

Ý ĐỊNH TÌM KIẾM DỊCH VỤ CHẨN ĐOÁN SA SÚT TRÍ TUỆ CỦA NGƯỜI DÂN VIỆT NAM NĂM 2020

Nguyễn Thị Diễm Hương[✉], Kim Bảo Giang

Trường Đại học Y Hà Nội

Nghiên cứu mô tả cắt ngang tại 8 tỉnh/thành trong cả nước nhằm tìm hiểu ý định tìm kiếm dịch vụ chẩn đoán sa sút trí tuệ của người dân. Kết quả cho thấy: Hầu hết người dân có ý định tìm kiếm dịch vụ chẩn đoán sa sút trí tuệ khi bản thân/người thân có biểu hiện lẫn lộn hoặc mất trí nhớ. Người dân có ý định lựa chọn bác sĩ chuyên khoa và tuyến trung ương/tuyến tỉnh cao hơn so với nhóm còn lại. Việc lựa chọn chuyên môn bác sĩ và tuyến cơ sở y tế có sự khác biệt theo một số đặc điểm liên quan đến khả năng tiếp cận và khả năng chi trả (địa lý vùng miền, nơi sống, độ tuổi, học vấn, nghề nghiệp, dân tộc, thu nhập), và sự khác biệt có ý nghĩa thống kê. Các chương trình can thiệp góp phần nâng cao tỷ lệ phát hiện người mắc sa sút trí tuệ cần quan tâm đến ý định của cộng đồng, khả năng lựa chọn tuyến cơ sở y tế, chuyên môn của bác sĩ để có giải pháp phù hợp với từng nhóm dân cư.

Từ khóa: Sa sút trí tuệ, ý định, tìm kiếm dịch vụ chẩn đoán.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Sa sút trí tuệ (SSTT) là một trong các vấn đề sức khỏe ưu tiên toàn cầu, thúc đẩy phát triển kế hoạch tại mỗi Quốc gia để giải quyết nhằm đảm bảo chất lượng cuộc sống cho người bệnh và gia đình người bệnh.¹ Một trong những vấn đề nổi cộm cần giải quyết là phần lớn người bệnh không được chẩn đoán hoặc chẩn đoán ở giai đoạn muộn. Theo báo cáo, tỷ lệ người bệnh được chẩn đoán ở các nước đang phát triển là 39%, trong khi đó ở các nước đang phát triển tỷ lệ chẩn đoán chỉ khoảng 10%.^{2,3} Điều này dẫn đến chất lượng cuộc sống ở người bệnh bị ảnh hưởng khi nhu cầu chăm sóc không được phát hiện và đáp ứng phù hợp, làm gia tăng gánh nặng về chăm sóc và kinh tế trong gia đình.⁴ Do đó, các nhóm giải pháp hành động được xác định góp phần làm tăng tỷ lệ phát hiện người bệnh mắc SSTT.⁵ Tại Việt Nam, năm 2022, Bộ Y tế ban hành kế hoạch Quốc gia phòng, chống

bệnh không lây nhiễm và rối loạn sức khỏe tâm thần (trong đó có SSTT), mục tiêu liên quan đến SSTT là nâng cao tỷ lệ người bệnh được chẩn đoán lên 30%.⁶

Một trong các nguyên nhân của vấn đề chẩn đoán được xác định đến từ phía người bệnh và gia đình người bệnh.⁷ Phân tích một số trường hợp người bệnh được chẩn đoán ở giai đoạn muộn cho thấy các dấu hiệu suy giảm chức năng nhận thức ở giai đoạn đầu thường bị bỏ qua hoặc xem nhẹ. Một trong các dấu hiệu thường gặp và sớm nhất là suy giảm trí nhớ, thường được gia đình người bệnh nhận định là do suy giảm chức năng tuổi già, không cần can thiệp y tế. Chỉ khi người bệnh xuất hiện nhiều dấu hiệu nặng hơn mà họ không tự giải quyết được thì người thân mới tìm kiếm dịch vụ y tế. Trong khi đó, ở trường hợp người bệnh được chẩn đoán sớm cho thấy gia đình đã tìm kiếm dịch vụ y tế sớm hơn để phản ánh các thay đổi bất thường ở người bệnh với nhân viên y tế.⁸ Điều này nhấn mạnh tầm quan trọng của hành vi tìm kiếm dịch vụ y tế của gia đình người bệnh trong quá trình chẩn đoán SSTT. Ở Việt Nam

Tác giả liên hệ: Nguyễn Thị Diễm Hương

Trường Đại học Y Hà Nội

Email: diemhuong@hmu.edu.vn

Ngày nhận: 24/05/2024

Ngày được chấp nhận: 10/06/2024

tỷ lệ người bệnh được chẩn đoán thấp khoảng 10%.⁹ Câu hỏi đặt ra khả năng tìm kiếm dịch vụ y tế về sa sút trí tuệ ở cộng đồng như thế nào trong trường hợp có biểu hiện sớm của SSTT là suy giảm trí nhớ. Do đó, nghiên cứu thực hiện với mục tiêu là mô tả ý định tìm kiếm dịch vụ chẩn đoán sa sút trí tuệ của người dân.

Nghiên cứu này nằm trong dự án NAFOSTED-NHMRC “*Tăng cường ứng phó với sa sút trí tuệ: Thiết lập hệ thống bằng chứng xây dựng kế hoạch quốc gia phòng chống sa sút trí tuệ tại Việt Nam*”

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP

1. Đối tượng

Người dân tại cộng đồng.

Tiêu chuẩn lựa chọn

+ Người dân từ 18 tuổi trở lên.

+ Đồng ý tham gia nghiên cứu.

+ Sinh sống tại địa điểm nghiên cứu trong thời gian tiến hành nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ

Hạn chế về giao tiếp, đang mắc bệnh cấp tính.

2. Phương pháp

Địa điểm và thời gian nghiên cứu

Nghiên cứu thực hiện tại 8 tỉnh, thành phố: Điện Biên, Thanh Hoá, Hà Nam, Lạng Sơn, Khánh Hoà, Cần Thơ, Tây Ninh, Kon Tum.

Thời gian nghiên cứu

Thu thập số liệu từ tháng 7 - 11/2020.

Thiết kế nghiên cứu

Mô tả cắt ngang.

Cỡ mẫu

967 người dân.

Chọn mẫu

Áp dụng kỹ thuật chọn mẫu nhiều giai đoạn.

Bước 1: xác định 8 tỉnh, thành phố đại diện cho 8 vùng miền (Điện Biên, Thanh Hoá, Hà

Nam, Lạng Sơn, Khánh Hoà, Cần Thơ, Tây Ninh, Kon Tum).

Bước 2: Tại mỗi tỉnh, thành phố lựa chọn 1 huyện có điều kiện kinh tế trung bình.

Bước 3: Tại mỗi huyện chọn 1 xã và thị trấn.

Bước 4: cán bộ y tế địa phương lập danh sách người tham gia tại xã là 80 người, tại thị trấn là 40 người.

Các biến số chính:

- Thông tin chung của đối tượng: tỉnh, nơi ở, dân tộc, tuổi, trình độ học vấn, nghề nghiệp, tình trạng hôn nhân, dân tộc, tôn giáo, số người trong gia đình, bảo hiểm y tế, thu nhập.

+ Ý định tìm kiếm dịch vụ chẩn đoán là khả năng tìm kiếm dịch vụ chẩn đoán trong 2 trường hợp và sự ưa thích về tuyến cơ sở y tế và chuyên môn bác sỹ, gồm 4 biến số:

+ Ý định tìm kiếm dịch vụ chẩn đoán là khả năng tìm kiếm dịch vụ chẩn đoán khi bản thân có dấu hiệu lẫn lộn và suy giảm trí nhớ.

+ Ý định tìm kiếm dịch vụ chẩn đoán là khả năng tìm kiếm dịch vụ chẩn đoán khi người thân có dấu hiệu lẫn lộn và suy giảm trí nhớ.

+ Ý định tìm kiếm tuyến cơ sở y tế.

+ Ý định tìm kiếm chuyên môn bác sỹ.

- Quy trình thu thập số liệu: Người dân trong danh sách được mời tham gia vào nghiên cứu, nghiên cứu viên sử dụng bộ câu hỏi được thiết kế sẵn để phỏng vấn trực tiếp.

Xử lý số liệu

Số liệu được phân tích bằng phần mềm STATA 15.0 áp dụng thuật toán thống kê mô tả (tần số, tỷ lệ %, so sánh sự khác biệt của ý định theo các đặc điểm nhân khẩu học bằng χ^2 test).

3. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu đã được Hội đồng đạo đức Trường Đại học Y tế công cộng phê duyệt theo số quyết định số 330/2019/YTCC-HĐ3, ngày 14/06/2019.

III. KẾT QUẢ

Nghiên cứu thực hiện trên 967 người tham gia tại 8 tỉnh/thành phố.

Bảng 1. Thông tin chung về đối tượng nghiên cứu (n = 967)

Đặc điểm cá nhân	Tần số (%)	
Tỉnh/thành phố	Điện Biên	133 (13,8%)
	Thanh Hoá	122 (12,6%)
	Hà Nam	120 (12,4%)
	Lạng Sơn	117 (12,1%)
	Tây Ninh	125 (12,9%)
	Khánh Hoà	117 (12,1%)
	Cần Thơ	120 (12,4%)
	Kon Tum	113 (11,7%)
Địa lý vùng miền	Vùng núi, cao nguyên	363 (37,5%)
	Đồng bằng, duyên hải	604 (62,5%)
Nơi sống	Làng	332 (34,3%)
	Thị trấn	635 (65,7%)
Giới tính	Nam	379 (39,2%)
	Nữ	588 (60,8%)
Nhóm tuổi	< 60	733 (75,8%)
	≥ 60	234 (24,2%)
Trình độ học vấn	< THPT	221 (22,9%)
	Từ THPT trở lên	746 (77,1%)
Nghề nghiệp	Thất nghiệp	67 (6,9%)
	Nội trợ, nghỉ hưu, học sinh	169 (17,5%)
	Làm việc tự do, nông dân	561 (58%)
	Nhân viên hành chính	170 (17,6%)
Tình trạng hôn nhân	Chưa từng kết hôn/ly dị, góa	195 (20,2%)
	Đã kết hôn/tái hôn	772 (79,8%)
Tôn giáo	Không	735 (76%)
	Có	232 (24%)

Đặc điểm cá nhân		Tần số (%)
Dân tộc	Khác	203 (21,0%)
	Kinh	764 (79,%)
Quen biết người mắc SSTT	Không	577 (59,7%)
	Có	390 (40,3%)
Số người trong gia đình (n = 956)	Từ 4 người trở xuống	776 (81,2%)
	Từ 5 người đến 8 người	180 (18,8%)
Bảo hiểm y tế	Không	61 (6,4%)
	Có	895 (93,6%)
Thu nhập hàng tháng (n = 936)	< 5 triệu	437 (46,7%)
	5 - 10 triệu	350 (37,4%)
	> 10 triệu	149 (15,9%)

Tỷ lệ người dân tham gia tại các tỉnh đồng đều nhau, dao động từ 11,7% đến 13,8%. Tỷ lệ nữ giới tham gia là nhiều hơn so với nam giới (60,8% so với 39,2%) Tuổi trung bình của đối tượng tham gia nghiên cứu là 47, thấp nhất là 18 và cao nhất là 87. Về trình độ học vấn trình độ từ THPT trở lên gấp hơn 3 lần so với trình độ

dưới THPT. Tuy nhiên, 58% làm việc tự do và nông dân, chỉ có 17% làm việc hành chính. Đa phần những người tham gia (79,8%) là đã kết hôn hoặc tái hôn. Tỷ lệ người dân tộc Kinh tham gia cũng lớn hơn so với người dân tộc thiểu số, 21% là dân tộc thiểu số bao gồm dân tộc Nùng, Tày, Mông, Thái...

Bảng 2. Ý định đi khám phát hiện SSTT của người dân

Ý định	Tần số (%)
Có ý định đi khám khi bản thân có dấu hiệu lẫn lộn hoặc mất trí nhớ (n = 967)	866 (89,6%)
Có ý định đưa người thân đi khám khi có dấu hiệu lẫn lộn hoặc mất trí nhớ (n = 967)	892 (92,2%)
Ý định đi khám chuyên gia (n = 840)	
Ý định khám bác sĩ đa khoa	275 (32,7%)
Ý định khám bác sĩ chuyên khoa	565 (67,3%)
Ý định đi khám tại tuyến cơ sở y tế (n = 824)	
Ý định khám tại tuyến Trung ương	293 (35,6%)
Ý định khám tại tuyến tỉnh/thành phố	334 (40,5%)
Ý định khám tại tuyến huyện	122 (14,8%)
Ý định khám tại tuyến xã	75 (9,1%)

Đa phần người dân có ý định đi khám để phát hiện SSTT (tỷ lệ từ 89,6% đến 92,2%). Tỷ lệ này phân bố có sự khác biệt theo đặc điểm tình trạng hôn nhân và tôn giáo: người đã kết hôn hoặc đang sống với bạn tình và không có tôn giáo thì tỷ lệ có ý định đi khám cao hơn nhóm còn lại. 919 người dân có ý định đi khám đi khám khi bản thân có dấu hiệu lẫn lộn hoặc mất trí nhớ hoặc có ý định đưa người thân đi khám khi có dấu hiệu lẫn lộn hoặc mất trí nhớ để phát hiện SSTT. Trong số những người có

ý định đi khám đó có 51 người (5,7%) không biết chọn bác sĩ đa khoa hoặc chuyên khoa và 67 người (7,5%) không biết lựa chọn tuyến cơ sở y tế nào. Có 840 người trả lời ý định lựa chọn chuyên môn bác sĩ, tỷ lệ lựa chọn bác sĩ chuyên khoa cao hơn so với bác sĩ đa khoa (67,3% so với 32,7%). Có 824 người trả lời ý định lựa chọn tuyến cơ sở y tế, tỷ lệ lựa chọn tuyến trung ương, tuyến tỉnh cao hơn so với tuyến xã và tuyến huyện (35,4% và 40,5% so với 14,8% và 9,1%).

Bảng 3. Ý định lựa chọn chuyên gia của người dân (n = 840)

Đặc điểm cá nhân	Ý định lựa chọn chuyên môn của bác sĩ		p	
	Bác sĩ đa khoa	Bác sĩ chuyên khoa		
Tỉnh/thành phố	Điện Biên	50 (43,9%)	64 (56,1%)	< 0,001
	Thanh Hoá	36 (33%)	73 (67%)	
	Hà Nam	34 (29,6%)	81 (70,4%)	
	Lạng Sơn	44 (43,1%)	58 (56,9%)	
	Tây Ninh	17 (17,4%)	81 (82,7%)	
	Khánh Hoà	27 (27%)	73 (73%)	
	Cần Thơ	33 (32,4%)	69 (67,7%)	
	Kon Tum	34 (34%)	66 (66%)	
Địa lý vùng miền	Vùng núi, cao nguyên	128 (40,5%)	188 (59,5%)	< 0,001
	Đồng bằng, duyên hải	147 (28,1%)	377 (72%)	
Nơi sống	Xã	177 (32%)	377 (68,1%)	> 0,05
	Thị trấn	98 (34,3%)	188 (65,7%)	
Giới tính	Nam	108 (33,3%)	217 (66,8%)	> 0,05
	Nữ	167 (32,4%)	348 (67,6%)	
Nhóm tuổi	< 60	197 (31,2%)	435 (68,8%)	> 0,05
	≥ 60	78 (37,5%)	130 (62,5%)	
Trình độ học vấn	< THPT	76 (42,2%)	104 (57,8%)	< 0,01
	Từ THPT trở lên	199 (30,2%)	461 (69,9%)	
Nghề nghiệp	Thất nghiệp	22 (39,3%)	34 (60,7%)	< 0,001
	Nội trợ, nghỉ hưu, học sinh	34 (23,3%)	112 (76,7%)	
	Làm việc tự do, nông dân	186 (38,7%)	295 (61,3%)	
	Nhân viên hành chính	33 (21,0%)	124 (79%)	

Đặc điểm cá nhân	Ý định lựa chọn chuyên môn của bác sĩ		p	
	Bác sĩ đa khoa	Bác sĩ chuyên khoa		
Tình trạng hôn nhân	Chưa từng kết hôn/li dị, goá	50 (31,5%)	109 (68,6%)	> 0,05
	Đã kết hôn/tái hôn	225 (33,0%)	456 (67%)	
Tôn giáo	Không	212 (33%)	430 (67%)	> 0,05
	Có	63 (31,8%)	135 (68,2%)	
Dân tộc	Khác	76 (43,7%)	98 (56,3%)	< 0,001
	Kinh	199 (29,9%)	467 (70,1%)	
Quen biết người mắc SSTT	Không	169 (35%)	314 (65%)	> 0,05
	Có	106 (29,7%)	251 (70,3%)	
Số người trong gia đình	Từ 4 người trở xuống	206 (30,5%)	469 (69,5%)	< 0,001
	Từ 5 người đến 8 người	68 (43,9%)	87 (56,1%)	
Bảo hiểm y tế	Không	19 (37,3%)	32 (62,8%)	> 0,05
	Có	251 (32,2%)	529 (67,8%)	
Thu nhập hàng tháng	< 5 triệu	133 (36,5%)	231 (63,5%)	< 0,05
	5 - 10 triệu	95 (30,2%)	220 (69,8%)	
	> 10 triệu	33 (24,6%)	101 (75,4%)	

(χ^2 test)

Bảng 3 mô tả về sự phân bố tỷ lệ lựa chọn chuyên môn của bác sĩ để thăm khám phát hiện sa sút trí tuệ. Ý định lựa chọn chuyên môn của bác sĩ có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa các tỉnh, tỷ lệ lựa chọn bác sĩ đa khoa dao động từ 17,4% đến 43,9%, cao nhất tại Điện Biên (43,9%), Lạng Sơn (43,1%). Trong khi đó tỷ lệ lựa chọn bác sĩ chuyên khoa dao động từ 56,1% đến 82,7%. cao nhất là Tây Ninh (82,7%) và Khánh Hoà (73%). Phân chia theo địa lý vùng miền thì vùng núi, cao nguyên có ý định lựa chọn bác sĩ đa khoa cao hơn (40,5%),

trong khi đó đồng bằng, duyên hải có ý định lựa chọn bác sĩ chuyên khoa cao hơn (72%). Người có trình độ học vấn dưới THPT, làm nghề tự do/nông dân/thất nghiệp, dân tộc thiểu số, số người trong gia đình từ 5 - 8 người và thu nhập thấp hơn thì có ý định lựa chọn bác sĩ đa khoa cao hơn so với nhóm còn lại. Các đặc điểm khác như nơi sống, giới tính, nhóm tuổi, tình trạng hôn nhân, tôn giáo, quen biết người mắc SSTT và tình trạng có bảo hiểm y tế thì không có sự khác biệt về ý định lựa chọn chuyên môn của bác sĩ giữa các nhóm.

Bảng 4. Ý định lựa chọn tuyến cơ sở y tế chẩn đoán sa sút trí tuệ (n = 824)

Đặc điểm cá nhân	Ý định lựa chọn tuyến y tế		p	
	Xã/huyện	Tỉnh/Trung ương		
Tỉnh/thành phố	Điện Biên	57 (50%)	57 (50%)	< 0,001
	Thanh Hoá	19 (17,4%)	90 (82,6%)	
	Hà Nam	18 (15,5%)	98 (84,5%)	
	Lạng Sơn	24 (25,5%)	70 (74,5%)	
	Tây Ninh	18 (19,5%)	74 (80,4%)	
	Khánh Hoà	31 (30,4%)	71 (69,6%)	
	Cần Thơ	10 (9,7%)	93 (90,3%)	
	Kon Tum	20 (21,3%)	74 (78,7%)	
Địa lý vùng miền	Vùng núi, cao nguyên	101 (33,4%)	201 (66,6%)	< 0,001
	Đồng bằng, duyên hải	96 (18,4%)	426 (81,6%)	
Nơi sống	Xã	148 (27,5%)	391 (72,5%)	< 0,001
	Thị Trấn	49 (17,2%)	236 (82,8%)	
Giới tính	Nam	80 (25,1%)	238 (74,8%)	> 0,05
	Nữ	117 (23,1%)	389 (76,9%)	
Nhóm tuổi	< 60	134 (21,8%)	482 (78,3%)	< 0,05
	≥ 60	63 (30,3%)	145 (69,7%)	
Trình độ học vấn	< THPT	72 (39,6%)	110 (60,4%)	< 0,001
	Từ THPT trở lên	125 (19,5%)	517 (80,5%)	
Nghề nghiệp	Thất nghiệp	15 (26,8%)	41 (73,2%)	< 0,01
	Nội trợ, nghỉ hưu, học sinh	29 (20,2%)	115 (79,9%)	
	Làm việc tự do, nông dân	132 (27,9%)	341 (72,1%)	
	Nhân viên hành chính	21 (13,9%)	130 (86,1%)	
Tình trạng hôn nhân	Chưa từng kết hôn/li dị, góa	37 (23,4%)	121 (76,6%)	> 0,05
	Đã kết hôn/tái hôn	160 (24,0%)	506 (76%)	
Tôn giáo	Không	154 (24,6%)	472 (75,4%)	> 0,05
	Có	43 (21,7%)	155 (78,3%)	
Dân tộc	Khác	69 (42,1%)	95 (57,9%)	< 0,001
	Kinh	128 (19,4%)	532 (80,6%)	

Đặc điểm cá nhân		Ý định lựa chọn tuyến y tế		p
		Xã/huyện	Tỉnh/Trung ương	
Quen biết người mắc SSTT	Không	127 (26,9%)	345 (73,1%)	< 0,05
	Có	70 (19,9%)	282 (80,1%)	
Số người trong gia đình (n = 813)	Từ 4 người trở xuống	157 (23,%)	509 (76,4%)	> 0,05
	Từ 5 người đến 8 người	37 (25,2%)	110 (74,8%)	
Bảo hiểm y tế (n = 816)	Không	12 (23,1%)	40 (76,9%)	> 0,05
	Có	184 (24,1%)	580 (75,9%)	
Thu nhập hàng tháng (n = 798)	< 5 triệu	110 (30,7%)	248 (69,3%)	< 0,001
	5 - 10 triệu	57 (18,5%)	251 (81,5%)	
	> 10 triệu	20 (15,2%)	112 (84,9%)	

(χ^2 test)

Bảng 4 mô tả về sự phân bố tỷ lệ lựa chọn tuyến cơ sở y tế để thực hiện thăm khám SSTT. Ý định lựa chọn tuyến cơ sở y tế có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa các tỉnh, tỷ lệ lựa chọn tuyến huyện/xã dao động từ 9,7% đến 50%, cao nhất tại Điện Biên (50%), Khánh Hoà (30,4%), Lạng Sơn (25,5%). Trong khi đó tỷ lệ lựa chọn tuyến Trung ương/Tỉnh dao động từ 50% đến 90,3%, cao nhất là Cần Thơ, tiếp đến là Hà Nam (84,5%), Thanh Hoá (82,6%). Phân chia theo địa lý vùng miền và nơi sống thì vùng núi/cao nguyên và sống tại xã có ý định lựa chọn tuyến huyện/xã cao hơn (33,4% và 27,5%), trong khi đó đồng bằng, duyên hải và thị trấn có ý định lựa chọn tuyến Trung ương/tỉnh cao hơn (81,6% và 82,6%). Người có nhóm tuổi lớn hơn, trình độ học vấn dưới THPT, làm nghề tự do/nông dân/thất nghiệp, dân tộc thiểu số không quen biết người mắc SSTT, và thu nhập thấp hơn thì có ý định lựa chọn tuyến huyện/xã cao hơn so với nhóm còn lại. Các đặc điểm khác như, giới tính, tình trạng hôn nhân, tôn giáo, và tình trạng có bảo hiểm y tế và độ lớn của gia đình không có sự khác biệt về ý định lựa chọn tuyến cơ sở y tế giữa các nhóm.

IV. BÀN LUẬN

Đây là nghiên cứu tìm hiểu về ý định tìm kiếm dịch vụ chẩn đoán SSTT của người dân liên quan đến lựa chọn chuyên môn của bác sĩ và tuyến cơ sở y tế. Kết quả cho thấy đa phần người dân trả lời là có ý định đi khám khi bản thân hoặc người thân có dấu hiệu lẫn lộn và mất trí nhớ (89,6% và 92,2%), tỷ lệ tương đồng với nghiên cứu trước đó.¹⁰ Tuy nhiên, cao hơn so với nghiên cứu tại Nhật của tác giả Yoko, khi chỉ khoảng 70% người sẵn sàng tham gia sàng lọc phát hiện SSTT.¹¹ Sự khác biệt này có thể do trong nghiên cứu của chúng tôi chưa cân nhắc đến chi phí, yếu tố có thể làm thúc đẩy hoặc cản trở ý định. Liên quan đến chuyên môn của bác sĩ thì tỷ lệ người dân có ý định lựa chọn bác sĩ chuyên khoa cao hơn so với bác sĩ đa khoa (67,3% so với 32,7%). Tỷ lệ này phân bố khác biệt theo các đặc điểm về tỉnh/thành phố, trình độ học vấn, nghề nghiệp, dân tộc, số người trong gia đình và thu nhập. Liên quan đến tuyến y tế cơ sở thì tỷ lệ lựa chọn tuyến Trung ương/tỉnh thành phố cao gấp 3 lần so với tuyến huyện/xã (76,1% so với 23,9%). Phân

bổ khác biệt theo các đặc điểm nhân khẩu học của đối tượng: tỉnh/thành phố, nơi sống, tuổi, trình độ học vấn, nghề nghiệp, dân tộc, quen biết người mắc SSTT và thu nhập.

Tỷ lệ lựa chọn tuyến y tế Trung ương/tỉnh và bác sĩ chuyên khoa cao hơn ở nhóm người được xem là có lợi thế hơn trong tiếp cận dịch vụ về mặt địa lý (như vùng đồng bằng/duyên hải và nơi sinh sống ở thị trấn) và về khả năng di chuyển như độ tuổi trẻ hơn); lợi thế trong khả năng chi trả (người người làm công việc hành chính- có thu nhập ổn định và và người có thu nhập cao). Người có trình độ học vấn cao và là người dân tộc Kinh có thể xem như là lợi thế làm tăng khả năng tiếp cận thông tin và khả năng chi trả cho các dịch vụ cao hơn. Trong khi đó, nhóm người có hạn chế về điều kiện tiếp cận (vùng núi cao, sống ở xã, người cao tuổi, người dân tộc thiểu số) và chi trả (thu nhập thấp, nghề nghiệp có thu nhập không ổn định) thì sẽ lựa chọn tuyến huyện/xã cao hơn so với nhóm còn lại. Tuy nhiên, lựa chọn tuyến Trung ương/tỉnh cao hơn so với tuyến huyện/xã có thể là xu hướng chung của người dân, liên quan đến vấn đề vượt tuyến bệnh viện vốn đã đã được báo cáo và ghi nhận. Điều này không chỉ phổ biến ở những người có điều kiện về mặt tiếp cận và chi trả tốt hơn mà gặp ở cả những người có điều kiện không thuận lợi do một số yếu tố liên quan như thái độ, nhận thức và đặc điểm của tuyến cơ sở y tế.¹² Thông thường các bệnh viện lớn sẽ có nhiều bác sĩ chuyên khoa hơn, nên có thể dẫn đến tỷ lệ lựa chọn bác sĩ chuyên khoa cao hơn. Dù vậy, chưa thể trả lời ý định tìm bác sĩ hay ý định tìm tuyến bệnh viện tác động đến cái còn lại. Tỷ lệ ưu tiên lựa chọn bác sĩ chuyên khoa cao hơn bác sĩ đa khoa không tương đồng so với kết quả nghiên cứu tại Singapore, Úc và một số nước Châu Âu, khi tại các Quốc gia này tỷ lệ lựa chọn bác sĩ đa khoa thường cao nhất, điều này có thể giải thích do sự khác biệt về hệ thống phòng khám gia đình phát triển hơn ở nước này.^{10,11,13}

Nghiên cứu của Leona Kosowicz và các cộng sự về phân tích hệ thống y tế và xã hội trong đáp ứng với sa sút trí tuệ tại Việt Nam, cho thấy hiện tại số lượng cơ sở y tế cung cấp dịch vụ thăm khám của Việt Nam ở mức độ rất thấp (27 cơ sở trên cả nước, tập trung phần lớn ở thành phố Hà Nội và Hồ Chí Minh) và dịch vụ chăm sóc tập trung chủ yếu ở các bệnh viện tuyến tỉnh.¹⁴ website searches of key organisations focused on three aspects of Vietnam's healthcare system: (1 Điều này cho thấy ý định lựa chọn tuyến y tế cơ sở cao hơn trở thành hiện thực thì có thể giúp cho người bệnh có nhiều cơ hội được chẩn đoán hơn. Tuy nhiên, đây có thể là một thách thức cho mục tiêu nâng cao tỷ lệ sàng lọc và chẩn đoán bệnh sa sút trí tuệ, trong chính sách do các vấn đề liên quan đến tiếp cận và chi trả.¹⁴ website searches of key organisations focused on three aspects of Vietnam's healthcare system: (1 Các định hướng phát triển hệ thống y tế và năng lực nhân viên y tế trong tương lai nhằm tăng cường tỷ lệ sàng lọc và chẩn đoán mới được trình bày tổng quát và chưa tập trung vào tuyến cơ sở y tế cụ thể, nên trong nỗ lực để đạt được mục tiêu liên quan đến sàng lọc và chẩn đoán, cần quan tâm đến nhu cầu của người dân để xây dựng chương trình can thiệp tác động phù hợp.

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu tìm hiểu về ý định khám phát hiện SSTT của người dân từ 18 tuổi trở lên cộng đồng tại 8 tỉnh/thành phố Việt Nam. Kết quả cho thấy hầu hết người dân có ý định đi khám phát hiện SSTT khi bản thân/người thân có biểu hiện lẩn lộn và mất trí nhớ. Người dân ưa thích lựa chọn bác sĩ chuyên khoa và tuyến trung ương/tuyến tỉnh hơn. Ý định tìm chuyên môn bác sĩ và tuyến cơ sở y tế cho dịch vụ chẩn đoán SSTT có sự khác biệt theo một số đặc điểm liên quan đến khả năng tiếp cận và chi trả (địa lý vùng miền, nơi sống, độ tuổi,

hôn nhân, nghề nghiệp, dân tộc, thu nhập). Cần quan tâm đến mong muốn sử dụng dịch vụ của người dân để xây dựng các chương trình can thiệp phù hợp, góp phần nâng cao tỷ lệ chẩn đoán SSTT. Định hướng nghiên cứu sau xác định yếu tố ảnh hưởng đến hành vi tìm kiếm dịch vụ chẩn đoán của người dân.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Organization WH. Dementia: a public health priority. Published online 2012.
2. Fam J, Mahendran R, Kua EH. Dementia care in low and middle-income countries. *Curr Opin Psychiatry*. 2019; 32(5): 461-464. doi:10.1097/YCO.0000000000000523.
3. Prince M, Bryce DR, Ferri DC. World Alzheimer Report 2011: The benefits of early diagnosis and intervention.
4. Prince M, Comas-Herrera A, Knapp M, Guerchet M, Karagiannidou. *World Alzheimer Report 2016: Improving Healthcare for People Living with Dementia*.
5. *Global Action Plan on the Public Health Response to Dementia 2017 – 2025*. World Health Organization.
6. Quyết định số 155/QĐ-TTg: “Phê duyệt kế hoạch Quốc gia phòng, chống bệnh không lây nhiễm và rối loạn sức khỏe tâm thần giai đoạn 2022-2025. Published online 2022.
7. Quail Z, Wei A, Zhang VF, Carter MM. Barriers to dementia diagnosis and care in China. *BMJ Case Rep*. 2020; 13(3): e232115. doi:10.1136/bcr-2019-232115.
8. Lee SM, Lin X, Haralambous B, et al. Factors impacting on early detection of dementia in older people of Asian background in primary healthcare. *Asia-Pacific Psychiatry*. 2011; 3(3): 120-127. doi:10.1111/j.1758-5872.2011.00130.x.
9. Nguyen TT. “Here, we describe them as forgetful, confused, and absent-minded”: dementia knowledge, stigma, and care plan among Vietnamese adults in rural area. *Aging Ment Health*. Published online December 18, 2023; 1-9. doi:10.1080/13607863.2023.2293053.
10. Phillipson L, Magee C, Jones S, Reis S, Skaldzien E. Dementia attitudes and help-seeking intentions: an investigation of responses to two scenarios of an experience of the early signs of dementia. *Aging & Mental Health*. 2015; 19(11): 968-977.
11. Abdin E. Beliefs About Help Seeking for Mental Disorders: Findings From a Mental Health Literacy Study in Singapore. *Psychiatric Services*. Published online November 1, 2016. Accessed March 18, 2024. https://www.academia.edu/109224082/Beliefs_About_Help_Seeking_for_Mental_Disorders_Findings_From_a_Mental_Health_Literacy_Study_in_Singapore.
12. Phùng TMA, Kiều MH, Đặng PA, Nguyễn VA, Ngô MA, Phạm VT. Các yếu tố ảnh hưởng đến ý định vượt tuyến bệnh viện tại các tỉnh miền Bắc ở Việt Nam. Published online 2020.
13. Iliffe S, De Lepeleire J, Van Hout H, et al. Understanding obstacles to the recognition of and response to dementia in different European countries: a modified focus group approach using multinational, multi-disciplinary expert groups. *Aging Ment Health*. 2005; 9(1): 1-6. doi: 10.1080/13607860412331323791.
14. Kosowicz L, Tran KV, Brodaty H, et al. Vietnam's Responses to Dementia - An Assessment of Service Delivery. *Dementia (London)*. 2023; 22(7): 1372-1391. doi:10.1177/14713012231181167.

Summary

INTENTION TO SEEK DEMENTIA DIAGNOSTIC SERVICES AMONG THE VIETNAMESE POPULATION IN 2020

This cross-sectional descriptive study in 8 provinces/cities in Vietnam was conducted to understand people's intention to seek dementia diagnostic services. The results showed that most people intended to seek dementia diagnostic services when themselves or their relatives showed signs of confusion or memory loss. People preferred to choose specialists and central/provincial levels. The choice of doctor specialization and the level of healthcare facilities were related to accessibility and affordability (geographical region, place of residence, age, education, occupation, ethnicity, income), and these differences are statistically significant. Intervention programs aimed to increase the detection rate of people with dementia need to consider community intentions, the ability to choose healthcare facilities, and the expertise of doctors to have solutions suitable for each population group.

Keywords: Dementia, intention, health-seeking.