

HIỆU QUẢ CAN THIỆP CỦA MÔ HÌNH PPM GÓP PHẦN THAY ĐỔI KIẾN THỨC, THÁI ĐỘ VÀ THỰC HÀNH CHĂM SÓC LAO CỦA NHÂN VIÊN Y TẾ THUỘC KHU VỰC Y TẾ TƯ NHÂN TẠI HÀ NỘI

Ngô Minh Độ^{1,✉}, Nguyễn Đăng Vững¹, Đoàn Bảo Ngọc¹, Nguyễn Bình Hòa²

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện Phổi Trung ương

Nhằm đánh giá hiệu quả can thiệp của mô hình PPM góp phần thay đổi kiến thức, thái độ và thực hành chăm sóc lao của nhân viên y tế thuộc khu vực y tế tư nhân, chúng tôi tiến hành nghiên cứu can thiệp cộng đồng trên 500 nhân viên y tế thuộc các cơ sở y tế tư nhân trên địa bàn Hà Nội. Các can thiệp bao gồm: tập huấn Lao đối với các nhân viên y tế; hỗ trợ xét nghiệm tại các cơ sở y tế tư nhân; hỗ trợ báo cáo ca bệnh và hỗ trợ chi phí. Sau can thiệp, có sự cải thiện kiến thức về triệu chứng Lao bao gồm "mệt mỗi ngày sút" (CSHQ: 11,41%) và "đau ngực khó thở" (CSHQ: 18,23%); gia tăng tần suất thực hiện các thực hành đúng; bao gồm báo cáo ca bệnh (CSHQ: 24,61%); chỉ định xét nghiệm HIV với lao hoạt động (CSHQ: 12,15%); đeo khẩu trang và vệ sinh tay trước và sau khi tiếp xúc người bệnh Lao (CSHQ: 15,86%), tránh ngồi đối diện khi thăm khám người bệnh Lao (CSHQ:33,07%) và giảm tần suất thực hiện các thực hành sai; bao gồm chụp XQ/CT ngực để chẩn đoán xác định (CSHQ: 5,12%), không chỉ định xét nghiệm đờm (CSHQ: 34,15%), chỉ yêu cầu xét nghiệm đờm với lao đa kháng thuốc (CSHQ: 57,26%), sử dụng khẩu trang y tế khi thăm khám người bệnh Lao (CSHQ: 5,01%), yêu cầu đóng kín cửa phòng khi thăm khám người bệnh Lao (CSHQ: 34,75%). Tuy nhiên, cũng có sự gia tăng các quan điểm tiêu cực liên quan đến việc lồng ghép chương trình chống Lao Quốc gia vào hoạt động tại cơ sở, bao gồm "Chương trình công kênh và phức tạp"; "Phải kiêm nhiệm nhiệm vụ không cần thiết"; và "Nội dung chương trình khó thực hiện"; với chỉ số hiệu quả lần lượt là -8,33%; 3,3% và -34,87%. Đây là những điểm cần cân nhắc và có những can thiệp phù hợp để điều chỉnh trước khi mở rộng quy mô cho mô hình PPM trên toàn quốc.

Từ khóa: Chăm sóc lao, lao, y tế tư nhân, KAP, PPM, can thiệp.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Theo Tổ chức Y tế thế giới (WHO), công tác phòng, chống lao toàn cầu mặc dù đã đạt được một số thành tựu đáng kể trong thời gian qua, nhưng bệnh lao vẫn đang tiếp tục là một trong các vấn đề sức khỏe cộng đồng chính trên toàn cầu và là một trong 10 nguyên nhân gây tử vong hàng đầu hiện nay. Việt Nam hiện vẫn là quốc gia hiện có gánh nặng bệnh lao cao, đứng

thứ 16 trong 30 nước có số người bệnh lao cao nhất trên toàn cầu, đồng thời đứng thứ 13 trong số 30 nước có gánh nặng bệnh lao kháng đa thuốc cao nhất thế giới.¹

Trên thế giới, đặc biệt đối với các quốc gia có thu nhập thấp và trung bình, khu vực y tế tư nhân là một nguồn cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe quan trọng cho mọi tầng lớp kinh tế - xã hội. Tuy nhiên, có nhiều bằng chứng chỉ ra rằng, chất lượng chăm sóc tại các cơ sở y tế tư nhân thường không đạt chuẩn và kiến thức, thái độ, thực hành của nhân viên y tế đóng một vai trò quan trọng. Trong một tổng quan hệ thống

Tác giả liên hệ: Ngô Minh Độ

Bệnh viện Phổi Trung ương

Email: minhdotb@gmail.com

Ngày nhận: 17/04/2023

Ngày được chấp nhận: 16/05/2023

đánh giá chất lượng chăm sóc Lao tại các cơ sở y tế tư nhân, nhiều thực hành sai đã được chỉ ra: tỉ lệ xét nghiệm lao và chuyển gửi người bệnh Lao tới chương trình chống Lao quốc gia thấp, xu hướng sử dụng kháng sinh kinh nghiệm và chỉ xét nghiệm lao sau đó, khoảng trống kiến thức-thực hành, ít khả năng hỗ trợ tuân thủ điều trị.² Một tổng quan hệ thống khác đã chỉ ra các lỗ hổng về kiến thức đối với các tiêu chuẩn chăm sóc người bệnh Lao trong các hướng dẫn chẩn đoán và điều trị quốc gia, kèm theo đó, các tiêu chuẩn trong quy trình chuyển gửi, điều trị, theo dõi, ghi chép hồ sơ và báo cáo ca bệnh ít khi được thực hiện.³

Từ cuối những năm 1990 đến đầu những năm 2000, WHO khuyến cáo các quốc gia thành viên áp dụng tiếp cận “*phối hợp y tế công - tư*” (gọi tắt là PPM) để đối phó với dịch bệnh lao trên toàn cầu. Kể từ đó đến nay, PPM đã được áp dụng rộng rãi ở hầu hết các quốc gia, đặc biệt là những quốc gia đang hoặc kém phát triển, trong đó có Việt Nam và đem lại một số hiệu quả nhất định. Tuy nhiên, các nghiên cứu cho tới thời điểm hiện tại đánh giá hiệu quả của mô hình PPM chủ yếu tập trung vào các kết cục chính là tỉ lệ phát hiện/báo cáo ca bệnh, tỉ lệ hoàn thành điều trị, tỉ lệ khỏi bệnh và tỉ lệ lao đa kháng thuốc.⁴ Vì vậy, chúng tôi tiến hành thực hiện nghiên cứu này nhằm mục tiêu đánh giá thực trạng kiến thức, thái độ, thực hành, cũng như hiệu quả của một số giải pháp can thiệp trong mô hình PPM đối với cải thiện kiến thức, thái độ, thực hành chăm sóc Lao của nhân viên y tế thuộc các cơ sở y tế tư nhân tại Hà Nội trong giai đoạn 2020-2022.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP

1. Đối tượng

Nghiên cứu được thực hiện trên các nhân viên y tế làm việc tại các cơ sở y tế tư nhân thuộc 10 quận thành phố Hà Nội trong giai đoạn tháng 1/2020 đến tháng 12/2022.

Tiêu chuẩn lựa chọn

- Là bác sĩ lâm sàng thuộc 1 trong 3 chuyên khoa: nội tổng hợp, hô hấp và bác sĩ gia đình;
- Đồng ý tham gia nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ

Các nhân viên y tế không thuộc các chuyên khoa trên hoặc không đồng ý tham gia nghiên cứu sẽ bị loại khỏi nghiên cứu.

2. Phương pháp

Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu can thiệp cộng đồng có đối chứng.

Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu

Áp dụng công thức tính cỡ mẫu trong nghiên cứu can thiệp đối với kết cục là biến nhị phân (thực hành đúng):

$$2(Z_{\alpha/2} + Z_{\beta})^2 \cdot p \cdot (1-p) / (p_1 - p_2)^2$$

Trong đó:

- n là cỡ mẫu cần thiết mỗi nhóm;
- $Z_{\alpha/2} = 1,96$ (tương ứng mức alpha kỳ vọng = 0,05);
- $Z_{\beta} = 1.645$ (tương ứng với lực mẫu = 0,95);
- $p_1 = 0,2$ và $p_2 = 0,4$ (dựa vào sự gia tăng tỉ lệ thực hành đúng từ 20% lên 40% sau can thiệp PPM tại các quốc gia Đông Nam Á⁴),
- $p = (p_1 + p_2) / 2 = 0,3$.

Cỡ mẫu tính toán lý thuyết cho nghiên cứu tối thiểu n = 136 nhân viên y tế mỗi nhóm. Trên thực tế, chúng tôi đã khảo sát thu thập được số liệu từ 500 nhân viên y tế, với 250 nhân viên y tế thuộc nhóm can thiệp và 250 nhân viên y tế thuộc nhóm đối chứng. Trong quá trình theo dõi sau can thiệp, có 21 nhân viên y tế thuộc nhóm can thiệp và 47 nhân viên y tế thuộc nhóm đối chứng mất dấu theo dõi, hoặc không đồng ý tiếp tục nghiên cứu, do đó, phân tích cuối cùng được tiến hành trên 229 cơ sở y tế thuộc nhóm can thiệp và 203 cơ sở y tế thuộc nhóm đối chứng.

Phương pháp chọn mẫu và ghép cặp: Lấy mẫu toàn bộ các bác sĩ đáp ứng đủ tiêu chuẩn lựa chọn từ danh sách các cơ sở y tế tư nhân trên địa bàn 10 quận thuộc Hà Nội. Nhân viên y tế thuộc nhóm can thiệp và nhóm đối chứng được ghép cặp dựa trên tuổi, giới tính và đã từng/chưa từng tập huấn Lao.

Nội dung và kỳ vọng chính của các can thiệp trong nghiên cứu

Dựa trên những kết quả khảo sát về tình trạng chăm sóc người bệnh Lao tại các cơ sở y tế tư nhân, chúng tôi đưa ra 4 can thiệp chính trong nghiên cứu này, bao gồm:

- (1) Tập huấn Lao đối với các cán bộ y tế;
- (2) Can thiệp hỗ trợ xét nghiệm tại các cơ sở y tế tư nhân;
- (3) Can thiệp hỗ trợ báo cáo ca bệnh và giám sát và
- (4) Can thiệp hỗ trợ chi phí cho các cơ sở y tế tư nhân.

Các can thiệp này được đề ra nhằm mục tiêu bước đầu tháo gỡ những vướng mắc, rào cản hiện hữu, để từ đó có thể tiếp cận một cách có hiệu quả đến hệ thống y tế tư nhân, thông qua đó nâng cao năng lực và chất lượng chăm sóc Lao tại các đơn vị này.

Quy trình nghiên cứu

Quy trình thu thập số liệu được thực hiện qua 4 giai đoạn. Trong giai đoạn chuẩn bị, nhóm can thiệp tiến hành thiết kế bộ câu hỏi, bảng kiểm, tập huấn cho điều tra viên và giám sát viên về nội dung điều tra, tiến hành điều tra thử, điều chỉnh lại bộ câu hỏi trước khi tiến hành chính thức. Giai đoạn điều tra thu thập số liệu trước can thiệp được tiến hành từ tháng 1/2020 đến tháng 12/2020 đối với 500 nhân viên y tế đồng ý tham gia nghiên cứu. Giai đoạn triển khai các hoạt động can thiệp được tiến hành từ tháng 1/2021 đến 12/2021 tại các cơ sở y tế tư nhân thuộc nhóm can thiệp. Giai đoạn đánh

giá hiệu quả sau can thiệp được tiến hành sau 12 tháng tính từ lúc can thiệp chính thức được triển khai tại cơ sở y tế tư nhân (đối với nhóm can thiệp); và sau 12 tháng tính từ lần đánh giá đầu tiên (đối với nhóm đối chứng).

Bộ công cụ đánh giá kiến thức, thái độ, hành vi của nhân viên y tế

Bộ câu hỏi đánh giá được nhóm nghiên cứu thiết kế dựa trên các bộ công cụ đã có sẵn từ các nghiên cứu trước đây,³ tuân theo các điểm chính trong Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị Lao ban hành bởi Bộ Y tế,⁵ đồng thời có những chỉnh sửa nhằm phù hợp với mục tiêu và bối cảnh nghiên cứu.

Phần đầu tiên của bộ câu hỏi bao gồm những thông tin chung về tuổi, giới, học vấn, thâm niên công tác và đã từng/chưa từng tập huấn Lao trước đây. Để đánh giá kiến thức, chúng tôi đưa ra 12 câu hỏi nhằm đánh giá đối tượng nghiên cứu trên 4 chủ đề chính:

- (1) kiến thức chung về Lao;
- (2) biểu hiện lâm sàng Lao;
- (3) các xét nghiệm sàng lọc và chẩn đoán Lao và;
- (4) dự phòng Lao.

Để đánh giá thái độ, chúng tôi đưa ra 15 nhận định về 2 khía cạnh:

- (1) quan điểm đối với Lao và người bệnh Lao và;
- (2) quan điểm đối với chương trình chống Lao Quốc gia và yêu cầu đối tượng nghiên cứu phản hồi các quan điểm trên thang Likert-5, từ 0-rất không đồng ý tới 4-rất đồng ý.

Để đánh giá thực hành, chúng tôi đưa ra 14 tình huống thực hành lâm sàng (bao gồm báo cáo ca bệnh, quản lý, theo dõi người bệnh và dự phòng Lao) và yêu cầu đối tượng nghiên cứu tự đánh giá mức độ thực hành trên thang Likert-5, từ 0-không bao giờ tới 4-thường xuyên.

Chúng tôi đã tiến hành đánh giá độ tin cậy và tính giá trị của bộ câu hỏi trên 20 nhân viên y tế. Giá trị Cronbach's alpha của bộ câu hỏi kiến thức, thái độ và thực hành về chăm sóc lao được tính toán lần lượt là 0,78; 0,71 và 0,82.

Xử lý số liệu

Các số liệu từ phiếu điều tra được kiểm tra, làm sạch, mã hoá và nhập bằng phần mềm Epi Data 3.1. Các số liệu từ phiếu điều tra được xử lý thống kê bằng phần mềm SPSS 23.0. Các biến liên tục được trình bày dưới dạng giá trị trung bình và độ lệch chuẩn. Các biến rời rạc được trình bày dưới dạng giá trị định tính và tỉ lệ %. Đối với các biến liên tục có phân bố chuẩn, khác biệt giữa hai nhóm được kiểm định bằng kiểm định t-test, còn các biến liên tục không có phân bố chuẩn được kiểm định bằng kiểm định Mann-Whitney. Đối với các biến rời rạc, khác biệt giữa các tỉ lệ được kiểm định bằng kiểm định Chi square, trong trường hợp tần số 1 nhóm < 5, chúng tôi sẽ sử dụng kiểm định Fisher exact test. Sự khác biệt trước sau can thiệp sẽ được kiểm định thông qua kiểm định McNemar. Sự khác biệt coi là có ý nghĩa thống kê khi $p < 0,05$.

Hiệu quả can thiệp được đánh giá dựa vào chỉ số hiệu quả (CSHQ) và hiệu quả can thiệp (HQCT):

Chỉ số hiệu quả (CSHQ):

$$\text{CSHQ (\%)} = \frac{p_2 - p_1}{p_1} \times 100$$

Trong đó:

p_1 : là tỉ lệ trước can thiệp

p_2 : là tỉ lệ sau can thiệp

So sánh hiệu quả can thiệp (HQCT) giữa 2 mô hình:

$$\text{HQCT} = \text{CSHQ}_1 - \text{CSHQ}_2$$

Trong đó:

CSHQ_1 : chỉ số hiệu quả can thiệp mô hình nhóm can thiệp

CSHQ_2 : chỉ số hiệu quả can thiệp mô hình nhóm đối chứng

3. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu đã được Hội đồng Đạo đức trong nghiên cứu Y sinh học của Trường Đại học Y Hà Nội phê duyệt theo quyết định 101/GCN-HĐĐĐNCYSSH-ĐHYHN, ngày 25/10/2021. Nghiên cứu tuyệt đối giữ bí mật về những thông tin do đối tượng cung cấp. Nghiên cứu này chỉ nhằm mục đích duy nhất là bảo vệ và nâng cao sức khỏe cho cộng đồng, không nhằm một mục đích nào khác.

III. KẾT QUẢ

Đa số các nhân viên y tế trong nghiên cứu thuộc chuyên ngành nội khoa/hô hấp, đã từng thăm khám trực tiếp người bệnh lao, tuy nhiên tỉ lệ từng được tập huấn về chăm sóc lao chỉ là 11,2% và 10% ở nhóm nghiên cứu và nhóm đối chứng. (Bảng 1)

Bảng 1. Một số đặc điểm của các nhân viên y tế tại các cơ sở y tế tư nhân (n = 500)

Đặc điểm		Nhóm nghiên cứu (n = 250)	Nhóm đối chứng (n = 250)	p
Giới, n (%)	Nam	117 (46,8)	111 (44,4)	0,327 ^a
	Nữ	133 (53,2)	139 (55,6)	
Tuổi, $\bar{X} \pm SD$		42,52 \pm 8,85	41,76 \pm 8,80	0,859 ^p

Đặc điểm		Nhóm nghiên cứu (n = 250)	Nhóm đối chứng (n = 250)	p
Trình độ chuyên môn, n (%)	Bác sĩ	169 (67,6)	166 (66,4)	0,913 ^a
	CK1/Ths	69 (27,6)	73 (29,2)	
	CK2/TS	12 (4,8)	11 (4,4)	
Vị trí công tác, n (%)	Phòng khám nội khoa	99 (39,6)	104 (41,6)	0,483 ^a
	Phòng khám hô hấp	75 (30,0)	83 (33,2)	
	Phòng khám đa khoa	53 (21,2)	48 (19,2)	
	Phòng khám gia đình	23 (9,2)	15 (6,0)	
Thời gian công tác, $\bar{X} \pm SD$ (năm)		15,05 \pm 7,81	15,00 \pm 7,81	0,802 ^b
Từng tiếp xúc với BN lao, n (%)		197 (78,8%)	208 (83,2%)	0,254 ^a
Từng được tập huấn về lao, n (%)		28 (11,2%)	25 (10,0%)	0,667 ^a

^aKiểm định T-test; ^bKiểm định Chi-square.

Tại thời điểm trước can thiệp, hầu hết các nhân viên y tế trong nghiên cứu có các kiến thức cơ bản về căn nguyên, đường lây, triệu chứng, chẩn đoán và điều trị Lao. Tuy nhiên, kết quả nghiên cứu cũng đã chỉ ra một số khoảng trống kiến thức. Chỉ có 18-35% nhân viên y tế lựa chọn XQ ngực và IGRA là xét nghiệm sàng lọc Lao. Tỷ lệ nhân viên y tế cho rằng khẩu trang y tế không có tác dụng dự phòng lây Lao chỉ là 19,7% ở nhóm nghiên cứu và 18,7% ở nhóm

đối chứng. Sau can thiệp, chúng tôi ghi nhận sự gia tăng đối tượng trả lời đúng các triệu chứng Lao bao gồm “mệt mỗi gày sút” và “đau ngực khó thở” ở nhóm nghiên cứu, với chỉ số hiệu quả lần lượt là 11,41% và 18,23%. Tuy nhiên, không có sự thay đổi đối với các khoảng trống kiến thức đã được xác định trước can thiệp về xét nghiệm sàng lọc Lao và khả năng dự phòng của khẩu trang y tế thông thường. (Bảng 2)

Bảng 2. Hiệu quả can thiệp trong cải thiện kiến thức của nhân viên y tế (n = 432)

Kiến thức	Nhóm nghiên cứu (n = 229)				Nhóm đối chứng (n = 203)				HQCT
	TCT	SCT	P _{T-S}	CSHQ1	TCT	SCT	P _{T-S}	CSHQ2	
Ví khuẩn là căn nguyên gây bệnh	97,80%	97,40%	1,000	-0,41%	97,50%	98,50%	0,73	1,03%	-1,43%
Không khí là đường lây truyền phổ biến nhất	76,40%	78,20%	0,749	2,36%	79,30%	79,80%	1,000	0,63%	1,73%
HIV là yếu tố nguy cơ quan trọng nhất của Lao	63,30%	57,20%	0,198	-9,64%	63,10%	56,70%	0,23	-10,14%	0,51%
Lao tiềm ẩn không có khả năng lây	67,70%	64,20%	0,512	-5,17%	67,00%	66,00%	0,92	-1,49%	-3,68%
Lao hoạt động có khả năng lây	98,30%	96,90%	0,549	-1,42%	98,50%	96,60%	0,34	-1,93%	0,50%
Lao có thể chữa khỏi	99,10%	100,00%	-	0,91%	100,00%	99,00%	-	-1,00%	1,91%
Triệu chứng chính của Lao									
Ho kéo dài	97,80%	97,80%	1,000	0,00%	98,50%	98,00%	1,000	-0,51%	0,51%
Sốt nhẹ về chiều	93,00%	84,70%	0,007	-8,92%	92,10%	87,70%	0,19	-4,78%	-4,15%
Mệt gầy sút	68,10%	79,00%	0,005	16,01%	73,90%	77,30%	0,49	4,60%	11,41%
Đau ngực, khó thở	59,00%	68,60%	0,043	16,27%	71,40%	70,00%	0,83	-1,96%	18,23%
Ra mồ hôi đêm	67,20%	71,20%	0,412	5,95%	70,40%	69,50%	0,91	-1,28%	7,23%
Tổn thương đỉnh phổi là hình ảnh XQ gợi ý Lao	84,30%	89,10%	0,185	5,69%	90,10%	88,70%	0,74	-1,55%	7,25%
Cấy đờm là XN chẩn đoán xác định Lao	71,20%	71,60%	1,000	0,56%	72,90%	68,50%	0,4	-6,04%	6,60%
X-quang ngực là XN sàng lọc Lao	18,30%	21,00%	0,561	14,75%	21,20%	19,20%	0,71	-9,43%	24,19%
Số mẫu đờm cần lấy để làm XN AFB là 2 mẫu	83,40%	75,50%	0,044	-9,47%	80,30%	80,80%	1,000	0,62%	-10,10%
MDR là Lao kháng với ít nhất INH và RIF	83,80%	82,50%	0,801	-1,55%	81,30%	87,70%	0,08	7,87%	-9,42%
Vaccine phòng Lao là BCG	97,80%	96,50%	0,388	-1,33%	96,10%	97,00%	1,000	0,94%	-2,27%
Khẩu trang y tế không có tác dụng dự phòng Lao	19,70%	21,40%	0,744	8,63%	18,70%	24,10%	0,24	28,88%	-20,25%
Khẩu trang N95 có tác dụng dự phòng Lao	96,50%	96,90%	1,000	0,41%	98,00%	97,00%	0,75	-1,02%	1,43%
Thông khí tự nhiên là PP VSMT dự phòng Lao	76,00%	71,60%	0,348	-5,79%	71,40%	72,40%	0,92	1,40%	-7,19%

Tại thời điểm trước can thiệp, đa số nhân viên y tế trong nghiên cứu bày tỏ thái độ không đồng ý đối với những quan điểm kỳ thị bệnh nhân Lao, cũng như các quan điểm tiêu cực về việc lồng ghép chương trình chăm sóc Lao được đưa ra. Phần lớn các nhân viên y tế cho rằng chương trình sẽ làm giảm việc lây nhiễm Lao trong cộng đồng và giúp bệnh nhân Lao được chăm sóc tốt hơn. Khoảng 60% nhân viên y tế trong nghiên cứu sẵn sàng tham gia các chương trình tập huấn Lao. Sau can thiệp, chúng tôi không ghi nhận sự thay đổi trong các quan điểm kỳ thị Lao và người bệnh Lao. Tuy nhiên, ở nhóm nghiên cứu, có sự gia tăng có ý nghĩa thống kê các quan điểm tiêu cực liên quan đến việc lồng ghép chương trình chống Lao Quốc gia vào hoạt động tại cơ sở, bao gồm “Chương trình công kênh và phức tạp”; “Phải kiểm nhiệm nhiệm vụ không cần thiết”; và “Nội dung chương trình khó thực hiện”; với chỉ số hiệu quả lần lượt là -8,33%; 3,3% và -34,87%. (Bảng 3)

Bảng 3. Hiệu quả can thiệp trong cải thiện thái độ của nhân viên y tế (n = 432)

Quan điểm	Thái độ	Nhóm nghiên cứu (n = 229)				Nhóm đối chứng (n = 203)				
		TCT	SCT	P _{T-s}	CSHQ1	TCT	SCT	P _{T-s}	CSHQ2	
Sợ hãi khi tiếp xúc	Không đồng ý	70,30%	68,60%	0,289	-2,42%	68,50%	67,00%	0,375	-2,19%	-0,23%
Khó chịu với người bệnh Lao	Không đồng ý	71,20%	70,70%	1,000	-0,70%	70,40%	69,00%	0,453	-1,99%	1,29%
Không muốn tiếp xúc với người bệnh Lao	Không đồng ý	72,50%	71,60%	0,687	-1,24%	69,00%	67,50%	0,508	-2,17%	0,93%
Mức bệnh lao là lỗi của chính người bệnh	Không đồng ý	72,10%	72,10%	1,000	0,00%	71,90%	70,00%	0,219	-2,64%	2,64%
Cần nhắc nhở việc	Không đồng ý	69,00%	70,30%	0,453	1,88%	66,50%	64,00%	0,125	-3,76%	5,64%
Sẵn sàng tập huấn	Đồng ý	79,90%	79,90%	1,000	0,00%	74,90%	74,90%	1,000	0,00%	0,00%
Từ chối khám/điều trị	Không đồng ý	69,90%	69,40%	1,000	-0,72%	68,50%	68,00%	1,000	-0,73%	0,01%
Chương trình công kênh và phức tạp	Không đồng ý	66,80%	55,50%	0,010	-16,92%	57,10%	52,20%	0,387	-8,58%	-8,33%
Kiểm nhiệm vụ không cần thiết	Không đồng ý	65,90%	52,80%	0,004	-19,88%	59,10%	49,30%	0,080	-16,58%	-3,30%
Nội dung khó thực hiện	Không đồng ý	66,40%	39,70%	0,000	-40,21%	56,20%	53,20%	0,713	-5,34%	-34,87%
Hoạt động không thực tiễn	Không đồng ý	68,60%	59,80%	0,062	-12,83%	57,60%	54,70%	0,631	-5,03%	-7,79%
Vai trò của các cơ sở y tế công lập	Không đồng ý	58,10%	55,00%	0,569	-5,34%	51,20%	51,20%	1,000	0,00%	-5,34%

Quan điểm	Thái độ	Nhóm nghiên cứu (n = 229)				Nhóm đối chứng (n = 203)				
		TCT	SCT	p _{T-S}	CSHQ1	TCT	SCT	p _{T-S}	CSHQ2	
Cơ sở y tế không được hưởng lợi	Không đồng ý	52,00%	59,00%	0,152	13,46%	52,20%	52,70%	1,000	0,96%	12,50%
Giúp làm giảm lây nhiễm Lao	Đồng ý	79,50%	73,80%	0,358	-7,17%	79,30%	74,50%	0,527	-6,05%	-1,12%
Giúp người bệnh được chăm sóc tốt hơn	Đồng ý	81,20%	84,20%	0,688	3,69%	78,30%	75,50%	0,556	-3,58%	7,27%

Trước can thiệp, kết quả nghiên cứu ghi nhận các khoảng trống trong thực hành chăm sóc Lao, bao gồm không chỉ định XN HIV cho BN Lao; chẩn đoán xác định bằng XQ và CLVT, chỉ xét nghiệm đờm với lao đa kháng thuốc; chỉ tái khám cuối đợt điều trị, không chỉ định xét nghiệm đờm ở các lần tái khám; và sử dụng khẩu trang y tế khi thăm khám và tiếp xúc BN lao. Sau can thiệp, nhóm can thiệp có sự gia tăng tần suất thực hiện các thực hành đúng; bao gồm báo cáo ca bệnh (CSHQ: 24,61%); chỉ định XN HIV với lao hoạt động (CSHQ: 12,15%); đeo khẩu trang và vệ sinh tay trước và sau khi tiếp xúc người bệnh Lao (CSHQ: 15,86%), tránh ngồi đối diện khi thăm khám người bệnh Lao (CSHQ: 33,07%) và giảm tần suất thực hiện các thực hành sai; bao gồm chụp XQ/CT ngực để chẩn đoán xác định (CSHQ: 5,12%), không chỉ định XN đờm (CSHQ: 34,15%), chỉ yêu cầu XN đờm với lao đa kháng thuốc (CSHQ: 57,26%), sử dụng khẩu trang y tế khi thăm khám người bệnh Lao (CSHQ: 5,01%), yêu cầu đóng kín cửa phòng khi thăm khám người bệnh Lao (CSHQ: 34,75%). Sự cải thiện là có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$; trong khi đó, ở nhóm đối chứng không ghi nhận bất cứ sự thay đổi nào có ý nghĩa thống kê về tần suất thực hiện các thực hành trong nghiên cứu. (Bảng 4)

Bảng 4. Hiệu quả can thiệp trong cải thiện thực hành của nhân viên y tế (n = 432)

Thực hành với tần suất thường xuyên trở lên	Nhóm nghiên cứu (n = 229)				Nhóm đối chứng (n = 203)				
	TCT	SCT	p	CSHQ1	TCT	SCT	p	CSHQ2	
Báo cáo ca bệnh	76.40%	95.20%	0.000	24.61%	72.40%	72.40%	1.000	0.00%	24.61%
Chụp XQ/CT ngực để chẩn đoán xác định	80.80%	74.20%	0.000	-8.17%	78.80%	76.40%	0.180	-3.05%	-5.12%
Không chỉ định xét nghiệm đờm vì tốn thời gian	20.50%	27.50%	0.011	34.15%	26.10%	26.10%	1.000	0.00%	34.15%
Xét nghiệm HIV với lao hoạt động	63.30%	72.10%	0.001	13.90%	57.10%	58.10%	0.687	1.75%	12.15%
Chỉ yêu cầu xét nghiệm đờm với MDR-TB	59.40%	24.90%	0.000	-58.08%	60.60%	60.10%	1.000	-0.83%	-57.26%

Thực hành với tần suất thường xuyên trở lên	Nhóm nghiên cứu (n = 229)				Nhóm đối chứng (n = 203)				
	TCT	SCT	p	CSHQ1	TCT	SCT	p	CSHQ2	
Yêu cầu bệnh nhân chỉ tái khám vào cuối đợt điều trị	55.50%	53.30%	0.227	-3.96%	57.10%	54.70%	0.267	-4.20%	0.24%
Không chỉ định soi đờm khi tái khám	52.80%	51.50%	0.453	-2.46%	58.60%	57.60%	0.791	-1.71%	-0.76%
Đeo khẩu trang và vệ sinh tay	75.10%	82.50%	0.000	9.85%	74.90%	70.40%	0.108	-6.01%	15.86%
Sử dụng khẩu trang y tế	76.90%	56.80%	0.000	-26.14%	77.80%	73.90%	0.088	-5.01%	-21.12%
Yêu cầu bệnh nhân Lao đeo khẩu trang	79.90%	94.30%	0.000	18.02%	79.80%	77.30%	0.302	-3.13%	21.16%
Yêu cầu đóng kín cửa phòng	21.00%	11.80%	0.017	-43.81%	27.60%	25.10%	0.424	-9.06%	-34.75%
Tránh ngồi đối diện	67.70%	89.10%	0.000	31.61%	68.50%	67.50%	0.727	-1.46%	33.07%

IV. BÀN LUẬN

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi đã chỉ ra một số khoảng trống kiến thức trong chăm sóc người bệnh Lao, bao gồm:

(1) Tỷ lệ lựa chọn XQ ngực là xét nghiệm sàng lọc Lao thấp và;

(2) Tỷ lệ nhân viên y tế cho rằng khẩu trang y tế có tác dụng dự phòng lây Lao cao.

Khoảng trống kiến thức về xét nghiệm sàng lọc Lao đã được báo cáo trong một số nghiên cứu trước đây. Trong nghiên cứu của Alotaibi và cộng sự (2016) tiến hành trên 540 nhân viên y tế, có tới 71% và 66% nhân viên y tế lựa chọn XQ ngực và Mantoux là xét nghiệm chẩn đoán xác định Lao, trong khi đó, có 35% và 44% nhân viên y tế lựa chọn AFB đờm và cấy đờm là các xét nghiệm sàng lọc Lao.⁶ Trong nghiên cứu của Rupani và cộng sự (2021) tiến hành trên 201 nhân viên y tế tại Bhavnagar, Ấn Độ, kết quả khảo sát cho thấy có tới gần 50% nhân viên y tế lựa chọn XQ ngực là xét nghiệm chẩn đoán Lao.⁷ Trong nghiên cứu của Adepoju và cộng sự (2022) tiến hành trên 152 nhân viên y tế không thuộc chương trình chống Lao Quốc gia tại Nigeria, kết quả nghiên cứu cho thấy, có tới 66.4% nhân viên y tế lựa chọn XQ là xét nghiệm chẩn đoán xác định Lao.⁸ Theo Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị Lao của Bộ Y tế ban hành năm 2020,⁵ XQ ngực là xét nghiệm có giá trị trong sàng lọc Lao ở người bệnh có triệu chứng nghi Lao. Đây là xét nghiệm đơn giản, sẵn có, giá thành không quá cao, dễ tiến hành và có độ nhạy cao, do đó, chúng phù hợp phục vụ cho mục đích sàng lọc ở tuyến y tế cơ sở, nơi thường không tiếp cận được với các xét nghiệm vi khuẩn học. Sự thiếu hiểu biết đối với vai trò sàng lọc của XQ ngực, có thể dẫn tới 1 trong 2 thực hành sai sau đây:

(1) cán bộ y tế có thể bỏ qua không chỉ định khi tiếp xúc với người bệnh có triệu chứng nghi Lao; và

(2) cán bộ y tế có thể quá phụ thuộc vào XQ ngực, đôi khi sử dụng chúng như là phương tiện để chẩn đoán xác định và bỏ qua vai trò của các xét nghiệm vi khuẩn học.

Những thực hành không đạt chuẩn này chính là lý do dẫn tới việc người bệnh Lao bị chậm trễ chẩn đoán, bỏ qua chẩn đoán, hoặc ngược lại, người bệnh phải chịu những tổn kém về thời gian, chi phí và sức khỏe khi phải tiếp nhận các dịch vụ điều trị Lao trong khi chẩn đoán chưa thực sự rõ ràng.

Khẩu trang N95 được khuyến cáo sử dụng trong Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị của Bộ Y tế đối với chăm sóc người bệnh Lao, bởi đây là loại khẩu trang duy nhất có khả năng bảo vệ nhân viên y tế trước các giọt bắn lây nhiễm.⁵ Hiểu biết sai về khả năng dự phòng của khẩu trang y tế và khẩu trang N95 sẽ dẫn tới thực hành sai trong phòng ngừa lây nhiễm Lao, từ đó gia tăng nguy cơ cho cả nhân viên y tế và người bệnh Lao. Khoảng trống kiến thức về bảo hộ cá nhân phòng ngừa Lao cũng là một vấn đề từng được chỉ ra trong các nghiên cứu trước đây. Trong một nghiên cứu tiến hành trên 200 nhân viên y tế năm 2019 tại Nekemthe, Ethiopia, có 45% nhân viên y tế cho rằng khẩu trang y tế là đủ để dự phòng lây nhiễm Lao.⁹ Tỷ lệ này trong nghiên cứu của Baral và cộng sự (2022) chỉ là 17,9%, tuy nhiên chỉ có 20,5% nhân viên y tế lựa chọn đúng N95 là phương tiện bảo hộ phù hợp trong dự phòng lây nhiễm Lao.¹⁰ Trong nghiên cứu của Alotaibi và cộng sự (2016), có 18% nhân viên y tế cho rằng chỉ cần đeo khẩu trang y tế khi tiếp xúc với người bệnh Lao hoạt động.⁶

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy, đa số nhân viên y tế trong nghiên cứu bày tỏ thái độ không đồng ý đối với những quan điểm kỳ thị bệnh nhân Lao, cũng như các quan điểm tiêu cực về việc lồng ghép chương trình chăm sóc Lao được đưa ra. Phần lớn các nhân viên

y tế cho rằng chương trình sẽ làm giảm việc lây nhiễm Lao trong cộng đồng và giúp bệnh nhân Lao được chăm sóc tốt hơn. Khoảng 60% nhân viên y tế trong nghiên cứu sẵn sàng tham gia các chương trình tập huấn Lao. Các nghiên cứu khác tiến hành tại các khu vực có gánh nặng bệnh Lao cao cũng cho thấy những quan điểm ít tiêu cực, kỳ thị, cũng như thái độ hợp tác và động lực tham gia vào chương trình chống Lao Quốc gia.^{6,9,11} Thái độ tích cực và quan điểm ít kỳ thị người bệnh Lao ở các nước gánh nặng bệnh Lao cao là một điểm đáng lưu ý, bởi có thể sự kỳ thị không phải là rào cản chính đối với việc tiếp cận chăm sóc Lao tại khu vực y tế tư nhân.

Nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận nhiều khoảng trống cần được lưu ý trong thực hành chăm sóc Lao. Trước tiên, chúng tôi nhận thấy các nhân viên y tế trong nghiên cứu có xu hướng quá dựa vào các phương tiện chẩn đoán hình ảnh như XQ/CLVT ngực để chẩn đoán Lao. Theo khuyến cáo từ các hướng dẫn hiện hành của Bộ Y tế, các bất thường trên hình ảnh XQ/CLGT là không đủ độ tin cậy để chẩn đoán Lao, và nếu chẩn đoán hình ảnh gợi ý tổn thương Lao, cần làm xét nghiệm đờm để chẩn đoán xác định.⁵ Thực hành sai này cũng đã được báo cáo trong các nghiên cứu trước đây, với kết quả nghiên cứu chỉ rằng XQ ngực là phương tiện chẩn đoán được lựa chọn bởi 45,4%-68% nhân viên y tế tham gia nghiên cứu.¹²⁻¹⁵ Xu hướng lựa chọn XQ ngực làm phương tiện chẩn đoán đầu tay có thể được giải thích bởi 2 nguyên nhân sau đây: do thiếu kiến thức về chẩn đoán Lao, cũng như giá trị của các xét nghiệm đờm, hoặc cũng có thể do việc chỉ định XQ/CLVT ngực là nhanh và thuận tiện hơn, do đó phù hợp hơn với môi trường y tế tư nhân, nơi cán bộ y tế luôn phải chịu áp lực cung cấp thông tin về kết quả xét nghiệm cho người bệnh/khách hàng một cách nhanh nhất có thể.

Do HIV là yếu tố nguy cơ quan trọng nhất đối với mắc Lao, cũng như chuyển dạng Lao hoạt động, đặc biệt ở các quốc gia có gánh nặng bệnh Lao cao, việc xét nghiệm HIV có tư vấn được coi là thực hành tiêu chuẩn đối với người bệnh Lao.⁵ Tuy nhiên, kết quả nghiên cứu của chúng tôi đã chỉ ra rằng, các nhân viên y tế không thường xuyên chỉ định XN HIV cho người bệnh Lao hoạt động. Trong một nghiên cứu mô tả cắt ngang sử dụng phương pháp người bệnh chuẩn (Standardized patient) với 2 kịch bản là ca bệnh nghi Lao và ca bệnh Lao đã chẩn đoán xác định tiến hành trên 398 nhân viên y tế tư nhân tại Nigeria, kết quả nghiên cứu cho thấy chỉ có 13,4% và 27,1% nhân viên y tế đặt câu hỏi về tình trạng nhiễm HIV của người bệnh, và chỉ 10,3% và 13,4% khuyến cáo người bệnh làm XN HIV.¹⁶ Ở khu vực y tế công lập, thực hành xét nghiệm HIV dường như khả quan hơn, theo như kết quả nghiên cứu tiến hành trên 540 nhân viên y tế thuộc các đơn vị công lập, với 74% nhân viên y tế trả lời rằng họ có chỉ định XN HIV cho người bệnh Lao hoạt động.⁶ Tuy vậy, những kết quả nghiên cứu trên đây nhìn chung đều nhấn mạnh sự cần thiết của việc tập huấn, đào tạo các bác sĩ thuộc khu vực y tế tư nhân để gia tăng nhận thức và thực hành của họ đối với việc chỉ định HIV cho người bệnh Lao.

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng ghi nhận những thực hành sai trong việc quản lý và theo dõi điều trị người bệnh Lao, với phần lớn nhân viên y tế trong nghiên cứu báo cáo rằng họ thường chỉ hẹn tái khám vào cuối đợt điều trị, đồng thời không chỉ định xét nghiệm đờm khi tái khám. Khoảng trống thực hành này cũng đã được báo cáo trong các nghiên cứu trước đây. Trong một tổng quan hệ thống năm 2010 tiến hành đánh giá kiến thức, thái độ và hành vi trong chăm sóc Lao của các nhân viên y tế thuộc khu vực y tế tư nhân, kết quả nghiên cứu chỉ ra rằng chỉ có chưa đến 20% nhân viên y

tế hẹn tái khám đối với người bệnh Lao trong suốt quá trình điều trị.³ Trong một tổng quan hệ thống khác tiến hành năm 2015 trên 47 nghiên cứu, kết quả nghiên cứu chỉ ra rằng có chưa đến 40% nhân viên y tế biết rằng cần phải làm xét nghiệm nhuộm soi đờm để theo dõi đáp ứng điều trị, trong khi đó, số nhân viên y tế còn lại dựa vào lâm sàng và hình ảnh XQ ngực để đánh giá đáp ứng. Các kết quả nghiên cứu này cho thấy sự chênh lệch nghiêm trọng trong thực hành so với các tiêu chuẩn đã được đề ra, bao gồm việc giám sát, hỗ trợ người bệnh theo tiêu chuẩn DOTS khuyến cáo bởi Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị Lao năm 2020.⁵ Thực hành đúng trong theo dõi và quản lý người bệnh Lao sẽ giúp người bệnh tuân thủ điều trị, bởi họ luôn có xu hướng điều trị dang dở khi nhận thấy các triệu chứng đã được cải thiện. Theo khuyến cáo, xét nghiệm đờm là xét nghiệm bắt buộc phải được nhắc lại sau khi kết thúc giai đoạn tấn công và sau khi kết thúc điều trị, bởi quyết định điều trị phụ thuộc phần lớn vào kết quả chuyển đảo nhuộm soi.⁵ Việc quá dựa vào kết quả XQ trong theo dõi điều trị sẽ dẫn tới các thay đổi không phù hợp và không cần thiết, bởi hình ảnh XQ không cải thiện trong 3 tháng đầu điều trị là tình trạng khá phổ biến và không phải vấn đề cần lo ngại. Việc theo dõi điều trị và quản lý người bệnh không hiệu quả sẽ dẫn đến sự tuân thủ điều trị kém, và kết quả cuối cùng là điều trị thất bại, bệnh tái phát và tiến triển Lao kháng thuốc.

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi đã cho thấy, phần lớn nhân viên y tế lựa chọn khẩu trang y tế thông thường thay vì khẩu trang N95 khi khám và tiếp xúc với người bệnh Lao. Các dữ liệu về thực hành đeo khẩu trang ở khu vực y tế tư nhân hiện vẫn chưa được báo cáo, tuy nhiên kết quả các nghiên cứu ở khu vực công lập đã chỉ ra mức thực hành tốt hơn, đặc biệt là trong môi trường chăm sóc người bệnh Lao đa kháng thuốc, với khoảng 40%-65% nhân viên

y tế báo cáo, hoặc được quan sát có đeo khẩu trang N95 khi tiếp xúc với người bệnh Lao.^{17,18} Khoảng trống thực hành trong nghiên cứu của chúng tôi có thể được giải thích bởi sự thiếu kiến thức, khi có tới hơn 80% nhân viên y tế cho rằng đeo khẩu trang y tế là đủ dự phòng lây nhiễm Lao. Mặt khác, sự thiếu hụt các phương tiện bảo hộ cá nhân cũng là một nguyên nhân dẫn tới thực hành đeo khẩu trang sai, bởi việc sử dụng khẩu trang N95 một cách thường xuyên và rộng rãi có thể được xem là phi thực tế ở môi trường y tế tư nhân do các nguyên nhân về tài chính.

Về hiệu quả can thiệp, kết quả nghiên cứu của chúng tôi đã chỉ ra một số điểm đáng lưu ý về sự thay đổi kiến thức, thái độ và thực hành của nhân viên y tế sau can thiệp. Thứ nhất, nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận sự gia tăng có ý nghĩa thống kê các quan điểm tiêu cực liên quan đến việc lồng ghép chương trình chống Lao Quốc gia vào hoạt động khám chữa bệnh tại cơ sở. Các quan điểm này chủ yếu liên quan đến việc gia tăng khối lượng công việc cho các nhân viên y tế, như “Chương trình công kênh và phức tạp”; “Phải kiêm nhiệm nhiệm vụ không cần thiết” và “Các nội dung trong chương trình quá khó thực hiện”. Đây là những nội dung rất đáng lưu ý, bởi rõ ràng là việc triển khai các nội dung chăm sóc Lao ở các cơ sở y tế tư nhân, dù chỉ là các bước sàng lọc và chẩn đoán ban đầu, cũng đặt ra một khối lượng công việc lớn về cả chuyên môn lẫn hành chính đối với các cán bộ y tế tại cơ sở. Trong khi đó, với tính chất phi lợi nhuận của bệnh Lao, khi mà chính sách phụ cấp của chương trình chưa thực sự đủ hấp dẫn, thì cán cân lợi nhuận tài chính/chi phí thời gian và công sức phải bỏ ra sẽ là trở ngại lớn trong việc tiếp tục triển khai hoạt động chăm sóc Lao tại cơ sở. Đây là một rào cản lớn cần được cân nhắc từ phía các nhà quản lý, nhằm đảm bảo hiệu quả của can thiệp được duy trì

trong thời gian lâu dài và triển khai có hiệu quả hơn khi can thiệp được nhân rộng trên quy mô lớn. Vấn đề này cũng đã được chỉ rõ trong báo cáo đánh giá sự phối hợp của các cơ sở y tế trong quản lý Lao của tác giả Hoàng Khánh Chi và cộng sự năm 2020, khi nhóm tác giả đề cập đến tình trạng thiếu sự sẵn sàng chia sẻ thông tin từ các cơ sở y tế tư nhân, vì một mặt họ không muốn chia sẻ thông tin về số lượng bệnh tại phòng khám tư cho chương trình chống Lao Quốc gia, phần lớn các đối tượng nghiên cứu cho biết vẫn coi đây là một trở ngại bởi không muốn mất thời gian, đặc biệt là với phòng khám tư nhân nơi thời gian gắn liền với số lượt người bệnh được khám chữa bệnh và thu nhập của phòng khám, mặt khác bản thân người bệnh không muốn bộc lộ danh tính.¹⁹ Trong một nghiên cứu khác đánh giá về mức độ tham gia của y tế tư nhân vào công tác phòng chống Lao, các rào cản tương tự cũng đã được chỉ ra, bao gồm:

- (1) Lợi ích tài chính hạn chế từ việc cung cấp các dịch vụ liên quan đến Lao;
- (2) Gánh nặng về thủ tục hành chính và pháp lý;
- (3) Cơ chế quản lý chưa hiệu quả giữa chương trình chống Lao Quốc gia và cơ sở y tế.²⁰

Tuy nhiên, nghiên cứu của chúng tôi đã ghi nhận các thay đổi tích cực trong thực hành chăm sóc Lao ở nhóm nghiên cứu sau can thiệp, khi có sự gia tăng tần suất thực hiện các thực hành đúng (bao gồm báo cáo ca bệnh, chỉ định XN HIV với lao hoạt động, đeo khẩu trang và vệ sinh tay trước và sau khi tiếp xúc người bệnh Lao, tránh ngồi đối diện khi thăm khám người bệnh Lao) và giảm tần suất thực hiện các thực hành sai (bao gồm chụp XQ/CT ngực để chẩn đoán xác định, không chỉ định XN đờm, chỉ yêu cầu XN đờm với lao đa kháng thuốc, sử dụng khẩu trang y tế khi thăm khám người bệnh Lao, yêu cầu đóng kín cửa phòng khi thăm khám

người bệnh Lao). Kết quả này đã bước đầu cho thấy hiệu quả với cách tiếp cận trong nghiên cứu này: Một mặt, can thiệp đã cung cấp các khóa tập huấn tập trung vào các nội dung thực tiễn trong thực hành sàng lọc và chẩn đoán lao tại các đơn vị y tế tư nhân, vốn thường xuyên là điểm đến đầu tiên của người bệnh Lao khi có triệu chứng. Mặt khác, can thiệp đã bước đầu cung cấp các phương tiện cần thiết nhằm củng cố các thực hành đúng trên thực tế lâm sàng, bao gồm việc hỗ trợ xét nghiệm và hệ thống báo cáo, theo dõi và chuyển gửi người bệnh. Tuy nhiên, việc sử dụng công cụ đánh giá là bộ câu hỏi phỏng vấn sẽ dẫn đến đánh giá thực hành thiếu chính xác, bởi thực tế nghiên cứu không thể quan sát thực tế các thực hành này mà chỉ dựa vào đáp án được cung cấp bởi các nhân viên y tế tham gia nghiên cứu.

V. KẾT LUẬN

Kết quả nghiên cứu cho thấy, sau can thiệp, có sự cải thiện kiến thức về triệu chứng Lao bao gồm “mệt mỏi gầy sút” (CSHQ: 11,41%) và “đau ngực khó thở” (CSHQ: 18,23%); gia tăng tần suất thực hiện các thực hành đúng; bao gồm báo cáo ca bệnh (CSHQ: 24,61%); chỉ định xét nghiệm HIV với lao hoạt động (CSHQ: 12,15%); đeo khẩu trang và vệ sinh tay trước và sau khi tiếp xúc người bệnh Lao (CSHQ: 15,86%), tránh ngồi đối diện khi thăm khám người bệnh Lao (CSHQ: 33,07%) và giảm tần suất thực hiện các thực hành sai; bao gồm chụp XQ/CT ngực để chẩn đoán xác định (CSHQ: 5,12%), không chỉ định xét nghiệm đờm (CSHQ: 34,15%), chỉ yêu cầu xét nghiệm đờm với lao đa kháng thuốc (CSHQ: 57,26%), sử dụng khẩu trang y tế khi thăm khám người bệnh Lao (CSHQ: 5,01%), yêu cầu đóng kín cửa phòng khi thăm khám người bệnh Lao (CSHQ: 34,75%). Tuy nhiên, cũng có sự gia tăng các quan điểm tiêu cực liên quan đến việc lồng ghép chương trình chống Lao Quốc gia vào hoạt động tại cơ sở, bao gồm

“Chương trình chồng kênh và phức tạp”; “Phải kiêm nhiệm nhiệm vụ không cần thiết”; và “Nội dung chương trình khó thực hiện”; với chỉ số hiệu quả lần lượt là -8,33%; 3,3% và -34,87%.

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi đã cho thấy những hiệu quả của những can thiệp trong mô hình PPM đối với cải thiện thực hành chăm sóc Lao của nhân viên y tế tại khu vực y tế tư nhân khu vực Hà Nội giai đoạn 2020-2022. Tác động từ những can thiệp này tạo ra những hiệu quả tích cực trong công tác phòng chống Lao, do đó, mô hình PPM nên được khuyến cáo nhân rộng trên quy mô toàn quốc. Tuy nhiên, kết quả nghiên cứu cũng đã ghi nhận một số thay đổi tiêu cực trong thái độ của nhân viên y tế, đây là những điểm cần cân nhắc và có những can thiệp phù hợp để điều chỉnh trước khi mở rộng quy mô cho mô hình PPM trên toàn quốc.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. World Health Organization. *Global Tuberculosis Report 2021*. World Health Organization; 2021.
2. Stallworthy G, Dias HM, Pai M. Quality of tuberculosis care in the private health sector. *J Clin Tuberc Other Mycobact Dis*. 2020; 20: 100171.
3. Bell CA, Duncan G, Saini B. Knowledge, attitudes and practices of private sector providers of tuberculosis care: a scoping review. *Int J Tuberc Lung Dis*. 2011; 15(8): 1005-1017.
4. Lei X, Liu Q, Escobar E, et al. Public-private mix for tuberculosis care and control: a systematic review. *International Journal of Infectious Diseases*. 2015; 34: 20-32.
5. Bộ Y Tế. QĐ số 1314 ngày 24/03/2020 về Hướng dẫn chẩn đoán, điều trị và dự phòng bệnh lao.
6. Alotaibi B, Yassin Y, Mushi A, et al. Tuberculosis knowledge, attitude and practice

among healthcare workers during the 2016 Hajj. *PLoS One*. 2019; 14(1): e0210913.

7. Rupani MP, Shah CJ, Dave JD, Trivedi AV, Mehta KG. 'We are not aware of notification of tuberculosis': A mixed-methods study among private practitioners from western India. *Int J Health Plann Mgmt*. 2021; 36(4): 1052-1068.

8. Adepoju VA, Adejumo OA, Adepoju OE, et al. Do private health providers adhere to National Tuberculosis Guideline while assigning treatment outcome? Findings from a lower middle-income country. *Front Public Health*. 2022; 10: 924132.

9. Golja EA. The assessment of knowledge, attitude and practice towards tuberculosis infection control among health professionals in Nekemte referral hospital, Nekemte, Oromia, West Ethiopia: cross sectional facility based study. *Int j infect control*. 2020; 16(3).

10. Baral MA, Koirala S. Knowledge and Practice on Prevention and Control of Tuberculosis Among Nurses Working in a Regional Hospital, Nepal. *Front Med*. 2022; 8: 788833.

11. Sima BT, Belachew T, Abebe F. Health care providers' knowledge, attitude and perceived stigma regarding tuberculosis in a pastoralist community in Ethiopia: a cross-sectional study. *BMC Health Serv Res*. 2019; 19(1): 19.

12. Achanta S, Jaju J, Kumar AMV, et al. Tuberculosis Management Practices by Private Practitioners in Andhra Pradesh, India. Pai M, ed. *PLoS ONE*. 2013; 8(8): e71119.

13. Datta K, Bhatnagar T, Murhekar M. Private practitioners' knowledge, attitude and practices about tuberculosis, Hooghly district, India. *Indian J Tuberc*. 2010; 57(4): 199-206.

14. Krishnan N, Ananthkrishnan R, Augustine S, et al. Impact of advocacy on the tuberculosis management practices of private practitioners in Chennai City, India. *Int J Tuberc Lung Dis*. 2009; 13(1): 112-118.

15. Rupani MP, Shah CJ, Dave JD, Trivedi AV, Mehta KG. "We are not aware of notification of tuberculosis": A mixed-methods study among private practitioners from western India. *Int J Health Plann Manage*. 2021; 36(4): 1052-1068.

16. Rosapep L, Faye S, Johns B, et al. The know-do gap in adherence to TB-HIV screening guidelines in Urban Nigeria. *USAID*. Published online 2020:1.

17. Waheed Y, Khan MA, Fatima R, et al. Infection control in hospitals managing drug-resistant tuberculosis in Pakistan: how are we doing? *Public Health Action*. 2017; 7(1): 26-31.

18. Bhebhe LT, Van Rooyen C, Steinberg WJ. Attitudes, knowledge and practices of healthcare workers regarding occupational exposure of pulmonary tuberculosis. *Afr J Prim Health Care Fam Med*. 2014; 6(1): E1-6.

19. Hoàng Khánh Chi. Báo cáo đánh giá sự phối hợp của các cơ sở y tế trong quản lý bệnh Lao. Published online 2020.

20. Hoàng Khánh Chi, Lương Anh Ngọc, Lê Mỹ Lan, Trịnh Hoàng Duy, Trần Chiêu Hoàng, Nguyễn Thị Trang Nhung. Mức độ tham gia của y tế tư nhân trong phòng chống bệnh Lao. Published online December 2022.

Summary

EFFECTIVENESS OF THE PUBLIC-PRIVATE PARTNERSHIP MODEL IN IMPROVING KNOWLEDGE, ATTITUDE, AND PRACTICE OF TUBERCULOSIS CARE AMONG HEALTHCARE WORKERS IN PRIVATE HEALTHCARE SECTOR IN HANOI

In order to assess the effectiveness of the PPM model intervention in changing the knowledge, attitudes, and practices of healthcare workers in the private healthcare sector, we conducted a community intervention study involving over 500 healthcare workers in private healthcare facilities in Hanoi. The interventions included training sessions on tuberculosis (TB) for healthcare workers, support for testing at private TB diagnostic and treatment facilities, assistance with disease reporting, and financial support. Following the intervention, there was an improvement in knowledge regarding TB symptoms, including "fatigue and weight loss" (effectiveness index: 11.41%) and "chest pain and difficulty breathing" (effectiveness index: 18.23%). There was an increase in the frequency of correct practices, including disease reporting (effectiveness index: 24.61%), ordering HIV testing in patients with TB symptoms (effectiveness index: 12.15%), wearing masks and hand hygiene before and after contact with TB patients (effectiveness index: 15.86%), avoiding face-to-face consultations with TB patients (effectiveness index: 33.07%), and a decrease in the frequency of incorrect practices, including ordering chest X-rays/CT scans for diagnosis (effectiveness index: 5.12%), not ordering sputum testing (effectiveness index: 34.15%), only ordering sputum testing for multidrug-resistant TB (effectiveness index: 57.26%), using medical masks during consultations with TB patients (effectiveness index: 5.01%), and closing the door during consultations with TB patients (effectiveness index: 34.75%). However, there was also an increase in negative perceptions related to integrating the PPM model into the facility operations, including "Burdensome and complex program," "Unnecessary additional duties," and "Difficult program content," with effectiveness indices of -8.33%, 3.3%, and -34.87% respectively. These are points to consider and appropriate interventions should be implemented to address these issues before implementing the PPM model nationwide.

Keywords: TB care, tuberculosis, private health facilities, KAP, PPM, intervention.