

BỘ Y TẾ
TRUNG TÂM TRUYỀN THÔNG GIÁO DỤC SỨC KHỎE TRUNG ƯƠNG

KỶ YẾU
CÁC ĐỀ TÀI NGHIÊN CỨU KHOA HỌC
CỦA HỆ TRUYỀN THÔNG GIÁO DỤC SỨC KHỎE
NĂM 2013

Hà Nội, 2014

BAN BIÊN SOẠN

CHỦ BIÊN

TTUT.BSCKI. Đặng Quốc Việt

Giám đốc Trung tâm Truyền thông GDSK Trung ương

BIÊN TẬP

ThS.BS. Trịnh Ngọc Quang - Phó Giám đốc Trung tâm Truyền thông GDSK Trung ương

ThS.BS. Lý Thu Hiền - Trưởng phòng Khoa học - Đào tạo

CN. Phùng Thị Thảo - Cán bộ phòng Khoa học - Đào tạo

CN. Nguyễn Thị Lý - Cán bộ phòng Khoa học - Đào tạo

MỤC LỤC

1. Khảo sát nhanh nhu cầu tập huấn về Truyền thông Giáo dục sức khỏe của 63 Trung tâm Truyền thông GDSK tuyển tỉnh năm 2013.....	5
2. Đánh giá hoạt động nhân viên y tế thôn bản tại tỉnh An Giang năm 2012 theo thông tư số 39/TT-BYT ngày 10/09/2010 của Bộ trưởng Bộ Y tế.....	9
3. Hiệu quả mô hình tăng cường thực hành nuôi con bằng sữa mẹ dựa vào cộng đồng ở xã Bình Thạnh Đông và Phú Thọ, huyện Phú Tân, tỉnh An Giang.....	14
4. Khảo sát kiến thức về chăm sóc sức khỏe thiết yếu tại gia đình và cộng đồng của người dân Bà Rịa - Vũng Tàu, năm 2013.....	21
5. Thực trạng kiến thức, thái độ, thực hành về sức khỏe sinh sản vị thành niên của học sinh trường trung học phổ thông Bắc Kạn năm 2013	30
6. Khảo sát kiến thức, thực hành về bệnh Tay chân miệng của bà mẹ chăm sóc trẻ dưới 5 tuổi tại phường Hạp Lĩnh, thành phố Bắc Ninh, năm 2013	40
7. Mô tả hoạt động và một số yếu tố liên quan đến công tác Truyền thông Giáo dục sức khỏe của nhân viên y tế thôn huyện Lương Tài, tỉnh Bắc Ninh, năm 2013.....	48
8. Khảo sát sự tiếp cận của người dân đối với các loại hình truyền thông phòng chống bệnh Tay chân miệng.....	56
9. Thực trạng và một số yếu tố liên quan đến kiến thức, thái độ, hành vi về sức khỏe sinh sản của học sinh các trường trung học phổ thông trong huyện Thới Bình, tỉnh Cà Mau, năm 2012.....	57
10. Nghiên cứu thực trạng hệ thống chăm sóc sức khỏe trước mang thai tại thành phố Đà Nẵng.....	64
11. Nghiên cứu thực trạng và đề xuất một số giải pháp truyền thông cải thiện hành vi dự phòng tăng huyết áp của người dân 50 tuổi trở lên tại xã Cẩm Nam, huyện Cẩm Xuyên, tỉnh Hà Tĩnh, năm 2013.....	76
12. Đặc điểm dịch tễ học và các yếu tố liên quan đến bệnh hen phế quản tại xã Hồng Thái, huyện An Dương, Hải Phòng.....	83
13. Đánh giá công tác điều trị bệnh hen phế quản ở huyện An Dương, Hải Phòng.....	91
14. Khảo sát kiến thức, thực hành và các yếu tố liên quan về phòng, chống một số bệnh thường gặp ở người dân huyện Vị Thủy, tỉnh Hậu Giang, năm 2013.....	99
15. Đánh giá nhận thức, thái độ, hành vi về vấn đề ô nhiễm môi trường của người dân thôn Nội Thượng, xã An Viễn, huyện Tiên Lữ, Hưng Yên.....	109
16. Kiến thức, thái độ, thực hành về sử dụng nhà vệ sinh của người dân vùng nông thôn tại các huyện Châu Thành, Vĩnh Thuận và Gò Quao, tỉnh Kiên Giang, năm 2013	110
17. Thực trạng kiến thức, hành vi của người dân về phòng bệnh Tay chân miệng trên địa bàn tỉnh Kon Tum, năm 2012.....	119

18. Đánh giá kết quả phòng chống sốt xuất huyết Denge ở người dân huyện Thủ Thừa, tỉnh Long An, năm 2012.....	125
19. Mô tả kiến thức, thái độ và thực hành sử dụng bao cao su trong kế hoạch hóa gia đình của nam giới có vợ tại xã Thượng Kiệm, huyện Kim Sơn, tỉnh Ninh Bình, năm 2013.....	131
20. Nghiên cứu về kiến thức, thái độ, thực hành sức khỏe sinh sản vị thành niên của học sinh trung học phổ thông tại thành phố Đồng Hới, tỉnh Quảng Bình, năm 2013....	143
21. Khảo sát vai trò của tổ chức Đảng, chính quyền, đoàn thể các cấp trong công tác Truyền thông Giáo dục sức khỏe tại tỉnh Quảng Nam.....	150
22. Đánh giá kiến thức thái độ thực hành của người dân tỉnh Thái Bình về bệnh không lây nhiễm năm 2013.....	158
23. Khảo sát các thực hành liên quan đến bệnh đái tháo đường của người dân tại huyện Duyên Hải, tỉnh Trà Vinh.....	167
24. Thực hành công tác Truyền thông Giáo dục sức khỏe tỉnh Tuyên Quang và những giải pháp nâng cao hiệu quả hoạt động truyền thông Giáo dục sức khỏe đến năm 2015....	172
25. Nghiên cứu thực trạng và đề xuất các giải pháp nâng cao hoạt động của đội ngũ nhân viên y tế thôn, bản tại huyện Trấn Yên, tỉnh Yên Bái, năm 2012.....	179
26. Sáng kiến cải tiến kỹ thuật cầm nang công tác y tế trường học.....	189
27. Sáng kiến kinh nghiệm Truyền thông Giáo dục sức khỏe nâng cao nhận thức về Bảo hiểm y tế và thúc đẩy hành vi tìm kiếm dịch vụ y tế của người nghèo tại các huyện Hà Quảng, Nguyên Bình, Trùng Khánh.....	195
28. Sáng kiến cải tiến kỹ thuật xây dựng mẫu sổ sách sử dụng trong công tác Truyền thông Giáo dục sức khỏe trên địa bàn tỉnh Phú Thọ.....	198

KHẢO SÁT NHANH NHU CẦU TẬP HUẤN VỀ TRUYỀN THÔNG GIÁO DỤC SỨC KHỎE CỦA 63 TRUNG TÂM TRUYỀN THÔNG GDSK TUYẾN TỈNH NĂM 2013

*ThS. Lý Thu Hiền, BS. Đào Thị Tuyết, CN. Phùng Thị Thảo
CN. Nguyễn Thanh Hồng, CN. Nguyễn Thị Lý
Trung tâm Truyền thông GDSK Trung ương*

Tóm tắt nghiên cứu

Nghiên cứu được tiến hành với mục tiêu xác định nhu cầu tập huấn về truyền thông giáo dục sức khỏe của các trung tâm Truyền thông GDSK tuyến tỉnh (T4G). Kết quả nghiên cứu cho thấy nhu cầu tập huấn tập trung cao ở 3 nội dung: Nghiên cứu khoa học (53,2%), áp dụng công nghệ số trong sản xuất chương trình phát thanh/truyền hình (50,0%) và xây dựng nội dung chương trình phát thanh truyền hình cho biên tập, đạo diễn và quay phim (56,5%). Thời gian phù hợp cho một khóa tập huấn là từ 3 đến 5 ngày, các lớp tập huấn nên tổ chức theo khu vực và vào quý II hoặc quý III trong năm. Các đơn vị có thể cử cán bộ tham gia tập huấn bằng nguồn ngân sách của đơn vị.

1. Đặt vấn đề

Truyền thông giáo dục sức khỏe (TTGDSK) là 1 trong 10 nội dung chăm sóc sức khỏe ban đầu ở Việt Nam, đóng vai trò quan trọng trong công tác chăm sóc và bảo vệ sức khỏe nhân dân. Quyết định số 89/QĐ-BYT ngày 11/01/2008 của Bộ Y tế về việc ban hành điều lệ của đơn vị đã chỉ ra rằng đào tạo nâng cao trình độ chuyên môn, nghiệp vụ cho cán bộ làm công tác TTGDSK các cấp là một trong những nhiệm vụ của Trung tâm Truyền thông GDSK Trung ương. Trong những năm qua, trung tâm TTGDSK Trung ương đã mở nhiều lớp tập huấn cho cán bộ truyền thông các tỉnh/thành phố trong cả nước về nhiều nội dung khác nhau như: Kỹ năng truyền thông, nghiên cứu đối tượng, lập kế hoạch, phát triển tài liệu, nâng cao sức khỏe, nghiên cứu khoa học... Tuy nhiên, việc tổ chức các khóa tập huấn thường được xây dựng theo yêu cầu của các chương trình dự án, ít xuất phát từ nhu cầu thực tế của các đơn vị. Thực tế này dẫn đến một số nội dung tập huấn chưa phù hợp, thời gian chưa hợp lý vì vậy mà số lượng học viên trong mỗi khóa tập huấn ít (<60% so với số lượng học viên được mời) gây lãng phí nguồn tài chính dành cho hoạt động truyền thông vốn đã rất hạn chế. Xác định chính xác nhu cầu tập huấn (nội dung, phương pháp và thời gian) của cán bộ làm công tác truyền thông là cần thiết giúp T5G xây dựng kế hoạch, nội dung tập huấn phù hợp trong những năm tiếp theo.

2. Mục tiêu nghiên cứu

Xác định nhu cầu tập huấn về TTGDSK của các trung tâm Truyền thông GDSK tuyến tỉnh năm 2013 và đề xuất tổ chức các lớp tập huấn.

3. Phương pháp nghiên cứu

3.1. Thiết kế nghiên cứu: Mô tả cắt ngang định lượng.

3.2. Đối tượng nghiên cứu

Lãnh đạo T4G của 63 tỉnh/thành phố. Tổng số có 62/63 lãnh đạo T4G tham gia nghiên cứu, riêng Đồng Tháp nhóm nghiên cứu không nhận được phiếu trả lời.

3.3. Thời gian nghiên cứu: Tháng 3 - tháng 5 năm 2013.

3.4. Phương pháp thu thập số liệu

Số liệu được thu thập bằng phương pháp phát phiếu tự điền cho các đối tượng tham gia nghiên cứu.

3.5. Nhập và phân tích số liệu: Số liệu được nhập bằng phần mềm Epidata 3.0 và phân tích bằng phần mềm SPSS 16.0.

4. Kết quả nghiên cứu và bàn luận

4.1. Thông tin chung về đối tượng nghiên cứu

Nghiên cứu đã tiến hành trên 62 cán bộ lãnh đạo các T4G (thiếu của Đồng Tháp), trong đó 88,7% người điền phiếu là giám đốc/phó giám đốc, 11,3% là lãnh đạo cấp phòng; 71,0% có trình độ trên đại học, 83,9% có chuyên ngành đào là Y/Dược. Thời gian làm việc trong lĩnh vực truyền thông nhiều nhất là 34 năm và ít nhất là 1 năm.

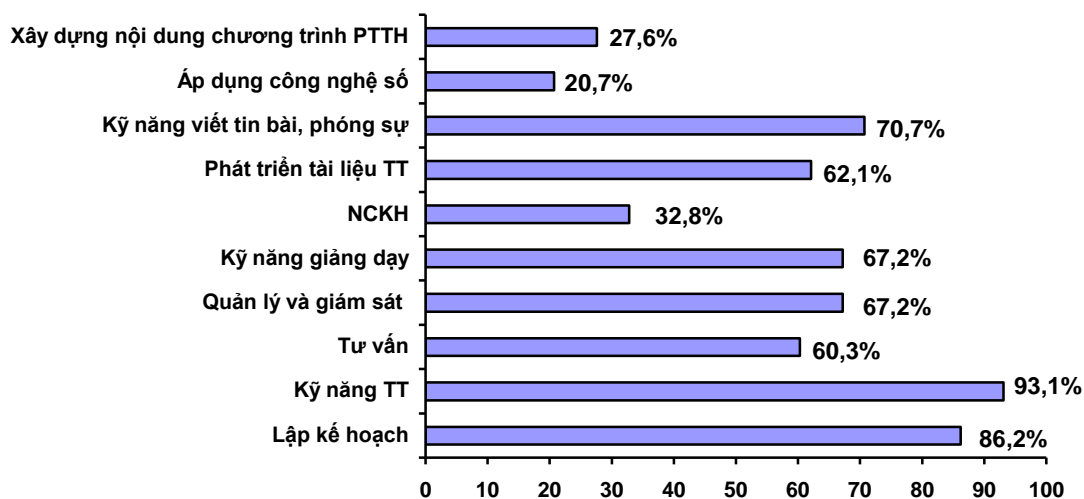
4.2. Mức độ thường xuyên thực hiện các công việc theo Quyết định 911/1999/QĐ-BYT và khả năng đáp ứng theo yêu cầu công việc

Kết quả tự đánh giá mức độ thực hiện các hoạt động cho thấy công việc mà các T4G thực hiện thường xuyên là quản lý, chỉ đạo các hoạt động truyền thông (95,2%), lập kế hoạch (83,9%), thực hiện các hoạt động truyền thông (88,7%). Các hoạt động khác như: phát triển tài liệu và các ấn phẩm truyền thông; đào tạo tập huấn được thực hiện ở mức độ thường xuyên thấp hơn với tỷ lệ tương ứng là 54,8% và 46,8%. Kết quả này đã phản ánh phần nào các chức năng nhiệm vụ của các T4G theo Quyết định số 911/1999/QĐ-BYT ngày 31/2/1999 của Bộ trưởng Bộ Y tế. Mặc dù nghiên cứu khoa học (NCKH) cũng là 1 trong các chức năng nhiệm vụ của T4G nhưng 48,4% đơn vị mới chỉ thực hiện ở mức độ thỉnh thoảng và có đến hơn 25% số đơn vị rất ít làm NCKH. Điều này cũng được thể hiện trong nghiên cứu “Thực trạng và một số yếu tố liên quan đến công tác nghiên cứu khoa học của trung tâm Truyền thông GDSK các tỉnh Miền Bắc Năm 2011”: trong 3 năm (2008-2010) trung bình T4G các tỉnh miền bắc chỉ thực hiện 1,44 đề tài, có một số tỉnh không thực hiện bất cứ đề tài nào.

Tự đánh giá về khả năng đáp ứng của cán bộ với yêu cầu công việc, lãnh đạo các T4G cho rằng năng lực quản lý, chỉ đạo và thực hiện hoạt động TT của cán bộ đơn vị tốt (72,6%) bởi đây cũng là những hoạt động mà các T4G thực hiện thường xuyên nhất.

Tuy nhiên, năng lực về NCKH của cán bộ T4G chỉ ở mức độ đáp ứng một phần (66,1%) hoặc chưa đáp ứng (21,0%).

4.3. Thực trạng tập huấn của T4G

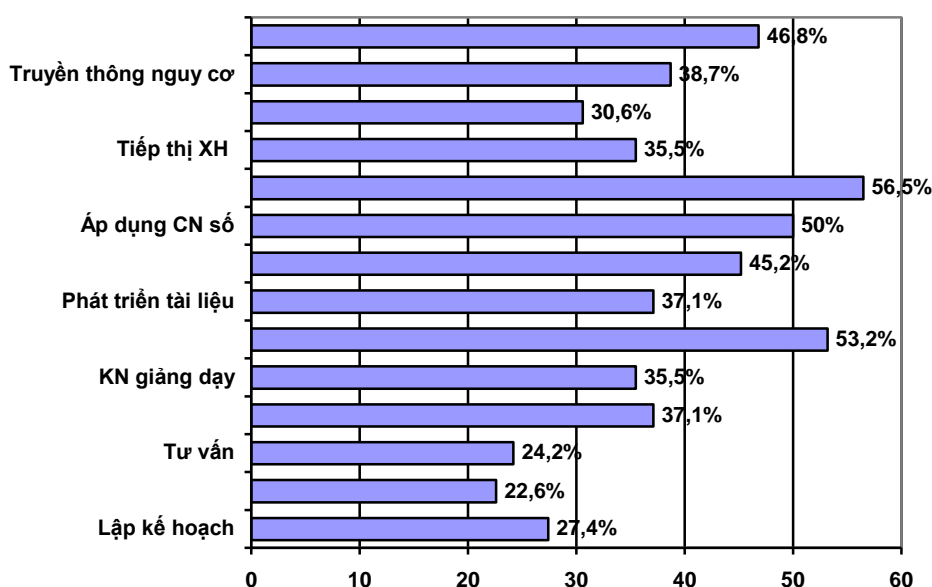


Biểu đồ 1: Các nội dung được tập huấn trong 2 năm gần đây

Nội dung cán bộ T4G được tập huấn nhiều nhất là kỹ năng truyền thông (93,1%), lập kế hoạch (86,2%) và ít được tập huấn là áp dụng công nghệ số trong sản xuất chương trình PTTH (20,7%), xây dựng nội dung chương trình phát thanh/truyền hình cho biên tập, đạo diễn, quay phim (27,6%) và NCKH (32,8%).

4.3.1. Nhu cầu tập huấn của T4G

Các nội dung cần tập huấn



Biểu đồ 2: Nhu cầu tập huấn của T4G trong thời gian tới

Kết quả nghiên cứu cho thấy, 3 nội dung mà T4G có nhu cầu tập huấn nhiều nhất là nghiên cứu khoa học (53,2%), áp dụng công nghệ số trong sản xuất chương trình phát thanh/truyền hình (50,0%) và xây dựng nội dung chương trình PTTH cho biên tập, đạo diễn và quay phim (56,5%). Điều này rất phù hợp với kết quả tự đánh giá năng lực của cán bộ T4G, đây là những kỹ năng mà lãnh đạo các T4G cho rằng cán bộ đơn vị mình còn hạn chế.

Thời gian, thời điểm và địa điểm tổ chức tập huấn:

Kết quả nghiên cứu cho thấy, thời gian thích hợp nhất cho một khóa tập huấn từ 3 đến 5 ngày (90,4%). Thời điểm mở lớp thích hợp là quý II (77,4%) hoặc quý III (40,3%). Có đến 80,6% các tỉnh lựa chọn mở lớp theo khu vực và 77% lãnh đạo các đơn vị đồng ý cử cán bộ tham gia tập huấn bằng nguồn kinh phí đơn vị tự chi trả. Trung bình mỗi tỉnh có thể cử 2 người tham gia trong một khóa tập huấn.

5. Kết luận

- **Về nội dung:** 3 nội dung cần được tập huấn trong thời gian tới là: Nghiên cứu khoa học (53,2%), áp dụng công nghệ số trong sản xuất chương trình phát thanh/truyền hình (50,0%) và xây dựng nội dung chương trình PTTH cho biên tập, đạo diễn và quay phim (56,5%).
- **Về thời gian:** Một khóa tập huấn nên tổ chức từ 3 - 5 ngày (90,4%).
- **Về thời điểm:** Tỷ lệ lựa chọn thời điểm thích hợp nhất để mở lớp là quý II (77,4%), quý III (40,3%).
- **Về địa điểm tổ chức:** 80,6% các tỉnh đề xuất tổ chức lớp tập huấn theo khu vực.
- **Về hình thức tổ chức:** 83% các tỉnh mong muốn TW là đơn vị tổ chức và T4G sẽ cử cán bộ tham dự bằng nguồn ngân sách của đơn vị.

6. Kiến nghị

- Trung ương hỗ trợ tổ chức tập huấn theo khu vực cho các bộ T4G các tỉnh, ưu tiên các nội dung: Nghiên cứu khoa học, áp dụng công nghệ số trong sản xuất chương trình phát thanh/truyền hình, xây dựng nội dung chương trình PTTH cho biên tập, đạo diễn và quay phim.
- Thời gian tập huấn từ 3-5 ngày, mở vào quý II và quý III.
- Có kế hoạch mở lớp được thông báo sớm tới các đơn vị. Tập huấn gắn lý thuyết với công việc thực tế.

**ĐÁNH GIÁ HOẠT ĐỘNG NHÂN VIÊN Y TẾ THÔN BẢN
TẠI TỈNH AN GIANG NĂM 2012 THEO THÔNG TƯ SỐ 39/TT-BYT
NGÀY 10/09/2010 CỦA BỘ TRƯỞNG BỘ Y TẾ**

*Võ Bá Tước, Dương Xuân Chừ
Trung tâm truyền thông GDSK An Giang*

Tóm tắt nghiên cứu

Với mục tiêu xác định tỷ lệ nhân viên y tế thôn bản tại tỉnh An Giang đạt tiêu chuẩn nội dung nhiệm vụ theo thông tư số 39/TT-BYT ngày 10/9/2010 của Bộ trưởng Bộ Y tế, nghiên cứu được tiến hành từ tháng 8 năm 2012 đến tháng 7 năm 2013 tại An Giang trên 389 nhân viên y tế thôn bản (NVYTTB), thiết kế nghiên cứu mô tả cắt ngang, phương pháp chọn mẫu toàn bộ, thu thập số liệu bằng cách phỏng vấn và quan sát theo bộ câu hỏi và bảng kiểm. Kết quả, nhóm tuổi của nhân viên y tế thôn bản từ 30-60 chiếm tỉ lệ 82%, dưới 30 chiếm 13,4% và trên 60 là 4,6%. Nữ giới chiếm tỷ lệ là 49,9% và nam giới là 50,1%. Nhân viên y tế thôn bản có trình độ học vấn là trung học cơ sở và trung học phổ thông chiếm đa số với tỷ lệ là 50,1% và 48,9%, còn 1% là trình độ tiểu học. Tỷ lệ NVYTTB có trình độ chuyên môn y tế là 77,1% còn lại 22,9% không có chuyên môn y tế. Theo thông tư số 39/2010/TT-BYT, tỷ lệ NVYTTB đạt tiêu chuẩn là 93,3%; thực hiện nội dung nhiệm vụ ở mức đạt là 76,1%. Dựa trên kết quả, nghiên cứu đưa ra kiến nghị Sở Y tế tổ chức thêm nhiều lớp đào tạo cho NVYTTB theo chương trình của Bộ Y tế, đảm bảo đạt tiêu chuẩn thông tư số 39/2010/TT-BYT; Các trạm y tế xã, phường, thị trấn có kế hoạch hoạt động cụ thể cho NVYTTB, phải duy trì chế độ giao ban hàng tháng, kiểm tra định kỳ với y tế thôn bản.

1. Đặt vấn đề

Chăm sóc sức khỏe ban đầu bằng việc nâng cao nhận thức, cung cấp kỹ năng thực hiện những hành vi có lợi cho sức khỏe của cá nhân và cộng đồng đã góp phần không nhỏ vào thành tích của các chương trình y tế, chiến lược chăm sóc sức khỏe nhân dân. Tham gia chăm sóc sức khỏe ban đầu tại cộng đồng cần phải kể đến vai trò của nhân viên y tế thôn bản, đây là lực lượng không nhỏ quyết định đến sự thành công của các chương trình y tế tại các xã, phường, thị trấn. Nhân viên y tế thôn bản (NVYTTB) có nhiệm vụ sơ cấp cứu, truyền thông giáo dục sức khỏe cho người dân, vận động thực hiện các chương trình y tế Quốc gia... đã được quy định trong thông tư số 39/2010/TT-BYT ngày 10 tháng 9 năm 2010 của Bộ trưởng Bộ Y tế.

Mạng lưới y tế thôn bản trên địa bàn tỉnh An Giang đã hoàn thiện và đạt được những thành quả trong việc thực hiện các chương trình y tế, chăm sóc sức khỏe ban đầu cho nhân dân. Tuy nhiên, hiệu quả hoạt động của mạng lưới này còn một phần hạn chế, chưa đáp ứng đầy đủ được nhu cầu của người dân và yêu cầu mong đợi của ngành y tế. Chính vì vậy, chúng tôi tiến hành thực hiện nghiên cứu “*Đánh giá hoạt động nhân viên y tế thôn bản tại tỉnh An Giang năm 2012 theo thông tư số 39/TT-BYT ngày 10/9/2010 của Bộ trưởng Bộ Y tế*”.

2. Phương pháp nghiên cứu

2.1. Thiết kế nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu mô tả cắt ngang

2.2. Thời gian và địa điểm nghiên cứu

- Thời gian: Từ tháng 8 năm 2012 đến tháng 7 năm 2013
- Địa điểm: tại tỉnh An Giang

2.3. Đối tượng nghiên cứu

- Nhân viên y tế thôn bản có tên trong danh sách quản lý tại các trạm y tế xã, phường, thị trấn và trung tâm y tế huyện, thị xã, thành phố trực thuộc tỉnh An Giang.

2.4. Chọn mẫu

Phương pháp chọn mẫu toàn bộ, cỡ mẫu là 389 nhân viên y tế thôn bản.

2.5. Phương pháp thu thập số liệu

- Công cụ thu thập số liệu: Bảng câu hỏi phỏng vấn và bảng kiểm đánh giá thực hiện 9 nội dung nhiệm vụ nhân viên y tế thôn bản theo thông tư số 39/2010/TT-BYT.
- Kỹ thuật thu thập số liệu: Phỏng vấn theo bảng câu hỏi và quan sát thực tế điền vào công cụ thu thập số liệu.

2.6. Phương pháp xử lý và phân tích số liệu

Phân tích, xử lý số liệu bằng phần mềm SPSS.

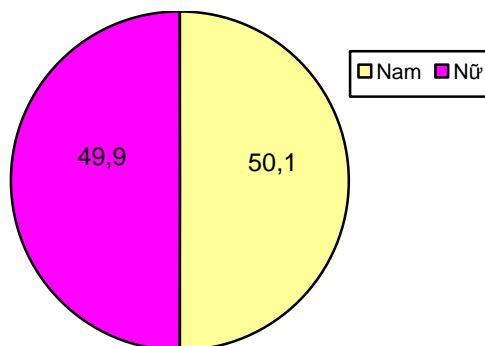
3. Kết quả nghiên cứu và bàn luận

3.1. Đặc điểm chung mẫu nghiên cứu

Bảng 1: Nhóm tuổi của NVYTTB

Nhóm tuổi	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Dưới 30 tuổi	52	13,4
Từ 30 đến 60 tuổi	319	82,0
Trên 60 tuổi	18	4,6
Tổng cộng	389	100

NVYTTB tỉnh An Giang có tuổi nhỏ nhất là 20, lớn nhất là 66, tuổi trung bình là 44. Nhóm từ 30-60 tuổi chiếm tỉ lệ cao nhất (82%). Đây là nhóm tuổi lao động tốt, ổn định cuộc sống và có nhiều uy tín trong thôn, bản, là điều kiện thuận lợi cho hoạt động y tế thôn bản.



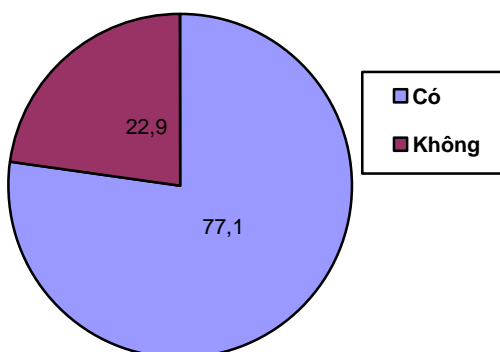
Biểu đồ 1: Giới tính của đối tượng nghiên cứu

Trong 389 NVYTTB tham gia nghiên cứu, tỷ lệ nữ giới là 49,9%, tỷ lệ nam giới là 50,1%.

Bảng 2: Phân bố trình độ học vấn của NVYTTB

Trình độ học vấn	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Tiểu học	4	1,0
Trung học cơ sở	195	50,1
Trung học phổ thông	190	48,9
Tổng cộng	389	100

Số NVYTTB có trình độ tiểu học chiếm tỷ lệ thấp nhất 1%; nhiều nhất là trung học cơ sở chiếm tỷ lệ 50,1%; trung học phổ thông 48,9%.



Biểu đồ 2: Chuyên môn y tế của NVYTTB

NVYTTB có chuyên môn y tế chiếm tỷ lệ 77,1%, không có chuyên môn y tế chiếm 22,9%.

Có 93,3% NVYTTB đạt tiêu chuẩn theo thông tư số 39/2010/TT-BYT điều này cho thấy công tác tổ chức quản lý mạng lưới y tế thôn bản tỉnh An Giang đạt hiệu quả tốt. Cụ thể theo từng tiêu chuẩn, có 69,2% NVYTTB đạt tiêu chuẩn 1; 79,7% đối tượng đạt tiêu chuẩn 2; 100% đối tượng đạt tiêu chuẩn 3; 98,9% đối tượng đạt tiêu chuẩn 4.

3.2. Kết quả thực hiện các nhiệm vụ của nhân viên y tế thôn bản

Bảng 3: NVYTTB đạt từng nhiệm vụ theo TT 39/2010/TT-BYT

Nhiệm vụ	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Nhiệm vụ 1	373	95,9
Nhiệm vụ 2	365	93,8
Nhiệm vụ 3	273	70,2
Nhiệm vụ 4	242	62,2
Nhiệm vụ 5	382	98,2
Nhiệm vụ 6	238	61,2
Nhiệm vụ 7	387	99,5
Nhiệm vụ 8	266	68,4
Nhiệm vụ 9	388	99,7

NVYTTB đạt nội dung nhiệm vụ theo thông tư số 39/2010/TT-BYT chiếm tỷ lệ chưa cao 76,1% do một số khó khăn, bất cập ảnh hưởng đến hiệu quả thực hiện nhiệm vụ như trình độ học vấn, chuyên môn còn hạn chế, thời gian tập huấn chuyên môn chưa đầy đủ, trang bị phương tiện dụng cụ còn thiếu và cũ kỹ.

4. Kết luận

- Tỷ lệ nhân viên y tế thôn bản tại tỉnh An Giang đạt tiêu chuẩn theo thông tư số 39/TT-BYT ngày 10 tháng 9 năm 2010 của Bộ trưởng Bộ Y tế là 93,3%; không đạt tiêu chuẩn chiếm tỷ lệ là 6,7%.
- Tỷ lệ nhân viên y tế thôn bản tại tỉnh An Giang thực hiện nhiệm vụ ở mức đạt theo thông tư số 39/TT-BYT ngày 10 tháng 9 năm 2010 của Bộ trưởng Bộ Y tế là 76,1%; không đạt chiếm tỷ lệ là 23,9%.

5. Kiến nghị

- Sở Y tế tổ chức thêm nhiều lớp đào tạo cho nhân viên y tế thôn bản theo chương trình của Bộ Y tế, đảm bảo đạt tiêu chuẩn thông tư số 39/2010/TT-BYT.
- Trung tâm y tế các huyện, thị xã, thành phố tổ chức nhiều lớp ngắn hạn về tập huấn, cập nhật và nâng cao kiến thức, kỹ năng thực hành các nội dung nhiệm vụ nhân viên y tế thôn bản.
- Các Trạm y tế xã, phường, thị trấn có kế hoạch hoạt động cụ thể cho nhân viên y tế thôn bản, cần phải duy trì chế độ giao ban hàng tháng, kiểm tra định kỳ với y tế thôn bản.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2010), Thông tư số 39/2010/TT-BYT ngày 10/9/2010 của Bộ y tế, *Quy định tiêu chuẩn, chức năng, nhiệm vụ của nhân viên y tế thôn, bản*, Hà Nội.
2. Chính Phủ (2005), Quyết Định số 243/2005/QĐ-TTg ngày 05/10/2005 của Thủ tướng Chính Phủ, *Ban hành chương trình hành động của chính Phủ thực hiện nghị quyết 46-NQ/TW của bộ chính trị*, Hà Nội.
3. Ngô Quang Hạnh (2009), *Nghiên cứu tổ chức và hoạt động của mạng lưới truyền thông giáo dục sức khỏe tỉnh Thái Nguyên năm 2009*, Kỷ yếu các đề tài nghiên cứu khoa học về truyền thông giáo dục sức khỏe giai đoạn 2001-2010, Nhà xuất bản khoa học và kỹ thuật Hà Nội, tr 82-93.
4. Lê Thị Hồng Hạnh (2010), *Thực trạng kỹ năng truyền thông thay đổi hành vi của mạng lưới y tế ấp và cộng tác viên trong việc chăm sóc sức khỏe người dân huyện Châu Phú, tỉnh An Giang năm 2010*, Trường Đại Học An Giang, tr 122-131.
5. Phan Lam, Nguyễn Thị Nhung, Phan Giang Liên (2009), *Điều tra đánh giá năng lực nhân viên y tế thôn bản tỉnh Nghệ An năm 2009*, Kỷ yếu các đề tài nghiên cứu khoa học về truyền thông giáo dục sức khỏe giai đoạn 2001-2010, Nhà xuất bản khoa học và kỹ thuật Hà Nội, tr 35-41.
6. Sở Y Tế An Giang (2013), *Báo cáo tổng kết công tác y tế năm 2012 và phương hướng nhiệm vụ năm 2013*, An Giang.
7. Sở Y Tế An Giang-Ban quản lý dự án hỗ trợ y tế vùng đồng bằng sông Cửu Long (2009), *Báo cáo thực trạng đề xuất giải pháp nâng cao chất lượng y tế nhóm ấp (thôn bản) tỉnh An Giang năm 2009*, An Giang.
8. Nguyễn Thanh Sơn (2012), *Nghiên cứu tình hoạt động của nhân viên y tế thôn bản tỉnh Đồng Tháp năm 2012*, Luận án chuyên khoa cấp II, Trường Đại Học Y Dược Cần Thơ, trang 41-63.
9. Phạm Văn Tường (2009), *Đánh giá thực trạng và giải pháp nâng cao chất lượng hoạt động y tế thôn bản tỉnh Kiên Giang năm 2009*, Kỷ yếu các đề tài nghiên cứu khoa học về truyền thông giáo dục sức khỏe giai đoạn 2001-2010, Nhà xuất bản khoa học và kỹ thuật Hà Nội, tr 66-73.

**HIỆU QUẢ MÔ HÌNH
TĂNG CƯỜNG THỰC HÀNH NUÔI CON BẰNG SỮA MẸ
DỰA VÀO CỘNG ĐỒNG Ở XÃ BÌNH THẠNH ĐÔNG VÀ PHÚ THỌ
HUYỆN PHÚ TÂN, TỈNH AN GIANG**

*Huỳnh Văn Nên, Văn Hiến Tài
Trần Thị Ngọc Hòa, Bùi Thị Diễm Thúy
Trung tâm Truyền thông GDSK An Giang*

Tóm tắt nghiên cứu

Mô hình “Tăng cường thực hành nuôi con bằng sữa mẹ dựa vào cộng đồng” tại 2 xã Bình Thạnh Đông và Phú Thọ, huyện Phú Tân, tỉnh An Giang thực hiện từ năm 2009 đến năm 2011. Mô hình này đã xây dựng nhóm các bà mẹ nông cốt ở từng thôn ấp đồng thời xây dựng cơ chế phối hợp giữa tình nguyện viên với nhóm bà mẹ nông cốt, đẩy mạnh các hoạt động truyền thông lan tỏa giữa bà mẹ nông cốt với bà mẹ có con nhỏ và phụ nữ có thai. Hoạt động của mô hình giúp các bà mẹ có điều kiện thuận lợi hơn trong việc tiếp cận thông tin và chuyển đổi hành vi nuôi con bằng sữa mẹ (NCBSM) theo hướng có lợi.

Sau hơn 2 năm triển khai mô hình tỷ lệ hiểu biết về lợi ích NCBSM của bà mẹ có con dưới 24 tháng tuổi tăng (75,6% → 97,5%), tỷ lệ cho trẻ bú sữa mẹ trong vòng 1 giờ đầu sau sinh tăng (52,2% → 74,5%), tỷ lệ cho trẻ bú sữa mẹ hoàn toàn trong 6 tháng đầu tăng (0% → 27,5%), tỷ lệ cho trẻ ăn uống thêm ngoài sữa mẹ giảm (nước: 74,5%→52,9%, sữa bò: 37,3%→27,5%, mật ong hoặc nước đường: 11,8%→2%), tỷ lệ cho trẻ bú sữa mẹ là chính tăng (70,6%→94,1%) và tỷ lệ cho trẻ bú sữa mẹ kéo dài sau 12 tháng tuổi tăng (77,2%→89,8%) .

1. Đặt vấn đề

Sữa mẹ là loại thức ăn hoàn hảo nhất cho trẻ dưới 6 tháng tuổi mà không có loại thức ăn nào thay thế được. Nuôi con bằng sữa mẹ hoàn toàn trong 6 tháng đầu – không nước, không sữa bột, không thức ăn đồ uống nào khác – giúp nâng cao cơ hội sống sót của trẻ, thúc đẩy quá trình tăng trưởng, phát triển thể chất và trí lực của trẻ. Dinh dưỡng tốt góp phần nâng cao thành tích học tập và thậm chí cả khả năng kinh tế của trẻ trong tương lai.

Việc cho trẻ bú mẹ là phổ biến ở Việt Nam, nhưng chỉ có 19,6% trẻ nhỏ được bú mẹ hoàn toàn trong 6 tháng đầu. Ở An Giang NCBSM cũng là thực hành chủ yếu của các bà mẹ, nhưng bên cạnh đó vẫn còn nhiều thói quen chưa đúng nhất là trong 6 tháng đầu đời của trẻ như nặn bỏ sữa non, không cho trẻ bú sớm ngay sau khi sinh, cho trẻ uống thêm nước hoặc các loại sữa khác... Việc nuôi con bằng sữa mẹ hoàn toàn (NCBSMHT) trong 6 tháng đầu hiện nay đang có khuynh hướng giảm dần theo thời gian do sự tác động của quảng cáo về sản phẩm dinh dưỡng, sữa cho trẻ khiến không ít các bà mẹ nghĩ rằng để con thông minh và phát triển tốt thì họ phải cho con ăn sữa ngoài bổ sung ngay từ những tháng đầu đời. Vì thế, họ sử dụng các sản phẩm dinh dưỡng được

chế xuất thay cho sữa mẹ. Điều này đã ảnh hưởng rất lớn đến sự phát triển cũng như làm giảm sức đề kháng, gia tăng bệnh tật ở trẻ.

Do vậy, để đảm bảo tất cả các bà mẹ đều NCBSM trong giờ đầu tiên sau khi sinh, NCBSMHT trong vòng 6 tháng đầu đời và tiếp tục nuôi con bằng sữa mẹ kết hợp cho trẻ ăn bổ sung với các thực phẩm giàu dinh dưỡng cho tới năm trẻ hai tuổi, chương trình Phòng chống suy dinh dưỡng Quốc gia đã giới thiệu mô hình thúc đẩy NCBSM và áp dụng triển khai tại một số tỉnh, trong đó có An Giang. Nếu mô hình thành công sẽ được chương trình Phòng chống suy dinh dưỡng Quốc gia chia sẻ, mở rộng phạm vi áp dụng cho các địa phương khác.

2. Mục tiêu

2.1. Mục tiêu chung: Nâng cao hiểu biết và thực hành NCBSM của bà mẹ có con nhỏ dưới 24 tháng tuổi thông qua mô hình “*Tăng cường thực hành nuôi con bằng sữa mẹ dựa vào cộng đồng*”.

2.2. Mục tiêu cụ thể

1. Xây dựng được một mô hình hỗ trợ phù hợp tại tuyến thôn/ấp dựa trên các bà mẹ nòng cốt để thúc đẩy việc nâng cao hiểu biết và thực hành của các bà mẹ về việc NCBSM.
2. Đạt được hiệu quả mô hình thể hiện ở:
 - Tăng tỷ lệ hiểu biết về lợi ích NCBSM của bà mẹ có con dưới 24 tháng tuổi từ 5-10% hàng năm.
 - Tăng tỷ lệ cho trẻ bú sớm sữa mẹ trong vòng 1 giờ đầu sau sinh từ 5-10% hàng năm.
 - Tăng tỷ lệ NCBSM hoàn toàn trong 6 tháng đầu từ 5-10% hàng năm.
 - Giảm tỷ lệ cho trẻ ăn, uống thêm ngoài sữa mẹ trong 6 tháng đầu từ 5-10% hàng năm.
 - Tăng tỷ lệ cho trẻ bú sữa mẹ là chính trong 6 tháng đầu từ 5-10% hàng năm.
 - Tăng tỷ lệ cho trẻ bú sữa mẹ kéo dài sau 12 tháng tuổi từ 5-10% hàng năm.

3. Phương pháp nghiên cứu

3.1. Đối tượng nghiên cứu: Bà mẹ có con dưới 24 tháng tuổi ở xã Phú Thọ và xã Bình Thạnh Đông, huyện Phú Tân, tỉnh An Giang.

3.2. Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu can thiệp tại cộng đồng – đánh giá trước và sau can thiệp.

Mô tả mô hình “*Tăng cường thực hành NCBSM dựa vào cộng đồng*”:

Hai xã Bình Thạnh Đông và Phú Thọ, huyện Phú Tân là hai xã nông thôn của tỉnh An Giang được đưa vào nghiên cứu can thiệp. Có 847 bà mẹ có con nhỏ dưới 24 tháng tuổi và 402 phụ nữ có thai. Địa bàn hành chính gồm 160 tổ, 11 ấp.

Các nhân tố thực hiện mô hình bao gồm: nhân viên y tế xã (10 người), tình nguyện viên bao gồm tổ y tế ấp, cán bộ hội phụ nữ, đoàn thanh niên (16 người) và bà mẹ nông cốt là những bà mẹ trong xã đã từng NCBSM thành công, thích giao tiếp, có hiểu biết và có niềm tin về NCBSM, tình nguyện tham gia (24 người). Các đối tượng này được tập huấn về kiến thức, kỹ năng truyền thông NCBSM.

Tại các ấp thành lập các nhóm bà mẹ nông cốt hoạt động với sự giúp đỡ của các tình nguyện viên.

Thiết lập cơ chế phối hợp hoạt động giữa tình nguyện viên và nhóm bà mẹ nông cốt. Tình nguyện viên đóng vai trò quan trọng trong việc giám sát, hỗ trợ, kịp thời bổ sung kiến thức, kỹ năng cho nhóm bà mẹ nông cốt.

Truyền thông lan tỏa giữa các bà mẹ nông cốt với các bà mẹ có thai và bà mẹ có con nhỏ về việc thực hành NCBSM tại cộng đồng bằng các hình thức: họp nhóm, vãng gia, tranh thủ các cơ hội gặp nhau (như đi chợ, làm ruộng, làm việc, đi đám tiệc, dẫn trẻ vui chơi giải trí...) để phổ biến kiến thức và hỗ trợ thiết thực việc NCBSM.

3.3. Phương pháp theo dõi đánh giá mô hình

Để đánh giá hiệu quả của mô hình, các cuộc điều tra cắt ngang được tiến hành tại các thời điểm khác nhau trên địa bàn 2 xã (thời điểm trước và sau khi triển khai mô hình hoạt động). Dưới đây là các thông tin chi tiết liên quan đến các cuộc điều tra.

3.3.1. Cỡ mẫu: Trong phạm vi can thiệp này, chúng tôi xem hai xã Bình Thạnh Đông và Phú Thọ là một cộng đồng chung được can thiệp. Số lượng mẫu chung được xác định để đánh giá sử dụng theo công thức: $n = 1.96^2 p(1-p)/d^2$

Với $p = 0,12$ (p là tỷ lệ bú mẹ hoàn toàn trong 6 tháng đầu năm 2009); $d = 0,05$

Thay vào công thức tính được $n = 162$. Như vậy, mỗi đợt điều tra phỏng vấn ít nhất 162 bà mẹ.

3.3.2. Phương pháp chọn mẫu: Chọn 30 cụm theo phương pháp chọn mẫu chùm (trong cả hai xã), mỗi cụm chọn 6-7 bà mẹ có con nhỏ dưới 24 tháng tuổi.

3.3.3. Thu thập số liệu

- Công cụ: Sử dụng bộ câu hỏi được soạn sẵn (dựa vào bộ câu hỏi của Viện Dinh dưỡng Quốc gia, có bổ sung cho phù hợp với địa phương). Riêng về thực hành NCBSMHT, thông tin được thu thập và tính toán dựa trên định nghĩa của Tổ chức Y tế Thế giới (WHO) trong đó chỉ hỏi bà mẹ có con dưới 6 tháng tuổi và hỏi thông tin trẻ ăn uống trong 24 giờ qua.
- Người phỏng vấn: Các cán bộ Trung tâm Truyền thông giáo dục sức khỏe tỉnh An Giang được tập huấn về phương pháp điều tra.
- Phương pháp thu thập số liệu: Phỏng vấn trực tiếp các bà mẹ có con từ 01 ngày tuổi đến 24 tháng tuổi tại hộ gia đình theo phiếu điều tra được thiết kế trước.

3.3.4. *Thời gian điều tra:* tiến hành 3 đợt điều tra: Điều tra ban đầu vào tháng 08/2009, điều tra sau 1 năm: tháng 10/2010; điều tra sau 2 năm: tháng 10/2011

3.3.5. *Xử lý kết quả:* Kết quả điều tra được xử lý bằng phần mềm Epi Info 6.04. So sánh kết quả điều tra ban đầu với điều tra sau 1 năm, 2 năm bằng kiểm định thống kê phù hợp.

4. Kết quả nghiên cứu và bàn luận

4.1. Đặc điểm của đối tượng nghiên cứu

Phần lớn các bà mẹ có độ tuổi từ 17 đến 35 (91,5%), biết đọc biết viết (trình độ học vấn từ cấp I trở lên chiếm 91,5%) và nghề nghiệp chính là nội trợ, làm ruộng (77,5%). Có thể thấy rằng đây là nhóm đối tượng đang ở độ tuổi lao động, có sức khỏe tốt, có thể đọc và tiếp nhận các thông điệp truyền thông bằng nhiều kênh khác nhau như truyền thông trực tiếp, truyền thông gián tiếp. Tuy nhiên cần lựa chọn các tiếp cận phù hợp cho nhóm các bà mẹ không biết chữ.

4.2. Tình hình tiếp nhận thông tin NCBSM của bà mẹ

Bảng 1: Nguồn tiếp nhận thông tin NCBSM của bà mẹ

Nguồn	2009		2011		p
	Số người n=180	Tỷ lệ (%)	Số người n=200	Tỷ lệ (%)	
Truyền thông trực tiếp					
Từ cán bộ y tế	135	75	176	88	< 0,05
Từ tình nguyện viên	27	15	164	82	
Từ nhóm bà mẹ nông cốt	0	0	36	18	
Truyền thông gián tiếp					
Truyền hình	131	72,8	162	81	< 0,05
Loa truyền thanh của xã	52	28,9	74	37	
Tài liệu truyền thông	9	5	54	27	

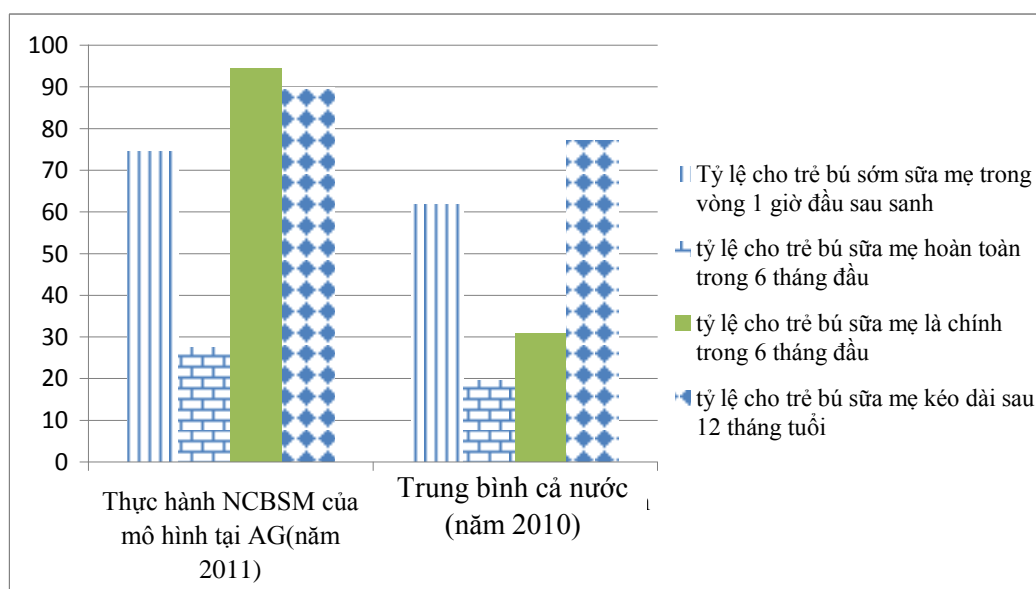
Trong 2 năm thực hiện mô hình, các hoạt động truyền thông triển khai đã được đối tượng tiếp nhận, đặc biệt là vai trò của tình nguyện viên và bà mẹ nông cốt. Nguồn thông tin về NCBSM nhận được từ tình nguyện viên và từ nhóm bà mẹ nông cốt tăng dần sau 2 năm ($p < 0,05$). Với truyền thông gián tiếp, các bà mẹ tiếp nhận thông tin nhiều nhất từ truyền hình, tiếp đến là từ loa truyền thanh của xã và từ các tài liệu truyền thông. Các tài liệu truyền thông cũng đến tay bà mẹ ngày càng nhiều hơn.

4.3. Hiệu quả của mô hình sau 2 năm triển khai hoạt động

Bảng 2: Hiệu quả của mô hình

Hiệu quả	2009		2011		p
	Số người n=180	Tỉ lệ (%)	Số người n=200	Tỉ lệ (%)	
1. Hiểu biết về NCBSM	136	75,6	195	97,5	<0,05
2. Cho trẻ bú mẹ sớm trong vòng 1 giờ đầu sau sinh	94	52,2	149	74,5	<0,05
3. NCBSMHT 6 tháng đầu	0	0	14	27,5	<0,05
4. Cho trẻ ăn uống thêm ngoài sữa mẹ trong 6 tháng đầu					
- Nước	38	74,5	27	52,9	<0,05
- Sữa bò	19	37,3	14	27,5	
- Mật ong, nước đường	6	11,8	1	2	
5. NCBSM là chính trong 6 tháng đầu	36	70,6	48	94,1	<0,05
6. Cho trẻ bú sữa mẹ kéo dài sau 12 tháng tuổi	64	77,2	88	89,8	<0,05

Kết quả bảng 3 cho thấy tỷ lệ bà mẹ có kiến thức và thực hành đúng theo các khuyến cáo về NCBSM của bà mẹ được nâng cao hàng năm. Cụ thể: Hiểu biết về NCBSM tăng từ 75,6% lên 97,5%; Thực hành cho trẻ bú sữa mẹ sớm sau sinh tăng từ 52,2% lên 70% (sau 1 năm can thiệp) và 74,5% (sau 2 năm can thiệp). Tỷ lệ này cao hơn tỷ lệ cho trẻ bú sớm sữa mẹ trong vòng 1 giờ đầu sau sinh tại bệnh viện Phụ sản Nhi bán công Bình Dương năm 2009 (29,7%). Tỷ lệ NCBSMHT trong 6 tháng đầu từ 0% lên 13% (sau 1 năm can thiệp) và 27,5% (sau 2 năm can thiệp). Các thực hành khác như cho trẻ bú sữa mẹ là chính, cho trẻ bú kéo dài sau 12 tháng tuổi cũng được cải thiện đáng kể.



Biểu đồ 1: So sánh các thực hành NCBSM với trung bình cả nước

Theo biểu đồ 1, các tỷ lệ thực hành NCBSM năm 2011 cao đều cao hơn mặt bằng cả nước năm 2010 (Tỷ lệ cho trẻ bú sớm sữa mẹ trong vòng 1 giờ đầu sau sanh là 74,5% so với trung bình cả nước là 61,7%, tỷ lệ NCBSMHT trong 6 tháng đầu là 27,5% so với trung bình cả nước là 19,6%, tỷ lệ cho trẻ bú sữa mẹ là chính trong 6 tháng đầu là 94,1% so với trung bình cả nước là 30,8%, tỷ lệ cho trẻ bú sữa mẹ kéo dài sau 12 tháng tuổi là 89,8% so với trung bình cả nước là 77%).

Tuy nhiên, hiện tại tỷ lệ thực hành NCBSM vẫn chưa cao. Để hiệu quả mô hình tốt hơn nữa cần vượt qua các rào cản sau:

- Thói quen cho bé uống nước, sử dụng thêm sữa ngoài, thôi bú sớm... vẫn còn phổ biến.
- Niềm tin của bà mẹ về NCBSM hoàn toàn trong 6 tháng đầu chưa vững vàng.
- Quảng cáo các loại sữa ngoài sữa mẹ còn thường xuyên.
- Lực lượng bà mẹ nông cốt còn mỏng và thiếu kiến thức, kỹ năng.

Tính thích hợp và khả năng tồn tại của mô hình:

- Mô hình bước đầu đã được cộng đồng chấp nhận và ủng hộ.
- Mô hình đã tồn tại từ năm 2009 và ngày càng phát triển đến nay.
- Những chi phí chính hàng năm (tập huấn, sản xuất tài liệu truyền thông, hỗ trợ các buổi họp nhóm của bà mẹ nông cốt...) để duy trì mô hình là không lớn, có khả năng trang trải từ kinh phí chương trình Dinh dưỡng của trung ương và địa phương trong tương lai gần.
- Mô hình đã được nhiều đoàn của các tỉnh bạn đến học tập chia sẻ kinh nghiệm, đặc biệt Chương trình phòng chống Suy dinh dưỡng trẻ em Quốc gia đã mời trình bày mô hình này trong các hội nghị khác nhau ở cấp quốc gia.
- Mô hình đang được khuyến khích nhân rộng ra các huyện khác trong tỉnh.

5. Kết luận và kiến nghị

5.1. Kết luận

- Mô hình “*Tăng cường thực hành nuôi con bằng sữa mẹ dựa vào cộng đồng*” tại 2 xã Bình Thạnh Đông và Phú Thọ huyện Phú Tân tỉnh An Giang thực hiện từ năm 2009 – 2011 là một mô hình trong đó nhóm các bà mẹ nông cốt được xây dựng ở từng thôn ấp đồng thời xây dựng cơ chế phối hợp giữa tình nguyện viên với nhóm bà mẹ nông cốt, đẩy mạnh các hoạt động truyền thông lan tỏa giữa bà mẹ nông cốt với bà mẹ có con nhỏ và phụ nữ có thai.
- Sau hơn 2 năm triển khai mô hình tỷ lệ hiểu biết về lợi ích NCBSM của bà mẹ có con dưới 24 tháng tuổi tăng (75,6% → 97,5%), tỷ lệ cho trẻ bú sữa mẹ trong vòng 1 giờ đầu sau sanh tăng (52,2% → 74,5%), tỷ lệ cho trẻ bú sữa mẹ hoàn toàn trong 6

tháng đầu tăng (0%→27,5%), tỷ lệ cho trẻ ăn uống thêm ngoài sữa mẹ giảm (nước: 74,5%→52,9%, sữa bò: 37,3%→27,5%, mật ong hoặc nước đường: 11,8%→2%), tỷ lệ cho trẻ bú sữa mẹ là chính tăng (70,6%→94,1%) và tỷ lệ cho trẻ bú sữa mẹ kéo dài sau 12 tháng tuổi tăng (77,2%→89,8%) .

- Mô hình đã đáp ứng được mục tiêu đề ra ban đầu.
- Hoạt động của mô hình giúp các bà mẹ có điều kiện thuận lợi hơn trong việc tiếp cận thông tin và chuyển đổi hành vi NCBSM theo hướng có lợi, góp phần thực hiện tốt mục tiêu phòng chống suy dinh dưỡng trẻ em tại địa phương, đảm bảo sự sống còn và phát triển của trẻ nhỏ.

5.2. Kiến nghị

Mô hình đang phát huy tác dụng, tuy nhiên vẫn còn nhiều rào cản. Cần tiếp tục đẩy mạnh các hoạt động truyền thông thường xuyên, liên tục. Xin đề xuất vài kiến nghị:

1. Tăng cường tập huấn kỹ thuật NCBSM cho bà mẹ nông cốt và phát triển lực lượng bà mẹ nông cốt trong mỗi ấp để mở rộng cơ hội tiếp cận và giúp đỡ nhiều bà mẹ hơn.
2. Tiếp tục đẩy mạnh hoạt động truyền thông về NCBSM, đa dạng hóa các hình thức truyền thông như: truyền thông đại chúng, truyền thông trực tiếp của cán bộ y tế, của tình nguyện viên, của bà mẹ nông cốt và sản xuất nhiều loại tài liệu truyền thông về NCBSM.
3. Phối hợp hoạt động với các chương trình y tế quốc gia, phòng chống suy dinh dưỡng trẻ em, dân số - kế hoạch hóa gia đình... để phát huy hiệu quả và đảm bảo tính bền vững cho mô hình.
4. Mở rộng hoạt động của mô hình đến các huyện còn lại trong tỉnh.
5. Cần có kinh phí và chính sách hỗ trợ cho tình nguyện viên và bà mẹ nông cốt từ dự án của UNICEF và chính quyền địa phương.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Báo điện tử Phụ nữ, *Chỉ có 10% trẻ bú mẹ hoàn toàn trong 6 tháng đầu*, ngày 20/7/2010.
2. Huỳnh Văn Tú, Nguyễn Vũ Linh (2009), *Thực trạng nuôi con bằng sữa mẹ trong thời gian nằm viện sau sinh tại bệnh viện Phụ sản Nhi bán công Bình Dương 2009*.
3. Unicef – Bài phát biểu của bà Lotta Sylwander –Lễ phát động tuần lễ NCBSM 2011 tại Việt Nam ngày 31/7/2011.
4. Unicef và Alive & Thrive, *Kéo dài kỳ nghỉ thai sản lên 6 tháng. Đầu tư hôm nay cho tương lai vững mạnh mai sau*, Tháng 04/2012.
5. Viện Dinh dưỡng Quốc gia, *Điều tra Dinh dưỡng năm 2010*.
6. Việt báo – Báo điện tử, *Chỉ có 10% trẻ bú mẹ hoàn toàn trong 4-6 tháng đầu*, ngày 24/11/2006.

KHẢO SÁT KIẾN THỨC VỀ CHĂM SÓC SỨC KHỎE THIẾT YẾU TẠI GIA ĐÌNH VÀ CỘNG ĐỒNG CỦA NGƯỜI DÂN BÀ RỊA - VŨNG TÀU NĂM 2013

*BSCKI. Nguyễn Văn Lân, CV. Nguyễn Thị Thanh An
CN. Cao Thị Phương Thủy, CN. Lê Thị Xuân
Trung tâm Truyền thông GDSK Bà Rịa - Vũng Tàu*

Tóm tắt đề tài

Để có được thông tin về thực trạng kiến thức người dân Bà Rịa - Vũng Tàu (BR-VT) về cách phòng chống bệnh tật thường gặp, các chương trình y tế đang triển khai trên địa bàn tỉnh từ đó xây dựng những kết hoạch can thiệp cho phù hợp, chúng tôi đã tiến hành đề tài “*Khảo sát kiến thức về chăm sóc sức khỏe thiết yếu tại gia đình và cộng đồng của người dân Bà Rịa - Vũng Tàu năm 2013*”. Kết quả nghiên cứu cho thấy: Tỷ lệ người dân tỉnh BR-VT có kiến thức đúng về chăm sóc sức khỏe thiết yếu tại gia đình và cộng đồng là 66,0%. Có mối liên quan giữa kiến thức về chăm sóc sức khỏe thiết yếu tại gia đình và cộng đồng với trình độ học vấn của người dân. Tỷ lệ người dân có kiến thức đúng ở nhóm có trình độ học vấn từ THPT trở lên cao hơn nhóm có trình độ học vấn từ THCS trở xuống. Nguồn cung cấp thông tin về chăm sóc sức khỏe thiết yếu tại gia đình và cộng đồng có hiệu quả từ đài truyền hình là 84,6%; cán bộ y tế, cộng tác viên - (62,6%); hệ thống loa phát thanh địa phương (54,0%); đài phát thanh - (49,3%); tờ rơi - (42,2%); người thân bạn bè - (39,2%); báo in, tạp chí - (32,9%); internet - (28,0%); bích chương, pano, băng rôn - (24,2%). Trên cơ sở đó, chúng tôi đã định hướng tăng cường phối hợp và đẩy mạnh hoạt động truyền thông nhằm nâng cao hiểu biết cho người dân để họ biết tự chăm sóc sức khỏe thiết yếu cho mình, gia đình và cộng đồng.

1. Đặt vấn đề

Trong công tác bảo vệ, chăm sóc và nâng cao sức khỏe cho người dân, công tác chăm sóc sức khỏe ban đầu có vị trí đặc biệt quan trọng, nó có thể ngăn chặn nhiều gánh nặng bệnh tật. Tổ chức Y tế Thế giới (WHO) ước tính rằng việc sử dụng tốt hơn các biện pháp chăm sóc sức khỏe ban đầu, có thể ngăn chặn đến 70% gánh nặng bệnh tật toàn cầu. Người dân biết chủ động tự bảo vệ, chăm sóc sức khỏe cho mình và gia đình là vấn đề then chốt trong công tác chăm sóc sức khỏe ban đầu. Muốn vậy, trước hết phải đẩy mạnh tuyên truyền phổ biến nâng cao kiến thức về chăm sóc sức khỏe thiết yếu cho mọi người dân. Để thực hiện hoạt động truyền thông có hiệu quả cần biết được hiện trạng người dân hiểu biết về những nội dung này như thế nào? Hiệu quả các nguồn cung cấp thông tin về chăm sóc sức khỏe thiết yếu tại gia đình và cộng đồng người dân được tiếp nhận như thế nào và có hay không mối liên quan giữa kiến thức đúng với đặc điểm dân số học của người dân? Vì vậy chúng tôi đã tiến hành đề tài nghiên cứu: “*Khảo sát kiến thức chăm sóc sức khỏe thiết yếu tại gia đình và cộng đồng của người dân Bà Rịa - Vũng Tàu năm 2013*” qua đó xây dựng chương

trình hành động truyền thông giáo dục sức khỏe (TT-GDSK) giai đoạn 2012-2015 tại tỉnh BR-VT.

2. Mục tiêu nghiên cứu

1. Xác định tỷ lệ người dân tỉnh BR-VT năm 2013 có kiến thức đúng về chăm sóc sức khỏe thiết yếu tại gia đình và cộng đồng.
2. Tìm hiểu các yếu tố liên quan đến kiến thức về chăm sóc sức khỏe thiết yếu tại gia đình và cộng đồng.
3. Xác định tỷ lệ hiệu quả các nguồn cung cấp thông tin về chăm sóc sức khỏe thiết yếu tại gia đình và cộng đồng mà người dân được tiếp nhận.

3. Phương pháp nghiên cứu

3.1. Đối tượng nghiên cứu

Các chủ hộ gia đình (vợ hoặc chồng) có trẻ em dưới 5 tuổi của đang sinh sống trên địa bàn tỉnh Bà Rịa - Vũng Tàu trong thời gian nghiên cứu.

3.2. Thời gian và địa điểm nghiên cứu

- Thời gian: tháng 10/2013 – tháng 11/2013.
- Địa điểm: 82 đơn vị hành chính cấp xã thuộc tỉnh BR-VT.

3.3. Phương pháp nghiên cứu

3.3.1. Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang.

3.3.2. Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu:

Cỡ mẫu: Áp dụng công thức tính cỡ mẫu xác định giá trị cho một tỷ lệ

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

Trong đó: * n: cỡ mẫu cần chọn

* Z: Hệ số tin cậy (Với độ tin cậy 95% thì Z = 1,96)

* α : Mức ý nghĩa thống kê (5%)

* P: Tỷ lệ kiến thức đúng về chăm sóc sức khỏe thiết yếu tại gia đình và cộng đồng (Theo nghiên cứu trước p = 0,65).

* d: Sai số cho phép (chọn d = 0,032)

Thay các giá trị trên, tính được n = 435. Trong điều kiện cho phép tăng tính chính xác chúng tôi tăng cỡ mẫu 2 lần, và 3% dự phòng mất mẫu chúng tôi lấy mẫu là 900.

Chọn mẫu:

- Chọn xã, phường/ thị trấn: Tỉnh Bà Rịa - Vũng Tàu có 82 đơn vị hành chính cấp xã (trong đó có 8 thị trấn, 25 phường và 49 xã), dựa vào bảng cộng dồn tổng số dân chọn ra 30 cụm xã/ phường theo phương pháp chọn cụm.
- Chọn tổ: Trong mỗi cụm đã được xác định trên, chọn ngẫu nhiên 3 tổ.
- Chọn hộ gia đình: Trong mỗi tổ của các xã/phường chọn 10 hộ điều tra.
 - + Lập danh sách hộ gia đình có trẻ em dưới 5 tuổi đang sinh sống trên địa bàn tổ, xã/phường nghiên cứu.
 - + Trong danh sách hộ nghiên cứu chọn ngẫu nhiên hộ đầu tiên, tiếp theo là các hộ kế tiếp gần nhất trong vùng đến khi đủ 10 hộ.
- Chọn đối tượng:
 - + Trong mỗi hộ phỏng vấn chọn bố hoặc mẹ của trẻ em dưới 5 tuổi.

3.4. Phương pháp xử lý và phân tích số liệu

- Xử lý số liệu: Nhập số liệu bằng phần mềm Epidata 3.1; phân tích số liệu bằng phần mềm SPSS 11.5.
- Phân tích số liệu: Mô tả tần số và tỷ lệ phần trăm; sử dụng phép kiểm định Chi bình phương (χ^2) và phép kiểm định Fisher ở mức ý nghĩa 0,05 để xác định mối liên quan giữa các biến số định tính.

4. Kết quả nghiên cứu

4.1. Đặc tính chung của đối tượng nghiên cứu

Trong 900 đối tượng tham gia nghiên cứu nữ giới chiếm 73,1%; 96,9% đối tượng nghiên cứu là người dân tộc Kinh. Nhóm nghề nghiệp công nhân viên chiếm tỷ lệ cao nhất 22,7%; nghề buôn bán (18%) nghề nông dân (13,1%); các nhóm nghề còn lại chiếm tỷ lệ thấp hơn. Trình độ học vấn chủ yếu là trung học cơ sở và trung học phổ thông (35,2% và 29%), đặc biệt có đến 25,9% có trình độ từ trung học chuyên nghiệp trở lên.

4.2. Kiến thức về chăm sóc sức khỏe thiết yếu tại gia đình và cộng đồng

Trong 900 đối tượng được phỏng vấn về một số bệnh lây nhiễm thì tỷ lệ kiến thức đúng cao nhất về bệnh tay chân miệng (89,3%), có thể đây là bệnh mới nổi được các cơ quan, ban ngành quan tâm tuyên truyền nhiều nên người dân có kiến thức đúng cao. Kiến thức đúng thấp nhất là bệnh sốt rét (56,9%), đây là bệnh nguy hiểm song lại tản phát và chủ yếu xuất hiện ở vùng rừng núi cho nên người dân có kiến thức về bệnh này ít hơn.

Bảng 1: Kiến thức đúng về chăm sóc sức khỏe thiết yếu (n=900)

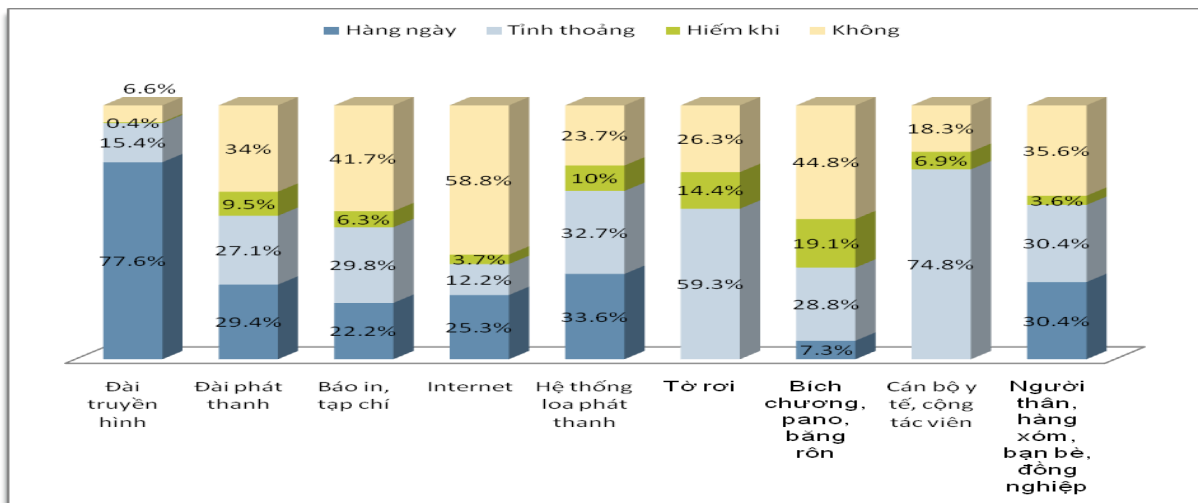
Kiến thức đúng	Tần số	Tỷ lệ (%)
Bệnh tay chân miệng	804	89

Bệnh sốt xuất huyết	642	71
Bệnh cúm A/H5N1	709	78
Bệnh cúm A/H1N1	628	69
Bệnh sốt rét	512	56
Bệnh tiêu chảy	545	60
Bệnh lao	662	73
HIV/AIDS	624	69
Bệnh phong	585	65
Bệnh đái tháo đường	478	53
Tăng huyết áp	421	46
Bệnh tâm thần cộng đồng	524	60
Chương trình tiêm chủng	827	91
Phòng chống suy dinh dưỡng trẻ em	734	81
Tai nạn thương tích ở trẻ em	521	57
Vệ sinh an toàn thực phẩm	585	65
Dân số - KHHGD	478	53

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy: Kiến thức đúng về chương trình tiêm chủng mở rộng đạt tỷ lệ cao nhất (91,9%); có thể nói đây là kết quả của chương trình tiêm chủng mở rộng liên tục trong suốt hơn 30 năm. Người dân có kiến thức về tăng huyết áp, đái tháo đường còn hạn chế, tỷ lệ có kiến thức đúng về các bệnh này tương ứng là 46,8% và 53,1%. Đây cũng là điều dễ hiểu vì chương trình phòng chống các bệnh không lây nhiễm mới được triển khai trong những năm gần đây, công tác tuyên truyền chưa được đẩy mạnh, bệnh tiến triển âm thầm... nên người dân chưa thật quan tâm, còn chủ quan.

Đánh giá chung kiến thức về chăm sóc khỏe thiết yếu tại gia đình và cộng đồng kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy 66,0% đối tượng nghiên cứu có kiến thức đúng. Đây là một kết quả đáng khích lệ.

4.3. Nguồn cung cấp thông tin truyền thông



Biểu đồ 1: Mức độ tiếp xúc nguồn cung cấp thông tin (N= 900)

Người dân được cung cấp kiến thức từ nhiều nguồn thông tin khác nhau, trong đó đài truyền hình được người dân tiếp cận nhiều nhất với tần suất hàng ngày lên tới 77,6%; Tuy nhiên có đến 58,8% người dân không tiếp cận với internet; đặc biệt có tới 74,8% người dân được tiếp cận nguồn thông tin từ cán bộ y tế ở tần suất thỉnh thoảng, điều này cho thấy hoạt động truyền thông của cộng tác viên và cán bộ y tế còn chưa thực sự liên tục.

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng cho thấy nguồn thông tin mà người dân cho rằng hiệu quả nhất trong việc cung cấp thông tin về dịch bệnh là đài truyền hình (84,6%), tiếp theo là cán bộ y tế, công tác viên (62,6%); hệ thống loa phát thanh địa phương cũng được đánh giá cao (54,0%). Đây sẽ là một gợi ý trong việc lựa chọn kênh truyền thông phù hợp.

4.4. Các yếu tố liên quan đến kiến thức về chăm sóc sức khỏe thiết yếu tại gia đình và cộng đồng

Bảng 2: Mối liên quan giữa kiến thức với đặc điểm dân số học (N= 900)

Kiến thức		Đúng		Chưa đúng		χ^2 , p
		Tần số	Tỷ lệ %	Tần số	Tỷ lệ %	
Đặc tính	Đặc tính	Tần số	Tỷ lệ %	Tần số	Tỷ lệ %	
Dân tộc	Kinh	574	65,8	298	34,2	p = 0,686
	Khác	20	71,4	8	28,6	$\chi^2 = 0,380$
Giới tính	Nam	162	66,9	80	33,1	p = 0,751
	Nữ	432	65,7	226	34,3	$\chi^2 = 0,131$
Trình độ học vấn	≤ THCS	250	61,6	156	38,4	p = 0,013
	> THCS	344	69,6	150	30,4	$\chi^2 = 6,450$
Nghề nghiệp	CBCC	141	69,1	63	30,9	p = 0,313
	Nghề khác	453	65,1	243	34,9	$\chi^2 = 1,143$

Nghiên cứu chưa tìm thấy sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa tỷ lệ kiến thức đúng về chăm sóc sức khỏe thiết yếu tại gia đình và cộng đồng với các đặc điểm dân tộc, giới tính và nghề nghiệp ($p > 0,05$).

Nghiên cứu cho thấy có mối liên quan giữa trình độ học vấn của người dân và kiến thức chung về phòng, chống một số bệnh thiết yếu. Những người có trình độ từ THCS trở lên có kiến thức đúng cao hơn người có trình độ học vấn dưới THCS, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê $p=0,015$.

5. Bàn luận

5.1. Đặc tính chung của đối tượng nghiên cứu

Đối tượng tham gia nghiên cứu đa số là nữ giới (73,1%), điều này rất phù hợp với mục tiêu của chúng tôi vì các bà mẹ thường là người chịu trách nhiệm chính trong việc chăm sóc sức khỏe trẻ và các thành viên trong gia đình. Mặt khác vì điều kiện con còn nhỏ nên các bà mẹ thường ở nhà chăm sóc con cái và nội trợ.

Mặt bằng trình độ học vấn của các đối tượng điều tra chủ yếu là trung học cơ sở (35,2%), trung học phổ thông (29,0%) phản ánh khách quan vì hiện nay các bà mẹ trẻ thường tối thiểu cũng học hết trung học cơ sở.

5.2. Kiến thức về chăm sóc sức khỏe thiết yếu tại gia đình và cộng đồng

Bệnh Tay chân miệng những năm qua đã triển khai quyết liệt, đồng bộ nhiều giải pháp, tăng cường công tác truyền thông giúp người dân chủ động tham gia phòng, chống bệnh Tay chân miệng, vì thế hiểu biết của người dân về phòng chống bệnh tay chân miệng đã tăng cao (89,3%).

Theo đánh giá của ngành Y tế tỉnh Bà Rịa-Vũng Tàu, tình hình sốt xuất huyết năm nay trên địa bàn đang diễn biến phức tạp, số ca sốt xuất huyết tăng gấp 1,5 lần so với cùng kỳ 2012 và gấp 2,2 lần so với trung bình 5 năm gần đây. Đây là dịch bệnh nguy hiểm và xảy ra quanh năm, công tác phòng chống được tăng cường, nên người dân đã có nhiều hiểu biết về dịch bệnh này (71,3%).

Các bệnh cúm A là những bệnh truyền nhiễm nguy hiểm, nhất là cúm A/H5N1, vì vậy công tác phòng chống cúm được chú trọng, hoạt động truyền thông được tăng cường, người dân hưởng ứng, nâng cao được kiến thức của cộng đồng với cúm A/H5N1 đạt 78,8%, A/H1N1 đạt 69,8%.

Cục Y tế dự phòng (Bộ Y tế) cho biết những ngày gần đây, số bệnh nhân tiêu chảy cấp nhập viện trên cả nước có xu hướng giảm. Các địa phương nhiều ngày qua không có bệnh nhân mới, công tác tuyên truyền cũng không được thường xuyên, có thể vì vậy mà người dân lơ là, tỷ lệ có kiến thức đúng trên địa bàn tỉnh chỉ đạt 60,6%.

Đến nay dịch sốt rét trên địa bàn tỉnh Bà Rịa - Vũng Tàu đã được đẩy lùi, tỷ lệ mắc thấp nên sự quan tâm của người dân về bệnh cũng giảm xuống, vì thế hiểu biết của người dân về bệnh sốt rét qua điều tra cũng không cao (56,9%).

Bà Rịa - Vũng Tàu nằm trong vùng B2 về dịch tễ lao, hàng năm trung bình phát hiện 1400-1500 ca mắc mới, công tác phòng chống lao đã và đang được triển khai quyết liệt, trong đó công tác truyền thông là giải pháp then chốt và hiệu quả, kết quả điều tra 73,6% người dân có kiến thức đúng về triệu chứng bệnh lao.

Bà Rịa - Vũng Tàu đã thanh toán được bệnh phong công tác truyền thông phòng chống bệnh phong cũng không được thường xuyên, người dân cũng có phần ít quan tâm... tỷ lệ người hiểu biết đúng về dấu hiệu bệnh phong ở mức 65,0% .

Theo thống kê của Trung tâm Phòng chống HIV/AIDS tỉnh, đến nay cả 8 địa phương trong tỉnh đều có người nhiễm HIV. Đối tượng nhiễm HIV không còn tập trung trong một số nhóm nguy cơ cao như nghiện ma túy, mại dâm, đồng tính... mà đã xuất hiện ở cả những đối tượng là nông dân, cán bộ, thanh niên tuyền nghĩa vụ quân sự, thai phụ... Nhằm giảm thiểu số người nhiễm HIV, trong thời gian qua, Trung tâm Phòng, chống HIV/AIDS tỉnh đã cùng với các ban, ngành, đoàn thể địa phương đẩy mạnh thực hiện nhiều giải pháp, trong đó tập trung chủ yếu vào công tác giáo dục truyền thông thay đổi hành vi phòng chống lây nhiễm HIV. Tuy nhiên tỷ lệ đối tượng có kiến thức đúng về con đường không gây lây nhiễm HIV/AIDS chỉ ở mức khá (69,3%). Con số này đòi hỏi cần phải tăng cường hơn nữa công tác truyền thông để nâng tỷ lệ hiểu biết về HIV của người dân trong những năm tới.

Tỷ lệ đái tháo đường ở nước ta tăng từ 2,7% vào năm 2002, lên 5,3% trong năm 2012, và 5,8% trong năm 2013. Tuy vậy, tỷ lệ người dân có kiến thức đúng về bệnh ĐTD chỉ là 53,1%.

Tương tự như bệnh đái tháo đường, tỷ lệ kiến thức đúng về bệnh tăng huyết áp của người dân năm 2013 cũng đạt thấp (46,8%). Tuy so với năm 2012 có tăng (năm 2012 là 40,3%), nhưng nhìn chung tỷ lệ này còn rất thấp so với yêu cầu. Có thể chương trình Tăng huyết áp mới được triển khai, công tác tuyên truyền chưa được đẩy mạnh, bệnh tiến triển âm thầm “kẻ giết người thầm lặng”, nên người dân chưa thật quan tâm, còn chủ quan.

Chương trình chăm sóc sức khỏe tâm thần cộng đồng đã và đang được triển khai tích cực, người dân đã hiểu biết và quan tâm nhất định đến chương trình này. Kết quả điều tra kiến thức chung đúng của người dân là 60,2%.

Chương trình phòng chống suy dinh dưỡng trẻ em đã triển khai đồng bộ, hoạt động nề nếp từ nhiều năm nay. Tỷ lệ suy dinh dưỡng trẻ em năm 2012 tại Bà Rịa - Vũng Tàu là 9,5% (toàn quốc gần 20%). Tương tự, chương trình tiêm chủng mở rộng cũng được thực hiện nề nếp và cũng có thể do thời gian qua công tác tuyên truyền tiêm chủng được tăng cường, bên cạnh đó trên toàn quốc có một số tai biến sau tiêm nên người dân rất quan tâm. Mặt khác, phần lớn đối tượng tham gia phỏng vấn là các bà mẹ, người trực tiếp chăm sóc trẻ nên tỷ lệ hiểu biết về tiêm chủng đạt rất cao (91,9%), phòng chống suy dinh dưỡng là 81,6%.

Vấn đề đảm bảo VSATTP luôn được xã hội đặc biệt quan tâm, hơn nữa, phụ nữ đóng vai trò quan trọng trong việc đảm bảo an toàn thực phẩm trong gia đình và cộng đồng, mà đối tượng phỏng vấn đa số là nữ giới, chị em thường rất quan tâm và chú ý tiếp thu cho mình những kiến thức đúng thông qua nhiều kênh truyền thông khác nhau như tạp chí, báo đài,... Do vậy tỷ lệ đối tượng có kiến thức đúng về VSATTP đạt khá cao (85,8%).

Công tác DS-KHHGD đã được triển khai đồng bộ, thường xuyên với mạng lưới cộng tác viên rộng khắp, tỷ lệ biết các biện pháp tránh thai hiện đại đạt cao: đặt vòng 80,8%; bao cao su 70,3%; thuốc tránh thai 68,3%. Tuy vậy, do ít được tuyên truyền, ít người quan tâm nên tỷ lệ biết về biện pháp uống thuốc đối với nam giới còn rất thấp (5,3%).

Qua khảo sát, tỷ lệ người dân có kiến thức chung đúng về chăm sóc sức khỏe thiết yếu tại gia đình và cộng đồng đạt 66,0%. Tuy tỷ lệ chỉ ở mức khá, song do nội dung phỏng vấn rộng nên người dân chưa có được sự hiểu biết đầy đủ, nhất là những chương trình mới được triển khai. Tuy vậy, so với năm 2012 cũng đã có chuyển biến tích cực (năm 2012 đạt 65%).

5.3. Nguồn cung cấp thông tin truyền thông

Thời gian qua, công tác thông tin, giáo dục, truyền thông nâng cao nhận thức và ý thức của cộng đồng trong phòng chống bệnh tật và chăm sóc sức khỏe nói chung luôn được triển khai tích cực, phong phú về nội dung, đa dạng về hình thức và kênh truyền thông đã đạt được những kết quả quan trọng. Với lợi thế vừa phát tiếng lại có hình ảnh ấn tượng minh họa, đáp ứng thị hiếu cả nghe và nhìn, nên kênh truyền hình là nguồn cung cấp thông tin hàng ngày và được người dân đánh giá là hiệu quả nhất (84,6%), kế đến là đội ngũ cán bộ y tế, các cộng tác viên truyền thông trực tiếp tại cộng đồng (62,6%).

5.4. Các yếu tố liên quan đến kiến thức về chăm sóc sức khỏe thiết yếu

Người có học vấn từ THCS trở lên có kiến thức đúng về chăm sóc sức khỏe thiết yếu tại gia đình cao hơn người có trình độ dưới THCS, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê $p < 0,05$. Điều này có thể giải thích người có trình độ cao thì khả năng tiếp cận các thông tin đúng về bệnh tật cao hơn, vì vậy cần phổ cập giáo dục THCS sẽ góp phần giúp các bà mẹ có kiến thức chăm sóc sức khỏe tốt hơn.

6. Khuyến nghị

Đối với Trung tâm truyền thông GDSK:

- Tăng cường truyền thông về các bệnh nguy hiểm, mới nổi đồng thời duy trì truyền thông về bệnh không lây.
- Ưu tiên kênh truyền thông qua nhân viên y tế, các cộng tác viên, qua đài phát thanh truyền hình.
- Nâng cao chất lượng hoạt động của các phương tiện truyền thông như loa đài, tờ rơi, pano, áp phích.

Đối với Sở Y tế:

- Theo bộ tiêu chí về chuẩn quốc gia về y tế xã giai đoạn 2011-2020 thì yêu cầu kiến thức của người dân về chăm sóc sức khỏe thiết yếu tại gia đình và cộng đồng rất cao khó đạt được trong tình hình hiện tại. Do đó, kiến nghị Sở Y tế không giao chỉ tiêu này hàng năm mà để kết thúc chương trình hành động vào cuối năm 2015 sẽ đánh giá đầu ra của chương trình.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2009), *Cẩm nang phòng chống bệnh truyền nhiễm*, NXB Hà Nội, tr.188-200, 229-235, 406-410.
2. Bộ Y Tế - Cục Y tế Dự phòng và Môi trường (2010), *Hỏi đáp phòng chống bệnh cúm A (H1N1)*, NXB Hà Nội.
3. Bộ Y tế - Dự án tăng cường CSSKBD - Trung tâm truyền thông giáo dục sức khỏe (2000), *Thực hành truyền thông giáo dục sức khỏe về chăm sóc sức khỏe bà mẹ và trẻ em tại cộng đồng*, NXB Y học – Unicef.
4. Bộ Y tế (2001), *Hỏi đáp về vệ sinh an toàn thực phẩm*, NXB Y học, tr.16, 32.
5. Bộ Y tế (2008), *Tài liệu tập huấn phát hiện, báo cáo kịp thời các ca bệnh H5N1 ở người và kiểm soát sự lây lan*, Nhà xuất bản Hà Nội, tr.5-11.
6. Hoàng Minh (2000), *Bệnh Lao và nhiễm HIV/AIDS*, Nhà xuất bản Y học, tr.44-61.
7. Trung tâm Truyền thông Giáo dục sức khỏe Trung ương (2010), *“Phòng, chống tiêu chảy ở trẻ em”*, Nhà xuất bản thông tấn.
8. Trường Đại học Y khoa Thái Bình - Bộ môn Nội (2006), *Bệnh học nội Khoa tập I*, Nhà xuất bản Y học.
9. Nguyễn Minh Tuấn (2002), *Các rối loạn tâm thần - Chẩn đoán và điều trị*, Nhà xuất bản Y học - Hà Nội.
10. WHO (2008), *“Address at the International Conference Dedicated to the 30th Anniversary of the Declaration of Alma-Ata”*
<http://www.who.int/dg/speeches/2008/20081015/en/index.html>.

THỰC TRẠNG KIẾN THỨC, THÁI ĐỘ, THỰC HÀNH VỀ SỨC KHỎE SINH SẢN VỊ THÀNH NIÊN CỦA HỌC SINH TRƯỜNG TRUNG HỌC PHỔ THÔNG BẮC KẠN NĂM 2013

BSCKII. Tạ Văn Nam
Trung tâm Truyền thông GDSK Bắc Kạn

Tóm tắt nghiên cứu

Mang thai ngoài ý muốn, nạo phá thai, tảo hôn ở lứa tuổi vị thành niên để lại hậu quả nghiêm trọng về sức khỏe và tinh thần cũng như tương lai của vị thành niên. Để có biện pháp truyền thông kịp thời, phù hợp cho đối tượng vị thành niên chúng tôi đã tiến hành đề tài nghiên cứu “*Thực trạng kiến thức, thái độ, thực hành về sức khỏe sinh sản vị thành niên của học sinh trường trung học phổ thông Bắc Kạn năm 2013*”. Kết quả nghiên cứu cho thấy có 58% đối tượng nghiên cứu có kiến thức tốt về sức khỏe sinh sản (SKSS), 28% có kiến thức trung bình và 15% có kiến thức yếu, điều này phản ánh thực tế tỷ lệ biết các nội dung như dấu hiệu dậy thì, thời điểm dễ thụ thai, các biện pháp tránh thai cũng như hậu quả của mang thai ngoài ý muốn đều rất thấp. Về thái độ: 48% đối tượng nghiên cứu có thái độ tốt, 41% có thái độ trung bình và 11% có thái độ yếu. Thái độ chưa tốt một phần do kiến thức của các em còn chưa đầy đủ dẫn đến những hành vi sai lầm hoặc “phó mặc” trong tình cảm yêu đương, quan hệ tình dục (QHTD) trong lứa tuổi học sinh và trên hết là có thể dẫn tới việc mang thai ngoài ý muốn ảnh hưởng nhiều đến kinh tế, sức khỏe, tương lai... của các em. Kết quả về mức độ thực hành CSSKSS thì tốt chiếm 35%, trung bình lên tới 51% và 14% thực hành ở mức độ yếu, tập trung vào các hành vi như: QHTD sớm, không sử dụng BPTT khi QHTD.

1. Đặt vấn đề

Trước thực trạng mang thai ngoài ý muốn, nạo phá thai, tảo hôn... xảy ra nhiều ở lứa tuổi vị thành niên (VTN), đặc biệt là tại nhóm học sinh đang theo học tại các trường trung học phổ thông (THPT) trên địa bàn tỉnh, để lại hậu quả là ảnh hưởng đến sức khỏe, kết quả học tập và tương lai của các em. Nguyên nhân chính là do nhận thức, thái độ về lĩnh vực chăm sóc sức khỏe sinh sản (CSSKSS) còn hạn chế, dẫn đến có những hành vi không có lợi. Cũng đã có một số nghiên cứu về vấn đề kiến thức, thái độ, thực hành (KAP) liên quan tới sức khỏe sinh sản vị thành niên (SKSS VTN). Nhưng trên địa bàn tỉnh Bắc Kạn, tính đến đầu năm 2013 chưa có nghiên cứu nào về lĩnh vực này, nhất là ở lứa tuổi học sinh THPT. Do vậy câu hỏi đặt ra ở đây là: *Kiến thức và thái độ về lĩnh vực chăm sóc sức khỏe sinh sản của các đối tượng này ra sao? Từ kiến thức và thái độ như vậy thì vấn đề thực hành về sức khỏe sinh sản của các đối tượng này sẽ diễn ra như thế nào? Nhu cầu về cung cấp thông tin về sức khỏe sinh sản cho các đối tượng này có thực sự là cần thiết không? Xuất phát từ lý do đó chúng tôi tiến hành đề tài nghiên cứu “Thực trạng kiến thức, thái độ, thực hành về sức khỏe sinh sản vị thành niên của học sinh trường trung học phổ thông Bắc Kạn năm 2013”*. Kết quả nghiên cứu sẽ góp phần hoạch định kế hoạch truyền thông giáo dục sức khỏe về CSSKSS cho VTN trên địa bàn.

2. Mục tiêu nghiên cứu

1. Mô tả thực trạng kiến thức, thái độ, thực hành về sức khỏe sinh sản vị thành niên tại trường trung học phổ thông Bắc Kạn năm 2013.
2. Xác định nhu cầu truyền thông về chăm sóc sức khỏe sinh sản vị thành niên trong đối tượng nghiên cứu.

3. Phương pháp nghiên cứu

3.1. Địa điểm nghiên cứu:

Trường THPT Bắc Kạn - Thành phố Bắc Kạn - Tỉnh Bắc Kạn.

3.2. Đối tượng nghiên cứu: Học sinh đang học của trường THPT Bắc Kạn (năm học 2013-2014).

3.3. Thời gian nghiên cứu: Từ tháng 09/2013 đến tháng 11/2013

3.4. Phương pháp nghiên cứu: Mô tả cắt ngang

Cỡ mẫu: Áp dụng công thức tính cỡ mẫu cho việc ước lượng một tỷ lệ trong quần thể

$$n = \left[Z_{1-\alpha/2}^2 \cdot \frac{pq}{d^2} \right]$$

Trong đó:

- n là cỡ mẫu tối thiểu cần nghiên cứu
- $Z_{1-\alpha/2}^2 = 1,96$ ứng với $\alpha = 0,05$
- P = 0,5 (nghiên cứu chọn p= 0,5 để đạt cỡ mẫu lớn nhất)
- d: Độ chính xác tuyệt đối của p (sai số tối đa cho phép so với trị số thực trong quần thể). Chọn d = 0,05

Như vậy cỡ mẫu tối thiểu là 385 học sinh. Trên thực tế để tránh những sai số do đối tượng chia sẻ thông tin thiếu hoặc không tốt thì chúng tôi phỏng vấn thêm 15 học sinh, vậy cỡ mẫu cuối cùng của chúng tôi là 400.

Chọn mẫu: Theo phương pháp ngẫu nhiên có hệ thống:

- Lập danh sách tất cả các học sinh trong trường (theo thứ tự các lớp từ 12, 11, 10 và theo A, B, C).
- Xác định khoảng cách mẫu: $k = N/n$
- Trong danh sách học sinh, chọn học sinh đầu tiên ngẫu nhiên $n_1 < k$
- Chọn học sinh thứ 2: $n_2 = n_1 + k$
- Tương tự như vậy chọn học sinh thứ 3, 4, 5....

3.5. Công cụ thu thập số liệu: Thông tin thu thập bằng phiếu tự điền, khuyết danh.

3.6. Kỹ thuật thu thập số liệu:

- Giới thiệu mục đích nghiên cứu.
- Giới thiệu nội dung của phiếu tự điền, giải thích một số cụm từ học sinh chưa rõ.
- Học sinh tự điền phiếu dưới sự hướng dẫn, giám sát của điều tra viên.

3.7. Xử lý số liệu: Toàn bộ số liệu được làm sạch trước và sau khi nhập vào máy tính bằng phần mềm EPI DATA.

4. Kết quả nghiên cứu

4.1. Kiến thức, thái độ, thực hành về SKSS của các đối tượng nghiên cứu

4.1.1. Kiến thức của VTN về SKSS

Tỷ lệ VTN biết được 3 dấu hiệu dậy thì chiếm 97%; Tỷ lệ VTN nêu đúng về tuổi kết hôn chiếm 100%, nêu đúng về giai đoạn dễ có thai nhất trong chu kỳ kinh nguyệt chiếm 42%, không đúng chiếm 25%.

Kiến thức của VTN về sử dụng bao cao su trong QHTD để tránh thai là (91%), vòng tránh thai (69%), sử dụng viên tránh thai khẩn cấp là 53%, xuất tinh ra ngoài âm đạo là 48%, biện pháp sử dụng thuốc tiêm và cấy tránh thai lần lượt là (21% và 17%).

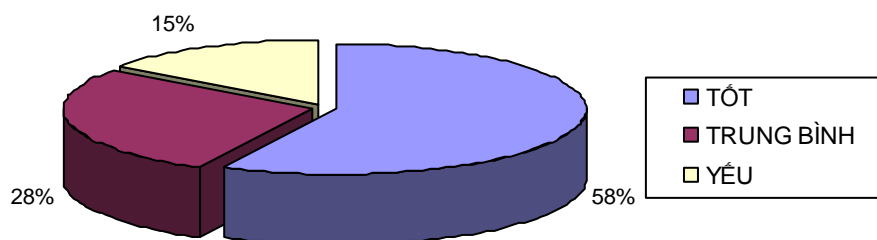
Tỷ lệ VTN biết về ảnh hưởng của nạo phá thai tới sức khỏe chiếm 93%, tới tâm lý 72%, tới tương lai 63% và kinh tế 58%.

VTN cơ bản đều biết về các tai biến sau nạo phá thai với các tỷ lệ lần lượt: chảy máu (52%); vô sinh (37%), nhiễm trùng huyết (35%), thủng dạ con (25%), chửa ngoài dạ con (21%), có 8% không biết gì về vấn đề này.

Tỷ lệ VTN biết về các bệnh lây truyền qua đường tình dục (LTQĐTD) như: HIV/AIDS chiếm 78%, bệnh lậu là 65%, bệnh nấm là 40%, giang mai là 40%, các bệnh LTQĐTD như viêm gan B, bệnh trùng roi, Chlamydia chiếm tỷ lệ thấp hơn lần lượt là (31%, 27% và 23%), Tỷ lệ VTN trả lời không biết về các bệnh lây truyền qua đường tình dục vẫn còn chiếm tỷ lệ là 12%.

VTN biết các đường lây truyền HIV/AIDS cao nhất là do dùng chung bơm kim tiêm (85%); QHTD không dùng bao cao su (67%); truyền máu không an toàn (65%); Dùng chung dao cạo, kim xăm (62%); mẹ truyền sang con (42%); Chỉ có 22% số đối tượng cho rằng dùng chung bàn chải răng có thể làm lây truyền HIV/AIDS. Bên cạnh đó vẫn còn một số VTN vẫn cho rằng muỗi và côn trùng đốt vẫn có khả năng lây truyền HIV/AIDS (5%).

Đánh giá chung về mức độ kiến thức tỷ lệ VTN có kiến thức tốt về SKSS chiếm 58%, trung bình là 28%, yếu chiếm 15%.



Biểu đồ 1: Đánh giá chung về kiến thức của VTN về CSSKSS

4.1.2. Thái độ của VTN về CSSKSS

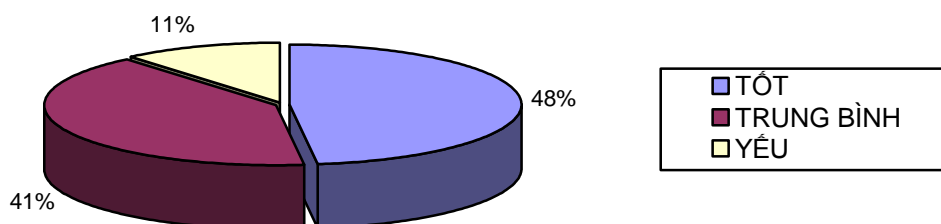
VTN cho rằng không nên có người yêu trong độ tuổi học sinh chiếm 38%; có cũng được chiếm tỷ lệ 36%; và chỉ có 6,5% cho rằng là rất cần thiết.

35% số VTN cho rằng tuyệt đối không QHTD trước hôn nhân, 13% cho rằng không nên QHTD, 21% cho rằng QHTD cũng được, 19% nên QHTD, 4% cho rằng rất cần QHTD trước hôn nhân.

VTN đều cho rằng bắt buộc phải dùng các biện pháp tránh thai (BPTT) khi QHTD chiếm 56%, nên dùng 32%, có thể dùng chiếm 7%, vẫn có 2,25% cho rằng không nên dùng BPTT.

Hầu hết VTN đều cho rằng việc giáo dục SKSS trong nhà trường là rất cần thiết (74%), và cần thiết 22%, không cần thiết chỉ chiếm 1%, như vậy thái độ các em đều có xu hướng muốn được nhận những kiến thức thông tin về lĩnh vực này cho đầy đủ hơn.

VTN có thái độ tốt về SKSS chiếm 48%, trung bình là 41%, yếu chiếm 11%.



Biểu đồ 2: Đánh giá chung về Thái độ của VTN về CSSKSS

4.1.3. Thực hành của VTN về CSSKSS

58% số đối tượng nghiên cứu đã có người yêu, 27,9% trong số đó đã QHTD (chiếm 16,75% trong tổng số đối tượng nghiên cứu). Phần lớn VTN có QHTD lần đầu ở khách sạn/ nhà nghỉ (43%).

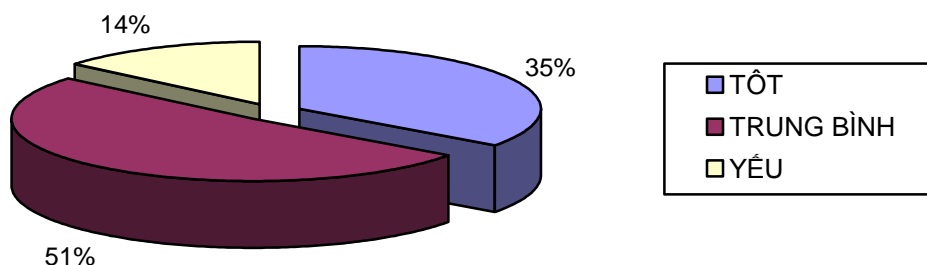
Tỷ lệ VTN sử dụng BPTT trong lần QHTD đầu tiên thấp chỉ chiếm 48%.

Trong số VTN sử dụng các BPTT trong lần QHTD đầu tiên thì thuốc tránh thai khẩn cấp chiếm tỷ lệ cao nhất (59%); bao cao su (25%), tiếp đến là xuất tinh ra ngoài âm

đạo (16%), không ai áp dụng biện pháp tính vòng kinh và uống thuốc tránh thai theo tháng.

Lý do VTN không sử dụng BPTT trong lần QHTD đầu tiên chủ yếu là không có phương tiện (66%) và không thích sử dụng (20%). Tuy nhiên vẫn còn tới 14% VTN cho rằng không biết cách sử dụng BPTT.

Đánh giá về mức độ thực hành CSSKSS thì ở mức độ tốt chiếm 35%, trung bình chiếm 51%, yếu vẫn còn chiếm 14%.



Biểu đồ 3: Đánh giá chung về thực hành của VTN về CSSKSS

4.2. Xác định nhu cầu của đối tượng nghiên cứu về truyền thông và cung cấp kiến thức về SKSS

Trong 400 đối tượng được phỏng vấn thì: 86,5% số đối tượng cho rằng rất cần thiết phải truyền thông và cung cấp kiến thức về SKSS cho VTN, 8,75% cho rằng cần thiết.

Nguồn thông tin về SKSS mà VTN muốn nhận được tương đối phong phú từ các nguồn như cha mẹ, thầy cô, bạn bè, cán bộ y tế, cán bộ tư vấn... Tỷ lệ mong muốn được nhận thông tin cao nhất từ cán bộ y tế (48%), từ cha mẹ 16%, từ thông tin đại chúng (12%), từ thầy cô giáo là 11%.

5. Bàn luận

5.1. Thực trạng kiến thức, thái độ, thực hành trong việc chăm sóc SKSS của VTN

5.1.1. Kiến thức về SKSS của VTN

Hiểu biết về dấu hiệu dậy thì: Qua nghiên cứu ta nhận thấy phần lớn số lượng VTN có kiến thức cơ bản về SKSS VTN, các em cũng đã nhận thức được những biến đổi của cơ thể cũng như nhận biết được các dấu hiệu trong độ tuổi dậy thì như ở nam là: mộng tinh, vỡ giọng, mọc lông mu, lông nách...; ở nữ là: cơ thể phát triển nhanh, bắt đầu có kinh nguyệt, phát triển vú, mọc lông mu và lông nách...

Tỷ lệ VTN nêu đúng về tuổi kết hôn chiếm 100%, nêu đúng về giai đoạn dễ có thai nhất trong chu kỳ kinh nguyệt chiếm 42%, không đúng chiếm 25%, không biết 33%. Kết quả này cao hơn kết quả nghiên cứu của Phạm Quang Ngọc và cũng cao hơn điều tra SAVY khi vị thành niên được hỏi về kiến thức thời điểm dễ có thai trong chu kỳ kinh nguyệt chỉ có dưới 27,8% trả lời đúng. Như vậy các em đều nắm vững về tuổi kết hôn

theo luật định, tuy nhiên nêu đúng về giai đoạn dễ có thai nhất trong chu kỳ kinh nguyệt chỉ chiếm 42%, trong khi đó kiến thức này lại rất quan trọng trong việc phòng mang thai ngoài ý muốn.

Hiểu biết về các biện pháp tránh thai: nghiên cứu cho ta thấy hầu hết VTN có thể kể tên được các BPTT và BPTT mà VTN biết đến nhiều nhất là sử dụng Bao cao su trong QHTD để tránh thai (91%), sau đó đến biện pháp vòng tránh thai (69%), sử dụng viên tránh thai khẩn cấp là 53%, xuất tinh ra ngoài âm đạo là 48%, Biện pháp sử dụng thuốc tiêm và cây tránh thai thấp nhất (21% và 17%). Kết quả này cao hơn nghiên cứu của Trường Đại học Y Thái Bình.

Hiểu biết các ảnh hưởng và các tai biến nạo phá thai ở tuổi VTN: Kết quả cho thấy đa số VTN trong nghiên cứu đều biết được các ảnh hưởng của nạo phá thai ở tuổi VTN sẽ ảnh hưởng tới sức khỏe, tới tâm lý, kinh tế và tới tương lai. Tỷ lệ VTN biết về ảnh hưởng của nạo phá thai tới sức khỏe chiếm cao nhất 93%, tới tâm lý là 72%, tới tương lai là 63% và kinh tế là 58%. Kết quả của chúng tôi thấp hơn kết quả nghiên cứu của Trung tâm nghiên cứu Dân số và sức khỏe nông thôn thuộc đại học Y Thái Bình; nhưng cao hơn kết quả của Nguyễn Khắc Quyền nghiên cứu tại Yên Bái (2010).

Đánh giá mức độ về kiến thức chung về SKSS cho thấy tỷ lệ VTN có kiến thức tốt về SKSS chiếm 58%, trung bình là 28%, yếu chiếm 15%. Điều này phản ánh thực tế từ hiểu biết về các dấu hiệu dậy thì, về thời điểm dễ thụ thai trong chu kỳ kinh nguyệt, về các BPTT, các tai biến do có thai ngoài ý muốn... Như vậy, để nâng cao tỷ lệ VTN có kiến thức tốt về SKSS cần tăng cường các hoạt động tuyên truyền phổ biến kiến thức và nâng số giờ học ngoại khóa về lĩnh vực này.

5.1.2. Thái độ của VTN về các nội dung SKSS

Thái độ VTN về việc có người yêu ở tuổi VTN, QHTD trước hôn nhân: Thái độ của VTN về việc có người yêu ở tuổi VTN phần lớn đều cho rằng không nên có (chiếm 38%). Tỷ lệ này thấp hơn nghiên cứu của Nguyễn Khắc Quyền (Yên Bái - 2010) (47,7%); có cũng được chiếm tỷ lệ 36%; chỉ có 6,5% cho rằng là rất cần thiết. Song VTN lại có vẻ dễ dàng chấp nhận có QHTD ở tuổi học trò khi có tới 21% cho rằng QHTD cũng được, 19% nên QHTD, 4% cho rằng rất cần QHTD trước hôn nhân. Kết quả nghiên cứu này phù hợp với kết quả nghiên cứu tại 3 tỉnh Hà Nội, Vĩnh Phú, Thái Bình.

Về thái độ trong việc sử dụng BPTT trong QHTD ở lứa tuổi VTN: Qua nghiên cứu ta thấy thái độ của VTN đều cho rằng bắt buộc phải dùng BPTT khi QHTD chiếm 56%, Nên dùng 32%, có thể dùng chiếm 7%, nhưng vẫn có 2,25% cho rằng không nên dùng BPTT. Tỷ lệ này thấp hơn nghiên cứu của SAVY và nghiên cứu của Nguyễn Khắc Quyền (Yên Bái). Như vậy cho thấy thái độ của VTN về lĩnh vực này còn nhiều hạn chế, việc bắt buộc phải dùng các BPTT là thực sự cần thiết tuy nhiên chỉ có hơn nửa số VTN được phỏng vấn cho rằng bắt buộc phải sử dụng BPTT (56%), vẫn có ý kiến cho rằng không nên sử dụng BPTT. Từ đây ngành y tế - ngành giáo dục đào tạo cũng cần tăng

cường tuyên truyền để giúp học sinh có thái độ tích cực trong việc sử dụng các BPTT khi QHTD.

Kết quả nghiên cứu tại biểu đồ 2 cho thấy tỷ lệ VTN có thái độ tốt về SKSS chiếm 48%, trung bình là 41%, yếu chiếm 11%. Kết quả này phản ánh sự tương đồng giữa kiến thức và thái độ, từ đó cho thấy muốn có thái độ tốt về lĩnh vực này trước hết cần cung cấp đầy đủ thông tin phải biết về vấn đề đó. Vẫn còn 11% tỷ lệ VTN có thái độ ở mức độ yếu, như vậy rất đáng lo ngại cho nhóm đối tượng này, vì khi thái độ chưa thực sự tốt, chưa tích cực có thể dẫn đến những hành vi sai lầm hoặc “phó mặc” trong tình cảm yêu đương, QHTD trong lứa tuổi học sinh và trên hết là có thể dẫn tới việc mang thai ngoài ý muốn ảnh hưởng nhiều đến kinh tế, sức khỏe, tương lai... của các em.

5.1.3. Thực hành về SKSS của VTN

Trong tổng số 400 VTN kết quả cho thấy có 240 học sinh đã có người yêu chiếm 58% trong nhóm đối tượng nghiên cứu. Trong các độ tuổi của đối tượng nghiên cứu, kết quả cho thấy tỷ lệ VTN bắt đầu có người yêu ở độ tuổi còn nhỏ trước 16 tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất (43,75%) thấp nhất ở độ tuổi trên 17 (25%). Tỷ lệ này cao hơn nghiên cứu của Nguyễn Khắc Quyền (Yên Bái - 2010) chỉ có 50%. Thực tế, trong điều kiện hiện nay, kinh tế, văn hoá, xã hội phát triển; môi trường sống sẽ tác động đến tình yêu của vị thành niên, học sinh nảy nở tình yêu đôi lứa sớm hơn. Đây là nội dung hết sức tế nhị, vì vậy khoảng 58% trả lời có người yêu theo chúng tôi đây là số liệu cũng tương đối phù hợp.

Trong số 240 VTN trả lời đã có người yêu thì những hành vi mà VTN thường làm nhiều nhất khi đi chơi với người yêu lần lượt là: cầm tay (80%), ôm hôn (45,8%), không làm gì (20%). 27,9% trong số đã có người yêu đã có QHTD kết quả này cao hơn so với nghiên cứu của SAVY.

Thực tế cho thấy việc “yêu sớm”, “yêu thoáng” ở lứa tuổi VTN đã dẫn đến việc QHTD sớm. Có thể do bị động nhưng cũng có thể do đòi hỏi từ phía bạn tình nhất là phía nam giới (thường có suy nghĩ thoáng hơn về QHTD). Kết quả cho thấy phần lớn VTN có QHTD lần đầu ở khách sạn/ nhà nghỉ (43%) – có nghĩa là có sự chủ động từ cả 2 phía trong QHTD lần đầu với nhau, ở nhà mình (16,5%); Nơi vắng người (12%); Nhà trọ 10,5%. Như vậy việc QHTD của nhóm đối tượng này với tỷ lệ nêu trên cũng là một tỷ lệ tương đối phù hợp, vì hiện nay công nghệ thông tin, phim ảnh trên mạng Internet rất phổ biến, việc lan tràn những sản phẩm phim ảnh đồi trụy... đôi khi cũng tác động lớn đến thái độ và hành vi trong vấn đề QHTD, tác động đến trào lưu “yêu thoáng”, “QHTD thoáng”... ảnh hưởng nhiều tới hành vi QHTD của nhóm đối tượng này. Do vậy cần có những hoạt động tuyên truyền sâu rộng trong VTN về lĩnh vực này.

Tỷ lệ VTN không sử dụng BPTT trong lần QHTD đầu tiên cao 52%, tỷ lệ này cao hơn nghiên cứu của Phạm Quang Ngọc (38%). Như vậy tỷ lệ này rất đáng lo ngại khi VTN chưa có hành vi tích cực trong việc sử dụng BPTT trong QHTD, như vậy thể hiện chưa chuẩn bị về mặt tinh thần, về phương tiện tránh thai, bị động trong QHTD lần đầu tiên. Lý do VTN không sử dụng BPTT trong lần QHTD đầu tiên chủ yếu là không có

phương tiện (66%) và không thích sử dụng chiếm 20%. Tuy nhiên vẫn còn tới 14% VTN cho rằng không biết cách sử dụng BPTT, điều này đáng “báo động”, do vậy cần có can thiệp sâu phổ biến kiến thức về các BPTT, cách sử dụng, đồng thời thể hiện trách nhiệm phối hợp giữa Gia đình - Nhà trường và Ngành y tế.

Trong số VTN sử dụng các BPTT trong lần QHTD đầu tiên thì thuốc tránh thai khẩn cấp chiếm tỷ lệ cao (59%); BCS (25%), tiếp đến là xuất tinh ra ngoài âm đạo (16%). Kết quả thực hành này trái ngược với hiểu biết của các em (*Kiến thức về sử dụng Bao cao su trong QHTD để tránh thai là (91%), vòng tránh thai (69%), sử dụng viên tránh thai khẩn cấp là 53%, xuất tinh ra ngoài âm đạo là 48%*) và cũng ngược với kết quả với nghiên cứu của Phạm Công Thu Hiền và cộng sự với tỷ lệ VTN sử dụng BPTT là BCS (42,1%), viên tránh thai khẩn cấp (40,4%). Tỷ lệ thực hành BPTT bằng viên khẩn cấp cao, điều này cũng dễ hiểu vì viên tránh thai rất sẵn có trên thị trường, dễ mua, tuy nhiên điều rất nguy hại đến tâm lý cũng như sinh sản của các em sau này, nhất là đối với VTN dùng nhiều lần trong tháng. Do đó cần phải có truyền thông nâng cao nhận thức của VTN về ưu và nhược điểm của các BPTT để các em cân nhắc thực hành.

Đánh giá về mức độ thực hành trong CSSKSS (biểu đồ 3) thì ở mức độ tốt về thực hành chiếm 35%, trung bình chiếm 51%, yếu vẫn còn chiếm 14%. Như vậy so sánh với mức độ tốt về kiến thức, thái độ với thực hành ta thấy tương đối phù hợp. Đây là thực trạng đáng bàn trong lĩnh vực CSSKSS cho nhóm đối tượng này. Muốn có thực hành về CSSKSS tốt cần nâng cao kiến thức cho VTN về vấn đề này. Tuy nhiên giữa nhận thức và thực hành không hẳn đã tương đồng. Đôi khi có kiến thức tốt chưa hẳn đã thực hành tốt, cần phải nâng cao đồng bộ cả về kiến thức, thái độ mới mong có thực hành đúng, thực hành tốt. Do vậy khi tuyên truyền phổ biến chúng ta cần chú trọng tác động tới nhóm đối tượng này nâng cao đồng đều cả kiến thức, thái độ và thực hành.

5.2. Xác định nhu cầu về truyền thông, cung cấp kiến thức về CSSKSS VTN

Việc đánh giá nhu cầu cần truyền thông về nội dung CSSKSS trong nhóm đối tượng nghiên cứu thì rất cần thiết 86,5%; cần thiết 8,75%; và 4,75% cho rằng có cũng được và không có cũng không sao, không có đối tượng nào cho là không cần thiết. Như vậy nhận thức của VTN về CSSKSS còn hạn chế nhưng các em có thái độ tích cực trong việc thu nhận kiến thức về vấn đề này thông qua các hoạt động truyền thông bằng các hình thức cụ thể thiết thực. Từ kết quả này cho thấy việc truyền thông về CSSKSS sẽ tác động vào đúng nhu cầu của VTN, đây là hoạt động chủ yếu nhằm nâng cao kiến thức cho VTN, từ đó thay đổi thái độ trong CSSKSS theo hướng tích cực, giúp các em thực hành được đúng đắn trong vấn đề liên quan tới SKSS VTN như: Yêu đương, QHTD trước hôn nhân, sử dụng các BPTT trong QHTD.....

Kết quả về thăm dò nguồn thông tin về SKSS mà VTN muốn nhận được từ các kênh tương đối phong phú như: từ cha mẹ, thầy cô, bạn bè, cán bộ y tế, cán bộ tư vấn.... Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy tỷ lệ mong muốn được nhận thông tin cao nhất từ cán bộ y tế (48%), cha mẹ chỉ 16%, từ thông tin đại chúng (12%), từ thầy cô giáo 11%. Như

vậy, VTN mong muốn được tuyên truyền tư vấn trực tiếp từ những người có chuyên môn là CBYT, những người này có thể giúp cho các đối tượng nhận thức rõ ràng, đầy đủ hơn về CSSKSS, giúp tư vấn các BPTT, địa chỉ các dịch vụ liên quan CSSKSS. Các em ít tin tưởng với những người thân trong gia đình, thầy cô giáo trong vấn đề chia sẻ thông tin về CSSKSS. Qua đây nhà trường và gia đình cũng cần có những biện pháp giáo dục tuyên truyền một cách thân thiện, cởi mở để các em có thể tự tin chia sẻ những băn khoăn của mình về giới tính về QHTD...từ đó mới góp phần cùng ngành y tế nâng cao kiến thức, thái độ và thực hành của các em trong lĩnh vực này.

6. Kiến nghị

Nâng cao kiến thức, thái độ và thực hành về CSSKSS cho VTN:

- Đưa nội dung CSSKSS vào chương trình giáo dục chính khóa hoặc ngoại khóa tại các trường trung học cơ sở, trung học phổ thông.
- Có sự kết hợp chặt chẽ, thường xuyên giữa gia đình, nhà trường và xã hội trong giáo dục và giải quyết các vấn đề SKSS.

Đáp ứng cơ bản nhu cầu về TT GDSK lĩnh vực CSSKSS:

- Ngành y tế giữ vai trò chủ đạo trong việc phối hợp với nhà trường, gia đình trong việc phổ biến, truyền thông các kiến thức, kỹ năng thực hành trong CSSKSS trong đối tượng VTN.
- Tăng cường sản xuất, in ấn và cung cấp các loại tài liệu về CSSKSS phù hợp với VTN nhằm nâng cao kiến thức, thay đổi thái độ theo hướng tích cực và thực hành những hành vi có lợi trong CSSKSS với đối tượng VTN, nhất là giảm tỷ lệ chấp nhận yêu sớm, giảm tỷ lệ QHTD trong lứa tuổi VTN.
- Cần triển khai những nghiên cứu can thiệp (cả định tính và định lượng) để đánh giá so sánh hiệu quả trước sau bằng việc TT-GDSK về SKSS.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2009), *Hướng dẫn chuẩn Quốc gia về các dịch vụ chăm sóc sức khỏe sinh sản*, Hà Nội.
2. Bộ Y tế, Tổng cục thống kê, Unicef (2003), *Điều tra Quốc gia vị thành niên và thanh niên Việt Nam (SAVYI)*, Hà Nội, tr 14-55.
3. Nguyễn Linh Chi (2010), *Kiến thức, thái độ, thực hành và các yếu tố liên quan trong phòng, chống lây nhiễm HIV/AIDS của sinh viên trường cao đẳng sư phạm Yên Bái năm 2010*, Yên Bái.
4. Lê Cự Linh, Nguyễn Thanh Nga, Nguyễn Đức Thành, Lê Minh Thi, Đào Hoàng Bách. *Nghiên cứu dọc về sức khỏe sinh sản VTN và thanh niên tại một vùng đô thị hoá huyện Chí Linh tỉnh Hải Dương: kết quả sơ bộ modul 1*. Báo cáo nghiên cứu, Trường đại học Y tế Công cộng, Hà Nội.
5. Ngô Thị Lương (2010), *Thực trạng kiến thức, thái độ, thực hành về sức khỏe sinh*

- sản của học sinh trung học phổ thông thành phố Bắc Giang và hiệu quả can thiệp,*
6. Phạm Quang Ngọc (1999), *Nghiên cứu sự hiểu biết một số kiến thức về sức khỏe sinh sản tuổi vị thành niên ở thành phố Hải Phòng*, Báo cáo khoa học Trường Đại học Quốc gia Hà Nội, Hà Nội.
 7. Nguyễn Khắc Quyền (2011), *Thực trạng kiến thức, thái độ, hành vi và kết quả can thiệp truyền thông GDSK về sức khỏe sinh sản của học sinh Trung học Phổ thông thành phố Yên Bái năm 2010-2011*.
 8. Trường Đại học Y Thái Bình-Trung tâm nghiên cứu dân số và sức khỏe nông thôn, *Kết quả thí điểm chiến lược tăng cường sức khỏe vị thành niên*, Nxb Y học, Hà Nội, 2003.

KHẢO SÁT KIẾN THỨC, THỰC HÀNH VỀ BỆNH TAY CHÂN MIỆNG CỦA BÀ MẸ CHĂM SÓC TRẺ DƯỚI 5 TUỔI TẠI PHƯỜNG HẠP LĨNH, THÀNH PHỐ BẮC NINH, NĂM 2013

Bùi Thế Thực
Trung tâm Truyền thông GDSK Bắc Ninh

Tóm tắt nghiên cứu

Với mục tiêu khảo sát kiến thức, thực hành và tìm hiểu các yếu tố liên quan đến kiến thức, thực hành về bệnh tay chân miệng (TCM) của bà mẹ chăm sóc trẻ dưới 5 tuổi và tại phường Hạp Lĩnh, thành phố Bắc Ninh năm 2013, nghiên cứu mô tả cắt ngang tiến hành từ tháng 5-10/2013 trên 420 đối tượng là bà mẹ chăm sóc trẻ dưới 5 tuổi tại phường Hạp Lĩnh - thành phố Bắc Ninh cho kết quả: có 95,2% đối tượng đã nghe nói về bệnh TCM, tỷ lệ bà mẹ hiểu tác nhân gây bệnh là do vi rút đường ruột chiếm 36,4 %, đường lây bệnh TCM là qua đường tiêu hóa chiếm 41,2%, 71,7% các bà mẹ cho rằng trẻ đi học tại nhà trẻ là yếu tố nguy cơ lây truyền bệnh TCM, 75% đối tượng nói được biểu hiện của bệnh, tỷ lệ hiểu biết về các biến chứng do bệnh TCM gây ra cao nhất là viêm não – màng não 3,9%, 46,9% đối tượng cho rằng trẻ dưới 3 tuổi dễ mắc bệnh, 54,5% đối tượng biết thời gian phát bệnh từ 3-10 ngày. Có 97,9% bà mẹ rửa tay bằng xà phòng và nước sạch, 64% các bà mẹ rửa tay sau khi đi vệ sinh, các bà mẹ thực hiện cho trẻ ăn chín uống sôi chiếm tỷ lệ 70,5; 95,7% các bà mẹ thực hiện làm sạch bề mặt, vật dụng tiếp xúc hàng ngày của trẻ, trong đó, tỷ lệ làm sạch bằng nước là 60%, bằng xà phòng là 44,5%, bằng Cloramin B 2% là 16,2%; 99% bà mẹ thu gom xử lý phân, chất thải của trẻ.

1. Đặt vấn đề

Bệnh tay chân miệng (TCM) là bệnh truyền nhiễm do vi rút đường ruột gây ra, lây từ người sang người, dễ gây thành dịch và được xếp vào nhóm bệnh dịch nguy hiểm mới nổi giai đoạn 2013-2016. Tại Bắc Ninh, ca bệnh tay chân miệng đầu tiên được phát hiện vào tháng 6/2011. Số ca mắc tăng nhanh theo từng năm. Riêng trong hơn 2 tháng đầu năm 2013, toàn tỉnh đã phát hiện được 36 ca tay chân miệng. Trước thực trạng trên, ngành Y tế và các địa phương đã chỉ đạo và triển khai nhiều biện pháp đồng bộ, quyết liệt và cơ bản không chế kịp thời, không để bệnh dịch lan rộng. Tuy nhiên, thông qua hoạt động truyền thông phòng chống dịch bệnh TCM cho thấy, mặc dù được quan tâm song vẫn còn nhiều bất cập, hiệu quả của các biện pháp phòng chống dịch còn thấp, nhận thức của cộng đồng về bệnh TCM còn hạn chế. Trong khi đó, bệnh TCM có tốc độ lây lan nhanh và ảnh hưởng lớn đến sức khỏe và tính mạng của trẻ nhỏ. Theo dự báo, dịch bệnh TCM có thể có nguy cơ bùng phát trở lại nếu không có biện pháp phòng bệnh chủ động. Vì thế phòng, chống bệnh TCM đang trở thành mối quan tâm của ngành Y tế và cả cộng đồng.

Trong công tác phòng chống dịch bệnh TCM, người mẹ có vai trò quan trọng vì họ trực tiếp chăm sóc trẻ. Tuy nhiên kiến thức về bệnh TCM của đối tượng này còn hạn chế

dẫn đến thực hành phòng chống bệnh TCM chưa đúng, chưa đủ. Đây là một trong những nguyên nhân dẫn đến tỷ lệ mắc bệnh TCM ở trẻ còn cao.

Phường Hạp Lĩnh, thành phố Bắc Ninh có tốc độ đô thị hóa nhanh, đời sống nhân dân ngày càng được cải thiện nhờ phát triển kinh tế trang trại, kinh doanh, dịch vụ. Đây cũng là địa phương có số trẻ dưới 5 tuổi khá cao (715 trẻ). Năm 2012, Hạp Lĩnh có số trẻ em mắc bệnh TCM cao nhất so với 19 xã, phường của thành phố (26 ca).

Ở Bắc Ninh chưa có đề tài nào khảo sát về thực trạng kiến thức, thực hành của người chăm sóc trẻ dưới 5 tuổi về bệnh TCM.

Từ thực tế trên, tôi nhận thấy cần tiến hành nghiên cứu “*Khảo sát kiến thức, thái độ, thực hành về bệnh tay chân miệng của bà mẹ chăm sóc trẻ dưới 5 tuổi tại phường Hạp Lĩnh, thành phố Bắc Ninh năm 2013*”.

2. Mục tiêu nghiên cứu

1. Khảo sát kiến thức, thực hành về bệnh tay chân miệng của bà mẹ chăm sóc trẻ dưới 5 tuổi tại phường Hạp Lĩnh, TP. Bắc Ninh năm 2013.
2. Tìm hiểu các yếu tố liên quan đến kiến thức, thực hành về bệnh tay chân miệng của bà mẹ chăm sóc trẻ dưới 5 tuổi tại phường Hạp Lĩnh, TP. Bắc Ninh.

3. Phương pháp nghiên cứu

3.1. Thiết kế nghiên cứu: Mô tả cắt ngang có phân tích.

3.2. Thời gian và địa điểm nghiên cứu

- Thời gian: Từ tháng 5 - 10/2013
- Địa điểm: Phường Hạp Lĩnh, thành phố Bắc Ninh, tỉnh Bắc Ninh

3.3. Đối tượng nghiên cứu

- Bà mẹ chăm sóc trẻ dưới 5 tuổi tại phường Hạp Lĩnh, thành phố Bắc Ninh

3.4. Chọn mẫu

- Cỡ mẫu: Áp dụng công thức tính cỡ mẫu: $n = Z^2_{(1-\alpha/2)} * p(1-p) / d^2$

Trong đó: n: Số bà mẹ cần điều tra

p: là tỷ lệ ước số bà mẹ đạt kiến thức về bệnh TCM là 50% (p=0,5)

Z: ứng với độ tin cậy 95% (z =1,96)

α : là mức ý nghĩa thống kê, lấy $\alpha = 5\%$

d: sai số cho phép 5% (d= 0,05)

Thay vào công thức ta tính được n = 384. Ước lượng 10% vắng mặt hoặc từ chối phỏng vấn và làm tròn số bà mẹ tham gia phỏng vấn là 420 bà mẹ.

- Phương pháp chọn mẫu
 - + Lập danh sách bà mẹ có con dưới 5 tuổi theo vần A, B, C,....
 - + Chọn mẫu theo phương pháp ngẫu nhiên hệ thống: Hệ số $k = N/n = 2$
 - + Với hệ số $k=2$ thì cứ 2 bà mẹ ta lấy 1 người (đánh số tự động trong danh sách) cho đến khi được 420 bà mẹ.

3.5. Phân tích số liệu: Bằng phần mềm SPSS 13.0

3.6. Một số khái niệm và thước đo

Căn cứ vào Quyết định 1003/QĐ-BYT ngày 30 tháng 3 năm 2012 của Bộ Y tế xác định kiến thức, thực hành đúng, nghiên cứu mặc định một số thước đo về kiến thức, thực hành về bệnh TCM như sau:

- Kiến thức đạt: Trả lời đúng trên 50% nội dung về bệnh TCM.
- Kiến thức không đạt: Trả lời đúng dưới 50% nội dung về bệnh TCM.
- Thực hành đạt: trên 50% số thực hành đúng về phòng chống bệnh TCM.
- Thực hành không đạt: dưới 50% số thực hành đúng về phòng chống bệnh TCM.

4. Kết quả nghiên cứu

4.1. Thông tin chung về đối tượng nghiên cứu

Bảng 1: Thông tin chung về đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm		Tần số	Tỷ lệ (%)
Nhóm tuổi	Từ 19 - 25 tuổi	59	14
	Từ 26 - 35 tuổi	273	65
	Từ 36 - 49 tuổi	88	21
Học vấn	Không đi học	3	0,7
	Tiểu học	45	10,7
	Trung học cơ sở	115	27,4
	Trung học phổ thông	227	54,1
	Sơ cấp/Trung cấp	30	7,1
Nghề nghiệp chính	Làm ruộng	104	24,7
	Công chức/viên chức	44	10,5
	Công nhân	200	47,6
	Bán hàng/kinh doanh	46	11
	Trông trẻ, giúp việc gia đình	6	1,4
	Nội trợ	20	4,8

Kết quả nghiên cứu cho thấy, các bà mẹ trong nghiên cứu tuổi từ 18 trở lên, trong đó tập trung nhiều nhất từ 25- 35 tuổi, chiếm 65%; độ tuổi 18- 25 chiếm tỷ lệ thấp nhất (14%).

Số bà mẹ chăm sóc trẻ không đi học chiếm tỉ lệ thấp nhất (0,7%), các bà mẹ có trình độ học hết phổ thông trung học chiếm tỷ lệ cao nhất (54,1%), tiếp đến là trung học cơ sở chiếm 27,4%.

Nghề nghiệp của các bà mẹ: làm công nhân tại các khu công nghiệp, cụm công nghiệp trên địa bàn phường và các khu vực lân cận chiếm tỷ lệ 47,6%. Có 24,7% số bà mẹ làm ruộng. Số bà mẹ còn lại là công chức, viên chức, bán hàng kinh doanh, nghề nội trợ.

4.2. Kiến thức của bà mẹ về bệnh tay chân miệng

Có tới 95,2% đối tượng đã nghe nói về bệnh TCM. Tuy nhiên vẫn còn 4,8% bà mẹ chưa được tiếp cận với những thông tin về bệnh TCM.

Bảng 2: Kiến thức về tác nhân gây bệnh TCM

Tác nhân gây bệnh	Tần số	Tỷ lệ (%)
Do vi rút đường hô hấp	202	48,1
Do vi rút đường ruột	153	36,4
Do ký sinh trùng đường ruột	65	15,5

Tỷ lệ bà mẹ hiểu đúng về tác nhân gây bệnh do vi rút đường ruột chiếm 36,4%. Còn lại 48,1% cho là do vi rút đường hô hấp, 15,5% do ký sinh trùng đường ruột.

Bảng 3: Kiến thức về đường lây bệnh TCM

Đường lây	Tần số	Tỷ lệ (%)
Qua đường tiêu hóa	173	41,2
Qua tiếp xúc trực tiếp với phân, dịch mũi họng, bọt (bóng) nước bị vỡ của trẻ bệnh	281	66,9
Qua tiếp xúc với đồ chơi, thìa, bát, bàn ghế bị nhiễm mầm bệnh.	143	34

Tỷ lệ bà mẹ hiểu đường lây bệnh TCM qua đường tiêu hóa chiếm 41,2%, qua tiếp xúc trực tiếp với phân, dịch mũi họng, bọt (bóng) nước bị vỡ của trẻ bệnh chiếm tỷ lệ cao nhất là 66,9%.

Việc trẻ đi học tại nhà trẻ được 71,7% các bà mẹ cho là yếu tố nguy cơ lây truyền bệnh TCM, 52,6% các bà mẹ cho rằng đến nơi tập trung, vui chơi giải trí là yếu tố nguy cơ, 5,7% cho rằng chơi ở nhà một mình là yếu tố nguy cơ lây bệnh.

Bảng 4: Kiến thức về biểu hiện chính của bệnh

Biểu hiện chính của bệnh	Tần số	Tỷ lệ (%)
Tổn thương da, niêm mạc dưới dạng phỏng nước toàn cơ thể.	68	16,2
Tổn thương da, niêm mạc dưới dạng phỏng nước ở các vị trí khác nhau	315	75
Tổn thương niêm mạc dưới dạng phỏng nước ở các vị trí khác nhau	37	8,8

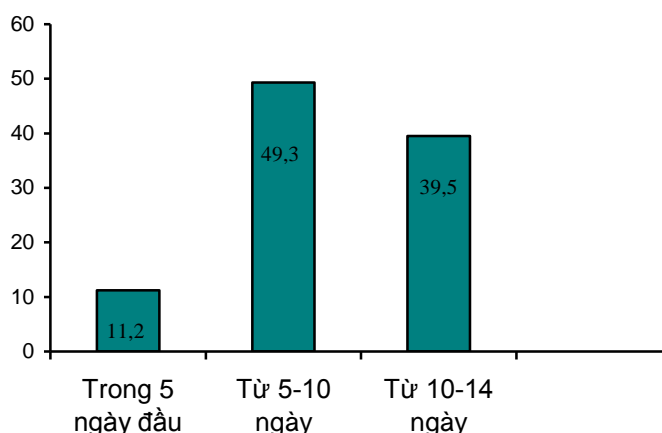
Bảng 4 cho thấy tỷ lệ đối tượng nói được biểu hiện của bệnh là 75%.

Kiến thức của đối tượng nghiên cứu về các biến chứng nguy hiểm do bệnh TCM gây ra: viêm não – màng não (31,9%), viêm cơ tim (20,2%) và phù phổi cấp (19,3).

Kiến thức về độ tuổi dễ mắc bệnh: 46,9% đối tượng cho rằng trẻ dưới 3 tuổi dễ mắc bệnh, 42,6% đối tượng cho rằng lứa tuổi từ 3- 5 tuổi dễ mắc.

Kiến thức về thời gian phát bệnh: 54,5% biết thời gian phát bệnh là từ 3-10 ngày.

Kiến thức về việc cần làm khi trẻ mắc TCM: Cách ly trẻ tại nhà (42,6%), không cho trẻ đến nhà trẻ, không cho trẻ tiếp xúc với các trẻ khác (42,1%), đưa ngay trẻ đến cơ sở y tế gần nhất (65,7%), hạn chế ôm, hôn trẻ chiếm tỷ lệ thấp nhất (16%).



Biểu đồ 1: Thời gian cách ly khi trẻ bị TCM

Có 39,5% các bà mẹ cho rằng thời gian cách ly khi trẻ mắc bệnh TCM từ 10 – 14 ngày. Tỷ lệ các bà mẹ cho rằng nên cách ly trong khoảng 5-10 ngày là 49,3%.

Kiến thức về dấu hiệu cần đưa trẻ tới cơ sở y tế: 71% bà mẹ biết cần phải đưa trẻ tới cơ sở y tế khi trẻ sốt trên 39⁰C và kéo dài trên 48 giờ; dấu hiệu ngủ lịm, chân tay yếu được ít bà mẹ cho là cần đưa trẻ đến cơ sở y tế.

Kiến thức về thuốc điều trị và vắc xin phòng bệnh: 31,2% bà mẹ cho rằng hiện nay chưa có thuốc điều trị đặc hiệu mà chỉ có thuốc điều trị hỗ trợ; 50,5% các bà mẹ không biết

về thuốc điều trị bệnh TCM, 33,1% bà mẹ cho rằng chưa có vắc xin phòng bệnh và có 60,5% bà mẹ không biết về vắc xin phòng bệnh TCM.

Kiến thức về biện pháp phòng bệnh: Có 93,8% các bà mẹ cho rằng có biện pháp phòng bệnh TCM. Tỷ lệ các bà mẹ biết về biện pháp vệ sinh ăn uống để phòng bệnh là cao nhất (65%).

Tỷ lệ bà mẹ có kiến thức về bệnh TCM ở mức đạt chiếm 28,6%, không đạt là 71,4%.

4.3. Thực hành về phòng bệnh tay chân miệng

Thực hành rửa tay

- Có 97,9% bà mẹ thực hiện rửa tay bằng xà phòng và nước sạch. Thời điểm các bà mẹ rửa tay nhiều nhất là sau khi đi vệ sinh (chiếm 64%) và thời điểm ít rửa tay nhất là trước khi bế trẻ.
- Việc rửa tay bằng xà phòng và nước sạch cho trẻ được 97,9% các bà mẹ thực hiện. Thời điểm rửa tay cho trẻ nhiều nhất là trước khi bế trẻ (chiếm 81,3%), thời điểm trẻ ít được rửa tay nhất là sau khi trẻ đi vệ sinh.

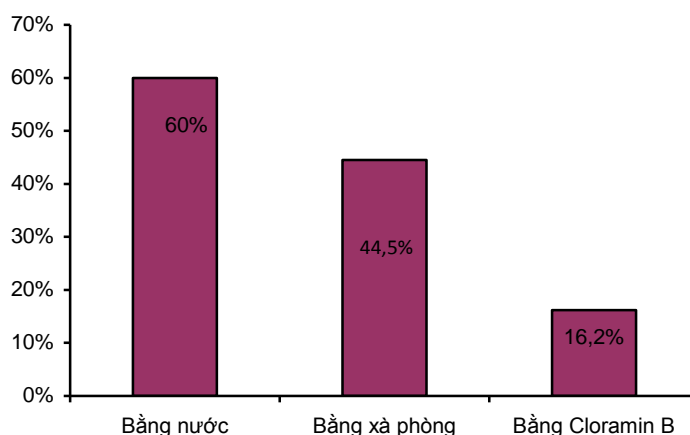
Thực hành vệ sinh ăn uống cho trẻ

Bảng 5: Thực hành vệ sinh ăn uống cho trẻ

Thực hiện	Tần số	Tỷ lệ (%)
Cho trẻ ăn chín, uống sôi	296	70,5
Vật dụng ăn uống của trẻ được vệ sinh sạch sẽ	133	31,7
Sử dụng nước sạch trong sinh hoạt hằng ngày	138	32,9
Không món thức ăn cho trẻ	97	23,1
Không cho trẻ ăn bốc, mút tay, ngậm đồ chơi	166	39,5
Không cho trẻ dùng chung khăn ăn, khăn tay	178	42,4
Không cho trẻ dùng chung vật dụng ăn uống như cốc, bát, đĩa, thìa, đồ chơi.	81	19,7

Cho trẻ ăn chín uống sôi: Được các bà mẹ thực hiện với tỷ lệ cao nhất (70,5%), không cho trẻ dùng chung vật dụng ăn uống như cốc, bát, đĩa, thìa, đồ chơi được thực hiện với tỷ lệ thấp nhất (19,7%).

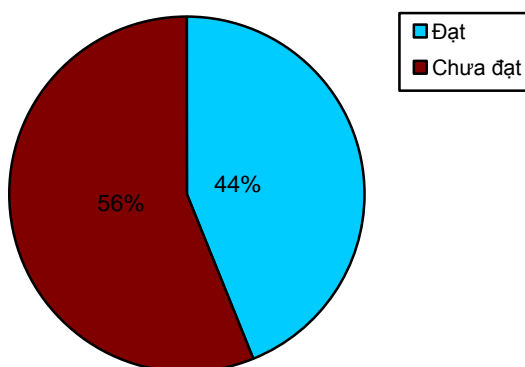
Làm sạch bề mặt, vật dụng tiếp xúc hàng ngày của trẻ: Có 95,7% các bà mẹ thực hiện công việc này.



Biểu đồ 2: Cách vệ sinh bề mặt, vật dụng tiếp xúc với trẻ

Tỷ lệ các bà mẹ làm sạch bề mặt vật dụng tiếp xúc với trẻ bằng nước chiếm tỷ lệ cao nhất (60%), bằng xà phòng chiếm 44,5%, bằng Cloramin B 2% chiếm 16,2%.

99% bà mẹ thu gom xử lý phân, chất thải của trẻ.



Biểu đồ 3: Thực hành phòng bệnh TCM

Tỷ lệ thực hành phòng chống bệnh TCM chưa đạt chiếm 56%, đạt chiếm 44%.

5. Kết luận và kiến nghị

5.1. Kết luận

- Kiến thức về bệnh TCM của đối tượng nghiên cứu còn nhiều hạn chế, có tới 71,4% bà mẹ tham gia nghiên cứu có kiến thức chưa đạt, trong đó chủ yếu là các kiến thức về đường lây và các yếu tố nguy cơ mắc bệnh TCM.
- Thực hành phòng chống bệnh TCM còn hạn chế: Tỷ lệ thực hành đạt chỉ chiếm 44%, trong đó thực hành rửa tay thường xuyên với xà phòng và nước sạch đạt tỷ lệ cao 97,9%.

5.2. Kiến nghị

- Tăng cường tập huấn, đào tạo cho đội ngũ cán bộ, nhất là cán bộ y tế xã, y tế thôn/khu phố về kỹ năng truyền thông GDSK về bệnh TCM nhằm nâng cao năng lực cho đội ngũ cán bộ y tế.
- Đẩy mạnh các hoạt động truyền thông phòng chống bệnh TCM trên các hệ thống thông tin đại chúng trong tỉnh, đa dạng hóa các loại hình truyền thông GDSK tại trạm y tế và cộng đồng như: truyền thông trực tiếp, truyền thông gián tiếp qua các ấn phẩm (tờ rơi, áp phích...).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Ban chỉ đạo phòng chống dịch bệnh nguy hiểm mới nổi Trung ương (2013), *Báo cáo kết quả nghiên cứu đánh giá thực trạng hoạt động truyền thông về phòng, chống bệnh tay chân miệng tại một số địa phương*, Hà Nội.
2. Bộ Y tế (2012), *Quyết định số: 1003/QĐ-BYT về việc ban hành hướng dẫn chẩn đoán, điều trị bệnh tay chân miệng*, Hà Nội.
3. Bộ Y tế (2011), *Chỉ thị số 06/CT-BYT về tăng cường phòng, chống tay chân miệng*, Hà Nội.
4. Bộ Y tế (2013), *Quyết định số 469/QĐ-BYT về phê duyệt kế hoạch truyền thông nguy cơ phòng, chống bệnh dịch nguy hiểm mới nổi giai đoạn 2013- 2016*”, Hà Nội
5. Thủ tướng Chính phủ (2011), *Công điện chỉ đạo công tác phòng chống dịch tay chân miệng*, Hà Nội.
6. Trung tâm tuyên truyền bảo vệ sức khỏe Bộ Y tế (1995), *Sổ tay thực hành về truyền thông GDSK dành cho nhân viên truyền thông cơ sở*.
7. Trung tâm Y tế dự phòng tỉnh Bắc Ninh (2012), *Báo cáo công tác phòng chống dịch tay chân miệng*, Bắc Ninh.
8. Vụ Truyền thông và Thi đua khen thưởng - Bộ Y tế (2012), *Công văn số 783/BYT-TĐKT về việc triển khai kế hoạch truyền thông nguy cơ, phòng, chống dịch bệnh nguy hiểm & mới nổi giai đoạn 2013 – 2016*, Hà Nội.

**MÔ TẢ HOẠT ĐỘNG VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN
ĐẾN CÔNG TÁC TRUYỀN THÔNG GIÁO DỤC SỨC KHỎE
CỦA NHÂN VIÊN Y TẾ THÔN HUYỆN LƯƠNG TÀI TỈNH BẮC NINH NĂM 2013**

*CN. Đỗ Thị Uyên
Trung tâm Truyền thông GDSK Bắc Ninh*

Tóm tắt nghiên cứu

Nghiên cứu mô tả cắt ngang tiến hành thu thập số liệu của 112 nhân viên y tế thôn bản (NVYTTB) nhằm mô tả hoạt động và một số yếu tố liên quan đến công tác truyền thông giáo dục sức khỏe của NVYTTB trên địa bàn huyện Lương Tài năm 2013. Kết quả nghiên cứu cho thấy tỷ lệ NVYTTB dưới 50 tuổi của huyện Lương Tài là 68,75%. Đa số NVYTTB là nữ (77%). Tỷ lệ NVYTTB của huyện được đào tạo về sơ cấp y hoặc trung cấp y/dược chiếm tỷ lệ cao (60,5%), nghề nghiệp chính của NVYTTB là làm ruộng (88,4%), có 71% NVYTTB đã làm được trên 5 năm, có đến 87% NVYTTB làm kiêm nhiệm các công việc khác như cộng tác viên dân số, dinh dưỡng. Kiến thức về truyền thông GDSK của NVYTTB ở mức đạt là 80%, 100% đã thực hiện truyền thông GDSK tại cộng đồng. Các nội dung truyền thông của NVYTTB như vệ sinh môi trường và an toàn thực phẩm, phòng chống dịch bệnh tại cộng đồng, phòng chống HIV/AIDS, dân số kế hoạch hóa gia đình. Tỷ lệ NVYTTB tham gia truyền thông về các nội dung này đạt từ 82% - 93,75%. Hầu hết NVYTTB đã vận dụng các hình thức truyền thông trực tiếp tại cộng đồng như tư vấn, thăm hộ gia đình (85% NVYTTB thực hiện), truyền thông lồng ghép (81%), truyền thông khi có chiến dịch (90%). Tỷ lệ sử dụng tranh ảnh, tờ rơi khi truyền thông là 91%, sách báo, tạp chí là 78%, tỷ lệ trang thiết bị của NVYTTB phục vụ hoạt động truyền thông cao nhất là tài liệu chiếm 83%, có những trang thiết bị không có ai được trang bị như quần áo, ủng đi mưa, 96% NVYTTB không đạt về trang thiết bị phục vụ truyền thông. Nghiên cứu cũng chỉ ra NVYTTB có kiến thức về truyền thông thì hoạt động truyền thông GDSK cao gấp 11,5 lần, có ý nghĩa thống kê.

1. Đặt vấn đề

Y tế thôn bản (YTTB) nằm trong hệ thống y tế cơ sở, đóng vai trò quan trọng trong công tác chăm sóc sức khỏe ban đầu (CSSKBĐ), nhất là khu vực nông thôn và miền núi.

Nhận thức được vai trò quan trọng của YTTB trong công tác CSSKBĐ tại cộng đồng, Đảng, Chính phủ, Bộ Y tế đã ban hành nhiều Nghị quyết, Chỉ thị và Quyết định, Thông tư về tăng cường và củng cố mạng lưới Y tế cơ sở, trong đó có YTTB. Một trong những văn bản có ý nghĩa quan trọng đối với YTTB là Thông tư số 39/2010/TT-BYT về việc quy định tiêu chuẩn, chức năng, nhiệm vụ của nhân viên y tế thôn, bản (NVYTTB). Thông tư cũng đã chỉ rõ truyền thông giáo dục sức khỏe là nhiệm vụ số 1 trong 9 nhiệm vụ của NVYTTB.

NVYTTB là một trong những yếu tố quan trọng giúp nâng cao kiến thức - thái độ - thực hành của người dân trong công tác phòng chữa bệnh. Tuy nhiên từ khi tái lập tỉnh (năm 1997) đến nay, Bắc Ninh chưa có nghiên cứu đánh giá thực trạng hoạt động truyền thông giáo dục sức khỏe của NVYTTB trên địa bàn tỉnh.

Từ thực tế trên, chúng tôi tiến hành nghiên cứu “*Mô tả hoạt động và một số yếu tố liên quan đến công tác truyền thông giáo dục sức khỏe của nhân viên y tế thôn huyện Lương Tài, tỉnh Bắc Ninh năm 2013*”.

2. Mục tiêu nghiên cứu

2.1. Mục tiêu chung

Mô tả hoạt động và một số yếu tố liên quan đến công tác truyền thông giáo dục sức khỏe của nhân viên y tế thôn trên địa bàn huyện Lương Tài năm 2013.

2.2. Mục tiêu cụ thể

1. Mô tả hoạt động truyền thông giáo dục sức khỏe của nhân viên y tế thôn trên địa bàn huyện Lương Tài năm 2013.
2. Tìm hiểu một số yếu tố liên quan đến hoạt động truyền thông giáo dục sức khỏe của nhân viên y tế thôn trên địa bàn huyện Lương Tài năm 2013.

3. Phương pháp nghiên cứu

3.1. Thiết kế nghiên cứu: Mô tả cắt ngang có phân tích

3.2. Thời gian, địa điểm nghiên cứu

- Thời gian: Từ tháng 6 - 10 năm 2013
- Địa điểm: Huyện Lương Tài, tỉnh Bắc Ninh

3.3. Đối tượng nghiên cứu

Nhân viên y tế thôn trên địa bàn huyện Lương Tài, tỉnh Bắc Ninh.

3.4. Chọn mẫu

Chọn mẫu toàn bộ. Tổng số có 112 NVYTTB tham gia nghiên cứu

3.5. Phương pháp thu thập thông tin

- Công cụ: Bộ câu hỏi kết hợp bảng kiểm đã được thiết kế
- Điều tra viên: Cán bộ Trung tâm TT-GDSK tỉnh Bắc Ninh
- Kỹ thuật: NVYTTB tự điền thông tin vào phiếu điều tra.
- Giám sát viên chọn và kiểm tra ngẫu nhiên 5% số phiếu thu thập.

3.6. Phân tích số liệu: Bảng phần mềm SPSS 13.0

4. Kết quả nghiên cứu và bàn luận

4.1. Thông tin chung về đối tượng nghiên cứu

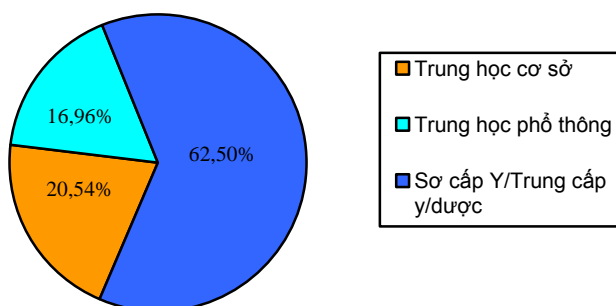
Bảng 1: Nghề nghiệp chính của NVYTTB

Đặc điểm		Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Giới tính	Nam	26	23,21
	Nữ	86	76,79
Tuổi	Dưới 50 tuổi	77	68,75
	Trên 50 tuổi	35	31,25
Nghề nghiệp	Làm ruộng	99	88,39
	Công chức /viên chức/công nhân/thợ thủ công	4	3,57
	Bán hàng/kinh doanh	6	5,36
	Nội trợ	3	2,68

NVYTTB là nữ chiếm tỷ lệ 76,79% và tỷ lệ nam là NVYTTB chiếm 23,21%. Tỷ lệ về giới tính của NVYTTB trong nghiên cứu này tương đương với tỷ lệ về giới tính của NVYTTB trên địa bàn tỉnh (nữ chiếm 81%, nam chiếm 19%).

Tỷ lệ NVYTTB trên địa bàn huyện Lương Tài dưới 50 tuổi chiếm 68,75% và trên 50 tuổi chiếm 31,25%.

Nghề nghiệp chính của NVYTTB là làm nông nghiệp chiếm tỷ lệ 88,39%, làm công nhân/thợ thủ công/công chức/viên chức chiếm 3,57%, bán hàng/kinh doanh 5,36% và làm nội trợ là 2,68%.

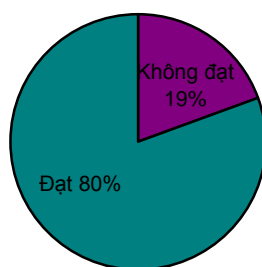


Biểu đồ 1: Trình độ được đào tạo của đối tượng nghiên cứu

Theo Thông tư 39/2010/TT-BYT ngày 10/9/2010 của Bộ trưởng Bộ Y tế, NVYTTB có trình độ Sơ cấp Y/ Trung cấp Y/Dược chiếm tỷ lệ 62,5%. Nghiên cứu cho thấy, tỷ lệ NVYTTB của huyện Lương Tài đáp ứng tiêu chuẩn này khá cao.

Tỷ lệ NVYTTB có thời gian làm NVYTTB trên 5 năm là 71% và 87% kiêm nhiệm các công việc y tế khác như cộng tác viên dân số, cộng tác viên dinh dưỡng.

4.2. Kiến thức về truyền thông giáo dục sức khỏe



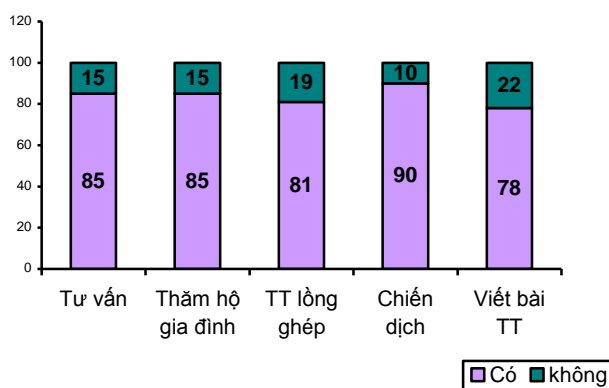
Biểu đồ 2: Kiến thức về truyền thông GDSK của NVYTTB

Tỷ lệ NVYTTB có kiến thức đạt về TT - GDSK chiếm tỷ lệ cao (80%). Tuy nhiên, vẫn còn 20% NVYTTB có kiến thức về TT - GDSK chưa đạt.

Có 95% NVYTTB kể được nhiệm vụ của mình; 87,5% NVYTTB kể được đặc điểm truyền thông, 84% NVYTTB kể được đặc trưng của truyền thông; 89% NVYTTB nói được thành phần của quá trình truyền thông... chỉ có 2,7% NVYTTB kể được các bước thay đổi hành vi, 40% NVYTTB chưa nắm được khái niệm hành vi sức khỏe...

4.3. Thực trạng hoạt động TT- GDSK

100% NVYTTB của huyện Lương Tài đã thực hiện TT - GDSK tại cộng đồng. Tỷ lệ thực hiện truyền thông - GDSK về vệ sinh môi trường và an toàn thực phẩm chiếm 93,75%, phòng chống dịch bệnh tại cộng đồng chiếm 82,96%, phòng chống HIV/AIDS chiếm 87% và cung cấp thông tin về công tác dân số - KHHGD chiếm 82%.



Biểu đồ 3: NVYTTB thực hiện các hình thức TT-GDSK tại cộng đồng

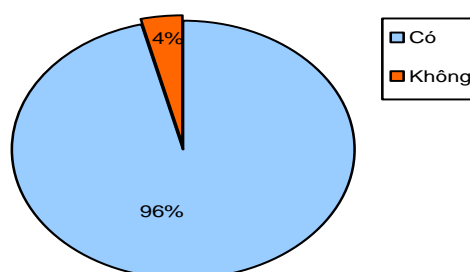
Thực hiện truyền thông chiến dịch y tế tại địa phương như chiến dịch tiêm chủng mở rộng, thực hành dinh dưỡng,... là hình thức được NVYTTB thực hiện nhiều nhất, chiếm tỷ lệ 90%, các hình thức tư vấn sức khỏe và thăm hộ gia đình được NVYTTB thực hiện với tỷ lệ cao là 85% và truyền thông lồng ghép được 81% NVYTTB thực hiện. Có 29% NVYTTB viết bài tuyên truyền gửi đài truyền thanh trên địa bàn xã.

Có 78% NVYTTB đã phát tài liệu truyền thông tới người dân.

Bảng 2: Sử dụng các loại tài liệu truyền thông của NVYTTB

Tài liệu TT - GDSK	Tần số	Tỷ lệ (%)
Sổ tay truyền thông	69	62
Tranh ảnh, tờ rơi,...	102	91
Sách/báo/tạp chí	87	78

Tài liệu tranh ảnh, tờ rơi tuyên truyền là loại tài liệu được NVYTTB sử dụng nhiều nhất, chiếm tỷ lệ 91%, loại tài liệu ít được NVYTTB sử dụng hơn là sách/báo/tạp chí, chiếm tỷ lệ 78%, 62% NVYTTB sử dụng sổ tay truyền thông trong các hoạt động TT – GDSK tại cộng đồng. Tuy nhiên vẫn có 3.6% NVYTTB không sử dụng loại tài liệu truyền thông nào.

**Biểu đồ 4: NVYTTB chuẩn bị tài liệu trước khi thực hiện truyền thông**

Trước khi thực hiện TT - GDSK, 96% tỷ lệ NVYTTB chuẩn bị tài liệu, tham khảo tài liệu để bổ sung kiến thức cần truyền đạt, 4% NVYTTB không chuẩn bị tài liệu.

Bảng 3: Địa điểm thực hiện TT - GDSK

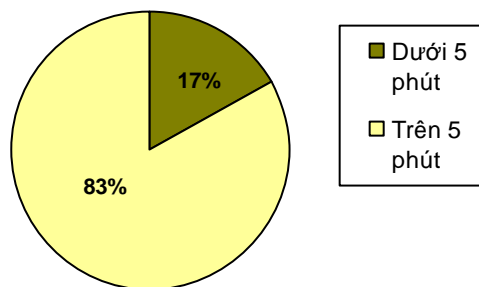
Địa điểm thực hiện truyền thông	Tần số	Tỷ lệ (%)
Tại hộ gia đình	94	84
Tại cuộc họp cộng đồng	85	76
Mọi địa điểm khi có thể	85	76

NVYTTB chủ yếu thực hiện TT-GDSK tại gia đình, chiếm tỷ lệ 84%, có 76% NVYTTB thực hiện TT-GDSK tại cuộc họp cộng đồng và 61% NVYTTB thực hiện truyền thông tại các địa điểm khác như chợ, đường, trường học...

Bảng 4: Thời điểm NVYTTB thực hiện truyền thông

Thời điểm truyền thông	Tần số	Tỷ lệ (%)
Buổi sáng	27	24
Buổi trưa	2	1,8
Buổi chiều/tối	32	29
Bất cứ thời gian nào	51	45,5

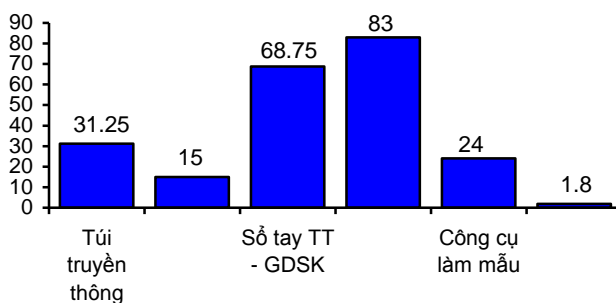
Thời điểm thực hiện TT - GDSK của NVYTTB là bất cứ thời gian nào có thể chiếm tỷ lệ cao nhất 45,5% và thời điểm NVYTTB ít thực hiện nhất là buổi trưa với tỷ lệ 1,8%. Ngoài ra, NVYTTB cũng thực hiện TT-GDSK vào buổi sáng với tỷ lệ 24% và buổi chiều/tối với tỷ lệ 29%.



Biểu đồ 5: Thời lượng mỗi lần làm TT-GDSK của NVYTTB

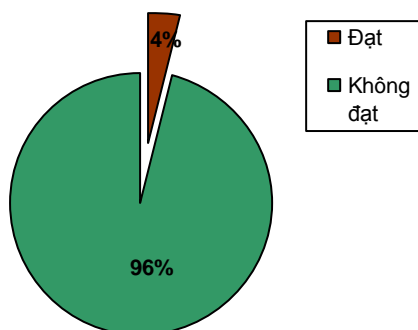
Biểu đồ trên cho thấy có 83% NVYTTB thực hiện TT - GDSK trên 5 phút mỗi lần, có 17% NVYTTB thực hiện dưới 5 phút mỗi lần làm TT-GDSK.

Có đến 82% NVYTTB thực hiện TT – GDSK dưới 10 lần/tháng và chỉ có 18% thực hiện từ 10-20 lần/tháng.



Biểu đồ 6: Trang thiết bị phục vụ hoạt động TT - GDSK của NVYTTB

83% tỷ lệ NVYTTB có tài liệu TT - GDSK, 68,75% có sổ tay truyền thông, 24% NVYTTB có công cụ làm mẫu và 1,8% NVYTTB có loa cầm tay. Các trang thiết bị khác như quần áo đi mưa, ủng đi mưa, xe đạp không có NVYTTB nào có.



Biểu đồ 7: Tỷ lệ đạt tiêu chuẩn về trang thiết bị phục vụ TT-GDSK

Theo Quyết định số 2420/QĐ-BYT về danh mục trang thiết bị và phương tiện làm việc của hệ thống TT - GDSK từ Trung ương tới cơ sở trong đó có hệ thống YTTB, tỷ lệ NVYTTB có đầy đủ trang thiết bị phục vụ cho hoạt động TT- GDSK quá thấp, chỉ với 4% đạt tiêu chuẩn.

4.4. Một số yếu tố liên quan

Bảng 5: Môi liên quan giữa kiến thức về TT - GDSK và hoạt động TT - GDSK

Hoạt động Kiến thức	Đạt	Không đạt	Tổng	χ^2, P
Đạt	82	3	90	$\chi^2=15,76$ p <0,05
Không đạt	19	8	22	
Tổng	101	11	112	

Môi liên quan giữa kiến thức của NVYTTB và hoạt động TT-GDSK có ý nghĩa thống kê ($\chi^2=15,76$, $p<0,05$). NVYTTB có kiến thức đạt về TT - GDSK thì hoạt động TT- GDSK đạt gấp cao gấp 11,5 (OR = 11,5) so với NVYTTB có kiến thức không đạt.

5. Kết luận

Hoạt động TT- GDSK của NVYTTB trên địa bàn huyện Lương Tài

- Nội dung truyền thông đa dạng và phong phú như vệ sinh môi trường và an toàn thực phẩm (93,75% NVYTTB thực hiện), phòng chống dịch bệnh tại cộng đồng (82,96% NVYTTB thực hiện).
- Hình thức truyền thông đa dạng: 90% NVYTTB làm truyền thông trong các chiến dịch y tế tại địa phương (tiêm chủng mở rộng, thực hành dinh dưỡng...), 85% thực hiện tư vấn sức khỏe và thăm hộ gia đình.
- Việc sử dụng tài liệu TT - GDSK cũng được cải thiện: 91% NVYTTB sử dụng tranh ảnh, tờ rơi để tuyên truyền, 78% NVYTTB sử dụng sách/báo/tạp chí, 62% sử dụng sổ tay truyền thông trong các hoạt động TT - GDSK tại cộng đồng. Tuy nhiên vẫn có 3,6% NVYTTB không sử dụng loại tài liệu nào khi thực hiện.
- Thời điểm thực hiện TT - GDSK bất kỳ khi nào đối tượng có nhu cầu (chiếm 45,5%), 83% NVYTTB thực hiện TT - GDSK mỗi lần trên 5 phút.
- Trang thiết bị cần thiết phục vụ công việc còn thiếu như túi truyền thông, đèn pin, loa cầm tay, đặc biệt là các trang thiết bị phục vụ trong thời tiết mưa gió như ủng, quần áo đi mưa chưa có NVYTTB nào được trang bị.
- Có mối liên quan giữa kiến thức của NVYTTB và hoạt động TT-GDSK. NVYTTB có kiến thức đạt về TT - GDSK thì sẽ có hoạt động TT - GDSK đạt gấp cao gấp 11,5 so với YTT có kiến thức không đạt.

6. Kiến nghị

- *Nhóm giải pháp về trang thiết bị, tài liệu cho các hoạt động truyền thông:*
 - + Xã hội hóa công tác chăm sóc sức khỏe nhân dân để tăng cường kinh phí cho hoạt động TT - GDSK của đội ngũ NVYTTB.
 - + Đầu tư trang thiết bị cho công tác TT-GDSK thực hiện theo Quyết định số 2420/QĐ - BYT ngày 07/07/2010 của Bộ Y tế về việc ban hành Danh mục trang thiết bị và phương tiện làm việc trong đó có hệ thống NVYTTB.
 - + Tăng cường sản xuất các ấn phẩm TT - GDSK, tạp chí, bản tin, Báo Y tế thôn bản... làm tài liệu tuyên truyền cho NVYTTB trên địa bàn tỉnh.
- *Nhóm giải pháp về chuyên môn thực hiện hoạt động TT – GDSK*
 - + Tăng cường tập huấn chuyên môn về truyền thông giáo dục sức khỏe cho cán bộ phụ trách công tác TT-GDSK cho đội ngũ NVYTTB.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Chính trị (2005), *Nghị quyết 46-NQ/TW về công tác bảo vệ, chăm sóc nâng cao sức khỏe nhân dân trong tình hình mới.*
2. Bộ Y tế - Bộ Quốc phòng - Học viện Quân y (1999), *Đánh giá 20 năm thực hiện chăm sóc sức khỏe ban đầu ở Việt Nam.*
3. Bộ Y tế (2011), *Quyết định số 1827/QĐ-BYT về việc ban hành chương trình hành động TT - GDSK giai đoạn 2011-2015.*
4. Bộ Y tế (2011), *Quyết định số: 3447/QĐ-BYT về việc ban hành bộ Tiêu chí Quốc gia về y tế xã giai đoạn 2011-2020.*
5. Bộ Y tế (2010), *Quyết định số 2420/QĐ-BYT về danh mục trang thiết bị và phương tiện làm việc các Trung tâm TT - GDSK.*
6. Bộ Y tế (2010), *Thông tư số 39/2010/TT-BYT về việc Quy định tiêu chuẩn, chức năng, nhiệm vụ của nhân viên y tế thôn bản.*
7. Đặng Khải Hoàn (2010), *Huy động cộng đồng truyền thông giáo dục ở miền núi phía Bắc*, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, tr 9-15
8. Thủ tướng chính phủ (2006), *Quyết định số 153/2006/QĐ-TTg về việc phê Quy hoạch tổng thể phát triển hệ thống y tế Việt Nam giai đoạn đến năm 2010 và tầm nhìn đến năm 2020.*
9. Thủ tướng chính phủ (2009), *Quyết định số 75/2009/QĐ-TTg việc quy định chế độ phụ cấp đối với nhân viên YTTB.*

KHẢO SÁT SỰ TIẾP CẬN CỦA NGƯỜI DÂN ĐỐI VỚI CÁC LOẠI HÌNH TRUYỀN THÔNG PHÒNG, CHỐNG BỆNH TAY CHÂN MIỆNG

*Hồ Sỹ Hoàng, Vũ Oanh
Trung tâm Truyền thông GDSK Bình Dương*

Tóm tắt nghiên cứu

Khảo sát tiến hành trên 422 người chăm sóc trẻ từ 3 đến 5 tuổi đang có trẻ học tại trường mẫu giáo Hoa Lan I, trường mẫu giáo Sóc Nâu (TX. Thuận An); trường mầm non Hoa Phượng (thành phố Thủ Dầu Một); trường mầm non Phú An và trường mầm non Phù Đồng (huyện Bến Cát) để xác định các nguồn cung cấp thông tin về bệnh tay chân miệng mà người chăm sóc trẻ đã được tiếp cận. Kết quả cho thấy nguồn cung cấp thông tin về bệnh tay chân miệng mà đối tượng được tiếp cận bao gồm: Ti vi, Internet đang chiếm ưu thế (90,8%), đài phát thanh truyền hình tỉnh (71,1%), đài truyền thanh huyện/thị xã/thành phố (68,7%), đài phát thanh xã/phường/thị trấn (73,5%), Báo Bình Dương (55%), Bản tin sức khỏe ngành Y tế (52,4%), xe lưu động (43,6%), tờ gấp (50,9%). Tỷ lệ tiếp cận thông tin về tay chân miệng qua cán bộ y tế là 51,2%, qua nhân viên y tế khu/phố/ấp là 34,36%. Việc tiếp cận qua truyền thông gián tiếp (internet, báo, tài liệu in ấn...) ở các nhóm nghề nghiệp giáo viên, kỹ sư, nhân viên văn phòng đều cao hơn ở nhóm nội trợ, buôn bán hay công nhân. Cụ thể: Nếu tỷ lệ đối tượng thuộc nhóm kỹ sư, giáo viên, nhân viên văn phòng tiếp cận thông tin về tay chân miệng qua báo là 71%-75% thì tỷ lệ này ở nhóm nội trợ là 31%, ở nhóm công nhân là 43%. 100% giáo viên, kỹ sư, nhân viên văn phòng đã tiếp cận thông tin qua Internet, tỷ lệ này trong nhóm buôn bán là 80%, công nhân là 86%. Từ những kết quả trên, nghiên cứu đã đưa ra khuyến nghị: (1) Tăng cường truyền thông qua internet, báo, đặc biệt cho nhóm đối tượng có trình độ học vấn cao như kỹ sư, giáo viên, nhân viên văn phòng... (2) Thúc đẩy hơn nữa các hoạt động truyền thông trực tiếp qua đội ngũ nhân viên y tế khu phố/ấp hoặc cán bộ y tế tại các cơ sở khám chữa bệnh.

THỰC TRẠNG VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN ĐẾN KIẾN THỨC, THÁI ĐỘ, HÀNH VI VỀ SỨC KHỎE SINH SẢN CỦA HỌC SINH CÁC TRƯỜNG TRUNG HỌC PHỔ THÔNG TRONG HUYỆN THỚI BÌNH, TỈNH CÀ MAU NĂM 2012

*BS. Nguyễn Trọng Bài, Trung tâm Truyền thông GDSK Cà Mau
BS. Lý Tuyết Xuân, Trung tâm Dân số huyện Thới Bình, Cà Mau*

Tóm tắt nghiên cứu

Nghiên cứu cắt ngang, tiến hành từ tháng 10/2011-10/2012, trên 441 đối tượng là học sinh các trường trung học phổ thông trong huyện Thới Bình, tỉnh Cà Mau. Kết quả cho thấy: Tỷ lệ học sinh có kiến thức ở mức độ tốt cụ thể như sau: Về dậy thì (52,2%), về tình dục lành mạnh (16,1%), về tình dục an toàn (10,7%), về lý do có thai (94,3%), về thời điểm có thai (11,3%), về biện pháp tránh thai (27,2%), về tác hại của nạo hút thai (16,3%), về các bệnh lây truyền qua đường tình dục (11,3%), về triệu chứng ở bộ phận sinh dục (2%). Khối lớp có liên quan đến một số kiến thức về sức khỏe sinh sản, giới tính có liên quan đến hành vi có bạn tình khi còn đi học.

1. Đặt vấn đề

Trên thế giới, vị thành niên chiếm tỷ lệ 17,5% và ở Việt Nam, theo thống kê năm 1999, tỷ lệ này là 22,7%. Hiểu biết, nhận thức về sức khỏe sinh sản, kế hoạch hoá gia đình (KHHGĐ) và các biện pháp tránh thai (BPTT) ở lứa tuổi này còn hạn chế.

Chương trình hành động của Hội nghị Quốc tế về Dân số và phát triển tổ chức tại CaiRo (Ai Cập) năm 1994 đã nhấn mạnh đến chăm sóc sức khỏe sinh sản (CSSKSS) cho Vị thành niên và Thanh niên (VTN), coi đó là một thành tố quan trọng trong nội dung CSSKSS. Chương trình Dân số Việt Nam đã mở rộng nội dung và hướng trọng tâm vào CSSKSS, đặc biệt là sức khỏe sinh sản vị thành niên. Mục tiêu của CSSKSS vị thành niên là cung cấp thông tin giúp các em hiểu rõ về giới tính, sinh lý sinh dục nam, nữ, vệ sinh kinh nguyệt, vệ sinh bộ phận sinh dục... Cung cấp thông tin và những kiến thức về sinh lý thụ thai để giúp vị thành niên phòng tránh có thai ngoài ý muốn, phòng các bệnh lây truyền qua đường tình dục (STDs), nguy cơ dẫn đến vô sinh, tuyên truyền thực hiện tình yêu lành mạnh, tình dục an toàn. Mặc dù là một nội dung quan trọng nhưng CSSKSS vị thành niên vẫn chưa được quan tâm đầy đủ.

Thới Bình là huyện nông thôn vùng sâu của tỉnh Cà Mau, cách trung tâm thành phố Cà Mau 30km về phía tây nam, tốc độ tăng trưởng kinh tế bình quân là 10%/năm. Công tác chăm sóc sức khỏe nhân dân nói chung, CSSKSS nói riêng đã có sự đầu tư và đạt được nhiều thành tựu. Tuy nhiên, công tác tuyên truyền kiến thức về CSSKSS cho VTN chưa được quan tâm đầy đủ, kiến thức về SKSS của học sinh phổ thông còn hạn chế.

Nhằm đánh giá thực trạng kiến thức, thái độ và hành vi về SKSS của học sinh tuổi vị thành niên ở các trường Trung học phổ thông trong huyện Thới Bình, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài "*Thực trạng và một số yếu tố liên quan đến kiến thức, thái độ,*

hành vi về sức khỏe sinh sản của học sinh các trường Trung học phổ thông trong huyện Thới Bình, năm 2012”.

2. Mục tiêu nghiên cứu

2.1. Mục tiêu chung

Đánh giá thực trạng kiến thức, thái độ, hành vi về sức khỏe sinh sản và tìm hiểu các yếu tố liên quan đến kiến thức, thái độ, hành vi về sức khỏe sinh sản của học sinh các trường trung học phổ thông trong huyện Thới Bình năm 2012.

2.2. Mục tiêu cụ thể

1. Đánh giá thực trạng kiến thức, thái độ, hành vi về sức khỏe sinh sản của học sinh trong các trường phổ thông trung học huyện Thới Bình năm 2012.
2. Mô tả một số yếu tố liên quan tới kiến thức và hành vi về sức khỏe sinh sản của học sinh trong các trường phổ thông trung học huyện Thới Bình.

3. Phương pháp nghiên cứu

3.1. Thiết kế nghiên cứu: Mô tả cắt ngang

3.2. Thời gian, địa điểm nghiên cứu

- Thời gian nghiên cứu: Từ tháng 10/2011 đến tháng 10/2012
- Địa điểm: Các trường THPT trong huyện Thới Bình.

3.3. Đối tượng nghiên cứu: Học sinh các trường THPT trong huyện Thới Bình.

3.4. Chọn mẫu

- Cỡ mẫu: Tính theo công thức

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

Trong đó:

$p=0,5$; $\partial=0,05$; $Z_{1-\alpha/2}=1,96$

Tính được $n = 385$

- Phương pháp chọn mẫu: Chọn ngẫu nhiên đơn.

3.5. Phương pháp thu thập số liệu: Sử dụng bộ câu hỏi phỏng vấn tự điền.

3.6. Xử lý số liệu: Bằng phần mềm SPSS và EPI INFO.

4. Kết quả nghiên cứu

4.1. Thông tin chung về đối tượng nghiên cứu

Có 441 đối tượng tham gia nghiên cứu, nam chiếm 43,1% và nữ chiếm 56,9%; 98,6% là dân tộc kinh; tuổi lớn nhất là 21, tuổi nhỏ nhất là 15, đa số là trong khoảng 16-

18 tuổi. Có 88,2% đối tượng trong nghiên cứu không theo tôn giáo nào và 7,3% theo phật giáo, 4,3% theo thiên chúa giáo, tôn giáo khác là 0,2%. Học sinh lớp 10 chiếm 34,7%, lớp 11 là 25,6%, lớp 12 chiếm 39,7%. Số học sinh có kết quả học tập xuất sắc chiếm 0,9%, giỏi 16,3%, khá 27%, trung bình chiếm 49,4%, yếu là 6,3%.

4.2. Kiến thức về sức khỏe sinh sản của học sinh

- Kiến thức chung về SKSS của học sinh

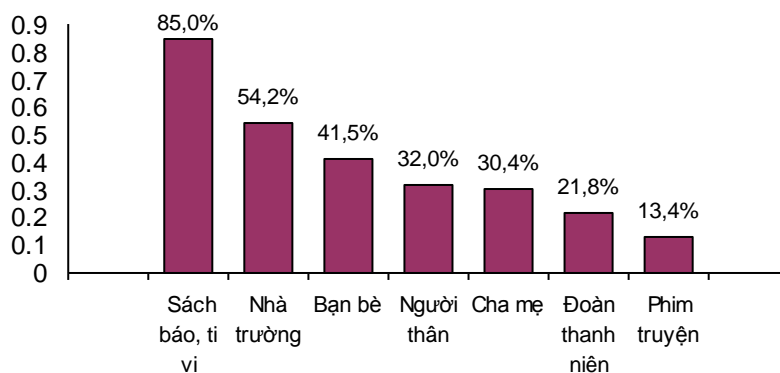
Bảng 1: Kiến thức về sức khỏe sinh sản

	Tốt		Trung bình		Yếu	
	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Dậy thì	230	52,1	123	27,9	88	20,0
Tình dục lành mạnh	71	16,1	276	62,6	94	21,3
Tình dục an toàn	47	10,7	226	51,2	168	38,1
Nguyên nhân có thai	416	94,3	00	00	25	5,7
Thời điểm có thai	50	11,3	00	00	391	88,7
Biện pháp tránh thai	120	27,2	271	61,5	50	11,3
Tác hại của nạo hút thai	72	16,3	339	76,9	30	6,8
Bệnh lây truyền qua đường tình dục	50	11,3	368	83,5	23	5,2
Triệu chứng của bệnh ở bộ phận sinh dục	9	2,0	278	63,0	154	35,0
Biết nguyên nhân của bệnh ở bộ phận sinh dục	100	22,7	00	00	341	77,3
Đường lây HIV	361	81,9	73	16,6	7	1,5

Tỷ lệ học sinh có kiến thức tốt về các nội dung SKSS chiếm tỷ lệ cao là: Tuổi dậy thì (52,2%), nguyên nhân có thai (94,3%), đường lây HIV (81,9%).

Tỷ lệ học sinh có kiến thức trung bình về các nội dung SKSS chiếm tỷ lệ cao là: Tình dục lành mạnh (62,2%), tình dục an toàn (51,1%), biện pháp tránh thai (61,5%), tác hại của nạo hút thai (76,9%), bệnh lây truyền qua đường tình dục (83,5%), triệu chứng ở bộ phận sinh dục (63%).

Tỷ lệ học sinh có kiến thức yếu về các nội dung SKSS chiếm tỷ lệ cao là: thời điểm có thai (88,7%), biết nguyên nhân của bệnh ở bộ phận sinh dục (77,3%).



Biểu đồ: Nguồn tiếp cận thông tin của học sinh

- Những kiến thức học sinh quan tâm

Bảng 2: Những kiến thức học sinh quan tâm

Nội dung kiến thức	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Dậy thì	202	45,8
Thời điểm có thai	112	25,4
Các biện pháp tránh thai	107	24,3
Các bệnh lây truyền qua đường tình dục	181	41,0
HIV/AIDS	136	30,8
Tình bạn tình yêu	247	56,0
Tình dục an toàn	181	41,0

Có 45,8% các em quan tâm đến kiến thức về dậy thì; 25,4% quan tâm đến thời điểm có thai; 24,3% quan tâm đến các biện pháp tránh thai; 41% quan tâm đến các bệnh lây truyền qua đường tình dục; 41% quan tâm đến HIV/AIDS; 56% quan tâm đến tình bạn tình yêu; 41% quan tâm đến tình dục an toàn.

Tỷ lệ học sinh nhận thông tin qua sách báo, ti vi chiếm tỷ lệ cao nhất (85%) và nguồn thông tin ít được các em tiếp nhận nhất là phim truyện (13,4%).

49,2% học sinh rất cần được phổ cập kiến thức, cần phổ cập chiếm 46,9% và không cần có 3,9%.

- Nguồn tiếp cận thông tin của học sinh

Có 27,9% các em học sinh cho rằng nên phổ biến các kiến thức về sức khỏe sinh sản qua chương trình học; 46,3% cho rằng nên đưa vào chương trình ngoại khóa, 42,6% cho rằng nên đưa vào sinh hoạt CLB; 44,7% các em cho rằng đưa thông tin qua báo đài, tư vấn là 51%; qua đoàn đội chiếm 10,2%.

4.3. Thái độ và hành vi của đối tượng

Đánh giá về việc có bạn tình khi còn đi học, có 18,6% cho rằng đó là tốt còn 81,4% cho rằng không tốt. Về việc quan hệ tình dục khi còn đi học, có 74,6% cho rằng tốt và 25,4% cho rằng chưa tốt.

Có 66,7% các em đã có bạn tình và 33,3% chưa có bạn tình. Khi gặp bạn tình, có 98,2% các em có hành vi tốt và 1,8% có hành vi chưa tốt. Việc sử dụng bao cao su khi quan hệ tình dục có 88,9% các em thực hiện còn 11,1% chưa thực hiện.

4.4. Một số yếu tố liên quan đến kiến thức và hành vi về SKSS

Bảng 3: Mối liên quan giữa kiến thức về tình dục lành mạnh và khối lớp

Tình dục lành mạnh	Lớp 10	Lớp 11	Lớp 12	Tổng	χ^2, p
Tốt, khá	26,8%	3,5%	9,1%	16,1%	$\chi^2 = 33,996$ $p < 0,05$
Trung bình	62,1%	68,1%	59,4%	62,6%	
Yếu	11,1%	28,4%	31,5%	21,3%	

Có 16,1% học sinh có kiến thức tốt về tình dục lành mạnh. Kiến thức tốt về tình dục lành mạnh giữa khối 10 (26,8%), khối 11 (3,5%), khối 12 (9,1%) khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).

Bảng 4: Mối liên quan giữa kiến thức về tình dục an toàn và khối lớp

Tình dục an toàn	Lớp 10	Lớp 11	Lớp 12	Tổng	χ^2, p
Tốt khá	17,6%	8,8%	5,7%	10,7%	$\chi^2 = 14,49$ $p < 0,05$
Trung bình	45,1%	49,5%	57,7%	51,2%	
Yếu	37,3%	41,7%	36,6%	38,1%	

Tỷ lệ học sinh có kiến thức yếu về tình dục an toàn của các em học sinh là 38,1%. Có sự khác biệt về kiến thức tình dục an toàn yếu giữa khối 10 (37,3%), khối 11 (41,7%), khối 12 (36,6%). Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).

Bảng 5: Mối liên quan giữa kiến thức về biện pháp tránh thai và khối lớp

Biện pháp tránh thai	Lớp 10	Lớp 11	Lớp 12	Tổng	χ^2, p
Tốt khá	18,9%	20,3%	38,8%	27,2%	$\chi^2 = 22,132$ $p < 0,05$
Trung bình	71,3%	64,6%	50,8%	61,5%	
Yếu	9,8%	15,1%	10,3%	11,3%	

Học sinh có kiến thức tốt về biện pháp tránh thai là 27,2%. Có sự khác biệt kiến thức về biện pháp tránh thai giữa khối 10 (18,9%), khối 11 (20,3%), khối 12 (38,8%). Khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).

Bảng 6: Mối liên quan giữa kiến thức về bệnh STDs và khối lớp

Bệnh lây truyền qua đường tình dục	Lớp 10	Lớp 11	Lớp 12	Tổng	χ^2, p
Tốt khá	6,5%	12,4%	18,9%	11,3%	$\chi^2= 10.588$ $p < 0,05$
Trung bình	87,0%	87,6%	82,9%	83,5%	
Yếu	6,5%	8%	2,2%	5,2%	

Kiến thức tốt về bệnh lây truyền qua đường tình dục của học sinh là (11,3%). Tỷ lệ kiến thức tốt về các bệnh lây qua đường tình dục của khối 10 (6,5%), khối 11 (12,4%), khối 12 (18,9%) khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).

Bảng 7: Mối liên quan giữa giới và vấn đề có bạn tình khi đang học

Có bạn tình	Nữ	Nam
Chưa có	71,3%	60,5%
Đã có	28,7%	39,5%

Việc có bạn tình khi đang đi học giữa nam (39,5%) và nữ (28,7%) có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,017$).

5. Kết luận

- Một số kiến thức tốt về SKSS của học sinh các trường phổ thông trung học ở huyện Thới Bình, tỉnh Cà Mau năm 2012 như sau: về nguyên nhân có thai đạt 94,3%, về đường lây HIV/AIDS là 81,9%, về tình dục lành mạnh chiếm 16,1%, về tình dục an toàn chiếm 10,7%.
- Một số kiến thức còn yếu kém là: Thời điểm có thai có 88,7%, nguyên nhân bệnh lây qua đường sinh sản chiếm 77,3%.
- Thái độ về việc có bạn tình khi còn đi học, có 81,4% có đánh giá là chưa tốt.
- 88,9 % đối tượng có hành vi sử dụng bao cao su khi QHTD.
- Khối lớp có liên quan đến kiến thức về SKSS và chăm sóc SKSS.
- Giới tính có liên quan đến hành vi có bạn tình khi còn đang học.

6. Kiến nghị

- Các tổ chức đoàn thể cần có sự chia sẻ, phối hợp tốt với ngành giáo dục và ngành y tế để tăng cường tổ chức công tác tuyên truyền, phổ biến kiến thức về SKSSVTN cho học sinh và thanh thiếu niên nói chung, thông qua những việc cụ thể như sau:
 - + Tăng cường các chương trình can thiệp chăm sóc SKSS cho vị thành niên, tập trung vào các chương trình truyền thông giáo dục sức khỏe, cung cấp kiến thức.

- + Nên đa dạng hóa các loại kênh thông tin để đưa kiến thức vào các chương trình giáo dục và ngoại khóa.
- + Cần nâng cao kiến thức kỹ năng cho cha mẹ và thầy cô giáo cũng như các tổ chức đoàn thể để có thể nâng cao kỹ năng truyền đạt kiến thức, thái độ và hành vi thực hành chăm sóc SKSS cho vị thành niên nói chung.
- + Cần đầu tư để có thêm những nghiên cứu lớn hơn, đầy đủ hơn về vấn đề này để có chiến lược chăm sóc sức khỏe sinh sản tốt hơn cho VTN.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Quốc Anh, Nguyễn Mỹ Hương (2005), *Sức khỏe sinh sản vị thành niên*, NXB Lao động xã hội, tr 42- 47, 77-79.
2. Lê Thị Bẩy và cộng sự (2006), *Thực trạng kiến thức, thái độ, hành vi về sức khỏe sinh sản vị thành niên của học sinh, sinh viên một số trường học ở thành phố Thái Nguyên*.
3. Bộ Y tế (2005), *Điều tra quốc gia về Vị thành niên và Thanh niên Việt Nam*, Hà Nội, tr 45, 52.
4. Trần Ngọc Chiến (2001), *Nghiên cứu kiến thức thái độ hành vi về sức khỏe sinh sản ở học sinh lứa tuổi vị thành niên tại Thái Nguyên*, Luận văn Thạc sỹ y học, Đại học Thái Nguyên.
5. Nguyễn Công Cừ (2006), *Kiến thức, thái độ, thực hành về Sức khỏe sinh sản và một số yếu tố ảnh hưởng ở học sinh trường Trung học Y tế tỉnh Đồng Tháp năm 2005*, NXB Thể dục thể thao, tr 341-345.
6. Hiệp hội Kế hoạch hóa gia đình Quốc tế - Hội Kế hoạch hóa gia đình Việt Nam (2000), *Sức khỏe sinh sản Vị thành niên*, Hà Nội, tr 9-10.
7. Đặng Thị Quỳnh Hoa (2005), *Thực trạng kiến thức, thực hành về chăm sóc sức khỏe sinh sản của học sinh trung học phổ thông tỉnh Hà Tây*, Luận văn thạc sỹ Y học, Học viên Quân y.
8. Trịnh Công Vinh (2007), *Kiến thức, thái độ, thực hành về Sức khỏe sinh sản và một số yếu tố ảnh hưởng ở học sinh trường Trung học phổ thông Bình Xuyên, tỉnh Vĩnh Phúc năm 2005*, NXB Y học, tr 395-399.
9. Mushi DL, Mpembeni RM, Jahn A (2007), *Knowledge about safe motherhood and HIV/AIDS among school pupils in a rural area in Tanzania. BMC Pregnancy Childbirth*.
10. Jaffer YA, Afifi M, Al Ajmi F, Alouhaishi K (2006), *Knowledge, attitudes and practices of secondary-school pupils in Oman: II. reproductive health*, East Mediterr Health J. pp. 50-60.

NGHIÊN CỨU THỰC TRẠNG HỆ THỐNG CHĂM SÓC SỨC KHỎE TRƯỚC MANG THAI TẠI THÀNH PHỐ ĐÀ NẴNG

BSCKII. Phạm Hùng Chiến

BSCKI. Võ Thu Tùng, ThS. BS Ngô Văn Quang
Trung tâm Truyền thông GDSK thành phố Đà Nẵng

Tóm tắt nghiên cứu

“Khảo sát ban đầu về nhu cầu của hệ thống chăm sóc sức khỏe trước mang thai tại Đà Nẵng” trên các đối tượng là cán bộ lãnh đạo ngành y tế, người cung cấp dịch vụ và các khách hàng của dịch vụ chăm sóc sức khỏe trước mang thai. Kết quả khảo sát cho thấy:

Các văn bản, tài liệu hướng dẫn về chăm sóc sức khỏe trước khi mang thai (CSSKTMT) đã có tương đối đầy đủ. Tuy nhiên, chỉ có một số ít cán bộ tuyến thành phố biết rằng Hướng dẫn quốc gia về các dịch vụ chăm sóc sức khỏe sinh sản (CSSKSS) đã có phần CSSKTMT. Tại Đà Nẵng chưa có chương trình hay dự án nào chuyên về lĩnh vực CSSKTMT ngoại trừ một số dự án có liên quan một phần như chương trình sàng lọc trước sinh, câu lạc bộ sức khỏe tiền hôn nhân.

Phần lớn cán bộ y tế, đặc biệt là những người trực tiếp cung cấp dịch vụ chưa được trang bị một cách hệ thống các kiến thức về CSSKTMT mà nguyên nhân là do thiếu các hoạt động tập huấn và hướng dẫn cũng như công tác giám sát hỗ trợ chưa được thường xuyên. Tư vấn về CSSKTMT còn nhiều hạn chế như: CBYT chưa tự tin, chưa có quy trình hướng dẫn, chưa có sự giám sát hỗ trợ tốt, thời gian dành cho tư vấn quá ít, khu vực tư vấn chưa đảm bảo tính riêng tư.

Các tuyến y tế có thể cung cấp các dịch vụ CSSKSS căn bản nhưng do chưa triển khai việc cung cấp dịch vụ CSSKTMT một cách có hệ thống nên lượng khách hàng đến tìm kiếm dịch vụ này còn ít và còn mang tính riêng lẻ.

Các hoạt động TTGDSK về CSSKTMT còn mang tính riêng lẻ, chưa có tài liệu truyền thông về chủ đề này.

1. Đặt vấn đề

Chăm sóc sức khỏe trước khi có thai (CSSKTMT) giữ một vai trò quan trọng, giúp sinh ra những em bé khỏe mạnh, thông minh. Trong những năm gần đây người ta ngày càng nhận thức được tầm quan trọng của việc CSSKTMT cũng như của việc lập kế hoạch tốt để có thể sinh ra em bé khỏe mạnh. Các dịch vụ CSSKTMT được cung cấp lồng ghép trong các dịch vụ CSSKBD sẽ giúp giảm gánh nặng do các khuyết tật bẩm sinh gây ra. Cả phụ nữ và nam giới ở độ tuổi sinh sản có kế hoạch sinh con là đối tượng của các dịch vụ CSSKTMT.

Tại Việt Nam, các nghiên cứu cho thấy tỉ lệ khuyết tật bẩm sinh chiếm khoảng 4 - 5%. Ước tính hàng năm có khoảng 87.000 trẻ sinh ra bị khuyết tật bẩm sinh. Cải thiện chăm sóc trước mang thai sẽ giúp phòng ngừa và giảm tỉ lệ trẻ khuyết tật bẩm sinh cũng như giảm tỉ lệ tử vong sơ sinh.

Chương trình toàn diện và tích hợp trợ giúp người khuyết tật (DSP) tại thành phố Đà Nẵng được thực hiện từ năm 2013 đến 2015 với kinh phí hỗ trợ từ tổ chức USAID. Một trong 3 mục tiêu chính của chương trình là cải thiện các dịch vụ y tế công cộng liên quan như: hệ thống giám sát dị tật bẩm sinh, sàng lọc trẻ sơ sinh, dịch vụ chăm sóc sức khỏe bà mẹ trước khi mang thai, hệ thống giám sát ung thư tại Đà Nẵng. Nhằm thiết kế và triển khai các can thiệp hiệu quả giúp cải thiện các dịch vụ chăm sóc sức khỏe trước khi mang thai chúng tôi tiến hành “*Khảo sát ban đầu về nhu cầu của hệ thống chăm sóc sức khỏe trước mang thai tại Đà Nẵng.*” Khảo sát này được thực hiện thông qua sự hợp tác giữa Hội Y học thành phố Đà Nẵng và DSP.

2. Mục tiêu nghiên cứu

2.1. Mục tiêu chung: Đánh giá thực tế hoạt động của hệ thống cung cấp dịch vụ chăm sóc trước mang thai tại Đà Nẵng để đưa ra các khuyến nghị can thiệp có thể giúp cải thiện các dịch vụ chăm sóc trước mang thai liên quan đến các dị tật bẩm sinh và sàng lọc sơ sinh nhằm phòng ngừa và giảm thiểu gánh nặng của khuyết tật.

2.2. Mục tiêu cụ thể

1. Nghiên cứu các hướng dẫn và các chương trình hiện có về chăm sóc trước mang thai tại Việt Nam và Đà Nẵng.
2. Khảo sát hệ thống cung cấp dịch vụ tư vấn về CSSKTMT cho phụ nữ và nam giới trong độ tuổi sinh sản.
3. Khảo sát khả năng cung cấp dịch vụ của NVYT trong lĩnh vực CSSKTMT.
4. Khảo sát hệ thống đào tạo và giám sát hỗ trợ của ngành Y tế trong lĩnh vực CSSKTMT bao gồm cả công tác tư vấn.
5. Khảo sát các hệ thống dịch vụ liên quan, bao gồm tiêm chủng phòng Rubella và bổ sung acid folic.
6. Đề xuất các khuyến nghị can thiệp nhằm cải thiện các dịch vụ chăm sóc sức khỏe trước mang thai.

3. Phương pháp nghiên cứu

3.1. Thiết kế nghiên cứu: Mô tả cắt ngang, định lượng kết hợp định tính.

3.2. Đối tượng nghiên cứu: Tổng số có 98 người tham gia vào nghiên cứu gồm:

- Lãnh đạo các đơn vị y tế tuyến quận/ huyện và thành phố (bao gồm cả Sở Y tế và các bệnh viện).
- Người cung cấp dịch vụ y tế có liên quan trực tiếp hoặc gián tiếp đến các dịch vụ chăm sóc trước mang thai ở cả 3 tuyến thành phố, quận/ huyện và xã/ phường.
- Phụ nữ, nam giới ở độ tuổi sinh sản và thuộc nhóm đối tượng khách hàng của các dịch vụ chăm sóc trước mang thai.

3.3. Phương pháp thu thập số liệu:

- Nghiên cứu các tài liệu, văn bản sẵn có
- Thảo luận nhóm (10 cuộc), phỏng vấn sâu (24 cuộc)
- Quan sát địa điểm cung cấp dịch vụ và quan sát một buổi tư vấn (16 cuộc).
- Thu thập thông tin qua phiếu tự điền phát cho đối tượng nghiên cứu là người cung cấp dịch vụ nhằm tìm hiểu các kiến thức liên quan đến CSSKTMT

Các chủ đề khảo sát bao gồm:

- Những chính sách và hướng dẫn, và các chương trình hiện có liên quan đến CSSKTMT
- Tổ chức của mạng lưới chăm sóc SKSS liên quan đến CSSKTMT
- Các dịch vụ/ các chương trình CSSKTMT hiện có
- Khả năng cung cấp các dịch vụ CSSKTMT của nhân viên y tế
- Mô tả các chương trình đào tạo về CSSKTMT bao gồm cả đào tạo về tư vấn
- Cảm nhận và đánh giá của khách hàng về các dịch vụ CSSKTMT
- Các khuyến nghị nhằm cải thiện việc cung cấp các dịch vụ CSSKTMT

3.4. Xử lý và phân tích số liệu

Thông tin thu thập từ các phỏng vấn sâu, thảo luận nhóm và quan sát được mã hóa, nhóm và phân tích theo chủ đề và nhóm câu hỏi. Các dữ liệu cũng được phân tích, tổng hợp và báo cáo theo tuyến (thành phố - quận/ huyện – xã/ phường), khối nhà nước và tư nhân, người cung cấp dịch vụ và khách hàng, phụ nữ và nam giới...

Trong quá trình phân tích và tổng hợp dữ liệu, các kỹ thuật của mô hình Quản lý chất lượng toàn diện (TQM) cũng đã được áp dụng để trình bày các kết quả theo một mô hình logic từ thực trạng, các vấn đề tồn tại/ những thiếu hụt, những nguyên nhân và các khuyến nghị/ giải pháp cải thiện.

4. Kết quả nghiên cứu và bàn luận

4.1. Đặc điểm đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm cán bộ trong ngành y tế tham gia nghiên cứu: 17 nam (37,0%) và 29 nữ (63,0%), 10 cán bộ lãnh đạo, 23 người trực tiếp cung cấp dịch vụ CSSKSS, 13 người làm việc tại các cơ sở y tế cung cấp dịch vụ gián tiếp liên quan đến CSSKTMT.

Đặc điểm đối tượng là khách hàng của các dịch vụ SKSS: 18 nam và 34 nữ là những người mới lập gia đình chưa có con, hoặc có 1 con dưới 5 tuổi và đang còn kế hoạch sinh con trong tương lai đã tham dự vào 6 cuộc thảo luận nhóm. Độ tuổi trung bình 29 tuổi, người lớn tuổi nhất là 38 tuổi và nhỏ nhất là 20 tuổi. Về nghề nghiệp, đa số đối tượng là công nhân (30,7%), nhân viên văn phòng (26,9%) buôn bán (25%).

4.2. Mô tả chung về mạng lưới y tế có liên quan đến CSSKTMT tại Đà Nẵng

Tuyển thành phố:

- Trung tâm Chăm sóc sức khỏe sinh sản (CSSKSS) thành phố Đà Nẵng là đơn vị chịu trách nhiệm chính trong việc quản lý và triển khai các hoạt động CSSKSS trên địa bàn thành phố bao gồm cả các hoạt động CSSKTMT.
- Chi cục Dân số và Kế hoạch hóa gia đình (KHHGĐ) thành phố là đơn vị chịu trách nhiệm triển khai các hoạt động về Dân số và KHHGĐ.
- Các cơ sở y tế nhà nước và tư nhân khác cung cấp các dịch vụ CSSKSS: Bệnh viện Phụ Sản Nhi, Bệnh viện Phụ nữ, Bệnh viện tư nhân Hoàn Mỹ, Bệnh viện tư nhân Bình Dân và các phòng khám sản phụ khoa tư nhân. Ngoài ra, còn có một tổ chức xã hội – nghề nghiệp là Hội Kế hoạch hóa gia đình cũng có một phòng khám sản-phụ khoa và thực hiện các hoạt động CSSKSS cộng đồng.

Tuyển quận/ huyện:

- Trung tâm y tế quận/ huyện: Tại mỗi TTYT có 01 khoa Phụ - Sản với khoảng 2-5 bác sĩ và 5 – 15 nữ hộ sinh; và 01 đội CSSKSS gồm 3 – 5 nhân viên chịu trách nhiệm triển khai các chương trình CSSKSS bao gồm cả CSSKTMT.
- Trung tâm Dân số KHHGĐ: Chịu trách nhiệm triển khai các hoạt động về dân số và KHHGĐ dưới sự chỉ đạo và quản lý của Chi cục DS-KHHGĐ thành phố.

Tuyển xã/ phường:

- 56 Trạm y tế xã/phường, mỗi TYT thường có từ 1-2 nữ hộ sinh, trong đó có một người được phân công chịu trách nhiệm triển khai các hoạt động CSSKSS ở tuyến y tế cơ sở (tại cộng đồng).
- 01 cán bộ chuyên trách DS-KHHGĐ tại cộng đồng, làm việc dưới sự chỉ đạo của Trung tâm DS-KHHGĐ quận/huyện.
- 1843 cộng tác viên dân số - sức khỏe cộng đồng hỗ trợ cho TYT xã/phường trong các chương trình CSSKBĐ trong đó có công tác CSSKSS và DS-KHHGĐ.

4.3. Các văn bản hướng dẫn và các chương trình về CSSKTMT

4.3.1. Các văn bản, tài liệu hướng dẫn về CSSKTMT

Tại Việt Nam:

- Hướng Dẫn Quốc Gia về các dịch vụ chăm sóc sức khỏe sinh sản, Ban hành kèm theo Quyết định số 4620/QĐ-BYT ngày 25/11/2009 của Bộ trưởng Bộ Y tế.
- Quyết định 25/QĐ-BYT ngày 07/01/2011 của Bộ Y tế hướng dẫn chuyên môn về tư vấn và khám sức khỏe tiền hôn nhân.
- Quyết định số 1199/QĐ-TTg ngày 31/08/2012 của Thủ tướng Chính phủ phê duyệt Chương trình mục tiêu quốc gia dân số và kế hoạch hóa gia đình giai đoạn 2012-2015.

- Tài liệu đào tạo “Phòng ngừa khuyết tật bẩm sinh” của Vụ Sức khỏe Bà mẹ - Trẻ em.
- Dự án “Chào đón Sự sống” được triển khai tại Khánh Hòa và dự án “Khác biệt Bẩm sinh” triển khai tại Thừa Thiên Huế năm 2008 (do tổ chức Handicap International tài trợ).

Tại thành phố Đà Nẵng:

Theo trả lời phỏng vấn của các cán bộ lãnh đạo Sở Y tế và các đơn vị tuyến thành phố thì các hướng dẫn về CSSKTMT được triển khai chủ yếu thông qua Hướng dẫn Quốc gia về các dịch vụ chăm sóc sức khỏe sinh sản, ban hành ngày 25/11/2009. Ngoài ra, dựa trên các văn bản và các hướng dẫn của cấp trung ương, các cán bộ lãnh đạo cũng có nêu ra nhiều văn bản triển khai các quyết định nói trên của cấp trung ương.

“Trên những văn bản chính sách đó, ngày 30/5/2012 TP.Đà Nẵng đã có QĐ 4184 ban hành kế hoạch hành động thực hiện Chiến lược Dân số - SKSS Việt Nam tại thành phố Đà Nẵng trong đó có nhiều nội dung và một số nói về CSSKTMT” - CB lãnh đạo Sở Y tế.

4.3.2. Việc triển khai và nắm các văn bản, tài liệu hướng dẫn về CSSKTMT

Việc nắm bắt, triển khai và thực hiện các văn bản hướng dẫn về CSSKTMT giảm dần từ tuyến thành phố đến quận/huyện, xã/phường. Thậm chí có những người cung cấp dịch vụ ở cả tuyến thành phố, quận/ huyện và xã/ phường không biết hoặc vẫn nghĩ rằng chưa hề có hướng dẫn gì về lĩnh vực CSSKTMT.

“Hướng dẫn về CSSKTMT tôi nghĩ không có đâu, điều đó nó phụ thuộc vào kiến thức của các bác sỹ mà thôi, tức là họ phải đọc sách. Trong những guideline (hướng dẫn) mà tôi biết thì có hướng dẫn về sử dụng acid folic trước khi mang thai, anh có thể tìm thấy trên website của CDC, hay của BV Từ Dũ”. – BS sản phụ khoa, tuyến thành phố.

“Nó (Chuẩn quốc gia về SKSS) chỉ có bệnh lây truyền qua đường tình dục, làm mẹ an toàn, KHHGD, rối loạn kinh nguyệt chứ CSSKTMT thì không có.”

BS sản phụ khoa tuyến quận/ huyện

Ngoài ra, các CBYT ở các đơn vị không thuộc hệ thống CSSKSS nhưng có cung cấp các dịch vụ liên quan đến CSSKTMT (từ đây gọi là đơn vị gián tiếp), cũng chưa được tiếp cận với các văn bản, hoặc các hướng dẫn cụ thể về CSSKTMT.

“CSSKSS thì nghe nhưng chăm sóc sức khoẻ trước mang thai thì chưa nghe.”

CBYT gián tiếp

4.3.3. Các chương trình, dự án về CSSKTMT

Chưa có chương trình hay dự án nào chuyên về lĩnh vực CSSKTMT ngoại trừ một số dự án có liên quan một phần như chương trình sàng lọc trước sinh, câu lạc bộ sức khỏe tiền hôn nhân (do Chi cục DS-KHHGD triển khai).

“Chi cục đang tập trung thực hiện các dự án của chương trình Mục tiêu quốc gia, một trong những đối tượng chú trọng là tiền hôn nhân, hiện nay mình có mô hình tư vấn tiền

hôn nhân, sinh hoạt hàng quý với nội dung hướng dẫn cho các em ở lứa tuổi này, cần làm gì trong đó có chuẩn bị trước mang thai, ví dụ khám sức khỏe, chiều cao cân nặng tối thiểu như thế nào, nhất là các em bé gái, hậu quả của các bệnh STI, tiền sử gia đình có khuyết tật bẩm sinh thì làm gì, các yếu tố nguy cơ sinh con không bình thường,... khi quyết định có thai thì tiêm phòng gì, uống viên acid folic....” – CB lãnh đạo Chi cục DS-KHHGD

4.4. CSSKTMT - kết quả nghiên cứu từ phía người cung cấp dịch vụ

4.4.1. Đánh giá về tầm quan trọng của CSSKTMT

Người cung cấp dịch vụ đều cho rằng CSSKTMT đóng vai trò quan trọng trong việc đảm bảo sức khỏe cho bà mẹ mang thai và sinh ra một em bé khỏe mạnh.

“Thực ra tôi nghĩ lịch vực CSSKTMT nếu chú trọng thực hiện thì rất là tốt, nó có ý nghĩa nhân văn rất cao, giúp nâng cao chất lượng về dân số, phát triển giống nòi.”

Cán bộ lãnh đạo

4.4.2. Kiến thức về CSTMT

Chỉ có một số ít CBYT ở tuyến thành phố được trang bị các kiến thức về CSSKTMT. Còn lại phần lớn CBYT trả lời rằng họ còn rất thiếu kiến thức trong lĩnh vực này.

“Lâu nay mình chỉ mơ hồ hiểu là chăm sóc lúc mang thai, chớ trước mang thai tôi cũng chưa có hiểu. Kể cả trước khi đến dự thảo luận nhóm này tôi cũng nghĩ là nói về chăm sóc lúc mang thai. Chỉ mới biết chung chung.” – Nữ hộ sinh.

Việc thiếu hụt kiến thức về CSSKTMT còn thể hiện qua kết quả trả lời bảng hỏi đánh giá nhanh kiến thức của CBYT về CSSKTMT.

Bảng 1: Trả lời về các yếu tố nguy cơ của dị tật bẩm sinh ở trẻ từ phía mẹ

Yếu tố nguy cơ DTBS từ phía mẹ	Chung (20)	THÀNH PHỐ		QUẬN/HUYỆN	
		TT (4)	GT (7)	TT (6)	GT (3)
Tuổi	9	4	2	2	1
Nhận thức	2	1	0	0	1
Nghề	6	2	3	1	0
Dinh dưỡng	12	4	3	3	2
Bệnh di truyền	7	3	3	1	0
Nhiễm tác nhân vật lý	3	0	1	2	0
Nhiễm tác nhân hóa học	12	1	3	6	2
Nhiễm vi sinh vật	16	3	6	6	1
Bệnh mãn tính	0	0	0	0	0
Tiền sử sản khoa	8	3	0	2	3
Bất thường cơ thể	1	0	1	0	0
Tâm lý	1	0	0	0	1
Tiền sử dùng thuốc	4	1	1	1	1
Lạm dụng thuốc lá, chất kích thích	7	1	5	0	1

Về việc dùng acid Folic: Câu trả lời thường gặp là bổ sung viên sắt- acid folic từ khi mang thai đến 1 tháng sau khi sinh, trong khi hướng dẫn của Vụ SKBM-TE và các tổ chức quốc tế thì nên bổ sung acid folic hàng ngày ít nhất là 1 tháng trước khi mang thai và trong 3 tháng đầu của thai kỳ với liều 400 mcg/ngày.

Nguyên nhân của việc thiếu hụt kiến thức nói trên theo các đối tượng nghiên cứu là do thiếu các hoạt động tập huấn, hướng dẫn trong lĩnh vực CSSKTMT.

4.4.3. Năng lực cung cấp dịch vụ

Đa số cho rằng CSSKTMT là một lĩnh vực còn mới mẻ và họ cũng chưa được hướng dẫn nên họ chưa đủ tự tin và chưa đủ khả năng để hướng dẫn và tư vấn cho khách hàng.

“Bản thân ít nghe về CSSKTMT, chưa được tập huấn gì nên nghĩ rằng kiến thức chưa đủ, chưa đủ khả năng, chưa có tự tin để hướng dẫn, chưa có kỹ năng tư vấn cho phụ nữ.” - Nữ hộ sinh, Trạm y tế.

Bảng 2: Kết quả quan sát về kỹ năng tư vấn (n=16)

Kỹ năng tư vấn	Tốt	Chưa tốt	Không làm
Chào hỏi	14	2	0
Tìm hiểu	8	6	2
Lắng nghe	5	9	2
Cung cấp thông tin	13	3	0
Tìm hiểu khó khăn	0	6	10
Thảo luận giải pháp	0	6	10
Cam kết	6	6	4
Tính bí mật, riêng tư	2	11	3

Kết quả bảng 2 cho thấy trong 16 ca quan sát dịch vụ tư vấn thì chỉ có bước chào hỏi và cung cấp thông tin được làm tương đối tốt với tỉ lệ lần lượt là 14/16 ca và 13/16 ca. Các bước tìm hiểu những khó khăn cũng như thảo luận các giải pháp với khách hàng trong quá trình tư vấn chưa được làm tốt hoặc bị bỏ qua.

Địa điểm tư vấn: Đa số các CSYT thường tiến hành việc tư vấn cho khách hàng ngày tại bàn tiếp đón hoặc khám bệnh nên không đảm bảo tính riêng tư, kín đáo.

Phương tiện, tài liệu: Phần lớn CBYT trả lời rằng họ chưa có một bảng quy trình hoặc một bảng kiểm hướng dẫn về các vấn đề cần tư vấn trong CSSKTMT. Khi có khách hàng họ thường tư vấn theo những gì khách hàng hỏi hơn là hướng dẫn một cách bài bản và theo trình tự các bước như trong hướng dẫn của Chuẩn quốc gia về SKSS. Các quan sát tại 10 địa điểm tư vấn cũng không ghi nhận thấy loại tài liệu truyền thông nào về CSSKTMT.

4.4.4. Các dịch vụ lâm sàng và cận lâm sàng về CSSKTMT sẵn có

Nhìn chung số lượng khách hàng đến với mục đích chính là để được hướng dẫn và CSSKTMT còn ít, trung bình chỉ 2-3 ca một tháng. Ngay cả Trung tâm CSSKSS là nơi có số lượng khách hàng đông thì số lượng đến khám vì mục đích chuẩn bị mang thai cũng chỉ khoảng vài ca/ tuần.

“Một tháng có vài ca đến khám và hỏi về việc chuẩn bị mang thai, đa số họ là những người trước đây đã có vấn đề như sảy thai, sinh con có dị tật, hiếm muộn. Còn người bình thường đến để kiểm tra sức khoẻ để mang thai thì rất ít”

BS Sản phụ khoa tuyến thành phố

Ngoài các đơn vị trong hệ thống CSSKSS, các khách hàng tìm kiếm dịch vụ CSSKTMT còn đến tại các cơ sở y tế khác để khám trước khi kết hôn hoặc mang thai. Ví dụ như: đến TTYTDP để tiêm chủng, đến Bệnh viện Da Liễu để khám bệnh lây truyền qua đường tình dục, đến Trung tâm Phòng chống HIV/ AIDS để xét nghiệm HIV,...

“Chúng tôi cũng có khách hàng đến hỏi về các vấn đề CSSKTMT, nhưng cũng không nhiều, lâu lâu mới có 1-2 người. Còn nhiều người thì đến chủ yếu bên đội YTDP để tiêm phòng Rubella.” - BS. Sản phụ khoa tuyến quận/huyện.

Các đơn vị điều trị vô sinh là nơi có nhiều khách hàng có nhu cầu về CSSKTMT hơn mặc dầu họ đến với mục đích chính là điều trị hiếm muộn. Tuy nhiên, việc khám và điều trị chủ yếu tập trung vào những vấn đề có khả năng gây vô sinh, chưa có hướng dẫn CSSKTMT một cách hệ thống cho các đối tượng này.

“Đối tượng này tôi gặp khá nhiều, vì khoa này có điều trị hiếm muộn. Về phác đồ xử lý đối với những trường hợp cần CSSKTMT thì tôi chưa có”

BS Sản phụ khoa tuyến thành phố

Tại các trạm y tế: Những dịch vụ liên quan đến CSSKTMT hiện có tại tuyến xã/ phường gồm có: Khám phụ khoa, tư vấn SKSS, tiêm phòng uốn ván cho phụ nữ mang thai, xét nghiệm VIA sàng lọc ung thư cổ tử cung, chẩn đoán có thai bằng que thử, xét nghiệm protein và đường niệu bằng que thử. Một số trạm y tế có xét nghiệm viêm gan B bằng que thử, xét nghiệm đường máu bằng lấy máu đầu ngón tay. Ngoài ra, các trạm y tế cũng cung cấp các biện pháp KHHGĐ căn bản như đặt vòng, cung cấp bao cao su và viên thuốc tránh thai. Về dịch vụ CSSKTMT, mỗi tháng chỉ có 1-2 ca đến hỏi thông tin về một số vấn đề liên quan như tiêm phòng rubella hoặc KHHGĐ khi họ có dự định mang thai.

Tại các TTYT quận/ huyện: Thường có đầy đủ các phương tiện xét nghiệm và chẩn đoán căn bản như xét nghiệm máu, nước tiểu, siêu âm, một số đơn vị có cả máy chụp cắt lớp CT scanner. Các khoa Phụ - Sản tuyến quận/ huyện hiện nay chủ yếu tập trung vào các dịch vụ khám phụ khoa, chăm sóc thai nghén và đỡ đẻ. Vì lượng khách hàng đến khám chuyên về CSSKTMT còn ít nên dịch vụ này hầu như chưa được triển khai một cách có hệ thống.

Tại các đơn vị tuyến thành phố: Có gần như đầy đủ các dịch vụ CSSKTMT. Những dịch vụ còn thiếu gồm có xét nghiệm về nhiễm sắc thể và một số xét nghiệm kỹ thuật cao về

miễn dịch. Đối với những xét nghiệm này thì thường mẫu nghiệm được lấy và gửi đi Huế hoặc thành phố Hồ Chí Minh hoặc chuyển bệnh nhân đi. Vì CSSKTMT chưa được truyền thông và quảng bá tốt nên lượng khách hàng ở tuyến thành phố cũng còn ít.

Các dịch vụ về tiêm chủng và bổ sung acid folic

Bổ sung acid folic: Trước năm 2005, có một số chương trình cấp bổ sung miễn phí viên sắt và acid folic cho phụ nữ mang thai, đặc biệt là ở những vùng khó khăn, do Chính phủ hỗ trợ thông qua các Dự án Dinh dưỡng của quốc gia. Những năm gần đây, các chương trình cấp miễn phí thu hẹp dần. Hiện nay, hàng năm chỉ còn một chương trình cấp miễn phí viên sắt-acid folic cho khoảng 1000 phụ nữ mang thai diện khó khăn từ nguồn của dự án Cải thiện tình trạng dinh dưỡng trẻ em. Mỗi phụ nữ được cấp 90 viên sắt – acid folic uống trong 3 tháng của thai kỳ. Đa số họ được cấp khi đến khám thai và tiêm phòng uốn ván vào tháng thứ 4 – 5 của thai kỳ.

Tiêm phòng vắc xin: các đơn vị y tế dự phòng và các CSYT tuyến thành phố là những đơn vị cung cấp dịch vụ tiêm phòng vắc xin cho phụ nữ trước mang thai. Rubella là loại vắc xin thường được tiêm nhất. Thời điểm tiêm phòng Rubella là một cơ hội tốt để cung cấp thông tin và hướng dẫn cho phụ nữ về CSSKTMT. Tuy nhiên, qua trả lời phỏng vấn của cán bộ TTYTDP cho thấy rằng họ chưa được tập huấn gì về CSSKTMT, nếu được trang bị kiến thức về lĩnh vực này sẽ góp phần vào việc hướng dẫn và tư vấn cho phụ nữ tốt hơn về CSSKTMT khi họ đến tiêm phòng.

4.4.5. Các hoạt động truyền thông về CSSKTMT

Đã có một số hoạt động TTGDSK về những vấn đề liên quan đến CSSKTMT được thực hiện tại Đà Nẵng. Ví dụ: hoạt động truyền thông về CSSKSS vị thành niên – thanh niên, các biện pháp KHHGD, bệnh STI, tiêm chủng, phòng ngừa DTBS cũng đã được thực hiện bởi Trung tâm TTGDSK và các đơn vị khác. Tuy nhiên, các hoạt động TTGDSK chưa đề cập một cách hệ thống và bài bản về chủ đề CSSKTMT.

“Đơn vị tôi thực hiện các hoạt động truyền thông sức khỏe nói chung nên đã có nhiều nội dung liên quan đến CSSKTMT được đăng tải trên truyền hình cũng như các ấn phẩm. Ví dụ các nội dung CSSKSS vị thành niên, các nội dung về KHHGD, các nội dung về hiếm muộn, các bệnh STIs, các nội dung hướng dẫn tiêm chủng cũng như đề phòng dị tật bẩm sinh.v.v... Tuy nhiên nói chuyên sâu về CSTMT thì không có, hay đúng ra là chưa tổng hợp thành chuyên đề riêng.” – Cán bộ lãnh đạo Trung tâm TTGDSK.

“Về các hoạt động TTGDSK về CSSKTMT thì trạm y tế chưa bao giờ thực hiện, không có tờ rơi gì về CSSKTMT.” - NHS Trạm y tế Hòa Xuân.

4.4.6. Hệ thống đào tạo và giám sát hỗ trợ của ngành y tế về CSSKTMT

Hầu hết các CBYT chưa được đào tạo, tập huấn về CSSKTMT

“Chưa có ai được tập huấn chuyên về CSSKTMT. Chưa có đơn vị nào tổ chức tập huấn về CSSKTMT”- Các CBYT tuyến quận/ huyện.

4.5. CSSKTMT kết quả nghiên cứu từ các đối tượng nhận dịch vụ

4.5.1. Cảm nhận về tầm quan trọng của CSSKTMT:

Phần lớn đối tượng khách hàng trong nghiên cứu này cũng đều nghĩ rằng CSSKTMT đóng vai trò quan trọng đối với việc mang thai và sinh đẻ của người phụ nữ.

“Chăm sóc rồi mới trở bông thì hay hơn chớ trở bông rồi mới chăm sóc thì nói làm chi.” – Khách hàng nam giới.

4.5.2 Kiến thức, thực hành về CSSKTMT

Nguồn tiếp nhận thông tin: Những hiểu biết về CSSKTMT thường có được từ Internet, báo, đài, sách, đồng nghiệp, người lớn tuổi, trạm y tế, tiệm thuốc tây. Đặc biệt những phụ nữ ở thành phố, làm công việc văn phòng thì hay đề cập đến Internet và các trang web như là một nguồn thông tin mà họ thường xuyên tiếp cận. Ngoài ra, những ngày truyền thông dân số được tổ chức 2 lần trong một năm tại các TYT xã/phường cũng là lúc phụ nữ có thể được cung cấp các thông tin liên quan đến CSSKTMT. Tuy nhiên cũng có một số phụ nữ và nam giới trước đây chưa từng nghe nói và chưa từng biết đến CSSKTMT.

Kiến thức về CSSKTMT: Có sự khác biệt giữa kiến thức của phụ nữ và nam giới. Phụ nữ dường như có kiến thức về CSSKTMT tốt hơn. Trả lời câu hỏi về những gì cần làm trước khi mang thai để thai phát triển tốt và sinh ra những đứa con khỏe mạnh thì phụ nữ thường đề cập đến tiêm phòng vắc xin, bổ sung viên sắt-acid folic, dinh dưỡng tốt, phòng tránh viêm gan B và các bệnh STIs. Với nam giới, khi được hỏi thì cho rằng phụ nữ nên ăn uống dinh dưỡng tốt và tâm lý thoải mái, nam giới nên kiêng rượu bia, giảm hút thuốc lá, dinh dưỡng tốt, luyện tập thể dục thể thao. Một số nam giới có đề cập về việc tiêm phòng Rubella và viêm gan B cho người vợ trước khi mang thai, không ai biết về acid folic.

Thực hành CSSKTMT: Những thực hành phổ biến nhất về CSSKTMT đối với phụ nữ: tiêm phòng vắc xin ngừa Rubella, uống viên sắt, dinh dưỡng hợp lý, tâm lý thoải mái. Đối với nam giới: Kiêng rượu bia, giảm thuốc lá, dinh dưỡng tốt và tập luyện thể dục thể thao

4.5.3. Cảm nhận về dịch vụ tại các cơ sở y tế

Những cảm nhận và đánh giá của khách hàng về các CSYT mà họ từng đến nhận dịch vụ thì rất khác nhau nhưng những vấn đề họ thường nêu ra là:

- Chưa có truyền thông tư vấn về CSSKTMT một cách có hệ thống.
- Thời gian làm thủ tục và chờ đợi để khám bệnh còn lâu.
- Thái độ giao tiếp của nhân viên y tế đôi khi còn chưa tốt.
- Thời gian dành cho tư vấn còn ít và chưa giải đáp hết được những thắc mắc của khách hàng.
- Một số nơi phí dịch vụ y tế còn cao.

5. Kết luận

- Các văn bản, tài liệu hướng dẫn về CSSKTMT đã có tương đối đầy đủ. Tuy nhiên, nhiều CBYT không biết nội dung CSSKTMT cũng đã có trong Chuẩn quốc gia về SKSS.
- Phần lớn cán bộ y tế, đặc biệt là những người trực tiếp cung cấp dịch vụ chưa được trang bị các kiến thức về CSSKTMT.
- Công tác tư vấn về CSSKTMT còn nhiều hạn chế: CBYT chưa tự tin, chưa có quy trình hướng dẫn, chưa có sự giám sát hỗ trợ tốt, thời gian dành cho tư vấn quá ít, khu vực tư vấn chưa đảm bảo tính riêng tư.
- Các dịch vụ như tiêm phòng Rubella, bổ sung acid Folic đã được một số đơn vị y tế triển khai.
- Hiểu biết của khách hàng về CSSKTMT còn hạn chế.

6. Khuyến nghị

Về tổ chức, quy trình

- Xây dựng một kế hoạch hoặc dự án cụ thể nhằm cải thiện các hoạt động CSSKTMT
- Tổ chức một hội thảo chuyên đề về CSSKTMT.
- Sở Y tế ban hành các văn bản hướng dẫn và quy trình liên quan đến CSSKTMT.
- Triển khai lồng ghép các dịch vụ CSSKTMT vào các dịch vụ CSSKSS hiện có.
- Phát triển các dịch vụ chuyên sâu về CSSKTMT.

Về truyền thông GDSK

- Đối tượng truyền thông: Các cặp vợ chồng có kế hoạch sinh con, thanh niên chuẩn bị kết hôn.
- Thời điểm thuận lợi để truyền thông: khi đi khám, đi tiêm phòng, khi đi đăng ký kết hôn, lồng ghép vào các hoạt động truyền thông khác.
- Phương pháp truyền thông: Trực tiếp (nói chuyện, tư vấn), gián tiếp (phát thanh, truyền hình, tờ rơi, triển lãm ảnh, pano, áp phích).
- Phương tiện truyền thông: Cần phát triển đa dạng các tài liệu truyền thông về CSSKTMT (tờ rơi, áp phích, pano, tranh lật...).

Về đào tạo và giám sát hỗ trợ

- Nên tổ chức các lớp tập huấn có thời gian từ 3 – 5 ngày .
- Lồng ghép các kiến thức về CSSKTMT vào nội dung đào tạo hàng năm cho mạng lưới cộng tác viên dân số - sức khỏe cộng đồng.
- Nội dung đào tạo nên phù hợp với các loại đối tượng khác nhau.
- Cần tổ chức tham quan học tập những mô hình CSSKTMT đã được triển khai ở một số tỉnh thành trong cả nước.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế, *Quyết định 25/QĐ-BYT ngày 07/01/2011 Hướng dẫn chuyên môn về tư vấn và khám sức khỏe tiền hôn nhân.*
2. Thủ tướng Chính phủ, *Quyết định số 1199/QĐ-TTg ngày 31/08/2012 Phê duyệt chương trình mục tiêu quốc gia dân số và KHHGD giai đoạn 2012-2015*
3. Trung tâm Chăm sóc sức khỏe sinh sản thành phố Đà Nẵng, *Báo cáo tổng hợp tình hình nhân lực mạng lưới chăm sóc sức khỏe sinh sản năm 2012.*
4. Vụ Sức khỏe Bà mẹ - Trẻ em – Bộ Y tế, *Tài liệu đào tạo phòng ngừa khuyết tật bẩm sinh*, 2012. tr.2.
5. American College of Obstetricians and Gynecologists. Preconceptional care. ACOG Technical Bulletin No. 205, May 1995. Int J Gynaecol Obstet. 1995;50:201–7.
6. Brundage SC. Preconception health care. Am Fam Physician. 2002;65:2507–14.
7. Buie, E.M. An Examination of the Impact of Preconception Health on Adverse Pregnancy Outcomes through the Theoretical Lens of Reciprocal Determinism. A dissertation submitted in partial fulfillment of the requirements for the degree of Doctor of Philosophy. Department of Community and Family Health. College of Public Health. University of South Florida. Date of Approval: April 5, 2011
8. Dewees, W.P. (1858). A treatise on the physical and medical treatment of children. 11th edition. Philadelphia: qtd. In Buie.
9. Preconception care, Ayurveda style. Available on Oct. 2nd at: <http://www.yoga-abode.com/node/1580>.

**NGHIÊN CỨU THỰC TRẠNG VÀ ĐỀ XUẤT MỘT SỐ GIẢI PHÁP
TRUYỀN THÔNG CẢI THIẾN HÀNH VI
DỰ PHÒNG TĂNG HUYẾT ÁP CỦA NGƯỜI DÂN TỪ 50 TUỔI TRỞ LÊN
TẠI XÃ CẨM NAM, HUYỆN CẨM XUYÊN, TỈNH HÀ TĨNH NĂM 2013**

*BS. Bùi Quang Tâm, CN. Đoàn Thị Mỹ Loan
Trung tâm Truyền thông GDSK Hà Tĩnh*

Tóm tắt nghiên cứu

Đề tài “Nghiên cứu thực trạng và đề xuất một số giải pháp truyền thông cải thiện hành vi dự phòng tăng huyết áp của người dân 50 tuổi trở lên tại xã Cẩm Nam, huyện Cẩm Xuyên, tỉnh Hà Tĩnh năm 2013” được thực hiện từ tháng 2 đến tháng 7 năm 2013 tại xã Cẩm Nam, huyện Cẩm Xuyên, tỉnh Hà Tĩnh với mục tiêu đánh giá thực trạng, kiến thức, thái độ và thực hành dự phòng tăng huyết áp (THA) của người dân tuổi 50 trở lên từ đó đề xuất một số giải pháp chính nhằm cải thiện hành vi dự phòng THA cho người dân tại địa phương. Kết quả nghiên cứu cho thấy kiến thức, thái độ và các thực hành liên quan đến dự phòng THA của người dân còn nhiều hạn chế: 69% có thái độ với dự phòng THA được đánh giá là đạt, 71% có kiến thức đạt và 65% có thực hành đạt. Kiến thức về điều trị THA cũng rất hạn chế, chỉ có 36% người được hỏi cho rằng khi bị THA cần điều trị thường xuyên. Một số thực hành được người dân thực hiện để dự phòng THA bao gồm: Ngừng hoặc hạn chế uống nhiều rượu (60%), quyết định bỏ hẳn hút thuốc lá (49%), giữ nếp sinh hoạt điều độ, ổn định, tránh trạng thái tâm lý căng thẳng, xúc động, lo âu chiếm (32%), rèn luyện thân thể thường xuyên: tập thể dục đều đặn ít nhất 45 phút mỗi ngày, 3 lần trong một tuần, vận động thể lực hợp lý, không nên gắng sức (70%), thường xuyên đến trạm y tế xã để đo huyết áp và khám sức khỏe (65%). Các kênh thông tin cung cấp các kiến thức về THA chủ yếu là truyền thông đại chúng (66%), qua cán bộ y tế chỉ có 12%.

1. Đặt vấn đề

Tăng huyết áp (THA) là bệnh phổ biến trên thế giới cũng như ở Việt Nam, là mối đe dọa rất lớn đối với sức khỏe của con người, là nguyên nhân gây tàn phế và tử vong ở người cao tuổi. Trong số các trường hợp mắc bệnh và tử vong do tim mạch hàng năm có khoảng 35% - 40% nguyên nhân do THA. Theo số liệu thống kê của Tổ chức Y tế Thế giới, THA ảnh hưởng đến sức khỏe của hơn 1 tỷ người trên toàn thế giới và là yếu tố nguy cơ tim mạch quan trọng nhất liên quan đến bệnh mạch vành, suy tim, bệnh mạch máu não và bệnh thận mạn tính. Năm 2005, trong số 17,5 triệu người tử vong do các bệnh tim mạch thì THA là nguyên nhân trực tiếp gây tử vong của 7,1 triệu người. Cũng theo tổ chức WHO, dự kiến năm 2025 sẽ có khoảng 1,5 tỉ người bị THA. Chính vì thế, THA không những ảnh hưởng đến chất lượng cuộc sống của bản thân người mắc bệnh, mà còn là gánh nặng cho gia đình và xã hội. Dự báo trong những năm tới số người mắc THA sẽ còn tăng do các yếu tố liên quan như: hút thuốc lá, lạm dụng rượu - bia, dinh dưỡng bất hợp lý, ít vận động vẫn còn phổ biến. Theo Tổ chức Y tế thế giới (WHO), không chế được những yếu tố nguy cơ này có thể làm giảm được 80% người bị THA.

Tại Việt Nam, theo điều tra gần đây nhất của Viện Tim mạch, thì tỷ lệ THA của những người từ 25 tuổi trở lên ở nước ta đã là 25,1%. Hiện nay Việt Nam có khoảng 9,7 triệu người dân hoặc là không biết THA, hoặc là THA nhưng không được điều trị hoặc có điều trị nhưng chưa đưa được số huyết áp về mức bình thường. Điều trị THA cần phải liên tục, kéo dài và phải được theo dõi chặt chẽ. Trên thực tế việc phát hiện, quản lý và điều trị bệnh nhân THA tại cộng đồng gặp rất nhiều khó khăn. Có nhiều yếu tố ảnh hưởng như người dân còn nghèo chưa đủ tiền theo dõi, điều trị, thiếu sự quan tâm, thiếu hiểu biết, trình độ học vấn thấp... Do đó cần xây dựng một kế hoạch mang tính chất chiến lược trong phòng, chống THA.

Đời sống người dân xã Cẩm Nam, huyện Cẩm Xuyên, tỉnh Hà Tĩnh còn gặp nhiều khó khăn, tỷ lệ già hóa dân số ở đây ngày càng cao, vì vậy vấn đề chăm sóc sức khỏe người cao tuổi ở xã ngày càng đặt ra nhiều thách thức cho các ban ngành. Các hoạt động tuyên truyền của Trung tâm Y tế Dự phòng huyện Cẩm Xuyên thường chỉ được triển khai khi có dịch bệnh phát sinh hoặc theo kế hoạch của các Chương trình Y tế Quốc gia, chưa có nguồn kinh phí để chi cho hoạt động truyền thông giáo dục sức khỏe (TTGDSK) về dự phòng THA cho người dân. Vì vậy, chúng tôi chọn đề tài “Nghiên cứu thực trạng và đề xuất một số giải pháp truyền thông cải thiện hành vi dự phòng cao huyết áp của người dân 50 tuổi trở lên tại xã Cẩm Nam, huyện Cẩm Xuyên, năm 2013”, nhằm tạo cơ sở quan trọng cho việc xây dựng kế hoạch TTGDSK; góp phần giúp người dân dự phòng THA tốt hơn.

2. Mục tiêu nghiên cứu

1. Mô tả thực trạng kiến thức, thực hành dự phòng tăng huyết áp ở người dân từ 50 tuổi trở lên tại xã Cẩm Nam, huyện Cẩm Xuyên năm 2013.
2. Đề xuất một số giải pháp nhằm cải thiện hành vi dự phòng tăng huyết áp ở người dân từ 50 tuổi trở lên tại xã Cẩm Nam.

3. Phương pháp nghiên cứu

3.1. Đối tượng nghiên cứu

Người dân từ 50 tuổi trở lên hiện đang sinh sống tại xã Cẩm Nam, không có biểu hiện suy giảm trí tuệ, tự nguyện tham gia vào nghiên cứu.

3.2. Địa điểm, thời gian nghiên cứu

- Địa điểm nghiên cứu: xã Cẩm Nam, huyện Cẩm Xuyên.
- Thời gian nghiên cứu: Từ tháng 2/2013 đến tháng 7/2013

3.3. Phương pháp nghiên cứu

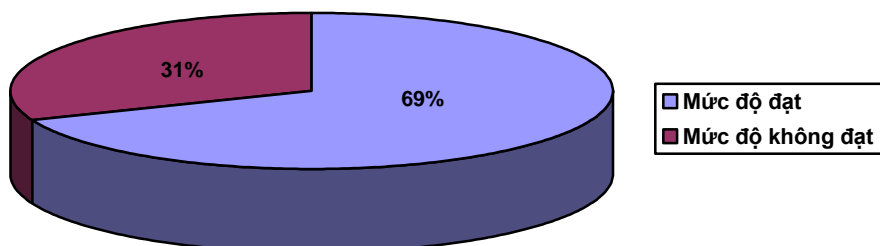
- Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang.
- Thu thập số liệu: Sử dụng phiếu điều tra để thu thập thông tin về kiến thức, thái độ và thực hành phòng chống THA. Tổng số có 90 cuộc phỏng vấn được tiến

hành tại 9 thôn thuộc xã Cẩm Nam, huyện Cẩm Xuyên, tỉnh Hà Tĩnh. Sử dụng dụng cụ đo huyết áp (ồng nghe, huyết áp kế) để đo chỉ số huyết áp.

- Nhập và xử lý số liệu: Phiếu thu thập thông tin được làm sạch trước khi nhập dữ liệu. Phân tích số liệu bằng phần mềm Ex-Cell, STATA, tính toán các tần suất, tỷ lệ %. Các thông tin ghi âm từ các cuộc phỏng vấn, kết hợp bổ sung thông tin ghi chép và được sắp xếp theo các chủ đề phù hợp.

4. Kết quả nghiên cứu

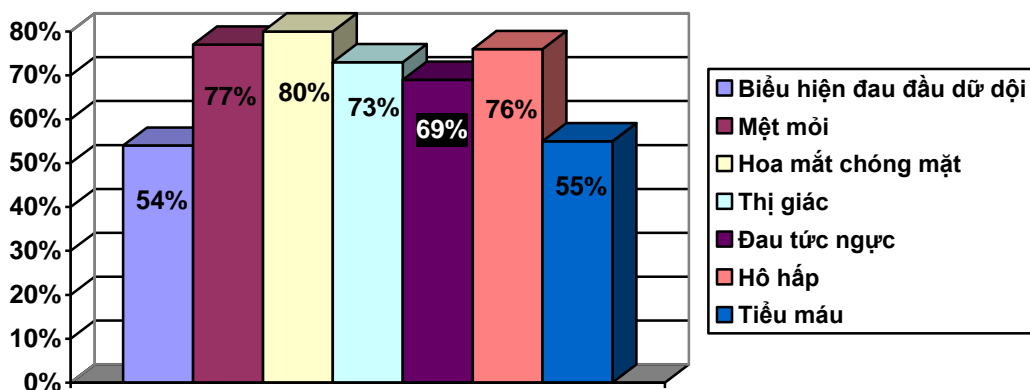
4.1. Thái độ của người dân trong dự phòng THA



Biểu đồ 1: Thái độ của người dân từ 50 tuổi trở lên về dự phòng tăng huyết áp

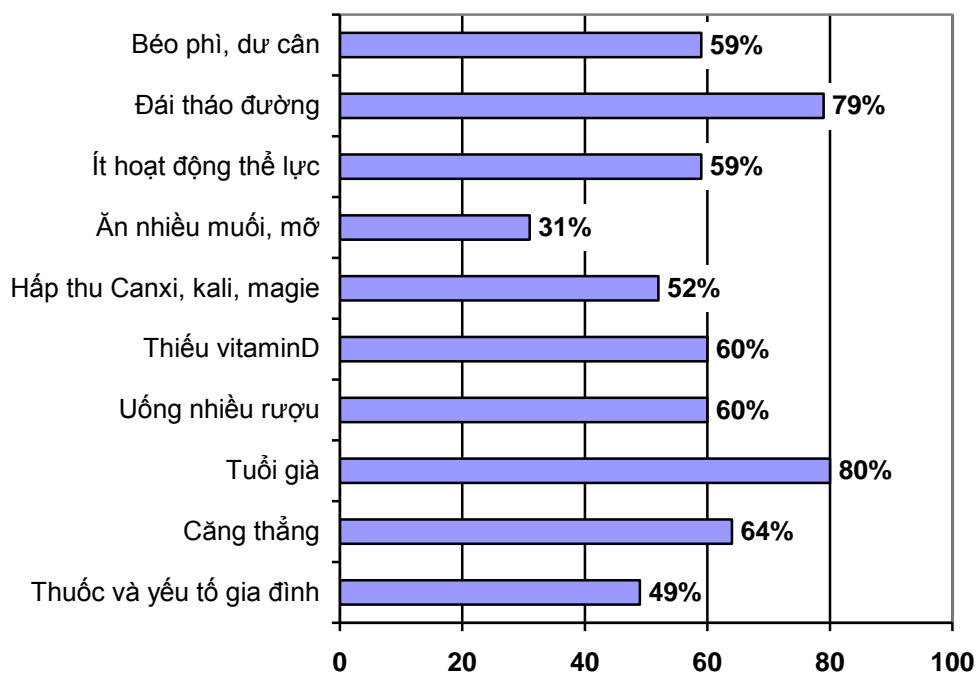
69% người được hỏi có thái độ được đánh giá mức độ đạt với dự phòng THA. 67% cho rằng THA là bệnh nguy hiểm, 76% có thái độ tích cực đối với dự phòng THA. 39% cho rằng THA có thể phòng ngừa được.

4.2. Kiến thức về bệnh và cách dự phòng THA



Biểu đồ 2: Kiến thức về các biểu hiện của THA

71% người được hỏi biết được biểu hiện cơ bản của THA. Cụ thể: 54% kể được biểu hiện đau đầu dữ dội, mệt mỏi (77%), hoa mắt chóng mặt, nôn ói (80%), có vấn đề về thị giác (73%), đau tức ngực (69%), các vấn đề về hô hấp (76%), tiểu máu (55%).



Biểu đồ 3: Kiến thức về các yếu tố nguy cơ của THA

Theo biểu đồ 3, tỷ lệ người được hỏi biết được các yếu tố nguy cơ của THA như sau: Béo phì hoặc dư cân (59%), đái tháo đường (79%), thiếu hoạt động thể lực (59%), lượng muối ăn vào nhiều, ăn nhiều mỡ động vật (31%), thiếu hấp thu can xi, kali, magie (52%), thiếu hụt vitamin D (60%), uống rượu nhiều (60%), tuổi già (80%), căng thẳng (64%), các loại thuốc và yếu tố gia đình có người có tiền sử bị THA, bệnh thận mạn tính, các bệnh lý của tuyến thượng thận hay tuyến giáp (49%).

Kiến thức về dự phòng THA: 57% cho rằng người béo phì cần áp dụng chế độ ăn giảm cân: ít đường, ít mỡ, nhiều chất đạm và chất xơ rau quả, trái cây; ăn chất đạm có nguồn gốc từ cá và thực vật hơn là các loại thịt heo, bò, gà... Không ăn quá ngọt ngay cả khi không bị tiểu đường. 43% vẫn cho rằng chế độ ăn nhiều đường, nhiều mỡ, nhiều đạm không có ảnh hưởng đến THA.

Kiến thức về điều trị THA của người dân còn nhiều hạn chế: chỉ có 36% người được hỏi cho rằng THA cần điều trị thường xuyên, 38,5% cho rằng không cần điều trị thường xuyên và 25,5% trả lời không biết.

Các kênh thông tin cung cấp kiến thức về THA mà người dân tiếp nhận được: Thông tin đại chúng (đài, ti vi, loa phát thanh của xóm) - 66%, tư vấn sức khỏe của cán bộ trạm y tế - 12%; các nguồn khác - 22%.

4.3. Thực hành dự phòng tăng huyết áp

Các thực hành dự phòng THA của đối tượng nghiên cứu theo bảng chuẩn chấm điểm ở mức độ đạt chiếm 65%, không đạt chiếm 35%. Các thực hành cụ thể như sau:

- 60% ngừng hoặc hạn chế uống nhiều rượu.

- 49% quyết định bỏ hẳn hút thuốc lá.
- 32% giữ nếp sinh hoạt điều độ, ổn định, tránh trạng thái tâm lý căng thẳng, xúc động, lo âu.
- 70% rèn luyện thân thể thường xuyên (tập thể dục đều đặn ít nhất 45 phút mỗi ngày, 3 lần trong một tuần, vận động thể lực hợp lý, không nên gắng sức).
- 65% thường xuyên đến trạm y tế xã để đo huyết áp và khám sức khỏe.
- 41% điều trị THA theo đúng hướng dẫn của thầy thuốc. Hầu hết người dân nơi đây cho rằng khi nào huyết áp tăng mới dùng thuốc, còn khi ổn định thì dùng thuốc mà không phải thực hiện điều trị theo hướng dẫn của các bác sĩ là phải điều trị lâu dài và suốt đời, đặc biệt là nhiều người dân cho rằng khi thấy huyết áp có thay đổi hoặc trong người thấy mệt mỏi có thể tự tăng liều thuốc mà không cần hỏi hoặc tham khảo ý kiến của bác sĩ.

Trong tổng số 600 người tại xã Cẩm Nam tham gia điều tra, 61% có dấu hiệu THA, trong đó, số người bị mắc THA độ 1 chiếm số lượng nhiều nhất.

5. Bàn luận

Nghiên cứu đã nhận được sự ủng hộ nhiệt tình của Trung tâm Y tế dự phòng huyện Cẩm Xuyên, trạm y tế xã Cẩm Nam; đặc biệt là những người dân được chọn làm đối tượng nghiên cứu, do trước đây chỉ có những hoạt động khám chữa bệnh miễn phí của Dự án phòng chống THA Hà Tĩnh triển khai, trong đó công tác tư vấn, truyền thông cho nhân dân chưa được chú trọng nhiều do không có kinh phí. Hội Người cao tuổi của xã Cẩm Nam nhận định đây là hoạt động rất có ý nghĩa cho người dân, đặc biệt là cho bà con nơi đây vì đời sống họ còn khó khăn, quanh năm tập trung cho nghề nông nên không có điều kiện và thời gian để chăm lo sức khỏe cho bản thân. Chỉ đến khi bệnh nặng, nguy hiểm đến tính mạng họ mới đến bệnh viện và lúc đó, vấn đề chữa bệnh trở nên khó khăn và tốn kém.

Từ lâu nay, THA được coi là “kẻ giết người thầm lặng” vì nhiều khi không có biểu hiện hay triệu chứng gì nhưng lại có thể gây ra những biến chứng vô cùng nặng nề. Nếu chỉ căn cứ vào cảm giác khỏe mạnh của bản thân để đánh giá mình có huyết áp bình thường là không đủ. Cách duy nhất để biết có THA không là kiểm tra huyết áp thường xuyên. Mặc dầu người có tuổi có nhiều nguy cơ bị THA nhưng họ không phải là đối tượng duy nhất mà bất cứ ai cũng có thể bị THA. Do đó, không nên chủ quan, đặc biệt khi nằm trong đối tượng nguy cơ: Hút thuốc, béo phì, uống nhiều bia, rượu...

Tiếp cận thông tin về THA: chủ yếu là từ các phương tiện thông tin đại chúng hoặc tự tìm hiểu. Trong nội dung sinh hoạt của Câu lạc bộ Người cao tuổi xã Cẩm Nam chưa có điều kiện để đề cập đến vấn đề rất đáng quan tâm này. Ngành y tế tỉnh cũng chưa có điều kiện để tổ chức các buổi truyền thông về chủ đề THA cho người dân.

Kiến thức về THA: Mặc dù cách trung tâm huyện không xa nhưng cuộc sống người dân Cẩm Nam chủ yếu dựa vào nông nghiệp, đời sống còn nhiều khó khăn. Xuất phát từ

trình độ học vấn cũng như nghề nghiệp nên tỷ lệ người dân có những hiểu biết về bệnh và dự phòng bệnh THA không cao. Số đối tượng trả lời đúng một trong những biểu hiện cơ bản của THA đạt 71%. Điều này lý giải việc các đối tượng nghiên cứu mới chỉ biết các thông tin về bệnh qua đài phát thanh, vô tuyến truyền hình; chưa được tư vấn hoặc tham gia truyền thông trực tiếp nên không có kiến thức về những biểu hiện của THA. Cũng chính vì chủ quan và điều kiện khó khăn đó nên rất ít người từ 50 tuổi trở lên chủ động đến cơ sở y tế để khám và phát hiện THA và các bệnh tim mạch... Chỉ đến khi bệnh nặng thì họ mới sắp xếp công việc để đi chữa bệnh, mặc dù có đến 75% người dân nơi đây đã có sổ bảo hiểm, chủ yếu là bảo hiểm người nghèo, cận nghèo. Qua việc sử dụng bảng chấm điểm về kiến thức của người dân về bệnh và dự phòng THA không cao: số đối tượng đạt > 50% số điểm chiếm 71%, không đạt là 29%.

Thái độ với THA: Kết quả nghiên cứu về thái độ của người dân cho thấy 67% đối tượng nghiên cứu cho rằng THA nguy hiểm, chỉ có 39% cho rằng THA có thể phòng ngừa được trong khi thực tế hiện nay, nhiều chứng cứ khoa học đã chứng minh rằng THA và các bệnh tim mạch có thể phòng ngừa đến 80%.

Thực hành dự phòng THA: Luyện tập thể dục thể thao, vận động thể lực hợp lý chiếm tỷ lệ 70% cho thấy việc tập luyện thể dục thể thao được người dân nơi đây chú trọng. Một trong những nguyên nhân chính thúc đẩy phong trào thể dục thể thao nơi đây chính là câu lạc bộ dưỡng sinh được duy trì và thường xuyên có khoảng gần 50% người tham gia thường xuyên. Số người thường xuyên đến cơ sở y tế để đo huyết áp chỉ chiếm tỷ lệ 65%, chế độ ăn dầu ăn thay mỡ lợn để phòng THA, tim mạch chiếm tỷ lệ 57%. Tuy nhiên, việc tuân thủ điều trị THA chỉ chiếm 41% trong khi đa số người dân cho rằng khi nào huyết áp tăng cao mới phải dùng thuốc, có thể tự điều chỉnh tăng giảm liều, còn khi huyết áp ổn định thì dùng thuốc mà không phải điều trị theo hướng dẫn của thầy thuốc, điều trị lâu dài và suốt đời. 60% ngừng hoặc hạn chế uống nhiều rượu, 49% quyết định bỏ hẳn hút thuốc lá, 32% giữ nếp sinh hoạt điều độ, ổn định, tránh trạng thái tâm lý căng thẳng, xúc động, lo âu. Qua đó có thể khẳng định rằng nhiều người cao tuổi còn rất chủ quan, chưa thực sự quan tâm đến các biện pháp phòng bệnh đơn giản nhưng dễ thực hiện và rất hiệu quả như tránh căng thẳng, tránh bia rượu, thuốc lá, ...

Từ các kết quả nghiên cứu cho thấy các ban ngành chính quyền địa phương, y tế cần tăng cường triển khai đồng bộ, sâu rộng hơn nữa công tác truyền thông về dự phòng THA, đái tháo đường và tai biến mạch máu não; trong đó tập trung chủ yếu vào việc thực hiện chế độ ăn uống, nghỉ ngơi, tập luyện hợp lý, tăng cường khám sức khỏe định kỳ... nhằm giúp người dân có được thái độ tích cực, hành vi tốt trong dự phòng THA. Hoạt động của Hội Người cao tuổi, câu lạc bộ dưỡng sinh là rất cần thiết cho người cao tuổi tăng cường thực hành hành vi tích cực trong rèn luyện sức khỏe, cải thiện tình trạng bệnh tật.

6. Kết luận

- Kiến thức về các biểu hiện THA và các biện pháp dự phòng THA ở mức đạt chiếm 71%.
- Các thực hành dự phòng THA bao gồm: đến cơ sở y tế đo huyết áp (65%), thực hiện chế độ ăn giảm mỡ (57%), ngừng hoặc hạn chế uống rượu (60%), bỏ hút thuốc lá (49%), giữ nếp sinh hoạt điều độ, ổn định, tránh trạng thái tâm lý căng thẳng, xúc động, lo âu (32%), tuân thủ điều trị THA (41%).
- Nguồn cung cấp thông tin về THA chủ yếu là qua các phương tiện thông tin đại chúng (đài, ti vi, loa phát thanh của xóm) - 66%, qua cán bộ trạm y tế chỉ có 12%.

7. Kiến nghị

Qua kết quả nghiên cứu chúng tôi đưa ra một số kiến nghị, giải pháp như sau:

- Phương thức truyền thông về phòng chống THA: Kết hợp truyền thông trực tiếp (tư vấn, sinh hoạt lồng ghép, hội thi...) và truyền thông gián tiếp (qua các tài liệu truyền thông, đài phát thanh, truyền hình, sách báo...)
- Nội dung truyền thông: Tập trung vào các yếu tố nguy cơ, biện pháp dự phòng để đảm bảo người cao tuổi có kiến thức, thái độ và thực hành đúng và đầy đủ liên quan đến THA. Lồng ghép nội dung truyền thông về dự phòng THA với việc phòng chống bệnh đái tháo đường, bệnh tim mạch.
- Xây dựng các mô hình điểm về hoạt động TTGDSK nhằm nâng cao kiến thức về THA và tăng cường thực hành các hành vi dự phòng THA, đánh giá kết quả và từ đó nhân rộng ra các địa phương khác.
- Tăng cường sự phối hợp chặt chẽ của ngành Y tế với các ban ngành trong chiến lược phòng chống THA. Trong đó, để nâng cao hiệu quả các hoạt động TTGDSK cho nhân dân các nội dung truyền thông sức khỏe cần lồng ghép vào hoạt động thường xuyên của Hội Người cao tuổi của xã.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Ngô Hà (2002), *Kiến thức- thực hành dự phòng tai biến mạch máu não của bệnh nhân trên 60 tuổi tăng huyết áp tại Trung tâm Y tế dự phòng Quận Đống Đa Hà Nội năm 2002*, Luận văn thạc sĩ.
2. Trần Văn Huy và cộng sự (1992), “ *Tìm hiểu một số yếu tố liên quan đến sự xuất hiện tai biến mạch máu não do tăng huyết áp*”, Tạp chí Y học Việt Nam (số 6/1992), Tr.16-20
3. Đào Ngọc Quân, Trần Thị Xuân Hòa, *Tìm hiểu kiến thức phòng chống bệnh tăng huyết áp của bệnh nhân tại khoa nội tổng hợp bệnh viện tỉnh Gia Lai*.
4. BSCKI. Nguyễn Thị Hồng Thủy - Bệnh viện Đa khoa Phú Yên, *Nghiên cứu rối loạn Lipid máu ở người cao tuổi có tăng huyết áp*.

ĐẶC ĐIỂM DỊCH TẾ HỌC VÀ CÁC YẾU TỐ LIÊN QUAN ĐẾN BỆNH HEN PHẾ QUẢN TẠI XÃ HỒNG THÁI, HUYỆN AN DƯƠNG, HẢI PHÒNG

*Nguyễn Quang Chính, Phạm Huy Quyển
Trung tâm Truyền thông GDSK Hải Phòng*

Tóm tắt nghiên cứu

Nghiên cứu cắt ngang về tình hình mắc bệnh hen phế quản ở cộng đồng dân cư xã Hồng Thái, huyện An Dương, Hải Phòng được thực hiện tháng 9 năm 2013. Bằng phương pháp chọn mẫu toàn bộ, nghiên cứu đã tiến hành điều tra tại 1.993 hộ dân, 5.323 người trên >16 tuổi đã tham gia vào nghiên cứu, kết hợp với khám bệnh, phỏng vấn sâu 200 bệnh nhân. Kết quả thu được: tỷ lệ mắc bệnh hen ở người trưởng thành của cộng đồng là 3,76%, tỷ lệ này ở nam là 3,41% và ở nữ là 4,08%; bệnh có thể xuất hiện lần đầu ở mọi lứa tuổi, mắc bệnh trước 9 tuổi và 40- 59 tuổi chiếm tỷ lệ cao (10,5%; 44,5%); bệnh có tính chất mạn tính, kéo dài nhiều năm; đa số bệnh nhân có cơ địa dị ứng (38,5%) hoặc gia đình có người mắc bệnh hen (24,0%), các yếu tố thúc đẩy cơn hen xuất hiện gồm thay đổi thời tiết (93,0%), gắng sức (59%), nhiễm lạnh (50,0%), nhiễm khuẩn hô hấp, khói thuốc, bụi, thức ăn... Người dân có hiểu biết đúng đắn về hậu quả, tác hại của bệnh hen; về cách điều trị dự phòng kiểm soát hen và hiệu quả mang lại của biện pháp đó chiếm tỷ lệ thấp, lần lượt là: 42,0%, 8,0%, và 57,5%. Tương ứng với hiểu biết chung ở mức độ tốt là 5,0%, hiểu biết trung bình 12,0%, hiểu biết kém 83,0%.

1. Đặt vấn đề

Hen phế quản hiện đang là bệnh xã hội mang tính toàn cầu liên quan đến nhiều quốc gia trong đó Việt Nam không phải là ngoại lệ, bởi tỷ lệ mắc cao, gia tăng nhanh và ảnh hưởng đến sức khỏe, sinh mạng của nhiều người. Nước ta chưa có nghiên cứu điều tra tổng thể tỷ lệ mắc hen trên phạm vi cả nước và chương trình điều trị kiểm soát hen tại cộng đồng theo GINA mới được triển khai và hầu như còn ít các nghiên cứu đánh giá tính phổ biến cũng như hiệu quả của hoạt động đó. Do vậy nghiên cứu tình hình mắc hen, các yếu tố nguy cơ liên quan đến tần xuất mắc bệnh, công tác điều trị kiểm soát hen ra sao tại các địa phương, vùng miền, để kịp thời kiến nghị các giải pháp hợp lý nhằm tăng cường công tác phòng chống bệnh hen ở địa phương là rất cần thiết. Chúng tôi tiến hành nghiên cứu này tại cộng đồng xã Hồng Thái, huyện An Dương, Hải Phòng với các mục tiêu:

1. Mô tả thực trạng mắc bệnh hen phế quản ở người trưởng thành tại cộng đồng dân cư xã Hồng Thái, huyện An Dương, Hải Phòng năm 2013.
2. Xác định các yếu tố nguy cơ liên quan đến tình trạng tăng nặng hoặc tần xuất xuất hiện cơn hen ở các bệnh nhân tại địa phương.
3. Đánh giá nhận thức của các bệnh nhân tại địa phương về bệnh hen.

2. Đối tượng và phương pháp nghiên cứu

2.1. Đối tượng nghiên cứu

- Người dân trên 16 tuổi, đang sinh sống tại xã Hồng Thái, huyện An Dương.
- Các bệnh nhân hen phế quản hiện mắc.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. *Thiết kế nghiên cứu:* Mô tả cắt ngang.

2.2.2. *Cỡ mẫu và cách chọn mẫu:* Chọn mẫu toàn bộ.

- Chọn toàn bộ 5.323 người trên 16 tuổi đang sinh sống tại xã Hồng Thái.
- Chọn toàn bộ bệnh nhân hen phế quản hiện mắc. Tiêu chuẩn chẩn đoán hen phế quản (theo hướng dẫn của GINA về chẩn đoán hen tại cộng đồng):
 - + Hen điển hình khi hiện tại hay trong tiền sử có 4 dấu hiệu sau: Cơ khó thở tái đi tái lại nhiều lần, thở khò khè cò cừ tái phát nhiều lần; ho dai dẳng kèm khạc đờm trắng tái phát; nặng ngực tái phát nhiều lần. Các dấu hiệu trên thường xảy ra trong hoàn cảnh giống nhau như thay đổi thời tiết, gắng sức, tiếp xúc với dị nguyên, nhiễm khuẩn hô hấp, cơn khó thở hay xuất hiện hoặc nặng lên về đêm và gần sáng, có thể tự hồi phục.
 - + Trường hợp hen không điển hình khi người bệnh chỉ có khò khè dai dẳng, ho dai dẳng tái phát, nặng ngực kết hợp với tiền sử bản thân, gia đình có cơ địa mắc hen hoặc bệnh dị ứng, hoặc khi đó có kết quả điều trị đáp ứng tốt với thuốc corticoid hoặc thuốc giãn phế quản cũng có giá trị chẩn đoán mắc bệnh hen. Loại trừ các trường hợp khó thở do các nguyên nhân khác.

2.2.3. *Thu thập và xử lý số liệu*

- Thu thập số liệu bằng cách phỏng vấn trực tiếp đối tượng tại hộ gia đình, phỏng vấn sâu bệnh nhân, khám lâm sàng, đo lưu lượng đỉnh thở ra, thu thập các kết quả xét nghiệm liên quan.
- Công cụ nghiên cứu: phiếu điều tra, bảng câu hỏi, phiếu phỏng vấn sâu cho từng nhóm đối tượng nghiên cứu, dụng cụ khám bệnh, lưu lượng đỉnh kế...
- Xử lý số liệu: bằng phần mềm SPSS

3. Kết quả nghiên cứu

3.1. Tình hình mắc bệnh hen phế quản

Bảng 1: Phân bố bệnh nhân hen phế quản theo giới

Giới	Đối tượng		Bệnh nhân HPQ	
	Tổng số dân điều tra		Số lượng	Tỷ lệ (%)
Nam	2.552	47,9	87	3,4
Nữ	2.771	52,1	113	4,1
Tổng chung	5.323	100	200	3,8

Tỷ lệ mắc bệnh hen của xã Hồng Thái là 3,8%. Có sự khác biệt rõ rệt có ý nghĩa thống kê về tỷ lệ mắc hen giữa nam (3,4%) và nữ (4,1%), $p < 0,05$.

Bảng 2: Phân bố bệnh nhân hen phế quản theo độ tuổi

Độ tuổi	16-19	20-29	30-39	40-49	50-59	60-69	70-79	> 80	Tổng
Số BN	1	4	17	43	57	43	28	7	200
Tỷ lệ (%)	0,5	2,0	8,5	21,5	28,5	21,5	24	3,5	100

Bệnh xuất hiện ở mọi lứa tuổi, tuy nhiên số bệnh nhân thuộc nhóm tuổi 40 - 69 chiếm tỷ lệ lớn.

Bảng 3: Trình độ văn hóa và nghề nghiệp của bệnh nhân hen phế quản

Đặc điểm	Số lượng (n=200)	Tỷ lệ (%)
Trình độ văn hóa		
Mù chữ	9	4,5
Cấp I	49	24,5
Cấp II	100	50,0
Cấp III	34	17,0
Trung cấp – Đại học	8	4,0
Nghề nghiệp		
Nông dân	141	70,5
Công nhân	19	9,5
Hưu trí	22	11,0
HS, SV	2	1,0
Nội trợ	11	5,5
CCVC	5	2,5

Đa số BN có trình độ văn hóa thấp (cấp I, II chiếm tới 74,5%), nghề nghiệp chủ yếu là làm nông nghiệp (70,5%), các nghề khác chiếm tỷ lệ nhỏ.

Bảng 4: Phân bố bệnh nhân theo tuổi mắc bệnh lần đầu

Độ tuổi	< 9	10-19	20-29	30-39	40-49	50-59	60-69	>70	Tổng
Số lượng	21	5	14	31	44	45	26	14	200
Tỷ lệ (%)	10,5	2,5	7,0	15,5	22,0	22,5	13,0	7,0	100

Tuổi mắc bệnh lần đầu trung bình 42,4 tuổi. Số BN mắc bệnh lần đầu ở tuổi 30 - 59 khá cao.

Bảng 5: Phân bố bệnh nhân theo số năm mắc bệnh

Số năm mắc	< 1 năm	1-5	6 - 10	11 - 15	16 - 20	>20	Tổng số
Số lượng	32	56	29	10	17	56	200
Tỷ lệ (%)	16,0	28,0	14,5	5,0	8,5	28,0	100

Số năm mắc bệnh trung bình: 13,33 năm, số mới mắc dưới 1 năm chiếm 16 %, số bệnh nhân mắc bệnh kéo dài trên 5 năm chiếm tỷ lệ 56,0%.

3.2. Các yếu tố nguy cơ liên quan đến tần suất mắc bệnh và xuất hiện cơn hen

Bảng 6: Các yếu tố cơ địa dị ứng cá nhân

Yếu tố	Mắc bệnh dị ứng	Viêm mũi dị ứng	Sẩn ngứa	Mày đay	Chàm	Dị ứng thuốc	Dị ứng thức ăn
Số lượng	77	35	32	27	3	8	9
Tỷ lệ (%)	38,5	17,5	16,0	13,5	1,5	4,0	4,5

Trong số bệnh nhân hen, số người có tiền sử hay hiện tại mắc ít nhất 1 bệnh dị ứng khác ngoài hen là 77 người (38,5%), trong đó viêm mũi dị ứng là phổ biến nhất (17,5%), tiếp đến là mẩn ngứa 16,0%, mày đay 13,5%. Đánh giá cơ địa mắc đồng thời nhiều bệnh dị ứng khác nhau thấy số bệnh nhân hen mắc từ 2 bệnh dị ứng trở lên là 25 người (32,46%). Có 48 người có người thân trong gia đình mắc hen (chiếm 24%).

Bảng 7: Các tác nhân thúc đẩy cơn hen xuất hiện

Tác nhân	Thay đổi thời tiết	Nhiễm lạnh	Nhiễm khuẩn hô hấp	Gắng sức	Khối thuốc lá, lào	Bụi	Cảm xúc	Thức ăn
Số lượng	186	100	11	118	37	18	7	5
Tỷ lệ (%)	93,0	50,0	5,5	59,0	18,5	9,0	3,5	2,5

Thay đổi thời tiết đột ngột là yếu tố phổ biến nhất thúc đẩy xuất hiện cơn hen (93,0%), tiếp theo là gắng sức (59,0%), nhiễm lạnh (50,0%). Khói thuốc lá, thuốc lào cũng là tác nhân thúc đẩy cơn hen xuất hiện (18,5%).

Bảng 8: Phân loại mức độ nặng nhẹ các bệnh nhân hen (theo bậc)

Bậc	Bậc 1	Bậc 2	Bậc 3	Bậc 4
Kết quả				
Số lượng	64	89	37	9
Tỷ lệ (%)	32,0	44,5	18,5	4,5

Hen phế quản bậc 3 và bậc 4 chiếm 23,0% số bệnh nhân. Có 28% số bệnh nhân hen đồng thời mắc tăng huyết áp.

3.3. Nhận thức hiểu biết về bệnh hen của bệnh nhân.

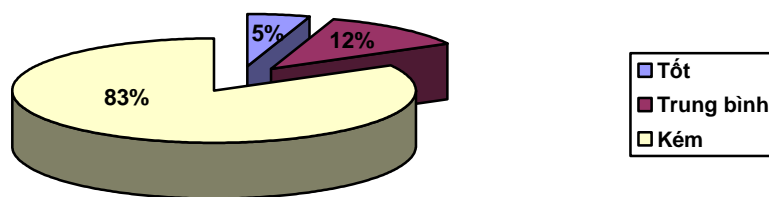
Có 88% số bệnh nhân hen phế quản và gia đình biết tình trạng mắc bệnh của họ. 192 bệnh nhân có thể mô tả được cơn hen (96%).

Kiến thức về hậu quả của bệnh nếu không được điều trị tốt: 85 bệnh nhân cho rằng bệnh ảnh hưởng đến chất lượng cuộc sống (42,5%), 55 người cho rằng bệnh có thể gây chết người (27,5%) và 72 người cho rằng bệnh gây ảnh hưởng đến kinh tế ở mức độ vừa hoặc nhiều (36%)

Bảng 9: Hiểu biết về điều trị và điều trị dự phòng bệnh

Tiêu chí đánh giá	Số BN trả lời đúng	Tỷ lệ (%)
Biết tên thuốc hen đang dùng	31	15,5
Sẵn có thuốc điều trị hen trong nhà	35	17,5
Cách tốt nhất phòng cơn hen là tránh tiếp xúc với dị nguyên đã biết	24	12,0
Điều cần thiết để chữa bệnh có hiệu quả tốt là dùng thuốc điều trị dự phòng thường xuyên hàng ngày	16	8,0
Điều trị dự phòng bằng loại thuốc xịt, khí dung là thích hợp nhất	9	4,5
Điều trị dự phòng tốt có thể giảm cơn hen	115	57,5
Bệnh hen hoàn toàn có thể chữa trị hiệu quả	15	7,5
Điều trị tốt sức khỏe gần như bình thường	125	62,5

Kết quả bảng 9 cho thấy, chỉ có 15,5% bệnh nhân biết tên thuốc hen đang dùng và 17,5% có sẵn thuốc hen trong nhà. Các kiến thức về dự phòng: 12% biết cách tốt nhất phòng cơn hen là tránh tiếp xúc với dị nguyên, 57,5% biết điều trị dự phòng tốt có thể giảm cơn hen.



Biểu đồ: Đánh giá mức độ hiểu biết của bệnh nhân về bệnh hen

Biểu đồ 1 cho thấy, đa số bệnh nhân có kiến thức về bệnh hen phế quản ở mức độ kém (83%). Chỉ có 5% bệnh nhân có kiến thức được đánh giá ở mức độ tốt.

3.4. Nguồn cung cấp thông tin về bệnh hen phế quản

13,5% bệnh nhân nhận được thông tin về bệnh qua xem truyền hình, 9,5% qua sách báo, 6% qua cán bộ y tế và 1% qua người thân.

4. Bàn luận

4.1. Tình hình mắc bệnh hen phế quản

Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy tỷ lệ mắc hen phế quản ở người trưởng thành xã Hồng Thái, huyện An Dương là 3,76%, thấp hơn nghiên cứu của Nguyễn Quang Chính năm 2007 tại Kim Thành, Hải Dương là 4,98%. So với các nghiên cứu khác của Nguyễn Năng An ở các tỉnh phía Bắc, Phạm Huy Quyến tại quận Hồng Bàng và huyện An Dương, Vũ Minh Thục tại phường Lạch Tray - Hải Phòng, Sy D.Q. tại Đà Lạt, thì kết quả của chúng tôi tương đương. Có sự khác biệt đáng kể về tỷ lệ mắc giữa nam và nữ (3,41% và 4,08%) . Kết quả này cũng phù hợp với nhận định của các nghiên cứu khác như của Nikon KN, Mc Fadden và trong y văn.

Nghiên cứu cho thấy bệnh gặp ở mọi lứa tuổi, số mắc bệnh ở thời điểm trước 9 tuổi là 10,5% và độ tuổi 40-59 (44,5%), tương tự như nhận định của Nguyễn Thị Vân ở một nghiên cứu khác, đặc điểm trên có thể giải thích do trẻ nhỏ và độ tuổi 40-59 có những thay đổi đặc biệt về nội tiết miễn dịch.

4.2. Các yếu tố nguy cơ liên quan đến tần suất mắc bệnh và xuất hiện cơn hen

Số bệnh nhân hen có tiền sử hay hiện tại mắc ít nhất 1 bệnh dị ứng khác ngoài hen là 77 người (38,5%), số người mắc 2 bệnh dị ứng trở lên là 25 người (32,46%). Điều này cho thấy bệnh nhân hen có cơ địa dị ứng rõ ràng. Cơ địa dị ứng gia đình cũng thấy thể hiện rõ ở các bệnh nhân hen ở địa phương này khi điều tra tiền sử gia đình mắc hen và các bệnh dị ứng của họ (24,0% bệnh nhân hen có người thân mắc bệnh hen). Đặc điểm này cũng phù hợp với nhận định của tác giả khác và trong y văn là cơ địa dị ứng của bệnh nhân hen là yếu tố bệnh sinh quan trọng.

Về các yếu tố thúc đẩy cơn hen xuất hiện hoặc nặng bệnh: thay đổi thời tiết đột ngột là yếu tố phổ biến nhất thúc đẩy xuất hiện cơn hen (93,0%), tiếp theo là gắng sức 59,0%, nhiễm lạnh 50,0%. Rất nhiều nghiên cứu đã khẳng định rằng các dị nguyên gây hen trong môi trường sống của bệnh nhân cùng với các yếu tố thúc đẩy khác đặc biệt là biến đổi thời tiết đột ngột là các nhân tố phát sinh và thúc đẩy cơn hen xuất hiện. Điều đó người bệnh cũng như các thầy thuốc quản lý bệnh nhân hen cần biết để có biện pháp cần thiết để phòng tránh bệnh có hiệu quả.

4.3. Hiểu biết về bệnh hen của bệnh nhân

Đánh giá hiểu biết về bệnh hen của các bệnh nhân, nghiên cứu cho thấy đa số bệnh nhân hiểu biết còn rất hạn chế: chẳng hạn khi được hỏi về hậu quả nặng nề nhất của bệnh hen khi có cơn cấp nặng ác tính tức là hen không được kiểm soát có thể gây chết người, chỉ có 27,5% trả lời đồng ý. Theo Tổ chức Y tế thế giới (WHO), các nước đang phát triển có 100 triệu đến 200 triệu người mắc, 40 đến 50 nghìn trường hợp chết hàng năm. Còn ở các nước phát triển tỷ lệ chết do hen thấp hơn vào khoảng 1/100.000 dân. Đáng ra 85% số đó hoàn toàn có thể tránh được nếu như có hiểu biết đúng và điều trị thích hợp.

Người bệnh còn thiếu hiểu biết về phòng và điều trị bệnh, không biết được lợi ích của việc điều trị dự phòng thường xuyên bằng thuốc tại chỗ (xịt, khí dung) là loại thuốc thích hợp (phối hợp thuốc corticoid tác dụng kéo dài và giãn phế quản tác dụng kéo dài trong một bình xịt để kiểm soát cơn hen). Số bệnh nhân biết rằng cách phòng cơn hen tốt nhất là tránh tiếp xúc với dị nguyên còn ít (12,0%), số người cho rằng chữa bệnh có hiệu quả tốt là dùng thuốc điều trị dự phòng thường xuyên hàng ngày 8,0%, và số người biết điều trị dự phòng bằng loại thuốc xịt, khí dung thích hợp nhất là thấp (2,5%). Tỷ lệ bệnh nhân có kiến thức tốt là rất thấp 5,0%. Trong khi đó theo một nghiên cứu của Hà Tấn Đức điều tra về kiến thức của bệnh nhân hen ở Hồ Chí Minh cho thấy số bệnh nhân có kiến thức tốt là 60,2%, số bệnh nhân hiểu biết về điều trị, phòng ngừa tốt 70,5%. 47,3% trả lời tốt khi chưa nghe về tuyên truyền về bệnh hen và 72,5% trả lời tốt sau khi nghe tuyên truyền về bệnh. Có thể do TP. Hồ Chí Minh là nơi có trình độ dân trí cao hơn, việc tiếp cận thông tin về bệnh cũng thuận tiện hơn so với Hồng Thái, Hải Dương. Kết quả nghiên cứu cũng cho thấy, chỉ có 6% bệnh nhân có nhận thông tin kiến thức từ CBYT trong 1 năm trở lại, 23% nhận thông tin qua truyền hình, sách báo. Trong một nghiên cứu khác của chúng tôi tiến hành điều tra kiến thức của CBYT địa phương này đã cho thấy rằng đa số CBYT thiếu kiến thức cập nhật về phòng chữa bệnh hen, điều đó ảnh hưởng rõ rệt đến nhận thức người bệnh và chắc chắn ảnh hưởng không tốt đến chất lượng hiệu quả điều trị bệnh hen tại địa phương.

5. Kết luận

5.1. Tình hình mắc hen

- Tỷ lệ mắc hen chung 3,76%, tỷ lệ theo giới nữ cao hơn nam (4,1% và 3,4% với $p < 0,05$).

- Bệnh xuất hiện ở mọi lứa tuổi, đa số bệnh nhân có trình độ văn hóa thấp (mù chữ, cấp 1- 2 chiếm tới 79,0%.
- Tỷ lệ hen nặng: bậc 3 là 18,5%, bậc 4 là 4,5%.

5.2. Các yếu tố nguy cơ liên quan đến tần suất mắc bệnh và xuất hiện cơn hen

Có đến 93,0% khởi phát hen do nguyên nhân thay đổi thời tiết. 24,0% số bệnh nhân hen có người thân mắc bệnh hen và 38,5% mắc bệnh dị ứng, 17,5% mắc viêm mũi dị ứng, 16,0% mắc các bệnh mẩn ngứa

Các yếu tố dị nguyên hoặc thúc đẩy hen tiến triển nặng đều tìm thấy ở hầu hết các bệnh nhân: thay đổi thời tiết đột ngột (86,2%), nhiễm lạnh (50,0%), gắng sức (59,0%).

5.3. Nhận thức của bệnh nhân về bệnh hen phế quản

- 95% bệnh nhân hen có kiến thức trung bình và kém.
- 12% không biết mình mắc bệnh hen.

6. Kiến nghị

- Cần bổ sung kịp thời các kiến thức cập nhật về bệnh hen, biện pháp điều trị dự phòng để kiểm soát hen triệt để cho các cán bộ y tế và nhân dân địa phương bằng các hình thức hợp lý.
- Địa phương nên tạo điều kiện để bệnh nhân tham gia BHYT, khám chữa bệnh miễn phí, Phối hợp với ngành Y tế triển khai mô hình câu lạc bộ hen phế quản, giúp bệnh nhân được tiếp cận phương pháp điều trị đúng cách.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Năng An, (2009): *Hen phế quản, mấy vấn đề thời sự về lý luận và thực hành*. Nhà xuất bản Hà Nội.
2. Nguyễn Quang Chính, Phạm Huy Quyên, Phạm Văn Thức (2010): *Đặc điểm dịch tễ và các yếu tố liên quan bệnh Hen phế quản tại huyện Kim Thành Hải Dương*, Tạp chí y học thực hành số 725 - 726, tr 200 - 204.
3. Phan Quang Đoàn (2001): Một số nguyên nhân hay gặp gây hen phế quản. Tạp chí Y học thực hành số 9/2001, trang 44 -46.
4. Phạm Huy Quyên, Nguyễn Văn Thành (2005) *Điều tra tình hình hen phế quản người lớn huyện An Dương, Hải Phòng năm 2005*.
5. Phạm Huy Quyên, Nguyễn Minh Khôi, Vũ Ngọc Hào (2003) *Nghiên cứu tình hình bệnh Hen phế quản tại Quận Hồng Bàng Hải Phòng*. YHTH số 493 tr 162- 164.
6. Phạm Văn Thức (2011): *Hen phế quản*. Nhà xuất bản Y học.
7. Sy .D.Q, Thanh Binh M.H. (2004): Prevalence of asthma and asthma - like symptoms in Dalat Highlands, Vietnam, Singapore medical Journal 48(4) 294-303.

ĐÁNH GIÁ CÔNG TÁC ĐIỀU TRỊ BỆNH HEN PHẾ QUẢN Ở HUYỆN AN DƯƠNG, HẢI PHÒNG

*Nguyễn Quang Chính, Phạm Huy Quyển
Trung tâm Truyền thông GDSK Hải Phòng*

Tóm tắt nghiên cứu

65 cán bộ y tế cơ sở tham gia điều trị bệnh hen và 200 bệnh nhân hen thuộc xã Hồng Thái, An Dương được chọn chủ đích vào nghiên cứu, nhằm đánh giá nhận thức và thực tế điều trị bệnh hen tại cộng đồng. Kết quả thu được cho thấy: Đa số cán bộ y tế (60%) có trình độ chuyên môn trung cấp, sơ cấp và số ít (30,76%) có cập nhật kiến thức về bệnh hen; tỷ lệ hiểu biết đúng về hậu quả, tác hại của hen cũng như kết quả có thể mang lại nếu hen được điều trị hợp lý là 58,46%, tỷ lệ cán bộ y tế có quan niệm đúng về mục đích dùng thuốc, loại thuốc để điều trị dự phòng chiếm 24,0%. Thực tế số cán bộ y tế thường tham gia điều trị hen có chỉ định đúng về loại thuốc điều trị dự phòng là dạng xịt, khí dung tại chỗ rất thấp (38,46%), đa số thường chỉ định cho bệnh nhân dùng thuốc uống (20,0%). Đa số bệnh nhân tại địa phương chỉ được điều trị bệnh khi có cơn cấp tiến triển (85,5%), số điều trị dự phòng thường xuyên thấp (14,5%). Thuốc điều trị dự phòng hàng ngày thường là dạng thuốc uống (5,5%), tỷ lệ bệnh nhân có dùng thuốc dạng xịt, khí dung rất thấp 8,0%, trong đó có dùng đúng loại thuốc đang khuyến cáo để điều trị dự phòng chỉ là 2,5%. Tỷ lệ bệnh nhân bị ở thể nặng (bậc 3-4) khá cao là 23,0%, tỷ lệ bệnh nhân được kiểm soát bệnh hen triệt để là 3,5%, kiểm soát một phần là 23,5%, chưa được kiểm soát là 73,0%.

1. Đặt vấn đề

Bệnh hen phế quản hiện đang được xem như là bệnh xã hội liên quan đến nhiều quốc gia vì tính phổ biến, tỷ lệ mắc ngày càng gia tăng. Theo khuyến cáo của Tổ chức Y tế thế giới qua GINA thì việc phòng chống bệnh hen sẽ có triển vọng tốt nếu các quốc gia, các cộng đồng cùng nỗ lực thông qua chương trình điều trị dự phòng để kiểm soát hen triệt để. Để thực hiện tốt chương trình này người bệnh cần có hiểu biết đúng về bệnh, biết tự theo dõi và dùng thuốc hàng ngày dưới sự hướng dẫn, quản lý của cán bộ y tế; cán bộ y tế cần có kiến thức, kỹ năng cập nhật về chẩn đoán, điều trị bệnh hen. Những nghiên cứu điều tra về lĩnh vực này sẽ góp phần đề xuất những biện pháp để giúp cho địa phương thực hành điều trị đúng, hạn chế hậu quả của bệnh.

Chúng tôi tiến hành nghiên cứu “*Đánh giá công tác quản lý điều trị bệnh hen phế quản tại xã Hồng Thái, An Dương*” với mục tiêu đánh giá kiến thức và thực thực hành điều trị bệnh hen phế quản của cán bộ y tế tại huyện An Dương từ đó đưa ra các đề xuất, kiến nghị với ngành Y tế, địa phương để việc điều trị hen phế quản được tốt hơn.

2. Phương pháp nghiên cứu

2.1. Đối tượng nghiên cứu

- Toàn bộ 200 bệnh nhân hen phế quản tại xã Hồng Thái được phát hiện bởi điều tra trước đó.
- Tất cả y, bác sĩ tại bệnh viện (11), Trung tâm y tế huyện (2), cán bộ trạm y tế các xã (44) tại huyện An Dương có tham gia vào điều trị hen phế quản; và 8 cán bộ y tế thôn tại xã Hồng Thái.

2.2. Thời gian và địa điểm nghiên cứu:

- Thời gian: Tháng 9/2013
- Địa điểm: Huyện An Dương, Hải Phòng

2.3. Thiết kế nghiên cứu: Mô tả cắt ngang

2.4. Phương pháp thu thập thông tin:

- Thảo luận nhóm, phỏng vấn, tìm hiểu việc sử dụng thuốc thực tế của bệnh nhân và chỉ định dùng thuốc cho bệnh nhân hen của cán bộ trạm y tế, y tế thôn tại địa phương.

2.5. Xử lý số liệu: Bằng phương pháp thống kê trên phần mềm SPSS.

3. Kết quả nghiên cứu

3.1. Đặc điểm cán bộ y tế tham gia nghiên cứu

Tổng số 65 người làm công tác y tế tại địa phương tham gia nghiên cứu, trong đó nam 13 người, nữ 52 người, tuổi trung bình 41,4 tuổi, số năm công tác trung bình 14,2 năm. 26 bác sĩ (40%), 23 y sĩ (35,4%), 6 y tá (7,2%), 8 y tá sơ cấp (12,3%) và 2 nữ hộ sinh (3,1%). Có 19/65 (29,2%) CBYT thường xuyên điều trị cho bệnh nhân hen, trong đó có 9 bác sĩ đang công tác tại bệnh viện.

3.2. Kiến thức điều trị hen phế quản của cán bộ y tế

Bảng 1: Tình hình cập nhật kiến thức về bệnh hen

Các phương thức	Tần số (n = 65)	Tỷ lệ (%)
Được tập huấn kiến thức trong 1 năm gần đây	1	1,53
Được nhận tài liệu chuyên môn về bệnh	0	0
Có tham gia Hội Hen dị ứng tại địa phương hoặc quốc gia	0	0
Được nhận thông tin về bệnh hen	25	38,5
- Truyền hình	10	15,3
- Sách báo	19	29,2
- Y tế tuyến trên	2	3,0
- Đồng nghiệp	7	10,7

Đa số cán bộ y tế không được cập nhật kiến thức về bệnh hen và điều trị hen theo GINA. Trong những năm gần đây, chỉ 1,53% CBYT cho rằng được tập huấn về bệnh hen. 100% không được nhận tài liệu tuyên truyền (áp phích tờ rơi, băng đĩa... về bệnh hen). 100% CBYT được hỏi đều rất cần tài liệu tuyên truyền về bệnh này. Chỉ có hơn 1/3 số cán bộ nhận được kiến thức cập nhật về bệnh hen và trong số có nhận được kiến thức cập nhật về bệnh hen lại đa phần qua phương tiện thông tin đại chúng (truyền hình 15,3%, sách báo 29,2%) và chỉ có 3% kiến thức về hen được nhận qua y tế tuyến trên.

Có 29,2% CBYT chưa biết rõ bệnh hen là bệnh viêm mạn tính đường thở. Chỉ 16,9% nêu đúng số bậc hen để có thái độ phân loại, xử lý đúng. Có 89,3% CBYT cho rằng hoạt động tuyên truyền chưa đáp ứng nhu cầu người dân về bệnh hen phế quản. 78,4% CBYT được hỏi cho rằng nên tổ chức mô hình CLB HPQ để tuyên truyền

Bảng 2: Căn cứ để CBYT chẩn đoán bệnh hen

Căn cứ	Tần số (n=65)	Tỷ lệ (%)
Triệu chứng bệnh	44	67,7
Chẩn đoán của tuyến trên	12	18,5
Tiền sử bản thân gia đình	36	55,4
Phối hợp các phương thức	18	27,7

Căn cứ để CBYT chẩn đoán hen: Đa số dựa vào các triệu chứng bệnh (chiếm 67,7%) và tiền sử bản thân, gia đình (55,4%). Ngoài ra 18,5% có dựa vào kết quả chẩn đoán của tuyến trên.

Bảng 3: Hiểu biết của CBYT về hậu quả của bệnh hen

Tác hại	Tần số (n = 65)	Tỷ lệ (%)
Không trả lời	20	30,76
Giảm sức khỏe, khả năng lao động học tập	38	58,46
Ảnh hưởng đời sống kinh tế, xã hội	21	32,30
Biến dạng ngực, suy tim, suy thận	6	9,23
Giảm tuổi thọ	1	1,53

Tỷ lệ CBYT biết những hậu quả mà bệnh hen gây nên khá thấp, cụ thể: 58,5% cho rằng bệnh hen gây giảm sức khỏe và khả năng lao động, học tập; 32,3% cho rằng bệnh gây ảnh hưởng đến đời sống kinh tế; chỉ có 1,5% cho rằng bệnh có thể gây giảm tuổi thọ.

Khi được hỏi về những kết quả có thể mang lại khi điều trị hen: 55,4% số CBYT có quan niệm đúng về hiệu quả có thể mang lại cho người bệnh hen nếu họ được điều trị theo đúng phương pháp.

Bảng 4: Kiến thức của CBYT về mục đích dùng thuốc điều trị dự phòng lâu dài

Mục đích	Tần số (n=65)	Tỷ lệ (%)
Chữa khỏi bệnh	0	0
Kiểm soát cơn	42	64,6
Giảm biến chứng	41	63,1
Cải thiện chức năng hô hấp	40	61,5
Đảm bảo chất lượng sống	43	66,2

Chỉ có 64,6% CBYT cho rằng điều trị dự phòng giúp kiểm soát cơn hen và có 66,15% cho rằng đảm bảo chất lượng sống cho bệnh nhân.

3.3. Thực hành điều trị hen của CBYT

Có 19 CBYT (chiếm 29,2%) thường xuyên điều trị cho bệnh nhân hen.

Bảng 5: Các nhóm thuốc CBYT thường dùng để điều trị cắt cơn hen

Nhóm thuốc	Tần số (n=65)	Tỷ lệ (%)
Giãn phế quản	54	83,07
Corticoid	28	43,07
Kháng sinh	26	40,0
Vitamin	21	32,3
Long đờm	21	32,3
Giảm ho	10	15,38
An thần	5	7,69
Không trả lời	5	7,69

Có nhiều loại thuốc không thuộc danh mục thuốc dùng để cắt cơn hen vẫn được nhiều CBYT sử dụng cho bệnh nhân: 40% CBYT cho dùng kháng sinh, 32,3% dùng thuốc long đờm, 15,38% cho dùng giảm ho.

Về điều trị dự phòng:

- 50,7% CBYT khuyên bệnh nhân dùng thuốc dự phòng (thuốc tây y); trong đó chỉ có 8/33 (24%) khuyên dùng đúng loại thuốc như Seritide, còn lại nhầm lẫn sang dùng thuốc uống, xịt thuốc cắt cơn khác.
- 4,6% CBYT khuyên người bệnh dùng thuốc đông y.

- 1,53% CBYT khuyên bệnh nhân cần giải mẫn cảm.
- 41,53% CBYT khuyên bệnh nhân ghi nhật ký về bệnh. Trong đó CBYT khuyên thường xuyên chiếm 15,38%. Không có CBYT nào đo lưu lượng đỉnh, chức năng hô hấp cho bệnh nhân.
- 100% chưa biết đến thuật ngữ GINA, ACT. Do vậy ảnh hưởng đến việc tư vấn điều trị kiểm soát bệnh hen.

Bảng 6: Thuốc được CBYT chỉ định trong cấp cứu, dự phòng hen cho bệnh nhân

Tên thuốc	Thuốc cấp cứu		Thuốc dự phòng	
	Tần số	Tỷ lệ (%)	Tần số	Tỷ lệ (%)
Salbu 4 mg uống	27	41,5	16	24,6
Salbutamol xịt	38	58,5	9	13,8
Diaphylin	4	6,2	0	0
Theophylin	6	9,2	0	0
Seretide	0	0	5	7,7

Salbutamol là loại thuốc được nhiều CBYT sử dụng nhất cả trong điều trị cấp cơn và dự phòng, tỷ lệ cán bộ có dùng thuốc dự phòng bằng Seretide thấp (7,7%).

Bảng 7: Chỉ định dùng các dạng thuốc của CBYT

STT	Đường dùng thuốc	Để cấp cứu		Để dự phòng	
		Tần số	Tỷ lệ (%)	Tần số	Tỷ lệ (%)
1	Uống	27	41,5	13	20,0
2	Tiêm	14	21,5	0	0
3	Khí dung	19	29,2	2	3,1
4	Xịt	51	78,5	25	38,5
5	Phối hợp	8	12,3	8	12,3
6	Không biết	1	1,5	32	49,2

Các thuốc xịt thường được nhiều CBYT dùng cho bệnh nhân để cắt cơn hen cấp đồng thời để điều trị dự phòng cơn hen hàng ngày (78,5% và 38,5%). Tiếp đến là các thuốc uống (51,5% và 20%). Thuốc tiêm được dùng để điều trị cấp cứu cơn hen (21,53%). Vẫn còn gần 50% số CBYT không biết dùng thuốc để điều trị dự phòng cơn hen.

Đánh giá mức độ kiến thức; thực hành trong điều trị cấp cơn, điều trị dự phòng của CBYT theo 3 mức độ tốt, trung bình, yếu: Chỉ 7,7% đạt loại tốt, 47,6% trung bình, yếu 44,6%.

3.4. Thực tế điều trị ở các bệnh nhân hen phế quản tại địa phương

Chỉ có 5% số bệnh nhân được BHYT theo dõi và điều trị thường xuyên, còn lại hầu hết các bệnh nhân chỉ đi khám và điều trị khi có cơn hen cấp tiến triển (chữa theo đợt bệnh).

Thông tin kiến thức của bệnh nhân về hen phế quản: qua truyền hình 13,5%; sách báo 9,5%; cán bộ y tế 6,0%; pano, áp phích 0%; người thân, bạn bè 1,0%.

Bảng 8: Lựa chọn dịch vụ y tế của bệnh nhân khi xuất hiện cơn hen cấp

Dịch vụ y tế	Tần số	Tỷ lệ (%)
Tự mua thuốc điều trị	148	74,0
Khám tại bệnh viện	73	36,5
Khám tại Trạm Y tế	11	5,5
Khám mua thuốc của Y tế tư nhân	27	13,5

Khi cơn hen cấp xuất hiện, đa số bệnh nhân tự mua thuốc điều trị (74,0%). Chỉ có 42% đi khám tại cơ sở y tế nhà nước (trạm y tế, bệnh viện).

Bảng 9: Các dạng thuốc bệnh nhân thường sử dụng trong điều trị cơn hen

Dạng thuốc	Thuốc uống	Thuốc tiêm	Thuốc xịt	Khí dung	Phối hợp các loại
Số lượng (n=200)	159	15	22	3	27
Tỷ lệ (%)	79,5	7,5	11,0	1,5	13,5

Thuốc uống là dạng thuốc chiếm ưu thế trong điều trị ở các bệnh nhân hen (79,5%). Chỉ có 11% dùng thuốc dưới dạng xịt và 1,5% dùng dạng khí dung.

Trong điều trị dự phòng hen: Có 8% bệnh nhân trả lời dùng thuốc dạng xịt, nhưng chỉ có 2,5% dùng đúng loại thuốc, tỷ lệ dùng thuốc uống là 5,5%.

Bảng 10: Các lý do khiến bệnh nhân điều trị bệnh chưa tốt

Lý do	Tần số (n = 200)	Tỷ lệ (%)
Không biết mình mắc hen	24	12,0
Không thấy cần thiết phải điều trị	24	12,0
Chưa tiếp cận phương pháp điều trị đúng	88	44,0
Khó khăn kinh tế	61	30,5
Bận công việc	24	12,0
Bệnh khó điều trị khỏi	8	4,0
Bệnh đã đỡ	6	3,0
Già yếu	19	9,5

Trong các lý do bệnh nhân đưa ra để giải thích kết quả điều trị bệnh không đạt như mong muốn thì đứng đầu là chưa tiếp cận phương pháp điều trị đúng (44,0%), tiếp theo là do kinh tế khó khăn (30,5%), ngoài ra các lý do không biết mình mắc bệnh, thấy không cần thiết phải điều trị và bận công việc cùng chiếm tỷ lệ 12%.

Đánh giá mức độ kiểm soát bệnh: chỉ có 3,5% bệnh nhân hen được kiểm soát triệt để, 23,5% được kiểm soát tốt và vẫn còn tới 73% số bệnh nhân hen chưa được kiểm soát.

Đánh giá mức độ bệnh: Hen nặng chiếm một tỷ lệ đáng kể trong số các bệnh nhân ở địa phương, bậc 3-4 chiếm 23,0%. Khá nhiều bệnh nhân đã có biến chứng do không được điều trị tốt như bệnh tim phổi mạn tính, hoặc hội chứng Curshing do sử dụng thuốc không đúng.

4. Kết luận

4.1. Về kiến thức và thực hành điều trị bệnh hen phế quản của CBYT tại Hồng Thái, An Dương.

- Chỉ có 7,7% CBYT có kiến thức tốt về bệnh hen và điều trị hen, 47,6% có kiến thức trung bình và tỷ lệ kiến thức kém là 44,6%.
- 29,2% CBYT thực hiện việc khám điều trị, tuyên truyền về bệnh hen và quản lý theo dõi điều trị bệnh nhân tại nhà.
- Việc chỉ định dùng thuốc cho bệnh nhân hen chưa đúng theo phác đồ chuẩn: đa số CBYT thường cho bệnh nhân dùng thuốc uống trong điều trị cấp cứu cắt cơn hen và cũng cả trong điều trị dự phòng (41,53% và 20%), số cho chỉ định dùng thuốc thích hợp (corticoid dạng hít) để điều trị dự phòng đúng cách rất thấp (2,5%). 100% CBYT chưa từng đo lưu lượng đỉnh thở ra của bệnh nhân hen để giúp chẩn đoán và theo dõi bệnh trong quá trình điều trị.

4.2. Thực tế việc điều trị bệnh hen ở các bệnh nhân hen phế quản tại Hồng Thái.

- Đa số bệnh nhân thường tự mua thuốc điều trị bệnh mỗi khi có cơn hen cấp xảy ra (74,0%). Tỷ lệ được điều trị dự phòng thấp (8,0%).
- Đa số bệnh nhân dùng thuốc không đúng về chủng loại thuốc hoặc chế phẩm trong điều trị dự phòng (thường dùng thuốc uống hoặc tiêm để cắt cơn hen cũng như dùng dự phòng cơn hàng ngày).
- Hen nặng chiếm tỷ lệ đáng kể (23,0%). Đa số các bệnh nhân hen chưa được kiểm soát hoặc được kiểm soát một phần (96,5%).

5. Kiến nghị

- Cần bồi dưỡng đào tạo nâng cao trình độ cho CBYT trong chẩn đoán và điều trị bệnh hen phế quản. Cung cấp sách tài liệu mới, hướng dẫn điều trị theo phác đồ điều trị kiểm soát. Thành lập mạng lưới quản lý kiểm soát bệnh nhân hen.

- Chính quyền và y tế địa phương cần đầu tư cho hoạt động tuyên truyền phòng chống bệnh hen cho nhân dân; tổ chức tư vấn, cung cấp kiến thức phòng và điều trị bệnh đúng cách cho bệnh nhân.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. GINA 2006.
2. Nguyễn Quang Chính, Phạm Huy Quyến, Phạm Văn thức: *Đánh giá công tác điều trị hen phế quản ở huyện Kim Thành Hải Dương*. Tạp chí Y học thực hành số 725+726, tr 211 - 216.
3. Lương Thị Thuận, Lê Thị Tuyết Lan (2005): *Xử trí hen theo hướng dẫn GINA 2002 tại bệnh viện đại học y dược thành phố Hồ chí minh*. Y học TP.HCM tập 9, phụ bản số 1/2005.
4. Phạm Văn Thức (2011): *Hen phế quản*, Nhà xuất bản Y học.
5. Hugo Neffen, Carlos Fritscher 2005: *Asthma control in Latin American: the asthma insights and reality in Latin America (AIRLA) survey*. 17(3) 191-197.
6. Dawson.S.,Sutherland.K. (1999): *Changing clinical practice: views about the management of adult asthma*. Quality health care 8 253-261.

KHẢO SÁT KIẾN THỨC, THỰC HÀNH VÀ CÁC YẾU TỐ LIÊN QUAN VỀ PHÒNG, CHỐNG MỘT SỐ BỆNH THƯỜNG GẶP Ở NGƯỜI DÂN HUYỆN VỊ THỦY TỈNH HẬU GIANG, NĂM 2013

BSCKII. Nguyễn Thế An, CN. Đặng Bá Phát
CN. Lê Văn Đông, CN. Võ Thị Kiều Oanh
Trung tâm truyền thông GDSK Hậu Giang

Tóm tắt nghiên cứu

Bằng phương pháp mô tả cắt ngang nghiên cứu “*Khảo sát Kiến thức - Thực hành và các yếu tố có liên quan về phòng, chống một số bệnh thường gặp ở người dân huyện Vị Thủy, tỉnh Hậu Giang năm 2013*”, đối tượng là chủ hộ gia đình. Kết quả nghiên cứu cho thấy có kiến thức đúng và thực hành đúng về phòng chống bệnh lao đạt 96,1%; kiến thức đúng và thực hành đúng về phòng chống bệnh sốt xuất huyết đạt 99,4%; kiến thức đúng và thực hành đúng về phòng chống bệnh cao huyết áp đạt 85%; kiến thức đúng và thực hành đúng về phòng chống bệnh tiêu chảy trẻ em đạt 71,7%; kiến thức đúng và thực hành đúng về phòng chống bệnh tay chân miệng đạt 93,2%. Các phương tiện truyền thông được người dân chấp nhận cao nhất từ ti vi 94,5 %, loa phát thanh 46%, truyền thông tại cộng đồng do đội ngũ cán bộ y tế thực hiện là 45% và cộng tác viên là 26,5%. Từ kết quả nghiên cứu chúng tôi đã có cơ sở khoa học áp dụng vào việc xây dựng kế hoạch, định hướng phát triển công tác truyền thông giáo dục sức khỏe tại địa phương.

1. Đặt vấn đề

Giáo dục sức khỏe có vai trò rất quan trọng trong công tác chăm sóc sức khỏe ban đầu cho nhân dân. Giáo dục sức khỏe từ trước đến nay đã làm nhiều nhưng chưa có đánh giá hiệu quả một cách cụ thể về kiến thức - thực hành của người dân về phòng, chống dịch bệnh. Đây là một trong những yêu cầu cần thiết giúp cho công tác giáo dục và nâng cao sức khỏe nhân dân từng bước được hoàn thiện hơn. Các bệnh thường gặp như sốt xuất huyết, tay chân miệng, tiêu chảy cấp, viêm phế quản phổi, bệnh lao và các bệnh không truyền nhiễm như tăng huyết áp, tiểu đường, bệnh bướu cổ... là những bệnh đang lưu hành và có khả năng bùng phát thành dịch trong cộng đồng. Huyện Vị Thủy là một huyện thuộc địa bàn vùng nông thôn, vùng sâu của tỉnh Hậu Giang có mô hình bệnh tật khá phổ biến so với địa bàn của tỉnh, các bệnh trên có tỷ lệ mắc khá cao, chiếm từ 10 - 28% mỗi năm. Vì vậy chúng tôi tiến hành “*Khảo sát kiến thức - thực hành và các yếu tố có liên quan về phòng, chống một số bệnh thường gặp ở người dân huyện Vị Thủy, tỉnh Hậu Giang năm 2013*”.

2. Mục tiêu nghiên cứu

1. Khảo sát kiến thức, thực hành về phòng, chống một số bệnh thường gặp của người dân tại huyện Vị Thủy, tỉnh Hậu Giang, năm 2013.

2. Xác định các yếu tố liên quan đến kiến thức, thực hành về phòng, chống một số bệnh thường gặp ở người dân tại huyện Vị Thủy, tỉnh Hậu Giang, năm 2013.

3. Phương pháp nghiên cứu

3.1. **Đối tượng nghiên cứu:** Chủ hộ gia đình có tuổi từ 18 – 60 tuổi đang cư trú tại huyện Vị Thủy, tỉnh Hậu Giang.

3.2. **Thời gian nghiên cứu:** Từ tháng 3 đến tháng 11 năm 2013.

3.3. **Địa điểm nghiên cứu:** Huyện Vị Thủy, tỉnh Hậu Giang.

3.4. Phương pháp nghiên cứu

3.4.1. **Thiết kế nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang.

3.4.2. **Cỡ mẫu:** Được tính theo công thức ước lượng cho một tỷ lệ trong nghiên cứu mô tả cắt ngang.

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

Trong đó:

n = là cỡ mẫu tối thiểu cần có

z = giá trị phân phối tương ứng với độ tin cậy lựa chọn (nếu độ tin cậy 95% thì giá trị z là 1,96...)

p = là ước tính tỷ lệ % cho quần thể

q = 1- p (để mẫu lớn nhất chúng tôi cho p= 0.5)

d = sai số cho phép (+ - 5%.)

Thay vào công thức chúng tôi tính được cơ mẫu là 385 làm tròn là 400.

3.4.3. **Phương pháp chọn mẫu:** theo phương pháp chọn mẫu chùm

Giai đoạn 1: dùng phương pháp ngẫu nhiên đơn để chọn 7 xã vào chùm nghiên cứu.

Giai đoạn 2: chọn các cá thể từ 7 chùm vào mẫu nghiên cứu bằng phương pháp mẫu hệ thống (xác định khoảng cách mẫu, chọn số ngẫu nhiên R = 2, từ đó ta chọn các cá thể vào đủ trong mẫu nghiên cứu).

3.5. Biến số và chỉ số nghiên cứu

3.5.1. **Thông tin chung của đối tượng nghiên cứu:** Giới, tuổi, trình độ học vấn, nghề nghiệp và thu nhập

3.5.2. **Biến số về kiến thức**

- Kiến thức về bệnh lao: Đã nghe nói đến, đường lây, dấu hiệu nghi ngờ

- Kiến thức về bệnh sốt xuất huyết: Đã nghe nói đến, nguyên nhân, đường lây, cách phòng, dấu hiệu nhận biết
- Kiến thức về bệnh đái tháo đường: đã nghe nói, nguyên nhân, dấu hiệu nhận biết.
- Kiến thức về bệnh tăng huyết áp: Đã nghe nói, dấu hiệu, cách phòng, hiệu quả.
- Kiến thức về bệnh bướu cổ: Đã nghe nói, nguyên nhân, hậu quả.
- Kiến thức về bệnh tiêu chảy: đã nghe nói, nguyên nhân, dấu hiệu, hậu quả.
- Kiến thức về bệnh viêm phổi: Đã nghe nói, nguyên nhân, dấu hiệu
- Kiến thức về bệnh tay chân miệng: Đã nghe nói, đối tượng dễ mắc, dấu hiệu, vắc xin.

3.5.3. Biện số về thực hành

- Đã làm gì để phòng các bệnh lây nhiễm (lao, tiêu chảy, sốt xuất huyết, tay chân miệng, viêm phổi) như: tiêm phòng vắc xin, dinh dưỡng hợp lý, vệ sinh các nhân, vệ sinh môi trường, ...
- Đã làm gì để phòng bệnh không lây nhiễm (bướu cổ, cao huyết áp, tiểu đường): Kiểm soát trọng lượng, thể dục thể thao, tránh căng thẳng và kiểm tra sức khỏe định kỳ, bổ sung vi chất dinh dưỡng.

4. Kết quả nghiên cứu

4.1. Thông tin chung về đối tượng nghiên cứu

Phân bố giới trong nhóm đối tượng nghiên cứu tương đối đồng đều (47,2% là nam và 52,8% là nữ); chỉ có 4% đối tượng có tuổi dưới 25, độ tuổi từ 25-40 chiếm tỷ lệ cao nhất (50%). Về học vấn trình độ học vấn: tiểu học và trung học cơ sở chiếm đa số (46% và 37,2%), đặc biệt còn mù chữ đến 5,8%. Có tới 71,5% đối tượng nghiên cứu làm nghề nông, còn lại là buôn bán, làm thuê và công nhân viên chức; Tỷ lệ đối tượng có thu nhập bình quân đầu người $\leq 520.000\text{đ}/\text{tháng}$ là 17,5%, đây là tỷ lệ tương đối phù hợp với tỷ lệ hộ nghèo ở địa phương.

4.2. Nguồn cung cấp thông tin về một số bệnh thường gặp

Qua ti vi (94,5%), loa phát thanh (46%), cán bộ y tế (45%) và cộng tác viên (26,5%).

4.3. Kiến thức- thực hành về phòng chống một số bệnh thường gặp

4.3.1. Kiến thức

- Kiến thức về bệnh lao: 72,5% đối tượng nghiên cứu biết về bệnh lao. Dấu hiệu được đối tượng nhắc đến nhiều nhất là ho kéo dài trên 3 tuần và sụt cân (63,5% và 53,8%).
- Kiến thức về bệnh SXH: Có 86% đã nghe nói về bệnh sốt xuất huyết và 93,3% đối tượng nghiên cứu cho rằng người bị SXH là do muỗi đốt.

- Kiến thức về tăng huyết áp: 78,5% đối tượng nghiên cứu đã biết về tăng huyết áp, đặc biệt 69,5% cho rằng tăng huyết áp có thể dẫn đến tai biến mạch máu não, liệt nửa người.
- Kiến thức về bệnh bướu cổ: 68,5% đối tượng đã nghe nói về bệnh bướu cổ, trong số này có đến 60,5% biết nguyên nhân là do ăn thiếu chất iốt.
- Kiến thức về bệnh tiêu chảy: Có 67,8% biết về bệnh tiêu chảy ở trẻ em, trong số đó có 63,8% có kiến thức đúng về dấu hiệu nhận biết bệnh.
- Kiến thức về bệnh viêm phổi: 58,9% đối tượng đã biết bệnh viêm phổi ở trẻ em là phổ biến đây là một tỷ lệ thấp.
- Kiến thức về bệnh tay-chân-miệng: Bệnh tay – chân – miệng là bệnh mới nổi, xong lại có đến 87% đã nghe nói đến bệnh này, trong số đó 68,6% có kiến thức đúng về đường lây.

4.3.2. Thực hành

- Thực hành về phòng chống lao: Tỷ lệ có thực hiện tiêm vắc xin BCG cho trẻ sơ sinh chiếm 51,7% đây là hành vi chủ động để phòng chống lao chủ động của người dân, đối với hành vi phát hiện bệnh sớm và điều trị đến khi khỏi bệnh chỉ có 36,6%, hành vi này còn thấp và đây sẽ là yếu tố nguy cơ để phát sinh nguồn lây trong cộng đồng.
- Thực hành về phòng chống SXH: Tỷ lệ hành vi thả cá ăn lăng quăng, cọ rửa lu chứa nước, loại bỏ các vật phế thải quanh nhà đạt đến 94,8% so với hành vi ngủ mùng cả ban ngày, mặc quần áo dài tay cho trẻ là 73,8%. Đây là hành vi nhằm chủ động phòng chống SXH trong cộng đồng.
- Thực hành phòng chống bệnh đái tháo đường: hành vi không uống rượu, bia, hút thuốc lá chiếm 59,9%, và chỉ có 21,1% đi kiểm tra đường huyết theo định kỳ. Tỷ lệ này chứng tỏ rằng trong cộng đồng đối với người dân còn thờ ơ nhiều với bệnh đái tháo đường.
- Thực hành phòng chống tăng huyết áp: Hành vi đo huyết áp định kỳ để kiểm soát tăng huyết áp được thực hiện ít hơn rất nhiều (38,3%). Tỷ lệ này cho thấy rằng trong cộng đồng còn chú quan đến việc tầm soát bệnh cao huyết áp.
- Thực hành phòng chống bướu cổ: Tỷ lệ hành vi thường xuyên ăn muối có iốt và thức ăn có nhiều chất iốt như hải sản, trứng, sữa là 86,9%, có nghĩa người dân đã chủ động phòng chống bệnh bướu cổ.
- Thực hành phòng bệnh tay – chân – miệng, tiêu chảy: Rửa tay bằng xà phòng trước khi ăn, sau khi đi vệ sinh chiếm 80,4%, thấp hơn thực hiện ăn chín, uống chín là 82,3%. Tuy nhiên tỷ lệ này nói lên hiện nay người dân đã thay đổi hành vi để phòng bệnh tiêu chảy cho trẻ em. Tỷ lệ hành vi phòng chống bệnh viêm phổi trẻ em là

thường xuyên rửa tay bằng xà phòng với nước sạch, không khạc nhổ bừa bãi là 75%. Phòng tránh bệnh tay - chân - miệng thường xuyên rửa tay bằng xà phòng với nước sạch cho trẻ và người chăm sóc trẻ 90,3%.

4.4. *Mối liên quan giữa kiến thức với đặc điểm chung của đối tượng*

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy kiến thức về bệnh lao, bệnh sốt xuất huyết, bệnh tiểu đường, bưou cở, bệnh viêm phổi, bệnh tay chân miệng, có sự khác biệt với các yếu tố như tuổi, giới, trình độ học vấn, nghề nghiệp và thu nhập của đối tượng nghiên cứu nhưng sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,1$).

Bảng 1: Mối liên quan giữa kiến thức bệnh tiêu chảy với đặc điểm của đối tượng

Thông tin chung của ĐTNC		Kiến thức bệnh tiêu chảy		p
		Không đạt (n%)	Đạt (n%)	
Giới	Nữ (189)	76 (28,1%)	61 (22,5%)	0,01
	Nam (211)	54 (29,9%)	80 (29,5%)	
Tuổi	≤ 25 tuổi	6 (2,2%)	7 (2,6%)	1
	>25 tuổi	124 (45,8%)	134 (49,4%)	
Trình độ học vấn	THCS trở xuống	117 (43,2%)	115 (42,4%)	0,07
	Từ THPT trở lên	13 (4,8%)	26 (9,6%)	
Nghề nghiệp	Nội trợ, làm ruộng	100 (36,9%)	97 (35,8%)	0,17
	Buôn bán, CNVC	30 (11,1%)	44 (16,2%)	
Thu nhập	< 520.000đ	30 (11,1%)	9 (3,3%)	0,0001
	> 520.000đ	100 (36,9%)	132 (48,7%)	

Kiến thức đúng về bệnh tiêu chảy của nữ giới (22,5%) thấp hơn của nam giới (29,5%), sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Không thấy sự khác biệt về kiến thức bệnh tiêu chảy có sự khác biệt với các yếu tố như tuổi, trình độ học vấn, nghề nghiệp của đối tượng nghiên cứu ($p > 0,05$).

4.5. *Mối liên quan giữa thực hành với đặc điểm chung của đối tượng*

Kết quả nghiên cứu cho thấy thực hành phòng chống bệnh sốt xuất huyết, tiểu đường tay-chân-miệng không có sự khác biệt với yếu tố về giới, tuổi, trình độ học vấn, nghề nghiệp và thu nhập của đối tượng nghiên cứu ($p > 0,05$).

Không có sự khác biệt về thực hành phòng chống bệnh lao với yếu tố về giới, tuổi và thu nhập ($p > 0,05$).

Bảng 2: Mối liên quan giữa thực hành bệnh lao với đặc điểm của đối tượng

Thông tin chung của đối tượng nghiên cứu		Thực hành phòng bệnh lao		p
		Không đạt (n%)	Đạt (n%)	
Giới	Nữ	105 (39,0%)	20 (7,4%)	0,3
	Nam	113 (42,0%)	31 (11,5%)	
Tuổi	≤ 25 tuổi	9 (3,3%)	1 (0,4%)	0,7
	>25 tuổi	209 (77,7%)	50 (18,6%)	
Trình độ học vấn	THCS trở xuống	195 (72,5%)	38 (14,1%)	0,01
	Từ THPT trở lên	23 (8,6%)	13 (4,8%)	
Nghề nghiệp	Nội trợ, làm ruộng	173 (64,3%)	32(11,9%)	0,02
	Buôn bán, CNVC	45 (16,7%)	19 (7,2%)	
Thu nhập	< 520.000đ	33 (12,3%)	2 (0,7%)	0,3
	> 520.000đ	185 (68,8%)	49 (18,2%)	

Những người có trình độ trên THPT thực hành phòng chống lao cao hơn những người có trình độ THCS trở xuống, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê $p=0,01$.

Kết quả bảng 2 cũng cho thấy, những người làm nghề buôn bán hoặc công nhân viên chức có thực hành phòng bệnh lao cao hơn những người làm ruộng hoặc nội trợ, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê $p= 0,02$.

Bảng 3: Mối liên quan giữa thực hành bệnh bướu cổ với đặc điểm của đối tượng

Thông tin chung của ĐTNC		Thực hành phòng bướu cổ		p
		Không đạt (n%)	Đạt (n%)	
Giới	Nữ	73 (26,6%)	57 (20,8%)	1
	Nam	81 (29,6%)	63 (23,0%)	
Tuổi	≤ 25 tuổi	7 (2,5%)	5 (1,8%)	1
	>25 tuổi	147 (53,7%)	115 (42%)	
Trình độ học vấn	THCS trở xuống	137 (50,0%)	103 (37,6%)	0,5
	Từ THPT trở lên	17 (6,2%)	17 (6,2%)	
Nghề nghiệp	Nội trợ, làm ruộng	121 (44,2%)	78 (28,5%)	0,01
	Buôn bán, CNVC	33 (12,0%)	42 (15,3%)	
Thu nhập	< 520.000đ	28 (10,2%)	4 (1,5%)	0,000
	> 520.000đ	126 (46,0%)	116 (42,3%)	

Kết quả trên cho thấy: Người có thu nhập cao có thực hành phòng chống bệnh bấu cổ cao hơn người có thu nhập thấp. Người làm nghề buôn bán, công nhân viên chức có thực hành đạt cao hơn người làm ruộng, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê $p < 0.05$. Không có sự khác biệt giữa thực hành phòng bệnh bấu cổ với các yếu tố như tuổi, giới, trình độ học vấn ($p > 0.05$).

Bảng 4: Mối liên quan giữa thực hành bệnh tiêu chảy với đặc điểm của đối tượng

Thông tin chung của ĐTNC		Thực hành tiêu chảy		P
		Không đạt (n%)	Đạt (n%)	
Giới	Nữ	66 (24,4%)	71 (26,2%)	0,7
	Nam	60 (22,1%)	74 (27,3%)	
Tuổi	≤ 25 tuổi	6 (2,2%)	7 (2,6%)	1
	>25 tuổi	120 (44,3%)	138 (51,0%)	
Trình độ học vấn	THCS trở xuống	117 (43,2%)	115 (42,4%)	0,003
	Từ THPT trở lên	9 (3,3%)	30 (11,1%)	
Nghề nghiệp	Nội trợ, làm ruộng	98 (36,2%)	99 (36,5%)	0,1
	Buôn bán, CNVC	28 (10,3%)	46 (17,0%)	
Thu nhập	< 520.000đ	27 (10,0%)	12 (4,4%)	0,004
	> 520.000đ	99 (36,5%)	133 (49,1%)	

Không có sự khác biệt giữa thực hành phòng bệnh tiêu chảy với các yếu tố giới, tuổi và nghề nghiệp ($p > 0,05$). Người có trình độ học vấn từ THPT trở lên và người thu nhập cao có thực hành phòng bệnh tiêu chảy cao hơn người có trình độ THCS trở xuống và người có thu nhập thấp, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).

Bảng 5: Mối liên quan giữa thực hành bệnh viêm phổi với đặc điểm của đối tượng

Thông tin chung của ĐTNC		Thực hành phòng viêm phổi		P
		Không đạt (n%)	Đạt (n%)	
Giới	Nữ	90 (38,2%)	21 (8,9%)	0,4
	Nam	95 (40,3%)	30 (12,7%)	
Tuổi	≤ 25 tuổi	5 (2,1%)	4 (1,7%)	0,2
	>25 tuổi	180 (76,3%)	47 (20,0%)	
Trình độ học vấn	THCS trở xuống	163 (69,1%)	42 (17,8%)	0,3
	Từ THPT trở lên	22 (9,3%)	9 (3,8%)	
Nghề nghiệp	Nội trợ, làm ruộng	143 (60,6%)	31 (13,1%)	0,03
	Buôn bán, CNVC	42 (17,8%)	20 (8,5%)	
Thu nhập	< 520.000đ	30 (12,7%)	3 (5,9%)	0,09
	> 520.000đ	155 (65,7%)	48 (20,3%)	

Bảng trên cho thấy, không có sự khác biệt về thực hành phòng bệnh viêm phổi trẻ em với các yếu tố tuổi, giới, trình độ học vấn và thu nhập ($p > 0.05$). Sự khác biệt về thực hành phòng bệnh viêm phổi với nghề nghiệp có ý nghĩa thống kê $p=0,03$.

4.6. *Mối liên quan giữa Kiến thức - Thực hành phòng, chống một số bệnh*

Bảng 6: *Mối liên quan giữa Kiến thức - Thực hành phòng bệnh Lao*

Thực hành Kiến thức	Không đạt	Đạt	Tổng
Không đạt (n%)	53(19,7%)	2(0,7%)	55(21,4%)
Đạt (n%)	165(61,4%)	49(18,2%)	214(79,6%)
Tổng	218(81,1%)	51(18,9%)	269(100%)

Kết quả nghiên cứu cho thấy khi kiến thức phòng chống lao của đối tượng nghiên cứu tăng lên 1 lần thì thực hành của họ tăng lên 7,9 lần, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p= 0,002$; $OR = 7,9$.

Có sự khác biệt giữa kiến thức và thực hành về phòng chống bệnh sốt xuất huyết của đối tượng nghiên cứu, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê $p=0,04$.

Có sự khác biệt giữa kiến thức với thực hành phòng về phòng chống bệnh tiểu đường, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê $p = 0,02$.

Kết quả nghiên cứu cũng cho thấy: Có sự khác biệt giữa kiến thức và thực hành phòng chống tăng huyết áp, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê ($p=0,002$), $OR = 0,3$.

Khi xác định mối liên quan giữa kiến thức và thực hành phòng bệnh tiêu chảy, kết quả của chúng tôi cho thấy có sự khác biệt $p<0,00001$.

Có sự khác biệt giữa kiến thức và thực hành phòng bệnh viêm phổi ở trẻ em, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p= 0,01$.

Bảng 7: *Mối liên quan giữa Kiến thức - Thực hành phòng bệnh bướu cổ*

Thực hành Kiến thức	Không đạt (n%)	Đạt (n%)	Tổng
Không đạt (n%)	13(5,0%)	5(1,9%)	18(6,9%)
Đạt (n%)	129(49,6%)	113(43,5%)	242(93,1%)
Tổng	142(54,6%)	118(45,4%)	260(100%)

Có mối liên quan giữa kiến thức và thực hành phòng bệnh bướu cổ, mối liên quan này có ý nghĩa thống kê, cụ thể khi kiến thức phòng bệnh tăng lên một lần thì thực hành tăng lên 2,3 lần.

Kết quả nghiên cứu cho thấy; có mối liên quan giữa kiến thức và thực hành phòng bệnh tay chân miệng, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê $p < 0,00001$.

5. Kết luận

- Trên 60% đối tượng nghiên cứu có kiến thức đúng về các bệnh thường gặp.
- Trên 50% đối tượng nghiên cứu thực hành tốt về phòng chống các bệnh thường gặp. Tỷ lệ này thấp hơn kiến thức nhưng vẫn ở mức độ cao đặc biệt hành vi rửa tay phòng chống một số bệnh đều được thực hiện trên 75%.
- Có mối liên quan giữa kiến thức về phòng bệnh tiêu chảy với giới tính và thu nhập của đối tượng nghiên cứu ($p < 0,05$).
- Có mối liên quan giữa trình độ học vấn, nghề nghiệp và thu nhập của đối tượng với thực hành phòng chống các bệnh lao, bรู๋u cổ, tiêu chảy và viêm phổi ($p < 0,05$).
- Có mối liên quan giữa kiến thức và thực hành về phòng chống các bệnh lao, sốt xuất huyết, tiểu đường, cao huyết áp, tiêu chảy, viêm phổi, bรู๋u cổ và tay chân miệng, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê.
- Nguồn cung cấp thông tin được người dân chấp nhận: Ti vi (94,5%), loa phát thanh (46%), cán bộ y tế (45%) và Cộng tác viên là (26,5%).

6. Kiến nghị

- *Đối với Trung tâm Y tế huyện Vị Thủy:*
 - + Đa dạng hóa các hình thức truyền thông.
 - + Tăng cường công tác tuyên truyền trên các phương tiện thông tin đại chúng như truyền hình và loa phát thanh.
 - + Tăng cường năng lực của đối với đội ngũ cán bộ y tế và cộng tác viên ở địa phương, thông qua đào tạo, đào tạo lại nhằm nâng cao kiến thức, kỹ năng.
 - + Xây dựng kế hoạch cụ thể, thường xuyên giám sát các hoạt động truyền thông.
- *Đối với Trung tâm truyền thông GDSK tỉnh Hậu Giang*
 - + Xây dựng kế hoạch truyền thông cho Vị Thủy và các huyện có cùng đặc điểm địa lý, kinh tế, xã hội dựa trên kết quả nghiên cứu.
 - + Tăng cường các biện pháp nâng cao thực hành phòng chống bệnh dịch. Tạo điều kiện thuận lợi để mọi người thực hiện hành vi nâng cao sức khỏe.
 - + Cần tiếp tục thực hiện các nghiên cứu về các yếu tố tác động đến hành vi của đối tượng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế, "Kỹ yếu các đề tài nghiên cứu khoa học của hệ thống truyền thông giáo dục sức khỏe năm 2012", năm 2013, tr 9.

2. Bộ Y tế, "*Hướng dẫn xây dựng cộng đồng an toàn phòng chống tai nạn thương tích*", năm 2004, tr 5, 8,17.
3. BS. Đỗ Hồng Ngọc, "*Đại cương về giáo dục sức khỏe và nâng cao sức khỏe*", <http://www.dohongngoc.com/web/> trang nhà của bác sỹ Đỗ Hồng Ngọc.
4. Nhà xuất bản y học "*Chăm sóc sức khỏe ban đầu ở Việt Nam trong tình hình mới*", năm 2005 tr 11,36,37
5. *Nguyên tắc giao tiếp*, trang.webcache.googleusercontent.com, 2002, tr 2,4,5
6. Nghị định 01/1998/NĐ-CP ngày 3/01/1998 của Chính phủ quy định về hệ thống tổ chức y tế địa phương.
7. Thông tư 02/TTLT-BYT-BTC-CBCP ngày 27/6/1998 của Bộ Y tế và Ban tổ chức Chính phủ hướng dẫn triển khai Nghị định 01.

**ĐÁNH GIÁ NHẬN THỨC, THÁI ĐỘ, HÀNH VI
VỀ VẤN ĐỀ Ô NHIỄM MÔI TRƯỜNG CỦA NGƯỜI DÂN
THÔN NỘI THƯỢNG, XÃ AN VIỄN, HUYỆN TIÊN LŨ, HUNG YÊN**

*BS. Ngô Văn Tường
Trung tâm Truyền thông GDSK Hưng Yên*

Tóm tắt nghiên cứu

Nghiên cứu mô tả cắt ngang thực hiện trên các đối tượng là chủ hộ gia đình tại thôn Nội Thượng, xã An Viễn, Tiên Lữ, Hưng Yên từ tháng 6/2012 đến tháng 10/2013 nhằm tìm hiểu kiến thức, thái độ, thực hành về vệ sinh môi trường (VSMT) của người dân thôn Nội Thượng. Kết quả nghiên cứu cho thấy:

- *Đặc điểm đối tượng nghiên cứu:* Chủ hộ ở nhóm tuổi từ 30 đến 50 chiếm 60%, 90% chủ hộ là nam giới, phần lớn có trình độ học vấn từ THCS trở lên (90%).
- *Nguồn cung cấp thông tin về các vấn đề y tế, VSMT:* Trên 80% số người được hỏi đã trả lời được tiếp cận thông tin qua đài truyền hình, đài phát thanh.
- *Kiến thức về nước sạch, VSMT:* Trên 90% số người được hỏi kể tên được một nguồn nước sạch, 76% số người được hỏi kể được từ 2 bệnh trở lên có nguyên nhân do sử dụng nguồn nước ô nhiễm.
- *Thái độ của người dân với thực hành VSMT:* 67% số người được hỏi quan tâm đến vấn đề vệ sinh môi trường, 30% không quan tâm và 3% trả lời cho rằng đó không phải là việc của họ. 100% người được hỏi cho rằng cần có nguồn nước hợp vệ sinh, 45% lo lắng về hệ thống thoát nước thải chung.
- *Thực hành VSMT:*
 - + Sử dụng nguồn nước sạch: Trên 90% số hộ gia đình sử dụng nguồn nước mưa để ăn uống, 85% sử dụng nước giếng khoan dùng trong sinh hoạt, 15% hộ dân chưa có nguồn nước sạch sinh hoạt nên thường xuyên phải dùng nước ao.
 - + Sử dụng nhà tiêu hợp vệ sinh: 93% số hộ có nhà tiêu hợp vệ sinh, trong đó 30% số hộ có nhà tiêu tự hoại, 55% có nhà tiêu hai ngăn, 8% hộ có nhà tiêu một ngăn.
 - + Thu gom và xử lý rác: Trên 60% số hộ gia đình không thu gom rác để đúng nơi quy định, thậm chí đổ rác xuống các ao, hồ.
 - + Xử lý nước thải sinh hoạt: 30% số hộ cho nước thải chảy trực tiếp xuống ao. Đa phần rãnh thoát nước của thôn không có nắp đậy.

Từ các kết quả trên, nghiên cứu đã đưa ra các kiến nghị: (1) Các cấp chính quyền xã và thôn cần tăng cường tuyên truyền nâng cao nhận thức của người dân trong việc bảo vệ môi trường, thường xuyên lồng ghép nội dung này vào trong các buổi họp chi bộ, họp thôn. Đưa tiêu chuẩn thực hiện VSMT vào quy ước của thôn để mọi gia đình đều phải có nghĩa vụ thực hiện. (2) Y tế thôn cần phát huy hơn nữa vai trò liên kết và phối hợp với các tổ chức đoàn thể trong việc tham gia tuyên truyền, vận động các hộ gia đình thực hiện VSMT.

KIẾN THỨC, THÁI ĐỘ, THỰC HÀNH VỀ SỬ DỤNG NHÀ VỆ SINH CỦA NGƯỜI DÂN VÙNG NÔNG THÔN TẠI CÁC HUYỆN CHÂU THÀNH, VĨNH THUẬN VÀ GÒ QUAO, TỈNH KIÊN GIANG, NĂM 2013

*CN. Trần Hữu Lộc, BSKII. Bùi Kim Chiên,
CN. Nguyễn Quốc Oai, KS. Đào Thiện Trí, CN. Lâm Vĩ Hằng
Trung tâm truyền thông GDSK Kiên Giang*

Tóm tắt nghiên cứu

Với mục tiêu xác định tỷ lệ người dân có kiến thức, thái độ, thực hành đúng về sử dụng nhà vệ sinh và các yếu tố liên quan, nghiên cứu mô tả cắt ngang triển khai từ tháng 4/2013 đến hết tháng 10/2013 trên địa bàn 3 xã nông thôn là xã Vĩnh Hòa Phú (huyện Châu Thành), xã Vĩnh Bình Bắc (huyện Vĩnh Thuận), và xã Vĩnh Hòa Hưng Bắc (huyện Gò Quao). Kết quả cho số hộ sử dụng nhà cầu hợp vệ sinh (NCHVS) chỉ chiếm 33,08%; về kiến thức chỉ có 13,08% người dân hiểu đúng về NCHVS; Vẫn còn 1,92% hộ dân chưa được tiếp cận thông tin về NCHVS. 70,38% người dân muốn xóa bỏ cầu tiêu ao cá (CTAC), 78,08% muốn xóa bỏ cầu tiêu trên sông đọt. Có mối liên quan giữa kiến thức, thái độ thực hành đúng về sử dụng NCHVS theo độ tuổi, trình độ học vấn, nghề nghiệp và thu nhập bình quân.

1. Đặt vấn đề

Phân và nước tiểu do con người và gia súc tạo ra, ngoài việc gây mùi hôi khó chịu và mất thẩm mỹ, còn mang nhiều mầm bệnh, nếu không được xử lý sẽ qua nguồn nước, đất, côn trùng, tay, chân người... xâm nhập vào thực phẩm mang theo mầm bệnh trở lại cho chính con người và cộng đồng của họ. Vì vậy, các chất thải này cần phải có công trình tiếp nhận và xử lý tại chỗ trước khi cho vào hệ thống chung. Các nhà cầu tại gia đình hay tập thể trở thành một nhu cầu không thể thiếu trong một xã hội hiện đại và văn minh.

Theo báo cáo của khoa Sức khỏe cộng đồng thuộc Trung tâm Y tế Dự phòng tỉnh, trung bình hàng năm toàn tỉnh đã có trên 10 ngàn NCHVS của nhân dân được hướng dẫn xây dựng và sửa chữa. Cụ thể năm 2011 có 10.966 nhà cầu, năm 2012 có 11.487 NCHVS được hướng dẫn xây dựng và sửa chữa. Cũng theo báo cáo thống kê các bệnh truyền nhiễm năm 2012 của Trung tâm Y tế dự phòng, 10/28 bệnh truyền nhiễm gây dịch được giám sát có số mắc cao nhất theo thứ tự là tiêu chảy, cúm, tay chân miệng, sốt xuất huyết, thủy đậu, quay bị, lỵ trực khuẩn, lỵ amib,... Như vậy, khoảng một nửa các bệnh truyền nhiễm có tỷ lệ mắc cao nhất là những bệnh có liên quan tới nước sạch vệ sinh môi trường (NSVSMT). Chỉ tính riêng bệnh tiêu chảy, năm 2010 toàn tỉnh có 12.910 ca; năm 2011 có 11.068 ca và năm 2012 có 9.466 ca mắc. Đối với bệnh tay chân miệng, năm 2010 có 383 ca mắc, tử vong 1; năm 2011 có 2.751 ca mắc, chết 4 và năm 2012 có 2.920 ca mắc, không có tử vong.

Như vậy, xét về mặt lý thuyết thì theo báo cáo của Trung tâm Y tế dự phòng số NCHVS của nhân dân được hướng dẫn xây dựng và sửa chữa hàng năm đều tăng và luôn ở mức cao nhưng các bệnh lây truyền qua đường tiêu hoá thì không giảm. Ở đây có

sự khác biệt giữa lý thuyết và thực tế. Phân tích các yếu tố khách quan như tăng dân số tự nhiên khiến cho tỷ lệ hộ dân sử dụng NCHVS không tăng hoặc người dân quá nghèo, không có tiền xây nhà vệ sinh thì chúng ta có thể loại trừ vì trong những năm gần đây kinh tế của nước ta, trong đó có Kiên Giang đều phát triển theo chiều hướng tốt. Mặt khác, nếu cho rằng báo cáo chưa chính xác thì cũng cần được loại trừ vì số liệu hàng năm có sự chênh lệch không đáng kể.

Vậy tỷ lệ hộ sử dụng NCHVS ở nông thôn là bao nhiêu? Tại sao tỷ lệ hộ sử dụng NCHVS không tăng? Những nguyên nhân nào khiến cho tỷ lệ hộ sử dụng nhà cầu không hợp vệ sinh ở vùng nông thôn không giảm?

2. Mục tiêu nghiên cứu

1. Xác định tỷ lệ người dân có kiến thức, thái độ thực hành đúng về sử dụng nhà vệ sinh.
2. Xác định các yếu tố liên quan đến kiến thức, thái độ thực hành đúng về sử dụng nhà vệ sinh.

3. Đối tượng và phương pháp nghiên cứu

3.1. Đối tượng nghiên cứu:

- Chủ hộ gia đình (tuổi từ 18 -60) có khả năng cung cấp đầy đủ thông tin, cư trú tại địa phương từ 1 năm trở lên, phải đảm bảo mẫu đại diện cho: người dân tộc, người nghèo/cận nghèo; đồng ý tự nguyện tham gia nghiên cứu.

3.2. Thời gian nghiên cứu: Từ tháng 4/2013 đến hết tháng 10/2013

3.3. Địa điểm nghiên cứu: 3 xã nông thôn: xã Vĩnh Hòa Phú (huyện Châu Thành), xã Vĩnh Bình Bắc (huyện Vĩnh Thuận), xã Vĩnh Hòa Hưng Bắc (huyện Gò Quao).

3.4. Phương pháp nghiên cứu

3.4.1. Thiết kế nghiên cứu: là một nghiên cứu tiến cứu, mô tả cắt ngang.

3.4.2. Cỡ mẫu nghiên cứu: Được tính toán theo công thức ước lượng cho 1 tỷ lệ nghiên cứu mô tả cắt ngang:

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

- Trong đó:
- n cỡ mẫu tối thiểu cần có
 - $Z_{1-\alpha/2}$: hệ số tin cậy cho kiểm định 2 phía (bằng 1,96)
 - α : mức ý nghĩa thống kê (bằng 0,05)
 - P: ước lượng tỉ lệ biến nghiên cứu trong quần thể bằng 0,2
 - d: sai số cho phép (bằng 0,05)

Vậy số lượng mẫu cần thiết là 246 hộ và 5% dự phòng cho các trường hợp mất mẫu do bỏ cuộc là 13 mẫu. Tổng số hộ gia đình được khảo sát: $n = 246 + 13 = 259$, làm tròn 260 hộ.

3.4.3. *Kỹ thuật thu thập số liệu*: Phỏng vấn trực tiếp bằng bảng câu hỏi được thiết kế sẵn.

3.4.4. *Xử lý số liệu*: Số liệu nghiên cứu được nhập bằng phần mềm EpiData 3.1; phân tích số liệu bằng phần mềm SPSS.

4. Kết quả nghiên cứu

4.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Tuổi của đối tượng đánh giá tập trung chủ yếu ở nhóm 30 đến 39 tuổi (40,77%), tiếp đến là nhóm 40 đến 49 tuổi (30,38%). Nhóm 15 đến 19 tuổi có tỷ lệ thấp nhất (5,38%).

Bảng 1: Trình độ học vấn của đối tượng đánh giá

Dân tộc		Trình độ học vấn (n=260)					Tổng
		Mù chữ	Tiểu học	THCS	THPT	Trên THPT	
Kinh	n	4	76	113	6	3	202
	%	1,98	37,62	55,94	2,97	1,49	100,00
Khơ me	n	12	29	8	2	0	51
	%	23,53	56,86	15,69	3,92	0,00	100,00
Hoa	n	0	3	4	0	0	7
	%	0,00	42,86	57,14	0,00	0,00	100,00
Tổng	n	16	108	125	8	3	260
	%	6,15	41,54	48,08	3,08	1,15	100,00

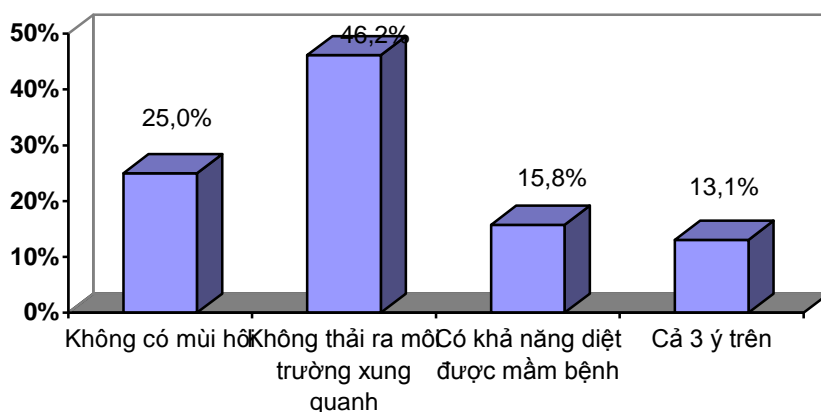
77,69% đối tượng được phỏng vấn là người dân tộc Kinh, dân tộc Hoa chỉ có 2,69%. Tỷ lệ đối tượng mù chữ của dân tộc Khơ me là nhiều nhất 23,53%, đây sẽ là đối tượng cần được quan tâm nhiều hơn.

Nghề nghiệp của đối tượng nghiên cứu tập trung chủ yếu ở nhóm Nông, Lâm, Ngư nghiệp (50,77%), kế đến là nhóm làm mướn (19,23%), thấp nhất là nhóm công nhân và cán bộ, viên chức nhà nước (1,92%). Đáng lưu ý là có tới 16% đối tượng thất nghiệp. Mức thu nhập bình quân từ 1 đến 2 triệu đồng/người/tháng chiếm đa số (33,46%), số hộ có thu nhập bình quân trên 4 triệu đồng/người/tháng chỉ chiếm 11,92%. Đặc biệt có 8,46% hộ có thu nhập dưới 1 triệu đồng/người/tháng, điều này chỉ ra rằng đời sống người dân vùng nông thôn vẫn còn nhiều khó khăn.

Thực trạng có NCHVS còn rất thấp chỉ 33,08%; trong khi đó có tới 66,92% là NCKHVS.

4.2. Kiến thức, thái độ, thực hành về sử dụng NCHVS

4.2.1. Kiến thức người dân trong sử dụng NCHVS



Biểu đồ 1: Người dân kể được các tiêu chí NCHVS

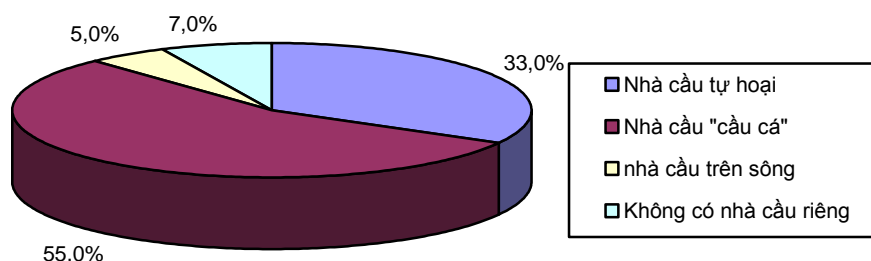
Đa số người dân cho rằng NCHVS phải đạt tiêu chí không thải phân ra môi trường xung quanh (46,15%), trong khi đó tiêu chí không có mùi hôi chiếm 25% và NCHVS phải có khả năng diệt được mầm bệnh chỉ chiếm 15,77%. Số người trả lời có kiến thức đúng về NCHVS đạt cả 3 tiêu chí chiếm 13,08%.

4.2.2. Thái độ của người dân về sử dụng nhà cầu

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy 70,03% xóa bỏ hình thức cầu tiêu ao cá, trong khi đó có tới 29,62% vẫn muốn duy trì.

Cùng với thái độ muốn bỏ cầu tiêu ao cá thì có tới 78,08% mong muốn xóa bỏ cầu tiêu trên sông vì cho rằng nó gây ô nhiễm môi trường, mất mỹ quan.

4.2.3. Thực hành của người dân về sử dụng nhà cầu



Biểu đồ 2: Thực hành của người dân sử dụng nhà cầu

Trong số 260 hộ gia đình, có 143 hộ sử dụng cầu cá (55%), nghĩa là quá nửa số hộ gia đình được điều tra làm nhà vệ sinh trên hầm nuôi cá tại gia đình và sử dụng phân tươi như một nguồn thức ăn cho cá, và vẫn còn 13 hộ (chiếm tỉ lệ 5%) đi ngoài thẳng ra sông, đưa số hộ sử dụng nhà tiêu không hợp vệ sinh lên 174/260 hộ (chiếm tỷ lệ 66,92%). Đây là vấn đề tiềm ẩn nguy cơ ô nhiễm môi trường sống và lây truyền các bệnh truyền nhiễm.

Bảng 2: Lý do sử dụng câu tiêu ao cá

Ý kiến	Hợp vệ sinh	Kín đáo	Thoáng mát, thoải mái	Thói quen	Kinh tế gia đình	Tăng thu nhập	Tổng cộng
Tần số	43	25	18	23	32	2	143
Tỷ lệ %	30,07	17,48	12,59	16,08	22,38	1,40	100,00

Có đến 30,07% cho rằng việc sử dụng câu cá là hợp vệ sinh vì đã có cá ăn; 17,48% cho rằng ao cá kín đáo, các chất thải không phát tán ra sông rạch được; 12,59% đi câu cá với lý do thoáng mát, thoải mái; 22,38% do thói quen; 22,38% do kinh tế gia đình khó khăn nên không có đủ tiền xây nhà câu hợp vệ sinh và chỉ có 1,4% sử dụng câu các nhằm tăng thu nhập.

4.3. Một số yếu tố liên quan đến kiến thức, thái độ thực hành đúng về sử dụng nhà vệ sinh của người dân.

Bảng 3: Kiến thức, thực hành đúng về sử dụng NCHVS theo nhóm tuổi

TT	Độ tuổi	Kiến thức đúng		Thực hành đúng	
		Tần số	Tỷ lệ (%)	Tần số	Tỷ lệ (%)
1	Từ 15 đến 19 tuổi	12	35,29	12	13,95
2	Từ 20 đến 29 tuổi	10	29,41	24	27,91
3	Từ 30 đến 39 tuổi	8	23,53	28	32,56
4	Từ 40 đến 49 tuổi	4	11,76	22	25,58
Tổng cộng		34	100,00	86	100,00

Trong số những người có kiến thức, thực hành đúng thì lứa tuổi 15-19 chỉ chiếm tỷ lệ tương ứng là 35,29% và 13,95%. Số người thực hành đúng ở độ tuổi từ 30 đến 39 tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất (32,56%).

Những người có trình độ học vấn trung học phổ thông trở lên thì có kiến thức và thực hành tốt, tuy nhiên nhóm này lại rất ít chỉ có <5% số đối tượng. Trong 6,15% đối tượng là người mù chữ thì có dưới 10% số hộ có thực hành tốt. Điều này sẽ là khó khăn lớn đối với người làm công tác truyền thông tại địa phương bởi khả năng thu nhận kiến thức của họ bị hạn chế và họ khó thay đổi hành vi của mình.

Bảng 4: Kiến thức, thực hành đúng về sử dụng NCHVS theo nghề nghiệp

TT	Độ tuổi	Kiến thức đúng		Thái độ thực hành đúng	
		Tần số	Tỷ lệ (%)	Tần số	Tỷ lệ (%)
1	Nông/lâm/ngư nghiệp	10	29,41	32	37,21
2	Công nhân	4	11,76	3	3,49
3	CB, viên chức nhà nước	5	14,71	4	4,65
4	Buôn bán, dịch vụ	7	20,59	7	8,14
5	Thất nghiệp	4	11,76	15	17,44
6	Làm mướn	3	8,82	21	24,42
7	Khác	1	2,94	4	4,65
Tổng cộng		34	100,00	86	100,00

Cán bộ, viên chức nhà nước có kiến thức đúng cao nhất 5/5 đối tượng khảo sát, tỷ lệ này thấp nhất ở nhóm đối tượng làm vườn. Thực hành đúng ở đối tượng Nông/lâm/ngư nghiệp tuy cao 37,21% nhưng so với nghề nghiệp của đối tượng khảo sát (biểu đồ 2) thì tỷ lệ ở đối tượng này thấp nhất ($32/132=24,24\%$)

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy tỷ lệ kiến thức và thực hành đúng ở người có mức thu nhập bình quân từ 3 đến 4 triệu đồng chiếm cao nhất (32,35% và 27,91%). Tỷ lệ này thấp nhất ở đối tượng có mức thu nhập dưới 1 triệu đồng (8,82%)

Hầu hết các hộ đều được tiếp cận thông tin về NCHVS từ nhiều nguồn khác nhau, chiếm đa số là tình nguyện viên sức khỏe và cán bộ y tế, đoàn thể.

5. Bàn luận

Tỷ lệ hộ dân sử dụng NCHVS đạt 33,08% là quá thấp. Tuy nhiên, so với báo cáo của Cục quản lý môi trường Y tế (Bộ Y tế), năm 2012 đã tăng 4,50% và tăng 24,92% so với nghiên cứu năm 2002 của tác giả Nguyễn Thị Kim Tiến, Huỳnh Thu Thủy, Lương Chấn Quang và CS là phù hợp.

Kiến thức đúng của người dân về NCHVS đạt 13,08%. Điều này cho thấy vẫn còn một khoảng trống khá lớn trong công tác truyền thông. Trong chiến dịch vận động dẹp bỏ cầu tiêu ao cá trước đây có thể nói việc trang bị kiến thức cũng như kỹ năng truyền thông cho đội ngũ TNV cũng như cán bộ ban ngành, đoàn thể xã, ấp chưa đáp ứng yêu cầu, thể hiện trong phỏng vấn cán bộ ban ngành, đoàn thể tham gia dự án NSVSMT ở 3 xã khảo sát, hầu như không người nào nêu được khái niệm nước sạch là gì và các bệnh nào liên quan đến nước sạch và nhà cầu. Điều quan trọng hơn là có trên 80% những người được phỏng vấn cũng không biết đầy đủ về tiêu chí nhà cầu hợp vệ sinh, qui cách xây dựng như thế nào, giá thành bao nhiêu.

Vậy nếu muốn xoá bỏ NCKHVS thì phải giải quyết đồng bộ ít nhất hai vấn đề cơ bản: kiểu nhà cầu thích hợp cho vùng đồng bằng sông nước và kỹ năng truyền thông giáo dục người dân liên quan đến NSVSMT. Và chỉ có thể xoá bỏ từ từ, theo sự phát triển kinh tế và năng lực của cán bộ trong từng thời điểm.

Thái độ đúng của người dân trong sử dụng nhà cầu chỉ đạt tỷ lệ 70,38%. Đáng lưu ý là có 29,62% người dân cho rằng không cần phải dẹp bỏ cầu tiêu ao cá.

Hành vi đúng của người dân chỉ đạt 33,08%. Mặt khác, hành vi sử dụng nhà cầu của người dân hiện tại khá đa dạng, có thể tóm tắt như sau:

- Nhà cầu bắc ra ngoài sông, rạch là một cái chòi khoảng 1m vuông, quây cao khoảng nửa mét đủ ngồi, bằng vật liệu như lá dừa nước, gỗ, tôn, người ta đi ngoài thẳng xuống sông. Nhà cầu kiểu này, theo người dân cho biết cách đây khoảng vài năm là khá phổ biến, đã được các chiến dịch vận động phá bỏ, chỉ còn lại rất ít nhưng vẫn tồn tại rải rác ở các địa phương. Theo kết quả khảo sát, số này chiếm 5%.

- Nhà cầu theo kiểu cầu tiêu ao cá là những nhà cầu theo kiểu nói trên nhưng không phải ở trên sông mà là bắc ngay trên những hầm nuôi cá của mỗi hộ gia đình, người dân đi ngoài thẳng xuống hầm cá (thường rộng khoảng 15 - 20 mét vuông). Đây loại nhà cầu này là phổ biến nhất ở các xã, chiếm đến 55%. Người dân sử dụng cầu tiêu ao cá như một nguồn cung cấp thức ăn cho cá nuôi.
- Nhà cầu tự hoại, loại này được thiết kế giống như chương trình NSVSMT cung cấp. Có thể là hỗ trợ từ nhiều nguồn khác hoặc tự chi trả toàn bộ. Ước tính loại này chiếm dưới 10%.
- Không có/không sử dụng nhà cầu, người ta có thể đi nhờ nhà hàng xóm, nhà bố mẹ, họ hàng gần nhà. Với trẻ em đi ngoài, hoặc người lớn vào ban đêm không tiện đi sang nhà hàng xóm người ta vứt xuống sông cạnh nhà. Số này chiếm 6,92%.

Thực tế cho thấy, con số nhà cầu tự hoại tăng chưa phải là chỉ số nói lên sự chuyển đổi hành vi người dân, phần lớn các gia đình có nhà cầu tự hoại nhưng luôn tồn tại song song một cầu tiêu ao cá, loại này có thể coi như nhà cầu truyền thống hiện nay.

Bên cạnh đó việc huy động sự tham gia của người dân cũng được coi như một nguyên tắc trong hoạt động, thí dụ như cùng đóng góp để hoàn thành mỗi công trình/mô hình, có thể là đóng góp bằng tiền, bằng công lao động để họ tự xác định được sự cần thiết, tầm quan trọng của việc họ làm và tự duy tu bảo dưỡng.

Các kết quả đạt được từ Chương trình NSVSMT đã được địa phương ghi nhận và đang có một môi trường tốt để tiếp tục phát triển và bền vững đó là: nhà nước cho người dân vay vốn áp dụng các mô hình xây dựng 3 công trình vệ sinh, nước sạch và bảo vệ môi trường sống thông qua ngân hàng chính sách hoặc qua các Chương trình NSVSMT, Chương trình quốc gia như 134, Chương trình 127.

Các yếu tố liên quan đến kiến thức, thái độ thực hành đúng cho thấy ở những người trẻ và tuổi trung niên, có học vấn bậc trung học cơ sở trở lên, cán bộ, viên chức nhà nước, có thu nhập khá là tiền đề để có kiến thức, thái độ, thực hành đúng, thể hiện ở nhóm đối tượng này chiếm tỷ lệ cao nhất.

Đối với nguồn cung cấp thông tin về NCHVS cho người dân chưa được tốt, thể hiện người dân chưa từng nghe chiếm 1,92%. Từ các thông tin thu thập được về hành vi người dân, so sánh với tài liệu truyền thông cho thấy, nội dung các tài liệu này không cung cấp thông tin về sử dụng các công trình vệ sinh, tác hại, hậu quả của việc sử dụng phân tươi đối với sức khỏe và sự lây lan bệnh tật trong cộng đồng. Các phỏng vấn cho thấy có một vài người biết nhưng họ vẫn sử dụng vì lợi ích là nguồn thức ăn cho cá. Từ đây có thể thấy việc tuyên truyền cho người dân về các vấn đề này là chưa đầy đủ, đúng cách.

6. Kết luận

Qua nghiên cứu tại 3 xã Vĩnh Hòa Phú (huyện Châu Thành), Vĩnh Bình Bắc (huyện Vĩnh Thuận), Vĩnh Hòa Hưng Bắc (huyện Gò Quao), cho thấy số hộ sử dụng NCHVS chỉ chiếm 33,08% là quá thấp.

Kiến thức, thái độ thực hành đúng của người dân trong sử dụng nhà cầu:

- Về kiến thức chỉ có 13,08% người dân hiểu đúng về NCHVS.
- Thái độ đúng của người dân trong xóa bỏ CTAC đạt 70,38%, đối với cầu tiêu trên sông đạt 78,08%.
- Hành vi đúng của người dân trong sử dụng NCHVS chỉ đạt 33,08%.

Các yếu tố liên quan đến kiến thức, thái độ thực hành đúng

- Theo độ tuổi: Kiến thức đúng tuổi 15-19 chiếm tỷ lệ cao nhất (85,71%). Thực hành đúng ở độ tuổi 30-39 tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất (32,56%).
- Theo trình độ học vấn: Trên trung học phổ thông có kiến thức và thái độ thực hành đúng 100%. Người mù chữ chiếm tỷ lệ có kiến thức và thái độ thực hành đúng thấp nhất.
- Theo nghề nghiệp: Cán bộ, viên chức nhà nước có kiến thức đúng 100% đối tượng khảo sát, tỷ lệ này thấp nhất ở nhóm đối tượng làm vườn (8,42%). Thực hành đúng ở đối tượng Nông/lâm/ngư nghiệp thấp nhất (24,24%).
- Theo thu nhập bình quân: Kiến thức và thái độ thực hành đúng ở người có mức thu nhập từ 3 đến 4 triệu đồng chiếm cao nhất (32,35% và 27,91%). Tỷ lệ này thấp nhất ở đối tượng có mức thu nhập dưới 1 triệu đồng (8,82%).
- Vẫn còn 1,92% hộ dân chưa được tiếp cận thông tin về NCHVS.

7. Kiến nghị

- *Đối với Chương trình NSVSMT:*
 - + Nhà cầu được thiết kế của chương trình NSVSMT phù hợp với khu vực, nên khuyến cáo lấy làm mô hình kỹ thuật để các hộ gia đình khác áp dụng.
- *Đối với công tác TT-GDSK:*
 - + Phát huy hiệu quả kênh truyền thông sẵn có, phối hợp thêm các hình thức truyền thông khác để thay đổi hành vi người dân.
 - + Dựa trên nền tảng sẵn có, xây dựng chiến lược truyền thông thay đổi hành vi về NSVSMT cho tỉnh, trong đó lưu ý: Các nội dung, thông điệp truyền thông phù hợp với các vấn đề hiện nay tại cộng đồng, đa dạng hóa tài liệu truyền thông, phối hợp/lồng ghép nhiều kênh truyền thông, không nên chỉ sử dụng một hình thức thăm hộ gia đình.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bách khoa toàn thư mở Wikipedia (2013) - Nhà vệ sinh, Nông thôn Việt nam.
2. Bộ Y tế, Quyết định 08/2005/QĐ-BYT ngày 11/3/2005 của Bộ Y tế về việc ban hành tiêu chuẩn vệ sinh đối với các loại nhà tiêu.
3. Chương trình mục tiêu quốc gia Nước sạch và Vệ sinh môi trường nông thôn (Giai đoạn 2006 - 2010), tr: 4- 6.
4. Cục Quản lý Môi trường Y tế (2012); Báo cáo Kết quả thực hiện công tác năm 2012 và kế hoạch năm 2013, tr: 25, 26.
5. Thủ tướng chính phủ, Quyết định số 99/2002/QĐ-TTg ngày 23/7/2002 của Thủ tướng Chính phủ về việc thành lập ban chủ nhiệm chương trình mục tiêu quốc gia nước sạch và vệ sinh môi trường nông thôn.
6. Lê Anh Tuấn (2005), Nhà vệ sinh nông thôn ở Việt Nam - hiện trạng và vấn đề tr: 1-11.
7. Lê Đại Trí, Trung tâm Nghiên cứu và Hỗ trợ sức khỏe Công đồng (2010), Cầu tiêu ao cá: có thể đẹp bỏ. tr: 1-3
8. Nguyễn Thị Kim Tiến, Huỳnh Thu Thủy, Lương Chấn Quang và CS (2002), Thực trạng về xử lý phân, rác thải ở người và gia súc tại 3 tỉnh Tiền Giang, Đồng Tháp, Kiên Giang, tr: 1.
9. Trung tâm TT-GDSK Kiên Giang, Báo cáo dự án nâng cao năng lực chăm sóc sức khỏe và cải thiện điều kiện sống cho hộ nghèo ở các xã khó khăn (2007-2013), tr: 10-12.
10. Trung tâm Y tế Dự phòng tỉnh Kiên Giang (2012); Báo cáo tổng kết công tác Y tế dự phòng, tr: 9, 20.

THỰC TRẠNG KIẾN THỨC, HÀNH VI CỦA NGƯỜI DÂN VỀ PHÒNG BỆNH TAY CHÂN MIỆNG TRÊN ĐỊA BÀN TỈNH KON TUM NĂM 2012

*Y Dêch Buôn-yă và cộng sự
Trung tâm truyền thông GDSK Kon Tum*

Tóm tắt nghiên cứu

Nghiên cứu được tiến hành trên 381 đối tượng là phụ nữ đang sống tại 36 thôn thuộc 18 xã của 09 huyện/thành phố trên địa bàn tỉnh Kon Tum với mục đích nhằm đánh giá thực trạng hiểu biết của người dân về dịch bệnh tay chân miệng (TCM) tại tỉnh Kon Tum và xác định các yếu tố liên quan. Kết quả nghiên cứu cho thấy 84,78% người được phỏng vấn đã từng nghe nói về bệnh TCM và cho rằng bệnh TCM là bệnh rất nguy hiểm; 4,99% người được phỏng vấn biết bệnh TCM có thể phòng ngừa được; 24,93% người được phỏng vấn trả lời bệnh TCM lây qua đường tiêu hóa; 41,73% người được phỏng vấn trả lời biểu hiện của bệnh TCM là sốt kèm theo xuất hiện các nốt phỏng nước ở miệng, 39,63% trả lời là sốt kèm theo xuất hiện các nốt phỏng nước ở lòng bàn tay, 35,17% trả lời là sốt kèm theo xuất hiện các nốt phỏng nước ở lòng bàn chân...; Trong thực hành phòng ngừa bệnh TCM: 49,87% người được phỏng vấn thường xuyên rửa tay bằng xà phòng, 34,65% thường xuyên tắm rửa, thay quần áo cho trẻ, 15,22% thường xuyên lau nền nhà, 11,29% thường xuyên lau hoặc rửa sạch các đồ chơi, vật dụng của trẻ... Kết quả nghiên cứu còn cho thấy, kiến thức, thái độ và thực hành của đối tượng không phụ thuộc vào trình độ học vấn.

1. Đặt vấn đề

Bệnh tay chân miệng là bệnh truyền nhiễm lây từ người sang người, dễ gây thành dịch do vi rút đường ruột gây ra. Hai nhóm tác nhân gây bệnh thường gặp là Coxsackievirus A16 và Enterovirus 71 (EV71). Biểu hiện chính là tổn thương da, niêm mạc dưới dạng phỏng nước ở các vị trí đặc biệt như niêm mạc miệng, lòng bàn tay, lòng bàn chân, mông, gối. Bệnh có thể gây nhiều biến chứng nguy hiểm như viêm não - màng não, viêm cơ tim, phù phổi cấp dẫn đến tử vong nếu không được phát hiện sớm và xử trí kịp thời. Các trường hợp biến chứng nặng thường do EV71. Bệnh lây chủ yếu theo đường tiêu hoá. Nguồn lây chính từ nước bọt, phỏng nước và phân của trẻ nhiễm bệnh. Bệnh TCM gặp rải rác quanh năm ở hầu hết các địa phương. Ở các tỉnh phía Nam, bệnh có xu hướng tăng cao vào hai thời điểm từ tháng 3 đến tháng 5 và từ tháng 9 đến tháng 12 hàng năm. Bệnh có thể gặp ở mọi lứa tuổi nhưng thường gặp ở trẻ dưới 5 tuổi, đặc biệt tập trung ở nhóm dưới 3 tuổi. Các yếu tố sinh hoạt tập thể như trẻ đi học tại nhà trẻ, mẫu giáo, đến các nơi trẻ chơi tập trung là các yếu tố nguy cơ lây truyền bệnh, đặc biệt là trong các đợt bùng phát.

Năm 2011, ở Kon Tum, số trường hợp mắc tay chân miệng là 981, số tử vong là 01. Năm 2012, số trường hợp mắc là 894, không có ca tử vong.

Để tìm hiểu kiến thức, thực hành của người dân về phòng bệnh TCM và các yếu tố liên quan, chúng tôi thực hiện đề tài “*Thực trạng kiến thức, thực hành của người dân về phòng bệnh tay chân miệng của tỉnh Kon Tum năm 2012*”.

2. Mục tiêu nghiên cứu

1. Đánh giá thực trạng hiểu biết của người dân tỉnh Kon Tum về dịch bệnh TCM
2. Xác định các yếu tố liên quan đến kiến thức, thực hành phòng chống bệnh TCM của người dân tỉnh Kon Tum.

3. Phương pháp nghiên cứu

3.1. Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang

3.2. Đối tượng nghiên cứu: Phụ nữ độ tuổi từ 18 đến 30 sống tại tỉnh Kon Tum.

3.3. Phương pháp chọn mẫu

Chọn đủ 9/9 huyện, thành phố trong tỉnh. Mỗi huyện/thành phố chọn ngẫu nhiên 02 xã/phường/thị trấn (thỏa mãn điều kiện 01 xã xa trung tâm huyện, 01 xã gần trung tâm huyện), mỗi xã/phường/thị trấn chọn ngẫu nhiên 02 thôn (thỏa mãn điều kiện 01 thôn xa trung tâm xã, 01 xã gần trung tâm xã). Lập danh sách phụ nữ độ tuổi 18-30 ở thôn đã được chọn và tiến hành chọn ngẫu nhiên 11 hộ gia đình đáp ứng tiêu chí về đối tượng nghiên cứu trên. Mỗi hộ gia đình chỉ được phỏng vấn 01 người. Tổng cộng có 381 đối tượng được phỏng vấn.

3.4. Phương pháp xử lý số liệu

Số liệu được thu thập và xử lý bằng phần mềm EpiData 3.1, EpiDataAnalysis V2.2.0.169, Microsoft Office Excel 2007.

4. Kết quả nghiên cứu và bàn luận

4.1. Thông tin chung về đối tượng nghiên cứu

Trình độ học vấn của đối tượng nghiên cứu phổ biến nhất là trung học cơ sở với 36,22%; tiểu học đứng thứ hai với 24,67%, phổ thông trung học đứng thứ 3 với 22,05%, không biết chữ chiếm tỷ lệ thấp nhất là 17,06%. Tuy tỷ lệ đối tượng không biết chữ thấp nhất nhưng đây là tỷ lệ cao.

4.2. Kiến thức, thực hành về phòng chống bệnh TCM

Khi được hỏi về việc tiếp nhận thông tin với bệnh TCM, có 84,8%, đối tượng đã nghe về bệnh CTM và 84,8% cho rằng bệnh TCM nguy hiểm.

Hiểu biết về khả năng phòng ngừa bệnh TCM: chỉ có 5% cho rằng bệnh TCM có khả năng phòng ngừa được, 68,6% trả lời không biết và 26,8% cho rằng bệnh không có khả năng phòng ngừa.

Bảng 1: Hiểu biết về đường lây của bệnh TCM

Đường lây bệnh TCM	Tần số (n=381)	Tỷ lệ (%)
Lây qua đường tiêu hóa	95	24,93
Lây qua tiếp xúc trực tiếp	43	11,29
Lây qua đường hô hấp	49	12,86
Không biết	194	50,91

Tỷ lệ đối tượng không biết về đường lây bệnh TCM khá cao (50,91%), chỉ có 24,93% hiểu biết đúng về đường lây bệnh TCM.

Bảng 2: Hiểu biết về dấu hiệu của bệnh TCM

Dấu hiệu của bệnh TCM	Tần số (n=381)	Tỷ lệ (%)
Sốt	73	19,16
Sốt và phỏng nước	67	17,59
Sốt và phỏng nước ở miệng	159	41,73
Sốt và phỏng nước ở lòng bàn tay	151	39,63
Sốt và phỏng nước ở lòng bàn chân	134	35,17
Sốt và phỏng nước ở gối, mông	10	2,62
Không biết	160	41,99

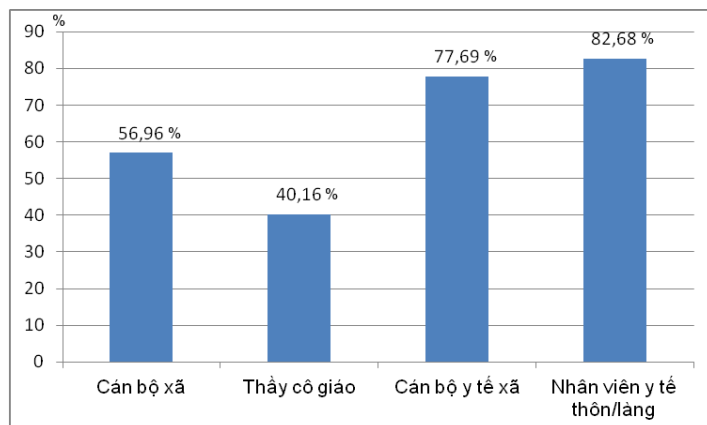
Gần một nửa đối tượng (41,99%) không biết dấu hiệu của bệnh TCM. Tỷ lệ nhận biết dấu hiệu sốt và phỏng nước ở miệng cao nhất (41,73%), nhận biết dấu hiệu sốt và phỏng nước ở gối, mông thấp nhất (2,62%).

Bảng 3: Thực hành các biện pháp phòng ngừa bệnh TCM

Thực hành phòng bệnh TCM	Tần số (n=381)	Tỷ lệ (%)
Thường xuyên rửa tay với xà phòng	190	49,87
Thường xuyên tắm rửa, thay quần áo	132	34,65
Thường xuyên lau sàn nhà	58	15,22
Thường xuyên rửa sạch đồ chơi của trẻ	43	11,29
Đi cầu vào nhà tiêu	11	2,89
Không khạc nhổ bừa bãi...	1	0,26
Cách ly trẻ bị bệnh, đến cơ sở y tế...	18	4,72
Không biết	140	36,75

Thường xuyên rửa tay bằng xà phòng là biện pháp phòng bệnh được các đối tượng nhắc đến nhiều nhất (49,87%), tiếp theo là: thường xuyên tắm rửa, thay quần áo cho trẻ (34,65%); thường xuyên lau sàn nhà (15,22%); thường xuyên làm sạch đồ chơi của trẻ (11,29%). Số người không biết, không thực hành các biện pháp phòng bệnh vẫn còn cao (36,75%).

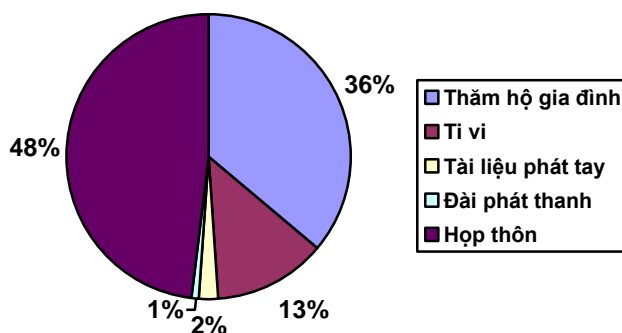
4.3. Lực lượng tham gia tuyên truyền phòng chống dịch bệnh TCM tại cộng đồng



Biểu đồ 1: Lực lượng tuyên truyền phòng chống bệnh TCM

Có nhiều thành phần tham gia vào công tác tuyên truyền, phòng chống dịch bệnh TCM tại cộng đồng, trong đó NVYT thôn/làng chiếm tỷ lệ cao nhất (82,68%) và thấp nhất là đội ngũ thầy cô giáo (40,16%). Kết quả nghiên cứu phù hợp với thực tế hiện nay công tác truyền thông phòng chống dịch bệnh cho dân vùng nông thôn, vùng sâu vùng xa chủ yếu do nhân viên y tế thôn làng và cán bộ y tế xã thực hiện. Các lực lượng khác có tham gia nhưng không đáng kể.

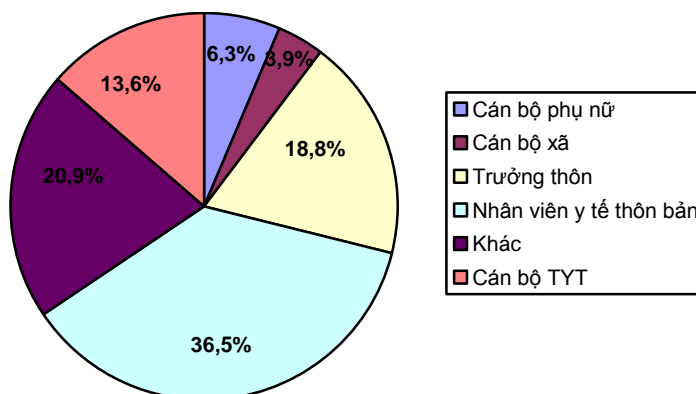
4.4. Sự lựa chọn của người dân về hình thức truyền thông và cán bộ truyền thông



Biểu đồ 2: Hình thức truyền thông ưa thích

Truyền thông trực tiếp là hình thức được đối tượng phỏng vấn lựa chọn nhiều nhất (84%), trong đó 48% thích họp thôn/truyền thông nhóm; 36% thích cán bộ đến thăm hộ gia đình. Như vậy, truyền thông trực tiếp là hình thức truyền thông được người dân lựa chọn nhất. Hình thức truyền thông gián tiếp, cụ thể qua chương trình phát sóng trên ti-vi chiếm 13%. Việc được nghe tuyên truyền qua đài phát thanh, qua tờ rơi, tờ gấp... gần như không được người dân quan tâm (chỉ có 1% đối tượng được phỏng vấn thích nghe

tuyên truyền qua đài phát thanh và 2% đối tượng được phỏng vấn thích xem thông tin tuyên truyền trên các loại tờ rơi, tờ gấp...).



Biểu đồ 3: Cán bộ truyền thông ưa thích

Tỷ lệ người dân ưa thích cán bộ truyền thông là: NVYT thôn/làng (36,5%), trường thôn (18,8%), cán bộ TYT (13,6%). Như vậy cán bộ truyền thông được người dân ưa thích nhất vẫn là người địa phương, trong đó, tỷ lệ NVYT thôn làng là cao nhất.

5. Kết luận

- Kiến thức, thái độ, thực hành của người dân về phòng bệnh TCM ở mức dưới trung bình: 5% đối tượng biết bệnh TCM có thể phòng ngừa được; 24,9% biết bệnh TCM lây qua đường tiêu hóa; 38,8% biết các dấu hiệu chính của bệnh TCM; 49,9% thường xuyên rửa tay bằng xà phòng, 34,7% thường xuyên tắm rửa, thay quần áo cho trẻ...). Người dân được nghe nói về bệnh TCM thì nhiều (84,78%) nhưng hiểu biết về bệnh TCM, thực hành đúng các biện pháp phòng bệnh TCM thì thấp.
- Thành phần tham gia vào công tác tuyên truyền phòng chống bệnh TCM trong thời gian qua chủ yếu là lực lượng NVYT thôn làng (82,68%).
- Hình thức truyền thông trực tiếp (truyền thông nhóm, thăm hộ gia đình) là hình thức truyền thông được người dân ưa thích nhất (chiếm 84%).
- 37% người dân thích được truyền thông qua đội ngũ NVYT thôn bản.

6. Khuyến nghị

- Các cấp chính quyền và ngành Y tế cần quan tâm đầu tư hơn nữa việc nâng cao chất lượng và hiệu quả hoạt động của lực lượng NVYT thôn làng và đội ngũ CBYT xã, đặc biệt triển khai tập huấn cho lực lượng này khi nguy cơ có dịch bệnh nguy hiểm, dịch bệnh mới nổi xảy ra với cộng đồng để khắc phục những hạn chế về công tác truyền thông thay đổi hành vi trong công tác phòng chống dịch bệnh mới nổi nói riêng và công tác truyền thông giáo dục sức khỏe nói chung.
- Đối với Trung tâm Truyền thông GDSK tỉnh Kon Tum và các cơ quan, đơn vị tham gia

làm công tác truyền thông:

- + Ưu tiên truyền thông trực tiếp, thường xuyên đổi mới trong quá trình thực hiện.
- + Kết hợp thực hiện các hình thức truyền thông gián tiếp như truyền thông qua tivi, đài phát thanh.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế, *Hướng dẫn chẩn đoán, điều trị bệnh tay chân miệng, Ban hành kèm theo Quyết định số 2554/QĐ-BYT ngày 19/7/2011.*
2. Y Đức, Trần Văn Minh, Trần Thanh Hiền, Huỳnh Thanh Tuyên, Lương Văn Minh, *Tình hình mắc bệnh tay chân miệng tại tỉnh Kon Tum năm 2011-2012.*
3. Nguyễn Thị Diệu Hiền, *Khảo sát kiến thức, thái độ và hành vi của cán bộ truyền thông tỉnh Đồng Tháp về bệnh tay chân miệng năm 2011- 2012.*

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ PHÒNG CHỐNG SỐT XUẤT HUYẾT DENGUE Ở NGƯỜI DÂN HUYỆN THỦ THỪA, TỈNH LONG AN, NĂM 2012

*Huỳnh Hữu Dũng
Trung tâm Truyền thông GDSK Long An*

Tóm tắt nghiên cứu

Nghiên cứu tiến hành từ tháng 7/2012 đến tháng 3/2013 tại 04 xã của huyện Thủ Thừa, Long An với 2 xã thuộc nhóm can thiệp và 2 xã thuộc nhóm chứng. Kết quả như sau: Kiến thức đúng về phòng, chống sốt xuất huyết Dengue của nhóm can thiệp trước can thiệp là 58%, sau can thiệp là 77%; của nhóm chứng trước can thiệp là 58,2%, sau can thiệp là 60,5%. Thái độ đúng về phòng, chống sốt xuất huyết Dengue của nhóm can thiệp trước can thiệp là 79,2%, sau can thiệp là 93,3%; của nhóm chứng trước can thiệp là 86,5%, sau can thiệp là 89%. Thực hành đúng về phòng, chống sốt xuất huyết Dengue của nhóm can thiệp trước can thiệp là 54,5%, sau can thiệp là 74%; của nhóm chứng trước can thiệp là 57,3%, sau can thiệp là 58,3%. Chỉ số Breteau của nhóm can thiệp trước can thiệp là 98, sau can thiệp là 44; của nhóm chứng trước can thiệp là 86, sau can thiệp là 68. Mật độ muỗi của nhóm can thiệp trước can thiệp là 1,6 con/nhà, sau can thiệp là 0,8 con/nhà; của nhóm chứng trước can thiệp là 1,8 con/nhà, sau can thiệp là 1,1 con/nhà. Yếu tố liên quan đến thái độ là trình độ học vấn, yếu tố liên quan đến thực hành là kinh tế gia đình. Hiệu quả can thiệp từ 11,1% đến 34,9%

1. Đặt vấn đề

Sốt xuất huyết Dengue (SXHD) là bệnh nguy hiểm, chiếm tỷ lệ cao nhất trong các bệnh truyền nhiễm lây truyền do vector. Hiện nay bệnh SXHD vẫn chưa có vaccin phòng bệnh và chưa có thuốc điều trị đặc hiệu, việc điều trị SXHD chỉ đơn thuần là điều trị triệu chứng và chăm sóc y tế tốt. Do đó chỉ có thể làm giảm mắc bệnh bằng cách phòng chống vector truyền bệnh mà chủ yếu là diệt muỗi, diệt lăng quăng.

Việt Nam đứng đầu trong số các nước trong khu vực về tỷ lệ mắc SXHD. Huyện Thủ Thừa nằm ở phía Bắc của tỉnh Long An, từ năm 2005 đến nay, tình hình mắc SXHD gia tăng... Do nhận thức được SXHD là vấn đề sức khỏe, ngành y tế huyện Thủ Thừa cũng đã cố gắng trong việc vận động tuyên truyền người dân tham gia các chiến dịch truyền thông, hướng dẫn thông qua nhiều kênh truyền thông khác nhau để nâng cao kiến thức, thái độ, thực hành của người dân nhằm giúp người dân tự bảo vệ mình, gia đình và cộng đồng phòng tránh bệnh SXHD.

Tuy nhiên, cho đến nay chưa có một đánh giá nào về kiến thức, thái độ, thực hành và các chỉ số côn trùng về phòng, chống sốt xuất huyết tại địa phương này. Chính vì vậy, chúng tôi tiến hành “*Đánh giá kết quả can thiệp phòng, chống sốt xuất huyết Dengue ở người dân huyện Thủ Thừa, tỉnh Long An năm 2012*”.

2. Mục tiêu nghiên cứu

1. Xác định tỉ lệ người dân có kiến thức, thái độ, thực hành đúng về phòng chống

chống SXHD trước và sau can thiệp tại huyện Thủ Thừa, tỉnh Long An.

2. Đánh giá các chỉ số côn trùng gây bệnh SXHD trước và sau can thiệp.

3. Phương pháp nghiên cứu

3.1. *Thiết kế nghiên cứu:* Nghiên cứu can thiệp cộng đồng có đối chứng.

3.2. *Thời gian và địa điểm nghiên cứu*

- Thời gian: Từ tháng 7/2012 đến tháng 3/2013
- Địa điểm: 4 xã của huyện Thủ Thừa, tỉnh Long An.

3.3. *Đối tượng nghiên cứu*

- Người dân ≥ 18 tuổi đang sinh sống tại huyện Thủ Thừa, tỉnh Long An.
- Dụng cụ chứa nước, chăn, màn, quần áo treo trong gia đình.

3.4. *Chọn mẫu*

- Cỡ mẫu: Tính theo công thức so sánh 2 tỉ lệ. Có 600 hộ gia đình can thiệp và 600 hộ gia đình nhóm đối chứng.
- Phương pháp chọn mẫu: Kỹ thuật chọn mẫu nhiều giai đoạn với đơn vị mẫu là hộ gia đình và áp dụng phân bố ngẫu nhiên cho hai nhóm can thiệp và đối chứng.

3.5. *Xử lý và phân tích số liệu:*

Nhập số liệu và phân tích bằng phần mềm STATA 11.0.

4. Kết quả nghiên cứu

4.1. *Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu*

Bảng 1: Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm		Nhóm can thiệp		Nhóm chứng	
		Tần số (n)	Tỷ lệ (%)	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Giới	Nam	226	37,7	246	41
	Nữ	374	62,3	354	59
Tuổi	<40	321	53,5	299	49,8
	≥ 40	279	46,5	301	50,2
Học vấn	\leq Tiểu học	104	17,3	118	19,7
	>Tiểu học	496	82,7	482	80,3
Kinh tế	Nghèo	56	9,4	52	8,7
	Không	544	90,6	548	91,3
Nghề nghiệp	Làm ruộng	461	76,8	476	79,3
	Khác	139	23,2	124	20,7

Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu như giới tính, tuổi, học vấn, nghề nghiệp, kinh tế giữa hai nhóm can thiệp và nhóm chứng khá tương đồng nhau.

4.2. *Mối liên quan và hiệu quả can thiệp phòng, chống sốt xuất huyết Dengue trước can thiệp và sau can thiệp*

Bảng 2: Kiến thức phòng, chống SXHD mức đạt

Thời gian	Nhóm can thiệp		Nhóm chứng		p
	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)	
Trước	348	58	349	58,2	p<0,05
Sau	462	77	363	60,5	

Tỷ lệ đối tượng có kiến thức ở mức đạt về phòng chống SXHD sau can thiệp ở nhóm can thiệp (77%) cao hơn nhóm không can thiệp (60,5%) có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Ở nhóm can thiệp, tỷ lệ kiến thức đúng về phòng chống SXHD trước can thiệp là 58%, sau can thiệp là 77%. Ở nhóm chứng, tỷ lệ kiến thức đúng lần đầu là 58,5%, lần sau là 60,5%. Chỉ số hiệu quả nhóm can thiệp 32,7%, nhóm chứng là 3,9% và hiệu quả can thiệp trước và sau ở nhóm can thiệp so với nhóm chứng là 28,8%

Bảng 3: Thái độ về phòng, chống SXHD mức đạt

Thời gian	Nhóm can thiệp		Nhóm chứng		p
	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)	
Trước	475	79,2	519	86,5	p<0,05
Sau	560	93,3	534	89	

Tỷ lệ đối tượng có thái độ về phòng chống SXHD ở mức đạt sau can thiệp ở nhóm can thiệp (93,3%) cao hơn nhóm không can thiệp (89%) có ý nghĩa thống kê, $p < 0,05$.

Ở nhóm can thiệp, tỷ lệ thái độ đúng về phòng chống SXHD trước can thiệp là 79,2%, sau can thiệp là 93,3%. Ở nhóm chứng, tỷ lệ thái độ đúng được đánh giá lần đầu là 86,5%, lần sau là 89%. Chỉ số hiệu quả nhóm can thiệp 23,1%, nhóm chứng là 1,5% và hiệu quả can thiệp trước và sau ở nhóm can thiệp so với nhóm chứng là 19,3%

Bảng 4: Thực hành về phòng, chống SXHD mức đạt

Thời gian	Nhóm can thiệp		Nhóm chứng		p
	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)	
Trước	327	54,5	344	57,3	p<0,05
Sau	444	74	350	58,3	

Tỷ lệ đối tượng thực hành đúng về phòng, chống SXHD ở mức đạt sau can thiệp ở nhóm can thiệp (74%) cao hơn nhóm không can thiệp (58,3%) có ý nghĩa thống kê, $p < 0,05$.

Ở nhóm can thiệp, thực hành đúng về phòng chống SXHD trước can thiệp là 54,5%, sau can thiệp là 74%. Ở nhóm chứng được đánh giá lần đầu là 57,3% lần sau là 58,3%. Chỉ số hiệu quả nhóm can thiệp 23,1% nhóm chứng là 1,5% và hiệu quả can thiệp trước và sau ở nhóm can thiệp so với nhóm chứng là 19,3%.

4.3. Chỉ số côn trùng trước và sau can thiệp

Hiệu quả can thiệp đến thay đổi các chỉ số muỗi

Ở nhóm can thiệp, chỉ số mật độ muỗi trước can thiệp là 1,6 con/nhà, sau can thiệp là 0,8 con/nhà. Ở nhóm chứng, trước can thiệp là 1,8 con/nhà, sau can thiệp là 1,1 con/nhà. Hiệu quả can thiệp mật độ muỗi là 11,1%.

Hiệu quả can thiệp đến thay đổi các chỉ số lăng quăng

Ở nhóm can thiệp, chỉ số Breteau trước can thiệp là 98%, sau can thiệp là 44%, ở nhóm chứng trước can thiệp là 86% sau can thiệp là 68%. Chỉ số hiệu quả can thiệp: nhóm can thiệp là 55,1%, nhóm chứng là 20,9%; Hiệu quả can thiệp 34,17%.

5. Bàn luận

5.1. Kiến thức, thái độ, thực hành trước và sau can thiệp

- Tỷ lệ kiến thức đúng về phòng chống SXHD ở nhóm can thiệp tăng từ 58% lên 77% sau can thiệp, sự khác biệt về kiến thức đúng giữa nhóm can thiệp và nhóm chứng có ý nghĩa thống kê, $p < 0,05$. Kết quả của Nguyễn Công Cừu trước can thiệp là 4,4% lên 20,4% sau can thiệp; Nguyễn Phương Nga trước can thiệp là 31,1% sau can thiệp là 61,7% thấp hơn hẳn so với kết quả của chúng tôi. So với nghiên cứu của tác giả Lê Thị Thanh Hương, trước can thiệp 50% lên 90% sau can thiệp cao hơn hẳn so với kết quả này.
- Tỷ lệ thái độ đúng chung về phòng chống SXHD ở nhóm can thiệp tăng từ 79,2% lên 93,3%, sự khác biệt về thái độ đúng giữa nhóm can thiệp và nhóm chứng có ý nghĩa thống kê, $p < 0,05$. Kết quả của tác giả Nguyễn Công Cừu trước can thiệp là 8% lên 22,2%, Lê Thị Thanh Hương trước và sau can thiệp là như nhau (58%).
- Tỷ lệ thực hành đúng về phòng chống SXHD ở nhóm can thiệp tăng từ 54,5% lên 74%, sự khác biệt về thực hành đúng giữa nhóm can thiệp và nhóm chứng có ý nghĩa thống kê, $p < 0,05$. Kết quả của tác giả Nguyễn Công Cừu trước can thiệp là 4,4% lên 13,8%, Lê Thị Thanh Hương trước can thiệp là 26% lên 53,3%.

5.2. Các yếu tố liên quan giữa kiến thức, thái độ, thực hành với các đặc tính của đối tượng

- Không có liên quan giữa kiến thức với các yếu tố giới, tuổi, nghề nghiệp. Kết quả này phù hợp với nghiên cứu của tác giả Lê Thành Tài, Nguyễn Công Cừu.
- Nghiên cứu tìm thấy liên qua giữa thái độ và học vấn, còn các yếu tố giới, kinh tế, tuổi, nghề nghiệp không có liên quan, phù hợp với kết quả nghiên cứu của tác giả Lê Thành Tài, Nguyễn Công Cừu.
- Có mối liên qua giữa kinh tế và thực hành, còn các yếu tố như: giới, tuổi, học vấn, nghề nghiệp của đối tượng nghiên cứu chưa tìm thấy sự liên quan có ý nghĩa thống kê với thực hành đúng về phòng, chống bệnh sốt xuất huyết, phù hợp với kết quả nghiên cứu với kết quả của tác giả Lê Thành Tài, Nguyễn Công Cừu.

5.3. Hiệu quả can thiệp kiến thức, thái độ, thực hành trước và sau ở nhóm can thiệp so với nhóm không can thiệp

- Chỉ số hiệu quả can thiệp về kiến thức, thái độ, thực hành tương ứng là 28,8%, 14,9%, 34,1%. Thấp hơn nghiên cứu của tác giả Nguyễn Công Cừu.
- Chỉ số hiệu quả can thiệp chỉ số Breteau, mật độ muỗi tương ứng là 34,2%; 11,1%. Thấp hơn nghiên cứu của tác giả khác như Espinoza Gomez, Mêxicô 73,1%.

6. Kết luận

- *Kiến thức, thái độ, thực hành phòng chống SXHD*
 - + Kiến thức đúng về phòng chống SXHD ở nhóm can thiệp trước can thiệp và sau can thiệp là (58% - 77%); của nhóm chứng là (58,2% - 60,5%).
 - + Thái độ đúng ở nhóm can thiệp trước-sau can thiệp là (79,2% - 93,3%); của nhóm chứng trước và sau can thiệp là (86,5% - 89%).
 - + Thực hành đúng là (54,5% - 74%); của nhóm chứng là (57,3% - 58,3%). Tỷ lệ đối tượng có kiến thức, thái độ, thực hành đúng về phòng chống SXHD sau can thiệp ở nhóm can thiệp lớn hơn nhóm chứng có ý nghĩa thống kê.
- *Yếu tố liên quan đến kiến thức, thái độ, thực hành về phòng chống SXHD*
 - + Học vấn liên quan đến thái độ có ý nghĩa thống kê
 - + Kinh tế liên quan đến thực hành có ý nghĩa thống kê.
- *Hiệu quả can thiệp kiến thức, thái độ, thực hành trước và sau ở nhóm can thiệp so với nhóm không can thiệp*
 - + Hiệu quả can thiệp tăng từ 11,1% đến 34,1%.
 - + Hiệu quả can thiệp của kiến thức là 28,8%, thái độ là 14,9%, thực hành là 34,1%, chỉ số Breteau là 34,2%, mật độ muỗi là 11,1%

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Công Cừu (2013), *Nghiên cứu kiến thức, thái độ, thực hành về phòng chống sốt xuất huyết Dengue của người dân huyện Thanh Bình, Đồng Tháp trước và sau can thiệp năm 2011*, Tạp chí Y học thực hành (859), số 2/2013. Tr 125-129.
2. Lê Thị Thanh Hương, Nguyễn Công Cừu, Đoàn Văn Phi, Trần Văn Hai (2007), *Kiến thức, thái độ, thực hành về phòng chống SXH tại xã Bình Thành, Thanh Bình, Tỉnh Đồng Tháp*. Tạp chí Y tế Công cộng, 12/2007 số 9 (9), tr 24 – 30.
3. Lê Thành Tài, Nguyễn Thị Kim Yên (2008), *Kiến thức, thái độ, thực hành và một số yếu tố liên quan đến phòng chống sốt xuất huyết Dengue của người dân xã Mỹ Khánh huyện Phong Điền Thành phố Cần thơ năm 2007*. Tạp chí Y Học TP. Hồ Chí Minh tập 12 số 04/200; tr 45 – 49.
4. Lê Thành Tài, Trần Văn Hai (2008), *Kiến thức, thái độ, thực hành về phòng chống sốt xuất huyết Dengue của người dân xã Bình Thành Huyện Thanh Bình Tỉnh Đồng Tháp năm 2006*. Tạp chí Y Học TP. Hồ Chí Minh tập 12 số 04/2008, tr 39 – 44.
5. Kara K. Ballenger-Browning và John P. Elder (2009), *Các biện pháp can thiệp đa phương làm giảm mật độ muỗi Aedes Aegypti và công tác phòng chống bệnh sốt xuất huyết*. [Volume 14, Issue 12](#), pages 1542–1551, December 2009.

MÔ TẢ KIẾN THỨC, THÁI ĐỘ VÀ THỰC HÀNH SỬ DỤNG BAO CAO SU TRONG KẾ HOẠCH HÓA GIA ĐÌNH CỦA NAM GIỚI CÓ VỢ TẠI XÃ THƯỢNG KIỆM, HUYỆN KIM SƠN, TỈNH NINH BÌNH NĂM 2013

BSCKII. Phạm Ngọc Cương
Trung tâm truyền thông GDSK Ninh Bình

Tóm tắt nghiên cứu

Việt Nam là một nước đông dân và dân số vẫn tiếp tục tăng nhanh vì vậy cần phải thực hiện các biện pháp kế hoạch hóa gia đình (KHHGĐ) nhằm hạn chế mức gia tăng trên. Có rất nhiều biện pháp KHHGĐ, tuy nhiên chủ yếu là các biện pháp dùng cho nữ giới như đặt dụng cụ tử cung, đình sản, uống thuốc tránh thai và cả sử dụng bao cao su (BCS), nhưng vai trò của nam giới trong việc sử dụng BCS còn mờ nhạt. Để đánh giá đúng hơn về nguyên nhân dẫn đến việc nam giới chưa thực hiện tốt vai trò của mình chúng tôi đã tiến hành đề tài nghiên cứu “*Mô tả kiến thức, thái độ và thực hành sử dụng bao cao su trong kế hoạch hoá gia đình của nam giới có vợ tại xã Thượng Kiệt, huyện Kim Sơn, tỉnh Ninh Bình năm 2013*”. Kết quả cho thấy 97% đối tượng nghiên cứu (ĐTNC) biết đến biện pháp BCS và trong số đó có 85,5% cho rằng BCS có tác dụng tránh thai, chỉ 72,5% cho rằng BCS có tác dụng phòng chống lây nhiễm bệnh qua đường tình dục. Nguồn cung cấp thông tin chủ yếu là y tế thôn bản (YTTB) và cộng tác viên dân số. Có tới 94% ĐTNC đồng ý sử dụng BCS, lý do một số đối tượng không đồng ý sử dụng là do khác biệt về văn hóa/phong tục tập quán. Trong khi kiến thức và thái độ sử dụng BCS của ĐTNC cao thì thực hành của họ lại rất thấp 17,5%, lý do được đưa ra là do người vợ đã sử dụng các biện pháp tránh thai khác như đặt dụng cụ tử cung, uống thuốc... rào cản về tiếp cận với dịch vụ cung cấp BCS thì ít được nhắc đến, tuy nhiên nam giới vẫn rất ít khi mua BCS do họ ngại gặp người quen (67,2%) hoặc người bán hàng khác giới (51,4%). Đặc biệt chỉ có 14% ĐTNC có trao đổi thông tin về KHHGĐ nhiều hơn 3 lần trong 6 tháng, đây là một tỷ lệ rất thấp đánh giá vai trò của nam giới.

1. Đặt vấn đề

Dân số thế giới vượt quá con số 7 tỷ người vào năm 2011 và hàng năm vẫn tiếp tục tăng khoảng 77 triệu người. Với mức tăng dân số như hiện nay, Vụ Dân số của Liên Hợp Quốc dự báo với phương án trung bình dân số 9,3 tỷ người vào năm 2050. Đứng trước bối cảnh đó hầu hết các quốc gia đã đề ra chiến lược phát triển dân số một cách phù hợp. Hội nghị Quốc tế về Kế hoạch hoá gia đình năm 1980 (Jakarta - Indonesia, 1981) khẳng định nam giới có quyền về sức khỏe sinh sản (SKSS) như phụ nữ. Các dịch vụ hiện hành chưa phản ánh được các quyền này và kiến nghị rằng những chương trình dành cho nam giới cần được đưa vào như một ưu tiên.

Hiện nay có một số biện pháp tránh thai (BPTT) có sự tham gia của nam giới như: đình sản nam, BCS, xuất tinh ngoài và tính vòng kinh...; trong khi đó các biện pháp dành cho nữ giới đa dạng hơn. Để góp phần giảm sự lây lan ra cộng đồng của các bệnh lây truyền qua đường tình dục (STDs) trong đó có HIV/AIDS và để hạn chế các trường hợp có thai ngoài ý muốn thì hành vi tình dục an toàn cần được các cặp vợ chồng

quan tâm, cũng như huy động sự tham gia của nam giới trong việc thực hiện KHHGD, biện pháp sử dụng BCS cần được mở rộng đối tượng hơn nữa.

Vấn đề được đặt ra là tại sao tỷ lệ áp dụng các BPTT ở nam giới trong đó có biện pháp sử dụng BCS ở nam giới có vợ lại chưa cao cho dù việc tuyên truyền vận động thực hiện các BPTT trong đó có biện pháp sử dụng BCS đã được thực hiện thường xuyên và liên tục trong nhiều năm? Phải chăng nam giới nhìn nhận việc sử dụng BCS trong KHHGD là không thích hợp? KHHGD là nhiệm vụ chính của phụ nữ? Hay nam giới có nhu cầu nhưng không được đáp ứng đầy đủ? Chính vì vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu “*Mô tả kiến thức, thái độ và thực hành sử dụng bao cao su trong kế hoạch hoá gia đình của nam giới có vợ tại xã Thượng Kiệt, huyện Kim Sơn, tỉnh Ninh Bình năm 2013*”.

2. Mục tiêu nghiên cứu

Mô tả kiến thức, thái độ và thực hành sử dụng bao cao su trong kế hoạch hoá gia đình của nam giới có vợ tại xã Thượng Kiệt, huyện Kim Sơn, tỉnh Ninh Bình năm 2013.

3. Phương pháp nghiên cứu

3.1. Đối tượng nghiên cứu:

- Nam giới đã có vợ (vợ của đối tượng trong độ tuổi sinh đẻ từ 15- 49 tuổi).

3.2. Địa điểm và thời gian nghiên cứu:

- Địa điểm: xã Thượng Kiệt, huyện Kim Sơn
- Thời gian nghiên cứu: Từ tháng 3 đến tháng 10 năm 2013.

3.3. Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang có phân tích.

3.3.1. Cỡ mẫu: Áp dụng công thức tính cỡ mẫu cho nghiên cứu mô tả cắt ngang

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

Trong đó:

N: Cỡ mẫu cần có trong nghiên cứu

Z: Độ tin cậy của nghiên cứu, được lấy ở $\alpha = 0,05 \Rightarrow Z(1 - \alpha/2) = 1,96$

P: Tỷ lệ đối tượng có nhận thức và thực hành đúng về dụng BCS. (p = 0,5 để được cỡ mẫu lớn nhất)

D: Độ sai lệch ước tính (d = 0,07)

Thay vào công thức trên ta được n=196, làm tròn là 200

3.3.2. Chọn mẫu: Chọn mẫu cụm kết hợp chọn mẫu hệ thống

Bước 1: Chọn xóm nghiên cứu (theo phương pháp chọn mẫu ngẫu nhiên đơn)

- Lập danh sách các xóm của xã Thượng Kiệm.
- Trong số 11 xóm, chọn ngẫu nhiên 4 xóm (các xóm: 4, 5, Vinh Ngoại, An Cư), như vậy mỗi xóm sẽ phỏng vấn 50 đối tượng.

Bước 2: Chọn hộ gia đình (theo phương pháp cổng liền cổng)

Tại nhà CTV dân số thôn xóm, bằng kỹ thuật quay cổ chai, hướng cổ chai quay về phía nào thì chọn hộ gần nhất là điểm đầu tiên để tiến hành điều tra, sau đó áp dụng phương pháp cổng liền cổng cho đến khi đủ cỡ mẫu. Tại mỗi hộ gia đình thực hiện phỏng vấn 01 người.

Bước 3: Chọn đối tượng nghiên cứu: Nếu trong hộ gia đình có nhiều đối tượng nghiên cứu, thống nhất chọn người có độ tuổi trẻ nhất.

3.4. Phương pháp thu thập số liệu

- Thu thập thông tin về đối tượng nghiên cứu bằng bộ câu hỏi phỏng vấn.

3.5. Các biến số và chỉ số dùng trong nghiên cứu

3.5.1. Các khái niệm

Biện pháp tránh thai hiện đại là những phương tiện, phương pháp giúp cho con người sử dụng tránh được thai ngoài ý muốn. BPTT hiện đại gồm:

- ***Biện pháp tránh thai tạm thời:*** Dụng cụ tử cung (DCTC), bao cao su, thuốc tránh thai (Thuốc uống, thuốc tiêm, thuốc cấy tránh thai)
- ***Biện pháp tránh thai vĩnh viễn:*** Đính sản nam, đính sản nữ.

Biện pháp tránh thai tự nhiên gồm: Tính vòng kinh, xuất tinh ngoài âm đạo, đo nhiệt độ...

Sử dụng bao cao su:

- ***ĐTNC không sử dụng BCS*** là những nam giới trong thời gian cách thời điểm điều tra 1 tháng không sử dụng BCS, cho dù trước kia đã có thời gian sử dụng BCS.
- ***ĐTNC đang sử dụng BCS*** là những nam giới trong thời gian 1 tháng gần đây có sử dụng BCS trong quan hệ tình dục.
- ***Sử dụng BCS liên tục*** là dùng BCS trong tất cả các lần quan hệ tình dục, kể cả những ngày không thể có thai.

Thời gian dễ có thai nhất hay thời gian nguy hiểm nhất là những ngày giữa chu kỳ kinh nguyệt.

Tác dụng của bao cao su: Tránh thai, phòng tránh lây truyền các bệnh qua đường tình dục kể cả HIV/AIDS.

3.5.2. Các biến số nghiên cứu

- Về kiến thức: thời gian dễ có thai nhất, tác dụng của bao cao su, biện pháp tránh thai, nguồn cung cấp thông tin về bao cao su, nguồn cung cấp bao cao su.

- Về thái độ: ủng hộ các biện pháp tránh thai, ủng hộ biện pháp bao cao su.
- Về thực hành: sử dụng biện pháp tránh thai, sử dụng bao cao su thường xuyên, trao đổi với vợ về KHHGD từ 3 lần trở lên/6 tháng.

3.6. Hạn chế của nghiên cứu

Việc tiếp cận đối tượng khó khăn, dễ bị từ chối tham gia do đó tính đại diện không cao.

Vì khó khăn về nguồn lực và thời gian nên chúng tôi chỉ tiến hành nghiên cứu ở 04 xóm, nên kết quả nghiên cứu chỉ đại diện cho xã Thượng Kiệm, chưa mang tính đại diện cho huyện Kim Sơn và các vùng khác trong huyện.

4. Kết quả nghiên cứu

4.1. Một số thông tin cơ bản về đối tượng nghiên cứu

Đối tượng nghiên cứu trẻ tuổi nhất là 22 tuổi, nhiều tuổi nhất là 57 tuổi. Đối tượng thuộc nhóm tuổi 40 - 49 là chủ yếu (chiếm 42,5%), nhóm tuổi từ 50 tuổi trở lên chiếm tỷ lệ thấp nhất (12,5%).

Về dân tộc và tôn giáo của ĐTNC, 100% đối tượng là người kinh, 34% không theo tôn giáo nào, trong 66% theo tôn giáo thì phật giáo chiếm số đông với 42,5%, công giáo chiếm 23,5%.

Trình độ học vấn của ĐTNC chiếm tỷ lệ cao nhất chủ yếu là THCS (47%), trình độ cao đẳng và đại học trở lên rất ít (6,5%), trong đó tỷ lệ đối tượng có trình độ tiểu học vẫn còn khá cao (14%).

Nghề nghiệp chủ yếu của ĐTNC là làm ruộng chiếm tỷ lệ 61.5%, 15% đối tượng làm dịch vụ và buôn bán nhỏ, 6,5% là cán bộ viên chức. Số đối tượng làm nghề tự do, không ổn định chiếm tỷ lệ khá cao (17%).

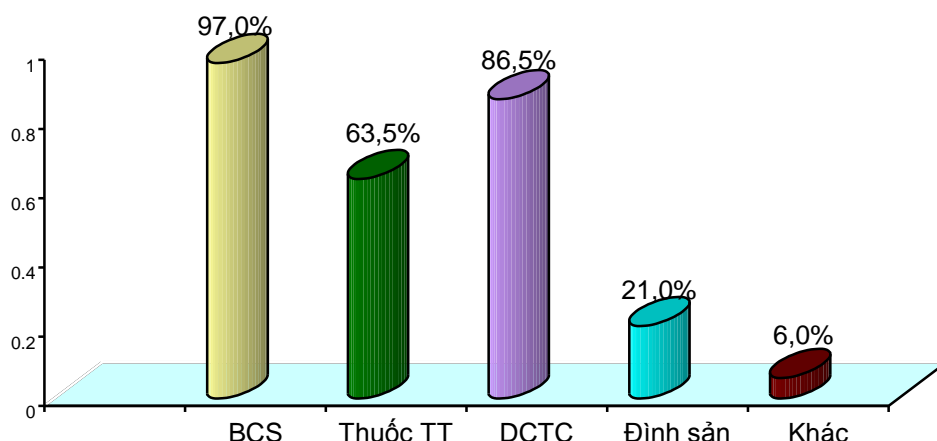
Bảng 1: Phân bố đối tượng nghiên cứu theo tuổi người vợ và số con hiện có

Biến số	Chỉ số	Tần số (n= 200)	Tỷ lệ %
Tuổi của người vợ	≤20 tuổi	02	1,0
	20 – 29 tuổi	23	11,5
	30 – 39 tuổi	105	52,5
	40 – 49 tuổi	70	35,0
Số con hiện có	Chưa có con	0	0
	Có 1 con	41	20,5
	Có 2 con	122	61,0
	Có 3 con trở lên	37	18,5

Tuổi vợ của ĐTNC chủ yếu ở nhóm tuổi 30 - 39 chiếm tỷ lệ 52,5%. Không có ĐTNC nào có vợ dưới 19 tuổi. Tỷ lệ đối tượng có 2 con là chủ yếu (61%), tỷ lệ đối tượng có con thứ 3 trở lên khá cao (18,5%)

4.2. Kiến thức, thái độ, thực hành về kế hoạch hóa gia đình và bao cao su

4.2.1. Kiến thức về KHHGD và bao cao su



Biểu đồ 1: Hiểu biết các biện pháp tránh thai

Phần lớn đối tượng ĐTNC được phỏng vấn đều biết đến biện pháp tránh thai là sử dụng BCS (97%) và dụng cụ tránh thai (DCTC) (86,5%). Đặc biệt có tới 85% đối tượng biết ít nhất 2 BPTT hiện đại.

Khi nói đến tác dụng của BCS, thì có tới 85,5% biết được dùng để tránh thai và có tới 62% nhắc đến phòng lây nhiễm HIV/AIDS, tránh lây nhiễm các bệnh lây qua đường tình dục (72,5%).

Bảng 2: Nguồn cung cấp thông tin về bao cao su mà đối tượng biết

Nguồn cung cấp thông tin	Số lượng	Tỷ lệ %
Bạn bè	105	52,5
Vợ/người thân	87	43,5
CB Y tế/CTVDS	192	96,0
Thông tin đại chúng (ti vi, đài, báo ...)	161	80,5
Nói chuyện/toạ đàm ...	95	42,5

Nguồn thông tin về bao cao su đến với đối tượng chủ yếu là qua CBYT, CTV dân số (96%) và qua các phương tiện thông tin đại chúng (80,5%). Vai trò của gia đình, bạn bè cũng như hiệu quả của các buổi sinh hoạt chuyên đề, lồng ghép ... chưa cao (<50%).

Bảng 3: Biết về nguồn cung cấp bao cao su

Nguồn cung cấp BCS	Số lượng	Tỷ lệ %
Phòng khám tư	28	14,0
Đội CSSKS huyện	47	23,5
Trạm Y tế xã	112	66,0
Hiệu thuốc	159	79,5
Cửa hàng tạp hoá	13	6,5
Cán bộ Y tế thôn/CTV dân số	182	91,0

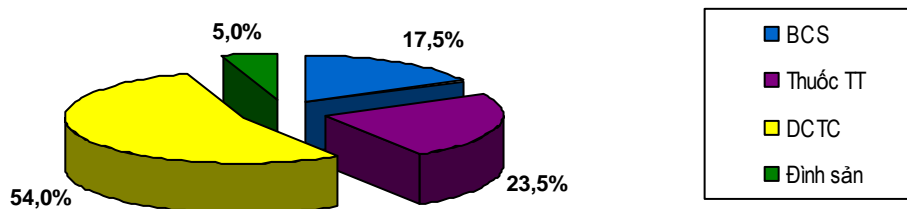
Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng cho thấy: Nguồn cung cấp BCS được ĐTNB biết đến nhiều nhất là CBYT thôn và CTV dân số (91%), sau đó đến các hiệu thuốc (79,5%), được biết đến ít nhất là cửa hàng tạp hoá (6,5%).

4.2.2. Thái độ đối với việc sử dụng bao cao su và các biện pháp tránh thai

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy 94% ĐTNB cho rằng cần phải sử dụng biện pháp KHHGD và có tới 78,5% đồng ý sử dụng BCS.

Trong số những người không đồng ý sử dụng BCS thì lý do mà họ đưa ra nhiều nhất là BCS không phù hợp với văn hoá/tôn giáo Việt Nam (100%). Các lý do khác cũng được họ nhắc đến như tạo điều kiện cho mại dâm phát triển (53,5%) và tạo điều kiện thuận lợi cho vị thành niên QHTD bừa bãi (87,7%).

4.2.3. Thực hành sử dụng BCS

**Biểu đồ 2: BPTT hiện đại đối tượng (hoặc vợ) đối tượng đang sử dụng**

Trong các BPTT hiện đại đang được đối tượng sử dụng thì biện pháp đặt dụng cụ tử cung được các cặp vợ chồng lựa chọn nhiều nhất chiếm tỷ lệ cao nhất (54%), biện pháp sử dụng BCS chiếm tỷ lệ không cao (17,5%). Đính sản là biện pháp ít được lựa chọn sử dụng nhất với tỷ lệ là 5% và đặc biệt là không có trường hợp đính sản nam (0%).

Lý do chính đối tượng không sử dụng BCS là vợ đã dùng một biện pháp tránh thai khác (53,5%); giảm khoái cảm (32%); không thật an toàn (29%) dùng rất bất tiện (20,5%). Các lý do về phía nhà cung cấp dịch vụ hầu như không được các đối tượng quan tâm, không thấy phiền hà đáng kể.

Bảng 4: Tình hình sử dụng BCS

Tình hình sử dụng BCS		Tần số (n=35)	Tỷ lệ %
Đối tượng thường đi mua BCS	Đối tượng nghiên cứu	16	45,7
	Vợ	19	54,3
	Bạn tình	0	0
Địa điểm mua BCS	Phòng khám tư	0	0
	Đội CSSKSS huyện	0	0
	Trạm Y tế xã	8	22,9
	Hiệu thuốc	21	60,0
	Cửa hàng tạp hoá	0	0
	CB y tế thôn/CTV.DS	13	37,1
Khó khăn khi đi mua BCS	Không biết ở đâu bán BCS	0	0
	Giá bán đắt	0	0
	Ngại gặp người bán hàng khác giới	18	51,4
	Ngại gặp người quen	23	67,2
	Không gặp khó khăn	05	14,3
Tình trạng tư vấn trước khi sử dụng BCS	Được tư vấn /hướng dẫn kỹ	5	14,3
	Hướng dẫn không đầy đủ	14	40,0
	Không hướng dẫn	16	45,7
Thời điểm sử dụng BCS.	Tất cả các lần quan hệ tình dục	12	34,3
	Chỉ sử dụng khi có thể có thai	23	65,7
	Chỉ sử dụng với bạn tình	0	0

Kết quả nghiên cứu cho thấy: Trong số 35 người sử dụng BCS thì cả vợ và chồng đều có thể đi mua BCS, tuy nhiên người vợ thường mua nhiều hơn (54,3% và 45,7%). Địa điểm mua và nhận bao cao su chủ yếu là ở các hiệu thuốc (60%) và YTTB/CTV dân số (37,1%). Gặp người bán hàng khác giới và gặp người quen khi đi mua BCS là trở ngại lớn nhất đối với người đi mua BCS (51,4 và 67,2%). Phần lớn ĐTNC cho rằng chưa được tư vấn/hướng dẫn (45,7%) hoặc tư vấn/hướng dẫn chưa đầy đủ (40%) về BCS trước khi mua. Số đối tượng được hướng dẫn kỹ rất ít (chỉ có 14,3% đối tượng). Mục đích tránh thai là chủ yếu 65,7% và tần suất sử dụng thường xuyên chỉ là 34,3% .

Nội dung được các cặp vợ chồng trao đổi nhiều nhất là các BPTT (67,5%), nội dung được quan tâm nhiều tiếp theo là quan hệ tình dục trong cuộc sống vợ chồng (31,5%). Tần xuất trao đổi thông tin về kế hoạch hoá gia đình nhiều hơn 3 lần trong 6 tháng gần đây của đối tượng nghiên cứu chỉ là 14%. Có đến 32% ĐTNC không trao đổi những thông tin này với vợ.

5. Bàn luận

5.1. Thông tin chung về đối tượng nghiên cứu

Kết quả nghiên cứu 200 đối tượng nam giới đã có vợ (vợ của các đối tượng đều trong độ tuổi sinh đẻ) cho thấy 42,5% ĐTNC trong độ tuổi 40 đến 49, độ tuổi 30 - 39 chiếm 31%. Đây là độ tuổi lao động và tuổi hoạt động tình dục mạnh mẽ. Nghề nghiệp chính của người dân nơi đây là nông dân (61,5%) và buôn bán (15%). Trong các ĐTNC gần 50% đối tượng có trình độ THCS, 32,5% có trình độ THPT, trình độ học vấn từ cao đẳng trở lên rất thấp 6,5%; đặc biệt, có tới 14% đối tượng mới có trình độ tiểu học. 100% đối tượng là dân tộc Kinh (100%), 42,5% theo đạo Phật, 23,5% theo Công giáo. Kết quả này phù hợp với những thông tin về đặc điểm kinh tế, văn hoá, xã hội tại xã Thượng Kiệm. Điều này chứng tỏ rằng cách chọn mẫu của chúng tôi có tính đại diện.

Đối tượng nghiên cứu ở độ tuổi từ 40 đến 49 là chủ yếu, nên người vợ ở độ tuổi từ 30 đến 39 tuổi chiếm tỷ lệ cao (53,5%). Đây là độ tuổi sinh sản tốt và là đối tượng của các Dự án Truyền thông giáo dục thay đổi hành vi thuộc Chương trình Dân số - Kế hoạch hoá gia đình. Do độ tuổi các cặp vợ chồng đều trên 30 nên có đến 61% đã có đủ 2 con. Điều đáng nói là tỷ lệ sinh con thứ 3 trở lên khá cao, tới 18,5%. Đặc biệt có tới 11 người có trên 3 con (5,5%).

5.2. Kiến thức, thái độ, thực hành về biện pháp bao cao su

5.2.1. Kiến thức về kế hoạch hoá gia đình và bao cao su

Hiểu biết về các biện pháp tránh thai rất cao, 97% ĐTNC biết đến biện pháp bao cao su và 86,5% đối tượng biết đến vòng tránh thai. Đây là hai biện pháp được tuyên truyền nhiều nhất trên các phương tiện thông tin đại chúng và cộng tác viên dân số. Nhất là vòng tránh thai đã được sử dụng từ những năm đầu của chương trình sinh đẻ có kế hoạch (1961). Các biện pháp khác như dùng thuốc tránh thai, đình sản được đối tượng biết đến với tỷ lệ thấp hơn. Một số biện pháp như mũ cổ tử cung và màng ngăn âm đạo ... không có hoặc rất ít đối tượng biết vì đây là các biện pháp không phổ biến ở Việt Nam hiện nay.

Trước đây khi chưa xuất hiện dịch HIV/AIDS, BCS chỉ biết đến như một biện pháp để tránh thai. Điều đó giải thích cho việc ĐTNC biết đến tác dụng tránh thai của BCS là cao nhất 85,5%. Ngoài tác dụng tránh thai, tác dụng tránh lây nhiễm các bệnh qua đường tình dục cũng được biết đến rất cao chiếm tỷ lệ 72,5%, phòng lây nhiễm HIV/AIDS 62%. Đặc biệt kết quả của chúng tôi còn cho thấy 60% đối tượng trả lời đầy đủ tác dụng của BCS.

Nguồn cung cấp thông tin được biết đến nhiều nhất là YTTB và CTV dân số (96%). Điều này cho thấy vai trò của mạng lưới CTV dân số và chủ trương đúng đắn của Nhà nước về công tác dân số - kế hoạch hoá gia đình, một sự đầu tư mang lại hiệu quả rất tốt. Thông tin đại chúng cũng đóng vai trò quan trọng trong cung cấp thông tin về

BCS với trên 80% ĐTNC biết thông tin về bao cao su theo kênh này. Tỷ lệ đối tượng nghiên cứu biết ít nhất một nguồn cung cấp thông tin về BCS đạt trên 90%.

Nguồn cung cấp BCS chủ yếu là YTTB và CTV dân số, (91%) ĐTNC biết đến nguồn cung cấp này chứng tỏ vai trò và sự hoạt động tích cực của họ đối với cộng đồng. Tuy nhiên điều này cũng cho ta biết người dân (người chồng) không chủ động trong việc tìm kiếm BCS vì nguồn cung cấp BCS từ CTV dân số chủ yếu là được cấp phát miễn phí và theo từng đợt nên có thể sẽ không sẵn có khi cần dùng. Mặt khác, 80% đối tượng trả lời hiệu thuốc cũng là nơi cung cấp BCS điều này rất tốt vì nó thể hiện tính chủ động của họ.

5.2.2. Thái độ với việc sử dụng bao cao su và các biện pháp tránh thai

Nhìn chung ĐTNC đều có thái độ tích cực ủng hộ đối với các biện pháp tránh thai nói chung và BCS nói riêng, với 94% ĐTNC đồng ý và hoàn toàn đồng ý với sử dụng các biện pháp tránh thai trong kế hoạch hoá gia đình và 78,5% với việc sử dụng BCS.

Đối với các đối tượng không ủng hộ sử dụng BCS với lý do cho rằng như vậy sẽ không phù hợp với tôn giáo và văn hoá tại địa phương (100%), điều này rất sẽ là một cản trở lớn trong việc thực hành sử dụng BCS của họ, do đó cần phải tích cực truyền thông cho những đối tượng này biết vai trò và lợi ích của việc sử dụng BCS để vượt qua được rào cản văn hóa. Các lý do khác cũng được họ nhắc đến như tạo điều kiện cho mại dâm phát triển (53,5%) và tạo điều kiện thuận lợi cho vị thành niên quan hệ tình dục bừa bãi (87,7%).

Thái độ ủng hộ đối với các BPTT ở nghiên cứu này (98,4%) theo chúng tôi kết quả này là phù hợp với đối tượng nghiên cứu tại địa bàn Ninh Bình.

5.2.3. Thực hành sử dụng bao cao su

Tỷ lệ sử dụng BCS là 17,5% trong số đối tượng sử dụng các biện pháp tránh thai hiện đại. Tỷ lệ sử dụng BCS trong nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn so với tỷ lệ chung của toàn quốc, nhưng lại cao hơn nhiều địa phương khác như Vĩnh Phúc, Thái Bình và Hoà Bình, điều này có thể lý giải do đối tượng nghiên cứu của chúng tôi chủ yếu tập trung ở người chồng chứ không phải toàn bộ nam giới trên địa bàn, đặc biệt sẽ bỏ sót một nhóm thanh niên chưa xây dựng gia đình. Các biện pháp tránh thai khác cũng được áp dụng nhiều như uống thuốc, đặt dụng cụ tử cung nhưng chủ yếu do nữ giới thực hiện. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy nam giới có hiểu biết tốt, có thái độ tích cực với các BPTT và cả biện pháp BCS nhưng chưa thực sự chia sẻ trách nhiệm thực hiện KHHGD.

Tìm hiểu lý do các đối tượng không sử dụng BCS cho thấy lý do vợ đã dùng một biện pháp khác là 53,5%. Giảm khoái cảm, không thực sự an toàn và sử dụng bất tiện cũng là những lý do khiến các cặp vợ chồng không chấp nhận dùng mặc dù họ biết rất rõ những tác dụng của bao cao su. Các lý do về phía người cung cấp không được các đối tượng nghiên cứu đề cập đến như những khó khăn đáng kể. Chỉ có hơn 6% đối tượng phàn nàn về khoảng cách đi mua bao cao su xa, không thuận tiện. Như vậy lý do không

sử dụng BCS hầu hết thuộc chủ quan ĐTNC. Các lý do về phía người cung cấp không phải là vấn đề chính khiến đối tượng không sử dụng.

Trong số 35 nam giới đang sử dụng BCS thì có 54,3% trả lời người hay đi mua BCS là người vợ, nhưng cũng có đến 45,7% đối tượng chia sẻ nhiệm vụ này với vợ. Điều đó cho thấy rằng người vợ vẫn là nhân tố quan trọng nhất trong trách nhiệm thực hiện KHHGD. Hiệu thuốc và cán bộ Y tế/Dân số thôn là hai địa điểm được ĐTNC đến mua hoặc nhận BCS nhất. Điều đó cũng phù hợp với hiểu biết của đối tượng về nguồn cung cấp BCS.

Trong những khó khăn của người đi mua BCS được các đối tượng đề cập nhiều nhất là tâm lý e ngại khi gặp người quen và gặp người bán hàng khác giới. Điều đó cho thấy đó cũng là một trong những nguyên nhân ảnh hưởng tới việc tiếp cận và sử dụng BCS trong công tác KHHGD, Cần phải đẩy mạnh tăng cường công tác truyền thông để cho người dân xoá bỏ được rào cản tâm lý và coi đó như là một việc làm bình thường. Đồng thời cũng cần tăng cường công tác tiếp thị BCS với nhiều hình thức đa dạng, phong phú đến với những đối tượng sử dụng. Trong số những người sử dụng BCS thì hầu hết họ cho rằng đã được tư vấn về BCS và được hướng dẫn kỹ cách sử dụng. Chứng tỏ những người cung cấp BCS đã quan tâm đến khách hàng và hiệu quả của BCS. Có trên một nửa số đối tượng dùng BCS trong tất cả các lần sinh hoạt tình dục như vậy vừa có thể tránh thai và tránh được các bệnh lây truyền qua đường tình dục. Gần một nửa số đối tượng chỉ quan tâm đến mục đích tránh thai. Họ chỉ sử dụng bao cao su trong những ngày dễ có thai. Vấn đề sử dụng BCS với bạn tình không được các đối tượng trả lời. Điều đó không có nghĩa là nam giới ở đây không có trường hợp nào có quan hệ tình dục ngoài hôn nhân. Như đã đề cập ở phần hạn chế của nghiên cứu những câu hỏi tế nhị, nhạy cảm có thể các đối tượng trả lời không trung thực, nên không thể khẳng định được về vấn đề này.

Phần lớn các đối tượng đều có sự trao đổi thông tin với vợ về các lĩnh vực KHHGD. Số lần trao đổi thông tin về KHHGD giữa hai vợ chồng trong 6 tháng gần đây trên 3 lần rất thấp (14%), phần lớn là chỉ từ 1-2 lần (54%). Điều đó thể hiện sự chưa thường xuyên và chưa thực sự quan tâm chia sẻ thông tin một cách tích cực của người chồng đối với người vợ. Vai trò của nam giới trong địa bàn nghiên cứu mới chỉ dừng lại ở mức hiểu biết và trao đổi thông tin KHHGD với vợ mà chưa sẵn sàng chấp nhận chia sẻ trách nhiệm thực hiện tránh thai với vợ. Vì vậy, tỷ lệ sử dụng các biện pháp tránh thai dành cho nam giới trong địa bàn không cao: Tỷ lệ sử dụng BCS là 17,5%, đình sản nam 0%.

6. Kết luận

Kiến thức về KHHGD và bao cao su:

- Trên 80% đối tượng biết ít nhất 2 biện pháp tránh thai.
- 85,5% đối tượng nghiên cứu biết tác dụng tránh thai của bao cao su.

- Cán bộ y tế/dân số và phương tiện thông tin đại chúng là hai nguồn cung cấp thông tin được đối tượng biết đến nhiều nhất tương ứng là 96% và 80,5%.
- Cán bộ y tế/dân số và hiệu thuốc là hai nguồn cung cấp bao cao su được đối tượng biết đến nhiều nhất tương ứng với 91% và 79,5%.

Thái độ đối với KHHGD nói chung và BCS nói riêng ở địa bàn nghiên cứu khá tốt:

- Tỷ lệ đối tượng đồng ý với kế hoạch hoá gia đình là 94% và đồng ý với sử dụng bao cao su là 78,5%.

Thực hành:

- Tỷ lệ sử dụng BCS ở địa bàn nghiên cứu không cao 17,5%. Lý do không sử dụng BCS chủ yếu là người vợ đã dùng một BPTT khác 53,5%.
- Vai trò nam giới trong KHHGD chỉ dừng ở việc trao đổi thông tin về KHHGD với vợ.
- Việc chia sẻ trách nhiệm với người vợ trong KHHGD còn thấp (45,7% đi mua BCS), (14% trao đổi thông tin trên 3 lần trong 6 tháng),

7. Kiến nghị

- Đối với y tế huyện/xã: Tăng cường công tác tuyên truyền, giáo dục cho các đối tượng người chồng để nâng cao nhận thức, hiểu biết về các BPTT đặc biệt là biện pháp BCS trên các phương tiện thông tin đại chúng và các buổi họp thôn, tư vấn tại trạm y tế, cung cấp tài liệu...
- Đẩy mạnh công tác tiếp thị các BPTT nhất là BCS với nhiều loại hình cung ứng đảm bảo thuận tiện cho các đối tượng có nhu cầu sử dụng như: Cung cấp tại trạm y tế, các hiệu thuốc. Cán bộ Y tế và Cộng tác viên Dân số tại các xã, thị trấn có thể tổ chức cung cấp BCS trực tiếp tại nhà cho các đối tượng có nhu cầu sử dụng.
- Ở những địa bàn có tỷ lệ sử dụng bao cao su thấp, ngành y tế và cán bộ dân số cần tổ chức các buổi thảo luận nhóm về chủ đề KHHGD, trách nhiệm thực hiện các BPTT, vai trò nam giới trong KHHGD

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Báo cáo Tổng kết công tác DS- KHHGD Huyện Kim Sơn (2008-2012).
2. Báo cáo Tổng kết của Chi cục DS-KHHGD tỉnh Ninh Bình (2009-2012).
3. Ban chỉ đạo Tổng điều tra Dân số và nhà ở Trung ương (2000), "*Tổng điều tra Dân số và nhà ở Việt Nam 1999*", Nhà xuất bản Thế giới, Hà Nội
4. Bộ Y tế - Dự án đào tạo (03/SIDA) (1993), "*Xác định cỡ mẫu trong các nghiên cứu đo lường sức khoẻ*", Hà Nội .
5. Nguyễn Đức Hậu, Đàm Khải Hoàn và cộng sự (2001), "*Thực trạng tình hình sử dụng bao cao su tránh thai ở tỉnh Thái Nguyên năm 2001*".

6. Trần Thị Phương Mai và cộng sự (2001), "*Vai trò của nam giới trong thực hiện KHHGD tại Thái Bình và Hoà Bình*", Báo cáo đề tài nghiên cứu cấp bộ, Bộ Y tế - Vụ BVSKBMTE/KHHGD, Hà Nội.
7. Ủy ban quốc gia Dân số - KHHGD (2002), "*Chiến lược tiếp thị xã hội các phương tiện tránh thai và phòng chống HIV/AIDS giai đoạn 2002 - 2005*", Hà Nội.
8. Ủy ban quốc gia Dân số - KHHGD "*Chiến lược Dân số Việt Nam năm 2001 - 2010*", Hà Nội, 2002

NGHIÊN CỨU VỀ KIẾN THỨC, THÁI ĐỘ, THỰC HÀNH VỀ SỨC KHỎE SINH SẢN VỊ THÀNH NIÊN CỦA HỌC SINH TRUNG HỌC PHỔ THÔNG TẠI THÀNH PHỐ ĐỒNG HỚI, TỈNH QUẢNG BÌNH, NĂM 2013

BSCKI. Nguyễn Huy Bồng
Trung tâm Truyền thông GDSK Quảng Bình

Tóm tắt nghiên cứu

Nghiên cứu đánh giá kiến thức, thái độ, thực hành về sức khỏe sinh sản vị thành niên (SKSSVTN) của học sinh trung học phổ thông tại thành phố Đồng Hới, tỉnh Quảng Bình tiến hành từ tháng 2 - 6 năm 2013 trên 806 em học sinh của 4 trường trung học phổ thông tại thành phố Đồng Hới, tỉnh Quảng Bình. Kết quả tỷ lệ học sinh đạt kiến thức, thái độ và thực hành về sức khỏe sinh sản vị thành niên đạt lần lượt là: 57,1%; 71,6% và 14,5%. Thông tin học sinh muốn tìm hiểu về SKSSVTN chủ yếu là tâm sinh lý (71,7%). Nguồn cung cấp thông tin cho đối tượng học sinh thông dụng nhất là: qua sách báo/tạp chí (66,1%); qua truyền thông trực tiếp hoặc qua thầy cô giáo còn thấp (30,1% và 10,7%). Tuổi, khối lớp, môi trường sống, học vấn của bố, mẹ, kinh tế gia đình, được nghe nói chuyện chuyên đề liên quan đến kiến thức về SKSSVTN. Tuổi, khối lớp, môi trường sống liên quan đến thái độ của học sinh về SKSSVTN. Tuổi, học vấn, kinh tế gia đình liên quan đến thực hành chăm sóc SKSSVN của học sinh.

1. Đặt vấn đề

Vị thành niên (VTN) có đặc điểm tâm sinh lý đặc thù: thích thử nghiệm, thích khám phá, năng động, sáng tạo và cần được sống trong môi trường lành mạnh, tránh căng thẳng. Mặt khác, họ đang đứng trước sự đe dọa và thách thức nhiều mặt: đó là bệnh tật, tổn thương về thể trạng và tinh thần, thiếu hiểu biết về thông tin giới tính, an toàn tình dục, kế hoạch hóa gia đình...

Trong những năm qua, VTN được sự quan tâm đặc biệt của xã hội. Chúng ta đã chứng kiến nhiều hoạt động xã hội tác động đến lứa tuổi này. Công tác truyền thông giáo dục sức khỏe (TTGDSK) sinh sản cho VTN tuy đã có nhiều cố gắng nhưng tổ chức chưa tốt, hoặc không liên tục.

TTGDSK sinh sản cho VTN của tỉnh Quảng Bình nói chung và thành phố Đồng Hới nói riêng là công việc hết sức cấp bách và cần thiết, cần có sự tham gia của cộng đồng, trong đó ngành y tế đóng vai trò quan trọng.

Từ những lí do đã nêu trên, chúng tôi thực hiện đề tài: “*Nghiên cứu về kiến thức, thái độ, thực hành về sức khỏe sinh sản vị thành niên của học sinh trung học phổ thông tại thành phố Đồng Hới tỉnh Quảng Bình năm 2013*”.

2. Mục tiêu nghiên cứu

1. Đánh giá kiến thức, thái độ, thực hành về sức khỏe sinh sản vị thành niên của học sinh trung học phổ thông tại thành phố Đồng Hới, tỉnh Quảng Bình .

2. Tìm hiểu các yếu tố liên quan đến kiến thức, thái độ, thực hành về sức khỏe sinh sản vị thành niên của học sinh trung học phổ thông tại thành phố Đồng Hới, tỉnh Quảng Bình.

3. Phương pháp nghiên cứu

3.1. Thiết kế nghiên cứu: Thiết kế nghiên cứu mô tả cắt ngang

3.2. Thời gian và địa điểm nghiên cứu

- Thời gian: từ tháng 2- 6/2013
- Địa điểm: Trường THPT Đào Duy từ; Trường THPT chuyên Quảng Bình; Trường THPT Phan Đình phùng; Trường THPT Đồng Hới

3.3. Đối tượng nghiên cứu

- Học sinh 4 Trường THPT tại thành phố Đồng Hới, tỉnh Quảng Bình.

3.4. Chọn mẫu

Sử dụng công thức tính cỡ mẫu

$$n = Z^2_{(1-\alpha/2)} \frac{P(1-P)}{C^2}$$

Trong đó: n: Cỡ mẫu tối thiểu hợp lý cần thiết

Z : Mức tin cậy mong muốn là 95%, thì Z = 1,96

α : Xác suất sai lầm I = 0,05 (sai số 5%)

C: Sai số cho phép (c = 0,05)

P: Tỷ lệ hiểu biết đầy đủ về SKSSVTN của học sinh THPT (p= 0,5)

Tính được n = 384. Chúng tôi nhân đôi cỡ mẫu để có tính chính xác, được 768 học sinh, đồng thời để tránh thiếu mẫu nghiên cứu chúng tôi thêm 10% so với cỡ mẫu tính được. Vậy cỡ mẫu nghiên cứu là: n = 806 học sinh.

3.5. Xử lý và phân tích số liệu

Số liệu nhập vào phần mềm Excel, phân tích bằng phần mềm SPSS 16.0

4. Kết quả

4.1. Kiến thức, thái độ, thực hành về SKSSVTN của học sinh THPT

Kiến thức của học sinh về SKSSVTN

71% học sinh có kiến thức đúng về lứa tuổi vị thành niên.

74,9% học sinh biết dấu hiệu tuổi dậy thì của bạn gái và 72,3% biết dấu hiệu dậy thì của bạn trai.

47,4% học sinh có hiểu biết đạt về nội dung SKSSVTN.

Tỷ lệ học sinh kể được tên các BLTQĐTD ở mức đạt là 28,5%.

Tỷ lệ học sinh biết các dấu hiệu BLTQĐTD ở mức đạt là 29,7%.

Tỷ lệ học sinh biết cách phòng tránh BLTQĐTD ở mức đạt là 50,7%.

Tỷ lệ học sinh biết xử trí khi bị BLTQĐTD ở mức đạt có tỷ lệ 1,6%.

Tỷ lệ học sinh có kiến thức đạt về kiến thức “bạn gái có thể có thai khi quan hệ lần đầu” là 60,3%.

Tỷ lệ học sinh có kiến thức đạt về nơi cung cấp các BPTT là 31,9%.

Tỷ lệ học sinh có kiến thức đạt về sử dụng các BPTT là 61%.

Học sinh có kiến thức về SKSSVTN đạt là (57,1%), không đạt là 57,1%.

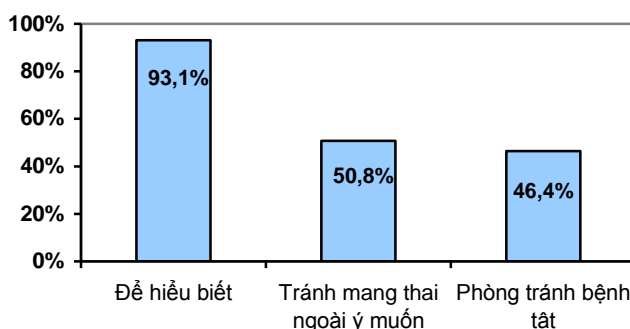
Thái độ của học sinh về SKSSVTN

Thái độ học sinh đồng ý nói chuyện/giáo dục giới tính, tình yêu, tình dục với bố mẹ, người thân, bạn bè chiếm tỷ lệ khá cao 88,7%.

Có 27,5% học sinh cảm nhận dễ dàng khi trao đổi với bố, mẹ về SKSS, tình yêu, tình dục, còn 72,5% cảm thấy không dễ trao đổi về vấn đề này.

Thái độ học sinh không đồng ý quan hệ tình dục ở lứa tuổi vị thành niên chiếm tỷ lệ khá cao (70,2%).

Thái độ học sinh cho là rất cần thiết đưa giáo dục SKSSVTN vào chương trình học chiếm tỷ lệ cao (88%), có 12% cho là không cần đưa nội dung này vào chương trình học.



Biểu đồ 1: Lý do cần đưa giáo dục SKSS, tình yêu, tình dục vào trường học

Việc đưa giáo dục SKSSVTN vào trường học, có 93,1% học sinh cho là để hiểu biết, 50,8% cho là để tránh thai ngoài ý muốn, 4,6% cho là để tránh bệnh tật và có 6,1% không biết đưa nội dung này vào để làm gì.

Thực hành của học sinh về SKSSVTN

- Tỷ lệ học sinh trao đổi thông tin với bố, mẹ, người thân về biểu hiện của tuổi dậy thì là 25,1%, còn 74,9% học sinh không thực hiện việc này.
- Có 17,7% học sinh trao đổi với bố mẹ hoặc người thân về lần kinh nguyệt hoặc xuất tinh lần đầu tiên, 82,3% không thực hiện việc này.

- Trao đổi thông tin về QHTD và mang thai có 39,7% học sinh thực hiện, còn 60,3% không thực hiện.
- 12,6% học sinh trao đổi thông tin về BLTQDHTD hoặc HIV, 87,4% không thực hiện việc này.
- Học sinh có trao đổi với bố, mẹ, người thân về BPTT chiếm tỷ lệ rất thấp 1,5%, có 98,5% không thực hiện việc này.

4.2. Tiếp cận thông tin SKSS của học sinh

Tỷ lệ học sinh được tập huấn/nói chuyện chuyên đề về SKSS, tình yêu, tình dục là 36,5%, tỷ lệ chưa được tập huấn/nói chuyện chuyên đề là 63,5%.

Bảng 1: Học sinh đến cơ sở dịch vụ tư vấn SKSS để được tư vấn

Nội dung	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Trạm y tế	329	63,0
Bệnh viện thành phố	47	9,0
Trung tâm YTDP thành phố	30	5,7
Trung tâm dân số kế hoạch hóa gia đình	14	2,7
Khoa sản bệnh viện Việt Nam Cu Ba	9	1,7
Trung tâm chăm sóc SKSS	37	7,1
Trung tâm truyền thông GDSK	35	6,7
Chi cục dân số kế hoạch hóa gia đình	2	0,4
Cơ sở y tế tư	19	3,6

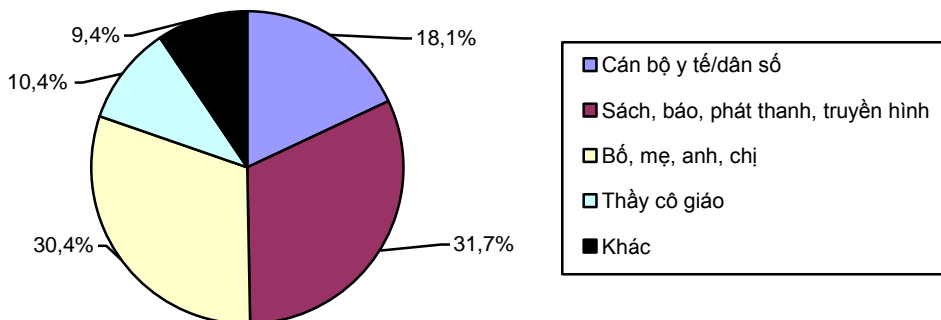
Tỷ lệ học sinh tìm kiếm dịch vụ tư vấn về SKSS ở trạm y tế cao nhất (63,0%). Ngoài ra, học sinh còn tìm kiếm dịch vụ này ở khoa sản bệnh viện thành phố (9,0%); Trung tâm CSSKSS (7,1%); Trung tâm YTDP Thành phố (5,7%), Trung tâm TT-GDSK (4,3%), cơ sở y tế tư (3,6%); Trung tâm DS-KHHGD (2,7%); Chi cục DS - KHHGD (0,4%).

Bảng 2: Các vấn đề về SKSS mà học sinh muốn tìm hiểu

Nội dung	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Tâm sinh lý	578	71,7
Vệ sinh kinh nguyệt	278	34,5
Quan hệ tình dục	330	40,9
Dấu hiệu có thai	234	29,0
Biện pháp tránh thai	236	29,3
Bệnh phụ khoa	224	27,8
Bệnh lây truyền qua đường tình dục	285	35,4
Khác hoặc không trả lời	42	5,2

Tỷ lệ học sinh muốn tìm hiểu về tâm sinh lý cao nhất 71,7%, tỷ lệ muốn tìm hiểu về dấu hiệu có thai thấp nhất là 29%.

Phương pháp tổ chức dạy riêng nhóm nam và nhóm nữ được 35,7% đối tượng lựa chọn, phương pháp dạy trong lớp học được 24,2% lựa chọn, việc tổ chức hội thi được 15,1% lựa chọn và xem phim, sách, báo được 7,2% lựa chọn.



Biểu đồ 2: Nguồn cung cấp thông tin về SKSS cho học sinh

Có 31,7% đối tượng được cung cấp thông tin qua truyền thông gián tiếp, tỷ lệ tiếp nhận thông tin qua người thân như bố, mẹ, anh chị, bạn bè là (30,4%), qua cán bộ y tế, cộng tác viên dân số là 18,1%, qua thầy cô giáo là 10,4%.

4.2. Các yếu tố có liên quan đến kiến thức, thái độ, thực hành của học sinh về SKSSVTN

Các yếu tố liên quan đến kiến thức SKSSVTN của học sinh

Có mối liên quan có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$) giữa kiến thức về SKSSVTN với các yếu tố tuổi, học lực, môi trường sống, kinh tế gia đình, học vấn của bố, học vấn của mẹ được nghe nói chuyện chuyên đề về SKSSVTN.

Các yếu tố liên quan đến thái độ học sinh về SKSSVTN

Có mối liên quan có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$) giữa thái độ về SKSSVTN với các yếu tố tuổi, khối lớp, môi trường sống.

Các yếu tố liên quan đến thực hành của học sinh về SKSS – VTN

Có mối liên quan có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$) giữa thực hành về SKSSVTN với các yếu tố tuổi, khối lớp, kinh tế gia đình.

5. Kết luận

5.1. Kiến thức, thái độ, thực hành về SKSSVTN của đối tượng nghiên cứu

Kiến thức

- 71,0% học sinh biết về độ tuổi VTN; 74,9% biết dấu hiệu dậy thì ở nữ; 72,3% biết dấu hiệu dậy thì ở nam, 47,4% biết nội dung SKSS ở mức đạt; 50,7% biết cách phòng tránh BLTQĐTD; 60,3% biết bạn gái có thể có thai khi quan hệ tình dục lần đầu; 61% biết các BPTT.

- (28,5%) biết tên các BLTQĐTD, (29,7%) biết các dấu hiệu BLTQĐTD; 31,9% biết địa điểm/nơi cung cấp BPTT, 1,6% biết đi đến khám, tư vấn khi bị BLTQĐTD.

Thái độ

- 88,7% đồng ý nói chuyện giáo dục giới tính, tình yêu, tình dục với bố, mẹ, người thân, bạn bè; 70,2% không đồng ý quan hệ tình dục ở lứa tuổi vị thành niên; 27,5% cảm thấy dễ dàng trao đổi với bố, mẹ về giới tính, tình dục, SKSS.

Thực hành

- Có 25,1% học sinh có trao đổi với bố, mẹ, người thân về biểu hiện tuổi dậy thì; 17,7% trao đổi với bố, mẹ, người thân khi có kinh nguyệt, xuất tinh lần đầu; 39,7% trao đổi với người thân về vấn đề QHTD, vấn đề mang thai; trao đổi với bố, mẹ hoặc người thân về BPTT đạt tỷ lệ rất thấp 1,5%.

5.2. Tiếp cận thông tin SKSSVTN của học sinh

- Học sinh nghe nói chuyện chuyên đề về SKSSVTN đạt 36,5%, đến trạm y tế để được tư vấn đạt 40,8%; đến trung tâm CSSKSS đạt 4,6%, trung tâm TT-GDSK đạt 4,3%, Khoa sản trung tâm YTDP thành phố (3,7%); trung tâm DS-KHHGD (1,7%); Chi cục dân số -KHHGD (0,2%).
- Các hình thức tổ chức giáo dục về SKSSVTN như dạy nhóm nam, nữ riêng là 35,7%. Nguồn cung cấp thông tin về SKSS VTN cho học sinh qua truyền thông gián tiếp là 31,7%, qua cán bộ y tế, dân số là 18,1%, qua thầy cô giáo chiếm tỷ lệ thấp (10,4%).

5.3. Các yếu tố liên quan đến kiến thức, thái độ, thực hành về SKSSVTN học sinh

Các yếu tố có liên quan đến kiến thức về SKSSVTN

- Tuổi, học lực, kinh tế gia đình, môi trường sống, nói chuyện chuyên đề, học vấn của bố, mẹ học sinh có liên quan đến kiến thức của học sinh có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).

Các yếu tố có liên quan đến thái độ của học sinh về SKSSVTN

- Tuổi, khối lớp, môi trường sống liên quan đến thái độ của học sinh về SKSSVTN có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).

Các yếu tố có liên quan đến thực hành của học sinh về SKSSVTN

- Tuổi, khối lớp, kinh tế gia đình liên quan đến thực hành của học sinh về SKSSVTN có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).

6. Kiến nghị

- Tăng cường hình thức truyền thông trực tiếp về SKSS cho đối tượng học sinh THPT thông: thảo luận nhóm, tập huấn/nói chuyện chuyên đề về SKSS; nâng cao chất lượng dịch vụ, truyền thông/tư vấn về chăm sóc SKSS VTN cho các phòng truyền thông/tư vấn tại địa bàn nghiên cứu.

- Đẩy mạnh hoạt động truyền thông gián tiếp về SKSS thông qua sách, báo, tạp chí, bản tin sức khỏe, tăng cường đăng tải các tin, bài phóng sự hướng dẫn, thông báo địa điểm tin cậy về truyền thông, tư vấn, khám, chẩn đoán và điều trị các bệnh có liên quan đến SKSS cho học sinh trung học phổ thông.
- Phối hợp truyền thông lồng ghép, xây dựng mối quan hệ bền chặt giữa các cơ sở y tế, gia đình, nhà trường và xã hội, đặc biệt là tăng cường trao đổi chia sẻ thông tin về SKSS giữa thầy, cô giáo, cha, mẹ, người thân... với các em học sinh nhằm nâng cao kiến thức, thái độ và thực hành về chăm sóc SKSS cho học sinh trung học phổ thông.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Phan Đức Bạch (2011), *Nghiên cứu kiến thức, thái độ và hành vi về sức khỏe sinh sản của học sinh trường phổ thông dân tộc nội trú tỉnh Quảng Nam*, Trường Đại học Y - Dược Huế, tr.78 - 80.
2. Khương Văn Duy, Nguyễn Thị Thúy Hiền (2005), *Thực trạng hành vi tình dục của đối tượng học sinh trung học phổ thông ở Hải Phòng*, tr. 52 - 56.
3. Lê Huỳnh Thị Cẩm Hồng, Trương Trọng Hoàng (2008), *Kiến thức - thái độ và nhu cầu giáo dục giới tính của học sinh trường trung học phổ thông Ngô Tất Tố*, quận Phú Nhuận thành phố Hồ Chí Minh, tr. 4 - 7.
4. Nguyễn Tuấn Kiệt (2009), *Nghiên cứu hiểu biết, thái độ, thực hành về sức khỏe sinh sản vị thành niên của học sinh Trung học phổ thông huyện, Mỹ Xuyên, tỉnh Sóc Trăng*, Trường Đại học Y - Dược Huế, tr. 24 - 43.
5. Diệp Từ Mỹ, Nguyễn Văn Lợi (2004), *Kiến thức, thái độ và hành vi về sức khỏe sinh sản của học sinh phổ thông Trung học thành phố Hồ Chí Minh*, tr. 69 - 71.
6. Hoàng Thị Tâm (2003), *Nghiên cứu thực trạng hiểu biết, thái độ và hành vi về sức khỏe sinh sản của học sinh Trung học phổ thông ở thành phố Huế*, Luận văn thạc sỹ Y học, chuyên ngành y học cộng đồng, trường Đại học Y - Dược Huế 29 - 68.
7. Đoàn Kim Thắng, Nguyễn Thị Văn, Phan Quốc Thắng (2009), *Nhu cầu giáo dục giới tính và sức khỏe sinh sản của học sinh Trung học phổ thông*, Nghiên cứu trường hợp tại 4 trường nội thành Hà Nội, Xã hội học số 4, tr. 62
8. Lê Bá Tường (2010), *Nghiên cứu hiểu biết, thái độ, thực hành về sức khỏe sinh sản của học sinh trung học phổ thông huyện Nam Đông, tỉnh Thừa Thiên Huế* - Đại học Y - Dược Huế. Tr 31 - 45.
9. Nguyễn Văn Tường (2007), *Thực trạng kiến thức, thái độ, hành vi về sức khỏe sinh sản ở học sinh trung học phổ thông huyện Đại từ tỉnh Thái Nguyên*, Ủy ban dân số, gia đình tỉnh Thái nguyên. Tạp chí thông tin Y - Dược, tr. 17 - 19.

**KHẢO SÁT VAI TRÒ CỦA
TỔ CHỨC ĐẢNG, CHÍNH QUYỀN, ĐOÀN THỂ CÁC CẤP
TRONG CÔNG TÁC TRUYỀN THÔNG GIÁO DỤC SỨC KHOẺ
TẠI TỈNH QUẢNG NAM**

*BSCKI. Nguyễn Thị Kim Vân
Trung tâm Truyền thông GDSK Quảng Nam*

Tóm tắt nghiên cứu

Nghiên cứu “*Khảo sát vai trò của tổ chức Đảng, chính quyền, đoàn thể các cấp trong công tác truyền thông giáo dục sức khỏe tại tỉnh Quảng Nam*” được tiến hành trên 250 cán bộ lãnh đạo Đảng, Nhà nước, Mặt trận, Hội, Đoàn thể huyện, xã tại tỉnh Quảng Nam. Kết quả nghiên cứu cho thấy lãnh đạo các ban, ngành, đoàn thể đã quan tâm đến việc triển khai các văn bản liên quan đến công tác chăm sóc sức khỏe nhân dân (95,6% tuyến huyện và 99,0% tuyến xã); lãnh đạo huyện và xã đã có văn bản chỉ đạo, hướng dẫn hoặc kế hoạch thực hiện về công tác truyền thông giáo dục sức khỏe (TTGDSK) (huyện - 95,6% và xã - 98,5%), cán bộ lãnh đạo huyện và xã cũng đã tham gia xây dựng kế hoạch hoạt động y tế (97,8% và 99,5%), hình thức chỉ đạo thực hiện truyền thông phòng chống dịch chủ yếu là bằng văn bản và chỉ đạo trực tiếp. Sự tham gia của các hội, đoàn thể tại địa phương tham gia vào công tác TTGDSK ở tuyến xã khá cao; cụ thể: Hội Phụ nữ - 98,1%, Đoàn Thanh niên - 89,3%, Mặt trận tổ quốc - 73,7%... Trong khi đó sự tham gia của các hội đoàn thể vào công tác TTGDSK tại tuyến huyện rất hạn chế: Mặt trận tổ quốc - 13,3%, Hội Nông dân - 11,1%, Hội Phụ nữ - 6,7%, Đoàn thanh niên - 4,4%, Văn hóa Thông tin và Ngành Giáo dục - 2,2%. Cán bộ lãnh đạo các ban, ngành, đoàn thể ở huyện và xã đã tham gia vào việc vận động, nói chuyện sức khỏe và phát tài liệu truyền thông cho người dân.

1. Đặt vấn đề

Trong những năm qua, hoạt động TTGDSK đã góp phần quan trọng vào kết quả của các chương trình y tế nói riêng và vào thành công của chiến lược chăm sóc sức khỏe nhân dân (CSSKND) nói chung.

Đảng, Nhà nước và ngành Y tế luôn coi trọng và khẳng định công tác TTGDSK là một phần không thể thiếu được trong sự nghiệp CSSKND. Nghị quyết số 46-NQ/TW của Bộ Chính trị, ngày 23/2/2005 đã đưa ra 7 nhiệm vụ và giải pháp thực hiện công tác bảo vệ, chăm sóc và nâng cao sức khỏe nhân dân trong tình hình mới, trong đó chỉ rõ, phải: nâng cao hiệu quả Thông tin - Giáo dục - Truyền thông nhằm tạo sự chuyển biến rõ rệt về nhận thức, trách nhiệm của toàn bộ hệ thống chính trị đối với công tác bảo vệ, chăm sóc và nâng cao sức khỏe nhân dân; trang bị kiến thức và kỹ năng để mỗi người, mỗi gia đình, mỗi cộng đồng có thể chủ động phòng bệnh, xây dựng nếp sống vệ sinh, rèn luyện thân thể, hạn chế những lối sống và thói quen có hại đối với sức khỏe, tham gia tích cực vào các hoạt động bảo vệ, chăm sóc và nâng cao sức khỏe cho cộng đồng.

Các chủ trương, chính sách của Đảng và Nhà nước trên lĩnh vực chăm sóc, bảo vệ sức khỏe nhân dân đã được các cấp, các ngành quan tâm triển khai thực hiện, đã tạo ra bước chuyển biến mới trong nhận thức và trách nhiệm của cán bộ, đảng viên, nhân dân; đặc biệt là vai trò và trách nhiệm lãnh đạo của các cấp ủy đảng, chính quyền và sự tham gia của các hội đoàn thể về công tác bảo vệ, chăm sóc và nâng cao sức khỏe nhân dân. Hệ thống y tế ngày càng được củng cố, người dân đã được tiếp cận với các dịch vụ y tế ngày càng thuận lợi hơn, việc đầu tư từ ngân sách Nhà nước cho y tế ngày càng tăng... Tuy nhiên, công tác bảo vệ, chăm sóc sức khỏe nhân dân tại tỉnh Quảng Nam vẫn còn nhiều khó khăn, hạn chế. Công tác CSSKND, đặc biệt là công tác TTGDSK còn khoán trắng cho ngành y tế. Vì vậy, để khắc phục những tồn tại, hạn chế trên; đồng thời, một lần nữa xác định lại vai trò, trách nhiệm của các cấp ủy Đảng, chính quyền, mặt trận, hội, đoàn thể, ngành chức năng trong công tác bảo vệ và CSSKND nói chung và công tác TTGDSK nói riêng, chúng tôi tiến hành nghiên cứu “*Khảo sát vai trò của tổ chức Đảng, chính quyền, đoàn thể các cấp trong công tác truyền thông giáo dục sức khỏe tại tỉnh Quảng Nam*” với các mục tiêu sau:

1. Khảo sát vai trò của cấp ủy Đảng, chính quyền, đoàn thể trong công tác truyền thông giáo dục sức khỏe.
2. Đề xuất những giải pháp để nâng cao vai trò của cấp ủy Đảng, chính quyền, đoàn thể trong công tác truyền thông giáo dục sức khỏe.

2. Đối tượng và phương pháp nghiên cứu

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Cán bộ lãnh đạo Đảng, Chính quyền, Mặt trận, Hội, Đoàn thể cấp huyện, xã. Tổng số: 45 cán bộ của 9 huyện và 205 cán bộ của 41 xã.

2.2. Thiết kế nghiên cứu: Mô tả cắt ngang, định tính kết hợp định lượng.

2.3. Xử lý số liệu: Bảng phần mềm SPSS 10.0 và Excel 2000.

3. Kết quả nghiên cứu và bàn luận

3.1. Công tác chỉ đạo và điều hành của cấp ủy, chính quyền

3.1.1. Có triển khai các văn bản liên quan đến công tác CSSKND

Khảo sát cho thấy, các văn bản của trung ương, tỉnh về CSSKND đều được triển khai thông qua Hội nghị huyện uỷ, và các kỳ họp của UBND huyện. Tại tuyến huyện, 95,6% người được hỏi cho rằng có triển khai các văn bản liên quan đến công tác CSSKND. Tại tuyến xã con số này là 99,0%. So với nghiên cứu của Phạm Nguyễn Cẩm Thạch chỉ có 78,6% phiếu cho biết, các văn bản của trung ương, tỉnh về CSSKND đều được triển khai thông qua Hội nghị Huyện uỷ, các kỳ họp của UBND huyện như Chỉ thị 06-CT/TW ngày 22/01/2002 của Ban Bí thư “Về việc củng cố và hoàn thiện mạng lưới y tế cơ sở”; Nghị quyết 46-NQ/TW ngày 23/02/2005 của Bộ Chính trị “Về công tác bảo

vệ, chăm sóc và nâng cao sức khỏe nhân dân trong tình hình mới”; Chi thị 52-CT/TW ngày 11/3/1995 và Chi thị số 54-CT/TW ngày 30/11/2005 của Ban Bí thư “Về việc lãnh đạo và tăng cường sự lãnh đạo đối với công tác phòng chống HIV/AIDS trong tình hình mới”... 71,5% trả lời huyện đã có ban hành các Chi thị, Nghị quyết, Văn bản liên quan đến công tác CSSKND, các chương trình hành động và hướng dẫn thực hiện các chi thị, nghị quyết, các văn bản khác của trung ương, của tỉnh về công tác CSSKND. Đồng thời, huyện đã có nghị quyết HĐND và các chương trình, mục tiêu cụ thể đối với việc CSSKND.

3.1.2. Có văn bản chỉ đạo, hướng dẫn hoặc kế hoạch thực hiện về công tác TTGDSK

95,6% đối tượng nghiên cứu là cán bộ huyện và 98,5% đối tượng nghiên cứu là cán bộ xã cho rằng có các văn bản chỉ đạo, hướng dẫn hoặc có kế hoạch thực hiện các chính sách về CSSKND trong đó có nội dung chỉ đạo về công tác TTGDSK.

3.1.3. Thông tin về sức khỏe người dân thường nhận được từ các nguồn

Bảng: Nguồn cung cấp thông tin về sức khỏe cho người dân

Tuyến	Qua người dân		Các phương tiện thông tin đại chúng		Ban chăm sóc sức khỏe		Cán bộ y tế	
	n	Tỷ lệ (%)	n	Tỷ lệ (%)	n	Tỷ lệ (%)	n	Tỷ lệ (%)
Tuyến huyện (n= 45)	25	55,6	32	71,1	23	51,1	36	80
Tuyến xã (n=205)	93	45,4	134	65,4	142	69,3	143	69,8
Chung (n=250)	118	47,2	166	66,4	165	66	179	71,6

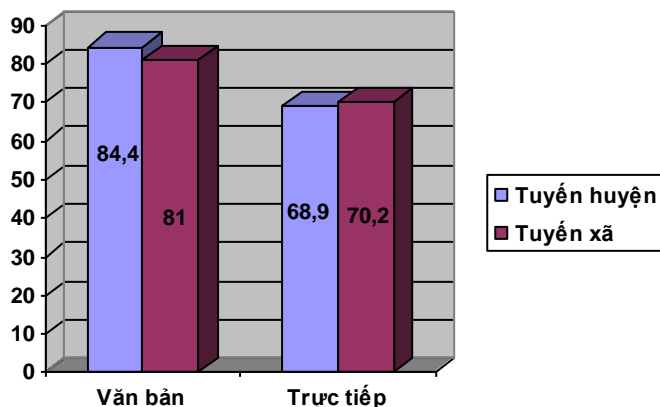
Kết quả bảng 1 cho thấy, theo các cán bộ tuyến huyện thì các thông tin về sức khỏe đến với người dân chủ yếu từ cán bộ y tế (80%), qua các phương tiện thông tin như ti vi, đài, báo, loa phát thanh, tờ rơi, poster... (71,1 %); qua người dân (55,6%) và qua ban chăm sóc sức khỏe (51,1%). Như vậy người dân nhận các thông tin về sức khỏe chủ yếu qua cán bộ y tế và qua các phương tiện thông tin đại chúng; còn qua Ban chăm sóc sức khỏe là ít nhất, qua đây cho thấy Ban chăm sóc sức khỏe chưa thật sự vào cuộc trong công tác TTGDSK. Tại tuyến xã, các thông tin về sức khỏe người dân nhận được chủ yếu từ cán bộ y tế cung cấp chiếm 69,8%, Ban Chăm sóc sức khỏe chiếm 69,3%; qua các phương tiện thông tin như ti vi, đài, báo, loa phát thanh, tờ rơi, poster... chiếm 65,4%; qua người dân chiếm 45,5%.

Theo nghiên cứu của Bạch Thị Chính, Lê Công Minh, Tạ Quốc Đạt thì người dân nhận thông tin chủ yếu qua các phương tiện truyền thông như đài phát thanh xã, huyện, tỉnh, trung ương và qua tivi chiếm 76,5%; tỷ lệ người dân nhận thông tin từ người đến nhà vận động trước can thiệp là 17,5%, sau can thiệp là 62,5%; tỷ lệ người dân nhận tài liệu truyền thông trước can thiệp là 3,0%, sau can thiệp là 57,5%; tỷ lệ người dân có

được thông tin về phòng bệnh SXH từ các cuộc họp tổ trước và sau can thiệp (2,5%; 16,0%), xe cô động trong chiến dịch 13,5%.

3.1.4. Các hình thức chỉ đạo hoạt động y tế

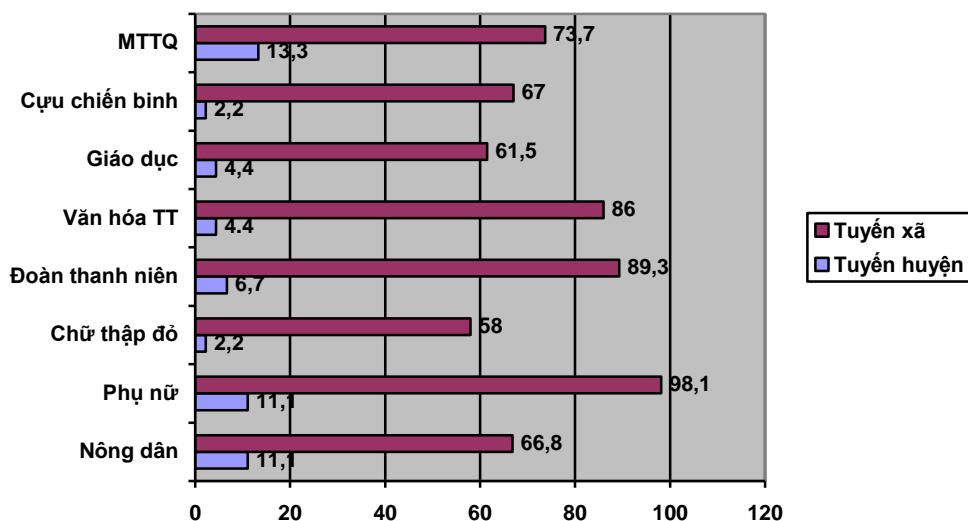
97,8% cán bộ tuyến huyện và 99,5% cán bộ tuyến xã tham gia nghiên cứu cho rằng chính quyền địa phương đã tham gia chỉ đạo xây dựng kế hoạch hoạt động y tế qua văn bản và chỉ đạo trực tiếp.



Biểu đồ 1: Các hình thức chỉ đạo công tác tuyên truyền phòng chống dịch

Khi có dịch bệnh xảy ra các hình thức chỉ đạo công tác tuyên truyền phòng chống dịch chủ yếu bằng văn bản và chỉ đạo trực tiếp. Tại tuyến huyện: 84,4% người được hỏi cho rằng công tác tuyên truyền phòng chống dịch được chỉ đạo bằng văn bản và 68,9 % chỉ đạo công tác tuyên truyền phòng chống dịch trực tiếp. Tại tuyến xã: 81,0% chỉ đạo chỉ đạo công tác tuyên truyền phòng chống dịch bằng văn bản và 70,2 % chỉ đạo công tác tuyên truyền phòng chống dịch trực tiếp.

3.2. Các hội, đoàn thể tại địa phương tham gia vào công tác TTGDSK



Biểu đồ 2: Các hội, đoàn thể tại địa phương tham gia vào công tác TTGDSK

Đánh giá tổng quan về sự tham gia của các ban, ngành, đoàn thể trong công tác TTGDSK ở tuyến xã được đánh giá cao hơn tuyến huyện. Cụ thể như sau: 73,7% số cán bộ xã tham gia nghiên cứu cho rằng Mặt trận tổ quốc có tham gia vào công tác TTGDSK, con số này khi hỏi các cán bộ tuyến huyện chỉ là 13,3%. Tương tự như vậy khi đánh giá sự tham gia của hội Phụ nữ, hội Nông dân ở tuyến xã tương ứng là 98,1% và 66,8%; tại tuyến huyện chỉ là 11,1%. Đánh giá sự tham gia của Đoàn thanh niên vào hoạt động TTGDSK ở huyện và xã tương ứng là 6,7% và 89,3%. Tỷ lệ cán bộ tuyến huyện cho rằng ngành VH TT và Giáo dục tham gia vào TTGDSK cũng rất thấp chỉ là 4,4% trong khi con số này ở tuyến xã 86% và 61,5%.

Kết quả nghiên cứu cho thấy các ban, ngành, đoàn thể của huyện chưa quan tâm đến sức khỏe người dân. Đặc biệt, chưa có mối quan hệ mật thiết trong việc TTGDSK cho người dân. Hầu hết ban, ngành rất ít tham gia và còn khoán trắng cho ngành y tế. Còn đối với tuyến xã thì các cấp ban, ngành, đoàn thể rất quan tâm và đều tham gia vào công tác TTGDSK cho người dân.

Nghiên cứu “Tình hình thực hiện công tác truyền thông giáo dục sức khỏe tại tuyến xã” đã cho thấy sự phối hợp liên ngành trong hoạt động TTGDSK: Các hoạt động TTGDSK của trạm y tế và nhân viên y tế thôn bản/ấp nhận được sự chỉ đạo chặt chẽ và kịp thời của Đảng ủy và UBND xã. Hầu hết các xã nhận được sự chỉ đạo này. Sự chỉ đạo của UBND và Đảng ủy xã thể hiện sự quan tâm và nhận thức về tầm quan trọng của hoạt động TTGDSK. Nhờ đó, nhiều hoạt động truyền thông có được sự hỗ trợ kịp thời và đạt hiệu quả cao.

Ngoài sự chỉ đạo và hỗ trợ từ phía Đảng ủy và UBND xã, các hoạt động TTGDSK tuyến xã còn nhận được sự tham gia của các tổ chức đoàn thể (Mặt trận tổ quốc, hội Nông dân, hội Phụ nữ, đoàn Thanh niên, hội Chữ thập đỏ và hội Cựu chiến binh). Đây có thể nói là một trong những yếu tố quyết định đến hiệu quả của các hoạt động TTGDSK tại cộng đồng. Theo nghiên cứu của Phạm Nguyễn Cẩm Thạch, khi được hỏi về các Chương trình mục tiêu y tế quốc gia đã được ngành y tế huyện triển khai như thế nào thì có 85,7% ý kiến cho rằng rất được các cấp uỷ, chính quyền quan tâm chỉ đạo và ngành chức năng thực hiện tốt, Ban, Ngành, Hội, Đoàn thể liên quan cũng đã cùng vận động nhân dân tham gia, vì địa phương xem đây là quyền lợi chính đáng và hết sức cần thiết đối với nhân dân cũng như sự phát triển kinh tế - xã hội của địa phương.

3.3. Các hình thức truyền thông được các cấp chính quyền tham gia

Có nhiều hình thức để chuyển tải thông tin về sức khỏe đến với người dân trong cộng đồng, mỗi hình thức đều có những ưu thế và hạn chế nhất định. Tùy theo tình hình, đặc điểm đối tượng để lựa chọn hình thức truyền thông phù hợp. Kết quả nghiên cứu cho thấy cán bộ lãnh đạo các ban, ngành, đoàn thể tham gia TTGDSK dưới các hình thức:

- Vận động người dân:
- + Cán bộ tuyến huyện: 100% cán bộ của các huyện Phước Sơn, Nam Trà My, Quế Sơn, Núi Thành, Tam Kỳ tham gia nghiên cứu cho rằng có tham gia vận

động người dân; tỷ lệ này ở Điện Bàn là 80%; Duy Xuyên và Hiệp Đức là 60%. Ngoài ra huyện Thăng Bình cán bộ các Ban, Ngành không tham gia vào công tác truyền thông vận động người dân.

- + Cán bộ tuyến xã: Đa số các cán bộ xã đều tham gia vận động người dân, đạt trên 80% (huyện Nam Trà My, Phước Sơn, Quế Sơn, Thăng Bình, Núi Thành, Điện Bàn); huyện Duy Xuyên và Hiệp Đức đạt 95,0%; tại Tam Kỳ con số này là 100%.
- Nói chuyện sức khỏe:
 - + Cán bộ tuyến huyện: 100% cán bộ huyện Phước Sơn, Thăng Bình tham gia nghiên cứu cho rằng đã tham gia nói chuyện sức khỏe cho người dân; tỷ lệ này ở Nam Trà My là 80%; huyện Quế Sơn, Núi Thành, Duy Xuyên là 60%, huyện Tam Kỳ, Hiệp Đức chiếm 40%.
 - + Cán bộ tuyến xã: 86,7% cán bộ xã của huyện Nam Trà My có tham gia nói chuyện sức khỏe; tỷ lệ này ở Tam Kỳ, Hiệp Đức là 85%; Núi Thành là 80%; Quế Sơn - 70%; Phước Sơn - 60%; Thăng Bình - 52.1%, Duy Xuyên - 51.4%, Điện Bàn - 50%.
- Phát tờ rơi cho người dân: Ngoài 2 hình thức chính trên, cán bộ tuyến huyện và tuyến xã còn tham gia trực tiếp phát tờ rơi về chăm sóc sức khỏe cho nhân dân nhân dịp các sự kiện, cuộc họp...
 - + Cán bộ tuyến huyện: 100% cán bộ huyện Phước Sơn tham gia nghiên cứu cho rằng đã từng phát tờ rơi cho người dân; tỷ lệ này ở Nam Trà My là 80%; huyện Điện Bàn, Tam Kỳ là 60%.
 - + Cán bộ tuyến xã: 82,9% cán bộ các ban, ngành xã thuộc huyện Thăng Bình tham gia vào việc phát tờ rơi cho người dân; tỷ lệ này ở Phước Sơn là 80%, Nam Trà My – 73,3%; Tam Kỳ - 70%; Núi Thành – 56%, Hiệp Đức – 55%. Một số huyện như Duy Xuyên, Quế Sơn, Điện Bàn cán bộ xã rất ít tham gia vào hình thức này chiếm tỷ lệ tương ứng là 35%, 15%, 14.3%.

4. Kết luận

Qua khảo sát 45 cán bộ của 9 huyện và 205 cán bộ của 41 xã về vai trò của tổ chức Đảng, chính quyền, đoàn thể các cấp về công tác truyền thông giáo dục sức khỏe tại tỉnh Quảng Nam kết quả như sau:

- 95,6% cán bộ tuyến huyện và 99,0% cán bộ tuyến xã cho rằng có triển khai các văn bản liên quan đến công tác CSSKND
- 95,6% (tuyến huyện) và 98,5% (tuyến xã) có văn bản chỉ đạo, hướng dẫn hoặc kế hoạch thực hiện về công tác TTGDSK
- Nguồn thông tin về sức khỏe tới người dân:

- + Tuyển huyện: 80% từ cán bộ y tế, 71,1% qua các phương tiện thông tin như ti vi, đài, báo, loa phát thanh, tờ rơi, poster...; 55,6% qua người dân và 51,1% thu nhận qua ban chăm sóc sức khỏe.
- + Tuyển xã: 69,8% từ cán bộ y tế, 69,3% Ban Chăm sóc sức khỏe; 65,4% qua các phương tiện thông tin như ti vi, đài, tờ rơi, poster...; 45,5% qua người dân.
- Kế hoạch hoạt động y tế có sự tham gia của các cấp chính quyền địa phương: Tuyển huyện - 97,8%; tuyển xã – 99,5%.
- Các hình thức chỉ đạo công tác tuyên truyền phòng chống dịch: chỉ đạo bằng văn bản là 84,4% (tuyển huyện) và 81,0% (tuyển xã); chỉ đạo trực tiếp 68,9 % (tuyển huyện) và 70,2% (tuyển xã)
- Sự tham gia của các hội, đoàn thể tại địa phương tham gia vào công tác TTGDSK ở tuyển xã khá cao; cụ thể: Hội Phụ nữ - 98,1%, Đoàn Thanh niên - 89,3%, Mặt trận tổ quốc 73,7%... Trong khi đó sự tham gia của các hội đoàn thể vào công tác TTGDSK tại tuyển huyện rất hạn chế: Mặt trận tổ quốc 13,3%, Hội Nông dân 11,1%, Hội Phụ nữ 6,7%, Đoàn thanh niên - 4,4%, Văn hóa Thông tin và Ngành Giáo dục - 2,2%, Hội chữ thập đỏ và Hội Cựu chiến binh
- Các hình thức truyền thông được các cấp chính quyền tham gia:
 - + Tuyển huyện: 77,8% có tham gia vận động người dân, 62,2% tham gia nói chuyện về sức khỏe, 44,4% phát tài liệu.
 - + Tuyển xã: 87,3% tham gia vận động người dân, 67,3% thực hiện nói chuyện về sức khỏe, 59,2% phát tài liệu.

5. Đề xuất, kiến nghị

Từ kết quả khảo sát vai trò của tổ chức Đảng, chính quyền, đoàn thể các cấp trong công tác TTGDSK tại tỉnh Quảng Nam, chúng ta đề xuất một số giải pháp sau:

Đối với cấp lãnh đạo Đảng, chính quyền huyện, xã:

- Tăng cường vai trò lãnh đạo, chỉ đạo của cấp ủy Đảng nhằm tiếp tục khẳng định và nâng cao vai trò của các cấp ủy Đảng trong việc triển khai, quán triệt các chủ trương của Đảng, chính sách của Nhà nước, nâng cao nhận thức của cả hệ thống chính trị và toàn thể nhân dân về tầm quan trọng của sự nghiệp CSSKND đặc biệt là công tác TTGDSK.
- Cần có sự phối hợp chặt chẽ của các ban ngành đoàn thể trong công tác TTGDSK.

Đối với ngành y tế:

- Lập kế hoạch xây dựng, củng cố và hoàn thiện mạng lưới y tế cơ sở.

- Tăng cường công tác TTGDSK, lựa chọn các nội dung và hình thức truyền thông phù hợp với điều kiện.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Ban Chấp hành Trung ương (2005), Nghị quyết số 46-NQ/TW ngày 23 tháng 02 năm 2005 của Bộ Chính trị về “Công tác bảo vệ, chăm sóc và nâng cao sức khỏe nhân dân trong tình hình mới”.
2. Bạch Thị Chính, Lê Công Minh, Tạ Quốc Đạt (2009), *Hiệu quả truyền thông GDSK nâng cao kiến thức thực hành đúng phòng chống SXH cho người dân tại xã Vĩnh Hựu huyện Gò Tây tỉnh Tiền Giang năm 2009*
3. *Chiến lược bảo vệ, chăm sóc và nâng cao sức khỏe nhân dân giai đoạn 2011-2020, tầm nhìn 2030.*
4. Phạm Mạnh Hùng (2010), “*Tư tưởng Hồ Chí Minh về công tác chăm sóc sức khỏe nhân dân*”, <http://tinhtdoanbg.gov.vn/tn-lam-theo-li-bac/tu-tuong-ho-chi-minh/398-tu-tuong-cham-soc-suc-khoe-nhan-dan.html>
5. Phạm Nguyễn Cẩm Thạch và cs, “*Thực trạng và giải pháp tăng cường vai trò của hệ thống chính trị và sự tham gia của cộng đồng trong công tác chăm sóc sức khỏe nhân dân miền núi tỉnh Quảng Nam*”.
6. Vũ Thị Minh Hạnh và cs (2004), “*Hiệu quả hoạt động của mạng lưới nhân viên y tế tại huyện Tủa Chùa, tỉnh Lai Châu*”.
7. Mạnh Thắng (2011), *Nỗ lực nâng cao chất lượng công tác truyền thông giáo dục sức khỏe.*
8. Trung tâm Truyền thông - Giáo dục Sức khỏe, Bộ Y tế (1993), “*Giáo trình cơ bản về Giáo dục sức khỏe*”.

ĐÁNH GIÁ KIẾN THỨC THÁI ĐỘ THỰC HÀNH CỦA NGƯỜI DÂN TỈNH THÁI BÌNH VỀ BỆNH KHÔNG LÂY NHIỄM NĂM 2013

*Giang Văn Hòa, Nhâm Thúy Liễu
Trung tâm truyền thông GDSK Thái Bình*

Tóm tắt nghiên cứu

Nghiên cứu mô tả cắt ngang tiến hành từ tháng 4 đến tháng 12 năm 2013 trên 210 người dân tuổi 35-65 tại Thái Bình nhằm đánh giá thực trạng kiến thức, thái độ, thực hành phòng chống các bệnh không lây nhiễm của người dân. Kết quả nghiên cứu cho kiến thức của đối tượng nghiên cứu về các nội dung của bệnh đái tháo đường ở mức kém luôn chiếm tỷ lệ cao từ 81,4% đến 92,8%. Có 42,7 % đồng ý với ý kiến đái tháo đường là bệnh nguy hiểm; 59,2% đồng ý với ý kiến thay đổi thói quen sinh hoạt, làm việc, chế độ ăn uống có tác dụng điều trị đái tháo đường. Tỷ lệ có kiến thức kém về các nội dung của tăng huyết áp chiếm tỷ lệ rất cao từ 61,7% đến 75,2%; 52,5% đồng ý với ý kiến tăng huyết áp nguy hiểm đối với sức khỏe. Tỷ lệ kiến thức về các nội dung của bệnh ung thư ở mức kém rất cao, từ 95,3% đến 96,7%; 98,8 % đồng ý với ý kiến ung thư là bệnh nguy hiểm, 95,6 % đồng ý với ý kiến phòng chống bệnh ung thư là trách nhiệm của toàn cộng đồng. Trên 91% đối tượng có kiến thức kém về bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính; 5,4% đồng ý với nhận định bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính là bệnh nguy hiểm đối với sức khỏe. Có tới 71,8% đối tượng không tập thể dục.

1. Đặt vấn đề

Những thói quen xấu như: Hút thuốc lá, uống rượu, ăn uống không hợp lý, ít vận động thể lực, áp lực công việc,... đang gây ảnh hưởng đến sức khỏe của con người. Đây là những nguyên nhân dẫn đến tỷ lệ mắc các bệnh không lây nhiễm (tim mạch, tiểu đường, ung thư, bệnh phổi mạn tính, tâm thần,...) gia tăng. Theo tổ chức Y tế Thế giới (WHO), mỗi năm Việt Nam có hơn 350.000 ca tử vong do các bệnh không lây nhiễm, trong đó tử vong do các bệnh tim mạch là 70.000 ca, ung thư 66.000 ca, đái tháo đường 13.000 ca... Tại Thái Bình, mặc dù chưa có số liệu thống kê nhưng theo báo cáo của Trung tâm Y tế dự phòng tỉnh, trung bình mỗi tháng, đơn vị tư vấn cho gần 200 người tiền đái tháo đường (có nguy cơ cao chuyển sang đái tháo đường). Tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh đang quản lý, điều trị ngoại trú hơn 600 trường hợp mắc bệnh tiểu đường. Số người bị tăng huyết áp ngày càng gia tăng, số bệnh nhân mắc bệnh ung thư xuất hiện ngày càng nhiều. Bệnh viện Đa khoa tỉnh, có khoảng 160 bệnh nhân ung thư năm điều trị.

Các bệnh không lây nhiễm đứng vị trí hàng đầu trong những bệnh có tỷ lệ tử vong cao nhất trên thế giới. Nhiều người phát hiện ra bệnh ở giai đoạn nghiêm trọng nên khó điều trị và rất tốn kém.

Nguyên nhân của tình trạng trên là do người dân chưa có kiến thức đầy đủ về nguyên nhân, nguy cơ mắc bệnh cũng như cách phòng chống các bệnh không lây nhiễm. Để đánh giá thực trạng kiến thức, thái độ, thực hành về phòng chống các bệnh

không lây nhiễm của cộng đồng và đề xuất các chiến lược truyền thông nâng cao nhận thức, kỹ năng thực hành phòng chống bệnh không lây nhiễm một cách có hiệu quả cho người dân tỉnh Thái Bình, chúng tôi tiến hành thực hiện đề tài nghiên cứu: “*Đánh giá kiến thức thái độ thực hành của người dân tỉnh Thái Bình về các bệnh không lây nhiễm năm 2013*”.

2. Mục tiêu nghiên cứu

Đánh giá thực trạng kiến thức, thái độ, thực hành về phòng chống các bệnh không lây nhiễm của người dân tỉnh Thái Bình.

3. Phương pháp nghiên cứu

3.1. Thiết kế nghiên cứu: Thiết kế nghiên cứu mô tả cắt ngang

3.2. Thời gian, địa điểm nghiên cứu.

- Thời gian: Từ tháng 4 – 12/2013
- Địa điểm: tỉnh Thái Bình

3.3. Đối tượng nghiên cứu

Người dân trong độ tuổi từ 35 - 65 tuổi hiện đang sinh sống tại Thái Bình

3.4. Chọn mẫu

- Cỡ mẫu

Áp dụng công thức tính cỡ mẫu:

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

Trong đó:

n: Cỡ mẫu điều tra

$Z^2(1-\alpha/2)$: Độ tin cậy 95%, $Z^2(1-\alpha/2) = 1,96$

P: Tỷ lệ người dân có về kiến thức về phòng chống BKLN xác định của nghiên cứu

Chúng tôi tăng số mẫu lên 7%. Như vậy cỡ mẫu nghiên cứu là 210 người.

- Phương pháp chọn mẫu: Phương pháp ngẫu nhiên đơn
 - + Chọn hộ đầu tiên: lập danh sách, đánh số thứ tự toàn bộ các hộ có đối tượng trong độ tuổi nghiên cứu, chọn hộ đầu tiên theo bảng số ngẫu nhiên.
 - + Chọn đối tượng phỏng vấn: Đối tượng là người dân trong độ tuổi từ 35- 65 trong hộ.
 - + Sử dụng phương pháp “cổng liền cổng” để chọn đối tượng phỏng vấn tiếp theo.

3.5. Phương pháp thu thập số liệu

Thu thập số liệu bằng bộ câu hỏi phỏng vấn

3.6. Xử lý số liệu: Số liệu được xử lý bằng phần mềm thống kê SPSS 14.0.

4. Kết quả nghiên cứu

4.1. Thông tin chung

Chúng tôi tiến hành nghiên cứu trên 210 đối tượng, trong đó tỷ lệ nam và nữ lần lượt là 47,6% và 52,4%. Số người có trình độ trung học phổ thông chiếm tỷ lệ 35,3%, có 42,4% ở trình độ trung học cơ sở và 22,3% có trình độ tiểu học.

Bảng 1: Nghề nghiệp của đối tượng nghiên cứu

Nghề nghiệp	Tần số	Tỷ lệ (%)
Nông dân	92	43,8
Công nhân	22	10,5
Buôn bán, lao động tự do	75	35,7
Cán bộ văn phòng	2	0,95
Nội trợ	4	1,9
Nghỉ hưu	15	7,15

Đối tượng là cán bộ văn phòng và nội trợ chiếm tỷ lệ thấp nhất là 0,95% và 1,9%. Đa số người trong nghiên cứu là nông dân và buôn bán, lao động tự do, với tỷ lệ lần lượt là 43,8% và 35,7%.

4.2. Kiến thức, thái độ của đối tượng nghiên cứu về bệnh không lây nhiễm

- Kiến thức về bệnh đái tháo đường

Bảng 2: Kiến thức về phòng bệnh đái tháo đường

Kiến thức	Kém		Trung bình		Khá		Tốt	
	Tần số	Tỷ lệ (%)	Tần số	Tỷ lệ (%)	Tần số	Tỷ lệ (%)	Tần số	Tỷ lệ (%)
Khái niệm	173	82,3	22	10,5	11	5,3	4	1,9
Triệu chứng	171	81,4	22	10,4	12	6,3	4	1,9
Các biến chứng	181	86,2	16	7,7	9	4,2	4	1,9
Yếu tố nguy cơ	188	89,5	9	4,2	9	4,4	4	1,9
Các biện pháp phòng chống	193	91,9	8	3,8	5	2,4	4	1,9

Bảng trên cho thấy, kiến thức của đối tượng nghiên cứu về khái niệm, triệu chứng, các biến chứng, các yếu tố nguy cơ, các biện pháp phòng chống bệnh đái tháo đường ở mức kém chiếm tỷ lệ cao, lần lượt là 82,3%, 81,4%, 86,2%, 89,5%, 91,9%; kiến thức về các nội dung trên đạt ở mức tốt chiếm tỷ lệ rất thấp, đều là 1,9 %.

Bảng 3: Kiến thức về các biện pháp điều trị bệnh đái tháo đường

Kiến thức	Kém		Trung bình		Khá		Tốt	
	Tần số	Tỷ lệ (%)	Tần số	Tỷ lệ (%)	Tần số	Tỷ lệ (%)	Tần số	Tỷ lệ (%)
Điều trị bằng thuốc	195	92,8	6	3,0	5	2,3	4	1,9
Điều trị bằng dinh dưỡng hợp lý	167	79,7	24	11,3	15	7,1	4	1,9
Điều trị bằng luyện tập thể lực	190	90,5	9	4,2	7	3,4	4	1,9

Số đối tượng có kiến thức kém về điều trị bệnh đái tháo đường bằng thuốc chiếm 92,8%, bằng dinh dưỡng hợp lý chiếm 79,7%, bằng luyện tập thể lực thường xuyên chiếm 90,5%. Tỷ lệ có kiến thức trung bình, khá, tốt về điều trị bệnh đái tháo đường rất thấp.

- Thái độ về bệnh đái tháo đường

Bảng 4: Các nội dung liên quan đến bệnh đái tháo đường

Nội dung	Đồng ý	Không đồng ý	Không ý kiến
	Tỷ lệ (%)		
Là bệnh nguy hiểm đối với sức khỏe	42,7	0,9	56,4
Lo sợ nếu bị chẩn đoán mắc bệnh	41,9	2,4	55,7
Phòng chống bệnh là trách nhiệm của toàn cộng đồng	43,3	1,1	55,6
Việc điều trị là không cần thiết	9,5	58,7	31,8
Phòng bệnh quan trọng nhất là dùng thuốc	11,2	55,3	33,3
Thay đổi thói quen sinh hoạt, làm việc, chế độ ăn không có tác dụng điều trị bệnh	28,6	59,2	12,2

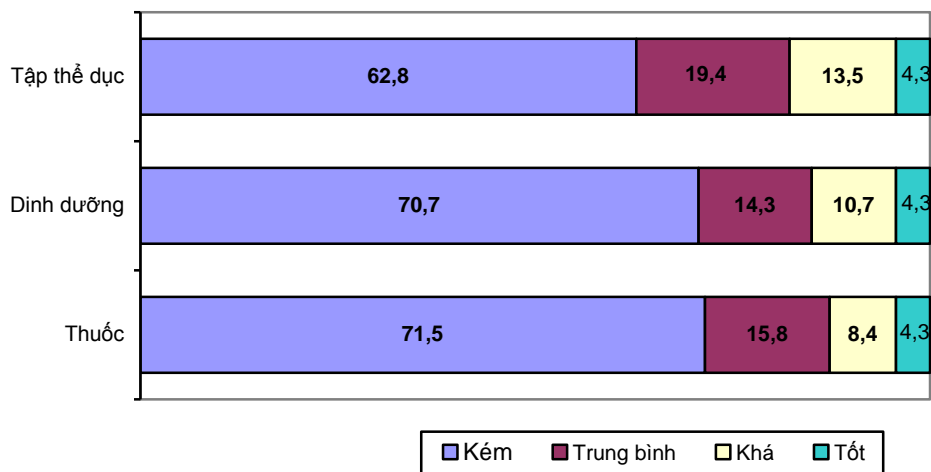
Có 42,7 % đồng ý khi cho rằng đái tháo đường là bệnh nguy hiểm đối với sức khỏe và cuộc sống. Tỷ lệ này thấp hơn so với tỷ lệ chung của cả nước là 91,6%. Tỷ lệ đồng ý với ý kiến cảm thấy lo sợ nếu bị chẩn đoán mắc bệnh đái tháo đường là 41,9%, thấp hơn so với tỷ lệ chung của cả nước (80,8%). Có 43,3% đồng ý phòng chống đái tháo đường là trách nhiệm của toàn cộng đồng, tỷ lệ này thấp hơn nhiều so với tỷ lệ chung của cả nước là 85%. 55,3% người được hỏi không đồng ý về việc phòng bệnh đái tháo đường quan trọng là dùng thuốc. 59,2% đối tượng đồng ý rằng thay đổi thói quen sinh hoạt, làm việc, chế độ ăn uống có tác dụng điều trị đái tháo đường.

- Kiến thức về tăng huyết áp

Bảng 5: Kiến thức về phòng tăng huyết áp

Kiến thức	Kém		Trung bình		Khá		Tốt	
	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Khái niệm	157	75,2	26	12,3	17	8,2	9	4,3
Triệu chứng	144	68,6	37	17,6	20	9,5	9	4,3
Các biến chứng	132	62,9	45	21,3	24	11,5	9	4,3
Yếu tố nguy cơ	128	60,8	40	19	33	15,9	9	4,3
Các biện pháp phòng chống	130	61,7	42	20	29	14	9	4,3

Đối tượng có kiến thức kém về khái niệm, triệu chứng, các biến chứng, yếu tố nguy cơ, các biện pháp phòng chống bệnh tăng huyết áp chiếm tỷ lệ rất cao, lần lượt là 75,2%, 68,6%; 62,9%, 60,8% và 61,7%. Chỉ có 4,3% có kiến thức tốt về phòng chống tăng huyết áp.



Biểu đồ 1: Kiến thức về các phương pháp kiểm soát tăng huyết áp

Tỷ lệ đối tượng nghiên cứu có đầy đủ kiến thức về các biện pháp kiểm soát tăng huyết áp bằng thuốc, bằng dinh dưỡng, bằng cách tập thể dục rất thấp (4,3%); tỷ lệ có kiến thức đạt loại khá thấp nhất là 8,4%, cao nhất là 13,5%; tỷ lệ có kiến thức đạt loại trung bình thấp nhất là 14,3%, cao nhất là 19,4%; số đối tượng có kiến thức kém chiếm tỷ lệ rất cao từ 62,8% đến 71,5%.

- Thái độ với tăng huyết áp

Bảng 6: Các vấn đề liên quan đến tăng huyết áp

Nội dung	Đồng ý	Không đồng ý	Không ý kiến
	Tỷ lệ (%)		
Là bệnh nguy hiểm đối với sức khỏe	52,5	19,7	27,8
Cảm thấy lo sợ nếu mắc tăng huyết áp	54,2	9,3	36,5
Phòng chống tăng huyết áp là trách nhiệm của toàn cộng đồng	53,3	10,7	36
Việc điều trị tăng huyết áp là không cần thiết	9,5	58,7	31,8
Phòng tăng huyết áp quan trọng nhất là dùng thuốc	11,2	55,3	33,3
Thay đổi thói quen sinh hoạt, làm việc, chế độ ăn không có tác dụng trong điều trị bệnh	28,6	59,2	12,2

Có 52,5% đồng ý cho rằng tăng huyết áp nguy hiểm đối với sức khỏe. Tỷ lệ đồng ý rằng cảm thấy lo sợ nếu mắc tăng huyết áp là 54,2%. Chỉ có 53,3% đồng ý với ý kiến phòng chống tăng huyết áp là trách nhiệm của toàn cộng đồng.

- Kiến thức về phòng chống ung thư

Bảng 7: Kiến thức về phòng bệnh ung thư

Kiến thức	Kém		Trung bình		Khá		Tốt	
	Tần số	Tỷ lệ (%)	Tần số	Tỷ lệ (%)	Tần số	Tỷ lệ (%)	Tần số	Tỷ lệ (%)
Khái niệm	200	95,3	10	4,7	0	0	0	0
Triệu chứng	201	95,6	9	4,4	0	0	0	0
Các giai đoạn phát triển của bệnh	204	97,1	6	2,9	0	0	0	0
Yếu tố nguy cơ gây bệnh	203	96,7	7	3,3	0	0	0	0
Mức độ nguy hiểm của bệnh	75	35,7	95	45,3	37	17,5	3	1,5
Các biện pháp phòng chống	203	95,6	9	4,4	0	0	0	0

Tỷ lệ có kiến thức về các nội dung của bệnh ung thư như khái niệm, triệu chứng, các giai đoạn phát triển của bệnh, yếu tố nguy cơ gây bệnh, các biện pháp phòng chống đạt kết quả kém chiếm rất cao, từ 95,3% đến 97,1%. Tỷ lệ có kiến thức khá, tốt về bệnh

ung thư rất thấp, thậm chí không có đối tượng nào nói được khái niệm, triệu chứng, các giai đoạn phát triển của bệnh, yếu tố nguy cơ của bệnh và các biện pháp phòng chống.

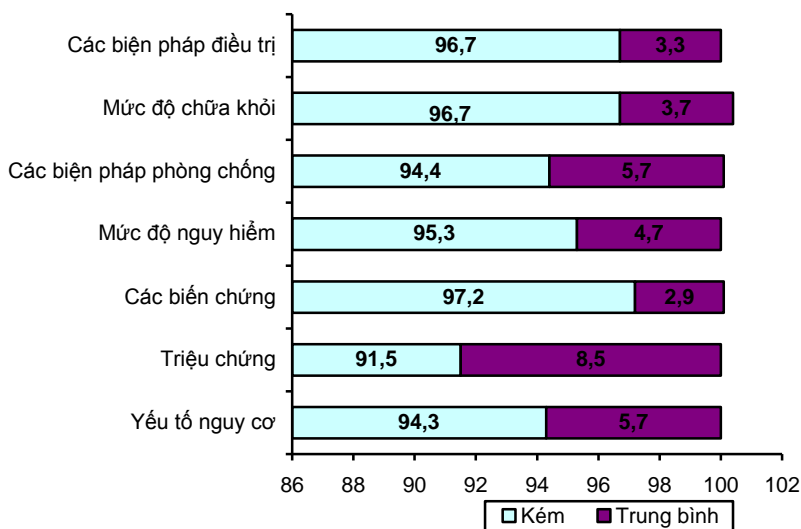
- Thái độ với bệnh ung thư

Bảng 8: Các vấn đề liên quan đến bệnh ung thư

Nội dung	Đồng ý	Không đồng ý	Không ý kiến
	Tỷ lệ (%)		
Là bệnh nguy hiểm đối với sức khỏe	98,8	0	1,2
Cảm thấy lo sợ nếu bị chẩn đoán mắc bệnh	98,8	0	1,2
Phòng chống bệnh là trách nhiệm của toàn cộng đồng	95,6	0	4,4
Việc điều trị bệnh là không cần thiết	42,5	37,5	20
Phòng bệnh quan trọng nhất là dùng thuốc	0	70	30
Thay đổi thói quen sinh hoạt, làm việc, chế độ ăn không có tác dụng trong điều trị bệnh	47,5	33,5	19

Tỷ lệ đồng ý rằng ung thư là bệnh nguy hiểm đối với sức khỏe bằng tỷ lệ cảm thấy lo sợ nếu mắc bệnh ung thư là 98,8%. Có 95,6 % đồng ý việc phòng chống bệnh ung thư là trách nhiệm của toàn cộng đồng. Tuy nhiên, 42,5% đồng ý là điều trị bệnh ung thư là không cần thiết.

- Kiến thức về bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính



Biểu đồ 2: Kiến thức về bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính

Trên 91% đối tượng có kiến thức kém về bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính. Số đối tượng có kiến thức trung bình về bệnh rất thấp, tối đa là 5,7%.

- Thái độ với bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính

Bảng 9: Các vấn đề liên quan đến bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính

Nội dung	Đồng ý (%)	Không đồng ý (%)	Không ý kiến (%)
Là bệnh nguy hiểm đối với sức khỏe	5,4	0	94,6
Cảm thấy lo sợ nếu bị chẩn đoán mắc bệnh	5,4	0	94,6
Phòng chống bệnh là trách nhiệm của toàn cộng đồng	8,7	0	91,3
Việc điều trị bệnh và biến chứng của bệnh là không cần thiết	6,3	5,2	88,5
Phòng bệnh quan trọng nhất là dùng thuốc	9,6	12,8	77,6
Thay đổi thói quen sinh hoạt, làm việc, chế độ ăn không có tác dụng trong điều trị bệnh	11,7	22,7	65,5

Số đối tượng không bày tỏ thái độ về các vấn đề liên quan đến bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính chiếm tỷ lệ rất cao, từ 65,5% đến 94,6%. Tỷ lệ đồng ý với nhận định bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính là bệnh nguy hiểm đối với sức khỏe, cảm thấy lo sợ nếu mắc bệnh này là 5,4%;

4.3. Luyện tập phòng chống bệnh không lây nhiễm

Có tới 71,8% không tập thể dục. Tỷ lệ tập thể dục dưới các dạng như đi bộ là 10,9%, chạy là 4,8%, làm vườn là 9,7%, chơi thể thao là 3,2%.

4.4. Tiếp cận thông tin về bệnh không lây nhiễm

Có tới 74,9% không được nghe các thông tin truyền thông về bệnh không lây nhiễm. Trong số đối tượng được nghe thông tin về bệnh không lây nhiễm, có 91,2% nghe từ tivi, 12,4% nghe từ cán bộ y tế, có 23% nghe từ loa, đài và 0,4% tiếp cận từ internet.

Có 82,7% muốn nghe thông tin về phòng, chống bệnh không lây nhiễm. Trong đó, có 30,7% muốn nghe thông tin từ cán bộ y tế, 33,8% muốn tiếp nhận từ báo/internet.

5. Kết luận

- Kiến thức, thái độ về bệnh đái tháo đường: 1,9% có kiến thức tốt về bệnh đái tháo đường. Tỷ lệ có kiến thức về bệnh đái tháo đường kém chiếm rất cao, trên 80%; 42,7 % đồng ý đái tháo đường là bệnh nguy hiểm đối với sức khỏe và cuộc sống. Có 43,3% đồng ý phòng chống đái tháo đường là trách nhiệm của toàn cộng đồng.
- Kiến thức, thái độ về tăng huyết áp: 4,3% có kiến thức tốt về tăng huyết áp. Đối tượng có kiến thức kém chiếm tỷ lệ rất cao, trên 60%; có 52,5% đồng ý tăng huyết áp nguy hiểm đối với sức khỏe. Chỉ có 53,3% đồng ý với ý kiến phòng chống tăng huyết áp là trách nhiệm của toàn cộng đồng .

- Kiến thức, thái độ về bệnh ung thư rất kém, chiếm tỷ lệ trên 90%; Tỷ lệ đồng ý ung thư là bệnh nguy hiểm đối với sức khỏe bằng tỷ lệ cảm thấy lo sợ nếu mắc bệnh ung thư là 98,8%.
- Kiến thức, thái độ về bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính: Trên 90% đối tượng có kiến thức kém về bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính. Tỷ lệ đồng ý với nhận định bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính là bệnh nguy hiểm đối với sức khỏe bằng tỷ lệ cảm thấy lo sợ nếu mắc bệnh này là 5,4%.
- Thực hành phòng bệnh không lây nhiễm: Có tới 71,8% không tập luyện thể dục.
- Có 12,4% đã từng được nhận thông tin truyền thông về phòng, chống bệnh không lây nhiễm thông qua cán bộ y tế trong tổng số 25,1% đối tượng có nhận được thông tin truyền thông. Có tới 30,7% tham gia nghiên cứu mong muốn nhận thông tin truyền thông từ cán bộ y tế và 33,8 từ internet trong tổng số 72,7% mong muốn nhận thông tin truyền thông về phòng, chống bệnh không lây nhiễm.

6. Kiến nghị

- Sở Y tế cần tăng cường công tác lãnh đạo chỉ đạo, thực hiện các hoạt động tuyên truyền, phổ biến kiến thức về bệnh không lây nhiễm cho nhân dân.
- Trung tâm Truyền thông GDSK Thái Bình tăng cường tuyên truyền, phổ biến kiến thức, hướng dẫn nhân dân các biện pháp phòng chống bệnh không lây nhiễm.
- Trung tâm Y tế Dự phòng tỉnh tham mưu với Sở Y tế thành lập các mô hình can thiệp dự phòng bệnh không lây nhiễm tại cộng đồng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Báo điện tử Chính Phủ (baodientu.chinhphu.vn > Đời sống), *Các bệnh không lây nhiễm gia tăng*.
2. Tạ Văn Bình, Phạm Thị Lan, Đào Tố Hoan (2006), *Đánh giá kiến thức, thái độ, thực hành của người bệnh đái tháo đường trước và sau khi được giáo dục tự chăm sóc*.
3. Hệ thống y tế và phòng bệnh không lây nhiễm ở nông thôn Việt Nam, *Trung tâm nghiên cứu hệ thống y tế - Đại Học Y Hà Nội*.
4. www.benhphoi.com, Bệnh nhân bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính cần biết.t
5. www.caohuyetap.org, Những điều cần biết về bệnh Cao huyết áp.

KHẢO SÁT CÁC THỰC HÀNH LIÊN QUAN BỆNH ĐÁI THÁO ĐƯỜNG CỦA NGƯỜI DÂN TẠI HUYỆN DUỖN HẢI, TỈNH TRÀ VINH

BS. Nguyễn Văn Chiến, BS. Đặng Thanh Hùng
CN. Ngô Gia Trường; CN. Võ Thanh Phong
Trung tâm Truyền thông GDSK tỉnh Trà Vinh

Tóm tắt nghiên cứu

Nghiên cứu mô tả cắt ngang tiến hành trên 492 người dân độ tuổi từ 18-65 sinh sống tại 4 xã/thị trấn thuộc huyện Duyên Hải với mục tiêu tìm hiểu các hành vi ăn uống, luyện tập liên quan đến bệnh đái tháo đường. Kết quả nghiên cứu cho thấy: 23,2% có thói quen ăn uống sau 20 giờ trong đó nhóm tuổi 18-49 có tỷ lệ thực hành này cao. 65,2% thường xuyên uống bia rượu, hút thuốc lá trong đó tỷ lệ này ở nam giới là 99%. 67,1% có thói quen ăn nhiều chất béo, hành vi này rất phổ biến trong nhóm dân tộc Khơ me (94,1%) và nhóm làm ruộng (89,9%). Người dân còn ít quan tâm đến việc thường xuyên ăn rau, trái cây (43,1%) và vận động thể lực (42,7%). Đa số cho rằng việc truyền thông về bệnh đái tháo đường là quan trọng (80,1%).

1. Đặt vấn đề

Đái tháo đường (ĐTĐ) là một trong những bệnh phổ biến nhất hiện nay trên toàn cầu. Đây là một bệnh rối loạn chuyển hoá gây nhiều biến chứng tổn thương hàng loạt các cơ quan trong cơ thể, gây tàn tật thậm chí tử vong. Trong đó ĐTĐ tít 2 chiếm 85-95%. Mặc dù Việt Nam không xếp vào 10 nước có tỷ lệ mắc đái tháo đường cao nhưng lại là quốc gia có tốc độ phát triển bệnh nhanh. Bệnh viện Nội tiết Trung ương vừa công bố tỷ lệ người mắc bệnh ĐTĐ ở nước ta chiếm 5,7% dân số. Tỷ lệ mắc ĐTĐ ở Việt Nam 10 năm qua đã tăng gấp đôi - đây là con số đáng báo động vì trên thế giới, phải trải qua 15 năm tỷ lệ mắc đái ĐTĐ mới tăng gấp đôi. Tại Trà Vinh, tỷ lệ bệnh nhân ĐTĐ tại các cơ sở khám chữa bệnh đang ngày một gia tăng. Biện pháp hữu hiệu để làm giảm tiến triển và biến chứng của bệnh, chi phí cho chữa bệnh ít tốn kém nhất là phải phát hiện sớm và điều trị người bệnh kịp thời. Vì vậy, chúng tôi tiến hành thực hiện đề tài “*Khảo sát thực hành liên quan đến bệnh đái tháo đường của người dân tại huyện Duyên Hải, tỉnh Trà Vinh*” nhằm tìm hiểu các hành vi ăn uống, luyện tập liên quan đến bệnh ĐTĐ.

2. Đối tượng và phương pháp nghiên cứu

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Người dân tuổi từ 18- 65 tại 4 xã/thị trấn thuộc huyện Duyên Hải (thị trấn Duyên Hải, Long Toàn, Long Hữu, Dân Thành).

$$\text{Cỡ mẫu được tính theo công thức: } n = \frac{Z^2 \times P(1 - P)}{C^2} k$$

Với: Z = 1.96 (khoảng tin cậy 95%), p = 50% là ước đoán tham số quần thể

C = 0,05 là sai số cho phép, k = 2 là hệ số thiết kế.

Thay vào công thức tính được n = 492. Mỗi xã chọn 123 người tham gia vào nghiên cứu.

2.2. *Phương pháp nghiên cứu:* Mô tả cắt ngang

2.3. *Phương pháp thu thập thông tin :* Sử dụng bộ câu hỏi phỏng vấn.

3. Kết quả nghiên cứu

3.1. Đặc điểm của đối tượng nghiên cứu

Bảng 1: Một số đặc điểm của mẫu nghiên cứu

Đặc điểm		Số lượng	Tỷ lệ (%)
Tuổi	18- 29 tuổi	79	16,0
	30 – 49 tuổi	254	51,6
	50 – 65 tuổi	159	32,4
Trình độ học vấn	≤ Tiểu học	243	49,4
	THCS	187	38,0
	≥ THPT	62	12,6
Dân tộc	Kinh	407	82,7
	Khmer	85	17,3
	Khác	00	00
Giới tính	Nam	298	60,6
	Nữ	194	39,4
Nghề nghiệp	Làm ruộng	268	54,5
	CBCNV	19	3,9
	Buôn bán	45	9,1
	Làm thuê	127	25,8
	Nghề khác	33	6,7
Tôn giáo	Phật giáo	93	19,0
	Công giáo	05	1,0
	Cao Đài	14	2,8
	Không	380	77,2

Đa số đối tượng nghiên cứu có tuổi trên 30. Số đối tượng có trình độ học vấn từ tiểu học trở chiếm tỷ lệ khá cao (49,4%). Nam nhiều hơn nữ, dân tộc Kinh chiếm đa số (82,7%). Nghề nghiệp: Làm ruộng và làm thuê chiếm hơn 80%.

3.2. Các hành vi của đối tượng nghiên cứu có liên quan đến bệnh đái tháo đường

Bảng 2: Hành vi của đối tượng nghiên cứu có liên quan đến bệnh đái tháo đường

Đặc tính		Thói quen ăn/uống sau 20h		Thường uống rượu bia, hút thuốc lá		Ăn nhiều chất béo (mỡ)		Thường xuyên ăn trái cây, rau củ		Tập thể dục đều đặn	
		Số lượng	Tỷ lệ (%)	Số lượng	Tỷ lệ (%)	Số lượng	Tỷ lệ (%)	Số lượng	Tỷ lệ (%)	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Tuổi	18- 29	23	29,1	42	53,1	19	24	17	21,5	22	27,8
	30 – 49	75	29,5	197	77,6	183	72	134	52,8	112	44,1
	50 – 65	16	10	82	51,6	128	80,5	61	38,4	76	47,8
Trình độ học vấn	≤ Tiểu học	45	18,5	161	66,3	176	72,4	85	35	86	35,4
	THCS	31	16,6	116	62,0	133	71,1	88	47	94	50,2
	≥ THPT	38	61,3	44	71,0	21	33,9	39	63	30	48,4
Dân tộc	Kinh	90	22,1	245	60,2	250	61,4	184	45,2	197	48,4
	Khmer	24	28,2	76	89,4	80	94,1	28	32,9	13	15,3
	Khác	00	00	00	00	00	00	00	00	00	00
Giới tính	Nam	77	25,8	295	99,0	241	80,9	116	39	117	39,3
	Nữ	37	19,1	26	13,4	89	45,9	96	49,5	93	47,9
Nghề nghiệp	Làm ruộng	39	14,6	217	81	241	89,9	138	51,5	125	46,6
	CBCNV	12	63,1	16	84,2	07	36,8	15	79	15	79
	Buôn bán	29	64,6	14	31,1	13	28,9	29	64,4	31	68,9
	Làm thuê	34	26,8	69	54,3	57	44,9	05	04	17	13,4
	Nghề khác	00	00	05	15	12	36	25	75,8	22	66,7
Tôn giáo	Phật giáo	05	5,3	11	11,8	19	20,4	47	50,5	31	33
	Công giáo	00	00	00	00	01	20	00	00	02	20
	Cao Đài	00	00	01	7,1	05	35,7	13	92,8	08	57,1
	Không	109	28,7	309	81,3	305	80,3	152	40	169	44,5
Chung		114	23,2	321	65,2	330	67,1	212	43,1	210	42,7

Kết quả bảng 2 cho thấy:

Về thói quen ăn/uống sau 20 giờ: 23,2% đối tượng nghiên cứu có thói quen ăn/uống sau 20 giờ. Trong đó gần 30% đối tượng nghiên cứu thuộc nhóm tuổi 18-49 có thói quen này. Những người có trình độ học vấn cao hơn dường như lại có thói quen này nhiều hơn (61,3% người có trình độ từ THPT trở lên có thói quen này). Tỷ lệ này ở nam giới (25,8%) cao hơn nữ giới (19,1%).

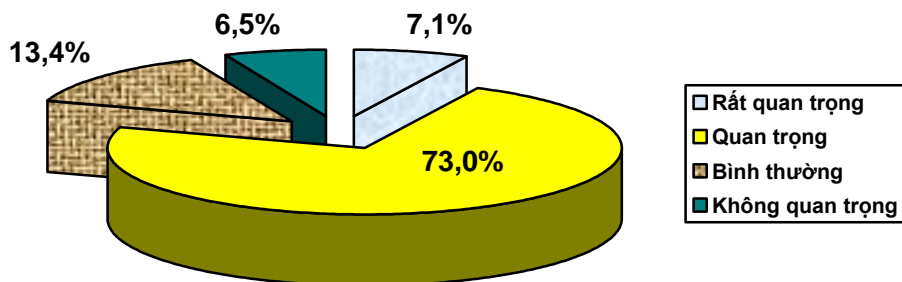
Về hành vi sử dụng rượu bia, thuốc lá: Đây là hành vi khá phổ biến (65,2%), đặc biệt tỷ lệ này ở nhóm tuổi 30-49 là 77,6%. Hầu hết nam giới khi được hỏi đều cho rằng thường xuyên sử dụng rượu bia và thuốc lá (99%). Một điều đặc biệt, hành vi uống rượu bia, hút thuốc lá cũng khá phổ biến trong nhóm CBCNV (84,2%).

Thói quen ăn nhiều chất béo (mỡ): Thói quen này thường gặp ở nhóm người tuổi cao. Tỷ lệ thường ăn nhiều chất béo trong nhóm tuổi 50-65 là 80,5%. Đây cũng là hành vi phổ biến trong nhóm dân tộc Khmer (94,1%) và trong nhóm những người làm ruộng (89,9%).

Thói quen thường xuyên ăn trái cây, rau quả: Người dân dường như ít quan tâm đến thói quen thường xuyên ăn trái cây, rau quả. Dân tộc Cao Đài là nhóm có được thực hành này tốt nhất (92,8%)

Thường xuyên tập thể dục: ít được người dân quan tâm. Chỉ có 39,3% nam giới và 47,9% nữ giới thường xuyên tập thể dục. Xét việc thực hiện hành vi này theo các nhóm tuổi thì tuổi càng cao càng quan tâm hơn đến việc tập thể dục: nhóm tuổi 18-29 (27,8%), nhóm 30-49 (44,1%) và nhóm 50-65 (7,8%).

3.3. Nhu cầu truyền thông về bệnh đái tháo đường



Biểu đồ 1: Tầm quan trọng của việc truyền thông về bệnh đái tháo đường

Đa số người được hỏi cho rằng việc truyền thông về bệnh đái tháo đường là quan trọng và rất quan trọng (80,1%).

4. Kết luận

Nghiên cứu tiến hành trên 492 người dân độ tuổi từ 18-65, kết quả cho thấy :

- 23,2% có thói quen ăn uống sau 20 giờ trong đó nhóm tuổi 18-49 có tỷ lệ thực hành này cao.
- 65,2% thường xuyên uống bia rượu, hút thuốc lá trong đó tỷ lệ này ở nam giới là 99%.
- 67,1% có thói quen ăn nhiều chất béo. Hành vi này rất phổ biến trong nhóm dân tộc Kơ me (94,1%) và nhóm làm ruộng (89,9%)
- Người dân còn ít quan tâm đến việc thường xuyên ăn rau, trái cây (43,1%) và vận động thể lực (42,7%)

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Chương trình hành động Truyền thông truyền thông giáo dục sức khỏe Trung ương giai đoạn 2011- 2015 và tầm nhìn đến 2020.
2. Bế Thu Hà, Nguyễn Kim Lương, *Nghiên cứu thực trạng bệnh đái tháo đường điều trị tại Bệnh viện đa khoa tỉnh Bắc Kạn*, Luận văn thạc sỹ của y học.
3. Ths. Bùi Thị Khánh Thuận, *Kiến thức, thái độ, hành vi về chế độ ăn và tập luyện ở người bệnh ĐTĐ type 2*
4. Tài liệu kỹ năng Truyền thông, tư vấn phòng chống bệnh đái tháo đường cho cán bộ thuộc mạng lưới phòng chống đái tháo đường, 2012.

THỰC TRẠNG CÔNG TÁC TRUYỀN THÔNG GIÁO DỤC SỨC KHỎE TỈNH TUYÊN QUANG VÀ NHỮNG GIẢI PHÁP NÂNG CAO HIỆU QUẢ HOẠT ĐỘNG TRUYỀN THÔNG GIÁO DỤC SỨC KHỎE ĐẾN NĂM 2015

BSCKI. Đồ Công Tuyển và cộng sự
Trung tâm truyền thông GDSK Tuyên Quang

Tóm tắt nghiên cứu

Để có cơ sở xây dựng kế hoạch triển khai các hoạt động của “Chương trình hành động Truyền thông Giáo dục sức khỏe giai đoạn 2011 - 2015 trên địa bàn tỉnh Tuyên Quang”. Chúng tôi tiến hành thực hiện đề tài nghiên cứu “*Thực trạng công tác truyền thông giáo dục sức khỏe tỉnh Tuyên Quang và những giải pháp nâng cao hiệu quả hoạt động truyền thông giáo dục sức khỏe đến năm 2015*”. Đối tượng là các đơn vị thực hiện hoạt động truyền thông trên địa bàn toàn tỉnh Tuyên Quang. Kết quả nghiên cứu cho thấy: nhân lực hoạt động truyền thông từ tuyến tỉnh đến thôn xã còn thiếu chỉ đạt 50% nhu cầu. Trình độ chuyên môn đại học và trên đại học chủ yếu tập trung tại tuyến tỉnh, tuyến huyện/xã chủ yếu là trung cấp. Nhân viên y tế thôn bản được đào tạo chuyên môn thời gian 12 tháng thấp (10%). Về trang thiết bị y tế, tỷ lệ các đơn vị có đủ trên 50% trang thiết bị theo quy định chỉ chiếm 32,7% tuyến tỉnh, tuyến huyện/xã thấp hơn rất nhiều (dưới 10%). Hoạt động truyền thông thực hiện chủ yếu là tuyên truyền chủ trương, đường lối của Đảng, chính sách của ngành và một số nội dung chuyên môn theo các chương trình y tế Quốc gia.

1. Đặt vấn đề

Truyền thông giáo dục sức khỏe (TTGDSK) là một hoạt động quan trọng trong công tác bảo vệ, chăm sóc và nâng cao sức khỏe nhân dân, nhằm cung cấp các kỹ năng tuyên truyền, vận động giáo dục sức khỏe và các kiến thức về chăm sóc sức khỏe ban đầu, phòng chống dịch bệnh, vệ sinh môi trường... để nâng cao hiểu biết cho người dân và cộng đồng từ đó làm thay đổi hành vi có hại sang thực hiện những hành vi có lợi cho sức khỏe. Trung tâm Truyền thông - Giáo dục sức khỏe tỉnh Tuyên Quang ra đời vào tháng 5 năm 2003, từ đó đến nay mạng lưới TTGDSK trong toàn tỉnh thường xuyên được củng cố kiện toàn, hoạt động ngày càng hiệu quả. Tuy nhiên, chưa có đánh giá nào về thực trạng về tổ chức mạng lưới, nhân lực, cơ sở vật chất, trang thiết bị, hình thức truyền thông... liên quan tới hiệu quả của hoạt động TTGDSK trong việc bảo vệ, chăm sóc và nâng cao sức khỏe người dân tỉnh Tuyên Quang. Vì vậy chúng tôi đã thực hiện đề tài nghiên cứu “*Thực trạng công tác truyền thông giáo dục sức khỏe tỉnh Tuyên Quang và những giải pháp nâng cao hiệu quả hoạt động truyền thông giáo dục sức khỏe đến năm 2015*”. Kết quả của nghiên cứu này sẽ là cơ sở để xây dựng kế hoạch triển khai các hoạt động của “Chương trình hành động Truyền thông Giáo dục sức khỏe giai đoạn 2011 - 2015 trên địa bàn tỉnh Tuyên Quang”.

2. Mục tiêu nghiên cứu

1. Đánh giá thực trạng mạng lưới tổ chức, nguồn nhân lực, cơ sở vật chất, trang thiết bị, các hình thức truyền thông phục vụ công tác Truyền thông giáo dục sức khỏe của ngành Y tế tỉnh Tuyên Quang năm 2013.
2. Đề xuất một số giải pháp để nâng cao hiệu quả công tác Truyền thông giáo dục sức khỏe tỉnh Tuyên Quang đến năm 2015.

3. Phương pháp nghiên cứu

3.1. Đối tượng nghiên cứu:

- Trung tâm Truyền thông giáo dục sức khỏe tỉnh (1).
- Các đơn vị trực thuộc Sở Y tế (Các phòng TTGDSK của Trung tâm y tế các huyện, thành phố; tổ truyền thông của các đơn vị) 21 đơn vị .
- Trạm Y tế xã (141 trạm).
- Sổ sách, văn bản, báo cáo, kế hoạch triển khai, tài liệu TTGDSK được lưu trữ tại các đơn vị nghiên cứu, phiếu điều tra.

3.2. Địa điểm: Các đơn vị TT tuyến tỉnh, huyện, xã, thôn

3.3. Thời gian: Năm 2013

3.4. Phương pháp nghiên cứu

3.4.1. Thiết kế nghiên cứu: nghiên cứu mô tả cắt ngang.

3.4.2. Cỡ mẫu: Chọn mẫu toàn bộ

Với 171 phiếu phát ra cho tất cả các đơn vị có chức năng truyền thông trực thuộc ngành Y tế tỉnh Tuyên Quang, chúng tôi thu lại được 01 phiếu của Trung tâm TTGDSK, 20/21 (95,2%) các đơn vị trực thuộc sở, 7/7 (100%) trung tâm y tế cấp huyện, 141/141 (100%) trạm y tế xã.

3.4.3. Kỹ thuật và công cụ thu thập số liệu

- Phỏng vấn sâu bằng bộ câu hỏi được thiết kế sẵn.
- Bảng thu thập thông tin tại địa phương.

3.4.4. Xử lý số liệu: bằng phương pháp thống kê y học.

4. Kết quả nghiên cứu

4.1. Bộ máy tổ chức truyền thông tỉnh Tuyên Quang:

Tại Trung tâm Truyền thông- Giáo dục sức khỏe tỉnh: Bộ máy tổ chức của trung tâm còn rất thiếu về nhân lực, cụ thể ban giám đốc chỉ có 1 giám đốc và không có phó

giám đốc giúp việc, có 03 phòng chức năng trong đó mới có 01 phòng có lãnh đạo (GDSK-Kỹ thuật nghe nhìn – có trưởng phòng). Theo thông tư 08/2007/TTLT-BYT-BNV của Liên Bộ Y tế - Bộ Nội vụ quy định về định mức biên chế trong các đơn vị Y tế công lập thì với biên chế 07 cán bộ của trung tâm chỉ đạt 50% nhu cầu.

Tại các đơn vị trực thuộc Sở Y tế/ trung tâm y tế huyện: Hiện tại chỉ có 85,2% đơn vị đã thành lập phòng (tổ) truyền thông giáo dục sức khỏe. Đồng thời có 66,7% đơn vị đã thành lập phòng truyền thông tư vấn sức khỏe theo chỉ đạo của Sở Y tế. Các đơn vị không có phòng (tổ) TTGDSK là Bệnh viện đa khoa Hàm Yên, Bệnh viện đa khoa khu vực Kim Xuyên; Bệnh viện đa khoa Lâm Bình, Bệnh viện đa khoa Sơn Dương. Ngoài ra có đến 33,3% đơn vị không có phòng truyền thông lồng ghép tư vấn chủ yếu ở các bệnh viện đa khoa huyện.

Tại trạm Y tế xã/phường/thị trấn:

Bảng 1: Phân bố trạm y tế có phòng truyền thông và cán bộ chuyên trách toàn tỉnh

TT	Đơn vị	Số Trạm Y tế được điều tra	Số trạm Y tế có phòng truyền thông		Số trạm Y tế có cán bộ chuyên trách	
			Số lượng	Tỷ lệ (%)	Số lượng	Tỷ lệ (%)
1	Huyện Lâm Bình	8	8	100	5	62,5
2	Huyện Nà Hang	12	11	91,7	7	58,3
3	Huyện Chiêm Hóa	26	21	80,76	20	76,92
4	Huyện Hàm Yên	18	14	77,8	15	83,3
5	Huyện Yên Sơn	31	30	96,8	29	93,5
6	Huyện Sơn Dương	33	32	97	18	54,5
7	TP Tuyên Quang	13	13	100	13	100
	Cộng	141	129	91,48	107	75,89

Kết quả nghiên cứu cho thấy 91,5 % TYT xã có phòng TTGDSK, đặc biệt 75,9% trạm y tế xã đã bố trí cán bộ chuyên trách công tác TTGDSK. Các xã chưa có phòng TTGDSK và cán bộ chuyên trách công tác TTGDSK chủ yếu là ở các huyện vùng núi như Na Hang, Sơn Dương, Chiêm Hóa.

Trong tổng số 2096 thôn/ bản có tới 99,7% thôn/bản có nhân viên YTTB đồng thời là tuyên truyền viên tại thôn bản, các thôn bản chưa có nhân viên YTTB chủ yếu ở huyện vùng cao Nà Hang. 97,2% cán bộ YTTB đã được đào tạo kỹ năng truyền thông giáo dục sức khỏe và được cung cấp các kiến thức tuyên truyền về công tác chăm sóc sức khỏe ban đầu, phòng chống dịch bệnh và vệ sinh môi trường, số còn lại chưa được tập huấn chủ yếu là nhân viên YTTB mới bổ sung.

4.2. Trình độ chuyên môn cán bộ làm công tác truyền thông giáo dục sức khỏe

Tại trung tâm truyền thông giáo dục sức khỏe tỉnh: Trong tổng số 07 cán bộ của trung tâm chỉ có 2 người (28,6%) trình độ sau đại học, 57,1% có trình độ đại học và 14,3% trình độ trung cấp. Như vậy số cán bộ của trung tâm hạn chế nhưng trình độ của họ lại cao đặc biệt người có trình độ sau đại học làm lãnh đạo sẽ rất tốt trong công tác chỉ đạo quản lý nhưng lại gây khó khăn cho việc thiếu nhân lực trình độ trực tiếp làm công việc chuyên môn.

Tại các đơn vị trực thuộc Sở Y tế: Trong 93 cán bộ làm công tác truyền thông tại các đơn vị trực thuộc Sở Y tế có 68,8% cán bộ có trình độ đại học và trên đại học trong đó tập trung chủ yếu ở các đơn vị tuyển tỉnh (49,5%). Cán bộ làm công tác truyền thông tại tuyển huyện chủ yếu có trình độ trung cấp 66,7%.

Tại trạm Y tế các xã/phường/thị trấn: Trong 107 trạm y tế có cán bộ chuyên trách truyền thông chỉ có 15,9% cán bộ có trình độ đại học, còn lại 78,5% có trình độ trung cấp.

Trong số 1993 (95,4%) YTTB đã được đào tạo thời gian từ 03 tháng đến 12 tháng thì số được đào tạo 12 tháng chỉ chiếm khoảng 10%, số đào tạo 9 tháng được 29,2% còn lại được đào tạo 6 tháng là 33,7%, số được đào tạo 3 tháng chiếm tỷ lệ không nhỏ 27,1%. Một số khác tuy không được đào tạo nhưng họ là những bác sỹ/y sỹ quân đội về hưu và có tham gia hoạt động của YTTB. Số không được đào tạo chỉ chiếm 3% chủ yếu tập trung ở 04 huyện Chiêm Hóa, Yên Sơn, Hàm Yên và Sơn Dương.

4.3. Trang thiết bị phục vụ công tác truyền thông

Tại các đơn vị trực thuộc Sở Y tế trong đó bao gồm cả Trung tâm Truyền thông GDSK: có tới 29,1% số đơn vị không có các trang thiết bị cho công tác truyền thông, tập trung chủ yếu ở các bệnh viện (Suối khoáng Mỹ Lâm, Bệnh viện đa khoa Nà Hang, Bệnh viện đa khoa Hàm Yên, Bệnh viện đa khoa Lâm Bình, Bệnh viện đa khoa khu vực Kim Xuyên), 38,2% số đơn vị có trang thiết bị phục vụ công tác TTGDSK đạt dưới 50% số danh mục trang thiết bị quy định. 16,4% số đơn vị có 50-70% trang thiết bị theo quy định và chỉ có 16,3% số đơn vị có các trang thiết bị đạt trên 70% số danh mục trang thiết bị quy định.

Tại các trạm y tế: Cơ bản các trạm y tế xã, phường đều có trang thiết bị cho công tác TTGDSK, trong đó: 57,5% trạm y tế xã có trang thiết bị đạt từ 50% trở lên số danh mục trang thiết bị theo quy định, tập trung chủ yếu ở các huyện vùng thấp: Hàm Yên, Sơn Dương, Yên Sơn, thành phố Tuyên Quang trong đó cao nhất là thành phố Tuyên Quang. 42,5% trạm y tế xã, phường có trang thiết bị đạt dưới 50% số danh mục trang thiết bị theo quy định, tập trung chủ yếu ở các huyện vùng cao. Đặc biệt có 4,6% trạm y tế xã chỉ đạt dưới 20% số danh mục trang thiết bị quy định.

Tại các thôn bản: Chỉ có 11,4% thôn bản có trang thiết bị phục vụ công tác truyền thông giáo dục sức khỏe bản đạt từ 50% trở lên số danh mục trang thiết bị theo

quy định. Có 8,64% thôn bản không có trang thiết bị phục vụ công tác TTGDSK như 23 thôn tại huyện Na Hang, 97 thôn tại huyện Yên Sơn...

4.4. Hoạt động truyền thông

Tại các đơn vị trực thuộc Sở Y tế: Các đơn vị trực thuộc Sở Y tế đã phối hợp với các đơn vị trong và ngoài ngành, tập trung tuyên truyền trên các phương tiện thông tin đại chúng (đài, báo, đài phát thanh tỉnh) và căn cứ chức năng nhiệm vụ được phân công để tổ chức triển khai các hoạt động truyền thông tại đơn vị như tuyên truyền qua cuộc họp, hội nghị, sinh hoạt người bệnh và truyền thông tại phòng tư vấn.

Nội dung tuyên truyền tập trung vào nhiệm vụ chính trị của ngành, của đơn vị, tuyên truyền về chủ trương, đường lối của Đảng, chính sách pháp luật của Nhà nước, đặc biệt là những chủ trương, chính sách có liên quan đến ngành Y tế.

Bảng 2: Hình thức truyền thông và nội dung truyền thông

T T	Hình thức tuyên truyền	Số đơn vị thực hiện	Tỷ lệ (%)
1	Tuyên truyền qua truyền hình	14	50,0
2	Tuyên truyền qua đài phát thanh	19	67,9
3	Phát tờ rơi, tranh bướm...	20	71,4
4	Tuyên truyền trong các cuộc họp, hội nghị	23	82,1
5	Tuyên truyền tại phòng Truyền thông - Tư vấn của đơn vị	20	71,4

Tại trạm y tế xã/ phường/ thị trấn: Hầu hết các trạm y tế xã đã bám sát nội dung tiêu chí 10 (Truyền thông giáo dục sức khỏe) trong bộ tiêu chí Quốc gia về Y tế xã giai đoạn 2011-2020 để tổ chức triển khai các hoạt động tuyên truyền tại cơ sở như: Tuyên truyền qua loa truyền thanh xã, phát tờ rơi, tuyên truyền trong các cuộc họp, hội nghị, tuyên truyền tại phòng truyền thông của trạm...Tuy nhiên nội dung truyền thông chủ yếu phụ thuộc kế hoạch của tuyến trên.

4.5. Những khó khăn trong công tác truyền thông giáo dục sức khỏe

Tại các đơn vị trực thuộc Sở Y tế: Khó khăn chính trong công tác TTGDSK của các đơn vị trực thuộc ngành tập trung vào thiếu cán bộ hoặc cán bộ kiêm nhiệm nhiều công việc (39,3%), chưa được tập huấn kỹ năng truyền thông (17,9%), Thiếu trang thiết bị phục vụ công tác TT GDSK (50%), thiếu kinh phí thực hiện (17,9%).

Tại trạm y tế xã/ phường/ thị trấn: Khó khăn cũng là do thiếu cán bộ phụ trách (4,3%), thiếu trang thiết bị (42,6%), kỹ năng truyền thông còn yếu (11,3%), địa bàn đi lại khó khăn, trình độ dân trí thấp (12,8%), và cuối cùng là thiếu kinh phí hoạt động (23,4%).

5. Kết luận

Bộ máy tổ chức: Còn thiếu cán bộ làm công tác truyền thông cụ thể: trung tâm TTGDSK chỉ đạt 50%; các đơn vị trực thuộc Sở Y tế/trung tâm y tế huyện chỉ 85,2% đã thành lập phòng (tổ) TTGDSK, 66,7% có phòng truyền thông và tư vấn; 91,5% trạm y tế xã/thị trấn có phòng TTGDSK và 75,9% xã có chuyên trách TTGDSK; 99,7% thôn/bản có nhân viên YTTB.

Trình độ chuyên môn: tại trung tâm TTGDSK chỉ có 28,6% cán bộ có trình độ sau đại học và 57,1% trình độ đại học; tại đơn vị trực thuộc Sở Y tế có 68,8% cán bộ có trình độ đại học chủ yếu tập trung ở tuyến tỉnh (49,5%); Tại trạm y tế xã chỉ 15,9% trình độ đại học còn lại 78,5% trình độ trung cấp; nhân viên YTTB được đào tạo 12 tháng chỉ chiếm 10%.

Trang thiết bị phục vụ công tác truyền thông: Tại các đơn vị thuộc Sở y tế và trung tâm TT GDSK có tới 29,1% không có trang thiết bị, 38,2% số đơn vị có trang thiết bị đạt dưới 50% qui định. 57,5% trạm y tế có trang thiết bị phục vụ công tác TTGDSK đạt trên 50%. Chỉ 11,4% thôn bản có trang thiết bị phục vụ công tác TTGDSK trên 50%.

Hoạt động truyền thông: Tại tuyến tỉnh/huyện chủ yếu tập trung truyền thông trên các phương tiện thông tin đại chúng (67,9%), nội dung truyền thông chủ yếu là nhiệm vụ chính trị của ngành, cũng như các chính sách liên quan. Tại trạm y tế tuyên truyền qua loa đài, phát tờ rơi nhưng phụ thuộc vào kế hoạch của tuyến trên.

6. Kiến nghị

- *Đối với Sở Y tế:*

Kiện toàn mạng lưới TTGDSK từ tỉnh đến cơ sở bằng các chế độ ưu đãi đối với cán bộ làm công tác TT GDSK để thu hút nhân lực cho truyền thông nhằm:

- + Bổ sung đủ biên chế cho Trung tâm Truyền thông - Giáo dục sức khỏe Tỉnh.
- + Chỉ đạo các đơn vị trực thuộc thường xuyên củng cố kiện toàn phòng (tổ) truyền thông đảm bảo phòng (tổ) truyền thông của các đơn vị có từ 3 - 5 cán bộ.
- + Trạm y tế xã có cán bộ chuyên trách; cán bộ y tế thôn bản là tuyên truyền viên giáo dục sức khỏe.
- + Phân bổ trí kinh phí hàng năm để từng bước bổ xung những trang thiết bị tối thiểu phục vụ cho công tác TTGDSK theo chức năng, nhiệm vụ của từng đơn vị.

- *Đối với trung tâm TTGDSK tỉnh:*

Nâng cao năng lực cho cán bộ TTGDSK các cấp:

- + Phối hợp với Vụ Truyền thông, Thi đua và khen thưởng Bộ Y tế, Trung tâm Truyền thông - Giáo dục sức khỏe Trung ương tổ chức các lớp đào tạo ngắn ngày về kỹ năng truyền thông, kỹ năng viết tin bài cho cán bộ TTGDSK của các đơn

vị trực thuộc Sở Y tế để các cán bộ truyền thông có thể tổ chức các hoạt động TTGDSK, có thể viết tin bài phản ánh các hoạt động của đơn vị.

- + Tổ chức đào tạo, đào tạo lại cho đội ngũ cán bộ chuyên trách xã, phường và tuyên truyền viên thôn bản về kỹ năng truyền thông và cập nhật các kiến thức truyền thông tại công đồng.
 - + Xây dựng đề án nâng cao năng lực cho đội ngũ TTGDSK trong đó tập trung vào công tác đào tạo kỹ năng, kiến thức truyền thông cho đội ngũ tuyên truyền viên các tuyến và bổ xung trang thiết bị truyền thông theo quyết định 2420/QĐ-BYT ngày 07 tháng 7 năm 2010 của Bộ trưởng Bộ Y Tế Quyết định Ban hành danh mục trang thiết bị và phương tiện làm việc của các Trung tâm Truyền thông - Giáo dục sức khỏe.
- *Đối với các đơn vị trực thuộc Sở Y tế/ trung tâm y tế huyện/trạm y tế xã*
- Lựa chọn và triển khai các hình thức truyền thông giáo dục sức khỏe phù hợp với từng vùng và vị trí vai trò của đơn vị.
- Nội dung truyền thông ngắn gọn, dễ hiểu, biên soạn bằng nhiều thứ tiếng địa phương nhất là tiếng của dân tộc ít người (H.Mông, Dao...)

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế, Quyết định 911/1999/QĐ-BYT ngày 31 tháng 3 năm 1999 Quyết định của Bộ trưởng Bộ Y tế về việc ban hành bản “*Quy định chức năng, nhiệm vụ và tổ chức bộ máy của Trung tâm Truyền thông - Giáo dục sức khỏe thuộc Sở Y tế tỉnh, thành phố trực thuộc Trung ương*”.
2. Bộ Y tế, Bộ Nội vụ, Thông tư 08/2007/TTLT-BYT-BNV ngày 05 tháng 6 năm 2007 Thông tư liên tịch “*Hướng dẫn định mức biên chế trong các cơ sở Y tế Nhà nước*”
3. Bộ Y tế, Quyết định 2419/QĐ-BYT ngày 07 tháng 7 năm 2010 của Bộ Y tế Quy định “*Ban hành tiêu chuẩn, định mức trong xây dựng trụ sở làm việc Trung tâm Truyền thông - Giáo dục sức khỏe tỉnh, thành phố trực thuộc Trung ương*”.
4. Bộ Y tế, Quyết định số 2420/QĐ-BYT ngày 07 tháng 7 năm 2010 của Bộ Y tế Quy định “*Ban hành Danh mục trang thiết bị và phương tiện làm việc của Trung tâm Truyền thông - Giáo dục sức khỏe*”.
5. Sở Y tế Tuyên Quang, Quyết định số 663/QĐ-SYT ngày 06 tháng 5 năm 2010 của Sở Y tế Tuyên Quang Quyết định về việc “*Ban hành Quy định phối hợp tổ chức triển khai thực hiện công tác Truyền thông - Giáo dục sức khỏe giữa các đơn vị trực thuộc Sở Y tế*”.
6. Trung tâm Truyền thông - Giáo dục sức khỏe tỉnh Bắc Cạn, báo cáo nghiên cứu “*Thực trạng nguồn lực phục vụ công tác Truyền thông - Giáo dục sức khỏe của ngành Y tế tỉnh Bắc Cạn năm 2007 -2008, Đề xuất một số giải pháp đến năm 2015*”.

NGHIÊN CỨU THỰC TRẠNG VÀ ĐỀ XUẤT CÁC GIẢI PHÁP NÂNG CAO HOẠT ĐỘNG CỦA ĐỘI NGŨ NHÂN VIÊN Y TẾ THÔN, BẢN TẠI HUYỆN TRẦN YÊN, TỈNH YÊN BÁI, NĂM 2012

*BSCK I. Nguyễn Linh Chi
Trung tâm truyền thông GDSK Yên Bái*

Tóm tắt nghiên cứu

Nghiên cứu mô tả cắt ngang được tiến hành trên 204 nhân viên y tế thôn bản tại 22 xã, thị trấn của huyện Trần Yên, tỉnh Yên Bái với mục đích đánh giá thực trạng hoạt động của đội ngũ nhân viên y tế thôn bản (NVYTTB), qua đó đề xuất một số giải pháp nâng cao chất lượng hoạt động. Thời gian thực hiện từ tháng 02 đến tháng 10 năm 2012. Kết quả nghiên cứu cho thấy độ tuổi của đối tượng nghiên cứu (ĐTNC) tập trung ở độ tuổi trung niên (62,3%) và chủ yếu là nữ giới (70,1%), đại đa số NVYTTB đều có trình độ từ trung học cơ sở trở lên (53,9%) và trên 90% được đào tạo về nghiệp vụ chuyên môn từ 3 tháng trở lên, ngoài hoạt động về chuyên môn thì trên 90% NVYTTB có tham gia kiêm nhiệm các công tác khác tại địa phương. Việc triển khai thực hiện nhiệm vụ chuyên môn (theo Thông tư 39/TT-BYT) cho thấy trong 09 nội dung về thực hiện nhiệm vụ thì việc thực hiện nhiệm vụ tuyên truyền giáo dục sức khỏe (GDSK) cộng đồng chiếm tỷ lệ cao nhất với (98%), thấp nhất là vận động hướng dẫn nhân dân nuôi trồng và sử dụng thuốc nam tại gia đình để phòng và chữa một số chứng bệnh thông thường (19,6%). Tuy nhiên việc quản lý và sử dụng hiệu quả túi y tế thôn bản và thực hiện ghi chép, báo cáo kịp thời, đầy đủ theo quy định còn chưa cao (22,1% và 52,9%). Đặc biệt nghiên cứu còn cho thấy những khó khăn, vướng mắc và những tồn tại hạn chế trong việc triển khai nhiệm vụ như: giám sát dịch bệnh, sơ cứu ban đầu và chăm sóc các bệnh thông thường, chăm sóc sức khỏe bà mẹ trẻ em, truyền truyền vận động sinh đẻ có kế hoạch, vệ sinh môi trường... còn đạt tỷ lệ thấp (5,4%; 14,7%, 29,4%, 32,8% và 47%).

1. Đặt vấn đề

Nói đến chăm sóc sức khỏe ban đầu (CSSKBĐ) là đề cập đến mạng lưới y tế cơ sở. Y tế thôn bản (YTTB) nằm trong hệ thống y tế cơ sở, là đơn vị kỹ thuật đầu tiên của ngành Y tế đóng vai trò vô cùng quan trọng trong việc thực hiện nhiệm vụ CSSKBĐ. Xây dựng, củng cố và hoàn thiện mạng lưới y tế cơ sở, nâng cao năng lực hoạt động của đội ngũ YTTB là công việc quan trọng và cần thiết của ngành Y tế nhằm giúp người dân, đặc biệt là người dân ở những vùng nông thôn, vùng nghèo, vùng sâu, vùng xa, vùng dân tộc thiểu số được tiếp cận các loại hình dịch vụ y tế cũng như được bảo vệ, chăm sóc và nâng cao sức khỏe.

Là một huyện miền núi vùng thấp của tỉnh Yên Bái, huyện Trần Yên có 22 đơn vị hành chính xã, thị trấn; trong đó có 7 xã vùng cao, 1 xã đặc biệt khó khăn, 12 xã khu vực II có thôn bản đặc biệt khó khăn và 233 khu hành chính cấp thôn. Huyện có 6 dân tộc sinh sống và 100% thôn, bản có YTTB. Trong những năm gần đây, mặc dù luôn nhận được sự

quan tâm, tạo điều kiện của các cấp, các ngành trong lĩnh vực y tế, nhưng một số vấn đề về bệnh tật trên địa bàn có nguy cơ tăng cao: như HIV/AIDS, bệnh Đại, bệnh Tả, bệnh Tay chân miệng, cúm A (H5N1), cúm A (H1N1), vấn đề nước sạch, vệ sinh môi trường.. Do đó rất cần người cán bộ y tế, đặc biệt là nhân viên YTTB có năng lực, kiến thức trình độ chuyên môn để có thể thực hiện tốt công tác tuyên truyền vận động và CSSKBD cho người dân ở cộng đồng. Câu hỏi đặt ra là: Đội ngũ YTTB triển khai hoạt động như thế nào? Những yếu tố liên quan nào ảnh hưởng tới hoạt động của họ? Làm thế nào để nhân viên YTTB làm tốt được chức năng nhiệm vụ chăm sóc sức khỏe? Đó là những vấn đề đang đặt ra đối với ngành Y tế, các cấp chính quyền, các tổ chức chính trị, xã hội của tỉnh Yên Bái nói chung và huyện Trấn Yên nói riêng. Xuất phát từ vấn đề trên, chúng tôi đã tiến hành đề tài: “*Nghiên cứu thực trạng và đề xuất các giải pháp nâng cao hoạt động của đội ngũ nhân viên YTTB tại huyện Trấn Yên tỉnh Yên Bái năm 2012*”.

2. Mục tiêu nghiên cứu

1. Mô tả thực trạng hoạt động chăm sóc sức khỏe nhân dân của nhân viên y tế thôn bản tại huyện Trấn Yên tỉnh Yên Bái năm 2012.
2. Đề xuất các giải pháp phù hợp nhằm tăng cường hoạt động của đội ngũ nhân viên y tế thôn bản và nâng cao chất lượng chăm sóc sức khỏe ban đầu cho nhân dân tại huyện Trấn Yên tỉnh Yên Bái.

3. Đối tượng và phương pháp nghiên cứu

3.1. Đối tượng nghiên cứu

- Nhân viên YTTB đang hoạt động tại 22 xã, thị trấn trên địa bàn huyện Trấn Yên, tỉnh Yên Bái.
- Sổ sách, báo cáo và các trang thiết bị liên quan tới công việc.

3.2. Thời gian, địa điểm nghiên cứu

- Thời gian: Từ tháng 2 đến tháng 10/ 2012.
- Địa điểm: Huyện Trấn Yên - Tỉnh Yên Bái.

3.3. Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang.

3.3.1. Cỡ mẫu

- Toàn bộ NVYTTB đang hoạt động tại 22 xã, thị trấn trên địa bàn huyện Trấn Yên (204 người).

3.3.2. Phương pháp thu thập số liệu

- Sử dụng bộ câu hỏi phỏng vấn đã được thiết kế sẵn.

3.2.5. Xử lý và phân tích số liệu

- Số liệu thu thập được làm sạch, xử lý số liệu bằng phần mềm Epidata, phân tích số liệu bằng phần mềm SPSS.

4. Kết quả nghiên cứu và bàn luận

4.1. Các thông tin chung về đối tượng nghiên cứu

Trong 204 VNYTTB thì có tới 70,1% là nữ giới. Điều này rất phù hợp công việc của NVYTTB vì đặc tính của phụ nữ thường tận tình, chu đáo, tỉ mỉ hơn nam giới, về mặt chuyên môn như tư vấn khám thai, nuôi con bằng sữa mẹ vận động kế hoạch hóa gia đình thì phụ nữ làm sẽ tế nhị hơn và có nhiều thuận lợi hơn, về mặt biến động dân số do đi làm ăn xa, thì phụ nữ ít bị ảnh hưởng hơn.

Độ tuổi trung niên (30-49) là chủ yếu chiếm tỷ lệ 62,3%. Đây là một trong những điều kiện thuận lợi vì ở độ tuổi này có khả năng làm việc tốt nhất, vừa có kinh nghiệm, kiến thức vừa có khả năng giao tiếp, có cuộc sống ổn định và gắn bó với công việc hơn. Độ tuổi dưới 30 chiếm tỷ lệ 17,6%, đây là những NVYTTB mới được bổ sung thay thế từ những năm gần đây do các NVYTTB trước đây đã nghỉ việc hoặc chuyển đi nơi ở khác, lứa tuổi thường dễ có những biến động nhất như đi tìm kiếm việc làm, di chuyển chỗ ở theo gia đình, đi học. Với nhóm tuổi trên 50 (20,1%) được tuyển dụng từ những năm 1998-1999. Đây là độ tuổi có nhiều hạn chế về năng lực, hiệu quả công việc do trình độ nhận thức, do sức khỏe. Nhóm đối tượng này vẫn chưa được thay thế theo qui định mới của Bộ Y tế.

Bảng 1: Trình độ về chuyên môn của nhân viên YTTB

Trình độ chuyên môn	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
YTTB \geq 3 tháng	78	38,2
Y sỹ	9	4,5
Y tá	103	50,5
Nữ hộ sinh	1	0,4
Khác hoặc chưa đào tạo	13	6,4
Tổng số	204	100

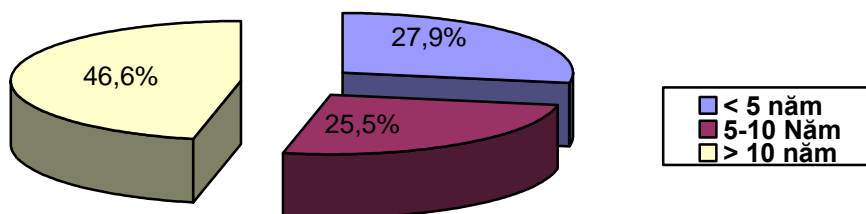
Kết quả nghiên cứu cho thấy 93,6% số NVYTTB đã được tham gia các khóa đào tạo nghiệp vụ chuyên môn, nghiệp vụ, chỉ có 6,4% chưa được đào tạo.

Phần lớn NVYTTB đều có trình độ trung học cơ sở với tỷ lệ 53,9%, số còn lại tốt nghiệp trung học phổ thông và trung học chuyên nghiệp (43,1%). Đây cũng là một trong những thuận lợi cơ bản để NVYTTB tiếp thu kiến thức và tiếp tục học tập nâng cao trình

độ chuyên môn, đồng thời có kỹ năng giao tiếp và tuyên truyền vận động tốt hơn và khả năng thực hiện nhiệm vụ tốt công việc.

Nghề nghiệp chủ yếu của NVYTTB là làm ruộng (98,5%), chỉ có 1,5% là kinh doanh buôn bán nhỏ. Thực tế thu nhập chính của các NVYTTB chỉ dựa vào sản xuất nông nghiệp, trong điều kiện khí hậu, môi trường khắc nghiệt là rất khó khăn cho đời sống của họ. Nghiên cứu cho thấy có 13,2% NVYTTB thu thập dưới 300.000 đồng/tháng và có 81,9% số NVYTTB có mức thu thập bình quân đầu người khoảng 300.000 đồng/tháng - 500.000 đồng/tháng, chỉ có 4,9 % NVYTTB có mức thu nhập từ trên 500.000 đồng/tháng. Như vậy nhiều NVYTTB vẫn còn sống ở mức nghèo.

4.2. Thực trạng hoạt động của nhân viên y tế thôn bản



Biểu đồ 1: Thời gian công tác của nhân viên y tế thôn bản

Số NVYTTB có thâm niên làm y tế thôn bản trên 10 năm chiếm tỷ lệ cao nhất 46,6% và dưới 5 năm có tỷ lệ 27,9%.

Nghiên cứu cũng cho thấy 99,1% NVYTTB tham gia kiêm nhiệm công việc khác tại địa phương. Trong đó tỷ lệ tham gia kiêm nhiệm nhiều nhất là làm công tác viên dân số (86,3%), tiếp theo là công tác viên (CTV) dinh dưỡng (83,3%); tiếp đến là tham gia CTV An toàn vệ sinh thực phẩm (73,5%), ngoài ra tỷ lệ NVYTTB tham gia hội phụ nữ, trưởng thôn chiếm tỷ lệ thấp (5,4%), chỉ có (0,9%) là không tham gia các hoạt động đoàn thể kiêm nhiệm nào tại địa phương. Việc NVYTTB có kiêm nhiệm trong công tác là một điều kiện thuận lợi cho hoạt động của họ, vì công việc của họ sẽ được thường xuyên hơn, thời gian làm việc nhiều hơn, kỹ năng giao tiếp và kinh nghiệm công tác được nâng lên và điều quan trọng là họ được cung cấp thêm một số các kiến thức chuyên môn và một số kiến thức xã hội khác do đó họ có thể giúp đỡ cộng đồng trong CSSK nhiều hơn và hiệu quả hơn.

Về thời gian thực dành cho hoạt động chuyên môn: Theo kết quả nghiên cứu thì thời gian làm việc của NVYTTB từ 5-10 giờ/tuần chiếm tỷ lệ cao nhất 45,6%, như vậy cũng tương đương 22h-40 giờ/tháng, 16,7% số NVYTTB dành thời gian cho công việc trên 10 giờ/tuần (tương đương trên 40giờ/tháng). Đây cũng thể hiện sự cố gắng và tinh thần trách nhiệm, tận tụy, yêu thích công việc của các NVYTTB. Nhưng vấn đề xem xét ở đây là kết quả hoạt động của họ còn thấp, điều đó chứng tỏ họ đang thiếu năng lực tổ chức thực hiện, thiếu phương pháp làm việc, thiếu sự quan tâm hỗ trợ đồng bộ từ nhiều phía. Có 14,2% dành 2-5 giờ làm việc và 0,5% dành dưới 2 giờ tương đương 6h-

8h/tháng là quá thấp không đủ để giải quyết những nội dung hoạt động vì vậy khi triển khai nhiệm vụ khó có thể có hiệu quả.

Bảng 2: Tỷ lệ NVYTTB thực hiện nhiệm vụ theo Thông tư 39/TT-TTg

Nội dung	Tần số	Tỷ lệ %
Tuyên truyền GDSK tại cộng đồng.	200	97,5
Tham gia thực hiện hoạt động thực tế tại cộng đồng.	123	60,0
Chăm sóc sức khỏe bà mẹ trẻ em và KHHGD	100	49,2
Sơ cứu ban đầu và chăm sóc bệnh thông thường.	60	29,0
Tham gia thực hiện các chương trình y tế tại thôn, bản.	71	34,8
Vận động hướng dẫn nhân dân nuôi trồng và sử dụng thuốc nam tại gia đình để phòng và chữa một số chứng, bệnh thông thường.	40	19,6
Tham gia GB định kỳ với TYTX phường, thị trấn. Tham gia các khoá ĐT, TH, bồi dưỡng về chuyên môn do cơ quan y tế cấp trên tổ chức và tự học tập để nâng cao trình độ.	165	80,8
Quản lý và sử dụng hiệu quả túi y tế thôn, bản.	45	22,1
Thực hiện ghi chép, BC kịp thời, đầy đủ theo quy định.	108	52,9

Trong 9 nội dung về thực hiện nhiệm vụ của YTTB (Thông tư 39/TT-BYT). Nhìn chung các nhiệm vụ đều được triển khai thực hiện nhưng không đồng đều và đạt ở các mức độ khác nhau. Các nhiệm vụ trong lĩnh vực truyền thông đạt tỷ lệ cao nhất.

Tỷ lệ thực hiện nhiệm vụ tuyên truyền GDSK cộng đồng chiếm tỷ lệ cao nhất (97,5%), tập trung tuyên truyền ở các chương trình tiêm chủng mở rộng, vệ sinh môi trường, vệ sinh an toàn thực phẩm, chăm sóc sức khỏe bà mẹ trong thời gian mang thai, hướng dẫn nuôi con bằng sữa mẹ, hướng dẫn sử dụng các cây thuốc nam tại vườn, tham gia thăm hỏi các bà mẹ sau đẻ. Các hoạt động tuyên truyền này được lồng ghép với các buổi họp thôn...

Chỉ 49,2% NVYTTB tham gia CSSK bà mẹ trẻ em và KHHGD, đặc biệt những nội dung này họ làm việc khi đứng vai trò là cộng tác viên dân số.

Nghiên cứu của chúng tôi cũng cho thấy 60% NVYTTB tham gia thực hiện các chương trình y tế tại thôn, bản mặc dù hoạt động này chủ yếu là thông báo/ gửi giấy mời đưa trẻ đi tiêm phòng, khám thai, cân trẻ.

Tham gia các khoá đào tạo, tập huấn, bồi dưỡng về chuyên môn do cơ quan y tế cấp trên tổ chức và tự học tập để nâng cao trình độ (80,8%).

Quản lý và sử dụng túi thuốc: Việc được trang bị phương tiện làm việc giúp cho NVYTTB có thể thực hiện tốt các công việc, thực tế đã có 176 NVYTTB được trang bị túi thuốc chiếm tỷ lệ (75,5%), tuy nhiên chỉ có 22,1% túi thuốc của NVYTTB còn hoạt động, trong khi đó có tới 10,3% số NVYTTB đã làm mất túi thuốc; hoặc tình trạng còn túi nhưng hết thuốc chiếm tỷ lệ (57,3%). Nguyên nhân của tình trạng này là NVYTTB

không quản lý được túi thuốc, không biết quay vòng vốn nên sau 1 thời gian ngắn các cơ sở thuốc trong túi thuốc đã hết mà không có nguồn bổ sung hoặc đa số còn trông chờ vào nguồn thuốc cấp miễn phí của TYT xã, TTYT huyện, nên khi không có đã không duy trì được. Có thể nói YTTB huyện Trấn Yên hiện nay về cơ bản không có trang thiết bị, dụng cụ y tế nào trong tay để họ triển khai kỹ thuật chuyên môn trong CSSK. Đây là vấn đề đặt ra đối với ngành Y tế trong việc qui định danh mục túi thuốc và cung cấp túi thuốc cho YTTB. Trong tương lai cần tiếp tục cần có nghiên cứu, khảo sát tìm hiểu việc sử dụng hiệu quả của việc sử dụng túi thuốc của NVYTTB, từ đó có định hướng tiếp tục cung cấp những dụng cụ, thuốc men, phương tiện cần thiết cho NVYTTB. Trong nghiên cứu này có 93,6% NV YTTB đề nghị cung cấp trang thiết bị, dụng cụ thuốc men cần thiết để hoạt động.

Như vậy, đa số các NVYTTB đã ý thức được tầm quan trọng của công tác tuyên truyền vận động và đã có cố gắng trong triển khai các hoạt động này. Đây là những nội dung mang ý nghĩa quan trọng và tính cộng đồng rất cao của YTTB với phương châm dự phòng tích cực, chủ động trong thực hiện nhiệm vụ CSSKBĐ cho nhân dân. Ngược lại, các nhiệm vụ thuộc nhóm kỹ năng như: Sơ cứu ban đầu và chăm sóc bệnh thông thường (29%). Việc thực hiện nhiệm vụ này còn phụ thuộc vào nhu cầu thực tiễn tại cộng đồng, có cấp cứu, có mắc bệnh thì mới nhu cầu chăm sóc. Tuy nhiên cũng phải thừa nhận một thực tế là trình độ và kỹ năng chuyên môn còn nhiều hạn chế bất cập, người dân chưa tin vào YTTB nên có thể họ có nhu cầu nhưng không đề nghị NVYTTB can thiệp, hỗ trợ chăm sóc. Khi có vấn đề về sức khỏe họ đến các cơ sở y tế tư nhân hoặc đến bệnh viện huyện. Ở đây phải đề cập đến vai trò của trạm y tế xã, trung tâm y tế huyện trong việc chỉ đạo, phân công, hướng dẫn thực hiện nhiệm vụ cụ thể và giám sát các hoạt động của họ nhằm nâng cao hiệu quả trong công tác.

Qua kết quả điều tra cho thấy một số nhiệm vụ mà NVYTTB cho là khó thực hiện bao gồm: sơ cứu ban đầu và chăm sóc các bệnh thông thường với các lý do được đưa ra là thiếu các phương tiện cần thiết như thuốc chữa bệnh, chưa được tập huấn chuyên môn. Tiếp đến là tuyên truyền vận động VSMT các lý do được đưa ra là: do chưa đủ kiến thức, năng lực và kinh tế người dân gặp nhiều khó khăn, nhận thức và quan điểm về dịch bệnh của người dân chưa cao; Vận động sinh đẻ có kế hoạch cũng gặp nhiều khó khăn do trọng nam kinh nữ, trình độ, phong tục tập quán có con trai để nối dõi... Cuối cùng là vận động hướng dẫn nhân dân nuôi trồng và sử dụng thuốc nam tại gia đình để phòng và chữa một số chứng, bệnh thông thường chiếm tỷ lệ không cao. Từ những khó khăn ở trên cho phép TTYT huyện Trấn Yên có những định hướng tập trung giải quyết, tháo gỡ những khó khăn trong các đợt tập huấn nâng cao năng lực cho NVYTTB nhằm đáp ứng tốt các nhiệm vụ đặt ra.

Phân loại kết quả hoạt động: Đánh giá thực hiện nhiệm vụ chung theo Thông tư 39/TT-BYT, có 76,6% NVYTTB thực hiện các nhiệm vụ đạt yêu cầu. Điều này phản ánh một thực tế hầu hết NVYTTB đã thực hiện đầy đủ nhiệm vụ của mình, thể hiện tinh thần trách nhiệm và tính cộng đồng cao.

Đánh giá về năng lực hoạt động của YTTB: Trình độ chuyên môn còn hạn chế từ đó đến chất lượng công việc chưa cao, NVYTTB còn thiếu năng động, sáng tạo, làm việc thụ động theo chỉ đạo của trạm y tế xã hoặc trung tâm y tế huyện, kỹ năng truyền thông yếu nên người dân chưa ủng hộ...

4.3. Trang bị phương tiện làm việc và kinh phí hoạt động cho NVYTTB

Khi hỏi NVYTTB có được trang bị túi thuốc hay không thì có tới 13,8% số NVYTTB trong nghiên cứu trả lời không được trang bị túi thuốc; có 10,3% làm mất túi và 117 NVYTTB được trang bị túi thuốc nhưng hết thuốc chiếm tỷ lệ 57,3%; chỉ có 18,6% NVYTTB còn sử dụng và duy trì được túi thuốc.

Theo Quyết định số 75/2009/QĐ-TTg về việc quy định chế độ phụ cấp đối với NVYTTB, trong thời gian công tác NVYTTB được hưởng phụ cấp hàng tháng bằng 0,5 mức lương tối thiểu áp dụng đối với NVYTTB tại các xã vùng khó khăn và 0,3 mức lương tối thiểu chung áp dụng đối với NVYTTB tại các xã còn lại. Riêng khu vực thị trấn phụ cấp khu vực vẫn áp dụng 40.000đ/tháng theo Quyết định số 30/2007/QĐ-TTg ngày 5/3/2007 của Thủ tướng Chính phủ. Với công việc kiêm nhiệm là cộng tác viên dinh dưỡng, dân số, trưởng thôn được thêm từ 50.000 đ/tháng trở lên. Riêng kiêm nhiệm công tác phụ nữ không có phụ cấp. Khi được hỏi về mức độ phụ cấp hiện nay các trưởng trạm y tế xã, trung tâm y tế huyện đều cho rằng: Mức phụ cấp như vậy là quá thấp, không tương xứng với yêu cầu và nhiệm vụ đặt ra. Tại nghiên cứu này khi được hỏi mức lương đề xuất là 500.000 đ/tháng (2,5%) và trên 500.000 đồng/tháng (97,5%). Và 100% NVYTTB đề xuất cần hỗ trợ thêm phụ cấp thực hiện các hoạt động các chương trình cụ thể, tăng phụ cấp hoạt động YTTB (99,5%).

4.4. Hoạt động giám sát hỗ trợ và đào tạo của NVYTTB

100% NVYTTB được giám sát, kiểm tra công việc trong 06 tháng đầu năm 2011. Tuy nhiên không có sự đồng đều giữa các nội dung, nhiệm vụ và không thường xuyên giữa các đơn vị. Các nội dung công việc mà NVYTTB được kiểm tra giám sát thường xuyên nhất là chương trình dinh dưỡng (93,1%), tiếp đến là truyền thông GDSK (89,7%); và thấp nhất là hướng dẫn người tàn tật phục hồi chức năng (39,7%).

Có 97,5% số NVYTTB được đào tạo và tập huấn về các kiến thức và kỹ năng về chuyên môn. Tuy nhiên vẫn có tới (2,5%) số NVYTTB chưa được đào tạo, tập huấn về các kiến thức và các kỹ năng về chuyên môn. Các nội dung được đào tạo trọng tâm tại huyện Trấn Yên cho NVYTTB là tuyên truyền GDSK (97,2%); Vệ sinh phòng bệnh (96,5%); Chăm sóc sức khỏe BMTE-KHHGD (96,5%); Sơ cứu ban đầu và chăm sóc bệnh thông thường (94,3%); thấp nhất là kỹ thuật chăm sóc người bệnh (81,6%). Trong đó những nội dung tập huấn về chuyên môn như: Ghi chép sổ sách, thống kê báo cáo,

giám sát dịch bệnh thì chưa được triển khai hoặc có triển khai nhưng không đồng bộ ở các thôn bản.

Tỷ lệ tần suất các cuộc họp giao ban giữa NVYTTB và trạm y tế xã nhiều nhất là 1 tháng/1 lần (92,2%), 1-2 tuần/lần (7,8%). Trong quá trình triển khai thực hiện nhiệm vụ tại địa phương có 81,7% NVYTTB đã phối hợp với ban ngành đoàn thể trong việc triển khai các hoạt động tại cơ sở.

4.5. Những khó khăn gặp phải trong quá trình hoạt động của NVYTTB

Nguyên nhân của những tồn tại hạn chế: Công tác giám sát còn yếu, chủ yếu thông qua hội nghị giao ban hàng tháng, chưa có qui định cụ thể về chế độ làm việc, đời sống của đại bộ phận NVYTTB còn gặp khó khăn, chế độ phụ cấp quá thấp, chưa được đào tạo và đào tạo lại để nâng cao trình độ chuyên môn cho NVYTTB, trình độ nhận thức của người dân còn nhiều bất cập..

Qua phân tích số liệu điều tra chúng tôi thấy những khó khăn, vướng mắc hiện nay của YTTB là:

- Thiếu dụng cụ y tế, thuốc men và các phương tiện làm việc khác.
- Công tác kiểm tra, giám sát của TTYT và TYTX mặc dù thường xuyên, nhưng chưa thực sự hiệu quả.
- Thiếu qui chế làm việc thống nhất trong ngành y tế, nhân viên YTTB chưa được quan tâm đúng mức.
- Kinh tế gia đình gặp nhiều khó khăn, mức phụ cấp trả quá thấp so với thị trường (40.000đ/tháng đối với khu vực thị trấn). Có rất nhiều ý kiến cho rằng nếu kéo dài tình trạng này thì NVYTTB khu vực thị trấn sẽ không yên tâm hoặc không thực sự nhiệt tình làm công việc của NVYTTB.
- Ngành y tế huyện chưa có qui định cụ thể về chế độ làm việc cho NVYTTB, chưa tạo được nề nếp làm việc thống nhất trong toàn huyện. Là cơ quan quản lý nhưng việc chỉ đạo việc kiểm tra, giám sát hoạt động của NVYTTB chưa được thường xuyên liên tục, chưa đánh giá thực sự vai trò năng lực của họ và chưa thực sự quan tâm tới nhu cầu của NVYTTB. Các cấp chính quyền địa phương và các đoàn thể chưa quan tâm, hỗ trợ tạo điều kiện về vật chất và kinh phí cho NVYTTB hoạt động, ngành y tế và các cấp chính quyền địa phương chưa có cơ chế phối hợp cụ thể cho hoạt động của NVYTTB

4.6. Kiến nghị của NVYTTB

Hoạt động của nhân viên YTTB là một hoạt động mang tính tự nguyện và có đến 90,7% NVYTTB vẫn muốn tiếp tục làm việc và họ coi đây là một hoạt động rất có ý nghĩa với một số các lý do như: Muốn được giúp đỡ mọi người trong thôn/bản; yêu thích công việc; có thêm thu nhập; phù hợp với sở trường/nguyên vọng; muốn được mọi người

tôn trọng; muốn có uy tín trong làng xóm; muốn có một vị trí tại địa phương... Tuy nhiên để hoạt động của họ có hiệu quả hơn, NVYTTB đã đưa ra một số kiến nghị.

- Tăng số lần tập huấn chuyên môn cho NVYTTB.
- Đào tạo/ đào tạo lại nâng cao trình độ cho nhóm nhân viên YTTB.
- Tăng cường hoạt động giám sát hỗ trợ 1 tháng/lần.
- Tăng thêm trang thiết bị, dụng cụ, thuốc men.
- Tạo điều kiện thuận lợi phối hợp các ban ngành, đặc biệt là trường thôn, chi hội phụ nữ ...
- Miễn giảm đóng góp xã hội ở địa phương.
- Cấp bảo hiểm y tế miễn phí.
- Tăng phụ cấp/hỗ trợ thêm kinh phí trong quá trình thực hiện.

5. Kết luận

- Phân bố tuổi, giới của đối tượng nghiên cứu phù hợp với chức năng nhiệm vụ của nhân viên YTTB.
- Trình độ văn hóa và chuyên môn đáp ứng nhu cầu thực tế tại địa phương.
- 90,7% yêu nghề và mong muốn được tiếp tục làm việc.
- 90,1% tham gia kiêm nhiệm các công việc khác tại địa phương.
- Thời gian làm việc phù hợp với nhu cầu công việc và chức vụ của họ 62,3%.
- Hoạt động của NVYTTB chủ yếu tập trung vào các nhóm nhiệm vụ được sắp xếp theo thứ tự cao xuống thấp là: Tuyên truyền GDSK tại cộng đồng (97,5%); CSSK bà mẹ trẻ em và KHHGD (94,6%); Tham gia giao ban định kỳ với TYTX phường, thị trấn. Tham gia các khoá đào tạo, tập huấn, bồi dưỡng về chuyên môn do cơ quan y tế cấp trên tổ chức và tự học tập để nâng cao trình độ (96,1%), Thực hiện ghi chép, báo cáo dịch kịp thời, đầy đủ theo quy định (91,7%); ngoài những nội dung nêu trên thì các hoạt động chuyên môn khác đều đều chiếm tỷ lệ khá cao từ 75% đến trên 80%. Tuy nhiên cũng phải nhận thấy khả năng hoạt động cũng như năng lực thực hành trong tổ chức thực hiện nhiệm vụ của NVYTTB còn yếu, không đồng đều, số NVYTTB chưa thực sự quan tâm đến công việc, họ hoạt động mang tính chất thụ động, quản lý và sử dụng Túi y tế thôn, bản kém hiệu quả (66,1%).
- Trang thiết bị y tế sử dụng chưa hiệu quả, phù cấp hỗ trợ còn hạn chế với các thị trấn.
- Tần xuất giám sát hỗ trợ và đào tạo lại còn thấp.

6. Kiến nghị

Đối với ngành y tế: cần có kế hoạch tập huấn đào tạo/ đào tạo lại cho đội ngũ NVYTTB theo các nội dung cụ thể mà NVYTTB còn thấy khó thực hiện trong quá trình triển khai thực hiện nhiệm vụ. Có kế hoạch cung cấp mới hoặc bổ xung túi y tế, tăng cường công tác kiểm tra, giám sát hỗ trợ giúp cho NVYTTB thực hiện tốt chức năng nhiệm vụ. Duy trì chế độ giao ban như hiện nay để giúp họ hoàn thành tốt nhiệm vụ được giao.

Chính quyền địa phương: cần phối hợp với ngành y tế hoặc huy động sự đóng góp từ cộng đồng hỗ trợ thêm kinh phí hoạt động, có thể miễn giảm một số đóng góp xã hội nhằm khuyến khích, động viên NVYTTB tham gia hoạt động.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế, *Chuẩn quốc gia về y tế xã giai đoạn 2001-2010* (Ban hành kèm theo quyết định số 370/2002/QĐ-BYT ngày 07/02/2002 của Bộ trưởng Bộ Y tế).
2. Bộ Y tế, Thông tư số 39/10/TT-BYT ngày 10/9/10 *Qui định tiêu chuẩn, chức năng, nhiệm vụ của nhân viên y tế thôn, bản*
3. Bộ Y tế, Quyết định số 437/QĐ-BYT ngày 20/02/2002 về việc *Ban hành danh mục trang thiết bị y tế BVĐK tuyến tỉnh, huyện, phòng khám Đa khoa khu vực, trạm y tế và túi YTTB*.
4. Bộ Y tế, Quyết định số 3653/1999/QĐ-BYT ngày 15/11/1999, về việc *quy định chức năng, nhiệm vụ YTTB*..
5. Chính phủ (1996), Nghị quyết số 37/NQ-CP về *Định hướng chiến lược công tác chăm sóc và BVSKND giai đoạn 2000-2020*.
6. Chính phủ, Quyết định số 30/2007/QĐ-TTg ngày 5/3/2007, Quyết định số 75/2009/QĐ- TTg ngày 11/5/2009 của Thủ tướng chính phủ, “*Quy định về chế độ phụ cấp nhân viên YTTB*”.
7. UBND tỉnh Yên Bái, Quyết định số 1658/QĐ - UBND ngày 17/6/2008 của Chủ tịch UBND tỉnh Yên Bái về việc “*Ban hành quy định chức năng, nhiệm vụ, quyền hạn và tổ chức bộ máy của Sở y tế Yên Bái*”.
8. UBND tỉnh Yên Bái, Quyết định số 1781/QĐ-UBND ngày 03/7/2009 của UBND tỉnh Yên Bái về việc ban hành *Đề án phát triển nhân lực y tế tỉnh Yên Bái giai đoạn 2009-2015 và định hướng đến năm 2020*.
9. Trung tâm y tế huyện Trấn Yên (2011), *Báo cáo hoạt động công tác y tế năm 2011 và phương hướng nhiệm vụ năm 2012*.
10. Trung tâm y tế huyện Trấn Yên (2012), *Báo cáo hoạt động công tác 6 tháng đầu năm 2012*.

SÁNG KIẾN CẢI TIẾN KỸ THUẬT CẨM NANG CÔNG TÁC Y TẾ TRƯỜNG HỌC

*BSCKII. Phạm Văn Chính
CN. Mai Anh Tuấn, KS. Lê Vũ Huy Giang
Trung tâm Truyền thông GDSK thành phố Cần Thơ*

Tóm tắt sáng kiến cải tiến

“*Cẩm nang công tác y tế trường học năm 2013*” dưới dạng DVD dung lượng 1G gồm 87 tài liệu tham khảo với nhiều nội dung cần thiết. Được thiết kế với trình duyệt web, DVD “*Cẩm nang công tác y tế trường học năm 2013*” thuận tiện cho cán bộ y tế trường học tham khảo, sao chép, in và chỉnh sửa (nếu cần). Nhiều tài liệu cập nhật và nhiều hình ảnh, video minh họa. DVD “*Cẩm nang công tác y tế trường học năm 2013*” được phân phối miễn phí tới 650 cán bộ quản lý và cán bộ y tế trường học trong dịp tập huấn giáo viên hè 2013 vừa qua tại Cần Thơ và được đón nhận tích cực.

1. Đặt vấn đề

Công tác y tế trường học từ trước tới nay do Trung tâm Y tế Dự phòng quản lý. Từ năm 2012, có sự hợp tác chia sẻ một phần hoạt động truyền thông cho Trung tâm Truyền thông Giáo dục sức khỏe (TTGDSK) thành phố thực hiện. Từ năm 2013 trở đi, theo chỉ đạo của Sở Y tế, dự án truyền thông y tế trường học dần từng bước chuyển giao cho Trung tâm TTGDSK thành phố thực hiện. Phạm vi hoạt động của lĩnh vực y tế trường học rất rộng gồm 6 cấp học: Mầm non - mẫu giáo, Tiểu học, Trung học cơ sở, Trung học phổ thông, Trung cấp-cao đẳng và đại học với tổng số 449 điểm trường phân bố trên địa bàn 9 quận huyện. Cán bộ phụ trách công tác y tế trường học phần lớn là kiêm nhiệm và có chuyên môn hạn chế hoặc không có chuyên môn, chưa được quan tâm đúng mức. Chúng tôi thấy rằng mạng lưới cán bộ y tế trường học chưa được tập huấn đầy đủ và chưa có nhiều tài liệu tham khảo. Năm 2011, chúng tôi có đề tài NCKH cấp cơ sở về “*Khảo sát tình hình hình y trường học tại thành phố Cần Thơ năm 2011*”. Kết quả nghiên cứu cho thấy hệ thống y tế trường học chưa đầy đủ về nhân lực và còn rất nhiều điều cần cải tiến về hoạt động và nhất là tài liệu hướng dẫn thực hiện. Chính vì vậy, chúng tôi xây dựng “*Cẩm nang công tác y tế trường học năm 2013*” dưới dạng DVD và đã áp dụng tập huấn 5 lớp cho gần 650 cán bộ quản lý và cán bộ y tế trường học trong dịp hè 2013.

2. Mục tiêu của sáng kiến

Thiết kế đĩa DVD tập hợp tài liệu sưu tầm, biên soạn và những tài liệu liên quan công tác y tế trường học làm công cụ cung cấp cho các cán bộ quản lý, phụ trách công tác y tế tại các trường học trên địa bàn tham khảo.

3. Các nội dung chính

Văn bản pháp luật liên quan công tác y tế trường học gồm 23 văn bản hiện hành:

1. Thông tư liên tịch số 03/2000/ TTLT-BYT-BGD&ĐT ngày 01/3/2000 của Liên Bộ Y tế-GD&ĐT Hướng dẫn thực hiện công tác y tế trường học.
2. Quyết định số 1221/2000/QĐ-BYT ngày 18 tháng 04 năm 2000 của Bộ Y tế Về việc ban hành Quy định về vệ sinh trường học.
3. Thông tư liên tịch số 35/2006/TTLT-BGDĐT-BNV ngày 23 tháng 8 năm 2006 của Bộ Giáo dục và Đào tạo và Bộ Nội vụ Về việc Hướng dẫn qui định biên chế viên chức ở các cơ sở Giáo dục phổ thông công lập.
4. Chỉ thị số 23/2006/CT-TTg, ngày 12/7/2006 của Thủ tướng Chính phủ Về việc tăng cường công tác y tế trong các trường học.
5. Thông tư số 14/2007/TT-BTC ngày 12 tháng 07 năm 2006 của Bộ Tài chính Hướng dẫn sử dụng kinh phí thực hiện công tác y tế trong các trường học.
6. Quyết định 17/2007/QĐ-BGDĐT ngày 24 tháng 5 năm 2007 của Bộ Giáo dục và Đào tạo Quy định về tổ chức và hoạt động của Trạm y tế trong các Đại học, Học viện, trường Đại học, Cao đẳng và Trung cấp chuyên nghiệp.
7. Công văn 13253/BGDĐT-HSSV ngày 01 tháng 12 năm 2007 của Bộ Giáo dục và Đào tạo Về việc báo cáo công tác khám sức khỏe đầu vào cho học sinh, sinh viên.
8. Quyết định 73/2007/QĐ-BGDĐT ban hành Quy định về hoạt động y tế trong các trường tiểu học, trường trung học cơ sở, trường trung học phổ thông và trường phổ thông có nhiều cấp học.
9. Quyết định số 30/2008/QĐ-BYT, ngày 19/08/2008, của Bộ Y tế Về việc ban hành Hướng dẫn chuẩn đoán, xử trí và phòng lây nhiễm cúm A (H5N1) ở người.
10. Thông tư 09/2009/TTLT- BYT - BTC ngày 14/8/2009 của Bộ Y tế - Bộ Tài chính Về việc hướng dẫn thực hiện Bảo hiểm y tế.
11. Kế hoạch số 124/KH-BGDĐT ngày 25/3/2010 của Bộ Giáo dục và Đào tạo Thực hiện công tác đảm bảo an ninh, trật tự, phòng chống tội phạm, tệ nạn xã hội trong các nhà trường năm 2010.
12. Thông tư số 13/2010/TT-BGDĐT Ban hành quy định về xây dựng trường học an toàn, phòng, chống tai nạn, thương tích trong cơ sở giáo dục mầm non.
13. Thông tư số 46/2010/TT-BYT ngày 29 tháng 12 năm 2010 Ban hành Quy chuẩn kỹ thuật quốc gia về vệ sinh phòng bệnh truyền nhiễm trong các cơ sở giáo dục thuộc hệ thống giáo dục quốc dân.
14. Thông tư liên tịch số 18/2011/TTLT-BGDĐT-BYT: Quy định các nội dung đánh giá công tác y tế tại các trường tiểu học, trường trung học cơ sở, trường trung học phổ thông và trường phổ thông có nhiều cấp học

15. Thông tư liên tịch số 26/2011/TTLT-BGDĐT-BKHCN-BYT ngày 16 tháng 6 năm 2011 của Bộ Giáo dục và Đào tạo và Bộ Y tế Hướng dẫn tiêu chuẩn bàn ghế học sinh trường tiểu học, trường trung học cơ sở, trường trung học phổ thông.
16. Kế hoạch 997/KH-BYT-BGDĐT ngày 19 tháng 11 năm 2012 thực hiện “Chương trình phối hợp giữa Bộ Y tế và Bộ Giáo dục và Đào tạo về bảo vệ, giáo dục và chăm sóc sức khỏe trẻ em, học sinh, sinh viên trong cơ sở giáo dục thuộc hệ thống giáo dục quốc dân, giai đoạn 2012-2020”.
17. Thông tư 47/2012/TT-BGDĐT ngày 7 tháng 12 năm 2012 của Bộ Giáo dục và Đào tạo về Quy chế công nhận trường trung học cơ sở, phổ thông và trường phổ thông có nhiều cấp học đạt chuẩn quốc gia.
18. Chương trình 993/CTr-BYT-BGDĐT phối hợp giữa Bộ Y tế và Bộ Giáo dục và Đào tạo về bảo vệ, giáo dục và chăm sóc sức khỏe trẻ em, học sinh, sinh viên trong cơ sở giáo dục thuộc hệ thống giáo dục quốc dân, giai đoạn 2012-2020.
19. Thông tư 59/2012/TT-BGDĐT ngày 28 tháng 12 năm 2012 của Bộ Giáo dục và Đào tạo về Quy định tiêu chuẩn đánh giá, công nhận trường tiểu học đạt mức chất lượng tối thiểu, đạt chuẩn quốc gia.
20. Quyết định số 2497/QĐ- BYT ngày 14 tháng 7 năm 2010 của Bộ Y tế Ban hành Hướng dẫn xử lý ổ dịch sốt xuất huyết.
21. Quyết định số 581/QĐ-BYT ngày 24 tháng 02 năm 2012 của Bộ Y tế Về việc Hướng dẫn giám sát và phòng, chống bệnh tay chân miệng.
22. Quyết định số 1128/QĐ-BYT ngày 6 tháng 4 năm 2013 của Bộ Y tế Phê duyệt “Hướng dẫn giám sát, phòng chống bệnh cúm A(H7N9)”.

Tài liệu tập huấn công tác y tế trường học gồm 4 tài liệu:

- Tài liệu tập huấn công tác sức khỏe trường học năm 2011 do Viện Y học Lao động và Vệ sinh Môi trường biên soạn.
- Tài liệu tập huấn công tác sức khỏe trường học năm 2012 do Trung tâm YTDP Lâm Đồng biên soạn.
- Tình hình triển khai thực hiện công tác y tế trường học của ngành giáo dục năm 2012.
- Báo cáo kết quả thực hiện Dự án y tế trường học năm 2013, Kế hoạch hoạt động truyền thông y tế trường học năm 2013 do Cục Y tế dự phòng biên soạn.

Tài liệu tập huấn Nâng cao sức khỏe tại trường học: 5 bài.

- Hướng dẫn xây dựng trường học nâng cao sức khỏe - TS. Trương Đình Bắc
- Tăng cường hoạt động thể lực cho học sinh - NGND.PGS.TS. Nguyễn Võ Kỳ Anh
- Hướng dẫn phòng, chống cong vẹo cột sống - TS. BS. Đặng Anh Ngọc
- Hướng dẫn phòng, chống cận thị trong học sinh - TS. BS. Đặng Anh Ngọc
- Một số nguyên tắc can thiệp dinh dưỡng nâng cao sức khỏe học sinh - BSKK II Đỗ Thị Ngọc Diệp

Trường học an toàn, phòng chống tai nạn thương tích gồm 1 tài liệu tổng hợp.

Bài truyền thông phòng chống bệnh học đường: 25 bài do tác giả biên soạn giảng tại các trường:

Phòng chống cong vẹo cột sống.

Chăm sóc răng.

Phòng chống HIV/AIDS.

Phòng chống cúm A và bệnh truyền nhiễm mới nổi.

Phòng chống cúm A(H1N1).

Phòng chống SXH.

Phòng chống tật khúc xạ học đường.

Phòng chống tiêu chảy cấp.

Phòng chống bệnh đau mắt hột.

Phòng chống bệnh sốt rét.

Phòng tránh phóng xạ.

Băng bó vết thương.

Phòng chống đuối nước.

Phòng chống ngộ độc nấm.

Phòng chống ngộ độc rượu.

Phòng chống ngộ độc cá nóc.

Sơ cứu bỏng.

Sơ cứu sốc (choáng).

Sơ cứu dị vật đường thở.

Sơ cứu say nắng say nóng.

Sơ cứu chó cắn và côn trùng, động vật cắn, đốt.

Sơ cứu đau bụng và nôn.

Xử lý trẻ bị sốt cao

Cầm máu tạm thời.

Cố định gãy xương tạm thời.

Tài liệu truyền thông gồm 21 video clip:

Rửa tay 1, 2.

Bệnh SXH.

Diệt lăng quăng.

Phòng bệnh tay chân miệng.

Phòng bệnh cúm A.

Phòng bệnh cúm gia cầm và H7N9.

Thông điệp truyền thông H7N9.

Tiêu chảy cấp.

Sởi.

Cận thị học đường.

Hướng dẫn chải răng.

Cấp cứu dị vật đường thở.

Cố định gãy xương cẳng tay.

Cố định gãy xương cánh tay.

Cố định gãy xương đùi.

Cố định gãy xương cẳng chân.

Cấp cứu ngừng tim phổi.

Mở tắc ruột do giun.

Chủng ngừa phòng bệnh.

Tiêm phòng ung thư cổ tử cung

Kỹ năng sống phòng chống HIV/AIDS và Giáo dục giới tính (1 video và 1 bài).

4. Mô tả sáng kiến

4.1. Tình trạng kỹ thuật hoặc quy trình làm việc hiện tại

Có các tác phẩm trực tuyến trên mạng như sau: Hiện có 6 tài liệu

1.

2.

3.

4.

Cẩm nang y tế học đường và các quy định mới nhất...

Nơi Xuất Bản	: Nxb Lao động Xã hội
Tác Giả	: Bộ Giáo Dục Và Đào Tạo
Ngày xuất bản	: 2008
Số trang	: 776
Kích thước	: 19 x 27 cm
Trọng lượng	: 1370(g)
Hình thức bìa	: Bìa Mềm
Số lần xem	: 9265

Giá bìa: **295 000 VND**
Giá bán: **295 000 VND**

5.

6.

Sách Cẩm nang chỉ đạo trọng tâm công tác y tế-giáo dục thể chất trong trường học. Tác giả Ms Phương. Sách khổ 20*28 cm, dày 424 trang, Giá: 335.000đ. Nộp lưu chiều quý IV 2013

4.2. Nội dung giải pháp được sáng kiến

“Cẩm nang công tác y tế trường học” có giao diện phần mềm như sau:



4.3. Khả năng áp dụng sáng kiến

Các trường học trên địa bàn thành phố Cần Thơ.

4.4. Hiệu quả dự kiến thu được khi áp dụng sáng kiến:

- a. Tra khảo nhanh.
- b. Nội dung phong phú (87 nội dung).
- c. Hình thức trình bày theo nhóm (phân loại sẵn dễ tra cứu).
- d. Mọi người có máy vi tính có thể sử dụng.
- e. Có thể copy sao chép, chỉnh sửa, tham khảo, tính toán một số chỉ số sức khỏe (có kèm phần mềm tư vấn sức khỏe).

5. Kết luận

Sáng kiến kỹ thuật “*Cẩm nang công tác y tế trường học*” là một giải pháp tiện ích giúp cho những người làm công tác quản lý, cán bộ y tế các trường học từ mầm non đến đại học tham khảo.

6. Kiến nghị: Phổ biến sáng kiến kỹ thuật này trên địa bàn thành phố Cần Thơ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Tài liệu hội thảo Trường học Nâng cao sức khỏe tháng 3/2013 do Cục Y tế dự phòng tổ chức tại TP HCM.
2. Tài liệu video từ website T5G.
3. Tài liệu video từ website T54 HCM.
4. Tài liệu tập huấn công tác sức khỏe trường học năm 2011 do Viện Y học Lao động và Vệ sinh Môi trường biên soạn.
5. Tài liệu tập huấn công tác sức khỏe trường học năm 2012 do Trung tâm YTDP Lâm Đồng biên soạn.
6. Tài liệu hội nghị công tác y tế trường học tổ chức tại Quy Nhơn tháng 5/2013: Tình hình triển khai thực hiện công tác y tế trường học của ngành giáo dục năm 2012 và Báo cáo kết quả thực hiện Dự án y tế trường học năm 2013, Kế hoạch hoạt động truyền thông y tế trường học năm 2013 do Cục Y tế dự phòng biên soạn.
7. Các văn bản pháp luật từ website Bộ Giáo dục và Đào tạo, Thư viện Pháp luật...
8. Tài liệu do tác giả biên soạn nói chuyện ở các trường, công ty và dự án...

SÁNG KIẾN KINH NGHIỆM
TRUYỀN THÔNG GIÁO DỤC SỨC KHỎE NÂNG CAO NHẬN THỨC
VỀ BẢO HIỂM Y TẾ VÀ THÚC ĐẨY HÀNH VI TÌM KIẾM DỊCH VỤ Y TẾ
CỦA NGƯỜI NGHÈO TẠI HUYỆN HÀ QUẢNG, NGUYÊN BÌNH TRÙNG KHÁNH

BS.Triệu Thị Thanh Hải
Trung tâm Truyền thông GDSK Cao Bằng

1. Đặt vấn đề

Cao Bằng là tỉnh miền núi, địa hình phức tạp, giao thông đi lại khó khăn, kinh tế - xã hội chậm phát triển, nhận thức của người dân không đồng đều. Việc cung cấp các dịch vụ y tế, nhất là tại tuyến y tế cơ sở còn hạn chế, hệ thống Trạm y tế xã đã cung cấp các dịch vụ khám, chữa bệnh ban đầu từ nhiều năm nay song hầu hết các cơ sở này đang đối mặt với nhiều thách thức, đặc biệt là tại các nơi có tỷ lệ hộ nghèo cao. Tỷ lệ người dân sử dụng đúng thẻ BHYT trong khám, chữa bệnh còn thấp. Người dân không sử dụng BHYT vì nhiều lý do khác nhau: mất, quên thẻ hoặc thẻ bị sai, thiếu thông tin; chậm nhận thẻ; chi phí lớn cho vận chuyển và ăn uống trong thời gian khám, chữa bệnh vượt quá khả năng thanh toán; chi phí lớn cho các kỹ thuật điều trị cao; thiếu hiểu biết về Bảo hiểm Y tế và còn có những hành vi tìm kiếm dịch vụ chăm sóc sức khỏe không hợp lý.

Dự án VIE/027 Hỗ trợ chính sách khám, chữa bệnh cho người nghèo tại tỉnh Cao Bằng được thực hiện nhằm mục tiêu chung là nâng cao tình trạng sức khỏe của người dân tại tỉnh Cao Bằng. Mục tiêu cụ thể của dự án là nâng cao khả năng tiếp cận và sử dụng hợp lý các dịch vụ chăm sóc sức khỏe ban đầu có chất lượng tốt hơn cho người nghèo và ĐDTTS. Trung tâm Truyền thông - Giáo dục sức khỏe tỉnh Cao Bằng xây dựng Dự án “Truyền thông - Giáo dục sức khỏe nâng cao nhận thức về Bảo hiểm Y tế và thúc đẩy hành vi tìm kiếm dịch vụ Y tế của người nghèo và đồng bào dân tộc thiểu số” đề xuất với Cơ quan Hợp tác Phát triển Luxembourg hỗ trợ kinh phí thực hiện.

2. Mục tiêu

1. Tăng tỷ lệ người dân có hiểu biết đúng về quyền lợi và trách nhiệm với khám chữa bệnh bằng Bảo hiểm y tế từ 50% hiện nay lên 70%.
2. Tăng tỷ lệ phụ nữ mang thai đến trạm y tế xã khám thai và sinh đẻ tại trạm từ 58,9% hiện nay lên 80%.
3. Tăng tỷ lệ người nghèo/dân tộc thiểu số biết các dấu hiệu bệnh nhiễm khuẩn hô hấp cần đưa trẻ đến cơ sở y tế từ 50% hiện nay lên 70%.
4. Tăng tỷ lệ người nghèo/dân tộc thiểu số biết các dấu hiệu bệnh tiêu chảy cần đưa trẻ đến cơ sở y tế từ 61,1% hiện nay lên 80%.
5. Tăng tỷ lệ người nghèo/ dân tộc thiểu số sử dụng thuốc hợp lý theo đơn của thầy thuốc từ 69,7% hiện nay lên 80%.

3. Mô tả sáng kiến

3.1. Thời gian áp dụng sáng kiến

Từ ngày 21 tháng 12 năm 2012 đến ngày 30 tháng 12 năm 2014.

3.2. Kinh phí hoạt động

Huy động kinh phí từ Cơ quan Hợp tác Phát triển Luxembourg, được gọi tắt là “Lux - Development” đại diện cho Dự án “ Hỗ trợ chính sách khám chữa bệnh cho người nghèo tại Cao Bằng và Bắc Kạn” (Dự án VIE/027) để triển khai các hoạt động Truyền thông - Giáo dục sức khỏe nhằm nâng cao nhận thức về Bảo hiểm Y tế và thúc đẩy hành vi tìm kiếm dịch vụ Y tế cơ bản, có chất lượng của người nghèo và đồng bào dân tộc thiểu số tại 32 xã của các huyện: Hà Quảng, Nguyên Bình, Trùng Khánh tỉnh Cao Bằng.

3.3. Nội dung sáng kiến

Để nâng cao nhận thức về Bảo hiểm Y tế và thúc đẩy hành vi tìm kiếm dịch vụ Y tế cơ bản, có chất lượng của người nghèo và đồng bào dân tộc thiểu số tại 32 xã thực hiện dự án cần phải có các can thiệp về Truyền thông - Giáo dục sức khỏe phù hợp với đặc điểm kinh tế, văn hóa, xã hội của địa phương. Trung tâm Truyền thông - Giáo dục sức khỏe tỉnh Cao Bằng đã lựa chọn 06 nội dung ưu tiên cần truyền thông để như sau:

1. Quyền lợi và trách nhiệm của người có thẻ BHYT khi khám, chữa bệnh tại trạm y tế.
2. Các dịch vụ y tế cơ bản tại trạm Y tế
3. Các dấu hiệu ốm đau cần đến trạm Y tế khám, chữa bệnh
4. Chăm sóc bà mẹ có thai trước, trong và sau khi sinh
5. Các dấu hiệu nguy hiểm ở trẻ nhỏ cần đến ngay cơ sở y tế
6. Sử dụng thuốc an toàn và hợp lý.

Muốn đạt được các mục tiêu đó cần phải sử dụng nhiều phương pháp truyền thông theo nguyên tắc kết hợp truyền thông đại chúng với truyền thông trực tiếp, trong đó thực hiện thường xuyên và ưu tiên các hình thức thăm hộ gia đình, tư vấn, nói chuyện sức khỏe với các nhóm đối tượng truyền thông như nhóm phụ nữ mang thai, nhóm bà mẹ đang nuôi con nhỏ dưới 5 tuổi, nhóm người bệnh mạn tính, người cao tuổi. Thực hiện 01 chiến dịch truyền thông tại các huyện can thiệp của Dự án, chiến dịch kéo dài trong 1 tháng với nhiều hình thức truyền thông trên phương tiện loa đài, tổ chức buổi giao lưu văn hóa sức khỏe, truyền thông tại các phiên chợ, truyền thông trực tiếp tại hộ gia đình và tại trạm y tế xã.

3.4. Hiệu quả áp dụng

Theo Thoả thuận thực hiện số: VIE/027 12 797 ký kết ngày 21 tháng 12 năm 2012 giữa Trung tâm Truyền thông - GDSK tỉnh Cao Bằng và Cơ quan Hợp tác Phát triển Luxembourg. Dự án "*Truyền thông - Giáo dục sức khỏe nâng cao nhận thức về Bảo hiểm Y tế và thúc đẩy hành vi tìm kiếm dịch vụ y tế cơ bản có chất lượng của người nghèo tại các huyện Hà Quảng, Nguyên Bình, Trùng Khánh*" Đã được tài trợ 1.334.352.000 VNĐ để triển khai thực hiện, kết quả đạt được như sau:

- Tổ chức tập huấn Kỹ năng Truyền thông - GDSK được 15 lớp cho 422 học viên là cán bộ Trạm Y tế và Nhân viên y tế thôn bản;
- Sản xuất và cấp phát 13.000 cốc nhựa có in thông điệp Truyền thông - GDSK, 2.000 tờ áp phích, 10.000 tờ gấp, 500 cuốn sổ tay truyền thông, 06 pa nô cỡ động, 162 đĩa phát thanh.
- Tổ chức được 01 chiến dịch Truyền thông - GDSK chủ đề "Bảo hiểm Y tế là cách tốt nhất để mọi người giúp nhau chia sẻ rủi ro khi bị ốm đau, bệnh tật" tại 32 xã được can thiệp của Dự án.
- Chỉ đạo 32 xã thực hiện các hình thức Truyền thông - GDSK tại cộng đồng về 06 nội dung ưu tiên của Dự án cho người nghèo và đồng bào dân tộc thiểu số.

3.5. Các điều kiện cần thiết để áp dụng sáng kiến

- Huy động được sự hỗ trợ của các tổ chức quốc tế.
- Cán bộ, viên chức, lao động của Trung tâm phải nắm vững quy trình sản xuất và phát triển các loại tài liệu Truyền thông - GDSK, quy trình giám sát các hoạt động Truyền thông - GDSK. Đồng thời phải có kỹ năng tổ chức các sự kiện Truyền thông - GDSK, tổ chức các chiến dịch Truyền thông - GDSK.
- Phải có sự tham gia của các cấp ủy Đảng và Chính quyền của địa phương.

**SÁNG KIẾN CẢI TIẾN KỸ THUẬT
XÂY DỰNG MẪU SỔ SÁCH SỬ DỤNG TRONG CÔNG TÁC
TRUYỀN THÔNG GIÁO DỤC SỨC KHỎE
TRÊN ĐỊA BÀN TỈNH PHÚ THỌ**

*DS. CKI. Nguyễn Thị Minh Hằng
Trung tâm Truyền thông GDSK Phú Thọ*

Tóm tắt sáng kiến

Các hoạt động truyền thông giáo dục sức khỏe (TTGDSK) ngày càng phong phú, đa dạng với nhiều loại hình, phù hợp với nhiều đối tượng. Tuy nhiên, qua các đợt kiểm tra, giám sát cho thấy các loại sổ ghi chép trong công tác TTGDSK còn lộn xộn, chưa thống nhất; việc ghi chép, theo dõi các hoạt động TTGDSK cũng chưa đầy đủ, chưa thể hiện được các hoạt động và nội dung. Sáng kiến “*Xây dựng mẫu sổ sử dụng trong công tác truyền thông giáo dục sức khỏe trên địa bàn tỉnh Phú Thọ*” là quá trình đúc rút từ kinh nghiệm hoạt động thực tế đã mang lại hiệu quả rõ rệt cho hoạt động TTGDSK trên địa bàn tỉnh Phú Thọ. Trên cơ sở sáng kiến đó, lãnh đạo Sở Y tế đã xem xét phê duyệt và Quyết định ban hành mẫu sổ sử dụng trong công tác TTGDSK thống nhất trên địa bàn toàn tỉnh. Kết quả 100% các đơn vị y tế tuyến tỉnh, huyện và các Trạm Y tế đã sử dụng 4 mẫu sổ ghi chép hoạt động TTGDSK mới. Từ đó công tác lập kế hoạch, báo cáo liên quan đến hoạt động TTGDSK được tiến hành kịp thời, chính xác; công tác kiểm tra, giám sát, quản lý hoạt động truyền thông tại cơ sở cũng được thuận tiện hơn trước.

1. Đặt vấn đề

Trong những năm qua công tác TTGDSK trên địa bàn tỉnh Phú Thọ phần nào đã được quan tâm chỉ đạo, sự hoạt động của hệ thống đã góp phần tích cực cho sự phát triển của ngành và nâng cao trách nhiệm trong công tác chăm sóc sức khỏe nhân dân nói chung và công tác phòng chống dịch bệnh nói riêng.

Tuy nhiên lĩnh vực TTGDSK nói chung, hoạt động của Trung tâm TTGDSK nói riêng còn gặp rất nhiều khó khăn, thách thức, bất cập, đặc biệt trong công tác quản lý, điều hành còn không ít những tồn tại, đã ảnh hưởng không nhỏ tới hiệu quả hoạt động của công tác TTGDSK cũng như chất lượng của công tác này, do vậy việc đổi mới phương thức lãnh đạo, điều hành để nâng cao hiệu quả công tác TTGDSK là vô cùng cần thiết.

Hiện nay, Bộ Y tế chưa ban hành Quy định về chức năng nhiệm vụ cho truyền thông GDSK tuyến huyện, xã và y tế thôn bản cũng như mẫu sổ sách chung liên quan đến công tác TTGDSK, do vậy trong triển khai thực hiện công tác này còn có những khó khăn. Đặc biệt trong công tác lập kế hoạch, báo cáo, sổ sách về công tác TTGDSK chưa được thống nhất trong toàn quốc, do vậy, thực tế thực hiện tại cơ sở còn lộn xộn, chưa hợp lý, chưa đầy đủ, gây nên nhiều khó khăn trong việc kiểm tra, giám sát, quản lý hoạt động truyền thông tại cơ sở, cũng như tìm kiếm thông tin, thống kê báo cáo định kỳ hàng tháng, quý; và đánh giá chất lượng công tác truyền thông.

Từ thực tế trên, tôi đề xuất “Xây dựng mẫu sổ sử dụng trong công tác truyền thông giáo dục sức khỏe trên địa bàn tỉnh Phú Thọ”.

2. Mục tiêu của sáng kiến

Xây dựng mẫu sổ sách ghi chép/báo cáo thống nhất cho cán bộ làm công tác TTGDSK tỉnh/huyện/xã về hoạt động TTGDSK trên toàn tỉnh Phú Thọ.

3. Mô tả sáng kiến

3.1. Thực trạng việc theo dõi, quản lý các hoạt động truyền thông

Tại Phú Thọ, mạng lưới TTGDSK đã được phát triển rộng khắp và có hệ thống. 100% các đơn vị y tế tuyến tỉnh và huyện thành lập Phòng/Góc/Tổ TTGDSK lồng ghép (2 đơn vị có phòng truyền thông riêng). 100% Trạm y tế xã, phường, thị trấn có cán bộ phụ trách công tác truyền thông và thành lập phòng/góc truyền thông. Mỗi khu đều có 1 cộng tác viên/tuyên truyền viên phụ trách công tác truyền thông của khu, tổng số có 2.888 cộng tác viên. Các hoạt động truyền thông giáo dục sức khỏe được triển khai một cách có hiệu quả.

Hoạt động truyền thông tại cơ sở được triển khai dưới nhiều hình thức đa dạng, phong phú như: tuyên truyền trên các phương tiện thông tin đại chúng như: đài phát thanh và truyền hình tỉnh, huyện, hệ thống loa truyền thanh của huyện, xã; Tư vấn trực tiếp tại Trạm Y tế, tư vấn tại hộ gia đình, nói chuyện sức khỏe tại cộng đồng, cấp phát tài liệu truyền thông, phát tờ rơi, các hoạt động lồng ghép khác... trong đó hoạt động truyền thông phát thanh trên hệ thống loa truyền thanh xã và tư vấn trực tiếp tại cộng đồng đem lại hiệu quả cao.

Các loại sổ ghi chép trong công tác truyền thông GDSK còn lộn xộn, chưa thống nhất; nơi có, nơi không, nếu có cũng chưa đầy đủ. Việc ghi chép, theo dõi các hoạt động truyền thông GDSK chưa phản ánh được đầy đủ các hoạt động và nội dung về truyền thông GDSK

Khi cần các thông tin liên quan đến TTGDSK như: số buổi truyền thông, số lần phát thanh, số đợt tham hộ gia đình... mỗi đơn vị báo cáo theo một cách khác nhau với các thông tin chưa đầy đủ, có những đơn vị phải tìm 2 - 3 sổ khác nhau để ra được một chỉ số báo cáo... nguyên nhân chủ yếu của thực trạng này là do ghi chép, theo dõi các hoạt động TTGDSK ở tuyến huyện, xã một cách tự phát chưa có mẫu chung. Mặt khác, cán bộ làm công tác truyền thông chủ yếu là kiêm nhiệm nên việc theo dõi hoạt động không đầy đủ. Đặc biệt họ cũng không biết thông tin nào cần phải lưu trữ, báo cáo chỉ khi cấp trên yêu cầu số liệu họ mới đi tìm từ các sổ sách khác nhau.

Thực trạng trên gây hậu quả rất lớn trong việc quản lý thông tin, cũng như gây khó khăn cho người lập kế hoạch hoạt động, định hướng do thiếu thông tin, hoặc thông tin không chính xác.

3.2. Nội dung sáng kiến

Trung tâm TTGDSK thiết kế mẫu sổ ghi chép với phương châm phản ánh được một cách toàn diện nhất các hoạt động truyền thông GDSK, dễ hiểu, dễ thực hiện, gửi cho các Trung tâm y tế huyện để huyện triển khai xuống các Trạm Y tế thuộc quyền quản lý và áp dụng thực hiện mẫu sổ đó.

Có 4 loại mẫu sổ được phát triển là: Sổ theo dõi các hoạt động truyền thông, sổ tiếp nhận các tài liệu truyền thông; Sổ cấp phát các tài liệu truyền thông; Sổ theo dõi lịch phát thanh tuyên truyền về y tế.

<p>(Tên đơn vị chủ quản):..... (Tên đơn vị):.....</p> <p style="text-align: center;">SỔ THEO DÕI CÁC HOẠT ĐỘNG TRUYỀN THÔNG NĂM:.....</p>	<p>(Tên đơn vị chủ quản):..... (Tên đơn vị):.....</p> <p style="text-align: center;">SỔ TIẾP NHẬN TÀI LIỆU TT NĂM.....</p>
<p>(Tên đơn vị chủ quản):..... (Tên đơn vị):.....</p> <p style="text-align: center;">SỔ CẤP PHÁT TÀI LIỆU TRUYỀN THÔNG NĂM.....</p>	<p>(Tên đơn vị chủ quản):..... (Tên đơn vị):.....</p> <p style="text-align: center;">SỔ THEO DÕI LỊCH PHÁT THANH TUYÊN TRUYỀN VỀ Y TẾ NĂM</p>

Mẫu sổ theo dõi các hoạt động TTGDSK được chia ra thành 8 nhóm hoạt động truyền thông đang triển khai hiện nay bao gồm: Truyền thông trên Đài Phát thanh - Truyền hình; Phát thanh trên hệ thống loa truyền thanh xã, phường, thị trấn; nói chuyện sức khỏe; Tư vấn trực tiếp; Thăm hộ gia đình; Thảo luận nhóm; Cấp phát tài liệu truyền thông; Các hoạt động truyền thông giáo dục khác.

CÁC HOẠT ĐỘNG TRUYỀN THÔNG GIÁO DỤC SỨC KHỎE

Tháng:.....

1. Truyền thông trên Đài Phát thanh và Truyền hình:

- Nội dung (chủ đề):.....

.....

- Thời gian:.....

- Số lần:.....

2. Phát thanh trên hệ thống loa truyền thanh xã, phường, thị trấn:

- Nội dung (chủ đề):.....

.....

.....

- Thời gian phát thanh:.....

- Số lần:.....

3. Nói chuyện sức khỏe :

- Số buổi:..... Địa điểm:.....

- Đối tượng:.....

- Số lượt người nghe nói chuyện:.....

- Nội dung:.....

.....

4. Tư vấn trực tiếp:

- Số buổi:..... Địa điểm:.....

- Đối tượng:..... Số lượt người được tư vấn:.....

- Nội dung (chủ đề):.....

.....

.....

5. Thăm hộ gia đình:

- Số lượt hộ gia đình được thăm:.....

- Nội dung:.....

.....

6. Thảo luận nhóm:

- Số buổi:..... Số lượt người :..... Địa điểm:.....

- Đối tượng:.....

- Nội dung:.....

.....

7- Cấp phát tài liệu truyền thông (tờ rơi, tranh...)

.....

.....

8. Các hoạt động truyền thông giáo dục khác:

(Mít tinh, diễu hành, băngzôn, khẩu hiệu...)

.....

.....

THỦ TRƯỞNG ĐƠN VỊ

(Ký, đóng dấu)

Mẫu sổ theo dõi lịch phát thanh tuyên truyền về y tế thể hiện đầy đủ về nội dung, số lần, ngày tháng phát thanh, xác nhận của UBND xã và của bộ phận phát thanh

TT	Nội dung phát thanh	Ngày/tháng/năm phát thanh	Số lần phát thanh	Phê duyệt của UBND (Ký tên và đóng dấu theo từng nội dung phát thanh)	Xác nhận của bộ phận phát thanh (Theo từng nội dung phát thanh)

Sổ tiếp nhận các tài liệu truyền thông và Sổ cấp phát các tài liệu truyền thông được trình bày rõ ràng đầy đủ thông tin để quản lý như: ngày tháng tiếp nhận/cấp phát, đơn vị gửi/nhận, tên tài liệu, số lượng, người nhận, phê duyệt của lãnh đạo, ký nhận của người gửi/nhận.

Ngày/tháng/năm	Đơn vị gửi tài liệu	Tên tài liệu	Đơn vị tính	Số lượng	Người nhận/bộ phận nhận	Lãnh đạo duyệt	Ký nhận
			Mẫu sổ tiếp nhận				

Ngày/tháng/năm	Đơn vị nhận tài liệu truyền thông		Tên tài liệu	Đơn vị tính	Số lượng	Ký nhận
	Họ và tên người nhận	Tên đơn vị				
			Mẫu sổ cấp phát			

Qua đánh giá sơ bộ thử nghiệm (từ 10/2012 đến 8/2013) tại 13 Trung tâm y tế huyện và tất cả các trạm y tế xã/thị trấn, chúng tôi nhận được phản hồi như sau: Các Mẫu sổ dễ ghi chép, ghi đầy đủ, là căn cứ rất tiện cho việc kiểm tra, giám sát và đánh giá hoạt động TTGDSK của các đơn vị, có thể tổng hợp thông tin toàn xã/huyện/tỉnh một cách dễ dàng.

Nhận được đánh giá tốt cho mẫu sổ sách trên chúng tôi đã trình Sở Y tế ra quyết định ban hành “Mẫu sổ sử dụng trong công tác truyền thông GDSK trên địa bàn tỉnh”. Lãnh đạo Sở Y tế thấy tầm quan trọng cũng như hiệu quả của các mẫu báo cáo và phê duyệt “Quyết định số 752/QĐ-SYT của Sở Y tế ngày 02 tháng 8 năm 2013 về việc ban hành mẫu sổ sử dụng trong công tác GDSK” áp dụng trong toàn tỉnh.

3.3. Hiệu quả áp dụng

3.3.1. Đối với Trung tâm Truyền thông giáo dục sức khỏe:

Việc ban hành 4 loại mẫu sổ trên giúp cho công tác chỉ đạo tuyến được linh hoạt hơn. Cán bộ Trung tâm có thể dễ dàng nắm bắt được tình hình thực hiện công tác truyền thông GDSK tại cơ sở để có thể hỗ trợ, hướng dẫn một cách kịp thời. Đồng thời, rất thuận lợi cho việc kiểm tra, giám sát, quản lý, thu thập thông tin, tổng hợp số liệu để báo cáo và đánh giá

3.3.2. Đối với các đơn vị y tế tuyến tỉnh, huyện và trạm y tế xã:

Việc quản lý và sử dụng các tài liệu truyền thông từ Trung tâm Truyền thông GDSK TW, Trung tâm Truyền thông GDSK Phú Thọ và các đơn vị khác đạt hiệu quả cao, dễ theo dõi.

Thông qua sổ sách ghi chép công tác Truyền thông GDSK, cơ quan ngành y tế các cấp có thể theo dõi, cập nhật, thống kê, báo cáo về công tác truyền thông của các đơn vị y tế trong toàn ngành, rất thuận lợi và đảm bảo tính khách quan, thống nhất.

Trạm Y tế cập nhật thông tin từ y tế tuyến trên chỉ đạo, hướng dẫn chính xác, kịp thời.

Giúp làm báo cáo gửi cấp trên nhanh, chính xác, kịp thời và hệ thống được danh sách lưu trữ các tài liệu tuyên truyền liên quan đến công tác truyền thông GDSK.

Việc chuẩn hóa các mẫu sổ ghi chép là một trong những yếu tố quan trọng góp phần chuẩn hóa Phòng TTGDSK của các Trạm Y tế trên địa bàn toàn tỉnh, giúp thực hiện chuẩn Quốc gia về Y tế xã giai đoạn 2011-2020.

4. Kết luận

Sáng kiến “*Xây dựng mẫu sổ sử dụng trong công tác truyền thông giáo dục sức khỏe trên địa bàn tỉnh Phú Thọ*” góp phần quan trọng từng bước nâng cao năng lực cho đội ngũ cán bộ truyền thông tại tuyến cơ sở, công tác truyền thông GDSK đi vào nề nếp, đảm bảo chất lượng. Đặc biệt, sáng kiến giúp cho cán bộ phụ trách công tác TTGDSK

có thể nắm được tình hình thực tế hoạt động, có cái nhìn vừa khái quát vừa chi tiết về công tác truyền thông tại đơn vị, nâng cao năng lực quản lý, điều hành. Việc ban hành và sử dụng thống nhất các mẫu sổ đã tạo điều kiện rất thuận lợi cho công tác thống kê, báo cáo, đánh giá được kết quả hoạt động và định hướng các hoạt động trong những năm tiếp theo.

5. Kiến nghị:

Đề nghị Trung tâm Truyền thông giáo dục sức khỏe TW ban hành mẫu sổ ghi chép sử dụng trong công tác truyền thông giáo dục sức khỏe thống nhất trên toàn quốc.