đối với nhóm chứng, tỉ lệ bệnh nhân glôcôm đã tham gia theo dõi bệnh chỉ chiếm 65%, tỉ lệ tuân thủ thuốc là 70,1%. Trong khi ở nhóm can thiệp tỉ lệ bệnh nhân tham gia theo dõi cao hơn hẳn với 75,7%, số người tuân thủ thuốc cũng chiếm đến 82,1% [111].

Một nghiên cứu can thiệp cộng đồng được thực hiện ngay tại Việt Nam của Paudel, sau khi xác định thực trạng những hạn chế của người dân tỉnh Bà Rịa Vũng Tàu về CSM, đã thực hiện các nội dung can thiệp gồm đo TL tại các TYT xã, truyền thông tại 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 YTCS tiến hành truyền thông GDSK các nội dung về bệnh lý mắt, các khuyến cáo khám mắt cũng như cải thiện tính sẵn có của các dịch vụ CSM tại tỉnh. Sau hai năm can thiệp đã ghi nhận sự cải thiện kiến thức và thực hành, cụ thể trước can thiệp, tỉ lệ nghe về bệnh glôcôm là 7%, sau can thiệp, tỉ lệ này là 21,5% ở nhóm can thiệp và 20,0% ở nhóm chứng. Tỉ 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%. Tỉ lệ chưa bao giờ đi khám mắt ở nhóm can thiệp từ 54,5% giảm còn 44,5% [96].

Việc phát hiện sớm và tuân thủ điều trị là vấn đề khá quan trọng quyết định chất lượng điều trị cho bệnh nhân glôcôm, thể hiện qua biểu hiện lâm sàng của bệnh nhân. Qua quá trình can thiệp, chúng tôi nhận thấy biểu hiện lâm sàng của bệnh nhân glôcôm nghi ngờ và nguy cơ ở nhóm can thiệp tốt hơn về mọi mặt so với nhóm chứng. Bảng 3.53 cho thấy tỉ lệ giảm TL ở nhóm can thiệp là 1,2% so với 11,9% ở nhóm chứng. Đa số bệnh nhân đều giữ được TL ổn định ở nhóm can thiệp (98,8%). Tỉ lệ mắt đạt mức NA đích ở phường can thiệp là 99,3%, cao hơn so với

phường đối chứng. Ở các phường đối chứng, vẫn còn 6,2% số mắt không đạt mức NA đích, trong khi ở phường can thiệp, tỉ lệ này thấp hơn, chỉ 0,7%. Trong các biểu hiện lâm sàng glôcôm, lõm đĩa rộng ra, thu hẹp thị trường là một tiên triễn không tốt của bệnh, nhóm phường can thiệp chưa phát hiện mắt nào có lõm đĩa rộng ra ở nhóm phường can thiệp. Ở phường đối chứng, tỉ lệ lõm đĩa ổn định là 92,7% trong khi tỉ lệ này ở nhóm chứng là 90,0%. Về thị trường, chỉ 0,7% mắt ở nhóm phường can thiệp có thị trường thu hẹp, so với 1,9% mắt có thị trường thu hẹp ở phường đối chứng.

Đánh giá về tiên triễn bệnh, ở nhóm can thiệp, tỉ lệ ổn định khá cao 98,8%. So với tỉ lệ ổn định ở nhóm phường đối chứng là 92,6%.

Chúng tôi nhận thấy có sự tương đồng với nghiên cứu của Đào Thị Lâm Hương: Ở Nam Định, nhóm mắt có TL ổn định là 89,9%, NA điều chỉnh là 97,2% so với 52,0% và 93,2% so với nhóm chứng. Nhóm mắt có lõm đĩa rộng ra và thị trường thu hẹp đều là 0,2% so với Thái Bình là 16,8% và 19,8%. Tỉnh can thiệp là Nam Định có 88,3% mắt có tiên triễn ổn định trong khi đó ở Thái Bình chỉ có 71,8% mắt bệnh ổn định [23].

4.4. NHỮNG ĐIỂM MỚI CỦA NGHIÊN CỨU

Dù đặc trưng là một bệnh lý mắt nguy hiểm có thể gây mù lòa nếu không được điều trị, tuy nhiên, hiện nay y học vẫn chưa có phương pháp hiệu quả để giảm được tỉ lệ mắc bệnh glôcôm trong cộng đồng. Các nghiên cứu về bệnh glôcôm chủ yếu tập trung vào điều trị giảm độ nặng và hậu quả mù lòa cho bệnh nhân glôcôm. Chúng tôi nhận thấy tầm quan trọng của yếu tố sàng lọc phát hiện bệnh sớm vì nếu phát hiện sớm thì có thể điều trị kịp thời, đồng nghĩa với việc giảm các biến chứng nặng, giúp bảo tồn thị lực cho bệnh nhân cũng như giảm nhẹ gánh nặng bệnh tật cho xã hội. Vì vậy, nghiên cứu này đã sử dụng mô hình lý thuyết chuẩn đoán hành vi Precede - Proceed trong can thiệp thay đổi hành vi của người dân và cả CBYT nhằm làm tăng tỉ lệ sử dụng dịch vụ CSM trong bệnh glôcôm cho cộng đồng. Áp dụng mô hình Precede - Proceed trong can thiệp, mô hình có tác động vào 03 nhóm yếu tố nguyên nhân hành vi chính đó là: 1. Nhóm yếu tố tiền đề bao gồm: kiến thức, thái độ, thực hành của người trên 40 tuổi. Can thiệp bằng truyền thông trực tiếp để

làm thay đổi hành vi của đối tượng nghiên cứu, tập trung can thiệp thay đổi hành vi của các đối tượng về các nguyên nhân ưu tiên sau: biết về bệnh glôcôm, thói quen khám mắt, cách thức đi khám sàng lọc bệnh glôcôm, tuân thủ điều trị khi mắc bệnh glôcôm... 2. 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 CHXHCN Việt Nam 12 và căn cứ quyết định số 4667/QĐ-BYT quy định về chức năng nhiệm vụ của TYT; 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. 3. Nhóm yếu tố tăng cường bao gồm: CBYT tại TYT, các cộng tác viên y tế, sự phối hợp của chuyên khoa Mắt các tuyến cao hơn. Bên cạnh đó, thiết lập mô hình quản lý có sự tham gia chặt chẽ của tất cả các tuyến y tế.

Đây là mô hình tương đối linh động, phối hợp nhiều yếu tố, cộng đồng, môi trường và các can thiệp y tế thích hợp. Hiệu quả của mô hình đã chứng minh mô hình chẩn đoán hành vi Precede - Proceed có thể được sử dụng trong các can thiệp cộng đồng của không những chương trình bệnh glôcôm nói riêng mà còn các chương trình CSM nói chung. Xác định vai trò quan trọng của y tế cơ sở trong hệ thống chăm sóc sức khỏe, mô hình đã đặt TYT vào một vị trí quan trọng trong cung cấp dịch vụ truyền thông và sàng lọc với việc tận dụng linh hoạt các trang thiết bị sẵn có tại TYT. Chính điều này đã mang lại tính bền vững cho mô hình.

KẾT LUẬN

Từ kết quả nghiên cứu về tình hình sử dụng dịch vụ chăm sóc mắt trong bệnh glôcôm ở người trên 40 tuổi, phân tích các yếu tố liên quan, qua thời gian triển khai một số giải pháp can thiệp, chúng tôi rút ra được một số kết luận như sau:

1. Tỷ lệ hiện mắc glôcôm và tình hình sử dụng dịch vụ chăm sóc mắt bệnh glôcôm của người dân trên 40 tuổi

- Tỷ lệ glôcôm của người trên 40 tuổi tại thành phố Huế là 4,7%, có 9,1% người dân nghi ngờ glôcôm. 39,1% người dân có yếu tố nguy cơ của bệnh glôcôm.
- Có 58,3% người dân bị glôcôm không biết mình mắc glôcôm.
- Có 97,5% người dân không có kiến thức tốt, 96,4% người dân có thái độ không tốt, 97,5% người dân có thực hành không tốt.
- Chỉ 22,1% người dân từng được truyền thông về bệnh glôcôm.
- Có 42,1% người dân chưa từng đi khám mắt.
- Tỷ lệ người dân đã từng khám sàng lọc bệnh glôcôm chiếm 24,0%. Tỷ lệ bệnh nhân glôcôm sử dụng dịch vụ điều trị chỉ chiếm 40,6%.
- Chỉ có 1,7% người dân đến trạm y tế để khám mắt, 90,8% người dân đánh giá năng lực cán bộ y tế tại trạm y tế không đủ để khám chữa bệnh mắt.
- Tỷ lệ cán bộ y tế có kiến thức chưa tốt về bệnh glôcôm chiếm 92,6%, thái độ không tốt chiếm 88,9%. 94,1% đối tượng bác sĩ, y sĩ đa khoa không thực hành tốt về khám phát hiện bệnh glôcôm.
- Có mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa sử dụng dịch vụ khám sàng lọc bệnh glôcôm của người dân với các yếu tố: kiến thức, thái độ, thực hành về bệnh glôcôm. Trong đó: người dân có kiến thức, thái độ và thực hành tốt có khả năng sử dụng dịch vụ cao lần lượt gấp 3,91, 2,91, và 4,26 lần so với nhóm có kiến thức không tốt, thái độ không tốt và thực hành không tốt.

2. Hiệu quả một số giải pháp can thiệp

2.1. Giải pháp

Mô hình can thiệp dựa vào sự tham gia của cộng đồng, tập trung vào ba nhóm giải pháp can thiệp dựa vào bằng chứng:

- Giải pháp nâng cao năng lực về kỹ năng truyền thông, nâng cao kiến thức, thái độ và khả năng thực hành phát hiện sớm bệnh glôcôm cho cán bộ y tế.
- Giải pháp truyền thông tích cực can thiệp thay đổi hành vi cho người dân.

- Giải pháp can thiệp y tế cho đối tượng glôcôm, nguy cơ và nghi ngờ glôcôm, cung cấp dịch vụ khám sàng lọc.

Kết quả các giải pháp:

- Tổ chức 41 buổi hội thảo, tập huấn, truyền thông giáo dục sức khỏe cho 2.956 đối tượng tham gia.

- Tổng số phương tiện truyền thông gián tiếp đã cung cấp là 4.068 lượt phương tiện.

- Tổng số lượt khám, tư vấn, điều trị cho các đối tượng được thực hiện bởi cán bộ y tế các tuyến là 2.516 lượt.

2.2. Hiệu quả can thiệp của mô hình tăng sử dụng dịch vụ chăm sóc mắt trong bệnh glôcôm

- Kiến thức, thái độ, thực hành của cán bộ y tế:

+ Ở nhóm can thiệp: tỉ lệ cán bộ y tế có kiến thức tốt tăng từ 5,7% lên 94,3%, thái độ tốt tăng từ 11,4% lên 94,3%, thực hành tốt tăng từ 2,9% lên 77,1%.

+ Ở nhóm chứng: tỉ lệ cán bộ y tế có kiến thức tốt tăng từ 6,8% lên 11,4%, thái độ tốt tăng từ 11,4% lên 40,0%, thực hành tốt tăng từ 2,9% lên 5,7%.

- Kiến thức, thái độ, thực hành của người dân:

+ Ở nhóm can thiệp: tỉ lệ người dân có kiến thức tốt tăng từ 2,5% lên 49,1%; thái độ tốt tăng từ 3,4% lên 51,6%, thực hành tốt tăng từ 2,3% lên 46,3%. Hiệu quả thay đổi kiến thức, thái độ, thực hành lần lượt là 47,6%; 40,0% và 43,2%.

+ Ở nhóm chứng: tỉ lệ người dân có kiến thức tốt tăng từ 2,7% lên 2,9%, thái độ tốt tăng từ 4,0% lên 13,5%; thực hành tốt tăng từ 3,6 % lên 5,3%.

- Sử dụng dịch vụ khám sàng lọc bệnh glôcôm:

+ Ở nhóm can thiệp: tỉ lệ người dân khám sàng lọc bệnh glôcôm tăng từ 26,9% lên 59,0%; hiệu quả thay đổi sử dụng dịch vụ khám sàng lọc là 57,7%.

+ Ở nhóm chứng: tỉ lệ người dân khám sàng lọc bệnh glôcôm giảm từ 26,7% xuống 16,6%.

- Sử dụng dịch vụ điều trị bệnh glôcôm:

+ Ở nhóm can thiệp: tỉ lệ bệnh nhân glôcôm có điều trị tăng từ 33,3% lên 60,9%; hiệu quả thay đổi sử dụng dịch vụ điều trị là 33,1%.

+ Ở nhóm chứng: tỉ lệ bệnh nhân có điều trị giảm từ 42,9% xuống 41,7%.

- Tình trạng bệnh của bệnh nhân glôcôm, nguy cơ và nghi ngờ glôcôm:

+ Ở nhóm can thiệp: tỉ lệ mắt giữ tình trạng bệnh mức độ ổn định: 98,8%.

+ Ở nhóm chứng: tỉ lệ mắt giữ tình trạng bệnh mức độ ổn định: 92,6%.

KIẾN NGHỊ

Qua kết quả nghiên cứu về tình hình sử dụng dịch vụ chăm sóc mắt trong bệnh glôcôm, phân tích các yếu tố liên quan và triển khai một số giải pháp can thiệp, chúng tôi có một số kiến nghị như sau:

1. Glôcôm là bệnh lý mắt nguy hiểm gây tổn hại thị giác không hồi phục và là bệnh phải theo dõi suốt đời. Vì vậy, việc cải thiện kiến thức, thái độ, thực hành của người dân trong sử dụng dịch vụ bệnh glôcôm cần được ưu tiên hàng đầu và cần sự phối hợp với tinh thần trách nhiệm cao của ngành y tế.

2. Y tế cơ sở có thể mạnh trong truyền thông giáo dục sức khỏe và khám chữa bệnh ban đầu. Do vậy, cần tích cực truyền thông nhằm cải thiện kiến thức cũng như khả năng khám phát hiện glôcôm của cán bộ y tế cơ sở. Từ đó, cán bộ y tế có thể nâng cao nhận thức của cộng đồng về bệnh glôcôm cũng như kịp thời phát hiện sớm nhiều trường hợp glôcôm trong cộng đồng.

3. Dựa vào các kết quả tích cực từ mô hình nghiên cứu, chúng tôi đề xuất áp dụng rộng rãi mô hình này cho toàn bộ tỉnh Thừa Thiên Huế nói riêng và các tỉnh thành khác nói chung. Phát huy được vai trò nòng cốt của tuyến y tế cơ sở trong mô hình quản lý bệnh glôcôm ở cộng đồng. Tiến đến giảm gánh nặng bệnh tật do bệnh glôcôm cho bệnh nhân và toàn xã hội.

4. Thủ thuật đơn giản để phát hiện và chẩn đoán glôcôm hiện nay vẫn chủ yếu dựa vào đo nhãn áp, do đó ngành Y tế cần có sự điều chỉnh quy định về phân tuyến kỹ thuật để thủ thuật này có thể được tiến hành ở tuyến y tế cơ sở, giúp người dân có nhiều cơ hội hơn để sử dụng dịch vụ chăm sóc một cách dễ dàng và thuận tiện nhất.

5. Trong thời gian tiếp theo, chúng tôi sẽ tiếp tục nghiên cứu sâu hơn về các yếu tố nguy cơ của bệnh glôcôm, đồng thời xây dựng mô hình can thiệp tác động vào các yếu tố nguy cơ với mong muốn có thể giảm được tỉ lệ người mắc glôcôm trong cộng đồng, nhằm giảm gánh nặng bệnh tật không chỉ cho bệnh nhân mà cho toàn xã hội.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

TIẾNG VIỆT

1. Nguyễn Đức Anh (1994), “Bệnh glôcôm”, *Giáo trình Khoa học cơ sở và Lâm sàng*, NXB Y học Hà Nội, tập 10, tr.7-141.
2. Bản đồ Việt Nam (2021), *Bản đồ hành chính Thừa Thiên Huế*, <https://bandovietnam.com.vn/ban-do-tinh-thua-thien-hue>. Ngày truy cập: 12/6/2021.
3. Bộ Y tế (2013), “Thăm dò chức năng Mắt”, *Thông tư quy định chi tiết phân tuyến chuyên môn kỹ thuật đối với hệ thống cơ sở khám bệnh, chữa bệnh*, số 43/2013/TT-BYT, tr.4.
4. Bảo hiểm xã hội Việt Nam (2021), “*Lĩnh vực bảo hiểm y tế*”, <https://baohiemxahoi.gov.vn/tintuc/Pages/linh-vuc-bao-hiem-y-te.aspx?CateID=169&ItemID=17510>. Ngày truy cập: 24/11/2021.
5. Bệnh viện Mắt Trung Ương (2018), *Hướng dẫn chẩn đoán, điều trị và quản lý bệnh glôcôm nguyên phát*, NXB Y học, tr.4-25.
6. Bộ Y tế (2014), *Bộ tiêu chí quốc gia về y tế xã giai đoạn đến năm 2020*, Hà Nội, Số 4447/QĐ-BYT, tr.1-14.
7. Bộ Y tế (2015), *Báo cáo chung tổng quan ngành y tế năm 2015*, Hà Nội, tr.2.
8. Bộ Y tế (2019), *Báo cáo tổng kết công tác y tế năm 2019 và nhiệm vụ, giải pháp chủ yếu năm 2020*, số 1611/BC-BYT, Hà Nội, tr.16-17.
9. Nguyễn Văn Chính (2018), *Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng bệnh Glôcôm tại Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Huế*, Luận văn tốt nghiệp bác sĩ Đa khoa, Trường Đại học Y Dược Huế, tr.41.
10. Chính phủ (2020), *Nghị quyết ban hành chương trình hành động của Chính phủ thực hiện Nghị quyết số 54-NQ/CP ngày 10 tháng 12 năm 2019 của Bộ Chính trị về xây dựng và phát triển Tỉnh Thừa Thiên Huế đến năm 2030 tầm nhìn đến năm 2045*, tr.1-8.
11. Trần An Chung (2018), *Thực trạng và hiệu quả giải pháp nâng cao kiến thức về chăm sóc sức khỏe ban đầu, thực hành tư vấn chăm sóc sức khỏe của nhân viên y tế tuyến cơ sở tỉnh Long An*, Luận án Tiến sĩ Y tế Công cộng, Viện Vệ sinh Dịch tễ Trung ương, tr.113.
12. Phan Dẫn (2008), “Glôcôm”, *Nhãn khoa giản yếu*, tập 2, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, tr.219-290.
13. Vũ Quang Dũng, Nguyễn Minh Hoi, Vũ Thị Kim Liên và cộng sự (2010), “Thị lực và tật khúc xạ”, “Bệnh glôcôm”, *Bài giảng Mắt*, tr.22, tr.64.

14. Phạm Minh Đức (2003), “So sánh kết quả nhãn áp đo bằng nhãn áp kế không tiếp xúc và maklakov ở người Việt Nam bình thường trên 20 tuổi”, *Y học thành phố Hồ Chí Minh*, tập 7, phụ bản số 1, tr.53-56.
15. Hà Trung Kiên (2011), “Nhận xét một số đặc điểm dịch tễ học lâm sàng của bệnh nhân glôcôm điều trị tại khoa Mắt Bệnh viện Đa khoa Thái Bình trong 3 năm (2005-2007)”, *Tạp chí nhãn khoa số 23*, tr.11-16.
16. Trần Minh Hà, Đào Thị Lâm Hường (2021), “Đánh giá kết quả tạo hình vùng bề chọn lọc bằng laser trong điều trị glôcôm góc mở nguyên phát”, *Tạp chí nghiên cứu y học*, 137 (1), tr.25.
17. Phạm Thị Thu Hà (2010), “Đánh giá tình hình điều trị glôcôm góc mở tại khoa Glôcôm – Bệnh viện Mắt TW trong 5 năm 2004 - 2008”, *Kỷ yếu đại hội đại biểu toàn quốc hội nhãn khoa Việt Nam nhiệm kỳ 2010-2015*, tr.2-16.
18. Nguyễn Thị Thu Hiền (2021), “Đặc điểm lâm sàng của người khiếm thị tuổi trưởng thành”, *Tạp chí y học Việt Nam số 1*, tr.76-78.
19. Nguyễn Văn Hiến (2006), *Khoa học hành vi và giáo dục sức khỏe*, Nhà xuất bản Y học, tr.7-42.
20. Đàm Khai Hoàn (2007), *Giáo dục và nâng cao sức khỏe*, Nhà xuất bản Y học, tr.22-49.
21. Hội đồng Nhân dân tỉnh Thừa Thiên Huế (2021), *Báo cáo tóm tắt tình hình kinh tế - xã hội 10 tháng năm 2021*, tr.3.
22. Đỗ Như Hôn (2012), “Glôcôm”, *Nhãn khoa*, Nhà xuất bản Y học, tập 234-340.
23. Đào Thị Lâm Hường (2014), “Điều tra thực trạng bệnh glôcôm tại một số tỉnh thành của Việt Nam và xây dựng 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.
24. Nguyễn Hữu Lê, Phan Trọng Dũng, Bùi Đình Long (2013), “Thực trạng kiến thức, thái độ và hành vi tìm kiếm dịch vụ y tế của cộng đồng đối với các bệnh mù lòa có thể phòng tránh được”, *Tạp chí Y tế Công cộng*, 9.2013, số 29, tr.41-47.
25. Nguyễn Thị Ngọc Liên (2011), “Khảo sát tần suất góc tiền phòng hẹp ở người trên 40 tuổi”, *Tạp chí nhãn khoa số 2*, tr.3-7.
26. Hoàng Văn Minh, Lưu Ngọc Hoạt và cộng sự (2020), *Phương pháp chọn mẫu và tính toán cỡ mẫu trong nghiên cứu khoa học sức khỏe*, tr.26, tr.32.
27. Lê Thị Nga (2017), *Khảo sát trị số nhãn áp và một số yếu tố liên quan ở người trên 40 tuổi tại thành phố Huế*, Luận văn tốt nghiệp bác sĩ Y học Dự phòng, Trường Đại học Y Dược Huế, tr.24-35.

28. Trần Thị Nga (2020), *Thực trạng truyền thông giáo dục sức khỏe tuyến huyện và đánh giá mô hình thí điểm phòng truyền thông giáo dục sức khỏe ở trung tâm y tế huyện Bình Lục tỉnh Hà Nam*, Luận án tiến sĩ Y tế Công cộng, Trường Đại học Y Hà Nội, tr.63.
29. Nguyễn Văn Nghị (2015), “Thực trạng và một số yếu tố liên quan khám chữa bệnh tại các cơ sở y tế thuộc phường quận Ngô Quyền, Hải Phòng năm 2013”, *Tạp chí y tế công cộng*, số 34, tr.13-17.
30. Phạm Thị Minh Phương (2008), *Nghiên cứu tình hình bệnh glôcôm trong cộng đồng dân cư hai huyện của tỉnh Thái Bình*, Luận văn Thạc sĩ Y học, Trường Đại học Y Hà Nội, tr.36-51.
31. Bùi Thị Như Quỳnh (2014), *Khảo sát tình hình nhãn áp của bệnh nhân trên 40 tuổi đến khám tại Bệnh viện trường Đại học Y Dược Huế*, Luận văn tốt nghiệp bác sĩ Đa khoa, Trường Đại học Y Dược Huế, tr.31-39.
32. Sở Y tế tỉnh Thừa Thiên Huế (2019), *Hướng dẫn công tác chuyển tuyến giữa các cơ sở khám, chữa bệnh BHYT trên địa bàn tỉnh*, tr.1-2.
33. Lưu Thị Thanh Tâm (2014), “Quản lý khám ngoại trú bệnh nhân tại khoa glôcôm Bệnh viện Mắt Đà Nẵng”, *Công trình nghiên cứu khoa học cấp thành phố*, tr.29.
34. Lưu Thị Thanh Tâm (2014), “Tình hình bệnh Glôcôm ở người trên 40 tuổi, và các giải pháp phát hiện sớm, quản lý và điều trị bệnh tại thành phố Đà Nẵng”, *Công trình nghiên cứu khoa học cấp thành phố*, tr.46-47.
35. Trần Thị Nguyệt Thanh (2000), “Đánh giá độ mở góc tiền phòng sau cắt mống mắt chu biên bằng laser ND:Yag điều trị glôcôm góc đóng nguyên phát”, *Tạp chí nhãn khoa* số 2, tr.1-8.
36. Nguyễn Thị Thu (2005), *Khoa học hành vi và giáo dục sức khỏe*, Nhà xuất bản Y học, tr.27-30.
37. Nguyễn Thị Hoài Thu, Bùi Thị Mỹ Anh, Hoàng Thị Thanh Nga (2016), “Thực trạng và một số yếu tố liên quan đến việc sử dụng dịch vụ khám chữa bệnh tại trạm y tế của người dân xã Dương Liễu, huyện Hoài Đức, Hà Nội năm 2014”, *Tạp chí Y tế Công cộng*, số 40, tr.146-151.
38. Thủ tướng Chính Phủ (2016), *Quyết định phê duyệt chiến lược quốc phòng chống mù loà đến năm 2020 và tầm nhìn đến năm 2030*, tr.1-4.
39. Đinh Thị Thu Trang (2018), *Nghiên cứu tình hình bệnh glôcôm ở người trên 40 tuổi tại thành phố Huế*, Luận văn tốt nghiệp bác sĩ Đa khoa, Trường Đại học Y Dược Huế, tr.26-44.

40. 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, Trường Đại học Y Dược Thái Bình, tr.73-133.
41. Tổng cục Thống kê (2019), *Kết quả toàn bộ cuộc tổng điều tra dân số và nhà ở năm 2019*, Nhà xuất bản thống kê, tr.32.
42. Ủy ban Nhân dân tỉnh (2008), *Quyết định về việc phê duyệt Quy hoạch phát triển ngành Y tế tỉnh Thừa Thiên Huế giai đoạn 2008 – 2020*, số: 2973/2008/QĐ-UBND, tr.1-5.
43. Ủy ban Nhân dân tỉnh Thừa Thiên Huế (2017), *Kế hoạch triển khai đề án xây dựng và phát triển mạng lưới y tế cơ sở trên địa bàn tỉnh Thừa Thiên Huế giai đoạn 2017-2025*, số 150/KH-UBND, tr.1-5.
44. Viện Nghiên cứu Kinh tế châu Á (2019), *Độ bao phủ và mức độ sử dụng bảo hiểm y tế ở Việt Nam (Báo cáo giữa kỳ)*, tr.42-43.
45. Nguyễn Thị Xuyên (2010), “Thực trạng và nguồn lực khả năng cung cấp dịch vụ chăm sóc mắt, phòng chống mù loà”, *Tạp chí y học thực hành* 722, số 6, tr.13-15.

TIẾNG ANH

46. Aday Ann L, Andersen R. (1974), “A Framework for the Study of Access to Medical Care”, *Health Services Research*, pp208-217.
47. Ahmad SS. (2018), “Glaucoma suspects: A practical approach”, *Taiwan J Ophthalmol.* 8, pp.74-81.
48. Allison K., Patel D., Alabi O. (2020), “Epidemiology of Glaucoma: The Past, Present, and Predictions for the Future”, *Cureus*, 12(11), pp.1.
49. Amedome, M.K., Mensah, Y.A.P., Vonor, K., Maneh, et al (2021) “Knowledge, Attitudes and Practices of Health Care Staff about Glaucoma in Lomé”, *Open Journal of Ophthalmology*, 11, pp.163-175.
50. American Academy of Ophthalmology (2020), “Summary benchmarks for preferred practice pattern guidelines”, *Protecting sight, Empowering lives*, pp.5.
51. Asia pacific glaucoma guidelines (2016), “Epidemiology of glaucoma in Asia”, *Asia pacific glaucoma guidelines*, pp.2-3.
52. Bai ZL., Ren BC., He Y., Yang JG., Chen L., Sun NX. (2008), *Epidemiology of primary open angle glaucoma in a rural population in Shaanxi Province of China.* 1(3), pp.257-263.

53. Bizuneh ZY., Tsega A., Addis Y, Admassu F. (2020), “Awareness of Glaucoma and Associated Factors Among Adults in Gish Abay Town, Northwest Ethiopia”, *Clinical Optometry*. 12, pp.37-43.
54. Boadi-Kusi, Kyei Samuel, Mashige Khathutshelo P. et al (2015), “Awareness, knowledge and self-care practices toward glaucoma among final year health science university students in Ghana”, *Clinical and Experimental Optometry*, 98, pp.160-167.
55. Budenz DL., Barton K. et al (2013) . “Prevalence of glaucoma in an urban West African population: the Tema Eye Survey”, *JAMA Ophthalmol*. 131(5), pp.651-658.
56. Burton MJ., Ramke J., Marques AP., et al. (2021), “Commission on Global Eye Health: vision beyond 2020”, *The Lancet. Global Health* , pp.489-493.
57. Canadian journal of optometry (2017), *Screening, Diagnosis and Management of Glaucoma*. 79, pp.6.
58. Coleman Anne L. (2009), “The Epidemiology of Glaucoma”, *Research gate*, pp.19.
59. Dandona R., Dandona L., et al (2001), “Awareness of eye diseases in an urban population in southern India”, *Bulletin of the World Health Organization*, 79(2), pp.96-102.
60. De Gaulle, V. F., Dako Gyeke, P. (2016), “Glaucoma awareness, knowledge, perception of risk and eye screening behaviour among residents of Abokobi, Ghana”, *BMC ophthalmology*, 16(1), pp.1-7.
61. 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, pp.591-604.
62. Fong A. (2009), “Reducing vision loss in chronic eye disease”, *Australian Family Physician*, (38)10, pp.774-778.
63. Gachago M. (2011), “Barriers to Glaucoma Follow-up in County Hospital”, *The degree of master essay of medicine (ophthalmology) university*, Nairobi University, pp.61.
64. 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 Lancet. Global health*, 9(2), pp.144.
65. Gellman Marc D., Turner Rick J. (2013), “Health Care Utilization”, *Encyclopedia of Behavioral Medicine*, pp.57.
66. Gilmour-White JA., Shah P., Cross V., Makupa W., Philippin H. (2015), “Glaucoma awareness and access to healthcare: perceptions among glaucoma patients in Tanzania”, *Postgrad Med J*. 91(1077), pp.373-3758.

67. Glaucoma Research Foundation (2020), "Vision loss in glaucoma", *Understanding and Living with Glaucoma*, pp.5-9, pp.28-29.
68. Gupta P., Zhao D., Guallar E. et al (2016), "Prevalence of glaucoma in the United States: the 2005–2008 National Health and Nutrition Examination Survey", *Invest Ophthalmol Vis Sci*.57. pp.2577-2585.
69. Hark L., Waisbourd M., Myers J.S. 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.
70. He Z., Vingrys AJ., Armitage JA., Bui BV. (2011), "The role of blood pressure in glaucoma". *Clin Exp Optom*. 94(2), pp.133-149.
71. Hu R., Wang C., Gu Y, Racette L. (2016), "Comparison of Standard Automated Perimetry, Short-Wavelength Automated Perimetry, and Frequency-Doubling Technology Perimetry to Monitor Glaucoma Progression", *Medicine (Baltimore)*. 95(7), pp.1.
72. Ian Richardson (2012), "The barriers and enablers that affect access to primary and secondary eye care services", *RNIB Community Engagement Projects*, pp.32-34.
73. Ichhpujani P., Bhartiya S., Kataria M., Topiwala P. (2012), "Knowledge, Attitudes and Self-care Practices associated with Glaucoma among Hospital Personnel in a Tertiary Care Center in North India", *J Current Glau Prac.* 6(3), pp.108-112.
74. Kolko M., Horwitz A., et al (2015), "The Prevalence and Incidence of Glaucoma in Denmark in a Fifteen Year Period: A Nationwide Study", *PloS one*, 10(7), pp.1-3.
75. Kong W., Zhang J. et al (2021), "Glaucoma in mucopolysaccharidoses", *Orphanet Journal of Rare Diseases*. 16. 312. pp.1-10.
76. Kyari F., Khanna RC. (2021), "Minimum requirements for a glaucoma programme", *Community eye health journal* , 34 (112), pp.57-58.
77. Kyei S., Obeng PA., Kwarteng MA., Assiamah F. (2021), "Epidemiology and clinical presentation of glaucoma in a referral facility in Ghana: Any lessons for public health intervention?", *PLoS ONE*. 16(1). pp.3-4.
78. Ladapo JA, Kymes SM, Ladapo JA, Nwosu VC, Pasquale LR. (2012), "Projected clinical outcomes of glaucoma screening in African American individuals", *Arch Ophthalmol*. 130(3). pp.365-372.
79. Lang Gerhard K. (2017), *Ophthalmology: A Pocket Textbook Atlas*, pp.239.
80. Langman MJ., Lancashire RJ., Cheng KK., Stewart PM. (2005) "Systemic hypertension and glaucoma: mechanisms in common and co-occurrence", *Br J Ophthalmol*. 89(8), pp.960-963.

81. Lawrence Scott D., Budenz Donald L. (2013), "Meeting the challenge of glaucoma in Africa", *Glaucoma today*, pp.18.
82. Lee BW., Murakami Y., Duncan MT., et al. (2013), "Patient-related and systemrelated barriers to glaucoma follow-up in a county hospital population", *Invest Ophthalmol Vis Sci.* 54, pp.6542-6548.
83. 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*, pp.5.
84. Loudoun County School Board (2018), "Health care service", *Extraterritorial legislation*, pp.35.
85. Mbadugha CA., Onakoya AO. (2014), "The awareness, perceptions and experiences of primary open angle glaucoma patients in Lagos Nigeria", *Sci Rep.* 4, pp.2.
86. McMonnies C. W. (2016). "Glaucoma history and risk factors", *Journal of optometry*, 10(2), pp.71-78.
87. Ministry of health, Kenya (2020), "What is glaucoma?", *National guidelines for the management of glaucoma in Kenya*, pp.16.
88. Nuzzi R, Marolo P, Nuzzi A. (2020), "The Hub-and-Spoke Management of Glaucoma", *Front Neurosci.*, pp.5-8.
89. Obiekwe Okoye. (2016), "Perception and Practice of Undergoing Glaucoma Screening among Ophthalmologists", *Open Journal of Ophthalmology*.6, pp.63-69.
90. Ocansey Stephen, Kyereme Kumi, et al (2013), "Utilization of Eye Care Services among Ghanaian Elderly Population: Evidence from a Peri-Urban Community", *Ophthalmology Research: An International Journal.* 1, pp.89-101.
91. Ogbonnaya C.E., Ogbonnaya L.U et al (2016), "Perception and Practice of Undergoing Glaucoma Screening among Ophthalmologists", *Open Journal of Ophthalmology*, 6, pp.63-69.
92. Ogbonnaya L. , Lawrence Obiekwe, Okoye et al. (2016), "Glaucoma Awareness and Knowledge, and Attitude to Screening, in a Rural Community in Ebonyi State, Nigeria", *Open Journal of Ophthalmology.* 06, pp.119-127.
93. Osaguona, VivianBose Edema, Omolabake Tolulope. (2014), "Awareness and knowledge of glaucoma among hospital workers at the University of Benin Teaching Hospital, Benin City", *Sahel Medical Journal.* 17(4), pp.132-134.

94. Padmajothi M S. et al (2019), "Awareness and knowledge of glaucoma among hospital personnel in a tertiary care center in rural Karnataka", *Tropical Journal of Ophthalmology and Otolaryngology*, 4(2), pp.126-130.
95. Paudel G., Kovai V., et al (2016), "Health literacy of adult Vietnamese population in relation to common eye conditions and factors for not seeking an eye examination", *Eye Science*, pp.1-10.
96. 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.
97. Paul C., Sengupta S, et al (2016), "Prevalence of glaucoma in Eastern India: The Hooghly River Glaucoma Study", *Indian J Ophthalmol.* 64, pp.578-583.
98. Porter Christine M. (2015), "Revisiting Precede–Proceed: A leading model for ecological and ethical health promotion", *Health Education Journal*, pp.1-12.
99. Preeti Biradar, Gagan Y M. A. (2019), "A study to assess the knowledge, attitude and practices about glaucoma among glaucoma patients at a peripheral referral centre", *MedPulse International Journal of Ophthalmology*. 12(1): pp.10-13.
100. Quigley Harry A, Jampel Henry D. (2003), "How Are Glaucoma Patients Identified?", *Journal of Glaucoma*. 12, pp.451-455.
101. Rani P. K., Nangia V. et al (2018), "Community care for diabetic retinopathy and glaucoma in India: A panel discussion", *Indian journal of ophthalmology*, 66(7), pp.916-920.
102. Rewri P., Kakkar M. (2014), "Awareness, knowledge, and practice: a survey of glaucoma in north Indian rural residents", *Indian J Ophthalmol.* 62(4), pp.482-486.
103. Ribeiro Luciana Freitas, Ronilson Mares, Lucas Silveira, Marise Leite (2018). "Clinical and epidemiological study in patients with primary open-angle glaucoma", *Revista Brasileira de Oftalmologia*, 77 (1), pp.9-13.
104. Saleh Abbas Alghamdi A., Ibrahim A., et al (2019). "Glaucoma Management Approach: Simple Literature Review", *Arch Pharma Pract*;10(4), pp.25-28.
105. Sathyamangalam RV., Paul PG, George R, et al. (2009), "Determinants of glaucoma awareness and knowledge in Chennai", *Indian J Ophthalmol.* 57(5), pp.355-360.
106. Shaarawy Tarek M. (2015), "Glaucoma in the world", *Glaucoma*, pp.1-2.
107. 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.

108. Soedirham Oedojo (2017), "The Precede-Proceed Model As Proposed Model In The One Health Paradigm", *Advances in Health Sciences Research*, volume 5, pp.17-21.
109. Sood, Gitanjali Gopal, et al (2020), "Awareness, Attitude and Treatment Seeking Behavior among Established Glaucoma Cases: A Questionnaire Based Study", *Journal of Clinical and Experimental Ophthalmology*. 10, pp.812-819.
110. Stanley Keys (2018), "Glaucoma care provision using a multidisciplinary approach: a personal view", *Eye news* . 24(5), pp.1.
111. Stempel Stella (2021), "Changes in Patient Knowledge and Adherence to Glaucoma Treatment After Educational Intervention", *Walden Dissertations and Doctoral Studies*, Walden University, pp.74.
112. Tham Yih-Chung, Hon BSc. et al (2014), "Global Prevalence of Glaucoma and Projections of Glaucoma Burden through 2040 A Systematic Review and Meta-Analysis", *Ophthalmology*. 121(11), pp.2081-2083.
113. Thapa S. , Kelley Kurt H. et al (2008), "A novel approach to glaucoma screening and education in Nepal", *BMC Ophthalmology*, 8(1), pp.2-7.
114. The American Optometric Association (2005), *Optometric clinical practice guideline: Comprehensive Adult Eye and Vision Examination*, pp.15.
115. The American Optometric Association (2010), "Care of the Patient with Open Angle Glaucoma", *Optometric clinical practice guideline*, pp.67.
116. The Royal College of Ophthalmologists (2017), "Glaucoma criteria", *The Way Forward Glaucoma*, pp.9.
117. Thomas Ravi (2012), "Glaucoma in developing countries", *Indian J Ophthalmol*, 60, pp.446-50.
118. World Health Organization (2007), "Global Initiative for the Elimination of Avoidable Blindness : action plan 2006-2011 ", *Vision 2020 – the right to sight*, pp.18.
119. Yanoff Myron, Duke Jay S. (2014), "Glaucoma", *Ophthalmology fourth edition*, pp.1001-1003.
120. Zhang, Nan Wang, et al. (2021). "Prevalence of Primary Angle Closure Glaucoma in the Last 20 Years: A Meta-Analysis and Systematic Review", *Frontiers in Medicine*, pp.4.
121. Zhao YX., Chen XW. (2017), "Diabetes and risk of glaucoma: systematic review and a Meta-analysis of prospective cohort studies.", *Int J Ophthalmol*; 10(9), pp.1430-1435.

DANH MỤC CÁC CÔNG TRÌNH KHOA HỌC LIÊN QUAN ĐÃ CÔNG BỐ

1. Trần Nguyễn Trà My, Nguyễn Minh Tâm, Phan Văn Năm (2021), “Tình hình mắc bệnh glôcôm và các yếu tố liên quan của người trên 40 tuổi tại Thành phố Huế”, *Tạp chí Y-Dược học*, tập 11, số 5, tr.13-17.
2. Trần Nguyễn Trà My, Nguyễn Minh Tâm, Phan Văn Năm (2021), “Hiệu quả mô hình can thiệp tiếp cận dịch vụ y tế bệnh glôcôm ở người trên 40 tuổi tại Thành phố Huế”, *Tạp chí Y-Dược học*, tập 11, số 6, tr.113-121.
3. Tran Nguyen Tra My, Nguyen Minh Tam, Phan Van Nam (2021) “Knowledge, attitude, and practice (KAP) toward glaucoma of people over 40 years in Hue city”, *Journal of Medicine and Pharmacy*, Volume 11, No. 7, pp.85-93.
4. Trần Nguyễn Trà My, Nguyễn Minh Tâm, Phan Văn Năm (2022), “Kiến thức, thái độ, thực hành về phát hiện sớm bệnh glôcôm và khả năng cung cấp dịch vụ y tế về bệnh glôcôm của cán bộ y tế cơ sở tại thành phố Huế”, *Tạp chí Y học Việt Nam*, tập 511, tháng 2, số 1, tr.185-190.

PHỤ LỤC

PHỤ LỤC 1

PHIẾU CHẤP THUẬN THAM GIA NGHIÊN CỨU

Tên đề tài ***“Tình hình sử dụng dịch vụ chăm sóc mắt trong bệnh glôcôm và xây dựng mô hình quản lý bệnh glôcôm ở đối tượng trên 40 tuổi tại thành phố Huế”***

Thông tin về nhóm nghiên cứu:

1. PGS.TS. Nguyễn Minh Tâm, Bộ môn Y học Gia đình
Số điện thoại 0918910466, email: dr.nmtam@gmail.com
2. PGS.TS. Phan Văn Năm
Số điện thoại 0914079365, email drnamhue@gmail.com
3. BS. Trần Nguyễn Trà My
Số điện thoại 0985159165, email: tramy.dhyd@gmail.com

Nghiên cứu viên đã thông báo rằng tôi có thể chấp nhận hoặc từ chối tham gia. Tôi đã nghe và hiểu rõ các thông tin sau:

- Đây là một cuộc điều tra để khảo sát tình hình sử dụng dịch vụ chăm sóc mắt bệnh glôcôm ở đối tượng trên 40 tuổi tại thành phố Huế. Tôi là người trong độ tuổi trên 40. Tôi được mời tham gia vào nghiên cứu.
- Tôi đồng ý tham gia cuộc phỏng vấn, được hỏi về kiến thức thái độ thực hành về sử dụng dịch vụ chăm sóc mắt trong glôcôm.
- Nghiên cứu này không có hại gì cho tôi.
- Qua nghiên cứu này, tôi được khám mắt, đo nhãn áp, tư vấn và cấp thuốc miễn phí.
- Những thông tin về kết quả của nghiên cứu sẽ được sử dụng cho việc xây dựng mô hình tăng cường sử dụng dịch vụ chăm sóc mắt trong bệnh glôcôm.
- Những thông tin mà tôi cung cấp được đảm bảo bí mật, nó chỉ được sử dụng trong báo cáo khoa học, chỉ những người tham gia nghiên cứu mới được tham khảo và không được sử dụng vào bất kỳ mục đích gì khác.
- Nghiên cứu này được xét duyệt bởi Hội đồng Đạo đức của Trường Đại học Y Dược Huế. Hội đồng này xem xét các khía cạnh về đạo đức của nghiên cứu nhằm bảo vệ người tham gia nghiên cứu. Địa chỉ liên hệ với Trường Đại học Y Dược Huế qua số điện thoại 054 3822873 hoặc bằng email khdnyh@dng.vnn.vn.

Tôi chấp nhận tham gia nghiên cứu này theo những điều kiện trên.

Người tham gia đã đọc và đồng ý
(Ký tên/Điểm chỉ)

PHỤ LỤC 2

Số phiếu:.....

PHIẾU ĐIỀU TRA DÀNH CHO NGƯỜI DÂN

PHẦN A. THÔNG TIN CHUNG

A1. Họ và tên:.....Tuổi:.....Giới: ☐ Nam ☐ Nữ

A2. Nơi cư trú:.....

A3. Số điện thoại liên lạc:

A4. Trình độ học vấn: 1. ☐ Mù chữ 2. ☐ Tiểu học 3. ☐ THCS
4. ☐ THPT 5. ☐ Đại học 6. ☐ Sau đại học

A5. Nghề nghiệp: 1. ☐ CBVC, hưu trí 2. ☐ Công nhân 3. ☐ Buôn bán
4. ☐ Nội trợ 5. ☐ Nghề khác:.....

A6. BHYT : 1. ☐ Có 2. ☐ Không

PHẦN B. SỬ DỤNG DỊCH VỤ CHĂM SÓC MẮT TRONG BỆNH GLÔCÔM (Đánh X vào ô chọn)

Stt	Câu hỏi	Trả lời	Mã số	Chuyển
B1	Bác đã từng được truyền thông các thông tin bệnh về mắt chưa?	Rồi	1. ☐	Sang B4
		Chưa	2. ☐	
B2	Nếu có thì thông tin đó là gì? (Một hoặc nhiều lựa chọn)	Đục thể thủy tinh	1. ☐	
		Tật khúc xạ	2. ☐	
		Khô mắt thiếu vitamin A	3. ☐	
		Glôcôm	4. ☐	
		Chấn thương mắt	5. ☐	
		Khác?.....	6. ☐	
B3	Nếu từng nghe thông tin về bệnh glôcôm rồi thì nguồn thông tin từ đâu? <i>(Bỏ qua nếu chưa từng nghe thông tin về bệnh glôcôm)</i>	Ti vi	1. ☐	
		Sách báo	2. ☐	
		Pano, áp phích	3. ☐	
		Loa phóng thanh	4. ☐	
		Cán bộ y tế	5. ☐	
		Người thân bạn bè không bị glôcôm	6. ☐	
		Người thân bạn bè bị glôcôm	7. ☐	
B4	Bác đã từng đi khám mắt lần nào chưa và bao lâu 1 lần?	Khám < 1 năm/lần (..... lần)	1. ☐	Sang B6
		Khám 1-2 năm/lần (..... lần)	2. ☐	
		Khám > 2 năm – 5 năm/lần (.....lần)	3. ☐	
		Khám > 5 năm/lần (..... lần)	4. ☐	
		Chưa từng đi khám mắt	5. ☐	

B5	Lý do Bác không đi khám mắt thường xuyên?	Do thấy mắt vẫn nhìn rõ	1. ☐	
		Do bệnh lý mắt thường nhẹ và không quan trọng	2. ☐	
		Do không biết cần phải đi khám mắt	3. ☐	
		Do sợ chờ đợi lâu	4. ☐	
		Do ngại về thái độ của nhân viên y tế	5. ☐	
		Do không đủ tiền	6. ☐	
		Do không có cơ sở khám mắt gần nơi ở	7. ☐	
		Khác.....	8. ☐	
B6	Nếu đã từng đi khám mắt rồi thì Bác được chẩn đoán bệnh gì?	Đục thể thủy tinh	1. ☐	
		Tật khúc xạ	2. ☐	
		Chấn thương mắt	3. ☐	
		Glôcôm	4. ☐	
		Viêm kết mạc	5. ☐	
		Bệnh võng mạc	6. ☐	
		Khác.....	7. ☐	
B7	Lý do đi khám mắt là gì?	Có dấu hiệu bất thường ở mắt	1. ☐	
		Đi khám định kỳ	2. ☐	
B8	Bác có được đo nhãn áp và soi đáy mắt khi khám mắt không?	Có. (..... lần)	1. ☐	
		Không	2. ☐	
B9	Khi cần khám bệnh về mắt, Bác lựa chọn khám ở cơ sở nào?	Ở tuyến TW	1. ☐	
		Ở tuyến tỉnh	2. ☐	
		Ở tuyến huyện	3. ☐	
		Ở tuyến xã phường	4. ☐	
		Y tế tư nhân	5. ☐	
		Không biết	6. ☐	
B10	Khoảng cách từ nhà Bác đến trạm y tế bao nhiêu cây số?	≤ 3 cây số	1. ☐	
		> 3 cây số	2. ☐	
B11	Bác có đến trạm y tế khi gặp vấn đề về sức khỏe lần nào chưa?	Có	1. ☐	
		Không	2. ☐	
B12	Lý do từng đến trạm là gì?	Bị bệnh mắt	1. ☐	
		Bị bệnh khác	2. ☐	
B13	Trạm y tế có các tranh ảnh, tư liệu về bệnh mắt như glôcôm không?	Có	1. ☐	
		Không	2. ☐	

B14	Cán bộ y tế có thường xuyên truyền thông, tư vấn về bệnh mắt như glôcôm không?	Có	1. ☐	
		Không	2. ☐	
B15	Theo Bác thì trạm y tế có đủ phương tiện, cơ sở vật chất để khám mắt không?	Có	1. ☐	
		Không	2. ☐	
B16	Theo Bác thì năng lực của cán bộ trạm y tế về khám chữa bệnh mắt có đáp ứng được nhu cầu của Bác không?	Có	1. ☐	
		Không	2. ☐	

PHẦN C: NHỮNG YẾU TỐ VỀ KIẾN THỨC

Nội dung	Biết	Không
C1. Bác có biết về bệnh glôcôm không?		
C2. Glôcôm có thể có hoặc không có triệu chứng rõ ràng		
C3. Mô tả các triệu chứng thường gặp của bệnh glôcôm		
- Nhức mắt		
- Đỏ mắt		
- Đau đầu		
- Nhìn mờ		
- Nhìn thu hẹp		
- Quầng tán sắc		
- Sợ sáng, chảy nước mắt		
- Buồn nôn, nôn		
C4. Glôcôm thường liên quan đến tình trạng tăng nhãn áp		
C5. Giảm thị lực do glôcôm là không hồi phục		
C6. Các yếu tố nguy cơ của glôcôm		
- Đái tháo đường		
- Tăng huyết áp		
- Sử dụng corticoid		
- Tiền sử gia đình		
- Trên 40 tuổi		
- Tiền sử chấn thương phẫu thuật mắt		
C7. Glôcôm có thể gây mù		
C8. Glôcôm có thể điều trị được		
C9. Các phương pháp điều trị Glôcôm		

- Thuốc		
- Laser		
- Phẫu thuật		

PHẦN D. NHỮNG YẾU TỐ VỀ THÁI ĐỘ

Nội dung	Rất không đồng ý	Không đồng ý	Không ý kiến	Đồng ý	Rất đồng ý
D1. Glôcôm là một bệnh mắt nguy hiểm					
D2. Người trên 40 tuổi nên đo nhãn áp và soi đáy mắt để tầm soát glôcôm					
D3. Gia đình có người bị glôcôm thì không cần kiểm tra cho các thành viên còn lại					
D4. Không cần đi khám mắt định kỳ nếu mắt không có dấu hiệu bất thường gì					
D5. Chỉ điều trị glôcôm giai đoạn nặng, không cần điều trị glôcôm giai đoạn nhẹ					
D6. Khi được chẩn đoán glôcôm cần tuân thủ tái khám					
D7. Người bị bệnh glôcôm có thể tự điều trị bằng cách tự mua thuốc ở quầy thuốc					
D8. Bắt buộc phải theo dõi, điều trị bệnh glôcôm ngay cả khi có bệnh nhưng mắt không đau nhức					
D9. Phát hiện sớm, điều trị và theo dõi giúp bệnh nhân glôcôm tránh mù loà					

PHẦN E. NHỮNG YẾU TỐ VỀ THỰC HÀNH

E1. Bác đã bao giờ tìm hiểu về các bệnh lý của mắt như glôcôm chưa

1. ☐ Rồi

2. ☐ Chưa

E2. Lần cuối cùng Bác đi khám mắt là cách đây bao lâu

1. ☐ < 1 năm

2. ☐ 1-2 năm

3. ☐ > 2 năm – 5 năm

4. ☐ > 5 năm

5. ☐ Chưa từng đi khám mắt

E3. Nếu bị bệnh lý ở mắt, Bác làm gì?

1. ☐ Không cần điều trị

2. ☐ Xông mắt bằng lá trầu

3. ☐ Đi khám ở cơ sở y tế

4. ☐ Tự mua thuốc điều trị

E4. Bác nhỏ thuốc nhỏ mắt như thế nào?

1. ☐ Nhỏ vào lòng đen (giác mạc)
2. ☐ Nhỏ vào lòng trắng (kết mạc nhãn cầu)
3. ☐ Nhỏ vào kết mạc cùng đồ
4. ☐ Nhỏ vào góc mắt
5. ☐ Nhờ người khác nhỏ
6. ☐ Không để ý nhỏ cụ thể vào đâu

E5. Bác nhỏ thuốc nhỏ mắt số lần trong ngày như thế nào?

1. ☐ Nhỏ khi nhớ
2. ☐ Nhỏ càng nhiều càng tốt
3. ☐ Nhỏ theo đúng liều lượng quy định

E6. Bác nhỏ thuốc vào 1 hay 2 mắt

1. ☐ Nhỏ theo đúng chỉ định của BS là 1 hay 2 mắt
2. ☐ Luôn nhỏ vào 2 mắt

E7. Khi được hẹn tái khám, Bác sẽ

1. ☐ Không tái khám
2. ☐ Tái khám khi rảnh
3. ☐ Tái khám đúng hẹn

E8. Nếu được chẩn đoán glôcôm và phẫu thuật là phương pháp duy nhất để điều trị, Bác sẽ

1. ☐ Đồng ý phẫu thuật
2. ☐ Cố gắng trì hoãn phẫu thuật và tiếp tục dùng thuốc
3. ☐ Nhỏ thuốc nhỏ mắt và tự phối hợp thêm các phương pháp khác như đông y, tập yoga

PHẦN F. KHÁM CHUYÊN KHOA (Dành cho bác sĩ)

F1. Tiền sử mắc bệnh về mắt

1. ☐ Cận thị
2. ☐ Viễn thị
3. ☐ Chấn thương
4. ☐ Viêm màng bồ đào
5. ☐ Viêm phần trước nhãn cầu
6. ☐ Đã PT mắt do bệnh.....
7. ☐ Tiền sử dùng corticosteroid kéo dài

F2. Bệnh toàn thân

1. ☐ Tim mạch
2. ☐ Tăng huyết áp
3. ☐ Đái tháo đường
4. ☐ Béo phì
5. ☐ Tất tính mạch trung tâm võng mạc
6. ☐ Bệnh khác

F3. Tiền sử bệnh glôcôm trong gia đình

1. ☐ Có
2. ☐ Không

	Mắt phải	Mắt trái
F4. Thị lực: Không kính - Có kính		
F5. Nhãn áp	mmHg	mmHg
F6. Kết mạc	1. ☐ Bình thường 2. ☐ Cương tụ 3. ☐ Sẹo bong cũ	1. ☐ Bình thường 2. ☐ Cương tụ 3. ☐ Sẹo bong cũ
F7. Giác mạc	1. ☐ trong 2. ☐ sẹo 3. ☐ loạn dưỡng 4. ☐ Phù, bong biểu mô 5. ☐ Tủa sau	1. ☐ trong 2. ☐ sẹo 3. ☐ loạn dưỡng 4. ☐ Phù, bong biểu mô 5. ☐ Tủa sau
F8. Độ sâu tiền phòng (Van Herick)	1. ☐ > 1/2 2. ☐ 1/2 - > 1/4 3. ☐ = 1/4 4. ☐ < 1/4 5. ☐ đóng hoàn toàn	1. ☐ > 1/2 2. ☐ 1/2 - > 1/4 3. ☐ = 1/4 4. ☐ < 1/4 5. ☐ đóng hoàn toàn
F9. Góc tiền phòng	1. ☐ Mở 2. ☐ Đóng < 180° 3. ☐ Đóng > 180°	1. ☐ Mở 2. ☐ Đóng < 180° 3. ☐ Đóng > 180°

F10. Mống mắt:	1. ☐ Bình thường 2. ☐ Thoái hoá 3. ☐ Tân mạch 4. ☐ Lỗ cắt MMCB	1. ☐ Bình thường 2. ☐ Thoái hoá 3. ☐ Tân mạch 4. ☐ Lỗ cắt MMCB
F11. Đồng tử:	1. ☐ bình thường 2. ☐ méo 3. ☐ mất phản xạ	1. ☐ bình thường 2. ☐ méo 3. ☐ mất phản xạ
F12. Thể thủy tinh	1. ☐ trong 2. ☐ đục 3. ☐ IOL	1. ☐ trong 2. ☐ đục 3. ☐ IOL
F13. Dịch kính	1. ☐ trong 2. ☐ đục	1. ☐ trong 2. ☐ đục
F14. Đáy mắt:	1. ☐ Bình thường 2. ☐ Tân mạch 3. ☐ Xuất huyết	1. ☐ Bình thường 2. ☐ Tân mạch 3. ☐ Xuất huyết
F15. Đĩa thị giác - Viên thần kinh - Màu sắc - C/D - Mạch máu - Xuất huyết - Teo cạnh gai	1. ☐ Không soi được 2. ☐ Bình thường 3. ☐ Bất thường. Cụ thể: 1. ☐ Bình thường 2. ☐ Bất thường (☐ dưới ☐ trên ☐ mũi ☐ thái dương) ☐ Bình thường ☐ chuyển hướng ☐ Gập góc ☐ Có ☐ Không ☐ Có ☐ Không	1. ☐ Không soi được 2. ☐ Bình thường 3. ☐ Bất thường. Cụ thể: 1. ☐ Bình thường 2. ☐ Bất thường (☐ dưới ☐ trên ☐ mũi ☐ thái dương) ☐ Bình thường ☐ Chuyển hướng ☐ Gập góc ☐ Có ☐ Không ☐ Có ☐ Không
F16. Thị trường	1. ☐ Có tổn thương dạng glôcôm giai đoạn 2. ☐ Không có tổn thương dạng glôcôm 3. ☐ Không đo được thị trường	1. ☐ Có tổn thương dạng glôcôm giai đoạn 2. ☐ Không có tổn thương dạng glôcôm 3. ☐ Không đo được thị trường
F17. Phân nhóm đối tượng	1. ☐ Không bị glôcôm 2. ☐ Nghi ngờ glôcôm 3. ☐ Glôcôm giai đoạn	1. ☐ Không bị glôcôm 2. ☐ Nghi ngờ glôcôm 3. ☐ Glôcôm giai đoạn
F18. Hình thái glôcôm	☐ Glôcôm góc đóng nguyên phát ☐ Glôcôm đóng thứ phát ☐ Glôcôm mở nguyên phát ☐ Glôcôm mở thứ phát	☐ Glôcôm góc đóng nguyên phát ☐ Glôcôm đóng thứ phát ☐ Glôcôm mở nguyên phát ☐ Glôcôm mở thứ phát

Cám ơn Bác đã tham gia vào nghiên cứu!

Tp Huế, ngày....., tháng....., năm.....

Người điều tra

PHỤ LỤC 3

Số phiếu.....

PHIẾU ĐIỀU TRA DÀNH CHO CÁN BỘ Y TẾ CƠ SỞ

Họ và tên:.....Tuổi:.....Giới: ☐ Nam ☐ Nữ

Địa chỉ: Trạm y tế phường.....

Nghề nghiệp:.....

Số điện thoại liên lạc:

A. NHỮNG YẾU TỐ VỀ KIẾN THỨC

A1. Anh/Chị từng nghe thông tin về bệnh glôcôm chưa?

1. ☐ Rồi 2. ☐ Chưa

A2. Theo Anh/Chị glôcôm là một bệnh:

1. ☐ Bệnh lý có nhãn áp cao ở mắt
2. ☐ Bệnh lý khiến thần kinh thị giác bị tổn thương
3. ☐ Bệnh lý có nhãn áp cao ở mắt khiến thần kinh thị giác bị tổn thương

A3. Người Việt Nam thường gặp glôcôm thể nào:

1. ☐ Góc đóng nguyên phát 2. ☐ Góc mở nguyên phát 3. ☐ Thứ phát

A4. Triệu chứng cơ năng của glôcôm là gì? (chọn nhiều đáp án):

1. ☐ Đau nhức mắt
2. ☐ Đau đầu
3. ☐ Nhìn mờ
4. ☐ Đỏ mắt
5. ☐ Nhìn thu hẹp
6. ☐ Nhìn đèn có quang xanh
7. ☐ Buồn nôn, nôn
8. ☐ Sợ sáng, chảy nước mắt

A5. Mất thị lực trong glôcôm là:

1. ☐ Có thể hồi phục 2. ☐ Không thể hồi phục

A6. Yếu tố nguy cơ của glôcôm là gì? (chọn nhiều đáp án):

1. ☐ Đái tháo đường 2. ☐ Tăng huyết áp 3. ☐ Sử dụng corticoid
4. ☐ Tiền sử gia đình 5. ☐ Trên 40 tuổi 6. ☐ Tiền sử chấn thương, phẫu thuật mắt

A7. Chẩn đoán glôcôm dựa vào (chọn nhiều đáp án):

1. ☐ Đo nhãn áp 2. ☐ Đánh giá đĩa thị 3. ☐ Đo thị trường

A8. Theo Anh/Chị, tuyến y tế cơ sở có thể phát hiện ra bệnh glôcôm không?

1. ☐ Có

2. ☐ Không

A9. Cần làm gì để tránh mù lòa do glôcôm:

1. ☐ Đi khám mắt thường xuyên

2. ☐ Dinh dưỡng hợp lý

3. ☐ Không hút thuốc lá

4. ☐ Tập thể dục

A10. Nhận định nào về quản lý và điều trị glôcôm là đúng:

1. ☐ Bệnh nhân mắc glôcôm giai đoạn sớm có thể tự quản lý và điều trị

2. ☐ Chỉ điều trị glôcôm nếu mắt đỏ và đau nhức

3. ☐ Bệnh glôcôm đã phẫu thuật thì không cần theo dõi

4. ☐ Cần theo dõi, điều trị, quản lý bệnh glôcôm bất kể giai đoạn nào

B. NHỮNG YẾU TỐ VỀ THÁI ĐỘ

Nội dung	Rất không đồng ý	Không đồng ý	Không ý kiến	Đồng ý	Rất đồng ý
B1. Phòng mù lòa do bệnh glôcôm là vấn đề cấp thiết cần được ưu tiên					
B2. Phát hiện glôcôm ở người trên 40 tuổi càng sớm càng tốt là điều cần thiết					
B3. CBYT có vai trò quan trọng trong việc nâng cao nhận thức cộng đồng về bệnh glôcôm					
B4. Việc khuyến khích các đối tượng có nguy cơ cao đi khám sàng lọc là điều cần thiết					
B5. CBYT cơ sở không thể sử dụng các phương tiện trong điều kiện hiện có để phát hiện bệnh glôcôm					
B6. Phát hiện sớm và quản lý tốt bệnh nhân giúp bảo tồn thị lực cho bệnh nhân					
B7. CBYT cần nhấn mạnh vai trò tuân thủ điều trị đối với bệnh nhân glôcôm					
B8. Phát hiện ra bệnh nhân có các dấu hiệu nghi ngờ cần chuyển bệnh nhân đến chuyên khoa mắt ngay					

C. NHỮNG YẾU TỐ VỀ THỰC HÀNH

C1. Anh/Chị có sử dụng các phương tiện có sẵn tại trạm y tế để phục vụ cho việc khám mắt không?

1. ☐ Không 2. ☐ Thỉnh thoảng 3. ☐ Thường xuyên

C2. Anh/Chị có tư vấn cho các bệnh về mắt cho bệnh nhân không?

1. ☐ Không 2. ☐ Thỉnh thoảng 3. ☐ Thường xuyên

C3. Anh/Chị có biết cách đo thị lực cho bệnh nhân không?

1. ☐ Có 2. ☐ Không

C4. Anh/Chị có biết cách ước lượng nhãn áp bằng tay không?

1. ☐ Có 2. ☐ Không

C5. Anh/Chị có biết cách đo thị trường bằng tay được không?

1. ☐ Có 2. ☐ Không

C6. Câu hỏi dành cho Anh/Chị là bác sĩ: Anh/chị đã từng chẩn đoán được bệnh nhân nào bị glôcôm chưa?

1. ☐ Có (Số lượng cụ thể:.....) 2. ☐ Không

C7. Bệnh nhân trên 40 tuổi đi khám vì bệnh lý toàn thân, tiền sử có tăng huyết áp, đái tháo đường, Anh/Chị cần:

1. ☐ Điều trị bệnh lý toàn thân
2. ☐ Điều trị bệnh lý toàn thân kèm tư vấn bệnh nhân đi khám mắt để sàng lọc glôcôm

C8. Bệnh nhân có tiền sử glôcôm đã phẫu thuật từ lâu, Anh/Chị sẽ tư vấn gì cho bệnh nhân:

1. ☐ Nên đi khám và đo nhãn áp để kiểm tra tình trạng bệnh đã ổn chưa
2. ☐ Đã phẫu thuật rồi thì sau này không cần khám kiểm tra
3. ☐ Chủ yếu sử dụng thuốc bổ để bổ thần kinh thị giác

C9. Anh/Chị có tư vấn cho bệnh nhân bị bệnh mắt cách nhỏ thuốc, uống thuốc như thế nào?

1. ☐ Để bệnh nhân tự đọc hướng dẫn trong đơn thuốc
2. ☐ Chủ yếu hướng dẫn số lần uống và nhỏ thuốc
3. ☐ Hướng dẫn cả số lần sử dụng thuốc và cách sử dụng

Cám ơn Anh/Chị đã tham gia vào nghiên cứu!

Tp Huế, ngày....., tháng....., năm.....

Người điều tra

PHỤ LỤC 4

Số phiếu:

**PHIẾU ĐIỀU TRA DÀNH CHO BỆNH NHÂN GLÔCÔM,
ĐỐI TƯỢNG NGHI NGỜ VÀ NGUY CƠ GLÔCÔM**

PHẦN A. THÔNG TIN CHUNG

A1. Họ và tên:..... Tuổi:..... Giới: ☐ Nam ☐ Nữ

A2. Nơi cư trú.....

A3. Số điện thoại liên lạc:

A4. Trình độ học vấn: 1. ☐ Mù chữ 2. ☐ Tiểu học 3. ☐ THCS
 4. ☐ THPT 5. ☐ Đại học 6. ☐ Sau đại học

A5. Nghề nghiệp: 1. ☐ CBVC, hưu trí 2. ☐ Công nhân 3. ☐ Buôn bán
 4. ☐ Nội trợ 5. ☐ Nghề khác:.....

A6. BHYT : 1. ☐ Có 2. ☐ Không

PHẦN B. SỬ DỤNG DỊCH VỤ Y TẾ ĐIỀU TRỊ BỆNH GLÔCÔM

B1. Nơi phát hiện glôcôm, nghi ngờ hoặc nguy cơ glôcôm đầu tiên:

1. ☐ Trạm y tế phường 2. ☐ Tuyển huyện 3. ☐ Tuyển tỉnh
4. ☐ Tuyển TW 5. ☐ Y tế tư nhân

B2. Có theo dõi và điều trị sau khi phát hiện glôcôm hoặc nghi ngờ glôcôm không?

1. ☐ Có 2. ☐ Không

B3. Cơ sở y tế đã điều trị:

1. ☐ Trạm y tế phường 2. ☐ Tuyến huyện
3. ☐ Tuyến tỉnh 4. ☐ Tuyến TW 5. ☐ Y tế tư nhân

B4. Phương pháp đã điều trị:

1. ☐ Thuốc	2. ☐ Laser
3. ☐ Phẫu thuật	4. ☐ Không biết

B5. Địa điểm theo dõi hiện tại:

1. ☐ Trạm y tế phường 2. ☐ Tuyến huyện
3. ☐ Tuyến tỉnh 4. ☐ Tuyến TW 5. ☐ Y tế tư nhân

B6. Đánh giá tình trạng khám:

1. ☐ Khám thường xuyên
2. ☐ Có khám nhưng không thường xuyên (có bỏ lỡ đợt hẹn khám)
3. ☐ Không khám

B7. Đánh giá tình trạng sử dụng thuốc:

1. ☐ Tuân thủ đúng về liều lượng và thời gian
2. ☐ Không hoàn toàn tuân thủ liều lượng và thời gian
3. ☐ Không sử dụng thuốc

PHẦN F. KHÁM CHUYÊN KHOA (Dành cho bác sĩ)

	Mắt phải	Mắt trái
F1. Thị lực: Không kính - Có kính		
F2. Nhãn áp	mmHg	mmHg
F3. Đĩa thị giác -Viền thần kinh -Màu sắc -C/D -Mạch máu -Xuất huyết -Teo cạnh gai	1. ☐ Không soi được 2. ☐ Bình thường 3. ☐ Bất thường. Cụ thể: 1. ☐ Bình thường 2. ☐ Bất thường (☐ dưới ☐ trên ☐ mũi ☐ thái dương) ☐ Bình thường ☐ Chuyển hướng ☐ Gập góc ☐ Có ☐ Không ☐ Có ☐ Không	1. ☐ Không soi được 2. ☐ Bình thường 3. ☐ Bất thường. Cụ thể: 1. ☐ Bình thường 2. ☐ Bất thường (☐ dưới ☐ trên ☐ mũi ☐ thái dương) ☐ Bình thường ☐ Chuyển hướng ☐ Gập góc ☐ Có ☐ Không ☐ Có ☐ Không
F4. Thị trường	1. ☐ Có tổn thương dạng glôcôm giai đoạn 2. ☐ Không có tổn thương dạng glôcôm 3. ☐ Không đo được thị trường	1. ☐ Có tổn thương dạng glôcôm giai đoạn 2. ☐ Không có tổn thương dạng glôcôm 3. ☐ Không đo được thị trường
F5. Phân nhóm đối tượng	1. ☐ Không bị glôcôm 2. ☐ Nghi ngờ glôcôm 3. ☐ Glôcôm giai đoạn	1. ☐ Không bị glôcôm 2. ☐ Nghi ngờ glôcôm 3. ☐ Glôcôm giai đoạn

F6. Đánh giá chung về thị lực	1. ☐ Giảm 2. ☐ Ổn định 3. ☐ Tăng	1. ☐ Giảm 2. ☐ Ổn định 3. ☐ Tăng
F7. Đánh giá chung về nhãn áp	1. ☐ Không đạt nhãn áp đích 2. ☐ Bình thường hoặc đạt nhãn áp đích	1. ☐ Không đạt nhãn áp đích 2. ☐ Bình thường hoặc đạt nhãn áp đích
F8. Đánh giá chung về đĩa thị	1. ☐ Không soi được 2. ☐ Ổn định 3. ☐ Rộng ra	1. ☐ Không soi được 2. ☐ Ổn định 3. ☐ Rộng ra
F9. Đánh giá chung về thị trường	1. ☐ Thu hẹp 2. ☐ Ổn định 3. ☐ Không soi được	1. ☐ Thu hẹp 2. ☐ Ổn định 3. ☐ Không soi được
F10. Tình trạng bệnh	1. ☐ Không ổn định 2. ☐ Ổn định	1. ☐ Không ổn định 2. ☐ Ổn định

Cám ơn Bác đã tham gia vào nghiên cứu!

Tp Huế, ngày....., tháng....., năm.....

Người điều tra

PHỤ LỤC 5

Số phiếu:.....

PHIẾU ĐIỀU TRA TRANG THIẾT BỊ PHỤC VỤ KHÁM SÀNG LỌC VÀ THEO DÕI GLÔCÔM

Tên đơn vị:.....

Địa chỉ:

Điện thoại:

Email:

STT	Trang thiết bị	Đặc điểm	
1	Bảng đo TL	1. ☐ Có	2. ☐ Không
2	Đèn pin	1. ☐ Có	2. ☐ Không
3	NA kế	1. ☐ Có	2. ☐ Không
4	Thị trường kế	1. ☐ Có	2. ☐ Không
5	Đèn soi đáy mắt	1. ☐ Có	2. ☐ Không
6	Sinh hiển vi	1. ☐ Có	2. ☐ Không
7	Kính soi góc	1. ☐ Có	2. ☐ Không

Tp Huế, ngày....., tháng....., năm.....

Người điều tra

PHỤ LỤC 6
THANG ĐO ĐÁNH GIÁ KIẾN THỨC, THÁI ĐỘ, THỰC HÀNH
VỀ BỆNH GLÔCÔM CỦA CÁC ĐỐI TƯỢNG

THANG ĐO ĐÁNH GIÁ KIẾN THỨC VỀ BỆNH GLÔCÔM CỦA NGƯỜI DÂN

Nội dung lựa chọn	Điểm
C1. Bác có biết về bệnh glôcôm không?	
- Có	1
- Không	0
C2. Glôcôm có thể có hoặc không có triệu chứng rõ ràng?	
- Có	1
- Không	0
C3. Mô tả các triệu chứng thường gặp của bệnh glôcôm	
- Nhức mắt	1
- Đỏ mắt	1
- Đau đầu	1
- Nhìn mờ	1
- Nhìn thu hẹp	1
- Quang tán sắc	1
- Sợ sáng, chảy nước mắt	1
- Buồn nôn, nôn	1
C4. Glôcôm thường liên quan đến tình trạng tăng nhãn áp	
- Có	1
- Không	0
C5. Giảm thị lực do glôcôm là không hồi phục	
- Có	1
- Không	0
C6. Các yếu tố nguy cơ của glôcôm	
- Đái tháo đường	1
- Tăng huyết áp	1
- Sử dụng corticoid	1
- Tiền sử gia đình	1
- Trên 40 tuổi	1
- Tiền sử chấn thương phẫu thuật mắt	1
C7. Glôcôm có thể gây mù	
- Có	1
- Không	0
C8. Glôcôm có thể điều trị được	
- Có	1
- Không	0
C9. Các phương pháp điều trị glôcôm	
- Thuốc	1
- Laser	1
- Phẫu thuật	1
TỔNG ĐIỂM	23

Cách đánh giá:

- Nếu trả lời $\geq 75\%$ số điểm (≥ 18 điểm): Kiến thức tốt.
- Nếu trả lời $< 75\%$ số điểm (< 18 điểm): Kiến thức không tốt.

THANG ĐO ĐÁNH GIÁ THÁI ĐỘ VỀ BỆNH GLÔCÔM CỦA NGƯỜI DÂN

Nội dung	Điểm tối đa
D1. Glôcôm là một bệnh mắt nguy hiểm	5
D2. Người trên 40 tuổi nên đo nhãn áp để tầm soát glôcôm	5
D3. Gia đình có người bị glôcôm cần kiểm tra cho các thành viên còn lại	5
D4. Cần đi khám mắt định kỳ dù mắt không có dấu hiệu bất thường gì	5
D5. Cần điều trị glôcôm giai đoạn nặng và cả giai đoạn nhẹ	5
D6. Khi được chẩn đoán glôcôm cần tuân thủ tái khám	5
D7. Người bị bệnh glôcôm không được tự điều trị bằng cách tự mua thuốc ở quầy thuốc	5
D8. Bắt buộc phải theo dõi và điều trị bệnh glôcôm ngay cả khi mắt không đau nhức	5
D9. Phát hiện sớm, điều trị và theo dõi giúp bệnh nhân glôcôm tránh mù loà	5
Tổng	45

Phương án trả lời

- D1: Đúng , D2: Đúng, D3: Sai, D4: Sai, D5: Sai, D6: Đúng, D7: Sai, D8: Đúng, D9: Đúng.

- Câu sai: cho điểm 5 giảm dần từ trái sang phải.

- Câu đúng: cho điểm 5 giảm dần từ phải sang trái.

Cách đánh giá:

- Nếu trả lời $\geq 75\%$ số điểm (≥ 34 điểm): Thái độ tốt.

- Nếu trả lời $< 75\%$ số điểm (< 34 điểm): Thái độ không tốt.

THANG ĐO ĐÁNH GIÁ THÁI ĐỘ VỀ BỆNH GLÔCÔM CỦA NGƯỜI DÂN

Nội dung	Điểm	Điểm tối đa
E1. Bác đã bao giờ tìm hiểu về các bệnh lý của mắt như glôcôm chưa?		
- Rồi	1	1
- Chưa	0	
E2. Lần cuối cùng bác đi khám mắt là cách đây bao lâu?		
- < 1 năm	2	2
- 1 – 2 năm	1	
- 2 - 5 năm	0	
- > 5 năm	0	
- Chưa từng đi khám mắt	0	
E3. Nếu bị bệnh lý ở mắt, Bác làm gì?		
- Không cần điều trị	0	1
- Xông mắt bằng lá trầu	0	
- Đi khám ở cơ sở y tế	1	
- Tự mua thuốc điều trị	0	
E4. Bác nhỏ thuốc nhỏ mắt như thế nào?		
- Nhỏ vào lòng đen (giác mạc)	0	1
- Nhỏ vào lòng trắng (kết mạc nhãn cầu)	0	
- Nhỏ vào kết mạc cùng đồ	1	
- Nhỏ vào góc mắt	0	
- Nhờ người khác nhỏ	0	
- Không để ý nhỏ cụ thể vào đâu	0	
E5. Bác nhỏ thuốc nhỏ mắt số lần trong ngày như thế nào?		
- Nhỏ khi nhớ	0	1
- Nhỏ càng nhiều càng tốt	0	
- Nhỏ theo đúng liều lượng quy định	1	
E6. Bác nhỏ thuốc vào 1 hay 2 mắt?		
- Nhỏ theo đúng chỉ định của BS là 1 hay 2 mắt	1	1
- Luôn nhỏ vào 2 mắt	0	
E7. Khi được hẹn tái khám, Bác sẽ		
- Không tái khám	0	1
- Tái khám khi rảnh	0	
- Tái khám đúng hẹn	1	
E8. Nếu được chẩn đoán glôcôm và phẫu thuật là phương pháp duy nhất để điều trị, Bác sẽ		
- Đồng ý phẫu thuật	1	1
- Cố gắng trì hoãn phẫu thuật và tiếp tục dùng thuốc	0	
- Nhỏ thuốc nhỏ mắt và tự phối hợp thêm các phương pháp khác như Đông y, tập yoga	0	
TỔNG ĐIỂM		9

Cách đánh giá:

- Nếu trả lời $\geq 75\%$ số điểm (≥ 7 điểm): Thực hành tốt
- Nếu trả lời $< 75\%$ số điểm (< 7 điểm): Thực hành không tốt
- Những người “chưa bao giờ đi khám mắt”: Thực hành không tốt

THANG ĐO ĐÁNH GIÁ KIẾN THỨC VỀ BỆNH GLÔCÔM CỦA CÁN BỘ Y TẾ

Nội dung lựa chọn	Điểm
A1. Anh/Chị từng nghe thông tin về bệnh glôcôm chưa?	
- Rồi	1
- Chưa	0
A2. Theo Anh/Chị glôcôm là một bệnh	
- Bệnh lý có nhãn áp cao ở mắt	1
- Bệnh lý khiến thần kinh thị giác bị tổn thương	2
- Bệnh lý có nhãn áp cao ở mắt khiến thần kinh thị giác bị tổn thương	3
A3. Người Việt Nam thường gặp glôcôm thể nào?	
- Góc đóng nguyên phát	1
- Góc mở nguyên phát	0
- Thứ phát	0
A4. Mô tả các triệu chứng thường gặp của bệnh glôcôm	
- Nhức mắt	1
- Đau đầu	1
- Nhìn mờ	1
- Đỏ mắt	1
- Nhìn thu hẹp	1
- Quầng xanh	1
- Buồn nôn, nôn	1
- Sợ sáng, chảy nước mắt	1
A5. Mất thị lực trong glôcôm là?	
- Có thể hồi phục	0
- Không thể hồi phục	1
A6. Các yếu tố nguy cơ của glôcôm?	
- Đái tháo đường	1
- Tăng huyết áp	1
- Sử dụng corticoid	1
- Tiền sử gia đình	1
- Trên 40 tuổi	1
- Tiền sử chấn thương phẫu thuật mắt	1
A7. Chẩn đoán glôcôm dựa vào (chọn nhiều đáp án)?	
- Đo nhãn áp	1
- Đánh giá đĩa thị	1
- Đo thị trường	1

A8. Theo Anh/Chị, tuyến y tế cơ sở có thể phát hiện ra bệnh glôcôm không?	
- Có	1
- Không	0
A9. Cần làm gì để tránh mù lòa do glôcôm ?	
- Đi khám mắt thường xuyên	1
- Dinh dưỡng hợp lý	0
- Không hút thuốc lá	0
- Tập thể dục	0
A10. Nhận định nào về quản lý và điều trị glôcôm là đúng?	
- Bệnh nhân mắc glôcôm giai đoạn sớm có thể tự quản lý và điều trị	0
- Chỉ điều trị glôcôm nếu mắt đỏ và đau nhức	0
- Bệnh glôcôm đã phẫu thuật thì không cần theo dõi	0
- Cần theo dõi, điều trị, quản lý bệnh glôcôm bất kể giai đoạn nào	1
TỔNG ĐIỂM	26

Cách đánh giá:

- Nếu trả lời $\geq 75\%$ số điểm (≥ 20 điểm): Kiến thức tốt
- Nếu trả lời $< 75\%$ số điểm (< 20 điểm): Kiến thức chưa tốt

THANG ĐO ĐÁNH GIÁ THÁI ĐỘ VỀ BỆNH GLÔCÔM CỦA CÁN BỘ Y TẾ

Nội dung	Điểm tối đa
B1. Phòng mù loà do bệnh glôcôm là vấn đề cấp thiết cần được ưu tiên	5
B2. Phát hiện glôcôm ở người trên 40 tuổi càng sớm càng tốt là điều cần thiết	5
B3. CBYT có vai trò quan trọng trong việc nâng cao nhận thức cộng đồng về bệnh glôcôm	5
B4. Việc khuyến khích các đối tượng có nguy cơ cao đi khám sàng lọc là điều cần thiết	5
B5. CBYT cơ sở không thể sử dụng các phương tiện trong điều kiện hiện có để chẩn đoán glôcôm	5
B6. Phát hiện sớm và quản lý tốt bệnh nhân giúp bảo tồn thị lực cho bệnh nhân	5
B7. CBYT cần nhấn mạnh vai trò tuân thủ điều trị đối với bệnh nhân glôcôm	5
B8. Phát hiện ra bệnh nhân có các dấu hiệu nghi ngờ cần chuyển bệnh nhân đến chuyên khoa mắt ngay	5
TỔNG ĐIỂM	40

Phương án trả lời:

- B1: Đúng, B2: Đúng, B3: Đúng, B4: Đúng, B5: Sai, B6: Đúng, B7: Đúng, B8: Đúng.

- Câu sai: cho điểm 5 giảm dần từ trái sang phải.

- Câu đúng: cho điểm 5 giảm dần từ phải sang trái.

Cách đánh giá:

- Nếu trả lời $\geq 75\%$ số điểm (≥ 30 điểm): Thái độ tốt.

- Nếu trả lời $< 75\%$ số điểm (< 30 điểm): Thái độ không tốt.

THANG ĐO ĐÁNH GIÁ THỰC HÀNH VỀ BỆNH GLÔCÔM CỦA CÁN BỘ Y TẾ

Nội dung	Điểm	Điểm tối đa
C1. Anh/chị có sử dụng các phương tiện có sẵn tại trạm y tế để phục vụ cho việc khám mắt không ?		
- Không	0	2
- Thỉnh thoảng	1	
- Thường xuyên	2	
C2. Anh/chị có tư vấn cho các bệnh về mắt cho bệnh nhân không?		
- Không	0	2
- Thỉnh thoảng	1	
- Thường xuyên	2	
C3. Anh/chị có biết cách đo thị lực cho bệnh nhân không?		
- Có	1	1
- Không	0	
C4. Anh/chị có biết cách ước lượng nhãn áp bằng tay không?		
- Có	1	1
- Không	0	
C5. Anh/chị có biết cách đo thị trường bằng tay được không?		
- Có	1	1
- Không	0	
C7. Bệnh nhân trên 40 tuổi đi khám vì bệnh lý toàn thân, tiền sử có tăng huyết áp, đái tháo đường, Anh/Chị cần?		
- Điều trị bệnh lý toàn thân	0	1
- Điều trị bệnh lý toàn thân kèm tư vấn bệnh nhân đi khám mắt để sàng lọc bệnh glôcôm	1	
C8. Bệnh nhân có tiền sử glôcôm đã phẫu thuật từ lâu, Anh/Chị sẽ tư vấn gì cho bệnh nhân?		
- Nên đi khám và đo nhãn áp để kiểm tra tình trạng bệnh đã ổn chưa	1	1
- Đã phẫu thuật rồi thì sau này không cần khám kiểm tra	0	
- Chủ yếu sử dụng thuốc bổ để bổ thần kinh thị giác	0	
C9. Anh/chị có tư vấn cho bệnh nhân bị bệnh mắt cách nhỏ thuốc, uống thuốc như thế nào?		
- Để bệnh nhân tự đọc hướng dẫn trong đơn thuốc	0	2
- Chủ yếu hướng dẫn số lần uống và nhỏ thuốc	1	
- Hướng dẫn cả số lần sử dụng thuốc và cách nhỏ thuốc	2	
TỔNG		11

Cách đánh giá:

- Nếu trả lời $\geq 75\%$ số điểm (≥ 8 điểm): Thực hành tốt
- Nếu trả lời $< 75\%$ số điểm (< 8 điểm): Thực hành không tốt

PHỤ LỤC 6

HÌNH ẢNH NGHIÊN CỨU



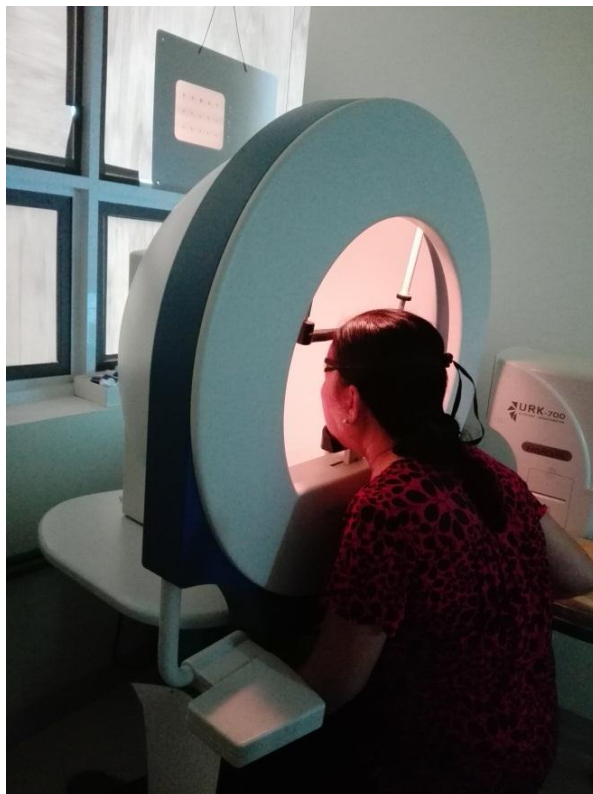
Hình 1. Phỏng vấn trước can thiệp



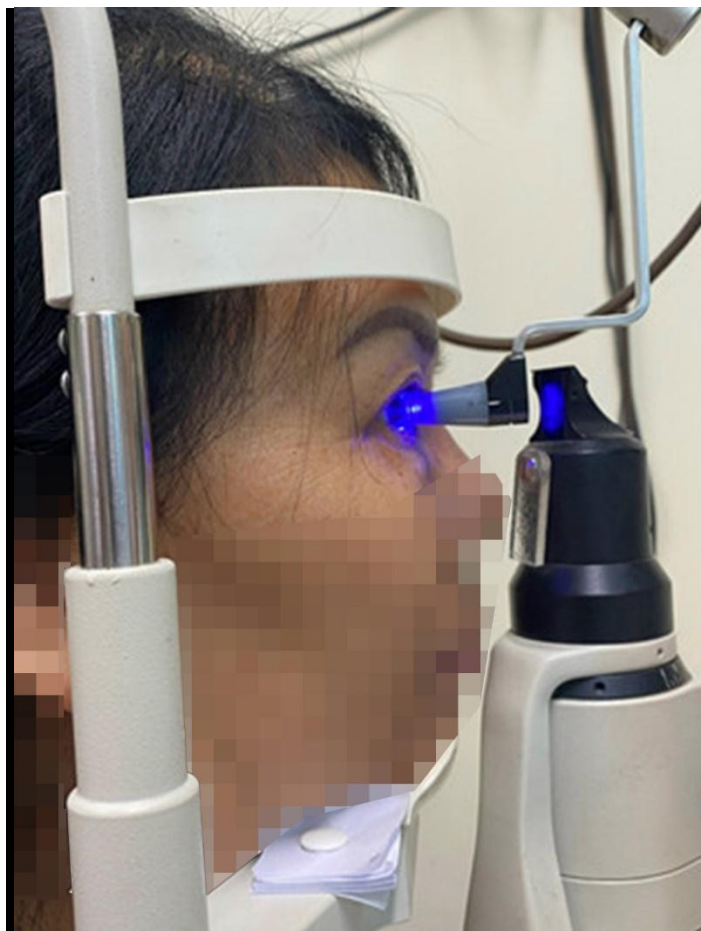
Hình 2. Phỏng vấn trước can thiệp



Hình 3. Khám mắt



Hình 4. Đo thị trường



Hình 5. Đo nhãn áp



Hình 6. Hội thảo báo cáo thực trạng bệnh glôcôm



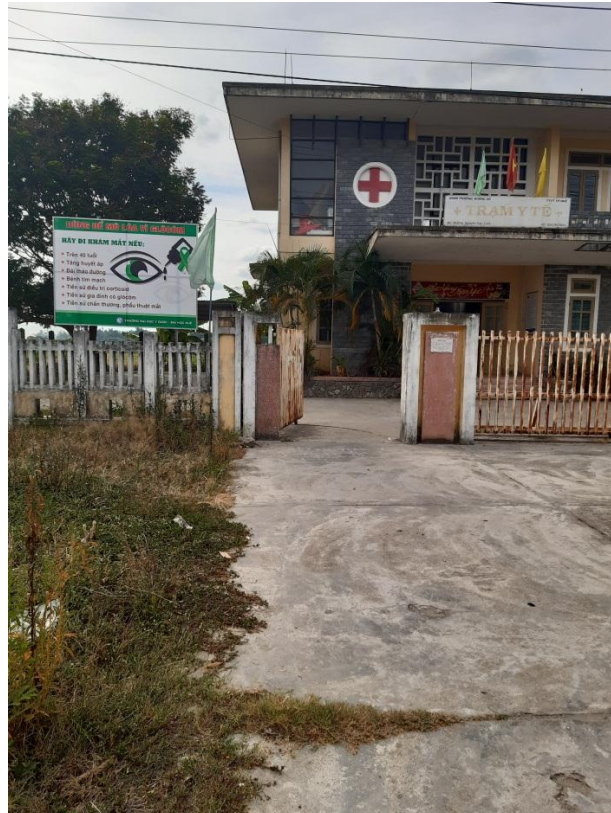
Hình 7. Tranh tuyên truyền về bệnh glôcôm



Hình 8. Tranh tuyên truyền về bệnh glôcôm



Hình 9. Pano tuyên truyền về bệnh glôcôm



Hình 10. Pano tuyên truyền về bệnh glôcôm



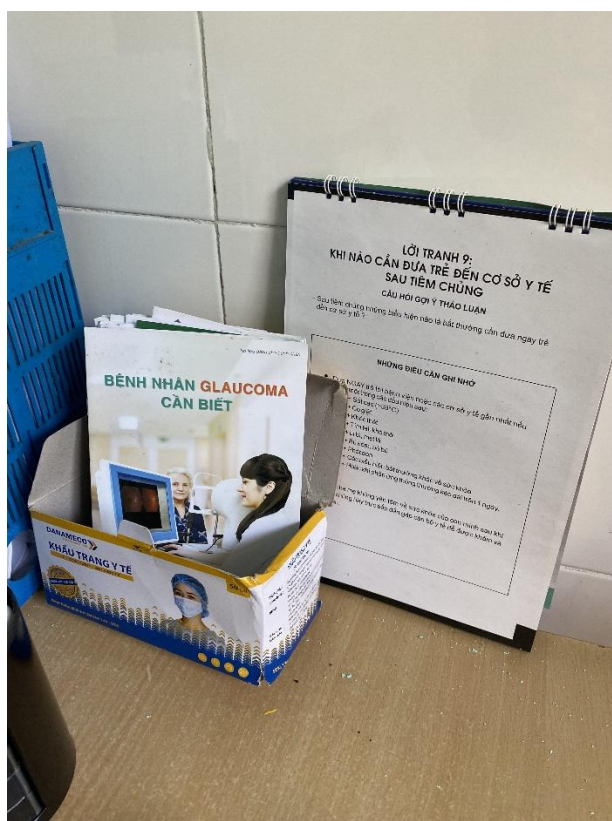
Hình 11. Pano tuyên truyền về bệnh glôcôm



Hình 12. Pano tuyên truyền về bệnh glôcôm



Hình 13. Tài liệu dành cho bệnh nhân glôcôm



Hình 14. Tài liệu dành cho bệnh nhân glôcôm



Hình 15. Tập huấn về bệnh glôcôm cho cán bộ y tế cơ sở



Hình 16. Tập huấn về bệnh glôcôm cho cán bộ y tế cơ sở



Hình 17. Tập huấn mô hình phối hợp các tuyến y tế trong quản lý bệnh glôcôm



Hình 18. Khám và hướng dẫn cho bệnh nhân glôcôm



Hình 19. Tập huấn kiến thức cho các cộng tác viên



Hình 20. Phổ biến kiến thức về bệnh glôcôm cho người dân



Hình 21. Lồng ghép truyền thông về bệnh glôcôm khi sinh hoạt hội phụ nữ



Hình 22. Phổ biến kiến thức cho người dân



Hình 23. Phổ biến kiến thức về bệnh glôcôm khi sinh hoạt hội người cao tuổi



Hình 24. Phổ biến kiến thức cho người dân



Hình 25. Phổ biến kiến thức về bệnh glôcôm khi sinh hoạt hội người cao tuổi



Hình 26. Phổ biến kiến thức về bệnh glôcôm khi sinh hoạt Công tác viên y tế



Hình 27. Khám mắt và ước lượng nhãn áp bằng tay tại trạm y tế



Hình 28. Điều tra sau can thiệp

PHỤ LỤC 7
ĐẠI HỌC HUẾ
TRƯỜNG ĐẠI HỌC Y DƯỢC

TÀI LIỆU TRUYỀN THÔNG KIẾN THỨC VỀ BỆNH GLÔCÔM
(Tài liệu phổ biến và phát cho người dân)

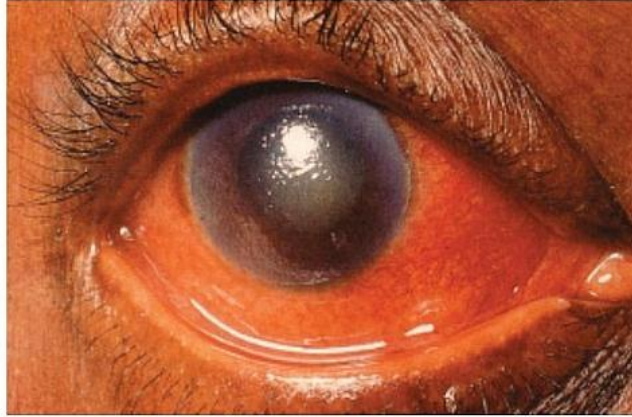


Biên soạn: BS Trần Nguyễn Trà My

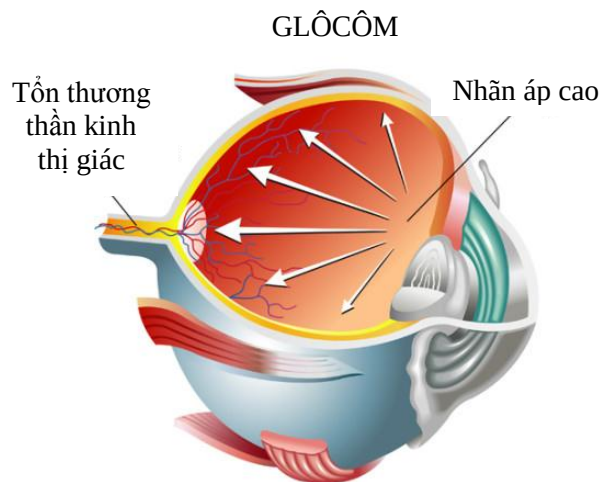
Huế, 2017

Glôcôm là gì?

- Bệnh glôcôm, dân gian gọi là bệnh **cườm nước** hay bệnh **thiên đầu thống**, là một nhóm bệnh làm tăng nhãn áp tổn hại thần kinh thị giác.



- Tiến triển mạn tính, trên lâm sàng, biểu hiện đặc trưng bởi tổn hại thị trường, lõm teo đĩa thị và thường liên quan đến một tình trạng nhãn áp cao



Vì sao glôcôm nguy hiểm?

- Đứng thứ hai trong các nguyên nhân gây mù lòa, thường chỉ đứng sau đục thể thủy tinh.
- Không có thuốc điều trị hoặc phẫu thuật nào có thể phục hồi được những tổn thương chức năng và thực thể do glôcôm gây ra.
- Có đến 50% người bệnh glôcôm góc mở và góc đóng mạn tính không biết mình bị bệnh glôcôm. Chỉ đến khi thị lực giảm sút trầm trọng mới phát hiện bệnh thì đã quá muộn.

Bình thường



Giai đoạn sớm



Giai đoạn tiến triển



Giai đoạn cuối



Ai có nguy cơ cao bị bệnh glôcôm?



Những người trên 40 tuổi



Người ruột thịt của người bệnh glôcôm



Người bệnh có tiền sử dùng corticoid kéo dài (tra mắt hoặc toàn thân)



Tiền sử chấn thương, phẫu thuật



Người có bệnh toàn thân như đái tháo đường, tăng huyết áp, tim mạch

Glôcôm biểu hiện như thế nào?

Glôcôm góc đóng cơn cấp



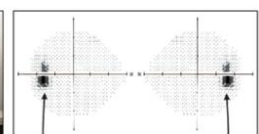
Glôcôm góc mở:

- Bệnh xuất hiện âm thầm, tiến triển mạn tính.
- Triệu chứng không rõ ràng nên thường ít được người bệnh quan tâm.
- Người bệnh không nhận thấy thị lực ngày càng bị giảm nên thường đến khám ở giai đoạn muộn khi bệnh đã tiến triển nặng.

- Đa số người bệnh không đau nhức mắt hay đau nhức đầu.

Chẩn đoán bệnh glôcôm bằng cách nào?

- Việc chẩn đoán bệnh glôcôm dựa vào các khám nghiệm thử thị lực, đo nhãn áp, soi đáy mắt, khám thị trường để phát hiện những tổn thương đặc hiệu của bệnh.



Đo thị trường tự động

Điểm mù bình thường

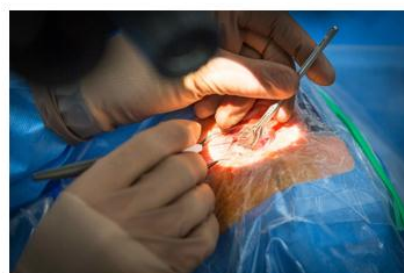
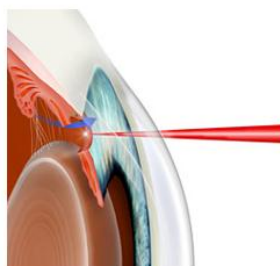
- Mục đích điều trị glôcôm là nhằm ngăn chặn bệnh không tiếp tục gây tổn thương đầu dây thần kinh thị giác.

- Người bệnh glôcôm cần phải được chăm sóc theo dõi thường xuyên, theo một quy trình chặt chẽ từ khi được phát hiện bệnh, được điều trị cho đến hết quãng đời còn lại nhằm kiểm soát được diễn biến bệnh, hạn chế tối đa tổn hại về thực thể và chức năng thị giác.

- Những đối tượng nguy cơ cao mắc bệnh glôcôm nên đi khám kiểm tra mắt định kỳ ở các cơ sở chuyên khoa mắt.

Glôcôm điều trị như thế nào ?

- Thuốc
- Laser
- Phẫu thuật



Bao nhiêu lâu đi khám một lần ?

- Từ 41 – 60 nên khám **hằng năm** nếu có nguy cơ, mỗi 2 năm/lần nếu không có yếu tố nguy cơ.
- Từ 61 tuổi trở lên cần khám mắt **hằng năm**.
- Bệnh nhân glôcôm ổn định khám theo lịch hẹn hoặc mỗi 1 – 6 tháng tùy mức độ kiểm soát nhãn áp.
- Bệnh không ổn định: hoặc bệnh sau phẫu thuật cần tái khám 1 – 2 tuần.

PHỤ LỤC 8

CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM

Độc lập – Tự do – Hạnh phúc

Huế, ngày 07 tháng 01 năm 2017

THÔNG TIN GỬI NGƯỜI DÂN

(Chương trình điều tra tình hình sử dụng dịch vụ chăm sóc mắt trong bệnh glôcôm và khám phát hiện can thiệp bệnh glôcôm tại thành phố Huế)

Glôcôm là một bệnh mắt thường gặp, khá nguy hiểm, mang tính xã hội cao, ảnh hưởng đến sức khỏe cộng đồng vì là một trong những nguyên nhân chủ yếu gây mù lòa vĩnh viễn. Những tổn hại chức năng và thực thể do glôcôm gây nên sẽ không có khả năng hồi phục. Nhiều nghiên cứu hiện nay ghi nhận glôcôm là nguyên nhân hàng đầu gây mù không hồi phục. Suy giảm thị lực không chỉ đơn thuần là bệnh lý của mắt mà còn có tác động rất lớn đến hoạt động, chất lượng sống, khả năng làm việc của con người. Điều này không chỉ ảnh hưởng đến cá nhân mà còn ảnh hưởng đến sự phát triển của xã hội. Dù nguy hiểm nhưng phần đông người dân không hiểu rõ bệnh glôcôm, và chưa hề khám sàng lọc glôcôm. Bên cạnh đó hơn 50% bệnh nhân glôcôm không biết mình mắc bệnh nên không được điều trị và để lại hậu quả vô cùng nghiêm trọng.

Mục đích chính của đợt khám này là bước đầu xác định tình hình sử dụng dịch vụ chăm sóc mắt trong bệnh glôcôm và tỉ lệ bệnh glôcôm, đồng thời xác định các yếu tố ảnh hưởng đến khả năng sử dụng dịch vụ của người dân. Điều này sẽ giúp chúng tôi đưa ra các giải pháp can thiệp nhằm tăng cường sử dụng dịch vụ chăm sóc mắt trong bệnh glôcôm cho người dân, hạn chế tỉ lệ biến chứng mù lòa, ngăn ngừa tiến triển của bệnh. Để thực hiện được các mục đích trên, chúng tôi sẽ tiến hành phỏng vấn và khám mắt cho người dân trên 40 tuổi (độ tuổi theo các nghiên cứu là có nguy cơ mắc bệnh glôcôm cao nhất) trên địa bàn thành phố Huế.

Chi tiết về các bước tiến hành như sau: Người trên 40 tuổi nếu đồng ý tham gia nghiên cứu sẽ được phỏng vấn một số câu hỏi về sử dụng dịch vụ chăm sóc trong bệnh glôcôm, sau đó sẽ được khám mắt toàn diện. Nhóm phụ trách khám của chúng tôi gồm các bác sĩ, điều dưỡng chuyên khoa Mắt Trường Đại học Y - Dược, Đại học Huế. Những người đã đồng ý tham gia nghiên cứu sẽ được khám mắt toàn diện, bao gồm thử thị lực, đo nhãn áp, soi đáy mắt, và khám máy sinh hiển vi. Một số trường hợp cần giãn đồng tử, chúng tôi sẽ dùng thuốc nhỏ mắt gây giãn đồng tử tạm thời để khám. Đây là những thuốc thông dụng thường được các bác sĩ sử dụng khi khám mắt. Thuốc hầu như không có tác dụng phụ gì đáng kể và thường nhanh chóng hết tác dụng vài giờ sau khi khám. Những người được xác định có tình trạng liên quan đến glôcôm sẽ được đo thị trường, được tư vấn kỹ tình trạng cũng như các bước cần để theo dõi tiếp theo.

Dựa trên kết quả thu được, chúng tôi sẽ có một số biện pháp để xây dựng mô hình quản lý bệnh glôcôm. Việc thực hiện các biện pháp này sẽ góp phần làm tăng khả năng sử dụng dịch vụ chăm sóc mắt trong bệnh glôcôm cho người dân và giảm tỉ lệ biến chứng nặng của bệnh, việc thực hiện các biện pháp này rất cần sự đồng ý phối hợp tham gia của người dân. Lợi ích đối với người dân là được khám mắt toàn diện và được cấp thuốc điều trị một số bệnh lý mắt phổ biến, hơn nữa khi xác định có tình trạng liên quan glôcôm, người dân sẽ được tư vấn rất rõ ràng về những bước cần tiến hành tiếp theo vì bệnh glôcôm là bệnh cần phải theo dõi suốt đời. Chi tiết về ngày giờ và địa điểm khám sẽ được chúng tôi gửi sớm đến quý vị. Cảm ơn các quý vị đã đọc các thông tin này. Nếu quý vị có câu hỏi gì, xin liên lạc qua điện thoại theo số: 0985159165 (BS. Trà My)

Thay mặt đoàn khám
Bs. Trần Nguyễn Trà My