

**ĐẠI HỌC THÁI NGUYÊN
TRƯỜNG ĐẠI HỌC Y DƯỢC**

**BÁO CÁO TỔNG KẾT
ĐỀ TÀI KHOA HỌC VÀ CÔNG NGHỆ CẤP ĐẠI HỌC**

**ĐÁNH GIÁ HIỆU QUẢ CAN THIỆP GIÁO DỤC SỨC KHỎE
RĂNG MIỆNG CHO NGƯỜI CAO TUỔI DÂN TỘC SÁN DÌU
MẮC BỆNH QUANH RĂNG TẠI XÃ NAM HÒA
HUYỆN ĐỒNG HỖ - THÁI NGUYÊN**

Mã số: < ĐH2017-TN05-01 >

Chủ nhiệm đề tài: Ths. GVC. Nông Phương Mai

Thái Nguyên, 10/2019

**ĐẠI HỌC THÁI NGUYÊN
TRƯỜNG ĐẠI HỌC Y DƯỢC**

**BÁO CÁO TỔNG KẾT
ĐỀ TÀI KHOA HỌC VÀ CÔNG NGHỆ CẤP ĐẠI HỌC**

**ĐÁNH GIÁ HIỆU QUẢ CAN THIỆP GIÁO DỤC SỨC KHỎE
RĂNG MIỆNG CHO NGƯỜI CAO TUỔI DÂN TỘC SÁN DÌU
MẮC BỆNH QUANH RĂNG TẠI XÃ NAM HÒA
HUYỆN ĐỒNG HỖ - THÁI NGUYÊN**

Mã số: < ĐH2017-TN05-01 >

Xác nhận của tổ chức chủ trì
(ký, họ tên, đóng dấu)

Chủ nhiệm đề tài
(ký, họ tên)

Nông Phương Mai

Thái Nguyên, 10/2019

**DANH SÁCH THÀNH VIÊN THAM GIA NGHIÊN CỨU ĐỀ TÀI
VÀ ĐƠN VỊ PHỐI HỢP CHÍNH**

I. NHỮNG THÀNH VIÊN THAM GIA NGHIÊN CỨU ĐỀ TÀI			
TT	Họ và tên	Đơn vị công tác và lĩnh vực chuyên môn	Nội dung nghiên cứu cụ thể được giao
1	Nông Phương Mai	Bộ môn ĐD cơ bản	Chủ nhiệm đề tài
2	Đỗ Thị Lệ Hằng	BM ĐD Cộng đồng	Nghiên cứu viên
3	Nguyễn Ngọc Huyền	BM ĐD Người trưởng thành	Nghiên cứu viên
4	Hoàng Minh Hương	BM ĐD Tâm Thần	Nghiên cứu viên
5	Lương Thị Hoa	Bộ môn ĐD cơ bản	Nghiên cứu viên
6	Hoàng Trung Kiên	BM ĐD Cộng đồng	Nghiên cứu viên
II. ĐƠN VỊ PHỐI HỢP CHÍNH			
1	Trạm Y tế xã Nam Hòa - huyện Đông Hỷ - thành phố Thái Nguyên		

MỤC LỤC

DANH SÁCH THÀNH VIÊN THAM GIA NGHIÊN CỨU ĐỀ TÀI VÀ ĐƠN VỊ PHỐI HỢP CHÍNH	i
MỤC LỤC	ii
DANH MỤC BẢNG	vi
DANH MỤC BIỂU ĐỒ	vii
DANH MỤC HỘP	viii
DANH MỤC CÁC CHỮ VIẾT TẮT	ix
THÔNG TIN KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU	x
MỞ ĐẦU	1
CHƯƠNG I: TỔNG QUAN	3
1.1. Khái niệm người cao tuổi và thực trạng người cao tuổi.....	3
1.1.1. Khái niệm người cao tuổi.....	3
1.1.2. Tình hình người cao tuổi trên thế giới.....	3
1.1.3. Tình hình người cao tuổi tại Việt Nam.....	3
1.2. Một số đặc điểm và yếu tố nguy cơ bệnh quanh răng ở người cao tuổi.....	4
1.2.1. Một số đặc điểm vùng quanh răng ở người cao tuổi.....	4
1.2.2. Một số yếu tố nguy cơ gây bệnh quanh răng ở người cao tuổi.....	5
1.3. Một số nghiên cứu về bệnh quanh răng ở người cao tuổi trên thế giới và Việt Nam.....	5
1.3.1. Một số nghiên cứu về bệnh quanh răng ở người cao tuổi trên thế giới.....	5
1.3.2. Một số nghiên cứu về bệnh quanh răng ở người cao tuổi tại Việt Nam.....	7
1.4. Các nghiên cứu về giải pháp dự phòng bệnh quanh răng.....	9
1.4.1. Một số nghiên cứu về giáo dục sức khỏe răng miệng cho người cao tuổi.....	9
1.4.2. Tình hình nghiên cứu về kiến thức, thái độ và thực hành chăm sóc sức khỏe răng miệng ở người cao tuổi.....	11
1.5. Một số thông tin về địa bàn nghiên cứu.....	17

CHƯƠNG II: ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU	20
2.1. Đối tượng nghiên cứu	20
2.1.1. Đối tượng cho nghiên cứu mô tả	20
2.1.2. Đối tượng nghiên cứu định tính	20
2.1.3. Đối tượng nghiên cứu can thiệp	20
2.1.4. Tiêu chuẩn loại trừ	20
2.2. Địa điểm nghiên cứu	20
2.3. Thời gian nghiên cứu	21
2.4. Phương pháp nghiên cứu	21
2.4.1. Phương pháp và thiết kế nghiên cứu	21
2.4.2. Cỡ mẫu và cách chọn mẫu	21
2.5. Các biến số nghiên cứu	24
2.5.1. Các biến số, chỉ số nghiên cứu cho mục tiêu 1	24
2.5.2. Các biến số, chỉ số nghiên cứu cho mục tiêu 2	25
2.6. Tiêu chuẩn và cách đánh giá	26
2.6.1. Đánh giá tình trạng vùng quanh răng	26
2.6.2. Tiêu chuẩn đánh giá kiến thức - thái độ - thực hành chăm sóc sức khỏe răng miệng của đối tượng nghiên cứu	32
2.6.3. Cách đánh giá chỉ số hiệu quả và hiệu quả can thiệp	34
2.7. Nội dung và phương pháp can thiệp truyền thông giáo dục sức khỏe răng miệng và các bước tiến hành nghiên cứu	35
2.7.1. Nội dung can thiệp truyền thông giáo dục sức khỏe răng miệng	35
2.7.2. Phương pháp truyền thông giáo dục sức khỏe	36
2.7.3. Các bước tiến hành nghiên cứu	37
2.8. Công cụ thu thập số liệu	42
2.8.1. Phương tiện khám lâm sàng và can thiệp kỹ thuật	42
2.8.2. Phương tiện khác	44
2.9. Phương pháp không chế sai số	44
2.10. Phương pháp xử lý số liệu	44

2.10.1. Số liệu định lượng.....	44
2.10.2. Số liệu định tính.....	45
2.11. Vấn đề đạo đức trong nghiên cứu.....	46
2.12. Hạn chế trong nghiên cứu.....	47
2.13. Sơ đồ tổng hợp quá trình nghiên cứu.....	48
CHƯƠNG III: KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU.....	49
3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu theo nhóm nghiên cứu.....	49
3.2. Hiệu quả can thiệp giáo dục sức khỏe răng miệng cho người cao tuổi dân tộc Sán Dìu mắc bệnh quanh răng tại xã Nam Hòa huyện Đồng Hỷ - Thái Nguyên giai đoạn 2015 - 2017.....	50
3.2.1. Hiệu quả can thiệp đến kiến thức - thái độ - thực hành chăm sóc sức khỏe răng miệng cho đối tượng nghiên cứu.....	50
3.2.2. Hiệu quả can thiệp bằng giáo dục sức khỏe đến bệnh quanh răng cho người cao tuổi dân tộc Sán Dìu tại địa bàn nghiên cứu.....	58
3.3. Một số yếu tố thuận lợi, khó khăn ảnh hưởng đến hiệu quả giáo dục sức khỏe răng miệng cho người cao tuổi dân tộc Sán Dìu tại địa bàn nghiên cứu.....	61
3.3.1 Những yếu tố thuận lợi ảnh hưởng đến hiệu quả giáo dục sức khỏe răng miệng cho người cao tuổi dân tộc Sán Dìu tại địa bàn nghiên cứu.....	61
3.3.2. Những yếu tố khó khăn ảnh hưởng đến hiệu quả giáo dục sức khỏe răng miệng cho người cao tuổi dân tộc Sán Dìu tại địa bàn nghiên cứu.....	64
CHƯƠNG IV: BÀN LUẬN.....	67
4.1. Đặc điểm chung về đối tượng nghiên cứu.....	67
4.2. Hiệu quả của biện pháp truyền thông giáo dục sức khỏe răng miệng.....	67
4.2.1. Kiến thức - thái độ - thực hành chăm sóc sức khỏe răng miệng của người cao tuổi sau can thiệp.....	68
4.2.2. Thực trạng bệnh quanh răng của người cao tuổi sau can thiệp.....	72
4.3. Một số yếu tố thuận lợi, khó khăn ảnh hưởng đến hiệu quả giáo dục sức khỏe răng miệng cho người cao tuổi dân tộc Sán Dìu tại địa bàn nghiên cứu.....	75

4.3.1 Một số yếu tố thuận lợi ảnh hưởng đến hiệu quả giáo dục sức khỏe răng miệng cho người cao tuổi dân tộc Sán Dìu tại địa bàn nghiên cứu.....	75
4.3.2. Những yếu tố khó khăn ảnh hưởng đến hiệu quả giáo dục sức khỏe răng miệng cho người cao tuổi dân tộc Sán Dìu tại địa bàn nghiên cứu.....	78
KẾT LUẬN	84
KHUYẾN NGHỊ	86
TÀI LIỆU THAM KHẢO	87

DANH MỤC BẢNG

Bảng 1.1. Tổng Điều tra dân số 1979, 1989, 1999 và 2009 và Dự báo Dân số đến năm 2049.....	4
Bảng 3.1. Thông tin cơ bản về đối tượng nghiên cứu theo nhóm.....	49
Bảng 3.2. Tỷ lệ trả lời sai kiến thức chung về sức khỏe răng miệng của đối tượng nghiên cứu theo nhóm trước và sau can thiệp giáo dục sức khỏe.....	50
Bảng 3.3. Giá trị trung bình về thái độ của nhóm nghiên cứu trước và sau can thiệp giáo dục sức khỏe.....	54
Bảng 3.4. Tỷ lệ thực hành các nội dung chăm sóc sức khỏe răng miệng của đối tượng nghiên cứu theo nhóm trước và sau can thiệp giáo dục sức khỏe.....	54
Bảng 3.5. Hiệu quả can thiệp đối với chỉ số lợi (GI) ở mức độ kém của người cao tuổi trước và sau can thiệp của hai nhóm.....	58
Bảng 3.6. Hiệu quả can thiệp đối với chỉ số vệ sinh răng miệng đơn giản (OHI - S) của người cao tuổi trước và sau can thiệp của hai nhóm.....	59
Bảng 3.7. Hiệu quả can thiệp đối với chỉ số vệ sinh răng miệng (OHI - S) ở mức độ kém của người cao tuổi trước và sau can thiệp của hai nhóm.....	59
Bảng 3.8. Tỷ lệ tình trạng quanh răng (CPI) theo nhóm nghiên cứu trước và sau can thiệp.....	60
Bảng 3.9. Hiệu quả can thiệp đối với chỉ số CPI 3 (Túi lợi 4 – 5mm) của người cao tuổi trước và sau can thiệp của hai nhóm.....	61

DANH MỤC BIỂU ĐỒ

Biểu đồ 3.1. Mức độ kiến thức về chăm sóc sức khỏe răng miệng của đối tượng nghiên cứu theo nhóm trước và sau can thiệp.....	52
Biểu đồ 3.2. Mức độ thái độ về CS SKRM của ĐTNC theo nhóm trước và sau can thiệp.....	53
Biểu đồ 3.3. Mức độ thực hành về chăm sóc SKRM củaĐTNC theo nhóm trước và sau can thiệp.....	57

DANH MỤC HỘP

Hộp 3.1. Kết quả thảo luận nhóm của người cao tuổi về việc tiếp nhận kiến thức chăm sóc sức khỏe răng miệng.....	62
Hộp 3.2. Kết quả thảo luận nhóm nhân viên y tế xã về thái độ tiếp nhận kiến thức chăm sóc sức khỏe răng miệng của NCT.....	62
Hộp 3.3. Kết quả phỏng vấn sâu của lãnh đạo xã, trạm y tế về thực trạng bảo hiểm y tế của người cao tuổi tại địa bàn nghiên cứu.....	63
Hộp 3.4. Kết quả phỏng vấn sâu về những thuận lợi trong quá trình triển khai các hoạt động giáo dục sức khỏe răng miệng của lãnh đạo xã, trạm y tế.....	63
Hộp 3.5. Kết quả thảo luận nhóm của người cao tuổi về kiến thức, thực hành chăm sóc sức khỏe răng miệng.....	64
Hộp 3.6. Kết quả thảo luận nhóm người cao tuổi về việc khả năng tiếp cận các dịch vụ y tế.....	65
Hộp 3.7. Kết quả thảo luận nhóm cán bộ y tế cơ sở về khả năng tiếp cận các dịch vụ y tế của người cao tuổi.....	65
Hộp 3.8. Kết quả phỏng vấn sâu lãnh đạo trạm y tế xã và thảo luận nhóm cán bộ y tế cơ sở về thực trạng cơ sở vật chất, trang thiết bị và nguồn nhân lực đáp ứng việc chăm sóc sức khỏe răng miệng cho người cao tuổi.....	66

DANH MỤC CÁC CHỮ VIẾT TẮT

BQR	Bệnh quanh răng
CS	Cộng sự
CSHQ	Chỉ số hiệu quả
CPI	Community Periodontal Index/Chỉ số quanh răng cộng đồng
CPITN	Community Periodontal Index of Treatment Needs/Chỉ số quanh răng cộng đồng về nhu cầu điều trị
ĐTNC	Đối tượng nghiên cứu
GDSK	Giáo dục sức khỏe
GI	Gingival index/Chỉ số lợi
Gr	Gram
HQCT	Hiệu quả can thiệp
ISAA	Hiệp hội An sinh Xã hội Quốc tế
KT	Kiến thức
NCT	Người cao tuổi
OHI - S	Simplyfied oral Hygiene index/Chỉ số vệ sinh răng miệng
SD	Standard Deviation/Độ lệch chuẩn
SKRM	Sức khỏe răng miệng
TĐ	Thái độ
TH	Thực hành
TT	Truyền thông
VSRM	Vệ sinh răng miệng
WHO	World Health Organization/Tổ chức Y tế thế giới
\bar{x}	Giá trị trung bình

ĐẠI HỌC THÁI NGUYÊN
TRƯỜNG ĐẠI HỌC Y – DƯỢC

THÔNG TIN KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

1. Thông tin chung

- Tên đề tài: ***“Đánh giá hiệu quả can thiệp giáo dục sức khỏe răng miệng cho người cao tuổi dân tộc Sán Dìu mắc bệnh quanh răng tại xã Nam Hòa huyện Đồng Hỷ - Thái Nguyên”***

- Mã số: **DH2017-TN05-01**

- Chủ nhiệm đề tài: Ths. Nông Phương Mai

- Tổ chức chủ trì: Đại học Thái Nguyên.

- Thời gian thực hiện: Tháng 01/2016 - Tháng 12/2017

2. Mục tiêu

- *Đánh giá hiệu quả can thiệp giáo dục sức khỏe răng miệng cho người cao tuổi dân tộc Sán Dìu mắc bệnh quanh răng tại xã Nam Hòa huyện Đồng Hỷ - Thái Nguyên giai đoạn 2015 - 2017.*

- *Phân tích khó khăn, thuận lợi ảnh hưởng đến hiệu quả can thiệp giáo dục sức khỏe răng miệng cho người cao tuổi tại địa bàn nghiên cứu.*

3. Tính mới và sáng tạo

- Kết quả nghiên cứu đã mô tả được thực trạng bệnh quanh răng của người cao tuổi dân tộc Sán Dìu ở địa bàn nghiên cứu và kiến thức, thái độ, thực hành về chăm sóc răng miệng của người cao tuổi dân tộc Sán Dìu tại xã Nam Hòa, huyện Đồng Hỷ, tỉnh Thái Nguyên.

- Kết quả nghiên cứu đã cung cấp được các thông tin có ý nghĩa khoa học và tính ứng dụng trong thực tiễn phòng chống bệnh quanh răng nói riêng và bệnh răng miệng nói chung cho người cao tuổi.

4. Kết quả nghiên cứu

4.1. Hiệu quả can thiệp giáo dục sức khỏe răng miệng cho người cao tuổi dân tộc Sán Dìu mắc bệnh quanh răng tại xã Nam Hòa huyện Đồng Hỷ - Thái Nguyên giai đoạn 2015 - 2017.

4.1.1. Hiệu quả can thiệp giáo dục sức khỏe đến tình trạng bệnh quanh răng ở NCT dân tộc Sán Dìu

Sau can thiệp giáo dục sức khỏe răng miệng, tình trạng viêm lợi ở nhóm can thiệp đã giảm so với nhóm chứng ($p < 0,001$). Tỷ lệ chỉ số lợi (GI) mức độ kém giảm từ 91,8% xuống còn 12,3%. Chỉ số hiệu quả ở nhóm can thiệp là 86,61%, nhóm chứng là 10,76%. Hiệu quả can thiệp là 75,85%.

Tình trạng vệ sinh răng miệng cũng được cải thiện hơn ở nhóm can thiệp so với nhóm chứng ($p < 0,001$). Tỷ lệ chỉ số vệ sinh răng miệng OHI - S mức độ kém giảm từ 95,9% xuống còn 19,7%. Chỉ số hiệu quả ở nhóm can thiệp là 79,5%, nhóm chứng là 38,3%. Hiệu quả can thiệp là 41,2%.

Sau can thiệp giáo dục sức khỏe răng miệng, tình trạng bệnh quanh răng ở nhóm can thiệp cũng giảm hơn so với nhóm chứng với $p < 0,001$. Đặc biệt là chỉ số CPI 3 của nhóm can thiệp đã giảm từ 76,2% xuống còn 54,9%. Chỉ số hiệu quả ở nhóm can thiệp là 27,96%, nhóm chứng là 15,73%. Hiệu quả can thiệp là 12,23%.

4.1.2. Hiệu quả can thiệp giáo dục sức khỏe đến kiến thức - thái độ - thực hành chăm sóc sức khỏe răng miệng ở NCT dân tộc Sán Dìu

Tỷ lệ đối tượng nghiên cứu có kiến thức tốt về chăm sóc sức khỏe răng miệng trước can thiệp là 3,3%, sau can thiệp đạt 47,5%. Tỷ lệ đối tượng nghiên cứu có kiến thức kém về chăm sóc sức khỏe răng miệng trước can thiệp là 66,4%, sau can thiệp giảm xuống còn 11,5%.

Tỷ lệ đối tượng nghiên cứu có thái độ tích cực về chăm sóc sức khỏe răng miệng trước can thiệp là 5,7%, sau can thiệp đạt 21,3%.

Trước can thiệp, tỷ lệ đối tượng nghiên cứu thực hành chăm sóc sức khỏe răng miệng tốt là 0%, sau can thiệp đạt 59,8%. Tỷ lệ đối tượng nghiên cứu thực hành chăm sóc sức khỏe răng miệng kém trước can thiệp là 47,5%, sau can thiệp đã giảm xuống 0%.

4.2. Những thuận lợi - khó khăn ảnh hưởng đến hiệu quả giáo dục sức khỏe răng miệng của NCT

4.2.1. Một số yếu tố thuận lợi ảnh hưởng đến hiệu quả can thiệp Giáo dục sức khỏe răng miệng cho người cao tuổi

- Sự quan tâm, ủng hộ của lãnh đạo xã cũng như lãnh đạo trạm Y tế xã.
- Thái độ của đối tượng nghiên cứu về chăm sóc sức khỏe răng miệng phần lớn là tương đối tích cực với tỷ lệ 75,8%. Thái độ chưa tích cực chiếm 13,9%. Thái độ tích cực chỉ có 10,2%.

- Tỷ lệ người cao tuổi có bảo hiểm y tế cao.

4.2.2. Một số yếu tố khó khăn ảnh hưởng đến hiệu quả can thiệp Giáo dục sức khỏe răng miệng cho người cao tuổi

- Trình độ học vấn còn nhiều hạn chế.

- Kiến thức về chăm sóc sức khỏe răng miệng của đối tượng nghiên cứu là người cao tuổi dân tộc Sán Dìu tại địa bàn nghiên cứu hầu hết ở mức trung bình (30,7%) và kém (65,2%). Kiến thức tốt chỉ chiếm 4,1%.

- Thực hành chăm sóc sức khỏe răng miệng của người cao tuổi tại địa bàn nghiên cứu chưa tốt. Tỷ lệ thực hành tốt chỉ chiếm 0,8% .

- Thiếu các điều kiện cơ bản phục vụ chăm sóc sức khỏe răng miệng cho người cao tuổi: cơ sở vật chất, nguồn nhân lực, chương trình chăm sóc.

- Việc tiếp cận dịch vụ chăm sóc sức khỏe răng miệng đối với người cao tuổi còn khó khăn: khả năng chủ động tiếp cận dịch vụ chăm sóc sức khỏe răng miệng còn hạn chế, Điều kiện kinh tế còn khó khăn, chưa có thói quen khám răng miệng định kỳ cũng như khi có các vấn đề về răng miệng.

5. Sản phẩm

5.1. Sản phẩm khoa học

* Bài báo số 1: Nông Phương Mai, Lương Thị Hoa, Hoàng Minh Hương, Phạm Thị Oanh (2018), “Thực trạng bệnh quanh răng của người cao tuổi dân tộc Sán Dìu tại xã Nam Hòa huyện Đông Hỷ tỉnh Thái Nguyên”, *Tạp chí Khoa học Công nghệ Đại học Thái Nguyên*, tập 177, số 1, tr. 215-219.

* Bài báo số 2: Nông Phương Mai, Hoàng Tiên Công, Hoàng Khải Lập (2018), “Kiến thức - thái độ - thực hành chăm sóc sức khỏe răng miệng của người cao

tuổi dân tộc Sán Dìu tại xã Nam Hòa huyện Đồng Hỷ, tỉnh Thái Nguyên”, *Tạp chí Y học Việt Nam*, tập 469, số Đặc biệt tháng 8, tr. 153-159.

* Bài báo số 3: Nông Phương Mai, Hoàng Tiến Công, Hoàng Khải Lập (2018), “Kiến thức - thái độ - thực hành chăm sóc sức khỏe răng miệng sau can thiệp của người cao tuổi dân tộc Sán Dìu xã Nam Hòa huyện Đồng Hỷ - Thái Nguyên”, *Tạp chí Y học Việt Nam*, tập 469, tháng 8, số (1 và 2), tr. 44-48.

* Bài báo số 4: Nông Phương Mai, Hoàng Tiến Công, Hoàng Khải Lập (2018), “Hiệu quả can thiệp giáo dục sức khỏe răng miệng đến bệnh quanh răng của người cao tuổi dân tộc Sán Dìu tại xã Nam Hòa - Đồng Hỷ - Thái Nguyên”, *Tạp chí Y học Việt Nam*, tập 472, số Đặc biệt tháng 11, tr. 424-429.

5.1. Sản phẩm đào tạo: Chuyên đề nghiên cứu sinh của Chủ nhiệm đề tài.

+ Chuyên đề 1: Tổng quan về bệnh quanh răng trên người cao tuổi ở thế giới và Việt Nam.

+ Chuyên đề 2: Thực trạng kiến thức, thái độ, thực hành chăm sóc sức khỏe răng miệng người cao tuổi.

+ Chuyên đề 3: Phòng chống bệnh quanh răng ở người cao tuổi bằng giáo dục sức khỏe răng miệng.

6. Phương thức chuyển giao, địa chỉ ứng dụng, tác động và lợi ích mang lại của kết quả nghiên cứu

Đề tài đã thực hiện chăm sóc sức khỏe răng miệng và truyền thông – giáo dục sức khỏe răng miệng cho người cao tuổi dân tộc Sán Dìu tại xã Nam Hòa – huyện Đồng Hỷ - tỉnh Thái Nguyên, góp phần chăm sóc sức khỏe răng miệng nói chung, và phòng chống bệnh quanh răng cho đối tượng cần được ưu tiên, đó là người cao tuổi, dân tộc Sán Dìu ở xã Nam Hòa, huyện Đồng Hỷ, tỉnh Thái Nguyên. Kết quả nghiên cứu cũng có thể sử dụng làm căn cứ cho lập kế hoạch mở rộng can thiệp phòng, chống bệnh răng miệng cho người dân tộc Sán Dìu, cũng như người cao tuổi nói chung ở tỉnh Thái Nguyên.

Ngày 18 tháng 10 năm 2019

Tổ chức chủ trì

Chủ nhiệm đề tài

ThS. Nông Phương Mai

RESEARCH RESULTS INFORMATION

1. General information

- Research title: "Evaluating the effectiveness of oral health education intervention among San Diu ethnic minority elderly people with periodontal disease in Nam Hoa commune, Dong Hy district, Thai Nguyen"
- Code: ĐH2017-TN05-01
- Author: Ms. Nong Phuong Mai
- Sponsoring organization: Thai Nguyen University
- The period of study: from January 2016 to December 2017

2. Objectives

- To evaluate the effectiveness of oral health education intervention among San Diu ethnic minority elderly people with periodontal disease in Nam Hoa commune, Dong Hy district, Thai Nguyen.
- To investigate the advantages and disadvantages influencing the effectiveness of oral health education intervention among elderly people in the study area.

3. The novelty and creativity

- The findings of this study have described the situation of periodontal disease as well as the knowledge, attitude, and practice of oral care among San Diu ethnic minority elderly people in Nam Hoa commune, Dong Hy district, Thai Nguyen province.
- The findings of this study have provided significant scientific and practical information on the prevention of periodontal disease in particular and oral diseases in general for elderly people.

4. The findings of this study

4.1. The effectiveness of oral health education intervention among San Diu ethnic minority elderly people with periodontal disease in Nam Hoa commune, Dong Hy district, Thai Nguyen from 2015 to 2017.

4.1.1. The effectiveness of the educational intervention to periodontal disease situation among San Diu ethnic minority elderly people

After providing the oral health education intervention, the gingivitis situation of the intervention group decreased compared to the control group ($p < 0.001$). The proportion of Gingival Index (GI) in the poor level decreased

from 91.8% to 12.3%. The effectiveness index of the intervention group and the control group was 86.61% and 10.75%, respectively. The intervention effectiveness was 75.85%.

The oral hygiene situation was also improved in the intervention group compared to the control group ($p < 0.001$). The proportion of the Simplified Oral Hygiene Index (OHI-S) in the poor level decreased from 95.9% to 19.7%. The effectiveness index of the intervention group and the control group was 79.5% and 38.3%, respectively. The intervention effectiveness was 41.2%.

After providing the oral health education intervention, the periodontal disease situation of the intervention group decreased compared to the control group ($p < 0.001$). Especially, the CPI 3 index of the intervention group decreased from 76.2% to 54.9%. The effectiveness index of the intervention group and the control group was 27.96% and 15.73%, respectively. The intervention effectiveness was 12.23%.

4.1.2. The effectiveness of the educational intervention to knowledge, attitude, and practice of oral care among San Diu ethnic minority elderly people

The percentage of the participants who had a good knowledge of oral health care before and after the intervention were 3.3% and 47.5%, respectively. The percentage of the participants with poor knowledge of oral health care before the intervention was 66.4%. While this corresponding rate decreased to 11.5% after the intervention.

The percentage of the participants who had a positive attitude of oral health care before and after the intervention were 5.7% and 21.3%, respectively.

Before the intervention, the proportion of the participants who had a good practice of oral health care was 0%. Interestingly, this corresponding rate increased to 59.8% after the intervention. Regarding the proportion of the participants with a poor practice of oral health care, it decreased from 47.5% to 0% after the intervention.

4.2. The advantages and disadvantages influencing the effectiveness of oral health education intervention among elderly people

4.2.1. The advantages influencing the effectiveness of oral health education intervention among elderly people

- The consideration and support from the head of the commune and the head of the commune health station.

- Most of the participants had a positive attitude toward oral health care, occupying 75.5%. While 13.9% had a slightly positive attitude. The corresponding rate of negative attitude was only 10.2%.

- The percentage of the elderly who had health care insurance was high

4.2.2. The disadvantages influencing the effectiveness of oral health education intervention among elderly people

- The education level is still limited

- The knowledge of oral health care among the participants who were San Diu ethnic elderly people in the study area was mostly at a moderate level (30.7%) and poor level (65.2%). The good knowledge level occupied only 4.1%.

- The practice of oral health care among the elderly in the study area was not good. The percentage of good practice made up only 0.8%.

- There was a lack of basic conditions for the oral health care service among the elderly, for example, facilities, human resources, health care programs.

- There was still many difficulties regarding the accessibility of oral health care service among the elderly, such as the ability to actively access to oral health care service is limited, economic difficulties, lack of regular oral check-up habit as well as dental examination when there was a dental problem.

5. Publications

5.1. Scientific products

- The first article: Nong Phuong Mai, Luong Thi Hoa, Hoang Minh Huong, Pham Thi Oanh (2018), "The situation of the periodontal disease among San Diu ethnic minority elderly people in Nam Hoa commune, Dong Hy district, Thai Nguyen province", *Thai Nguyen University Journal of Science and Technology*, Volume 177, issue 1, 2018, pp. 215-219.

- The second article: Nong Phuong Mai, Hoang Tien Cong, Hoang Khai Lap (2018), "Oral health care knowledge, attitude, and practices among San Diu ethnic minority elderly people in Nam Hoa commune, Dong Hy district, Thai Nguyen province", *Viet Nam Medical Journal*, Volume 469, special issue in August 2018, pp. 153-159.

- The third article: Nong Phuong Mai, Hoang Tien Cong, Hoang Khai Lap (2018), "Oral health care knowledge, attitude, and practices after the intervention among San Diu ethnic minority elderly people in Nam Hoa commune, Dong Hy district – Thai Nguyen", *Viet Nam Medical Journal*, Volume 469, issue (1 and 2), 2018, pp. 44-48.

- The fourth article: Nong Phuong Mai, Hoang Tien Cong, Hoang Khai Lap (2018), "Effectiveness of oral health education intervention on periodontal disease among San Diu ethnic minority elderly people in Nam Hoa commune – Dong Hy – Thai Nguyen", *Viet Nam Medical Journal*, Volume 472, special issue in November 2018, pp. 424-429.

5.2. Training products: The dissertation of the main author.

+ Topic 1: Overview of Periodontal disease among the elderly in the world and Viet Nam.

+ Topic 2: The situation of knowledge, attitude, and practice of oral health care among the elderly.

+ Topic 3: The prevention of Periodontal disease among the elderly through oral health education.

6. Transfer method, application address, impacts and benefits of the findings of this study

This study has provided oral health care and oral health care education and communication to San Diu ethnic minority elderly people in Nam Hoa commune, Dong Hy district, Thai Nguyen province which contributed to the oral health care in general and the prevention of periodontal disease for those who was really in need (San Diu ethnic minority elderly people in Nam Hoa commune, Dong Hy district, Thai Nguyen province). The findings of this study

are also used as an evidence base for planning to expand the intervention, prevention of periodontal disease for San Diu ethnic minority elderly people as well as for the elderly in Thai Nguyen in general.

MỞ ĐẦU

Già hóa dân số đang trở thành một vấn đề nổi bật của toàn thế giới trong thế kỷ thứ 21. Hiện nay, trên thế giới có khoảng 700 triệu người cao tuổi và sẽ tăng lên con số 1 tỷ vào năm 2020. Dự báo đến năm 2050, người cao tuổi sẽ chiếm hơn 20% dân số thế giới [66]. Ở Việt Nam theo kết quả điều tra của Tổng cục thống kê, số người từ 60 tuổi trở lên là hơn 9 triệu người, chiếm tỷ lệ 10,2%, dự báo tỷ lệ này sẽ tăng lên 20,7% vào năm 2040 và 24,8% vào năm 2049 [2].

Có rất nhiều yếu tố ảnh hưởng đến sức khỏe, chất lượng cuộc sống và tuổi thọ của người cao tuổi, trong đó sức khỏe răng miệng có vai trò vô cùng quan trọng. Tổ chức Y tế Thế giới đã đề ra chiến lược chăm sóc sức khỏe răng miệng cho người cao tuổi giai đoạn hiện nay với mục tiêu là hạn chế số răng mất của người cao tuổi. Để đạt được mục tiêu này thì việc kiểm soát các bệnh răng miệng, đặc biệt là bệnh lý vùng quanh răng của người cao tuổi là đặc biệt quan trọng.

Bệnh quanh răng là một bệnh mãn tính ảnh hưởng đến một hoặc nhiều thành phần của tổ chức quanh răng và là gánh nặng ngày càng tăng đối với con người, hệ thống chăm sóc sức khỏe và xã hội trên toàn thế giới [64]. Bệnh quanh răng chính là quá trình viêm xảy ra ở các mô xung quanh răng khi có sự tích tụ của vi khuẩn (hay gọi là mảng bám răng). Viêm lợi và viêm quanh răng là một sự liên tục của cùng một quá trình viêm và trong khi viêm lợi chỉ biểu hiện tình trạng viêm của lợi mà không mất sự gắn kết mô liên kết thì viêm quanh răng lại bao gồm viêm lợi ở vị trí có sự di chuyển của đỉnh biểu mô trên bề mặt chân răng kèm theo mất mô liên kết và xương ổ răng [37]. Đây là nguyên nhân chính của mất răng và là được coi là một trong hai mối đe dọa lớn nhất đối với sức khỏe răng miệng [28].

Người cao tuổi nếu được kiểm soát bệnh quanh răng định kỳ, được giáo dục sức khỏe răng miệng thường xuyên sẽ tạo điều kiện thuận lợi cho việc nâng cao

sức khỏe răng miệng, ngăn ngừa những hậu quả không mong muốn, giữ lại được số răng tự nhiên góp phần cải thiện tình trạng sức khỏe toàn thân, nâng cao chất lượng cuộc sống [67]. Ở Việt Nam thời gian gần đây đã có một số tác giả nghiên cứu thực trạng bệnh răng miệng cũng như nhu cầu điều trị bệnh răng miệng của người cao tuổi nhưng chủ yếu tập trung ở một số thành phố lớn như Hà Nội, thành phố Hồ Chí Minh... Kết quả nghiên cứu cho thấy tỷ lệ người cao tuổi mắc bệnh quanh răng ở các thành phố này rất cao chiếm khoảng 95% [4], [11], [17].

Thái Nguyên là một tỉnh thuộc vùng Đông Bắc Bộ với dân số ước tính khoảng 1,16 triệu người trong đó có số lượng khoảng 126.244 người cao tuổi bao gồm nhiều dân tộc khác nhau như Kinh, Tày, Nùng, Sán Dìu, Mông... [16].

Người cao tuổi là dân tộc thiểu số của Thái Nguyên có thực trạng bệnh quanh răng ra sao, can thiệp bằng giáo dục sức khỏe răng miệng thường xuyên sau điều trị bệnh quanh răng cho người cao tuổi sẽ góp phần cải thiện tình trạng bệnh lý quanh răng ở người cao tuổi dân tộc Sán Dìu như thế nào thì chưa có đề tài nào được nghiên cứu. Vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài trên với các mục tiêu:

*** Mục tiêu:**

1. Đánh giá hiệu quả can thiệp giáo dục sức khỏe răng miệng cho người cao tuổi dân tộc Sán Dìu mắc bệnh quanh răng tại xã Nam Hòa huyện Đồng Hỷ - Thái Nguyên giai đoạn 2015 – 2017.

2. Phân tích khó khăn, thuận lợi ảnh hưởng đến hiệu quả can thiệp giáo dục sức khỏe răng miệng cho người cao tuổi tại địa bàn nghiên cứu.

CHƯƠNG I

TỔNG QUAN

1.1. Khái niệm người cao tuổi và thực trạng người cao tuổi

1.1.1. Khái niệm người cao tuổi

Tổ chức Y tế Thế giới đã quy định người già là những người từ 60 tuổi trở lên không phân biệt giới tính. Tại Việt Nam, theo Luật Người cao tuổi quy định trong Luật số 39/2009/QH12 của Quốc hội, người cao tuổi là người đủ trên 60 tuổi trở lên [10].

1.1.2. Tình hình người cao tuổi trên thế giới

Tổ chức Y tế thế giới (WHO) đã đưa ra cảnh báo cho biết, trong giai đoạn từ năm 2000 đến 2050 trên quy mô toàn cầu, số NCT sẽ nhiều hơn số trẻ em dưới 14 tuổi. Già hoá dân số sẽ trở thành một vấn đề lớn ở các nước đang phát triển, nơi mà dân số sẽ bị già hoá nhanh chóng trong nửa đầu của thế kỷ XXI. Tỷ lệ NCT trên toàn thế giới có xu hướng tăng gấp gần 3 lần trong vòng 50 năm. Cụ thể, tỷ lệ NCT trên 60 tuổi năm 2000 là 9,9% dân số toàn thế giới, nhưng đến năm 2015 con số này đã tăng lên 12,3%. Dự đoán tỷ lệ người cao tuổi sẽ tăng lên 16,5% năm 2030 và lên tới 21,5% dân số thế giới vào năm 2050. Trong đó tỷ lệ NCT có độ tuổi từ 80 tuổi trở lên cũng tăng nhanh từ 1,7% năm 2015 lên 4,5% năm 2050 [50].

1.1.3. Tình hình người cao tuổi tại Việt Nam

Trong thời gian qua, dân số Việt Nam đã có những biến động mạnh mẽ về quy mô và cơ cấu tuổi. Tỷ lệ NCT ở Việt Nam tăng lên nhanh chóng trong thời gian này là do ba yếu tố quan trọng: tỷ suất sinh giảm, tỷ suất chết giảm và tuổi thọ tăng lên. Ở Việt Nam năm 1979 tổng số người trên 60 tuổi là 3,7 triệu người chiếm 6,96% tổng dân số, năm 2009 số lượng NCT tăng lên 7,7 triệu người chiếm 8,69% tổng dân số. Dự đoán con số này tiếp tục tăng lên 16,66% tính đến năm 2029 và 26,1 % vào năm 2049. Trong đó sự gia tăng tỷ lệ dân số ở các độ tuổi

theo các cuộc điều tra của Tổng cục Thống kê (GSO) và Dự báo dân số của GSO được thể hiện ở bảng sau:

Bảng 1.1: Tổng Điều tra dân số 1979, 1989, 1999 và 2009 và Dự báo Dân số đến năm 2049

Nhóm tuổi	1979 (%)	1989 (%)	1999 (%)	2009 (%)	2019 (%)	2029 (%)	2039 (%)	2049 (%)
60 - 64	2,28	2,40	2,31	2,26	4,29	5,28	5,80	7,04
65 - 69	1,90	1,90	2,20	1,81	2,78	4,56	5,21	6,14
70 - 74	1,34	1,40	1,58	1,65	1,67	3,36	4,30	4,89
75 - 79	0,90	0,80	1,09	1,40	1,16	1,91	3,28	3,87
80+	0,54	0,70	0,93	1,47	1,48	1,55	2,78	4,16
Tổng	6,96	7,20	8,11	8,69	11,78	16,66	21,37	26,10

(Nguồn: Tổng Điều tra dân số 1979, 1989, 1999 và 2009 và Dự báo Dân số của GSO (2011) [1])

1.2. Một số đặc điểm và yếu tố nguy cơ bệnh quanh răng ở người cao tuổi

1.2.1. Một số đặc điểm vùng quanh răng ở người cao tuổi

Vùng quanh răng lập thành một bộ phận hình thái và chức năng, cùng với răng tạo nên một cơ quan chức năng trong cơ thể, bao gồm toàn bộ tổ chức bao bọc quanh răng: Lợi, dây chằng quanh răng, xương răng và xương ổ răng. Bên cạnh đó, vai trò của hệ thống mạch máu nuôi dưỡng cho vùng quanh răng cũng rất quan trọng góp phần tạo nên vùng quanh răng lành mạnh.

Vùng quanh răng ở NCT thường có những đặc điểm của quá trình thoái hóa các tổ chức bao bọc quanh răng như Lợi, dây chằng quanh răng, xương răng và xương ổ răng.

1.2.2. Một số yếu tố nguy cơ gây bệnh quanh răng ở người cao tuổi

Có nhiều yếu tố nguy cơ gây BQR, những yếu tố nguy cơ này được chia làm 2 nhóm:

Nhóm yếu tố nguy cơ có thể thay đổi được: Thói quen hút thuốc lá, thói quen vệ sinh răng miệng, các mức độ của bệnh mạn tính, toàn thân kèm theo như Đái tháo đường, bệnh tim mạch... Chính vì vậy các nhà nghiên cứu đã khuyến cáo chiến lược phòng chống bệnh răng miệng nên được kết hợp giữa phòng ngừa các bệnh toàn thân [51], [36].

Nhóm yếu tố nguy cơ không thể thay đổi được: Tuổi và giới.

1.3. Một số nghiên cứu về bệnh quanh răng ở người cao tuổi trên thế giới và Việt Nam

1.3.1. Một số nghiên cứu về bệnh quanh răng ở người cao tuổi trên thế giới

Bệnh răng miệng là bệnh phổ biến và có tính toàn cầu. Bệnh răng miệng nói chung và BQR nói riêng cho tới nay vẫn rất phổ biến, có xu hướng lan rộng và tiến triển rất phức tạp. Bệnh liên quan đến tuổi, giới, điều kiện kinh tế xã hội, vùng địa lý.

Những NC tổng quan trên thế giới đã tiến hành tổng hợp và phân tích nhiều nghiên cứu tỷ lệ, sự phân bố của BQR, hầu hết sử dụng CPI làm bộ công cụ. Trong các NC những năm 1980 đến những năm 1990, tỷ lệ những người ở Châu Âu có điểm CPI ở mức độ 3 (Túi sâu 4 - 5 mm) từ khoảng 13 - 57%, trung bình khoảng 37% (trong đó Đông Âu khoảng 45% và Tây Âu khoảng 36%). Trong khi đó, tỷ lệ những người có điểm CPI ở mức độ 4 (Túi bệnh lý sâu ≥ 6 mm) ở Đông Âu là 23% trong khi tỷ lệ này ở Tây Âu chỉ có 9% (tổng thể ở Châu Âu có khoảng 14% có điểm CPI ở mức độ 4) [58]. Một NC tổng quan khác thực hiện ở Châu Á và Châu Đại Dương cho thấy, tỷ lệ người có điểm CPI ở mức độ 3 từ 8 - 57%, trong khi điểm CPI ở mức độ 4 là từ 5 - 28% (ở Arap Saudi, Hồng Kong, New Zealand, ...). Tương tự, theo kết quả NC tổng quan ở Châu Phi, có khoảng 5 -

50% có điểm CPI ở mức độ 3 và >30% ở mức độ 4 (ở Kenya, Maroc, Nam Phi...). Bên cạnh đó, một nghiên cứu ở Bắc Mỹ, có đến 21% có điểm CPI ở mức độ 4 [22].

Theo những NC tổng quan gần đây của WHO cho thấy tỷ lệ những người có điểm CPI mức độ 4 (Túi lợi bệnh lý sâu ≥ 6 mm) từ 5% (ở Hungary, Trung Quốc, Anh quốc, Zimbabwe) đến 21% (ở Đức, Canada). Tỷ lệ những người có điểm CPI ở mức độ 3 (Túi lợi sâu 4 - 5 mm) từ 12% (Ở Trung Quốc) tới khoảng 55% (ở Đức, Anh, Canada) [27].

Trong một NC cắt ngang tại Nhật Bản của tác giả Hirotsuki và CS tiến hành năm 2002 cho kết quả 97,1% đối tượng nghiên cứu có 1 vùng lục phân có mất bám dính ≥ 4 mm, 47,9% có mất bám dính ≥ 7 mm. Kết quả này có thấy BQR là bệnh phổ biến ở NCT. Tuy nhiên có 1 vài hoặc nhiều răng bị viêm quanh răng nặng. Cũng trong NC này, NC chiều dọc về sự tiến triển của BQR của nhóm những người lớn tuổi khỏe mạnh ở Nhật Bản đã được báo cáo bởi Hirotsuki và CS (2002) cho thấy sự tiến triển của BQR trong khoảng thời gian 2 năm. Có 599 người 70 tuổi và 162 đối tượng nghiên cứu 80 tuổi tham gia NC lần thứ nhất. Nhìn chung, BQR trong nhóm 70 tuổi có 47,3% có ít nhất một vùng lục phân mất bám dính ≥ 7 mm. Sự tiến triển của bệnh quanh răng sau hai năm được xác định mất bám dính ≥ 3 mm được thấy ở 75,1% những người tham gia nghiên cứu lần hai [38].

Một NC về các yếu tố nguy cơ của BQR người lớn có độ tuổi từ 50 đến 73 ở Thái Lan năm 2005, tất cả các đối tượng được phân loại là BQR nhẹ, trung bình hoặc nặng dựa trên mức độ trung bình mất bám dính. Trong nhóm nghiên cứu, tỷ lệ mắc BQR nặng (mất bám dính ≥ 4 mm) có ý nghĩa liên quan đến người từ 60 tuổi trở lên (OR = 1,6) [61].

Năm 2006, Holm - Pedersen và CS khám tình trạng quanh răng cho 159 NCT từ 80 trở lên ở Thụy Điển. Tuy nhiên có 30 (19%) bỏ không tham gia NC. Còn lại 129 đối tượng nghiên cứu và có 121 đối tượng được khám vùng quanh răng. Trung bình số răng là 16,3. Tiêu chuẩn đánh giá BQR nặng là có ít nhất 4 vùng lục phân

với mất bám dính $\geq 5\text{mm}$, với ít nhất 1 vùng lục phân có túi lợi sâu $\geq 4\text{mm}$. Kết quả cho thấy tỷ lệ NCT mắc BQR nặng là 50,5% [39].

Trong năm 2009 - 2012, 46% người trưởng thành Hoa Kỳ đại diện cho 64,7 triệu người mắc BQR, với 8,9% mắc BQR. Nhìn chung, 3,8% tất cả các vùng lợi (10,6% của tất cả răng) có mảng bám răng $> 4\text{ mm}$ và 19,3% vị trí (37,4% răng) có cao răng $\geq 3\text{ mm}$. Tỷ lệ mắc BQR là tích cực liên quan đến tuổi già ngày càng tăng và trong nhóm nghiên cứu xã hội - nhân khẩu học, viêm quanh răng nặng phổ biến hơn ở người lớn từ 50 tuổi trở lên. Tỷ lệ hiện mắc BQR là cao nhất ở người Tây Ban Nha (63,5%) và người da đen không phải gốc Tây Ban Nha (59,1%), sau đó là người Mỹ gốc Á Châu gốc Phi Châu (50,0%) và thấp nhất là người da trắng không phải gốc La tinh (40,8%). Tỷ lệ đa dạng là hai lần giữa mức thấp nhất và cao nhất về tình trạng kinh tế xã hội, được xác định bởi nghèo đói hay giáo dục [29]. NC của tác giả Aguilar và CS năm 2012 cũng cho thấy tỷ lệ mắc BQR là rất cao ở NCT tại Pê Ru [18].

Như vậy, đặc điểm nổi bật của BQR ở NCT qua các NC là tỷ lệ mắc BQR cao, tỷ lệ viêm quanh răng nhiều hơn tỷ lệ viêm lợi. Chỉ số lợi, chỉ số vệ sinh răng miệng, chỉ số quanh răng về nhu cầu điều trị, tình trạng mất bám dính là những tiêu chuẩn thường được sử dụng để đánh giá mức độ và tiến triển của BQR ở NCT và đã được rất nhiều tác giả trên thế giới sử dụng trong các nghiên cứu về sức khỏe răng miệng NCT [68].

1.3.2. Một số nghiên cứu về bệnh quanh răng ở người cao tuổi tại Việt Nam

Đã có nhiều nghiên cứu khoa học về BQR ở Việt Nam. Các nghiên cứu đã cho thấy tỷ lệ mắc BQR ở nước ta là rất cao. Một NC điều tra sức khỏe răng miệng quốc gia năm 2000 của tác giả Trần Văn Trường và Lâm Ngọc Ân cho thấy, tỷ lệ viêm lợi ở nhóm tuổi 35 - 44 chiếm tỷ lệ cao trong đó cả nước chiếm 99,6%, Hà Nội chiếm 92%, Hồ Chí Minh và Cao Bằng chiếm 100% [15].

Theo kết quả NC của tác giả Nguyễn Cận và CS cho thấy tỷ lệ người có cao răng rất cao gặp ở hầu hết các lứa tuổi, viêm lợi luôn đi đôi với cao răng, 1/3 số viêm lợi sẽ tiến triển sang viêm quanh răng [3].

Cũng trong một NC khác ở Việt Nam về BQR cho thấy kết quả như sau: Bệnh viêm lợi chiếm tỷ lệ cao hơn bệnh viêm quanh răng. Bệnh viêm lợi chiếm tỷ lệ 59,74%, Tỷ lệ bị viêm lợi tăng dần theo độ tuổi thấp nhất nhóm 18 - 34 (52,8)% và cao nhất nhóm 45 tuổi 74,26%. Bệnh viêm quanh răng chiếm tỷ lệ 22,05% trong đó có xu hướng tăng dần theo tuổi, ở nhóm 18 - 34 tuổi chiếm tỷ lệ thấp nhất là 13,6% và ở nhóm 45 tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất là 40,59% [12].

Nghiên cứu năm 2011 của tác giả Trần Văn Dũng và CS ở Thừa Thiên Huế cho thấy, có đến 80,1% người dân mắc BQR và chủ yếu tập trung ở những đối tượng có tình trạng vệ sinh răng miệng chưa tốt (96,8%). NC này cũng chỉ ra thực trạng bệnh viêm quanh răng trong nhân dân thành phố Huế là rất cao (95,44%). Trong đó CPITN1 là 5,96%, CPITN2 là 50,5%, CPITN3 là 33,68% và CPITN4 là 5,26%. Tỷ lệ mắc BQR trong đối tượng nghiên cứu là 80,1%. Tỷ lệ người dân bị viêm lợi chảy máu (CPI 1) là 26,1%. Tỷ lệ người dân bị viêm lợi cao răng (CPI 2) là 31,4%. Tỷ lệ người dân bị viêm lợi có túi lợi bệnh lý nông (CPI 3) là 22,5%. Tỷ lệ người dân bị viêm lợi có túi lợi bệnh lý sâu (CPI 4) là 0,1% [5].

Năm 2015, tác giả Lưu Hồng Hạnh và CS đã nghiên cứu 1405 NCT khu vực nội thành Hà Nội thấy BQR có liên quan tới tuổi, giới, trình độ học vấn, hút thuốc lá và thời gian khám răng. Trong đó, tỉ lệ BQR cao nhất ở nhóm những người chưa đi khám bệnh bao giờ hoặc khám lần gần đây nhất là trên 5 năm (87,8% và 92,7%) [8].

Năm 2017, Lê Nguyễn Bá Thụ nghiên cứu trên 1350 NCT tại thành phố Buôn Ma Thuột – Đắk Lắk, kết quả cho thấy tỷ lệ BQR cao (79%) trong đó cao răng chiếm tỷ lệ cao nhất 56,8% [13].

Như vậy, qua số liệu nêu trên cho thấy tỷ lệ người mắc BQR cao, thậm chí ở mức báo động. Các NC nhằm làm sáng tỏ bệnh lý này cũng như góp phần giúp cho công tác dự phòng và điều trị BQR đạt hiệu quả cao cũng cần được chú ý hơn bao giờ hết.

1.4. Các nghiên cứu về giải pháp dự phòng bệnh quanh răng

1.4.1. Một số nghiên cứu về giáo dục sức khỏe răng miệng cho người cao tuổi

1.4.1.1. Một số nghiên cứu về thực hiện giáo dục sức khỏe răng miệng cho người cao tuổi trên thế giới

Sức khỏe răng miệng là tổng hòa của nhiều yếu tố tác động, trong đó thực hành chăm sóc sức khỏe răng miệng đóng một vai trò vô cùng quan trọng tác động trực tiếp làm cho sức khỏe răng miệng tốt lên hay kém đi. Có nhiều nghiên cứu khoa học cũng đã chỉ ra kiến thức - thái độ - thực hành chăm sóc sức khỏe răng miệng cũng là những yếu tố liên quan đến sức khỏe răng miệng.

Chương trình tăng cường sức khỏe răng miệng của WHO đã khuyến khích các nhà quản lý sức khỏe cộng đồng cần xây dựng chiến lược, thiết kế chương trình chăm sóc sức khỏe tốt hơn cho NCT [54].

Các NC ở Mỹ của Boczko (2009) cho thấy sau khi áp dụng chương trình GDSK răng miệng, kiến thức về chăm sóc răng miệng của NCT được tăng lên một cách rõ rệt, cụ thể điểm trung bình kiến thức sau can thiệp tăng lên 5,29 điểm so với trước can thiệp có ý nghĩa thống kê ($t_{[62]}=13,85, p < 0,01$). Đồng thời, NC đó cũng chỉ ra rằng, GDSK răng miệng cũng góp một phần quan trọng trong việc cải thiện sức khỏe răng miệng và phòng các BQR [23].

Giáo dục sức khỏe răng miệng cho NCT là biện pháp hiệu quả nhất để nâng cao kiến thức, thái độ và hành vi của họ trong việc chăm sóc sức khỏe răng miệng. Từ đó, NCT có thể nâng cao sức khỏe răng miệng cũng như phòng ngừa được BQR. Thật vậy, nhiều NC trước đây đã cho thấy được hiệu quả của việc GDSK răng miệng trong việc nâng cao kiến thức, thái độ, hành vi và sức khỏe răng miệng ở NCT cũng như phòng ngừa BQR. Cụ thể, theo một NC của tác giả

Nakre P. D và CS (2013) đã chứng minh rằng GDSK răng miệng có thể nâng cao kiến thức, thái độ, thực hành về chăm sóc sức khỏe răng miệng đồng thời có thể làm giảm mảng bám răng, giảm chảy máu lợi, giảm bệnh sâu răng và nâng cao sức khỏe răng miệng cho cá nhân và cho cả cộng đồng [49]. Một NC khác ở Banglades của tác giả Karim F. và CS năm 2014 cũng chứng minh rằng GDSK răng miệng là một biện pháp hiệu quả để nâng cao kiến thức, cải thiện tình trạng thực hành vệ sinh răng miệng và phòng các BQR. Cụ thể, tỷ lệ NCT đánh răng một lần/ngày giảm từ 25,5% xuống còn 4,7% sau can thiệp, tỷ lệ đánh răng ngày 2 lần tăng từ 64,2% lên 91,5% sau can thiệp, tỷ lệ người có thời gian chải răng khoảng 2 phút tăng từ 24,5 lên 73,5%, tỷ lệ NCT đi khám nha sĩ khi có vấn đề về răng miệng tăng từ 72,6% lên 95,3% [42].

NC của tác giả Eun-Joo Song và CS năm 2017 tại Hàn Quốc cũng cho thấy chương trình khuyến khích sức khỏe răng miệng có thể cải thiện sức khỏe răng miệng và hành vi vệ sinh răng miệng ở NCT bởi vì nghiên cứu này cho thấy có sự cải thiện đáng kể về chỉ số CPI sau chương trình từ $2,59 \pm 1,14$ xuống $1,41 \pm 1,54$ ($p < 0,001$) [30].

Một NC tổng quan năm 2015 của Needleman và CS đã tổng hợp những NC trước đó và kết luận rằng biện pháp lấy cao răng cùng với hướng dẫn vệ sinh răng miệng có thể làm giảm tình trạng chảy máu lợi, viêm lợi, đồng thời cũng làm giảm BQR. NC này cũng chỉ ra rằng, lấy cao răng là biện pháp dự phòng BQR cấp II góp phần cải thiện tình trạng sức khỏe các tổ chức quanh răng ở NCT [52].

Không chỉ tập trung vào việc truyền thông, giáo dục sức khỏe răng miệng cho NCT nói chung tại cộng đồng, ở các nước phát triển gần đây đã xây dựng các chương trình hỗ trợ CS SKRM cho NCT với cách tiếp cận khác như chương trình CS SKRM trực tiếp cho NCT tại các viện dưỡng lão hoặc gián tiếp thông qua việc tăng cường kiến thức - thái độ - thực hành chăm sóc SKRM NCT cho nhân viên chăm sóc tại các viện dưỡng lão [44].

1.4.1.2. Tình hình nghiên cứu về thực hiện giáo dục sức khỏe răng miệng cho người cao tuổi ở Việt Nam

Trong NC của Phạm Văn Việt năm 2004, tác giả đã áp dụng một chương trình can thiệp bao gồm GDSK răng miệng, hướng dẫn vệ sinh răng miệng kết hợp với lấy cao răng trên nhóm nghiên cứu là NCT sống ở nội thành và ngoại thành Hà Nội. Kết quả NC cho thấy sau can thiệp, ở nhóm nghiên cứu tỷ lệ người có vùng quanh răng lành mạnh tăng lên rõ rệt so với nhóm chứng ($p < 0,01$). Hiệu quả can thiệp được tính là 12,09 (1209%). Giảm tỷ lệ túi lợi nông xuống 68,96% và có cao răng xuống 39,58%. Tình trạng vệ sinh răng miệng cũng được cải thiện đáng kể sau can thiệp với kết quả chỉ số mảng bám PLI sau nghiên cứu giảm xuống có ý nghĩa ($p < 0,001$). Hiệu quả can thiệp đã tăng tỷ lệ người không có mảng bám răng là 6,01. Bên cạnh đó, quá trình GDSK răng miệng được thực hiện trong nghiên cứu này cũng đã đạt được những hiệu quả nhất định với kết quả sau can thiệp, kiến thức - thái độ - thực hành đối với sức khỏe răng miệng của các đối tượng ở nhóm nghiên cứu tăng cao có ý nghĩa ($p < 0,05$). Hiểu biết về bệnh răng miệng được đánh giá là tốt tăng 4,01 (400,01%), hiểu biết khá tăng 5,97. Thực hành chải răng ngày 2 lần, mỗi lần chải từ 3 phút trở lên tăng cao. Nhất là chải răng sau khi ăn tăng 8,48. Các đối tượng đi khám nha sĩ định kỳ, có nguyện vọng được điều trị bệnh răng miệng tăng lên, số người đi khám khi răng miệng có vấn đề tăng 92,19% [17]. Năm 2017, Lê Nguyễn Bá Thụ nghiên cứu trên 1350 NCT tại thành phố Buôn Ma Thuột - Đắk Lắk, kết quả cho thấy điều trị bệnh BQR và truyền thông giáo dục sức khỏe răng miệng là có hiệu quả [13].

1.4.2. Tình hình nghiên cứu về kiến thức, thái độ và thực hành chăm sóc sức khỏe răng miệng ở người cao tuổi.

1.4.2.1. Tình hình nghiên cứu về kiến thức - thái độ - thực hành chăm sóc sức khỏe răng miệng của người cao tuổi trên thế giới

* *Tình hình nghiên cứu về kiến thức chăm sóc sức khỏe răng miệng của người cao tuổi*

Nghiên cứu của Vysniauskaite cũng tìm ra rằng, 34% NCT trong nghiên cứu có kiến thức tốt, 22% có kiến thức ở mức độ trung bình và 44% có kiến thức về chăm sóc sức khỏe răng miệng ở mức độ kém [63].

Về kiến thức chăm sóc răng miệng, một NC được Wehmeyer và CS tiến hành năm 2014 cũng chỉ ra tỷ lệ tương tự, trong đó 37% NCT có kiến thức tốt, 30% có kiến thức trung bình, 33% có kiến thức kém về chăm sóc sức khỏe răng miệng [65].

Một NC ở Ả Rập năm 2014 đã chỉ ra phần lớn (62,2%) NCT có kiến thức chăm sóc sức khỏe răng miệng kém, trong đó 20,3% hoàn toàn không có kiến thức chăm sóc sức khỏe răng miệng [57].

Một NC khác cũng được thực hiện ở Mỹ đã chỉ rằng, 34% NCT ở đây có kiến thức tốt, 27% có kiến thức ở mức độ trung bình và 34% có kiến thức kém về chăm sóc sức khỏe răng miệng. Cụ thể, hầu hết NCT trong nghiên cứu này có kiến thức đúng về những nội dung kiến thức liên quan đến giải phẫu răng (89%), phòng ngừa bệnh sâu răng (83%), các phương pháp điều trị răng miệng (90%). Tuy nhiên, họ lại không có kiến thức về các nguyên nhân liên quan đến BQR (60%) hoặc ung thư miệng (69%) [47].

**Tình hình nghiên cứu về thái độ chăm sóc sức khỏe răng miệng của người cao tuổi*

Một số NC đã được tiến hành trước đây để tìm hiểu về thái độ của NCT với việc chăm sóc sức khỏe răng miệng của họ. Nghiên cứu của tác giả Zhu và CS tại Trung Quốc đã chỉ ra rằng NCT ở đây có thái độ tích cực nhất định trong chăm sóc sức khỏe răng miệng: 44% đối tượng nghiên cứu không tin rằng mất răng ở NCT là điều tự nhiên, 67% trong số họ tin rằng các thức uống có đường là nguyên nhân gây sâu răng, 61% cho rằng khám răng định kỳ là điều cần thiết [70]. Tại Châu Á nói chung và Đông Nam Á nói riêng cũng có nhiều NC trước đây đã tìm hiểu về vấn đề này. Cụ thể, NC ở Singapor cho thấy 99,6% NCT coi trọng việc chăm sóc sức khỏe răng miệng của mình, họ có thái độ tích cực trong

việc chăm sóc sức khỏe răng miệng và đa số họ nhận thức rằng, việc vệ sinh răng miệng giúp ngăn ngừa sâu răng (92,5%) [59].

Một NC khác ở Mỹ cũng chỉ ra rằng, đa số những NCT có thái độ khá tích cực trong việc chăm sóc sức khỏe răng miệng. Cụ thể, 92,2% NCT không tin rằng chỉ có nha sĩ mới có thể giúp họ ngăn ngừa bệnh răng miệng, 100% họ tin rằng chải răng và làm sạch kẽ răng sẽ làm giảm khả năng bị sâu răng, 50% họ không tin rằng mất răng là bình thường ở NCT, 90,2% tin rằng việc làm sạch kẽ răng có thể giúp họ ngăn ngừa viêm lợi, và đa số họ không tin rằng việc đi khám răng miệng chỉ cần thiết khi họ có các vấn đề về răng miệng hoặc đau răng (88,2%) [55].

Nghiên cứu ở Australia năm 2016 cho thấy phần lớn NCT có thái độ tích cực trong việc chăm sóc sức khỏe răng miệng. Cụ thể 97,8% NCT cho rằng chải răng là rất cần thiết trong việc phòng ngừa bệnh sâu răng, 97,3% cho rằng việc khám răng định kỳ 6 tháng 1 lần là rất quan trọng, 90,2% cho rằng việc không dùng các đồ uống có đường là có lợi cho sức khỏe răng miệng và trên 60% NCT tin rằng nước súc miệng có Fluoride hoặc kem đánh răng có Fluoride có thể ngừa sâu răng [46]. NC của tác giả Bashiru và CS về tuổi và giới liên quan đến kiến thức - thái độ - thực hành chăm sóc sức khỏe răng miệng ở NCT tại Port Harcourt, Nigeria năm 2017 đã cho thấy đến 67% người cao tuổi cho rằng đi khám răng định kỳ là cần thiết nhưng số lượng NCT có thái độ tích cực trong việc chăm sóc sức khỏe răng miệng chỉ chiếm 34%, còn lại 66% NCT có thái độ không tích cực về vấn đề này [20].

** Tình hình nghiên cứu về thực hành chăm sóc sức khỏe răng miệng của người cao tuổi*

Thực hành chăm sóc sức khỏe răng miệng luôn được coi là yếu tố quyết định đến sức khỏe răng miệng.

Nghiên cứu ở Trung Quốc cũng chỉ ra tỷ lệ NCT thực hành chăm sóc sức khỏe răng miệng không đúng khá cao. [70]. Nghiên cứu khác ở Nhật Bản vào

năm 2005 cũng thể hiện rằng, tỷ lệ NCT có hành vi chải răng 2 - 3 lần/ ngày là 54,4%, nhưng tỷ lệ không sử dụng các dụng cụ làm sạch răng miệng khác như chỉ tơ nha khoa, nước súc miệng có Fluoride lại cao (92,1%) và tỷ lệ người không đi khám răng định kỳ cũng rất cao (93,8%) [33].

Về thực hành chăm sóc răng miệng, một NC ở Lào năm 2008 xác định rằng chỉ có 0,7% số NCT trong NC không có bất cứ hoạt động vệ sinh răng miệng hàng ngày nào, có đến 64,3% trong số họ chải răng hàng ngày, 19,9% NCT thực hiện chải răng và súc miệng bằng nước muối. Trong những người thực hiện chải răng, có 31,5% họ chỉ chải răng 1 lần/ngày, 62,7% họ chải răng 2 lần/ngày, 5,8% họ chải răng 3 lần/ ngày. Tất cả họ sử dụng kem đánh răng có Fluoride và hầu hết họ dùng bàn chải lông mềm (93,8%). Từ đó có thể thấy những NCT trong NC có hành vi thực hành chăm sóc sức khỏe răng miệng khá tốt [26].

Một NC gần đây ở Lavia năm 2009 đã xác định 70% NCT trong nghiên cứu chỉ đánh răng ngày một lần hoặc không chải răng, đa số họ chỉ chải răng vào buổi sáng (79%), 81% họ không làm sạch kẽ răng, 92% họ thường sử dụng những đồ ăn, đồ uống có đường như chè, cà phê và 70% NCT trong nghiên cứu không đi khám răng định kỳ. Tuy nhiên, cũng trong nghiên cứu này, tỷ lệ NCT sử dụng kem chải răng có Fluoride lại chiếm tỉ lệ cao (87%) [63]. Một NC nữa ở Ả Rập Saudi cũng tìm ra những tỷ lệ tương tự, 56% NCT không sử dụng bàn chải đánh răng, 84,3% không chải răng hoặc chải răng chỉ một lần/ngày, 89,2% không làm sạch kẽ răng, 62,7% không làm sạch lưỡi, và 90, 4% NCT không đi khám răng định kì trong 3 tháng gần nhất [19]. Năm 2015, Šapurić đã NC tại Fyrom của Macedonia đã cho thấy có 36,8% NCT trong NC chỉ chải răng ngày một lần hoặc không chải răng. NC đã đưa ra một số hành vi thực hành chăm sóc không đúng của NCT như: 96,3% họ không bao giờ làm sạch kẽ răng, 73,1% NCT không đi khám răng định kỳ [56].

Một nghiên cứu gần đây của tác giả Braimoh và CS tiến hành trên 543 NCT tại Nigeria năm 2017 cho thấy phần lớn ĐTNC có tình trạng vệ sinh răng miệng kém 245 (45,1%) và trung bình 254 (46,8%) [24].

1.4.2.2. Tình hình nghiên cứu về kiến thức - thái độ - thực hành chăm sóc sức khỏe răng miệng của người cao tuổi ở Việt Nam

Ở Việt Nam, theo NC của tác giả Phạm Văn Việt năm 2004, kiến thức của NCT về sức khỏe răng miệng là không tốt. Cụ thể, đa số NCT trong nghiên cứu đều không biết về nguyên nhân gây sâu răng (80,1%) và nguyên nhân gây BQR (79,1%). Cũng trong NC đó, nhiều NCT có thái độ không tích cực trong chăm sóc sức khỏe răng miệng. Cụ thể, khi có vấn đề về răng miệng thì có đến 73,3% NCT tự điều trị bằng kinh nghiệm và chỉ có 25,7% họ tới nha sĩ điều trị; đến 99,3% NCT không đi khám răng định kỳ, trong đó 51,9% họ chưa bao giờ đi khám răng, và lý do không đi khám chủ yếu của họ là khoảng cách xa và khó đi lại (71,6%), 19,8% là vì kinh tế khó khăn. Bên cạnh đó, về các biện pháp vệ sinh răng miệng, chỉ có 54,5% họ dùng chải răng là biện pháp vệ sinh răng miệng chính, 34,4% chọn xúc miệng là biện pháp chính và 10,4% họ chọn dùng tăm là biện pháp chính, chỉ có 0,2% họ dùng chỉ tơ nha khoa; khá nhiều NCT thường dùng 2 đến 3 biện pháp vệ sinh răng miệng phối hợp (65%), chủ yếu là dùng tăm - xúc miệng - chải răng [17].

Cũng theo một NC khác ở Hà Nội năm 2009 đã chỉ ra rằng, khá nhiều NCT chưa hiểu rõ về sức khỏe răng miệng. Cụ thể, vẫn còn hơn 44% số người hiểu chưa đúng về BQR. Có 18,5% số người không biết rằng BQR có thể phòng ngừa được và các biện pháp phòng ngừa BQR. Bên cạnh đó, NCT trong nghiên cứu cũng chưa có thái độ tích cực trong việc chăm sóc sức khỏe răng miệng. Cụ thể, 52% NCT không quan tâm đến các dịch vụ y tế khi gặp các vấn đề về răng miệng, có đến 33,3% NCT vẫn cho rằng không cần đi khám răng định kỳ, 64,7% họ khám răng lần cuối cùng cách đây 1 - 5 năm và 21,8% họ khám răng lần cuối cùng cách đây 5 năm hoặc chưa bao giờ khám răng. Ngoài ra, có nhiều NCT trong nghiên cứu vẫn chưa thực hành chăm sóc sức khỏe răng miệng tốt,

có đến hơn 30% NCT vẫn chưa có thói quen chải răng hoặc thay bàn chải dưới 6 tháng/lần, có hơn 90% NCT không dùng chỉ tơ nha khoa để làm sạch kẽ răng mà chỉ dùng tăm hoặc xúc miệng sau ăn [6].

Một NC của tác giả Nguyễn Mạnh Hà và Trần Thanh Sơn, năm 2011 được tiến hành để đánh giá kiến thức, thái độ và thực hành của NCT về bệnh răng miệng. Kết quả NC đó chỉ ra rằng, tỷ lệ người hiểu biết về bệnh sâu răng và viêm quanh răng ở mức độ kém rất cao 62,6%. Tỷ lệ người có chải răng hằng ngày chiếm 73,7% và không chải răng chiếm 26,3%. Chải răng 1 lần/ ngày chiếm 80,5% và thời gian chải dưới 1 phút /lần chiếm 75,6%. Khi có vấn đề về răng miệng chỉ có 36,3% đi khám nha sỹ. Từ kết quả trên có thể kết luận, hiểu biết về bệnh sâu răng và bệnh vùng quanh răng của NCT thuộc nhóm nghiên cứu chủ yếu ở mức độ kém. Thái độ và thực hành vệ sinh răng miệng rất yếu kém [11].

Một NC tại Hà Nội trên 1405 NCT đã chỉ ra rằng, NCT có thái độ chưa tích cực trong việc khám răng định kỳ, cụ thể 74,4% NCT trong nghiên cứu chưa bao giờ đi khám răng hoặc có thời gian khám răng gần nhất từ 1 năm trở lên, đa số họ sử dụng chải răng là biện pháp vệ sinh răng miệng chủ yếu (95,2%), bên cạnh đó họ cũng sử dụng các biện pháp khác để vệ sinh răng miệng như tăm xia răng (93,7%), xúc miệng (88%); tuy nhiên rất ít NCT sử dụng chỉ tơ nha khoa (0,4%) [8].

Một NC khác ở Đà Nẵng của Nguyễn Minh Sơn và CS năm 2016 cũng cho thấy rằng, có nhiều NCT trong NC có hành vi chăm sóc răng miệng chưa tốt. Cụ thể, trong NC có đến 51,8% NCT chỉ chải răng ngày 1 lần hoặc không chải răng, khoảng 25% NCT có hành vi không có lợi cho sức khỏe răng miệng như uống rượu, hút thuốc lá. Bên cạnh đó, tần suất NCT đi khám răng định kỳ phản ánh thái độ của họ trong việc chăm sóc sức khỏe răng miệng. Theo tác giả của nghiên cứu thấy rằng, có đến 74,6% NCT không đi kiểm tra sức khỏe răng miệng định kỳ trong vòng ít nhất một năm trước, họ chỉ đến với nha sỹ với một mục đích duy nhất là nhổ răng do đau hoặc do răng đó mất khả năng nhai. Cũng trong NC đó, những người đánh răng ngày 1 lần hoặc ít hơn bị mất răng nhiều hơn so với

những người đánh răng 2 lần/ ngày \bar{x} (SD) = 8,7(7,3) so với \bar{x} (SD) = 6,8(6,7), có ý nghĩa thống kê ($p = 0,01$) [48].

Nghiên cứu của tác giả Kiều Quốc Thoại và CS (2017) ở thành phố Hồ Chí Minh cho thấy, kiến thức của NCT về chăm sóc sức khỏe răng miệng chưa đầy đủ. Cụ thể, chỉ có 55% biết chải răng đúng cách, 2/3 trong số họ biết về nguyên nhân gây sâu răng là do vi khuẩn, và cũng 2/3 họ biết rằng sâu răng có thể phòng ngừa được. Bên cạnh đó, cũng vẫn còn nhiều NCT chưa có thái độ tích cực trong việc chăm sóc răng miệng và khám răng định kỳ. Cụ thể, chỉ có 74% NCT không đi kiểm tra răng và lợi định kỳ. Ngoài ra, nhiều NCT trong nghiên cứu đó cũng có những hành vi chăm sóc sức khỏe răng miệng chưa đúng. Cụ thể có khoảng 75% NCT chỉ chải răng ngày một lần, 50,9% NCT không làm sạch lưỡi, và một số NCT vẫn còn hút thuốc lá (15%) [60].

Ở Việt Nam, hầu hết NCT đều thiếu kiến thức về chăm sóc sức khỏe răng miệng. Đồng thời họ có thái độ không tích cực trong chăm sóc sức khỏe răng miệng như họ không quan tâm đến việc sử dụng các dịch vụ y tế khi có vấn đề sức khỏe răng miệng mà họ chọn cách điều trị theo kinh nghiệm của bản thân hoặc không can thiệp gì hoặc nhiều người vẫn cho rằng không cần đi khám răng định kỳ. Bên cạnh đó, đa số họ thực hành chăm sóc sức khỏe răng miệng không tốt. Nhiều NCT vẫn chưa có thói quen chải răng hoặc chỉ chải răng ngày một lần, hầu hết họ không dùng chỉ tơ nha khoa để làm sạch kẽ răng.

1.5. Một số thông tin về địa bàn nghiên cứu

Xã Nam Hòa - huyện Đồng Hỷ - tỉnh Thái Nguyên là một xã có tỷ lệ 63% dân số là người dân tộc Sán Dìu. Xã nằm phía Nam của huyện và có tuyến đường tỉnh lộ 269 nối từ huyện lỵ sang tỉnh Bắc Giang chạy qua địa bàn. Nam Hòa là một trong những xã thuộc vùng mỏ sắt Trại Cau. Nam Hòa giáp với xã Văn Hán ở phía Bắc, giáp với xã Cây Thị, thị trấn Trại Cau và xã Tân Lợi ở phía Đông, giáp với hai xã Đồng Liên và Bàn Đạt của huyện Phú Bình ở phía Nam, giáp với xã Huống Thượng và Linh Sơn ở phía Tây và giáp với xã Khe Mo ở một đoạn nhỏ phía Tây Bắc. Xã Nam Hòa có diện tích 24,78 km². Xã có địa

hình đồi núi xen lẫn các cánh đồng, đất đai phù hợp để phát triển kinh tế đồi rừng, cây lúa, chè và cây ăn quả, trồng rừng sản xuất.

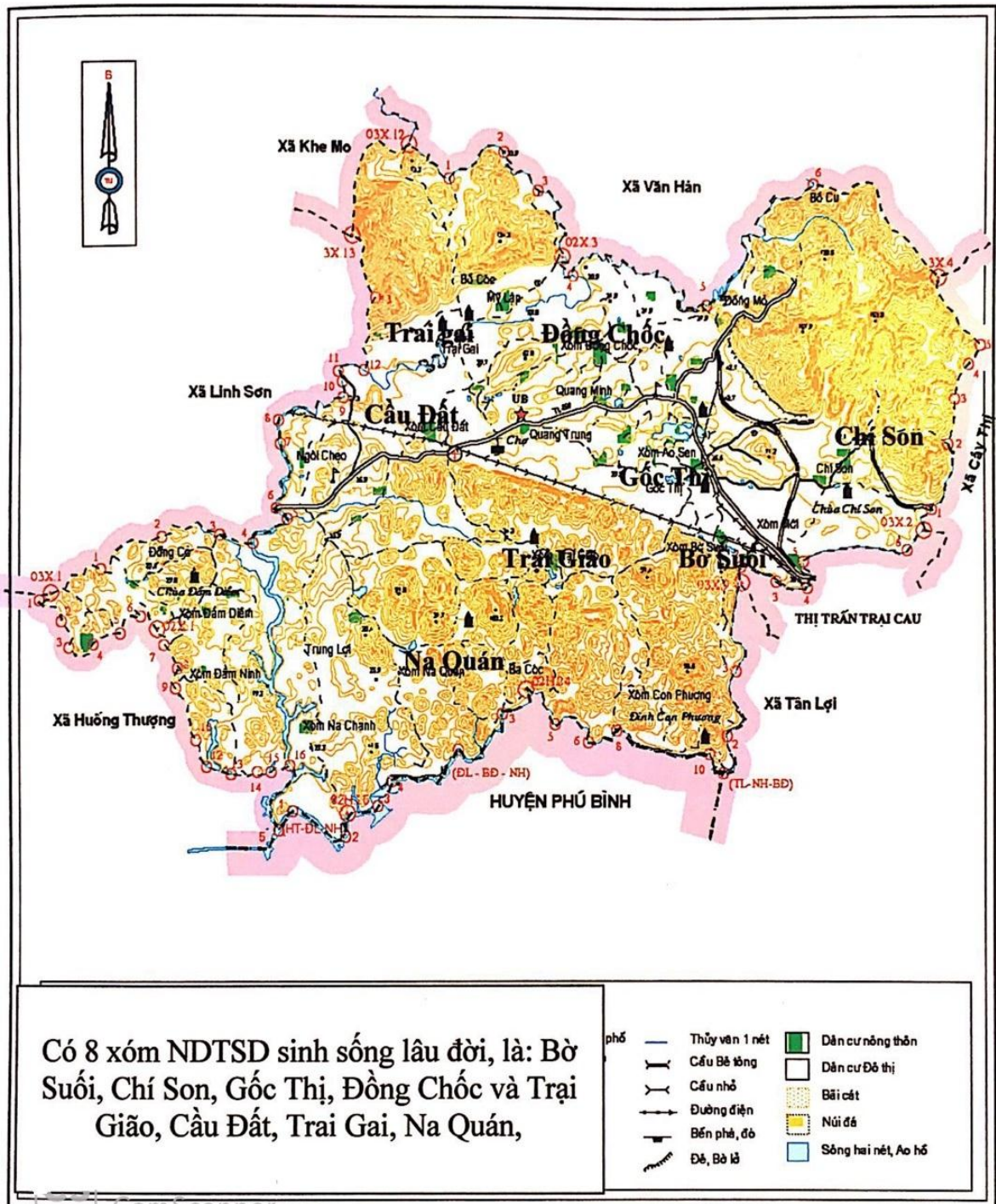
Nam Hòa hiện bao gồm 22 xóm dân số toàn xã năm 2010 là 9,875 người, với 2,516 hộ, bình quân 4,3 người/hộ, tỉ lệ tăng dân số tự nhiên là 1,3%, mật độ dân số 387 người/km². Các xóm đều có nhà văn hóa, các nhà văn hóa đều là nhà cấp 4 với diện tích xây dựng khoảng 75m², đây là nơi tổ chức các hoạt động tập thể của người dân trong xóm. Đồng bào dân tộc Sán Dìu tập trung nhiều nhất ở 11 xóm là Đầm Diên, Đầm Cỏ, Na Quán, Trại Giã, Cầu Đất, Quang Trung, Đồng Chốc, Gốc Thị, Chí Sơn, Bờ Suối. Số lượng NCT của xã vào khoảng 697 NCT chiếm khoảng 6,7% dân số trong đó có khoảng 500 NCT dân tộc Sán Dìu. Xã có Hội NCT với 22 chi hội. Chủ tịch hội NCT xã và Chi hội trưởng NCT các xóm đều là những NCT có uy tín, trách nhiệm trong mọi công việc của hội NCT cũng như các công việc chung trong cộng đồng.

Xã Nam Hòa là xã miền núi khó khăn, khu vực II của huyện Đồng Hỷ, là xã có điều kiện kinh tế - xã hội còn khó khăn nhưng đã tạm thời ổn định (theo quyết định số 582/2017/QĐ-TTg ngày 28 tháng 4 năm 2017 của Thủ tướng Chính phủ). Cũng theo quyết định này, hiện có 11/22 xóm của xã Nam Hòa vẫn đang trong điều kiện đặc biệt khó khăn [14].

Xã có Trạm Y tế với chức năng cung cấp, thực hiện các dịch vụ chăm sóc sức khỏe ban đầu cho nhân dân trên địa bàn xã. Trạm Y tế xã Nam Hòa có 8 cán bộ thực hiện các nhiệm vụ chuyên môn được quy định tại Thông tư số: 33/2015/TT-BYT do Bộ trưởng Bộ Y tế ban hành ngày 27 tháng 10 năm 2015 hướng dẫn chức năng, nhiệm vụ của Trạm Y tế xã, phường, thị trấn. Chăm sóc sức khỏe ban đầu cho nhân dân trong xã, ngoài đội ngũ nhân lực của Trạm Y tế còn có các nhân viên Y tế thôn bản tại mỗi xóm. Tuy nhiên, trong thời điểm hiện tại, cơ sở vật chất của trạm chưa đáp ứng được nhu cầu chăm sóc sức khỏe răng miệng cho NCT, nguồn nhân lực y tế của xã cũng chưa được đào tạo về chuyên môn để có thể chăm sóc sức khỏe răng miệng cho NCT tại đây.

BẢN ĐỒ ĐỊA GIỚI HÀNH CHÍNH

XÃ NAM HÒA – HUYỆN ĐỒNG HỖ - TỈNH THÁI NGUYÊN



Có 8 xóm NDTSD sinh sống lâu đời, là: Bờ Suối, Chí Sơn, Góc Thị, Đồng Chốc và Trại Giã, Cầu Đất, Trại Gai, Na Quán,

- phố — Thủy văn 1 nét
- Cầu Bê tông
- Cầu nhỏ
- Đường điện
- Bể phốt pho, đê
- Đê, Bờ lũ
- Dân cư nông thôn
- Dân cư Đô thị
- Bãi cát
- Núi đá
- Sông hai nét, Ao hồ

TỶ LỆ 1: 32 000

T.M. UBND XÃ NAM HOÀ

Hình 2.1. Bản đồ hành chính xã Nam Hòa

CHƯƠNG II

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

2.1.1. Đối tượng cho nghiên cứu mô tả

- Người cao tuổi (≥ 60 tuổi) dân tộc Sán Dìu

* Tiêu chuẩn lựa chọn: Những người cao tuổi được chọn là những người từ 60 tuổi trở lên (tính đến thời điểm 01/01/2015) dân tộc Sán Dìu thường trú và có hộ khẩu trên 2 năm tại khu vực nghiên cứu trong thời gian nghiên cứu. Tự nguyện tham gia nghiên cứu.

2.1.2. Đối tượng nghiên cứu định tính

- Nhóm cán bộ quản lý: Phó chủ tịch xã (phụ trách y tế), Trạm trưởng Trạm Y tế xã.

- Nhóm Cán bộ y tế: Nhân viên Trạm Y tế xã, cán bộ Y tế thôn bản.

2.1.3. Đối tượng nghiên cứu can thiệp

Người cao tuổi dân tộc Sán Dìu sau khi được tập huấn/can thiệp bằng giáo dục sức khoẻ răng miệng.

2.1.4. Tiêu chuẩn loại trừ

Là những người cao tuổi dân tộc Sán Dìu không có mặt vào thời điểm điều tra (do nằm viện điều trị, đi chơi xa hoặc không muốn tham gia hoặc có tình trạng đặc biệt ảnh hưởng đến quá trình phỏng vấn hoặc việc tự chăm sóc răng miệng hoặc như cảm điếc, tâm thần, bệnh liệt giường... không có khả năng phối hợp trong quá trình khám, thu nhận và cung cấp thông tin; Những người từ chối tham gia nghiên cứu ngay từ đầu hoặc bỏ cuộc.

2.2. Địa điểm nghiên cứu

Xã Nam Hòa - huyện Đồng Hỷ - tỉnh Thái Nguyên.

2.3. Thời gian nghiên cứu

Thời gian 02 năm từ tháng 03 năm 2015 đến tháng 03 năm 2017.

Thời gian tiến hành nghiên cứu chia làm 3 giai đoạn:

- Giai đoạn I - giai đoạn nghiên cứu mô tả (từ 03/2015 - 10/2015): Chuẩn bị, xây dựng kế hoạch, xây dựng bộ công cụ đánh giá thực trạng kiến thức – thái độ thực hành chăm sóc sức khỏe răng miệng của NCT và tiến hành phỏng vấn thử, đánh giá độ tin cậy dựa trên 30 mẫu khảo sát ban đầu, sau đó tiến hành nghiên cứu mô tả đầu vào để xác định thực trạng bệnh quanh răng và phỏng vấn xác định thực trạng kiến thức – thái độ - thực hành chăm sóc sức khỏe răng miệng của NCT dân tộc Sán Dìu tại địa bàn nghiên cứu.

- Giai đoạn II - giai đoạn can thiệp (từ 11/2015 - 10/2016): Tổ chức can thiệp giáo dục sức khỏe răng miệng cho người cao tuổi dân tộc Sán Dìu tại 02 xóm can thiệp.

- Giai đoạn III - giai đoạn đánh giá hiệu quả can thiệp (từ 11/2016 – 03/2017): Tổ chức khám, phỏng vấn đánh giá lại thực trạng bệnh quanh răng, thực trạng kiến thức - thái độ - thực hành chăm sóc sức khỏe răng miệng của NCT dân tộc Sán Dìu tại địa bàn nghiên cứu sau can thiệp truyền thông giáo dục sức khỏe răng miệng. Đánh giá hiệu quả can thiệp, viết báo cáo.

2.4. Phương pháp nghiên cứu

2.4.1. Phương pháp và thiết kế nghiên cứu:

Phương pháp nghiên cứu kết hợp định lượng và định tính. Nghiên cứu định lượng gồm 2 phương pháp nghiên cứu: nghiên cứu mô tả và nghiên cứu can thiệp trước sau có đối chứng. Nghiên cứu định tính gồm hai phương pháp thảo luận nhóm và phỏng vấn sâu.

2.4.2. Cỡ mẫu và cách chọn mẫu

2.4.2.1. Cỡ mẫu và cách chọn mẫu cho nghiên cứu mô tả trước can thiệp: Theo công thức tính cỡ mẫu cho nghiên cứu dịch tễ học mô tả cắt ngang

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

α là xác suất sai lầm loại I, chọn $\alpha = 0,05$ suy ra độ tin cậy $Z(1-\alpha/2) = 1,96$; $p = 0,63$ (tỷ lệ NCT có kiến thức kém về CS SKRM của NCT trong NC của Nguyễn Mạnh Hà và CS năm 2011) [7]. Chọn $d = 0,062$; Với các thông số đã được xác định thì cỡ mẫu được tính theo phần mềm WHO Sample Size là 233. Trên thực tế, trong NC của chúng tôi đã t.hành ph.vấn được 244 NCT.

- Chọn mẫu:

+ Chọn chủ đích 4 xóm có số lượng người cao tuổi là dân tộc Sán Dìu nhiều nhất của Xã Nam Hòa huyện Đông Hỷ tỉnh Thái Nguyên để tiến hành nghiên cứu với tiêu chí đảm bảo sự tương đồng về tổng số người cao tuổi cũng như tương đồng về tỷ lệ % của các độ tuổi của người cao tuổi. Kết quả chọn được 4 xóm là xóm Đồng Chốc, xóm Chí Sơn, xóm Góc Thị và xóm Bờ Suối có tiêu chí đảm bảo tương đồng về tổng số người cao tuổi cũng như tương đồng về tỷ lệ % của các độ tuổi của người cao tuổi.

+ Ở mỗi xóm nghiên cứu, tiến hành lập danh sách người cao tuổi dân tộc Sán Dìu tại địa bàn; sau đó sử dụng phần mềm SPSS để chọn ngẫu nhiên đủ số lượng đối tượng nghiên cứu đáp ứng được theo tiêu chuẩn.

2.4.2.2. Cỡ mẫu và cách chọn mẫu cho nghiên cứu can thiệp:

$$n = Z_{(\alpha,\beta)}^2 \frac{p_1(1-p_1)+p_2(1-p_2)}{(p_1-p_2)^2}$$

Trong đó:

n: Cỡ mẫu của nhóm nghiên cứu.

$p_1 = 0,63$ (tỷ lệ NCT có kiến thức kém về chăm sóc sức khỏe răng miệng của người cao tuổi trong nghiên cứu của Nguyễn Mạnh Hà và cộng sự năm 2011) [7].

p2: Giả thuyết là can thiệp có thể làm giảm tỷ lệ kiến thức kém về chăm sóc sức khỏe răng miệng xuống khoảng 0,36.

$Z^2(\alpha, \beta)$ là giá trị Z được tra bảng với α được chọn = 0,05 và β được chọn bằng 0,10 cho kết quả $Z^2(\alpha, \beta) = 8,6$.

Thay số ta có $n = 55$ NCT, với tỷ lệ bỏ cuộc dự kiến là 10%, cỡ mẫu cần thiết cho mỗi nhóm là: $n = 61$ NCT. Nhằm đảm bảo tính chính xác do ảnh hưởng của yếu tố chọn mẫu, cỡ mẫu được nhân với hệ số ảnh hưởng thiết kế (design effect = 2). Từ công thức này tính ra $n = 61 \times 2 = 122$. Số lượng mẫu của nhóm đối chứng bằng với số lượng mẫu của nhóm can thiệp là 122 đối tượng nghiên cứu. Vậy tổng số đối tượng nghiên cứu của đề tài là 244 đối tượng nghiên cứu.

- Chọn mẫu:

+ Chọn xóm can thiệp: Từ 4 xóm đã chọn trong nghiên cứu mô tả, tiếp tục chọn ngẫu nhiên 2 xóm để tiến hành can thiệp bằng phương pháp bốc thăm ngẫu nhiên. Kết quả chọn được 2 xóm là xóm Chí Sơn và xóm Bờ Suối để tiến hành can thiệp.

+ Còn lại 2 xóm là xóm Góc Thị và xóm Đồng Chóc là 2 xóm đối chứng.

2.4.2.3. Cỡ mẫu và cách chọn mẫu cho nghiên cứu định tính

- Nghiên cứu định tính được tiến hành cả trước và sau can thiệp với hai loại hình phỏng vấn sâu và thảo luận nhóm, chọn mẫu có chủ đích.

- Cỡ mẫu cho phỏng vấn sâu: 04 cuộc

+ Phó Chủ tịch ủy ban nhân dân xã Nam Hòa: 02 cuộc (01 cuộc trước can thiệp, 01 cuộc sau can thiệp).

+ Trạm trưởng Trạm Y tế xã Nam Hòa: 02 cuộc (01 cuộc trước can thiệp, 01 cuộc sau can thiệp).

- Cỡ mẫu cho thảo luận nhóm: 06 cuộc.

+ Nhóm người cao tuổi (5 - 10 người/nhóm): 04 cuộc (02 cuộc trước can thiệp, 02 cuộc sau can thiệp).

+ Nhóm nhân viên y tế cơ sở (5 - 10 người/nhóm): 02 cuộc (01 cuộc trước can thiệp, 01 cuộc sau can thiệp).

2.5. Các biến số nghiên cứu

2.5.1. Các biến số, chỉ số nghiên cứu cho mục tiêu 1

****Thực trạng bệnh quanh răng ở người cao tuổi dân tộc Sán Dìu tại xã Nam Hoà, huyện Đồng Hỷ tỉnh Thái Nguyên giai đoạn 2015 - 2017.***

- Một số thông tin chung về yếu tố nhân khẩu của đối tượng nghiên cứu người cao tuổi dân tộc Sán Dìu.

- Chỉ số lợi (Gingival Index: GI).

- Chỉ số vệ sinh răng miệng đơn giản (Simplified Oral Hygiene Index: OHI - S).

- Chỉ số quanh răng cộng đồng - CPI (Community Periodontal Index).

- Tỷ lệ mắc bệnh quanh răng chung ở người cao tuổi dân tộc Sán Dìu.

- Tỷ lệ mắc bệnh quanh răng ở người cao tuổi dân tộc Sán Dìu trong các năm 2015 - 2017.

- Tỷ lệ mắc bệnh quanh răng ở người cao tuổi dân tộc Sán Dìu theo tuổi.

- Tỷ lệ mắc bệnh quanh răng ở người cao tuổi dân tộc Sán Dìu theo giới.

- Tỷ lệ bệnh quanh răng ở người cao tuổi dân tộc Sán Dìu theo đặc điểm kinh tế, xã hội.

**** Hiệu quả can thiệp giáo dục sức khỏe cho người cao tuổi dân tộc Sán Dìu mắc bệnh quanh răng tại xã Nam Hoà, huyện Đồng Hỷ tỉnh Thái Nguyên giai đoạn 2015 - 2017***

- Thông tin chung về đối tượng nghiên cứu: tuổi, giới, trình độ học vấn theo nhóm nghiên cứu.

- Tỷ lệ chỉ số lợi (Gingival Index: GI) theo nhóm nghiên cứu trước và sau can thiệp theo nhóm tuổi, giới.

- Tỷ lệ chỉ số lợi (Gingival Index: GI) và hiệu quả can thiệp ở mức độ kém theo nhóm nghiên cứu trước và sau can thiệp theo nhóm tuổi, giới.

- Tỷ lệ chỉ số vệ sinh răng miệng đơn giản (Simplified Oral Hygiene Index: OHI - S) và hiệu quả can thiệp ở mức độ kém theo nhóm nghiên cứu trước và sau can thiệp theo nhóm tuổi, giới.

- Tỷ lệ tình trạng bệnh quanh răng (Community Periodontal Index: CPI) theo nhóm nghiên cứu trước và sau can thiệp theo nhóm tuổi, giới.

- Tỷ lệ chỉ số CPI 3 (Túi lợi 4 - 5mm) và hiệu quả can thiệp theo nhóm nghiên cứu trước và sau can thiệp theo nhóm tuổi, giới.

- Số trung bình vùng lục phân theo CPI theo nhóm nghiên cứu trước và sau can thiệp theo nhóm tuổi, giới.

- Tỷ lệ các mức độ kiến thức về chăm sóc sức khỏe răng miệng của đối tượng nghiên cứu theo nhóm trước và sau can thiệp

- Tỷ lệ các mức thái độ về chăm sóc sức khỏe răng miệng của đối tượng nghiên cứu theo nhóm trước và sau can thiệp giáo dục sức khỏe

- Giá trị trung bình về thái độ của nhóm nghiên cứu trước và sau can thiệp giáo dục sức khỏe

- Tỷ lệ các mức độ thực hành chăm sóc sức khỏe răng miệng của đối tượng nghiên cứu theo nhóm trước và sau can thiệp giáo dục sức khỏe

2.5.2. Các biến số, chỉ số nghiên cứu cho mục tiêu 2: Phân tích một số yếu tố ảnh hưởng đến bệnh quanh răng ở người cao tuổi dân tộc Sán Dìu.

- Trình độ học vấn người cao tuổi dân tộc Sán Dìu.

- Kiến thức về chăm sóc sức khỏe răng miệng của người cao tuổi dân tộc Sán Dìu.

- Thái độ về chăm sóc sức khỏe răng miệng của người cao tuổi dân tộc Sán Dìu.

- Thực hành chăm sóc răng miệng của người cao tuổi dân tộc Sán Dìu.

- Tỷ lệ các mức độ kiến thức chăm sóc sức khỏe răng miệng theo nhóm tuổi và theo giới.

- Tỷ lệ các mức độ thái độ chăm sóc sức khỏe răng miệng theo nhóm tuổi và theo giới.

- Tỷ lệ các mức độ thực hành chăm sóc sức khỏe răng miệng theo nhóm tuổi và theo giới.

2.6. Tiêu chuẩn và cách đánh giá

2.6.1. Đánh giá tình trạng vùng quanh răng

Việc đánh giá đối tượng nghiên cứu có biểu hiện bệnh lý ở tổ chức quanh răng hay không dựa vào các dấu hiệu lâm sàng:

- Lợi nề đỏ, chảy máu khi thăm bằng cây thăm dò.

- Cao răng trên lợi hay dưới lợi.

- Túi lợi sâu trên 3 mm.

Để đánh giá tình trạng tổ chức quanh răng, chúng tôi dựa vào chỉ số quanh răng cộng đồng (CPI) vì chỉ số này được dùng phổ biến trong khám điều tra tình hình tổ chức quanh răng của một cộng đồng. Chỉ số này không những có thể cho ta biết tỷ lệ người bị bệnh viêm lợi mới bắt đầu, cao răng và tỷ lệ người viêm quanh răng giai đoạn đầu và giai đoạn sau mà còn cho ta biết mức độ các tổn thương vùng quanh răng của một cộng đồng.

Như chúng ta đã biết cao răng và mảng bám răng vừa là nguyên nhân vừa là yếu tố liên quan đến sự tiến triển của viêm lợi và viêm quanh răng, song chỉ số CPI chỉ cho biết sự có mặt hay không của cao răng và gián tiếp chỉ sự có mặt của mảng bám răng qua chỉ số lợi mà không cho biết về số lượng của chúng để

đánh giá khả năng tiến triển của bệnh tổ chức quanh răng. Vì vậy chúng tôi bổ sung thêm chỉ số vệ sinh răng miệng đơn giản (OHI - S). Việc khảo sát sâu thêm về tình trạng cao răng hay mảng bám răng không những chúng ta có thể tiên lượng về khả năng tiến triển của những tổn thương tổ chức quanh răng mà còn cho ta biết hiệu quả của việc giữ gìn vệ sinh răng miệng của các đối tượng.

**Cách ghi nhận các biểu hiện bệnh quanh răng với các chỉ số*

2.6.1.1. Chỉ số lợi GI

Khám ở 4 vùng lợi (xa, ngoài, gần, trong) được khám cho các răng đại diện (16 21 24 36 41 44).

Phương pháp khám: Thổi khô răng và lợi, dưới ánh sáng vừa đủ, dùng gương sáng và sonde quanh răng.

+ Sonde đưa ép vào lợi để xác định độ săn chắc lợi, nhìn màu sắc lợi.

+ Đưa sonde vào rãnh lợi, đánh giá mức độ chảy máu.

Tiêu chuẩn đánh giá:

0 = Lợi bình thường: màu hồng nhạt, săn, thăm không chảy máu.

1 = Viêm nhẹ: Nề nhẹ, lợi đổi màu, trương lực cơ giảm, thăm dò không chảy máu.

2 = Viêm trung bình: lợi đỏ, nề lóng bóng, chảy máu khi thăm.

3 = Viêm nặng: Lợi đỏ, nề loét, thăm chảy máu và chảy máu tự nhiên.

Cách tính:

- GI cho vùng: Một trong 4 mặt lợi (xa, ngoài, gần, trong) ghi mã số từ 0 - 3.

- GI cho một răng: Cộng 4 mặt chia 4.

- GI cho một nhóm răng: Ghi tổng số của các răng được khám trong nhóm chia cho số răng đã khám. Chỉ số lợi có thể được xác định đối với những răng đặc biệt, một nhóm răng, 1/4 hàm hoặc một phía miệng.

- GI cho cá thể: Cộng tất cả mã số chia cho số răng khám. Ngưỡng tính cho bệnh nhân

Mức đánh giá	Mã số
Rất tốt	0
Tốt	0,1 - 0,9
Trung bình	1,0 - 1,9
Kém (nặng)	2,0 - 3,0

Cách tính chỉ số lợi:

$$\text{Cho một người} \quad GI = \frac{\text{Tổng số mã ghi}}{\text{TS răng khám}}$$

$$\text{Cho một nhóm} \quad GI = \frac{\text{GI người khám}}{\text{Số người khám}}$$

2.6.1.2. Chỉ số vệ sinh răng miệng đơn giản OHI - S theo Green & Vermillion - 1960, 1975

- Thành phần: Chỉ số VSRM đơn giản có 2 thành phần

. (DI - S): Chỉ số cặn đơn giản.

. (CI - S): Chỉ số cao răng đơn giản.

- Ghi 2 số bằng 2 mã khác nhau hoặc có thể kết hợp.

- Chọn răng và mặt răng:

. 6 răng đại diện: 16 26 11 31 mặt ngoài; 36 46 mặt lưỡi

. Khám 1/2 chu vi răng đại diện cho bao gồm cả mặt bên tới vùng tiếp giáp.

- Cách tiến hành:

. Tối thiểu phải khám 2 trong 6 mặt cần khám.

. Ghi 6 mã số cặn và 6 mã số cao răng, chất lắng cặn ghi từ 0 - 3 cho mỗi răng.

- Ghi mã số:

. OHI - S cho cá thể: Xác định chỉ số cặn đơn giản (DI - S) và chỉ số cao răng đơn giản (CI - S)

. DI - S và CI - S thay đổi từ 0 - 3.

- Tiêu chuẩn đánh giá:

. DI - S: Cặn bám trong miệng là chất ngoại lai, mềm phủ trên bề mặt răng gồm có mảng bám vi khuẩn và thức ăn thừa.

0: Không có cặn bám.

1: Cặn mềm phủ không quá 1/3 bề mặt răng hoặc có cặn màu.

2: Cặn mềm phủ 1/3 - 2/3 bề mặt răng.

3: Cặn mềm phủ > 2/3 bề mặt răng.

. CI - S: Cao răng là lắng cặn cứng của các muối vô cơ bao gồm có canxicacbonte và phosphat phối hợp với cặn mềm vi khuẩn và các tế bào biểu mô bong ra.

0: Không có cao răng.

1: Cao răng trên lợi có ở 1/3 bề mặt thân răng.

2: Cao răng trên lợi bám từ 1/3 - 2/3 bề mặt thân răng hoặc cảm giác thấy cao răng dưới lợi quanh cổ răng.

3: Cao răng trên lợi bám 2/3 bề mặt và có cao răng dưới lợi.

* *Chỉ số VSM đơn giản (OHI - S)*

- Cộng DI - S và CI - S.

- Giá trị OHI - S từ 1- 6.

. DI - S và CI - S

Mức đánh giá	Mã số
Rất tốt	0
Tốt	0,1 - 0,6
Trung bình	0,7 - 1,8
Kém	1,9 - 3,0

. OHI - S

Mức đánh giá	Mã số
Rất tốt	0
Tốt	0,1 - 1,2
Trung bình	1,3 - 3,0
Kém (nặng)	3,1 - 6,0

- Cách tính:

$$DI - S = \frac{\text{Tổng số mã số chất cặn}}{\text{Tổng số răng khám}}$$

$$CI - S = \frac{\text{Tổng số mã số chất cặn}}{\text{Tổng số răng khám}}$$

- OHI - S cá thể = DI - S + CI - S

2.6.1.3. Chỉ số quanh răng cộng đồng - CPI

- Chỉ số dựa vào sự đánh giá những biểu thị về:

- + Tình trạng chảy máu sau thăm dò.
- + Độ sâu của túi lợi.
- + Sự có mặt của cao răng.

- Cách khám: Chia bộ răng thành 6 vùng lục phân, đánh giá mỗi vùng 1 răng đại diện: răng 6 hoặc răng 7 ở phía sau, răng cửa giữa phải trên và răng cửa giữa trái dưới, lục phân phía sau bắt đầu phía sau răng nanh, vùng lục phân còn ít nhất 2 răng hoặc hơn, còn chức năng. Nếu vùng không còn răng nào thì gọi là vùng rỗng và gạch chéo (X). Khám 6 điểm trên mỗi răng đại diện, rồi ghi nhận tình trạng nặng nhất của sáu điểm đó để đại diện cho răng được khám.

Những răng đại diện cho 6 vùng lục phân:

17 hoặc 16	11/21	26 hoặc 27
47 hoặc 46	31/41	36 hoặc 37

Nếu không còn răng đại diện để xem xét thì các răng còn lại ở vùng đó sẽ được thay thế ghi làm đại diện của vùng đó.

- Tiêu chuẩn đánh giá:

+ Tiêu chuẩn: 5 mức độ được ghi:

Mã số 0 = Tổ chức quanh răng bình thường (lành mạnh)

Mã số 1 = Chảy máu sau thăm dò nhẹ

Mã số 2 = Có cao răng trên lợi hoặc dưới lợi

Mã số 3 = Túi sâu 4 - 5 mm

Mã số 4 = Túi bệnh lý sâu ≥ 6 mm

Phương tiện và cách sử dụng: dùng cây thăm dò xác định độ sâu của túi lợi đồng thời phát hiện cao răng dưới lợi. Đưa nhẹ nhàng đầu cây vào rãnh, túi lợi bám theo hình dạng giải phẫu bề mặt chân răng, hướng cho trục đầu khám luôn song song với trục dọc của răng và trên cùng một mặt phẳng nếu có thể (trừ khi có cao răng dưới lợi) để cảm nhận cao răng dưới lợi cho đến khi đầu chạm đáy túi thì đo tới lợi viền để xác định độ sâu của túi lợi. Mỗi răng cần khám 6 điểm ở mặt ngoài và trong. Nhìn vào cột màu nhận biết túi sâu < 3,5mm; 3,5 - 5,5mm (túi lợi nông) và > 5,5mm (túi lợi sâu).

Việc sử dụng cây thăm dò túi lợi (Sonde quanh răng) để đo túi lợi có những nhược điểm như độ chính xác bị ảnh hưởng bởi những lực ấn khác nhau, bởi hình thể răng khác nhau, bởi độ sâu túi lợi và mức độ viêm lợi, trong đó sự kiểm soát lực ấn khi thăm dò là quan trọng. Trong điều kiện chúng tôi không có cây thăm dò có lực ấn hằng định hay cây thăm dò điện tử với áp lực không đổi nên việc sử dụng cây thăm dò của Tổ chức y tế thế giới là thích hợp, song để cho việc đo tương đối chính xác chúng tôi phải tập huấn thành thạo cách xác định lực ấn hằng định khi thăm dò.

2.6.2. Tiêu chuẩn đánh giá kiến thức - thái độ - thực hành chăm sóc sức khỏe răng miệng của đối tượng nghiên cứu

- Cách đánh giá kiến thức - thái độ - thực hành: Dựa vào bộ câu hỏi kiến thức – thái độ - thực hành chăm sóc sức khỏe răng miệng được thiết kế bởi chủ nhiệm đề tài đã được đánh giá độ tin cậy dựa trên 30 mẫu với kết quả như sau:

+ Bộ câu hỏi về Kiến thức chăm sóc sức khỏe răng miệng có kết quả KR20 = 0,75.

+ Bộ câu hỏi về Thái độ chăm sóc sức khỏe răng miệng có kết quả Cronbach's *Alpha* = 0,86.

+ Bộ câu hỏi về Thực hành chăm sóc sức khỏe răng miệng có kết quả KR20 = 0,72.

2.6.2.1. Cách đánh giá kiến thức về sức khỏe răng miệng của NCT

Kiến thức về sức khỏe răng miệng của NCT là sự hiểu biết của NCT về vệ sinh răng miệng, mối liên quan giữa sức khỏe răng miệng và sức khỏe toàn thân cũng như các kiến thức chung khác về sức khỏe răng miệng. Trong nghiên cứu của chúng tôi, phần đánh giá kiến thức của NCT về vấn đề sức khỏe răng miệng bao gồm 10 câu hỏi tập trung vào nguyên nhân sâu răng; triệu chứng cơ bản nhất về sâu răng, mảng bám răng, viêm lợi; biện pháp, thời điểm vệ sinh răng miệng hàng ngày; mối liên quan giữa sức khỏe răng miệng với các bệnh mạn tính cũng

như với tình trạng sức khỏe toàn thân; việc khám răng miệng định kỳ. Các phương án trả lời của đối tượng nghiên cứu gồm có 3 phương án: Đúng, sai, không rõ. Chúng tôi chỉ tính điểm cho câu trả lời đúng. Mỗi phương án trả lời đúng của đối tượng nghiên cứu, chúng tôi sẽ tính 1 điểm, phương án sai hoặc trả lời không rõ không tính điểm. Tổng điểm kiến thức chung là 10 điểm được chia ở các mức độ:

- . Kiến thức tốt: từ 8 - 10 điểm.
- . Kiến thức trung bình: từ 5 - 7 điểm.
- . Kiến thức kém: từ 1 - 4 điểm.

2.6.2.2. Cách đánh giá thái độ chăm sóc sức khỏe răng miệng của NCT

Thái độ chăm sóc sức khỏe răng miệng của NCT thể hiện niềm tin, quan điểm của NCT về vấn đề chăm sóc sức khỏe răng miệng. Trong nghiên cứu của chúng tôi, phần đánh giá thái độ của NCT về vấn đề chăm sóc sức khỏe răng miệng bao gồm 10 câu tập trung vào hỏi NCT xem sự cần thiết của việc chăm sóc sức khỏe răng miệng, vệ sinh răng miệng hàng ngày, cập nhật kiến thức về vệ sinh răng miệng, khám răng miệng định kỳ, hàn các răng sâu và sự cần thiết của việc lắp răng giả. Các phương án trả lời của đối tượng nghiên cứu gồm có 4 phương án. Đồng ý hoàn toàn; đồng ý một phần; hoàn toàn không đồng ý và không đồng ý một phần. Dựa vào câu trả lời của đối tượng nghiên cứu sẽ được chấm điểm theo quy định từ 1 đến 4 điểm cho 1 câu hỏi; với 1 điểm tương ứng với thái độ chưa tích cực nhất và 4 điểm là thái độ tích cực nhất. Các đáp án trả lời của đối tượng nghiên cứu sẽ được quy chuẩn với các mức điểm số với tổng điểm cao nhất là 40 điểm tương ứng với thái độ tích cực nhất và được chia làm 3 mức độ: tích cực, tương đối tích cực và chưa tích cực như sau:

- . Thái độ tích cực: tổng điểm thái độ của từng cá nhân $> \bar{X} + SD$ của tổng điểm thái độ của nhóm.

. Thái độ tương đối tích cực: tổng điểm thái độ của từng cá nhân = $\bar{X} \pm SD$ tổng điểm thái độ của nhóm.

Thái độ chưa tích cực: tổng điểm thái độ của từng cá nhân $< \bar{X} - SD$ tổng điểm thái độ của nhóm.

2.6.2.3. Cách đánh giá về thực hành chăm sóc sức khỏe răng miệng của NCT

Thực hành chăm sóc sức khỏe răng miệng của NCT là những hoạt động chăm sóc SKRM của NCT nhằm nâng cao sức khỏe răng miệng. Trong nghiên cứu của chúng tôi, phần đánh giá thực hành chăm sóc sức khỏe răng miệng của người cao tuổi bao gồm 10 câu hỏi về thói quen thực hành chăm sóc răng miệng; việc chải răng với kem đánh răng; Thời điểm, số lần, thời gian chải răng trong ngày; thời điểm thay bàn chải; Các biện pháp vệ sinh răng miệng khác như sử dụng chỉ tơ nha khoa, tăm xia răng, xúc miệng sau bữa ăn; Việc khám răng định kỳ và xử trí khi đau răng và lợi của đối tượng nghiên cứu. Các đáp án trả lời được quy chuẩn về các mức điểm số với tổng điểm cao nhất là 20 điểm và được đánh giá theo 3 mức: thực hành tốt; thực hành trung bình; thực hành kém.

. Thực hành tốt: từ 15 - 20 điểm.

. Thực hành trung bình: từ 10 - 14 điểm.

. Thực hành kém: từ 1 - 9 điểm.

2.6.3. Cách đánh giá chỉ số hiệu quả và hiệu quả can thiệp

Sử dụng chỉ số hiệu quả để đánh giá tỷ lệ chỉ số lợi (GI) mức độ kém, tỷ lệ chỉ số vệ sinh răng miệng (OHI-S) mức độ kém và tỷ lệ CPI 3 giữa thời điểm sau can thiệp so với trước can thiệp của nhóm can thiệp và nhóm đối chứng.

+ Đánh giá hiệu quả can thiệp (HQCT)

+ Công thức tính chỉ số hiệu quả:

$$\text{CSHQ \%} = \frac{| P_1 - P_2 |}{P_1} \times 100$$

Hiệu quả can thiệp (HQCT)% = CSHQ can thiệp - CSHQ đối chứng

P₁: Tỷ lệ trước can thiệp Giáo dục sức khỏe

P₂: Tỷ lệ sau can thiệp Giáo dục sức khỏe

2.7. Nội dung và phương pháp can thiệp truyền thông giáo dục sức khỏe răng miệng và các bước tiến hành nghiên cứu

Thời gian can thiệp là 01 năm (Sau nghiên cứu đầu vào và đã chuẩn bị đầy đủ các nhu cầu cần thiết để đáp ứng thực tiễn).

Các can thiệp được tiến hành bao gồm:

2.7.1. Nội dung can thiệp truyền thông giáo dục sức khỏe răng miệng

Tiến hành truyền thông giáo dục sức khỏe răng miệng cho 2 xóm can thiệp là xóm Chí Sơn và Bờ Suối. Nội dung truyền thông là 4 chủ đề giáo dục sức khỏe răng miệng đã được xây dựng, bổ sung phù hợp dựa trên kết quả đánh giá thực trạng kiến thức - thái độ - thực hành chăm sóc sức khỏe răng miệng của NCT tại địa bàn nghiên cứu bao gồm:

Chủ đề I: “Sức khỏe răng miệng người cao tuổi” trong đó nhấn mạnh những nội dung khái quát về sức khỏe răng miệng ở NCT nói chung, những biến đổi sinh lý chung, những biến đổi sinh lý của răng miệng NCT; Mối liên quan chặt chẽ giữa sức khỏe của răng miệng với sức khỏe toàn thân và ngược lại. Đặc biệt, chuyên đề cung cấp và giải thích cho NCT những kiến thức về các vấn đề răng miệng thường gặp ở NCT như mòn răng, sâu răng, bệnh quanh răng, tổn thương niêm mạc miệng, khô miệng cũng như rối loạn chức năng vận động và cảm giác vùng miệng ở NCT.

Chủ đề II: “Những vấn đề ảnh hưởng đến sức khỏe răng miệng người cao tuổi”, nội dung tập trung chủ yếu vào những vấn đề liên quan đến bệnh quanh răng ở NCT bao gồm: Các bệnh lý toàn thân, bệnh lý mạn tính liên quan đến sức khỏe răng miệng người cao tuổi: Bệnh quanh răng là yếu tố nguy cơ của xơ vữa động mạch và các biến chứng tim mạch, nhiễm trùng hô hấp, viêm đa khớp dạng thấp.

Bệnh quanh răng chịu ảnh hưởng của bệnh đái tháo đường, loãng xương, một số rối loạn chuyển hóa nội tiết và suy giảm miễn dịch. Những thói quen không có lợi cho sức khỏe răng miệng như hút thuốc lá, ăn trầu, chế độ ăn nhiều đường...

Chủ đề III: “Hướng dẫn vệ sinh răng miệng đúng cách” cho người cao tuổi. Chủ đề phân tích rõ vai trò của vệ sinh răng miệng với sức khỏe răng miệng, sự cần thiết phải vệ sinh răng miệng sạch sẽ cũng như giới thiệu các biện pháp vệ sinh răng miệng phổ biến: Xúc miệng sau khi ăn, xỉa tăm sau khi ăn, sử dụng chỉ tơ nha khoa và phương pháp chải răng đúng kỹ thuật. Cùng với phần trình bày kiến thức, chúng tôi còn hướng dẫn thao tác từng bước cụ thể trong kỹ thuật chải răng, chủ đề cũng bổ sung một số kiến thức còn thiếu của NCT tại địa bàn nghiên cứu như thời điểm chải răng trong ngày, thời gian một lần chải răng, góc chéch và lực ấn của bàn chải và nhấn mạnh sự cần thiết của việc thay bàn chải định kỳ.

Chủ đề IV: “Những việc cần làm để cải thiện sức khỏe răng miệng người cao tuổi” khuyến khích người cao tuổi duy trì chế độ dinh dưỡng hợp lý, vệ sinh răng miệng đúng cách, khám răng miệng - lấy cao răng định kỳ 6 tháng/1 lần, phát hiện và chữa trị kịp thời bệnh sâu răng, phòng ngừa và điều trị bệnh viêm lợi, viêm quanh răng và lắp răng giả thay thế những răng đã mất ở người cao tuổi.

2.7.2. Phương pháp truyền thông giáo dục sức khỏe

2.7.2.1. Truyền thông trực tiếp

- Truyền thông giáo dục sức khỏe trực tiếp theo nhóm qua kênh sinh hoạt các chi hội người cao tuổi:

+ Chi hội người cao tuổi, khi họp hội người cao tuổi xã, nhóm nghiên cứu đã dành một thời gian để truyền thông về sức khỏe răng miệng, các bệnh về răng miệng và các biện pháp chăm sóc, dự phòng bệnh răng miệng.

+ Tổ chức các buổi thảo luận nhóm cho người cao tuổi về các bệnh răng miệng, các biện pháp chăm sóc, dự phòng bệnh răng miệng.

2.7.2.2. *Truyền thông gián tiếp*

Qua kênh loa truyền thanh của xóm được đặt tại nhà văn hóa của xóm. Việc truyền thông qua loa truyền thanh do cán bộ y tế thôn bản của xóm thực hiện với chỉ tiêu 1 tháng 1 lần.

2.7.2.3. *Phương tiện truyền thông*

- Phương tiện truyền thông: Với mục đích nâng cao kiến thức về chăm sóc răng miệng cho người cao tuổi, từ kết quả đánh giá thực trạng kiến thức, thực hành chăm sóc răng miệng của người cao tuổi đã thu được, nhóm nghiên cứu sử dụng 2 phương tiện phục vụ công tác tuyên truyền, giáo dục sức khỏe.

+ Áp phích: với kích thước lớn được treo tại nhà văn hóa xóm của hai xóm can thiệp. Đây đồng thời cũng là địa điểm tổ chức các buổi giáo dục sức khỏe răng miệng cho các đối tượng nghiên cứu thuộc nhóm can thiệp. Áp phích có hình ảnh hướng dẫn cụ thể từng bước trong quy trình chải răng đúng cách.

+ Tờ rơi: là hình thức thông tin để thu hút sự chú ý của người cao tuổi. Tờ rơi được thiết kế 2 mặt với nội dung là hình ảnh hướng dẫn cụ thể từng bước trong quy trình chải răng đúng cách và liệt kê những việc cần làm để cải thiện tình trạng sức khỏe răng miệng cho người cao tuổi.

2.7.3. *Các bước tiến hành nghiên cứu*

2.7.3.1. *Tập huấn*

- Tập huấn phương pháp khám điều tra răng miệng cơ bản, cách phỏng vấn đối tượng nghiên cứu theo phiếu điều tra có sẵn cho nhóm nghiên cứu nhằm đảm bảo chuẩn hóa toàn bộ nội dung và phương pháp tiến hành khám, phỏng vấn. Nhóm nghiên cứu gồm 4 bác sĩ Răng hàm mặt, 9 bác sĩ - điều dưỡng đang công tác tại khoa Y tế công cộng và khoa Điều dưỡng Trường Đại học Y - Dược Thái Nguyên.

- Tập huấn về phương pháp, nội dung truyền thông giáo dục sức khỏe răng miệng cho các thành viên nhóm nghiên cứu, các cán bộ trạm y tế cùng 02 cán bộ

y tế thôn bản tại 2 xóm tiến hành can thiệp trước khi tiến hành truyền thông giáo dục sức khỏe răng miệng nhằm đảm bảo chuẩn hóa toàn bộ nội dung và phương pháp tiến hành truyền thông giáo dục sức khỏe. Đồng thời hướng dẫn thêm cho cán bộ y tế cơ sở cách phát hiện một số bệnh răng miệng thường gặp ở người cao tuổi để tư vấn chăm sóc và hướng xử trí kịp thời cho người cao tuổi tại địa bàn nghiên cứu.

- Đối tượng tập huấn cho các thành viên nhóm nghiên cứu và cán bộ y tế cơ sở là các giảng viên trường Đại học Y - Dược Thái Nguyên có chuyên môn truyền thông giáo dục sức khỏe và chuyên khoa Răng hàm mặt (Có chứng chỉ hành nghề do Bộ Y tế cấp, trình độ từ Thạc sỹ trở lên).

- Tài liệu sử dụng bao gồm hai phần chính là kỹ năng truyền thông giáo dục sức khỏe và nội dung chăm sóc sức khỏe răng miệng cho NCT đã được sử dụng trong tập huấn cho nhóm nghiên cứu.

- Nội dung tập huấn bao gồm:

+ Thống nhất phương pháp khám điều tra răng miệng cơ bản, các bước tiến hành.

+ Thống nhất cách phỏng vấn đối tượng nghiên cứu theo phiếu điều tra có sẵn.

+ Tập huấn về phương pháp Truyền thông giáo dục sức khỏe.

+ Thống nhất các nội dung của 4 chủ đề Giáo dục sức khỏe răng miệng cho người cao tuổi.

- Tổ chức tập huấn:

Thời gian		Nội dung tập huấn	Địa điểm	Người thực hiện
Ngày 1	Sáng	Tập huấn và thống nhất cách khám, cách đánh giá tình trạng quanh răng và xác định cách chỉ số GI, OHI-S, CPI cũng như cách ghi mã số thực tế vào phiếu điều tra.	Đại học Y - Dược Thái Nguyên	Giảng viên Thành viên nhóm nghiên cứu
	Chiều	Thực hành cách khám, cách đánh giá tình trạng quanh răng và xác định cách chỉ số GI, OHI-S, CPI cũng như cách ghi mã số thực tế vào phiếu điều tra.	Đại học Y - Dược Thái Nguyên	Giảng viên Thành viên nhóm nghiên cứu
Ngày 2	Sáng	Tập huấn và thống nhất cách phỏng vấn, đánh giá về kiến thức - thái độ - thực hành chăm sóc sức khỏe răng miệng của người cao tuổi theo bộ câu hỏi soạn sẵn	Đại học Y - Dược Thái Nguyên	Giảng viên
	Chiều	Thực hành phỏng vấn, đánh giá về kiến thức - thái độ - thực hành chăm sóc sức khỏe răng miệng của NCT	Đại học Y - Dược Thái Nguyên	Thành viên nhóm nghiên cứu

Thời gian		Nội dung tập huấn	Địa điểm	Người thực hiện
Ngày 3	Sáng	Tập huấn, thống nhất phương pháp TT GDSK		Thành viên nhóm nghiên cứu Cán bộ y tế cơ sở
	Chiều	Thực hành		Thành viên nhóm nghiên cứu Cán bộ y tế cơ sở
Ngày 4	Sáng	Thống nhất các nội dung TT GDSK răng miệng cho người cao tuổi chủ đề I và II.		Thành viên nhóm nghiên cứu Cán bộ y tế cơ sở
	Chiều	Thực hành		Thành viên nhóm nghiên cứu Cán bộ y tế cơ sở
Ngày 5	Sáng	Thống nhất các nội dung TT GDSK răng miệng cho NCT chủ đề III và IV.		Thành viên nhóm nghiên cứu Cán bộ y tế cơ sở
	Chiều	Thực hành		Thành viên nhóm nghiên cứu Cán bộ y tế cơ sở

2.7.3.2. Tổ chức thực hiện

- Trước khi tiến hành nghiên cứu, trường Đại học Y - Dược Thái Nguyên gửi công văn đến Sở Y tế Thái Nguyên, Trung tâm Y tế huyện Đồng Hỷ, Ủy ban Nhân dân xã Nam Hòa, Trạm Y tế xã Nam Hòa là nơi tổ chức khám điều tra để xin phép, xác định thời gian và tìm hiểu các thông tin về kinh tế, xã hội, mạng lưới y tế.

- Thảo luận, thống nhất với Trạm Y tế xã, y tế thôn bản cách tiến hành, phối hợp, tổ chức địa điểm phỏng vấn và khám tập trung tại Trạm Y tế xã Nam Hòa.

- Tổ chức khám tập trung và phỏng vấn xác định thực trạng bệnh quanh răng cũng như thực trạng kiến thức - thái độ - thực hành chăm sóc răng miệng cho đối

tượng nghiên cứu đồng thời tiến hành kỹ thuật lấy cao răng, đánh bóng chân răng lần 1 cho toàn bộ đối tượng nghiên cứu tại Trạm Y tế xã Nam Hòa.

- Tổ chức các hoạt động nhằm thu hút đối tượng tham gia bằng cách thông tin loa đài trước 1 tuần, hướng dẫn điều trị cấp cứu, nhổ răng cho các đối tượng có chỉ định ngay sau buổi khám hoặc vào những buổi hẹn sau đó tại Khoa Răng Hàm Mặt Bệnh viện trường Đại học Y - Dược Thái Nguyên.

- Tổ chức can thiệp giáo dục sức khỏe răng miệng bằng cách liên hệ với trưởng xóm can thiệp, chi hội trưởng hội Người cao tuổi, Y tế thôn bản của 2 xóm can thiệp là xóm Chí Sơn và Bờ Suối phối hợp tổ chức các buổi truyền thông giáo dục sức khỏe răng miệng cho NCT cho từng xóm tại Nhà Văn hóa của xóm. Mỗi xóm có 61 đối tượng nghiên cứu tham gia. Bốn chủ đề Giáo dục sức khỏe răng miệng được lần lượt tiến hành truyền thông lần đầu bằng hình thức nói chuyện theo chuyên đề theo kế hoạch 1 tháng/1 chủ đề.

Truyền thông: Thực hiện truyền thông trực tiếp là các buổi học tập, nói chuyện về các chủ đề giáo dục sức khỏe răng miệng cho NCT: “Sức khỏe răng miệng người cao tuổi”; “Những vấn đề ảnh hưởng đến sức khỏe răng miệng người cao tuổi”; “Hướng dẫn vệ sinh răng miệng đúng cách” và “Những việc cần làm để cải thiện sức khỏe răng miệng người cao tuổi”. Hoạt động này nhằm truyền tải các thông điệp tới NCT giúp họ có thêm kiến thức về sức khỏe răng miệng cũng như cách chăm sóc SKRM đúng đắn hơn.

Mỗi buổi truyền thông giáo dục sức khỏe của chúng tôi thường diễn ra trong khoảng thời gian 2,5 tiếng bao gồm cả phần truyền thông giáo dục sức khỏe răng miệng, hướng dẫn thực hành vệ sinh răng miệng và trả lời các câu hỏi của NCT về các vấn đề răng miệng mà họ quan tâm.

- Duy trì hoạt động lấy cao răng, đánh bóng chân răng định kỳ 6 tháng 1 lần với tất cả 2 nhóm đối tượng nghiên cứu đồng thời tiến hành phối hợp can thiệp bằng truyền thông giáo dục sức khỏe răng miệng thường xuyên cho người cao tuổi tại 2 xóm can thiệp từ tháng 11 năm 2015 đến tháng 10 năm 2016.

- Từ tháng 11 năm 2016 đến tháng 3 năm 2017: tổ chức đánh giá lại thực trạng bệnh quanh răng cũng như thực trạng kiến thức - thái độ - thực hành chăm sóc răng miệng ở cả 2 nhóm đối tượng nghiên cứu can thiệp và nhóm chứng. Đánh giá hiệu quả can thiệp, viết báo cáo.

2.7.3.3. Tổ chức giám sát quá trình can thiệp

- Nhóm giám sát gồm các thành viên được lựa chọn dựa trên các tiêu chuẩn về năng lực, trình độ chuyên môn và đạo đức. Trong nghiên cứu đã lựa chọn được 5 thành viên bao gồm 01 giảng viên bộ môn Y học cộng đồng, 02 giảng viên bộ môn Điều dưỡng cộng đồng trường Đại học Y – Dược Thái Nguyên và 01 cán bộ trạm y tế xã Nam Hòa có trình độ đại học và nghiên cứu sinh. Tất cả các thành viên trong nhóm giám sát đều được tập huấn về kỹ thuật giám sát, nội dung giám sát, kỹ thuật ghi chép... và nắm rõ quy trình, kế hoạch, nội dung cần giám sát.

- Hai hình thức giám sát được thực hiện trong quá trình can thiệp:

+ Giám sát định kỳ bắt đầu từ thời điểm cán bộ y tế cơ sở thực hiện truyền thông giáo dục sức khỏe cho người cao tuổi tại hai xóm can thiệp vào ngày tổ chức truyền thông giáo dục sức khỏe răng miệng.

+ Giám sát đột xuất: người giám sát đột xuất là thành viên của nhóm nghiên cứu sẽ không báo trước về thời gian giám sát cũng là thành viên của nhóm giám sát. Việc giám sát sẽ không được thông báo trước về thời gian, địa điểm giám sát. Người giám sát đột xuất sẽ thực hiện giám sát chất lượng và quy trình thực hiện truyền thông giáo dục sức khỏe của cán bộ y tế cơ sở (cán bộ trạm y tế và y tế thôn bản).

2.8. Công cụ thu thập số liệu

2.8.1. Phương tiện khám lâm sàng và can thiệp kỹ thuật

- Ghế nha khoa di động.

- Khay khám, cây thăm dò quanh răng (theo WHO), gương nha khoa, thám châm số 23, kẹp gấp.
- Hộp dụng cụ vô khuẩn, hộp đựng dụng cụ đã qua sử dụng.
- Thuốc khử khuẩn.
- Ánh sáng tự nhiên, đèn pin.
- Máy lấy cao răng bằng siêu âm...



Hình 1.2. Ghế và thiết bị nha khoa di động



Hình 1.3. Cây thăm dò quanh răng của WHO

2.8.2. Phương tiện khác

- Phiếu khám lâm sàng.
- Bộ câu hỏi phỏng vấn.
- Chủ đề thảo luận nhóm, phỏng vấn sâu.
- Máy ảnh.
- Máy ghi âm.
- Thuốc xử lý cấp cứu.

2.9. Phương pháp khống chế sai số

- Sai số lựa chọn: hạn chế sai số lựa chọn bằng cách chọn đúng đối tượng theo tiêu chuẩn lựa chọn và tiêu chuẩn loại trừ.

- Sai số thu thập thông tin:

+ Tập huấn kỹ cho các cán bộ điều tra.

+ Tiến hành điều tra thử, đánh giá chỉ số KAPPA và ước lượng thời gian khám cho mỗi đối tượng nghiên cứu.

2.10. Phương pháp xử lý số liệu

2.10.1. Số liệu định lượng

Số liệu thu thập được kiểm tra, mã hóa và được nhập và xử lý thống kê bằng phần mềm vi tính SPSS version 17.0.

- Tần suất, tỷ lệ phần trăm, giá trị trung bình, độ lệch chuẩn (SD) sẽ được sử dụng để mô tả thực trạng bệnh quanh răng, thực trạng thực hành chăm sóc răng miệng, kiến thức về chăm sóc sức khỏe răng miệng và thái độ về chăm sóc răng miệng.

- So sánh sự khác biệt tỷ lệ kiến thức và thực hành chăm sóc răng miệng được kiểm định qua *Chi-square test* (χ^2 test) với điều kiện dưới 20% tổng số ô trong bảng có tần số mong đợi nhỏ hơn 5 và không ô nào có tần số mong đợi

nhỏ hơn 1, nếu điều kiện này không được thỏa mãn sẽ sử dụng *Fisher's exact test*. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê khi $p < 0,05$.

- *t-test* được sử dụng để so sánh giá trị trung bình về thái độ chăm sóc răng miệng trước và sau can thiệp, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê khi $p < 0,05$.

- Hiệu quả can thiệp được đánh giá thông qua tỷ lệ kiến thức, thái độ, thực hành chăm sóc răng miệng, tỷ lệ mắc bệnh quanh răng ở người cao tuổi thông qua các chỉ số: Chỉ số hiệu quả (CSHQ) và hiệu quả can thiệp (HQCT).

- Công thức tính chỉ số hiệu quả và hiệu quả can thiệp:

+ Công thức tính chỉ số hiệu quả:

$$\text{CSHQ \%} = \frac{| P_1 - P_2 |}{P_1} \times 100$$

P_1 : Tỷ lệ gặp trước can thiệp

P_2 : Tỷ lệ thu được sau can thiệp

+ Hiệu quả can thiệp (HQCT) % = CSHQ can thiệp - CSHQ đối chứng

2.10.2. Số liệu định tính

- Tổ chức phỏng vấn sâu đối với các đối tượng được lựa chọn có chủ đích.

+ Các cuộc phỏng vấn dựa trên câu hỏi đã được chuẩn bị trước tập trung tìm hiểu các yếu tố thuận lợi - khó khăn ảnh hưởng đến quá trình can thiệp giáo dục sức khỏe răng miệng người cao tuổi tại địa bàn nghiên cứu.

+ Nội dung phỏng vấn được ghi âm bằng máy ghi kỹ thuật số.

+ Nghiên cứu viên gỡ băng kết hợp với ghi chép phỏng vấn tại thực địa tiến hành phân tích.

+ Các phát hiện được nhóm theo nhóm chủ đề phù hợp với các mục tiêu và các câu hỏi nghiên cứu.

- Thảo luận nhóm được thực hiện với các đối tượng được lựa chọn có chủ đích.

+ Các cuộc thảo luận dựa trên những vấn đề đã được chuẩn bị trước tập trung tìm hiểu các yếu tố thuận lợi - khó khăn ảnh hưởng đến quá trình can thiệp giáo dục sức khỏe răng miệng người cao tuổi tại địa bàn nghiên cứu.

+ Nội dung thảo luận được ghi chép thành biên bản thảo luận.

+ Các phát hiện được nhóm theo nhóm chủ đề phù hợp với các mục tiêu và các câu hỏi nghiên cứu.

2.11. Vấn đề đạo đức trong nghiên cứu

Nghiên cứu này sử dụng tiếp cận dựa vào cộng đồng NCT dân tộc Sán Dìu tại Xã Nam Hòa trên cơ sở hoàn toàn tự nguyện tham gia của NCT.

Mục đích nghiên cứu, cách thức thực hiện được thông báo rõ ràng với mọi đối tượng nghiên cứu. Đảm bảo tính bí mật, trung thực, chính xác với các thông tin thu được từ nghiên cứu.

Thử nghiệm can thiệp được thực hiện với các nội dung bổ ích cho sức khỏe răng miệng NCT nhằm cải thiện sức khỏe răng miệng cũng như nâng cao kiến thức, thái độ và thực hành chăm sóc sức khỏe răng miệng cho người cao tuổi. Nghiên cứu này không thực hiện bất kỳ can thiệp nào làm ảnh hưởng đến sức khỏe nói chung cũng như sức khỏe răng miệng nói riêng của NCT. Người cao tuổi cũng hoàn toàn tự nguyện tham gia các chương trình can thiệp. NCT ở nhóm đối chứng không nhận các hoạt động can thiệp để đảm bảo tính chính xác khi so sánh và đánh giá hiệu quả can thiệp.

Kết quả nghiên cứu được phản hồi lại cho chính quyền cũng như NCT và nhân dân tại xã nghiên cứu.

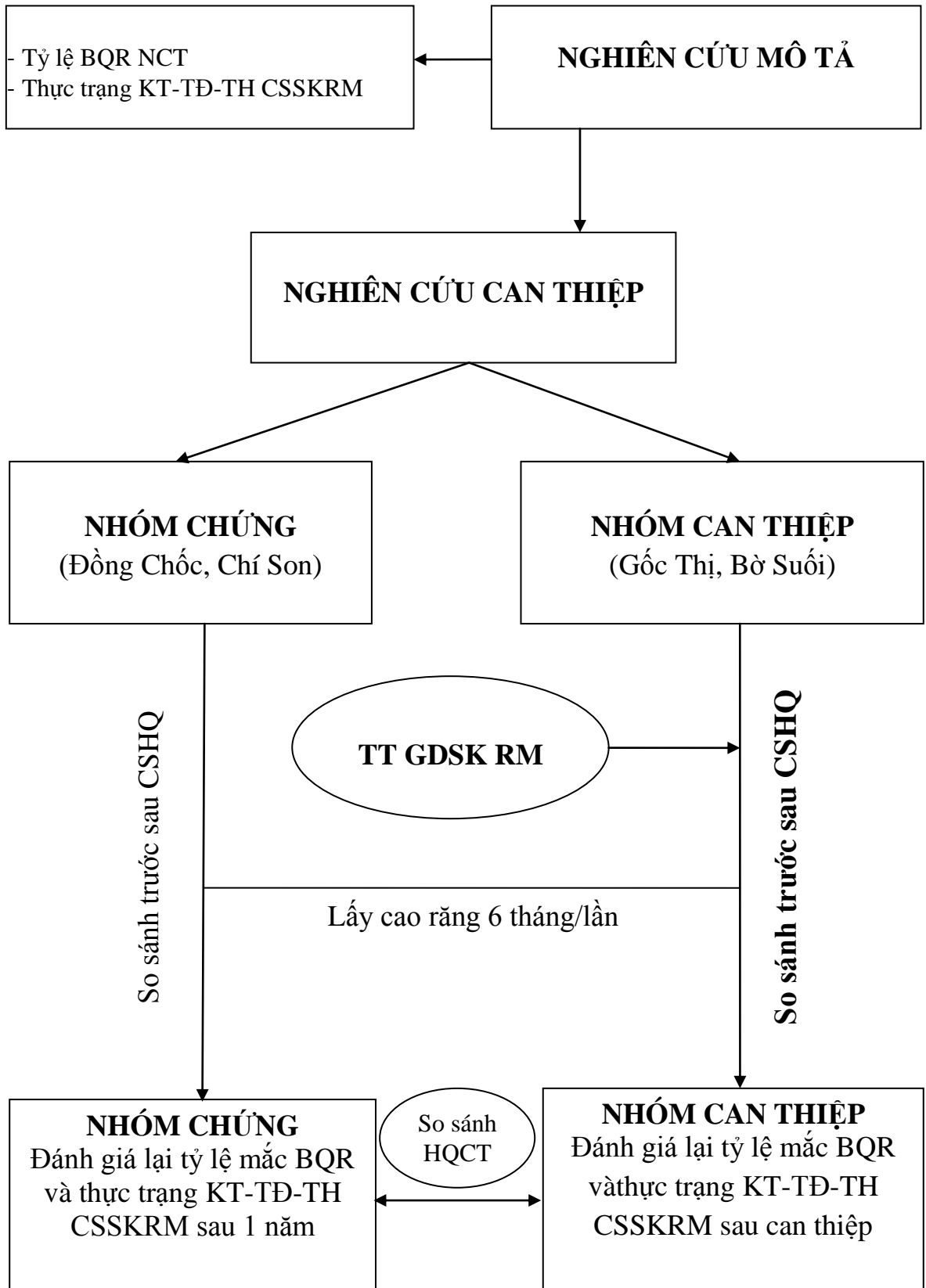
Đề tài tiến hành phải được phép theo quy định của Hội đồng khoa học trường Đại học Y - Dược Thái Nguyên.

2.12. Hạn chế trong nghiên cứu

- Nghiên cứu mô tả cắt ngang tại thời điểm trước và sau can thiệp do vậy các số liệu thu được chỉ phản ánh kết quả tại thời điểm điều tra, có một số số liệu thu thập thông qua phỏng vấn và ước lượng của người trả lời do vậy số liệu chỉ phân tích trên quan điểm của đối tượng nghiên cứu.

- Đối tượng nghiên cứu trong đề tài là người cao tuổi dân tộc Sán Dìu, một số có trình độ văn hóa thấp, thậm chí không biết chữ nên việc phỏng vấn mất nhiều thời gian. Một số đối tượng nghiên cứu không tập trung vào vấn đề chính mà chỉ nói các vấn đề khác hoặc trả lời sai ý câu hỏi.

2.13. Sơ đồ tổng hợp quá trình nghiên cứu



CHƯƠNG III

KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu theo nhóm nghiên cứu

Bảng 3.1: Thông tin cơ bản về đối tượng nghiên cứu theo nhóm

Thông tin cơ bản		Nhóm chứng		Nhóm can thiệp	
		Số lượng (SL)	Tỷ lệ (%)	Số lượng (SL)	Tỷ lệ (%)
Tuổi	60 - 69	84	68,9	73	59,8
	70 - 79	27	22,1	35	28,7
	≥ 80	11	9,0	14	11,5
	Nhỏ nhất – lớn nhất	60 - 87		60 - 90	
	Trung bình (S.D)	68,2 ± 6,9		68,6 ± 7,0	
Giới	Nam	48	39,3	45	36,9
	Nữ	74	60,7	77	63,1
Trình độ học vấn	Không biết chữ	22	18,0	28	23,0
	Tiểu học và TH Cơ sở	82	67,2	65	53,3
	Phổ thông trung học	15	12,3	22	18,0
	Trung cấp trở lên	3	2,5	7	2,7

***Nhận xét:** Các đối tượng NCT ở nhóm chứng có độ tuổi từ 60 - 87 tuổi. Tuổi trung bình là 68,2 tuổi (SD = 6,9). Tỷ lệ nữ (60,7%) cao hơn tỷ lệ nam giới (39,3%). Còn các đối tượng NCT ở nhóm can thiệp có độ tuổi từ 60 - 90 tuổi. Tuổi trung bình là 68,6 tuổi (SD = 7,0). Tỷ lệ nữ (63,1%) cũng cao hơn tỷ lệ nam giới (36,9%).

Trình độ học vấn chủ yếu tập trung ở Tiểu học và Trung học Cơ sở với kết quả của nhóm chứng (67,2%) và nhóm can thiệp (53,3%). Ngoài ra, tỷ lệ đối tượng nghiên cứu không biết chữ là 18,0% ở nhóm chứng và 23,0% ở nhóm can thiệp.

3.2. Hiệu quả can thiệp giáo dục sức khỏe răng miệng cho người cao tuổi dân tộc Sán Dìu mắc bệnh quanh răng tại xã Nam Hòa huyện Đồng Hỷ - Thái Nguyên giai đoạn 2015 – 2017.

3.2.1. Hiệu quả can thiệp đến kiến thức - thái độ - thực hành chăm sóc sức khỏe răng miệng cho đối tượng nghiên cứu

Bảng 3.2. Tỷ lệ trả lời sai kiến thức chung về sức khỏe răng miệng của đối tượng nghiên cứu theo nhóm trước và sau can thiệp giáo dục sức khỏe

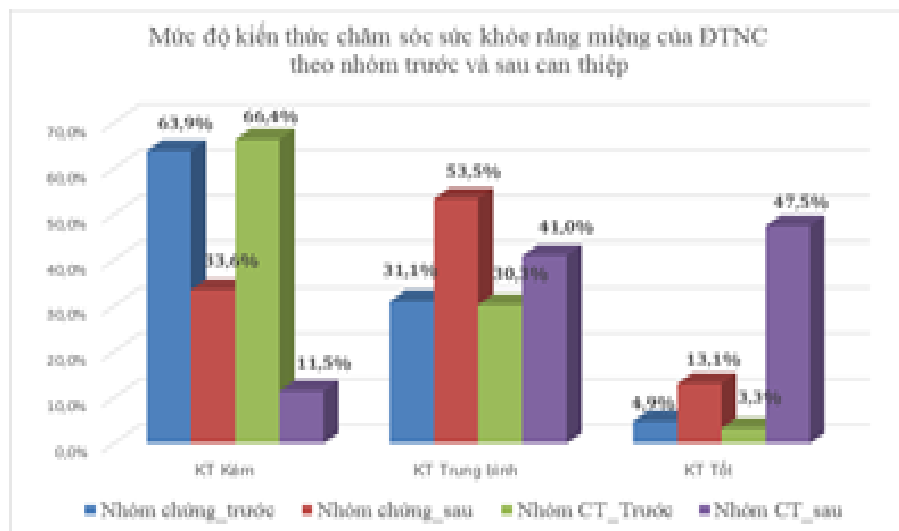
TT	Nội dung kiến thức	Nhóm chứng				Nhóm can thiệp			
		Trước		Sau		Trước		Sau	
		SL	%	SL	%	SL	%	SL	%
1	Răng sâu là những răng có vết lõm màu đen trên răng và ê buốt khi ăn uống những đồ lạnh.	6	4,9	8	6,6	12	9,8	10	8,2
2	Nguyên nhân gây sâu răng là do vi khuẩn.	89	73,0	63	51,6	108	88,5	56	45,9
3	Việc chải răng với kem chải răng có Fluoride là không có giá trị trong việc phòng sâu răng.	103	84,4	85	69,7	110	90,2	84	68,9
4	Viêm lợi là tình trạng lợi vùng quanh răng bị sưng và chảy máu.	16	13,1	14	11,5	27	22,1	16	13,1

TT	Nội dung kiến thức	Nhóm chứng				Nhóm can thiệp			
		Trước		Sau		Trước		Sau	
		SL	%	SL	%	SL	%	SL	%
5	Mảng bám răng là chất làm trắng răng và bảo vệ răng và lợi.	90	73,8	86	70,5	96	78,7	61	50,0
6	Việc chải răng hàng ngày là biện pháp cần thiết để bảo vệ sức khỏe răng miệng.	4	3,3	3	2,5	6	4,9	2	1,6
7	Nếu chỉ chải răng một lần trong ngày thì ông/bà nên chải răng vào buổi sáng.	109	89,3	103	84,4	114	93,4	0	0
8	Khám răng miệng định kỳ 6 tháng 1 lần là việc cần thiết giúp phát hiện và điều trị các bệnh răng miệng.	78	63,9	16	13,1	90	73,8	26	21,3
9	Sức khỏe răng miệng hoàn toàn không liên quan đến sức khỏe toàn thân.	94	77,0	101	82,8	89	73,0	34	27,9
10	Hoàn toàn không có mối liên hệ gì giữa sức khỏe răng miệng với một số bệnh toàn thân như bệnh đái tháo đường, bệnh tim mạch.	93	76,2	80	65,6	85	69,7	71	58,2

***Nhận xét:** Ở nhóm can thiệp, tỷ lệ trả lời sai kiến thức về nguyên nhân gây sâu răng là do vi khuẩn trước khi can thiệp giáo dục sức khỏe răng miệng là 88,5%, sau can thiệp đã giảm xuống còn 45,9%. Tỷ lệ trả lời sai về vai trò của kem chải răng có Fluoride trong phòng sâu răng trước khi can thiệp rất cao chiếm 90,2%, sau can thiệp là 68,9%. Tỷ lệ trả lời sai về tác hại của mảng bám răng là 78,7%, sau can thiệp là 50%. Trước can thiệp có đến 94,3% ĐTNC của nhóm can thiệp trả lời sai về thời điểm chải răng, còn sau can thiệp tỷ lệ này là 0%.

Việc khám răng miệng định kỳ 6 tháng 1 lần là việc cần thiết giúp phát hiện và điều trị các bệnh răng miệng nhưng vẫn có 73,8% NCT trong nhóm can thiệp không biết điều này tại thời điểm trước can thiệp. Sau can thiệp tỉ lệ này giảm còn 21,3%.

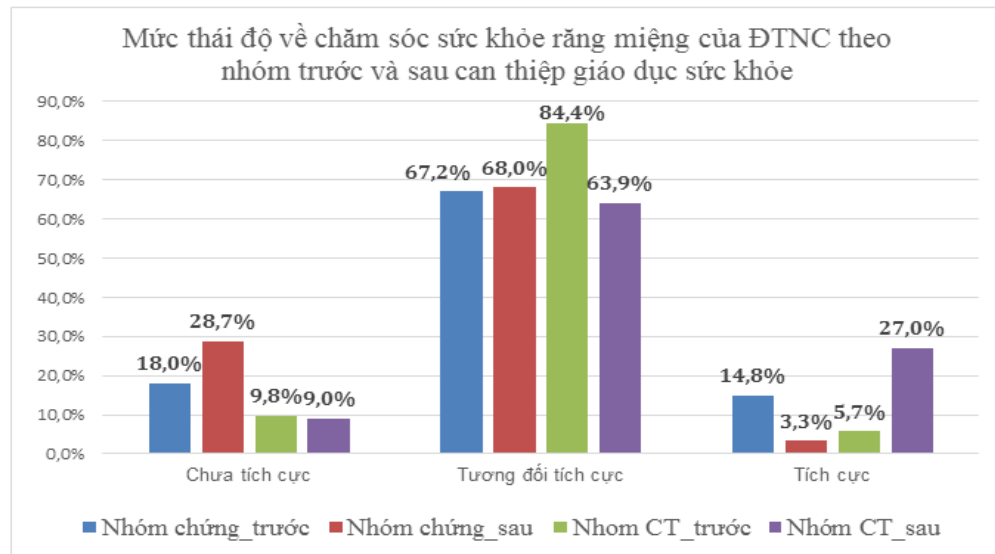
Trước can thiệp, 73% ĐTNC trong nhóm can thiệp cho rằng sức khỏe răng miệng hoàn toàn không liên quan đến sức khỏe toàn thân, tương tự 69,7% trong nhóm này trả lời rằng hoàn toàn không có mối liên hệ gì giữa sức khỏe răng miệng với một số bệnh toàn thân như bệnh đái tháo đường, bệnh tim mạch. Tỷ lệ hiểu biết về hai vấn đề này sau can thiệp lần lượt là 27,9% và 58,2%.



Biểu đồ 3.1. Mức độ kiến thức về chăm sóc sức khỏe răng miệng của đối tượng nghiên cứu theo nhóm trước và sau can thiệp

***Nhận xét:** Trước can thiệp, tỷ lệ kiến thức tốt về chăm sóc sức khỏe răng miệng của ĐTNC thuộc nhóm can thiệp là 3,3%, sau can thiệp giáo dục sức

khỏe răng miệng thì nhóm này đã có 47,5% ĐTNC có kiến thức tốt về chăm sóc sức khỏe răng miệng. Tương tự, tỷ lệ NCT có kiến thức về chăm sóc sức khỏe răng miệng ở mức độ kém trước can thiệp là 66,4% đã cải thiện rõ rệt chỉ còn 11,5% tại thời điểm đánh giá sau can thiệp. Có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về các mức độ kiến thức sau can thiệp giữa nhóm can thiệp và nhóm chứng với $p < 0,001$.



Biểu đồ 3.2. Mức độ thái độ về CS SKRM của ĐTNC theo nhóm trước và sau can thiệp

***Nhận xét:** Về tổng thể, tỷ lệ đối tượng nghiên cứu ở nhóm can thiệp có thái độ chưa tích cực trước can thiệp (9,8%) và sau can thiệp (9,0%). Tỷ lệ đối tượng nghiên cứu ở nhóm can thiệp có thái độ tích cực về chăm sóc sức khỏe răng miệng trước can thiệp là 5,7% và sau can thiệp là 27,0%. Có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về các mức độ thái độ sau can thiệp giữa nhóm can thiệp và nhóm chứng với $p < 0,001$.

Bảng 3.3. Giá trị trung bình về thái độ của nhóm nghiên cứu trước và sau can thiệp giáo dục sức khỏe

Thái độ Nhóm	Thời điểm	$\bar{X} \pm SD$	\bar{X} tăng	<i>p</i>
Can thiệp	Trước can thiệp (n = 122)	25,74 ± 3,85	7,09	< 0,001
	Sau can thiệp (n = 122)	32,83 ± 3,80		
Chứng	Trước can thiệp (n = 122)	25,79 ± 6,85	4,02	< 0,001
	Sau can thiệp (n = 122)	29,81 ± 3,70		

***Nhận xét:** Kết quả bảng 3.3 cho thấy giá trị trung bình về thái độ ở nhóm can thiệp trước thời điểm can thiệp giáo dục sức khỏe răng miệng là 25,74 ± 3,85 và sau can thiệp là 32,83 ± 3,80. Giá trị trung bình về thái độ ở nhóm chứng trước thời điểm can thiệp giáo dục sức khỏe răng miệng là 25,79 ± 6,85 và sau can thiệp là 29,81 ± 3,70. Có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về giá trị trung bình của thái độ ở cả nhóm can thiệp và nhóm chứng với $p < 0,001$.

Bảng 3.4. Tỷ lệ thực hành các nội dung chăm sóc sức khỏe răng miệng của đối tượng nghiên cứu theo nhóm trước và sau can thiệp giáo dục sức khỏe

TT	Nội dung thực hành chăm sóc răng miệng		Nhóm chứng				Nhóm can thiệp			
			Trước		Sau		Trước		Sau	
			SL	%	SL	%	SL	%	SL	%
1	Chải răng hàng ngày	Có	110	90,2	116	95,1	117	95,9	122	100
		Không	12	9,8	6	4,9	5	4,1	0	0
2	Sử dụng kem chải răng	Có	110	90,2	116	95,1	117	95,9	122	100
		Không	12	9,8	6	4,9	5	4,1	0	0

TT	Nội dung thực hành chăm sóc răng miệng		Nhóm chứng				Nhóm can thiệp			
			Trước		Sau		Trước		Sau	
			SL	%	SL	%	SL	%	SL	%
3	Số lần và thời điểm chải răng	Không	12	9,8	6	4,9	5	4,1	0	0
		1 lần vào buổi sáng	66	54,1	70	57,4	90	73,8	0	0
		1 lần vào buổi tối	4	3,3	2	1,6	0	0	46	37,7
		2 lần vào buổi sáng và tối	36	29,5	42	34,4	27	22,1	74	60,7
		3 lần vào sáng, trưa và tối	4	3,3	2	1,6	0	0	2	1,6
4	Thời gian mỗi lần chải răng	Không	12	9,8	6	4,9	5	4,1	0	0
		1 phút	70	57,4	56	45,9	99	81,1	40	32,8
		2 phút	36	29,1	46	37,7	16	13,1	71	58,2
		3 phút	4	3,3	14	11,5	2	1,6	11	9,0
5	Thời gian thay bàn chải răng	Dưới 3 tháng	2	1,6	8	6,6	10	8,2	74	60,7
		Từ 3 đến dưới 6 tháng	7	5,7	22	18,0	4	3,3	35	28,7
		6 đến 12 tháng	85	69,7	64	52,5	88	72,1	8	6,6
		Trên 12 tháng	28	23,0	28	23,0	20	16,4	5	4,1
6	Sử dụng chỉ tơ nha khoa	Có	0	0	0	0	0	0	0	0
		Không	122	100	122	100	122	100	122	100

TT	Nội dung thực hành chăm sóc răng miệng		Nhóm chứng				Nhóm can thiệp			
			Trước		Sau		Trước		Sau	
			SL	%	SL	%	SL	%	SL	%
7	Sử dụng tăm xỉa răng	Có	120	98,4	122	100	116	95,1	122	100
		Không	2	1,6	0	0	6	4,9	0	0
8	Xúc miệng sau bữa ăn	Có	103	84,4	90	73,8	73	59,8	116	95,1
		Thỉnh thoảng	19	15,6	22	18,0	39	32	4	3,3
		Không	0	0	10	8,2	10	8,2	2	1,6
9	Khám răng định kỳ	Có	0	0	122	100	0	0	122	100
		Không	122	100	0	0	122	100	0	0
10	Xử trí khi đau răng hoặc lợi	Xúc miệng nước muối	55	45,1	56	45,9	62	50,8	29	23,8
		Mua thuốc	31	25,4	26	21,3	48	39,3	22	18,0
		Khám Bác sĩ	36	29,5	40	32,8	12	9,8	71	58,2

***Nhận xét:** Kết quả nghiên cứu ở nhóm can thiệp cho thấy:

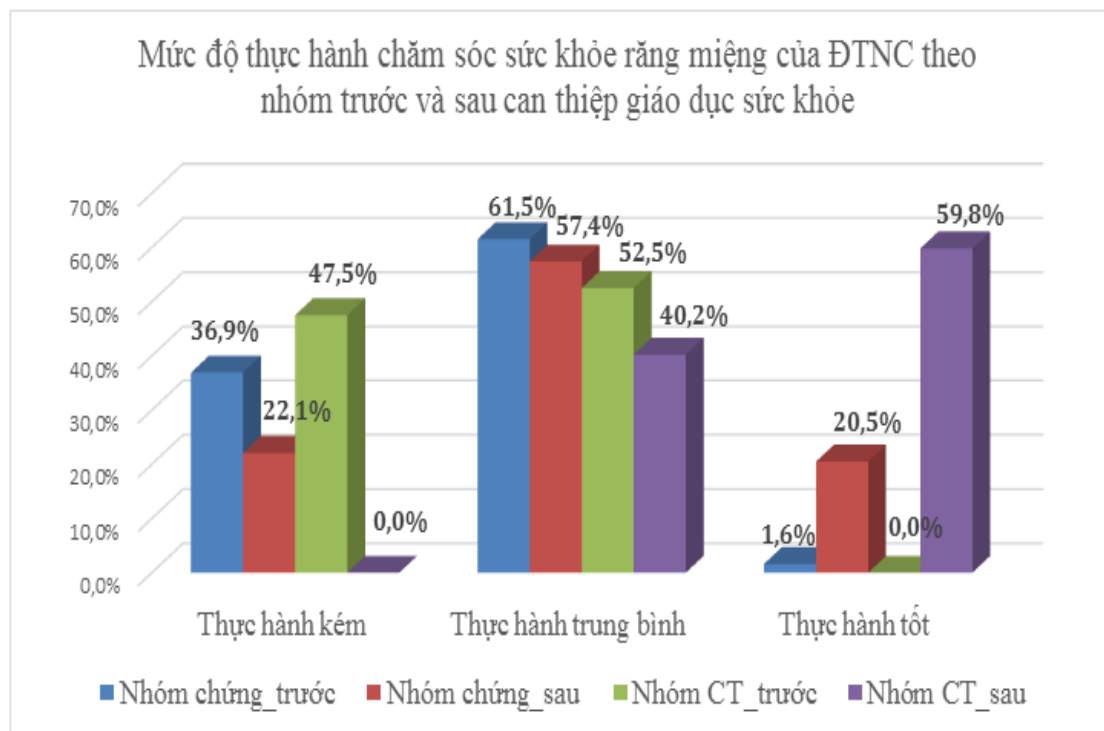
+ Trước can thiệp chỉ có 95,9% NCT thực hiện việc chải răng hàng ngày, vẫn còn 4,1% không thực hiện việc này. Tuy nhiên sau can thiệp tỷ lệ NCT thực hiện việc vệ sinh răng miệng hàng ngày đã đạt 100%.

Trước can thiệp, tỷ lệ NCT chỉ thực hiện việc chải răng 1 lần vào buổi sáng rất cao chiếm 73,8%. Sau can thiệp tỷ lệ này đã giảm xuống còn 0%. Có sự tăng rõ rệt về tỷ lệ NCT thực hiện chải răng 2 lần vào buổi sáng và tối giữa trước (22,1%) và sau can thiệp (60,7%). Tương tự, tỷ lệ đối tượng nghiên cứu có thời gian một lần chải răng khoảng 2 phút cũng tăng đáng kể từ 13,1% trước can thiệp lên 58,2% tại thời điểm sau can thiệp.

Kết quả thực hiện việc thay bàn chải đánh răng dưới 3 tháng 1 lần trước can thiệp chỉ có 8,2%, sau can thiệp tỷ lệ này là 60,7%, vẫn còn 4,1% NCT sau 12 tháng mới thay 1 bàn chải.

Việc súc miệng hỗ trợ làm sạch răng miệng sau bữa ăn trước can thiệp là 59,8%. Sau can thiệp tỷ lệ này cũng thay đổi theo chiều hướng tăng lên đạt 95,1%.

Trước can thiệp, 100% đối tượng nghiên cứu không thực hiện việc khám răng định kỳ, sau can thiệp tỷ lệ này đang là 0%. Trước can thiệp chỉ có 9,8% đối tượng nghiên cứu được hỏi đi khám Bác sĩ khi có triệu chứng đau răng hoặc lợi thì sau can thiệp tỷ lệ này đã tăng lên đạt 58,2%.



Biểu đồ 3.3. Mức độ thực hành về chăm sóc SKRM của ĐTNC theo nhóm trước và sau can thiệp

***Nhận xét:** Kết quả nghiên cứu ở nhóm can thiệp cho thấy:

Trước can thiệp, tỷ lệ đối tượng nghiên cứu thực hành chăm sóc sức khỏe răng miệng tốt là 0%, tỷ lệ thực hành tốt sau can thiệp đạt 59,8%. Tỷ lệ đối tượng nghiên cứu thực hành chăm sóc sức khỏe răng miệng kém trước can thiệp là 47,5%, tỷ lệ thực hành kém sau can thiệp đạt 0%. Có sự khác biệt có ý nghĩa

thống kê về các mức độ thực hành chăm sóc sức khỏe răng miệng sau can thiệp giữa nhóm can thiệp và nhóm chứng với $p < 0,001$.

3.2.2. Hiệu quả can thiệp bằng giáo dục sức khỏe đến bệnh quanh răng cho người cao tuổi dân tộc Sán Dìu tại địa bàn nghiên cứu

Bảng 3.5. Hiệu quả can thiệp đối với chỉ số lợi (GI) ở mức độ kém của người cao tuổi trước và sau can thiệp của hai nhóm

Nhóm	GI mức độ kém				Hiệu quả (%)
	Trước CT		Sau CT		
	SL	%	SL	%	
Can thiệp (n= 122)	112	91,8	15	12,3	CSHQ = 86,61
Chứng (n= 122)	109	89,3	59	48,4	CSHQ = 45,80
p	p = 0,19		p < 0,001		HQCT = 40,81

***Nhận xét:** Ở nhóm can thiệp, tỷ lệ chỉ số lợi (GI) ở mức độ kém được cải thiện sau can thiệp. Chỉ số hiệu quả ở nhóm can thiệp là 86,61%, nhóm chứng là 45,80%. Như vậy hiệu quả can thiệp là 40,81%. Sau can thiệp, có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về chỉ số lợi ở mức độ kém giữa nhóm chứng và nhóm can thiệp.

Bảng 3.6. Hiệu quả can thiệp đối với chỉ số vệ sinh răng miệng đơn giản (OHI - S) của người cao tuổi trước và sau can thiệp của hai nhóm

OHI-S Thời điểm	Nhóm (n = 244)	Rất tốt		Tốt		Trung bình		Kém	
		SL	%	SL	%	SL	%	SL	%
Trước can thiệp	Can thiệp (n = 122)	0	0	0	0	5	4,1	117	95,9
	Chứng (n = 122)	0	0	0	0	7	5,7	115	94,3
	p	p > 0,05							
Sau can thiệp	Can thiệp (n = 122)	0	0	3	2,5	95	77,9	24	19,7
	Chứng (n = 122)	0	0	0	0	51	41,8	71	58,2
	p	p < 0,001							

***Nhận xét:** Trước can thiệp, tỷ lệ ĐTNC thuộc nhóm can thiệp có chỉ số vệ sinh răng miệng ở mức tốt và rất tốt là 0%, chỉ số OHI - S chủ yếu tập trung ở mức độ kém với 95,9%. Sau can thiệp, chỉ số OHI - S ở mức độ kém đã giảm xuống còn 19,7%, tỷ lệ chỉ số OHI - S chuyển sang mức độ trung bình với 77,9%. Đặc biệt, có 2,5% chỉ số OHI - S đạt mức độ tốt. Tỷ lệ chỉ số OHI - S ở mức độ rất tốt vẫn là 0%. Có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về các mức độ chỉ số OHI - S giữa các nhóm can thiệp và nhóm chứng sau can thiệp với $p < 0,001$.

Bảng 3.7. Hiệu quả can thiệp đối với chỉ số vệ sinh răng miệng (OHI - S) ở mức độ kém của người cao tuổi trước và sau can thiệp của hai nhóm

Nhóm	OHI - S (Mức độ kém)				Hiệu quả (%)
	Trước CT		Sau CT		
	SL	%	SL	%	
Can thiệp (n = 122)	117	95,9	24	19,7	CSHQ = 79,5
Chứng (n = 122)	115	94,3	71	58,2	CSHQ = 38,3
p	p > 0,05		p < 0,001		HQCT = 41,2

***Nhận xét:** Sau can thiệp, tỷ lệ chỉ số vệ sinh răng miệng (OHI - S) mức độ kém ở nhóm can thiệp được cải thiện rõ rệt. Chỉ số hiệu quả ở nhóm can thiệp là 79,5%, nhóm chứng là 38,3%. Hiệu quả can thiệp là 41,2%.

Bảng 3.8. Tỷ lệ tình trạng quanh răng (CPI) theo nhóm nghiên cứu trước và sau can thiệp

CPI Thời điểm	Nhóm	Tổng (n=244)	CPI 0		CPI 1		CPI 2		CPI 3		CPI 4	
			SL	%	SL	%	SL	%	SL	%	SL	%
Trước can thIỆP	Can thiệp (n=122)		0	0	0	0	6	4,9	93	76,2	23	18,9
	Chứng (n= 122)		0	0	0	0	8	6,6	89	73,0	25	20,5
	p		p > 0,05									
Sau can thIỆP	Can thiệp (n=122)		0	0	28	23,0	5	4,1	67	54,9	22	18,0
	Chứng (n= 122)		0	0	7	5,7	13	10,7	75	61,5	27	22,1
	p		p < 0,01									

***Nhận xét:** Trước can thiệp, tỷ lệ ĐTNC thuộc nhóm can thiệp mắc bệnh quanh răng là rất cao chiếm 100%, trong đó tỷ lệ ĐTNC có túi lợi nông 4 – 5mm là cao nhất chiếm tỷ lệ 76,2% và túi lợi bệnh lý \geq 6mm là 18,9%. Sau can thiệp, tỷ lệ ĐTNC có túi lợi nông 4 - 5mm đã giảm xuống còn 54,9%. Đặc biệt, có 23,0% ĐTNC có tình trạng lợi chảy máu sau thăm khám nhẹ. Có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về tình trạng quanh răng giữa nhóm can thiệp và nhóm chứng sau can thiệp với $p < 0,01$.

Bảng 3.9. Hiệu quả can thiệp đối với chỉ số CPI 3 (Túi lợi 4 – 5mm) của người cao tuổi trước và sau can thiệp của hai nhóm

Nhóm	Thời điểm				Hiệu quả (%)
	CPI 3				
	Trước CT		Sau CT		
	SL	%	SL	%	
Can thiệp (n =122)	93	76,2	67	54,9	CSHQ = 27,96
Chứng (n = 122)	89	73,0	75	61,5	CSHQ = 15,73
p	p = 0,79		p < 0,01		HQCT = 12,23

***Nhận xét:** Tỷ lệ chỉ số túi lợi 4 - 5mm đã được cải thiện ở nhóm can thiệp. Chỉ số hiệu quả ở nhóm can thiệp là 27,96%, nhóm chứng là 15,73%. Hiệu quả can thiệp là 12,23%. Có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về tỷ lệ chỉ số CPI 3 giữa nhóm chứng với nhóm can thiệp ở thời điểm sau san thiệp.

3.3. Một số yếu tố thuận lợi, khó khăn ảnh hưởng đến hiệu quả giáo dục sức khỏe răng miệng cho người cao tuổi dân tộc Sán Dìu tại địa bàn nghiên cứu

3.3.1 Những yếu tố thuận lợi ảnh hưởng đến hiệu quả giáo dục sức khỏe răng miệng cho người cao tuổi dân tộc Sán Dìu tại địa bàn nghiên cứu

3.3.1.1. Thái độ tích cực của người cao tuổi trong việc tiếp nhận kiến thức chăm sóc sức khỏe răng miệng

Hộp 3.1. Kết quả thảo luận nhóm của người cao tuổi về việc tiếp nhận kiến thức chăm sóc sức khỏe răng miệng

Phần lớn ý kiến của nhóm người cao tuổi tham gia thảo luận nhóm cho rằng: “Từ trước đến nay chúng tôi chưa quan tâm đến vấn đề chăm sóc sức khỏe răng miệng nên tình trạng răng miệng hiện nay rất kém. Nếu bây giờ được các Bác sĩ khám, tư vấn và hướng dẫn chăm sóc răng miệng cho chúng tôi thì chúng tôi rất phấn khởi và sẽ cố gắng tham gia đầy đủ. Chúng tôi tin tưởng rằng các bác sĩ sẽ có thể giúp chúng tôi cải thiện các vấn đề răng miệng của mình...”

***Nhận xét:** Kết quả thảo luận nhóm của NCT cho thấy tại địa bàn nghiên cứu người cao tuổi mong muốn và có thái độ tích cực trong việc tiếp nhận kiến thức về chăm sóc sức khỏe răng miệng.

Hộp 3.2. Kết quả thảo luận nhóm nhân viên y tế xã về thái độ tiếp nhận kiến thức chăm sóc sức khỏe răng miệng của NCT

Phần lớn ý kiến của nhóm nhân viên y tế xã tham gia thảo luận đều cho rằng: “Từ trước đến nay, người cao tuổi luôn sẵn sàng phối hợp với các đoàn bác sĩ trong các hoạt động khám và chăm sóc sức khỏe, đặc biệt là các buổi tư vấn giáo dục sức khỏe. Họ tham gia tương đối đầy đủ các buổi phỏng vấn, truyền thông của các chương trình đã được tổ chức. Sau các chương trình đã tổ chức trước, hầu hết người cao tuổi đều muốn được tổ chức thêm nhiều các nội dung hướng dẫn chăm sóc sức khỏe khác nữa...”

***Nhận xét:** Kết quả thảo luận nhóm nhân viên y tế xã cho thấy người cao tuổi tại địa bàn nghiên cứu luôn sẵn sàng phối hợp trong các hoạt động tuyên truyền, tư vấn chăm sóc sức khỏe. Họ mong muốn sẽ có thêm nhiều chương trình giáo dục sức khỏe bổ ích.

3.3.1.2. Tỷ lệ người cao tuổi có Bảo hiểm y tế cao là một thuận lợi cơ bản trong chăm sóc sức khỏe

Hộp 3.3. Kết quả phỏng vấn sâu của lãnh đạo xã, trạm y tế về thực trạng bảo hiểm y tế của người cao tuổi tại địa bàn nghiên cứu

Ông Lý Văn L., Ủy ban nhân dân xã và ông Tô Văn C. Trạm Y tế xã đều cho biết: “Hiện nay, về các chính sách liên quan đến Khám chữa bệnh cho người dân tại xã Nam Hòa thì hiện đang có tỷ lệ 90% người dân có bảo hiểm y tế, đây là một trong những tiền đề của việc khám chữa bệnh cho nhân dân tại địa phương”.

***Nhận xét:** Kết quả phỏng vấn sâu lãnh đạo xã và lãnh đạo trạm y tế cho thấy Người cao tuổi tại đây đang được hưởng những Chính sách ưu đãi về Y tế đối với người dân ở xã thuộc diện xã 135.

3.3.1.3. Sự quan tâm, ủng hộ của lãnh đạo xã cũng như lãnh đạo trạm y tế trong triển khai các hoạt động giáo dục sức khỏe răng miệng.

Hộp 3.4. Kết quả phỏng vấn sâu về những thuận lợi trong quá trình triển khai các hoạt động giáo dục sức khỏe răng miệng của lãnh đạo xã, trạm y tế

Ông Lý Văn L., Ủy ban nhân dân xã và ông Tô Văn C., Trạm Y tế xã đều cho biết: “Đối với Ủy ban nhân dân xã thì rất quan tâm chỉ đạo cho trạm y tế làm tốt công tác tuyên truyền Giáo dục sức khỏe cho người dân. Từ trước đến nay, cũng đã có nhiều đoàn cán bộ y tế về xã triển khai các hoạt động khám và phát hiện một số bệnh về mắt, đái tháo đường, tăng huyết áp nhưng chưa có hoạt động nào về chăm sóc sức khỏe răng miệng cho đối tượng người cao tuổi. Chúng tôi rất mong muốn đoàn nghiên cứu sẽ triển khai các hoạt động thật thiết thực để hỗ trợ người cao tuổi trên địa bàn chúng tôi cải thiện tình trạng bệnh răng miệng”.

***Nhận xét:** Kết quả phỏng vấn sâu cho thấy lãnh đạo Trạm y tế đã nhận thức được tầm quan trọng của Chăm sóc sức khỏe răng miệng và rất ủng hộ việc tổ chức các hoạt động chăm sóc sức khỏe răng miệng cho NCT tại địa bàn nghiên cứu.

3.3.2. Những yếu tố khó khăn ảnh hưởng đến hiệu quả giáo dục sức khỏe răng miệng cho người cao tuổi dân tộc Sán Dìu tại địa bàn nghiên cứu

3.3.2.1. Đặc trưng cá nhân của người cao tuổi dân tộc Sán Dìu

Nghiên cứu của chúng tôi được thực hiện tại xã Nam Hòa với tổng số 244 NCT dân tộc Sán Dìu từ tháng 3 năm 2015 đến tháng 12 năm 2017. Các đối tượng NCT tham gia nghiên cứu có độ tuổi từ 60 - 90 tuổi. Tuổi trung bình là 68,44 tuổi (SD = 7,001). Tỷ lệ đối tượng nghiên cứu là nữ (61,9%) cao hơn tỷ lệ nam giới (38,1%). Hầu hết các ĐTNC có từ trình độ học vấn Trung học cơ sở trở xuống (60,2%). Ngoài ra, tỷ lệ đối tượng nghiên cứu không biết chữ là 20,5%. Điều này cũng là một trong các yếu tố phần nào ảnh hưởng đến việc tiếp nhận kiến thức và thực hành chăm sóc sức khỏe răng miệng của NCT tham gia nghiên cứu.

3.3.2.2. Kiến thức, thực hành về chăm sóc sức khỏe răng miệng của người cao tuổi tại địa bàn nghiên cứu còn nhiều hạn chế

Hộp 3.5. Kết quả thảo luận nhóm của người cao tuổi về kiến thức, thực hành chăm sóc sức khỏe răng miệng

Phần lớn ý kiến của nhóm người cao tuổi tham gia thảo luận nhóm cho rằng: “Từ trước đến nay chúng tôi chưa quan tâm đến vấn đề chăm sóc sức khỏe răng miệng nên tình trạng răng miệng hiện nay rất kém. Chúng tôi thường tự chăm sóc sức khỏe răng miệng theo thói quen rất đơn giản như súc miệng nước muối, ăn trà, nếu răng đau hoặc chảy máu lợi thì chúng tôi thường nhai hoặc ngậm lá thuốc trong vườn nhà, dần dần răng cũng lung lay và rụng dần, tuổi già mà ...”

***Nhận xét:** Kết quả thảo luận nhóm của NCT cho thấy người cao tuổi tại địa bàn nghiên cứu rất hạn chế về kiến thức và thực hành chăm sóc sức khỏe răng miệng.

3.3.2.3. *Khó khăn của người cao tuổi trong việc tiếp cận dịch vụ chăm sóc sức khỏe răng miệng*

Hộp 3.6. Kết quả thảo luận nhóm người cao tuổi về việc khả năng tiếp cận các dịch vụ y tế

Phần lớn ý kiến của các thành viên nhóm người cao tuổi đều cho rằng: “Bây giờ chúng tôi già rồi, việc đi lại cũng gặp nhiều khó khăn. Cứ có việc cần đi đâu xa một chút là lại phải nhờ đến con cháu đưa đi. Nên nhiều lúc đau ốm thông thường cũng ngại không đi khám ở đâu cả mà chỉ tự mua thuốc về uống. Nhưng nhiều khi cũng không có tiền để mua thuốc, những lúc đó chúng tôi thường sử dụng thuốc nam, đến khi bệnh không khỏi hoặc nặng lên thì mới đến cơ sở y tế khám. Tuy nhiên, tại Trạm y tế xã cũng không có chế độ điều trị răng miệng cho người cao tuổi chúng tôi”.

***Nhận xét:** Người cao tuổi thường không chủ động trong việc đi khám tại các cơ sở y tế, họ cần có sự hỗ trợ trong việc di chuyển đến khám tại các cơ sở y tế.

Hộp 3.7. Kết quả thảo luận nhóm cán bộ y tế cơ sở về khả năng tiếp cận các dịch vụ y tế của người cao tuổi

Ý kiến của các cán bộ y tế cơ sở cũng cho rằng: “Từ trước đến nay tại xã chỉ có chương trình chăm sóc sức khỏe răng miệng của trẻ em, ở các trường tiểu học, trung học. còn chưa có các chương trình chăm sóc răng miệng cho người cao tuổi. Người cao tuổi ở đây phần lớn làm nông nghiệp nên điều kiện kinh tế còn khó khăn nên họ thường sử dụng cá kinh nghiệm dân gian để tự điều trị bệnh của mình. Trong quá trình khám, phỏng vấn người cao tuổi để thu thập số liệu đầu vào, chúng tôi đều thấy người cao tuổi thường được con, cháu đưa đến nên nếu thời gian tới tổ chức các buổi giáo dục sức khỏe răng miệng cho họ thì chúng ta nên tổ chức ở địa điểm gần với người cao tuổi để họ có thể dễ dàng tham gia hơn.”.

***Nhận xét:** Người cao tuổi tại địa bàn nghiên cứu chưa có chương trình chăm sóc sức khỏe răng miệng của riêng mình. Họ thường chăm sóc sức khỏe theo kinh nghiệm của mình. NCT luôn cần sự hỗ trợ về kinh tế cũng như hỗ trợ trong việc đến khám tại các cơ sở y tế.

3.3.2.4. *Thiếu cơ sở vật chất và trang thiết bị, nguồn nhân lực phục vụ việc chăm sóc sức khỏe răng miệng cho người cao tuổi*

Hộp 3.8. Kết quả phỏng vấn sâu lãnh đạo trạm y tế xã và thảo luận nhóm cán bộ y tế cơ sở về thực trạng cơ sở vật chất, trang thiết bị và nguồn nhân lực đáp ứng việc chăm sóc sức khỏe răng miệng cho người cao tuổi

Ông Tô Văn C. trạm y tế cho biết: “Cơ sở vật chất, dụng cụ khám chữa răng miệng của trạm còn hạn chế. Trạm chúng tôi cũng chưa được trang bị ghế răng, cả trạm chỉ có một bộ dụng cụ nhổ răng sữa cho trẻ em. Đội ngũ cán bộ chưa được chuyên sâu, trạm không có bác sĩ chuyên khoa răng hàm mặt mà chỉ mới có một điều dưỡng học thêm chứng chỉ điều dưỡng Răng hàm mặt. Đề nghị cấp trên quan tâm trang bị dụng cụ phục vụ khám chữa răng miệng tốt hơn, tổ chức đào tạo nâng cao trình độ cho cán bộ tại trạm Y tế xã”.

Ý kiến của các cán bộ y tế cơ sở cũng nói rằng: “Từ trước đến nay chúng tôi chưa được đào tạo thêm về lĩnh vực chuyên môn Răng hàm mặt. Cả trạm chỉ có một bộ dụng cụ nhổ răng sữa cho trẻ em”.

***Nhận xét:** Trên địa bàn xã Nam Hòa hiện đang thiếu cơ sở vật chất cũng như nguồn nhân lực có chuyên môn phù hợp để chăm sóc sức khỏe sức khỏe răng miệng cho người cao tuổi.

CHƯƠNG IV

BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm chung về đối tượng nghiên cứu

Nghiên cứu cắt ngang của chúng tôi được tiến hành trên 244 người cao tuổi dân tộc Dán Dìu tại xã Nam Hòa, huyện Đông Hỷ tỉnh Thái Nguyên. Trong đó nữ giới chiếm 61,9%, nam giới chiếm 38,1%. Độ tuổi trung bình của đối tượng nghiên cứu là 68,44 tuổi (SD=7,001) và được chia làm 3 nhóm tuổi: 60 - 69, 70-79, \geq 80, trong đó nhóm tuổi từ 60 - 69 chiếm tỷ lệ cao nhất 63,9% và nhóm tuổi có tỷ lệ ít nhất là \geq 80 (10,7%).

Kết quả nghiên cứu về trình độ học vấn cho thấy hầu hết các ĐTNC có trình độ học vấn Trung học cơ sở trở xuống, có tới 20,5% đối tượng NCT không biết chữ. Có tỷ lệ cao như vậy là do địa điểm nghiên cứu của chúng tôi với đặc thù của xã tập trung nhiều đồng bào dân tộc thiểu số, người cao tuổi ở đây cũng nằm trong đặc điểm chung của xã hội Việt Nam có khoảng thời gian trải qua nhiều cuộc kháng chiến chống giặc ngoại xâm cùng với nền giáo dục chậm phát triển. Điều này cũng sẽ được chúng tôi đặc biệt lưu ý trong quá trình tiến hành can thiệp giáo dục sức khỏe cho NCT tại địa bàn nghiên cứu. Kết quả của chúng tôi cũng tương tự với kết quả nghiên cứu của tác giả Dương Duy Lương đã nghiên cứu về chất lượng cuộc sống người cao tuổi tại ở huyện Chí Linh, tỉnh Hải Dương với 22% NCT thuộc ĐTNC không biết chữ [9].

4.2. Hiệu quả của biện pháp truyền thông giáo dục sức khỏe răng miệng

Để cải thiện những vấn đề về bệnh quanh răng mà người cao tuổi đang gặp phải thì việc kiểm soát bệnh quanh răng của người cao tuổi là đặc biệt quan trọng. Cần phải tối đa hóa khả năng tự chăm sóc sức khỏe nói chung và tự chăm sóc sức khỏe răng miệng nói riêng của người cao tuổi nhằm duy trì sự độc lập, hòa nhập xã hội và duy trì chất lượng cuộc sống. Giáo dục sức khỏe răng miệng đã được công nhận là phương pháp đơn giản, hiệu quả nhất góp phần thay đổi

hành vi chăm sóc sức khỏe răng miệng [45],[57]. Với người cao tuổi, đặc biệt là người cao tuổi ở vùng nông thôn, vùng khó khăn nơi mà việc tiếp cận với thông tin y tế nói chung và thông tin về chăm sóc sức khỏe răng miệng nói riêng còn cực kỳ thiếu thốn do sự hạn chế của điều kiện văn hóa - xã hội thì thực hiện giáo dục sức khỏe răng miệng là điều vô cùng cần thiết...

Trong nghiên cứu của chúng tôi về kiến thức - thái độ - thực hành chăm sóc sức khỏe răng miệng sau can thiệp giáo dục sức khỏe răng miệng của NCT dân tộc Sán Dìu tại xã Nam Hòa, huyện Đông Hy, tỉnh Thái Nguyên thì kết quả phân tích về đặc điểm chung của ĐTNC cho thấy các đối tượng NCT ở nhóm chúng và nhóm can thiệp không có sự khác biệt về độ tuổi, giới tính cũng như trình độ văn hóa.

4.2.1. Kiến thức - thái độ - thực hành chăm sóc sức khỏe răng miệng của người cao tuổi sau can thiệp

Về kiến thức chăm sóc sức khỏe răng miệng: Trước can thiệp, tỷ lệ kiến thức tốt về chăm sóc sức khỏe răng miệng của ĐTNC thuộc nhóm can thiệp chỉ có 3,3%, đây là vấn đề hết sức nghiêm trọng bởi NCT không có kiến thức tốt thì sẽ không thể thực hành chăm sóc sức khỏe răng miệng tốt được. Với việc thực hiện giáo dục sức khỏe răng miệng theo 4 chủ đề được xây dựng dựa trên kết quả khảo sát kiến thức - thái độ - thực hành ban đầu nhằm cung cấp cho NCT những kiến thức cơ bản về chăm sóc sức khỏe răng miệng, sau can thiệp thì nhóm này đã có 47,5% ĐTNC có kiến thức tốt về chăm sóc sức khỏe răng miệng. Tương tự, tỷ lệ NCT có kiến thức chăm sóc sức khỏe răng miệng ở mức độ kém trước can thiệp là 66,4% đã được cải thiện rõ rệt chỉ còn 11,5% tại thời điểm đánh giá sau can thiệp. Đây là kết quả rất đáng khích lệ tạo điều kiện thuận lợi cho việc cải thiện việc thực hành chăm sóc sức khỏe răng miệng của NCT. Một số nghiên cứu khác cũng chỉ ra rằng, những người cao tuổi đã nhận được giáo dục sức khỏe về nha khoa có kiến thức chăm sóc răng miệng tốt hơn những người chưa từng nhận được sự giáo dục sức khỏe nha khoa [13], [17],

[43]. Tuy nhiên, vẫn còn đến 53,3% ĐTNC có kiến thức về chăm sóc sức khỏe răng miệng ở mức độ trung bình. Đây cũng là một vấn đề cần phải được tiếp tục cải thiện trong thời gian tới bằng việc duy trì hoạt động giáo dục sức khỏe răng miệng cho NCT một cách thường xuyên, liên tục, đa dạng hóa hình thức tuyên truyền, hướng chăm sóc sức khỏe răng miệng cho NCT nhằm giúp cho NCT nhớ lâu hơn những thông tin đã được cung cấp tạo điều kiện cho NCT thực hành chăm sóc sức khỏe răng miệng tốt hơn.

Các kết quả phân tích cũng cho thấy, ở nhóm can thiệp, tỷ lệ trả lời sai kiến thức về nguyên nhân gây sâu răng là do vi khuẩn trước khi can thiệp giáo dục SKRM là 83,6%, sau can thiệp đã giảm xuống còn 45,9%. Tỷ lệ trả lời sai về vai trò của kem chải răng có Fluoride trong phòng sâu răng trước khi can thiệp rất cao chiếm 96,7%, sau can thiệp là 68,9%. Tỷ lệ trả lời sai về tác hại của mảng bám răng là 80,3%, sau can thiệp là 50%. Tương tự, trước can thiệp có đến 94,3% ĐTNC của nhóm can thiệp trả lời sai về thời điểm chải răng, còn sau can thiệp tỷ lệ này là 0%. Đây là một thay đổi rất cơ bản giúp cải thiện tình hình vệ sinh răng miệng của NCT tại địa bàn nghiên cứu. Việc khám răng miệng định kỳ 6 tháng 1 lần là việc cần thiết giúp phát hiện và điều trị các bệnh răng miệng nhưng vẫn có 39,3% NCT trong nhóm can thiệp không biết điều này tại thời điểm trước can thiệp. Sau can thiệp tỉ lệ này giảm còn 21,3%. Trước can thiệp, 82% ĐTNC trong nhóm can thiệp cho rằng sức khỏe răng miệng hoàn toàn không liên quan đến sức khỏe toàn thân, tương tự 72,1% trong nhóm này trả lời rằng hoàn toàn không có mối liên hệ gì giữa sức khỏe răng miệng với một số bệnh toàn thân như bệnh đái tháo đởng, bệnh tim mạch. Tỷ lệ hiểu biết về hai vấn đề này sau can thiệp lần lượt là 58,2% và 27,9%.

Về thái độ chăm sóc SKRM: Nhìn chung ở nhóm can thiệp giáo dục sức khỏe răng miệng có sự thay đổi rõ rệt về tỷ lệ ĐTNC có thái độ tích cực giữa trước và sau can thiệp. Tỷ lệ ĐTNC ở nhóm can thiệp có thái độ tích cực về chăm sóc sức khỏe răng miệng trước can thiệp là 5,7% và sau can thiệp là 27%.

Có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về các mức độ thái độ sau can thiệp giữa nhóm can thiệp và nhóm chứng với $p < 0,001$. Hơn nữa, giá trị trung bình về thái độ ở nhóm can thiệp trước thời điểm can thiệp giáo dục sức khỏe răng miệng là $25,74 \pm 3,85$ và sau can thiệp là $29,81 \pm 3,70$. Có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa hai nhóm NC tại thời điểm trước và sau can thiệp với $p < 0,001$. Kết quả trên đã cho thấy thái độ chăm sóc sức khỏe răng miệng của NCT tại địa bàn NC đã có sự thay đổi căn bản theo chiều hướng tích cực. Thái độ trong việc chăm sóc sức khỏe răng miệng thể hiện niềm tin, quan điểm của một người về vấn đề chăm sóc sức khỏe răng miệng, thái độ này sẽ trực tiếp ảnh hưởng đến hành vi thực hành chăm sóc răng miệng của cá nhân đó, tạo tiền đề cho việc tự thực hành chăm sóc sức khỏe răng miệng của mỗi con người [34].

Về thực hành chăm sóc SKRM: Có sự tiến bộ không nhỏ, trước can thiệp chỉ có 95,9% NCT thực hiện việc chải răng hàng ngày, vẫn còn 4,1% không thực hiện việc này. Sau can thiệp tỷ lệ NCT thực hiện việc vệ sinh răng miệng hàng ngày đã đạt 100%. Trước can thiệp, tỷ lệ NCT chỉ thực hiện việc chải răng 1 lần vào buổi sáng rất cao chiếm 73,8%. Sau can thiệp tỷ lệ này đã giảm xuống còn 0%. Có sự tăng rõ rệt về tỷ lệ NCT thực hiện chải răng 2 lần vào buổi sáng và tối giữa trước (22,1%) và sau can thiệp (60,7%). Tương tự, tỷ lệ ĐTNC có thời gian một lần chải răng khoảng 2 phút cũng tăng đáng kể từ 13,1% trước can thiệp lên 58,2% tại thời điểm sau can thiệp. Đây là những kết quả hết sức quan trọng, là tiền đề cho sự thay đổi vấn đề chăm sóc sức khỏe răng miệng của NCT tại địa bàn nghiên cứu. Thay đổi hành vi chăm sóc sức khỏe răng miệng sẽ giảm đáng kể mảng bám răng, cao răng từ đó cải thiện được tình trạng bệnh quanh răng của NCT.

Kết quả thực hiện việc thay bàn chải đánh răng dưới 3 tháng 1 lần trước can thiệp chỉ có 8,2%, sau can thiệp tỷ lệ này là 60,7%. Việc thay bàn chải đúng thời điểm sẽ giúp cho việc chải răng sạch hơn ngăn ngừa mảng bám răng, hạn chế hình thành cao răng, viêm lợi...

Trước can thiệp, 100% ĐTNC không thực hiện việc khám răng định kỳ, sau can thiệp tỷ lệ này đang là 0%. Có được điều này là do đề tài nghiên cứu của chúng tôi đang trong thời gian triển khai tại địa bàn nghiên cứu. Việc thực hiện lấy cao răng, đánh bóng chân răng 6 tháng 1 lần cho toàn bộ ĐTNC đã và đang được thực hiện, do đó sau can thiệp tỷ lệ ĐTNC không thực hiện việc khám răng định kỳ đang là 0%. Điều cần thiết đặt ra ở đây là cần phải làm tốt công tác truyền thông, giáo dục sức khỏe răng miệng để NCT hiểu, nhận thức được tầm quan trọng và duy trì được việc khám răng định kỳ trong thời gian tới. Trước can thiệp chỉ có 9,8% ĐTNC được hỏi đi khám Bác sĩ khi có triệu chứng đau răng hoặc lợi thì sau can thiệp tỷ lệ này đã tăng lên đạt 58,2%. Qua quá trình giáo dục sức khỏe răng miệng, NCT đã biết được sự cần thiết phải đến khám bác sĩ chuyên khoa RHM khi răng miệng xuất hiện bất kỳ một dấu hiệu bất thường nào.

Trước can thiệp, tỷ lệ ĐTNC thực hành chăm sóc sức khỏe răng miệng tốt là 0%, tỷ lệ thực hành tốt sau can thiệp đạt 59,8%. Tỷ lệ ĐTNC thực hành chăm sóc sức khỏe răng miệng ở mức độ trung bình trước can thiệp là 52,5%, sau can thiệp tỷ lệ này là 40,2%. Tỷ lệ thực hành kém sau can thiệp đã giảm về 0%. Kết quả này sẽ góp phần cải thiện sức khỏe răng miệng nói riêng, cải thiện sức khỏe toàn thân, chất lượng cuộc sống nói chung của NCT.

Như vậy, thông qua giáo dục sức khỏe răng miệng, người cao tuổi trong nhóm can thiệp đã được tăng cường kiến thức, có thái độ tích cực hơn trong các vấn đề chăm sóc sức khỏe răng miệng và bước đầu thay đổi hành vi, thói quen chăm sóc sức khỏe răng miệng. Điều này đánh giá việc thực hiện giáo dục sức khỏe răng miệng cho người cao tuổi trong quá trình can thiệp đã đạt hiệu quả nhất định.

Việc tự chăm sóc sức khỏe răng miệng hàng ngày của mỗi cá nhân chính là việc thực hiện vệ sinh răng miệng đúng thời điểm, đúng kỹ thuật và biết phối hợp các phương pháp VSRM. Các biện pháp phối hợp VSRM được NCT áp dụng với tỷ lệ cao như xúc miệng, sử dụng tăm xia răng hỗ trợ làm sạch răng

miệng sau bữa ăn. Kết quả nghiên cứu cũng cho biết 100% ĐT NC không sử dụng chỉ tơ nha khoa trong việc làm sạch răng sau bữa ăn.

4.2.2. Thực trạng bệnh quanh răng của người cao tuổi sau can thiệp

Kết quả nghiên cứu về chỉ số lợi (GI) trước can thiệp cho thấy chỉ số lợi ở mức kém là rất cao ở cả nhóm can thiệp (91,8%) và nhóm chứng (89,3%). Qua phân tích số liệu thu được sau can thiệp, tỷ lệ chỉ số lợi ở mức kém của ĐTNC thuộc nhóm can thiệp đã giảm xuống còn 12,3% và nhóm chứng cũng giảm xuống còn 48,4% (Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$). Mặc dù ở cả 2 nhóm nghiên cứu đều có sự cải thiện tình trạng viêm lợi do cùng được tiến hành lấy cao răng, đánh bóng chân răng 6 tháng 1 lần nhưng đối với nhóm được can thiệp giáo dục sức khỏe răng miệng thì tình trạng viêm lợi đã được cải thiện rõ rệt hơn. Kết quả phân tích cũng đã chỉ rõ hiệu quả của việc can thiệp giáo dục sức khỏe răng miệng cho NCT đến tình trạng lợi ở mức độ kém với chỉ số hiệu quả ở nhóm can thiệp là 86,61%, nhóm chứng là 45,80%. Hiệu quả can thiệp là 40,81%. Đây chính là kết quả của quá trình giáo dục sức khỏe làm thay đổi hành vi chăm sóc sức khỏe răng miệng đã làm cải thiện tình trạng viêm lợi của NCT.

Can thiệp bằng giáo dục sức khỏe răng miệng không chỉ cải thiện tình trạng viêm lợi mà còn cải thiện tốt tình trạng vệ sinh răng miệng (OHI - S). Trước can thiệp, kết quả cho thấy chỉ số vệ sinh răng miệng (OHI - S) ở mức kém là rất cao ở cả nhóm can thiệp (95,9%) và nhóm chứng (94,3%). Nhưng sau can thiệp, chỉ số vệ sinh răng miệng ở mức kém của đối tượng nghiên cứu thuộc nhóm can thiệp đã giảm xuống 19,7% và nhóm chứng giảm xuống còn 58,2%. (Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$). Có kết quả như vậy là do trong quá trình can thiệp giáo dục sức khỏe răng miệng, chúng tôi đã rất tập trung vào hướng dẫn thực hành chăm sóc vệ sinh răng miệng như chải răng đúng cách, đúng thời điểm cho ĐTNC của nhóm can thiệp. Việc giáo dục sức khỏe răng miệng đã làm thay đổi căn bản thói quen vệ sinh răng miệng của NCT trong

nhóm can thiệp cụ thể tỷ lệ NCT chỉ thực hiện việc chải răng 1 lần vào buổi sáng rất cao chiếm 73,8% nhưng sau can thiệp tỷ lệ này đã giảm xuống còn 0%. Bên cạnh đó có sự tăng rõ rệt về tỷ lệ NCT thực hiện chải răng 2 lần vào buổi sáng và tối giữa trước (22,1%) và sau can thiệp (60,7%). Tương tự, tỷ lệ ĐTNC có thời gian một lần chải răng khoảng 2 phút cũng tăng đáng kể từ 13,1% trước can thiệp lên 58,2% tại thời điểm sau can thiệp. Như vậy, thông qua giáo dục sức khỏe răng miệng, người cao tuổi trong nhóm can thiệp đã được tăng cường kiến thức, có thái độ tích cực hơn trong các vấn đề chăm sóc sức khỏe răng miệng và bước đầu thay đổi hành vi, thói quen chăm sóc sức khỏe răng miệng. Điều này đánh giá việc thực hiện giáo dục sức khỏe răng miệng cho người cao tuổi trong quá trình can thiệp đã đạt hiệu quả mong muốn.

Kết quả phân tích cũng đã chỉ rõ hiệu quả của việc can thiệp giáo dục sức khỏe răng miệng cho NCT đến chỉ số vệ sinh răng miệng (OHI - S) với chỉ số hiệu quả ở nhóm can thiệp là 79,5%, nhóm chứng là 38,3%. Hiệu quả can thiệp là 41,2%.

Tình trạng bệnh quanh răng của NCT trước can thiệp có chỉ số CPI 3 là cao nhất ở cả nhóm can thiệp (76,2%) và nhóm chứng (73,0%). Sau can thiệp, chỉ số CPI 3 của ĐTNC thuộc nhóm can thiệp đã giảm xuống còn 54,9% và nhóm chứng giảm xuống còn 61,5% (Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$). Tuy đã có sự cải thiện về các chỉ số CPI nhưng sự thay đổi chỉ số này là không nhiều như chỉ số GI và OHI - S. Đây là kết quả tất yếu bởi trong nghiên cứu của chúng tôi tại thời điểm trước can thiệp cho thấy NCT trong cả hai nhóm đều có tỷ lệ CPI 4 (túi lợi bệnh ≥ 6 mm) là rất cao. Chỉ số này thể hiện tình trạng viêm quanh răng nặng của NCT, tình trạng này nếu muốn cải thiện tốt cần phải được điều trị phức hợp theo hướng chuyên sâu bằng cách lấy cao răng, làm nhẵn mặt chân răng, nạo mở có tê và phẫu thuật (Code 4) phối hợp hướng dẫn vệ sinh răng miệng.

Kết quả phân tích cũng đã chỉ rõ hiệu quả của việc can thiệp giáo dục sức khỏe răng miệng cho NCT đến chỉ số CPI 3 (túi lợi bệnh lý 4 - 5 mm) với chỉ số hiệu quả ở nhóm can thiệp là 27,96%, nhóm chứng là 15,73%. Hiệu quả can thiệp là 12,23%.

Hơn nữa, kết quả ở nhóm can thiệp tại thời điểm trước can thiệp cho biết số trung bình vùng lục phân có tình trạng CPI 3 (túi lợi 4 - 5 mm là cao nhất với 3,59. Tiếp đến là số trung bình vùng lục phân có tình trạng cao răng trên lợi hoặc dưới lợi với 1,34. Sau can thiệp, số trung bình vùng lục phân có tình trạng túi lợi 4 - 5 mm đã giảm mạnh chỉ còn 2,32. Số trung bình vùng lục phân có lợi chảy máu sau thăm khám nhẹ là 2,48. Số trung bình vùng lục phân có tình trạng cao răng trên lợi hoặc dưới lợi cũng giảm xuống còn 0,22. Như vậy, thông qua việc can thiệp giáo dục sức khỏe răng miệng bao gồm 4 chủ đề về “Sức khỏe răng miệng người cao tuổi”; “Hướng dẫn vệ sinh răng miệng đúng cách”; “Những vấn đề ảnh hưởng đến sức khỏe răng miệng người cao tuổi” và “Những việc cần làm để cải thiện sức khỏe răng miệng người cao tuổi” thì các ĐTNC ở nhóm can thiệp đã tăng cường được kiến thức, thái độ, hành vi chăm sóc sức khỏe răng miệng giúp họ thay đổi được hành vi chăm sóc sức khỏe răng miệng của mình, kết quả là tình trạng VSRM của họ được cải thiện. Điều này chứng tỏ việc giáo dục sức khỏe răng miệng cho NCT dân tộc Sán Dìu tại xã Nam Hòa huyện Đông Hỷ tỉnh Thái Nguyên đã đạt được những hiệu quả nhất định.

Bên cạnh đó, kết quả phỏng vấn sâu lãnh đạo xã, lãnh đạo trạm y tế và kết quả thảo luận nhóm của nhóm người cao tuổi, nhóm cán bộ y tế cơ sở cũng cho thấy những kết quả bước đầu của để việc giáo dục sức khỏe răng miệng tại địa bàn nghiên cứu (Hộp 3.1; hộp 3.2; hộp 3.3.).

Tuy nhiên, để đạt được hiệu quả can thiệp cao hơn và có tính bền vững thì trong thời gian tới vẫn rất cần phải duy trì chương trình giáo dục sức khỏe răng miệng thường xuyên và định kỳ cho người dân nói chung và NCT nói riêng. Vì vậy, để chăm sóc tốt sức khỏe răng miệng cần lập kế hoạch xây dựng các chương

trình chăm sóc sức khỏe răng miệng, đặc biệt là cần triển khai việc giáo dục sức khỏe răng miệng một cách thường xuyên, định kỳ cho NCT nhằm tăng cường kiến thức về chăm sóc sức khỏe răng miệng, củng cố thái độ - hoàn thiện kỹ năng thực hành tự chăm sóc sức khỏe răng miệng, từ đó làm giảm tỷ lệ mắc bệnh quanh răng và chống các bệnh răng miệng mọi người dân. Giáo dục Nha khoa chuyên nghiệp cũng cần phải thay đổi, thích nghi và đáp ứng với nhu cầu đặc biệt của xu thế già hóa dân số hiện tại và tương lai [69].

4.3. Một số yếu tố thuận lợi, khó khăn ảnh hưởng đến hiệu quả giáo dục sức khỏe răng miệng cho người cao tuổi dân tộc Sán Dìu tại địa bàn nghiên cứu

4.3.1 Một số yếu tố thuận lợi ảnh hưởng đến hiệu quả giáo dục sức khỏe răng miệng cho người cao tuổi dân tộc Sán Dìu tại địa bàn nghiên cứu

4.3.1.1. Thái độ tích cực của người cao tuổi trong việc tiếp nhận kiến thức chăm sóc sức khỏe răng miệng

Thái độ của NCT trong việc chăm sóc sức khỏe răng miệng là yếu tố quan trọng ảnh hưởng trực tiếp đến hành vi chăm sóc của họ. Đối với người cao tuổi mặc dù kiến thức chăm sóc sức khỏe răng miệng còn kém và chưa bài bản, tuy nhiên khả năng tiếp thu, lắng nghe khi được tư vấn giáo dục sức khỏe tốt hơn. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy, thái độ tương đối tích cực về chăm sóc sức khỏe răng miệng chiếm tỷ lệ cao nhất ở cả ba nhóm tuổi 60 - 69 (75,2%), 70 - 79 (75,8%) và nhóm tuổi ≥ 80 (80%). Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về tỷ lệ các mức độ thái độ về chăm sóc sức khỏe răng miệng theo nhóm tuổi, giới ($p > 0,05$). Điều này đã được tác giả Lin H.C và cộng sự chứng minh khi nghiên cứu năm 2001 về kiến thức, thái độ thực hành chăm sóc sức khỏe răng miệng của người trưởng thành tại Trung Quốc, trong nghiên cứu này, những người có thái độ tích cực trong chăm sóc sức khỏe răng miệng thường có hành vi đúng (OR (95% CI) = 1.17 (1.07-1.29), $p < 0,01$) [67]. Kết quả phân tích về thái độ của NCT với chăm sóc sức khỏe răng miệng cho thấy chỉ có 13,9% đối tượng nghiên cứu có thái độ chưa tích cực, trong khi đó tỷ lệ

người cao tuổi có thái độ tương đối tích cực là cao nhất về chăm sóc sức khỏe răng miệng (75,8%). Cụ thể, 82 - 84,4% ĐTNC được hỏi coi trọng việc chăm sóc cũng như vệ sinh răng miệng thường xuyên, coi đó là điều rất quan trọng đối với sức khỏe răng miệng. Kết quả này cũng tương tự với kết quả nghiên cứu ở Singapore cho thấy 99,6% người cao tuổi coi trọng việc chăm sóc sức khỏe răng miệng của mình, họ có thái độ tích cực trong việc chăm sóc sức khỏe răng miệng và đa số họ nhận thức rằng, việc vệ sinh răng miệng giúp ngăn ngừa sâu răng (92,5%) [59].

Phần lớn người cao tuổi được phỏng vấn chưa có thái độ tích cực trong việc xử lý các vấn đề răng miệng. Cụ thể, 43,9% NCT có thái độ tương đối không tích cực về sự cần thiết phải hàn các răng bị sâu. Điều này thật sự rất không có lợi cho sức khỏe răng miệng thậm chí việc không hàn các răng sâu kịp thời sẽ dẫn đến việc mất răng. Theo khuyến cáo của Tổ chức Y tế thế giới đến năm 2020, mục tiêu quan trọng trong việc chăm sóc sức khỏe RM là ngăn ngừa tình trạng mất răng nhằm giữ lại tối đa số răng tự nhiên cho NCT [40]. Thêm nữa, 67,6% có thái độ không tích cực về việc lắp răng giả cho các răng đã mất và 61.1% cho rằng việc mất răng ở người cao tuổi là điều hoàn toàn bình thường, không cần phải lo lắng. Trên thực tế, việc không lắp răng giả cho các răng bị mất làm cho sức nhai kém dẫn đến kém ăn, thiếu dinh dưỡng; ảnh hưởng đến các bệnh nhiễm khuẩn, tim mạch, nội tiết, hô hấp [34], [35], cũng như ảnh hưởng đến tính thẩm mỹ, chất lượng cuộc sống của NCT [34], [62].

Với kết quả 89,8% ĐTNC được hỏi cho rằng họ chỉ nên đến gặp bác sĩ Răng hàm mặt khi xuất hiện triệu chứng đau và chỉ có 15,2% có thái độ tích cực về việc khám sức khỏe răng miệng định kỳ 6 tháng 1 lần. Điều này chứng tỏ rằng NCT chưa có thái độ tích cực trong việc phòng và chăm sóc sức khỏe răng miệng. Kết quả này của chúng tôi là thấp hơn kết quả nghiên cứu của tác giả Chaiyasuk (2008) tại Thái Lan với 52,9% người cao tuổi có thái độ tích cực trong việc sử dụng các dịch vụ y tế vào chăm sóc răng miệng. 100% người cao

tuổi tin rằng nha sĩ có thể giải quyết những vấn đề răng miệng mà họ mắc phải, 88,9% họ thấy cần thiết phải đi khám răng khi có vấn đề về răng miệng, và 92,8% cho rằng phòng bệnh răng miệng là biện pháp tốt nhất [25]. Một nghiên cứu ở Australia năm 2015 cho thấy phần lớn người cao tuổi có thái độ tích cực trong việc chăm sóc sức khỏe răng miệng. Cụ thể 97,8% người cao tuổi cho rằng chải răng là rất cần thiết trong việc phòng ngừa bệnh sâu răng, 97,3% cho rằng việc khám răng định kỳ 6 tháng 1 lần là rất quan trọng, 90,2% cho rằng việc không dùng các đồ uống có đường là có lợi cho sức khỏe răng miệng và trên 60% người cao tuổi tin rằng nước súc miệng có Fluoride hoặc kem đánh răng có Fluoride có thể ngừa sâu răng [46].

Về việc tiếp nhận cũng như cập nhật những kiến thức chăm sóc sức khỏe răng miệng cho thấy phần lớn NCT có thái độ tương đối tích cực (38,5%) và tích cực (36,1%). 65,6% đối tượng nghiên cứu có thái độ tích cực và 13,9% có thái độ tương đối tích cực, tin tưởng rằng các bác sĩ Răng hàm mặt có thể giúp họ cải thiện các vấn đề răng miệng của mình. Kết quả nghiên cứu trên của chúng tôi cũng tương tự nghiên cứu của tác giả Bashiru và cộng sự về kiến thức - thái độ - thực hành chăm sóc sức khỏe răng miệng ở người cao tuổi tại Port Harcourt, Nigeria năm 2017 đã cho thấy đến 63% người cao tuổi có thái độ tích cực trong việc chăm sóc sức khỏe răng miệng, còn lại 47% người cao tuổi có thái độ không tích cực về vấn đề này [21]. Như vậy, thực trạng thái độ tương đối tích cực với việc CS SKRM của NCT dân tộc Sán Dìu tại khu vực nghiên cứu là tương đối cao. Đây cũng là nền tảng thuận lợi cho nhóm nghiên cứu chúng tôi tiến hành giáo dục sức khỏe răng miệng trên đối tượng này.

4.3.1.2. Tỷ lệ người cao tuổi có Bảo hiểm y tế cao là một thuận lợi cơ bản trong chăm sóc sức khỏe

Kết quả phỏng vấn sâu lãnh đạo xã và trạm y tế về thực trạng bảo hiểm y tế của NCT cho biết về thông tin hơn 90% NCT tại địa bàn NC đang được hưởng những chính sách ưu đãi về Y tế đối với người dân ở xã thuộc diện xã 135. Đây

cũng là một yếu tố thuận lợi đặc lực hỗ trợ người cao tuổi trong việc tiếp cận các dịch vụ chăm sóc sức khỏe răng miệng.

Sự ủng hộ của lãnh đạo xã, lãnh đạo trạm y tế trong quá trình triển khai các hoạt động giáo dục sức khỏe răng miệng

Qua kết quả phỏng vấn lãnh đạo xã, lãnh đạo trạm y tế và quá trình triển khai các hoạt động khám xác định tình trạng bệnh quanh răng, phỏng vấn NCT để thu thập số liệu về thực trạng kiến thức - thái độ - thực hành chăm sóc sức khỏe răng miệng của người cao tuổi dân tộc Sán Dìu, nhóm nghiên cứu đã nhận được sự quan tâm, ủng hộ của lãnh đạo xã cũng như lãnh đạo trạm y tế. Đây là một trong những điều kiện tiên quyết, góp một phần quan trọng cho thành công của quá trình giáo dục sức khỏe răng miệng tại địa bàn xã Nam Hòa.

4.3.1.3. Sự quan tâm, ủng hộ của lãnh đạo xã cũng như lãnh đạo trạm y tế trong triển khai các hoạt động giáo dục sức khỏe răng miệng.

Qua kết quả phỏng vấn lãnh đạo xã, lãnh đạo trạm y tế và quá trình triển khai các hoạt động khám xác định tình trạng bệnh quanh răng, phỏng vấn người cao tuổi để thu thập số liệu về thực trạng kiến thức – thái độ - thực hành chăm sóc SKRM của người cao tuổi dân tộc Sán Dìu, nhóm nghiên cứu đã nhận được sự quan tâm, ủng hộ của lãnh đạo xã cũng như lãnh đạo trạm y tế. Đây là một trong những điều kiện tiên quyết, góp một phần quan trọng cho thành công của quá trình giáo dục sức khỏe răng miệng tại địa bàn xã Nam Hòa.

4.3.2. Những yếu tố khó khăn ảnh hưởng đến hiệu quả giáo dục sức khỏe răng miệng cho người cao tuổi dân tộc Sán Dìu tại địa bàn nghiên cứu

4.3.2.1. Đặc trưng cá nhân của người cao tuổi dân tộc Sán Dìu

Nghiên cứu của chúng tôi được thực hiện tại xã Nam Hòa với tổng số 244 NCT dân tộc Sán Dìu từ tháng 3 năm 2015 đến tháng 12 năm 2017. Các đối tượng NCT tham gia nghiên cứu có độ tuổi từ 60 - 90 tuổi. Tuổi trung bình là 68,44 tuổi (SD = 7,001). Tỷ lệ đối tượng nghiên cứu là nữ (61,9%) cao hơn tỷ lệ nam giới (38,1%).

Hầu hết các ĐTNC có từ trình độ học vấn Trung học cơ sở trở xuống (60,2%). Ngoài ra, tỷ lệ đối tượng nghiên cứu không biết chữ là 20,5%. Điều này cũng là một trong các yếu tố phần nào ảnh hưởng đến việc tiếp nhận kiến thức và thực hành chăm sóc sức khỏe răng miệng của NCT tham gia nghiên cứu. Trình độ học vấn có sự ảnh hưởng rất lớn đến việc chăm sóc răng miệng. Những người có trình độ càng cao thì càng ý thức được tầm quan trọng của việc chăm sóc sức khỏe nói chung và chăm sóc răng miệng nói riêng. Orem (2011) đã chứng minh rằng kiến thức là sức mạnh để có thể thực hiện hành vi tự chăm sóc [53.]. Khi nhận thức càng cao thì con người càng chú ý hơn về việc chăm sóc sức khỏe bản thân và biết né tránh tổn thương tốt hơn. Họ ý thức, nhận biết được lợi ích của việc sở hữu một sức khỏe tốt. Trong nghiên cứu của chúng tôi, kết quả phân tích cho thấy trình độ học vấn của các ĐTNC là thấp, hầu hết có trình độ học vấn từ Trung học cơ sở trở xuống, có tới 20,5% đối tượng NCT không biết chữ và tỷ lệ mắc bệnh quanh răng ở nhóm đối tượng nghiên cứu này là 100%. Theo kết quả một nghiên cứu khác cũng cho thấy nhóm người chỉ có học vấn tiểu học có nguy cơ mắc bệnh quanh răng cao hơn 1,8 lần những người học vấn từ trung cấp trở lên [8]. Kết quả của nghiên cứu của Gomes (2015) cho thấy, trình độ học vấn của bệnh nhân càng cao thì người bệnh càng có nhiều kiến thức và hành vi chăm sóc răng miệng [31].

4.3.2.2. Kiến thức, thực hành về chăm sóc sức khỏe răng miệng của người cao tuổi tị địa bàn nghiên cứu còn nhiều hạn chế

Kiến thức về sức khỏe răng miệng là “mức độ mà một cá nhân có khả năng thu thập, xử lý và hiểu về các thông tin sức khỏe cơ bản và các dịch vụ cần thiết để đưa ra các quyết định phù hợp về sức khỏe răng miệng”. Kiến thức sức khỏe răng miệng của người cao tuổi chủ yếu là những kinh nghiệm tích lũy được của bản thân hoặc do người khác truyền lại. Ở nhiều quốc gia, nguồn kiến thức này thường đến từ kinh nghiệm dân gian theo quan điểm Y học truyền thống, nhiều khi đối lập với các thông tin cơ bản theo quan điểm Y học hiện đại. Bên cạnh

đó, có thể các kênh thông tin chính thống về giáo dục sức khỏe nha khoa còn hạn chế nên người cao tuổi hiểu biết rất ít về các vấn đề sức khỏe răng miệng cơ bản, thông thường [17]. Vì vậy, kiến thức về sức khỏe răng miệng của họ phụ thuộc rất nhiều vào trình độ văn hóa, nghề nghiệp, mức sống, sự tìm hiểu của từng cá nhân. Thông thường, ý niệm về bệnh tật chỉ được quan tâm khi có cảm giác đau, thẩm mỹ bị ảnh hưởng, giao tiếp xã hội bị hạn chế. Đây là nhận biết có thể có ở hầu hết người cao tuổi. Nhưng nếu để hiểu nguyên nhân, hậu quả, và các biện pháp phòng chống bệnh thì đa số người cao tuổi đều không biết hoặc hiểu sai các kiến thức cơ bản, thông thường. Nghiên cứu của Lin và cộng sự (2001) về kiến thức - thái độ - thực hành chăm sóc sức khỏe răng miệng ở người trưởng thành tại Trung Quốc cũng đã chỉ ra rằng, những người cao tuổi đã nhận được giáo dục sức khỏe về nha khoa có kiến thức chăm sóc răng miệng tốt hơn những người chưa từng nhận được sự giáo dục sức khỏe nha khoa [43]. Thực tiễn này đặt ra trách nhiệm cho nội dung giáo dục sức khỏe nha khoa trong chương trình nâng cao hiểu biết đối với sức khỏe răng miệng người cao tuổi [17].

Thực hành chăm sóc sức khỏe răng miệng ở người cao tuổi là những hoạt động mà người cao tuổi thực hiện nhằm bảo vệ, nâng cao hoặc duy trì sức khỏe răng miệng và phòng chống các bệnh răng miệng. Cụ thể thực hành chăm sóc răng miệng được phân loại theo thực hành chải răng, các hoạt động chăm sóc răng miệng phức tạp [41]. Hành vi thực hành chăm sóc răng miệng của người cao tuổi chịu ảnh hưởng của nhiều yếu tố bao gồm cả yếu tố bên trong (bao gồm kiến thức thái độ của người cao tuổi về chăm sóc sức khỏe răng miệng) và yếu tố bên ngoài (sự hướng dẫn, giáo dục sức khỏe của các cán bộ y tế về nha khoa).

Thực hành chăm sóc sức khỏe răng miệng luôn được coi là yếu tố quyết định đến sức khỏe răng miệng nhưng kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy rằng thực hành chăm sóc sức khỏe răng miệng của người cao tuổi tại địa bàn nghiên cứu chưa tốt, mà chủ yếu ở mức độ trung bình và kém. Đây là một trong những rào cản của giáo dục sức khỏe răng miệng vì việc thay đổi hành vi chăm sóc

sức khỏe răng miệng đã trở thành thói quen của NCT là một việc làm đòi hỏi nhiều công sức và sự kiên trì của nhân viên y tế.

Việc tự chăm sóc sức khỏe răng miệng hàng ngày của mỗi cá nhân chính là việc thực hiện vệ sinh răng miệng (VSRM) đúng thời điểm, đúng kỹ thuật và biết phối hợp các phương pháp VSRM. Các biện pháp phối hợp VSRM được NCT áp dụng với tỷ lệ cao như xúc miệng, sử dụng tăm xỉa răng hỗ trợ làm sạch răng miệng sau bữa ăn.

Từ các kết quả nghiên cứu trên cho thấy Kiến thức - Thái độ - Thực hành chăm sóc sức khỏe răng miệng của NCT dân tộc Sán Dìu tại xã Nam Hòa huyện Đồng Hỷ tỉnh Thái Nguyên còn nhiều hạn chế. Rất nhiều NCT không biết các kiến thức chăm sóc sức khỏe răng miệng cơ bản. Mặc dù thái độ của họ đối với việc chăm sóc sức khỏe răng miệng là tương đối tích cực nhưng do thiếu kiến thức về vấn đề này nên đã ảnh hưởng nhiều đến kết quả thực hành chăm sóc sức khỏe răng miệng của NCT.

Trên cơ sở những thực trạng đang tồn tại, chúng ta cần tìm ra biện pháp và cách tiếp cận cho phù hợp, tiến hành giáo dục sức khỏe răng miệng cho người cao tuổi nhằm cung cấp những kiến thức cơ bản về chăm sóc sức khỏe răng miệng, thay đổi thái độ của NCT với việc chăm sóc sức khỏe răng miệng và tăng cường khả năng tự thực hành chăm sóc sức khỏe răng miệng của NCT tại địa bàn nghiên cứu.

4.3.2.3. Khó khăn của người cao tuổi trong việc tiếp cận dịch vụ chăm sóc sức khỏe răng miệng

Từ trước đến nay, người cao tuổi của xã không có cơ hội tiếp cận với dịch vụ chăm sóc sức khỏe răng miệng do Trạm Y tế xã chưa có chương trình chăm sóc sức khỏe răng miệng riêng cho người cao tuổi. Chương trình chăm sóc sức khỏe răng miệng chủ yếu tập trung cho lứa tuổi học sinh trong chương trình Nha học đường.

Trong buổi thảo luận nhóm đối tượng NCT, một khó khăn nữa cũng được chỉ ra đó là nhóm người cao tuổi thường không chủ động trong việc đi khám tại các cơ sở y tế, họ cần có sự hỗ trợ trong việc di chuyển đến khám tại các cơ sở y tế. Trong quá trình triển khai nghiên cứu, nhóm nghiên cứu của chúng tôi cũng nhận thấy rằng phần lớn những NCT thuộc ĐTNC đều có người nhà đưa đến trạm y tế.

Hầu hết NCT ở đây là nông dân (89,3%), không có lương hưu, thu nhập thường rất thấp nên đã ảnh hưởng đến việc khám răng miệng cũng như chăm sóc sức khỏe răng miệng, từ đó dẫn đến tình trạng sức khỏe răng miệng kém. Mối liên hệ chặt chẽ giữa lối sống, trình độ học vấn và điều kiện kinh tế ảnh hưởng đến sức khỏe răng miệng cũng đã được tác giả Gundala chỉ ra trong nghiên cứu tại Ấn Độ [32].

Chăm sóc răng miệng cho người cao tuổi là vấn đề cần được quan tâm, vì không ít người cao tuổi quan niệm sai lầm rằng khi già thì răng phải rụng và đó là chuyện bình thường, còn một số khác thì thường mắc các bệnh như tim mạch, tăng huyết áp, đái tháo đường... nên họ cũng ngại không đi khám răng. Chính những quan niệm sai lầm và yếu tố tâm lý ngại đi khám răng, hoặc rất sợ các thủ thuật điều trị nha khoa nên các bệnh lý về nha khoa người cao tuổi gặp phải thường trầm trọng hơn so với người trẻ. Khi mắc các bệnh răng miệng, người cao tuổi tại địa bàn nghiên cứu thường sử dụng thuốc nam để tự chữa bệnh. Chỉ khi bệnh không khỏi hoặc nặng lên, họ mới đến các cơ sở y tế để khám và điều trị. Hơn nữa, 61,1% người cao tuổi tại địa nghiên cứu cho rằng việc mất răng ở người cao tuổi là điều hoàn toàn bình thường.

Tóm lại, NCT với trình độ học vấn thấp, kiến thức – thực hành chăm sóc sức khỏe răng miệng còn kém. Cùng với đó là điều kiện kinh tế khó khăn, chăm sóc sức khỏe nói chung và chăm sóc sức khỏe răng miệng nói riêng còn mang tính kinh nghiệm. Hơn nữa, tuyến y tế cơ sở với điều kiện trang thiết bị, nhân lực còn hạn chế và chưa có chương trình chăm sóc sức khỏe dành riêng cho

NCT nên đã ảnh hưởng đến tình trạng bệnh quanh răng cũng như sức khỏe răng miệng của người cao tuổi. Do đó, muốn nâng cao kiến thức, thái độ hành vi chăm sóc sức khỏe răng miệng của người cao tuổi thì cần tư vấn, giáo dục sức khỏe cho họ về những kiến thức cơ bản và cần thiết trong chăm sóc sức khỏe răng miệng, hướng dẫn họ cách sử dụng những kinh nghiệm của bản thân trong việc chăm sóc sức khỏe răng miệng cho đúng. Khi có kiến thức đúng và đủ thì họ sẽ có những thái độ tích cực và hành vi tốt trong việc chăm sóc sức khỏe răng miệng. Từ đó sức khỏe răng miệng của người cao tuổi sẽ được nâng cao. Trong quá trình can thiệp, chúng tôi đã lưu ý đến những vấn đề trên để lập kế hoạch, xây dựng nội dung và triển khai các hoạt động giáo dục sức khỏe răng miệng phù hợp cho người cao tuổi.

4.3.2.4. Thiếu cơ sở vật chất và trang thiết bị, nguồn nhân lực phục vụ việc chăm sóc sức khỏe răng miệng cho người cao tuổi

Trên địa bàn xã Nam Hòa hiện đang thiếu cơ sở vật chất cũng như nguồn nhân lực có chuyên môn phù hợp để chăm sóc sức khỏe răng miệng cho người cao tuổi. Trạm y tế chưa được trang bị ghế răng, cả trạm chỉ có một bộ dụng cụ nhổ răng sữa cho trẻ em. Đội ngũ cán bộ chưa được chuyên sâu, trạm không có bác sĩ chuyên khoa răng hàm mặt mà chỉ mới có một điều dưỡng học thêm chứng chỉ điều dưỡng Răng hàm mặt. Cả trạm chỉ có một bộ dụng cụ nhổ răng sữa cho trẻ em.

KẾT LUẬN

1. Hiệu quả can thiệp giáo dục sức khỏe răng miệng cho người cao tuổi dân tộc Sán Dìu mắc bệnh quanh răng tại xã Nam Hòa huyện Đồng Hỷ - Thái Nguyên giai đoạn 2015 – 2017.

1.1. Hiệu quả can thiệp giáo dục sức khỏe đến tình trạng bệnh quanh răng ở NCT dân tộc Sán Dìu

Sau can thiệp giáo dục sức khỏe răng miệng, tình trạng viêm lợi ở nhóm can thiệp đã giảm so với nhóm chứng ($p < 0,001$). Tỷ lệ chỉ số lợi (GI) mức độ kém giảm từ 91,8% xuống còn 12,3%. Chỉ số hiệu quả ở nhóm can thiệp là 86,61%, nhóm chứng là 10,76%. Hiệu quả can thiệp là 75,85%.

Tình trạng vệ sinh răng miệng cũng được cải thiện hơn ở nhóm can thiệp so với nhóm chứng ($p < 0,001$). Tỷ lệ chỉ số vệ sinh răng miệng OHI - S mức độ kém giảm từ 95,9% xuống còn 19,7%. Chỉ số hiệu quả ở nhóm can thiệp là 79,5%, nhóm chứng là 38,3%. Hiệu quả can thiệp là 41,2%.

Sau can thiệp giáo dục sức khỏe răng miệng, tình trạng bệnh quanh răng ở nhóm can thiệp cũng giảm hơn so với nhóm chứng với $p < 0,001$. Đặc biệt là chỉ số CPI 3 của nhóm can thiệp đã giảm từ 76,2% xuống còn 54,9%. Chỉ số hiệu quả ở nhóm can thiệp là 27,96%, nhóm chứng là 15,73%. Hiệu quả can thiệp là 12,23%.

1.2. Hiệu quả can thiệp giáo dục sức khỏe đến kiến thức - thái độ - thực hành chăm sóc sức khỏe răng miệng ở NCT dân tộc Sán Dìu

Tỷ lệ đối tượng nghiên cứu có kiến thức tốt về chăm sóc sức khỏe răng miệng trước can thiệp là 3,3%, sau can thiệp đạt 47,5%. Tỷ lệ đối tượng nghiên cứu có kiến thức kém về chăm sóc sức khỏe răng miệng trước can thiệp là 66,4%, sau can thiệp giảm xuống còn 11,5%.

Tỷ lệ đối tượng nghiên cứu có thái độ tích cực về chăm sóc sức khỏe răng miệng trước can thiệp là 5,7%, sau can thiệp đạt 21,3%.

Trước can thiệp, tỷ lệ đối tượng nghiên cứu thực hành chăm sóc sức khỏe răng miệng tốt là 0%, sau can thiệp đạt 59,8%. Tỷ lệ đối tượng nghiên cứu thực hành chăm sóc sức khỏe răng miệng kém trước can thiệp là 47,5%, sau can thiệp đã giảm xuống 0%.

2. Những thuận lợi - khó khăn ảnh hưởng đến hiệu quả giáo dục sức khỏe răng miệng của NCT

2.1. Một số yếu tố thuận lợi ảnh hưởng đến hiệu quả can thiệp Giáo dục sức khỏe răng miệng cho người cao tuổi

- Sự quan tâm, ủng hộ của lãnh đạo xã cũng như lãnh đạo trạm Y tế xã.
- Thái độ của đối tượng nghiên cứu về chăm sóc sức khỏe răng miệng phần lớn là tương đối tích cực với tỷ lệ 75,8%. Thái độ chưa tích cực chiếm 13,9%. Thái độ tích cực chỉ có 10,2%.
- Tỷ lệ người cao tuổi có bảo hiểm y tế cao.

2.2. Một số yếu tố khó khăn ảnh hưởng đến hiệu quả can thiệp Giáo dục sức khỏe răng miệng cho người cao tuổi

- Trình độ học vấn còn nhiều hạn chế.
- Kiến thức về chăm sóc sức khỏe răng miệng của đối tượng nghiên cứu là người cao tuổi dân tộc Sán Dìu tại địa bàn nghiên cứu hầu hết ở mức trung bình (30,7%) và kém (65,2%). Kiến thức tốt chỉ chiếm 4,1%.
- Thực hành chăm sóc sức khỏe răng miệng của người cao tuổi tại địa bàn nghiên cứu chưa tốt. Tỷ lệ thực hành tốt chỉ chiếm 0,8% .
- Thiếu các điều kiện cơ bản phục vụ chăm sóc sức khỏe răng miệng cho người cao tuổi: cơ sở vật chất, nguồn nhân lực, chương trình chăm sóc.
- Việc tiếp cận dịch vụ chăm sóc sức khỏe răng miệng đối với người cao tuổi còn khó khăn: khả năng chủ động tiếp cận dịch vụ chăm sóc sức khỏe răng miệng còn hạn chế, Điều kiện kinh tế còn khó khăn, chưa có thói quen khám răng miệng định kỳ cũng như khi có các vấn đề về răng miệng.

KHUYẾN NGHỊ

Dựa vào kết quả nghiên cứu, chúng tôi đưa ra một số kiến nghị sau:

- Bộ Y tế cần tham mưu cho Chính phủ bổ sung nội dung chăm sóc sức khỏe răng miệng người cao tuổi vào chương trình chăm sóc sức khỏe cộng đồng.
- Các cơ sở đào tạo nguồn nhân lực y tế cần xây dựng chương trình và tổ chức đào tạo về chăm sóc sức khỏe răng miệng cho người cao tuổi tại tuyến y tế cơ sở.
- Các cơ sở y tế đặc biệt là trạm Y tế xã cần duy trì chương trình chăm sóc sức khỏe răng miệng thường xuyên và định kỳ cho người dân nói chung và người cao tuổi nói riêng.
- Trang bị đầy đủ cơ sở vật chất đáp ứng nhu cầu chăm sóc sức khỏe răng miệng cho người cao tuổi tại tuyến y tế cơ sở.

TÀI LIỆU THAM KHẢO**TIẾNG VIỆT**

1. Bộ Kế hoạch và đầu tư - Tổng cục thống kê (2011), *Dự báo dân số Việt Nam, 2009-2049*, Hà Nội.
2. Bộ Y tế (2017), *Niên giám thống kê Y tế*, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội.
3. Nguyễn Cần và Ngô Đồng Khanh (2007), "Phân tích dịch tễ bệnh sâu răng và nha chu ở Việt Nam", *Y học thành phố Hồ Chí Minh*, 11(3), tr. 144-149.
4. Dương Thế Chung, Lê Long Nghĩa, Trương Mạnh Dũng (2016), "Thực trạng bệnh quanh răng ở người cao tuổi thành phố Hồ Chí Minh năm 2015", *Y học thực hành*, số 11, tr.18-20.
5. Trần Văn Dũng (2011), *Nghiên cứu thực trạng bệnh sâu răng, viêm nha chu trong nhân dân thành phố Huế năm 2011*, Luận án Bác sĩ chuyên khoa cấp II, Đại học Y Dược Huế.
6. Dương Thị Hoài Giang (2009), *Nghiên cứu thực trạng bệnh quanh răng và nhu cầu điều trị ở người cao tuổi tại phường Yên Sở -Quận Hoàng Mai -Hà Nội*, Luận án Bác sĩ chuyên khoa cấp II, Đại học Y Hà Nội.
7. Nguyễn Mạnh Hà, Trần Thanh Sơn (2011), "Hiểu biết, thái độ, thực hành của người cao tuổi về bệnh răng miệng tại quận Hoàng Mai - Hà Nội", *Tạp chí Nghiên cứu Y học*, 77 (6), Tr. 83-87.
8. Lưu Hồng Hạnh, Hoàng Thị Hà Anh, Phạm Dương Hiếu (2016), "Một số yếu tố liên quan đến thực trạng bệnh quanh răng ở người cao tuổi khu vực nội thành Hà Nội năm 2015", *Tạp chí Khoa học ĐHQGHN: Khoa học Y Dược*, 32 (2), tr. 99-105.
9. Dương Huy Lương (2010), *Nghiên cứu chất lượng cuộc sống người cao tuổi và thử nghiệm giải pháp can thiệp ở huyện Chí Linh, tỉnh Hải Dương*, Luận án tiến sĩ y học – Học viện Quân Y.

10. Quốc Hội (2009), Luật số 39/2009/QH12, *Luật Người cao tuổi*, Quốc hội khóa 12, Hà Nội.
11. Trần Thanh Sơn, Nguyễn Mạnh Hà (2011), "Tình trạng bệnh răng miệng ở người cao tuổi quận Hoàng Mai - Hà Nội", *Tạp chí Nghiên cứu Y học*, 77 (6), tr. 78-83.
12. Phạm Xuân Thành và Phạm Văn Liệu (2011), "Nghiên cứu bệnh sâu răng, viêm quanh răng và một số hiểu biết, hành vi về phòng bệnh của công nhân nhà máy Chinfon năm 2010", *Tạp chí Y học thực hành*, 762 (4), tr. 88-90.
13. Lê Nguyễn Bá Thụ (2017), *Thực trạng sức khỏe răng miệng và đánh giá hiệu quả can thiệp chăm sóc răng miệng ở người cao tuổi tại Đắc Lắc*, Luận án Tiến sĩ Y học, Đại học Y Hà Nội.
14. Thủ tướng Chính phủ (2017), "Quyết định số 582/2017/QĐ-TTg", http://vanban.chinhphu.vn/portal/page/portal/chinhphu/hethongvanban?class_id=2&mode=detail&document_id=189609].
15. Trần Văn Trường, Lâm Ngọc Ân, Trịnh Đình Hải (2002), *Điều tra sức khỏe răng miệng toàn quốc*, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội.
16. Ủy ban Nhân dân tỉnh Thái Nguyên (2010), *Giới thiệu chung về Thái Nguyên*, <http://congbaothainguyen.gov.vn/webpages/home/newscontent.faces?id=399&type=1>.
17. Phạm Văn Việt (2004), *Nghiên cứu tình trạng, nhu cầu chăm sóc sức khỏe răng miệng và đánh giá kết quả hai năm thực hiện nội dung chăm sóc răng miệng ban đầu ở người cao tuổi tại Hà Nội*. Luận án Tiến sĩ Y học. Đại học Y Hà Nội.

TIẾNG ANH

18. Aguilar M. M., Torres F. M., Boneta A. R. E. et al (2012), "High levels of periodontal disease among the older adult population in San Juan, Puerto Rico", *Community Dent Health*, 29(3), pp. 224-228.

19. Al-Sinaidi A. A. (2012), "Periodontal health and oral hygiene practice of elderly Saudis living at Riyadh Nursing Home", *King Saud University Journal of Dental Sciences*, 3(1), pp. 1-5.
20. Bashiru B. O., Ernest A., Egodotaire O. J. (2017), "Gender and Age Related Disparity in Oral Health Knowledge, Attitude and Practice Among Elderly Pensioners in Port Harcourt, Rivers State", *Central African Journal of Public Health*, 3(3), pp. 34-39.
21. Bashiru B. O., Ernest A., Egodotaire O. J. (2017), "Oral Health Knowledge and Attitude as Determinants of Oral Health Behavior in a Sample of Old People in Port Harcourt, Rivers State, Nigeria", *European Journal of Preventive Medicine*; 5(4): pp. 45-50.
22. Benigeri M., Brodeur J.M., Payette M. et al (2000), "Community periodontal index of treatment needs and prevalence of periodontal conditions", *Journal of clinical periodontology*, 27(5), pp. 308-312.
23. Boczko F., McKeon S. and Sturkie D. (2009), "Long-term care and oral health knowledge", *Journal of the American Medical Directors Association*, 10(3), pp. 204-206.
24. Braimoh O. B., Soroy M. O. (2017), "Oral Hygiene Status of Elderly Population in Port Harcourt, Rivers State, Nigeria", *African Journal of Medical and Health Sciences*, 16(2), pp. 109-114.
25. Chaiyasuk K., Keikarnka B. & Ramasoota P. (2008), *Dental health service utilization among the elderly people in Chiang Dao district, Chiang Mai province, Thailand*, Doctoral dissertation, Mahidol University.
26. Chanthamalin V. (2008), *The Oral Health of Elderly Population in Vientiane Capital, Lao PDR 2008*, Doctoral dissertation, Mahidol University.

27. Dye B. A. (2012), "Global periodontal disease epidemiology", *Periodontology 2000*, 58(1), pp. 10-25.
28. De Pablo P., Chapple I. L., Buckley C. D., et al (2009), "Periodontitis in systemic rheumatic diseases", *Nat Rev Rheumatol*, 5, pp. 218-224.
29. Eke P. I., Dye B. A., Wei L., et al (2015), "Update on prevalence of periodontitis in adults in the United States: NHANES 2009 to 2012", *Journal of periodontology*, 86(5), pp. 611-622.
30. Eun-Joo Song and Soo-Jeong Hwang (2017), "Effectiveness of a 5-year Community Oral Health Program for the Elderly in Korea", *Journal of Dental Hygiene Science*, 17(3), pp. 202-208.
31. Gomes A. P. M., Silva E. G., Goncalves S. H. F., et al. (2015), "Relationship between patient's education level and knowledge on oral health preventive measures". *International Dental & Medical Journal of Advanced Research*, 1, pp. 1-7.
32. Gundala R., Chava V. K. (2010), "Effect of lifestyle, education and socioeconomic status on periodontal health", *Contemporary Clinical Dentistry*, 1(1), pp. 23-26.
33. Harada S., Akhter R., Kurita K. et al. (2005), "Relationships between lifestyle and dental health behaviors in a rural population in Japan", *Community dentistry and oral epidemiology*. 33(1), pp. 17-24.
34. Hassel A. J., Rolko C., Leisen J. et al (2007), "Oral health-related quality of life and somatization in the elderly", *Quality of Life Research*, 16(2), pp. 253-261.
35. Helou M. E., Boulos C., M.Adib S., et al (2014), "Relationship between oral health and nutritional status in the elderly: A pilot study in Lebanon", *Journal of Clinical Gerontology & Geriatrics*, 5(3), pp. 91-95.

36. Hong M, Kim H. Y., Seok H. et al (2016). "Prevalence and risk factors of periodontitis among adults with or without diabetes mellitus", *The Korean Journal of Internal Medicine*, 31(5), pp. 910-919.
37. Highfield J. (2009), "Diagnosis and classification of periodontal disease", *Australian Dental Journal*, 54(1), pp. S11- S26.
38. Hirotsu T., Yoshihara A., Yano M. et al (2002), "Longitudinal study on periodontal conditions in healthy elderly people in Japan", *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, 30(6), pp. 409-417.
39. Holm-Pedersen P., Russell S. L., Avlund K. et al (2006), "Periodontal disease in the oldest-old living in Kungsholmen, Sweden: findings from the KEOHS project", *Journal of clinical periodontology*, 33(6), pp. 376-384.
40. Ira B. Lamster (2008), "Improving Oral Health for the Elderly", Editors
41. Juliana O. Taiwo, Olusola Ibiyemi, Olubunmi Bankole (2012), "Oral Health Attitudes and Practices of the Elderly People in South East Local Government Area (SELGA) In Ibadan", *Journal of Biology, Agriculture and Healthcare*, 2 (4), pp. 53-59.
42. Karim F., Begum J. (2014), "An educational intervention program on knowledge about oral hygiene measures", *Bangladesh Journal of Medical Science*, 13(4), pp. 421-426.
43. Lin, H. C., Wong, M. C. M., Wang, Z. J. et al (2001), "Oral health knowledge, attitudes, and practices of Chinese adults", *Journal of dental research*, 80(5), pp. 1466-1470.
44. Lowe O., Rossopoulos E. (2018), "Assessment of oral health status of elderly population living in residential care facilities" *Ann Dent Oral Health*, 2(1006), pp 1-4.

45. Mariño R., Calache H., Wright C. et al. (2004), "Oral health promotion programme for older migrant adults", *Gerodontology*, 21(4), pp. 216-225.
46. Mariño R., Hopcraft M., Ghanim A. et al (2016), 'Oral health - related knowledge, attitudes and self - efficacy of Australian rural older adults', *Gerodontology*, 33(4), pp. 530-538.
47. McQuistan M. R., Qasim A., Shao C. et al (2015), 'Oral health knowledge among elderly patients', *The Journal of the American Dental Association*, 146(1), pp. 17-26.
48. Minh Son Nguyen, Voog-Oras Ü., Jagomägi T. (2016), "Tooth loss and risk factors among elderly Vietnamese", *Stoma Edu J.* 3, pp. 126-131.
49. Nakre P. D., Harikiran A. G. (2013), "Effectiveness of oral health education programs: A systematic review", *Journal of International Society of Preventive & Community Dentistry*, 3(2), pp. 103-115
50. Nations United (2015), *World population ageing: 2015*, New York, Department of Economic and Social Affairs.
51. Nazir M. A. (2017), "Prevalence of periodontal disease, its association with systemic diseases and prevention", *International Journal of Health Sciences* 1(2), pp. 72-80.
52. Needleman I., Nibali L., Di Iorio A. (2015), "Professional mechanical plaque removal for prevention of periodontal diseases in adults—systematic review update", *Journal of clinical periodontology*, 42(16), pp. S12-S35.
53. Orem. D.E., Taylor. S.G. (2011), "Reflections on Nursing Practice Science: The Nature, the Structure, and the Foundation of Nursing Sciences", *Nursing Science Quarterly*, 24(1), pp. 35-41.
54. Petersen P. E., Yamamoto T. (2005), "Improving the oral health of older people: the approach of the WHO Global Oral Health Programme", *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, 33, pp. 81-92.

55. Rustvold S. R. (2012), *Oral health knowledge, attitudes, and behaviors: investigation of an educational intervention strategy with at-risk females*, Doctor of Education, Dissertation in Portland State University.
56. Šapurić, M., Tozja, F. (2015), "Assessment of knowledge and attitudes to preserve oral health among older people aged 60+ in FYROM", *Balkan Journal of Dental Medicine*, 19(1), pp. 26-32.
57. Sharbatti Al. S., Sadek M. (2014), "Oral Health Knowledge, Attitudes & Practices of the elderly in Ajman, UAE", *Gulf Medical Journal*. 3(2), pp. S152-S164.
58. Sheiham A. and Netuveli G. S. (2002), "Periodontal diseases in Europe", *Periodontology 2000*, 29(1), pp. 104-121.
59. Thean H., Wong M. L., Koh H. (2007), 'The dental awareness of nursing home staff in Singapore—a pilot study', *Gerodontology*, 24(1), pp. 58-63.
60. Thoai Quoc Kieu, Lan Thi Quynh Ngo, Thuy Anh Vu Pham (2017), "Dental Caries and Related Factors in Vietnamese Dental Patients", *UI Proceedings on Health and Medicine*, 1(1), pp. 147-154.
61. Torrungruang K., Tamsailom S., Rojanasomsith K. et al (2005), "Risk indicators of periodontal disease in older Thai adults", *Journal of periodontology*, 76(4), pp. 558-565.
62. Van der Putten G. J., De Visschere L., van der Maarel-Wierink C. et al (2013), "The importance of oral health in (frail) elderly people - a review", *European Geriatric Medicine*, 4(5), pp. 339-344.
63. Vysniauskaite S. (2009), *Oral health behaviour, conditions and care among dentate elderly patients in Lithuania*, Academic dissertation, Dentistry Faculty of Medicine University of Helsinki Helsinki, Finland.
64. Watt R. G., Petersen P. E. (2012) "Periodontal health through public health the case for oral health promotion," *Periodontology 2000*, 60 (1), pp. 147-155.

65. Wehmeyer M. M., Corwin C. L., Guthmiller J. M. et al (2014), "The impact of oral health literacy on periodontal health status", *Journal of public health dentistry*, 74(1), pp. 80-87.
66. World Health Organization. (2015), Global Health Observatory (GHO) data. Online: <http://www.who.int/gho/en/>.
67. Wu J. H., Liu M. F., Ho M. H. et al (2017), "Oral Health of Older Adults in Long-Term Care Facilities: Effects of an Oral Care Program", *Journal of Oral Health and Dental Care*, 1(2), pp. 1-6.
68. Yang H. M., Xiao L., Zhang L. et al (2017), "Epidemic trend of periodontal disease in elderly Chinese population, 1987-2015: a systematic review and meta analysis", *Scientific Reports*, 7, pp. 1-11.
69. Yellowitz J. A., Schneiderman M. T. (2014), "Elder's oral health crisis", *J Evid Base Dent Pract*, 145, pp. 191-200.
70. Zhu L., Petersen P. E., Wang H. Y. et al (2005), "Oral health knowledge, attitudes and behaviour of adults in China", *International dental journal*, 55(4), pp. 231-241.

PHỤ LỤC 1

GIẤY ĐỒNG Ý THAM GIA NGHIÊN CỨU

Xin chào ông/bà. Chúng tôi hiện là giảng viên trường Đại học Y - Dược Thái Nguyên. Chúng tôi đang tiến hành nghiên cứu "Hiệu quả can thiệp giáo dục sức khỏe răng miệng cho người cao tuổi dân tộc Sán Dìu mắc bệnh quanh răng tại xã Nam Hòa huyện Đông Hỷ - Thái Nguyên". Mục đích của nghiên cứu này là xác định thực trạng bệnh quanh răng trước can thiệp và hiệu quả can thiệp bằng giáo dục sức khỏe răng miệng thường xuyên sau điều trị bệnh quanh răng cho NCT dân tộc Sán Dìu tại xã Nam Hòa huyện Đông Hỷ thành phố Thái Nguyên.

Nếu ông/bà đồng ý tham gia vào nghiên cứu này, chúng tôi sẽ thực hiện các hoạt động: phỏng vấn, khám bệnh quanh răng, lấy cao răng và đánh bóng chân răng cho ông/bà. Toàn bộ thông tin của ông/bà sẽ được giữ bí mật và chỉ được sử dụng cho mục tiêu của nghiên cứu. Tên của ông/bà sẽ không hiện diện.

Sự tham gia nghiên cứu là tình nguyện. Ông/bà có quyền dừng sự tham gia vào nghiên cứu này vào bất cứ thời gian nào mà không phải chịu bất cứ một hình phạt nào. Ông/bà có thể từ chối trả lời những câu hỏi riêng tư và rời bỏ nghiên cứu này bất cứ thời gian nào. Dù ông/bà quyết định tham gia hay không tham gia nghiên cứu, thì điều này sẽ không ảnh hưởng đến cuộc sống hiện tại và tương lai sau này của ông/bà.

Nghiên cứu này sẽ được tiến hành bởi Ths. Nông Phương Mai, người hướng dẫn là Giáo sư Tiến sĩ Hoàng Khải Lập và Tiến sĩ Hoàng Tiến Công là giảng viên của trường Đại học Y - Dược Thái Nguyên. Nếu ông/bà có bất cứ câu hỏi nào, xin hãy liên lạc với Ths. Nông Phương Mai tại số điện thoại 0988520079. Chúng tôi đánh giá cao sự tự nguyện tham gia của ông/bà.

Xin ký tên của ông/bà dưới đây để chỉ sự đồng ý của ông/bà tham gia vào nghiên cứu này. Sự đồng ý của ông/bà sẽ được lưu giữ bằng văn đồng ý tham gia nghiên cứu.

Chúng tôi là nhóm nghiên cứu gồm Ths. Nông Phương Mai, người hướng dẫn là Giáo sư Tiến sĩ Hoàng Khải Lập và Tiến sĩ Hoàng Tiến Công. Chúng tôi đã giải thích trung thực toàn bộ mục tiêu, phương pháp, thủ tục và lợi ích của nghiên cứu này cho người tham gia nghiên cứu; sau đó toàn bộ số liệu/thông tin của những người tham gia nghiên cứu sẽ chỉ được sử dụng cho mục tiêu của nghiên cứu này.

Thái Nguyên, ngày tháng năm 2015

Người làm nghiên cứu

Đối tượng nghiên cứu

PHỤ LỤC 2

PHIẾU PHÒNG VẤN

Mã số phiếu.....
Ngày

I. THÔNG TIN CƠ BẢN

1. Họ và tên:.....
2. Tuổi:.....Giới: 1. Nam 2. Nữ
3. Xóm: Xã Nam Hòa – Huyện Đồng Hỷ; tỉnh Thái Nguyên.

4. Tình trạng hôn nhân hiện nay của Ông (bà):

-
- 4.1. Độc thân
- 4.2. Có vợ/chồng:
- 4.3. Ly dị:
- 4.4. Góa bụa:
- 4.5. Ly thân:
- 4.6. Chưa bao giờ kết hôn

5. Nghề nghiệp chính trước đây của ông (bà) là gì? (Xin đánh dấu vào

1 ô thích hợp)

- | | |
|--|---------------------------------------|
| 5.1. Nông dân <input type="checkbox"/> | 5.5. Tự do <input type="checkbox"/> |
| 5.2. Công nhân <input type="checkbox"/> | 5.6. Nội trợ <input type="checkbox"/> |
| 5.3. Công chức/ viên chức <input type="checkbox"/> | 5.7. Khác () <input type="checkbox"/> |
| 5.4. Buôn bán <input type="checkbox"/> | Cụ thể: |

6. Trình độ học vấn mà ông (bà) đã đạt được:

-
- 6.1. Không biết chữ
- 6.2. Tiểu học và THCS
- 6.3. Phổ thông trung học
- 6.4. Trung cấp trở lên
-

II. KIẾN THỨC VỀ SỨC KHỎE RĂNG MIỆNG

TT	Nội dung	Đúng	Sai	Không rõ	Điểm đạt
1	Sức khỏe răng miệng hoàn toàn không liên quan đến sức khỏe toàn thân.				
2	Răng sâu là những răng có vết lõm màu đen trên răng và ê buốt khi ăn uống những đồ lạnh.				
3	Nguyên nhân gây sâu răng là do vi khuẩn.				
4	Việc chải răng với kem chải răng có Fluoride là không có giá trị trong việc phòng sâu răng.				
5	Việc chải răng hằng ngày là biện pháp cần thiết để bảo vệ sức khỏe răng miệng.				
6	Nếu chỉ chải răng một lần trong ngày thì ông/bà nên chải răng vào buổi sáng.				
7	Khám răng miệng định kỳ 6 tháng 1 lần là việc cần thiết giúp phát hiện và điều trị các bệnh răng miệng.				
8	Viêm lợi là tình trạng lợi vùng quanh răng bị sưng và chảy máu.				
9	Mảng bám răng là chất làm trắng răng và bảo vệ răng và lợi.				
10	Hoàn toàn không có mối liên hệ gì giữa sức khỏe răng miệng với một số bệnh toàn thân như bệnh đái tháo đường, bệnh tim mạch.				

III. THÁI ĐỘ CHĂM SÓC SỨC KHỎE RĂNG MIỆNG

TT	Nội dung	Hoàn toàn đồng ý	Đồng ý một phần	Không đồng ý một phần	Hoàn toàn không đồng ý
1	Ông/bà có nghĩ rằng việc chăm sóc sức khỏe răng miệng là cần thiết?				
2	Ông/bà có nghĩ rằng cần thiết phải vệ sinh răng miệng hàng ngày?				
3	Ông/bà có nghĩ rằng cần thiết phải hàn các răng bị sâu?				
4	Ông/bà có nghĩ rằng việc cập nhật kiến thức về chăm sóc răng miệng cho người cao tuổi là cần thiết?				
5	Ông/bà có nghĩ rằng việc khám sức khỏe răng miệng định kỳ 6 tháng 1 lần là cần thiết?				
6	Ông/bà có nghĩ rằng việc được cung cấp thông tin về tình trạng sức khỏe răng miệng của mình sẽ giúp cho ông bà ngăn chặn được việc mất răng?				
7	Ông/bà có nghĩ rằng việc lắp răng giả cho các răng đã mất là cần thiết?				
8	Ông/bà có tin rằng các bác sĩ Răng hàm mặt có thể giúp cho ông bà cải thiện các vấn đề răng miệng của mình không?				
9	Ông/bà có nghĩ rằng chỉ nên đến gặp bác sĩ Răng hàm mặt khi xuất hiện triệu chứng đau.				
10	Ông/bà có cho rằng việc mất răng ở người cao tuổi là điều hoàn toàn bình thường và không cần phải lo lắng.				

IV. THỰC HÀNH CHĂM SÓC RĂNG MIỆNG

1. Ông (bà) có chải răng hàng ngày không?
Có ; Không ;
2. Hôm qua ông (bà) có dùng kem chải răng không?
Không Có (Tên loại kem chải răng).....
3. Ông (bà) thường chải răng mấy lần/ngày? vào những thời điểm nào?
..... lần; Sáng ; Trưa ; Tối
4. Thời gian mỗi lần chải răng của Ông (bà) thường là?
1 phút ; 2 phút ; 3 phút
5. Ông (bà) thường thay bàn chải răng sau bao lâu?
Dưới 3 tháng
Từ 3 đến dưới 6 tháng
Từ 6 đến 12 tháng
Từ 1 năm hoặc lâu hơn
6. Ông (bà) có dùng chỉ tơ nha khoa thường xuyên không?
Có Không
7. Ông (bà) có dùng tăm xỉa răng sau khi ăn không?
Có Không
8. Ông (bà) có thường xuyên súc miệng sau bữa ăn không?
Có Thỉnh thoảng Không
9. Ông (bà) có khám răng định kỳ hay không? Có Không
Nếu có, khoảng cách giữa các lần khám là:
3 tháng 6 tháng 1 năm
10. Khi có đau răng hoặc lợi, ông (bà) thường :
Xúc miệng nước muối Ra hiệu thuốc mua thuốc Khám bác sĩ

PHỤ LỤC 3

Mã số khám:.....
Người khám:
Người ghi:

PHIẾU KHÁM LÂM SÀNG

Họ và tên..... Tuổi.....

Ngày..... Nam Nữ

1. Chỉ số lợi GI:

0 = Lợi bình thường:.....

1 = Viêm nhẹ:.....

2 = Viêm trung bình:.....

3 = Viêm nặng:.....

Răng	G	N	X	T	Tổng số
16					
21					
24					
36					
41					
44					
Tổng số					

2. Chỉ số vệ sinh răng miệng đơn giản OHI - S:

DI - S		CI - S	
0: Không có cặn.....		0: Không có cao răng.....	
1: Cặn mềm phủ không quá 1/3...		1: Cao răng trên lợi có ở 1/3.....	
2: Cặn mềm phủ 1/3 - 2/3...		2: Cao răng trên lợi bám.....	
3: Cặn mềm phủ > 2/3...		3: Cao răng trên lợi bám 2/3.....	
Răng	D.I.S	C.I.S	Tổng cộng
11 Mặt ngoài			
16 Mặt ngoài			

26 Mặt ngoài			
31 Mặt ngoài			
36 Mặt trong			
46 Mặt trong			

3. Chỉ số quanh răng (CPI)

Code 0 = Tổ chức quanh răng..... (lành mạnh)

Code 1 = Chảy máu sau.....

Code 2 = Cao răng trên lợi.....

Code 3 = Túi sâu.....

Code 4 = Túi bệnh lý sâu.....

PHỤ LỤC 4

PHIẾU PHỎNG VẤN SÂU Lãnh đạo cộng đồng (Trước can thiệp TT – GDSK RM)

I. Thủ tục hành chính:

Tên người được phỏng vấn:

Chức vụ/vị trí công tác:

Tên đơn vị:

Thời gian đảm nhiệm chức vụ/vị trí công tác:

Điện thoại:

II. Mở đầu cuộc phỏng vấn:

Thưa ông/bà

Được sự đồng ý của Sở Y tế Thái Nguyên, Trường ĐHY - Dược Thái Nguyên. Chúng tôi được giao nhiệm vụ tiến hành nghiên cứu tìm hiểu những thuận lợi, khó khăn trong quá trình can thiệp chăm sóc bệnh quanh răng cho người cao tuổi dân tộc Sán Dìu tại xã Nam Hòa, Huyện Đồng Hỷ.

Xin ông/bà vui lòng cho chúng tôi được biết một số ý kiến cá nhân về vấn đề này. Những thông tin mà ông trao đổi với chúng tôi nhằm phục vụ cho việc thúc đẩy nâng cao tình trạng sức khỏe răng miệng cho người cao tuổi dân tộc Sán Dìu tại địa phương trong thời gian tới.

Xin chân thành cảm ơn sự cộng tác của ông/bà.

Xin phép được ghi âm.

II. Nội dung phỏng vấn

- Trước khi chương trình can thiệp triển khai ở địa phương: Tình trạng sức khỏe răng miệng của người cao tuổi dân tộc Sán Dìu tại địa phương thế nào?

- Theo ông/bà nếu triển khai chương trình này, thì nhóm nghiên cứu sẽ gặp những thuận lợi, khó khăn gì khi triển khai chương trình nghiên cứu này tại xã?

- Trình độ của cán bộ y tế và nhân viên y tế thôn bản về chăm sóc sức khỏe răng miệng người cao tuổi như thế nào ?

- Theo ông/bà nếu triển khai chương trình này, thì cộng đồng (cán bộ y tế xã, nhân viên y tế thôn bản, Người cao tuổi) nhận được lợi ích gì từ chương trình này không? đó là gì (sức khỏe, thời gian, kinh tế, tinh thần, ...)? tại sao?

- Theo ông/bà làm thế nào để cải thiện và duy trì hệ thống TT- GDSK về chăm sóc sức khỏe răng miệng cho người cao tuổi sau khi can thiệp kết thúc? (lồng ghép giữa chính quyền địa phương, Trạm y tế xã, y tế thôn bản ...)

Ngày tháng năm 20.....

NGƯỜI TRẢ LỜI PHỎNG VẤN

NGƯỜI PHỎNG VẤN

PHỤ LỤC 5

BIÊN BẢN THẢO LUẬN NHÓM NHÂN VIÊN Y TẾ XÃ (Trước can thiệp TT GDSK RM)

I. Hành chính

1. Đơn vị:
2. Chủ trì :
3. Thư ký:
4. Thành viên:

STT	Họ và tên	Nghề nghiệp	Phạm vi hành nghề	Địa chỉ
1				
2				
3				

II. Nội dung thảo luận

Người chủ trì nêu mục đích của buổi thảo luận nhóm: Phân tích một số yếu tố thuận lợi - khó khăn ảnh hưởng đến hiệu quả can thiệp giáo dục sức khỏe răng miệng cho người cao tuổi dân tộc Sán Dìu tại xã Nam Hòa - huyện Đồng Hỷ - Thái Nguyên

Sau đó, tiếp tục đưa ra các nội dung chính cần thảo luận

- + Vai trò của nhân viên Y tế xã và Y tế thôn bản
 - + Những lĩnh vực chuyên môn đã được đào tạo và đang thực hiện
 - + Điều kiện cơ sở vật chất tại trạm đáp ứng nhu cầu – nhiệm vụ chăm sóc sức khỏe nói chung và sức khỏe răng miệng nói riêng.
 - + Những việc cần làm để cải thiện và duy trì hệ thống Truyền thông – Giáo dục sức khỏe về chăm sóc sức khỏe răng miệng sau khi can thiệp kết thúc?

1. Vai trò của nhân viên Y tế xã và Y tế thôn bản

Anh/ chị có thể giới thiệu công việc hàng ngày của nhân viên Y tế xã và Y tế thôn bản:

2. Những lĩnh vực chuyên môn đã được đào tạo và đang thực hiện

Anh/ chị có thể giới thiệu những lĩnh vực chuyên môn mà anh/chị đã được đào tạo?

Anh/chị đã được phân công làm những công việc gì?

Anh/chị đã từng tham gia hoạt động nào liên quan đến vấn đề chăm sóc răng miệng cho đối tượng người cao tuổi chưa?

Anh/chị có biết thông tin về tình hình bệnh quanh răng của người cao tuổi dân tộc Sán Dìu tại xã không?

Khi người cao tuổi dân tộc Sán Dìu có vấn đề về răng miệng thì họ có đến gặp anh/chị để nhờ giúp đỡ không? Nếu có, anh/chị đã giúp đỡ những gì khi người dân có các vấn đề đó?

Theo nhận xét của anh/chị, người cao tuổi dân tộc Sán Dìu có hứng thú khi tham gia vào những hoạt động Truyền thông – Giáo dục sức khỏe về chăm sóc sức khỏe không? Tại sao (kể các yếu tố ảnh hưởng đến quá trình triển khai trên thực tế tại cộng đồng)?

Theo nhận xét của anh/chị, người cao tuổi dân tộc Sán Dìu có sẵn sàng phối hợp với nhóm nghiên cứu trong các hoạt động tự chăm sóc sức khỏe không? Tại sao (kể các yếu tố ảnh hưởng đến quá trình triển khai trên thực tế tại cộng đồng)?

3. Trình độ của Cán bộ y tế xã và nhân viên Y tế thôn bản về chăm sóc sức khỏe răng miệng người cao tuổi như thế nào?

- Trong các anh/chị, đã có ai được đào tạo thêm về lĩnh vực chăm sóc sức khỏe răng miệng không?

4. Điều kiện cơ sở vật chất tại trạm đáp ứng nhu cầu – nhiệm vụ chăm sóc sức khỏe nói chung và sức khỏe răng miệng nói riêng

- Hỏi Trạm trưởng Trạm Y tế về điều kiện cơ sở vật chất tại trạm có đáp ứng nhu cầu – nhiệm vụ chăm sóc sức khỏe nói chung và sức khỏe răng miệng nói riêng không?

5. Những việc cần làm để cải thiện và duy trì hệ thống TT- GDSK về chăm sóc sức khỏe răng miệng sau khi can thiệp kết thúc

- Theo anh/chị làm thế nào để cải thiện và duy trì hệ thống TT- GDSK về chăm sóc sức khỏe răng miệng sau khi can thiệp kết thúc? (Lồng ghép giữa chính quyền địa phương, Trạm y tế xã, y tế thôn bản...)

Xin chân thành cảm ơn anh/chị đã hợp tác

Ngày tháng năm 20

Thư ký

Xác nhận của cơ sở y tế

PHỤ LỤC 6

BIÊN BẢN THẢO LUẬN NHÓM NGƯỜI CAO TUỔI VỀ HIỆU QUẢ CỦA GIÁO DỤC SỨC KHỎE RĂNG MIỆNG

(Trước can thiệp TT GD SKRM)

I. Hành chính

1. Đơn vị:
2. Chủ trì :
3. Thư ký: 4. Thành viên:

STT	Họ và tên	Chức vụ	Địa chỉ
1			
2			
3			
4			
5			

II. Nội dung thảo luận:

Nêu mục đích của buổi thảo luận nhóm: Phân tích một số yếu tố thuận lợi - khó khăn ảnh hưởng quá trình can thiệp giáo dục sức khỏe răng miệng cho người cao tuổi dân tộc Sán Dìu tại xã Nam Hòa - huyện Đồng Hỷ - Thái Nguyên.

Sau đó, tiếp tục đưa ra các nội dung chính cần thảo luận

1. Tình hình sức khỏe răng miệng của người cao tuổi dân tộc Sán Dìu và các ảnh hưởng khi chưa tham gia chương trình.

* *Bệnh tật và ảnh hưởng trực tiếp đến người cao tuổi*

Thời gian trước khi đến tham gia chương trình này, Ông/Bà có mắc bệnh răng miệng không? Mỗi lần bị mắc bệnh kéo dài bao lâu? Tình hình sức khỏe chung khi đó như thế nào?

* *Xử trí và phòng bệnh*

Trước khi tham gia chương trình này, khi Ông/Bà bị mắc bệnh răng miệng thì ông/bà xử trí như thế nào? (Đi đến cơ sở tế, tự điều trị hay không điều trị); Ông/Bà có hài lòng với cách xử trí như vậy không? Tại sao?

Sau buổi khám và lấy cao răng hôm nay, khi Ông/Bà bị mắc bệnh răng miệng thì ông/bà sẽ xử trí như thế nào? (đi đến cơ sở y tế, tự điều trị hay không điều trị); Ông/Bà có hài lòng với cách xử trí như vậy không? Tại sao?

*** Ảnh hưởng đến gia đình**

Khi Ông/Bà mắc bệnh răng miệng, có ảnh hưởng gì đến gia đình không?

Câu hỏi gợi ý nếu không tự trả lời:

+ Chi phí thuốc men cho mỗi lần điều trị bệnh răng miệng ước tính khoảng bao nhiêu? Gia đình Ông/Bà có gặp khó khăn gì trong việc chi trả cho các phí điều trị đó không? (Áp dụng cho trường hợp không đến TYT).

+ Ngoài chi phí cho thuốc men, gia đình có còn phải trả chi phí nào khác không? Ước tính khoảng bao nhiêu (Tiền mua thực phẩm tăng thêm để bồi dưỡng, tiền mua thuốc bổ, tiền đi lại đến cơ sở y tế, phí khám bệnh ở cơ sở tư nhân...).

+ Không khí trong gia đình thế nào khi Ông/Bà mắc bệnh răng miệng (lo lắng, căng thẳng, buồn chán...).

2. Những khó khăn mà người cao tuổi gặp phải khi tham gia chương trình

- Ông/Bà đã tham gia vào những hoạt động gì trong chương trình TT-GDSK RM này? Ai hướng dẫn? Ông/Bà đã làm như thế nào? ... (Mô tả lại hoạt động can thiệp).

- Ông/Bà có hài lòng với những hoạt động của chương trình đã làm trong mấy ngày vừa qua không? Tại sao vậy?

- Chúng tôi rất muốn lắng nghe ý kiến góp ý của Ông/Bà về những hoạt động mà YTTB và CBYT đã làm, theo Ông/Bà chúng tôi nên thay đổi như thế nào để NCT hưởng được nhiều lợi ích hơn?

- Ông/Bà sẽ làm những gì sau khi tham gia vào các hoạt động khám và lấy cao răng của đề tài? Ông/Bà có gặp khó khăn gì khi thực hiện các hoạt động đó không? (Quên, không thể thực hiện được vì...)

3. Những khó khăn của người cao tuổi khi tham gia chương trình

Sau khi lấy cao răng và đánh bóng chân răng cho các cụ, trong thời gian tới, chúng tôi sẽ tiếp tục tổ chức các buổi giáo dục sức khỏe răng miệng cho các

cụ, nếu chúng tôi mời các cụ tham gia các buổi nói chuyện này, các cụ sẽ tham dự chứ ạ?

Ông/Bà có mong muốn gì muốn đề xuất, gợi ý với nhóm nghiên cứu nữa không?

Xin chân thành cảm ơn Ông/Bà đã hợp tác

Ngày.....tháng.....năm 201....

Thư ký

Xác nhận của cơ sở y tế

PHỤ LỤC 7

PHIẾU PHỎNG VẤN SÂU

Lãnh đạo cộng đồng (Sau can thiệp TT GDSK RM)

I. Thủ tục hành chính:

Tên người được phỏng vấn:

Chức vụ/vị trí công tác:

Tên đơn vị:

Thời gian đảm nhiệm chức vụ/vị trí công tác:

Điện thoại:

II. Mở đầu cuộc phỏng vấn:

Thưa ông/bà

Được sự đồng ý của Sở Y tế Thái Nguyên, Trường ĐH Y - Dược Thái Nguyên. Chúng tôi được giao nhiệm vụ tiến hành nghiên cứu Hiệu quả can thiệp của TT GDSK RM cho NCT dân tộc Sán Dìu tại xã Nam Hòa, Huyện Đồng Hỷ.

Sau quá trình can thiệp, chúng tôi muốn đến xin ông/bà cho chúng tôi được biết một số ý kiến cá nhân về vấn đề này. Những thông tin mà ông trao đổi với chúng tôi nhằm phục vụ cho việc thúc đẩy nâng cao tình trạng sức khỏe răng miệng cho người cao tuổi dân tộc Sán Dìu tại địa phương trong thời gian tới.

Xin chân thành cảm ơn sự cộng tác của ông/bà.

Xin phép được ghi âm.

II. Nội dung phỏng vấn

- Sau khi chương trình can thiệp triển khai ở địa phương: Tình trạng sức khỏe răng miệng của người cao tuổi dân tộc Sán Dìu tại địa phương thế nào?

- Theo ông/bà, chương trình chăm sóc SKRM cho NCT dân tộc Sán Dìu mà nhóm nghiên cứu đã triển khai có mang lại lợi ích gì cho cộng đồng (cán bộ y tế xã, nhân viên y tế thôn bản, Người cao tuổi) không? đó là gì (sức khỏe, thời gian, kinh tế, tinh thần, ...)? Tại sao?

- Theo ông/bà nếu tiếp tục triển khai chương trình này, thì cán bộ y tế cơ sở sẽ gặp những thuận lợi, khó khăn gì?

- Theo ông/bà làm thế nào để cải thiện và duy trì hệ thống TT- GDSK về chăm sóc sức khỏe răng miệng cho người cao tuổi sau khi can thiệp kết thúc?
(lồng ghép giữa chính quyền địa phương, Trạm y tế xã, y tế thôn bản ...)

Ngày tháng năm 20.....

NGƯỜI TRẢ LỜI PHỎNG VẤN

NGƯỜI PHỎNG VẤN

PHỤ LỤC 8

BIÊN BẢN THẢO LUẬN NHÓM CÁN BỘ Y TẾ CƠ SỞ

(Sau can thiệp)

I. Hành chính

1. Đơn vị:
2. Chủ trì :
3. Thư ký:
4. Thành viên:

STT	Họ và tên	Nghề nghiệp	Phạm vi hành nghề	Địa chỉ
1				
2				
3				

II. Nội dung thảo luận

Người chủ trì nêu mục đích của buổi thảo luận nhóm: Hiệu quả của chương trình TT GD – SKRM và phân tích một số yếu tố thuận lợi - khó khăn ảnh hưởng đến hiệu quả can thiệp giáo dục sức khỏe răng miệng cho người cao tuổi dân tộc Sán Dìu tại xã Nam Hòa - huyện Đông Hỷ - Thái Nguyên

+ Điều kiện cơ sở vật chất tại trạm đáp ứng nhu cầu – nhiệm vụ chăm sóc sức khỏe nói chung và sức khỏe răng miệng nói riêng.

+ Những việc cần làm để cải thiện và duy trì hệ thống Truyền thông – Giáo dục sức khỏe về chăm sóc sức khỏe răng miệng sau khi can thiệp kết thúc?

1. Vai trò của nhân viên Y tế xã và Y tế thôn bản

Anh/chị có thể giới thiệu về những công việc của các anh chị trong thời gian cùng tham gia vào truyền thông GDSK RM với nhóm nghiên cứu.

2. Trong khi phối hợp cùng với nhóm nghiên cứu trong việc triển khai các hoạt động can thiệp, anh chị đã được trang bị thêm những gì?

Anh/chị có thể giới thiệu những nội dung mà anh chị đã được cập nhật trong quá trình tham gia phối hợp can thiệp với nhóm nghiên cứu?

Anh/chị đã tự tin để thực hiện các hoạt động TT – GDSK RM cho NCT một cách độc lập chưa?

Anh/chị có biết thông tin về tình hình bệnh quanh răng của người cao tuổi dân tộc Sán Dìu tại xã sau can thiệp không?

Thời gian gần đây, khi người cao tuổi dân tộc Sán Dìu có vấn đề về răng miệng thì họ có đến gặp anh/chị để nhờ giúp đỡ không? Nếu có, anh/chị đã giúp đỡ những gì khi người dân có các vấn đề đó?

Theo nhận xét của anh/chị, người cao tuổi dân tộc Sán Dìu có hứng thú khi tham gia vào những hoạt động Truyền thông – Giáo dục sức khỏe về chăm sóc sức khỏe không? Tại sao (kể các yếu tố ảnh hưởng đến quá trình triển khai trên thực tế tại cộng đồng)?

Theo nhận xét của anh/chị, người cao tuổi dân tộc Sán Dìu có tiếp tục các hoạt động tự chăm sóc sức khỏe RM không? Tại sao?

5. Những việc cần làm để tiếp tục cải thiện và duy trì hệ thống TT- GDSK về chăm sóc sức khỏe răng miệng sau khi can thiệp kết thúc

- Theo anh/chị làm thế nào để cải thiện và duy trì hệ thống TT- GDSK về chăm sóc sức khỏe răng miệng sau khi can thiệp kết thúc? (Lồng ghép giữa chính quyền địa phương, Trạm y tế xã, y tế thôn bản...)

Xin chân thành cảm ơn anh/chị đã hợp tác

Ngày tháng năm 20

Thư ký

Xác nhận của cơ sở y tế

PHỤ LỤC 9

BIÊN BẢN THẢO LUẬN NHÓM NGƯỜI CAO TUỔI VỀ HIỆU QUẢ CỦA GIÁO DỤC SỨC KHỎE RĂNG MIỆNG

(Sau can thiệp)

I. Hành chính

1. Đơn vị:

.....

2. Chủ trì :

3. Thư ký: 4. Thành viên:

STT	Họ và tên	Chức vụ	Địa chỉ
1			
2			
3			
4			
5			

II. Nội dung thảo luận:

Nêu mục đích của buổi thảo luận nhóm: Đánh giá hiệu quả TT GDSK RM và phân tích một số yếu tố thuận lợi - khó khăn ảnh hưởng quá trình can thiệp giáo dục sức khỏe răng miệng cho người cao tuổi dân tộc Sán Dìu tại xã Nam Hòa - huyện Đồng Hỷ - Thái Nguyên.

Sau đó, tiếp tục đưa ra các nội dung chính cần thảo luận

1. Tình hình sức khỏe răng miệng của người cao tuổi dân tộc Sán Dìu sau tham gia chương trình.

Sau khi tham gia chương trình can thiệp này, tình trạng SKRM của ông/bà có thay đổi không? Cụ thể như thế nào?

Bây giờ, khi gặp phải các vấn đề về răng miệng thì ông/bà xử trí như thế nào? (đi đến cơ sở tế, tự điều trị hay không điều trị); Tại sao?

- Ông/Bà đã tham gia vào những hoạt động gì trong chương trình TT-GDSK RM này? Ai hướng dẫn? Ông/Bà đã làm như thế nào? ... (Mô tả lại hoạt động can thiệp).

- Ông/Bà có hài lòng với những hoạt động của chương trình đã làm trong mấy ngày vừa qua không? Tại sao vậy?

- Chúng tôi rất muốn lắng nghe ý kiến góp ý của Ông/Bà về những hoạt động mà YTTB và CBYT đã làm, theo Ông/Bà chúng tôi nên thay đổi như thế nào để NCT hưởng được nhiều lợi ích hơn?

- Ông/Bà sẽ làm những gì sau khi tham gia vào các hoạt động khám và lấy cao răng của đề tài? Ông/Bà có gặp khó khăn gì khi thực hiện các hoạt động đó không? (Quên, không thể thực hiện được vì...)

Trong thời gian tới, nếu tiếp tục có các buổi giáo dục sức khỏe răng miệng cho các cụ, nếu chúng tôi mời các cụ tham gia các buổi nói chuyện này, các cụ sẽ tham dự chứ ạ?

Ông/Bà có mong muốn gì muốn đề xuất, gợi ý với nhóm nghiên cứu nữa không?

Xin chân thành cảm ơn Ông/Bà đã hợp tác

Ngày.....tháng.....năm 201....

Thư ký

Xác nhận của cơ sở y tế

PHỤ LỤC 10

**DANH SÁCH NGƯỜI CAO TUỔI DÂN TỘC SÁN ĐIÙ
XÃ NAM HÒA HUYỆN ĐỒNG HỖ TỈNH THÁI NGUYÊN
THAM GIA NGHIÊN CỨU**

STT	HỌ VÀ TÊN	TÊN	NĂM SINH	GIỚI	
				NAM	NỮ
1	TỔ THỊ	H	1950		X
2	MIÊU VĂN	Đ	1938	X	
3	DIỆP VĂN	TH	1948	X	
4	TRỊNH THỊ	TH	1940		X
5	MAI VĂN	T	1952	X	
6	LÝ VĂN	S	1950	X	
7	MAI THỊ	H	1947		X
8	DIỆP THỊ	H	1946		X
9	LỤC THỊ	T	1949		X
10	ĐẶNG THỊ	H	1947		X
11	DIỆP VĂN	NG	1946	X	
12	DIỆP THÁI	H	1945	X	
13	TỔ VĂN	Đ	1942	X	
14	VI THỊ	B	1943		X
15	DIỆP VĂN	TH	1947	X	
16	VI THỊ	T	1949		X
17	DIỆP VĂN	V	1952	X	
18	LƯU THỊ	H	1951		X
19	LĂNG THỊ	B	1955		X
20	LĂNG THỊ	H	1946		X
21	MAI THỊ	H	1948		X
22	DIỆP VĂN	T	1947	X	
23	ĐẶNG THỊ	M	1940		X
24	LÊ THỊ	T	1942		X
25	VI THỊ	CH	1955		X
26	LÂM VĂN	H	1952	X	

STT	HỌ VÀ TÊN	TÊN	NĂM SINH	GIỚI	
				NAM	NỮ
27	ĐỖ XUÂN	M	1946	X	
28	ĐỖ VĂN	Q	1953	X	
29	HOÀNG VĂN	T	1953	X	
30	ÂN THỊ	L	1950		X
31	TRẦN THỊ	L	1951		X
32	HOÀNG THỊ	K	1952		X
33	LÂM VĂN	NH	1950	X	
34	ĐỖ VĂN	H	1955	X	
35	VI THỊ	M	1942		X
36	TRƯƠNG THỊ	V	1931		X
37	TRƯƠNG THỊ	CH	1933		X
38	MẠCH THỊ	L	1934		X
39	LƯU THỊ	M	1944		X
40	TỬ VĂN	CH	1946	X	
41	NGUYỄN THỊ	NG	1942		X
42	DIỆP THỊ	M	1935		X
43	DIỆP VĂN	PH	1952	X	
44	ÔU THỊ	K	1950		X
45	LÂM VĂN	Q	1944	X	
46	LÂM THỊ	L	1946		X
47	LỤC VĂN	L	1955	X	
48	ĐỖ THỊ	N	1955		X
49	TRƯƠNG THỊ	L	1950		X
50	HOÀNG THỊ	L	1946		X
51	HOÀNG VĂN	CH	1952	X	
52	VI THỊ	M	1950		X
53	HOÀNG VĂN	T	1952	X	
54	HOÀNG THỊ	S	1952		X
55	LỤC THỊ	B	1950		X
56	MẠCH THỊ	K	1950		X



STT	HỌ VÀ TÊN	TÊN	NĂM SINH	GIỚI	
				NAM	NỮ
57	ĐẶNG THỊ	H	1955		X
58	BÀNG THỊ	L	1953		X
59	LA THỊ	S	1955		X
60	TRẦN VĂN	B	1945	X	
61	LÝ HƯƠNG	Đ	1948	X	
62	ĐẶNG THỊ	L	1955		X
63	NÔNG THỊ	M	1948		X
64	TỬ THỊ	M	1946		X
65	LỤC THỊ	H	1953		X
66	ĐẶNG THỊ	NG	1949		X
67	HOÀNG VĂN	V	1948	X	
68	HOÀNG VĂN	Đ	1950	X	
69	ĐẶNG THỊ	T	1946		X
70	DIỆP VĂN	Đ	1955	X	
71	DIỆP THỊ	Ã	1955		X
72	TRẦN VĂN	V	1955	X	
73	TRẦN THỊ	S	1955		X
74	DIỆP VĂN	V	1949	X	
75	NÔNG VĂN	Q	1945	X	
76	HOÀNG VĂN	PH	1951	X	
77	TRẦN THỊ	N	1938		X
78	DƯƠNG THỊ	V	1955		X
79	TÔ THỊ	H	1950		X
80	ĐẶNG THỊ	CH	1955		X
81	TRƯƠNG THỊ	M	1953		X
82	HOÀNG VĂN	Đ	1948	X	
83	MIÊU THỊ	PH	1942		X
84	BÀNG THỊ	M	1938		X
85	DIỆP THỊ	K	1946		X
86	DIỆP VĂN	T	1955	X	



STT	HỌ VÀ TÊN	TÊN	NĂM SINH	GIỚI	
				NAM	NỮ
87	HOÀNG VĂN	TR	1945	X	
88	ÔN THỊ	S	1955		X
89	MA THỊ	H	1941		X
90	VI VĂN	CH	1946	X	
91	TRƯỜNG THỊ	M	1955		X
92	LÝ QUÝ	S	1946	X	
93	LIÊU THỊ	M	1940		X
94	VI XUÂN	C	1945	X	
95	LỤC THỊ	NG	1940		X
96	VI THỊ	NG	1950		X
97	TRẦN THỊ	L	1953		X
98	LÝ VĂN	NG	1943	X	
99	VI VĂN	NH	1949	X	
100	CHU THỊ	L	1950		X
101	VI VĂN	X	1955	X	
102	HOÀNG THỊ	M	1955		X
103	HOÀNG TRUNG	L	1955	X	
104	TRẦN NGỌC	L	1945	X	
105	TẠ THỊ	B	1947		X
106	VI VĂN	L	1925	X	
107	MIÊU THỊ	L	1935		X
108	VI THỊ	CH	1955		X
109	TRƯỜNG THỊ	S	1948		X
110	MẠCH VĂN	X	1955	X	
111	HOÀNG THỊ	L	1955		X
112	ĐẶNG THỊ	B	1944		X
113	TỬ THỊ	B	1935		X
114	VI VĂN	CH	1945	X	
115	DIỆP THỊ	H	1948		X
116	DIỆP THỊ	H	1946		X



STT	HỌ VÀ TÊN	NĂM SINH	GIỚI	
			NAM	NỮ
117	DIỆP VĂN TH	1947	X	
118	MIÊU VĂN Đ	1938	X	
119	TỔ THỊ M	1934		X
120	CHU VĂN KH	1931	X	
121	HOÀNG THỊ NG	1928		X
122	HOÀNG THỊ S	1931		X
123	DIỆP THÁI TH	1943	X	
124	HOÀNG THỊ S	1932		X
125	LƯU THỊ H	1953		X
126	VŨ HỒNG TH	1940	X	
127	DIỆP THỊ M	1931		X
128	TỔ VĂN Đ	1941	X	
129	MAI THỊ S	1938		X
130	DIỆP THỊ M	1933		X
131	MIÊU VĂN KH	1935	X	
132	DIỆP THỊ S	1932		X
133	LÝ VĂN TH	1949	X	
134	TẠ THỊ T	1949		X
135	MAI VĂN L	1948	X	
136	ẤN THỊ B	1949		X
137	LÃNG VĂN B	1939	X	
138	LƯƠNG THỊ C	1949		X
139	VI THỊ H	1948		X
140	LÝ VĂN M	1955	X	
141	DIỆP VĂN B	1955	X	
142	TỬ THỊ B	1955		X
143	DIỆP THỊ L	1955		X
144	LÝ THỊ N	1955		X
145	DIỆP VĂN CH	1955	X	
146	LƯU THỊ S	1955		X



STT	HỌ VÀ TÊN	TÊN	NĂM SINH	GIỚI	
				NAM	NỮ
147	LÂM VĂN	NG	1948	X	
148	HOÀNG VĂN	Q	73	X	
149	TRẦN VĂN	S	1955	X	
150	LƯU THỊ	K	1944		X
151	ĐỖ THỊ	H	1953		X
152	NGUYỄN THỊ	NG	1953		X
153	LỤC THỊ	B	1955		X
154	LỤC VĂN	Đ	1953	X	
155	TRỊNH THỊ	V	1953		X
156	LÃNG VĂN	TH	1954	X	
157	HOÀNG THỊ	K	1952		X
158	TỪ THỊ	S	1955		X
159	ĐỖ XUÂN	C	1953	X	
160	HỒ THỊ	K	1955		X
161	DIỆP VĂN	T	1955	X	
162	LIÊU THỊ	L	1955		X
163	LÝ THỊ	L	1952		X
164	TỪ THỊ	Q	1946		X
165	LỤC VĂN	TH	1950	X	
166	HOÀNG THỊ	TH	1953		X
167	DIỆP THỊ	K	1951		X
168	DIỆP THỊ	B	1948		X
169	TỪ VĂN	B	1946	X	
170	ĐẶNG THỊ	T	1940		X
171	ĐẶNG THỊ	L	1953		X
172	HOÀNG THỊ	T	1934		X
173	LƯƠNG VĂN	Đ	1939	X	
174	ÂU THỊ	KH	1933		X
175	LÊ THỊ	B	1936		X
176	HOÀNG MINH	L	1945	X	

STT	HỌ VÀ TÊN	TÊN	NĂM SINH	GIỚI	
				NAM	NỮ
177	LÝ THỊ	V	1928		X
178	MẠCH THỊ	M	1950		X
179	ÂU THỊ	K	1953		X
180	TỬ VĂN	Q	1953	X	
181	HOÀNG THỊ	K	1937		X
182	NINH THỊ	M	1942		X
183	CHU THỊ	NG	1937		X
184	DƯƠNG THỊ	H	1952		X
185	HOÀNG VĂN	L	1953	X	
186	TỬ VĂN	TH	1949	X	
187	TRẦN THỊ	S	1946	X	
188	HỒ THỊ	T	1949		X
189	LỤC THỊ	NG	1949		X
190	DIỆP ĐỨC	PH	1948	X	
191	LÝ THỊ	S	1952		X
192	HOÀNG VĂN	T	1949	X	
193	ĐỖ THỊ	S	1949		X
194	DIỆP THỊ	S	1948		X
195	TRỊNH THỊ	M	1949		X
196	VI THỊ	S	1931		X
197	HOÀNG VĂN	L	1952	X	
198	TRẦN THỊ	H	1954		X
199	HOÀNG VĂN	CH	1943	X	
200	LÃNG THỊ	H	1939		X
201	VŨ VĂN	Q	1946	X	
202	DIỆP THỊ	CH	1942		X
203	VI ĐỨC	B	1955	X	
204	HỒ THỊ	S	1955		X
205	PHẠM VĂN	H	1932	X	
206	LÝ THỊ	H	1953		X



STT	HỌ VÀ TÊN	TÊN	NĂM SINH	GIỚI	
				NAM	NỮ
207	LƯU THỊ	K	1949		X
208	VI ĐỨC	TH	1951	X	
209	TRẦN VĂN	Đ	1949	X	
210	DƯƠNG VĂN	B	1943	X	
211	HOÀNG THỊ	Đ	1950		X
212	MẠCH THỊ	N	1940		X
213	TRẦN THỊ	NG	1946		X
214	LỤC THỊ	B	1943		X
215	NGÔ THỊ	S	1942		X
216	TRƯƠNG THỊ	M	1944		X
217	ĐẶNG THỊ	K	1942		X
218	TÓNG THỊ	N	1948		X
219	MẠCH VĂN	H	1940	X	
220	LÝ VĂN	L	1953	X	
221	DIỆP THỊ	TH	1938		X
222	HOÀNG VĂN	H	1938	X	
223	LÝ VĂN	TH	1936	X	
224	TRẦN VĂN	A	1952	X	
225	TRẦN THỊ	CH	1941		X
226	HOÀNG TRUNG	L	1949	X	
227	TRƯƠNG THỊ	NG	1935		X
228	DIỆP THỊ	M	1947		X
229	DIỆP THỊ	N	1934		X
230	ĐẶNG THỊ	K	1942		X
231	VI VĂN	Q	1948	X	
232	VI THỊ	CH	1944		X
233	ĐÀM VĂN	TH	1940	X	
234	VI THỊ	TH	1944	X	
235	VI THỊ	L	1955		X
236	NGUYỄN THỊ	S	1935		X

STT	HỌ VÀ TÊN	TÊN	NĂM SINH	GIỚI	
				NAM	NỮ
237	VI THỊ	V	1947		X
238	LÝ HỮU	NG	1944	X	
239	LÝ THỊ	T	1935		X
240	VI THỊ	V	1940		X
241	ÂU VĂN	A	1943	X	
242	TRƯƠNG THỊ	L	1939		X
243	ÂU TIẾN	TH	1946	X	
244	MIÊU VĂN	NH	1948	X	

XÁC NHẬN CỦA TRẠM Y TẾ XÃ

NGƯỜI LẬP BIỂU



Y.S. Lâm Xuân Hiền

NÔNG PHƯƠNG MAI

PHỤ LỤC 11: TÀI LIỆU GIÁO DỤC SỨC KHỎE RĂNG MIỆNG NCT

CHUYÊN ĐỀ I

SỨC KHỎE RĂNG MIỆNG NGƯỜI CAO TUỔI

1. Sức khỏe răng miệng người cao tuổi

- Sức khỏe răng miệng là tình trạng sức khỏe của miệng, răng, lợi, lưỡi, môi và các cấu trúc liên quan. Sức khỏe răng miệng là một phần quan trọng của sức khỏe toàn thân và là yếu tố quan trọng để có được một sức khỏe toàn diện và cuộc sống lành mạnh cho tất cả mọi người.

- Sức khỏe răng miệng đặc biệt quan trọng đối với người cao tuổi vì họ thường dễ mắc các bệnh toàn thân, bệnh mạn tính có ảnh hưởng đến sức khỏe răng miệng và lúc đó thì những bệnh lý răng miệng cũng lại tác động ngược lại một cách trực tiếp hay gián tiếp lên tình trạng dinh dưỡng, giao tiếp, khả năng đề kháng và chất lượng cuộc sống nói chung.

2. Sức khỏe của răng miệng liên quan chặt chẽ đến sức khỏe toàn thân

Chúng ta không nên hiểu hai thuật ngữ “sức khỏe răng miệng” và “sức khỏe toàn thân” là hai từ tách biệt nhau. Việc phát hiện sớm những bệnh răng miệng có thể giúp cho việc chẩn đoán và điều trị được nhiều bệnh tật khác của cơ thể.

- Một số bệnh lý liên quan đến sức khỏe răng miệng:

+ Bệnh đái tháo đường (tiểu đường).

+ Bệnh tim mạch và chứng đột quy.

+ Bệnh nhiễm trùng đường hô hấp.

+ Bệnh loãng xương.

3. Những vấn đề răng miệng thường gặp ở người cao tuổi

Những biến đổi sinh lý theo tuổi cùng các bệnh lý của răng miệng thường gặp ở người cao tuổi bao gồm:

+ Mòn răng: mòn, sút mẻ ở mặt nhai, răng giòn dễ bị mẻ gãy. Mòn răng làm ê buốt răng, tăng lực nhai lên răng, mất điểm tiếp xúc của các răng kế nhau

đưa đến hậu quả nhồi nhét thức ăn làm trầm trọng bệnh quanh răng. Tùy theo mức độ mòn và ê buốt sẽ có phương pháp điều trị thích hợp như thuốc chống ê hay làm phục hình răng.

+ Sâu răng: Nguyên nhân gây sâu răng là do vi khuẩn. Răng sâu là những răng có vết lõm màu đen trên răng và ê buốt khi ăn uống những đồ lạnh. Khi răng bị sâu, sẽ gây phá hủy men răng, ngà răng rồi đến tổn thương tủy răng. Răng sâu nếu phát hiện sớm và đi hàn lại kịp thời sẽ giữ lại được đầy đủ chức năng ăn nhai và thẩm mỹ của răng.

+ Cao răng: được hình thành từ những mảng bám răng mà bản chất là vụn thức ăn cùng với vi khuẩn còn lại trong răng, nếu không được vệ sinh sau 24h nó bắt đầu gây bệnh, lắng đọng càng lâu ngày, cao răng càng nhiễm cứng do vi khuẩn, xác vi khuẩn và thức ăn xếp lớp. Mảng bám răng và cao răng kích thích gây viêm tại chỗ, đẩy lợi tụt sớm, tiêu xương ổ răng, dây chằng quanh răng gây bệnh quanh răng và biến chứng mất răng sớm. Cao răng thường hay bám ở cổ răng, kẽ răng và dưới lợi. Mảng bám răng sẽ bị loại trừ nếu chúng ta vệ sinh răng miệng (súc miệng - chải răng - làm sạch kẽ răng) tốt.

+ Viêm lợi: là tình trạng lợi vùng quanh răng bị sưng và dễ chảy máu. Hơi thở hôi. Tình trạng viêm lợi có thể được cải thiện nếu như chúng ta vệ sinh răng miệng sạch sẽ.

+ Viêm quanh răng: là tình trạng viêm mạn tính ở lợi, có túi mủ quanh răng, có tiêu xương ổ răng, làm răng lung lay.

+ Rụng răng: là hậu quả của bệnh viêm quanh răng do tổn thương tổ chức quanh răng.

+ Tổn thương niêm mạc miệng ở người cao tuổi thường có những tổn thương do các bệnh răng miệng như niêm mạc miệng bị teo mỏng dần, mất tính đàn hồi, dễ bị chấn thương và nhiễm khuẩn. Bên cạnh đó, các bệnh toàn thân kèm theo cùng với việc dùng một số thuốc chữa bệnh có thể làm cho niêm mạc miệng bị tổn thương dạng bóng nước, loét, nhiễm khuẩn và ung thư. Cần khám định kỳ để phát hiện và điều trị sớm các bệnh niêm mạc miệng ở người cao tuổi.

+ Khô miệng: Có thể do các bệnh toàn thân, việc sử dụng thuốc và xạ trị gây khô miệng. Khô miệng làm cho niêm mạc miệng khô và dễ trầy xước, giảm sự bôi trơn, dễ nhiễm khuẩn, viêm lợi, nhiễm nấm, đau, khó ăn, khó nuốt. Người cao tuổi khi bị khô miệng nên khám và điều trị sớm. Ngoài ra, để phòng tránh khô miệng, cần thay thế thuốc có tác dụng phụ gây khô miệng bằng các thuốc không gây khô miệng trong điều trị các bệnh ở người cao tuổi cũng như thực hiện chế độ ăn đủ chất dinh dưỡng, uống nhiều nước hoặc dùng nước bọt nhân tạo vệ sinh răng miệng hằng ngày.

+ Rối loạn chức năng vận động và cảm giác vùng miệng: người cao tuổi dễ bị rối loạn phản xạ nuốt và vận động cơ miệng cùng vị giác suy giảm nên không cảm nhận được mùi vị, suy yếu cơ vận động vùng miệng, giảm tiết nước bọt làm cho người cao tuổi chán ăn, ăn không biết ngon suy dinh dưỡng và gầy yếu.

Sức khỏe răng miệng tốt giúp người cao tuổi ăn uống được bình thường cung cấp đầy đủ năng lượng cho các hoạt động của cơ thể. Vì vậy chăm sóc sức khỏe răng miệng tốt là một nhiệm vụ quan trọng nhằm nâng cao sức khỏe răng miệng, ngăn ngừa những hậu quả không mong muốn, giữ lại được số răng tự nhiên góp phần cải thiện tình trạng sức khỏe toàn thân, nâng cao chất lượng cuộc sống cho người cao tuổi.

CHUYÊN ĐỀ 2

NHỮNG VẤN ĐỀ ẢNH HƯỞNG ĐẾN SỨC KHỎE RĂNG MIỆNG NGƯỜI CAO TUỔI

1. Chế độ dinh dưỡng

Cần tránh ăn thực phẩm chứa đường, nước bọt có tác dụng trung hòa axit tấn công men răng, làm cho vi khuẩn bị tiêu tan trong các lỗ hổng nhỏ xíu được tạo ra. Nhưng nước bọt hoạt động rất chậm. Vì vậy, nếu bạn ăn tất cả ngày, nước bọt không có thời gian để hoàn thành nhiệm vụ của mình.

Nguyên tắc rõ ràng được thiết lập để hạn chế sâu răng : tránh ăn vặt giữa các bữa hoặc uống thức uống có đường. Thêm một chút đường gây hại cho răng gấp mười lần là bạn ăn một bữa giàu đường. Hãy hạn chế các thứ có đường như nước ngọt, kể cả nước có lượng đường thấp.

2. Một số bệnh toàn thân và nhiễm trùng

2.1. Bệnh tim mạch với sức khỏe răng miệng

Các bệnh quanh răng và bệnh tim thường có mối quan hệ mật thiết với nhau. Theo những báo cáo được đề cập trên trang web của Hiệp hội Nha khoa Wisconsin, có tới 91% khả năng bệnh nhân bị bệnh tim sẽ gặp tình trạng viêm nha chu. Hàng triệu vi khuẩn tích tụ trong các mảng bám hay thức ăn thừa sẽ di chuyển vào mạch máu và gây viêm. Mặt khác, tình trạng này cũng làm tăng nguy cơ đau tim và đột quỵ vì khi đó lượng máu đến tim bị giảm và làm tăng mức huyết áp.

Viêm nội tâm mạc là một bệnh nhiễm trùng xảy ra ở lớp lót bên trong của buồng tim và van tim cũng liên quan đến bệnh quanh răng. Đánh răng hoặc các tác động mạnh khác gây chảy máu nướu răng sẽ tạo điều kiện cho vi khuẩn từ miệng di chuyển vào máu, đi đến tim và bám vào các van tim bị tổn thương gây ra viêm nội tâm mạc.

2.2. Bệnh đái tháo đường với sức khỏe răng miệng

Bệnh đái tháo đường sẽ làm cho tình trạng máu lưu thông kém hiệu quả, hàm lượng đường trong nước bọt tăng cao dẫn đến việc tích tụ các mảng bám dễ dàng hơn.

Bên cạnh đó, những bệnh nhân mắc bệnh này thường có lượng insulin trong máu cao, làm giảm khả năng chống lại các vi khuẩn gây hại trong miệng. Do đó, những người mắc bệnh tiểu đường thường sẽ dễ mắc các triệu chứng viêm nha chu.

2.3. Nhiễm trùng đường hô hấp với sức khỏe răng miệng

Vệ sinh răng miệng kém có thể là một nguyên nhân gây nhiễm trùng đường hô hấp vì vi khuẩn trong miệng có thể dẫn đến các căn bệnh về phổi. Các chuyên gia từ trường Đại học Yale đã phát hiện rằng những bệnh nhân bị viêm phổi thường có mức độ vi khuẩn trong miệng cao hơn bình thường.

3. Một số vấn đề khác

3.1. Loãng xương với sức khỏe răng miệng

Bệnh loãng xương ảnh hưởng đến tất cả xương trong cơ thể chúng ta, bao gồm cả xương hàm và sức khỏe răng miệng. Theo các chuyên gia, những người phụ nữ bị loãng xương có nguy cơ bị mất răng nhiều gấp ba lần so với những người không mắc bệnh này. Bởi phần xương hàm trong có chức năng hỗ trợ răng nên khi chúng bị suy yếu thì sức khỏe răng cũng không được đảm bảo.

3.2. Hút thuốc lá

Hút thuốc lá là một yếu tố nguy cơ quan trọng gây bệnh quanh răng nhưng có thể thay đổi được. Hút thuốc lá gây phá hủy đáng kể các tổ chức quanh răng và làm tăng tốc độ tiến triển của bệnh quanh răng, hút thuốc lá còn làm giảm sức đề kháng của cơ thể con người với vi khuẩn ở mảng bám răng trong quá trình tiến triển bệnh quanh răng.

CHUYÊN ĐỀ 3

HƯỚNG DẪN VỆ SINH RĂNG MIỆNG ĐÚNG CÁCH

1. Vai trò của vệ sinh răng miệng với sức khỏe răng miệng

- Khoang miệng là cửa ngõ đầu tiên của hệ tiêu hóa, là nơi vi khuẩn xâm nhập nhanh nhất vào cơ thể người.

- Khoang miệng tập chung nhiều điều kiện cho vi khuẩn phát triển làm phát sinh ra nhiều bệnh tật về răng miệng như sâu răng, viêm nướu, viêm tủy, nha chu... và còn liên quan tới các căn bệnh về tiêu hóa, tim mạch và các bệnh toàn thân khác.

2. Lý do phải vệ sinh răng miệng

Nếu không vệ sinh răng miệng sạch sẽ, thức ăn thừa tồn tại trong khoang miệng sẽ là môi trường thuận lợi cho vi khuẩn phát triển gây sâu răng, tạo mảng bám răng – cao răng - gây viêm lợi – tụt lợi – lung lay răng – mất răng đồng thời vệ sinh răng miệng không sạch sẽ cũng là nguyên nhân gây hôi miệng.

3. Các biện pháp vệ sinh răng miệng phổ biến

- Xúc miệng sau khi ăn: xúc miệng sau khi ăn giúp loại bỏ những mảnh thức ăn còn trong khoang miệng, trong kẽ răng, quanh cổ răng ra ngoài

- Xỉa tăm sau khi ăn: giúp loại bỏ thức ăn thừa còn giắt trong các kẽ răng. Nên sử dụng tăm đảm bảo vệ sinh, không quá nhọn, sắc (có thể gây tổn thương lợi).

- Chỉ tơ nha khoa: làm sạch kẽ răng, cần sử dụng chỉ tơ nha khoa đúng cách

- Chải răng đúng cách: cần lưu ý số lần/thời điểm chải răng trong ngày, thời gian 1 lần chải răng, lực ấn bàn chải, góc chếch bàn chải, thời điểm thay bàn chải.

HƯỚNG DẪN THAO TÁC MẪU TỪNG BƯỚC CỤ THỂ TRONG KỸ THUẬT CHẢI RĂNG

Chải mặt ngoài
hàm trên



Chải mặt trong
hàm trên



Chải mặt trong răng
cửa hàm trên



Chải mặt nhai
hàm trên



Chải mặt ngoài
hàm dưới

Chải mặt trong
hàm dưới

Chải mặt trong răng
cửa hàm dưới

Chải mặt nhai
hàm dưới

CHUYÊN ĐỀ 4

NHỮNG VIỆC CẦN LÀM ĐỂ CẢI THIỆN SỨC KHỎE RĂNG MIỆNG NGƯỜI CAO TUỔI

1. Chế độ dinh dưỡng hợp lý

Để cải thiện sức khỏe răng miệng của mình, người cao tuổi cần có chế độ ăn uống đầy đủ chất dinh dưỡng. Nên dùng các loại thực phẩm như trứng, đậu, thịt và rau xanh, những loại quả như cam, chanh, cà chua chứa rất nhiều vitamin được khuyến khích dùng. Nên hạn chế tối đa các thức ăn ngọt, dính, tốt nhất là không nên hút thuốc lá.

2. Đảm bảo sạch miệng

Cách vệ sinh răng miệng cho người cao tuổi là vấn đề cần được quan tâm, vì không ít người cao tuổi quan niệm sai lầm rằng khi già thì răng phải rụng và đó là chuyện bình thường, còn một số khác thì thường mắc các bệnh như tim mạch, cao huyết áp, tiểu đường... nên họ cũng ngại không đi khám răng.

Vệ sinh răng miệng sạch sẽ: xúc miệng sau khi ăn, sử dụng tăm, chỉ tơ nha khoa, chải răng đúng cách.

3. Kiểm soát và phát hiện sâu răng

Hướng dẫn chế độ ăn uống thích hợp, giữ gìn vệ sinh răng miệng, kiểm soát mảng bám, dùng kem đánh răng có flour, chữa trị các răng sâu.

4. Phòng ngừa và điều trị bệnh quanh răng

Lấy cao răng định kỳ 6 tháng 1 lần, lấy sạch mảng bám răng, đánh bóng chân răng, điều trị bệnh quanh răng tại các cơ sở y tế.

5. Chú ý răng mòn quá mức

Tùy theo mức độ mòn và ê buốt sẽ có phương pháp điều trị thích hợp như thuốc chống ê hay làm phục hình răng.

6. Nhổ răng và kiểm soát bệnh răng miệng

Nhổ răng là yêu cầu thường gặp vì răng lung lay do nha chu, ngoài ra còn phẫu thuật các u nhú hay điều chỉnh xương để chuẩn bị làm hàm giả.

Trước khi nhổ răng, cần kiểm soát các bệnh mạn tính (cao huyết áp, tim mạch, đái tháo đường,...). Cần can thiệp nhẹ nhàng, chăm sóc hậu phẫu tốt để ngừa bội nhiễm.

7. Phục hình răng

Tỉ lệ mất răng ở người cao tuổi rất cao, số răng mất tỉ lệ với số tuổi.

Cần phục hình răng với các lí do sau: thẩm mỹ, ăn nhai và giao tiếp xã hội.

Có nhiều loại phục hình tùy thuộc vào từng tình trạng mất răng, tình trạng sức khỏe răng miệng và tình trạng sức khỏe toàn thân, mong muốn của người cao tuổi cũng như khả năng tài chính.

8. Kiểm tra răng định kì

Chính những quan niệm sai lầm và yếu tố tâm lí ngại đi khám răng, hoặc rất sợ các thủ thuật điều trị nha khoa nên các bệnh lí về nha khoa người cao tuổi gặp phải thường trầm trọng hơn so với người trẻ.

Người cao tuổi nên đi kiểm tra răng định kì từ 3- 6 tháng một lần để phát hiện sớm và điều trị các bệnh về răng miệng, nhất là các bệnh về lợi ở người cao tuổi dễ dẫn đến ung thư niêm mạc miệng.

MỘT SỐ HÌNH ẢNH CỦA ĐỀ TÀI NGHIÊN CỨU





