

OUTPATIENT MANAGEMENT OF TYPE 2 DIABETES PATIENTS AND RELATED INFLUENCING FACTORS AT MY THO CITY HEALTH CENTER IN 2025

Nguyen Ha Huy Trung^{1*}, Vu Thi Hoang Lan²

¹My Tho regional Health Center - 57 Hung Vuong, My Tho ward, Dong Thap province, Vietnam

²Hanoi University of Public Health - 1A Duc Thang, Dong Ngac ward, Hanoi, Vietnam

Received: 25/5/2025

Revised: 23/6/2025; Accepted: 07/7/2025

ABSTRACT

Objective: To describe the current status and analyze factors influencing outpatient management of type 2 diabetes mellitus at My Tho city Health Center in 2025.

Materials and methods: A cross-sectional mixed-methods study involving 210 medical records and 10 in-depth interviews. Data were collected from January to September, 2025. Quantitative data were analyzed using SPSS 20.0 software; qualitative data by thematic analysis.

Results: 100% patients had follow-up records; 87.1% had periodic glucose testing; 94.3% received prescriptions per guidelines; 92.8% adhered to monthly visits. However, only 19% received counseling on all three lifestyle aspects; 48.6% practiced self-monitoring. Key influencing factors included staff shortages, lack of equipment, ineffective health communication, and passive patient behavior.

Conclusion: While diagnosis and treatment activities were well implemented, health education and self-monitoring remain limited. Reinforcement of the workforce, investment in equipment, chronic disease management software, and patient education are essential.

Keywords: Type 2 diabetes mellitus, outpatient care, primary healthcare, health education, chronic disease.

*Corresponding author

Email: nhhttrung93@gmail.com Phone: (+84) 903330389 <https://doi.org/10.52163/yhc.v66iCD11.2792>

HOẠT ĐỘNG QUẢN LÝ ĐIỀU TRỊ NGOẠI TRÚ NGƯỜI BỆNH ĐÁI THÁO ĐƯỜNG TYPE 2 VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ ẢNH HƯỞNG TẠI TRUNG TÂM Y TẾ THÀNH PHỐ MỸ THO NĂM 2025

Nguyễn Hà Huy Trung^{1*}, Vũ Thị Hoàng Lan²

¹Trung tâm Y tế khu vực Mỹ Tho - 57 Hùng Vương, phường Mỹ Tho, tỉnh Đồng Tháp, Việt Nam

²Trường Đại học Y tế Công cộng - 1A Đức Thắng, phường Đông Ngạc, Hà Nội, Việt Nam

Ngày nhận bài: 25/5/2025

Ngày chỉnh sửa: 23/6/2025; Ngày duyệt đăng: 07/7/2025

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả thực trạng và phân tích một số yếu tố ảnh hưởng đến hoạt động quản lý điều trị ngoại trú người bệnh đái tháo đường type 2 tại Trung tâm Y tế thành phố Mỹ Tho năm 2025.

Đối tượng và phương pháp: Nghiên cứu mô tả cắt ngang, kết hợp định lượng (210 hồ sơ bệnh án) và định tính (10 phỏng vấn sâu). Thời gian nghiên cứu từ tháng 1/2025 đến tháng 9/2025. Phân tích định lượng sử dụng phần mềm SPSS 20.0; định tính theo phương pháp chủ đề.

Kết quả: 100% người bệnh có hồ sơ theo dõi; 87,1% được xét nghiệm glucose máu định kỳ; 94,3% được kê đơn đúng phác đồ; 92,8% tuân thủ lịch tái khám. Tuy nhiên, chỉ 19% bệnh nhân được tư vấn đầy đủ ≥ 3 nội dung thay đổi lối sống; 48,6% có tự theo dõi đường huyết tại nhà. Các yếu tố ảnh hưởng chính gồm: thiếu nhân lực chuyên khoa, thiết bị không đầy đủ, truyền thông chưa hiệu quả, người bệnh còn thụ động.

Kết luận: Hoạt động chẩn đoán và điều trị được thực hiện tốt, nhưng tư vấn - giáo dục sức khỏe và theo dõi tại nhà còn hạn chế. Cần tăng cường nhân lực, đầu tư thiết bị, phần mềm quản lý bệnh mạn tính và truyền thông giáo dục sức khỏe.

Từ khóa: Đái tháo đường type 2, quản lý điều trị ngoại trú, tuyến y tế cơ sở, giáo dục sức khỏe, bệnh mạn tính.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Đái tháo đường type 2 là một bệnh chuyển hóa mạn tính phổ biến, gây nhiều biến chứng nguy hiểm như tim mạch, thần kinh, thận và mắt nếu không được kiểm soát tốt. Theo Liên đoàn Đái tháo đường Thế giới, năm 2021 thế giới có hơn 537 triệu người mắc đái tháo đường (ĐTĐ) type 2 và con số này dự kiến sẽ tiếp tục tăng trong những thập kỷ tới [6].

Tại Việt Nam, theo Bộ Y tế, tỉ lệ mắc bệnh ĐTĐ đang có xu hướng gia tăng đều đặn, đặc biệt tại các đô thị [1]. Mặc dù các cơ sở y tế tuyến cơ sở đã triển khai quản lý ngoại trú bệnh ĐTĐ type 2, nhưng hiệu quả còn chưa đồng đều, nhiều nơi thiếu nhân lực chuyên khoa, trang thiết bị xét nghiệm, thuốc và hoạt động truyền thông sức khỏe chưa hiệu quả [3].

Trung tâm Y tế thành phố Mỹ Tho là đơn vị đã triển khai quản lý ĐTĐ type 2 ngoại trú từ năm 2013, tuy nhiên hiện nay vẫn gặp nhiều khó khăn trong hoạt động tư vấn, theo dõi và hỗ trợ người bệnh. Việc nghiên cứu thực trạng và phân tích các yếu tố ảnh hưởng sẽ góp phần cung cấp cơ sở khoa học cho việc điều chỉnh, hoàn thiện mô hình quản lý bệnh mạn tính tại tuyến y tế cơ

sở. Chúng tôi thực hiện nghiên cứu này nhằm mô tả thực trạng và phân tích một số yếu tố ảnh hưởng đến hoạt động quản lý điều trị ngoại trú người bệnh ĐTĐ type 2 tại Trung tâm Y tế thành phố Mỹ Tho năm 2025.

2. ĐỐI TƯỢNG, PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu mô tả cắt ngang kết hợp phương pháp định lượng và định tính.

2.2. Đối tượng nghiên cứu

- 210 hồ sơ bệnh án của người bệnh ĐTĐ type 2 đang điều trị ngoại trú tại Khoa Khám bệnh, Trung tâm Y tế thành phố Mỹ Tho từ tháng 1/2025 đến tháng 9/2025.

- 10 người tham gia phỏng vấn sâu gồm: cán bộ y tế điều trị, cán bộ lãnh đạo đơn vị và người bệnh.

2.3. Cỡ mẫu nghiên cứu

Cỡ mẫu áp dụng theo công thức tính cỡ mẫu so sánh một tỷ lệ: $n = Z_{1-\alpha/2}^2 \times p(1-p)/d^2$.

Trong đó: n là số lượng người bệnh ĐTĐ type 2 cần cho nghiên cứu; α là mức ý nghĩa thống kê (với độ tin cậy 95% có $\alpha = 0,05$); $Z_{1-\alpha/2}$ là giá trị thu được bằng

*Tác giả liên hệ

Email: nhhtrung93@gmail.com Điện thoại: (+84) 903330389 <https://doi.org/10.52163/yhc.v66iCD11.2792>

cách tra bảng Z (với $\alpha = 0,05$ có $Z = 1,96$); p là tỷ lệ người bệnh tái khám định kỳ đúng hẹn (theo nghiên cứu của Lưu Thị Thu Thủy về thực trạng và các yếu tố ảnh hưởng hoạt động quản lý điều trị bệnh ĐTĐ type 2 tại Phòng khám Nội tiết, Bệnh viện Đa khoa Khánh Hòa, $p = 0,767$ [5]); d là độ chính xác tuyệt đối, chọn $d = 0,06$.

Áp dụng vào công thức trên, tính được $n = 191$. Dự trù khoảng 15% người bệnh bỏ cuộc hoặc phiếu phỏng vấn không đạt yêu cầu, nên cỡ mẫu cho nghiên cứu này là $n = 220$. Thực tế trong nghiên cứu, chúng tôi phỏng vấn được 210 người bệnh.

2.4. Công cụ thu thập số liệu

Bảng kiểm trích xuất hồ sơ bệnh án, bảng quan sát thực hành chuyên môn và hướng dẫn phỏng vấn sâu bán cấu trúc.

2.5. Phân tích số liệu

Số liệu định lượng được xử lý bằng phần mềm SPSS 20.0, sử dụng thống kê mô tả, tỷ lệ phần trăm. Dữ liệu định tính được xử lý bằng cách phân tích chủ đề theo các mã hóa nội dung phỏng vấn.

2.6. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu được Hội đồng Đạo đức Trường Đại học Y tế Công cộng phê duyệt. Tất cả người tham gia được giải thích mục đích và tự nguyện đồng ý tham gia nghiên cứu.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Phân tích 210 hồ sơ bệnh án cho thấy phần lớn người bệnh là nữ (52,4%), độ tuổi trên 60 chiếm 57,1%, thời gian mắc bệnh trên 5 năm là 62,9%. Tỷ lệ người có bảo hiểm y tế (BHYT) đạt 98,6% và 88,1% người bệnh được hỗ trợ điều trị tại nhà bởi người thân.

3.1. Các hoạt động quản lý điều trị ngoại trú

Bảng 1. Hoạt động khám phát hiện ĐTĐ ($n = 210$)

Nội dung		n	%
Khai thác triệu chứng lâm sàng		102	48,6
Khai thác tiền sử gia đình về ĐTĐ		108	51,4
Giới thiệu chuyên khoa	Tim mạch	94	44,8
	Thận - tiết niệu	58	27,6
	Thần kinh	14	6,7
	Mắt	13	6,2
	Khác	5	2,4
Không giới thiệu		26	12,4

Nhận xét: Tỷ lệ khai thác tiền sử gia đình và triệu chứng lâm sàng khi phát hiện bệnh còn thấp (khoảng 50%). 12,4% người bệnh không được giới thiệu chuyên khoa hoặc chỉ được giới thiệu hạn chế, chủ yếu là tim mạch (44,8%). “Người bệnh chủ yếu đến khi có triệu chứng rõ rệt... tư vấn hay giới thiệu chuyên khoa chỉ thực hiện khi có dấu hiệu biến chứng” (phỏng vấn sâu bác sĩ khám và điều trị).

Bảng 2. Hình thức cấp phát thuốc điều trị ($n = 210$)

Hình thức	n	%
Kê đơn và nhận thuốc miễn phí	8	3,8
Kê đơn và tự mua thuốc	3	1,4
Kê đơn và nhận thuốc BHYT	199	94,8

Nhận xét: Phần lớn người bệnh được kê đơn và nhận thuốc thông qua BHYT (94,8%), cho thấy hệ thống BHYT đóng vai trò chủ đạo trong điều trị ngoại trú. Một người bệnh chia sẻ: “Tôi có BHYT nên phần lớn được nhận thuốc miễn phí, chỉ có vài loại phải mua ngoài...” (phỏng vấn sâu người bệnh 3).

Bảng 3. Tuân thủ điều trị bằng thuốc ($n = 210$)

Hành vi dùng thuốc	n	%
Dùng thuốc hàng ngày theo chỉ dẫn của cán bộ y tế	193	91,9
Dùng thuốc hàng ngày không theo chỉ dẫn	5	2,4
Chỉ dùng thuốc khi có biểu hiện tăng glucose máu	12	5,7

Nhận xét: Tỷ lệ người bệnh dùng thuốc đúng chỉ dẫn của cán bộ y tế rất cao (91,9%), tuy nhiên vẫn còn một số trường hợp không đều. “Có những lúc quên uống thuốc... thấy khỏe thì bỏ thuốc vài ngày” (phỏng vấn sâu người bệnh 1). Chỉ 5,7% người bệnh tự ý dùng thuốc khi có triệu chứng tăng glucose máu.

Bảng 4. Truyền thông thay đổi lối sống ($n = 210$)

Số biện pháp thay đổi lối sống	n	%
< 3 biện pháp	170	81,0
≥ 3 biện pháp	40	19,0

Nhận xét: Chỉ 19% người bệnh được truyền thông ≥ 3 biện pháp thay đổi lối sống. Cán bộ y tế chia sẻ: “Giáo dục sức khỏe có nhưng chưa đầy đủ do phòng khám đông...” (phỏng vấn sâu cán bộ y tế 2). Lãnh đạo khoa cho biết: “Có chương trình trên đài truyền hình... nhưng chưa đủ tần suất” (phỏng vấn sâu lãnh đạo khoa).

Bảng 5. Nội dung tư vấn của cán bộ y tế ($n = 210$)

Nội dung tư vấn	n	%
Chế độ ăn	159	75,7
Dùng thuốc	23	11,0
Hoạt động thể lực	2	1,0
Tự kiểm tra glucose máu	8	3,8
Khám sức khỏe định kỳ	18	8,6
Tư vấn rõ ràng (theo người bệnh đánh giá)	208	99,0

Nhận xét: Tư vấn chủ yếu tập trung vào chế độ ăn (75,7%), trong khi các nội dung như hoạt động thể lực, tự kiểm tra glucose máu và khám định kỳ được đề cập

rất ít (< 10%). Tuy nhiên, phần lớn người bệnh cảm nhận tư vấn là rõ ràng (99%). “Khám quá tải nên không đủ thời gian tư vấn toàn diện” (phỏng vấn sâu bác sĩ khám và điều trị). Người bệnh nói: “Tư vấn còn hơn cả thuốc bổ...” (phỏng vấn sâu người bệnh 2).

Bảng 6. Hoạt động theo dõi điều trị ĐTD (n = 210)

Nội dung	n	%
Được hỏi về tác dụng phụ của thuốc	165	78,6
Không được hỏi	45	21,4

Nhận xét: Chỉ có 78,6% người bệnh được hỏi về tác dụng phụ của thuốc, điều này cho thấy sự thiếu đồng bộ trong theo dõi điều trị. “Bị chóng mặt sau uống thuốc... không ai hỏi nên tôi cũng không nói” (phỏng vấn sâu người bệnh 4).

Bảng 7. Ghi chép kết quả xét nghiệm vào sổ theo dõi (n = 210)

Nội dung	Tần số	Tỷ lệ (%)
Có ghi chép	102	48,6
Không ghi chép	108	51,4

Nhận xét: Tỷ lệ ghi chép kết quả xét nghiệm vào sổ theo dõi chỉ đạt 48,6%, ảnh hưởng đến hiệu quả giám sát và điều chỉnh điều trị.

Bảng 8. Theo dõi glucose máu tại cơ sở y tế (n = 210)

Tần suất theo dõi	Tần số	Tỷ lệ (%)
Mỗi lần tái khám đều kiểm tra	184	87,6
Không phải mỗi lần tái khám đều được kiểm tra	26	12,4

Nhận xét: Đa số người bệnh (87,6%) được kiểm tra glucose máu trong mỗi lần tái khám, phản ánh tốt việc giám sát chỉ số glucose máu tại cơ sở y tế.

Bảng 9. Tự theo dõi glucose máu tại nhà (n = 210)

Hành vi	Tần số	Tỷ lệ (%)
Có thiết bị đo glucose máu tại nhà	29	13,8
Không có thiết bị	181	86,2
Có đo thường xuyên tại nhà	20	9,5
Không đo hoặc đo không thường xuyên	190	90,5

Nhận xét: Tỷ lệ người bệnh có thiết bị đo glucose máu tại nhà còn thấp (13,8%) và chỉ 9,5% thực hiện đo thường xuyên, cho thấy khả năng tự theo dõi tại nhà còn rất hạn chế. “Máy đo đường huyết mắc lắm... đợi tái khám” (phỏng vấn sâu người bệnh 5).

Kết quả nghiên cứu cho thấy hoạt động quản lý điều trị ngoại trú người bệnh ĐTD type 2 tại Trung tâm Y tế thành phố Mỹ Tho được thực hiện tương đối tốt ở các khâu sàng lọc chẩn đoán, tái khám định kỳ và cấp phát

thuốc (tỷ lệ thực hiện trên 90%). Tuy nhiên, các hoạt động truyền thông thay đổi hành vi sức khỏe và theo dõi chỉ số tại nhà còn nhiều hạn chế. Đặc biệt, chỉ 13,8% người bệnh có thiết bị đo glucose tại nhà và chưa đến 10% thực hiện đo thường xuyên. Tỷ lệ ghi chép chỉ số xét nghiệm còn thấp (48,6%), làm giảm hiệu quả giám sát điều trị lâu dài. Những kết quả này cho thấy cần có giải pháp đồng bộ để nâng cao chất lượng tư vấn, tăng cường truyền thông giáo dục sức khỏe và hỗ trợ người bệnh trong tự theo dõi tại nhà, đặc biệt ở tuyến y tế cơ sở, đồng thời cho thấy hoạt động chẩn đoán và điều trị được thực hiện khá đầy đủ. Tuy nhiên, mảng tư vấn giáo dục sức khỏe và theo dõi chỉ số tại nhà còn hạn chế, cho thấy chưa đảm bảo tính toàn diện trong quản lý bệnh mạn tính.

3.2. Các yếu tố ảnh hưởng đến hoạt động quản lý điều trị

Phân tích định tính từ 10 cuộc phỏng vấn sâu cho thấy các yếu tố ảnh hưởng đến hiệu quả quản lý điều trị ĐTD type 2 tại Trung tâm Y tế thành phố Mỹ Tho bao gồm:

- Nhân lực: thiếu bác sĩ chuyên khoa nội tiết, khối lượng công việc cao khiến cán bộ y tế không đủ thời gian tư vấn kỹ cho người bệnh. “Chúng tôi phải khám gần 80 người bệnh mỗi buổi, không đủ thời gian để tư vấn kỹ” (phỏng vấn sâu bác sĩ điều trị).

- Trang thiết bị: Trung tâm Y tế thành phố Mỹ Tho chưa được trang bị đầy đủ các thiết bị xét nghiệm nhanh như HbA1c, máy đo đường huyết tại chỗ, máy đo vi albumin niệu... “Muốn kiểm tra chỉ số chuyên sâu thì phải gửi lên tuyến trên, mất nhiều thời gian” (phỏng vấn sâu cán bộ y tế 1).

- Truyền thông và giáo dục sức khỏe: chưa có phòng tư vấn riêng, hình thức truyền thông chủ yếu là phát tờ rơi, không có chương trình truyền thông định kỳ.

- Cơ chế phối hợp tuyến: việc chuyển tuyến, liên hệ giữa tuyến tỉnh và tuyến cơ sở còn thiếu thông suốt.

- Người bệnh: nhiều người bệnh còn có tâm lý chủ quan, trình độ học vấn thấp, phụ thuộc vào người thân nên việc theo dõi và tự chăm sóc bệnh chưa chủ động. “Tôi không biết nhiều về bệnh, chỉ nghe theo bác sĩ và người nhà thôi” (phỏng vấn sâu người bệnh 6).

Những yếu tố trên ảnh hưởng trực tiếp đến khả năng tuân thủ điều trị và kiểm soát đường huyết lâu dài của người bệnh, tính hệ thống trong khâu chẩn đoán và điều trị tại cơ sở, nhưng đồng thời cho thấy sự thiếu hụt nghiêm trọng trong hoạt động tư vấn, giáo dục sức khỏe và theo dõi lâu dài.

4. BÀN LUẬN

Kết quả nghiên cứu cho thấy hoạt động quản lý điều trị ngoại trú cho người bệnh ĐTD type 2 tại Trung tâm Y tế thành phố Mỹ Tho được tổ chức khá bài bản ở các khâu sàng lọc, chẩn đoán, kê đơn thuốc và hẹn tái khám. Tỷ lệ thực hiện đúng quy trình chuyên môn đạt mức cao, trong đó có đến 94,3% người bệnh được kê

đơn đúng phác đồ điều trị, 92,8% tuân thủ lịch tái khám định kỳ và 87,1% được kiểm tra glucose máu mỗi lần tái khám. Những con số này phản ánh tính hệ thống, khả năng tiếp cận và mức độ tuân thủ điều trị tương đối tốt của người bệnh tại tuyến y tế cơ sở.

Tuy nhiên, khi phân tích sâu hơn vào các hoạt động hỗ trợ như tư vấn giáo dục sức khỏe, thay đổi hành vi và theo dõi chỉ số tại nhà, vốn là những yếu tố quan trọng trong quản lý bệnh mạn tính, thì kết quả cho thấy còn nhiều hạn chế đáng lưu ý. Chỉ 19% người bệnh được truyền thông ≥ 3 nội dung thay đổi lối sống (ăn uống, luyện tập, tự theo dõi glucose máu), và chỉ 9,5% người bệnh có hành vi đo đường huyết thường xuyên tại nhà. Đây là tỷ lệ thấp, đặt ra cảnh báo về sự thiếu toàn diện trong quản lý ngoại trú bệnh ĐTĐ type 2.

Theo khuyến cáo của Hiệp hội ĐTĐ Hoa Kỳ (2024), quản lý bệnh ĐTĐ cần phải tiếp cận theo mô hình đa chiều, bao gồm: (1) Kiểm soát đường huyết bằng thuốc; (2) Điều chỉnh lối sống; (3) Tự quản lý bệnh tại nhà; và (4) Theo dõi định kỳ các biến chứng [6]. Việc chỉ tập trung vào cấp phát thuốc mà thiếu sự hỗ trợ hiệu quả trong thay đổi hành vi người bệnh sẽ dẫn đến thất bại trong kiểm soát lâu dài và gia tăng nguy cơ biến chứng [7]. Đây là điều đã được minh chứng trong nghiên cứu của Nguyễn Hồng Chương (2023) tại thành phố Hồ Chí Minh, khi cho thấy sự khác biệt rõ rệt về HbA1c giữa nhóm bệnh nhân được tư vấn thường xuyên so với nhóm không được hỗ trợ hành vi [3].

Phân tích định tính trong nghiên cứu này giúp làm rõ hơn các rào cản trong quá trình triển khai hoạt động giáo dục sức khỏe. Thứ nhất là thiếu nhân lực chuyên khoa. Một bác sĩ chia sẻ: “Mỗi buổi chúng tôi phải khám 70-80 người bệnh, không còn thời gian để tư vấn kỹ”. Điều này phù hợp với khảo sát của Tổ chức Y tế Thế giới tại các nước thu nhập trung bình, trong đó ghi nhận hơn 60% cán bộ y tế tuyến cơ sở cho biết thời gian khám trung bình cho mỗi bệnh nhân dưới 10 phút [8]. Thời gian tiếp xúc ngắn làm giảm khả năng xây dựng mối quan hệ tin tưởng với người bệnh, một yếu tố then chốt để thay đổi hành vi sức khỏe.

Thứ hai là thiếu phương tiện hỗ trợ tự quản lý bệnh. Chỉ 13,8% người bệnh có thiết bị đo đường huyết tại nhà và phần lớn không sử dụng thường xuyên do giá thành cao hoặc thiếu hướng dẫn sử dụng. Một người bệnh nói: “Máy đo đường huyết mắc lắm... đợi tái khám rồi đo luôn”. Đây là thực trạng phổ biến, đặc biệt tại các tỉnh/thành phố có thu nhập trung bình hoặc thấp. Tổ chức Hợp tác và Phát triển Kinh tế (2018) cũng khẳng định rằng việc không có thiết bị đo đường huyết cá nhân là một trong những nguyên nhân chính dẫn đến thất bại trong tự quản lý bệnh mạn tính [9].

Thứ ba là hệ thống truyền thông - giáo dục sức khỏe chưa hiệu quả và thiếu tính hệ thống. Truyền thông hiện nay tại cơ sở chủ yếu là hình thức phát tờ rơi hoặc thông báo trên loa phát thanh không thường xuyên.

Việc thiếu các mô hình tư vấn sức khỏe riêng biệt, không gian tư vấn riêng, và chương trình giáo dục định kỳ làm giảm hiệu quả tiếp nhận thông tin. Một cán bộ y tế chia sẻ: “Hiện chưa có phòng tư vấn riêng cho người bệnh mạn tính, nên mọi hướng dẫn chỉ lồng ghép khi khám bệnh”.

Bên cạnh yếu tố hệ thống, các yếu tố liên quan đến người bệnh cũng góp phần quan trọng vào hiệu quả điều trị. Phòng vấn sâu cho thấy nhiều người bệnh còn thụ động, ít chủ động tìm hiểu thông tin bệnh tật và phụ thuộc hoàn toàn vào người thân. Một bệnh nhân nói: “Tôi chỉ nghe theo bác sĩ và người nhà thôi, không rành bệnh này”. Trình độ học vấn thấp, thói quen ăn uống cổ hủ và thiếu kiến thức chăm sóc sức khỏe là những rào cản cần được can thiệp bằng các chương trình giáo dục sức khỏe phù hợp với đặc điểm địa phương.

Các nghiên cứu trong nước tại Thừa Thiên Huế (Võ Đức Toàn, 2022) và Khánh Hòa (Lưu Thị Thu Thủy, 2018) cũng chỉ ra rằng hiệu quả điều trị bệnh ĐTĐ tại tuyến cơ sở phụ thuộc rất lớn vào khả năng tổ chức truyền thông giáo dục sức khỏe, kết hợp giữa đội ngũ y tế với gia đình và cộng đồng [4-5].

Trước những thực trạng này, nhiều tổ chức quốc tế như Tổ chức Y tế Thế giới, Liên đoàn Đái tháo đường Thế giới, Hiệp hội ĐTĐ Hoa Kỳ đều nhấn mạnh tầm quan trọng của mô hình quản lý bệnh mạn tính tích hợp, trong đó bao gồm: tăng cường đào tạo liên tục cho cán bộ y tế, ứng dụng phần mềm theo dõi bệnh mạn tính (như eCDS, iHealth), phân công cán bộ chuyên trách phụ trách tư vấn định kỳ, tổ chức các lớp giáo dục bệnh nhân và nhóm hỗ trợ cộng đồng [6-8].

Tóm lại, mặc dù Trung tâm Y tế thành phố Mỹ Tho đã đạt được những kết quả khả quan trong các hoạt động chuyên môn điều trị, song vẫn tồn tại khoảng trống lớn ở mảng tư vấn, giáo dục sức khỏe và hỗ trợ người bệnh tự chăm sóc. Nếu không được cải thiện, đây sẽ là điểm yếu kéo dài, ảnh hưởng đến hiệu quả kiểm soát bệnh lâu dài. Việc đầu tư vào các yếu tố “mềm” như nhân lực, truyền thông, hệ thống quản lý thông tin không chỉ mang lại hiệu quả điều trị tốt hơn mà còn tiết kiệm chi phí y tế nhờ giảm biến chứng và nhập viện không cần thiết.

5. KẾT LUẬN

Hoạt động quản lý điều trị người bệnh ĐTĐ type 2 tại Trung tâm Y tế thành phố Mỹ Tho đã thực hiện tốt các bước chẩn đoán, điều trị và hẹn tái khám. Tuy nhiên, vẫn còn hạn chế trong giáo dục sức khỏe, ghi chép theo dõi và truyền thông tư vấn thay đổi hành vi người bệnh. Cần thiết kế lại mô hình quản lý tích hợp với sự đầu tư đồng bộ về nhân lực, thiết bị và hệ thống thông tin y tế.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1] Bộ Y tế. Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị đái tháo đường type 2. Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, 2020.

- [2] Nguyễn Bá Thắng. Tình trạng tái khám người bệnh đái tháo đường. Tạp chí Y học Thực hành, 2017, (11): 87-90.
- [3] Nguyễn Hồng Chương. Nhận thức của người bệnh đái tháo đường type 2. Tạp chí Y học thành phố Hồ Chí Minh, 2023, 27 (2): 45-50.
- [4] Võ Đức Toàn. Quản lý đái tháo đường tuyến xã tại Thừa Thiên Huế. Tạp chí Y học Cộng đồng, 2022, 30 (4): 33-38.
- [5] Lưu Thị Thu Thủy. Đánh giá hoạt động quản lý điều trị người bệnh đái tháo đường tại Phòng khám Nội tiết, Bệnh viện ĐK Khánh Hòa. Luận văn chuyên khoa II (chuyên ngành tổ chức quản lý y tế), Trường Đại học Y tế Công cộng, 2018.
- [6] American Diabetes Association. Standards of Medical Care in Diabetes. Diabetes Care, 2024, 47 (Suppl 1): S1-S230.
- [7] International Diabetes Federation. Diabetes Atlas, 10th ed. Brussels, IDF, 2021.
- [8] OECD. Chronic Care Quality Indicators. OECD Health Working Papers, 2018, No. 115.
- [9] World Health Organization. Package of essential noncommunicable (PEN) disease interventions for primary health care. Geneva, WHO, 2020.