

**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 2014**

**Hà Nội, 2015**

## **CHỦ BIÊN**

ThS.BS. Trần Quang Mai - Phó Giám đốc Phụ trách quản lý, điều hành  
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 Đào tạo và Nghiên cứu khoa học  
Ths.BS. Đào Thị Tuyết - Phó trưởng phòng Đào tạo và Nghiên cứu khoa học  
ThS. Phùng Thị Thảo - Cán bộ phòng Đào tạo và Nghiên cứu khoa học  
CN. Nguyễn Thị Lý - Cán bộ phòng Đào tạo và Nghiên cứu khoa học

## **TRÌNH BÀY**

HS. Vũ Bảo Ngọc - Cán bộ phòng Đào tạo và Nghiên cứu khoa học  
CN. Đặng Ngọc Bình - Cán bộ phòng Đào tạo và Nghiên cứu khoa học

# MỤC LỤC

NỘI DUNG	TRANG
1. Nghiên cứu tình hình nuôi con bằng sữa mẹ trong 6 tháng đầu của các bà mẹ có con từ 6-24 tháng tuổi và một số yếu tố liên quan tại huyện Phú Tân, tỉnh An Giang năm 2012	5
2. Thực trạng sử dụng và kiến thức, thái độ của người uống rượu, bia ở thị trấn Chợ Rã, huyện Ba Bể, tỉnh Bắc Kạn năm 2014	14
3. Đánh giá hiệu quả truyền thông giáo dục sức khỏe trong thay đổi kiến thức, thái độ thực hành phòng chống tác hại thuốc lá của sinh viên, giáo viên, nhân viên trường Đại học Thủ Dầu Một tỉnh Bình Dương năm 2014	26
4. Thăm hộ gia đình kết hợp với tầm soát nguy cơ tiền đái tháo đường và đái tháo đường type 2 ở đối tượng trên 45 tuổi tại phường Trần Hưng Đạo, thành phố Quy Nhơn	35
5. Kiến thức, thái độ, thực hành và một số yếu tố liên quan về phòng chống lao của người dân thành phố Cà Mau năm 2013	43
6. Sáng kiến cải tiến kỹ thuật hướng dẫn tra cứu các mốc thời gian chăm sóc sức khỏe bà bầu và trẻ em < 1 tuổi bằng tờ rơi	50
7. Nghiên cứu kiến thức, thái độ và hành vi của phụ nữ và nam giới trong độ tuổi sinh đẻ về chăm sóc sức khỏe trước khi mang thai tại thành phố Đà Nẵng	54
8. Đánh giá kiến thức, thực hành của người dân về chăm sóc mắt đúng cách trước và sau truyền thông tại một số huyện thị của tỉnh Hà Giang trong 2 năm 2012-2014	64
9. Đánh giá kỹ năng truyền thông giáo dục sức khỏe của cộng tác viên y tế cơ sở huyện Cẩm Xuyên, tỉnh Hà Tĩnh năm 2014	65
10. Nghiên cứu thực trạng sử dụng thuốc lá tại 4 quận huyện thành phố Hải Phòng	66
11. Khảo sát hiểu biết, thái độ, hành vi của cộng đồng về phòng chống tác hại của thuốc lá và luật luật phòng chống tác hại của thuốc lá tại Hải Phòng năm 2014	73
12. Thực trạng hoạt động truyền thông giáo dục sức khỏe hệ thống y tế thôn bản tỉnh Hòa Bình năm 2014	80
13. Kiến thức, thái độ, thực hành về phòng chống Rubella của phụ nữ trong độ tuổi sinh đẻ tại thành phố Huế năm 2013 và các yếu tố liên quan	90
14. Thực trạng kiến thức, thái độ, thực hành về phòng chống bệnh cúm A/H5N1 ở người của người dân tại 3 huyện Nam Đông, A Lưới và Quảng Điền, tỉnh Thừa Thiên Huế	96
15. Kiến thức, thái độ, thực hành về phòng chống HIV/AIDS của nam quan hệ tình dục đồng giới tại thành phố Nha Trang, Khánh Hòa	107

16.	Đánh giá thực trạng kiến thức và thái độ thực hành về phòng chống suy dinh dưỡng trẻ em ở phụ nữ nuôi con dưới 5 tuổi tại xã Vân Khánh, huyện An Minh	116
17.	Mô tả kiến thức, thái độ, thực hành về kỹ năng truyền thông giáo dục sức khỏe của cán bộ y tế các xã, thị trấn huyện Tam Đường 2013	126
18.	Kiến thức, thực hành phòng chống bệnh tay chân miệng của bà mẹ có con dưới 10 tuổi tại thị trấn Đình Văn, huyện Lâm Hà, tỉnh Lâm Đồng năm 2014	132
19.	Khảo sát thực trạng hoạt động phòng tư vấn các đơn vị y tế tuyến huyện năm 2014	137
20.	Khảo sát kiến thức, thái độ, thực hành và một số yếu tố liên quan về phòng chống cúm gia cầm trên người của người dân huyện Châu Thành, tỉnh Long An năm 2014	142
21.	Kiến thức, thái độ, thực hành về phòng chống sốt xuất huyết của người dân hai xã, huyện Hàm Thuận Bắc, tỉnh Bình Thuận năm 2013	148
22.	Điều tra kiến thức, thái độ, hành vi về kết quả thực hiện vệ sinh tổng thể do cộng đồng làm chủ huyện Thuận Bắc, tỉnh Ninh Thuận	157
23.	Thực trạng kiến thức, thái độ, hành vi phòng chống cúm A của học sinh trường THCS Phù Đồng và THCS Sào Nam huyện Duy Xuyên - tỉnh Quảng Nam	158
24.	Nghiên cứu tình hình thừa cân, béo phì của học sinh từ 6-10 tuổi tại một số trường tiểu học thành phố Tam Kỳ, tỉnh Quảng Nam	167
25.	Khảo sát tỷ lệ hộ gia đình có nguồn nước sinh hoạt và nhà tiêu hợp vệ sinh tại huyện Nông Cống, Thanh Hóa năm 2013	181
26.	Nghiên cứu kiến thức, thực hành về làm mẹ an toàn của bà mẹ có con dưới 24 tháng tuổi tại tỉnh Trà Vinh năm 2014	190
27.	Thực trạng sức khỏe tâm thần và một số yếu tố liên quan của học sinh trường Trung học cơ sở Tam Khương, Đống Đa, Hà Nội năm 2014	201
28.	Thực trạng hoạt động truyền thông về sức khỏe tâm thần tại các tỉnh/thành phố trong cả nước năm 2014	210

# **NGHIÊN CỨU TÌNH HÌNH NUÔI CON BẰNG SỮA MẸ TRONG 6 THÁNG ĐẦU CỦA CÁC BÀ MẸ CÓ CON TỪ 6-24 THÁNG TUỔI VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN TẠI HUYỆN PHÚ TÂN, TỈNH AN GIANG NĂM 2012**

*Nguyễn Thị Tâm, Văn Hiến Tài  
Trung tâm Truyền thông GDSK tỉnh An Giang*

## **Tóm tắt nghiên cứu**

Nuôi con bằng sữa mẹ (NCBSM) hoàn toàn trong 6 tháng đầu góp phần làm giảm tỉ lệ suy dinh dưỡng trẻ em. Có nhiều yếu tố liên quan đến thực hành nuôi con bằng sữa mẹ. Việc nghiên cứu tình hình NCBSM và một số yếu tố liên quan là cần thiết nhằm xác định tỉ lệ bà mẹ có kiến thức, thái độ và thực hành đúng về NCBSM và tìm hiểu một số yếu tố liên quan đến kiến thức, thái độ và thực hành về NCBSM. Nghiên cứu thực hiện trên 300 bà mẹ tại huyện Phú Tân, trong thời gian từ tháng 11/2012 đến tháng 8/2013.

Kết quả nghiên cứu cho thấy tỉ lệ bà mẹ có kiến thức về NCBSM tốt là 59%, thái độ tích cực/ tốt về NCBSM là 76,7%. Tỉ lệ các bà mẹ cho trẻ bú sớm sau sinh (BSSS) trong vòng 1 giờ đầu là 75,7%, tỉ lệ bà mẹ NCBSM hoàn toàn là 25,3%. Nơi cư ngụ, trình độ học vấn, kiến thức chung về NCBSM có liên quan đến thái độ NCBSM của các bà mẹ. Thái độ cho trẻ bú sớm sau sinh liên quan đến thực hành cho trẻ bú sớm sau sinh. Trình độ học vấn, qui mô gia đình, kinh tế gia đình và kiến thức chung về NCBSM liên quan đến thực hành NCBSM hoàn toàn của các bà mẹ.

## **1. Đặt vấn đề**

Một trong những yếu tố rất quan trọng ảnh hưởng đến tình trạng suy dinh dưỡng trẻ em là thực hành NCBSM, nhất là việc cho trẻ bú mẹ hoàn toàn trong 6 tháng đầu. Theo thống kê của Viện Dinh dưỡng, cả nước có 61,7% trẻ bú mẹ trong vòng 1 giờ đầu sau sinh; 19,6% trẻ bú mẹ hoàn toàn trong 6 tháng đầu [10]. Tổ chức Y tế thế giới (WHO) đã khuyến cáo các bà mẹ cho trẻ bú mẹ sớm trong vòng 1 giờ đầu sau sinh, cho trẻ bú mẹ hoàn toàn trong 6 tháng đầu và tiếp tục cho trẻ bú mẹ kéo dài đến 24 tháng hoặc lâu hơn [5], [6], [8], [10].

Các công trình nghiên cứu đều cho rằng sữa mẹ là thức ăn tốt nhất cho sự phát triển của trẻ. Tuy nhiên, hiện nay các chương trình quảng cáo, tiếp thị về sữa công thức đang được đẩy mạnh trên các phương tiện thông tin đại chúng, làm ảnh hưởng đến nhận thức và thực hành của các bà mẹ về NCBSM. Do vậy nghiên cứu tình hình NCBSM trong 6 tháng đầu của các bà mẹ có con từ 6-24 tháng tuổi và

một số yếu tố liên quan tại huyện Phú Tân - tỉnh An Giang nhằm góp phần cung cấp thông tin cho chương trình phòng chống suy dinh dưỡng tại địa phương.

## **2. Mục tiêu nghiên cứu**

1. Xác định tỉ lệ bà mẹ có kiến thức, thái độ và thực hành đúng về NCBSM trong 6 tháng đầu tại huyện Phú Tân, tỉnh An Giang năm 2012.
2. Tìm hiểu một số yếu tố liên quan đến kiến thức, thái độ và thực hành về NCBSM trong 6 tháng đầu của các bà mẹ có con từ 6 đến 24 tháng tuổi tại huyện Phú Tân, tỉnh An Giang năm 2012.

## **3. Phương pháp nghiên cứu**

**3.1. Đối tượng nghiên cứu:** Bà mẹ có con từ 6 đến dưới 24 tháng tuổi có hộ khẩu thường trú ở huyện Phú Tân, tỉnh An Giang.

**3.2. Thiết kế nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang có phân tích.

**3.3. Cỡ mẫu:** Áp dụng công thức:  $n = Z^2 \cdot p \cdot (1-p) / d^2$ . Trong đó:

n: là số bà mẹ được phỏng vấn.

Z: là giới hạn khoảng tin cậy ở mức xác suất 95%, tương ứng với giá trị:  $Z = 1,96$ .

p: tỉ lệ trẻ bú mẹ hoàn toàn trong 6 tháng đầu năm 2010 là 0,13 [3]

d = 0,04 (sai số cho phép).

Thay vào công thức tính được:  $n = 271$ , tăng 10% hao hụt, lấy tròn số ta được  $n = 300$ .

**3.4. Chọn mẫu:** Huyện Tân Phú có tất cả 18 xã/thị trấn. Trong đó đã chọn được 4 xã trong huyện như sau:

- 02 xã đã được thực hiện mô hình tăng cường thực hành NCBSM tại cộng đồng là xã Phú Thọ và Bình Thạnh Đông.
- 02 xã chưa được thực hiện mô hình tăng cường thực hành NCBSM tại cộng đồng (theo phương pháp ngẫu nhiên).
- Đối tượng chọn theo phương pháp ngẫu nhiên dựa trên danh sách các bà mẹ được lấy theo sổ theo dõi sinh tại trạm y tế xã.

**3.5. Địa điểm:** Huyện Phú Tân, tỉnh An Giang.

**3.6. Thời gian:** Nghiên cứu được thực hiện từ tháng 11/2012 đến tháng 08/2013.

**3.7. Xử lý số liệu:** Số liệu được thu thập bằng cách phỏng vấn trực tiếp các bà mẹ tại hộ gia đình. Dữ liệu được xử lý số liệu bằng phần mềm SPSS. Sử dụng kiểm định khi bình phương để so sánh tỉ lệ các yếu tố liên quan đến kiến thức,

thái độ và thực hành NCBSM của các bà mẹ, đo lường mức độ kết hợp bằng tỉ suất chênh OR.

#### 4. Kết quả nghiên cứu

##### 4.1. Thông tin chung về đối tượng nghiên cứu

Trong số 300 đối tượng nghiên cứu, 68% đối tượng có độ tuổi từ 20 đến 30 tuổi; 100% là người dân tộc kinh. 86,3% các bà mẹ có trình độ học vấn từ trung học cơ sở trở xuống. Chỉ 15% các bà mẹ làm nông nghiệp. 63,3% bà mẹ còn sống theo gia đình truyền thống (nhiều thế hệ). có 56,7% bà mẹ có từ hai con trở lên. 13,3% đối tượng nghiên cứu thuộc hộ nghèo.

##### 4.2. Kiến thức, thái độ và thực hành của bà mẹ về NCBSM

**Bảng 1: Kiến thức, thái độ và thực hành của bà mẹ về NCBSM (n=300)**

Nội dung	Tần số	Tỉ lệ (%)
Biết cần phải cho trẻ bú sớm trong vòng 1 giờ đầu sau sinh	281	93,7%
Kiến thức chung tốt về cho trẻ bú sớm sau sinh	164	54,7
Hiểu đúng khái niệm NCBSM hoàn toàn	249	83,0%
Kiến thức chung tốt về NCBSM hoàn toàn	154	51,3
Kiến thức chung tốt về NCBSM	177	59,0
Thái độ tốt về cho trẻ bú sớm sau sinh	279	93,0
Thái độ tốt về NCBSM hoàn toàn	240	80
Thái độ chung tốt về NCBSM	230	76,7
Thực hành cho trẻ bú sớm sau sinh	226	75,3
Thực hành NCBSM hoàn toàn trong 6 tháng đầu	76	25,3

Tỉ lệ bà mẹ có kiến thức chung tốt về cho trẻ bú sớm sau sinh là 54,7%, kiến thức chung tốt về NCBSM hoàn toàn là 51,3%, kiến thức chung tốt về NCBSM là 59%. Tỉ lệ bà mẹ đồng ý cho trẻ bú sớm sau sinh là 93%, tỉ lệ bà mẹ đồng ý NCBSM hoàn toàn trong 6 tháng đầu là 80% và thái độ chung tốt (có đồng ý cả 2 nội dung trên) là 76,7%. Tỉ lệ các bà mẹ cho trẻ bú mẹ trong vòng 1 giờ đầu sau sinh là 75,7%, tỉ lệ bà mẹ NCBSM hoàn toàn là 25,3%.

Nghiên cứu cũng cho thấy lý do chính khiến bà mẹ không cho con bú ngay sau sinh là do mẹ mệt/ sinh mổ (49,3%), lý do được bà mẹ nêu ra nhiều nhất khi

không NCBSM hoàn toàn là sợ bé khát nước (58,9%), 6,3% cho rằng nuôi trẻ bằng sữa ngoài tốt hơn.

#### 4.3. Các yếu tố liên quan đến kiến thức, thái độ và thực hành về NCBSM

**Bảng 2: Các yếu tố liên quan đến kiến thức chung về NCBSM (n=300)**

Đặc điểm		KT chung tốt	KT chung chưa tốt	OR	p
<b>Nơi cư ngụ</b>	Xã điểm	125 (69,1%)	56 (30,9%)	2,876	0,001
	Không xã điểm	52 (43,7%)	67 (56,3%)		
<b>Trình độ học vấn</b>	Từ THPT trở lên	36 (87,8%)	5 (12,2%)	6,026	0,001
	Từ THCS trở xuống	141 (54,4%)	118 (45,6%)		
<b>Nghề nghiệp</b>	Nông dân	12 (26,7%)	33 (73,3%)	0,198	0,001
	Nghề khác	165 (64,7%)	90 (35,3%)		

Nơi cư ngụ và trình độ học vấn có liên quan đến kiến thức chung về NCBSM của các bà mẹ, sự khác biệt về kiến thức chung tốt của bà mẹ giữa các nhóm có ý nghĩa thống kê ( $OR > 1$ ;  $p < 0,05$ ). Ngoài ra, kết quả nghiên cứu cũng cho thấy yếu tố nghề nghiệp có liên quan đến kiến thức chung về NCBSM có ý nghĩa thống kê, cụ thể người làm nghề nông nghiệp sẽ có kiến thức thấp hơn người làm nghề khác như công nhân, buôn bán, cán bộ... ( $OR = 0,198$ ;  $p = 0,001$ ).

**Bảng 3: Các yếu tố liên quan đến thái độ (TD) chung về NCBSM (n=300)**

Đặc điểm		TD chung tốt	TD chung chưa tốt	OR	p
<b>Nơi cư ngụ</b>	Xã điểm	153 (84,5%)	28 (15,5%)	2,981	0,001
	Không xã điểm	77 (64,7%)	42 (35,3%)		
<b>Trình độ học vấn</b>	Từ THPT trở lên	37 (90,2%)	4 (9,8%)	3,163	0,027
	Từ THCS trở xuống	193 (74,5%)	66 (25,5%)		
<b>Nghề nghiệp</b>	Nông dân	28 (62,2%)	17 (37,8%)	0,432	0,013
	Nghề khác	202 (79,2%)	53 (20,8%)		
<b>KT chung NCBSM</b>	Tốt	169 (95,5%)	8 (4,5%)	21,471	0,001
	Chưa tốt	61 (49,6%)	62 (50,4%)		



Các bà mẹ sống tại các xã điểm (xã có triển khai mô hình tăng cường NCBSM) có thái độ chung về NCBSM tốt hơn các bà mẹ sống tại xã không triển khai mô hình này, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ( $OR = 2,98$ ;  $p = 0,001$ ). Trình độ học vấn, nghề nghiệp và kiến thức NCBSM cũng có mối liên quan đến thái độ chung về NCBSM của các bà mẹ, sự khác biệt về tỉ lệ giữa các nhóm có thái độ chung tốt có ý nghĩa thống kê ( $OR > 1$ ;  $p < 0,05$ ).

**Bảng 4: Liên quan giữa thái độ với thực hành cho trẻ bú sớm sau sinh (n=300)**

Đặc điểm		Cho trẻ bú sớm	Không cho trẻ bú sớm	OR	p
TD với việc cho trẻ BSSS	Đồng ý	223 (79,9%)	56 (20,1%)	16,924	0,001
	Không đồng ý	4 (19,0%)	17 (81,0%)		

Có sự khác biệt giữa bà mẹ có thái độ tốt về bú sớm sau sinh (BSSS) với thực hành BSSS: các bà mẹ có thái độ tốt về BSSS cho trẻ BSSS cao gấp gần 17 lần các bà mẹ có thái độ không tốt ( $p < 0,05$ ).

Nghiên cứu không tìm thấy mối liên quan giữa kinh tế gia đình, kiến thức về BSSS với thực hành BSSS.

**Bảng 5: Liên quan các yếu tố với thực hành NCBSM hoàn toàn (n=300)**

Đặc điểm		NCBSM hoàn toàn	Không NCBSM hoàn toàn	OR	p
Trình độ học vấn	Từ THPT trở lên	25 (61%)	16 (39%)	6,373	0,001
	Từ THCS trở xuống	51 (19,7%)	208 (80,3%)		
Qui mô gia đình	GĐ truyền thống	59 (31,1%)	131 (68,9%)	2,464	0,003
	GĐ hạt nhân	17 (15,5%)	93 (84,5%)		
Kinh tế gia đình	Không nghèo	73 (28,1%)	187 (71,9%)	4,815	0,005
	Nghèo	3 (7,5%)	37 (92,5%)		
KT chung NCBSM hoàn toàn	Tốt	62 (40,3%)	92 (59,7%)	6,354	0,001
	Chưa tốt	14 (9,6%)	132 (90,4%)		

Theo kết quả bảng 5, trình độ học vấn, qui mô gia đình, kinh tế gia đình và kiến thức chung NCBSM hoàn toàn có liên quan đến thực hành NCBSM hoàn toàn của các bà mẹ ( $OR>1$ ;  $p<0,05$ ).

## **5. Bàn luận**

### ***5.1. Kiến thức, thái độ, thực hành về NCBSM của bà mẹ***

Các bà mẹ biết phải cho trẻ bú sớm trong vòng 1 giờ đầu sau sinh là 93,7%, kiến thức chung tốt của các bà mẹ về cho trẻ bú sớm sau sinh là 54,7%, tỉ lệ này cao hơn nghiên cứu của Trương Hoàng Mỗi (51%) [2].

Các bà mẹ cũng hiểu đúng khái niệm NCBSM hoàn toàn là 83%, tỉ lệ này trong nghiên cứu của chúng tôi cao hơn nghiên cứu của Phạm Thị Sơn năm 2010 là 63% [7], của Huỳnh Văn Nền năm 2011 là 70,5% [4]. Tỉ lệ bà mẹ hiểu đúng thời gian bú mẹ hoàn toàn trong 6 tháng đầu là 91,3%, kiến thức chung tốt (đạt từ 7-12 điểm) của các bà mẹ về NCBSM hoàn toàn là 51,3%.

Tỉ lệ bà mẹ đồng ý việc cho trẻ BSSS sẽ tốt cho sự phát triển của trẻ đạt là 80%, đồng ý NCBSM hoàn toàn trong 6 tháng đầu tốt cho sự phát triển của trẻ là 93%. Thái độ chung tốt (đồng ý cả 2 nội dung trên) là 76,7%, tỉ lệ này cao hơn so với nghiên cứu của Trương Hoàng Mỗi (51%) [2].

Tỉ lệ các bà mẹ cho trẻ bú mẹ sớm trong vòng 1 giờ đầu sau sinh là 75,7%, cao hơn nghiên cứu của Huỳnh Văn Nền (74,5%) [4], Huỳnh Thảo Trường và Huỳnh Trường Khải (25%) [9], Nguyễn Văn Kỳ và Nguyễn Thị Bài (67%) [1], Phạm Thị Sơn năm 2012 (55,5%) [7].

Tỉ lệ bà mẹ NCBSM hoàn toàn là 25,3%. Tỉ lệ này trong nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn so với nghiên cứu của Huỳnh Văn Nền năm 2011 (27,50 [4], nhưng cao hơn của Phạm Thị Sơn năm 2010 (7%) [7].

### ***5.2. Các yếu tố liên quan đến kiến thức, thái độ, thực hành về NCBSM***

#### ***5.2.1. Các yếu tố liên quan đến kiến thức NCBSM của các bà mẹ***

Nơi cư ngụ của mẹ có liên quan đến kiến thức NCBSM của bà mẹ. Tỉ lệ bà mẹ ở xã điểm có kiến thức chung tốt về NCBSM là 69,1% cao hơn so với bà mẹ ở nơi không phải là xã điểm là 43,7%, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ( $OR=2,876$ ;  $p<0,05$ ).

Trình độ học vấn của mẹ có liên quan đến kiến thức chung NCBSM của bà mẹ. Tỉ lệ bà mẹ trình độ học vấn từ THPT trở lên có kiến thức chung tốt về NCBSM là 87,8% cao hơn so với bà mẹ trình độ học vấn từ THCS trở

xuống là 54,4%, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ( $OR=6,026$ ;  $P<0,05$ ). Kết quả này phù hợp với kết quả nghiên cứu của Huỳnh Thảo Trường và Huỳnh Trường Khải [10].

### *5.2.2. Các yếu tố liên quan đến thái độ NCBSM của các bà mẹ*

Nơi cư ngụ của mẹ có liên quan đến thái độ chung về NCBSM của bà mẹ. Tỷ lệ bà mẹ ở xã điểm có thái độ chung tốt về NCBSM là 84,5% cao hơn so với bà mẹ ở nơi không phải là xã điểm là 64,7%, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ( $OR=2,981$ ;  $p<0,05$ ).

Trình độ học vấn của mẹ có liên quan đến thái độ chung NCBSM của bà mẹ. Tỷ lệ bà mẹ trình độ học vấn từ THPT trở lên có thái độ chung tốt là 90,2%, cao hơn so với bà mẹ trình độ học vấn từ THCS trở xuống là 74,5%, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ( $OR=3,163$ ;  $p<0,05$ ).

Kiến thức chung về NCBSM của bà mẹ có liên quan đến thái độ chung về NCBSM của bà mẹ. Tỷ lệ bà mẹ ở nhóm kiến thức chung NCBSM tốt có thái độ chung tốt là 95,5%, cao hơn nhiều so với bà mẹ ở nhóm kiến thức chung NCBSM chưa tốt là 49,6%, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ( $OR=21,471$ ;  $p<0,05$ ).

### *5.2.3. Các yếu tố liên quan đến thực hành NCBSM*

Có mối liên quan giữa thái độ cho trẻ bú sớm sau sinh của mẹ với thực hành cho trẻ BSSS. Tỷ lệ bà mẹ đồng ý cho trẻ BSSS thực hành cho trẻ BSSS là 79,9%, cao hơn so với bà mẹ không đồng ý cho trẻ BSSS là 19,0%, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ( $OR=16,924$ ;  $p<0,05$ ).

Trình độ học vấn của mẹ có liên quan đến thực hành NCBSM hoàn toàn. Tỷ lệ bà mẹ có trình độ từ THPT trở lên thực hành NCBSM hoàn toàn là 61,0%, cao hơn so với bà mẹ có trình độ từ THCS trở xuống là 19,7%, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ( $OR=6,373$ ;  $P<0,05$ ). Điều này cho thấy những bà mẹ có trình độ học vấn cao hơn sẽ tiếp nhận thông tin, thay đổi nhận thức và hành vi về NCBSM hoàn toàn tốt hơn các bà mẹ có trình độ học vấn thấp.

Quy mô gia đình có liên quan đến thực hành NCBSM hoàn toàn. Tỷ lệ bà mẹ ở gia đình truyền thống NCBSM hoàn toàn là 31,1%, cao hơn so với bà mẹ ở gia đình hạt nhân là 15,5%, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ( $OR=2,464$ ;  $p<0,05$ ).

Kinh tế gia đình có mối liên quan đến thực hành NCBSM hoàn toàn. Tỷ lệ bà mẹ ở gia đình không nghèo NCBSM hoàn toàn là 28,1%, cao hơn so với bà mẹ ở gia đình nghèo là 7,5%, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ( $OR=4,815$ ;  $p<0,05$ ).

Kiến thức chung về NCBSM hoàn toàn: có mối liên quan giữa kiến thức chung về NCBSM hoàn toàn của mẹ và thực hành NCBSM hoàn toàn. Tỷ lệ bà mẹ có kiến thức chung tốt thực hành NCBSMHT là 40,3%, cao hơn so với bà mẹ có kiến thức chung chưa tốt là 9,6%, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ( $OR=6,354$ ;  $p<0,05$ ). Nghiên cứu của Trương Hoàng Mối cũng tương đồng với nghiên cứu của chúng tôi [2].

## **6. Kết luận**

Kiến thức chung tốt về NCBSM của các bà mẹ là 59%, thái độ chung tốt là 76,7%, tỷ lệ bà mẹ cho trẻ bú sớm sau sinh là 75,7%, tỷ lệ bà mẹ nuôi con bằng sữa mẹ hoàn toàn trong 6 tháng đầu là 25,3%.

Nơi cư ngụ, trình độ học vấn của bà mẹ có liên quan đến kiến thức NCBSM của các bà mẹ.

Nơi cư ngụ, trình độ học vấn, kiến thức NCBSM có liên quan đến thái độ NCBSM của các bà mẹ.

Thái độ cho trẻ bú sớm sau sinh có liên quan đến thực hành cho trẻ bú sớm sau sinh của các bà mẹ.

Trình độ học vấn, qui mô gia đình, kinh tế gia đình và kiến thức chung về NCBSM có liên quan đến NCBSM hoàn toàn trong 6 tháng đầu của các bà mẹ.

## **7. Khuyến nghị**

Tăng cường công tác truyền thông giáo dục sức khỏe về NCBSM đến các đối tượng, đặc biệt cần lưu ý đối với đối tượng là gia đình nghèo, bà mẹ có trình độ học vấn thấp.

Cần đa dạng hóa các hình thức truyền thông để giúp các bà mẹ thuận lợi trong tiếp nhận thông tin về NCBSM. Duy trì công tác truyền thông của cán bộ y tế và mạng lưới cộng tác viên ở xã. Tăng cường công tác truyền thông gián tiếp như chuyên mục sức khỏe, tọa đàm trên đài truyền hình...

Tổ chức các lớp tập huấn về kiến thức, kỹ năng truyền thông cho nhân viên y tế, đặc biệt là cán bộ chuyên trách dinh dưỡng tuyến cơ sở, lực lượng cộng tác viên và tổ y tế để nâng cao hiệu quả tham vấn của bà mẹ về NCBSM.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Văn Kỳ, Nguyễn Thị Bài và cộng sự (2008), *Tình hình dinh dưỡng trẻ em dưới 5 tuổi huyện Thoại Sơn, tỉnh An Giang năm 2006*, tài liệu hội thảo khoa học kỹ thuật khu vực Đồng bằng sông Cửu Long lần III, tr. 16 - 20.
2. Trương Hoàng Môi, Võ Thị Kim Hoàn và Trương Thị Kim Hoàn (2012), *Khảo sát kiến thức và thực trạng nuôi con bằng sữa mẹ của các bà mẹ có con ra điều trị tại khoa nhi bệnh viện An Giang*, Bệnh viện đa khoa trung tâm An Giang.
3. Huỳnh Văn Nên (2010), *Báo cáo kết quả mô hình tăng cường thực hành nuôi con bằng sữa mẹ dựa vào cộng đồng năm 2010*, Trung tâm Truyền thông giáo dục sức khỏe An Giang.
4. Huỳnh Văn Nên (2012), *Đánh giá kết quả mô hình tăng cường thực hành nuôi con bằng sữa mẹ dựa vào cộng đồng năm 2011*, Trung tâm Truyền thông giáo dục sức khỏe An Giang.
5. Quỹ nhi đồng liên hợp quốc, Tổ chức y tế thế giới và Tổ chức khoa học và văn hóa liên hợp quốc (2003), *Những điều cần cho cuộc sống*, tr. 39-59.
6. Quỹ nhi đồng liên hợp quốc và Trung tâm Truyền thông Giáo dục sức khỏe trung ương (2009), *Giáo trình tuyên truyền thay đổi hành vi về chăm sóc sức khỏe bà mẹ trẻ em*, tr. 27 – 32.
7. Phạm Thị Sơn (2010), *Điều tra hộ gia đình về chăm sóc sức khỏe bà mẹ, trẻ sơ sinh và trẻ nhỏ tại 4 huyện dự án Bạn hữu trẻ em tỉnh An Giang năm 2010*, Sở Y tế An Giang, tr. 31-34, 54-62.
8. Trường Đại học Y Dược thành phố Hồ Chí Minh (1992), *Bài giảng nhi khoa tập I*, thành phố Hồ Chí Minh, tr. 35-47.
9. Huỳnh Thảo Trường, Huỳnh Trường Khải (2008), *Kiến thức, thái độ, thực hành về chăm sóc dinh dưỡng của bà mẹ có con suy dinh dưỡng tại Trung tâm Chăm sóc sức khỏe sinh sản tỉnh An Giang*, tài liệu hội thảo khoa học kỹ thuật khu vực Đồng bằng sông Cửu Long lần III, tr. 5 - 15.
10. Viện Dinh dưỡng (2009), *Tài liệu hội nghị dinh dưỡng toàn quốc năm 2009*, tr. 45-47.

# THỰC TRẠNG SỬ DỤNG VÀ KIẾN THỨC, THÁI ĐỘ CỦA NGƯỜI UỐNG RƯỢU, BIA Ở THỊ TRẤN CHỢ RÃ, HUYỆN BA BỂ, TỈNH BẮC KẠN NĂM 2014

*BSCK II. Tác Văn Nam  
Trung tâm Truyền thông GDSK Bắc Kạn*

## **Tóm tắt nghiên cứu**

Để có căn cứ xây dựng và thực hiện kế hoạch phòng, chống tác hại của lạm dụng đồ uống có cồn đến năm 2020 tại tỉnh Bắc Kạn, chúng tôi tiến hành nghiên cứu: *"Thực trạng sử dụng, kiến thức và thái độ của người uống rượu, bia tại thị trấn Chợ Rã, huyện Ba Bể, tỉnh Bắc Kạn"*. Bằng phương mô tả cắt ngang trên 400 đối tượng sử dụng rượu bia. Kết quả cho thấy có tới 25% số đối tượng lạm dụng rượu bia. Tỷ lệ đối tượng có anh/em trai đang sử dụng rượu chiếm 37,8%, tiếp đó là bố (35,8%). Lý do chủ yếu dẫn đến uống rượu bia nhiều nhất là khi gặp bạn bè/người thân/khách chiếm 82%. Tỷ lệ đối tượng có thời gian sử dụng rượu bia từ 5 - 10 năm chiếm 29,25%; dưới 5 năm là 26,25%; 11- 20 năm là 25,25%, trên 20 năm là 19,0%. Thái độ đối với việc bỏ rượu bia, 60% đối tượng cho rằng có thể bỏ được rượu bia. Trong khi đó 23,25% cho rằng không bỏ được. 100% các đối tượng nghiên cứu đều cho rằng lạm dụng rượu bia (khi say rượu) có thể sẽ gây tai nạn khi tham gia giao thông và ảnh hưởng đến sức khỏe; gây mất trật tự an ninh là 57,3%; ảnh hưởng hạnh phúc gia đình chiếm 48,8%; Các đối tượng nghiên cứu đều nêu được các loại bệnh tật có thể mắc khi lạm dụng rượu bia, lần lượt là: Bệnh gan mật chiếm 80%; bệnh tim mạch 70%, nguy cơ tử vong 67,5%. Chỉ có 21,3% đối tượng muốn bỏ ngay; vẫn có 27,3% cho rằng không muốn bỏ; 22,2% cho rằng sẽ bỏ nhưng không phải lúc này; lưỡng lự là 15,8%....

## **1. Đặt vấn đề**

Ở Việt Nam nói chung, tỉnh Bắc Kạn nói riêng, quá trình đổi mới và phát triển nền kinh tế trong những năm qua đã giúp cho đời sống nhân dân ngày càng được nâng cao. Cùng với đó thì xu hướng sử dụng rượu, bia trong sinh hoạt hàng ngày, trong những dịp lễ, hội, trong quan hệ công việc... đang ngày càng gia tăng. Tình trạng sử dụng rượu, bia "tràn lan" ở một số nơi đã làm cho trật tự an toàn xã hội, an toàn giao thông trở thành những vấn đề đáng báo động. Cũng từ vấn đề này mà một số bệnh tật cũng có phần gia tăng do các yếu tố có liên quan tới hành vi sử dụng nhiều rượu, bia của người dân.

Cho đến nay trên địa bàn toàn tỉnh chưa có một đề tài nghiên cứu về việc sử dụng rượu, bia của người dân, cũng như đánh giá về hành vi của những người

thường xuyên sử dụng rượu. Bản thân những người thường xuyên sử dụng cũng chưa biết mình đã uống rượu bia ở mức nào? Đã đến mức lạm dụng chưa? Tác hại ra sao? Xuất phát từ lý do trên, chúng tôi thực hiện đề tài: "*Thực trạng sử dụng và kiến thức, thái độ của người uống rượu, bia tại thị trấn Chợ Rã, huyện Ba Bể, tỉnh Bắc Kạn*", nhằm khảo sát tình hình sử dụng và mức độ lạm dụng rượu, bia của người dân nơi đây, đồng thời đánh giá về kiến thức và thái độ của họ với hành vi này. Kết quả của nghiên cứu này sẽ là cơ sở để các ngành, các cấp, nhất là ngành y tế có cơ sở dữ liệu cụ thể để tham mưu cho UBND tỉnh về kế hoạch phòng, chống tác hại của lạm dụng đồ uống có cồn đến năm 2020, bao gồm rượu, bia và đồ uống có cồn khác, nhằm giảm tình trạng lạm dụng rượu bia và giảm tác hại do việc sử dụng nhiều rượu bia gây ra đối với sức khỏe, tính mạng cũng như trật tự an toàn xã hội ở địa phương.

## **2. Mục tiêu nghiên cứu**

1. Mô tả thực trạng sử dụng rượu, bia của người lớn đủ 16 tuổi trở lên đang sinh sống tại thị trấn Chợ Rã, huyện Ba Bể, tỉnh Bắc Kạn.
2. Mô tả kiến thức và thái độ của người lớn đủ 16 tuổi trở lên đang sinh sống tại thị trấn Chợ Rã, huyện Ba Bể, tỉnh Bắc Kạn về rượu, bia.

## **3. Phương pháp nghiên cứu**

### **3.1. Đối tượng nghiên cứu**

Người lớn đủ 16 tuổi trở lên đang sinh sống tại thị trấn Chợ Rã, huyện Ba Bể, tỉnh Bắc Kạn.

- *Tiêu chuẩn lựa chọn*: Người đã từng sử dụng rượu hoặc hiện tại đang sử dụng rượu bia thường xuyên, còn minh mẫn, có khả năng trả lời phỏng vấn, tự nguyện đồng ý tham gia nghiên cứu.
- *Tiêu chuẩn loại trừ*: Người không có khả năng tiếp xúc phỏng vấn hoặc từ chối tham gia nghiên cứu.

### **3.2. Địa điểm và thời gian nghiên cứu**

- *Địa điểm*: Tại thị trấn Chợ Rã, huyện Ba Bể, tỉnh Bắc Kạn.
- *Thời gian nghiên cứu*: Từ tháng 4-tháng 11/2014.

### **3.3. Thiết kế nghiên cứu**: Mô tả cắt ngang .

- *Cỡ mẫu*: Tính theo công thức:

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

Trong đó: Z: là chỉ số giới hạn của khoảng tin cậy 95% là 1,96;  $p = 0,5$ ;  
 $q = 1 - p = 0,5$ ;  $d = \text{sai số tối đa } 5\% = 0,05$ ;

Thay vào các trị số ta có:  $n = 1,96^2 \cdot 0,5 \cdot (1-0,5) / 0,05^2 = 384$ . Với công thức trên, cỡ mẫu được tính là 384, làm tròn là  $n=400$ .

**3.4. Xử lý số liệu:** Bằng phần mềm SPSS 18.0

#### 4. Kết quả nghiên cứu

##### 4.1. Tình hình sử dụng rượu bia của các đối tượng nghiên cứu

**Bảng 1: Tình trạng sử dụng rượu bia của các đối tượng điều tra**

Sử dụng rượu bia	Nam (n=326)		Nữ (n=74)		Chung (n=400)	
	Tần số	Tỷ lệ (%)	Tần số	Tỷ lệ (%)	Tần số	Tỷ lệ (%)
Hiện tại còn uống rượu, bia	315	96,7	71	95,9	386	96,5
Lạm dụng rượu, bia.	95	29,1	5	6,8	100	25

96,5% đối tượng nghiên cứu hiện tại còn uống rượu bia. Tỷ lệ lạm dụng rượu bia ở nam chiếm 29,1%, Nữ chiếm 6,8%. Tỷ lệ chung cho cả hai giới chiếm 25%.

Kết quả nghiên cứu cũng cho thấy, Các thành viên khác trong gia đình cũng uống rượu, bia, trong đó chủ yếu đàn ông trong gia đình (ông/bố/anh em trai) (7,8%; 35,8%; 37,8%), phụ nữ có uống nhưng ít hơn nhiều (<10%).

**Bảng 2: Lý do uống rượu bia của đối tượng**

Lý do	Số lượng (n = 386 )	Tỷ lệ (%)
Uống vì thích mùi vị của rượu bia	45	11,3
Uống vì cảm thấy thư giãn	48	12,0
Uống vì có chút rượu thấy tự tin hơn	51	12,8
Uống vì thói quen khi gặp bạn bè/người thân/khách	328	82,0
Uống vì cho là bổ/tăng cường sức khỏe	29	7,3
Uống vì có đồ ăn(đồ nhắm) ngon	83	20,8
Uống vì khi có rượu thấy ngủ ngon hơn	38	9,5



Lý do uống rượu bia nhiều nhất là vì thói quen khi gặp bạn bè/người thân/khách (82%); tiếp đến là do có đồ ăn ngon (20,8%); chỉ 12,8% cho rằng thấy tự tin hơn khi có chút rượu. Điều này cũng phù hợp với tần suất sử dụng rượu bia hiện tại của các đối tượng cao nhất là khi gặp bạn bè (53,5%); Uống hằng ngày là 26%; tại các bữa tiệc là 20,5%.

Kết quả nghiên cứu cũng cho thấy, thời điểm đối tượng uống nhiều rượu bia nhất là những dịp đặc biệt đó là lễ tết (37%), bữa ăn tối (18,5%), uống cả ngày (26%), bữa ăn trưa (6,4%). Vẫn còn 4,4% đối tượng trong khi làm việc, dùng làm việc để uống rượu bia.

**Bảng 3: Thời gian sử dụng rượu bia của đối tượng**

<b>Số năm</b>	<b>Số lượng (n = 386 )</b>	<b>Tỷ lệ (%)</b>
< 5 năm	105	26,25
5 - 10 năm	118	29,50
11-20 năm	101	25,25
>20 năm	76	19,0

Thời gian sử dụng rượu bia của các đối tượng trong từ 5-10 năm chiếm cao nhất 29,25%; dưới 5 năm là 26,25%; 11- 20 năm là 25,25%, và có tới 19,0% người uống rượu trên 20 năm.

**Bảng 4: Số lượng rượu, bia sử dụng hiện tại của đối tượng**

<b>Tần suất, số lượng rượu bia</b>		<b>Số lượng (n = 386 )</b>	<b>Tỷ lệ (%)</b>
<b>Số lần uống trong ngày</b>	1 -2 lần/ ngày	213	55,2
	> 2 lần/ ngày	173	44,8
<b>Số chén rượu mỗi lần uống (Chén tiêu chuẩn 30 ml)</b>	1-3 chén	178	46,1
	4-6 chén	88	22,8
	7 - 10 chén	64	16,6
	>10 chén	56	14,5
<b>Số cốc bia mỗi lần uống (cốc 300ml)</b>	≤ 1 cốc	228	59,1
	2-3 cốc/lần	91	23,6
	4-5 cốc/lần	40	10,4
	>5 cốc/lần	27	6,9

Theo kết quả bảng 4, tỷ lệ đối tượng có số lần uống rượu bia nhiều hơn 2 lần/ngày chiếm 44,8%. Tỷ lệ đối tượng sử dụng 1-3 chén rượu/lần chiếm 46,1%.

Vẫn có tới 14,5% số đối tượng uống trên 10 chén rượu/lần. Tỷ lệ dùng  $\leq 1$  cốc bia/lần chiếm 59,1%; 2-3 cốc/lần chiếm 23,6%; >5 cốc/lần chiếm 6,9%.

**Bảng 5: Thực hành từ bỏ rượu, bia của đối tượng**

<b>Bỏ rượu, bia</b>		<b>Số lượng</b>	<b>Tỷ lệ (%)</b>
<b>Tự đánh giá khả năng bỏ rượu bia</b>	Có thể bỏ được	240	60
	Không thể bỏ được	93	23,25
	Không biết/không chắc chắn	67	16,75
<b>Số lần thử bỏ rượu không thành công (n=386)</b>	1 lần	184	48
	2 - 3 lần	34	9
	> 3 lần	22	6
	Không nhớ	146	37
<b>Lý do không bỏ được rượu bia (n=386)</b>	Do thói quen	111	29
	Không uống rượu thấy khó chịu	18	4,7
	Khó từ chối khi có người mời	182	47
	Uống vì giao tiếp trong công việc/đối tác ngoại giao	67	17,3
	Không biết lý do	8	2

60% số đối tượng hiện tại vẫn còn uống rượu bia cho rằng có thể bỏ được rượu bia. Số cho rằng không thể bỏ được chiếm 23,25%; số đã thử bỏ 1 lần nhưng không thành công chiếm 48%, trên 3 lần chiếm 6%. Lý do không bỏ được là do khó từ chối khi có người khác mời chiếm cao nhất (47%), do thói quen chiếm 29%, do giao tiếp/đối ngoại chiếm 17,3%, thấy khó chịu trong người nếu không uống chiếm 4,7%.

**Bảng 6: Thu nhập của gia đình và chi tiêu cho rượu, bia**

<b>Ảnh hưởng của rượu bia</b>		<b>Số lượng</b>	<b>Tỷ lệ (%)</b>
<b>Thu nhập bình quân của gia đình hàng tháng (n = 400)</b>	< 3triệu	46	11,5
	3 - <4 triệu	84	21
	4-5 triệu	90	22,5
	> 5 triệu	180	45
<b>Chi tiêu cho bia rượu/ tháng (n=386)</b>	< 100,000đ	148	38,3
	100,000 - <200,000đ	91	23,6
	200,000 - 300,000đ	76	19,7
	> 300,000đ	71	18,4

Thu nhập bình quân trong tháng của các gia đình ở mức trên 5 triệu đồng chiếm tỷ lệ cao nhất (45%). Mức dưới 3 triệu/tháng vẫn chiếm tới 11,5%. Trong đó chi tiêu cho việc mua rượu, bia hàng tháng ở mức dưới 100.000 đ/tháng chiếm 38,3%, từ 100.000- dưới 200.000 đ/tháng chiếm 23,6%, từ 200.000-300.000đ/tháng chiếm 19,7%; Trên 300.000 đ/tháng chiếm 18,4%.

#### **4.2. Đánh giá về kiến thức và thái độ của các đối tượng điều tra về rượu bia**

**Bảng 7: Tác hại chung của lạm dụng rượu, bia**

<b>Tác hại của rượu bia</b>	<b>Số lượng (n = 400)</b>	<b>Tỷ lệ (%)</b>
Gây mất an ninh trật tự	229	57,3
Ảnh hưởng hạnh phúc của gia đình	195	48,8
Thiếu văn minh	158	39,5
Gây tai nạn khi tham gia giao thông	400	100
Ảnh hưởng đến sức khỏe (gây bệnh tật)	400	100
Ảnh hưởng đến kinh tế	139	34,8
Ảnh hưởng đến cộng đồng xã hội.	108	27
Con cái hư hỏng	69	17,25
Không ảnh hưởng gì	05	1,25

Trong số 400 đối tượng nghiên cứu thì 100% đều cho rằng việc lạm dụng rượu bia có thể sẽ gây tai nạn và ảnh hưởng đến sức khỏe (bệnh tật); gây mất trật tự an ninh là 57,3%; ảnh hưởng hạnh phúc gia đình chiếm 48,8%. Ảnh hưởng đến kinh tế gia đình và cộng đồng xã hội được đánh giá ở mức độ thấp hơn (34,8% và 27%).

**Bảng 8: Tác hại của rượu, bia đến sức khỏe**

<b>Tác hại của rượu bia</b>	<b>Số lượng (n = 400)</b>	<b>Tỷ lệ (%)</b>
Bệnh Gan mật	320	80
Bệnh tim mạch	280	70
Bệnh tiêu hoá	227	56,8
Bệnh thận/tiết niệu	111	27,8
Bệnh ung thư	206	51,5%
Nguy cơ tử vong	270	67,5
Không tác hại gì	8	2

Các đối tượng nghiên cứu đều nêu được các loại bệnh tật có thể mắc khi lạm dụng rượu bia, lần lượt là: Bệnh gan mật chiếm 80%; bệnh tim mạch 70%; nguy cơ tử vong 67,5%; bệnh đường tiêu hóa 56,8%; ung thư 51,5%, bệnh thận tiết niệu 27,8%. Vẫn còn 2% cho rằng không tác hại gì.

**Bảng 9: Thái độ của đối tượng về sử dụng rượu, bia**

Thái độ	Số lượng (n = 400)	Tỷ lệ (%)
Uống nhiều rượu bia không/ không chắc đã có hại	104	26,0
Nên uống rượu bia trong các cuộc hội họp, tiệc tùng	204	51,0
Uống cũng được/Không uống cũng không sao	107	26,8
Không thích khi có người khuyên bỏ rượu	142	35,5

Hơn một nửa đối tượng nghiên cứu cho rằng nên uống rượu bia trong các cuộc hội họp, tiệc tùng, lễ tết (51%). 26% cho rằng uống không có hại và 26,8% khẳng định uống cũng không sao. Đặc biệt có tới 35,5% đối tượng nghiên cứu không thích có người khuyên bỏ rượu.

**Bảng 10: Thái độ của những người thân và người trong gia đình về hành vi uống rượu bia của đối tượng**

Thái độ	Số lượng (n = 386)	Tỷ lệ (%)
Tức giận	123	31,8
Khuyên cai bỏ	188	48,7
Không quan tâm	66	17,1
Không biết phản ứng	9	2,4

Có tới 48,7% người thân trong gia đình khuyên cai rượu/bia (điều mà đối tượng nghiện rượu không muốn), gần 32% có thái độ tức giận.

**Bảng 11: Mong muốn từ bỏ rượu bia của đối tượng**

Thái độ	Số lượng (n = 386)	Tỷ lệ (%)
Muốn bỏ ngay	82	21,3
Không muốn bỏ	105	27,2
Sẽ bỏ nhưng chưa phải lúc này	86	22,2
Lưỡng lự	61	15,8
Không quan tâm	32	8,3
Không biết, không trả lời	20	5,2

Bảng trên cho thấy có 27,3% đối tượng đang sử dụng rượu bia không muốn bỏ; 22,2% cho rằng sẽ bỏ nhưng không phải lúc này; 21,3% muốn bỏ ngay; 15,8% vẫn còn đang lưỡng lự.

## **5. Bàn luận**

### ***5.1. Thực trạng sử dụng rượu bia của người thường xuyên uống rượu bia ở thị trấn Chợ Rã, huyện Ba Bể, tỉnh Bắc Kạn.***

Kết quả nghiên cứu cho thấy trong số đối tượng tường sử dụng rượu, bia, tỷ lệ đối tượng hiện tại còn sử dụng rượu tương đối cao (96,5%). Tương đương với nghiên cứu của Mã Thị Nông, Hà Thu Hường (Dự án Adra) tại thị xã Cao Bằng tỉnh Cao Bằng năm 2007 là 96%;

Đặc biệt tỷ lệ cần lưu ý nhất vẫn là tỷ lệ lạm dụng rượu bia chung cho cả hai giới là 25%, trong đó ở nam là 29,1%, nữ là 6,8%. Tỷ lệ này là tương đối cao, cao hơn với kết quả nghiên cứu của Đàm Bảo Hoa, Bùi Đức Trình ở phường Quang Trung thành phố Thái Nguyên (16,43%)(2008), cao hơn gấp đôi với kết quả nghiên cứu của Mã Thị Nông, Hà Thu Hường (Dự án Adra) tại thị xã Cao Bằng tỉnh Cao bằng (2007) là 14,6% nam giới lạm dụng rượu (chung cho cả 2 giới là 12%). Gần tương đương với kết quả nghiên cứu Đàm Việt Cường, Vũ Thị Minh Hạnh và cộng sự (Viện Chiến lược chính sách y tế - Bộ Y tế) về đánh giá tình trạng lạm dụng rượu, bia tại Việt Nam (2006): Lạm dụng rượu chiếm tỷ lệ cao nhất trong nhóm nông dân (28%), tiếp đến là nhóm những người làm trong các doanh nghiệp (26%), lao động tự do (21%); tỷ lệ lạm dụng rượu trong cán bộ nhà nước cũng chiếm 17 %.

Lý do mà đối tượng uống rượu bia nhiều nhất là thói quen khi gặp bạn bè/người thân/khách chiếm 82%. Kết quả nghiên cứu này là phù hợp, nhưng thấp hơn so với kết quả nghiên cứu của Viện Chiến lược – Chính sách Bộ Y tế về tình hình lạm dụng rượu ở Việt Nam (86%) và thấp hơn kết quả nghiên cứu của nhóm tác giả Mã Thị Nông, Hà Thu Hường (Dự án Adra) tại thị xã Cao Bằng tỉnh Cao bằng" (2007) là 92%.

Số đối tượng uống nhiều rượu bia vào dịp lễ tết chiếm 37%. Bên cạnh đó vẫn còn 4,4% đối tượng uống rượu bia vào thời điểm làm việc. Đáng chú ý vẫn còn một tỷ lệ đáng kể uống cả ngày 26%, kết quả này phù hợp với kết quả về tần suất uống rượu của đối tượng. Nhưng tỷ lệ này khác với kết quả nghiên cứu của Viện Chiến lược – Chính sách Bộ y tế về tình hình lạm dụng rượu ở Việt Nam. Khác với kết quả của Mã Thị Nông, Hà Thu Hường (Dự án Adra) tại thị xã Cao Bằng tỉnh Cao bằng(2007).

Thời gian sử dụng rượu bia của các đối tượng trong 5- 10 năm chiếm cao nhất 29,25%; tiếp đến là dưới 5 năm là 26,25%; 11- 20 năm là 25,25%, trên 20 năm là 19,0%. Kết quả này là phù hợp, vì tuổi trung bình của đối tượng điều tra khá cao (43,6 tuổi), hơn nữa hành vi sử dụng nhiều rượu tại những vùng miền núi và vùng cao như thị trấn Chợ Rã đã hiện hữu từ lâu, đi vào thói quen tập quán của địa phương. Tỷ lệ này tương đương với kết quả của Mã Thị Nông, Hà Thu Hương (Dự án Adra) tại thị xã Cao Bằng tỉnh Cao Bằng" (tỷ lệ đối tượng có thời gian sử dụng rượu trên 10 năm (44%); từ 5-10 năm (36%).

Số lượng rượu bia sử dụng hiện tại: Tỷ lệ đối tượng ngày uống  $\geq 2$  lần chiếm cao nhất là 44,8%; Tỷ lệ đối tượng sử dụng nhiều rượu 4-6 chén/lần chiếm cao 22,8%, >10 chén/lần chiếm 14,5%. Về sử dụng bia: Tỷ lệ 2-3 cốc/lần chiếm 23,6%; >5 cốc/lần chiếm 6,9%. Như vậy mức uống rượu bia của đối tượng quy ra đơn vị chuẩn về rượu bia đã lý giải về tỷ lệ lạm dụng rượu bia ở các đối tượng này luôn cao hơn các nghiên cứu khác. Chính nhóm đối tượng này cũng là nhóm đã lạm dụng rượu hoặc nguy cơ cao dẫn đến lạm dụng rượu.

Số đối tượng hiện tại vẫn còn uống rượu bia cho rằng có thể bỏ được rượu bia là 60%; Tỷ lệ đối tượng không bỏ được khá cao (23,25%), đây chính là nhóm đối tượng đã lạm dụng rượu hoặc có nguy cơ cao dẫn đến lạm dụng rượu bia. Kết quả này thấp hơn kết quả nghiên cứu của Mã Thị Nông, Hà Thu Hương (Dự án Adra) tại thị xã Cao Bằng tỉnh Cao Bằng (28%).

Mức thu nhập của toàn gia đình các đối tượng nghiên cứu tập trung vào mức >5 triệu đồng/tháng chiếm 45%. Trong đó, chi tiêu cho việc mua rượu bia hàng tháng ở mức <100.000 đồng/tháng chiếm 38,3%, từ 100.000-<200.000 đồng/tháng chiếm 23,6%, 200.000-300.000đồng/tháng chiếm 19,7%; trên 300.000 đồng/tháng chiếm 18,4%. Từ kết quả này cho thấy tiền mua rượu bia có thể đã chiếm tới 3-10% thu nhập hàng tháng của đối tượng, điều này ảnh hưởng trực tiếp tới tích lũy tiền bạc, phát triển kinh tế hộ gia đình, chưa kể tới những tác hại hiện hữu khi sử dụng nhiều rượu.

## ***5.2. Thực trạng kiến thức, thái độ về sử dụng rượu bia ở đối tượng nghiên cứu.***

### ***5.2.1. Thực trạng về kiến thức***

100% đối tượng nghiên cứu biết lạm dụng rượu bia (khi say rượu) có thể sẽ gây tai nạn khi tham gia giao thông và ảnh hưởng đến sức khỏe (bệnh tật); gây mất trật tự an ninh là 57,3%. Như vậy hiểu biết về tác hại chung của việc lạm dụng rượu bia của các đối tượng tương đối tốt. Kết quả này cao hơn so với kết quả

nguyên cứu của Mã Thị Nông, Hà Thu Hường (Dự án Adra) tại thị xã Cao Bằng tỉnh Cao Bằng.

Các loại bệnh được nhắc đến là: Bệnh gan mật chiếm 80%; bệnh tim mạch 70%; nguy cơ tử vong 67,5%; bệnh đường tiêu hóa 56,8%; ung thư 51,5%, thận tiết niệu 27,8%. Kết quả này cao hơn kết quả nghiên cứu của Mã Thị Nông, Hà Thu Hường (Dự án Adra) tại thị xã Cao Bằng tỉnh Cao bằng và cũng cao hơn kết quả của Nguyễn Viết Thêm và cộng sự về "Tình trạng nghiện rượu ở một số phường của Hà Nội" (2008). Như vậy chúng ta thấy kiến thức của các đối tượng điều tra về tác hại sức khỏe do lạm dụng rượu tương đối tốt.

#### 5.2.2. *Thực trạng về thái độ*

Thái độ của đối tượng về hành vi lạm dụng rượu bia: 51% cho rằng nên uống rượu bia trong các cuộc hội họp, tiệc tùng, lễ tết.

Có đến 26% cho rằng uống nhiều rượu bia không/không chắc đã có hại cho sức khỏe, những đối tượng này có thể là đối tượng đang lạm dụng rượu hoặc có nguy cơ lạm dụng rượu. Đặc biệt có tới 35,5 % không thích có người khuyên bỏ rượu, từ thái độ này cho thấy tỷ lệ lạm dụng rượu bia vẫn còn ở mức cao. Trong khi kiến thức hiểu biết về tác hại chung của hành vi lạm dụng rượu bia là rất tốt nhưng thái độ về việc từ bỏ hoặc hạn chế sử dụng rượu bia thì lại chưa tốt, chưa tích cực. Như vậy, việc thực hành từ bỏ thói quen có hại này sẽ là rất khó khăn. Kết quả này cũng tương đương với các kết quả nghiên cứu của của "Điều tra quốc gia về vị thành niên và thanh niên Việt Nam" (SAVY) năm 2003, hay nghiên cứu của Nguyễn Viết Thêm và cộng sự về "Tình trạng nghiện rượu ở một số phường của Hà Nội" (2008), nghiên cứu của Đàm Bảo Hoa và cộng sự về Dịch tễ học lâm sàng lạm dụng rượu, nghiện rượu ở cộng đồng một số khu vực miền núi phía bắc (2007).

Có tới 31,8% những người thân của đối tượng tức giận khi họ uống rượu và 48,7% khuyên cai bỏ. Như vậy, hành vi lạm dụng rượu bia của đối tượng đã tác động đến mối quan hệ của họ với người thân trong gia đình. Tuy nhiên, vẫn còn 17,1% số người thân của đối tượng không quan tâm tới hành vi lạm dụng rượu bia của đối tượng, những người này có thể cũng là người đang sử dụng nhiều rượu bia như đối tượng, hoặc họ đã quá quen với hành vi này tại địa phương.

Chỉ có 21,3% là muốn bỏ ngay, tỷ lệ này là rất thấp nếu so với tỷ lệ lạm dụng hiện có, thấp hơn kết quả nghiên cứu của tại Cao Bằng (58%). Vẫn có 27,3% cho rằng không muốn bỏ; 22,2% cho rằng sẽ bỏ nhưng không phải lúc

này; 15,8% lượng lự. Như vậy, ở những đối tượng này việc thay đổi hành vi từ lạm dụng rượu bia sang từ bỏ hoặc hạn chế uống dưới mức lạm dụng cần có một thời gian lâu dài, cần có tác động bằng việc truyền thông nâng cao nhận thức.

## **6. Kiến nghị**

Thực hiện tốt các quan điểm, mục tiêu của quyết định số 244/QĐ-TTg, Ngày 12 tháng 02 năm 2014 của Thủ tướng Chính phủ về Chính sách quốc gia phòng, chống tác hại của lạm dụng đồ uống có cồn đến năm 2020, bao gồm rượu, bia và đồ uống có cồn khác, cũng như các kế hoạch thực hiện vấn đề này tại địa phương.

Tăng cường các hoạt động truyền thông phòng chống lạm dụng rượu bia tại cộng đồng bằng cả các hình thức trực tiếp và trên các phương tiện thông tin đại chúng. Nhấn mạnh mức độ lạm dụng, tác hại của việc lạm dụng rượu bia. Phát triển các loại tài liệu truyền thông về lĩnh vực này để nâng cao hiệu quả công tác tuyên truyền. Hoạt động tuyên truyền cần nhấn mạnh việc nâng cao kiến thức nhưng phải lấy mục tiêu thay đổi được thái độ của những người đang lạm dụng rượu bia theo hướng tích cực, tiến tới việc thực hành từ bỏ hoặc hạn chế sử dụng rượu bia.

## **TÀI LIỆU THAM KHẢO**

1. Đàm Viết Cương, Vũ Thị Minh Hạnh và cộng sự (Viện chiến lược - chính sách y tế – Bộ y tế), *Đánh giá tình trạng lạm dụng rượu, bia tại Việt Nam*, (2006).
2. Nguyễn Chí Công, Phạm Thị Hồng, Bùi Quang Huy, *Đặc điểm công tác điều dưỡng đối với bệnh nhân loạn thần do rượu*. Bệnh viện Tâm thần TW II, Hà Nội, 2009.
3. Đàm Bảo Hoa, Bùi Đức Trình và Cộng sự, *Dịch tễ học lâm sàng lạm dụng rượu, nghiện rượu ở cộng đồng một số khu vực miền núi phía Bắc*. Tạp chí y học thực hành số 461/2003, Hà Nội, 2007.
4. Nguyễn Xuân Ninh, *Sử dụng và lạm dụng rượu bia ở vị thành niên và thanh niên Việt Nam*. Báo cáo toàn văn hội nghị khoa học toàn quốc Hội y tế công cộng Việt Nam. Hà Nội 12/2006.
5. Mã Thị Nông, Hà Thu Hường (Dự án Adra), *Thực trạng sử dụng rượu bia của người trưởng thành tại thị xã Cao Bằng, tỉnh Cao bằng*, (2007)
6. SAVY, *Điều tra quốc gia về vị thành niên*, Hà nội, 2003.



7. Nguyễn Việt Thêm và cộng sự, *Tình trạng nghiện rượu ở một số phường của Hà Nội*, Hà nội 2008.
8. Thủ tướng Chính phủ, *Quyết định số 244/QĐ-TTg ngày 12 tháng 02 năm 2014 của Thủ tướng Chính phủ về Chính sách quốc gia phòng, chống tác hại của lạm dụng đồ uống có cồn đến năm 2020, bao gồm rượu, bia và đồ uống có cồn khác*. Hà nội, 2014.
9. Trường Đại học Y Hà Nội “*Phương pháp nghiên cứu khoa học trong y học và sức khỏe cộng đồng*” Hà Nội 2004.
10. Nguyễn Thị Xuyên (Bộ Y tế), *Tình hình lạm dụng bia rượu trên thế giới và các chính sách phòng ngừa*, (2009).

# **ĐÁNH GIÁ HIỆU QUẢ TRUYỀN THÔNG GIÁO DỤC SỨC KHỎE TRONG THAY ĐỔI KIẾN THỨC, THÁI ĐỘ THỰC HÀNH PHÒNG CHỐNG TÁC HẠI THUỐC LÁ CỦA SINH VIÊN, GIÁO VIÊN, NHÂN VIÊN TRƯỜNG ĐẠI HỌC THỦ DẦU MỘT TỈNH BÌNH DƯƠNG NĂM 2014**

*Phạm Công Chánh  
Trung tâm Truyền thông GDSK tỉnh Bình Dương*

## **Tóm tắt nghiên cứu**

Nghiên cứu can thiệp tiến hành từ tháng 05/2013 đến 4/2014 trên 574 sinh viên, giáo viên và nhân viên của Trường Đại học Thủ Dầu Một tỉnh Bình Dương nhằm đánh giá hiệu quả công tác truyền thông giáo dục sức khỏe (TTGDSK) trong việc thay đổi kiến thức, thái độ, thực hành trong phòng chống tác hại thuốc lá. Kết quả nghiên cứu trước can thiệp cho thấy: 10,2% sinh viên, giáo viên và nhân viên có sử dụng thuốc lá. Sau các hoạt động can thiệp truyền thông, kiến thức về tác hại của hút thuốc lá chủ động có tăng lên (62,9% lên 98,1%). Kiến thức về tác hại của hút thuốc lá thụ động cũng tăng lên (59,6% lên 95,9%). Thái độ ứng xử về các biện pháp hạn chế ảnh hưởng tác hại của thuốc lá tăng lên: không hút thuốc trong nhà (trước truyền thông là 81,26% sau truyền thông là 85,69%), không hút thuốc nơi đông người từ 88,95% tăng lên 93,03%, không mời người khác hút thuốc trong nhà mình từ 68,62% tăng lên 70,81%, ra ngoài hành lang, sân vườn để hút tăng từ 59,17% lên 67,52%, bảo người khác ngồi xa mình khi mình đang hút thuốc từ 40,18% tăng lên 45,56%. Thái độ không chấp nhận khi nhìn thấy một người đàn ông hút thuốc tăng từ 81,08 % lên 84,32% , khi nhìn thấy một người phụ nữ đang hút thuốc tăng 91,64% lên 92,02%, khi nhìn thấy vị thành niên hút thuốc tăng từ 71,77% lên 94,99%. Thực hành phòng chống tác hại của thuốc lá của sinh viên, giáo viên và nhân viên trường Đại học Thủ Dầu Một có thay đổi tích cực sau các hoạt động truyền thông: việc hút thuốc thường xuyên trong phòng họp và phòng làm việc giảm từ 1,74% xuống 0,56%. Việc hít phải khói thuốc lá trong phòng làm việc và phòng họp cũng giảm từ 4,01% xuống còn 1,8%.

## **1. Đặt vấn đề**

Luật phòng, chống tác hại của thuốc lá của nước ta chính thức có hiệu lực kể từ ngày 01 tháng 5 năm 2013. Để luật được kịp thời đi vào cuộc sống, điều quan trọng là phải đẩy mạnh việc thông tin, truyền thông về tác hại của thuốc lá, đây là biện pháp quan trọng và hiệu quả nâng cao nhận thức của người dân về tác hại của thuốc lá, từ đó giúp người dân không sử dụng thuốc lá, thực hiện nghiêm quy định về cấm hút thuốc lá tại địa điểm công cộng và tích cực tham gia phòng, chống tác hại của thuốc lá.

Theo điều tra toàn cầu năm 2010 về việc sử dụng thuốc lá ở người trưởng thành trên 15 tuổi, Việt Nam thuộc nhóm 15 quốc gia có số người hút thuốc lá cao nhất trên thế giới. Tỷ lệ nam giới trưởng thành hút thuốc lá là 47,4%, và hiện có khoảng 33 triệu người không hút thuốc lá thường xuyên hít phải khói thuốc lá tại nhà và hơn 5 triệu người không hút thuốc hít phải khói thuốc tại nơi làm việc.

Những nghiên cứu gần đây cũng cho thấy xu hướng sử dụng thuốc lá đang ngày càng trẻ hóa. Điều tra thực trạng sử dụng thuốc lá năm 2007 trong học sinh độ tuổi từ 13-15 tại Việt Nam cho thấy tỉ lệ các em học sinh đã từng thử hút thuốc từ khi dưới 10 tuổi là 17,6% ở nam và 5,5% ở nữ. Do đó, việc xây dựng trường học không khói thuốc là rất cần thiết nhằm giúp cho cán bộ, giáo viên, sinh viên đảm bảo quyền được hít thở bầu không khí trong lành, góp phần nâng cao sức khỏe, chất lượng dạy và học, xây dựng nếp sống văn minh, lịch sự trong trường học.

## **2. Mục tiêu nghiên cứu**

Đánh giá hiệu quả công tác truyền thông giáo dục sức khỏe trong việc thay đổi kiến thức, thái độ, thực hành trong phòng chống tác hại thuốc lá trong trường đại học Thủ Dầu Một tỉnh Bình Dương năm 2014.

## **3. Đối tượng và phương pháp nghiên cứu**

**3.1. Địa điểm nghiên cứu:** Trường Đại học Thủ Dầu Một tỉnh Bình Dương

**3.2. Thời gian nghiên cứu:** Tháng 5/2013 đến tháng 4 /2014.

**3.3. Đối tượng nghiên cứu:** 574 sinh viên tất cả các khối lớp và giáo viên, nhân viên đang học tập và làm việc tại trường Đại học Thủ Dầu Một tỉnh Bình Dương được đưa vào khảo sát và nghiên cứu.

### **3.4. Thiết kế nghiên cứu:**

Nghiên cứu can thiệp cộng đồng, được chia ra làm 3 giai đoạn:

Giai đoạn 1 (từ 05/2013 đến 08/2013): lập kế hoạch nghiên cứu, biên soạn tài liệu, thiết kế biểu mẫu khảo sát, tiến hành khảo sát trước can thiệp theo bộ câu hỏi soạn sẵn trên đối tượng giáo viên, công nhân viên, sinh viên của trường.

Giai đoạn 2 (từ 08/2013 đến 02/2014): triển khai hoạt động truyền thông (nói chuyện, cung cấp tờ rơi, treo dán các áp phích, biển cấm hút thuốc tại nhà trường) về luật phòng tác hại thuốc lá, tác hại của khói thuốc lá.

Giai đoạn 3 (từ 02/2014 đến 04/2014): tiến hành khảo sát sau can thiệp theo bộ câu hỏi soạn sẵn.

### **3.5. Phương pháp xử lý và phân tích số liệu:**

Nhập và phân tích số liệu bằng phần mềm Epidata 3.1. Các chỉ số nghiên cứu được tính toán dưới dạng tần suất, tỷ lệ %, số trung bình. Kiểm định bằng giá trị P.Value.

#### 4. Kết quả nghiên cứu

##### 4.1. Thông tin chung về đối tượng nghiên cứu

**Bảng 1: Đặc điểm của đối tượng nghiên cứu**

Đặc điểm		Trước can thiệp (n= 574)		Sau can thiệp (n=539)	
		Tần số	Tỷ lệ (%)	Tần số	Tỷ lệ (%)
<b>Giới tính</b>	Nam	139	24,22	208	38,59
	Nữ	435	75,78	331	61,41
<b>Tình trạng hôn nhân</b>	Đã lập gia đình	53	9,77	51	9,46
	Chưa lập gia đình	521	90,23	488	90,54
<b>Nghề nghiệp</b>	Giáo viên	28	4,88	16	2,97
	Sinh viên	500	87,11	469	87,01
	Cán bộ công nhân viên	35	6,1	42	7,79
	Khác	11	1,92	12	2,23
<b>Trình độ học vấn</b>	Đại học	25	4,36	25	4,64
	Sau đại học	34	5,92	28	5,19
	Trung cấp	5	0,87	3	0,56
	Tốt nghiệp THPT	503	87,63	482	89,42
	Khác	7	1,22	1	0,19

Tổng số người tham gia khảo sát trước khi thực hiện truyền thông là 574, sau khi truyền thông là 539 giảm 35 người (trong số 35 người này một số không tham gia trả lời và một số trả lời không đầy các chi tiết trên phiếu khảo sát nên các phiếu xem như không hợp lệ bị loại) điều này không ảnh hưởng đến chất lượng khảo sát.

Vì đặc thù của các lớp học và môi trường học tập nên sinh viên và nhân viên của trường Đại học Thủ Dầu Một Bình Dương số nam ít hơn nữ (nam tỉ lệ 38,59%, nữ 61,41%). Sinh viên chiếm đa số đối tượng tham gia nghiên cứu (trên 87%).

##### 4.2. Kiến thức và thái độ về phòng chống tác hại của thuốc lá

**Bảng 2: Kiến thức về ảnh hưởng của khói thuốc đến sức khỏe**

Nội dung	Trước can thiệp		Sau can thiệp		P
	Tần số	Tỷ lệ (%)	Tần số	Tỷ lệ (%)	
<b>1. Hút thuốc lá chủ động</b>					<b>&lt;0,001</b>
Có ảnh hưởng đến sức khỏe	361	62,89	529	98,14	
Không ảnh hưởng đến sức khỏe	150	26,13	3	0,05	
Không biết	63	10,97	7	0,12	
<b>2. Hút thuốc lá thụ động</b>					<b>&lt;0,001</b>
Có ảnh hưởng đến sức khỏe	342	59,58	517	95,91	
Không ảnh hưởng đến sức khỏe	161	28,04	3	0,05	
Không biết	71	12,37	19	0,35	

Sau khi được truyền thông, kiến thức về tác hại của hút thuốc lá chủ động và thụ động đều tăng lên (từ 62,89% lên 98,14%; 59,58% lên 95,91%).

**Bảng 3: Thái độ đối với các biện pháp hạn chế ảnh hưởng của tác hại thuốc lá**

Nội dung	Trước can thiệp		Sau can thiệp		p
	Tần số	Tỷ lệ (%)	Tần số	Tỷ lệ (%)	
Không hút thuốc trong nhà	412	81,26	467	85,69	<b>&lt;0,001</b>
Không hút nơi đông người	451	88,95	507	93,03	<b>&lt;0,001</b>
Đi sang phòng khác để hút	245	44,95	252	49,7	0,172
Không mời người khác hút thuốc trong nhà mình	374	68,62	359	70,81	0,611
Ra ngoài hành lang, sân vườn	300	59,17	368	67,52	<b>&lt;0,001</b>
Bật quạt	131	24,04	141	27,81	0,195
Mở cửa sổ	231	45,56	275	50,46	<b>&lt;0,001</b>
Không để gạt tàn thuốc trong nhà	239	43,85	247	48,72	0,159
Thắp nến hoặc đặt chậu nước trong nhà khi đang hút thuốc	53	9,72	61	12,03	0,252
Bảo người khác ngồi xa mình khi mình đang hút thuốc	219	40,18	231	45,56	0,110
Ngồi xa người khác khi hút	285	56,21	299	54,86	0,052

Qua bảng khảo sát này chúng tôi nhận thấy như sau: thái độ với các biện pháp hạn chế ảnh hưởng tác hại của thuốc lá của sinh viên, giáo viên và nhân viên của trường Đại Học Thủ Dầu Một sau khi được nghe truyền thông tăng lên rõ rệt: không hút thuốc trong nhà (trước truyền thông là 81,26% sau truyền thông là 85,69%), không hút thuốc nơi đông người từ 88,95% tăng lên 93,03%, không mời người khác hút thuốc trong nhà mình từ 68,62% tăng lên 70,81%, ra ngoài hành lang, sân vườn để hút từ 59,17% tăng lên 67,52%, bảo người khác ngồi xa mình khi mình đang hút thuốc từ 40,18% tăng lên 45,56%.

**Bảng 4: Thái độ ứng xử đối với người hút thuốc lá**

Nội dung	Trước can thiệp		Sau can thiệp		P
	Tần số	Tỷ lệ (%)	Tần số	Tỷ lệ (%)	
1. Khi nhìn thấy 01 người đàn ông hút thuốc:					0,002
- Thán phục	7	1,22	3	0,56	
- Bình thường	99	18,37	83	14,46	
- Không chấp nhận	347	81,08	484	84,32	
2. Khi nhìn thấy 01 người phụ nữ hút thuốc:					0,351
- Thán phục	17	2,96	10	1.86	
- Bình thường	31	5,4	33	6.12	
- Không chấp nhận	496	91,64	526	92.02	
3. Khi nhìn thấy 01 người vị thành niên hút thuốc					0,114
- Thán phục	7	1,3	5	0,87	
- Bình thường	28	4,88	20	3,71	
- Không chấp nhận	412	71,77	512	94,99	
4. Cảm nhận khi hít phải khói thuốc lá					0,273
- Thán phục	1	0,17	4	0,74	
- Bình thường	15	2,61	10	1,86	
- Không chấp nhận	558	97,21	525	97,4	

Sau khi được truyền thông, thái độ không chấp nhận khi nhìn thấy một người đàn ông hút thuốc tăng lên sau từ 81,08 % tăng lên 84,32%, khi nhìn thấy một người phụ nữ đang hút thuốc 91,64% lên 92,02%, Khi nhìn thấy vị thành niên hút thuốc tăng lên từ 71,77% lên 95%.

**Bảng 5: Thực trạng sử dụng thuốc lá của đối tượng nghiên cứu**

Nội dung	Trước can thiệp		Sau can thiệp		Giá trị p
	Tần số	Tỷ lệ (%)	Tần số	Tỷ lệ (%)	
<b>Thực trạng hút thuốc</b>					
Có hút hàng ngày	11	1,92	9	1,67	0,928
Có hút nhưng không hút hàng ngày	15	2,61	14	2,60	
Không nhưng trước kia có hút	28	4,88	31	5,75	
Chưa bao giờ hút	520	90,59	485	89,98	
<b>Lý do hút thuốc</b>					
Bạn bè mời	08	14,81	23	42,59	0,114
Giảm căng thẳng	28	51,85	25	46,30	
Giảm cân	2	3,70	2	3,70	
Tăng sự tập trung sáng tạo	16	29,62	4	7,41	
<b>Địa điểm hút thuốc (nếu hút)</b>					
Trong phòng làm việc/lớp học....	10	18,52	2	3,77	0,073
Lối đi, hành lang, cầu thang, sân trường	36	66,67	42	81,48	
Khu vực vệ sinh	4	7,41	7	12,96	
Ký túc xá	4	7,41	3	5,55	

Khảo sát cho thấy có 54 người hút thuốc lá chiếm tỉ lệ 10% (trong đó bao gồm cả những người hiện nay không hút thuốc nhưng trước kia có hút). Các nguyên nhân hút thuốc: giảm căng thẳng trong học tập và công tác chiếm tỉ lệ cao nhất (46,30% và 51,85%) tiếp đến là do bạn bè mời (chiếm tỉ lệ 14,81% và 42,59%). Đa số hút thuốc tại lối đi, hành lang, cầu thang, sân trường (66,67% và 81,48%). Sau khi được truyền thông, tỷ lệ hút thuốc trong phòng làm việc, lớp học đã giảm rõ rệt (từ 18,52% xuống còn 3,77%).

**Bảng 6: Tình trạng hít phải khói thuốc tại trường trước và sau can thiệp**

<b>Địa điểm</b>	<b>Trước can thiệp</b>			<b>Sau can thiệp</b>		
	Thường xuyên	Thỉnh thoảng	Không	Thường xuyên	Thỉnh thoảng	Không
Phòng làm việc, phòng họp	23 (4,01%)	138 (24,04%)	413 (71,95%)	10 (1,8%)	116 (21,52%)	413 (76,62%)
Hành lang, cầu thang	83 (14,46%)	271 (47,21%)	220 (38,33%)	51 (9,48%)	316 (58,74%)	171 (31,78%)
Căng tin, nhà ăn	103 (17,94%)	293 (51,05%)	178 (31,01%)	62 (11,5%)	302 (56,03%)	175 (32,47%)
Khu vực ngoài nhà, sân	124 (21,6%)	250 (43,55%)	200 (34,84%)	85 (15,77%)	271 (50,28%)	183 (33,95%)

Sau khi được truyền thông về tác hại của thuốc lá và Luật phòng chống tác hại của thuốc lá, việc hít phải khói thuốc lá trong phòng làm việc và phòng họp đã giảm từ 4,01% xuống còn 1,8%.

**Bảng 7: Nhận thức về văn bản pháp luật**

<b>Nội dung</b>	<b>Trước can thiệp</b>		<b>Sau can thiệp</b>		<b>Giá trị p</b>
	<b>Tần số</b>	<b>Tỷ lệ (%)</b>	<b>Tần số</b>	<b>Tỷ lệ (%)</b>	
<b>Có biết về văn bản pháp luật</b>	142	24,74	352	65,30	<0,001
<b>Biết về nơi quy định cấm hút thuốc</b>					
Trường học	522	90,94	516	95,73	0,002
Trên phương tiện giao thông công cộng	395	68,81	412	76,43	0,004
Bệnh viện, cơ sở y tế	551	95,99	533	98,88	0,002
Nơi làm việc	438	76,31	423	78,48	0,387
Nhà hàng	217	37,8	260	48,24	0,001
Rạp chiếu phim, rạp hát	430	74,91	408	75,7	0,762
Không có quy định	196	34,14	29	5,38	<0,001



Nhận thức các văn bản pháp luật phòng chống tác hại thuốc lá có sự thay đổi rõ rệt sau khi được truyền thông. Tỷ lệ biết có văn bản pháp luật về phòng chống tác hại thuốc lá tăng từ xấp xỉ 25% lên 65,3%.

## **5. Kết luận**

Sau các hoạt động can thiệp truyền thông, kiến thức, thái độ và thực hành của sinh viên, giáo viên, nhân viên của trường có sự thay đổi tích cực:

- Kiến thức về tác hại của hút thuốc lá chủ động có tăng từ 62,9% lên 98,1%. Kiến thức về tác hại của hút thuốc lá thụ động tăng từ 59,6% lên 95,9%.
- Thái độ hưởng ứng việc không hút thuốc trong nhà tăng từ 81,26% lên 85,69%, không hút thuốc nơi đông người từ 88,95% tăng lên 93,03%, không mời người khác hút thuốc trong nhà mình từ 68,62% tăng lên 70,81%, ra ngoài hành lang, sân vườn để hút từ 59,17% tăng lên 67,52%, bảo người khác ngồi xa mình khi mình đang hút thuốc từ 40,18% tăng lên 45,56%.
- Thái độ không chấp nhận khi nhìn thấy một người đàn ông hút thuốc tăng từ 81,08 % lên 84,32%, khi nhìn thấy một người phụ nữ đang hút thuốc tăng 91,64% lên 92,02%, khi nhìn thấy vị thành niên hút thuốc tăng từ 71,77% lên 94,99%.
- Việc hút thuốc thường xuyên trong phòng họp và phòng làm việc giảm từ 1,74% xuống 0,56%. Việc hít phải khói thuốc lá trong phòng làm việc và phòng họp cũng giảm từ 4,01% xuống còn 1,8%.

## **6. Khuyến nghị**

- Ban giám hiệu nhà trường phối hợp với công đoàn, đoàn thanh niên có sự phân công cụ thể trong việc công tác phòng chống tác hại thuốc lá của trường.
- Đưa nội dung cấm hút thuốc lá trong trường học vào vào tiêu chí thi đua khen thưởng của sinh viên, giáo viên và nhân viên nhà trường.
- Tăng cường kiến thức về tác hại của thuốc lá bằng nhiều hình thức như: tổ chức cho sinh viên, giáo viên và nhân viên nghe nói chuyện chuyên đề, hội thảo, sinh hoạt văn nghệ, hội thi, phát thanh hàng tuần của trường về chuyên đề tác hại của thuốc lá.

## **TÀI LIỆU THAM KHẢO:**

1. *Báo cáo về tình hình hút thuốc lá và gánh nặng bệnh tật do thuốc lá gây ra ở Việt Nam (năm 2012).*

2. Đỗ Văn Dũng (2002), *ngiên cứu tỉ lệ hút thuốc lá của học sinh và sinh viên ở các tỉnh khu vực phía nam*.
3. Lương Ngọc Khuê (2013), *Tài liệu hướng dẫn xây dựng trường đại học, cao đẳng, học viện không thuốc lá*.
4. Nguyễn Thị Lâm, Chapman S, Taylor R, *Ảnh hưởng kinh tế của việc chi tiêu cho hút thuốc đối với hộ gia đình nghèo ở Việt Nam*, tạp chí Y học thực hành số 533, (năm 2006).
5. Tổ chức Y tế thế giới (2010), *Báo cáo liên quan đến thuốc lá và sức khỏe*.
6. Tổng hội Y khoa Hoa Kỳ (2010), *Báo cáo tổng quan về thuốc lá và sức khỏe*.
7. World Heath Organization, Geneva, *WHO report on the global tobacco epidemic, 2008*; the MPOWER package, trang 14.

# **THĂM HỘ GIA ĐÌNH KẾT HỢP VỚI TÀM SOÁT NGUY CƠ TIỀN ĐÁI THÁO ĐƯỜNG VÀ ĐÁI THÁO ĐƯỜNG TYPE 2 Ở ĐỐI TƯỢNG TRÊN 45 TUỔI TẠI PHƯỜNG TRẦN HƯNG ĐẠO THÀNH PHỐ QUY NHƠN**

*BS. Trần Như Luận, Ngô Thị Thu Hiền, Lê Xuân Phước  
Trung tâm Truyền thông GDSK tỉnh Bình Định*

## **Tóm tắt nghiên cứu**

Nghiên cứu mô tả trên 254 đối tượng trên 45 tuổi tại phường Trần Hưng Đạo thành phố Quy Nhơn nhằm phát hiện bệnh nhân đái tháo đường type 2 bằng cách phổ biến áp dụng thang điểm VNDRISC 1 và đánh giá hiệu quả của các loại hình truyền thông giáo dục sức khỏe (GDSK) gồm: thăm hộ gia đình/gửi thư cung cấp thông tin/mời tham dự buổi truyền thông về bệnh đái tháo đường (ĐTĐ). Kết quả cho thấy: Tỷ lệ đối tượng có điểm số nguy cơ cao là 60,6%; Tỷ lệ phát hiện ĐTĐ và tiền đái tháo đường (T-ĐTĐ) trong số những người có nguy cơ cao là 12,98% và 73%; Có sự chênh lệch về vòng bụng, chỉ số khối cơ thể của các nhóm đối tượng: Nhóm bệnh nhân ĐTĐ có số đo trung bình vòng bụng cao hơn hẳn 2 nhóm còn lại; Những người có điểm số nguy cơ càng cao thì đường huyết lúc đói càng có khuynh hướng tăng.

## **1. Đặt vấn đề**

Trong quá trình triển khai công tác truyền thông giáo dục sức khỏe tại cộng đồng, truyền thông viên (TTV) thường gặp không ít khó khăn khi thuyết phục người dân đi khám nhằm phát hiện các bệnh không lây nhiễm, đặc biệt đối với tình trạng T-ĐTĐ và ĐTĐ type 2. Khảo sát nguyên nhân, người ta nhận thấy là các nhà nghiên cứu cũng như các TTV chưa có đủ cơ sở lý luận để thuyết phục đối tượng đi xét nghiệm để có chẩn đoán thích hợp dựa vào kết quả xét nghiệm đường huyết hoặc các xét nghiệm khác (như HbA1C).

Thực tế, trên thế giới đã có nhiều thang điểm đưa ra nhằm dự báo nguy cơ T-ĐTĐ và ĐTĐ type 2 như thang điểm FINDRISC của Phần Lan, thang điểm DESIR của Pháp, thang điểm AUSDRISC của Úc, thang điểm Framingham Offspring của Mỹ, thang điểm IDRS của Ấn Độ, thang điểm Wichai Aekplakorn của Thái Lan. Tất cả các thang điểm ấy đều liệt kê các thông số cần khảo sát trên từng đối tượng như: Tuổi, giới, chỉ số khối cơ thể, tăng huyết áp, vòng bụng, tiền sử gia đình có bệnh ĐTĐ hay không... Trong số đó có thang điểm nêu kết quả xét nghiệm HDL – cholesterol, kết quả xét nghiệm triglyceride, tiền sử hút thuốc lá, kết quả xét nghiệm men GGT, thời gian hoạt động thể lực hằng ngày, thói quen

thường xuyên ăn rau, quả, dùng thuốc hạ huyết áp thường xuyên, tiền sử tăng đường huyết...

Tại Việt Nam, trong Hội nghị Nội tiết – đái tháo đường toàn quốc lần thứ 6 tiến hành tại thành phố Huế vào tháng 3 năm 2013, báo cáo của ThS Nguyễn Văn Vy Hậu và các cộng sự đã gây sự chú ý đặc biệt. Tác giả vừa nghiên cứu so sánh khả năng tầm soát của các thang điểm khác nhau, vừa mạnh dạn đề xuất một thang điểm khá phù hợp với khả năng ứng dụng trên cộng đồng tại Việt Nam. Thang điểm đó được gọi là thang điểm VNDRISC (Vietnam Diabetes Risk Score), có nghĩa là Thang điểm đánh giá nguy cơ ĐTĐ dùng cho người Việt Nam. Theo tác giả Nguyễn Văn Vy Hậu và cộng sự khi thăm hộ gia đình, chỉ cần sử dụng VNDRISC 1 (gồm 4 thông số lâm sàng) là đủ.

## **2. Mục tiêu nghiên cứu**

1. Phát hiện bệnh nhân đái tháo đường tại phường Trần Hưng Đạo, thành phố Quy Nhơn bằng cách phổ biến áp dụng thang điểm VNDRISC 1.
2. Đánh giá hiệu quả của các loại hình truyền thông – GDSK gồm: thăm hộ gia đình/gửi thư cung cấp thông tin/mời tham dự buổi truyền thông về bệnh đái tháo đường.

## **3. Phương pháp nghiên cứu**

**3.1. Thiết kế nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả

### **3.2. Đối tượng**

- Đối tượng đưa vào nghiên cứu: Người dân trên 45 tuổi đang cư trú tại phường Trần Hưng Đạo, thành phố Quy Nhơn.
- Tiêu chuẩn loại trừ: Những người đã biết mắc ĐTĐ hoặc T-ĐTĐ.

Đối tượng nghiên cứu được chia thành 3 nhóm: Nhóm bình thường, nhóm đái tháo đường và nhóm tiền đái tháo đường. Cả 3 nhóm đều được tiếp cận 3 hình thức truyền thông: Thăm hộ gia đình; Thư cung cấp thông tin; Tham dự buổi truyền thông về dự phòng, chăm sóc và điều trị tại nhà.

**3.3. Chọn mẫu:** Số người được mời tham gia nghiên cứu là 300 người.

Các hộ được chọn một cách ngẫu nhiên cho đến khi đạt được số người cần cho mỗi khu vực là 30 người. Trên thực tế có 254 đối tượng phù hợp.

### **3.4. Các bước tiến hành nghiên cứu:**

Nghiên cứu tiến hành theo 2 giai đoạn:

- Giai đoạn 1: Nghiên cứu viên xác định cân nặng, chiều cao, vòng bụng, chỉ số khối cơ thể, tiền sử thân nhân về bệnh ĐTĐ và tiền sử bản thân về tăng huyết áp. Sau đó, nghiên cứu viên chấm điểm theo thang điểm VNDRISC 1 và thông báo điểm số nguy cơ để đối tượng được biết.

#### Thang điểm VNDRISC

STT	Thông số	Giá trị	Điểm số
1	Vòng bụng	< 90 (nam); < 80 (nữ)	0
		≥ 90 (nam); ≥ 80 (nữ)	6
2	Chỉ số khối cơ thể	< 23	0
		23 - 27,5	3
		≥ 27,5	5
3	Tiền sử gia đình có bệnh ĐTĐ ( <i>cha mẹ, người thân</i> )	Không	0
		Có	4
4	Tiền sử tăng huyết áp hoặc đang sử dụng thuốc hạ huyết áp	Không	0
		Có	3

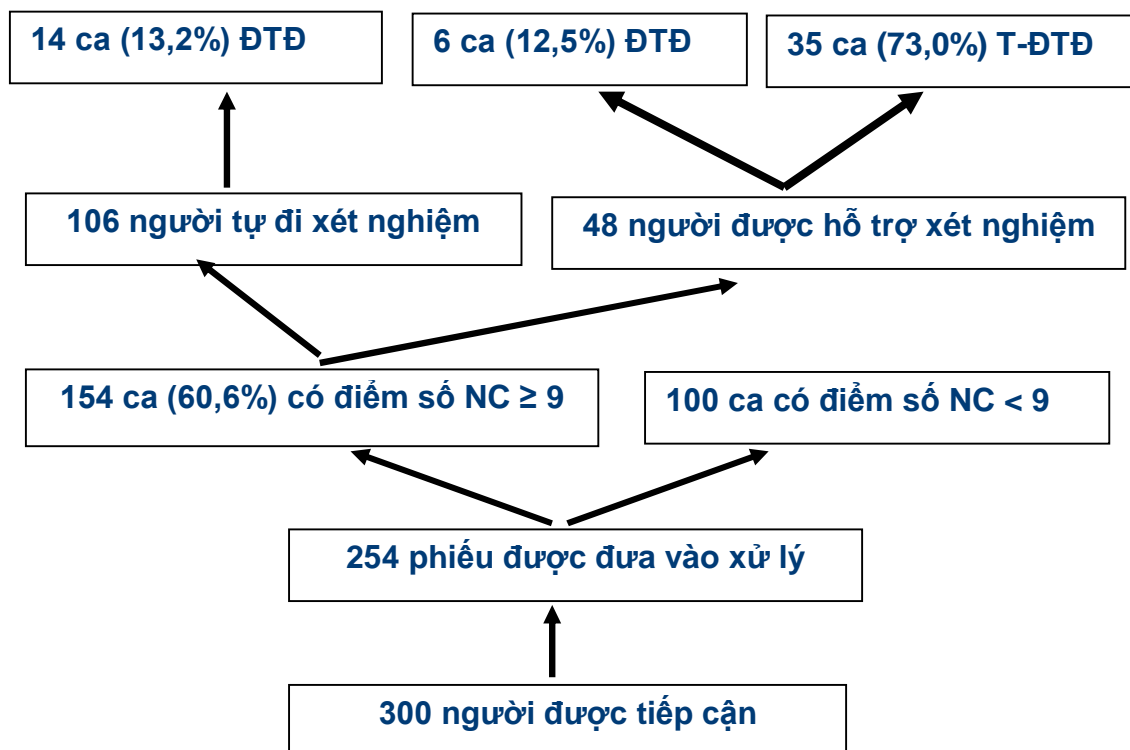
Quy ước nếu điểm số về nguy cơ  $\geq 9$  là nguy cơ cao. Tất cả những đối tượng có điểm số nguy cơ  $\geq 9$  tiếp tục tham gia vào nghiên cứu, được thuyết phục đi xét nghiệm đường huyết lúc đói và xác định được đối tượng mắc ĐTĐ, T-ĐTĐ và không mắc bệnh.

- Giai đoạn 2: Tiến hành can thiệp tại cộng đồng. Cả 3 nhóm: bình thường, T-ĐTĐ và ĐTĐ đều được tiếp cận 3 hình thức truyền thông: thăm hộ gia đình; thư cung cấp thông tin; tham dự buổi truyền thông về dự phòng, chăm sóc và điều trị ĐTĐ tại nhà và đánh giá các hành vi liên quan đến ĐTĐ.

## 4. Kết quả và bàn luận

### 4.1. Khảo sát nguy cơ và tình trạng mắc T-ĐTĐ và ĐTĐ

- Tỷ lệ đối tượng có điểm số nguy cơ cao là 60,6%.
- Tỷ lệ phát hiện ĐTĐ trong số những người có nguy cơ cao là 12,98%. Tỷ lệ phát hiện người bị ĐTĐ là 25,7% và T-ĐTĐ là 73%.



#### Sơ đồ khảo sát nguy cơ và đánh giá tình trạng mắc ĐTĐ, TĐTĐ

Trong số 154 người có điểm số nguy cơ cao đã có 106 người đã tự đi xét nghiệm đường huyết. Có 14 trường hợp được xác định mắc ĐTĐ (13,2%).

Số còn lại chưa xét nghiệm được mời đến trạm y tế, được lấy máu và xét nghiệm miễn phí. Kết quả xét nghiệm tại TYT như sau: Số bị T-ĐTĐ là: 35/48 (73,0%). Số bị ĐTĐ là: 6/48 (12,5%).

#### 4.2. Số đo vòng bụng và chỉ số khối cơ thể của các nhóm đối tượng

**Bảng 1: Vòng bụng của các nhóm đối tượng**

Số đo vòng bụng	Nhóm đối tượng		
	Bình thường	Tiền ĐTĐ	Đái tháo đường
Trung bình (cm)	89,0 ± 14,1	90,5 ± 13,8	98,3 ± 19,8
Trung vị	90,0	91,0	104,0
Giá trị lớn nhất	97,0	104,0	105,0
Giá trị nhỏ nhất	78,0	80,0	82,0

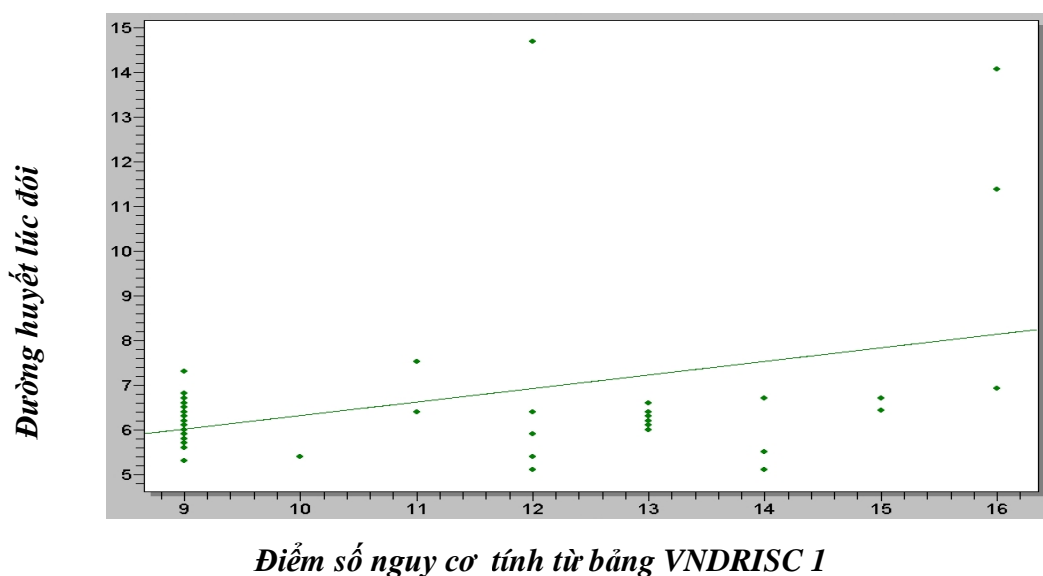
Có sự chênh lệch về vòng bụng của các nhóm khác nhau: Nhóm bệnh nhân ĐTĐ có số đo trung bình vòng bụng cao hơn hẳn 2 nhóm còn lại.

**Bảng 2: Chỉ số khối cơ thể của các nhóm đối tượng**

Số đo chỉ số khối cơ thể	Nhóm đối tượng		
	Bình thường	Tiền ĐTĐ	Đái tháo đường
Trung bình	$25,1 \pm 7,8$	$25,8 \pm 3,8$	$27,2 \pm 4,4$
Trung vị	25,0	25,2	28,0
Giá trị lớn nhất	30,1	27,8	29,0
Giá trị nhỏ nhất	17,7	20,1	23,2

Có sự khác nhau về chỉ số khối cơ thể ở những nhóm đối tượng khác nhau. Nhóm được xác định mắc ĐTĐ có chỉ số khối cơ thể cao hơn hai nhóm còn lại.

#### **4.3. Mối liên quan giữa đường huyết lúc đói và điểm số nguy cơ**



**Biểu đồ 1: Mối liên quan giữa kết quả đường huyết lúc đói và điểm số nguy cơ**

Với điều kiện người bệnh chưa được biết là mình bị T-ĐTĐ hoặc ĐTĐ, giả định rằng có mối tương quan hồi quy tuyến tính giữa điểm số nguy cơ và mức đường huyết, và giả sử rằng các biến số khác đã trở nên nhỏ nhất, chỉ còn lại 1 biến là điểm số nguy cơ, công thức tính Y (đường huyết lúc đói) dựa vào X (điểm số nguy cơ) có thể được biểu thị bằng phương trình:

$$Y = aX + b; \text{ trong đó: } a = 0,30 \text{ và } b = 3,24.$$

$$\text{Đường huyết lúc đói} = \text{Điểm số nguy cơ} \times 0,30 + 3,24$$

Những người có điểm số nguy cơ càng cao thì đường huyết lúc đói càng có khuynh hướng tăng.

#### 4.4. Khảo sát thay đổi hành vi sau can thiệp truyền thông

**Bảng 3: Thay đổi hành vi hoặc đạt được cam kết sau can thiệp**

Hành vi cần thực hiện	Tần số	Tỉ lệ (%)
Thực hiện thói quen vận động thể lực hàng ngày (n= 254)	215	84,6%
Thực hiện việc xét nghiệm đường huyết (n=254)	154	60,6
Thực hiện chế độ ăn phù hợp (n=254)	215	84,6%
Sử dụng thuốc theo hướng dẫn của thầy thuốc (n=41)	41	100%

Sau can thiệp đa số người dân đã thay đổi hành vi hoặc cam kết thay đổi hành vi: 100% đối tượng sử dụng thuốc theo hướng dẫn của thầy thuốc; 84,6% thực hiện hoạt động thể lực hàng ngày và thực hiện chế độ ăn phù hợp; 60,6% thực hiện xét nghiệm đường huyết.

## 5. Bàn luận

### 5.1. Về phương thức tiếp cận

Hình thức đưa nhân viên y tế của các khu phố đến tận hộ dân mang theo cân, máy đo huyết áp và thước dây, phỏng vấn và thu thập các thông số liên quan, sau đó tính ra điểm số nguy cơ và khuyến khích người có số điểm nguy cơ cao của bệnh ĐTD và TĐTD đi xét nghiệm đường huyết lúc đói là mô hình phù hợp với tình hình hiện nay. Việc đào tạo để CTV tại phường xã có đủ năng lực để thực hiện các buổi thăm hộ gia đình với mục tiêu nêu trên là hoàn toàn khả thi.

### 2. Về bệnh trạng và các yếu tố nguy cơ

Việc phát hiện bệnh ĐTD và tình trạng T- ĐTD đã đem lại lợi ích rất thiết thực: Trong đề tài này, có khoảng **85,5%** đối tượng được sử dụng thang điểm VNDRISC 1 thật sự có vấn đề sức khỏe liên quan tới ĐTD. Như vậy, rõ ràng thang điểm VNDRISC 1 có giá trị rất lớn trong việc phát hiện người bệnh bị T-ĐTD và ĐTD trong cộng đồng. Nếu đem so sánh giá trị thực tế của thang điểm này với thang điểm FINDRISC (khá thông dụng) của Phần Lan, chúng ta thấy thang điểm này cũng có giá trị không thua kém.



Tại Hy Lạp, K.Makrilakis, Sliatis và cộng sự (2010) điều tra trên 869 đối tượng ở vùng ngoại ô Athens, có các yếu tố nguy cơ ĐTD và T-ĐTD bằng thang điểm FINDRISC. Kết quả ghi nhận: FINDRISC  $\geq 15$  điểm giúp phát hiện ĐTD chưa được chẩn đoán với độ nhạy là **81,9%**. Một nghiên cứu khác của Đức do J.Li, A. Bergmann, M.Reimann và cộng sự tiến hành để đánh giá tính hữu dụng của thang điểm FINDRISC. Họ phát hiện ĐTD chưa được chẩn đoán trên 921 đối tượng có nguy cơ mắc ĐTD với kết quả ghi nhận diện tích đường cong ROC của FINDRISC là **0,81** (0,76-0,87).

Như vậy, với giá trị thực tế của thang điểm VNDRISC 1, chúng ta có thể sử dụng nó để phát hiện các vấn đề về ĐTD trong cộng đồng. Nó cũng là một phương tiện có tính toán, một phương pháp khá thuyết phục để định hướng cho những người 45 tuổi trong cộng đồng tham gia xét nghiệm đường huyết để phát hiện và điều trị. Đối với những người được chẩn đoán là T-ĐTD, chúng tôi cũng khuyên họ tham gia sinh hoạt trong các câu lạc bộ ĐTD như những người thật sự đã được chẩn đoán là ĐTD.

Ngoài ra, phương trình tính toán kết quả đường huyết lúc đói căn cứ vào điểm số nguy cơ do chúng tôi thiết lập chẳng qua chỉ là một phương tiện tham khảo. Lý do: Kết quả xét nghiệm đường huyết lúc đói thực chất là một phương trình đa biến chứ không phải chỉ phụ thuộc đơn thuần vào điểm số nguy cơ tính toán từ bất cứ thang điểm nào.

### ***3. Nghiên cứu can thiệp***

Đối với hầu hết những người bệnh được chẩn đoán là T- ĐTD hoặc ĐTD, chúng tôi đã có biện pháp xúc tiến các hoạt động nhằm cung cấp, trao đổi thông tin liên quan đến bệnh ĐTD. Họ đã tham gia tích cực trong quá trình tăng cường hiểu biết về những vấn đề liên quan đến bệnh ĐTD.

Một số rào cản đã được quan sát trong quá trình triển khai. Các rào cản chính là: Sự hạn chế khi tiếp cận (do khả năng nghe và tiếp thu); sự bất thuận lợi khi phải di chuyển (do phương tiện đi lại, do thiếu người đưa đi xét nghiệm); thiếu chi phí (không có tiền).

Sau can thiệp, người dân đã có sự thay đổi hành vi theo hướng tích cực (gần 85% thực hiện chế độ ăn phù hợp và hoạt động thể lực hàng ngày; 60,6% thực hiện xét nghiệm đường huyết, 100% bệnh nhân dùng thuốc theo hướng dẫn của CBYT). Điều này cho thấy cần tăng cường hơn nữa các hoạt động truyền thông về ĐTD để người dân có kiến thức, từ đó thay đổi thái độ và hành vi.

## 6. Kết luận

- Tỷ lệ người có điểm số nguy cơ cao bị tiền đái tháo đường và đái tháo đường type 2 là (60,6%).
- Với mô hình triển khai, có thể trang bị kiến thức và cách thực hành cho những người mới được phát hiện ĐTĐ hoặc T-ĐTĐ thông qua 3 loại hình truyền thông: thăm hộ gia đình / gửi thư cung cấp thông tin/mời tham dự buổi truyền thông về bệnh ĐTĐ.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Văn Vy Hậu, *Nghiên cứu dự báo nguy cơ đái tháo đường type 2 bằng thang điểm FINDRISC ở bệnh nhân tiền đái tháo đường trên 45 tuổi*. Tạp chí của Hội Nội tiết, số 6/2012, trang 11- 21.
2. Nguyễn Văn Vy Hậu, *Tầm soát và dự báo tiền đái tháo đường và đái tháo đường type 2 chưa được chẩn đoán ở đối tượng trên 45 tuổi qua một số thang điểm*. Tạp chí của Hội Nội tiết, số 6/2012, trang 58- 74.

# **KIẾN THỨC, THÁI ĐỘ, THỰC HÀNH VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN VỀ PHÒNG, CHỐNG LAO CỦA NGƯỜI DÂN THÀNH PHỐ CÀ MAU NĂM 2013**

*Nguyễn Trọng Bài và cộng sự  
Trung tâm Truyền thông GDSK tỉnh Cà Mau*

## **Tóm tắt nghiên cứu**

Đề tài “*Kiến thức, thái độ, thực hành và một số yếu tố liên quan về phòng chống lao của người dân thành phố Cà Mau năm 2013*” sử dụng phương pháp mô tả cắt ngang với mục tiêu: mô tả kiến thức, thái độ, thực hành về phòng chống lao của người dân thành phố Cà Mau năm 2013 và xác định một số yếu tố liên quan. Đối tượng nghiên cứu là 607 người dân đang sinh sống tại thành phố Cà Mau vào thời điểm nghiên cứu được lựa chọn ngẫu nhiên phân tầng. Số liệu được thu thập qua phỏng vấn dựa trên bộ câu hỏi được soạn sẵn. Kết quả nghiên cứu cho thấy tỷ lệ người dân có kiến thức về phòng chống lao ở mức độ khá, tốt chiếm 90%; thái độ khá, tốt chiếm 66,4%; thực hành khá, tốt chiếm 87,3%. Có mối liên quan thuận giữa kiến thức - thái độ - thực hành. Các yếu tố liên quan đến kiến thức về phòng chống lao: nghề nghiệp, nơi ở, nhà có phương tiện nghe nhìn, thói quen xem/nghe chuyên mục sức khỏe. Các yếu tố liên quan đến thái độ và thực hành: nơi ở, trình độ học vấn, tình trạng hôn nhân, tình trạng kinh tế gia đình. Qua đây, các tác giả kiến nghị cần tăng cường các hoạt động truyền thông để cải thiện thái độ và thực hành về phòng chống lao của người dân.

## **1. Đặt vấn đề**

Bệnh lao hiện vẫn là một vấn đề y tế công cộng toàn cầu. Theo ước tính của Tổ chức Y tế thế giới (WHO), năm 2010 thế giới có 8,8 triệu bệnh nhân lao mới, trong số đó khoảng 1,1 triệu bệnh nhân lao không có HIV và 350.000 bệnh nhân đồng nhiễm lao/HIV tử vong. Tại Việt Nam, tỷ lệ hiện mắc lao các thể là 334/100.000 dân; tỷ lệ lao mới các thể hàng năm là 199/100.000 dân. Tỉnh Cà Mau hàng năm phát hiện khoảng 1.400 đến 1.500 trường hợp mắc lao, trong đó có 1.000 – 1.100 bệnh nhân lao phổi AFB(+). Riêng thành phố Cà Mau, hàng năm phát hiện và quản lý điều trị cho 350 – 380 bệnh nhân lao các thể. Trong đó 70% là nguồn lây nhiễm lao trong cộng đồng. Công tác phòng chống lao phụ thuộc vào việc triển khai, thực hiện chương trình chống lao và kiến thức-thái độ-thực hành phòng chống lao của người dân. Để tìm hiểu điều này, các tác giả tiến hành nghiên cứu đề tài: “*Khảo sát kiến thức, thái độ, thực hành phòng, chống lao trong cộng đồng dân cư thành phố Cà Mau năm 2013*”.

## 2. Đối tượng và phương pháp nghiên cứu

### 2.1. Đối tượng nghiên cứu:

607 người dân từ 18 – 80 tuổi, thường trú hoặc tạm trú từ 3 tháng trở lên tại thành phố Cà Mau.

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

**2.3. Địa điểm nghiên cứu:** Thành phố Cà Mau

**2.4. Thời gian nghiên cứu:** Năm 2013

**2.5. Xử lý số liệu:** Sử dụng phần mềm SPSS; kiểm định bằng các test thống kê.

## 3. Kết quả nghiên cứu

### 3.1. Đặc điểm của đối tượng nghiên cứu:

Trong 607 người, có 67,4% là nam giới; 82,5% có độ tuổi 18 – 59; 73,3% học vấn từ trung học cơ sở trở xuống, 21,1% trung học phổ thông, 5,6% cao đẳng, đại học và sau đại học; 51,2% sống bằng nghề nông, 32,3% là công chức viên chức/học sinh sinh viên/buôn bán, 16,5% làm nghề tự do.

### 3.2. Kiến thức, thái độ, thực hành phòng chống lao

Kiến thức tốt và khá tốt 90%; Thực hành tốt và khá tốt 87,3%; Thái độ tốt và khá tốt chiếm 66,4%.

### 3.3. Mối liên quan giữa các yếu tố

**Bảng 1: Mối liên quan giữa kiến thức và thái độ**

<div>Thái độ</div> <div>Kiến thức</div>	Tốt		Chưa tốt	
	Số lượng	Tỷ lệ (%)	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Tốt	388	71,1	158	28,9
Chưa tốt	15	24,6	46	75,4
$\chi^2 = 53,02$ $p = 0,001$				

Tỷ lệ đối tượng vừa có kiến thức tốt - khá tốt vừa có thái độ tốt - khá tốt chiếm tỷ lệ cao (71,1%). Kiến thức chưa tốt thì thái độ chưa tốt chiếm tỷ lệ cao (74,5%), sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê ( $p < 0,05$ ).

**Bảng 2: Mối liên quan giữa kiến thức và thực hành**

<b>Thực hành</b> <b>Kiến thức</b>	<b>Tốt</b>	<b>Chưa tốt</b>
	<b>Số lượng (%)</b>	<b>Số lượng (%)</b>
Tốt	508 (93,0%)	38 (7,0%)
Chưa tốt	22 (36,1%)	39 (63,9%)
$\chi^2 = 160,54; p < 0,001$		

Nhóm có kiến thức tốt và khá tốt có thực hành tốt và khá tốt chiếm tỷ lệ cao (93,0%) và ngược lại. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê.

**Bảng 3: Mối liên quan giữa thái độ và thực hành**

<b>Thực hành</b> <b>Thái độ</b>	<b>Tốt</b>	<b>Chưa tốt</b>
	<b>Số lượng (%)</b>	<b>Số lượng (%)</b>
Tốt	383 (95,0%)	20 (5,0%)
Chưa tốt	147 (72,1%)	57 (27,9%)
$\chi^2 = 160,54; p < 0,001$		

Nhóm có thái độ tốt và khá tốt thì thực hành tốt và khá tốt chiếm tỷ lệ cao (95,0%) và ngược lại. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê.

**Bảng 4: Các yếu tố liên quan với kiến thức phòng chống lao**

<b>Yếu tố</b>		<b>Kiến thức tốt</b>		<b>Giá trị kiểm định</b>
		<b>Số lượng</b>	<b>Tỷ lệ (%)</b>	
Nghề nghiệp	Nghề nông/Thuê (n=311)	270	86,8	$\chi^2 = 6,94$ $p < 0,05$
	B.bán/CCVC/HSSV (n =183)	183	93,4	
	Khác (tự do) (n = 100)	93	93,0	
Nơi ở	Phường (n = 374)	353	94,4	$\chi^2 = 21,16$ $p < 0,001$
	Xã (n = 233)	193	82,8	
Thói quen nghe/ xem chương trình sức khỏe	Có (n= 215)	206	95,8	$\chi^2 = 12,64$ $p < 0,001$
	Không (n = 392)	340	86,7	

Có sự liên quan giữa kiến thức trong phòng chống lao và các yếu tố: nghề nghiệp, địa bàn cư trú (phường/xã), thói quen nghe/xem chương trình sức khỏe. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê.

**Bảng 5: Các yếu tố liên quan với thái độ phòng chống lao**

Yếu tố		Thái độ tốt		Giá trị kiểm định
		Số lượng	Tỷ lệ (%)	
Nghề nghiệp	Nghề nông/Thuê (n=311)	216	69,5	$\chi^2 = 9,69$ $p < 0,01$
	B.bán/CCVC/HSSV (n =183)	134	68,4	
	Khác (tự do)	53	53,0	
Nơi ở	Phường (n = 374)	232	62,0	$\chi^2 = 8,29$ $p < 0,01$
	Xã (n = 233)	171	73,4	
Trình độ học vấn	$\leq$ THCS (n = 445)	295	66,3	$\chi^2 = 6,7$ $p < 0,05$
	THPT (n = 128)	79	61,7	
	CĐ/ĐH (n = 34)	29	85,3	
Tình trạng hôn nhân	Có gia đình (n= 564)	381	67,6	$\chi^2 = 4,8$ $p < 0,05$
	Độc thân (n = 43)	22	51,2	
Kinh tế gia đình	Nghèo và cận nghèo (n = 72)	61	84,7	$\chi^2 = 12,28$ $p < 0,001$
	Không nghèo (n = 535)	342	63,4	

Có sự liên quan giữa thái độ trong phòng chống lao và các yếu tố: nghề nghiệp, địa bàn cư trú (phường/xã), trình độ học vấn, tình trạng hôn nhân, kinh tế gia đình. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê.

**Bảng 6: Các yếu tố liên quan với thực hành phòng chống lao**

Yếu tố		Thực hành tốt		Giá trị kiểm định
		Số lượng	Tỷ lệ (%)	
Nghề nghiệp	Nghề nông/Thuê (n=311)	262	84,2	$\chi^2 = 7,14$ $p < 0,05$
	B.bán/CCVC/HSSV (n =183)	181	92,4	
	Khác (tự do)	87	87,0	
Nơi ở	Phường (n = 374)	351	93,8	$\chi^2 = 37,5$ $p=0,001$
	Xã (n = 233)	179	76,8	
Trình độ học vấn	$\leq$ THCS (n = 445)	377	84,7	$\chi^2 = 10,41$ $p = 0,01$
	THPT (n = 128)	120	93,8	
	CĐ/ĐH (n = 34)	33	97,1	

Có sự liên quan giữa thực hành phòng chống lao với các yếu tố: nghề nghiệp; địa bàn sinh sống và trình độ học vấn. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê.

#### **4. Bàn luận**

##### ***4.1. Kiến thức, thái độ, thực hành về phòng chống lao; liên quan giữa kiến thức - thái độ - thực hành***

Nghiên cứu cho thấy kiến thức tốt chiếm tỷ lệ khá cao (90%). Điều này, phản ánh công tác truyền thông giáo dục khỏe của tỉnh và của thành phố Cà Mau khá tốt đã mang lại hiệu quả. Ngoài ra hiện nay truyền hình cáp Cà Mau, MyTV đã phát rộng rãi, trong đó nhiều kênh thường xuyên tuyên truyền về phòng chống bệnh tật như VTV2, O2TV...là nguồn cung cấp kiến thức tốt.

Phần lớn người có kiến thức tốt thì có thực hành tốt. Trong nghiên cứu này, tỷ lệ người có thực hành tốt là 87,3%, nghiên cứu tương tự tại U Minh cho kết quả là 80,6%. Mặc dù số người có thái độ tốt chiếm tỷ lệ tương đối cao (66,4%) nhưng vẫn thấp hơn so với số người có kiến thức và thực hành tốt và khá tốt. Điều này cho thấy giữa kiến thức và thái độ thật sự chưa song hành.

##### ***4.2. Các yếu tố liên quan đến kiến thức, thái độ, thực hành phòng chống lao***

###### ***4.2.1. Các yếu tố liên quan đến kiến thức***

Kiến thức phòng chống lao tốt ở nhóm người Buôn bán/CCVC/HSSV và nghề tự do cao hơn nhóm người Nông nghiệp/Thủy sản (93%/86,8%). Người dân sống ở phường có kiến thức tốt trong phòng chống lao là 94,4% cao hơn người dân sống ở xã (94,4%/82,8%). Nhóm có thói quen xem/nghe chương trình phổ biến kiến thức về sức khỏe có kiến thức tốt hơn nhóm không có thói quen này (95,8%/86,7%). Kết quả này tương tự nghiên cứu tại U Minh của Trần Hiến Khóa và Trương Minh Thống. Như vậy, việc thường xuyên phổ biến kiến thức sức khỏe trên các phương tiện thông tin đại chúng là rất cần thiết.

###### ***4.2.2. Các yếu tố liên quan đến thái độ***

Nghề nghiệp có liên quan đến thái độ phòng chống bệnh lao. Thái độ tốt trong phòng chống lao của nhóm người sống nghề nông/Thủy sản là 69,5%; nhóm người Buôn bán/CCVC/HSSV là 68,4% cao hơn nhóm nghề tự do 53,0%. Địa bàn cư trú có liên quan với thái độ phòng chống bệnh lao. Thái độ tốt trong phòng chống lao của cư dân sống ở phường là 62,0% thấp hơn cư dân sống ở xã là 73,4%. Mặc dù tỷ lệ nhóm người có kiến thức tốt ở phường cao hơn ở xã nhưng thái độ tốt ở phường lại thấp hơn ở xã.

Người có học vấn cao thường quan tâm nhiều vấn đề liên quan đến cuộc sống và xã hội quanh họ, trong đó có vấn đề bảo vệ và nâng cao sức khỏe, họ sẽ tiếp cận nhiều nguồn thông tin khác nhau, biết chọn lọc, nhận định để áp dụng trong cuộc sống. Từ đó, thái độ của họ cũng tốt hơn so với nhóm người còn lại.

Tỷ lệ hộ nghèo và cận nghèo có thái độ tốt là 84,7%; tỷ lệ hộ không nghèo có thái độ tốt là 63,4%. Điều này cho thấy các hộ có kinh tế khó khăn thường có ý thức chấp hành các quy định về bảo vệ và chăm sóc sức khỏe tốt hơn các hộ có kinh tế khá, giàu. Nguyên nhân có thể là do hộ nghèo và cận nghèo rất lo vấn đề sức khỏe, họ rất sợ cho bản thân hoặc gia đình có người bị ốm, vì như thế sẽ cản trở công ăn việc làm cho bản thân lẫn người nhà khi phải nằm điều trị và chăm sóc; đồng thời gia tăng các chi phí liên quan đến vấn đề bệnh tật.

#### *4.2.3. Các yếu tố liên quan đến thực hành*

Yếu tố nghề nghiệp có liên quan đến thực hành phòng chống lao: đạt mức tốt cao nhất ở nhóm ngành nghề buôn bán/CCVC/HSSV (92,4%), kế đến là nhóm nghề tự do (87,0%) và thấp nhất là nhóm nghề Nông nghiệp/Thủy sản (84,2%). Người dân sống ở phường có thực hành phòng chống lao đạt mức tốt (93,8%) hơn cư dân sinh sống ở xã (chỉ đạt 76,8%). Sự khác biệt này là do người dân ở phường có nhiều điều kiện tiếp cận các nguồn thông tin về giáo dục sức khỏe so với người dân ở xã. Mặt khác, ở phường người dân sống tập trung, những hành vi chưa tốt có thể được cộng đồng, chính quyền, đoàn thể dễ phát hiện và nhắc nhở nên họ có thực hành tốt hơn.

Trình độ học vấn cũng là yếu tố góp phần tạo nên việc thực hành tốt. Thực hành đạt mức tốt ở nhóm có mức học vấn THCS trở xuống có tỷ lệ là 84,7% thấp hơn nhóm có mức học vấn THPT và CĐ/ĐH lần lượt là 93,8% và 97,1%. Người có trình độ học vấn cao hiểu biết nhiều hơn nên hành vi của họ cũng tốt hơn.

## **6. Khuyến nghị**

- 1. Đối với các ban ngành đoàn thể:** Hỗ trợ Dự án phòng chống lao của thành phố Cà Mau nói riêng và tỉnh Cà Mau nói chung trong việc tuyên truyền, giáo dục kiến thức phòng chống lao trong cộng đồng.
- 2. Đối với Dự án phòng chống lao:** Cần đa dạng hình thức và nội dung tuyên truyền để cộng đồng dễ tiếp cận thông tin, dễ hiểu, dễ làm, tránh tình trạng chênh lệch giữa kiến thức và thực hành.



3. **Đối với cộng đồng:** Tăng cường xem và nghe các chuyên mục sức khỏe, đặc biệt là phòng chống lao phát trên sóng phát thanh và truyền hình, thực hành theo các hướng dẫn của thầy thuốc.

## **TÀI LIỆU THAM KHẢO**

1. Bộ Y Tế - Chương trình chống lao Quốc gia (2012), *Báo cáo hoạt động giai đoạn 2007-2011 và phương hướng kế hoạch giai đoạn 2011 – 2015*, tr 5-7,9.
2. Trần Hiến Khóa, Trương Văn Thống (2009), “*Khảo sát kiến thức – thái độ - hành vi phòng chống lao trong cộng đồng dân cư huyện U Minh, tỉnh Cà Mau năm 2008*”, Kỷ yếu Hội nghị khoa học bệnh phổi toàn quốc lần thứ III, Hội Lao và Bệnh phổi Việt Nam, thành phố Hồ Chí Minh, tháng 11-2009, tr. 515-524.
3. Sở Y tế, Trung tâm PCCBXH Cà Mau (2011), *Báo cáo tổng kết hoạt động năm 2010. Phương hướng hoạt động năm 2011*.
4. Sở Y tế, Trung tâm PCCBXH Cà Mau (2012), *Báo cáo tổng kết hoạt động năm 2011. Phương hướng hoạt động năm 2012*.
5. Sở Y tế, Trung tâm PCCBXH Cà Mau (2013), *Báo cáo tổng kết hoạt động năm 2012. Phương hướng hoạt động năm 2013*.
6. Lê Thành Tài, Nguyễn Văn Lành (2008), *Sự tuân thủ nguyên tắc điều trị của bệnh nhân lao phổi M(+) tại thị xã Ngã Bảy, tỉnh Hậu Giang năm 2007*, Y học Tp. Hồ Chí Minh, tập 12, phụ bản số 4-2008, trang 61-65.
7. Thủ tướng Chính phủ (2011), “*Ban hành chuẩn hộ nghèo, hộ cận nghèo, áp dụng cho giai đoạn 2011-2015*”, QĐ số 09/2011/QĐ-TTg, ngày 30/01/2011 của Thủ tướng Chính phủ.
8. Diễm Tươi (2012), “*Cà Mau: tỷ lệ hộ nghèo chiếm trên 8%*”, Báo Cà Mau, số ra ngày 24/12/2012.
9. WHO (2010), *Tuberculosis Global Facts 2010/2011*.
10. WHO (2011), *Global Tuberculosis Control – WHO Report 2011*, p. 12,13,30,40

# **SÁNG KIẾN CẢI TIẾN KỸ THUẬT HƯỚNG DẪN TRA CỨU CÁC MỐC THỜI GIAN CHĂM SÓC SỨC KHỎE BÀ BẦU VÀ TRẺ EM < 1 TUỔI BẰNG TỜ RƠI**

*BSCKII. Phạm Văn Chính - Sở Y tế Cần Thơ  
KS. Lê Vũ Giang Huy - Trung tâm Truyền thông GDSK Cần Thơ*

## **1. Đặt vấn đề**

Hiện có nhiều tài liệu tra cứu về các mốc thời gian chăm sóc sức khỏe bà bầu và trẻ em nhưng chỉ ở dưới dạng bài viết, hình ảnh và thông tin rời rạc, khó hình dung một cách tổng thể. Cần có một tài liệu bao quát các nội dung về chăm sóc sức khỏe phụ nữ có thai và em bé từ khi còn trong bụng mẹ đến sau sinh 1 năm tuổi giúp cộng đồng có cái nhìn toàn diện, đầy đủ, khoa học, làm theo những khuyến nghị của Tổ chức Y tế thế giới, nhất là những khuyến cáo mới về sàng lọc trước sinh và sơ sinh nhằm nâng cao chất lượng dân số đang là vấn đề xã hội rất quan tâm. Tờ rơi “*Hướng dẫn tra cứu các mốc thời gian chăm sóc sức khỏe bà bầu và trẻ em dưới 1 tuổi*” ra đời nhằm đáp ứng nhu cầu trên.

## **2. Mục tiêu sáng kiến**

1. Giúp người xem tự khám phá ra những mốc thời gian và những yêu cầu chăm sóc sức khỏe thiết yếu trong giai đoạn mang thai và năm đầu tiên của trẻ, kể cả sàng lọc trước sinh và sơ sinh.
2. Giới thiệu tóm tắt nội dung chương trình Chăm sóc sức khỏe ban đầu cho trẻ em theo hướng dẫn của Tổ chức Y tế thế giới.

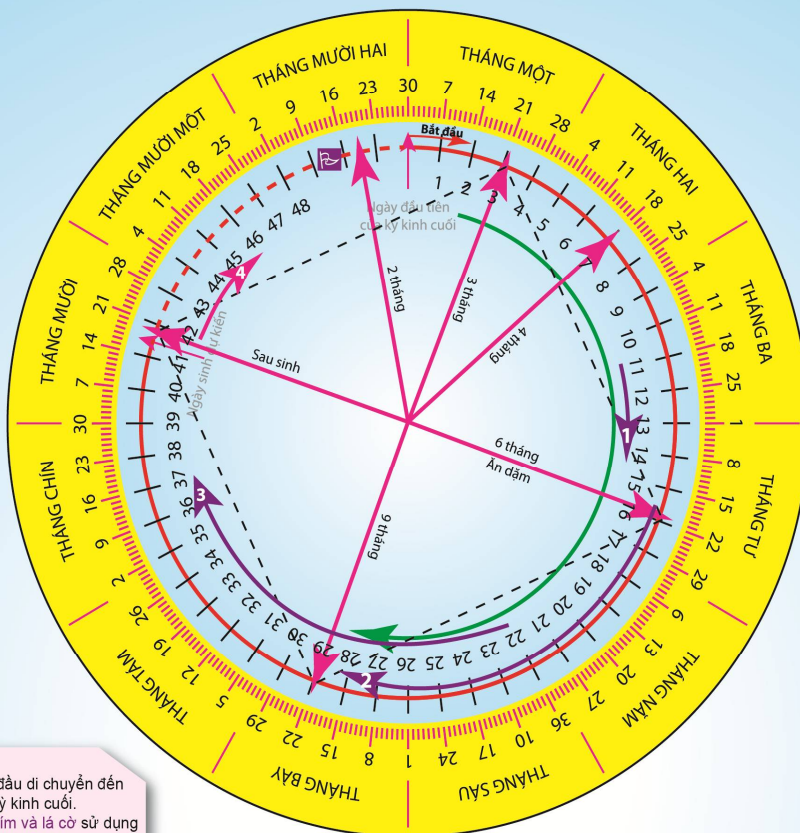
## **3. Mô tả sáng kiến**

Tờ rơi “*Hướng dẫn tra cứu các mốc thời gian chăm sóc sức khỏe bà bầu và trẻ em dưới 1 tuổi*” có 2 mặt, in 4 màu. Mặt trước có đỉnh 01 vòng tròn xoay theo trục cố định quanh khung thời gian 12 tháng. Trên vòng tròn có các mũi tên chỉ mốc, ngoài ra, các khoảng không còn lại là các thông tin về tiêm phòng (chủng ngừa) cho mẹ và bé.

Mặt sau là nội dung chương trình Chăm sóc sức khỏe ban đầu cho trẻ em.

Cách tra cứu: Xác định điểm bắt đầu từ mũi tên chỉ ngày đầu của kỳ kinh cuối. Lần lượt đối chiếu với các nội dung chăm sóc sức khỏe bà mẹ với các mốc thời gian khác theo mũi tên màu xanh. Lần lượt đối chiếu với các nội dung chăm sóc sức khỏe em bé với các mốc thời gian khác theo mũi tên màu hồng. Xem phần nội dung chú thích bên dưới và mặt sau.

## HƯỚNG DẪN TRA CỨU CÁC MỐC THỜI GIAN CHĂM SÓC SỨC KHỎE BÀ BẦU VÀ TRẺ EM < 1 TUỔI.



### Cách sử dụng:

- Chọn mũi tên bắt đầu di chuyển đến ngày đầu tiên của kỳ kinh cuối.
- Các mũi tên màu tím và lá cờ sử dụng cho bà mẹ.
- Các mũi tên màu hồng dành cho con.

## MẸ TRÒN CON VUÔNG

LOẠI BỆNH CHỦNG NGŨA (mũi tên màu hồng)	THỜI ĐIỂM CHỦNG NGŨA						
	Sau sinh	2th	3th	4th	6th	9th	12th
* Mũi tiêm chủng quốc gia							
* Mũi tiêm dịch vụ							
Lao, Viêm gan siêu vi B lần 1	X						
Bạch hầu, uốn ván, ho gà, bại liệt lần 1 Viêm gan siêu vi B lần 2		X					
Viêm màng não mủ và các nhiễm trùng do Hib		X			X		X
Tiêu chảy do Rotavirus		X			X		
Bạch hầu, uốn ván, ho gà, bại liệt lần 2.			X				
Bạch hầu, uốn ván, ho gà, bại liệt lần 3 Viêm gan siêu vi B lần 3				X			
Sởi						X	
Cúm					X		X
Viêm não Nhật bản, Thủy đậu; Sởi-Quai bị-Rubella							X
Viêm gan A							

### LỊCH TIÊM PHÒNG CHO MẸ BẦU

- Trước khi mang thai cần chú ý những loại tiêm phòng sau:
  - Rubella: Muộn nhất là 3 tháng trước khi mang bầu.
  - Viêm gan B: Có thể tiêm trước hoặc trong khi mang bầu đều được
  - Thủy đậu: Muộn nhất là 2 tháng trước khi mang bầu.
  - Cúm: Phụ nữ có thể tiêm phòng cúm vào mọi thời điểm trước khi mang thai.
- Trong khi mang thai, mẹ bầu cần chú ý tới:
  - Uốn ván: Mũi đầu, từ tuần 22 trở đi, mũi 2 tiêm nhắc lại cách 1 tháng.
  - Cúm: Nếu 3 tháng giữa và 3 tháng cuối của thai kỳ trùng hợp với mùa cúm (từ tháng 10 cho đến hết tháng 2 của năm sau)



*Mặt trước*

## CHƯƠNG TRÌNH CHĂM SÓC SỨC KHỎE BAN ĐẦU CHO TRẺ EM (GOBIFF=BUSẮC)

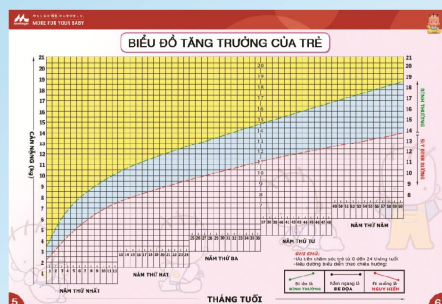
**Growth monitoring: Sử dụng biểu đồ sinh trưởng theo dõi sức khỏe trẻ em.**

Trẻ < 1 tuổi: Theo dõi cân nặng mỗi tháng 1 lần.

Trẻ 1-2 tuổi: ..... mỗi quý 1 lần.

Trẻ 3-5 tuổi: ..... mỗi 6 tháng 1 lần.

Trẻ SDD: Theo dõi cân nặng hàng tháng



**Immunisation: Tiêm chủng phòng bệnh.**

Tiêm chủng đủ liều, đúng lịch cho trẻ.

Tiêm dịch vụ phòng bệnh thêm nếu có điều kiện.



**Food supplements: Thực phẩm bổ sung cho bà mẹ và trẻ em.**

Từ tháng thứ 6 trở đi, ngoài sữa mẹ, cần cho trẻ ăn bổ sung 4 nhóm thực phẩm: Bột đường, Sữa đậm, Dầu ăn-chất béo, Trái cây-rau. Tô màu chén bột cho trẻ.



**Oral rehydration: Bù nước và điện giải bằng đường uống.**

- Khi bị tiêu chảy; Khi bị nôn nhiều và kéo dài; Khi sốt cao. Pha ORS với đúng lượng nước nguội ghi trên nhãn gói.

Cho trẻ uống theo nhu cầu cho đến khi hết khát.



**Brest feeding: Nuôi con bằng sữa mẹ.**

Bú mẹ hoàn toàn trong 6 tháng đầu, Từ tháng thứ 6 cho trẻ ăn dặm từ lỏng đến đặc, từ ít đến nhiều. Nên cai sữa khi trẻ được 18-24 tháng.

**Family planning: Kế hoạch hóa gia đình.**

Áp dụng biện pháp tránh thai sau sinh 60-75 ngày.

Khoảng cách giữa 2 lần sinh từ 3-5 năm.



**Female education: Giáo dục nhằm tăng cường vai trò của phụ nữ.**



## CHẨN ĐOÁN TRƯỚC SINH VÀ SÀNG LỌC SƠ SINH

Quy trình sàng lọc, chẩn đoán trước sinh:

➤ Siêu âm hình thái thai nhi: Đo độ mờ da gáy vào tuổi thai từ 11 tuần đến 14 tuần để phát hiện nguy cơ mắc hội chứng Down và một số bệnh lý khác.

Xét nghiệm máu mẹ: Xét nghiệm 2 chất (Double test): Phát hiện hội chứng Down và một số bất thường nhiễm sắc thể khác của thai nhi.

Xét nghiệm máu thường quy, viêm gan B, HIV, Rubella...

Sinh thiết gai rau: chẩn đoán xác định các trường hợp nghi ngờ các bất thường qua siêu âm hoặc xét nghiệm máu mẹ...

➤ Sàng lọc chẩn đoán trước sinh trong 3 tháng giữa thai kỳ:

Siêu âm hình thái và cấu trúc của cơ quan thai nhi: phát hiện các dị tật bẩm sinh.

Xét nghiệm máu mẹ:

+ Xét nghiệm 3 chất (Triple test): phát hiện bất thường về nhiễm sắc thể (hội chứng Down), dị tật ống thần kinh.

+ Xét nghiệm máu thường quy, HIV, viêm gan B...

Xét nghiệm nước ối: để chẩn đoán các trường hợp nghi ngờ các bất thường qua siêu âm hoặc xét nghiệm máu mẹ....

➤ Sàng lọc, chẩn đoán sơ sinh:

+ Suy giáp trạng bẩm sinh; Thiếu men G6PD; Tăng sản thượng thận bẩm sinh; Một số rối loạn chuyển hóa bẩm sinh ...

Nội dung: Bs Phạm Văn chính - Trình bày: KS Lê Vũ Giang Huy  
Sở Y tế thành phố Cần Thơ - Năm 2014

*Mặt sau*



### **3.1. Khả năng và hiệu quả áp dụng của sáng kiến:**

Tài liệu tiện dụng và ngắn gọn, cách thức trình bày sinh động, linh hoạt với các mốc thời gian kích thích sự tò mò, khám phá của đối tượng. Chỉ cần 1 tài liệu có thể liên kết thu hoạch được rất nhiều thông tin: Thông tin về tiêm phòng trước và trong thời gian mang thai; thông tin về sàng lọc trước sinh và sơ sinh; chương trình chăm sóc sức khỏe ban đầu cho trẻ em.

### **4. Kết luận.**

- Sáng kiến là tài liệu giúp các bà mẹ, phụ nữ chuẩn bị làm mẹ hiểu và áp dụng các kiến thức CSSK vào hành trình làm mẹ của mình một cách khoa học.
- Có thể in phát rộng rãi cho cộng đồng tham khảo.

# NGHIÊN CỨU KIẾN THỨC, THÁI ĐỘ VÀ HÀNH VI CỦA PHỤ NỮ VÀ NAM GIỚI TRONG ĐỘ TUỔI SINH ĐẸ VỀ CHĂM SÓC SỨC KHỎE TRƯỚC KHI MANG THAI TẠI THÀNH PHỐ ĐÀ NẴNG

*BS CKI. Võ Thu Tùng  
Trung tâm Truyền thông GDSK Đà Nẵng*

## **Tóm tắt nghiên cứu**

Qua điều tra cắt ngang mô tả, phỏng vấn 810 đối tượng là phụ nữ và nam giới trong độ tuổi sinh đẻ tại 30 xã phường thuộc 3 quận huyện (Hải Châu, Cẩm Lệ và Hòa Vang). Kết quả: Đối tượng cho rằng họ đã từng nghe nói về chăm sóc sức khỏe trước khi mang thai (CSSKTMT) ở mức độ rất thấp (12,7%), trong đó nam giới là 15,1%, nữ là 10,6%. Nguồn thông tin chủ yếu từ internet (81,6%) và từ cán bộ y tế (55,3%). Chỉ có một số trong rất nhiều khuyến cáo về CSSKTMT được các đối tượng đề cập, đó là: dinh dưỡng, điều trị ổn định bệnh mãn tính, tránh rượu bia, chất kích thích và các chất độc hại. Tỷ lệ các mức thái độ của đối tượng ở các quận huyện là như nhau. Xu hướng có thái độ “không ủng hộ” việc CSSKTMT, tỷ lệ đồng ý với các ý kiến “tiêu cực” cao hơn tỷ lệ không đồng ý. Tỷ lệ đối tượng thực hiện 3 thực hành quan trọng trong CSSKTMT: khám sức khỏe cả vợ lẫn chồng, tiêm phòng Rubella và uống acid folic trước khi mang thai là rất thấp.

## **1. Đặt vấn đề**

Khuyết tật sẽ tạo ra gánh nặng về tài chính cho gia đình và xã hội, gây ra tình trạng đói nghèo, mà đói nghèo cũng là nguyên nhân quan trọng gây ra khuyết tật. Người khuyết tật bao giờ cũng phải đương đầu với các thử thách về thể chất, tình cảm và xã hội để được sống hạnh phúc và có ích, đặc biệt là những người khuyết tật bẩm sinh, họ phải chịu ảnh hưởng ngay từ khi chào đời và trong suốt cả cuộc đời. Tại Việt Nam, theo kết quả Tổng điều tra dân số và nhà ở 2009, có khoảng 12,1 triệu người khuyết tật từ mức “khó khăn”, chiếm 15,5% dân số từ 5 tuổi trở lên. Trong đó có 574.000 người khuyết tật loại đặc biệt nặng (không thể nhìn, nghe, vận động hoặc ghi nhớ) chiếm 0,7% dân số từ 5 tuổi trở lên. Mặc dù chưa có nghiên cứu toàn diện về dị tật bẩm sinh ở Việt Nam nhưng qua các nghiên cứu Quốc tế, tỷ lệ dị tật bẩm sinh ở Việt Nam nằm trong khoảng 1,5 -2%. Với ước tính này, hàng năm cả nước có 22.000 - 30.000 trẻ sinh ra có dị tật bẩm sinh.

Chăm sóc sức khỏe một cách đầy đủ, khoa học trước khi mang thai là biện pháp tốt nhất làm giảm thiểu khả năng sinh ra những đứa con khuyết tật. Việt Nam đã có một số chương trình can thiệp về CSSKTMT. Bộ Y tế Việt Nam cũng

đã ban hành Hướng dẫn quốc gia về các dịch vụ chăm sóc sức khỏe sinh sản, trong đó có dịch vụ tư vấn CSSKTMT.

Đà Nẵng là một trong những tỉnh thành trong cả nước được triển khai dự án Hỗ trợ người khuyết tật, trong đó có mục tiêu giảm thiểu tỷ lệ khuyết tật bẩm sinh thông qua các hoạt động sàng lọc sơ sinh, can thiệp dị tật bẩm sinh, đặc biệt là nâng cao chất lượng các dịch vụ y tế liên quan đến CSSKTMT. Dự án được triển khai thí điểm tại 2 quận Hải Châu và Cẩm Lệ. Đã có một nghiên cứu định tính đánh giá nhu cầu về cung cấp dịch vụ CSSKTMT được tiến hành tại Đà Nẵng, kết quả cho thấy, phụ nữ và nam giới trong độ tuổi sinh đẻ đều có nhu cầu thông tin về CSSKTMT. Tuy nhiên, chưa có nghiên cứu cụ thể về kiến thức, thái độ và hành vi của họ về CSSKTMT để định hướng những nội dung và phương pháp truyền thông giáo dục sức khỏe về lĩnh vực này cũng như tạo nhu cầu cho các dịch vụ y tế liên quan đến CSSKTMT. Nghiên cứu mô tả kiến thức, thái độ và hành vi (KAP) về CSSKTMT sẽ là cơ sở để trung tâm Truyền thông GDSK xây dựng và tổ chức thực hiện một kế hoạch truyền thông cụ thể để góp phần giảm thiểu tỷ lệ dị tật bẩm sinh cũng như giúp các cặp vợ chồng sinh ra những đứa con khỏe mạnh.

## **2. Mục tiêu nghiên cứu**

**2.1. Mục tiêu chung:** Mô tả kiến thức, thái độ, hành vi của phụ nữ và nam giới trong độ tuổi sinh đẻ về CSSKTMT, từ đó đề xuất nội dung và phương pháp truyền thông giáo dục sức khỏe về CSSKTMT trên địa bàn thành phố Đà Nẵng.

### **2.2. Mục tiêu cụ thể:**

1. Tìm hiểu kiến thức của đối tượng về CSSKTMT.
2. Tìm hiểu thái độ của đối tượng đối với một số nội dung CSSKTMT.
3. Tìm hiểu những hành vi sử dụng acid folic, tiêm phòng Rubella và khám sức khỏe trước khi mang thai.
4. Đề xuất nội dung và phương pháp truyền thông GDSK về CSSKTMT

## **3. Phương pháp nghiên cứu**

**3.1. Thiết kế nghiên cứu:** Nghiên cứu cắt ngang mô tả tại cộng đồng áp dụng phương pháp định lượng, sử dụng một bảng hỏi cấu trúc soạn sẵn.

### **3.2. Phương pháp nghiên cứu**

- *Đối tượng:* Phụ nữ và nam giới trong độ tuổi sinh đẻ tại 3 Quận Hải Châu, Cẩm Lệ và Hòa Vang.

- Công thức cỡ mẫu phân tầng cho 30 xã phường (Hải Châu 13; Cẩm lệ 6 và Hòa Vang 11):  $n = n' \times 210\% \approx 810$ .
- Trong đó  $n'$  là cỡ mẫu ngẫu nhiên đơn được tính theo công thức:

$$n' = Z^2 \frac{p(1-p)}{1 - \frac{\alpha}{2} \delta^2}$$

Tính được  $n' = 384$  (với  $\alpha=0,05$ ;  $p=50\%$ ;  $\delta=5\%$ )

- Chọn mẫu: 810 đối tượng nghiên cứu chia cho 30 xã phường, mỗi xã phường có 27 đối tượng được chọn ngẫu nhiên theo danh sách được trạm y tế cung cấp.
- Xử lý số liệu bằng phần mềm Epi Info 2000.

**3.3. Hạn chế của nghiên cứu:** Do những giới hạn về quy mô, thời gian và kinh phí nên cuộc điều tra này không kết hợp được một số phương pháp nghiên cứu định tính như phỏng vấn sâu, thảo luận nhóm với các đối tượng liên quan khác như cán bộ y tế, chính quyền địa phương, và các ban ngành.v.v... để có thể có những hiểu biết sâu hơn.

## 4. Kết quả nghiên cứu và bàn luận

### 4.1. Thông tin chung về mẫu nghiên cứu

**Bảng 1: Đặc điểm của đối tượng nghiên cứu**

Đặc điểm		Số lượng (n=810)	Tỷ lệ (%)
<b>Giới</b>	Nữ	425	52,5%
	Nam	385	47,5%
<b>Học vấn</b>	Cấp 1	13	1,6%
	Cấp 2	109	13,5%
	Cấp 3	426	52,6%
	Trung cấp	94	11,6%
	Cao đẳng, đại học	104	12,8%
	Sau đại học	64	7,9%
<b>Có con</b>	Đã có con	394	48,6%
	Chưa có con	416	51,4%
<b>Tình trạng hôn nhân</b>	Chưa có vợ/chồng	328	40,5%
	Ly dị, ly thân	20	2,5%
	Có vợ/ chồng	462	57,0%
<b>Tuổi</b>	Tuổi trung bình 29,9, Min 15; Max 49		



Độ tuổi trung bình là 29,9. Tuổi thấp nhất là 15 và cao nhất là 49. Phần lớn đối tượng nghiên cứu có trình độ học vấn cấp 3 trở lên (64,2%). Tỷ lệ nam/nữ, cũng như tỷ lệ giữa nhóm đã có con và chưa có con trong mẫu nghiên cứu này gần như tương đương nhau. 57% đối tượng nghiên cứu đang sống cùng vợ/chồng; 40,5% chưa lập gia đình.

#### **4.2. Kiến thức về chăm sóc sức khỏe trước mang thai**

Chỉ 12,7% (103/810) đối tượng cho rằng họ đã từng nghe nói về CSSKTMT, 84,7% chưa từng nghe về nội dung này; 2,6% không nhớ. Trong đó, tỷ lệ trong nam giới nghe về CSSKTMT cao hơn ở nữ giới (15,1% và 10,6%).

Trong số những người có nghe về CSSKTMT, phần lớn cho rằng họ lấy thông tin từ internet (81,6%), có 55,3% cho rằng họ có nghe cán bộ y tế phổ biến. Chỉ có 1,9% nghe tiếp nhận thông tin từ báo.

**Bảng 2: Những nội dung về CSSKTMT mà đối tượng nhớ được**

<b>Nội dung</b>	<b>Số lượng (n = 103)</b>	<b>Tỷ lệ (%)</b>
1. Có kế hoạch mang thai	0	0,0%
2. Khám sức khỏe toàn diện trước khi mang thai	0	0,0%
3. Ăn uống hợp lý	42	40,8%
4. Uống acid folic trước khi mang thai ít nhất 1 tháng	0	0,0%
5. Tiêm phòng Rubella	0	0,0%
6. Điều trị ổn định bệnh nếu có	43	41,7%
7. Dùng thuốc an toàn hợp lý	0	0,0%
8. Không rượu bia, chất kích thích	70	68,0%
9. Tránh các chất độc hại	71	68,9%

Chỉ có 4 trong 9 nội dung được đề cập, đó là: ăn uống hợp lý, điều trị ổn định bệnh, tránh rượu bia, chất kích thích và tránh các chất độc hại. Nội dung nhiều người đề cập đến nhất là tránh các chất độc hại (68,9%).

#### **4.3. Thái độ về chăm sóc sức khỏe trước mang thai**

Đánh giá thái độ của đối tượng về CSSKTMT gián tiếp qua mức độ đồng ý với những ý kiến tiêu cực, không ủng hộ việc CSSKTMT.

**Bảng 3: Thái độ với những ý kiến cho rằng không cần CSSKTMT**

<b>Quận, huyện</b>	<b>Rất không đồng ý</b>	<b>Không đồng ý</b>	<b>Đồng ý</b>	<b>Rất đồng ý</b>
Hải Châu	11 (6,8%)	33 (20,4%)	93 (57,4%)	25 (15,4%)
Cẩm Lệ	27 (7,7%)	79 (22,5%)	195 (55,6%)	50 (14,2%)
Hòa Vang	19 (6,4%)	57 (19,2%)	186 (62,6%)	35 (11,8%)
<b>Tổng</b>	<b>57 (7,0%)</b>	<b>169 (20,9%)</b>	<b>474 (58,5%)</b>	<b>110 (13,6%)</b>

Có một tỷ lệ khá cao đối tượng nghiên cứu có thái độ đồng ý và rất đồng ý với quan điểm không cần CSSKTMT (58,5% và 13,6%).

**Bảng 4: Thái độ với ý kiến cho rằng con cái là trời cho, may mắn thì khỏe mạnh, có lo mấy cũng không thay đổi được số phận**

<b>Quận, huyện</b>	<b>Rất không đồng ý</b>	<b>Không đồng ý</b>	<b>Đồng ý</b>	<b>Rất đồng ý</b>
Hải Châu	8 (4,9%)	22 (13,6%)	94 (58,0%)	38 (23,5%)
Cẩm Lệ	27 (7,7%)	79 (22,5%)	195 (55,6%)	50 (14,2%)
Hòa Vang	12 (4,0%)	30 (10,1%)	184 (62,0%)	71 (23,9%)
<b>Tổng</b>	<b>47 (5,8%)</b>	<b>131 (16,2%)</b>	<b>473 (58,4%)</b>	<b>159 (19,6%)</b>

Hầu hết đối tượng nghiên cứu đồng ý và rất đồng ý với ý kiến con cái là trời cho, khỏe mạnh hay không là may rủi (58,4% và 19,6%).

**Bảng 5: Thái độ với ý kiến cho rằng CSSKTMT là việc của phụ nữ**

<b>Quận huyện</b>	<b>Rất không đồng ý</b>	<b>Không đồng ý</b>	<b>Đồng ý</b>	<b>Rất đồng ý</b>
Hải Châu	4 (2,5%)	11 (6,8%)	104 (64,2%)	43 (26,5%)
Cẩm Lệ	15 (4,3%)	37 (10,5%)	227 (64,7%)	72 (20,5%)
Hòa Vang	16 (5,4%)	47 (15,8%)	188 (63,3%)	46 (15,5%)
<b>Tổng</b>	<b>35 (4,3%)</b>	<b>95 (11,7%)</b>	<b>519 (64,1%)</b>	<b>161 (19,9%)</b>

64,1% đối tượng nghiên cứu đồng ý và 19,9% rất đồng ý với ý kiến cho rằng CSSKTMT là việc của phụ nữ.

**Bảng 6: Thái độ với ý kiến cho rằng chỉ phụ nữ đã sinh đứa đầu bình thường, thì đứa thứ hai cũng vậy, không việc gì phải lo lắng**

Quận, huyện	Rất không đồng ý	Không đồng ý	Đồng ý	Rất đồng ý
Hải Châu	8 (4,9%)	22 (13,6%)	97 (59,9%)	35 (21,6%)
Cẩm Lệ	27 (7,7%)	79 (22,5%)	201 (57,3%)	44 (12,5%)
Hòa Vang	12 (4,0%)	30 (10,1%)	187 (63,0%)	68 (22,9%)
<b>Tổng</b>	47 (5,8%)	131 (16,2%)	485 (59,9%)	147 (18,1%)

58,9% đối tượng nghiên cứu đồng ý và 18,1% rất đồng ý với ý kiến cho rằng phụ nữ đã sinh đứa đầu bình thường, thì đứa thứ hai không việc gì phải lo lắng.

**Bảng 7: Thái độ với ý kiến cho rằng chỉ phụ nữ lớn tuổi mới lo CSSKTMT**

Quận, huyện	Rất không đồng ý	Không đồng ý	Đồng ý	Rất đồng ý
Hải Châu	11 (6,8%)	33 (20,4%)	97 (59,9%)	21 (13,0%)
Cẩm Lệ	27 (7,7%)	79 (22,5%)	201 (57,3%)	44 (12,5%)
Hòa Vang	19 (6,4%)	57 (19,2%)	192 (64,6%)	29 (9,8%)
<b>Tổng</b>	57 (7,0%)	169 (20,9%)	490 (60,5%)	94 (11,6%)

Hơn 70% đối tượng nghiên cứu tỏ thái độ ở mức đồng ý và rất đồng ý với quan điểm cho rằng chỉ phụ nữ lớn tuổi mới cần phải lo CSSKTMT.

#### **4.4. Một số thực hành quan trọng về CSSKTMT**

##### **4.4.1. Tiêm phòng Rubella**

**Bảng 8: Thực hành về tiêm phòng Rubella của nhóm phụ nữ nghiên cứu**

Tiêm phòng Rubella	Số lượng (n = 425)	Tỷ lệ (%)
Có	67	15,8%
Chưa	324	76,2%
Không nhớ	34	8,0%

Phần lớn đối tượng là phụ nữ chưa thực hiện tiêm phòng Rubella, chỉ 15,8% khẳng định là đã tiêm phòng Rubella còn 8% không nhớ là đã tiêm hay chưa.

**Bảng 9: Dự định tiêm phòng Rubella ở nhóm đối tượng chưa tiêm**

Dự định tiêm phòng Rubella	Số lượng (n = 324)	Tỷ lệ (%)
Có	19	5,9%
Không	305	94,1%

Trong số đối tượng khẳng định chưa tiêm phòng Rubella, chỉ có 5,9% cho rằng họ có kế hoạch đi tiêm phòng bệnh này.

#### 4.4.2. Uống acid folic

**Bảng 10: Thực hành về uống acid folic của nhóm phụ nữ nghiên cứu**

Uống acid folic	Số lượng (n = 425)	Tỷ lệ (%)
Có	200	47,1%
Chưa	203	47,8%
Không nhớ	22	5,2%

47,1% đối tượng là phụ nữ khẳng định là đã có uống acid folic. 5,2% không nhớ là đã uống hay chưa. Tuy nhiên, khi được hỏi uống như thế nào thì hầu hết đối tượng cho biết uống lúc mang thai, loại viên phối hợp với sắt.

**Bảng 11: Dự định uống acid folic ở nhóm đối tượng chưa uống**

Dự định uống acid folic	Số lượng (n = 225)	Tỷ lệ (%)
Có	16	7,1%
Không	209	92,9%

Trong số đối tượng khẳng định chưa từng uống acid folic, chỉ có 7,1% khẳng định là có kế hoạch uống thuốc này. Nhưng khi hỏi thêm sẽ uống vào lúc nào, thì hầu hết trả lời vào lúc mang thai, còn lại số ít trả lời là theo hướng dẫn của bác sỹ.

#### 4.4.3. Khám sức khỏe trước khi mang thai

Trong số những người đã có gia đình và đang sống với nhau (không ly thân, ly dị), chỉ có 54 người (chiếm 11,7%) khẳng định là đã từng đi khám sức khỏe trước khi mang thai. 408 người (88,3%) không đi khám.

Đối với những đối tượng chưa từng đi khám sức khỏe trước khi mang thai, chỉ có 6,4% cho rằng họ có kế hoạch đi khám trước khi mang thai đưa con sắp đến của họ.

**Bảng 12: Mục đích đi khám sức khỏe trước khi mang thai**

Mục đích đi khám sức khỏe	Số lượng (n = 54)	Tỷ lệ (%)
Để biết mình có thể có con được hay không	3	5,6%
Chờ có con lâu quá nên đi khám	22	40,7%
Có bệnh nên đi khám	18	33,3%
Khám phụ khoa định kỳ	2	3,7%
Vì đưa trước có trục trặc nên đi khám	9	16,7%

Kết quả bảng 12 cho thấy xu hướng khám là điều trị hiếm muộn (chờ lâu quá không có con - 40,7%; để biết mình có con hay không – 5,6%) và điều trị bệnh (33,3%).

**Bảng 13: Những lời khuyên của bác sĩ mà đối tượng nhớ được**

Nhớ được nội dung bác sĩ khuyên	Số lượng (n = 54)	Tỷ lệ (%)
1. Ăn uống hợp lý	18	33,3%
2. Uống acid folic	0	0,0%
3. Tiêm phòng	0	0,0%
4. Điều trị bệnh nếu có	40	74,1%
5. Dùng thuốc an toàn hợp lý	0	0,0%
6. Không rượu bia, chất kích thích	18	33,3%
7. Tránh chất độc hại	4	7,4%

Chỉ có 4 nội dung liên quan đến CSSKTMT được đề cập. Các đối tượng chỉ nhớ đến những nội dung liên quan đến mục đích đi khám của mình, ví dụ: điều trị bệnh, ăn uống hợp lý, tránh rượu bia, chất kích thích.

## **5. Kết luận**

### **5.1. Kiến thức về CSSKTMT**

Nhìn chung kiến thức về CSSKTMT của đối tượng trong nghiên cứu này ở mức độ rất thấp. Chỉ có 12,7% đối tượng cho rằng họ đã từng nghe nói về CSSKTMT, nguồn thông tin họ có được chủ yếu trên internet (81,6%). Những nội dung được họ đề cập đến chủ yếu là điều trị bệnh.

## **5.2. Thái độ về CSSKTMT**

Các mức thái độ của đối tượng ở các quận/huyện là như nhau. Có tới trên 70% đối tượng đồng ý với các ý kiến “tiêu cực” ở tất cả các quận/huyện.

## **5.3. Một số thực hành quan trọng về CSSKTMT**

Có 3 thực hành quan trọng trong CSSKTMT, là: Khám sức khỏe cả vợ lẫn chồng, tiêm phòng Rubella và uống acid folic trước khi mang thai. Tỷ lệ đối tượng thực hiện các thực hành này rất thấp.

15,8% phụ nữ đã tiêm phòng Rubella, trong số đối tượng chưa tiêm phòng Rubella, chỉ có 5,9% khẳng định là có kế hoạch đi tiêm phòng bệnh này.

47,1% phụ nữ cho biết là đã có uống acid folic nhưng chủ yếu uống lúc mang thai, loại viên phối hợp với sắt. Trong số đối tượng chưa từng uống acid folic, chỉ có 7,1% dự định sẽ uống thuốc này vào lúc mang thai.

Chỉ có 11,7% người đã có gia đình khẳng định là đã từng đi khám sức khỏe trước khi mang thai, nhưng xu hướng là điều trị hiếm muộn và điều trị bệnh, họ không nhớ nhiều đến những lời khuyên của bác sỹ về CSSKTMT. Đối với những đối tượng chưa từng đi khám sức khỏe trước khi mang thai, chỉ có 6,4% dự định đi khám trước khi mang thai đưa con sắp đến của họ.

## **6. Khuyến nghị**

Những khuyến nghị được đưa ra ở đây chủ yếu nhắm đến các giải pháp truyền thông nhằm nâng cao KAP cho nam giới và phụ nữ về CSSKTMT.

**6.1. Về nội dung truyền thông:** Chuyển tải các thông điệp về CSSKTMT đến cộng đồng, trong đó lưu ý chú trọng đến những 3 thực hành quan trọng là: khám sức khỏe trước khi mang thai, tiêm phòng Rubella và uống acid folic trước khi mang thai.

**6.2. Về phương pháp truyền thông:** Ưu tiên các phương pháp truyền thông trực tiếp như giao tiếp cá nhân, giao tiếp nhóm nhỏ, giao tiếp nhóm lớn. Tổ chức lồng ghép giáo dục sức khỏe nhóm về CSSKTMT vào các buổi họp cộng đồng. Tổ chức tư vấn theo hình thức thân thiện với các đối tượng ở các cơ sở y tế.

**6.3. Về phương tiện truyền thông:** Chuyển tải các nội dung qua các phương tiện thông tin đại chúng, đặc biệt qua internet, đây là phương tiện có nhiều người ưa chuộng tại thành phố Đà Nẵng.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Aikawa R, Nguyen C Khan, Sasaki S, and Binns C. Risk factors for iron-deficiency anaemia among pregnant women living in rural Vietnam. *Public Health Nutrition*: 9(4), 443–448.
2. American College of Obstetricians and Gynecologists. Preconceptional care. ACOG Technical Bulletin No. 205, May 1995. *Int J Gynaecol Obstet*. 1995;50:201–7.
3. 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
4. Handicap International. 2011. *Truyền thông thay đổi hành vi để phòng ngừa và phát hiện sớm khuyết tật bẩm sinh*. Tài liệu tập huấn của Handicap International trong dự án “Chào đón sự sống”.
5. Johnson K. et al. Recommendations to Improve Preconception Health and Health Care --- *A Report of the CDC/ATSDR Preconception Care Work Group and the Select Panel on Preconception Care*. Available on August 16th 2013 at: <http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/rr5506a1.htm>.
6. Kristine Barlow-Stewart and Mona Saleh. *Prenatal Testing Overview*. Fact Sheet 17. May 2012. Available on June 21st at <http://www.genetics.edu.au>.
7. Preconception care, Ayurveda style. Available on Oct. 2nd at: <http://www.yoga-abode.com/node/1580>.
8. UNICEF. *Food fortification can reduce poverty & undernutrition in east asia. Governments urged to make flour fortification mandatory*. Available on Nov. 16th 2013 at: [http://www.unicef.org/vietnam/media\\_7248.html](http://www.unicef.org/vietnam/media_7248.html)
9. WHO's meeting report. *Meeting to Develop a Global Consensus on Preconception Care to Reduce Maternal and Childhood Mortality and Morbidity*. World Health Organization Headquarters, Geneva. 6–7 February 2012. Available on Oct. 18th 2013 at: [http://www.who.int/maternal\\_child\\_adolescent/documents/concensus\\_preconception\\_care/en/](http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/concensus_preconception_care/en/)
10. World Health Organization, Reproductive Health and Research. *Reproductive health indicators : guidelines for their generation, interpretation and analysis for global monitoring*. WHO Library Cataloguing-in-Publication Data 2006.

# **ĐÁNH GIÁ KIẾN THỨC, THỰC HÀNH CỦA NGƯỜI DÂN VỀ CHĂM SÓC MẮT ĐÚNG CÁCH TRƯỚC VÀ SAU TRUYỀN THÔNG TẠI MỘT SỐ HUYỆN THỊ CỦA TỈNH HÀ GIANG TRONG 2 NĂM 2012-2014**

*Nguyễn Lê Hồng, Nguyễn Thị Hương, Hoàng Thị Phụng, Nguyễn Thị Thanh  
Kim Huệ, Nguyễn Lan Anh, Hoàng Thị Kiều, Phan Ngọc Thọ  
Trung tâm Truyền thông GDSK tỉnh Hà Giang*

## **Tóm tắt nghiên cứu**

Nghiên cứu được triển khai tại 6 huyện thị (Bắc Quang, Hoàng Su Phì, Xín Mần, Yên Minh, Mèo Vạc, Đồng Văn) trong hai năm 2012 đến 2014. Đã có 200 người dân thuộc 6 huyện thị nói trên được phỏng vấn qua bảng hỏi ở 2 thời điểm trước và sau can thiệp các hoạt động truyền thông. Kết quả nghiên cứu cho thấy sau can thiệp truyền thông, nhận thức, thái độ, thực hành về chăm sóc mắt của đối tượng nghiên cứu có những thay đổi tích cực.

Tỷ lệ người dân được nhận thông tin về chăm sóc mắt đúng cách tăng từ 48% lên 86%.

Kiến thức của đối tượng nghiên cứu về các nguồn lây bệnh mắt tăng lên: Lây qua nước (83% - 93%); lây qua dùng chung khăn (56% - 91%); lây qua dùng chung chậu (24% - 87%). Tỷ lệ người không biết về nguồn lây giảm xuống rõ rệt (8% - 1%).

Thái độ khi tiếp xúc với người mắc bệnh về mắt cũng có sự thay đổi: Không dùng chung các đồ dùng trong sinh hoạt như chậu, khăn..(66% - 96%); Tránh nhìn vào mắt người bệnh (72% - 16%); Khuyên người bệnh đi khám ở các cơ sở y tế (26% - 77%).

Các thay đổi về thực hành chăm sóc mắt đúng cách trước và sau khi được truyền thông: Sử dụng riêng đồ dùng vệ sinh cá nhân trong chăm sóc mắt như khăn, chậu rửa,...(76% - 98%); Thường xuyên nhỏ mắt bằng nước muối sinh lý (52% - 84%); Thường xuyên đi khám mắt tại cơ sở y tế (37% - 91%); Bảo vệ mắt bằng kính khi đi nắng và tiếp xúc với môi trường ô nhiễm (31% - 82%)

Nghiên cứu cũng đưa ra các kiến nghị: Cần tổ chức nhiều hơn các hình thức truyền thông giúp người dân biết cách phòng chống các bệnh về mắt và các bệnh tật khác; Bổ sung thêm nguồn tài liệu truyền thông, đặc biệt là tài liệu có nhiều tranh ảnh, phù hợp, gần gũi với người dân tộc thiểu số; Đẩy mạnh hoạt động truyền thông về chăm sóc mắt, đặc biệt là chăm sóc mắt cho trẻ em, củng cố và duy trì hoạt động của bộ phận y tế học đường.



# **ĐÁNH GIÁ KỸ NĂNG TRUYỀN THÔNG GIÁO DỤC SỨC KHỎE CỦA CỘNG TÁC VIÊN Y TẾ CƠ SỞ HUYỆN CẨM XUYỀN, TỈNH HÀ TĨNH NĂM 2014**

*CN. Nguyễn Văn Thắng, CN. Đỗ Thị Thu Hòa  
Trung tâm Truyền thông GDSK tỉnh Hà Tĩnh*

## **Tóm tắt nghiên cứu**

Đề tài “Đánh giá kỹ năng truyền thông giáo dục sức khỏe của cộng tác viên y tế cơ sở huyện Cẩm Xuyên, tỉnh Hà Tĩnh năm 2014” được thực hiện từ tháng 8 đến tháng 11 năm 2014 trên 100 đối tượng là cộng tác viên truyền thông GDSK tại huyện Cẩm Xuyên, tỉnh Hà Tĩnh. Mục tiêu của nghiên cứu là đánh giá thực trạng kỹ năng truyền thông giáo dục sức khỏe của cộng tác viên y tế cơ sở ở tỉnh Hà Tĩnh. Từ đó đưa ra một số giải pháp nhằm hoàn thiện và nâng cao kỹ năng truyền thông giáo dục sức khỏe cho cộng tác viên y tế cơ sở.

Sử dụng phương pháp mô tả cắt ngang, kết quả cho thấy có 73,7% đối tượng là nữ, 80,2% có trình độ trung học phổ thông, 68,3% đã từng được đào tạo về kỹ năng truyền thông GDSK. Như vậy, số cộng tác viên y tế cơ sở chưa được đào tạo về kỹ năng truyền thông GDSK còn khá cao (31.7%). Đa số có nhu cầu được tập huấn về kỹ năng truyền thông GDSK (98.9%). Nghiên cứu cũng so sánh kiến thức về truyền thông GDSK của đối tượng trước và sau khi được tham gia lớp tập huấn và kết quả là kiến thức của các đối tượng sau khi được tập huấn đã tăng lên rõ rệt so với trước đó.

Với kết quả này, các tác giả kiến nghị thường xuyên mở các lớp đào tạo, tập huấn ngắn hạn cho đội ngũ cộng tác viên y tế cơ sở; đẩy mạnh xã hội hóa và đa dạng hóa công tác truyền thông GDSK để người dân tự chăm sóc, bảo vệ và nâng cao sức khỏe. bên cạnh đó, cần đẩy mạnh hình thức truyền thông trực tiếp tại cộng đồng như các cuộc họp nói chuyện chuyên đề, các buổi sinh hoạt CLB sức khỏe...

# NGHIÊN CỨU THỰC TRẠNG SỬ DỤNG THUỐC LÁ TẠI 4 QUẬN HUYỆN THÀNH PHỐ HẢI PHÒNG

*Nguyễn Quang Chính, Phạm Thu Xanh,  
Phạm Ngọc Hùng, Ngô Quang Thành  
Trung tâm Truyền thông GDSK Hải Phòng*

## **Tóm tắt nghiên cứu**

Hút thuốc lá đang trở thành vấn đề sức khỏe toàn cầu. Phòng chống tác hại thuốc lá những năm gần đây được chính phủ quan tâm, triển khai nhiều hoạt động. Nghiên cứu thực trạng sử dụng thuốc lá tại Hải Phòng năm 2014 cho thấy: Tỷ lệ đang hút thuốc lá ở nam giới là 44,1%, ở nữ là 1,46%; Tỷ lệ hút thuốc trong nhóm có trình độ học vấn thấp (tiểu học, trung hoặc cơ sở, trung học phổ thông) cao hơn ở nhóm có trình độ học vấn cao (trung cấp, cao đẳng, đại học); Tỷ lệ người dân hút thuốc thụ động là 42,5%, trong đó hút thuốc thụ động tại nơi công cộng chiếm tỷ lệ cao nhất là 37% với mức độ thỉnh thoảng là 60%.

## **1. Đặt vấn đề**

Hút thuốc lá là nguyên nhân của 25 căn bệnh, trong đó có nhiều bệnh nguy hiểm như: ung thư phổi, bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính, nhồi máu cơ tim, xơ vữa động mạch và các bệnh khác. Người nghiện thuốc lá có nguy cơ tử vong cao gấp 2,5 đến 10 lần so với người không hút thuốc lá. Hút thuốc lá thụ động cũng là một nguy cơ lớn ảnh hưởng tới sức khỏe do khói tỏa ra từ đầu điếu thuốc lá đang cháy độc hại hơn khói thuốc lá do người hút thở ra.

Gánh nặng chi phí y tế để điều trị các bệnh liên quan đến thuốc lá đang là một thách thức đối với nhiều quốc gia. Bên cạnh đó, thuốc lá còn gây ra những ảnh hưởng đến vệ sinh môi trường (ô nhiễm không khí trong nhà và ngoài trời), làm gia tăng hoạt động buôn lậu, gây ra nguy cơ cháy nổ.

Trong những năm qua, thành phố Hải Phòng đã triển khai nhiều nội dung hoạt động phòng chống tác hại thuốc lá. Thực trạng hút thuốc, thói quen hút thuốc của cộng đồng là một vấn đề cần được quan tâm nghiên cứu. Do đó, chúng tôi tiến hành thực hiện đề tài “*Nghiên cứu thực trạng sử dụng thuốc lá tại 4 quận huyện thành phố Hải Phòng*”.

**2. Mục tiêu nghiên cứu:** Mô tả thực trạng sử dụng thuốc lá của người dân tại 4 quận huyện thành phố Hải Phòng.

### 3. Phương pháp nghiên cứu

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

**3.2. Địa điểm, thời gian nghiên cứu**

- Địa điểm: 2 quận: Kiến An, Hồng Bàng; 2 huyện: An Dương, Tiên Lãng
- Thời gian: Tháng 4- 5 năm 2014.

**3.3. Đối tượng nghiên cứu:** Người dân từ đủ 16 tuổi trở lên.

**3.4. Công thức tính cỡ mẫu**

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

Trong đó:

n là cỡ mẫu nghiên cứu cần có

p là tỉ lệ, lấy  $p = 0,238$  (tỷ lệ hút thuốc chung của cộng đồng là 23,8%).

Z là hệ số tin cậy khi  $\alpha = 0.05$  thì  $Z = 1.96$

$d = 0,05$  : dự kiến sai lệch so với thực tế là 5%

Vậy cỡ mẫu nghiên cứu cần có là 278, thực tế tiến hành nghiên cứu trên 4 quận huyện với 400 người, Mỗi quận huyện sẽ điều tra ngẫu nhiên 100 người.

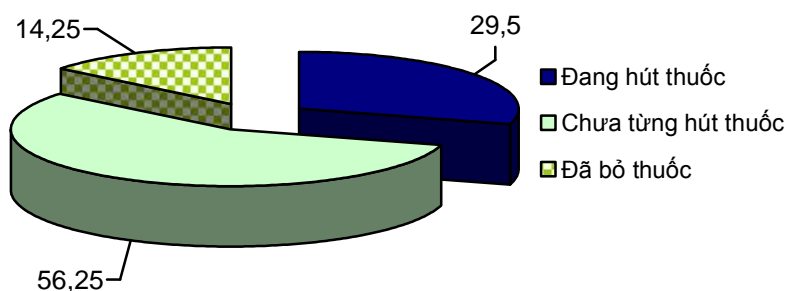
**3.5. Phương pháp chọn mẫu**

Mỗi quận, huyện chọn ngẫu nhiên 02 xã phường. Từ trạm y tế chọn hướng đi ngẫu nhiên bằng cách quay bút, chọn ngẫu nhiên hộ đầu tiên, sau đó đến các hộ kế tiếp theo cách cổng liền cổng. Mỗi hộ phỏng vấn 1 người (ưu tiên chủ hộ, nếu không chọn 1 người khác trên 16 tuổi). Nếu đi vắng thì điều tra bù ở các hộ liền kề sao cho đủ 50 phiếu/mỗi xã phường.

**3.6. Phương pháp thu thập số liệu:** phỏng vấn sử dụng bộ câu hỏi.

**3.7. Phương pháp xử lý số liệu:** Nhập và xử lý số liệu bằng chương trình Excel.

### 4. Kết quả nghiên cứu



**Biểu đồ 1: Tình trạng hút thuốc lá trong cộng đồng**

Tỷ lệ hiện đang hút thuốc lá là 29,5%; tỷ lệ chưa từng hút thuốc là 56,25%; tỷ lệ cho rằng đã bỏ thuốc là 14,25%.

Tỷ lệ đang hút thuốc lá ở nam chiếm 44,1%, nữ 1,46%. Tỷ lệ hút thuốc ở nam cao hơn ở nữ, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,05$ .

**Bảng 1: Tình trạng hút thuốc lá theo nhóm tuổi**

<div> <div>Tình trạng</div> <div>Độ tuổi</div> </div>	Hút thuốc lá		Không hút thuốc lá		Tổng		p
	Số lượng	Tỷ lệ (%)	Số lượng	Tỷ lệ (%)	Số lượng	Tỷ lệ (%)	
16-19	1	10,0	9	90,0	10	0,25	> 0,05
20-29	15	31,25	33	68,75	48	12,0	
30-39	24	24,00	76	76,0	100	25,0	
40-49	30	27,77	78	72,23	108	27,0	
50-59	33	34,37	63	65,63	96	24,0	
≥ 60	15	65,22	23	60,52	38	0,75	

Nhóm tuổi từ 20 - 60 là lứa tuổi lao động, nhưng cũng chiếm tỷ lệ hút thuốc cao so với các lứa tuổi khác. Nhóm tuổi từ 60 tuổi trở lên có tỷ lệ hút thuốc cao nhất (65,22%). Nhóm tuổi 16 – 19 tỷ lệ hút thuốc lá thấp nhất. Sự khác biệt về tỷ lệ hút thuốc lá giữa các nhóm tuổi không có ý nghĩa thống kê với  $p > 0,05$ .

**Bảng 2: Tình trạng hút thuốc lá theo trình độ học vấn**

<div> <div>Tình trạng</div> <div>Học vấn</div> </div>	Hút thuốc lá		Không hút thuốc lá		p
	Số lượng	Tỷ lệ (%)	Số lượng	Tỷ lệ (%)	
Trên THPT	34	39,53	52	60,47	< 0,05
Dưới THPT	84	26,75	230	73,25	
<b>Tổng</b>	118	29,5	282	70,5	

Nhóm có trình độ thấp: tiểu học, trung học cơ sở, trung học phổ thông, tỷ lệ hút thuốc cao hơn nhóm có trình độ cao (trung cấp, cao đẳng, đại học). Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,05$ .

**Bảng 3: Tình trạng hút thuốc lá theo nghề nghiệp**

Kết quả Nghề nghiệp	Số điều tra		Số hút thuốc		Số đã bỏ		Số chưa từng hút	
	Tần số	Tỷ lệ (%)	Tần số	Tỷ lệ (%)	Tần số	Tỷ lệ (%)	Tần số	Tỷ lệ (%)
CC/VC	114	28,5	18	15,78	12	10,54	84	73,68
Nông dân	47	11,75	16	34,04	2	4,26	29	61,7
Công nhân	41	10,25	16	39,02	9	21,96	16	39,02
Thợ	38	9,5	20	52,63	7	18,42	11	28,95
Học sinh/SV	14	3,5	3	21,42	2	14,3	9	64,28
Buôn bán nhỏ	74	18,5	21	28,37	11	14,86	42	56,77
Hưu	26	6,5	8	30,76	8	30,76	10	38,48
Thất nghiệp	30	7,5	10	33,33	5	16,67	15	50,0
Khác	16	4	6	37,5	1	6,25	9	56,25
Tổng	400	100	118	29,5	57	14,25	225	56,25

Đối tượng tham gia nghiên cứu là viên chức lao động chiếm tỷ lệ cao 28,5%, nhóm thợ lao động chân tay và nhóm thất nghiệp có tỷ lệ hút thuốc khá cao tương ứng 52,63% và 33,33%; nhóm nghỉ hưu là nhóm có tỷ lệ bỏ thuốc cao nhất với 30,76%; Học sinh sinh viên và nhóm công chức viên chức là nhóm có tỷ lệ không hút thuốc cao nhất với 64,28% và 73,68%.

**Bảng 4: Tỷ lệ hút thuốc theo khu vực**

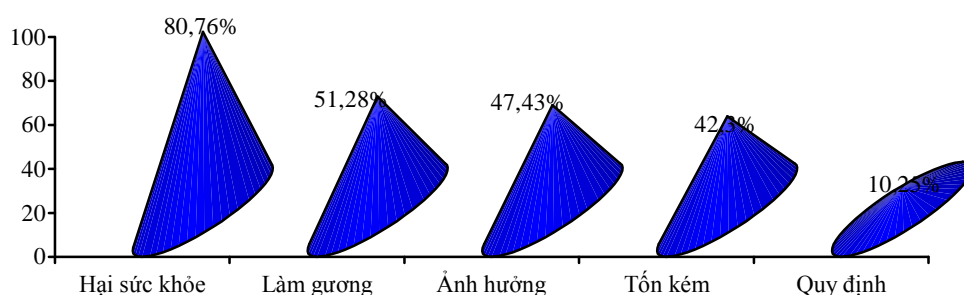
Kết quả Khu vực	Hút thuốc lá		Không hút thuốc lá		P
	Số lượng	Tỷ lệ (%)	Số lượng	Tỷ lệ (%)	
Thành thị (n=200)	56	28,0	144	72,0	> 0,05
Nông thôn (n=200)	62	31,0	138	69,0	
Tổng	118	29,5	282	70,5	

Tỷ lệ hút thuốc ở nông thôn (31%) cao hơn so với thành thị (28%), nhưng không đáng kể. Tuy nhiên sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê với  $p > 0,05$ .

Nhận định về mức độ hút thuốc thụ động: 42,5% số người được hỏi cho rằng mình có hút thuốc thụ động. Trong cộng đồng, tỷ lệ hút thuốc thụ động tại nơi làm việc là 20,75% thấp hơn so với tại nơi công cộng là 37%, ở nhà là 27,5%.

Trong các hoàn cảnh khác nhau hút thuốc thụ động khác nhau, nhưng đối tượng điều tra cho rằng mình hút thuốc thụ động thường xuyên là 31,76%; thỉnh thoảng là 60,0% và hiếm khi là 8,24%.

Có tới 66,1% số người đang hút thuốc muốn bỏ thuốc, nhưng vẫn còn 33,9% không muốn bỏ thuốc.



**Biểu đồ 2: Lý do muốn bỏ thuốc lá**

Lý do chính mà họ muốn bỏ là: do có hại với sức khỏe 80,76%, tiếp đến làm gương cho con cháu là 47,43%, tốn kém kinh tế 42,30%. Tuy nhiên muốn bỏ do quy định của pháp luật chỉ chiếm 10,25%.

Những người đang hút thuốc không muốn bỏ thuốc với lý do chính là do khó bỏ thuốc lá và khó cai thuốc lá với 55%.

## 5. Bàn luận

Kết quả nghiên cứu chúng tôi cho thấy: tỷ lệ đang hút thuốc lá ở nam giới chiếm 44,1%, nữ 1,46%. So sánh với nghiên cứu của Trịnh Văn Hiệp nghiên cứu đối tượng từ 15-49 tuổi tại Hồ Chí Minh năm 2011, tỉ lệ đã từng hút thuốc của nam 68,3%, nữ 2,3%; tỷ lệ hiện còn hút thuốc của nam 42,9%, nữ 1,7%. So sánh với điều tra GATS 2010, tỷ lệ hút thuốc lá ở nam là 47,4%, nữ 1,46% thì kết quả nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ đang hút thuốc ở nam giới (44,1%) và nữ giới (1,46%) thấp hơn. Có thể là do hoạt động can thiệp tại Hải Phòng trong thời

gian qua: tuyên truyền phổ biến kiến thức hoặc do tác động của Luật phòng chống tác hại thuốc lá.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, nhóm tuổi từ 20 đến 60 là lứa tuổi lao động nhưng cũng chiếm tỷ lệ hút thuốc cao so với các lứa tuổi khác. Đặc biệt là nhóm tuổi từ 60 tuổi trở lên có tỷ lệ hút thuốc cao hơn các nhóm lứa tuổi khác. Nhóm thanh niên 16-19 tuổi(10%), cũng như nhóm 20-29 tuổi( 31,25%) hút thuốc thấp hơn các nhóm tuổi khác, điều này có thể nhờ tuyên truyền trong thời gian qua.

Nhóm trình độ thấp thì tỷ lệ hút thuốc lá (39,53%) cao hơn nhóm có trình độ cao (26,75%). Theo nghiên cứu của Lê Ngọc Trọng, Trần Thu Thủy, Đào Ngọc Phong và cộng sự thì tỷ lệ chung của tình trạng hút thuốc theo trình độ học vấn ở Việt Nam ở nhóm học vấn cấp I, II là 47,5%; ở nhóm từ cấp III trở lên là 34,7%. Mặc dù có sự khác nhau nhưng kết quả này phù hợp với năng lực trình độ sẽ giúp cộng đồng có kiến thức thái độ và thực hành các hành vi có lợi cho sức khỏe và tránh xa thói quen có hại cho sức khỏe.

Theo GATS 2010, tỷ lệ bị phơi nhiễm với khói thuốc lá tại nhà là 67,6% và tại nơi làm việc là 49%. Như vậy, tỷ lệ thường xuyên tiếp xúc với khói thuốc lá thụ động ở nước ta rất cao. Tổ chức Y tế thế giới khuyến cáo: nên thực hiện các khu vực 100% không khói thuốc lá vì đây là cách duy nhất để bảo vệ sức khỏe của tất cả mọi người khỏi tác hại của khói thuốc lá. Nhận định về mức độ hút thuốc thụ động theo nghiên cứu của chúng tôi là thấp hơn: 42,5% số người được hỏi cho rằng mình có bị hút thuốc thụ động, trong đó hút thuốc thụ động tại nơi làm việc là 20,75%, tại nơi công cộng là 37%, ở nhà là 27,5%.

Nghiên cứu thấy 66,1% số người đang hút thuốc muốn cai bỏ thuốc lá. Kết quả này cao hơn kết quả nghiên cứu của Trịnh Văn Hiệp tại Hồ Chí Minh: 47,6 % số người đang hút thuốc muốn bỏ thuốc với lí do nhiều nhất là có hại sức khỏe chiếm 67,3% và nghiên cứu của Lê Ngọc Trọng và Cs: ảnh hưởng sức khỏe 75,1%; do vợ khuyên 17,4%.

## **6. Kết luận**

- Tỷ lệ đang hút thuốc lá ở nam giới là 44,1%, nữ 1,46%. Tỷ lệ hút thuốc ở nam cao hơn ở nữ có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,05$ .
- Nhóm trình độ thấp (tiểu học, trung học cơ sở, trung học phổ thông) hút thuốc cao hơn nhóm có trình độ cao (trung cấp, cao đẳng, đại học) có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,05$ .

- Tỷ lệ hút thuốc ở nông thôn (31%) cao hơn so với thành thị (28%), sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê với  $p > 0,05$ .
- Nhận định về mức độ hút thuốc thụ động: 42,5% số người được hỏi cho rằng mình hút thuốc thụ động, trong đó hút thuốc thụ động tại nơi công cộng chiếm tỷ lệ cao nhất là 37% với mức độ thỉnh thoảng 60%.
- Lý do chính mà người nghiện thuốc muốn cai bỏ là: do có hại với sức khỏe 80,76%, làm gương cho con cháu là 47,43%, tốn kém kinh tế 42,30%.

## 7. Khuyến nghị

- Ban ngành thành phố cần tăng cường, duy trì: tuyên truyền phòng chống tác hại thuốc lá và Luật phòng chống tác hại thuốc lá;
- Tăng cường tuyên truyền cho nhóm đối tượng trình độ thấp, ở khu vực nông thôn.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế - Văn phòng Chương trình Phòng chống tác hại thuốc lá (2013), *Thành phần và độc tính của khói thuốc lá, thuốc lá và nguy cơ ung thư*.
2. Bộ Y tế - Văn phòng Tổ chức Y tế thế giới tại Việt Nam (2010), *Điều tra toàn cầu về sử dụng thuốc lá ở người trưởng thành tại Việt Nam (GATS)*.
3. Công ước Khung về Kiểm soát thuốc lá (Framework Convention On Tobacco Control - FCTC), có hiệu lực ngay trong năm 2005.
4. Lý Ngọc Kính, Nguyễn Ngọc Khang, Đặng Huy Hoàng và Cs (2006), *“Tổng quan về tình hình sử dụng thuốc lá và chương trình phòng chống tác hại thuốc lá ở Việt Nam”*, Một số công trình nghiên cứu về kiểm soát thuốc lá ở Việt Nam giai đoạn 1999-2005, Tạp chí Y học thực hành, số 533, tr 5-11.
5. Quyết định số 229/ QĐ-TTg (2013), *Chiến lược quốc gia phòng, chống tác hại thuốc lá đến năm 2020*, tr 5, 6.
6. Huỳnh Bá Tân (1995), *Nghiên cứu tình hình hút thuốc lá và các yếu tố liên quan tại quận Ngũ Hành Sơn thành phố Đà Nẵng*, Nxb Thế giới, Hà Nội, tr 250.
7. Ngô Văn Toàn, Trần Thu Thủy, Đào Ngọc Phong và Cs (1999), *“Thực trạng tiếp xúc bị động với khói thuốc lá và ảnh hưởng của nó đến tình trạng sức khỏe của nhân dân tại hai phường nội thành Hà Nội”*, Một số kết quả điều tra về tình hình hút thuốc ở Việt Nam và các bệnh có liên quan, Nxb Y học Hà Nội, tr 30.



# **KHẢO SÁT HIỂU BIẾT, THÁI ĐỘ, HÀNH VI CỦA CỘNG ĐỒNG VỀ PHÒNG CHỐNG TÁC HẠI CỦA THUỐC LÁ VÀ LUẬT PHÒNG CHỐNG TÁC HẠI CỦA THUỐC LÁ TẠI HẢI PHÒNG NĂM 2014**

*Nguyễn Quang Chính, Phạm Thu Xanh,  
Ngô Quang Thành, Phạm Ngọc Hùng, Bùi Đức Lợi  
Trung tâm Truyền thông GDSK Hải Phòng*

## **Tóm tắt nghiên cứu**

Luật phòng chống tác hại của thuốc lá (PCTHTL) số 09/2012/QH13 ban hành ngày 02 tháng 7 năm 2012 và có hiệu lực từ ngày 01 tháng 5 năm 2013. Sau một năm triển khai, số người dân hiểu biết, thực hiện Luật ra sao; hiện chưa có nghiên cứu nào công bố. Nghiên cứu được tiến hành ngẫu nhiên trên 400 người dân tại Hải Phòng. Kết quả thấy: Tỷ lệ cộng đồng biết hút thuốc và hút thuốc thụ động có hại cho sức khỏe rất cao 97,5% và 95,0%. 72,75% người dân biết đến tên Luật, biết qua kênh truyền hình chiếm tỷ lệ cao nhất 84,19%. Chỉ có 27,0% đối tượng nghiên cứu biết đúng mức xử phạt hút thuốc nơi có quy định cấm với mức phạt từ 100 đến 300 ngàn đồng. Luật phòng chống tác hại thuốc lá nhận được sự ủng hộ cao của cộng đồng với tỷ lệ 77,5%.

## **1. Đặt vấn đề**

Hiện nay trên thế giới việc sử dụng thuốc lá có xu hướng giảm ở các nước phát triển nhưng lại tăng ở các nước đang phát triển. Hơn 70% số người hút thuốc lá là tại các nước đang phát triển trong đó có Việt Nam. Sử dụng thuốc lá là nguyên nhân gây tử vong cho 6 triệu người một năm trên toàn thế giới.

Để giảm tỷ lệ mắc và chết do các bệnh liên quan đến sử dụng các sản phẩm thuốc lá, Tổ chức Y tế Thế giới đã khởi xướng xây dựng Công ước Khung về Kiểm soát thuốc lá (dưới đây gọi tắt là Công ước Khung). Tính đến ngày 15 tháng 06 năm 2013 đã có 176 nước ký phê chuẩn Công ước Khung về kiểm soát thuốc lá. Đây là Công ước quốc tế đầu tiên về sức khỏe cộng đồng được đa số các nước cam kết và thực hiện. Nội dung của Công ước Khung có liên quan đến nhiều lĩnh vực, như: sản xuất, kinh doanh và tiêu thụ các sản phẩm thuốc lá.

Trước thực trạng đáng báo động trên, năm 2012, Nhà nước đã ban hành Luật Phòng chống tác hại thuốc lá, tạo cơ sở pháp lý đủ mạnh để tổ chức hiệu quả hơn công tác phòng chống tác hại thuốc lá, giảm tỷ lệ sử dụng thuốc lá, khắc phục những hậu quả do sử dụng thuốc lá gây ra nhằm bảo vệ và nâng cao sức khỏe người dân.

Trong những năm qua, thành phố Hải Phòng đã triển khai nhiều nội dung hoạt động phòng chống tác hại thuốc lá. Sau 1 năm Luật phòng chống tác hại của thuốc lá được thực thi thì thực trạng hút thuốc hiện tại, phản hồi của người dân ra sao, sự hiểu biết, thái độ về tác hại thuốc lá và Luật như thế nào cũng là một vấn đề đáng được quan tâm. Do đó, chúng tôi tiến hành thực hiện đề tài “*Khảo sát hiểu biết, thái độ hành vi của cộng đồng về phòng chống tác hại thuốc lá và Luật phòng chống tác hại của thuốc lá tại thành phố Hải Phòng*”.

**2. Mục tiêu nghiên cứu:** Đánh giá kiến thức, thái độ hành vi của người dân tại 4 quận, huyện thuộc thành phố Hải Phòng trong phòng chống tác hại thuốc lá sau 01 năm thực thi Luật phòng chống tác hại của thuốc lá.

### **3. Phương pháp nghiên cứu**

**3.1. Đối tượng nghiên cứu:** Người dân từ 16 tuổi trở lên.

**3.2. Thời gian và địa điểm**

- Địa điểm: 2 Quận: Kiến An và Hồng Bàng; 2 huyện: An Dương và Tiên Lãng
- Thời gian: Tháng 4 - 5 năm 2014.

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

**3.4. Công thức tính cỡ mẫu:**

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

Trong đó:

n là cỡ mẫu nghiên cứu cần có

p là tỉ lệ, lấy  $p = 0,5$  (ước lượng tỷ lệ cộng đồng biết về Luật PCTHTL khi chưa có nghiên cứu nào về Luật).

Z là hệ số tin cậy khi  $\alpha = 0.05$  thì  $Z = 1.96$

d = 0,05 : dự kiến sai lệch so với thực tế là 5%

Vậy cỡ mẫu nghiên cứu cần có là 384, thực tế tiến hành nghiên cứu trên 4 quận huyện với 400 người.

**3.5. Phương pháp chọn mẫu:**

Chia các quận và huyện tại Hải Phòng thành 2 nhóm; lựa chọn ngẫu nhiên 2 quận và 2 huyện được: quận Kiến An, Hồng Bàng, huyện An Dương, Tiên Lãng. Mỗi quận huyện sẽ điều tra ngẫu nhiên 100 người.

Mỗi quận, huyện chọn ngẫu nhiên 02 xã, phường, được 8 xã phường. Từ trạm y tế chọn hướng đi ngẫu nhiên bằng cách quay bút, chọn ngẫu nhiên hộ đầu tiên, sau đó đến các hộ kế tiếp theo cách công liền công. Mỗi hộ phỏng vấn 1

người (ưu tiên chủ hộ, nếu không chọn 1 người khác trên 16 tuổi). Nếu đi vắng thì điều tra bù ở các hộ liền kề sao cho đủ 50 phiếu / mỗi xã phường.

**3.6. Phương pháp thu thập số liệu:** phỏng vấn đối tượng sử dụng bộ câu hỏi phỏng vấn.

**3.7. Phương pháp xử lý số liệu:** Nhập và xử lý số liệu bằng chương trình Excel.

## 4. Kết quả nghiên cứu

### 4.1. Kiến thức về tác hại của hút thuốc lá và hút thuốc lá thụ động

Có 97,5% số người biết hút thuốc có hại cho sức khỏe; tỷ lệ biết hút thuốc thụ động gây hại sức khỏe là 95%.

**Bảng 1: Hiểu biết cụ thể về tác hại của thuốc lá**

Loại hình Tác hại của thuốc lá	Hút thuốc lá chủ động (n=400)	Hút thuốc lá thụ động (n=400)
	Tỷ lệ (%)	Tỷ lệ (%)
Bệnh ung thư phổi	86,66	74,21
Bệnh hô hấp	63,58	65,78
Bệnh tim mạch	52,3	45,26
Sảy thai	26,92	22,1

Tỷ lệ hiểu biết về tác hại của thuốc lá và hút thuốc lá thụ động rất cao, trong đó tỷ lệ biết tác hại gây bệnh ung thư phổi với tỷ lệ cao nhất là 86,66% và 74,21% và thấp nhất là tỷ lệ biết tác hại gây sảy thai là 26,92% và 22,1%.

### 4.2. Thái độ với việc hút thuốc lá

Số người không có ý kiến khi thấy người khác hút thuốc tại nơi cộng cộng khiến mình hút thuốc thụ động là 45,25%, số yêu cầu ngừng hút là 27,5% và số tỏ ra khó chịu là 15,25%. Số không ý kiến cho rằng hoặc mình có hút thuốc, hoặc sợ phiền hà khi yêu cầu người hút thuốc ngừng hút.

### 4.3. Kiến thức về luật phòng chống tác hại thuốc lá

Có 72,75% số người được hỏi biết đến Luật phòng chống tác hại thuốc lá. Nhưng thời điểm Luật chính thức có hiệu lực từ 1/5/2013 thì chỉ có 27,5% người dân cộng đồng biết.

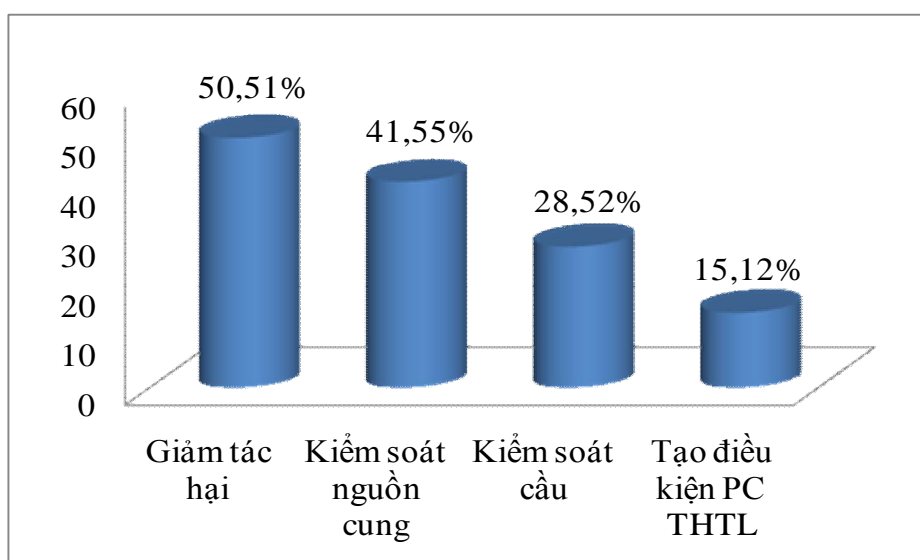
**Bảng 2: Số người biết Luật phòng chống tác hại thuốc lá theo khu vực**

Biết luật	Biết	Không biết
-----------	------	------------

<b>Khu vực</b>	Số lượng	Tỷ lệ (%)	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Thành thị (n = 200)	153	76,5	47	24,5
Nông thôn (n = 200)	138	69,0	62	31,0
<b>Tổng</b>	291	72,75	109	27,25

Tỷ lệ người dân ở thành thị biết về Luật cao hơn so với vùng nông thôn, tương ứng tỷ lệ là 76,5% với 69%. Sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê với  $p > 0,05$ .

Truyền hình là kênh tuyên truyền phổ biến hiệu quả nhất trong việc phổ biến Luật phòng chống tác hại thuốc lá với 84,19% người biết, tiếp đến là sách báo 47,76%, tờ rơi 36,08%, truyền thanh 35,39%, truyền thông nhóm chỉ chiếm 17,86%.



**Biểu đồ 1: Tỷ lệ người biết nội dung chính của Luật**

Trong 291 người biết về Luật thì số người hiểu biết về 4 nội dung chính của Luật khá thấp, chỉ có 50,51% biết đến nội dung giảm tác hại của thuốc lá, rồi đến kiểm soát nguồn cung 41,55%, kiểm soát nhu cầu 28,52%, thấp nhất là tạo điều kiện để phòng chống tác hại thuốc lá 15,12%.

Có đến 94,5% số người được hỏi biết quy định cấm hút thuốc tại cơ sở y tế, cơ sở giáo dục 82,81%, cơ sở nuôi dưỡng trẻ 66,66%, nơi dễ cháy nổ 63,91%, phương tiện giao thông 45,36%. Còn 5,49% số người được hỏi biết về Luật nhưng không biết các quy định chi tiết.

**Bảng 3: Số người biết quy định nơi cấm hút thuốc trong nhà**

Nơi cấm hút thuốc trong nhà	Số lượng (n =291)	Tỷ lệ (%)
Không biết	31	10,65
Nơi làm việc	230	79,0
Nơi công cộng	220	75,6
Trường đại học, học viện	260	89,34

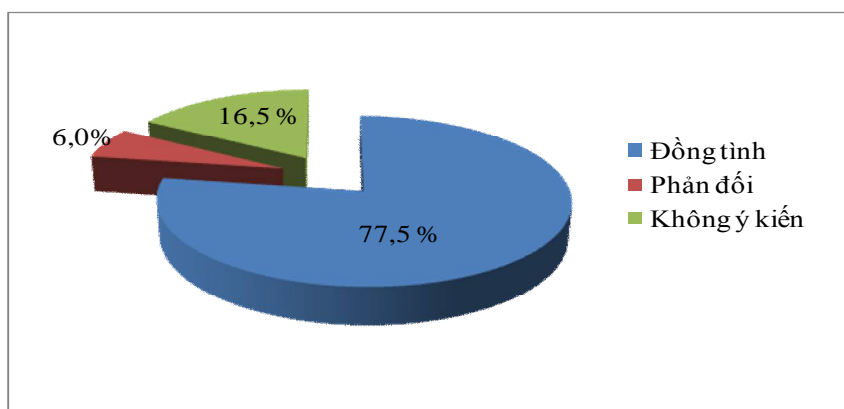
Tỷ lệ biết cấm hút thuốc tại nơi làm việc là 79%; nơi công cộng 75,6%, trường đại học, học viện 89,34%. Vẫn còn 10,65% đối tượng không biết các kiến thức trên.

Có 60,14% người không biết nơi cấm hút thuốc trong nhà nhưng có khu vực dành cho người hút thuốc. 62,19% số người biết ở khách sạn nhà hàng, 63,23% biết quy định tại sân bay và chỉ có 29,89% biết quy định ở phương tiện giao thông tàu hỏa, tàu thủy có khu vực dành cho người hút thuốc.

**Bảng 4: Số người biết quy định xử phạt theo Luật**

Biết quy định xử phạt theo Luật	Số lượng (n = 291)	Tỷ lệ (%)
Không biết	151	37,8
Bị xử phạt khi hút thuốc nơi cấm	216	74,2
Mức xử phạt hiện nay từ 100-300 ngàn đồng	108	37,1
Bị xử phạt khi bán thuốc sai quy định	104	35,7

Tỷ lệ biết bị xử phạt khi hút thuốc ở khu vực cấm là 74,2%, khi bán thuốc sai quy định là 35,7% theo quy định xử phạt của Luật và Nghị định 176/CP. Tuy nhiên chỉ có 37,1% biết đúng mức xử phạt hút thuốc nơi có quy định cấm với mức phạt từ 100 đến 300 ngàn đồng. Vẫn còn 37,8% không biết những quy định này.



**Biểu đồ 2: Thái độ của người dân về quy định cấm hút thuốc nơi công cộng**

Luật phòng chống tác hại thuốc lá nhận được sự ủng hộ cao của cộng đồng với 77,5%, ý kiến phản đối chỉ có 6,0%.

## **5. Kết luận**

### **5.1. Kiến thức thái độ về tác hại thuốc lá**

- Tỷ lệ cộng đồng biết hút thuốc và hút thuốc thụ động có hại cho sức khỏe rất cao 97,5% và 95,0%, trong đó gây bệnh ung thư phổi với tỷ lệ cao nhất tương ứng là 86,66% và 74,21%.
- Số người không có ý kiến khi thấy người khác hút thuốc tại nơi cộng cộng khiến mình hút thuốc thụ động là 45,25%, số yêu cầu ngừng hút là 27,5% và số tỏ ra khó chịu là 15,25%.

### **5.2. Kiến thức thái độ về Luật Phòng, chống tác hại thuốc lá**

- Có 72,75% biết đến tên Luật, biết thời điểm Luật chính thức có hiệu lực chỉ có 27,5%, biết qua kênh truyền hình chiếm tỷ lệ cao nhất 84,19%.
- Hiểu biết về 4 nội dung chính của Luật PCTHTL: Chỉ có 50,51% biết đến nội dung giảm tác hại của thuốc lá, thấp nhất là tạo điều kiện PCTHTL 15,12%.
- Nơi cấm hút thuốc hoàn toàn, nơi cấm hút thuốc trong nhà, nơi cấm hút thuốc trong nhà nhưng có khu vực riêng có tỷ lệ cao được cộng đồng biết đến tương ứng là cơ sở y tế (94,5%); trường đại học, học viện (89,34%); sân bay (63,23%).
- Biết quy định xử phạt của Luật và Nghị định 176/CP chỉ có 54,0% biết bị xử phạt khi hút thuốc ở khu vực cấm, bán thuốc sai quy định 26,0%. Biết đúng mức xử phạt hút thuốc nơi có quy định cấm với mức phạt từ 100 đến 300 ngàn đồng thì chỉ có 27,0%.
- Luật nhận được sự ủng hộ cao của cộng đồng với tỷ lệ 77,5%.

## **6. Khuyến nghị**

- Ban ngành thành phố các cấp cần duy trì, tăng cường: tuyên truyền phòng chống THTL và Luật phòng chống tác hại thuốc lá, quy định xử phạt nếu vi phạm Luật trên các phương tiện thông tin đại chúng, chú trọng kênh truyền hình, truyền thông nhóm.
- Tăng cường treo lắp biển cấm hút thuốc tại nơi có quy định cấm hút để giảm tình trạng hút thuốc thụ động.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Tư pháp - Bộ Y tế, “*Tài liệu giới thiệu về Luật phòng, chống tác hại thuốc lá*” (ban hành kèm theo chỉ thị số 2158/CT - CHK ngày 21/05/2013).
2. Công ước Khung về Kiểm soát thuốc lá (Framework Convention On Tobacco Control - FCTC), có hiệu lực ngay trong năm 2005.
3. Phan Văn Hón và Cs (2010), “*So sánh thực trạng hút thuốc tại Bình Định sau 10 năm thực hiện nghị quyết 12/2000 của chính phủ*”, Kỷ yếu các đề tài khoa học Truyền thông giáo dục sức khỏe 2012, Nxb Khoa học và kỹ thuật Hà Nội, tr 28 -31.
4. Lý Ngọc Kính, Nguyễn Ngọc Khang, Đặng Huy Hoàng và Cs (2006), “*Tổng quan về tình hình sử dụng thuốc lá và chương trình phòng chống tác hại thuốc lá ở Việt Nam*”, Một số công trình nghiên cứu về kiểm soát thuốc lá ở Việt Nam giai đoạn 1999-2005, Tạp chí Y học thực hành (số 533), tr 5-11.
5. Nghị định 176/2013/NĐ-CP *Quy định xử phạt vi phạm hành chính trong lĩnh vực y tế, thuốc lá.*
6. Quyết định số 229/QĐ-TTg (2013), *Chiến lược quốc gia phòng, chống tác hại thuốc lá đến năm 2020*, tr 5, 6.
7. Thủ tướng Chính phủ, Quyết định 1315/QĐ-TTg, ngày 21/8/2009 phê duyệt *Kế hoạch thực hiện Công ước khung về kiểm soát thuốc lá – FCTC.*
8. UBND thành phố Hải Phòng, Chỉ thị 28/2011 ngày 22/11/2011 về việc tăng cường các hoạt động phòng, chống tác hại của thuốc lá.

# **THỰC TRẠNG HOẠT ĐỘNG TRUYỀN THÔNG GIÁO DỤC SỨC KHỎE HỆ THỐNG Y TẾ THÔN BẢN TỈNH HÒA BÌNH NĂM 2014**

*ThS. Vũ Quốc Hải, CN. Lê Văn Huy  
Trung tâm truyền thông GDSK tỉnh Hòa Bình*

## **Tóm tắt nghiên cứu**

Với mục tiêu đánh giá thực trạng hoạt động truyền thông giáo dục sức khỏe hệ thống Y tế thôn bản tỉnh Hòa Bình năm 2014, từ đó đề ra các biện pháp thúc đẩy công tác quản lý truyền thông giáo dục sức khỏe (GDSK) của tỉnh, nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 99 nhân viên Y tế thôn bản (YTTB) trong tỉnh Hòa Bình cho thấy tỷ lệ YTTB là nữ chiếm đa số (80,81%); số YTTB được đào tạo chuyên môn YTTB hoặc kỹ năng truyền thông GDSK chiếm 93,94%; thời gian YTTB công tác từ 11 - 15 năm chiếm tỷ lệ 43,43%; tỷ lệ YTTB có các phương tiện phục vụ công việc truyền thông thấp: 60,61% có sổ tay tuyên truyền, 22,22 % có túi truyền thông, 14,14% có đèn pin, 12,12% có công cụ làm mẫu, các phương tiện khác như quần áo đi mưa, ủng đi mưa, xe đạp...hầu như không có; 11,11% các xóm có đầy đủ phương tiện truyền thông, 90,91% có hệ thống truyền thanh, 28,29% có bộ phát video, 15,16% có bộ phát audio; 100% y tế các xã có hoạt động giao ban, cung cấp thông tin, tài liệu truyền thông, chỉ đạo hoạt động YTTB hàng tháng; Chỉ có 1,01% YTTB hài lòng với mức trợ cấp được nhận.

## **1. Đặt vấn đề**

Ngày 30/6/2006 Thủ tướng Chính phủ ra Quyết định số 153/2006/QĐ-TTg về việc Phê duyệt quy hoạch tổng thể phát triển hệ thống y tế Việt Nam giai đoạn đến 2010 và tầm nhìn đến năm 2020 kiện toàn đội ngũ làm công tác truyền thông GDSK đến tận thôn bản, dấu mốc khẳng định YTTB là thành phần quan trọng của hệ thống y tế cơ sở.

Thực tế đã cho thấy đội ngũ YTTB đóng vai trò rất quan trọng trong công tác truyền thông GDSK do đội ngũ này là đội ngũ trực tiếp thực hiện công tác truyền thông GDSK tới người dân. Trước tình hình diễn biến phức tạp của mô hình bệnh tật trong tỉnh như việc các dịch bệnh truyền nhiễm quay lại và gia tăng, các bệnh mới xuất hiện mạnh (cúm A H1N1, H5N1, H7N6 ...) và các vấn đề sức khỏe liên quan đến sự phát triển của xã hội (bệnh cao huyết áp, đái tháo đường, bệnh tim mạch, bệnh tâm thần kinh, ngộ độc thực phẩm ...), vai trò của đội ngũ YTTB ngày càng cần thiết hơn bao giờ hết.

Những năm gần đây Trung tâm Truyền thông GDSK tỉnh Hòa Bình đã tăng cường công tác giám sát, đánh giá hoạt động hệ thống truyền thông GDSK, trong



đó có hệ thống YTTB. Qua đó đã đánh giá vai trò hết sức quan trọng của hệ thống YTTB và những mặt còn hạn chế như hoạt động chưa thống nhất, trang thiết bị còn thiếu, ghi chép báo cáo chưa tốt. Đã có nghiên cứu về thực trạng hệ thống truyền thông GDSK tuyến huyện, xã song thực trạng hệ thống YTTB chưa được đánh giá một cách đầy đủ.

Hiện nay thực trạng hệ thống YTTB làm công tác truyền thông giáo dục sức khỏe như thế nào? Thuận lợi, khó khăn, mong muốn, khả năng đáp ứng nhiệm vụ? Cần hỗ trợ gì để hệ thống hoạt động hiệu quả hơn ?

Để trả lời những câu hỏi này nhóm nghiên cứu của Trung tâm Truyền thông GDSK tỉnh thực hiện đề tài nghiên cứu “*Thực trạng hoạt động truyền thông giáo dục sức khỏe hệ thống Y tế thôn bản tỉnh Hoà Bình năm 2014*”.

## **2. Mục tiêu nghiên cứu**

### **2.1. Mục tiêu chung**

Đánh giá thực trạng hoạt động truyền thông giáo dục sức khỏe hệ thống Y tế thôn bản tỉnh Hoà Bình năm 2014, từ đó đề ra các biện pháp thúc đẩy công tác quản lý truyền thông GDSK của tỉnh trong thời gian tiếp theo.

### **2.2. Mục tiêu cụ thể**

1. Đánh giá thực trạng hoạt động truyền thông GDSK của hệ thống Y tế thôn bản tỉnh Hoà Bình năm 2014.
2. Xác định một số yếu tố liên quan đến hoạt động truyền thông GDSK của hệ thống YTTB.

## **3. Phương pháp nghiên cứu**

### **3.1. Thời gian và địa điểm nghiên cứu**

- Thời gian: từ tháng 5 - 10/2014
- Địa điểm: tỉnh Hoà Bình.

### **3.2. Đối tượng nghiên cứu:**

Nhân viên y tế thôn bản tỉnh Hoà Bình tham gia công tác từ 01/7/2013 đến 30/6/2014.

**3.3. Thiết kế nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang có phân tích.

### **3.4. Chọn mẫu nghiên cứu:**

- *Cỡ mẫu:* áp dụng công thức tính cỡ mẫu cho xác định một tỷ lệ:

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

Trong đó:

n là cỡ mẫu

z (độ tin cậy 95%)= 1,96

p là tỷ lệ % YTTB triển khai hoạt động đạt yêu cầu (ước tính = 50%)

q=1-p=50%

d là sai số dự kiến chấp nhận được = 10%.

Thay số ta được  $n = 96$  YTTB ( $\sim 8,73$  YTTB/xã/huyện), làm tròn 9 YTTB/xã/huyện. Số YTTB được chọn  $n = 99$  tại 11 xã của 11 huyện, thành phố.

- **Cách chọn mẫu:** Mỗi huyện, thành phố chọn ngẫu nhiên 1 xã/phường/thị trấn (theo danh sách các xã, huyện trong toàn tỉnh), sau đó tại mỗi xã,/phường/ thị trấn chọn ngẫu nhiên 9 YTTB. Nếu số YTTB của xã < 9 sẽ chọn thêm YTTB các xóm liền kề của xã tiếp theo chiều xa dần so với trung tâm huyện cho đủ 9 YTTB.

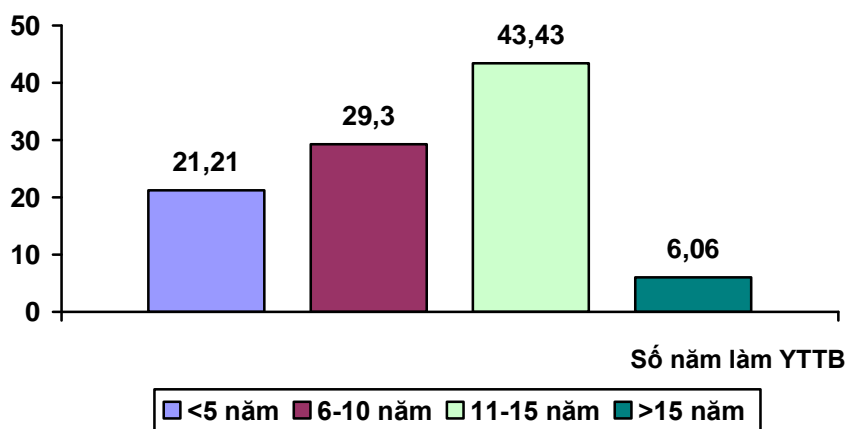
**3.5. Phương pháp xử lý và phân tích số liệu:** Bằng phần mềm Epi info 6.04

## 4. Kết quả nghiên cứu

### 4.1. Thông tin chung về đối tượng nghiên cứu

Tỷ lệ YTTB là nữ chiếm đa số (80,81%). Tuổi YTTB trong khoảng 21 - 60 tuổi. Trong đó, từ 21 - 40 tuổi chiếm 49,49%, từ 41 - 60 tuổi có tỷ lệ là 50,51%. YTTB là người dân tộc Mường chiếm đa số (67,3%), dân tộc Kinh chiếm 31,2%, dân tộc Thái chiếm 0,6% và các dân tộc khác 0,9%.

Số YTTB được đào tạo chuyên môn YTTB, hoặc kỹ năng truyền thông GDSK chiếm 93,94%. Vẫn còn 6,06% cán bộ YTTB chưa được đào tạo.



**Biểu đồ 1: Thời gian công tác của YTTB**

Thời gian công tác của nhân viên YTTB: từ 11 - 15 năm chiếm tỷ lệ cao nhất (43,43%), tiếp đến là từ 6 - 10 năm (29,3%), dưới 5 năm (21,21%) và trên 15 năm chỉ có 6,06%.

#### 4.2 Trang thiết bị phục vụ công tác truyền thông

**Bảng 1: Phương tiện truyền thông của YTTB**

Loại phương tiện truyền thông	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Túi truyền thông	22	22,22
Đèn pin	14	14,14
Sổ tay tuyên truyền	60	60,61
Tài liệu truyền thông	99	100
Các công cụ để làm mẫu	12	12,12
Loa cầm tay	0	0
Quần, áo đi mưa	3	3,03
Ủng đi mưa	2	2,02
Xe đạp	0	0

Tỷ lệ YTTB có các phương tiện phục vụ công việc truyền thông thấp: 60,61% có sổ tay tuyên truyền, 22,22 % có túi truyền thông, 14,14% có đèn pin, 12,12% có công cụ làm mẫu, các phương tiện khác như quần áo đi mưa, ủng đi mưa, xe đạp...hầu như không có. Tài liệu truyền thông được phát cho 100% YTTB.

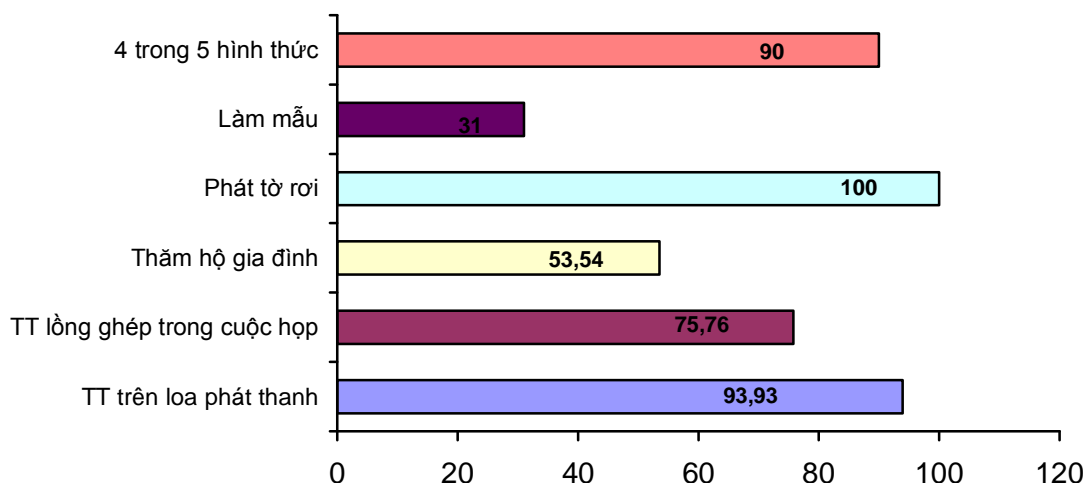
**Bảng 2: Phương tiện truyền thông tại các xóm**

Trang thiết bị	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Bộ phát video	28	28,29
Bộ phát audio	15	15,16
Hệ thống truyền thanh	90	90,91
Số xóm có đủ phương tiện truyền thông	11	11,11

Có 11,11% các xóm có đầy đủ phương tiện truyền thông, 90,91% có hệ thống truyền thanh, 28,29% có bộ phát video, 15,16% có bộ phát audio. Đa số

hệ thống truyền thanh là của các xóm, một số kết nối với hệ thống truyền thanh của toàn xã.

#### 4.3. Hoạt động truyền thông



**Biểu đồ 2: Các hình thức truyền thông được YTTB thực hiện**

90% YTTB thực hiện cả 4 hình thức truyền thông là truyền thông qua hệ thống loa, truyền thông lồng ghép và thăm hộ gia đình đạt chỉ tiêu; có 93,33% thực hiện đạt chỉ tiêu về truyền thông qua hệ thống loa; 75,76% thực hiện đạt chỉ tiêu về truyền thông lồng ghép; 53,54% đạt chỉ tiêu về thăm hộ gia đình.

Theo chỉ tiêu của tỉnh giao cho YTTB về thực hiện các hoạt động truyền thông, có 29,29% YTTB thực hiện đạt chỉ tiêu

**Bảng 3: Các hoạt động khác (n=99)**

Nội dung hoạt động	Tần số	Tỷ lệ (%)
Có hướng dẫn hoạt động hàng tháng từ Trạm Y tế	99	100
Tổ chức giao ban Y tế thôn bản	99	100
Có sổ sách ghi chép, báo cáo	99	100
Có được hướng dẫn ghi chép vào sổ hoạt động	71	71,71
Được cấp tài liệu truyền thông	99	100
Chính quyền, đoàn thể tại xóm ủng hộ hoạt động	99	100

100% Y tế các xã có hoạt động giao ban, cung cấp thông tin, tài liệu truyền thông, chỉ đạo hoạt động YTTB hàng tháng; 100% YTTB có sổ sách

ghi chép, báo cáo song chỉ có 71,71% được Y tế xã hướng dẫn ghi chép. Tuy nhiên hướng dẫn ghi chép chưa đầy đủ, chưa thống nhất; 100% các xóm ủng hộ hoạt động của YTTB.

92,93% không hài lòng với mức phụ cấp hàng tháng và muốn được tăng phụ cấp.

#### **4.2. Một số mối liên quan**

Nghiên cứu chưa tìm thấy mối liên quan giữa giới tính, độ tuổi, trình độ học vấn và mức độ hài lòng với phụ cấp được nhận của nhân viên YTTB với việc thực hiện đạt chỉ tiêu tình dề ra

### **5. Bàn luận**

Do không có các nghiên cứu tương tự tại các địa phương khác cũng như trên địa bàn tỉnh nên phần bàn luận không có các so sánh tương đương, chỉ dựa vào thực tế nghiên cứu.

#### **5.1 Tình hình nhân lực hệ thống YTTB**

- Nhân lực YTTB được điều tra chia theo giới: Đa số YTTB là nữ chiếm tỷ lệ 80,81%. YTTB là nam chỉ chiếm 19,19%. YTTB là nữ có nhiều thuận lợi trong công tác truyền thông.
- Nhân lực YTTB được điều tra chia theo độ tuổi: Cơ cấu tuổi YTTB được điều tra đều nằm trong khoảng 21 - 60 tuổi: 21 - 40 tuổi chiếm 49,49%, còn lại 41 - 60 tuổi chiếm tỷ lệ tương đương 50,51%. Là độ tuổi khá thuận lợi cho công việc truyền thông tại cộng đồng.
- Nhân lực YTTB được điều tra chia theo dân tộc: Cơ cấu YTTB dân tộc Mường chiếm đa số 67,3%, Kinh chiếm 31,2%, Thái chiếm 0,6%, dân tộc khác 0,9%. Tỷ lệ này tương đương với cơ cấu dân tộc trên địa bàn tỉnh, đây là thuận lợi trong công tác truyền thông.
- Chuyên môn TT GDSK của Y tế thôn bản được điều tra: Số YTTB được điều tra đã được đào tạo, cấp chứng chỉ YTTB và kỹ năng truyền thông GDSK chiếm 93,94%. Đây là thuận lợi lớn cho công tác truyền thông tại cộng đồng. Vấn đề còn lại là công tác chỉ đạo, giám sát từ phía Y tế xã với hoạt động YTTB tại cộng đồng; Vẫn còn 6,06% cán bộ YTTB chưa được đào tạo. Số này tập trung tại thành phố Hòa Bình. Nguyên nhân là do YTTB tại các phường phụ cấp thấp không gắn bó với nên thay đổi nhiều, đây chính là khó khăn trong công tác truyền thông tại cộng đồng tại thành phố Hòa Bình.

- Năm công tác của Y tế thôn bản được điều tra: Số YTTB được điều tra có thời gian làm YTTB từ 11 - 15 năm chiếm cao nhất 43,43%, tiếp đến là 6 -10 năm chiếm 29,30%, dưới 5 năm chiếm 21,21%, >15 năm chỉ có 6,06%; Với việc YTTB có tỷ lệ được đào tạo lớn (93,94%) cộng với số có kinh nghiệm công tác trên 5 năm 78,79% thì công tác Truyền thông GDSK tại thôn bản trong giai đoạn hiện nay rất thuận.

## **5.2 Thực trạng về trang bị phục vụ công tác truyền thông của YTTB**

### **5.2.1. Phương tiện truyền thông của YTTB được điều tra**

Căn cứ Quyết định số 2420/QĐ-BYT của Bộ Y tế, ngày 07 tháng 07 năm 2010 Về việc ban hành Danh mục trang thiết bị và phương tiện làm việc của các Trung tâm Truyền thông giáo dục sức khỏe, gồm 09 loại thì trang bị của YTTB đều thiếu: 100% không có đủ phương tiện truyền thông, 60,61% có sổ tay tuyên truyền, 22,22 % có túi truyền thông, 14,14% có đèn pin, 12,12% có công cụ làm mẫu. Tuy nhiên số phương tiện này không đồng bộ do không được trang cấp theo hệ thống Truyền thông GDSK, không theo căn cứ quyết định 2420/QĐ-BYT, một số phương tiện được các dự án tại các xã cấp, một số do xã mua cấp cho, còn lại do cá nhân tự mua; Chỉ riêng có tài liệu truyền thông là đủ 100% nhưng chủ yếu là tờ rơi, đĩa tuyên truyền được cấp từ tuyến tỉnh song không đầy đủ các nội dung tuyên truyền, một số băng đĩa không tương thích với hệ thống phương tiện truyền thông tại thôn bản nên việc sử dụng băng đĩa truyền thông tại thôn bản hiệu quả thấp.

### **5.2.2 Phương tiện truyền thông tại các xóm có YTTB được điều tra**

Tại các xóm có YTTB được điều tra chỉ có 11,11% đầy đủ phương tiện truyền thông; 90,91% có hệ thống truyền thanh, 28,29% có bộ phát video, 15,16% có bộ phát audio. Hệ thống truyền thanh đa số là riêng rẽ của các xóm, một số kết nối với hệ thống truyền thanh của toàn xã; Như vậy việc truyền thông tại thôn bản qua hệ thống truyền thanh là có thể đảm bảo hơn cả, tuy nhiên do thiếu các phương tiện phát như đầu đĩa tiếng, video nên việc truyền thông bằng đĩa hình, đĩa tiếng khó thực hiện.

## **5.3. Về hoạt động truyền thông tại thôn, bản**

- Hoạt động truyền thông YTTB tại thôn bản:

90,91% YTTB thực hiện cả 4 nội dung là truyền thông qua hệ thống loa, truyền thông lồng ghép và thăm hộ gia đình. Vẫn còn 9,19% thôn bản không có hệ thống truyền thanh nên không thực hiện được nội dung này; Chỉ có 29,29%

YTTB thực hiện truyền thông đạt chỉ tiêu tỉnh giao trong năm 2014. Qua tìm hiểu sở dĩ tỷ lệ truyền thông đạt chỉ tiêu thấp là vì y tế huyện, xã chưa giao chỉ tiêu cho YTTB hoặc chưa đưa vào kế hoạch hoạt động truyền thông tại xã các chỉ tiêu trên. Đây chính là thiếu sót trong hoạt động Truyền thông GDSK tại cơ sở cần khắc phục trong những năm tiếp theo.

- Các hoạt động khác:

100% Y tế các xã có hoạt động giao ban, cung cấp thông tin, tài liệu truyền thông, chỉ đạo hoạt động YTTB hàng tháng. Tuy nhiên việc chưa giao được chỉ tiêu cho YTTB trong hoạt động hàng tháng dẫn đến hoạt động của YTTB chưa đầy đủ, mang tính tự phát theo từng cá nhân;

100% YTTB có sổ sách ghi chép, báo cáo song chỉ có 71,71% được Y tế xã hướng dẫn ghi chép. Tuy nhiên hướng dẫn ghi chép chưa đầy đủ, chưa thống nhất. Đây là tồn tại mang tính hệ thống khó có thể giải quyết ngay vì còn liên quan đến đầu tư, chỉ đạo đồng bộ từ trung ương đến thôn bản;

100% các xóm ủng hộ hoạt động của YTTB.

- Mức độ hài lòng với phụ cấp được nhận:

Chỉ có 1,01% hài lòng với mức trợ cấp được nhận; 92,93% không hài lòng muốn tăng phụ cấp. Những ý kiến tập trung vào tăng mức phụ cấp cho YTTB, mức đề nghị của một số ý kiến là bằng mức lương cơ bản. Đây là khó khăn thuộc về chế độ chính sách gặp phải trong hoạt động của YTTB nhất là với thành phố Hòa Bình.

## **6. Kết luận**

- *Tình hình nhân lực hệ thống YTTB:* Đa số YTTB là nữ (80,81%), tuổi từ 21 đến 60, chủ yếu là dân tộc Mường (67,3%) và Kinh (31,2%). 93,94% YTTB đã được đào tạo, cấp chứng chỉ YTTB và kỹ năng truyền thông GDSK. 78,79% có kinh nghiệm công tác trên 5 năm.
- *Thực trạng về trang bị phục vụ công tác truyền thông của YTTB:* 100% không có đủ phương tiện truyền thông, 60,61% có sổ tay tuyên truyền, 22,22 % có túi truyền thông, 14,14% có đèn pin, 12,12% có công cụ làm mẫu, các phương tiện khác hầu như không có.
- *Phương tiện truyền thông tại các xóm có YTTB được điều tra:* Chỉ có 11,11% có đầy đủ phương tiện truyền thông. 90,91% có hệ thống truyền thanh,

28,29% có bộ phát video, 15,16% có bộ phát audio. Việc phát thanh đọc trực tiếp trên hệ thống truyền thanh là có thể thực hiện được tại trên 90% thôn bản.

- Về hoạt động truyền thông tại thôn, bản: Chỉ có 29,29% YTTB thực hiện truyền thông đạt chỉ tiêu tỉnh giao trong năm 2014.
- Các hoạt động khác: 100% Y tế các xã có hoạt động giao ban, cung cấp thông tin, tài liệu truyền thông, chỉ đạo hoạt động YTTB hàng tháng. 71,71% YTTB được y tế xã hướng dẫn ghi chép sổ sách, báo cáo.
- 92,93% nhân viên YTTB không hài lòng muốn tăng phụ cấp.

## **7. Khuyến nghị**

### ***Nhóm về chính sách y tế:***

- Tăng phụ cấp cho YTTB: Khuyến nghị bằng lương tối thiểu;
- Nâng định mức phụ cấp cho YTTB tại các phường, thị trấn bằng các xã để tạo động lực tham gia hoạt động YTTB.

### ***Nhóm về nhân lực:***

- Rà soát, đào tạo bổ sung cho các YTTB chưa được đào tạo;
- Hàng năm đào tạo lại về kỹ năng truyền thông giáo dục sức khỏe.

### ***Nhóm về vật tư, trang thiết bị:***

- Cần có kế hoạch tổng thể trang bị đồng bộ các trang thiết bị, vật tư thiết yếu cho YTTB;
- Thống nhất biểu mẫu, sổ sách, báo cáo trong toàn tỉnh.

### ***Nhóm hoạt động chuyên môn:***

- Hàng năm có kế hoạch chi tiết, giao chỉ tiêu hoạt động chuyên môn cho YTTB ngay từ đầu năm;
- Cần chỉ đạo hoạt động truyền thông tập trung vào các biện pháp đủ phương tiện, có thể thực hiện hiệu quả tại thôn bản như truyền thông bằng các bài đọc trên hệ thống phát thanh, truyền thông lồng ghép, thăm hộ gia đình, tư vấn trực tiếp, phát tờ rơi tuyên truyền;
- Duy trì hoạt động giao ban, chỉ đạo chuyên môn, giám sát, báo cáo hàng tháng đảm bảo hoạt động thông suốt;
- Hướng dẫn YTTB cách ghi chép sổ sách thống nhất trong toàn tỉnh đảm bảo tính khoa học, chính xác, tin cậy;
- Có nghiên cứu, đánh giá hàng năm để có được cái nhìn chính xác, biện pháp điều chỉnh các hoạt động phù hợp.



## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2002), *Quyết định số 2271/2002/QĐ-BYT ngày 17 tháng 6 năm 2002 Về việc ban hành Tiêu chuẩn thiết kế trạm y tế cơ sở - Tiêu chuẩn ngành.*
2. Bộ Y tế (2008), *Chỉ thị số 08/CT-BYT, ngày 01 tháng 9 năm 2008 về việc Tăng cường công tác truyền thông giáo dục sức khỏe.*
3. Bộ Y tế (2008), *Thông tư số 39/2010/TT-BYT ngày 25/4/2008 về việc Quy định tiêu chuẩn, chức năng, nhiệm vụ của nhân viên y tế thôn, bản.*
4. Bộ Y tế - Bộ Nội vụ (2008), *Thông tư số 03/2008/TTLT-BYT-BNV ngày 25/4/2008 về việc Hướng dẫn chức năng, nhiệm vụ, quyền hạn và cơ cấu tổ chức của Sở Y tế, Phòng Y tế thuộc Ủy ban nhân dân cấp tỉnh, cấp huyện.*
5. Nguyễn Văn Dũng (2006), *Truyền thông lý thuyết và kỹ năng cơ bản*, NXB Lý luận chính trị.
6. Lý Ngọc Kính (2006), *Chính sách chăm sóc sức khỏe Việt Nam - Cơ hội và thách thức giữa khu vực nhà nước và Y tế tư nhân*, Hà Nội.
7. BS Phạm Văn Nam – Trung tâm truyền thông GDSK Bắc Kạn (2008), *Thực trạng nguồn lực phục vụ công tác Truyền thông giáo dục sức khỏe của ngành Y tế tỉnh Bắc Kạn 2007 - 2008 và đề xuất một số giải pháp đến 2015 .*
8. Tổ chức Y tế thế giới Gionevor (2006), *Giáo dục sức khỏe*, Hà nội.
9. Thủ tướng Chính phủ (2006), *Quyết định số 153/2006/QĐ-TTg ngày 30 tháng 6 năm 2006 về việc Phê duyệt Quy hoạch tổng thể phát triển hệ thống y tế Việt Nam giai đoạn đến năm 2010 và tầm nhìn đến năm 2020.*

# **KIẾN THỨC, THÁI ĐỘ, THỰC HÀNH VỀ PHÒNG CHỐNG RUBELLA CỦA PHỤ NỮ TRONG ĐỘ TUỔI SINH ĐẸ TẠI THÀNH PHỐ HUẾ NĂM 2013 VÀ CÁC YẾU TỐ LIÊN QUAN**

*Lê Trung Quân, Hầu Văn Nam, Tôn Thất Hiền, Thái Văn Khoa,  
Nguyễn Hoàng Anh, Nguyễn Phương Huy  
Trung tâm Truyền thông GDSK Thừa Thiên Huế*

## **Tóm tắt nghiên cứu**

Đề tài được tiến hành trên 810 phụ nữ trong độ tuổi sinh đẻ thuộc 4 phường của thành phố Huế. Với phương pháp mô tả cắt ngang, đề tài nhằm 2 mục tiêu: mô tả kiến thức, thái độ, thực hành về phòng chống rubella của chị em phụ nữ trong độ tuổi sinh đẻ; xác định một số yếu tố liên quan đến kiến thức, thái độ, thực hành của đối tượng nghiên cứu. Kết quả nghiên cứu cho thấy kiến thức đạt chiếm 52,8%; thái độ đúng chiếm 61,9%, thực hành (tiêm phòng vắc- xin) chiếm 12,72%. Trình độ học vấn là yếu tố liên quan với cả 3 yếu tố kiến thức, thái độ và thực hành, trong đó phụ nữ có trình độ học vấn cao hơn thì kiến thức, thái độ, thực hành tốt hơn. Ngoài ra, phụ nữ đang mang thai có tỷ lệ thực hành cao hơn phụ nữ không mang thai. Từ kết quả này, kiến nghị được đưa ra là cần tăng cường truyền thông về phòng chống rubella tới tất cả phụ nữ trong độ tuổi sinh đẻ, đặc biệt là phụ nữ có học vấn thấp và chưa mang thai.

## **1. Đặt vấn đề**

Bệnh rubella là một bệnh truyền nhiễm, do vi-rút rubella gây nên. Bệnh có mặt và lưu hành trên toàn thế giới, thường xuất hiện vào mùa đông xuân, lây lan trực tiếp từ người sang người thông qua nước bọt, có thể xảy ra thành dịch.

Bệnh rubella là một bệnh truyền nhiễm rất đáng quan tâm vì bệnh có thể gây ra Hội chứng rubella bẩm sinh (CRS) ở phụ nữ mang thai, để lại nhiều dị tật bẩm sinh nặng nề cho thai nhi. Nhận thức được tầm quan trọng của bệnh đối với phụ nữ mang thai, nhiều cơ sở y tế trên khắp cả nước đã và đang triển khai việc chủng ngừa rubella trước khi mang thai cũng như thực hiện việc tầm soát tình trạng lây nhiễm rubella đối với thai phụ.

Hoạt động truyền thông giáo dục sức khỏe nhằm nâng cao nhận thức và hiểu biết về bệnh rubella tập trung vào các nhóm đối tượng là phụ nữ trong độ tuổi sinh đẻ để phát hiện bệnh sớm, cách ly, phòng chống và vận động tiêm vắc-xin rubella nhằm phòng tránh Hội chứng rubella bẩm sinh ở trẻ em.

## **2. Mục tiêu nghiên cứu**

4. Mô tả kiến thức, thái độ, thực hành về phòng chống bệnh rubella của phụ nữ trong độ tuổi sinh đẻ tại thành phố Huế, tỉnh Thừa Thiên Huế, năm 2013.
5. Xác định một số yếu tố liên quan tới kiến thức, thái độ và thực hành phòng chống rubella của phụ nữ trong độ tuổi sinh đẻ tại thành phố Huế, tỉnh Thừa Thiên Huế, năm 2013

## **3. Phương pháp nghiên cứu**

### **3.1. Đối tượng nghiên cứu**

- 810 phụ nữ trong độ tuổi 15 – 49.

### **3.2. Thiết kế nghiên cứu:** Mô tả cắt ngang.

### **3.3. Địa điểm và thời gian nghiên cứu**

- Địa điểm: 4 phường thuộc thành phố Huế là Xuân Phú, Phú Hội, Thuận Hòa, Hương Sơ
- Thời gian: từ tháng 6 đến tháng 12 năm 2013

### **2.4. Xử lý số liệu**

- Bảng phần mềm Epidata và SPSS với các test thống kê

## **4. Kết quả nghiên cứu và bàn luận**

### **4.1. Đặc điểm chung của đối tượng**

Nhóm tuổi tương đối đồng đều, cao nhất là nhóm từ 25- 35 tuổi chiếm 36,3%, thấp nhất là nhóm từ 16-25 tuổi chiếm 30,7%.

Trình độ học vấn chủ yếu là trung học cơ sở và trung học phổ thông (chiếm 52,6%), trình độ tiểu học trở xuống chiếm 11,6%.

Đa số phụ nữ trong nghiên cứu đã từng mang thai (69,1%), tỉ lệ phụ nữ đang mang thai thấp (4,2%), tỉ lệ phụ nữ chưa mang thai lần nào là 26,7%.

### **4.2. Thực trạng kiến thức, thái độ, thực hành**

#### **4.2.1. Kiến thức về bệnh Rubella**

**Bảng 1: Kiến thức về bệnh Rubella**

<b>Nội dung kiến thức (n=810)</b>		<b>Số lượng</b>	<b>Tỷ lệ (%)</b>
Nguyên nhân gây bệnh	Vi-rút	322	39,75
	Không phải vi-rút	488	60,25
Đường lây	Qua đường hô hấp	338	41,73
	Mẹ truyền sang con qua đường máu	269	33,21
Các triệu chứng bệnh	Sốt nhẹ	436	53,83
	Nổi ban	453	55,93
	Sưng hạch	100	12,35
	Nhức đầu	145	17,90
	Đau cơ, khớp	91	11,23
	Khác	37	4,57
Kế đúng tên hội chứng rubella bẩm sinh	Đúng tên	341	42,10
	Không đúng tên	469	57,90
Hội chứng CRS	Mù	188	23,21
	Dị tật tim	200	24,69
	Tổn thương hệ thần kinh trung ương	259	31,98
	Khác	113	13,95
Cách phòng bệnh rubella	Tránh tiếp xúc với người bệnh	215	26,54
	Tiêm vắc-xin phòng ngừa	497	61,36

Vẫn còn đến 60,25 % phụ nữ cho rằng nguyên nhân gây bệnh không phải là vi-rút. Hai triệu chứng của bệnh được kể ra nhiều nhất là sốt nhẹ (53,83%) và nổi ban (55,93%). Số phụ nữ kể không đúng tên hội chứng rubella bẩm sinh chiếm tới 57,90%, số phụ nữ biết biện pháp phòng bệnh quan trọng là tiêm phòng vắc- xin chiếm 61,36%. Tỷ lệ đối tượng có kiến thức đúng về bệnh Rubella chiếm 52,8%.

#### 4.2.2. Thái độ về bệnh Rubella

**Bảng 2: Thái độ đối với bệnh Rubella (n=810)**

Nội dung thái độ	Đúng		Chưa đúng	
	Số lượng	Tỷ lệ (%)	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Bệnh dự phòng được	616	76,05	194	23,95
Bệnh nguy hiểm	522	64,44	288	35,56
Quan tâm về bệnh	579	71,48	231	28,52
Đồng ý tiêm vắc-xin	664	81,98	146	18,02
Đến cơ sở y tế khi nghi ngờ có bệnh	714	88,15	96	11,85

Hai nội dung có thái độ đúng cao là đồng ý tiêm vắc-xin 81,98% và đến cơ sở y tế khi nghi ngờ có bệnh 88,15%. Tỷ lệ phụ nữ có thái độ đúng chiếm 61,9%.

#### 4.2.3. Thực hành về bệnh Rubella

**Bảng 3: Thực hành về phòng bệnh Rubella**

Nội dung thực hành		Số lượng	Tỷ lệ (%)
Tình trạng tiêm chủng (n=810)	Đã tiêm	103	12,72
	Chưa tiêm	707	87,28
Địa điểm tiêm chủng (n=103)	Trung tâm Y tế dự phòng	86	83,50
	Nơi khác	17	16,50
Tham dự các buổi tuyên truyền bệnh rubella (n=596)	Có	359	60,20
	Không	237	39,80

Tỉ lệ tiêm phòng vắc- xin là 12,72%. Địa điểm tiêm chủng tại trung tâm YTDP chiếm đến 83,50%. Lý do chính của việc không đi tiêm chủng là thiếu thông tin chiếm 61,23%, trong khi khó khăn trong việc đi lại ( xa nhà) không phải là vấn đề lớn (1,23%). Trong số người nghe nói về bệnh, có 60,20% có tuyên truyền lại cho người thân, bạn bè.

### 4.3. Các yếu tố liên quan

Có mối liên quan giữa trình độ học vấn với kiến thức: Phụ nữ có trình độ học vấn từ trung học trở lên thì mức độ kiến thức tốt chiếm 50,6%; cao hơn nhóm có trình độ học vấn từ tiểu học trở xuống (21,1%), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ( $p < 0,05$ ).

Có mối liên quan trình độ học vấn đến thái độ: Phụ nữ có trình độ học vấn từ trung học trở lên thì mức độ thái độ tốt chiếm 65,6%; cao hơn nhóm có trình độ học vấn từ tiểu học trở xuống (33,0%), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ( $p < 0,05$ ).

Có mối liên quan trình độ học vấn đến thực hành: Phụ nữ có trình độ học vấn từ trung học trở lên thì tỷ lệ tiêm phòng là 14,2%, cao hơn nhóm có trình độ học vấn từ tiểu học trở xuống (1,1%), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ( $p < 0,05$ ).

Phụ nữ đã hoặc đang mang thai thì tỷ lệ tiêm phòng là 15,2%; cao hơn nhóm chưa mang thai lần nào (6,0%), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ( $p < 0,05$ ).

## 5. Khuyến nghị

Tăng cường công tác truyền thông trên các phương tiện thông tin đại chúng, đặc biệt là kênh truyền hình.

Nội dung truyền thông, các thông điệp cần cổ động cho vấn đề tiêm phòng và địa điểm tiêm phòng.

Ngành y tế cần có giải pháp để hỗ trợ thêm để nâng cao thu nhập, cải thiện đời sống cho CBYT cơ sở, đặc biệt là nhân viên y tế tổ dân phố để họ thực hiện truyền thông trực tiếp phòng chống bệnh.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Ban quản lý dự án VAHIP tỉnh Thừa Thiên Huế (2011), "*Bệnh Rubella*", Tài liệu hội thảo truyền thông phòng chống cúm và các bệnh truyền nhiễm mới nổi khác, Huế, tr.9-11.
2. Dương Thị Lệ, Cao Minh Nga (2006), "*Tỷ lệ miễn nhiễm Rubella trên các đối tượng phụ nữ tại bệnh viện phụ sản quốc tế Sài Gòn*", Y Học TP. Hồ Chí Minh, Tập 10, Phụ bản của Số 1- 2006, tr. 76 – 81.
3. Handicap International (2012), *Báo cáo đánh giá hoạt động truyền thông dự án "Khác biệt bẩm sinh"*, Trường Đại học Y Dược Huế.

4. Phạm Lê Thanh Bình, Phạm Lê An (2009), “*Đặc điểm dịch tễ và lâm sàng ở trẻ sốt phát ban do nhiễm Rubella đến khám tại bệnh viện nhi đồng 2*”, Y Học TP. Hồ Chí Minh, Tập 13, Phụ bản của Số 1- 2009, tr. 207 – 211.
5. Võ Minh Tuấn, Phạm Quang Nhật (2010), “*Tỷ lệ nhiễm Rubella trong 3 tháng đầu thai kỳ và các yếu tố liên quan tại bệnh viện Từ Dũ*”, Y Học TP. Hồ Chí Minh, Tập 14, Phụ bản của Số 1- 2010, tr. 277 – 283.
6. Abd Elaziz KM, Sabbour SM, Dewedar SA (2010), *A measles and rubella (MR) catch-up vaccination campaign in an Egyptian University: vaccine uptake and knowledge and attitudes of students.*
7. Banatvala JE, Brown DWG (2004), *Rubella*. *Lancet* , 363: 1127-1137.
8. Hitt J Sharma, Vasant S Padbidri (2011), Seroprevalance of rubella and immunogenicity following rubella vaccination in adolescent girl in India, *J Infect Dev Ctries*; 5(12), P.874-881.
9. Juliana Costa Vieira (2011), Survey of rubella knowledge and acceptability of rubella vaccination among Brazilian adults prior to mass vaccination, *Rew Panam Salud Publica* 30(4).
10. Lorraine Dontigny, Marc- Yvon Arsenault, Marie- Jocelyne Martel et al. (2008), "Rubella in Pregnancy", *J Obstet Gynecol Can* 30 (2): 152- 158

# **THỰC TRẠNG KIẾN THỨC, THÁI ĐỘ, THỰC HÀNH VỀ PHÒNG CHỐNG BỆNH CÚM A/H5N1 Ở NGƯỜI CỦA NGƯỜI DÂN TẠI 3 HUYỆN NAM ĐÔNG, A LƯỚI VÀ QUẢNG ĐIỀN TỈNH THỪA THIÊN HUẾ**

*Lê Trung Quân, Phan Đăng Tâm, Hầu Văn Nam và cộng sự  
Trung tâm Truyền thông GDSK tỉnh Thừa Thiên Huế*

## **Tóm tắt nghiên cứu**

Bệnh cúm A/H5N1 là một bệnh lây truyền từ gia cầm sang người, bệnh có bệnh cảnh lâm sàng rất nặng nề và có tỷ lệ tử vong trên 50%. Hiện nay, chưa có vắc xin phòng bệnh cho người và không thuốc điều trị đặc hiệu, vì vậy việc thực hiện các biện pháp phòng bệnh để phòng lây nhiễm cúm là cách bảo vệ duy nhất. Để có thông tin cơ sở cho việc xây dựng chiến lược truyền thông phòng chống cúm chúng tôi tiến hành nghiên cứu trên 436 chủ hộ gia đình có chăn nuôi tại 3 huyện Nam Đông, A Lưới và Quảng Điền, tỉnh Thừa Thiên Huế.

Kết quả nghiên cứu cho thấy: trên 80% người dân có biết về đường lây truyền chủ yếu; các triệu chứng mà người dân nhắc đến khi nghi bệnh là sốt (91,3%); ho (59,9%) và đau đầu (71,6%). Biện pháp rửa tay và không ăn thịt gia cầm ốm/chết được người dân nhắc nhiều nhất trong vệ sinh ăn uống để phòng bệnh. Tuy nhiên vẫn có tới 69,0% người dân có thái độ cho rằng rất ít nguy cơ xảy ra dịch. Khi có dịch thì có tới 98,9% sẽ báo cho cơ quan chức năng và chủ yếu là báo cho cán bộ thú y (89,6%). Về thực hành thì có tới 42% chủ hộ chưa tiêm phòng cho đàn gia cầm của mình vì lý do tốn tiền (50,8%). Biện pháp vệ sinh ăn uống được họ thực hiện nhiều nhất là nấu chín kỹ thịt gia cầm (92,9%); không ăn thịt gia cầm và không ăn trứng lòng đào được thực hiện ít hơn (72,7%) và (66,7%). Đeo khẩu trang và đeo găng tay khi giết mổ được người dân thực hiện thấp (28,0% và 30,5%). Chuồng nuôi với quy mô nhỏ, thả rông và không đảm bảo quy trình kỹ thuật cao. Dựa vào kết quả nghiên cứu trên chúng tôi đã đề xuất tăng cường các biện pháp truyền thông, đặc biệt trên phương tiện thông tin đại chúng; thúc đẩy việc phối hợp giữa y tế, thú y và chính quyền địa phương trong việc truyền thông thực hiện chăn nuôi và phòng bệnh hiệu quả.

## **1. Đặt vấn đề**

Bệnh cúm A/H5N1 là một bệnh lây truyền từ gia cầm sang người, bệnh có bệnh cảnh lâm sàng rất nặng nề và có tỷ lệ tử vong trên 50%. Bệnh do virus cúm A/H5N1 gây nên. Tình hình cúm A/H5N1 ở gia cầm và ở người có diễn biến rất phức tạp. Theo Tổ chức Y tế thế giới từ năm 2003 đến cuối năm 2013 đã ghi nhận tại 15 quốc gia trên thế giới có 648 người bị mắc bệnh cúm A/H5N1, trong đó có



384 người tử vong (chiếm 59%). Ở Việt Nam từ năm 2003 đến nay đã xảy ra rất nhiều đợt dịch cúm trên gia cầm, đồng thời cũng có rất nhiều đợt cúm A/H5N1 trên người, ở gia cầm, chúng ta phải tiêu huỷ nhiều chục triệu con gia cầm, làm tổn hại kinh tế, làm ảnh hưởng không tốt cho môi trường thiên nhiên và môi trường xã hội. Số người mắc cúm gia cầm được ghi nhận ở Việt Nam là 127 đến nay ca được xác định, trong đó 64 ca tử vong (tỷ suất tử vong là 50%), đứng thứ ba trên thế giới (sau In-đô-nê-xi-a và Ai Cập). Trong tháng 01/2014 đã ghi nhận 02 trường hợp tử vong do cúm A/H5N1 tại tỉnh Bình Phước và Đồng Tháp, cả hai trường hợp đều có tiền sử tiếp xúc với gia cầm bệnh.

Hiện nay, chưa có vắc xin phòng bệnh cho người và không thuốc điều trị đặc hiệu, vì vậy việc thực hiện các biện pháp phòng bệnh để phòng lây nhiễm cúm là cách bảo vệ duy nhất. Tại Thừa Thiên Huế, chưa có nhiều nghiên cứu về kiến thức, thái độ thực hành của người dân trong phòng chống cúm A/H5N1 và xác định các yếu tố ảnh hưởng đến việc thực hành phòng chống cúm, từ đó có thông tin cơ sở cho việc xây dựng chiến lược truyền thông phòng chống cúm trong thời gian tới. Vì vậy chúng tôi tiến hành đề tài *“Nghiên cứu thực trạng kiến thức, thái độ, thực hành về phòng chống bệnh cúm A/H5N1 ở người của người dân tại 3 huyện Nam Đông, A Lưới và Quảng Điền, tỉnh Thừa Thiên Huế”*.

## **2. Mục tiêu nghiên cứu**

Mô tả kiến thức, thái độ, thực hành về phòng chống bệnh cúm A/H5N1 ở người của người dân tại 3 huyện Nam Đông, A Lưới và Quảng Điền, tỉnh Thừa Thiên Huế.

## **3. Phương pháp nghiên cứu**

### **3.1. Đối tượng nghiên cứu**

Chủ hộ có chăn nuôi gia cầm, hiện đang sinh sống tại 3 huyện Nam Đông, A Lưới và Quảng Điền, Tỉnh Thừa Thiên Huế.

### **3.2. Thiết kế nghiên cứu**

Phương pháp nghiên cứu mô tả cắt ngang.

### **3.3. Cỡ mẫu nghiên cứu**

Nghiên cứu này chúng tôi sử dụng công thức tính cỡ mẫu

$$n = \frac{Z^2 p(1 - p)}{c^2}$$

Trong đó:

- n: Số đối tượng nghiên cứu

- Z: với xác suất 95% có  $Z = 1,96$  (có trong bảng Z)
- p: ước đoán tỷ lệ hiểu biết đầy đủ về bệnh cúm A/H5N1 của chủ hộ gia đình. Chưa có nghiên cứu nào tại địa phương về kiến thức thái độ và thực hành nên chúng tôi ước đoán là  $p = 0,50$
- c: độ chính xác của nghiên cứu trên mẫu (sai số lựa chọn); chấp nhận  $c = 0,05$   
Từ đó tính được  $n = 385$   
Ước lượng thêm sai số 10%, nên làm tròn mẫu là 436.

### **3.4. Chọn mẫu**

Mẫu nghiên cứu được chọn ngẫu nhiên qua 2 giai đoạn:

- Giai đoạn 1: Chọn xã nghiên cứu. Tại mỗi huyện (Nam Đông, A Lưới và Quảng Điền) chọn ngẫu nhiên 50% số xã. Tổng cộng có 22 xã được chọn nghiên cứu (A Lưới 10 xã; Nam Đông 6 xã; Quảng Điền 6 xã)
- Giai đoạn 2: Chọn đối tượng nghiên cứu. Ở mỗi xã được chọn vào nghiên cứu, lập danh sách hộ gia đình có chăn nuôi gia cầm, bốc thăm ngẫu nhiên chọn 20 hộ. Mỗi hộ phỏng vấn chủ hộ (nếu chủ hộ vắng mặt phỏng vấn người chăn nuôi khác trên 15 tuổi).

### **3.5. Thời gian và địa điểm nghiên cứu:**

Tháng 5/2014. tại 3 huyện (Nam Đông, A Lưới và Quảng Điền)

### **3.6. Xử lý số liệu**

Nội dung của phiếu phỏng vấn được mã hóa, nhập vào máy tính và xử lý số liệu bằng phần mềm SPSS phiên bản 11.5.

## **4. Kết quả nghiên cứu và bàn luận**

### **4.1. Một số đặc điểm của đối tượng nghiên cứu**

Đối tượng nghiên cứu chủ yếu trong độ tuổi 20- 49 (64,1%), từ 50 tuổi trở lên chiếm 34,8%. Dân tộc Kinh chiếm phần lớn 45,2%, sau đó là Pa- cô 22,9%, Cơ-tu 18,1% thấp nhất là Tà-ôi 13,8%. Trình độ học vấn từ trung học cơ sở trở lên chiếm 66,7%; có tới 6,2% mù chữ.

Trong 436 người được chọn vào mẫu nghiên cứu thì người dân ở vùng A Lưới chiếm 45,6%, Nam Đông 27,5% còn lại Quảng Điền chiếm 26,8%. Phần lớn các hộ chăn nuôi có quy mô nhỏ, lẻ dưới 100 con chiếm 95,0% gần với kết quả nghiên cứu của Đặng Quốc Việt là 92,5%. Tập quán chăn nuôi gia cầm nhỏ lẻ đã ảnh hưởng không nhỏ đến việc phòng chống dịch cúm A/H5N1 như khó tập trung vệ sinh chuồng trại, ít quan tâm đến việc tiêm phòng cho gia cầm...

Người dân tiếp nhận được thông tin về bệnh cúm A/H5N1 nhiều nhất là tivi (93,3%); tiếp đến là cán bộ y tế là 75,7%, loa, đài chiếm 47,9% , áp phích, tờ rơi: 43,8%, còn lại văn nghệ truyền thông chỉ chiếm 21,8%. Nghiên cứu của Nguyễn Đức Lợi cũng cho thấy: nguồn cung cấp thông tin từ tivi, loa truyền thanh chiếm tỷ lệ cao nhất 45,8%, tiếp đến là cán bộ y tế xã, y tế thôn bản: 24,9%, người nhà, người thân: 13,7%, tranh ảnh, áp phích, tờ rơi: 13,1%, còn lại là các nguồn khác: 2,6%. Như vậy có thể thấy kênh truyền thông quan trọng cần tập trung tuyên truyền đó là tivi, loa đài và cán bộ y tế.

#### 4.2. Kiến thức về phòng chống cúm A/H5N1

**Bảng 1: Kiến thức về đường lây**

<b>Đường lây</b>	<b>Số lượng (n= 436)</b>	<b>Tỷ lệ (%)</b>
Tiếp xúc với gia cầm	387	88,8
Ăn thịt gia cầm ốm, chết	343	78,7
Khác	8	1,8
Không biết	7	1,6

Tỷ lệ người dân biết được đường lây bệnh cúm A/H5N1 khá cao, có đến 88,8% cho rằng bệnh lây qua tiếp xúc với gia cầm, tỷ lệ này trong nghiên cứu của Phạm Ngọc Cương năm 2009 tại Ninh Bình là 98,2%[8] và nghiên cứu của Đặng Quốc Việt [10] là 75,4%, tỷ lệ người dân không biết đường lây nào là 1,6%, tỷ lệ này thấp hơn trong nghiên cứu của Đặng Quốc Việt (3,3%). Tỷ lệ cho rằng lây do ăn thịt gia cầm ốm, chết là 78,7% cũng là một kết quả khá cao, cho thấy nhận thức về đường lây bệnh cúm A/H5N1 của người dân trong thời gian vừa qua đã được nâng lên rõ rệt.

**Bảng 2: Kiến thức về triệu chứng cúm**

<b>Triệu chứng cúm</b>	<b>Số lượng (n= 436)</b>	<b>Tỷ lệ (%)</b>
Sốt	398	91,3
Ho	261	59,9
Đau họng	121	27,8
Đau đầu	312	71,6
Đau cơ	74	17,0
Mệt mỏi	128	29,4
Triệu chứng khác	3	0,7
Không biết	18	4,1

Tỷ lệ người dân biết được triệu chứng thường gặp bệnh cúm A/H5N1 khá cao: sốt (91,3%), đau đầu (71,6%) và ho (59,9%), khá phù hợp với kết quả nghiên cứu của Phạm Ngọc Cương [8] lần lượt là 95,5%, 80,5% và 72,3%, nghiên cứu của Đặng Quốc Việt [10] cho kết quả thấp hơn với sốt chiếm tỷ lệ 77,1%, việc nhận biết được những triệu chứng nghi ngờ mắc bệnh với tỷ lệ khá cao thuận lợi cho công tác phát hiện sớm, sàng lọc và cách ly kịp thời, tránh dịch lây lan ra cộng đồng.

**Bảng 3: Kiến thức về biện pháp vệ sinh ăn uống để phòng bệnh**

<b>Biện pháp</b>	<b>Số lượng (n= 436)</b>	<b>Tỷ lệ (%)</b>
Rửa tay	395	90,6
Không ăn thịt gia cầm ốm chết	382	87,6
Sử dụng thịt có nguồn gốc, được kiểm dịch	204	46,8
Nấu chín kỹ thịt gia cầm	314	72,0
Không ăn tiết canh	259	59,4
Biện pháp khác	1	0,2
Không biết biện pháp nào	1	0,2

Rửa tay biện pháp được nhắc đến nhiều nhất với tỷ lệ 90,6%, điều này không mấy ngạc nhiên vì các kênh truyền thông trong thời gian gần đây đã lặp đi lặp lại thông điệp về rửa tay. Không ăn thịt gia cầm ốm chết, nấu chín kỹ thịt gia cầm và không ăn tiết canh là 3 biện pháp vệ sinh ăn uống được người dân nhắc đến khá nhiều với tỷ lệ lần lượt là 87,6% và 72,0% và 59,4%, phù hợp với nghiên cứu của Đặng Quốc Việt là 85,4% và 61,2% và 52,9%, sử dụng thịt có nguồn gốc, được kiểm dịch với tỷ lệ thấp hơn (46,8%). Có thể nói các biện pháp vệ sinh ăn uống khá dễ nhớ và được truyền thông liên tục nên nhận thức của người dân được nâng cao.

**Bảng 4: Kiến thức về biện pháp tránh tiếp xúc với gia cầm để phòng bệnh**

<b>Biện pháp</b>	<b>Số lượng (n= 436)</b>	<b>Tỷ lệ (%)</b>
Rửa tay sau khi tiếp xúc với gia cầm	391	89,7
Đeo găng tay	206	47,2
Đeo khẩu trang	240	55,0
Biện pháp khác	1	0,2
Không biết biện pháp nào	15	3,4

Có 89,7% người dân biết biện pháp rửa tay sau khi tiếp xúc với gia cầm, 55,0% biết đeo khẩu trang và 47,2% biết đeo găng tay là các biện pháp tránh tiếp xúc với gia cầm để phòng bệnh, vẫn còn 3,4% không biết các biện pháp nào. Vì vậy, ngoài biện pháp rửa tay, cũng cần tập trung đẩy mạnh truyền thông về các biện pháp tránh tiếp xúc khác.

#### 4.3. Thái độ của người dân về phòng chống bệnh cúm A/H5N1

**Bảng 5: Thái độ về nguy cơ xảy ra dịch cúm A/H5N1**

Nguy cơ	Số lượng (n= 436)	Tỷ lệ (%)
Rất dễ xảy ra	121	27,8
Ít khi xảy ra	301	69,0
Không thể xảy ra	14	3,2

Chỉ có 27,8% số người cho rằng dịch cúm rất dễ xảy ra, trong khi đó có đến 69,0% cho rằng ít khi xảy ra và 3,2% cho rằng không thể xảy ra. Trong nghiên cứu của Đặng Quốc Việt chỉ có 4,2% cho rằng có nguy cơ cao, còn lại đa số là nguy cơ thấp. Tuy bệnh cúm A/H5N1 chưa xảy ở người tại Thừa Thiên Huế, chỉ xảy ra ở gia cầm, nhưng việc người dân có thái độ chủ quan với dịch ở các vùng không có người mắc bệnh cúm A/H5N1, không thường xuyên thực hiện các biện pháp phòng bệnh có thể dẫn đến bùng phát dịch tại những vùng này.

Tỷ lệ người dân cho rằng bệnh cúm A/H5N1 có thể lây sang người là rất cao chiếm 95,2%. Mặc dù chưa có bằng chứng rõ ràng bệnh có thể lây từ gia cầm sang người, nhưng thái độ của người dân cảnh giác trước sự nguy hiểm, lây lan của dịch là rất khả quan cho công tác phòng chống dịch.

**Bảng 6: Đối tượng được người dân lựa chọn để báo cáo khi nghi ngờ gia cầm nhiễm cúm A/H5N1**

Biện pháp	Số lượng (n= 431)	Tỷ lệ (%)
Chính quyền địa phương	125	29,0
Cán bộ y tế	177	41,1
Cán bộ thú y	386	89,6
Đối tượng khác	4	0,9

Khi nghi ngờ gia cầm nhiễm cúm A/H5N1, có đến 98,9% người dân sẽ báo ngay cho các cơ quan chức năng, tương tự với nghiên cứu của Phạm Ngọc Cương

là 98,0%, tỷ lệ này trong nghiên cứu của Đặng Quốc Việt cũng thấp hơn (85,0%). Cơ quan, cá nhân được người dân báo cáo nhiều nhất là cán bộ thú y (89,6%) sau đó là cán bộ y tế (41,1%) và chính quyền địa phương (29,0%). Trong nghiên cứu của Đặng Quốc Việt thì cán bộ y tế lại được chọn là nơi báo cáo nhiều nhất (75,6%) sau đó mới đến chính quyền địa phương và cán bộ thú y (lần lượt là 47,1% và 41,25%). Dù mỗi nơi có kết quả khác nhau nhưng điều đáng mừng là người dân đã bắt đầu có ý thức trong việc báo cáo sớm với các cơ quan chức năng, trong đó tại Thừa Thiên Huế, người dân đã biết báo cáo cho cán bộ thú y là người có chuyên môn phù hợp nhằm đưa ra phương án xử trí kịp thời dịch ở gia cầm.

**Bảng 7: Thái độ xử trí khi nghi ngờ bệnh nhân nhiễm cúm A/H5N1**

<b>Biện pháp</b>	<b>Số lượng (n= 436)</b>	<b>Tỷ lệ (%)</b>
Đến cơ sở y tế	329	98,4
Tự mua thuốc điều trị	6	1,4
Không làm gì cả	1	0,2

98,4% người dân chọn cơ sở y tế là nơi cần khám khi nghi ngờ mắc bệnh. Kết quả này tương tự với nghiên cứu của Đặng Quốc Việt là 97,9% và của Phạm Ngọc Cương là 98,0%, tỷ lệ này phản ánh đúng công tác truyền thông trong thời gian vừa qua đã đạt một số kết quả nhất định trong việc tạo ra thái độ đúng và tích cực trong công tác phòng chống bệnh cúm A/H5N1.

#### **4.4. Thực hành về bệnh Cúm A/H5N1**

Kết quả nghiên cứu cho thấy có 58,0% người dân đã tiêm phòng cho đàn gia cầm, tỷ lệ này thấp so với nghiên cứu của Đặng Quốc Việt là 70,2%; nhưng lại cao hơn trong nghiên cứu của Nguyễn Đức Lợi (40,8%) [9]. Việc chưa tiêm phòng cho đàn gia cầm là một mối nguy cơ bùng phát dịch ở gia cầm, tạo điều kiện cho bệnh có cơ hội lây sang người.

**Bảng 8: Lý do chưa tiêm phòng cho đàn gia cầm**

<b>Lý do</b>	<b>Số lượng (n=183)</b>	<b>Tỷ lệ (%)</b>
Sợ không ăn thịt gia cầm sau tiêm	5	2,7
Gia cầm chậm lớn do tiêm	3	1,6
Tốn tiền	93	50,8
Lý do khác	91	49,7

Phần lớn lý do chưa tiêm phòng là ngại tốn tiền 50,8%; lý do sợ không ăn thịt gia cầm sau tiêm và gia cầm chậm lớn do tiêm ít được đề cập đến (lần lượt 2,7% và 1,6%). Như vậy, vấn đề chi phí tiêm phòng là nguyên nhân quan trọng làm giảm tỷ lệ tiêm phòng. Ngành y tế cần phối hợp với ngành thú y và các ban ngành khác như: hội nông dân, phụ nữ... vận động người dân thực hiện tiêm phòng cho đàn gia súc, đồng thời chính quyền địa phương cần có chính sách hỗ trợ cho người chăn nuôi gia cầm, đặc biệt là vùng dân tộc thiểu số, vùng sâu, vùng xa.

**Bảng 9: Thực hành biện pháp vệ sinh ăn uống để phòng bệnh cúm A/H5N1**

<b>Biện pháp</b>	<b>Số lượng (n= 436)</b>	<b>Tỷ lệ (%)</b>
Nấu chín kỹ thịt gia cầm	405	92,9
Không ăn tiết canh	344	78,9
Không ăn trứng lòng đào	291	66,7
Không ăn thịt gia cầm ốm chết	317	72,7
Không làm gì cả	4	0,9

Thực hiện các biện pháp vệ sinh ăn uống là một trong những biện pháp quan trọng để phòng bệnh. Tỷ lệ người dân đã thực hiện nấu chín kỹ thịt gia cầm là 92,9% cao hơn nghiên cứu của Đặng Quốc Việt (73,0%), không ăn trứng lòng đào là 66,7%. Như vậy, việc ăn thịt gia cầm nấu chín kỹ được thực hiện tốt. Nhưng việc ăn trứng không còn lòng đào vẫn khó thực hiện do thói quen dựng trứng sống đập vào phở, trứng ốp la ... Không còn nghi ngờ nữa đó là thói quen, món khoái khẩu mà chúng ta cần tiếp tục truyền thông cảnh báo mới có thể bỏ được.

**Bảng 10: Thực hành vệ sinh giết mổ gia cầm để phòng bệnh cúm A/H5N1**

<b>Biện pháp</b>	<b>Số lượng (n= 436)</b>	<b>Tỷ lệ (%)</b>
Đeo găng	133	30,5
Đeo khẩu trang	122	28,0
Rửa tay sau khi giết mổ	335	76,8
Không làm gì cả	70	16,1

Tỷ lệ người dân thực hiện rửa tay sau khi giết mổ gia cầm là 76,8% cao hơn nghiên cứu của Đặng Quốc Việt là 47%, đây là kết quả của việc truyền thông rửa tay xà phòng được thực hiện trong thời gian qua. Việc đeo găng tay và đeo khẩu

trang trong khi giết mổ ít được thực hiện hơn lần lượt là 30,5% và 28,0% thấp hơn nghiên cứu của Đặng Quốc Việt là đeo găng tay (36,2%), đeo khẩu trang (45,0%). Vẫn còn đến 16,1% người dân không thực hiện biện pháp nào. Việc không mang găng tay, đeo khẩu trang có thể do tâm lý, cảm giác vướng víu trong khi giết mổ và các dụng cụ này không thường xuyên sẵn có và đòi hỏi phải vệ sinh thường xuyên, vì vậy nội dung này cần tiếp tục tuyên truyền vận động trong thời gian đến, đặc biệt là mang dụng cụ bảo hộ khi giết mổ.

**Bảng 11: Đặc điểm chuồng nuôi nhốt gia cầm**

<b>Đặc điểm</b>		<b>Số lượng (n=139)</b>	<b>Tỷ lệ (%)</b>
<b>Vị trí chuồng</b>	Dưới 10m	80	57,6
	≥ 10m	59	42,4
<b>Cấu trúc chuồng</b>	Kiên cố	29	20,9
	Bán kiên cố	110	79,1
<b>Vệ sinh chuồng</b>	Sạch sẽ	72	51,8
	Mất vệ sinh	67	48,2

Có đến 139 hộ vẫn còn nuôi thả gia cầm (chiếm 68,1%), tỷ lệ này thấp hơn nghiên cứu của Đặng Quốc Việt là 42,2%, cao hơn nghiên cứu của Nguyễn Đức Lợi là 25,7%. Về đặc điểm chuồng nuôi nhốt, chuồng được xây kiên cố chỉ chiếm 20,9% còn lại chủ yếu là bán kiên cố. Khoảng cách từ chuồng nuôi đến khu sinh hoạt, ăn uống dưới 10m chiếm tỷ lệ 57,6%, tỷ lệ này trong nghiên cứu của Nguyễn Đức Lợi lên đến 74,3%. Ngoài những khó khăn của việc nuôi nhốt như: diện tích hẹp, không có vật liệu, kỹ thuật, nhân công để làm chuồng, quây rào, bên cạnh đó lại còn vấn đề bảo vệ chúng cũng gặp rất nhiều khó khăn. Tăng cường truyền thông để những người không có nhu cầu (đặc biệt là trẻ em) cần chủ động tránh xa gia cầm, không chơi gần và không bế gia cầm chơi, nhất là các trẻ em ở nông thôn và ở vùng đồng bào dân tộc cũng cần đặc biệt chú trọng.

**Bảng 12: Sử dụng dụng cụ bảo hộ khi vệ sinh chuồng trại**

<b>Loại</b>	<b>Số lượng (n=139)</b>	<b>Tỷ lệ (%)</b>
Ủng	52	37,4
Găng tay	59	42,4
Khẩu trang	71	51,1
Áo choàng	14	10,1
Không có	65	46,8



Việc mang bảo hộ khi tiếp xúc gia cầm gặp nhiều khó khăn, đặc biệt là vùng đồng bào dân tộc lại càng khó khăn gấp bội. Trong nghiên cứu của chúng tôi cho thấy việc thực hiện vệ sinh chuồng trại có 51,8% vệ sinh sạch sẽ và 48,2% mất vệ sinh. Tỷ lệ người dân thực hiện mang các dụng cụ bảo hộ khi vệ sinh chuồng trại nhiều nhất là mang khẩu trang (51,1%), găng tay (42,4%), ít hơn là ủng (37,4%), thấp nhất là mang áo choàng (10,1%), cũng có đến 46,8% người dân không mang bảo hộ khi vệ sinh chuồng trại.

## **5. Kết luận**

Qua nghiên cứu trên 436 người dân tại 3 huyện A Lưới, Nam Đông và Quảng Điền tỉnh Thừa Thiên Huế, chúng tôi thấy thực trạng kiến thức, thái độ, thực hành về phòng chống cúm A(H5N1) ở người như sau:

- Về kiến thức: Người dân có kiến thức tốt về phòng chống bệnh cúm A/H5N1, trên 80% biết về các đường lây; trên 60% kể được các triệu chứng của bệnh (ho, sốt, đau đầu), Các biện pháp vệ sinh ăn uống để phòng bệnh được người dân nhắc đến nhiều nhất là rửa tay (90,6%) và không ăn thịt gia cầm ốm/chết (87,6%).
- Về thái độ: người dân có thái độ đúng, tích cực như: khả năng có thể lây sang người (95,2%), báo ngay cho các cơ quan chức năng (98,9%), chọn cơ sở y tế là nơi cần khám khi nghi ngờ mắc bệnh (98,4%). Thái độ chưa đúng: người dân vẫn cho rằng ít có nguy cơ xảy ra dịch (69,0%).
- Về thực hành: Vẫn còn 42% hộ gia đình chưa tiêm phòng cho gia cầm. Có tới 92,9% thực hiện nấu chín kỹ thịt gia cầm, 78,9% không ăn tiết canh và không ăn thịt gia cầm ốm chết (72,7%); 76,8% thực hiện rửa tay sau giết mổ;
- Thực hiện vệ sinh chăn nuôi: nuôi nhốt (31,9%), khoảng cách từ chuồng nuôi đến khu sinh hoạt, ăn uống dưới 10m (57,6%), chuồng nuôi được xây kiên cố (20,9%), thực hiện vệ sinh chuồng trại sạch sẽ ( 51,8%), thực hiện mang các dụng cụ bảo hộ khi vệ sinh chuồng trại: khẩu trang (51,1%), găng tay (42,4%), không mang bảo hộ (46,8%).

## **6. Khuyến nghị**

- Tăng cường công tác truyền thông trên các phương tiện thông tin đại chúng, đặc biệt là kênh truyền hình. Đối với truyền thông trực tiếp, cần nâng cao kỹ năng truyền thông giáo dục sức khỏe cho cán bộ y tế.
- Nội dung truyền thông, các thông điệp cần cổ động cho vấn đề vệ sinh giết mổ, vệ sinh chăn nuôi.
- Ngành y tế, thú y phối hợp với chính quyền địa phương cần có giải pháp hỗ trợ để người dân thực hiện chăn nuôi gia cầm an toàn sinh học.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Nông nghiệp và Phát triển nông thôn (2010), *QCVN 01 - 15: 2010/BNNPTNT - Quy chuẩn kỹ thuật quốc gia điều kiện trại chăn nuôi gia cầm an toàn sinh học*, Thông tư số 04/2010/TT-BNNPTNT ngày 15/01/2010 của Bộ Nông nghiệp và Phát triển nông thôn.
2. Bộ Y tế (2005), *Kế hoạch hành động phòng chống đại dịch cúm ở người tại Việt Nam*, tr.1.
3. Bộ Y tế (2005), *Chỉ Thị Số 02/2005/CT-BYT của Bộ trưởng Bộ Y tế về việc tăng cường công tác phòng chống cúm A/H5N1*,.
4. Bộ Y tế (2005), *Quy trình xử lý ổ dịch cúm A/H5N1 ở người theo Quyết định số 1812/QĐ-BYT ngày 23/5/2005*
5. Bộ Y tế (2005), *Quy trình xử lý ổ dịch cúm A (H5N1) ở người theo Quyết định số 1812/QĐ-BYT ngày 23/5/2005*.
6. Bộ Y tế (2006), *Quyết định số 44/2006/QĐ-BYT của Bộ trưởng Bộ Y tế về việc ban hành Hướng dẫn chẩn đoán, xử trí và phòng lây nhiễm cúm A/H5N1 ở người*,.
7. Bộ Y tế - Cục Y tế dự phòng (2006), *Phòng chống dịch cúm A/H5N1 lây sang người*, tr.12.
8. Phạm Ngọc Cương (2009), “*Đánh giá nhận thức thái độ thực hành của người dân và thực trạng công tác quản lý, chỉ đạo phòng chống dịch cúm A/H5N1 tại tỉnh Ninh Bình*”, 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 Kỹ Thuật, Hà Nội, tr.94-104.
9. Nguyễn Đức Lợi (2012), “*Nghiên cứu kiến thức và thực hành phòng chống dịch cúm A(H5N1) và cúm A(H1N1) của người dân huyện Phong Điền năm 2011*”, Luận án chuyên khoa II, Đại học Y Dược Huế.
10. Đặng Quốc Việt và cộng sự (2008), “*Kiến thức, Thái độ, Thực hành của người dân về phòng chống bệnh cúm A/H5N1 ở người tại 4 tỉnh Hà Nam, Hải Dương, Sóc Trăng, Long An*”, 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 Kỹ Thuật, Hà Nội, tr.21-28.

# **KIẾN THỨC, THÁI ĐỘ, THỰC HÀNH VỀ PHÒNG CHỐNG HIV/AIDS CỦA NAM QUAN HỆ TÌNH DỤC ĐỒNG GIỚI TẠI THÀNH PHỐ NHA TRANG, KHÁNH HÒA**

*Nguyễn Thị Quế Lâm  
Trung tâm Truyền thông GDSK tỉnh Khánh Hòa*

## **Tóm tắt nghiên cứu**

Kiến thức, thái độ và thực hành (KAP) phòng chống HIV/AIDS có ảnh hưởng rất lớn đến tình trạng lây nhiễm HIV, đặc biệt ở nhóm nam quan hệ tình dục đồng giới (MSM). Nghiên cứu này được thực hiện nhằm mô tả KAP về phòng chống HIV/AIDS của nhóm MSM tại thành phố Nha Trang, Khánh Hòa. Nghiên cứu áp dụng phương pháp mô tả cắt ngang kết hợp định lượng và định tính. Nghiên cứu định lượng sử dụng bộ câu hỏi thiết kế sẵn để phỏng vấn 230 MSM. Thông tin định tính thu thập qua phỏng vấn sâu và thảo luận nhóm với 24 MSM, 1 cán bộ cung cấp dịch vụ, 1 cán bộ phụ trách chương trình và 1 lãnh đạo Trung tâm Phòng chống HIV/AIDS.

Kết quả cho thấy tỷ lệ MSM có kiến thức đạt, thái độ tích cực và thực hành đạt lần lượt là 62,6%, 12,2%, 17,8%. Có tới 71,7% MSM cho rằng bản thân không có khả năng nhiễm HIV và 60% MSM không sẵn sàng tư vấn xét nghiệm HIV. 27,1% MSM không sử dụng bao cao su khi quan hệ tình dục qua hậu môn với bạn tình tự nguyện nam trong 1 tháng qua; 42,2% MSM chưa từng xét nghiệm HIV và 11,3% MSM đã xét nghiệm HIV nhưng không biết kết quả. Truyền thông qua các kênh phù hợp nhằm cải thiện KAP về phòng chống HIV/AIDS của MSM cần phải tiếp tục được tăng cường hơn nữa tại thành phố Nha Trang.

## **1. Đặt vấn đề**

Dịch HIV/AIDS đang là vấn đề y tế và xã hội nghiêm trọng trên toàn cầu. Tại Việt Nam, năm 2012 tỷ lệ nhiễm HIV trong nhóm nghiện chích ma túy (NCMT) là 13,4%, phụ nữ mại dâm (PNMD) là 3%, nhóm nam quan hệ tình dục đồng giới (MSM) là 16,7%[5]. Thành phố (TP) Nha Trang là địa bàn có tỷ lệ người nhiễm HIV cao nhất trong tỉnh Khánh Hòa. Nghiên cứu năm 2010 cho thấy tỷ lệ nhiễm HIV của nhóm MSM tại TP Nha Trang là 3,7%, tỷ lệ MSM luôn sử dụng bao cao su (BCS) khi quan hệ tình dục (QHTD) hậu môn với bạn tình nam chỉ là 13,3%, MSM có sử dụng BCS khi QHTD với bạn tình nữ là 32,5%, MSM được nhận dịch vụ tư vấn xét nghiệm HIV là 19,6%[4]. Từ năm 2006 đến nay,

trên địa bàn TP Nha Trang đã có một số hoạt động phòng chống HIV/AIDS được triển khai đến nhóm MSM. Chúng tôi tiến hành nghiên cứu này với mục tiêu mô tả kiến thức, thái độ, thực hành (KAP) về phòng chống HIV/AIDS của MSM tại TP Nha Trang, Khánh Hòa. Kết quả nghiên cứu sẽ giúp đưa ra những khuyến nghị can thiệp phù hợp để phòng chống HIV/AIDS đối với nhóm MSM đạt hiệu quả hơn trong thời gian tới.

## **2. Phương pháp nghiên cứu**

**2.1. Thiết kế nghiên cứu:** Mô tả cắt ngang kết hợp định lượng và định tính .

### **2.2. Đối tượng nghiên cứu**

- Nhóm nam quan hệ tình dục đồng giới (230 người).
- Cán bộ y tế cung cấp dịch vụ, cán bộ phụ trách chương trình và lãnh đạo Trung tâm Phòng chống HIV/AIDS.

### **2.3. Thời gian, địa điểm nghiên cứu**

- Thời gian: Tháng 3 - tháng 5 năm 2013.
- Địa điểm: TP. Nha Trang, tỉnh Khánh Hòa.

### **2.4. Phương pháp thu thập số liệu**

- Nghiên cứu định lượng: Phỏng vấn bằng bộ câu hỏi bán cấu trúc.
- Nghiên cứu định tính: phỏng vấn sâu (12 cuộc) và thảo luận nhóm (4 cuộc).

### **2.5. Phân tích số liệu:**

Số liệu định lượng được phân tích bằng phần mềm SPSS phiên bản 16.0, số liệu định tính được gỡ băng, mã hóa và phân tích theo chủ đề.

## **3. Kết quả nghiên cứu**

### **3.1. Đặc điểm đối tượng**

MSM tham gia nghiên cứu có độ tuổi từ 20 - 25 chiếm đa số ( 62,6%), tuổi thấp nhất là 18, cao nhất là 38; tuổi trung bình là 23. Nghề nghiệp lao động tự do chiếm 40,6%, nhân viên phục vụ, bán hàng 35,7%. Gần một nửa có trình độ học vấn THCS (46,1%). Tất cả đã từng có quan hệ tình dục (QHTD) với nam giới trong 1 tháng qua. Tuổi trung bình QHTD lần đầu của MSM tham gia nghiên cứu là  $18,2 \pm 1,93$  (tuổi thấp nhất là 15 và cao nhất là 28). Hơn một nửa MSM trong nghiên cứu này tự nhận dạng là bóng kín (65,2%); khoảng 1/4 tự nhận là đàn ông (24,8%). Đa số MSM tham gia nghiên cứu sinh sống tại TP Nha Trang từ 5 năm

trở lên (87,8%). Phần lớn MSM chưa lập gia đình (92,6%). Hơn một nửa MSM tiếp cận thông tin về HIV/AIDS qua ti vi (66,5%) và báo viết (50,9%). MSM tiếp cận thông tin phòng chống HIV trên internet , pano, tờ rơi rất thấp (0,4%).

### 3.2. Kiến thức về phòng chống HIV/AIDS

**Bảng 1: Kiến thức về phòng chống HIV/AIDS của MSM (n=230)**

TT	Kiến thức	Phân loại	Tần số	Tỷ lệ (%)
1	Luôn sử dụng BCS đúng cách mỗi lần QHTD làm giảm nguy cơ lây nhiễm HIV	Đúng	228	99,1
		Sai	02	0,9
2	Ăn uống chung hoặc ôm hôn người nhiễm HIV không thể lây nhiễm HIV	Đúng	207	90,0
		Sai	23	10,0
3	QHTD chung thủy với 1 bạn tình chung thủy không bị nhiễm HIV làm giảm nguy cơ lây nhiễm HIV	Đúng	201	87,4
		Sai	29	12,6
4	Một người trông khỏe mạnh có thể đã nhiễm HIV	Đúng	191	83,0
		Sai	39	17,0
5	Muỗi đốt hay côn trùng cắn không thể lây truyền HIV	Đúng	188	81,7
		Sai	42	18,3

Nhìn chung tỷ lệ MSM trả lời đúng cả 5 câu hỏi là khá cao, cao nhất là kiến thức về luôn sử dụng BCS đúng cách mỗi lần QHTD làm giảm nguy cơ lây nhiễm HIV (99,1%) và thấp nhất là về muỗi đốt hay côn trùng cắn không thể lây truyền HIV (81,7%).

Kết quả thảo luận nhóm cho thấy các kênh trên ti vi mà MSM tiếp cận tại nơi làm việc không có thông điệp phòng chống HIV/AIDS “..chỗ em làm việc (phục vụ cà phê) ti vi mở suốt ngày nhưng chỉ là mở phim, rồi ca nhạc hay đá banh....” (TLN 1, MSM).

Tỷ lệ tiếp cận nguồn internet để tìm kiếm thông tin phòng chống HIV/AIDS dành cho nhóm MSM chỉ là 0,4%. Các MSM tham gia TLN đã giải thích là vì “tụi em cũng có nghe nói về trang Nammen (trang chuyên thông tin phòng chống HIV/AIDS cho MSM), rồi thế giới thứ ba có nói về HIV nhưng tụi em ít vào xem lắm, vì tụi em dùng internet chủ yếu là để chat tìm trai đẹp (bạn tình) và hẹn hò là chính” (TLN 2, MSM).

### 3.3. Thái độ về phòng chống HIV/AIDS

**Bảng 2: Thái độ về phòng chống HIV/AIDS của MSM (n=230)**

TT	Thái độ	Phân loại	Tần số	Tỷ lệ (%)
1	Sử dụng BCS khi QHTD là có ích	Đồng ý	228	99,1
		Không đồng ý	02	0,9
2	Cần quan tâm đến tư vấn xét nghiệm HIV	Đồng ý	188	81,7
		Không đồng ý	42	18,3
3	Luôn ủng hộ người thân, bạn bè đi tư vấn xét nghiệm HIV tự nguyện	Đồng ý	149	64,8
		Không đồng ý	81	35,2
4	Sẵn sàng đi tư vấn xét nghiệm HIV tự nguyện	Đồng ý	92	40,0
		Không đồng ý	138	60,0
5	Bạn là người có khả năng nhiễm HIV	Đồng ý	65	28,3
		Không đồng ý	165	71,7

Tỷ lệ MSM sẵn sàng đi tư vấn xét nghiệm HIV tự nguyện chỉ là 40%. Tỷ lệ MSM cho rằng bản thân có nguy cơ lây nhiễm HIV là 28,3%.

Nguyên nhân MSM cho rằng bản thân mình có nguy cơ nhiễm HIV thấp là do đa phần họ có niềm tin vào sự khỏe mạnh, không bị nhiễm HIV của bạn tình. Kết quả nghiên cứu định tính cho thấy MSM chưa có thái độ đúng đắn với nguy cơ lây nhiễm HIV từ hành vi QHTD không an toàn của mình “...*em chỉ quan hệ với những trai trẻ vừa mới lớn nên em không dùng BCS...*” (PVS 3, MSM 32 tuổi). MSM còn có kiến thức không đúng cho rằng việc lây nhiễm HIV chủ yếu là QHTD với nữ giới qua đường âm đạo “..*em nghĩ quan hệ nam với nữ mới lây HIV chứ còn tại em nam với nam qua cái đó (hậu môn) có gì đâu mà lây..*” (TLN 1, MSM).

Lý do MSM không sẵn sàng đi xét nghiệm vì họ sợ đến những cơ sở VCT chung không dành riêng cho MSM như trước đây sẽ có thể bị người quen nhận ra và nghĩ rằng họ đã nhiễm HIV “..*trước đây có câu lạc bộ Muôn Sắc Màu dành riêng cho nhóm MSM...nên mỗi lần mình vận động đi xét nghiệm là các bạn đến rất thuận lợi...bây giờ muốn làm xét nghiệm phải đến các cơ sở VCT chung...nên các bạn cũng ngại..không muốn đến...*” (TLN 3, ĐĐV). Một số MSM chưa có

niềm tin vào quy trình xét nghiệm HIV, họ sợ nhân viên y tế tại cơ sở tư vấn xét nghiệm tự nguyện (VCT) có thể làm nhầm lẫn kết quả giữa người này và người khác “...*tại vì...nơi đó thử cho nhiều người...em sợ sẽ làm lộn kết quả với nhau..*” (PVS 2, MSM 25 tuổi ).

### 3.4. Thực hành phòng chống HIV/AIDS

Tỷ lệ MSM có sử dụng BCS trong QHTD hậu môn lần gần nhất với bạn tình tự nguyện (BTTN) nam là 56%.

Nghiên cứu định tính đã giải thích nguyên nhân tỷ lệ sử dụng BCS với BTTN nam thấp vì từ năm 2012 có sự thay đổi về chiến lược phân phát BCS từ miễn phí sang bán trợ giá “ *trước đây một thời gian dài mình phát BCS miễn phí rồi bây giờ dừng... chuyển sang bán ...em nghĩ cái gì cũng vậy...mình nên có thời gian để giải thích cho mấy bạn hiểu và dần dần họ sẽ thích nghi với sự thay đổi này..*” (TLN 3, ĐĐV).

**Bảng 3: Mức độ sử dụng BCS trong tháng qua với bạn tình nam**

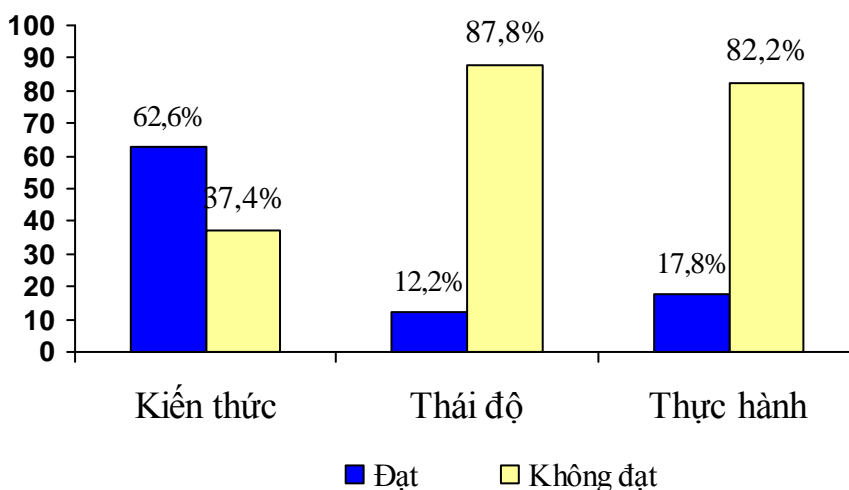
Mức độ Sử dụng BCS	Loại bạn tình nam					
	BTTN nam (n=218)		Khách hàng nam (n=34)		Mại dâm nam (n=25)	
	Tần số	Tỷ lệ (%)	Tần số	Tỷ lệ (%)	Tần số	Tỷ lệ (%)
Luôn luôn	26	11,9	12	35,3	09	30,6
Thường xuyên	40	18,3	08	23,5	04	16,0
Thỉnh thoảng	93	42,7	11	32,4	07	28,0
Không bao giờ	59	27,1	03	8,8	05	20,0

Mức độ sử dụng BCS thường xuyên khi QHTD với BTTN nam chỉ là 18,3%. Điều này là do MSM tin tưởng vào bạn tình, nhiều MSM chưa ý thức được rằng hành vi QHTD qua hậu môn không sử dụng BCS có nguy cơ rất cao trong việc lây nhiễm HIV, ngoài ra các MSM cho rằng do hiện nay BCS không còn được phát miễn phí, đồng thời chất lượng của BCS bán trợ giá làm họ chưa hài lòng “..*loại BCS mà tụi em mua với giá rẻ không tốt...lúc xài nó bị cản ở cái vòng cuốn...làm đau...*” (PVS 7, MSM 26 tuổi).

MSM tham gia nghiên cứu đã từng xét nghiệm HIV là 57,8%; Trong số đó, có 88,7% MSM có nhận kết quả xét nghiệm. Nghiên cứu định tính cho thấy một số MSM

đã nhận thức được lợi ích của việc xét nghiệm cũng như việc nhận kết quả. Tuy nhiên, vẫn còn nhiều MSM chủ quan cho rằng bản thân họ luôn an toàn, không có khả năng nhiễm HIV.

Các câu hỏi về kiến thức, thái độ và thực hành đều được tính điểm. Có 5 câu hỏi cho mỗi phần, nếu đối tượng trả lời đúng cả 5/5 câu hỏi của mỗi phần thì được đánh giá là kiến thức đạt, thái độ tích cực và thực hành đạt.



**Biểu đồ 1: Tỷ lệ MSM có kiến thức, thái độ, thực hành phòng chống HIV/AIDS đạt yêu cầu (n=230)**

Biểu đồ 1 cho thấy tỷ lệ MSM có kiến thức đạt là 62,6%, thái độ tích cực chỉ là 12,2% và thực hành đạt thấp là 17,8%

#### 4. Bàn luận

Độ tuổi trung bình của MSM tham gia nghiên cứu này là 23(23,66 + 3,82), trẻ hơn so với nghiên cứu IBBS Bộ Y tế năm 2009 tại Hải Phòng (30,5) và nghiên cứu của Tôn Thất Toàn năm 2010 tại TP Nha Trang (27,0)[1],[4]. Độ tuổi từ 20 - 29 trong nghiên cứu này chiếm tới 81,7%, vì vậy công tác truyền thông phòng chống HIV/AIDS cho nhóm MSM tại TP Nha Trang cần ưu tiên cho độ tuổi này.

Nhiều MSM tham gia nghiên cứu này làm nghề lao động tự do (40,6%), cao hơn so với nghiên cứu IBBS năm 2009 tại Cần Thơ (16,7%) và Hải Phòng (25,4%)[1]. Với độ tuổi trẻ và làm các nghề tự do, di biến động cao, điều này có thể dẫn tới khả năng tiếp cận thông tin phòng chống HIV/AIDS của họ không cao, đây là một sự thách thức đối với công tác truyền thông thay đổi hành vi và cung cấp các dịch vụ phòng chống HIV/AIDS đến nhóm MSM.



**Kiến thức:** tỷ lệ MSM có kiến thức đạt trong nghiên cứu này là 62,6%, so sánh với nghiên cứu của Bộ Y tế (IBBS) năm 2009 tỷ lệ này thấp hơn ở Hà Nội (79%), nhưng cao hơn Cần Thơ (51%) và Hải Phòng (41%)[1]. Nguyên nhân MSM còn thiếu nhiều kiến thức về phòng chống HIV/AIDS là do thiếu sự tiếp cận nguồn thông tin trực tiếp (62,2% ), và kênh truyền thông đại chúng thấp. Đặc biệt, đối với tỷ lệ tiếp cận thông tin phòng chống HIV/AIDS trên internet chỉ có 0,4%, điều này cho thấy cần có nhiều giải pháp để tăng cường kênh truyền thông đại chúng và thu hút MSM quan tâm tìm truy cập thông tin phòng chống HIV/AIDS trên internet trong thời gian tới.

Tỷ lệ trả lời sai về muỗi đốt hay côn trùng cắn có thể lây truyền HIV là 18,3%, thấp hơn nhiều so với nghiên cứu của Shiman Ruan tại tỉnh Tế Nam, Trung Quốc năm 2008 (65,2%) và của Tôn Thất Toàn năm 2010 (65,4%)[4],[6]. Tuy nhiên, những kiến thức chúng tôi đưa ra khảo sát là những kiến thức thông thường cần biết và tương đối đơn giản về HIV. Để quyết định được sự thay đổi về các hành vi nguy cơ cá nhân, đòi hỏi MSM phải có kiến thức sâu hơn về HIV như nhận thức về mức độ trầm trọng của sự lây nhiễm HIV trong nhóm MSM; nguy cơ đường lây truyền HIV. Với tỷ lệ 37,4% MSM có kiến thức cơ bản không đạt, điều này cho thấy đây vẫn là một thách thức đối với các hoạt động can thiệp phòng chống HIV trên nhóm MSM tại TP Nha Trang.

**Thái độ:** tỷ lệ trả lời các câu hỏi về thái độ phòng chống HIV/AIDS của MSM trong nghiên cứu này không giống nhau, nó phụ thuộc vào nhận thức các yếu tố nguy cơ của bản thân của mỗi MSM. Tỷ lệ MSM cho rằng bản thân có nguy cơ lây nhiễm HIV là 28,3%, tỷ lệ này khá tương đồng so với nghiên cứu IBBS năm 2009 tại Hải Phòng (25,8%), và Cần Thơ (30,9%), thấp hơn so với tại Hà Nội (40,9%) và TP HCM (43,9%)[1]. Giải thích vì sao tỷ lệ này thấp đa phần MSM cho rằng họ có niềm tin vào sự khỏe mạnh, không bị nhiễm HIV của bạn tình. Một nguyên nhân nữa là do các MSM còn nghĩ rằng việc lây nhiễm HIV chủ yếu là QHTD với nữ giới qua đường âm đạo, còn QHTD qua hậu môn thì không lây.

Tỷ lệ MSM sẵn sàng đi tư vấn xét nghiệm HIV tự nguyện chỉ là 40%, chưa bằng một nửa so với nghiên cứu của Tôn Thất Toàn năm 2010 là 98,5%[4]. Các đồng đẳng viên đã lý giải điều này là do trước đây có câu lạc bộ dành riêng cho nhóm MSM tại TP Nha Trang nên việc xét nghiệm dễ dàng hơn so với hiện nay. Một lý do nữa là MSM chưa có niềm tin vào quy trình xét nghiệm HIV, họ

còn sợ nếu có đông người đến xét nghiệm HIV thì nhân viên y tế tại cơ sở VCT đó có thể làm nhầm lẫn kết quả giữa người này và người khác.

Để có sự thay đổi về thái độ sẵn sàng đi tư vấn xét nghiệm HIV tự nguyện của MSM, đòi hỏi các thông điệp truyền thông không chỉ dừng lại về mặt ích lợi mà phải tạo được lòng tin của MSM đối với quy trình VCT.

**Thực hành:** Tỷ lệ MSM không sử dụng BCS đối với BTTN nam khi QHTD lần gần nhất trong nghiên cứu này là 44,0; lý do không sẵn có BCS là 39,4%; tỷ lệ này thấp hơn so với nghiên cứu của Tôn Thất Toàn năm 2010 là 57,6%[4]. Lý do tỷ lệ này thấp vì sự chủ quan của MSM trong việc đánh giá bạn tình như bạn tình nhỏ tuổi, chưa QHTD, chưa từng có triệu chứng bệnh HIV/AIDS trong thời gian dài.

MSM có sử dụng BCS trong QHTD hậu môn lần gần nhất với bạn tình tự nguyện (BTTN) nam có tỷ lệ 56%. Tỷ lệ này khá tương đồng với nghiên cứu IBBS năm 2009 tại Hải Phòng (52,9%) và TP HCM (52,3%), thấp hơn nhiều tỉnh, thành phố trong giám sát trọng điểm HIV/AIDS (HSS+) năm 2011 như tại Hải Dương (68%), An Giang (76,5%) và Đà Nẵng (91%)[1],[ 3]. Mức độ sử dụng BCS thường xuyên khi QHTD với BTTN nam là 18,3%, thấp hơn đáng kể so với nghiên cứu của IBBS năm 2009 tại Cần Thơ (39,7%), Hải Phòng (41,6%), Hà Nội (51,1%) và thấp hơn cả nghiên cứu của Tôn Thất Toàn năm 2010 (32,7%) tại Khánh Hòa [1],[4].

Tỷ lệ MSM đã xét nghiệm HIV và biết kết quả xét nghiệm ở nghiên cứu chúng tôi là 88,7%, cao hơn nhiều so với các tỉnh, thành phố trong nghiên cứu giám sát trọng điểm HIV/AIDS (HSS+) năm 2011 như tại Hải Dương (9,3%), An Giang (37,5%) và Đà Nẵng (78,3%)[3]. Tỷ lệ này cao là do một số MSM đã nhận thức được lợi ích của việc xét nghiệm cũng như việc nhận kết quả.

Trong nghiên cứu này, tỷ lệ MSM có kiến thức đạt, thái độ tích cực, thực hành đạt lần lượt là 62,6%, 12,2% và 17,8%. Các tỷ lệ này dường như là khá hợp lý so với lý thuyết về thay đổi hành vi. Với tỷ lệ thực hành đạt gần 1/5 trong nghiên cứu này, đây là một tỷ lệ khá thấp so với kỳ vọng của chương trình mục tiêu quốc gia phòng, chống HIV/AIDS giai đoạn 2012-2015, mục tiêu chương trình đặt ra là 50% đối tượng có hành vi nguy cơ cao có xét nghiệm HIV và biết kết quả xét nghiệm [2].

## 5. Kết luận

Tỷ lệ MSM có KAP đạt yêu cầu còn khá thấp tương ứng chỉ là 62,6%; 12,2%; và 17,8%.

Gần 20% MSM không biết rằng một người trông khỏe mạnh có thể đã nhiễm HIV và muỗi đốt hay côn trùng cắn không thể lây truyền HIV. Gần 72% MSM cho rằng bản thân không có khả năng nhiễm HIV và 60% MSM không sẵn sàng tư vấn xét nghiệm HIV. Còn tới hơn 27% MSM không sử dụng BCS khi QHTD qua hậu môn với BTTN nam trong 1 tháng qua và 42% MSM chưa từng xét nghiệm HIV.

## 6. Khuyến nghị

Chương trình phòng chống HIV/AIDS tại TP Nha Trang cần tiếp tục tăng cường hoạt động truyền thông phòng chống HIV/AIDS với thông điệp phù hợp trong nhóm MSM, thúc đẩy tính sẵn có và đa dạng của BCS tại các cơ sở vui chơi giải trí có MSM. Cần chú trọng về đảm bảo tính bảo mật của thông tin đồng thời nâng cao chất lượng công tác tư vấn trước xét nghiệm.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2011), *Báo cáo kết quả chương trình giám sát kết hợp hành vi và các chỉ số sinh học HIV/STI (IBBS) tại Việt Nam, vòng II, 2009*.
2. Bộ Y tế (2013), *Quyết định số 1720/QĐ-BYT, ngày 17 tháng 5 năm 2013 về việc phê duyệt các dự án thuộc Chương trình mục tiêu quốc gia Phòng, chống HIV/AIDS giai đoạn 2012-2015*.
3. Cục phòng chống HIV/AIDS (2012), *Báo cáo mở rộng chương trình thí điểm lồng ghép một số câu hỏi hành vi vào chương trình giám sát trọng điểm HIV/STI trong các nhóm nguy cơ cao ở Việt Nam năm 2011 (HSS+), Hà Nội*.
4. Tôn Thất Toàn (2011), *Nghiên cứu tình hình nhiễm HIV ở nhóm nam quan hệ tình dục đồng giới tỉnh Khánh Hòa năm 2010*, Luận án chuyên khoa cấp II, Đại học Y Dược Huế.
5. Ủy ban Quốc gia phòng chống AIDS và phòng chống tệ nạn ma túy mại dâm (2012), *Báo cáo tiến độ phòng chống AIDS Việt Nam, Hà Nội*, tr.6-12.
6. Shiman Ruan (2008), *"HIV Prevalence and Correlates of Unprotected Anal Intercourse Among Men Who Have Sex with Men, Jinan, China, AIDS Behavior"*, pp. 471-472.

# **ĐÁNH GIÁ THỰC TRẠNG KIẾN THỨC VÀ THÁI ĐỘ THỰC HÀNH VỀ PHÒNG CHỐNG SUY DINH DƯỠNG TRẺ EM Ở PHỤ NỮ NUÔI CON DƯỚI 5 TUỔI TẠI XÃ VÂN KHÁNH, HUYỆN AN MINH**

*BSCKII. Bùi Kim Chiên, CN. Trần Hữu Lộc,  
CN. Nguyễn Quốc Oai, CN. Lâm Vĩ Hằng  
Trung tâm Truyền thông GDSK tỉnh Kiên Giang*

## **Tóm tắt nghiên cứu**

Với mục tiêu xác định tỷ lệ phụ nữ có con dưới 5 tuổi có kiến thức, thái độ thực hành đúng về phòng, chống suy dinh dưỡng (SDD) và các yếu tố ảnh hưởng, chúng tôi tiến hành nghiên cứu mô tả cắt ngang đề tài “*Đánh giá thực trạng kiến thức và thái độ thực hành về phòng chống suy dinh dưỡng trẻ em ở phụ nữ nuôi con dưới 5 tuổi tại xã Vân Khánh, huyện An Minh*” từ tháng 4 - 10/2014. Kết quả cho thấy tỷ lệ bà mẹ có con dưới 5 tuổi có kiến thức tốt về phòng, chống SDD đạt 86,94%; thái độ thực hành tốt đạt 84,66%. Các bà mẹ đưa trẻ đi uống vitamin A chiếm tỷ lệ 98% nhưng chỉ có 52% tham dự các buổi hướng dẫn thực hành nấu ăn bổ sung cho trẻ và 42,5% đưa trẻ đi cân theo định kỳ; tỷ lệ bà mẹ đưa trẻ đi tiêm chủng theo lịch đạt thấp 61,5%. Đa số bà mẹ trong độ tuổi từ 21-30 (chiếm 66%); Số bà mẹ đã học từ bậc tiểu học trở lên chiếm 89%, nhưng vẫn còn 11% bà mẹ mù chữ; 89,5% trẻ cai sữa trước 24 tháng tuổi. Nguồn thông tin phòng, chống SDD mà các bà mẹ được tiếp cận là từ tivi (79,5%); cán bộ y tế, đoàn thể (66,5%); cộng tác viên (56%); áp phích, tờ rơi (56%); đài phát thanh, truyền thanh (54%); bạn bè, người thân (53,5%); sách, báo (25%). Có 5% bà mẹ chưa từng nghe thông tin về phòng chống SDD.

## **1. Đặt vấn đề**

Dinh dưỡng có vai trò quan trọng trong việc hình thành, phát triển cơ thể và giữ gìn sức khỏe con người. Ở mỗi thời kỳ phát triển đời người, nhu cầu về dinh dưỡng hoàn toàn khác nhau. Việc đáp ứng nhu cầu ấy phải luôn luôn được chú ý, vì đó là nền tảng của sức khỏe. Điều này càng đặc biệt quan trọng đối với trẻ nhỏ, vì các sai lầm về dinh dưỡng trong giai đoạn ấu thơ gây hậu quả nghiêm trọng và không thể phục hồi kéo dài suốt đời. Khi nhu cầu dinh dưỡng bình thường của cơ thể không được đáp ứng đầy đủ thì sẽ gây nên bệnh lý suy dinh dưỡng.

Một xã hội có tỉ lệ SDD cao làm tăng gánh nặng về y tế, giảm sức lao động xã hội, thu nhập quốc dân, hạn chế sự phát triển xã hội. SDD trẻ em dưới 5 tuổi ảnh hưởng nghiêm trọng đến chiều cao và khả năng lao động ở lứa tuổi trưởng thành, góp phần làm tăng tỉ lệ mắc một số bệnh ở trẻ em, ảnh hưởng đến sự phát triển và trí tuệ của trẻ, 54% trường hợp tử vong ở trẻ dưới 5 tuổi có liên quan tới tình trạng SDD của trẻ.

Thực hiện Chiến lược quốc gia về dinh dưỡng, trong những năm qua Kiên Giang đã không ngừng nỗ lực thực hiện công tác phòng chống SDD trẻ em, qua đó đã hạ thấp đáng kể tỉ lệ SDD trẻ em thể nhẹ cân (cân nặng theo tuổi) dưới 5 tuổi, từ 28,1% năm 2001 xuống còn 16,0% năm 2011. Tuy nhiên, điều đáng lo ngại là tỷ lệ SDD thể thấp còi (chiều cao theo tuổi) vẫn còn ở mức độ cao (năm 2001: 28,4% xuống còn 26,8 % vào năm 2011). Để tìm hiểu nguyên nhân vì sao tỷ lệ SDD ở trẻ em dưới 5 tuổi ở Kiên Giang vẫn còn cao, mối liên quan giữa tình trạng SDD của trẻ dưới 5 tuổi và kiến thức, thái độ thực hành của các bà mẹ như thế nào, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài “*Đánh giá thực trạng kiến thức và thái độ thực hành về phòng chống suy dinh dưỡng trẻ em ở phụ nữ nuôi con dưới 5 tuổi tại xã Vân Khánh, huyện An Minh*”.

## 2. Mục tiêu

1. Xác định tỷ lệ phụ nữ có con dưới 5 tuổi có kiến thức, thái độ, thực hành đúng về phòng chống suy dinh dưỡng.
2. Xác định các yếu tố ảnh hưởng đến kiến thức, thái độ thực hành đúng về phòng chống suy dinh dưỡng.

## 3. Phương pháp nghiên cứu

**3.1. Đối tượng nghiên cứu:** Các bà mẹ có con dưới 5 tuổi.

**3.2. Địa điểm và thời gian**

- Địa điểm: xã Vân Khánh, huyện An Minh, tỉnh Kiên Giang
- Thời gian: Từ tháng 4 - 10 năm 2014.

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

**3.4. Cỡ mẫu nghiên cứu**

Áp dụng công thức tính cỡ mẫu cho ước lượng một tỉ lệ:

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

Với: n : cỡ mẫu

Z : trị số từ phân phối chuẩn.

$\alpha$  : xác suất sai lầm loại 1 ( $\alpha = 0,05$ ).

P : độ lớn của kết quả mong đợi ( $p = 0,15$ ) (Tỉ lệ SDD trẻ em tỉnh Kiên Giang năm 2012 là 15,4% lấy tròn là 0,15).

d : sai số cho phép ( $d = 0,05$ ).

Tính được  $n = 178$ , thêm 10% dự phòng cho các trường hợp mất mẫu do bỏ cuộc là 18 mẫu. Tổng số bà mẹ được khảo sát là  $178 + 18 = 196$ , làm tròn 200 mẫu.

- Phương pháp chọn mẫu: ngẫu nhiên hệ thống.
- Khung mẫu: danh sách trẻ em dưới 5 tuổi do cán bộ Chương trình Dinh dưỡng quản lý tại Trạm Y tế xã đã được đánh số thứ tự.

**3.5. Phương pháp xử lý và phân tích số liệu:** Nhập số liệu bằng phần mềm EpiData 3.1. Phân tích số liệu bằng phần mềm SPSS.

## **4. Kết quả nghiên cứu**

### **4.1. Thông tin chung về đối tượng nghiên cứu**

Trong số 200 bà mẹ tham gia nghiên cứu có độ tuổi từ 21-30 chiếm 66%, trên 30 tuổi chiếm 21%, 13% bà mẹ dưới 20 tuổi. Về trình độ học vấn có 39% bà mẹ học trung học cơ sở, 30% học tiểu học, 15% tốt nghiệp trung học phổ thông, 5% học trung học, cao đẳng hoặc cao hơn và 11% bị mù chữ. Về nghề nghiệp có 27% các bà mẹ làm buôn bán, dịch vụ; 25% làm nông/lâm/ngư nghiệp; 23% thất nghiệp hoặc làm nội trợ; 15% đi làm thuê; số bà mẹ làm công nhân và cán bộ, viên chức nhà nước chỉ chiếm 5% ở mỗi nhóm. Mức thu nhập từ 3.000.000đ đến dưới 4.000.000đ/tháng, chiếm 37,5%; có 33,5% bà mẹ có thu nhập trên 4.000.000đ/tháng; diện hộ nghèo, cận nghèo chiếm 0,5%.

### **4.2. Kiến thức phòng, chống suy dinh dưỡng của các bà mẹ**

**Bảng 1: Kiến thức đúng về chăm sóc trẻ phòng, chống suy dinh dưỡng (n=200)**

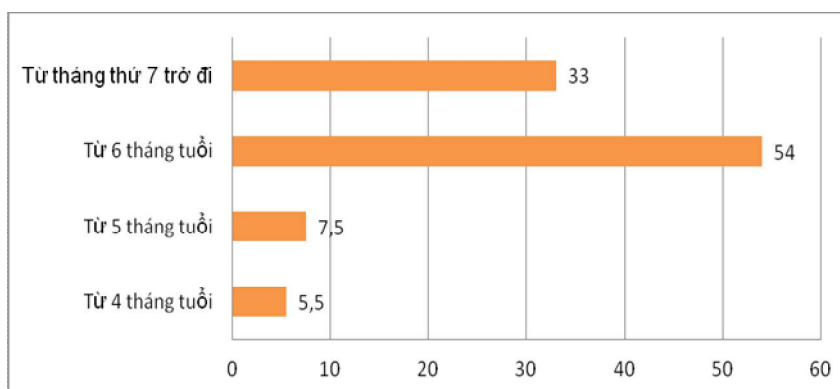
<b>TT</b>	<b>Nội dung</b>	<b>Tần số</b>	<b>Tỉ lệ (%)</b>
1	Sữa non có nhiều viatamin A giúp trẻ phòng bệnh nhiễm khuẩn và khô mắt	185	92,50
2	Ngay sau đẻ, cần cho trẻ uống nước đường, nước cam thảo hoặc sữa bò để trẻ không bị đói	73	36,50
3	Cho trẻ bú thường xuyên và bú theo nhu cầu của trẻ	198	99,00
4	Khi trẻ trên 6 tháng tuổi, ngoài sữa mẹ cần cho trẻ ăn bổ sung	192	96,00
5	Ăn bổ sung quá sớm hoặc quá muộn sẽ làm cho trẻ chậm lớn, SDD	142	71,00
6	Nên cho trẻ ăn hoa quả để thay thế rau xanh	82	41,00
7	Khi trẻ bị bệnh cần được bú mẹ đầy đủ để trẻ mau khỏi bệnh	193	96,50
8	Không nên cho trẻ ăn rau, rau không phải là chất bổ và dễ gây tiêu chảy	35	17,50
9	Khi trẻ bị bệnh tiêu chảy cần phải cử ăn	154	77,00

Hầu hết các bà mẹ có kiến thức đúng về việc sữa non có nhiều vitamin A giúp trẻ phòng bệnh nhiễm khuẩn và khô mắt (92,5%), cho trẻ bú thường xuyên và bú theo yêu cầu của trẻ (99%); khi trẻ trên 6 tháng tuổi, ngoài sữa mẹ cần cho trẻ ăn bổ sung (96%); ăn bổ sung quá sớm hoặc quá muộn sẽ làm cho trẻ chậm lớn, SDD (71%). Có 82% bà mẹ cho rằng không nên cho trẻ ăn rau và 59% cho rằng không nên cho trẻ ăn hoa quả để thay thế rau xanh. Tỷ lệ các bà mẹ biết khi trẻ bị bệnh cần được bú mẹ đầy đủ để trẻ mau khỏi bệnh là 96,5%.

**Bảng 2: Kiến thức đúng về chăm sóc phụ nữ mang thai (n=200)**

TT	Nội dung	Tần số (n)	Tỉ lệ (%)
1	Khi có thai, người mẹ cần ăn uống đầy đủ để đảm bảo mức tăng cân	198	99,00
2	Khi có thai nếu được ăn uống đầy đủ không cần phải uống viên sắt để phòng bệnh thiếu máu	61	30,50
3	Những thực phẩm giàu chất sắt như các loại hoa quả chín có màu vàng cam (đu đủ, xoài, cà chua, bí đỏ...)	183	91,50
4	Bà mẹ nên ăn uống đầy đủ, nghỉ ngơi thoải mái, đồng thời cho trẻ bú nhiều thì sẽ tiết sữa nhiều	185	92,50
5	Rau xanh và quả chín là những nguồn cung cấp vitamin A và khoáng chất	17	8,50

Tỷ lệ các bà mẹ tham gia nghiên cứu có kiến thức đúng về việc khi có thai, người mẹ cần ăn uống đầy đủ để đảm bảo mức tăng cân là 99%, những thực phẩm giàu chất sắt như các loại hoa quả chín có màu vàng cam” 91,5%, bà mẹ nên ăn uống đầy đủ, nghỉ ngơi thoải mái, đồng thời cho trẻ bú nhiều thì sẽ tiết sữa nhiều là 92,5%.



**Biểu đồ 1: Thời điểm bắt đầu cho trẻ ăn bổ sung**

Có 33% bà mẹ có kiến thức đúng về thời điểm bắt đầu cho trẻ ăn bổ sung. Đa số bà mẹ cho trẻ ăn bổ sung từ 6 tháng tuổi chiếm 54%. Có 5,5% bà mẹ cho trẻ ăn bổ sung từ 4 tháng tuổi.

#### **4.3. Thực hành phòng chống suy dinh dưỡng của các bà mẹ**

**Bảng 3: Phụ nữ cho trẻ bú sớm sau khi sinh (n=200)**

<b>Nội dung</b>	<b>Số lượng</b>	<b>Tỉ lệ (%)</b>
Ngay sau sinh 30 phút	153	76,50
Từ 30 phút đến 1 giờ	17	8,50
Sau 1 giờ	10	5,00
Sau 2 giờ	13	6,50
Không biết	7	3,50

Tỷ lệ bà mẹ cho bú ngay sau sinh 30 phút chiếm 76,50%, từ 30 phút đến 1 giờ chiếm 8,5%. Có 6,5% cho trẻ bú sau 2 giờ và 3,5% không biết hoặc không nhớ rõ.

**Bảng 4: Thời gian cai sữa (n=200)**

<b>Thời gian</b>	<b>Số lượng</b>	<b>Tỉ lệ (%)</b>
Dưới 12 tháng tuổi	116	58,00
Từ 12 đến dưới 24 tháng tuổi	63	31,50
Từ 24 tháng tuổi trở đi	21	10,50

Chỉ có 10,5% bà mẹ cai sữa khi trẻ từ 24 tháng tuổi trở đi, 58% bà mẹ cai sữa khi trẻ dưới 12 tháng tuổi và 31,5% cai sữa khi trẻ từ 12 đến dưới 24 tháng tuổi.

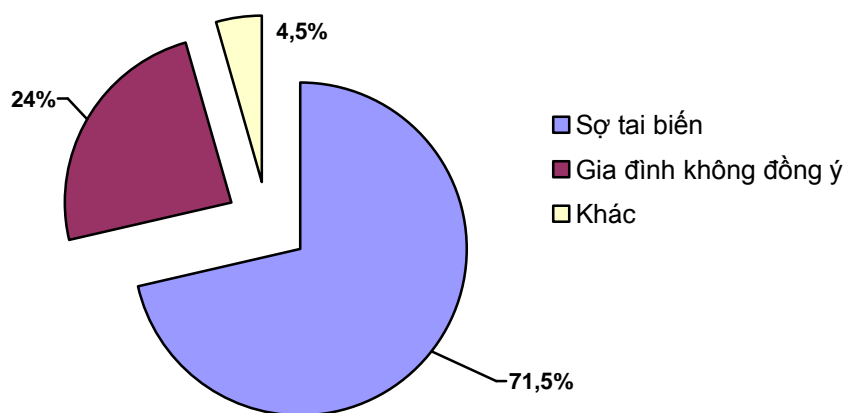
**Bảng 5: Phối hợp các nhóm thực phẩm cho trẻ (n=200)**

<b>Nhóm thực phẩm</b>	<b>Số lượng</b>	<b>Tỉ lệ (%)</b>
Chất bột	33	16,50
Chất bột và chất đạm	26	13,00
Chất bột và rau xanh	10	5,00
Chất bột và chất béo	15	7,50
Phối hợp 4 nhóm thực phẩm	182	91,00



91% bà mẹ biết phối hợp 4 nhóm thực phẩm cho trẻ, 16,5% bà mẹ cho trẻ ăn dặm chỉ có chất bột, 13% có phối hợp chất bột và chất đạm, 7,5% phối hợp chất bột và chất béo và chỉ có 5% phối hợp chất bột với rau xanh.

Có 42,5% bà mẹ đưa trẻ đi cân theo định kỳ; 40% cân không theo định kỳ và 17,5% không cân. Số bà mẹ dự các buổi hướng dẫn thực hành nấu ăn bổ sung cho trẻ là 52%. Có 61,5% bà mẹ đưa trẻ đi tiêm chủng theo lịch. Bà mẹ đưa trẻ đi uống vitamin A chiếm tỷ lệ cao (98%), chỉ có 2% không đưa trẻ đi uống vitamin A.



## Biểu đồ 2: Nguyên nhân bà mẹ không đưa trẻ đi tiêm chủng theo lịch

Các bà mẹ sợ tai biến nên không đưa trẻ đi tiêm theo lịch chiếm 71,5%; 24% gia đình không đồng ý cho bà mẹ không đưa trẻ đi tiêm chủng và 4,5% do nguyên nhân khác.

## 4.4. Nguồn cung thông tin phòng, chống suy dinh dưỡng mà bà mẹ tiếp cận

**Bảng 6: Nguồn thông tin về phòng chống SDD mà các bà mẹ được tiếp cận**

Nguồn thông tin	Tần số (n=200)	Tỷ lệ (%)
Chưa từng nghe	10	5,00
Tivi	159	79,50
Đài phát thanh, truyền thanh	108	54,00
Sách, báo	50	25,00
Cán bộ y tế, đoàn thể	133	66,50
Tình nguyện viên	112	56,00
Bạn bè, người thân	107	53,50
Áp phích, tờ rơi	112	56,00

Nguồn thông tin phòng, chống SDD mà các bà mẹ được tiếp cận theo thứ tự từ cao đến thấp là từ tivi 79,5%; cán bộ y tế, đoàn thể 66,5%; cộng tác viên 56%; áp phích, tờ rơi 56%; đài phát thanh, truyền thanh 54%; bạn bè, người thân 53,5%; sách, báo 25%. Có 5% bà mẹ chưa từng nghe đến thông tin này.

## **5. Bàn luận**

### ***5.1. Đặc điểm xã hội của đối tượng nghiên cứu***

Đa số bà mẹ có con dưới 5 tuổi trong độ tuổi từ 21-30 chiếm 66%, số bà mẹ dưới 20 tuổi chỉ chiếm 13%. Điều này cho thấy các bà mẹ có đầy đủ “độ chín” để lập gia đình và chăm sóc trẻ nhỏ theo khuyến cáo.

Về trình độ học vấn: vẫn còn 11% bà mẹ bị mù chữ - đây là yếu tố trở ngại cho các bà mẹ trong việc tiếp cận nguồn thông tin phòng, chống SDD.

Nghề nghiệp của các bà mẹ đa số ở nhóm buôn bán, dịch vụ (27%); nông, lâm, ngư nghiệp (25%); làm thuê 15%; công nhân 5%; cán bộ, viên chức nhà nước 5%. Ở các nhóm này, bà mẹ phải đi làm bên ngoài nhà từ 5 - 7 ngày/tuần nên việc thường xuyên chăm sóc trẻ gặp khó khăn, trong khi ở vùng này chưa có nhà trẻ. Họ phải nhờ sự hỗ trợ từ những người thân trong gia đình, dẫn đến 89,5% trẻ bị cai sữa trước 24 tháng tuổi. Chỉ có 23% bà mẹ bị thất nghiệp hoặc làm nội trợ là có điều kiện chăm sóc trẻ thường xuyên. Do vậy chương trình phòng, chống SDD cần hướng tới các nhóm đối tượng như người chăm sóc trẻ khi bà mẹ đi làm.

Kết quả điều tra cũng cho thấy thu nhập của các bà mẹ không phải là yếu tố chính dẫn đến SDD ở trẻ em. Đa số bà mẹ có thu nhập từ 3 đến trên 4 triệu đồng/tháng chiếm 71%; chỉ có 0,5% thuộc diện hộ nghèo, cận nghèo.

Gia đình, bạn bè, người thân, cán bộ y tế, đoàn thể, CTV, truyền thông đại chúng là những nguồn thông tin chính về phòng, chống SDD cung cấp cho các bà mẹ. Có đến 79,5% được biết đến các biện pháp phòng, chống SDD khi xem tivi, và 54% từ đài phát thanh, truyền thanh. Do vậy, cần đặt truyền thông đại chúng là một kênh quan trọng và nên tiếp tục phát triển như một chiến lược truyền thông thay đổi hành vi. 66,5% bà mẹ được nhận lời khuyên về dinh dưỡng từ cán bộ y tế, đoàn thể; 56% từ CTV; 53,5% từ bạn bè, người thân, đã khẳng định vai trò quan trọng của đối tượng ưu tiên trong chiến lược truyền thông. Bên cạnh đó tài liệu truyền thông (áp phích, tờ rơi) đã góp phần cho 56% bà mẹ thay đổi hành vi trong phòng, chống SDD.

## **5.2. Kiến thức phòng, chống suy dinh dưỡng của các bà mẹ**

Nhìn chung kiến thức phòng, chống SDD của các bà mẹ ở mức hợp lý. Tỷ lệ bà mẹ cho trẻ bú sớm trong vòng 1 giờ sau khi sinh chiếm 85%. Theo khảo sát của Viện Dinh dưỡng tại 11 tỉnh Dự án, tỷ lệ này là 50,5%. Mặc dù chỉ có 33% bà mẹ nuôi con bằng sữa mẹ hoàn toàn trong 6 tháng đầu, nhưng so với khảo sát của Viện Dinh dưỡng tại 11 tỉnh Dự án (20,2%) thì tỷ lệ này cao hơn. Thay vì cho trẻ bú mẹ hoàn toàn trong 6 tháng đầu, đa số bà mẹ cho trẻ uống thêm nước, sữa bột và ăn bổ sung từ 6 tháng tuổi (54%). Có 5,5% bà mẹ cho trẻ ăn bổ sung từ 4 tháng tuổi.

Do đa phần các bà mẹ phải làm nông, lâm, ngư nghiệp; buôn bán, dịch vụ, việc đi làm trở lại trước 6 tháng sau sinh đã cản trở nuôi con bằng sữa mẹ hoàn toàn, thời điểm cai sữa khi trẻ từ 24 tháng tuổi trở đi chiếm tỷ lệ khá thấp (10,5%), thấp hơn khảo sát của Viện Dinh dưỡng tại 11 tỉnh Dự án là 18,2%. Có 58% bà mẹ cai sữa khi trẻ dưới 12 tháng tuổi và 31,5% cai sữa khi trẻ từ 12 đến dưới 24 tháng tuổi. Kết quả này cho thấy các bà mẹ không phải chăm sóc trẻ một mình mà họ còn nhận được sự hỗ trợ từ người khác.

Tuy còn hạn chế trong việc nuôi con bằng sữa mẹ nhưng kiến thức bà mẹ về chăm sóc trẻ phòng, chống SDD đạt tỷ lệ rất cao. Hầu hết các bà mẹ đều có kiến thức đúng về việc sữa non có nhiều vitamin A giúp trẻ phòng bệnh nhiễm khuẩn và khô mắt (92,5%), cho trẻ bú thường xuyên và bú theo yêu cầu của trẻ (99%); khi trẻ trên 6 tháng tuổi, ngoài sữa mẹ cần cho trẻ ăn bổ sung (96%); ăn bổ sung quá sớm hoặc quá muộn sẽ làm cho trẻ chậm lớn, SDD (71%), khi trẻ bị bệnh cần được bú mẹ đầy đủ để trẻ mau khỏi bệnh (96,5%).

Trong điều tra này, kiến thức bà mẹ về sự phối hợp đa dạng các nhóm thực phẩm trong thức ăn bổ sung cho trẻ chiếm 91%, cao hơn so với khảo sát của VDD tại 11 tỉnh Dự án là 82,6%; 16,5% bà mẹ cho trẻ ăn dặm có phối hợp gạo hoặc bột; 13% có phối hợp đạm; 7,5% phối hợp dầu mỡ và chỉ có 5% phối hợp với rau xanh. Điều này cũng lý giải cho câu hỏi vì sao vẫn còn 82% bà mẹ cho rằng không nên cho trẻ ăn rau, vì rau không phải là chất bổ, dễ gây tiêu chảy và 59% không nên cho trẻ ăn hoa quả để thay thế rau xanh.

Mặc dù Chương trình Dinh dưỡng đã có nhiều nỗ lực trong việc giáo dục và nâng cao nhận thức của cộng đồng về phòng, chống SDD. Tuy nhiên kiến thức chăm sóc phụ nữ mang thai không đồng đều ở đối tượng nghiên cứu. Đa số bà mẹ có kiến thức đúng về việc khi có thai, người mẹ cần ăn uống đầy đủ để đảm bảo mức tăng cân (99%); bà mẹ nên ăn uống đầy đủ, nghỉ ngơi thoải mái, đồng thời

cho trẻ bú nhiều thì sẽ tiết sữa nhiều (92,5%); Những thực phẩm giàu chất sắt như các loại hoa quả chín có màu vàng cam (đu đủ, xoài, cà chua, bí đỏ...)

Mặc dù tỷ lệ bà mẹ cân trẻ chiếm 82,5%, nhưng việc đưa trẻ đi cân theo định kỳ chỉ đạt 42,5%, có 40% cân trẻ không theo định kỳ và 17,5% không cân. Mặt khác, tỷ lệ bà mẹ được dự các buổi hướng dẫn thực hành nấu ăn bổ sung cho trẻ không chênh lệch nhiều so với số bà mẹ không tham dự 52%/48%.

Tiêm chủng mở rộng và cho trẻ đi uống vitamin A là những yếu tố giúp phòng chống SDD ở trẻ em. Điều tra cho thấy tỷ lệ đưa trẻ đi uống vitamin A chiếm khá cao (98%), tuy nhiên những tác động không mong muốn của việc tiêm vắc xin ở nước ta trong thời gian qua đã ảnh hưởng bất lợi đến việc phòng, chống SDD trẻ em. Tỷ lệ đưa trẻ đi tiêm chủng theo lịch đạt thấp (61,5%), có 38,5% trẻ không được tiêm chủng theo lịch. Có thể nói tai biến tiêm chủng là nguyên nhân chính khiến 71,5% bà mẹ không đưa trẻ đi tiêm theo lịch, 24% gia đình không đồng ý đưa trẻ đi tiêm chủng.

## **6. Kiến nghị**

1. Tăng cường công tác tuyên truyền, tư vấn cho phụ nữ mang thai, bà mẹ có con nhỏ về cách chăm sóc và nuôi dưỡng trẻ. Cần chú trọng thời điểm bắt đầu cho trẻ ăn bổ sung, thời gian cai sữa và vai trò của rau xanh trong phối hợp các nhóm thực phẩm cho trẻ ăn bổ sung.
2. Truyền thông nhằm minh bạch thông tin, giúp người dân hiểu đúng về tai biến trong tiêm chủng mở rộng để họ tích cực đưa trẻ đi tiêm chủng theo lịch từ đó góp phần giảm tỷ lệ SDD cũng như các bệnh truyền nhiễm thường gặp.
3. Tivi là một kênh quan trọng nên tiếp tục duy trì và phát triển trong chiến lược truyền thông thay đổi hành vi.

## **TÀI LIỆU THAM KHẢO**

1. Bộ môn Nhi - Trường Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh (2007), *Bệnh Suy dinh dưỡng*, Giáo trình tập I, tr.132-144.
2. Bộ Y tế - Viện dinh dưỡng (2013), *Chiến lược Quốc gia về dinh dưỡng (2011-2020)*.
3. Bộ Y tế - Viện dinh dưỡng (2008), *Hội nghị dinh dưỡng toàn quốc năm 2008*, tháng 01 năm 2008.

4. Diệp Hồng Mỹ (2007), *Đánh giá tình trạng thiếu dinh dưỡng Protein năng lượng của trẻ em dưới 5 tuổi xã An Điền, huyện Thạnh Phú, tỉnh Bến Tre.*
5. Nguyễn Đình Hùng (2008), *Khảo sát kiến thức, kỹ năng thực hành chăm sóc dinh dưỡng của các bà mẹ tại xã Bàu cạn, Long thành, Đồng Nai trong phòng chống Suy dinh dưỡng trẻ em năm 2007.*
6. Nguyễn Thị Lâm (1998), *Phương pháp nhân trắc học trong đánh giá tình trạng suy dinh dưỡng trẻ em*, Nhà xuất bản Y học, tr.115-136.
7. Tạ Thị Ánh Hoa- Bộ môn Nhi - Trường Đại học Y dược Thành phố Hồ Chí Minh (1996), “*Bệnh suy dinh dưỡng*” Trong: *Bài giảng Nhi khoa tập 1*. Ấn hành bởi trường Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh. Nhà xuất bản Đà Nẵng, 1996, tr. 77-92.
8. Trung tâm Chăm sóc Sức khỏe tỉnh Kiên Giang (2014) *Báo cáo tổng kết chương trình CSSKSS-PCSDD năm 2013 và phương hướng kế hoạch năm 2014.*
9. UBND tỉnh Kiên Giang (2012), *Kế hoạch thực hiện Chiến lược quốc gia dinh dưỡng giai đoạn 2011-2020 và tầm nhìn đến năm 2030*, tr. 5.
10. Viện Dinh dưỡng (2012), *Báo cáo điều tra ban đầu 11 tỉnh dự án Alive & Thrive (A&T)*, tr. 93-96.

# **MÔ TẢ KIẾN THỨC, THÁI ĐỘ, THỰC HÀNH VỀ KỸ NĂNG TRUYỀN THÔNG GIÁO DỤC SỨC KHỎE CỦA CÁN BỘ Y TẾ CÁC XÃ, THỊ TRẤN HUYỆN TAM ĐƯỜNG NĂM 2013**

*CN. Nguyễn Thị Mai Hoa  
Trung tâm Truyền thông GDSK tỉnh Lai Châu*

## **Tóm tắt nghiên cứu**

Nghiên cứu mô tả cắt ngang thực hiện trên 95 cán bộ đang công tác tại các trạm y tế xã, thị trấn của huyện Tam Đường, tỉnh Lai Châu với mục tiêu mô tả kiến thức, thái độ, thực hành về kỹ năng truyền thông giáo dục sức khỏe (TTGDSK) của cán bộ y tế các xã, thị trấn của huyện Tam Đường năm 2013 từ đó đề xuất những khuyến nghị phù hợp cho công tác TTGDSK tại tuyến xã. Kết quả nghiên cứu cho thấy 73,7% đối tượng nghiên cứu đã được tập huấn về công tác truyền thông. Kiến thức về 8 kỹ năng TT GDSK cơ bản của đối tượng nghiên cứu khá tốt, đặc biệt kiến thức về kỹ năng giao tiếp chào hỏi ban đầu, kỹ năng sử dụng tài liệu truyền thông. Một số kiến thức còn hạn chế như kiến thức về kỹ năng khen, kỹ năng kiểm tra. 92,6% đối tượng nghiên cứu nhận thấy công việc truyền thông phù hợp với họ; 56% thấy yêu thích công việc này. Thông qua quan sát các buổi truyền thông đã cho thấy thực hành các kỹ năng truyền thông còn nhiều hạn chế: 56,8% chỉ đạt mức trung bình. Vẫn còn 3,4% ở mức yếu kém.

## **1. Đặt vấn đề**

Truyền thông giáo dục sức khỏe (TTGDSK) là nhiệm vụ số 1 trong 10 nội dung chăm sóc sức khỏe ban đầu (CSSKBĐ). Nhận thức được tầm quan trọng của công tác TTGDSK trong chiến lược chăm sóc, bảo vệ và nâng cao sức khỏe cho nhân dân trên địa bàn nên Trung tâm Truyền thông - Giáo dục sức khỏe trực thuộc sở Y tế được thành lập theo Quyết định số 254/2004/QĐ - UB ngày 27 tháng 4 năm 2004 của UBND lâm thời tỉnh Lai Châu. Từ khi thành lập đến nay, mặc dù còn gặp nhiều khó khăn nhưng được sự quan tâm của các cấp ngành, sự chỉ đạo trực tiếp của sở Y tế và Trung tâm TTGDSK Trung ương, Trung tâm TTGDSK Lai Châu đã từng bước xây dựng và củng cố mạng lưới truyền thông từ tuyến tỉnh đến cơ sở. Hiện mạng lưới truyền thông của ngành Y tế bao gồm 11 đơn vị cấp tỉnh, 7 trung tâm y tế huyện/thị, 108 trạm y tế.

Những năm qua công tác TTGDSK đã góp phần quan trọng trong việc thay đổi nhận thức của người dân, tuy nhiên kiến thức và kỹ năng TTGDSK của cán bộ y tế cơ sở vẫn còn những mặt hạn chế nhất định.

Vì vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài “*Mô tả kiến thức, thái độ, thực hành về kỹ năng TTGDSK của cán bộ y tế các xã, thị trấn của huyện Tam Đường năm 2013*”.

## 2. Mục tiêu nghiên cứu

1. Mô tả kiến thức, thái độ, thực hành kỹ năng TTGDSK của cán bộ y tế các xã, thị trấn của huyện Tam Đường năm 2013.
2. Đề xuất những khuyến nghị phù hợp cho công tác TTGDSK tại tuyến xã.

## 3. Phương pháp nghiên cứu

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

**3.2. Mẫu nghiên cứu:** toàn bộ cán bộ công tác tại các trạm y tế xã, thị trấn huyện Tam Đường. Tổng số có 95 người.

**3.3. Phương pháp thu thập số liệu**

- Phỏng vấn trực tiếp theo bộ câu hỏi được thiết kế sẵn.
- Quan sát các buổi truyền thông trực tiếp tại cộng đồng (58 buổi).

## 4. Kết quả nghiên cứu

### 4.1. Thông tin chung về đối tượng nghiên cứu

Đối tượng nghiên cứu (ĐTNC) chủ yếu là những cán bộ trẻ, 58% có độ tuổi dưới 30, 25% có tuổi từ 30 - 39; 17% có tuổi từ 40 trở lên. Cán bộ nữ chiếm 58%. Dân tộc kinh chiếm nhiều nhất (60%), tiếp theo là dân tộc Thái (14%), dân tộc Mông (10%), dân tộc khác chiếm 14%. Trình độ chuyên môn của đối tượng nghiên cứu chủ yếu là trung học chiếm 90,6%, tiếp đến là y tá chiếm 6,3%, đại học và cao đẳng chiếm rất ít chỉ có 3,1%. Thời gian công tác nhiều nhất là từ 5-10 năm (chiếm 50,5%), tiếp đó là từ 2-4 năm, chiếm 32,5%, số đối tượng có thời gian công tác từ 10 năm trở lên chiếm 17%.

73,7% đối tượng nghiên cứu đã được tập huấn về công tác truyền thông.

### 4.2. Kiến thức về các kỹ năng TTGDSK của đối tượng nghiên cứu

**Bảng 1: Kiến thức về các kỹ năng TTGDSK cơ bản**

Kỹ năng	Tần số (n=95)	Tỷ lệ (%)
Giao tiếp/chào hỏi ban đầu	95	100
Hỏi/nghe	90	95
- Khen	72	76
- Khuyến nhủ/ bổ sung	67	70,5
Sử dụng tài liệu TTGDSK thành thạo	94	98,9
Kiểm tra	90	95
Khuyến khích	79	83,1
Đạt được cam kết	39	41

Trong 8 kỹ năng cần thiết khi thực hiện một buổi truyền thông, kỹ năng giao tiếp/chào hỏi ban đầu, sử dụng tài liệu truyền thông, kỹ năng hỏi, kỹ năng

kiểm tra được các đối tượng nghiên cứu liệt kê khá đầy đủ với tỷ lệ từ 95% đến 100%. Kỹ năng đạt cam kết được kể với tỷ lệ thấp nhất (41%).

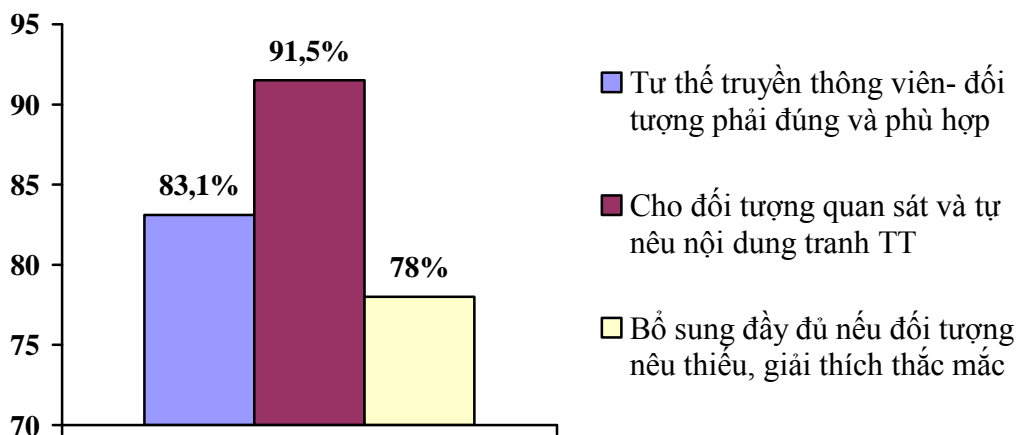
**Bảng 2: Kiến thức về từng kỹ năng TTGDSK cơ bản**

Nội dung	Tần số (n=95)	Tỷ lệ (%)
<b><i>Kỹ năng giao tiếp không lời</i></b>		
Sử dụng tốt giao tiếp có lời và không lời	68	71,5
Loại bỏ những vật cản giữa TTV và đối tượng	81	85,2
Ngồi ngang tầm với đối tượng	71	75
Nhìn đối tượng thân thiện	76	80
Dùng từ ngữ phổ thông dễ hiểu.	91	96
Thái độ, cử chỉ, vẻ mặt, dáng điệu phù hợp	38	40
Chào và xưng hô phù hợp với đối tượng	71	75
<b><i>Kỹ năng nghe - hỏi</i></b>		
Nghe đối tượng một cách chăm chú	35	36,8
Hỏi các câu hỏi đóng và mở	85	89,4
<b><i>Kỹ năng khen</i></b>		
Khen những gì đối tượng hiểu đúng	45	47,3
Biểu thị sự đồng tình với việc làm hay	34	36
<b><i>Kỹ năng khuyên nhủ</i></b>		
Thảo luận với đối tượng về những việc cần làm	62	65,2
Không chê bai khi đối tượng hiểu sai	11	11,5
<b><i>Kỹ năng kiểm tra</i></b>		
Hỏi lại xem đối tượng có hiểu đúng vấn đề vừa trao đổi không	88	92,6
Nếu đối tượng hiểu chưa đúng, giúp họ hiểu đúng	68	71,5
<b><i>Kỹ năng khuyến khích</i></b>		
Khéo léo nêu những mặt có lợi cho hành vi của họ	23	24,2
Khuyến khích đối tượng đồng ý thực hiện theo sự động viên của TTV	69	72,6
<b><i>Kỹ năng cam kết</i></b>		
Đối tượng cam kết sẽ làm theo điều bạn khuyên.	32	34
Hẹn thăm lại đối tượng, xem kết quả đối tượng đã thực hiện.	17	18

Kiến thức về kỹ năng giao tiếp, chào hỏi ban đầu khá tốt, trong đó việc dùng từ ngữ phổ thông dễ hiểu được ĐTNC liệt kê nhiều nhất (96%), có thái độ, cử chỉ, dáng điệu phù hợp ít được ĐTNC nhắc đến (40%).



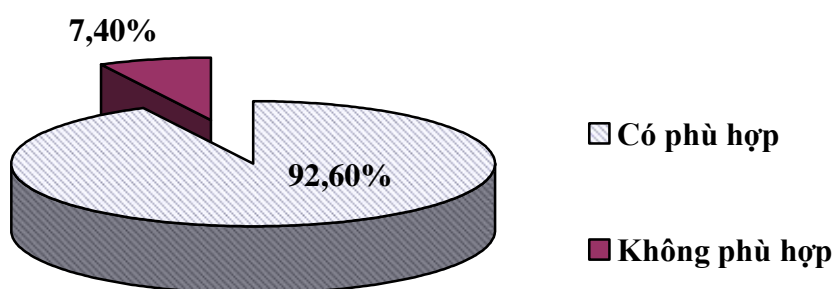
Tương tự như vậy, kiến thức về kỹ năng hỏi, kỹ năng kiểm của đối tượng ĐTNC khá tốt (89,4% nêu được trong quá trình truyền thông cần phải hỏi đối tượng các câu hỏi mở và 92,6% cho rằng cần hỏi lại xem đối tượng có hiểu đúng những điều mình vừa trao đổi không). Tuy nhiên kiến thức về kỹ năng khen, kỹ năng cam kết còn hạn chế với các nội dung được nhắc đến có tỷ lệ dưới 50%.



**Biểu đồ 1: Kiến thức về kỹ năng sử dụng tài liệu TTGDSK**

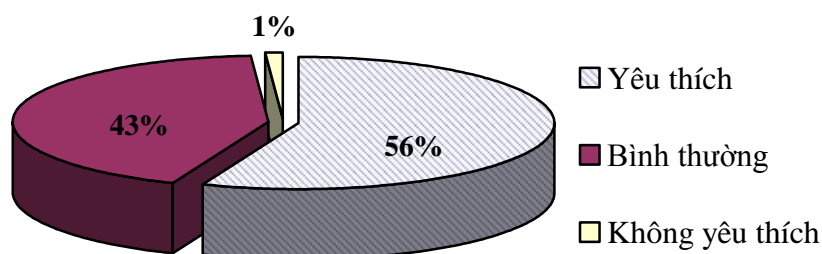
Kiến thức của ĐTNC về kỹ năng sử dụng tài liệu TT khá tốt: 91,5% nêu được tư thế truyền thông viên và đối tượng phải đúng và phù hợp. 78% cho rằng phải bổ sung đầy đủ kiến thức nếu đối tượng nêu thiếu và cần phải giải thích các thắc mắc.

#### **4.3. Thái độ của đối tượng nghiên cứu với công việc truyền thông GDSK**



**Biểu đồ 2: Đánh giá sự phù hợp của việc truyền thông với bản thân**

92,6% ĐTNC nhận thấy công việc truyền thông phù hợp, chỉ có 7,4% cho rằng không phù hợp.



**Biểu đồ 3: Thái độ yêu thích với công việc truyền thông**

Có 56% ĐTNC yêu thích công việc truyền thông, 43% cho là bình thường, có 01 người duy nhất không thích công việc này.

#### **4.4. Thực hành kỹ năng truyền thông tại các buổi truyền thông GDSK**

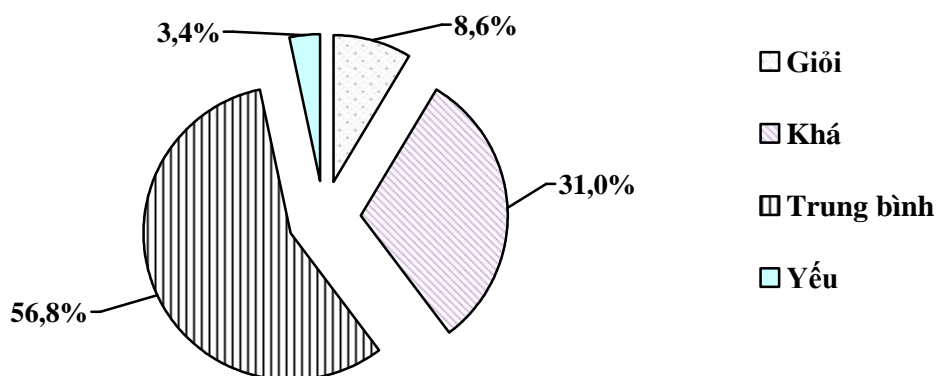
Nghiên cứu đã tiến hành quan sát 58 buổi truyền thông GDSK. Trong đó chỉ có 4 buổi cán bộ truyền thông đã thực hiện đầy đủ cả 8 kỹ năng truyền thông GDSK cơ bản, chiếm 6,9%.

**Bảng 3: Thực hành các kỹ năng truyền thông trực tiếp**

Thực hành	Tần số (n=58)	Tỷ lệ(%)
Thực hiện đầy đủ các nội dung của kỹ năng giao tiếp/chào hỏi ban đầu	20	34,5
Thực hiện đầy đủ các nội dung của kỹ năng nghe, hỏi	29	50
Thực hiện đầy đủ các nội dung của kỹ năng khen	23	39,7
Thực hiện đầy đủ các nội dung của kỹ năng khuyến nhủ		43,5
Thực hiện đầy đủ các nội dung của kỹ năng sử dụng tài liệu truyền thông	22	38
Thực hiện đầy đủ các nội dung của kỹ năng kiểm tra		22,5
Thực hiện đầy đủ các nội dung của kỹ năng khuyến khích	18	31
Thực hiện đầy đủ các nội dung của kỹ năng cam kết	12	20,6

Kết quả đánh giá việc thực hiện từng kỹ năng (giao tiếp, chào hỏi ban đầu; kỹ năng nghe - hỏi; kỹ năng khen, động viên khuyến khích, sử dụng tài liệu truyền thông, kiểm tra, đạt được cam kết) còn nhiều hạn chế. Số buổi truyền thông mà người điều hành thực hiện đầy đủ các nội dung của từng kỹ năng còn

chiếm tỷ lệ thấp: tỷ lệ thực hiện đầy đủ các nội dung của kỹ năng nghe - hỏi cao nhất cũng chỉ chiếm tỷ lệ 50% và thấp nhất là kỹ năng kiểm tra (22,5%).



**Biểu đồ 4: Xếp loại thực hành kỹ năng truyền thông của ĐTNC**

Biểu đồ 4 cho thấy ĐTNC thực hiện các kỹ năng TT chủ yếu đạt mức trung bình (56,8%), tiếp đến là loại khá (31%), loại giỏi chiếm tỷ lệ rất ít (8,6%) và có 2/95 ĐTNC vẫn thực hiện ở mức yếu kém (chiếm 3,4%).

## 5. Kết luận

Kiến thức về 8 kỹ năng TT GDSK cơ bản của CBYT tại các xã, thị trấn của huyện Tam Đường khá tốt, đặc biệt kiến thức về kỹ năng giao tiếp chào hỏi ban đầu, kỹ năng sử dụng tài liệu truyền thông. Kiến thức về kỹ năng khen, kỹ năng kiểm tra còn hạn chế.

92,6% ĐTNC nhận thấy công việc truyền thông phù hợp và 56% yêu thích công việc này.

Thực hành các kỹ năng truyền thông còn nhiều hạn chế: 56,8% chỉ đạt mức trung bình. Vẫn còn 3,4% ở mức yếu kém.

## 6. Khuyến nghị

**6.1. Với sở Y tế:** Quan tâm tạo điều kiện về kinh phí cho hoạt động công tác truyền thông trên địa bàn huyện Tam Đường nói riêng, tỉnh Lai Châu nói chung.

**6.2. Với Trung tâm TTGDSK tỉnh:** Tăng cường hơn nữa công tác tập huấn mới và tập huấn lại cho đội ngũ cán bộ trạm y tế về kỹ năng truyền thông GDSK. Tổ chức Hội thi về công tác TTGDSK nhằm củng cố thêm phần thực hành về các kỹ năng truyền thông tại cộng đồng.

**6.3. Với TTYT huyện Tam Đường:** Tạo điều kiện cung cấp trang thiết bị, tài liệu phục vụ cho công tác truyền thông tại các trạm y tế xã, thị trấn.

# KIẾN THỨC, THỰC HÀNH PHÒNG CHỐNG BỆNH TAY CHÂN MIỆNG CỦA BÀ MẸ CÓ CON DƯỚI 10 TUỔI TẠI THỊ TRẤN ĐÌNH VĂN, HUYỆN LÂM HÀ, TỈNH LÂM ĐỒNG NĂM 2014

*Nguyễn Văn Luyện, Hà Thị Guơng, Nahria Ka Sum  
Trung tâm Truyền thông GDSK tỉnh Lâm Đồng*

## **Tóm tắt nghiên cứu**

Đề tài “*Thực trạng kiến thức và thực hành phòng chống bệnh tay chân miệng của bà mẹ có con dưới 10 tuổi tại thị trấn Đình Văn, huyện Lâm Hà năm 2014*” được thực hiện với mục tiêu mô tả thực trạng về kiến thức và thực hành phòng chống bệnh tay chân miệng (TCM) của bà mẹ có con dưới 10 tuổi tại thị trấn Đình Văn, huyện Lâm Hà năm 2014.

Nghiên cứu sử dụng phương pháp mô tả cắt ngang trên đối tượng là 400 bà mẹ có con dưới 10 tuổi ở 10 thôn của thị trấn Đình Văn (Lâm Hà, Lâm Đồng). Kết quả nghiên cứu cho thấy các bà mẹ có kiến thức tốt về bệnh tay chân miệng nói chung nhưng kiến thức về dấu hiệu và biến chứng của bệnh còn chưa cao. Về thực hành, tỷ lệ các bà mẹ trả lời đúng về theo dõi chăm sóc, xử lý đúng khi trẻ bệnh đạt tỷ lệ cao nhưng lại thấp ở nội dung thời điểm rửa tay và thời gian cách ly khi trẻ bệnh. Nguồn tiếp nhận thông tin phòng chống bệnh TCM của các bà mẹ từ cán bộ y tế (CBYT) còn thấp trong khi nhu cầu cần tiếp nhận thông tin từ CBYT cao. Qua đó, các tác giả đưa ra một số đề xuất nhằm nâng cao kiến thức và hỗ trợ duy trì hành vi có lợi đối với các bà mẹ về việc phòng chống bệnh TCM cho trẻ.

## **1. Đặt vấn đề:**

Bệnh TCM liên tục được ghi nhận ở các nước thuộc khu vực Tây Thái Bình Dương cũng như trên thế giới. Tại Việt Nam, bệnh được phát hiện từ cuối những năm 1990 và đến năm 2011, bệnh có biểu hiện bùng phát thành dịch và kéo dài dai dẳng cho đến nay. Từ đầu năm 2014 đến hết tháng 4/2014 số người bệnh TCM trên toàn tỉnh Lâm Đồng tăng 2,6% so với cùng kỳ năm 2013. Lâm Hà là một trong 3 huyện, thành phố của tỉnh có số ca mắc bệnh tay chân miệng cao. Diễn biến bệnh TCM khó lường đã và đang diễn ra trong các xã, thị trấn của huyện mà thị trấn Đình Văn là một điển hình. Để góp phần tìm hiểu về nhận thức của người dân trong việc phòng chống bệnh TCM, chúng tôi tiến hành đề tài “*Thực trạng kiến thức và thực hành phòng chống bệnh TCM của bà mẹ có con dưới 10 tuổi tại thị trấn Đình Văn, huyện Lâm Hà năm 2014*”.

## **2. Mục tiêu nghiên cứu**

1. Mô tả kiến thức phòng chống bệnh TCM của bà mẹ có con dưới 10 tuổi tại thị trấn Đình Văn, huyện Lâm Hà năm 2014.
2. Mô tả thực hành phòng chống bệnh tay chân miệng của bà mẹ có con dưới 10 tuổi tại thị trấn Đình Văn, huyện Lâm Hà năm 2014.

## **3. Phương pháp nghiên cứu**

**3.1. Đối tượng nghiên cứu:** 400 bà mẹ có con dưới 10 tuổi

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

**3.3. Địa điểm nghiên cứu:** Thị trấn Đình Văn, huyện Lâm Hà, tỉnh Lâm Đồng

**3.4. Thời gian nghiên cứu:** Tháng 6/2014

**3.5. Xử lý số liệu:** Nhập liệu bằng phần mềm EPI DATA 3.1. Phân tích bằng phần mềm SPSS 16.0

## **4. Kết quả và bàn luận**

### **4.1. Đặc điểm đối tượng nghiên cứu**

Trong 400 đối tượng nghiên cứu là bà mẹ có con dưới 10 tuổi thì có tới 46,6% ở độ tuổi dưới 30; từ 31-40 tuổi chiếm 46,7%; chỉ 6,7% có độ tuổi trên 41. 74,5% là người dân tộc kinh; trình độ học vấn từ trung học cơ sở (THCS) trở lên chiếm 87,8%; có 4% là mù chữ. Tổng thu nhập của hộ gia đình chủ yếu dưới mức 100 triệu đồng/năm. Có 19,2% bà mẹ có con đã từng mắc bệnh tay chân miệng.

### **4.2. Kiến thức phòng chống bệnh TCM**

*Khả năng lây nhiễm bệnh:* 96% biết rằng đối tượng dễ mắc bệnh TCM là trẻ dưới 5 tuổi, cao hơn kết quả nghiên cứu của Phạm Văn Thanh (92,4%).

*Các dấu hiệu của bệnh:* Sốt, đau họng 64,5%; phát ban dạng phỏng 69,5%; loét miệng 57,5%; tiêu chảy, nôn 16,8%. Kết quả này thấp hơn kết quả nghiên cứu của Phạm Văn Thanh (74,1%, 75,3%, 75,4%, 25,9%)

*Biến chứng của bệnh:* Có 95,5% biết bệnh TCM có biến chứng, cao hơn kết quả của Phạm Văn Thanh (80,9%). 79,0% kể được biến chứng ở đường hô hấp tương đương với kết quả của Phạm Văn Thanh (80,5%), biến chứng ở thần kinh 27,5% và tim mạch 10,5% thấp hơn số liệu của Phạm Văn Thanh (56,1% - 57,3%).

*Đường lây truyền:* Có 98,2% số bà mẹ cho rằng bệnh TCM lây từ người bệnh sang người lành, cao hơn kết quả của Phạm Văn Thanh (95,3%)

Lây từ nước bọt, chất tiết - 78,8%; từ phân - 54,0%; từ các phỏng nước - 30,8%. Các tỷ lệ này thấp hơn trong nghiên cứu của Phạm Văn Thanh (87,4%, 75,7%, 60,3%). Lây do ho, hắt hơi - 72,8%, lây qua bàn tay bẩn - 66,0%, lây do ăn uống - 63,5%, do tiếp xúc với các đồ vật nhiễm bệnh - 50,8%.

*Vệ sinh phòng bệnh:* 99,5% bà mẹ cho rằng rửa tay rất quan trọng để phòng ngừa bệnh tật, kết quả này cao hơn của Phạm Văn Thanh (93,7%). Số bà mẹ cho rằng thực hiện rửa tay để phòng ngừa bệnh TCM sau khi đi vệ sinh chiếm 94,5%; sau khi làm vệ sinh cho trẻ - 82,2%; sau khi tiếp xúc với phân và chất thải - 80,8%; trước khi cho trẻ ăn - 80,0%; trước khi chế biến thức ăn - 73,8%; sau khi thay quần áo, tã lót cho trẻ - 55,5%; trước khi bế ẵm trẻ - 43,0%. Kết quả này cao hơn kết quả của Phạm Văn Thanh (91,6%, 55,3%, 67,3%, 60,7%, 72,7%, 44%, 33,2%).

### **4.3. Thực hành phòng chống bệnh TCM**

*Vệ sinh tay:* Tỷ lệ bà mẹ trả lời luôn rửa tay trong ngày là 52,5%, rửa tay khi cần thiết là 44,8% và chỉ có 2,8% bà mẹ trả lời rằng rửa tay thỉnh thoảng. Tỷ lệ bà mẹ không cho trẻ mút tay, ngậm đồ chơi (95,2%); thường xuyên lau chùi sàn nhà cửa, cầu thang (83,2%); hướng dẫn và cho trẻ rửa tay (68,5%); thường xuyên lau rửa vật dụng trong nhà và thường xuyên lau rửa đồ chơi, dụng cụ học tập (66,2 – 68,5%). Kết quả của Phạm Văn Thanh tương ứng là: 94,1%, 89%, 86,7%, 72,8%-70,7%, .

*Vệ sinh ăn uống:* Cho trẻ ăn chín, uống chín 98,5%; rửa sạch vật dụng ăn uống trước khi dùng 70,5%; sử dụng thực phẩm an toàn cho trẻ 60,8%; không mớm thức ăn cho trẻ 61,5%; không cho trẻ ăn bốc bằng tay 60,5% và không cho trẻ dùng chung vật dụng ăn uống 51,2%. Kết quả này tương đương với kết quả của Phạm Văn Thanh.

*Xử trí khi phát hiện trẻ bị bệnh:* 99,0% đưa trẻ đến cơ sở y tế, kết quả này phù hợp với nghiên cứu của các tác giả khác.

*Thời gian cách ly trẻ bệnh:* Tỷ lệ bà mẹ thực hiện cách ly trẻ bị bệnh từ 10 đến 14 ngày là 49,5%, thấp hơn kết quả của Phạm Văn Thanh (70,2%)

## **5. Kết luận**

Các bà mẹ có kiến thức khá tốt về bệnh TCM, đặc biệt kiến thức về: Đối tượng thường mắc bệnh (96%), bệnh TCM là bệnh có biến chứng (95%), bệnh TCM là bệnh có nguồn lây bệnh (98,2%), Xử lý phân của trẻ hợp lý để phòng bệnh (93%), rửa tay bằng xà phòng để phòng bệnh (99,5%). Kiến thức về các biến chứng của bệnh còn hạn chế.

Thực hành phòng bệnh và theo dõi, chăm sóc khi trẻ bị bệnh khá tốt. Tuy nhiên chưa đến 1/2 số bà mẹ thực hiện cách ly trẻ bệnh từ 10-14 ngày.

## **6. Khuyến nghị**

*Cơ quan y tế địa phương:*

- Có kế hoạch triển khai các hoạt động can thiệp nhằm tăng cường nhận thức của người dân về phòng chống bệnh TCM bằng các hình thức: tuyên truyền trên loa truyền thanh của thị trấn, đài truyền thanh và truyền hình của huyện, phát tờ rơi, tranh, sách báo.
- Tăng cường hoạt động truyền thông trực tiếp thông qua đội ngũ y tế thôn bản và cộng tác viên. Nội dung truyền thông cần tập trung vào:
  - + Chủ động tìm hiểu thông tin phòng chống dịch bệnh TCM qua các thông tin sẵn có để nâng cao kiến thức và thực hành.
  - + Hợp tác tốt với cơ quan y tế địa phương, các ban ngành đoàn thể, tuân thủ nghiêm túc các hướng dẫn của thầy thuốc liên quan đến phòng chống bệnh TCM.
- Phối hợp với các tổ chức ban ngành đoàn thể ở địa phương lồng ghép các hoạt động nhằm cải thiện kiến thức và thực hành của các bà mẹ về phòng chống bệnh TCM.

*Chính quyền địa phương:*

- Có kế hoạch chi tiết phòng chống bệnh tay chân miệng triển khai đến các ban ngành đoàn thể tại địa phương.
- Huy động toàn thể bộ máy chính quyền và tăng cường kinh phí hỗ trợ cho công tác phòng chống dịch.

## **TÀI LIỆU THAM KHẢO**

1. Bộ Y tế (2012) ban hành hướng dẫn chẩn đoán, điều trị bệnh tay chân miệng, Quyết định số 1003/QĐ-BYT ngày 30/3/2012 của Bộ trưởng Bộ Y tế.
2. Bộ Y tế (2012) ban hành hướng dẫn giám sát và phòng chống bệnh tay chân miệng, Quyết định số 581/QĐ-BYT ngày 24/2/2012 của Bộ trưởng Bộ Y tế.
3. Đinh Đạo và cộng sự, *Tình trạng dinh dưỡng của trẻ em dưới 5 tuổi và thực hành nuôi con của các bà mẹ tại Tam Kỳ, Quảng Nam năm 2007*. Tạp chí y học thực hành (664), số 6/2009.

4. Nguyễn Hồng Hoa, *Kiến thức và thực hành của bà mẹ có con dưới 5 tuổi về phòng chống sốt xuất huyết tại quận Thủ Đức Tp Hồ Chí Minh*. Tạp chí y học Tp Hồ Chí Minh, tập 12, phụ bản của số 4/2008: 18-26.
5. Nhữ Thị Hoa và cộng sự, *Kiến thức về phòng ngừa giun kim của phụ huynh trẻ mẫu giáo tại huyện Củ Chi Tp Hồ Chí Minh*. Tạp chí y học Tp Hồ Chí Minh, tập 14, phụ bản của số 1/2010: 127-132
6. Nguyễn Quang Vinh, *Kiến thức, Thái độ, thực hành của bà mẹ và một số yếu tố liên quan trong phòng, xử trí bệnh tiêu chảy ở trẻ em dưới 5 tuổi tại huyện Đắk Hà, tỉnh Kon Tum*. Luận văn thạc sĩ, trường đại học YTCC, Hà Nội, 2007.
7. Phạm Văn Thanh, *Nghiên cứu kiến thức, thực hành phòng chống bệnh tay chân miệng và một số yếu tố liên quan của bà mẹ có con dưới 5 tuổi ở huyện Cư Mgar tỉnh Đắk Lắk năm 2012*, Luận văn chuyên khoa I, YTCC, Đắk Lắk, 2013.
8. Võ Thị Tiến và cs, *Kiến thức, thái độ, hành vi của bà mẹ về phòng chống bệnh tay chân miệng Y học TP Hồ Chí Minh, tập 16*, phụ bản số 4, 2012: 83-86
9. International Federation Of Redcross crescent societies (2011-2012), Vietnam: Hand foot and mouth disease (DREF operaton update ), No MDRVN 008 – MDRVN 010 GLIDE no EP-2011-0001 03-VNM-GLIDE no EP-2012-000 045-VNM.



# **KHẢO SÁT THỰC TRẠNG HOẠT ĐỘNG PHÒNG TƯ VẤN CÁC ĐƠN VỊ Y TẾ TUYỂN HUYỆN NĂM 2014**

*Trung tâm Truyền thông GDSK tỉnh Long An*

## **Tóm tắt nghiên cứu**

Nghiên cứu mô tả cắt ngang tiến hành từ tháng 6 đến tháng 10 năm 2014 trên 15 cán bộ tư vấn của 15 phòng tư vấn thuộc 15 trung tâm Y tế huyện thuộc tỉnh Long An. Kết quả nghiên cứu cho thấy có 6/15 đơn vị bố trí phòng tư vấn lồng ghép với các phòng khác. 8/15 số phòng tư vấn được đánh giá là không thuận lợi cho công tác tư vấn. 11/15 số phòng tư vấn dùng để tư vấn chung cho các chương trình. Tổng số nhân sự phòng tư vấn tại 15 đơn vị là 67 người. Cán bộ tư vấn có trình độ đại học chiếm và trên đại học chiếm 31,35%. Chỉ có 32,84% cán bộ tư vấn đã được học kỹ năng tư vấn. Có 6/15 đơn vị có 100% cán bộ tư vấn đã học về kỹ năng tư vấn. 100% đơn vị bố trí cán bộ trực tư vấn đầy đủ. Đơn vị có số lượt người trung bình được tư vấn hàng tháng dưới 100 người chiếm đa số (66,67%). Chất lượng hoạt động tư vấn chưa cao, thiếu tài liệu truyền thông, thiếu sự kiểm tra, giám sát của tuyến trên với hoạt động tư vấn.

## **1. Đặt vấn đề**

Sức khỏe là vốn quý nhất của con người vì do đó chăm sóc sức khỏe là quyền mà mỗi người được hưởng. Nhà nước phải có trách nhiệm đối với công tác chăm sóc sức khỏe cho mọi công dân của mình, nền tảng của trách nhiệm đó là chủ nghĩa nhân đạo, là công bằng xã hội. Song song với nhiệm vụ khám, điều trị cho người bệnh thì hoạt động dự phòng đóng vai trò vô cùng quan trọng để giúp người dân có được sức khỏe tốt, trong đó không thể không kể đến công tác truyền thông giáo dục sức khỏe (TTGDSK). TTGDSK giúp người dân có được kiến thức đúng, thái độ tốt và thực hiện những hành vi có lợi cho sức khỏe của bản thân, gia đình và cộng đồng.

Quyết định 2536/2004/QĐ-BYT của Bộ Trưởng Bộ Y tế ngày 26-10-2004 về việc nâng cao năng lực của hệ thống TTGDSK từ trung ương đến cơ sở nêu rõ: đảm bảo tài chính, cơ sở làm việc và trang thiết bị cho hoạt động TTGDSK từ trung ương đến cơ sở, đã đề ra chỉ tiêu: 100% đơn vị y tế tuyển tỉnh, huyện có phòng TTGDSK – tư vấn lồng ghép, có đủ tài liệu và trang thiết bị cần đáp ứng với yêu cầu hoạt động. Điều này cho thấy ngành Y tế đang rất quan tâm xem trọng công tác TTGDSK, nhất là hoạt động tư vấn sức khỏe.

Để công tác tư vấn đảm bảo hoạt động đúng thực chất, đáp ứng được nhu cầu của người dân thì đội ngũ những người làm công tác tư vấn sức khỏe cũng phải thỏa mãn nhiều yêu cầu của công tác này.

Xuất phát từ những lý do trên, chúng tôi tiến hành thực hiện đề tài “*Khảo sát thực trạng hoạt động Phòng tư vấn của các đơn vị y tế tuyến huyện năm 2014*” với mục tiêu đánh giá hiệu quả hoạt động của Phòng tư vấn của các trung tâm y tế tuyến huyện.

## **2. Đối tượng và phương pháp nghiên cứu**

Nghiên cứu mô tả cắt ngang tiến hành từ tháng 6 đến tháng 10 năm 2014 trên 67 cán bộ làm công tác tư vấn tại 15 phòng tư vấn của 15 trung tâm y tế tuyến huyện. Số liệu được thu thập bằng cách phỏng vấn đối tượng nghiên cứu theo bộ câu hỏi thiết kế sẵn, xử lý số liệu bằng phần mềm SPSS 12.0.

## **3. Kết quả nghiên cứu**

### **3.1. Thông tin chung phòng tư vấn**

Thời gian thành lập phòng tư vấn sớm nhất là năm 2006 và muộn nhất là năm 2013. Có 9 phòng tư vấn được bố trí riêng, chiếm tỷ lệ 60%.

Về vị trí đặt phòng tư vấn: nhiều nhất là ở khoa sản (6/15); tiếp đến là đặt tại phòng truyền thông (5/15); tại phòng khám (2/15) và phòng dành riêng cho tư vấn (2/15). Với vị trí đặt phòng tư vấn như vậy, 8/15 số phòng tư vấn được đánh giá là không thuận lợi cho công tác tư vấn (chiếm 53,3%).

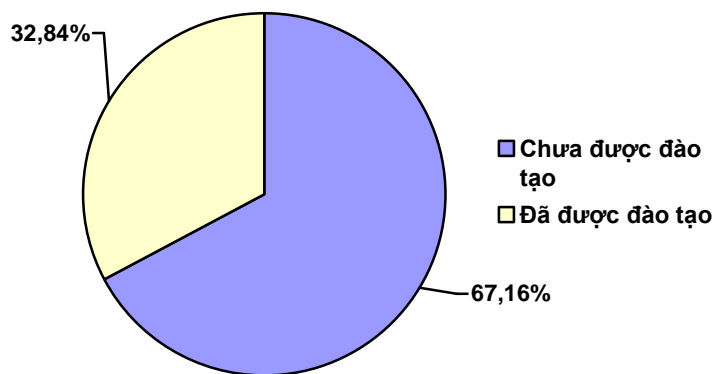
11/15 số phòng tư vấn dùng để tư vấn chung cho các chương trình (chiếm 73,3%). Số phòng tư vấn chỉ dùng để tư vấn cho một chương trình là 4 (chiếm 26,7%).

### **3.2. Trình độ chuyên môn của cán bộ làm tư vấn**

**Bảng 1: Trình độ chuyên môn của cán bộ làm tư vấn tại đơn vị**

<b>Trình độ</b>	<b>Tần số (n=67)</b>	<b>Tỉ lệ (%)</b>
Trình độ sau đại học	7	10,45
Trình độ đại học	14	20,90
Trình độ trung cấp	46	68,65

Đa số cán bộ tư vấn có trình độ trung cấp (chiếm 68,65%). Có 10,45% cán bộ tư vấn có trình độ sau đại học.



**Biểu đồ 1: Đào tạo về kỹ năng tư vấn**

Chỉ có khoảng 1/3 số cán bộ tư vấn của các đơn vị được học qua kỹ năng tư vấn. Có 6 đơn vị tất cả các cán bộ làm tư vấn đều đã được học về kỹ năng tư vấn.

### 3.3. Hoạt động tư vấn

100% các phòng tư vấn thực hiện tư vấn tại buồng bệnh (đối với bệnh nhân nội trú) và phòng khám (đối với bệnh nhân ngoại trú). 14/15 phòng chỉ thực hiện tư vấn trong giờ hành chính, chỉ có 1 phòng thực hiện tư vấn cả trong và ngoài giờ hành chính.

**Bảng 2: Số lượt người trung bình được tư vấn hàng tháng tại các phòng tư vấn**

Số lượt người được tư vấn	Tần số (n=15)	Tỉ lệ (%)
Dưới 100	10	66,67
Từ 100-300	4	26,67
Trên 300	1	6,66

10/15 các đơn vị tư vấn dưới 100 lượt người mỗi tháng (chiếm 66,7%), chỉ có 1 đơn vị (chiếm 6,7%) tư vấn trên 300 lượt người/tháng.

*Đánh giá của đơn vị về hiệu quả hoạt động của phòng tư vấn:*

**Ưu điểm:** Bố trí cán bộ trực tư vấn đầy đủ; thực hiện tư vấn thường xuyên tại phòng khám và buồng bệnh; tận dụng các trang thiết bị, dụng cụ (tivi, đầu máy, loa, ...) được cấp của các chương trình này để tư vấn cho các chương trình khác; một số đơn vị đã tập huấn kỹ năng cho 100% cán bộ làm tư vấn; có thực hiện đạt theo chỉ tiêu tư vấn được giao.

**Mặt hạn chế:** Chất lượng tư vấn chưa cao: do đa số cán bộ có trình độ trung cấp, thiếu kinh nghiệm, chưa được cập nhật chuyên môn thường xuyên, phần nhiều chưa được học qua kỹ năng tư vấn; cán bộ vừa tư vấn vừa khám bệnh nên

không có nhiều thời gian cho bệnh nhân ... Cán bộ tư vấn phải kiêm nhiệm nhiều chương trình. Tài liệu, trang thiết bị không đầy đủ. Nơi tư vấn còn lồng ghép, chật chội, không thuận lợi cho tư vấn. Hoạt động tư vấn chủ yếu diễn ra tại khoa sản, phòng tư vấn của chương trình tăng huyết áp, đái tháo đường, dinh dưỡng (đặt lồng ghép tại phòng khám) vì ở đó có tương đối đầy đủ trang thiết bị và dụng cụ tư vấn, và chỉ tập trung tư vấn vào các chương trình trên là chính. Thiếu sự kiểm tra, giám sát thường xuyên của tuyến trên về kỹ năng tư vấn nên chưa giúp nâng cao năng lực của cán bộ tư vấn.

#### **4. Kết luận**

- Đã thành lập 15 Phòng tư vấn của 15 Trung tâm Y tế huyện, thị xã, thành phố, có quyết định phân công và bố trí phòng làm việc. 6/15 đơn vị bố trí phòng tư vấn lồng ghép với các phòng khác.
- Tổng số nhân sự phòng tư vấn tại 15 đơn vị là 67 người - trung bình 4 người/phòng. Cán bộ tư vấn có trình độ đại học và trên đại học chiếm 31,35%.
- 32,84% cán bộ tư vấn đã được học kỹ năng tư vấn. Có 6/15 đơn vị có 100% cán bộ tư vấn đã học về kỹ năng tư vấn. 100% đơn vị bố trí cán bộ trực tư vấn đầy đủ.
- Số lượt người trung bình được tư vấn hàng tháng dưới 100 người chiếm đa số (66,67%).
- Chất lượng hoạt động tư vấn chưa cao, thiếu tài liệu truyền thông, thiếu sự kiểm tra, giám sát của tuyến trên với hoạt động tư vấn.

#### **5. Khuyến nghị**

##### **5.1. Đối với Sở Y tế**

- Bố trí kinh phí cho hoạt động truyền thông, nhất là kinh phí mua sắm trang thiết bị tác nghiệp cho Phòng tư vấn tuyến huyện.
- Chỉ đạo các đơn vị có chương trình bắt buộc làm tư vấn thường xuyên củng cố chất lượng và phương tiện tư vấn.

##### **5.2. Đối với Trung tâm Truyền thông Giáo dục Sức khỏe**

- Tham mưu Sở Y tế cấp kinh phí cho hoạt động mua sắm các trang thiết bị làm việc và trang thiết bị tác nghiệp của Phòng tư vấn tuyến huyện.
- Phối hợp với các đơn vị tuyến tỉnh giám sát, hỗ trợ tuyến huyện trong việc nâng cao năng lực tư vấn của cán bộ tư vấn tuyến huyện.
- Tham mưu Ban Quản lý các dự án truyền thông của tỉnh dành một phần kinh phí mua sắm các trang thiết bị tác nghiệp cho Phòng tư vấn tuyến huyện.

### **5.3. Đối với các Trung tâm Y tế huyện**

- Có kế hoạch đào tạo, đào tạo lại kỹ năng tư vấn cho những người làm công tác tư vấn. Khi tập huấn chuyên môn các chương trình cần chiêu sinh cả những cán bộ làm tư vấn để cập nhật chuyên môn hoặc có kế hoạch bố trí người tư vấn theo đúng chuyên môn, chuyên khoa.
- Bố trí phòng tư vấn riêng biệt để thuận tiện hơn cho công tác này.
- Bố trí kinh phí, có kế hoạch mua sắm các trang thiết bị làm việc, tác nghiệp cho phòng tư vấn theo quy định của Bộ Y tế.

### **TÀI LIỆU THAM KHẢO**

1. Bộ Y tế, *Quyết định 2536/2004/QĐ-BYT ngày 26-10-2004 về việc nâng cao năng lực của hệ thống truyền thông giáo dục sức khỏe từ trung ương đến cơ sở.*
2. Bộ Y tế, *Quyết định số 2419/QĐ-BYT ngày 07-7-2010 về việc ban hành danh mục trang thiết bị và phương tiện làm việc của các Trung tâm Y tế về việc ban hành Bộ tiêu chí quốc gia về y tế xã giai đoạn 2011-2020.*
3. Sở Y tế Long An, *Công văn số 119/SYT-TCCB ngày 19-4-2010 về việc xây dựng cơ cấu tổ chức trung tâm y tế huyện.*
4. Sở Y tế Long An, *Quy chế hoạt động truyền thông GDSK trên địa bàn tỉnh Long An* (Ban hành kèm theo Quyết định số 1014/QĐ-SYT ngày 11-11-2010 ).
5. Trung tâm Truyền thông GDSK Long An, *Công văn số 13/GDSK ngày 09-01-2014 về việc thực hiện củng cố phòng tư vấn giáo dục sức khỏe các đơn vị y tế trong tỉnh.*
6. Trung tâm Truyền thông GDSK Long An, *Công văn số 09/TT-GDSK ngày 04-01-2013 về việc hướng dẫn tổ chức thực hiện hoạt động tư vấn giáo dục sức khỏe.*
7. Trung tâm Truyền thông GDSK Long An, *Đề tài nghiên cứu khoa học cấp cơ sở “Khảo sát thực trạng nhân sự, trang thiết bị truyền thông giáo dục sức khỏe tuyến huyện năm 2012”.* Trung tâm Truyền thông GDSK Long An, *Đề tài nghiên cứu khoa học cấp cơ sở “Khảo sát thực trạng trang thiết bị Phòng tư vấn, Ban/Tổ truyền thông tuyến huyện năm 2013”.*
8. UBND tỉnh Long An, *Quyết định số 981/QĐ-UBND ngày 09-4-2010 của về việc sáp nhập bệnh viện đa khoa huyện vào Trung tâm Y tế huyện, trở thành Trung tâm Y tế huyện thuộc Sở Y tế.*

# **KHẢO SÁT KIẾN THỨC, THÁI ĐỘ, THỰC HÀNH VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN VỀ PHÒNG CHỐNG CÚM GIA CẦM TRÊN NGƯỜI CỦA NGƯỜI DÂN HUYỆN CHÂU THÀNH TỈNH LONG AN NĂM 2014**

*BSCKII. Huỳnh Hữu Dũng  
Trung tâm truyền thông GDSK tỉnh Long An*

## **Tóm tắt nghiên cứu**

Nghiên cứu tiến hành từ tháng 6-9 năm 2014 trên 600 người dân độ tuổi từ 18-60 tại huyện Châu Thành tỉnh Long An nhằm xác định tỉ lệ người dân có kiến thức, thái độ, thực hành đúng về phòng chống cúm gia cầm trên người và tìm hiểu mối liên quan giữa kiến thức - thái độ - thực hành phòng chống cúm gia cầm trên người của người dân với các đặc điểm dân số, xã hội học như: giới tính, tuổi, trình độ học vấn, nghề nghiệp và việc nuôi gia cầm. Kết quả nghiên cứu: Tỷ lệ người dân có kiến thức đúng trong phòng, chống cúm gia cầm ở người là 71,8%; tỷ lệ người dân có thái độ đúng về phòng, chống cúm gia cầm ở người là 67,8%; tỷ lệ người dân có thực hành đúng về phòng, chống cúm gia cầm ở người là 36,7%; kiến thức đúng liên quan với thái độ đúng, thực hành đúng có ý nghĩa thống kê; chưa tìm thấy sự liên quan có ý nghĩa thống kê giữa các đặc điểm của đối tượng nghiên cứu và kiến thức đúng chung về phòng chống cúm gia cầm ở người. 94% người dân được cán bộ truyền thông đến nhà hướng dẫn các biện pháp phòng, chống cúm gia cầm chiếm tỷ lệ. 91% người dân thích cập nhật thông tin từ ti vi và 88% thích từ cán bộ y tế.

## **1. Đặt vấn đề**

Bệnh cúm A (H5N1) trên người xuất hiện lần đầu tiên trên gà ở Hồng Kông vào năm 1997, đã được dập tắt nhanh chóng mà không lây lan sang một quốc gia nào khác. Sau một thời gian lắng dịu, vào cuối năm 2003 bệnh xuất hiện trở lại ở nhiều quốc gia thuộc Châu Á, Châu Phi trong đó có Việt Nam. Vi rút cúm A (H5N1) gây bệnh ở gia cầm nhưng cũng lây sang người gây nên bệnh cảnh lâm sàng nặng, tỷ lệ tử vong rất cao và có nguy cơ gây thành đại dịch. Theo thống kê của Tổ chức Y tế thế giới, kể từ tháng 12/2003 đến ngày 02/4/2012 đã có tổng cộng 600 người mắc bệnh có dương tính với cúm A H5N1, trong đó 353 người đã tử vong. Tỷ lệ tử vong chung 58,8%. Các quốc gia có số mắc và số tử vong cao là các nước Indonesia (188/156) Ai cập (166/59); và Việt Nam (123/61).

Long An là một trong các tỉnh đã có xuất hiện dịch cúm trên gia cầm, rất có nguy cơ lây lan sang người. Mặc dù tỉnh đã triển khai rất nhiều hình thức truyền thông giáo dục sức khỏe nhằm nâng cao kiến thức và hành vi phòng chống

bệnh cho người dân, tuy nhiên Long An cũng đã ghi nhận có 2 trường hợp mắc bệnh cúm A (H5N1) trên người ở huyện Tân Thạnh và huyện Tân Hưng, trong đó một trường hợp tử vong. Do tính chất nguy hiểm của bệnh cúm gia cầm, đã có một số nghiên cứu khoa học nghiên cứu về kiến thức, thái độ, thực hành phòng chống bệnh cúm gia cầm ở người được thực hiện nhằm tìm hiểu mức độ hiểu biết cũng như những hành vi, thói quen có nguy cơ của người dân đối với căn bệnh này. Thông tin thu được từ các nghiên cứu kiến thức, thái độ, thực hành về phòng chống cúm gia cầm giúp hỗ trợ cho việc xây dựng chiến lược truyền thông phù hợp nhằm nâng cao kiến thức của người dân, phát huy những hành vi tốt và thay đổi những hành vi nguy cơ cao có hại cho sức khỏe và lây lan dịch bệnh trong cộng đồng. Chính vì lý do trên, chúng tôi tiến hành nghiên cứu về kiến thức, thái độ và thực hành phòng chống cúm gia cầm của người dân và các mối liên quan giữa kiến thức, thái độ, giữa thái độ và thực hành phòng chống cúm gia cầm của người tại huyện Châu Thành, tỉnh Long An.

## **2. Mục tiêu nghiên cứu**

1. Xác định tỉ lệ người dân có kiến thức, thái độ, thực hành đúng về phòng chống cúm gia cầm trên người.
2. Tìm hiểu mối liên quan giữa kiến thức - thái độ - thực hành phòng chống cúm gia cầm trên người của người dân với các đặc điểm dân số, xã hội học: giới tính, tuổi, trình độ học vấn, nghề nghiệp và nuôi gia cầm.

## **3. Phương pháp nghiên cứu**

### **3.1. Đối tượng nghiên cứu**

Người dân từ 18 - 60 tuổi thường xuyên mua, chế biến, nấu nướng thực phẩm trong gia đình

### **3.2. Thời gian và địa điểm nghiên cứu**

Thời gian: Từ tháng 6 - 9 năm 2014

Địa điểm: Huyện Châu Thành, tỉnh Long An

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

### **3.4. Chọn mẫu**

❖ *Cỡ mẫu:* Áp dụng công thức tính cỡ mẫu

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

Trong đó:  $n$  là cỡ mẫu tối thiểu dựa trên công thức trên

$$Z_{\alpha/2} = 1,96 \text{ (khoảng tin cậy 95\%)}$$

$p = 0,5$  (Mặt dù có nhiều nghiên cứu trước nhưng do kết quả kiến thức, thái độ, thực hành không có kết quả chung, nên chúng tôi chọn  $p = 0,5$  để có được cỡ mẫu lớn nhất)

$d : 0,04$  (Sai số cho phép trong vòng 0,04)

Tính toán ta được  $n = 600$

❖ *Phương pháp chọn mẫu*: Chọn ngẫu nhiên 600 hộ gia đình tại 12 ấp của xã

**3.5. Xử lý số liệu và phân tích số liệu**: Xử lý bằng Stata11.0.

## 4. Kết quả nghiên cứu

### 4.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Tỷ lệ nữ giới và nam giới trong nghiên cứu là 70,3% và 29,7%; trình độ học vấn từ trung học cơ sở trở xuống chiếm đa số với tỷ lệ là 68,5%, trên trung học cơ sở là 31,5%. Nhóm tuổi từ 40-60 chiếm 63,7%, nhóm tuổi 18-40 chiếm 36,3%.

Tỷ lệ người dân có nuôi gia cầm tại nhà là 60,5%; người dân nuôi gia cầm quy mô nhỏ lẻ là 66,8%, nuôi gia cầm công nghiệp là 33,2%. Trong số người nuôi gia cầm tỷ lệ có nuôi gia cầm được tiêm ngừa đầy đủ là 56,4%, không tiêm ngừa đầy đủ là 43,6%

### 4.2. Tỷ lệ về kiến thức, thái độ, thực hành đúng

Tỷ lệ người dân có kiến thức đúng trong phòng, chống cúm gia cầm ở người là 71,8%.

Tỷ lệ người dân có thái độ đúng về phòng, chống cúm gia cầm ở người là 67,8%.

Tỷ lệ người dân có thực hành đúng về phòng, chống cúm gia cầm ở người là 36,7%.

### 4.3. Mối liên quan kiến thức, thái độ, thực hành

**Bảng 1: Mối liên quan giữa kiến thức với thái độ phòng chống cúm**

Kiến thức	Thái độ		OR	p
	Đạt	Chưa đạt		
Đạt	359	72	2,4	0,0000
Chưa đạt	48	121		

Kiến thức đúng liên quan với thái độ đúng có ý nghĩa thống kê tương ứng với OR bằng 2,4,  $p < 0,05$ .



**Bảng 2: Mối liên quan giữa kiến thức với thực hành phòng chống cúm**

Kiến thức	Thực hành		OR	p
	Đạt	Chưa đạt		
<b>Đạt</b>	190	241	1,3	0,0000
<b>Chưa đạt</b>	30	139		

Kiến thức đúng liên quan với thực hành đúng có ý nghĩa thống kê tương ứng với OR là 1,3 và  $p < 0,05$ .

Mối liên quan kiến thức, thái độ, thực hành với các đặc tính của mẫu.

- Chưa tìm thấy sự liên quan có ý nghĩa thống kê giữa các đặc điểm của đối tượng nghiên cứu và kiến thức đúng chung về phòng chống cúm gia cầm ở người, với  $p > 0,05$
- Chưa tìm thấy sự liên quan có ý nghĩa thống kê giữa các đặc điểm tuổi, học vấn, nuôi gia cầm và tiêm ngừa của đối tượng và thái độ đúng chung về phòng chống cúm gia cầm ở người, với  $p > 0,05$ . Tuy nhiên giới tính và quy mô nuôi liên quan có ý nghĩa thống kê với thái độ về phòng chống cúm gia cầm ở người ( $p < 0,05$ ).
- Chưa tìm thấy sự liên quan có ý nghĩa thống kê giữa các đặc điểm của đối tượng và thái độ đúng chung về phòng chống cúm gia cầm ở người, với  $p > 0,05$ . Có mối liên quan giữa giới tính với thái độ về phòng chống cúm gia cầm ở người có ý nghĩa thống kê ( $p < 0,05$ ).

#### **4.4. Thực trạng công tác truyền thông phòng chống cúm gia cầm ở người**

**Bảng 3: Các nguồn cung cấp thông tin phòng chống cúm**

Nguồn cung cấp thông tin	Tần số (n=600)	Tỷ lệ (%)
Cộng tác viên	564	94
Ti Vi	534	89
Loa phát thanh xã	426	71
Y tế thông bản/cán bộ trạm y tế	252	42
Cán bộ phụ nữ xã	294	49
Trưởng ấp	192	32
Phát dán những tờ rơi	462	77

Có 94% đối tượng nghiên cứu được cán bộ truyền thông đến nhà hướng dẫn các biện pháp phòng, chống cúm gia cầm. Ngoài ra có 89% biết thông tin về cúm từ tivi, từ tờ rơi là 77%, từ cán bộ y tế là 42%.

Có 94% đối tượng nghiên cứu được cộng tác viên đến nhà hướng dẫn các biện pháp phòng, chống cúm gia cầm. Tỷ lệ đối tượng được cung cấp thông tin về cúm từ tivi chiếm tỷ lệ 89%, từ tờ rơi chiếm 77%, trong khi từ cán bộ y tế chỉ chiếm 42%.

**Bảng 4: Nguồn cung cấp thông tin mà người dân ưa thích**

<b>Nguồn thông tin ưa thích</b>	<b>Tần số</b>	<b>Tỷ lệ (%)</b>
Ti Vi	546	91
Loa phát thanh xã	354	59
Nhân viên y tế	528	88
Cán bộ phụ nữ xã	522	87
Trưởng ấp	186	31
Phát dán những tờ rơi	456	76

Đa phần người dân thích cập nhật thông tin từ ti vi, chiếm tỷ lệ 91%, từ cán bộ y tế 88%.

## **5. Kết luận**

### **5.1. Kiến thức, thái độ, thực hành về phòng, chống bệnh cúm gia cầm ở người**

Tỷ lệ người dân có kiến thức đúng chung về phòng, chống bệnh cúm gia cầm ở người là 71,8%. Cụ thể tỷ lệ người dân biết đầy đủ về nguy cơ của bệnh là 93,7%; biết đầy đủ nguyên nhân gây bệnh là 80,7%; biết đầy đủ biện pháp phòng bệnh là 75,7%; Tỷ lệ người dân có thái độ đúng chung về phòng, chống bệnh cúm gia cầm ở người là 67,8%; Tỷ lệ người dân có thực hành đúng chung về phòng, chống bệnh cúm gia cầm ở người là 36,7%. Cụ thể tỷ lệ người dân biết đầy đủ về mua, bán gia cầm là 40,3%; biết đầy đủ chế biến và sử dụng gia cầm là 59,7%

### **5.2. Mối liên quan giữa kiến thức, thái độ, thực hành**

Tìm thấy mối liên quan giữa kiến thức đúng chung với thái độ đúng chung và thực hành đúng chung; Chưa tìm thấy mối liên quan giữa kiến thức, thái độ, thực hành và các đặc tính chung của đối tượng

## 6. Khuyến nghị

1. Tiếp tục duy trì và tăng cường công tác truyền thông thông qua đài phát thanh, truyền hình và đặc biệt tăng cường vai trò của cán bộ y tế xã, ấp, hội phụ nữ xã trong công tác thăm hộ gia đình, chú trọng hình thức truyền thông trực tiếp thông như: Họp nhóm, thăm hộ gia đình...
2. Tăng cường hỗ trợ nhân sự cho trạm y tế, củng cố và tập huấn các kỹ năng truyền thông trực tiếp cho đội ngũ cộng tác viên, nhân viên sức khỏe cộng đồng, hỗ trợ thêm kinh phí cho y tế ấp, cộng tác viên, nhân viên sức khỏe cộng đồng.
3. Các địa phương cần tham mưu với cấp ủy, chính quyền địa phương trong việc huy động đoàn thể, hội phụ nữ, hội nông dân, đoàn thanh niên.... Trong việc truyền thông trực tiếp tại địa phương và xây dựng mô hình truyền thông thay đổi hành vi về phòng, chống cúm tại mỗi địa phương

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Trần Hữu Bích (2005), *Kiến thức, thái độ, thực hành phòng chống cúm gia cầm của người dân tại 5 tỉnh Bắc Giang, Hải dương, Hà Tây, Nam Định và Thái Bình, năm 2005*.
2. Hồ Thị Thiên Ngân, Trần Ngọc Hữu (2009) *Kiến thức công cộng, thái độ và thực hành về phòng chống đại dịch cúm H1N1 ở miền Nam Việt Nam*.
3. Đỗ Kiến Quốc, Đỗ Văn Dũng (2005), *Kiến thức, thái độ, thực hành phòng chống cúm gia cầm của người dân Bến Lức, Long An*. Y học thành phố Hồ Chí Minh, tập 10, phụ bản số 1, 2006.
4. CARE International in Việt Nam (2005), *Knowledge - Attitudes - Practices Study of Small Holder Poultry Raising Farmers in Response to Avian Influenza*.
5. WHO, *Avian influenza—epidemiology of human H5N1 cases reported to WHO*. 2012, WHO.

# **KIẾN THỨC, THÁI ĐỘ, THỰC HÀNH VỀ PHÒNG CHỐNG SỐT XUẤT HUYẾT CỦA NGƯỜI DÂN HAI XÃ, HUYỆN HÀM THUẬN BẮC, TỈNH BÌNH THUẬN NĂM 2013**

*Nguyễn Thị Hồng Lua - Luận văn thạc sỹ YTCC  
Trung tâm Truyền thông GDSK Trung ương*

## **Tóm tắt nghiên cứu**

Nghiên cứu mô tả cắt ngang 400 hộ gia đình tại 2 xã Hàm Chính và Hàm Phú thuộc huyện Hàm Thuận Bắc, tỉnh Bình Thuận năm 2013 nhằm mô tả kiến thức, thái độ, thực hành và một số yếu tố liên quan của người dân về bệnh sốt xuất huyết (SXH). Kết quả cho thấy, tỷ lệ người dân có kiến thức đúng về phòng chống SXH là 38,5%, thái độ và thực hành đúng đạt 16,8%. Nghiên cứu cũng tìm thấy mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa yếu tố giới tính, tôn giáo với kiến thức phòng chống SXH, giữa kiến thức với thái độ, thực hành phòng chống SXH và chưa tìm thấy mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa nhóm tuổi, trình độ học vấn, nghề nghiệp, dân tộc, kinh tế, tiếp cận thông tin với kiến thức, thái độ và thực hành phòng chống SXH của người dân tại hai xã nghiên cứu.

## **1. Đặt vấn đề**

Sốt xuất huyết là bệnh nhiễm vi rút Dengue cấp tính do muỗi truyền và có thể gây thành dịch lớn. Theo ước tính của Tổ chức Y tế thế giới, hàng năm có 50 triệu người nhiễm virút Dengue, trong đó khoảng 500.000 người mắc SXH với khoảng 12.000 – 15.000 ca tử vong/năm. Năm 2012, SXH được xếp vào bệnh do muỗi truyền quan trọng nhất trên thế giới. Việt Nam là một trong 8 nước đứng đầu khu vực Đông Nam Á và thế giới về tỷ lệ mắc và chết do bệnh SXH [8]. Bệnh lưu hành rộng rãi ở Việt nam nhất là ở các tỉnh đồng bằng sông Cửu Long, đồng bằng Bắc bộ và vùng ven biển miền Trung. Bệnh có xu hướng tăng mạnh trong những năm gần đây và gây dịch lớn ở cả 4 khu vực trong toàn quốc và là một trong 10 bệnh truyền nhiễm gây dịch có tỷ lệ mắc cao nhất ở nước ta [6].

Hiện nay chưa có vắc-xin phòng bệnh và thuốc điều trị đặc hiệu. Vì vậy, để phòng bệnh SXH phần lớn phụ thuộc vào kiến thức, thái độ, thực hành của người dân về bệnh để có thể chủ động phòng tránh. Tuy nhiên, một số nghiên cứu cho thấy có khoảng cách giữa kiến thức, thái độ và thực hành của người dân về SXH. Một nghiên cứu tại tỉnh Đồng Tháp năm 2006 cho kết quả người dân có kiến thức đúng về SXH là 50%, thái độ đúng là 57%, thực hành đúng chỉ chiếm 26%[3].

Bình Thuận là tỉnh ven biển Nam Trung bộ, nằm trong khu vực có tỷ lệ mắc SXH cao trong cả nước. Các địa phương như Phan Thiết, Hàm Thuận

Bắc...tập trung nhiều ca mắc nhất [2]. Tuy nhiên, cho đến nay chưa có nghiên cứu nào tìm hiểu về kiến thức, thái độ, thực hành của người dân huyện Hàm Thuận Bắc, tỉnh Bình Thuận trong việc phòng tránh bệnh SXH. Vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài “*Kiến thức, thái độ và thực hành về phòng chống sốt xuất huyết của người dân hai xã, huyện Hàm Thuận Bắc, tỉnh Bình Thuận năm 2013*”.

## **2. Mục tiêu nghiên cứu**

1. Mô tả kiến thức, thái độ, thực hành về phòng chống sốt xuất huyết của người dân hai xã Hàm Chính và Hàm Phú, huyện Hàm Thuận Bắc, tỉnh Bình Thuận, năm 2013.
2. Mô tả một số yếu tố liên quan đến kiến thức, thái độ và thực hành về phòng chống sốt xuất huyết tại hai xã Hàm Chính và Hàm Phú, huyện Hàm Thuận Bắc, tỉnh Bình Thuận, năm 2013.

## **3. Phương pháp nghiên cứu**

**3.1. Đối tượng nghiên cứu:** Là chủ hộ gia đình

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

**3.3. Địa điểm và thời gian nghiên cứu**

- *Địa điểm:* xã Hàm Chính và Hàm Phú, huyện Hàm Thuận Bắc, tỉnh Bình Thuận.
- *Thời gian:* từ tháng 6/2013 đến tháng 10/2014

**3.4. Phân tích số liệu:** Số liệu được làm sạch, nhập bằng phần mềm Epidata 3.1 và phân tích bằng phần mềm SPSS16.

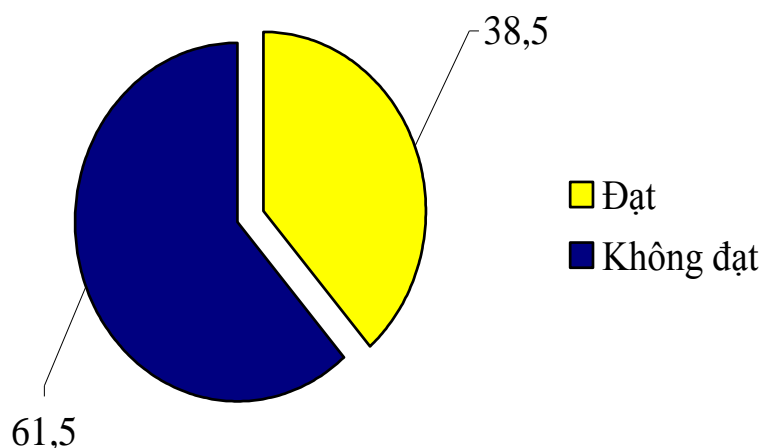
## **4. Kết quả nghiên cứu**

### **4.1. Đặc điểm của đối tượng tham gia nghiên cứu**

Trong 400 đối tượng nghiên cứu (ĐTNC), nam giới chiếm tỷ lệ cao hơn nữ giới tương ứng là 59% và 41%, tuổi trung bình là 41 tuổi. Trình độ học vấn của ĐTNC chủ yếu là tiểu học (51,8%), trung học cơ sở trở lên (48,2%), đa số làm nông nghiệp (86,2 %), các ngành nghề khác như công nhân, cán bộ công chức, thợ thủ công,...chiếm tỷ lệ thấp 13,8%. Phần lớn ĐTNC thuộc nhóm thành phần kinh tế không nghèo (trung bình, khá, giàu) với tỷ lệ là 88,2%; thành phần kinh tế nghèo là 11,8%.

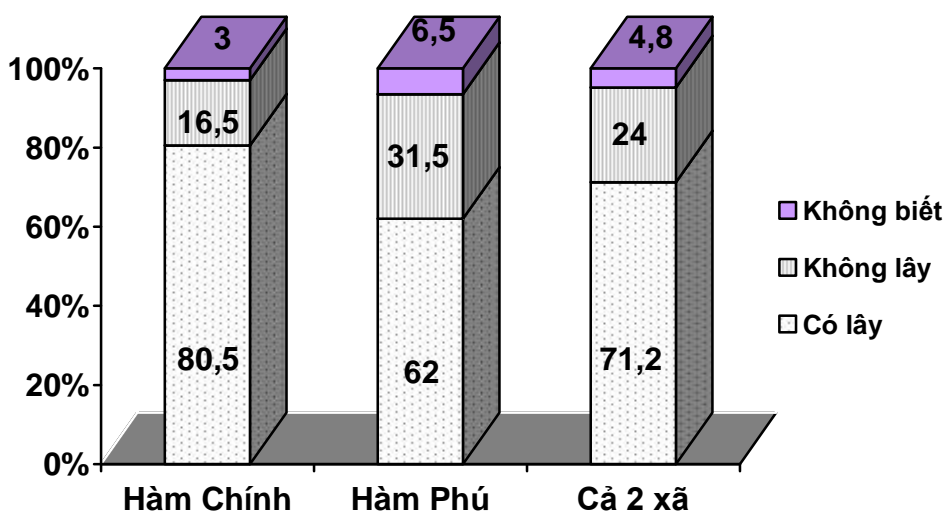
Giữa 2 xã nghiên cứu có sự khác nhau nhiều về tuổi, giới trình độ học vấn, nghề nghiệp, dân tộc, tôn giáo. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,05$ .

### **4.2. Kiến thức của người dân về phòng bệnh SXH**



**Biểu đồ 1: Kiến thức chung về phòng chống SXH**

Phần lớn ĐTNC không đạt kiến thức chung về bệnh SXH (61,5%). Tỷ lệ này cũng khác nhau rõ rệt ở 2 xã nghiên cứu (xã Hàm Phú là 18,5%, thấp hơn xã Hàm Chính 58,5% ;  $p < 0,05$ ).



**Biểu đồ 2: Hiểu biết của ĐTNC về khả năng lây truyền của bệnh SXH**

71,2% ĐTNC biết được bệnh có khả năng lây truyền, tuy nhiên vẫn có 24% cho rằng bệnh không lây truyền và 4,8% không biết bệnh có lây truyền hay không. Giữa hai xã có sự khác nhau, ĐTNC xã Hàm Chính biết được bệnh có khả năng lây truyền cao hơn xã Hàm Phú, tỷ lệ này tương ứng là 80,5% và 62,0%. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,05$ .

**Bảng 1: Kiến thức về đường lây truyền bệnh sốt xuất huyết**

<b>Hiểu biết về đường lây</b>	<b>Xã Hàm Chính</b>		<b>Xã Hàm Phú</b>		<b>Tổng số</b>	
	Tần số (n=200)	Tỷ lệ (%)	Tần số (n=200)	Tỷ lệ (%)	Tần số (n=400)	Tỷ lệ (%)
Biết nguyên nhân do muỗi đốt	179	89,5	137	68,5	316	<b>79,0</b>
Biết tên muỗi truyền bệnh là Ae.egypti	177	88,5	149	74,5	326	<b>81,5</b>
Biết mùa muỗi sinh sản	160	80,0	69	34,5	229	<b>57,2</b>
Biết nơi muỗi đẻ trứng	158	79,0	170	85,0	328	<b>82,0</b>
Biết thời gian muỗi thường đốt	179	89,5	114	57,0	293	<b>73,3</b>

Hầu hết các ĐTNC đều biết đường lây truyền bệnh, tên muỗi truyền bệnh, nơi muỗi đẻ trứng và thời gian muỗi thường đốt với tỷ lệ lần lượt là 79%, 81,5%, 82%, 73,3%. Các tỷ lệ này ở xã Hàm Chính đa số chiếm tỷ lệ cao hơn xã Hàm Phú và sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê ( $p < 0,005$ ).

**Bảng 2. Kiến thức về lứa tuổi thường gặp mắc bệnh sốt xuất huyết**

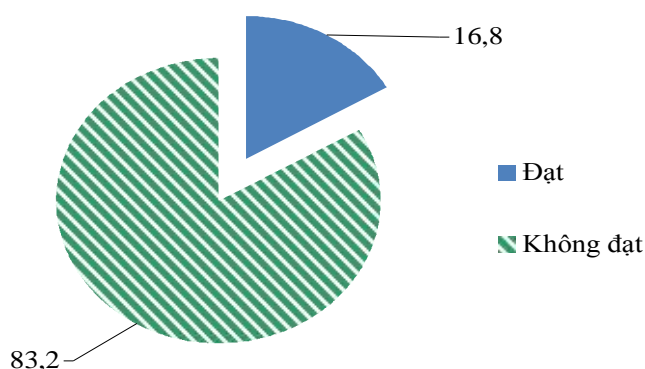
<b>Lứa tuổi thường gặp</b>	<b>Xã Hàm Chính</b>		<b>Xã Hàm Phú</b>		<b>Tổng số</b>	
	Tần số (n=200)	Tỷ lệ (%)	Tần số (n=200)	Tỷ lệ (%)	Tần số (n=400)	Tỷ lệ (%)
Trẻ em	143	71,5	107	53,5	250	<b>62,5</b>
Tất cả mọi người	58	29,0	51	25,5	109	<b>27,2</b>
Người già	13	6,5	3	1,5	16	<b>4,0</b>
Người có sức khỏe yếu	11	5,5	4	2,0	15	<b>3,8</b>
Phụ nữ	6	3,0	4	2,0	10	<b>2,5</b>
Người có bệnh mạn tính	7	3,5	2	1,0	9	<b>2,2</b>

ĐTNC ở cả 2 xã đều cho rằng lứa tuổi dễ mắc bệnh SXH nhất là trẻ em (62,5%). Những đối tượng khác như phụ nữ, người già, người có bệnh mạn tính và người có sức khỏe yếu thì khả năng mắc bệnh SXH thấp hơn, tỷ lệ này dao động từ 2,2% đến 4,0%.

### Về triệu chứng của bệnh sốt xuất huyết

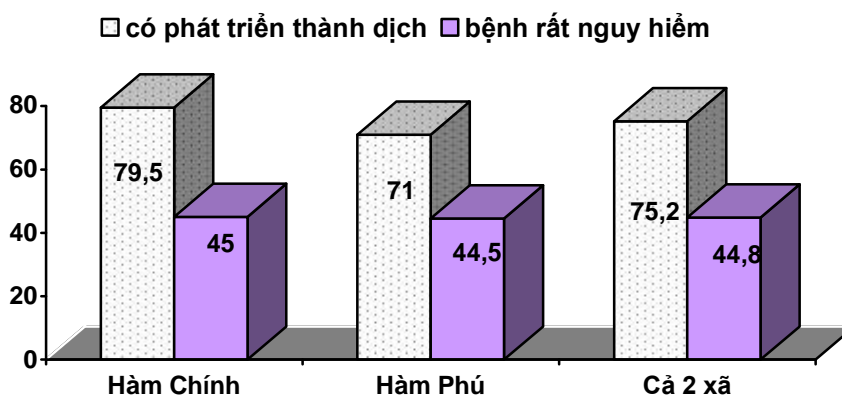
- 75,8% ĐTNC kể được dấu hiệu sốt cao, 44,8% kể được dấu hiệu xuất huyết dưới da, 29,8% kể được dấu hiệu đau đầu.
- Các dấu hiệu khác mà ĐTNC kể được như đi ngoài ra máu; hành kinh sớm; đau cơ lần lượt là 13,2%; 12,8%; 12%.
- Tỷ lệ đối tượng kể được dấu hiệu nôn ra máu rất thấp chỉ có 1,5%.

### 4.3. Thái độ, thực hành của người dân về phòng bệnh SXH:



### Biểu đồ 3: Thái độ, thực hành phòng chống SXH của ĐTNC

Tỷ lệ ĐTNC có thái độ, thực hành đạt về phòng bệnh SXH ở mức thấp (16,8%) và có đến 83,2% ĐTNC có thái độ, thực hành không đạt.



### Biểu đồ 4: Thái độ của ĐTNC đối với bệnh SXH



75,2% ĐTNC cho rằng bệnh có phát triển thành dịch, tỷ lệ này ở 2 xã Hàm Chính và Hàm Phú lần lượt là 79,5% và 71%. Sự khác biệt này chưa có ý nghĩa thống kê với  $p > 0,05$ . Tuy nhiên, tỷ lệ ĐTNC cho rằng bệnh rất nguy hiểm chỉ chiếm 44,8%.

### Về thực hành phòng bệnh

- Các thực hành về phòng bệnh SXH có tỷ lệ trả lời tương đối cao như: không lưu giữ phế thải, DCCN có đầy nắp, không có vũng nước đọng quanh nhà, thu gom rác, nhà sạch tương ứng là 94%, 93,5%, 90,8%, 90,5%, 90%.
- Các thực hành khác có tỷ lệ lựa chọn thấp hơn là: mặc màn khi ngủ (70%), thả cá diệt bọ gây (52%), có hệ thống nước thải (39,5%), cống rãnh có nắp đậy (22,5%).

### 4.4. Mối liên quan giữa kiến thức, thái độ, thực hành

**Bảng 3: Mối liên quan giữa kiến thức và thái độ, thực hành phòng chống SXH**

Kiến thức	Thái độ, thực hành		Tổng
	Đạt	Không đạt	
Đạt	35 (22,7%)	119 (77,3%)	<b>154</b>
Không đạt	32 (13,0%)	214 (87,0%)	<b>246</b>
OR = 1,97 ; $p = 0,01$ ; 95%CI (1,159-3,339)			

Có mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa kiến thức và thái độ, thực hành phòng chống SXH ở người dân tại 2 xã nghiên cứu. Tỷ lệ đối tượng có thái độ, thực hành đạt trong nhóm có kiến thức đạt cao hơn 1,97 lần so với tỷ lệ này trong nhóm có kiến thức không đạt. Sự khác biệt về tỷ lệ thái độ, thực hành đạt giữa hai nhóm có kiến thức đạt và không đạt có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,05$ .

## 4. Bàn luận

### 5.1. Về kiến thức của người dân về phòng bệnh SXH

Kết quả nghiên cứu cho thấy, ĐTNC có kiến thức chung về phòng chống SXH còn hạn chế. Tỷ lệ ĐTNC có kiến thức đạt về phòng bệnh SXH chỉ chiếm 38,5%. Nguyên nhân có thể do người dân địa phương làm nghề nông chủ yếu, trình độ dân trí thấp nên họ ít có điều kiện tìm hiểu thông tin về bệnh. Tỷ lệ này khá thấp so với nghiên cứu ở Đồng Tháp của Lê Thị Thanh Hương là 50% [3]. Nhưng tỷ lệ này lại cao hơn một số nghiên cứu ở khu vực khác như nghiên cứu của Vũ Trọng Dục tại 11 tỉnh miền núi phía Bắc năm 2011 tỷ lệ này chỉ đạt 10,1% [7]. Điều này có thể được lý giải do khác nhau về số lượng mẫu (600 HGD, 2.000 HGD), địa điểm (khu vực Đông Nam Bộ và miền núi phía Bắc) và thời gian nghiên cứu (2006, 2011).

Giữa hai xã nghiên cứu thì ĐTNC đạt kiến thức chung về bệnh SXH ở xã Hàm Chính cao hơn xã Hàm Phú (58,5%, 18,5%). Điều này có thể lý giải do sự khác nhau về một số đặc điểm của ĐTNC giữa hai xã: nhóm tuổi, giới tính, dân tộc, tôn giáo, trình độ học vấn, ngành nghề. Đây là những gợi ý hữu ích cho lãnh đạo địa phương cần ưu tiên các chương trình truyền thông đến người dân xã Hàm Phú.

Đa số ĐTNC có kiến thức tốt về khả năng lây truyền của bệnh (chiếm 71,2%), đường lây truyền bệnh là do muỗi đốt (79%) và 81,5% biết được tên muỗi truyền bệnh là muỗi *Aedes aegypti* (dân gian gọi là muỗi vằn), 82% biết được nơi muỗi đẻ trứng ở trong nước, 81,8% biết được các biện pháp cần làm để phòng bệnh. Điều này có thể được lý giải do năm vừa qua tại địa phương có tỷ lệ người mắc bệnh cao nên địa phương có tổ chức một số đợt chiến dịch truyền thông phòng chống bệnh, nên người dân biết được một số thông tin cơ bản.

Tuy nhiên, ĐTNC có kiến thức chưa tốt về lứa tuổi dễ mắc bệnh, triệu chứng của bệnh, thời gian sinh sản và phát triển của muỗi, thời gian muỗi thường đốt. Đa số cho rằng trẻ em là dễ mắc bệnh nhất (chiếm 62,5%), còn các đối tượng khác khả năng mắc bệnh thấp hơn. Điều này có thể được lý giải do các đợt dịch SXH tại địa phương lứa tuổi mắc nhiều nhất là trẻ em dưới 15 tuổi [2] vì vậy người dân cho rằng chỉ có trẻ em là dễ mắc bệnh còn người lớn và những người khác ít mắc bệnh hơn. Chính sự hiểu biết không đúng này có thể dẫn đến việc người dân chủ quan trong phòng chống bệnh cho bản thân và những thành viên khác trong gia đình.

### **5.2. Về thái độ, thực hành**

Nghiên cứu cho thấy, tỷ lệ người dân có thái độ, thực hành đúng phòng chống bệnh SXHD rất thấp là 16,8%. Tỷ lệ này thấp hơn so với nghiên cứu của Nguyễn Thị Quỳnh Trang, Trần Văn Hai, Lê Thị Thanh Hương, Trương Phi Hùng (lần lượt là 20%, 26%, 26%, 53%) [4],[3],[5].

Giữa hai xã nghiên cứu cũng có sự khác nhau về tỷ lệ thái độ, thực hành đạt ở xã Hàm Chính cao hơn xã Hàm Phú (26% so với 7,5%). Điều này có thể được lý giải do người dân xã Hàm Chính có kiến thức chung về phòng chống bệnh tốt hơn xã Hàm Phú nên họ cũng có thái độ, thực hành đạt cao hơn.

ĐTNC đã có thái độ đúng về sự phát triển thành dịch của bệnh SXH chiếm tỷ lệ cao 75,2%, chỉ có 44,8% ĐTNC cho rằng bệnh rất nguy hiểm, có thể dẫn tới tử vong. Chính thái độ không tích cực của ĐTNC có thể sẽ làm họ chủ quan với các thông tin về bệnh và là nguyên nhân dẫn đến tỷ lệ mắc bệnh tại địa phương cao trong thời gian vừa qua.

Đối với thực hành mặc màn khi ngủ, kết quả nghiên cứu cho thấy 70% ĐTNC đã thực hiện. Kết quả này so với kết quả nghiên cứu của Nguyễn Thị Quỳnh Trang tại Hà Nội [3] thì thấp hơn, nhưng lại cao hơn nhiều so với kết quả tại Đồng Tháp, thành phố Hồ Chí Minh của Lê Thị Thanh Hương, Trương Phi Hùng, Lý Lệ Lan và Lê Hoàng Ninh, Trần Văn Hai [3],[5]. Điều này có thể do khác nhau về các đặc điểm đối tượng nghiên cứu tại các vùng miền.

Hành vi thả cá diệt bọ gây không được ĐTNC chú trọng lắm, chỉ có 52% ĐTNC thực hiện hành vi này. Nguyên nhân của vấn đề này có thể do quan niệm của nhiều người dân thả cá sẽ làm bẩn, tanh nước nên họ ít thực hiện hoặc có thể do họ không biết về lợi ích của việc thả cá diệt bọ gây.

Thực hành vệ sinh nhà ở, không lưu giữ phế thải, DCCN có nắp đậy, không có vũng nước đọng quanh nhà, thu gom rác, nhà sạch đạt tỷ lệ cao từ 72,8% đến 94%. Điều này cho thấy việc thực hành về vệ sinh nhà ở khá tốt. So với kết quả của một số nghiên cứu khác thấy có sự tương đồng, như nghiên cứu tại Đồng Tháp, Thành phố Hồ Chí Minh [3], [5]. Nghiên cứu tại Đồng Tháp cho thấy thực hành vệ sinh trong nhà tốt chiếm 66,9%, vệ sinh môi trường xung quanh tốt chiếm 56,2%.

### **5.3. Về mối liên quan giữa kiến thức và thái độ, thực hành phòng bệnh SXH**

Kết quả cho thấy có mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa kiến thức, thái độ và thực hành phòng chống SXH ở người dân tại 2 xã nghiên cứu. Tỷ lệ đối tượng có thái độ, thực hành đạt trong nhóm có kiến thức đạt cao hơn 1,97 lần so với tỷ lệ này trong nhóm có kiến thức không đạt. Sự khác biệt về tỷ lệ thái độ, thực hành đạt giữa hai nhóm có kiến thức đạt và không đạt có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,05$ . Kết quả này cũng tương đồng với nghiên cứu của Lê Thị Thanh Hương tại Đồng Tháp [3], Trương Phi Hùng tại Thành phố Hồ Chí Minh [5] là có mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa kiến thức đạt và thái độ, thực hành đạt.

Vì vậy truyền thông giáo dục để nâng cao nhận thức cho người dân địa phương sẽ góp phần quan trọng nâng cao thái độ, thực hành trong thời gian tới tại hai xã nghiên cứu và trong công tác phòng chống bệnh SXH nói chung.

## **5. Khuyến nghị**

### **6.1. Đối với ngành y tế và chính quyền địa phương**

- Tăng cường công tác truyền thông giáo dục sức khỏe, cung cấp các thông tin về phòng chống SXH mà người dân hiện chưa hiểu rõ như:
  - + Lứa tuổi dễ mắc bệnh;
  - + Triệu chứng của bệnh;
  - + Thời gian sinh sản và phát triển của muỗi;

- + Thời gian muỗi thường đốt.
- Công tác truyền thông cần chú trọng tới những đối tượng nam giới, người có trình độ văn hóa thấp, người làm nghề nông và nhóm người dân tộc.

## **6.2. Đối với người dân**

- Cần mặc màn bất cứ khi nào ngủ.
- Cần thực hiện thường xuyên một số hành vi như thả cá diệt bọ gây, vệ sinh môi trường xung quanh, có hệ thống nước thải, cống rãnh có nắp đậy.

## **TÀI LIỆU THAM KHẢO**

1. Cục Y tế dự phòng, *Niên giám thống kê các bệnh truyền nhiễm tại Việt Nam*, 2009, Cục thống kê Hà Nội: Hà Nội.
2. Lê Thị Thanh Hương, T.T.H., *Kiến thức, thái độ, thực hành về phòng chống sốt xuất huyết của người dân xã Bình Thành, huyện Thanh Bình, tỉnh Đồng Tháp*. Tạp chí Y tế công cộng, 2006. 9.
3. Nguyễn Thị Quỳnh Trang, *Thực trạng kiến thức, thực hành của người dân về phòng bệnh sốt xuất huyết dengue và một số yếu tố liên quan tại phường Trúc Bạch, quận Ba Đình, Hà Nội năm 2012*, 2012.
4. Trương Phi Hùng, *Kiến thức, thái độ thực hành về phòng bệnh sốt xuất huyết của thân nhân bệnh nhân sốt xuất huyết tại bệnh viện nhiệt đới thành phố Hồ Chí Minh năm 2010*. Tạp chí Y Học Thành phố Hồ Chí Minh, 2010. **15**(1): p. 119-125.
5. Viện VSDT Trung ương, *Báo cáo tổng kết công tác phòng chống dịch khu vực Miền bắc năm 2010*. 2011. p. 6-10.
6. Vũ Trọng Dục, Đ.T.V.A., Trần Vũ Phong và cộng sự., *Điều tra kiến thức và thực hành về phòng chống bệnh sốt xuất huyết Dengue tại 11 tỉnh miền núi phía Bắc, 2011*. Tạp chí Y Học Dự Phòng, 2011. tập XXI(8).
7. [http://dangcongsan.vn/cpv/Modules/Preview/PrintPreview.aspx?co\\_id=10008&cn\\_id=604091](http://dangcongsan.vn/cpv/Modules/Preview/PrintPreview.aspx?co_id=10008&cn_id=604091).
8. World Health Organization, *Guidlines for dengue surveillance and mosquito control*. Regional Office for the Western Pacific Manila, 2003. 2nd edition: p. 1-10

## **ĐIỀU TRA KIẾN THỨC, THÁI ĐỘ, HÀNH VI VỀ KẾT QUẢ THỰC HIỆN VỆ SINH TỔNG THỂ DO CỘNG ĐỒNG LÀM CHỦ HUYỆN THUẬN BẮC TỈNH NINH THUẬN**

BS. Nguyễn Năm, Nguyễn Thị Bích Trâm - Trung tâm Truyền thông GDSK Ninh Thuận  
BS. Phan Quốc Khánh - Trung tâm YTDP Ninh Thuận

## **Tóm tắt nghiên cứu**

“*Vệ sinh tổng thể do cộng đồng làm chủ*” là một phương pháp mới nhằm đạt được và duy trì tình trạng không phóng uế bừa bãi thông qua việc hướng dẫn cộng đồng phân tích thực trạng vệ sinh, thói quen đi vệ sinh và hậu quả của nó. Không giống các cách tiếp cận khác trợ cấp bằng tiền mặt và vật tư cho hộ gia đình và chú trọng vào xây dựng nhà vệ sinh, “*Vệ sinh tổng thể do cộng đồng làm chủ*” tập trung vào động cơ thay đổi hành vi vệ sinh của cộng đồng. Tâm điểm của vệ sinh tổng thể do cộng đồng làm chủ là kích hoạt, tại đây những cộng tác viên sẽ thuyết phục cộng đồng thông qua hướng dẫn cộng đồng vẽ bản đồ về vị trí nhà ở và vị trí họ hay đi vệ sinh ngoài trời, sau đó tính toán đơn giản số lượng phân mà cộng đồng thải ra môi trường sống và phân tích con đường lây nhiễm từ phân đến miệng. Từ đó tạo cho người dân ghê sợ, kinh tởm, xấu hổ và tự nguyện tìm cách bỏ thói quen đi vệ sinh ngoài trời bằng việc xây dựng và sử dụng nhà tiêu.

Nghiên cứu “*Đánh giá triển khai mô hình vệ sinh tổng thể do cộng đồng làm chủ*” phỏng vấn bằng bộ câu hỏi soạn sẵn trên nhóm đối tượng là đại diện 136 hộ gia đình, cán bộ y tế xã, già làng, trưởng thôn và đại diện giáo viên của 6 trường tiểu học trên địa bàn 03 xã (Công Hải, Lợi Hải, Bắc Sơn) của huyện Thuận Bắc. Kết quả nghiên cứu cho thấy: Hiện tại trên địa bàn có 55,1% hộ gia đình có nhà tiêu, còn lại 44,5% có thói quen đi ngoài nương rẫy. Trong số những người đi ngoài nương thì có 44,3% cho rằng thoải mái vì không hôi, số còn lại cho rằng họ cũng ngại người khác nhìn thấy và không an toàn. Trong số những người đi vệ sinh trong nhà tiêu có tới 60,0% cho rằng nơi đó an toàn và hơn 50% họ không sợ người khác nhìn thấy. Khi hỏi về mong muốn thay đổi tình trạng đi vệ sinh bên ngoài gần 80% người dân cho rằng cần thay đổi thói quen đi vệ sinh ở rẫy và nên có chính sách cho vay vốn để xây nhà tiêu. Có tới 99,3% đối tượng nghiên cứu cho rằng đi vệ sinh bên ngoài gây ra bệnh tật và ô nhiễm môi trường, trong đó bệnh được nhắc đến nhiều nhất là tiêu chảy. Hầu hết đều cho rằng già làng tác động rất lớn trong việc thực hiện chương trình xây nhà tiêu hộ gia đình để thay đổi thói quen cả tập thể, cộng đồng đi cầu bên ngoài. Nghiên cứu đưa ra kiến nghị: Tiếp tục xin kinh phí hỗ trợ người dân và cho vay vốn ưu đãi để người dân có điều kiện và quyết tâm xây nhà tiêu; Có thể nên kết hợp với các nội dung của Chương trình Xây dựng nông thôn mới đang được triển khai hiện nay.

# **THỰC TRẠNG KIẾN THỨC, THÁI ĐỘ, HÀNH VI PHÒNG CHỐNG CÚM A CỦA HỌC SINH TRƯỜNG THCS PHÙ ĐỒNG VÀ THPT SÀO NAM HUYỆN DUY XUYỀN - TỈNH QUẢNG NAM**

*BS. Nguyễn Minh Thu - Trung tâm Truyền thông GDSK tỉnh Quảng Nam,  
ThS. Nguyễn Thị Liên - Sở Y tế Quảng Nam và cộng sự*

## **Tóm tắt nghiên cứu**

Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 338 học sinh của 2 trường trung học cơ sở (THCS) Phù Đồng và trung học phổ thông (THPT) Sào Nam, huyện Duy Xuyên, tỉnh Quảng Nam năm 2013 nhằm tìm hiểu kiến thức, thái độ, thực hành phòng chống cúm A, xác định các kênh truyền thông học sinh ưa thích từ đó đề xuất các giải pháp can thiệp truyền thông phù hợp. Kết quả nghiên cứu cho thấy kiến thức về bệnh cúm A của học sinh vẫn còn hạn chế: 39,05% học sinh biết đầy đủ 2 nguyên nhân gây bệnh cúm A; 35,21% biết 3 triệu chứng của bệnh cúm A; chỉ có 1,18% học sinh nêu đủ 3 đường lây truyền của bệnh cúm A; 8,28% học sinh trả lời được 3 biện pháp cơ bản phòng bệnh cúm A; 89,35% học sinh cho rằng bệnh cúm A có thể phòng được. Hầu hết học sinh rửa tay bằng xà phòng với nước sạch (99,40%). Tuy nhiên, tỷ lệ học sinh rửa tay đúng cách rất thấp (8,88%). Các hoạt động truyền thông về cúm A mà học sinh được tiếp cận: 53,55% học sinh nghe nói chuyện trước cờ; 54,4% tiếp cận thông tin từ áp phích; 32,3% tiếp cận thông tin từ tờ rơi. Tỷ lệ học sinh có nghe đài, xem tivi về phòng bệnh cúm A khá cao (86,39%). Kênh thông tin được ưa thích nhất vẫn là tivi (63,61%) tiếp đến là hội thi tìm hiểu (55,62%), nói chuyện trước cờ (49,70%).

## **1. Đặt vấn đề**

Những năm gần đây vi rút cúm A (H5N1, H1N1, H7N9) đã xuất hiện và gây dịch ở nhiều nước nhất là các nước trong khu vực Châu Á, trong đó có Việt Nam. Dịch cúm A xảy ra lặp đi lặp lại không theo quy luật và không theo mùa. Mầm bệnh lưu hành trong môi trường khá phổ biến, việc xử lý môi trường rất khó khăn. Trong khi đó nhận thức của người dân về biện pháp phòng chống dịch cúm A còn chưa cao, đặc biệt là các em học sinh. Việc phối kết hợp với các ban ngành trong công tác tuyên truyền còn hạn chế. Vì vậy, việc nâng cao nhận thức và kỹ năng phòng, chống cúm A cho học sinh, sinh viên, giáo viên và cán bộ là rất cần thiết nhằm hạn chế tỷ lệ mắc và tử vong do cúm A, góp phần giảm thiểu cao nhất tác hại khi dịch cúm A xảy ra tại các trường học.

Duy Xuyên là một huyện nằm phía bắc của tỉnh Quảng Nam, có địa hình trải dài theo quốc lộ 1A, có nhiều di sản văn hóa và là nơi tập trung nhiều khách du lịch. Những năm qua, dịch cúm gia cầm xuất hiện rải rác tại nhiều xã của huyện làm chết

hàng nghìn con gia cầm. Đặc biệt, năm 2009 dịch cúm A/H1N1 bùng phát tại một số trường học trong huyện. Chính vì lý do trên, chúng tôi tiến hành nghiên cứu thực trạng kiến thức, thái độ và hành vi phòng chống cúm A của học sinh trường THCS Phù Đồng và học sinh trường THPT Sào Nam, huyện Duy Xuyên.

## **2. Mục tiêu nghiên cứu**

1. Mô tả thực trạng kiến thức, thái độ và thực hành phòng chống cúm A của học sinh trường THCS Phù Đồng và trường THPT Sào Nam.
2. Đề xuất các giải pháp can thiệp truyền thông tại trường học.

## **3. Đối tượng và phương pháp nghiên cứu**

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

### **3.2. Đối tượng nghiên cứu**

Học sinh trường THCS Phù Đồng và trường THPT Sào Nam

Cỡ mẫu được tính theo công thức:

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

Trong đó: n: cỡ mẫu nghiên cứu

$Z^2_{(1-\alpha/2)}$  : Hệ số tin cậy ở mức xác suất 95%

p: 0,3 (Tỷ lệ học sinh có kiến thức phòng chống cúm A)

q: 1-p (Tỷ lệ học sinh chưa có kiến thức phòng chống cúm A)

d: 0,05 (Độ chính xác mong muốn).

Thay vào công thức tính được  $n = 322$  học sinh, thêm 5% dự phòng cho các trường hợp bỏ cuộc. Tổng số học sinh tham gia vào nghiên cứu là 338. Mỗi trường điều tra 169 học sinh.

**3.3. Thời gian nghiên cứu:** Từ tháng 6 đến tháng 12 năm 2013.

**3.4. Phương pháp thu thập số liệu:** Phỏng vấn kết hợp quan sát trực tiếp.

## **4. Kết quả nghiên cứu và bàn luận**

### **4.1. Thực trạng kiến thức, thái độ, thực hành rửa tay phòng bệnh cúm A**

#### **4.1.1. Kiến thức về bệnh cúm A ở người**

Qua khảo sát tỷ lệ học sinh được nghe hoặc đã tìm hiểu thông tin về bệnh cúm A ở người tại 2 trường tương đối cao (88,46%) trong đó trường THCS Phù Đồng chiếm 41,12%, THPT Sào Nam chiếm 47,34%.

**Bảng 1: Kết quả hiểu biết của học sinh về nguyên nhân mắc bệnh cúm A**

<div> <div>Trường</div> <div>Nguyên nhân</div> </div>	<div>Phù Đồng</div> <div>(n=169)</div>		<div>Sào Nam</div> <div>(n=169)</div>		<div>Chung</div> <div>(n=338)</div>	
	Tần số	Tỉ lệ (%)	Tần số	Tỉ lệ (%)	Tần số	Tỉ lệ (%)
Vi rút cúm A (H5N1)	52	30,8	27	16	79	23,4
Vi rút cúm A (H1N1)	25	14,8	9	5,3	34	10,1
Vi rút cúm A (H5N1) và cúm A (H1N1)	29	17,2	103	60,9	132	39,1
Khác (do vi trùng)	7	4,1	10	5,9	17	5,0
Không biết/không trả lời	56	33,1	20	11,8	76	22,5

39,1% học sinh được hỏi biết được 2 nguyên nhân gây bệnh cúm A là virut cúm A(H5N1) và virut cúm A(H1N1). Trong đó, kiến thức của học sinh trường THCS Phù Đồng về 2 nguyên nhân gây bệnh cúm A xảy ra ở người trong thời gian qua thấp hơn trường THPT Sào Nam rất nhiều (17,2%; 60,9%). Đặc biệt, có đến 22,5% học sinh không biết hoặc không trả lời được nguyên nhân gây bệnh cúm A.

**Bảng 2: Kết quả hiểu biết về cách lây truyền bệnh cúm A**

<div> <div>Trường</div> <div>Cách lây</div> </div>	<div>Phù Đồng</div> <div>(n=169)</div>		<div>Sào Nam</div> <div>(n=169)</div>		<div>Chung</div> <div>(n=338)</div>	
	Tần số	Tỷ lệ (%)	Tần số	Tỷ lệ (%)	Tần số	Tỷ lệ (%)
Do hít những giọt nước bọt chứa virut cúm A của người bệnh thải ra không khí	28	16,6	61	36,1	89	26,3
Qua tay bẩn do tiếp xúc với các vật thể mang mầm bệnh	50	29,6	140	82,8	190	56,2
Ăn tiết canh, trứng, thịt gia cầm nhiễm bệnh chưa được nấu chín	73	43,2	56	33,1	129	38,2
Cả 3 lý do trên	0	0,00	4	2,3	4	1,2
Không biết/không trả lời	30	17,7	4	2,3	34	10,1



56,2% học sinh biết từng cách lây truyền bệnh cúm A qua tay bẩn do tiếp xúc với các vật thể mang mầm bệnh; 38,2% biết do ăn tiết canh, trứng, thịt gia cầm nhiễm bệnh chưa được nấu chín; 26,3% biết do hít phải những giọt nước bọt có chứa vi rút cúm A (H1N1) của người bệnh thải ra không khí. Tuy nhiên, chỉ có 2,3% học sinh trường THPT Sào Nam biết được 3 đường lây truyền của bệnh cúm A, không có học sinh nào của trường THCS Phù Đồng trả lời được 3 đường lây truyền của bệnh cúm A. Vẫn còn 10,1% số học sinh không biết/không trả lời.

**Bảng 3: Kết quả hiểu biết về triệu chứng bệnh cúm A**

<b>Trường</b> <b>Biểu hiện</b>	<b>Phù Đồng</b> <b>(n=169)</b>		<b>Sào Nam</b> <b>(n=169)</b>		<b>Chung (n=338)</b>	
	<b>Tần số</b>	<b>Tỷ lệ (%)</b>	<b>Tần số</b>	<b>Tỷ lệ (%)</b>	<b>Tần số</b>	<b>Tỷ lệ (%)</b>
Sốt	150	88,8	147	63,9	297	87,9
Ho, hắt hơi, sổ mũi	72	42,6	147	86,9	219	64,8
Người mệt mỏi	28	16,5	113	66,9	141	41,7
Cả 3 ý trên	14	8,3	105	62,1	119	35,2
Khác (đau đầu, đau cơ...)	7	4,1	2	1,2	9	2,7
Không biết/không trả lời	2	1,2	7	4,1	9	2,7

Trả lời từng triệu chứng như sốt; viêm long đường hô hấp trên (ho, hắt hơi, sổ mũi) chiếm tỷ lệ cao (87,9%; 64,8%), nhưng trả lời đầy đủ 3 triệu chứng của bệnh cúm A chỉ đạt 35,2%. Vẫn còn 2,7% học sinh không biết và không trả lời được, kết quả này phù hợp với kết quả nghiên cứu của Nguyễn Thị Hường, TS. Trần Hữu Bích trong đề tài “Kiến thức, thái độ, thực hành phòng chống bệnh cúm gia cầm của người dân” tại huyện Tiên Du, tỉnh Bắc Ninh.

**Bảng 4: Kết quả hiểu biết về phòng bệnh cúm A**

<b>Đối tượng</b> <b>Cách phòng</b>	<b>Phù Đồng</b> <b>(n=169)</b>		<b>Sào Nam</b> <b>(n=169)</b>		<b>Chung</b> <b>(n=338)</b>	
	<b>Tần số</b>	<b>Tỷ lệ (%)</b>	<b>Tần số</b>	<b>Tỷ lệ (%)</b>	<b>Tần số</b>	<b>Tỷ lệ (%)</b>
Rửa tay bằng nước sạch và xà phòng	110	65,1	115	68	225	66,6
Đeo khẩu trang	12	7,1	80	47,3	92	27,2
Không ăn tiết canh, thịt, trứng gia cầm chưa nấu chín	47	27,8	66	39,1	113	33,4
Cả 3 ý trên	2	1,2	26	15,4	28	8,3
Không biết/không trả lời	2	1,2	18	10,7	20	5,9

Để chủ động phòng bệnh cúm A, mỗi cá nhân phải có kiến thức về các biện pháp phòng bệnh. Kết quả phỏng vấn cho thấy có đến 66,6% học sinh trả lời rửa tay bằng nước sạch và xà phòng là biện pháp để phòng bệnh cúm A, các biện pháp khác học sinh nêu được rất thấp: đeo khẩu trang (27,2%), không ăn sản phẩm gia cầm chưa được nấu chín (33,4%). Rất ít học sinh trả lời đầy đủ 3 cách phòng bệnh cúm A (8,3%); vẫn còn 5,9% học sinh không biết/không trả lời.

#### 4.1.2. Thái độ của học sinh đối với khả năng phòng chống bệnh cúm A

**Bảng 5: Kết quả nhận định của học sinh về khả năng phòng bệnh cúm A**

<b>Trường</b> <b>Phòng bệnh</b>	<b>Phù Đồng</b> <b>(n=169)</b>		<b>Sào Nam</b> <b>(n=169)</b>		<b>Chung (n=169)</b>	
	<b>Tần số</b>	<b>Tỷ lệ (%)</b>	<b>Tần số</b>	<b>Tỷ lệ (%)</b>	<b>Tần số</b>	<b>Tỷ lệ (%)</b>
Có	151	89,3	151	89,3	302	89,3
Không	2	1,2	0	0,00	2	0,6
Không biết/ không trả lời	16	9,5	18	10,7	34	10,1

Qua phỏng vấn cho thấy có đến 89,3% cho rằng bệnh cúm A có thể phòng được, chỉ rất ít (0,6%) cho rằng bệnh không thể phòng được. 10,1% không thể hiện thái độ của mình.

#### 4.1.3. Thực hành rửa tay bằng xà phòng và nước sạch để phòng bệnh cúm A

Rửa tay là biện pháp đơn giản nhưng rất hiệu quả trong phòng chống các bệnh lây truyền qua đường tiêu hóa và đường hô hấp trong đó có cúm A. Kết quả nghiên cứu cho thấy, tỷ lệ học sinh có thực hành rửa tay bằng xà phòng và nước sạch ở cả 2 trường là 99,4%.

**Bảng 6: Thời điểm rửa tay**

<div><div></div><div>Trường</div><div>Thời điểm</div></div>	Phù Đồng		Sào Nam		Chung	
	Tần số	Tỷ lệ (%)	Tần số	Tỷ lệ (%)	Tần số	Tỷ lệ (%)
Trước khi ăn	163	96,4	160	94,7	323	95,56
Sau khi đi vệ sinh	161	95,3	155	91,7	316	93,49
Cả 2 thời điểm trên	160	94,7	151	89,3	311	92,01
Khác, ghi rõ (sau khi quét rác, tiếp xúc vật bẩn...)	31	18,3	7	4,1	38	11,24

Qua phỏng vấn, tỷ lệ học sinh thực hiện rửa tay đủ 2 thời điểm chiếm tỷ lệ rất cao 92,01%. Đáng chú ý có đến 11,24% rửa tay sau khi quét rác hoặc tiếp xúc vật bẩn, đây là việc cần phát huy. Thời gian tới, cơ quan y tế cần phối hợp với trường học triển khai hướng dẫn thực hiện không những 2 thời điểm cần rửa tay trên mà còn ở các thời điểm khác như sau dọn vệ sinh, sau khi tiếp xúc gia cầm, súc vật; sau khi xì mũi, che miệng khi hắt hơi hoặc sau khi tiếp xúc vật bẩn.

#### 4.2. Các hình thức truyền thông về cúm A

**Nói chuyện trước cờ của trường:** việc tuyên truyền giáo dục sức khỏe cho học sinh trong phòng chống cúm A là rất quan trọng để học sinh chủ động phòng chống dịch bệnh. Điều quan trọng hơn nữa là, khi các em có kiến thức tốt, các em sẽ là các truyền thông viên tích cực trong phòng chống cúm A tại cộng đồng. 53,6% học sinh đã được nghe nói chuyện trước cờ về phòng bệnh cúm A.

**Thông tin từ áp phích về bệnh cúm A:** có 54,4% học sinh đã từng xem/đọc áp phích về phòng bệnh cúm A. 42,3% học sinh chưa tiếp cận với các áp phích về cúm A, trong đó lý do trường không treo chiếm 34,9%, không thích đọc chiếm 3,3% và không trả lời là 4,14%.

**Thông tin từ tờ rơi, tranh gấp về bệnh cúm A:** tỷ lệ học sinh có đọc tờ rơi, tranh gấp về phòng bệnh cúm A thấp chiếm 32,25%. Trong số những học sinh không được tiếp cận thông tin về cúm A từ tờ gấp có 37,28% với lý là do trường không phát; 1,78% không thích đọc và 4,44% không trả lời.

**Tiếp nhận thông tin từ đài và tivi:** tỷ lệ học sinh có nghe đài, xem ti vi về phòng bệnh cúm A khá cao chiếm 86,39%.

#### 4.3. Kênh thông tin, truyền thông học sinh ưa thích

**Bảng 7: Kênh thông tin, truyền thông học sinh ưa thích**

Trường Kênh thông tin	Phù Đồng		Sào Nam		Chung	
	Tần số	Tỉ lệ (%)	Tần số	Tỉ lệ (%)	Tần số	Tỉ lệ (%)
Treo áp phích	70	20,71	64	18,93	134	39,64
Treo pa nô	45	13,31	30	8,88	75	22,19
Phát tờ rơi	59	17,46	38	11,24	97	28,70
Phát trên đài phát thanh	92	27,22	60	17,75	152	44,97
Phát trên tivi	114	33,73	101	29,88	215	63,61
Hội thi tìm hiểu	103	30,47	85	25,15	188	55,62
Nói chuyện trước cờ	98	28,99	70	20,71	168	49,70
Bài hát, bài vẽ	55	16,27	34	10,06	89	26,33
Liên hoan văn nghệ	54	15,98	51	15,09	105	31,07
Không biết/không trả lời	0	0	3	0,89	3	0,89

Khảo sát, đánh giá kênh thông tin, truyền thông ưa thích rất quan trọng nhằm lựa chọn kênh truyền thông phù hợp cho đối tượng, góp phần đem lại hiệu quả truyền thông cao nhất. Qua khảo sát cho thấy, kênh thông tin được ưa thích nhất vẫn là tivi chiếm 63,61%, tiếp đến là hội thi tìm hiểu (55,62%), nói chuyện trước cờ (49,70%), thấp nhất là treo pano chiếm 22,19%.

## 5. Kết luận

- Kiến thức đầy đủ về bệnh cúm A của học sinh vẫn còn hạn chế: 39,05% học sinh biết đầy đủ 2 nguyên nhân gây bệnh cúm A; 35,21% biết 3 triệu chứng của bệnh cúm A, chỉ có 1,18% học sinh nêu đủ 3 đường lây truyền của bệnh cúm A. 8,28% học sinh trả lời được 3 biện pháp cơ bản phòng bệnh cúm A.
- 89,35% học sinh cho rằng bệnh cúm A có thể phòng được
- Hầu hết học sinh rửa tay bằng xà phòng với nước sạch (99,40%), đủ 2 thời điểm 92,01%. Tuy nhiên, các em rửa tay đúng cách rất thấp 8,88%.
- Các hoạt động truyền thông về cúm A học sinh được tiếp cận: 53,55% học sinh nghe nói chuyện trước cờ về phòng bệnh cúm A; 54,4% tiếp cận thông tin từ áp phích; 32,3% tiếp cận thông tin từ tờ rơi. Tỷ lệ học sinh có nghe đài, xem tivi về phòng bệnh cúm A khá cao (86,39%).
- Kênh thông tin được ưa thích nhất vẫn là tivi (63,61%) tiếp đến là hội thi tìm hiểu (55,62%), nói chuyện trước cờ (49,70%).

## 6. Kiến nghị

### 6.1. Đối với phòng Giáo dục và Đào tạo, các trường học

- Thường xuyên chỉ đạo, thực hiện công tác phòng chống dịch bệnh nhất là dịch cúm A;
- Tăng cường vai trò của y tế trường học trong việc xây dựng kế hoạch truyền thông phù hợp cho học sinh như nói chuyện dưới cờ, nội dung cần ngắn gọn, dễ hiểu và dễ thực hành.
- Tổ chức các hội thi tìm hiểu kiến thức phòng chống cúm A cho các em như đồ vui để học, thi tìm hiểu kiến thức...
- Tiếp tục xây dựng mô hình rửa tay phòng chống cúm A trong trường học, với hệ thống rửa tay có đầy đủ nước, có xà phòng, có khăn khô, có bảng hướng dẫn rửa các bước rửa tay...
- Phối hợp với ngành Y tế trong công tác phòng chống dịch bệnh tại trường học.

### 6.2. Với ngành Y tế

- Phối hợp với sở Giáo dục và Đào tạo trong công tác phòng chống dịch bệnh tại trường học.

- Cần tiếp tục đề xuất và xây dựng kế hoạch triển khai nhân rộng mô hình truyền thông thay đổi hành vi phòng chống cúm A tại nhà trường.
- Tập huấn cho giáo viên, phụ huynh và học sinh nông cốt về phòng chống cúm A ở người.
- Cung cấp tờ rơi, áp phích để nhà trường; Lòng ghép truyền thông phòng chống dịch bệnh vào các buổi sinh hoạt lớp, sinh hoạt ngoại khóa hay chào cờ đầu tuần...

## **TÀI LIỆU THAM KHẢO**

1. Bộ Y tế (2005), *Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị cúm A (H5N1)*, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, tr. 3-28.
2. Bộ Y tế (2006), *Quyết định số 44/2006/QĐ-BYT ngày 29/12/2006 của Bộ trưởng Bộ Y tế Ban hành kèm theo “Hướng dẫn Chẩn đoán, xử trí và phòng lây nhiễm cúm A (H5N1) ở người”*.
3. Bộ Y tế (2009), *Quyết định số 2762/QĐ-BYT ngày 31/7/2009 của Bộ trưởng Bộ Y tế Ban hành kèm theo “Hướng dẫn Chẩn đoán, xử trí và phòng lây nhiễm cúm A (H1N1) ở người”*.
4. Bộ Y tế - Thông tấn xã Việt Nam, *Cẩm nang phòng chống đại dịch cúm ở người*.
5. Nguyễn Đức Hiền, Nguyễn Hồng Hà (2005), *“Hướng dẫn các biện pháp phòng chống dịch cúm A (H5N1)”*, Tài liệu tập huấn chẩn đoán và giám sát cúm quốc gia, Bộ Y tế, tr. 14-24.
6. Nguyễn Đức Hiền, Nguyễn Quốc Thái (2013), *Tổng quan về bệnh cúm*.
7. Nguyễn Văn Kính (2013), *Tình hình bệnh truyền nhiễm giai đoạn 2000-2013*. Tài liệu tập huấn cho cán bộ y tế tuyến tỉnh về phòng chống bệnh truyền nhiễm nguy hiểm mới nổi.
8. Nguyễn Thị Kim Liên (2010), *“Nội dung và hình thức truyền thông trong phòng chống đại dịch cúm A”*.

# **NGHIÊN CỨU TÌNH HÌNH THỪA CÂN, BÉO PHÌ CỦA HỌC SINH TỪ 6-10 TUỔI TẠI MỘT SỐ TRƯỜNG TIỂU HỌC THÀNH PHỐ TAM KỲ, TỈNH QUẢNG NAM**

*Nguyễn Minh Thu - Trung tâm Truyền thông GDSK tỉnh Quảng Nam  
Phạm Thị Hải - Trường Đại học Y dược Huế và cộng sự*

## **Tóm tắt nghiên cứu**

Thừa cân, béo phì đang nổi lên như là một vấn đề sức khỏe cộng đồng hàng đầu ở các quốc gia phát triển và đang phát triển. Đánh giá tình hình thừa cân, béo phì ở học sinh tiểu học, tìm hiểu một số yếu tố liên quan là cần thiết để có biện pháp dự phòng thừa cân, béo phì thích hợp cho trẻ ở lứa tuổi này.

Mục tiêu nghiên cứu: Xác định tỷ lệ thừa cân, béo phì ở học sinh 6-10 tuổi và tìm hiểu một số yếu tố liên quan đến tình trạng thừa cân béo phì ở trẻ em tại một số trường tiểu học tại thành phố Tam Kỳ, tỉnh Quảng Nam.

Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang được thực hiện vào giữa năm học 2013-2014 tại 3 trường tiểu học Nguyễn Viết Xuân, Nguyễn Văn Trỗi và Kim Đồng của thành phố Tam Kỳ, tỉnh Quảng Nam. Có 1.576 học sinh độ tuổi 6-10 tuổi và 1.576 phụ huynh của học sinh tham gia vào nghiên cứu.

Kết quả: Tỷ lệ thừa cân ở trẻ 6-10 tuổi là 10,9%; trong đó béo phì chiếm 4,1%; thừa cân, béo phì ở nam 13,7% cao hơn ở nữ 7,9%; khu vực nội thành (14,6%) cao hơn khu vực nông thôn (5,8%). Bên cạnh thừa cân béo phì tồn tại 6,3% trẻ suy dinh dưỡng. Một số yếu tố liên quan đến thừa cân, béo phì như yếu tố gia đình, giới tính, thói quen ăn uống, ít vận động, trình độ học vấn của mẹ được tìm thấy trong nghiên cứu này.

## **1. Đặt vấn đề**

Thừa cân, béo phì đang nổi lên như là một vấn đề sức khỏe cộng đồng hàng đầu ở các quốc gia đã và đang phát triển. Tỷ lệ thừa cân và béo phì trẻ em gia tăng một cách nhanh chóng ở các nước phát triển. Ở các nước đang phát triển, bên cạnh tỷ lệ trẻ em suy dinh dưỡng vẫn còn ở mức cao đã thấy xuất hiện ngày càng nhiều trẻ em bị béo phì, đặc biệt trẻ lứa tuổi học đường.

Thừa cân, béo phì ở cả người lớn và trẻ em đều nguy hiểm, nhưng ở trẻ từ 4-11 tuổi có độ nguy hiểm cao hơn vì đây là giai đoạn phát triển tăng tốc, có ý nghĩa quan trọng trong sự phát triển và trưởng thành cả đời người. Béo phì là gánh nặng chăm sóc y tế, làm giảm sức lao động, học tập ảnh hưởng nặng nề đến sự phát triển kinh tế xã hội của một quốc gia.

Ở Việt Nam, thừa cân béo phì đang là một vấn đề sức khỏe cộng đồng mới. Một số nghiên cứu gần đây cho thấy tỷ lệ thừa cân và béo phì ở trẻ lứa tuổi học đường tại Hà Nội khoảng 10%; thành phố Hồ Chí Minh là trên 20%, thành phố Huế 8-10%, Tây Nguyên 6,1%; Bình Định 8,3%. Tại Quảng Nam hiện chưa có một nghiên cứu nào về tình hình thừa cân, béo phì ở trẻ em.

Với mong muốn góp phần đánh giá tình hình thừa cân, béo phì ở học sinh tiểu học Quảng Nam nói chung và thành phố Tam Kỳ nói riêng, cũng như tìm hiểu một số yếu tố liên quan để có biện pháp dự phòng thừa cân, béo phì thích hợp cho trẻ ở lứa tuổi này, góp phần nâng cao sức khỏe cho cộng đồng; chúng tôi tiến hành đề tài “*Nghiên cứu tình hình thừa cân, béo phì của học sinh 6-10 tuổi tại một số trường tiểu học thành phố Tam Kỳ, tỉnh Quảng Nam*”.

## 2. Mục tiêu nghiên cứu

1. Xác định tỷ lệ thừa cân, béo phì ở học sinh 6-10 tuổi tại một số trường tiểu học tại thành phố Tam Kỳ, tỉnh Quảng Nam.
2. Tìm hiểu một số yếu tố liên quan đến tình trạng thừa cân, béo phì ở trẻ em.

## 3. Phương pháp nghiên cứu

### 3.1. Đối tượng nghiên cứu:

- Học sinh trong độ tuổi 6-10 tuổi tại 3 trường tiểu học Nguyễn Viết Xuân, Nguyễn Văn Trỗi và Kim Đồng thành phố Tam Kỳ, tỉnh Quảng Nam.
- Phụ huynh (cha, mẹ hoặc người trực tiếp nuôi dưỡng) của học sinh được chọn làm đối tượng nghiên cứu.

### 3.2. Phương pháp nghiên cứu

- Thiết kế nghiên cứu: Sử dụng phương pháp mô tả cắt ngang trên mẫu
- Cỡ mẫu nghiên cứu: Được tính theo công thức sau:

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

Trong đó: n: Cỡ mẫu nghiên cứu

Z: chọn mức tin cậy mong muốn  $\alpha = 0,05$  ứng với độ tin cậy 95% thì  $Z = 1,96$ .

p: tỷ lệ thừa cân béo phì ở học sinh tiểu học từ 6-10 tuổi, theo nghiên cứu trước tại Huế là 7,98%  $\approx 0,08$



d: Độ chính xác mong muốn, chọn  $d = 0,03$

Áp dụng vào công thức trên tính được:  $n = 314$ , nhân với 5 khối lớp.  
Tổng số có 1.576 học sinh tham gia vào nghiên cứu.

- Cách chọn mẫu:
  - + Chọn trường: Chọn 3 trường ở các khu vực khác nhau trên địa bàn thành phố Tam Kỳ gồm: Trường tiểu học Nguyễn Viết Xuân; trường tiểu học Nguyễn Văn Trỗi và trường tiểu học Kim Đồng.
  - + Chọn học sinh có độ tuổi từ 6-10 tuổi: Mỗi trường, lập danh sách lớp theo từng khối từ lớp 1 đến lớp 5, mỗi khối lớp chọn ngẫu nhiên 3 lớp. Như vậy mỗi trường có 15 lớp, chọn 35 học sinh/lớp. Vậy mỗi trường chọn 525 học sinh tham gia vào nghiên cứu.
  - + Chọn phụ huynh tham gia vào nghiên cứu: Là cha hoặc mẹ hoặc người trực tiếp chăm sóc những học sinh được chọn tham gia trong nghiên cứu.
  - + Tiêu chuẩn loại trừ: Các học sinh bị gù vẹo cột sống, khuyết tật chân hoặc tay. Học sinh không hợp tác hoặc phụ huynh không đồng ý tham gia nghiên cứu.
- Tiêu chuẩn đánh giá tình trạng dinh dưỡng trẻ em: Dựa vào bách phân vị (percentile) của chỉ số BMI theo tuổi và giới theo tiêu chuẩn của WHO (2007) so với quần thể tham chiếu 5-19 tuổi của WHO để đánh giá tình trạng dinh dưỡng trẻ em như sau:
  - + BMI theo tuổi  $<5$  percentile: Trẻ gầy hoặc suy dinh dưỡng
  - + BMI theo tuổi  $\geq 85$  percentile: Thừa cân
  - + BMI theo tuổi  $\geq 95$  percentile: Béo phì

Ngoài ra, để có cái nhìn tổng thể, chúng tôi đánh giá cả tình trạng thiếu cân khi chỉ số BMI  $<5$  bách phân vị theo tuổi và giới.

### ***3.3. Địa điểm và thời gian nghiên cứu***

- Địa điểm: Tại 3 trường Tiểu học Nguyễn Viết Xuân; Nguyễn Văn Trỗi và Kim Đồng, thành phố Tam Kỳ, tỉnh Quảng Nam.
- Thời gian nghiên cứu: từ tháng 12/2013 đến tháng 6/2014.

### ***3.4. Phương pháp xử lý số liệu:*** Sử dụng phần mềm SPSS 15.0 và Excel 2007.

#### 4. Kết quả nghiên cứu

##### 4.1. Đặc điểm của đối tượng nghiên cứu

###### 4.1.1. Đặc điểm của học sinh tham gia nghiên cứu

**Bảng 1: Phân bố tuổi và giới của học sinh**

Tuổi	Nam		Nữ		Chung	
	Tần số	Tỷ lệ(%)	Tần số	Tỷ lệ (%)	Tần số	Tỷ lệ (%)
6	166	10,5	159	10,1	325	20,6
7	158	10,0	156	9,9	314	19,9
8	157	10,0	153	9,7	310	19,7
9	155	9,8	151	9,6	306	19,4
10	159	10,1	162	10,3	321	20,4
<b>Tổng</b>	<b>795</b>	<b>50,4</b>	<b>781</b>	<b>49,6</b>	<b>1576</b>	<b>100</b>

Trong số 1576 học sinh được nghiên cứu, được phân bố theo nhóm tuổi và giới ở bảng trên. Không có sự khác biệt về tỷ lệ phân bố giữa nam và nữ ở các lứa tuổi khác nhau ( $p>0,05$ ).

**Bảng 2: Phân bố tỷ lệ học sinh theo trường**

Trường	Nam		Nữ		Chung	
	Tần số	Tỷ lệ (%)	Tần số	Tỷ lệ (%)	Tần số	Tỷ lệ (%)
Kim Đồng	260	16,5	262	16,6	522	33,1
Nguyễn Văn Trỗi	277	17,6	261	16,6	538	34,1
Nguyễn Viết Xuân	258	16,4	258	16,4	516	32,7
<b>Tổng</b>	<b>795</b>	<b>50,4</b>	<b>781</b>	<b>49,6</b>	<b>1576</b>	<b>100</b>

Tỷ lệ học sinh ở hai giới phân bố theo 3 trường là tương đương nhau ( $p>0,05$ ).

#### 4.1.2. Đặc điểm của phụ huynh tham gia nghiên cứu

**Bảng 3: Phân bố tuổi và giới của phụ huynh chọn phỏng vấn**

Giới \ Độ tuổi	Nam		Nữ		Chung	
	Tần số	Tỷ lệ (%)	Tần số	Tỷ lệ (%)	Tần số	Tỷ lệ (%)
Dưới 30	17	1,1	22	1,4	39	2,5
30 đến <40	441	28,0	441	28,0	882	56,0
40 đến <50	349	22,1	246	15,6	595	37,8
50 đến < 60	46	2,9	10	0,6	56	3,6
Từ 60 trở lên	3	0,2	1	0,1	4	0,3
<b>Tổng</b>	<b>856</b>	<b>54,3</b>	<b>720</b>	<b>45,7</b>	<b>1576</b>	<b>100</b>

Tuổi trung bình của phụ huynh tham gia nghiên cứu là  $38.8 \pm 5.7$ . Tỷ lệ phụ huynh nam lớn hơn nữ, trong đó độ tuổi 30 đến dưới 40 chiếm cao nhất (56,0%).

#### 4.2. Tình hình thừa cân, béo phì của học sinh tiểu học

##### 4.2.1. Tình trạng dinh dưỡng của học sinh tiểu học trong nghiên cứu

**Bảng 4: Tình trạng dinh dưỡng của học sinh tiểu học theo giới tính**

Giới \ Tình trạng dinh dưỡng	Thừa cân		SDD		Bình thường	
	Tần số	Tỷ lệ (%)	Tần số	Tỷ lệ (%)	Tần số	Tỷ lệ (%)
Nam (n= 795)	109	13,7	40	5,0	646	81,3
Nữ (n= 781)	62	7,9	59	7,6	660	84,5
<b>Chung (n= 1576)</b>	<b>171</b>	<b>10,9</b>	<b>99</b>	<b>6,3</b>	<b>1306</b>	<b>82,8</b>

Tỷ lệ thừa cân và béo phì của học sinh tiểu học trong nghiên cứu là 10,9%; trong đó tỷ lệ này ở học sinh nam là 13,7%, ở học sinh nữ là 7,9%. Tỷ lệ suy dinh dưỡng là 6,3% (trong đó suy dinh dưỡng ở học sinh nam chiếm 5,0% và học sinh nữ chiếm 7,6%).

#### 4.2.2. Tình hình thừa cân, béo phì ở học sinh tiểu học

**Bảng 5: Phân bố giới tính của trẻ thừa cân béo phì (TCBP) theo nhóm tuổi**

Tuổi	Nam		Nữ		Chung	
	Tần số	Tỷ lệ (%)	Tần số	Tỷ lệ (%)	Tần số	Tỷ lệ (%)
6	33	19,9	10	6,3	43	13,2
7	20	12,7	14	9,0	34	10,8
8	20	12,7	15	9,8	35	11,3
9	16	10,3	9	6,0	25	8,2
10	20	12,6	14	8,6	34	10,6
<b>Chung</b>	<b>109</b>	<b>13,7</b>	<b>62</b>	<b>7,9</b>	<b>171</b>	<b>10,9</b>

Tỷ lệ trẻ trai TCBP (13,7%) cao hơn trẻ gái (7,9%) có ý nghĩa thống kê ( $p < 0,05$ ). Tỷ lệ TCBP có xu hướng giảm theo tuổi, cao nhất ở lứa tuổi 6 tuổi (13,2%) tiếp đến 8 tuổi (11,3%), thấp nhất ở lứa tuổi 9 tuổi (8,2%). Tuy nhiên sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê ( $p > 0,05$ ).

**Bảng 6: Phân bố thừa cân béo phì theo trường**

Trường	Thừa cân (TC)		Không TC	
	Tần số	Tỷ lệ (%)	Tần số	Tỷ lệ (%)
Kim Đồng (n= 522)	76	14,6	446	85,4
Nguyễn Văn Trỗi (n=538)	65	12,1	473	87,9
Nguyễn Viết Xuân (n=516)	30	5,8	486	94,2
<b>Chung (n=1576)</b>	<b>171</b>	<b>10,9</b>	<b>1405</b>	<b>89,1</b>
	$\chi^2 = 2,179 \quad p < 0,001$			

Tỷ lệ thừa cân cao nhất ở trường Tiểu học Kim Đồng (14,6%), kế đến là trường Tiểu học Nguyễn Văn Trỗi (12,1%) và thấp nhất ở trường tiểu học Nguyễn Viết Xuân (5,8%) sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê ( $p < 0,001$ ).

**Bảng 7: Phân bố béo phì theo tuổi và giới**

Tuổi	Nam		Nữ		Chung	
	Tần số	Tỷ lệ (%)	Tần số	Tỷ lệ (%)	Tần số	Tỷ lệ (%)
6	12	7,2	6	3,8	18	5,5
7	7	4,4	3	1,9	10	3,2
8	8	5,1	4	2,6	12	3,9
9	8	5,2	4	2,6	12	3,9
10	9	5,7	4	2,5	13	4,0
Tổng	<b>44</b>	<b>5,5</b>	<b>21</b>	<b>2,7</b>	<b>65</b>	<b>4,1</b>
	$\chi^2=0,17 \quad p>0,05$					

Tỷ lệ trẻ béo phì trong nghiên cứu là 4,1%, tỷ lệ này ở trẻ nam cao hơn rõ rệt so với trẻ nữ (5,5% và 2,7%). Tỷ lệ béo phì cao nhất ở nhóm trẻ 6 tuổi, thấp nhất ở nhóm 7 tuổi (5,5% và 3,2%), tuy nhiên sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê ( $p>0,05$ ).

#### 4.2.3. Tình hình thể lực chung của học sinh tiểu học

**Bảng 8: Chiều cao, cân nặng trung bình của học sinh trong nghiên cứu**

Tuổi	Giới	Tần số	Chiều cao (cm)	Cân nặng (kg)
6	Nam	166	116,3±5,4	22,1±3,8
	Nữ	159	115,5±5,4	20,8±3,7
7	Nam	158	122,6±6,1	24,7±4,8
	Nữ	156	121,5±4,8	23,1±3,6
8	Nam	157	126,3±6,1	26,2±4,9
	Nữ	153	125,9±5,6	25,6±4,7
9	Nam	155	130,3±6,0	29,0±4,9
	Nữ	151	129,6±6,6	28,4±5,1
10	Nam	159	136,1±7,0	32,6±6,7
	Nữ	162	136,4±7,4	32,3±6,2

Chiều cao, cân nặng 2 giới tăng dần theo lứa tuổi. Ở từng lứa tuổi, chiều cao và cân nặng trung bình của nam cao hơn nữ. Riêng ở lứa tuổi 10 thì chiều cao, cân nặng trung bình của nữ cao hơn nam.

### 4.3. Một số yếu tố liên quan đến thừa cân béo phì ở trẻ em

#### 4.3.1. Liên quan giữa tuổi thai, cân nặng lúc sinh của trẻ với thừa cân, béo phì

**Bảng 9: Liên quan giữa cân nặng lúc sinh với TCBP ở trẻ**

Cân nặng lúc sinh	Trẻ bị TCBP		Trẻ bình thường		Chung	
	Tần số	Tỷ lệ (%)	Tần số	Tỷ lệ (%)	Tần số	Tỷ lệ (%)
$\geq 2500\text{gr}$	163	11,6	1248	88,4	1411	95,5
$< 2500\text{gr}$	8	12,7	55	87,3	63	4,3
Không nhớ	0	0,0	3	100	3	0,2
<b>Tổng</b>	<b>171</b>	<b>11,6</b>	<b>1306</b>	<b>88,4</b>	<b>1477</b>	<b>100</b>
	$\chi^2=0,471$ ; $p>0,05$					

Tỷ lệ trẻ có tiền sử khi sinh thiếu cân ( $< 2500\text{gram}$ ) bị TCBP là 12,7% so với trẻ có tiền sử khi sinh đủ cân ( $\geq 2500\text{gram}$ ) là 11,6% ( $p>0,05$ ).

**Bảng 10: Liên quan giữa tiền sử sinh với tình trạng TCBP ở trẻ**

Tiền sử sinh	Trẻ bị TCBP		Trẻ bình thường		Chung	
	Tần số	Tỷ lệ (%)	Tần số	Tỷ lệ (%)	Tần số	Tỷ lệ (%)
Đủ tháng	154	11,1	1230	88,9	1384	93,7
Thiếu tháng	9	20,5	35	79,5	44	3,0
Không nhớ	8	16,3	41	83,7	49	3,3
<b>Tổng</b>	<b>171</b>	<b>11,6</b>	<b>1306</b>	<b>88,4</b>	<b>1477</b>	<b>100</b>
	$\chi^2=4,741$ ; $p>0,05$					

Tỷ lệ trẻ có tiền sử sinh thiếu tháng bị TCBP là 20,5% cao hơn trẻ có tiền sử sinh đủ tháng. Tuy nhiên sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê ( $p>0,05$ ).

#### 4.3.2. Liên quan giữa tiền sử gia đình có người béo phì và nguy cơ TCBP ở trẻ em

**Bảng 11: Liên quan giữa tiền sử gia đình với TCBP ở trẻ**

Tiền sử gia đình có người béo phì	Trẻ bị TCBP		Trẻ bình thường		Chung	
	Tần số	Tỷ lệ (%)	Tần số	Tỷ lệ (%)	Tần số	Tỷ lệ (%)
Cha/mẹ/cả cha mẹ béo phì	45	34,1	87	65,9	132	8,9
Anh, chị/em béo phì	3	13,6	19	86,4	22	1,5
Ông, bà béo phì	1	20,0	4	80,0	5	0,3
Không có ai béo phì	122	9,3	1196	90,7	1318	89,2
<b>Tổng</b>	<b>171</b>	<b>11,6</b>	<b>1306</b>	<b>88,4</b>	<b>1477</b>	<b>100</b>
	$\chi^2=7,272$ ; $p<0,001$					

Trẻ có cha, mẹ hoặc cả cha mẹ béo phì có tỷ lệ TCBP là 34,1% cao hơn trẻ có anh, chị, em béo phì là 13,6% và cao hơn nhiều so với trẻ trong gia đình không có ai bị béo phì (9,3%). Ngược lại trẻ trong gia đình không có ai béo phì thì không bị thừa cân cao hơn trẻ có người thân bị béo phì ( $p<0,001$ ).

#### 4.3.3. Liên quan giữa thói quen tĩnh tại, hoạt động thể lực với thừa cân, béo phì trẻ em

**Bảng 12: Liên quan giữa thời gian tĩnh tại với TCBP ở trẻ**

Thời gian tĩnh tại trong ngày	Trẻ bị TCBP		Trẻ bình thường		Chung	
	Tần số	Tỷ lệ (%)	Tần số	Tỷ lệ (%)	Tần số	Tỷ lệ (%)
Ít hơn 2 giờ	70	7,6	848	92,4	918	62,2
2-4 giờ	60	13,4	388	86,6	448	30,3
Trên 4 giờ	41	36,9	70	63,1	111	7,5
<b>Tổng</b>	<b>171</b>	<b>11,6</b>	<b>1306</b>	<b>88,4</b>	<b>1477</b>	<b>100</b>
	$\chi^2=8,518$ ; $p<0,001$					

Tỷ lệ TCBP ở nhóm trẻ có thói quen tĩnh tại ( $>4$  giờ) là 36,9% cao hơn trẻ có thời gian tĩnh tại 2-4 giờ (13,4%) và cao hơn nhiều so với trẻ có thời gian tĩnh tại ít hơn 2 giờ (7,6%) ( $p<0,001$ )

**Bảng 13: Liên quan giữa nhà có sân chơi với TCBP ở trẻ**

Nhà có sân chơi	Trẻ bị TCBP		Trẻ bình thường		Chung	
	Tần số	Tỷ lệ (%)	Tần số	Tỷ lệ (%)	Tần số	Tỷ lệ (%)
Có	87	8,3	959	91,7	1046	70,8
Không	84	19,5	347	80,5	431	29,2
<b>Tổng</b>	<b>171</b>	<b>11,6</b>	<b>1306</b>	<b>88,4</b>	<b>1477</b>	<b>100</b>
$\chi^2=3,721$ ; $p<0,001$						

Tỷ lệ trẻ bị TCBP ở những gia đình không có sân chơi cao hơn những trẻ ở nhà có sân chơi ( $p<0,001$ ).

**Bảng 14: Liên quan giữa phương tiện đi học với TCBP ở trẻ**

Phương tiện đi học	Trẻ bị TCBP		Trẻ bình thường		Chung	
	Tần số	Tỷ lệ (%)	Tần số	Tỷ lệ (%)	Tần số	Tỷ lệ (%)
Người thân đưa đón	140	15,5	764	84,5	904	61,2
Tự đi xe đạp	18	6,3	269	93,7	287	19,4
Đi bộ	13	4,5	273	95,5	286	19,4
<b>Tổng</b>	<b>171</b>	<b>11,6</b>	<b>1306</b>	<b>88,4</b>	<b>1477</b>	<b>100</b>
$\chi^2=3,520$ ; $p<0,001$						

Trẻ được người thân đưa đón có tỷ lệ TCBP cao hơn trẻ tự đi xe đạp hoặc đi bộ ( $p<0,001$ )

#### 4.3.4. Liên quan giữa thói quen ăn uống của trẻ với tình trạng TCBP

**Bảng 15: Liên quan giữa số lần ăn vặt với TCBP ở trẻ**

Số lần ăn vặt trong tuần	Trẻ bị TCBP		Trẻ bình thường		Chung	
	Tần số	Tỷ lệ (%)	Tần số	Tỷ lệ (%)	Tần số	Tỷ lệ (%)
Từ 3 lần trở lên	66	25,7	191	74,3	257	17,4
1-2 lần	87	8,5	942	91,5	1029	69,7
Không ăn vặt	18	9,4	173	90,6	191	12,9
<b>Tổng</b>	<b>171</b>	<b>11,6</b>	<b>1306</b>	<b>88,4</b>	<b>1477</b>	<b>100</b>
$\chi^2=6,060$ ; $p<0,001$						

Tỷ lệ TCBP ở trẻ có thói quen ăn vặt ( $\geq 3$  lần/tuần) cao hơn trẻ ít ăn hoặc không có thói quen này ( $p<0,001$ ).



**Bảng 16: Liên quan giữa số lần uống nước ngọt với TCBP ở trẻ**

Số lần uống nước ngọt trong tuần	Trẻ bị TCBP		Trẻ bình thường		Chung	
	Tần số	Tỷ lệ (%)	Tần số	Tỷ lệ (%)	Tần số	Tỷ lệ (%)
Từ 3 lần trở lên	53	29,6	126	70,4	179	12,1
1-2 lần	76	8,5	819	91,5	895	60,6
Không sử dụng	42	10,4	361	89,6	403	27,3
<b>Tổng</b>	<b>171</b>	<b>11,6</b>	<b>1306</b>	<b>88,4</b>	<b>1477</b>	<b>100</b>
	$\chi^2=6,570$ ; $p<0,001$					

Tỷ lệ TCBP ở trẻ có thói quen uống nước ngọt cao hơn trẻ không có thói quen này (29,6% so với 8,5% và 10,4%) với  $p<0,001$ .

#### 4.3.5. Kiến thức, quan niệm của phụ huynh với tình trạng TCBP của trẻ

**Bảng 17: Liên quan giữa trình độ học vấn của mẹ với TCBP ở trẻ**

Mức học vấn của mẹ	Trẻ bị TCBP		Trẻ bình thường		Chung	
	Tần số	Tỷ lệ (%)	Tần số	Tỷ lệ (%)	Tần số	Tỷ lệ (%)
Tiểu học trở xuống	6	3,8	151	96,2	157	10,6
Trung học cơ sở	22	5,8	356	94,2	378	25,6
Trung học phổ thông	40	11,4	310	88,6	350	23,7
Trên Trung học phổ thông (TC, CĐ, ĐH)	103	17,4	489	82,6	592	40,1
<b>Tổng</b>	<b>171</b>	<b>11,6</b>	<b>1306</b>	<b>88,4</b>	<b>1477</b>	<b>100</b>
	$\chi^2=4,106$ ; $p<0,001$					

Tỷ lệ TCBP ở những trẻ có mẹ trình độ học vấn cao (Trung cấp, cao đẳng, đại học) là 17,4% cao hơn trẻ có mẹ trình độ học vấn cấp Tiểu học, Trung học cơ sở và Trung học phổ thông lần lượt là 3,8%, 5,8% và 11,4% ( $p<0,001$ ).

**Bảng 18: Hiểu biết của phụ huynh về TCBP với tình trạng TCBP ở trẻ**

Kiến thức của phụ huynh	Trẻ bị TCBP		Trẻ bình thường		Chung	
	Tần số	Tỷ lệ (%)	Tần số	Tỷ lệ (%)	Tần số	Tỷ lệ (%)
Kiến thức tốt	12	9,6	113	90,4	125	8,5
Chưa tốt	159	11,8	1193	88,2	1352	91,5
<b>Tổng</b>	<b>171</b>	<b>11,6</b>	<b>1306</b>	<b>88,4</b>	<b>1477</b>	<b>100</b>
	$\chi^2=0,522$ ; $p>0,05$					

Không có sự khác biệt giữa tỷ lệ trẻ TCBP ở 2 nhóm phụ huynh có kiến thức tốt là 9,6% và chưa tốt là 11,8% ( $p>0,05$ ).

**Bảng 19: Liên quan giữa quan niệm phụ huynh với TCBP ở trẻ**

Quan niệm của phụ huynh	Trẻ bị TCBP		Trẻ bình thường		Chung	
	Tần số	Tỷ lệ (%)	Tần số	Tỷ lệ (%)	Tần số	Tỷ lệ (%)
Đẹp và sang hơn	31	11,4	240	88,6	271	18,3
Không có ý kiến	140	11,6	1066	88,4	1206	81,7
<b>Tổng</b>	<b>171</b>	<b>11,6</b>	<b>1306</b>	<b>88,4</b>	<b>1477</b>	<b>100</b>
	$\chi^2=0,006$ ; $p>0,05$					

Tỷ lệ trẻ TCBP ở 2 nhóm phụ huynh có hay không quan niệm TCBP sẽ đẹp hơn, sang hơn không có sự khác biệt (11,4% so với 11,6%, với  $p>0,05$ ).

## 5. Kết luận

### 5.1. Tình hình thừa cân, béo phì

- Tỷ lệ thừa cân ở trẻ 6-10 tuổi là 10,9%; trong đó béo phì chiếm 4,1%.
- Tỷ lệ thừa cân, béo phì ở nam 13,7% cao hơn ở nữ 7,9%. Khu vực nội thành (12,2-14,6%) cao hơn khu vực nông thôn (5,8%).
- Bên cạnh thừa cân béo phì tồn tại 6,3% trẻ suy dinh dưỡng.

### 5.2. Các yếu tố liên quan đến thừa cân, béo phì ở trẻ 6-10 tuổi

- Nhóm trẻ có người thân bị béo phì thì có tỷ lệ thừa cân béo phì cao hơn so với trẻ không có ai bị béo phì ( $p<0,001$ ).
- Trẻ càng ít vận động tỷ lệ thừa cân béo phì càng cao ( $p<0,001$ ).
- Tỷ lệ thừa cân béo phì ở trẻ có thói quen ăn vặt, uống nước ngọt cao hơn trẻ ít hoặc không có thói quen này ( $p<0,001$ ).
- Tỷ lệ trẻ bị thừa cân béo phì ở những bà mẹ có trình độ học vấn (Trung cấp, cao đẳng, đại học) 16,8% cao hơn những trẻ có mẹ trình độ học vấn phổ thông và dưới phổ thông ( $p<0,05$ ).
- Chưa tìm thấy mối liên quan giữa trẻ thừa cân béo phì với tiền sử khi sinh (cân nặng khi sinh, sinh đủ tháng hay thiếu tháng); với kiến thức, quan niệm của phụ huynh về thừa cân, béo phì.

## 6. Kiến nghị

Từ kết quả nghiên cứu trên, chúng tôi xin có một số kiến nghị sau:

- Tăng cường truyền thông giáo dục dinh dưỡng hợp lý nhằm phòng chống cả suy dinh dưỡng và béo phì trẻ em, đồng thời khuyến khích trẻ rèn luyện thân thể để có thể lực tốt.
- Chú trọng quan tâm những trẻ ít có cơ hội, môi trường vận động thể lực trong những gia đình khá giả; gia đình có người thừa cân béo phì
- Đối với những trẻ có nguy cơ thừa cân, béo phì hay đã thừa cân béo phì cần chú ý truyền thông, giáo dục sức khỏe cho các phụ huynh có trẻ nhỏ, trẻ lứa tuổi học đường cách khuyến khích trẻ thay đổi lối sống, hướng dẫn cách ăn uống hợp lý, tránh ăn vặt, nước ngọt, ăn thức ăn chế biến sẵn giàu năng lượng, tạo điều kiện cần thiết cho trẻ để trẻ tăng cường hoạt động thể lực, tạo phong trào thể thao khuyến khích trẻ chơi những môn thể thao thích hợp.
- Triển khai có hiệu quả chương trình can thiệp dinh dưỡng trong học đường.
- Tác động đến các cấp lãnh đạo trong lĩnh vực quy hoạch của địa phương chú ý nhiều khu vui chơi, giải trí ngoài trời cho trẻ em.
- Cần tiến hành nghiên cứu có hệ thống toàn bộ trẻ em tiểu học trên địa bàn thành phố Tam Kỳ để xác định tỷ lệ thừa cân, béo phì ở trẻ em nhằm có các biện pháp can thiệp thích hợp.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2012), *Kết quả chủ yếu của tổng điều tra giới thiệu chiến lược giai đoạn 2011-2020, Hội nghị công bố kết quả tổng điều tra dinh dưỡng toàn quốc năm 2010 và chiến lược quốc gia dinh dưỡng giai đoạn 2011-2020.*
2. Đỗ Thị Ngọc Diệp, Nguyễn Trí Dũng, Trần Quốc Cường và cộng sự (2011), *“Thừa cân, béo phì và một số đặc điểm dịch tễ học ở học sinh tiểu học tại quận 10, TP.HCM năm học 2008-2009”*, *Tạp chí thời sự y học* số 67, trang 3-6;
3. Hà Huy Khôi (2006), *“Thừa cân và béo phì, một vấn đề sức khỏe cộng đồng mới ở nước ta”*, *Một số vấn đề dinh dưỡng cộng đồng ở Việt Nam*, Nhà xuất bản Y học, trang 104-116.

4. Hà Huy Khôi, Lê Thị Hợp (2012), “*Phương pháp đánh giá tình trạng dinh dưỡng*”, *Phương pháp dịch tễ học dinh dưỡng*, Nhà xuất bản Y học, Trang 178-203; 345-357.
5. Lê Thị Kha Nguyên, Dương Công Hoàng, Như Quỳnh, Nguyễn Thị Thu Hậu (2010), “*Thói quen ăn uống, vận động và yếu tố gia đình ở trẻ béo phì*”, *Tạp chí Y học TP. Hồ Chí Minh*, số 14 (4).
6. Nguyễn Diễm (2006), “*Tình hình thừa cân, béo phì ở trẻ em tại một số trường tiểu học thành phố Quy Nhơn, tỉnh Bình Định*”, *Tạp chí Khoa học công nghệ Bình Định*, Số 8 trang 31-33.
7. Phan Thị Bích Ngọc (2010), *Nghiên cứu thực trạng thừa cân- béo phì và đánh giá biện pháp can thiệp cộng đồng ở học sinh tiểu học Thành phố Huế*, Đại học Huế, [hueni.edu.vn/portal/index.php/vi/qldanhmucluanan/detail/24](http://hueni.edu.vn/portal/index.php/vi/qldanhmucluanan/detail/24), tải 14/12/2012.
8. Trần Thị Xuân Ngọc (2012), *Thực trạng và hiệu quả can thiệp thừa cân, béo phì của mô hình truyền thông giáo dục dinh dưỡng ở trẻ em từ 6 đến 14 tuổi tại Hà Nội*, Luận án tiến sĩ chuyên ngành dinh dưỡng, mã số: 62.72.03.03, <http://www.nutrition.org.vn/news/vi/527/0/luan-an-tien-si-cua-ths-tran-thi-xuan-ngoc.aspx>, tải ngày 16/6/2012.
9. Vương Thuận An, Mai Thùy Linh, Nguyễn Thị Bích Hằng, Cao Thị Kim Hoa (2010), “*Tình trạng dinh dưỡng và một số yếu tố liên quan ở trẻ em 6 - 11 tuổi tại trường tiểu học Kim Đồng, thị xã Tây Ninh, tỉnh Tây Ninh năm 2009*”, *Tạp chí Y Học TP. Hồ Chí Minh*, Tập 14, Phụ bản Số 2, trang 306-311.
10. WHO (2000), *Obesity: Preventing and managing the global epidemic*, Technical Report Series 894. Notes, World Health Organization, Geneva.

# **KHẢO SÁT TỶ LỆ HỘ GIA ĐÌNH CÓ NGUỒN NƯỚC SINH HOẠT VÀ NHÀ TIÊU HỢP VỆ SINH TẠI HUYỆN NÔNG CỐNG, THANH HÓA NĂM 2013**

*DSCKI. Chu Văn Long, BSCKI. Trần Thị Thanh,  
CN Lê Thị Huyền, CN Lê Thị Xuân  
Trung tâm Truyền thông GDSK Thanh Hóa*

## **Tóm tắt nghiên cứu**

Với mục tiêu khảo sát tỷ lệ và tìm hiểu kiến thức và thực hành của người dân về có nguồn nước sinh hoạt và nhà tiêu hợp vệ sinh tại huyện nông công, nghiên cứu mô tả cắt ngang khảo sát tỷ lệ hộ gia đình có nguồn nước sinh hoạt và nhà tiêu hợp vệ sinh tại huyện nông công tỉnh Thanh Hóa được thực hiện trên 200 hộ gia đình từ tháng 1-12 năm 2013 cho kết quả: có 81% biết nước là thành phần quan trọng của cơ thể, 68% biết nước tham gia vào quá trình chuyển hóa, điều hòa thân nhiệt và chỉ còn tỷ lệ một số ít hộ chưa hiểu đúng về tầm quan trọng của nước (9%); tỷ lệ biết nguồn nước sinh hoạt là nước máy chiếm tỷ lệ cao nhất (73%); kiến thức về sử dụng và bảo quản nguồn nước bằng cách không làm bẩn nguồn nước đạt tỷ lệ khá cao nhất (83%); thấp nhất là chỉ dùng nước sinh hoạt để ăn uống, tắm rửa (33%). Tỷ lệ biết nhà tiêu hợp vệ sinh là nhà tiêu tự hoại cao nhất (62%), tiếp đến là nhà tiêu hai ngăn là 19,5%; một ngăn 11,5%; thấm dội nước 0,9% và vẫn còn 7,0% không biết. Kiến thức về sử dụng và bảo quản nhà tiêu hợp vệ sinh của hộ gia đình với tiêu chí quét dọn sạch, không có giấy rác là cao nhất (85,5%); bệ xí sạch sẽ là 72,5%; có đủ nước để dội 56,5%; nước dội không bọt gậy thấp nhất (12,5%); tỷ lệ hộ gia đình có nguồn nước sinh hoạt hợp vệ sinh là rất cao (92,5%); và vẫn còn 7,5% hộ gia đình có nguồn nước không hợp vệ sinh; tỷ lệ hộ gia đình có nhà tiêu hợp vệ sinh là 59,5%; và không hợp vệ sinh là 40,1%.

## **1. Đặt vấn đề**

Các bệnh liên quan đến nước sạch và vệ sinh môi trường là một vấn đề sức khỏe lớn trên thế giới cũng như ở Việt Nam. Đến hết năm 2011 còn một tỷ lệ lớn người dân Việt Nam không sử dụng nhà tiêu hợp vệ sinh dẫn đến ô nhiễm nguồn nước sinh hoạt, ô nhiễm đất, thực phẩm và môi trường xung quanh.

Thanh Hóa là một tỉnh thuộc khu vực bắc trung bộ với 3 vùng sinh thái: miền núi, trung du và đồng bằng ven biển năm 2011, toàn tỉnh có 37,6% số hộ có nhà tiêu hợp vệ sinh, 69,9% dân số được sử dụng nước hợp vệ sinh.

Nông Công là một huyện thuộc vùng đồng bằng của tỉnh Thanh Hóa, hiện tại nhân dân trong huyện đang sử dụng nhiều loại hình nhà tiêu, trong số những gia đình có nhà tiêu theo tiêu chuẩn của bộ y tế như: nhà tiêu tự thấm, nhà tiêu tự hoại, nhà tiêu hai ngăn, chum khô có ống thông hơi thì việc sử dụng các loại nhà tiêu hợp vệ sinh chưa được cộng đồng quan tâm. Trong nhiều năm qua chưa có cuộc điều tra, nghiên cứu khoa học đầy đủ nào về thực trạng kiến thức của nhân dân về nguồn nước sinh hoạt và nhà tiêu hợp vệ sinh tại huyện nông công tỉnh Thanh Hoá. Vì vậy chúng tôi thực hiện nghiên cứu “*Khảo sát tỷ lệ hộ gia đình có nguồn nước sinh hoạt và nhà tiêu hợp vệ sinh tại huyện nông công tỉnh Thanh Hóa năm 2013*”.

## 2. Mục tiêu nghiên cứu

1. Khảo sát tỷ lệ hộ gia đình có nguồn nước sinh hoạt và nhà tiêu hợp vệ sinh tại huyện nông công;
2. Tìm hiểu kiến thức và thực hành của người dân về nguồn nước sinh hoạt và nhà tiêu hợp vệ sinh.

## 3. Đối tượng và phương pháp nghiên cứu

### 3.1. Đối tượng nghiên cứu

- Chủ hộ là vợ hoặc chồng
- Sổ sách thống kê tại trạm y tế xã.

### 3.2. Thời gian và địa điểm

- Địa điểm: Huyện Nông Công, Thanh Hóa
- Thời gian: Tháng 1 - 12/2013

### 3.3. Phương pháp nghiên cứu

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

#### 3.3.2. Chọn mẫu

❖ *Cỡ mẫu* : Số hộ được lựa chọn làm đơn vị mẫu được xác định bởi công thức:

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

Trong đó: n: mẫu nghiên cứu.

p = 0,5 để cỡ mẫu nghiên cứu lớn nhất.

$Z_{1-\alpha/2} = 1,96$  là giá trị của hệ số giới hạn tin cậy ứng với  $\alpha = 0,05$ , độ tin cậy của ước lượng là 95%.

d = 0,05 là khoảng sai lệch giữa mẫu và quần thể.

Từ công thức ở trên ta tính được  $n = 384$ .

Cộng thêm 10% hộ gia đình có thể không điều tra được (do người đại diện từ chối trả lời phỏng vấn hoặc đi vắng) và làm tròn số, được cỡ mẫu là 400; tiến hành điều tra thực tế với 50% cỡ mẫu là 200 hộ gia đình

❖ *Phương pháp chọn mẫu:*

- Chọn xã: Bốc thăm ngẫu nhiên 04 xã từ danh sách các xã có trong huyện.
- Chọn thôn: Mỗi xã chọn 05 thôn theo phương pháp bốc thăm ngẫu nhiên từ danh sách các thôn trong xã.
- Chọn hộ gia đình: Chọn ngẫu nhiên 01 hộ gia đình theo danh sách của thôn điều tra, sau đó điều tra với nguyên tắc công liên công đi theo bên tay phải. Mỗi thôn tiến hành điều tra 10 hộ gia đình.

3.3.3. *Phương pháp thu thập số liệu:* Phỏng vấn trực tiếp kết hợp với quan sát dùng bộ câu hỏi phỏng vấn được thiết kế sẵn.

## 4. Kết quả nghiên cứu

### 4.1. Thông tin chung về đối tượng nghiên cứu

Trong nghiên cứu, tỷ lệ nam là 57,5% và nữ là 42,5%.

**Bảng 1: Phân bố về trình độ học vấn của chủ hộ gia đình**

TT	Nội dung	Số lượng	Tỷ lệ (%)
1	Không biết đọc/viết	6	3,0
2	Tiểu học	27	13,5
3	Trung học cơ sở	118	59,0
4	Trung học phổ thông	49	24,5
	<b>Tổng cộng</b>	<b>200</b>	<b>100</b>

Đối tượng nghiên cứu có trình độ học vấn là trung học cơ sở chiếm tỷ lệ cao nhất (59%), sau đó đến trình độ trung học phổ thông (24,5%); tiểu học chiếm tỷ lệ 13,5% và vẫn còn một số chủ hộ không biết đọc/viết (3%).

Tỷ lệ chủ hộ làm ruộng trong nghiên cứu này là đa số (84,5%). Ngoài ra, có một tỷ lệ nhỏ đối tượng làm các nghề như: công nhân, buôn bán, nội trợ, cán bộ.

Tỷ lệ hộ gia đình có thu nhập thấp dưới 400.000 đồng/người/tháng còn cao chiếm tỷ lệ 47,5%.

Kênh tiếp nhận thông tin về nguồn nước và nhà tiêu hợp vệ sinh mà người dân được tiếp cận nhiều nhất là qua cán bộ y tế (83%); tiếp đến là ti vi (75,5%); qua tài liệu truyền thông cấp phát tại cộng đồng (49,5%); loa truyền thanh xã là (49%); qua các ngành, đoàn thể tại địa phương (15%).

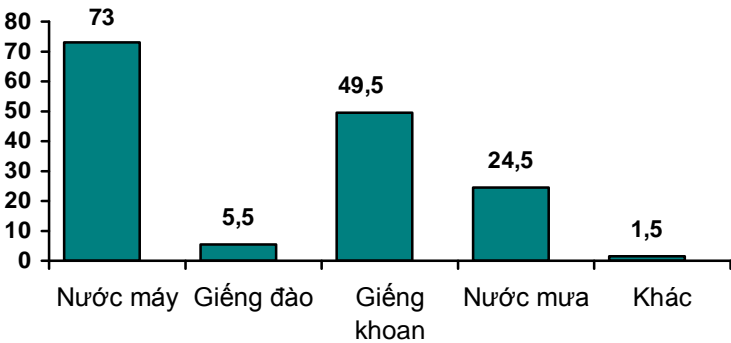
**4.2. Thực trạng về nguồn nước sinh hoạt và nhà tiêu hợp vệ sinh**

**4.2.1. Kiến thức về nguồn nước sinh hoạt**

**Bảng 2: Nhận biết được vai trò của nguồn nước đối với sức khỏe con người**

TT	Nội dung	Số lượng	Tỷ lệ (%)
1	Nước là thành phần quan trọng của cơ thể	162	81,0
2	Nước tham gia vào quá trình chuyển hóa, điều hòa thân nhiệt	136	68,0
3	Nước đưa chất bổ vào cơ thể và thải các chất cặn bã ra ngoài	88	44,0
4	Nước làm sạch môi trường xung quanh	91	46,0
5	Khác	18	9,0

Tỷ lệ nhận thức được vai trò của nước đối với sức khỏe con người rất cao. Cụ thể, có 81% biết nước là thành phần quan trọng của cơ thể, 68% biết nước tham gia vào quá trình chuyển hóa, điều hòa thân nhiệt và chỉ còn tỷ lệ một số ít hộ chưa hiểu đúng về tầm quan trọng của nước (9%).



**Biểu đồ 1: Kiến thức về nguồn nước sạch**

Tỷ lệ biết nguồn nước sinh hoạt là nước máy chiếm tỷ lệ cao nhất (73%); tiếp đến là giếng khoan (49,5%), thấp nhất là giếng đào (5,5%).



**Bảng 3: Kiến thức về cách sử dụng và bảo quản nguồn nước**

TT	Nội dung	Số lượng	Tỷ lệ (%)
1	Không làm nhiễm bẩn nguồn nước	166	83,0
2	Bảo vệ đường dẫn nước cho kín	136	68,0
3	Chỉ dùng nước sinh hoạt để ăn uống, tắm rửa, giặt giũ	67	33,0
4	Khi giếng khơi bị nước bẩn ngấm hoặc ngập lụt phải xử lý	88	44,0
5	Nguồn nước xa khu vệ sinh và chuồng gia súc	128	64,0
6	Không biết	4	2,0

Kiến thức về sử dụng và bảo quản nguồn nước bằng cách không làm bẩn nguồn nước đạt tỷ lệ khá cao nhất (83%); thấp nhất là chỉ dùng nước sinh hoạt để ăn uống, tắm rửa (33%).

Tỷ lệ biết cách xử lý nguồn nước khi bị ô nhiễm bằng cách lọc là cao nhất (63,5%), khử bằng CloraminB chiếm 48,5%; lắng phen là 27,5% và vẫn còn 4,5% số hộ không biết xử lý.

Kiến thức về các bệnh liên quan tới nước: bệnh tiêu chảy là cao nhất (88%), tiếp đến là bệnh ngoài da 74%, bệnh mắt hột 70,5%; bệnh phụ khoa 49%; ngộ độc 45,5%; bệnh khác 3% và không biết là 13%.

#### 4.2.2. Kiến thức về nhà tiêu hợp vệ sinh

Tỷ lệ biết nhà tiêu hợp vệ sinh là nhà tiêu tự hoại cao nhất (62%), tiếp đến là nhà tiêu hai ngăn (19,5%); một ngăn (11,5%); thấm dội nước (0,9%). Vẫn còn 7,0% trả lời không biết.

**Bảng 4: Kiến thức về điều kiện của nhà tiêu hợp vệ sinh**

TT	Nội dung	Số lượng	Tỷ lệ (%)
1	Xa nguồn nước trên 10m (trừ nhà tiêu tự hoại)	145	72,5
2	Không có mùi hôi	166	83,0
3	Khô, kín nếu là nhà tiêu hai ngăn	140	70,0
4	Sạch sẽ, không có ruồi, nhặng	150	75,0
5	Không biết	19	9,5

Kiến thức về điều kiện nhà tiêu hợp vệ sinh của hộ gia đình là không mùi hôi chiếm tỷ lệ cao nhất (83%); tiếp đến là sạch sẽ không có ruồi, nhặng là 75%; khô kín với nhà tiêu hai ngăn là 70% và vẫn còn 9,5% không biết.

Kiến thức về sử dụng và bảo quản nhà tiêu hợp vệ sinh của hộ gia đình với tiêu chí quét dọn sạch, không có giấy rác chiếm tỷ lệ cao nhất (85,5%); bệ xí sạch sẽ là 72,5%; có đủ nước để dội 56,5%; nước dội không bọt gây thấp nhất (12,5%).

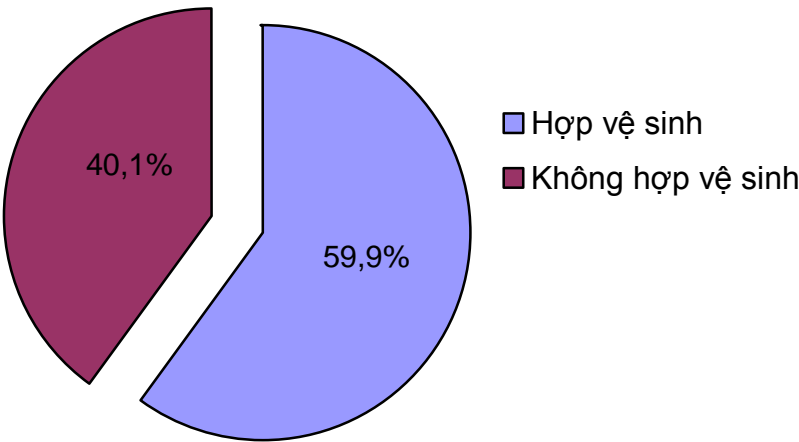
**Bảng 5: Nhu cầu về sử dụng nguồn nước và nhà tiêu hợp vệ sinh**

Mức độ	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Rất cần thiết	114	57,0
Cần thiết	84	42,0
Không cần thiết	2	1,0
<b>Tổng cộng</b>	<b>200</b>	<b>100</b>

Hộ gia đình có nhu cầu xây dựng nhà tiêu ở mức rất cần thiết và cần thiết rất cao với tỷ lệ 57% và 42%. Chỉ có 1% cho là không cần thiết.

*4.2.3. Tỷ lệ hộ gia đình có nguồn nước sinh hoạt và nhà tiêu hợp vệ sinh*

Tỷ lệ hộ gia đình có nguồn nước sinh hoạt hợp vệ sinh là rất cao (92,5%); và vẫn còn 7,5% hộ gia đình có nguồn nước không hợp vệ sinh.



**Biểu đồ 2: Tỷ lệ hộ gia đình có nước sinh hoạt hợp vệ sinh**

Tỷ lệ hộ gia đình có nhà tiêu hợp vệ sinh là 59,5%; và không hợp vệ sinh là 40,1%.

## 5. Bàn luận

Kênh truyền thông giáo dục sức khỏe có ảnh hưởng đến nhận thức của người dân; trong đó truyền thông thông qua cán bộ y tế mang lại hiệu quả cao 71,5%; tiếp đến là tài liệu truyền thông 33,5%, qua tivi 30% ... . Như vậy cần lựa chọn phát huy hình thức truyền thông phù hợp để mang lại hiệu quả cao.

Kiến thức về nguồn nước sinh hoạt và nhà tiêu hợp vệ sinh: chủ hộ gia đình trong nhóm đối tượng nghiên cứu có nhận thức đúng là khá cao, cụ thể: về cách bảo quản nguồn nước có vấn đề đạt 83%; về xử lý nguồn nước khi bị nhiễm bẩn đạt 63%; về mối liên quan giữa nguồn nước với bệnh tật như bệnh tiêu chảy (88%), bệnh ngoài da (74%), bệnh mắt hột (70%)

Kiến thức về nhà tiêu HVS cũng khá cao như: vệ sinh sạch sẽ, không có giấy rác là 85,5%; bệ xí sạch sẽ là 71,5%; có đầy đủ nước để dội là 56,5%.

Trong số các hộ gia đình tham gia phỏng vấn, khi được hỏi về mức độ cần thiết đối với nhà tiêu hợp vệ sinh có 57% cho là rất cần thiết, 42% là cần thiết, chỉ có 1% rằng không cần thiết. Như vậy, nhận thức của hộ gia đình về nhu cầu sử dụng nguồn nước và nhà tiêu hợp vệ sinh là rất cao. Trong nghiên cứu của Tôn Thất Bách ở một số vùng sinh thái năm 2001, tỷ lệ này tại Kim Bảng (29,6%); Phủ Lý (64,7%); Thái Nguyên (65,0%); đảo Cái Bầu (23,6%); Đồng Tháp Mười (2,1%) và Tây Nguyên (10,2%). Đa số ý kiến của cán bộ UBND xã đều cho rằng ý thức người dân còn kém chính, vì vậy nó ảnh hưởng đến việc sử dụng bảo quản nhà tiêu hợp vệ sinh; một nguyên nhân nữa là hộ gia đình lâu nay sử dụng theo thói quen đã ảnh hưởng đến việc thay đổi hành vi. Trong nghiên cứu Phạm Đức Phúc và cộng sự thì khi ủ phân cần phải cho thêm tro bếp hoặc vôi bột, nhằm làm giảm mùi hôi, có thể giữ sạch môi trường xung quanh, ngăn cản sự tràn lan phân bắn ra xung quanh bởi sâu bọ hay súc vật. Bên cạnh đó những người tham gia cũng cho rằng việc sử dụng tro bếp hoặc vôi bột trộn lẫn với phân khi ủ sẽ giúp cho họ bón phân ra đồng ruộng được dễ dàng hơn.

Tỷ lệ hộ gia đình có nguồn nước sinh hoạt và nhà tiêu hợp vệ sinh cao hơn nhiều so với toàn tỉnh: nguồn nước đạt 92,5% và nhà tiêu đạt 59,5%. Tuy nhiên, vẫn còn 7,5% hộ gia đình có nguồn nước sinh hoạt không hợp vệ sinh và 49,5% hộ gia đình có nhà tiêu không hợp vệ sinh.

## 6. Kết luận

### *Tỷ lệ hộ gia đình có nguồn nước sinh hoạt và nhà tiêu hợp vệ sinh*

- Hộ gia đình có nguồn nước sinh hoạt hợp vệ sinh là 92,5%.

- Hộ gia đình có nhà tiêu hợp vệ sinh là 59,5%.

### ***Kiến thức và thực hành về nguồn nước sinh hoạt và nhà tiêu hợp vệ sinh***

- Về nguồn nước sinh hoạt: tỷ lệ hộ gia đình có kiến thức và thực hành đúng tương đối cao. Cụ thể: về cách bảo quản nguồn nước có vấn đề đạt 83%; về xử lý nguồn nước khi bị nhiễm bẩn đạt 63%; về mối liên quan giữa nguồn nước với bệnh tật như bệnh tiêu chảy (88%), bệnh ngoài da (74%), bệnh mắt hột (70%).
- Về nhà tiêu hợp vệ sinh: tỷ lệ hộ gia đình có kiến thức và thực hành đúng cũng tương đối cao, cụ thể như: Kiến thức về điều kiện nhà tiêu hợp vệ sinh của hộ gia đình là không mùi hôi chiếm tỷ lệ 83%; sạch sẽ không có ruồi, nhặng là 75%; khô kín với nhà tiêu hai ngăn là 70%; kiến thức về sử dụng và bảo quản nhà tiêu vệ sinh sạch sẽ, không có giấy rác là chiếm 85,5%; bệ xí sạch sẽ là 71,5%; có đầy đủ nước để dội là 56,5%.
- Về nhu cầu sử dụng nguồn nước và nhà tiêu hợp vệ sinh là rất cao: mức độ rất cần thiết và cần thiết chiếm 99,0%.

## **7. Khuyến nghị**

- Ngành Y tế: Quan tâm đầu tư truyền thông giáo dục sức khỏe, lựa chọn hình thức và nội dung truyền thông hiệu quả trong cộng đồng nhằm nâng cao kiến thức và thay đổi hành vi về nguồn nước sinh hoạt và nhà tiêu hợp vệ sinh góp phần phòng chống dịch bệnh trên địa bàn.
- Vai trò cấp ủy đảng, chính quyền, các ban ngành đoàn thể tại địa phương trong sự nghiệp phát triển kinh tế xã hội nâng cao đời sống người dân; Huy động tìm kiếm sự hỗ trợ nguồn lực tại địa phương và các tổ chức xã hội khác đầu tư cho các công trình nước sinh hoạt và nhà tiêu hợp vệ sinh công cộng cũng như hỗ trợ những hộ gia đình khó khăn.

## **TÀI LIỆU THAM KHẢO**

1. Bộ Y tế (2005), *Ban hành tiêu chuẩn ngành: Tiêu chuẩn vệ sinh nước sạch và tiêu chuẩn vệ sinh đối với các loại nhà tiêu.*
2. Bộ Y tế (2007), *Vệ sinh môi trường ở nông thôn Việt Nam*, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội.
3. Bộ Y tế (2007), *Thông tư hướng dẫn việc kiểm tra nước ăn uống và nhà tiêu hộ gia đình.*

4. Bộ Y tế (2008), *Sổ tay truyền thông nước sạch và vệ sinh môi trường*.
5. Bộ Y tế- Cục Y tế Dự phòng và Môi trường (2008) "*Sổ tay hướng dẫn kiểm tra vệ sinh nước sạch, nước uống và nhà tiêu hộ gia đình*".
6. Phan Thị Hiền (2010) "*Đánh giá thực trạng xây dựng, sử dụng và bảo quản nhà tiêu hợp vệ sinh của các hộ gia đình, tại xã Yên Phụ - Yên Phong – Bắc Ninh năm 2010*" Luận văn thạc sỹ Y tế công cộng, Đại học Y tế công cộng Hà Nội.
7. Bùi Hữu Toàn (2009), *Đánh giá thực trạng và nguyên nhân xây dựng sử dụng và bảo quản nhà tiêu hợp vệ sinh tại huyện Chương Mỹ, Hà Nội, năm 2009*. Luận văn thạc sỹ Y tế công cộng, Đại học Y tế công cộng, Hà Nội.
8. Trung tâm Y tế huyện Nông Cống (2009), *Báo cáo chương trình vệ sinh môi trường TTYT huyện Nông Cống năm 2009*.
9. Trung tâm Y tế Dự phòng tỉnh Thanh Hóa (2010), *Báo cáo chương trình VSMT năm 2010*.

# NGHIÊN CỨU KIẾN THỨC, THỰC HÀNH VỀ LÀM MẸ AN TOÀN CỦA BÀ MẸ CÓ CON DƯỚI 24 THÁNG TUỔI TẠI TỈNH TRÀ VINH NĂM 2014

*BSCKII. Trương Văn Dũng  
Trung tâm Truyền thông GDSK tỉnh Trà Vinh*

## **Tóm tắt nghiên cứu**

Nghiên cứu kiến thức và thực hành về làm mẹ an toàn (LMAT) của bà mẹ có con dưới 24 tháng tuổi tại tỉnh Trà Vinh năm 2014 cho thấy: Tỷ lệ đối tượng có kiến thức đúng về lợi ích của sữa mẹ 26,25 %; lợi ích của sữa non - 44,31 %; lợi ích việc uống viên sắt - 69,17 %; lợi ích tiêm phòng uốn ván - 73,61 %; lợi ích của khám thai - 75,69 %; số lần tiêm phòng uốn ván - 77,64 %; thời điểm khám thai - 82,08 %; chọn nơi sinh - 99,31 %. Tỷ lệ có kiến thức chung đúng về LMAT là 17,78 %. Thực hành đúng về LMAT: Tỷ lệ tiêm phòng uốn ván 2 lần đạt 60,28 %; Cho con bú sữa non - 78,61 %; Uống viên sắt trên 90 ngày - 85,28%; Khám thai 3 lần - 87,36%; Thực hiện KHHGĐ - 90,69 %; Nuôi con bằng sữa mẹ - 94,03 %; Sinh con ở cơ sở y tế - 99,72%. Tỷ lệ thực hành chung đúng về LMAT là 68,19%.

Kết quả nghiên cứu cũng xác định được mối liên quan giữa các yếu tố tuổi, trình độ học vấn và thu nhập gia đình với hiểu biết đúng về khám thai. Có mối liên quan giữa các yếu tố nghề nghiệp, trình độ học vấn, thu nhập gia đình và số con của bà mẹ với hiểu biết đúng về tiêm phòng uốn ván. Có mối liên quan giữa các yếu tố tuổi và nghề nghiệp với hiểu biết đúng về các biện pháp tránh thai. Có mối liên quan giữa các yếu tố tuổi, nghề nghiệp và trình độ học vấn của bà mẹ với kiến thức chung đúng về làm mẹ an toàn. Có mối liên quan giữa các yếu tố tuổi, trình độ học vấn và số con của bà mẹ với thực hành đúng về khám thai, tiêm phòng uốn ván. Các yếu tố tuổi, trình độ học vấn, thu nhập gia đình và số con của bà mẹ có mối liên quan với thực hành đúng về nuôi con bằng sữa mẹ và bú sữa non. Có mối liên quan giữa các yếu tố tuổi, nghề nghiệp, trình độ học vấn và số con của bà mẹ với thực hành chung đúng về LMAT.

## **1. Đặt vấn đề**

Làm mẹ an toàn là một trong những nội dung của chăm sóc sức khỏe sinh sản (SKSS), là nội dung được đề cập đầu tiên trong chương trình giáo dục SKSS, vì trên hết, đó là các hoạt động nhằm nâng cao chất lượng chăm sóc sức khỏe cho bà mẹ và trẻ sơ sinh, nhằm giảm tối thiểu tỷ lệ tai biến sản khoa, giảm tình trạng tử vong mẹ và tử vong sơ sinh [1], [2], [3]. Để có những thông tin giúp cho công

tác quản lý về chăm sóc SKSS và có cơ sở lập kế hoạch công tác truyền thông giáo dục sức khỏe (TT-GDSK) trên địa bàn tỉnh Trà Vinh, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài: “*Nghiên cứu kiến thức, thực hành về làm mẹ an toàn của bà mẹ có con dưới 24 tháng tuổi tại tỉnh Trà Vinh năm 2014*”.

## **2. Mục tiêu nghiên cứu**

1. Đánh giá thực trạng kiến thức, thực hành về LMAT của bà mẹ có con dưới 24 tháng tuổi tại tỉnh Trà Vinh năm 2014.
2. Mô tả một số yếu tố liên quan đến kiến thức và thực hành về LMAT của bà mẹ có con dưới 24 tháng tuổi tại tỉnh Trà Vinh năm 2014.

## **3. Phương pháp nghiên cứu**

**3.1. Đối tượng:** Bà mẹ có con dưới 24 tháng tuổi (sinh từ ngày 01 tháng 3 năm 2012 đến ngày 01 tháng 3 năm 2014) trên địa bàn tỉnh Trà Vinh.

**3.2. Thiết kế nghiên cứu:** nghiên cứu cắt ngang trên mẫu ngẫu nhiên.

**3.3. Cỡ mẫu nghiên cứu:** Chọn mẫu cụm, điều tra phỏng vấn 30 xã/phường/thị trấn trong tỉnh. Sử dụng công thức tính cỡ mẫu:

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

Trong đó:  $n$  = Cỡ mẫu tối thiểu cần để nghiên cứu;

$Z = 1,96$  là mức tin cậy mong muốn 95%;

$p = 35\%$  là tỷ lệ ước đoán tham số chưa biết của quần thể (theo Huỳnh Minh Phúc tại Long An, năm 2009;

$c = 0,05$  mức chính xác của nghiên cứu, chọn hệ số thiết kế  $k = 2$ ;

cỡ mẫu  $n = 350 \times 2 = 700$ . Chúng tôi chọn  $n = 720$ , mỗi cụm tiến hành phỏng vấn  $720/30 = 24$  đối tượng [8], [10].

### **3.4. Chọn mẫu:**

Bước 1 chọn 30 cụm theo khoảng cách mẫu

Bước 2 chọn ấp/khóm theo phương pháp ngẫu nhiên, chọn cá thể theo phương pháp công liên công.

**3.5. Biến số nghiên cứu:** Tuổi; Dân tộc; Tôn giáo; Nghề nghiệp; Học vấn của bà mẹ; Tổng số con; Thu nhập gia đình. Kiến thức và thực hành gồm các nội dung trước, trong và sau khi sinh về LMAT. Một số yếu tố liên quan đến

kiến thức và thực hành về LMAT gồm: tuổi, nghề nghiệp, học vấn, thu nhập gia đình, số con của bà mẹ.

**3.6. Địa điểm nghiên cứu:** Tất cả 105 xã/phường/thị trấn trong tỉnh Trà Vinh

**3.7. Thời gian nghiên cứu:** Từ tháng 5 đến tháng 8 năm 2014.

**3.8. Xử lý số liệu:** bằng phần mềm chương trình Excell 2010. Sử dụng test thống kê  $\chi^2$ . Chọn mức ý nghĩa  $p < 0,05$ .

## **4. Kết quả nghiên cứu và bàn luận**

### **4.1. Thông tin chung về đối tượng nghiên cứu**

Tuổi của bà mẹ nhỏ nhất là 16 và lớn nhất là 47, có 03 bà mẹ dưới 18 tuổi. Nhóm tuổi 25-29 chiếm tỷ lệ cao nhất (32,08%). Dân tộc Kinh chiếm tỷ lệ 71,94% dân số, còn lại là các dân tộc khác. Có khoảng 65% theo đạo, Phật giáo chiếm gần 60%. Đa số là nội trợ (36,25%), kế đến là công nhân (21,53%), làm ruộng (18,06%), buôn bán (15%) và CBCCVC (7,08%).

Hộ nghèo và cận nghèo chiếm 15%. Có 70,84% bà mẹ có trình độ học vấn từ trung học cơ sở trở lên (THCS 40,83; THPT 22,08%; cao đẳng, đại học 7,93%). Tỷ lệ bà mẹ biết đọc biết viết 7,08%; có trình độ tiểu học 22,08%. Số bà mẹ có dưới 3 con chiếm đa số (93,75%).

Đa số đều dùng phương tiện xe mô tô để tiếp cận các cơ sở y tế (90,56%). Cán bộ y tế, truyền hình, đài phát thanh là nơi bà mẹ nhận được thông tin về LMAT nhiều nhất (80,69%; 70%) kế đến là cộng tác viên y tế/dân số 49,64%, sách báo tạp chí 27,64%; cha mẹ hoặc chồng 15,56%; internet 14,31% thấp nhất là từ cán bộ ban ngành, đoàn thể 8,06%.

### **4.2. Kiến thức chung của bà mẹ về LMAT**

#### **4.2.1. Kiến thức về khám thai**

Kết quả nghiên cứu cho thấy tỷ lệ bà mẹ hiểu biết về lợi ích khám thai đạt 75,69% và khám thai ở 3 tháng đầu (94,17%) và 3 tháng cuối (90,56%) cao hơn 3 tháng giữa của thai kỳ (89,86%). Kết quả này thấp hơn nghiên cứu của tác giả Huỳnh Minh Phúc (100%) và của Trần Thị Khuyên tại Lai Châu năm 2009 (98,5%) [7],[6].

Tỷ lệ bà mẹ hiểu biết đúng cả 2 nội dung đạt tỷ lệ trung bình (66,11%). Tỷ lệ bà mẹ hiểu biết về việc phải khám thai ít nhất 3 lần trong 3 thai kỳ là 87,36%, tỷ lệ này cao hơn nghiên cứu của tác giả Huỳnh Minh Phúc ở Long An (80,6%), của Trần Thị Khuyên ở Lai Châu (62,7%) [5],[4].



Tỷ lệ chọn nơi khám thai là cơ sở y tế đạt 99,86%; trong đó chọn phòng khám tư nhân đạt tỷ lệ cao nhất 37,45%, kế đến là ở trạm y tế 35,48%, bệnh viện huyện và tỉnh gần tương đương nhau (11,50% ; 10,94%), bệnh viện tại thành phố Hồ Chí Minh là 4,49%. Kết quả nghiên cứu cho thấy, tỷ lệ bà mẹ chọn lựa nơi sinh là trạm y tế thấp, nhưng ngược lại đa số các bà mẹ vẫn chọn trạm y tế để khám thai, điều đó cho thấy, nơi đây vẫn là tuyến CSSKSS ban đầu cần thiết. Để làm tốt nhiệm vụ này các trạm y tế phải làm tốt công tác chuyên môn nghiệp vụ, năng lực quản lý, kỹ năng truyền thông, tư vấn.

#### *4.2.2. Kiến thức về tiêm phòng uốn ván*

Tỷ lệ bà mẹ hiểu biết về lợi ích của tiêm phòng uốn ván là 73,61%, hiểu biết phải tiêm phòng uốn ván 2 lần trong thai kỳ đạt 77,64%, tỷ lệ này thấp hơn nghiên cứu của tác giả Huỳnh Minh Phúc (95,6%) và cao hơn của Trần Thị Khuyên tại Lai Châu năm 2009 (75,8%) [7],[6].

#### *4.2.3. Kiến thức về uống viên sắt*

Tỷ lệ bà mẹ hiểu biết về lợi ích của việc uống viên sắt đạt 69,17%, tỷ lệ bà mẹ hiểu biết về thời gian uống viên sắt trong thai kỳ đạt 41,39%., tỷ lệ này thấp hơn nghiên cứu của tác giả Huỳnh Minh Phúc tại Long An năm 2009 (87,7%) [7].

#### *4.2.4. Kiến thức về dinh dưỡng, lao động*

Tỷ lệ hiểu biết về dinh dưỡng và lao động đạt 63,89%, tỷ lệ này thấp hơn của tác giả Trần Thị Khuyên tại Lai Châu năm 2009 (85,8%) [6]. Tỷ lệ biết nội dung không làm việc nặng nhọc khi mang thai đạt 88,19% cao hơn 2 nội dung nghỉ ngơi hoàn toàn 4 tuần trước khi sinh và ngủ ít nhất 8 tiếng trong ngày đạt thấp (48,61%; 36,81%). Tỷ lệ bà mẹ hiểu cả 3 nội dung trên, đạt thấp 16,81%. Có thể do điều kiện kinh tế gia đình, các bà mẹ phải cố gắng làm việc cho đến khi gần sinh mới nghỉ, thời gian dành cho ngủ đủ trong ngày lại càng hiếm.

Tỷ lệ bà mẹ biết thực hành dinh dưỡng đúng khi mang thai đạt 74,03%. Tỷ lệ bà mẹ có thực hành đúng về lao động trong quá trình mang thai đạt 83,06%. Số bà mẹ vẫn phải lao động bình thường như khi không mang thai là 16,39%.

#### *4.2.5. Kiến thức về lựa chọn nơi sinh*

Gần như tất cả các bà mẹ hiện nay đều biết chọn nơi sinh là các cơ sở y tế (99,31%). Có 32,08% chọn trạm y tế; 66,39% chọn bệnh viện huyện; 92,92% chọn bệnh viện tỉnh và 39,31% chọn nơi sinh là bệnh viện ở thành phố Hồ Chí Minh. Kết quả này cao hơn nghiên cứu của Trần Thị Khuyên tại Lai Châu, năm 2009 (97,7%) [6]. Kết quả nghiên cứu phù hợp với thực tế của tỉnh hiện nay, do

kinh tế phát triển, giao thông thuận lợi và các bà mẹ cũng để ý con nên các gia đình có điều kiện thường chọn tuyến trên để sinh nở, ít chọn trạm y tế. Kết quả nghiên cứu có 99,72% bà mẹ sinh tại các cơ sở y tế. Trong đó tỷ lệ chọn nơi sinh cao nhất là bệnh viện tỉnh 65,69%; kế đến là bệnh viện huyện 23,75%; cơ sở y tế tư nhân 4,17%, trạm y tế 3,61%, bệnh viện ở thành phố Hồ Chí Minh 2,5%. Tỷ lệ sinh con tại nhà trong nghiên cứu này thấp hơn nghiên cứu của tác giả Vũ Xuân Diện tại Quảng Ninh năm 2011 (13,9%) [3].

#### *4.2.6. Kiến thức về dấu hiệu nguy hiểm trước, trong và sau khi sinh*

Dấu hiệu khi mang thai: Tỷ lệ bà mẹ hiểu biết dấu hiệu đau bụng đạt 65%; ra máu âm đạo (63,19%); phù mắt, tay, chân (55,83%), vỡ ối sớm trước khi chuyển dạ (36,39%); xanh xao, mệt mỏi và thai không đạp sau tháng thứ tư (19,47%). Tỷ lệ hiểu biết từ 4 đến 6 những dấu hiệu trên đạt thấp 17,92%. Tỷ lệ hiểu biết các dấu hiệu nguy hiểm trong chuyển dạ gồm: đau bụng 48,47%; chảy máu âm đạo 39,03%; sốt cao 76,11 và co giật 59,03%. Tỷ lệ hiểu biết từ 3 đến 4 dấu hiệu trên, đạt thấp 35,97%. Tỷ lệ hiểu biết về dấu hiệu nguy hiểm sau khi sinh gồm: dấu hiệu chảy máu nhiều 61,11%; dịch âm đạo có mùi hôi 55,33%; đau bụng âm ỉ kéo dài 53,61% và sốt cao kéo dài đạt 71,81%. Tỷ lệ bà mẹ hiểu biết từ 3 đến 4 dấu hiệu trên, đạt thấp 46,94%. Tỷ lệ bà mẹ biết cách xử trí khi gặp những dấu hiệu nguy hiểm trước, trong và sau khi sinh đạt tốt 95,14%.

#### *4.2.7. Nuôi con bằng sữa mẹ*

Tỷ lệ bà mẹ hiểu biết sữa mẹ có đủ chất dinh dưỡng đạt 98,06%; sữa mẹ có nhiều chất kháng khuẩn và chống dị ứng 66,11% và sữa mẹ thuận tiện, đỡ tốn kém tiền bạc 36,39%. Tỷ lệ hiểu biết cả 3 nội dung trên, đạt thấp 26,25%. Kết quả này thấp so với nghiên cứu của Tôn Thị Anh Tú năm 2010 tại Bệnh viện Nhi Đồng I là 43,34%. Tỷ lệ bà mẹ hiểu biết đúng từng nội dung về lợi ích của sữa non gồm: sữa non có nhiều dinh dưỡng là 93,61%; dễ tiêu hoá cho trẻ 73,73%; nhiều kháng thể 62,50%. Tỷ lệ bà mẹ hiểu đúng cả 3 nội dung trên chỉ đạt 44,31%, thấp hơn nghiên cứu của tác giả Huỳnh Minh Phúc (68,8%) [7]. Kết quả nghiên cứu cho thấy tỷ lệ nuôi con bằng sữa mẹ là 94,03% các loại sữa khác là 5,97%. Tỷ lệ thực hành đúng trong việc cho con bú sữa non đạt 78,61%. Tỷ lệ này cao hơn nghiên cứu của Tôn Thị Anh Tú (37,34%) tại bệnh viện Nhi Đồng I năm 2010. Theo nghiên cứu của Đặng Cẩm Tú về thực trạng cai sữa của trẻ em dưới 36 tháng tuổi tại ba tỉnh Lào Cai, Hà Nam và Quảng Bình thì tỷ lệ bà mẹ cho con bú kéo dài đến 24 tháng tuổi chỉ đạt mức độ thấp là 16% [8].

#### 4.2.8. Kiến thức về kế hoạch hóa gia đình

Tỷ lệ bà mẹ hiểu biết lợi ích của việc thực hiện KHHGĐ sẽ có điều kiện chăm sóc, nuôi dạy con cái tốt hơn đạt cao 95,14%; có điều kiện chăm sóc sức khỏe cho bản thân đạt 60,42% và ngăn ngừa sự nghèo đói chỉ đạt 29,86%. Tỷ lệ hiểu biết cả ba nội dung trên, đạt thấp 17,78%. Tỷ lệ hiểu biết các BPTT hiện đại bao gồm: đặt vòng 90%; bao cao su 81,25%; thuốc viên tránh thai 83,61%; thuốc tiêm tránh thai 38,33% và triệt sản nam, nữ là 14,58%. Kết quả hiểu biết biện pháp đặt vòng và bao cao su gần bằng với kết quả nghiên cứu của Nguyễn Đức Thanh năm 2013 tại Nghệ An (85,5%; 88,5%), nhưng biện pháp thuốc uống và thuốc tiêm thì cao hơn của tác giả Nguyễn Đức Thanh (16,8%; 49,2%) [9]. Tỷ lệ biết từ 4 đến 5 BPTT đạt 34,58%. Kết quả này thấp so với nghiên cứu của Nguyễn Đức Thanh và Trần An Vương ở Bến Tre và ở Kon Tum (82,97%; 53,7%) [10]. Theo kết quả nghiên cứu của tác giả Đoàn Thanh Điền năm 2012 ở Cần Thơ thì tỷ lệ phá thai lập lại là 89,37%, tai biến trong phá thai là 28,22% [4].

**Bảng 1: Hiểu biết đúng từng nội dung về LMAT (n=720)**

<b>Kiến thức về làm mẹ an toàn</b>	<b>Tần số</b>	<b>Tỷ lệ (%)</b>
1. Lợi ích của sữa mẹ	189	26,25
2. Lao động, nghỉ ngơi khi mang thai	121	16,81
3. Lợi ích của KHHGĐ	128	17,78
4. Dấu hiệu nguy hiểm khi mang thai	129	17,92
5. Các biện pháp tránh thai hiện đại	249	34,58
6. Dấu hiệu nguy hiểm khi chuyển dạ	259	35,97
7. Lợi ích của sữa non	319	44,31
8. Thời gian uống viên sắt	298	41,39
9. Dấu hiệu nguy hiểm sau khi sinh	338	46,94
10. Dinh dưỡng khi mang thai	460	63,89
11. Lợi ích việc uống viên sắt	498	69,17
12. Lợi ích tiêm phòng uốn ván	530	73,61
13. Lợi ích của khám thai	545	75,69
14. Số lần tiêm phòng uốn ván	559	77,64
15. Thời điểm khám thai	591	82,08
16. Chọn nơi sinh	715	99,31

Trong 16 nội dung kiến thức về LMAT chỉ có 7 nội dung đạt từ 60% trở lên, còn lại 9 nội dung đạt dưới 60%. Có kiến thức đầy đủ về việc chăm sóc đúng cách suốt 3 giai đoạn trước, trong và sau khi sinh đối với phụ nữ mang thai là rất quan trọng. Lượng thông tin cung cấp cho bà mẹ ở đây cũng khá nhiều, do đó cần phải có kế hoạch, phương pháp truyền thông cho phù hợp để bà mẹ dễ tiếp thu, nhằm nâng tỷ lệ kiến thức cho bà mẹ.

Tỷ lệ bà mẹ có kiến thức chung đúng về LMAT, nghĩa là số bà mẹ hiểu biết đúng từ 13 đến 16 nội dung, trong đó phải hiểu biết đúng 02 nội dung lợi ích của sữa mẹ và sữa non đạt thấp 17,78%.

#### **4.3. Thực hành chung của bà mẹ về LMAT**

**Bảng 2: Thực hành đúng từng nội dung về LMAT (n=720)**

<b>Thực hành về làm mẹ an toàn</b>	<b>Tần số</b>	<b>Tỷ lệ (%)</b>
1. Tiêm phòng uốn ván 2 lần	434	60,28
2. Ăn uống dinh dưỡng tốt	533	74,03
3. Cho con bú sữa non	566	78,61
4. Lao động, nghỉ ngơi phù hợp	598	83,06
5. Uống viên sắt trên 90 ngày	614	85,28
6. Khám thai 3 lần	629	87,36
7. Có thực hiện KHHGD	653	90,69
8. Nuôi con bằng sữa mẹ	677	94,03
9. Tiêm phòng uốn ván	709	98,47
10. Khám thai tại cơ sở y tế	712	98,89
11. Uống viên sắt	712	98,89
12. Khám thai	713	99,03
13. Sinh con tại cơ sở y tế	718	99,72

Trong 13 nội dung về thực hành LMAT, có 07 nội dung đạt từ 90% trở lên và 06 nội dung đạt dưới 90%. Tỷ lệ bà mẹ có thực hành LMAT đúng đạt 68,19%, nghĩa là số bà mẹ thực hành đúng từ 11 đến 13 nội dung trong đó phải có 2 nội dung nuôi con bằng sữa mẹ và cho con bú sữa non.

#### 4.4. Các yếu tố liên quan đến kiến thức

Có mối liên quan các yếu tố tuổi, trình độ học vấn, thu nhập gia đình với kiến thức đúng về khám thai. Sự khác biệt này có ý nghĩa về mặt thống kê với  $p < 0,05$ . Tỷ lệ hiểu biết của bà mẹ trong nhóm tuổi 25-29 là 72,73%, nhóm trình độ học vấn cao là 69,02% và nhóm thu nhập gia đình ổn định là 69,12%. Đây là nhóm bà mẹ ở độ tuổi kết hôn, thành chồng thành vợ, có trình độ, ổn định việc làm, mong muốn có con nên quan tâm đến những vấn đề có liên quan đến thai nghén nhiều hơn các nhóm tuổi còn lại.

Có mối liên quan các yếu tố nghề nghiệp, trình độ học vấn, thu nhập gia đình và số con của bà mẹ với việc hiểu biết đúng về việc tiêm phòng uốn ván. Tỷ lệ hiểu biết của bà mẹ là CBCCVC là 74,51%, trình độ học vấn cao 60,02%, thu nhập gia đình ổn định là 59,31% và có dưới 3 con là 58,37%. Bà mẹ là CBCCVC có môi trường làm việc thuận lợi, có điều kiện tiếp cận thông tin. Bên cạnh đó khi có trình độ học vấn hiểu biết tốt và kinh tế gia đình ổn định, thì việc tiếp cận trao đổi kiến thức cũng sẽ tốt hơn.

Có mối liên quan các yếu tố tuổi và nghề nghiệp của bà mẹ với các biện pháp tránh thai hiện đại. Tỷ lệ hiểu biết của bà mẹ trong nhóm tuổi 25-29 là 41,13%, là CBCCVC là 60,78%. Ở độ tuổi đã trưởng thành, có nhận thức về việc làm của mình, sống trong môi trường làm việc có tổ chức, những quy định mà người CBCCVC phải thực hiện về KHHGD, đã tác động đến hiểu biết của nhóm bà mẹ này.

**Bảng 3: Các yếu tố liên quan đến kiến thức chung về LMAT**

Đặc tính n=720		Đạt		Không đạt		$\chi^2$ , p
		n=128	%	n=592	%	
<i>Tuổi</i>	- < 20 (n= 38)	07	18,42	31	81,58	$\chi^2 = 10,120$ <b>p &lt; 0,05</b>
	- 20 – 24 (n= 210)	23	10,95	187	89,05	
	- 25 – 29 (n= 231)	51	22,08	180	77,92	
	- 30 – 34 (n= 165)	32	19,39	133	80,61	
	- 35 – ≥ 40 (n= 76)	15	19,74	61	80,26	
<i>Nghề nghiệp</i>	- Làm ruộng(n= 130)	25	19,23	105	80,77	$\chi^2 = 12,731$ <b>p &lt; 0,05</b>
	- Buôn bán (n= 108)	15	13,89	93	86,11	
	- CBCCVC (n= 51)	18	35,29	33	64,71	
	- Nội trợ (n= 261)	43	16,48	218	83,52	
	- Công nhân(n= 170)	27	15,88	143	84,12	
<i>Học vấn</i>	-Thấp (n=210)	26	12,38	184	87,62	$\chi^2 = 5,907$ <b>p &lt; 0,05</b>
	- Cao (n= 510)	102	20,00	408	80,00	

Có mối liên quan các yếu tố tuổi, nghề nghiệp và trình độ học vấn của bà mẹ với kiến thức chung đúng về LMAT. Tỷ lệ hiểu biết của bà mẹ trong nhóm tuổi từ 25-29 là 22,08%, là CBCCVC 35,29% và có trình độ học vấn cao là 20%. Đây là nhóm bà mẹ có nhiều yếu tố và điều kiện thuận lợi, nên có nhận thức và kiến thức tốt hơn so với bà mẹ của nhóm khác.

#### 4.5. Các yếu tố liên quan đến thực hành

**Bảng 4: Các yếu tố liên quan đến thực hành chung về LMAT**

Đặc tính n=720		Đạt		Không đạt		$\chi^2$ , p
		n=491	%	n=229	%	
<i>Tuổi</i>	- < 20 (n= 38)	20	52,63	18	47,37	$\chi^2 = 12,048$ <b>p &lt; 0,05</b>
	- 20 – 24 (n= 210)	139	66,19	71	33,81	
	- 25 – 29 (n= 231)	173	74,89	58	25,11	
	- 30 – 34 (n= 165)	104	63,03	61	36,97	
	- 35 – ≥ 40 (n= 76)	55	72,37	20	26,32	
<i>Nghề nghiệp</i>	- Làm ruộng(n= 130)	96	73,85	34	26,15	$\chi^2 = 12,624$ <b>p &lt; 0,05</b>
	- Buôn bán (n= 108)	79	73,15	29	26,85	
	- CBCCVC (n= 51)	39	76,47	12	23,53	
	- Nội trợ (n= 261)	162	62,07	99	37,93	
	- Công nhân(n= 155)	108	69,68	47	30,32	
	- Khác (n= 15)	07	46,67	08	53,33	
<i>Học vấn</i>	-Thấp (n=210)	129	61,43	81	38,57	$\chi^2 = 6,257$ <b>p &lt; 0,05</b>
	- Cao (n= 510)	362	63,92	148	29,02	
<i>Số con</i>	- ≤ 02 (n= 675)	470	69,63	205	30,37	$\chi^2 = 10,256$ <b>p &lt; 0,05</b>
	- >02 (n= 45)	21	46,67	24	53,33	

Có mối liên quan các yếu tố tuổi, trình độ học vấn và số con của bà mẹ với thực hành khám thai đúng. Tỷ lệ thực hành đúng của bà mẹ trong nhóm tuổi từ 25-29 là 90,48%, có trình độ học vấn cao là 89,61%, có dưới 03 con là 88,59%. Nhận thấy kiến thức và thực hành về khám thai đúng đều có liên quan đến yếu tố tuổi và trình độ học vấn.

Có mối liên quan các yếu tố tuổi, nghề nghiệp số con của bà mẹ với thực hành tiêm phòng uốn ván đúng. Tỷ lệ thực hành đúng của bà mẹ trong nhóm tuổi từ 25-29 là 70,13%, là CBCCVC là 74,5% và có dưới 03 con là 63,26%. Nhận thấy kiến thức và thực hành về tiêm phòng uốn ván đúng đều có liên quan đến yếu tố nghề nghiệp và số con.

Có mối liên quan các yếu tố tuổi, trình độ học vấn, thu nhập gia đình và số con của bà mẹ với thực hành nuôi con bằng sữa mẹ. Tỷ lệ thực hành đúng của bà

mẹ trong nhóm tuổi từ 25-29 là 96,97%, trình độ học vấn cao là 95,69%, thu nhập ổn định 94,93% và dưới 03 con 94,52%. Có thể ở lứa tuổi 25-29 cơ thể bà mẹ đã phát triển hoàn chỉnh, sức khỏe tốt, trình độ hiểu biết tốt về lợi ích của sữa mẹ, thu nhập gia đình ổn định, mới có con đã tác động đến việc thực hành tốt về nuôi con bằng sữa mẹ.

Có mối liên quan các yếu tố tuổi và trình độ học vấn của bà mẹ với thực hành cho con bú sữa non. Tỷ lệ thực hành đúng của bà mẹ trong nhóm tuổi từ 25-29 là 85,71% và trình độ học vấn cao là 80,59%. Khác với thực hành nuôi con bằng sữa mẹ, trong việc cho con bú sữa non, thì yếu tố nghề nghiệp, thu nhập gia đình và số con không ảnh hưởng đến việc thực hành cho con bú sữa non.

Có mối liên quan các yếu tố tuổi, nghề nghiệp, trình độ học vấn và số con của bà mẹ với thực hành chung đúng về LMAT. Tỷ lệ thực hành chung đúng của bà mẹ trong nhóm tuổi 25-29 là 74,89%, là CBCCVC là 76,47%, học vấn cao là 63,92% và có dưới 3 con là 69,63%. Nhận thấy kiến thức và thực hành chung đúng đều có liên quan đến yếu tố tuổi, nghề nghiệp, trình độ học vấn và số con. Điều này cho thấy, khi có kiến thức đúng thì dễ có được thực hành đúng.

## **5. Kiến nghị**

- Đối với Chi cục Dân số- Kế hoạch hoá gia đình tỉnh: Chỉ đạo Trung tâm Dân số Kế hoạch hoá gia đình có kế hoạch tăng cường công tác truyền thông giáo dục sức khỏe về dân số và KHHGĐ cho nhóm phụ nữ trong độ tuổi sinh đẻ về việc không sinh con thứ ba và nhóm tuổi sức khỏe sinh sản vị thành niên, nhằm hạn chế việc kết hôn và sinh con khi còn trong lứa tuổi vị thành niên.
- Đối với Trung tâm Truyền thông Giáo dục sức khỏe tỉnh: Phối hợp cùng Trung tâm Chăm sóc sức khỏe sinh sản tỉnh và Trung tâm Y tế huyện, thành phố xây dựng kế hoạch nói chuyện chuyên đề về làm mẹ an toàn cho các đối tượng trong độ tuổi sinh đẻ để tăng tỷ lệ bà mẹ có kiến thức và thực hành đúng về làm mẹ an toàn. Nội dung cần ngắn, gọn, dễ hiểu, dễ tiếp thu, dễ nhớ, phù hợp với từng đối tượng người nghe và tập trung vào những nội dung mà bà mẹ có tỷ lệ hiểu biết và thực hành còn thấp, nhất là nội dung nuôi con bằng sữa mẹ và cho con bú sữa non.
- Đối với Trung tâm Y tế huyện thành phố: chỉ đạo Trạm y tế cơ sở quản lý tốt hệ thống cộng tác viên ấp, khóm, tăng cường công tác quản lý đối tượng phụ nữ có thai, tư vấn, hướng dẫn họ đến Trạm y tế để được quản lý thai sớm ngay từ khi biết mình có thai. Tăng cường công tác phối hợp, lồng ghép cùng ban, ngành đoàn thể trong công tác truyền thông chăm sóc sức khỏe sinh sản nói chung và làm mẹ an toàn nói riêng.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế, (2001), *“Chiến lược quốc gia về chăm sóc sức khỏe sinh sản giai đoạn 2001 - 2010”*.
2. Bộ Y tế, (2010), *Hướng dẫn quốc gia về các dịch vụ chăm sóc sức khỏe sinh sản*.
3. Bùi Thị Thu Hà (2011), *“Kết quả thực hiện chiến lược chăm sóc sức khỏe sinh sản 2001 – 2010”*, *Tạp chí Y học thực hành*, số 7 (773), tr.73-75.
4. Đặng Cẩm Tú (2011), *“Thực trạng cai sữa của trẻ em dưới 36 tháng tuổi tại ba tỉnh: Lào Cai, Hà Nam, Quảng Bình năm 2011”*.*Tạp chí Y học thực hành*, số 3/2012 (810).
5. Đoàn Thanh Điền (2012), *“Khảo sát hành vi và yếu tố liên quan đến phá thai lặp lại của phụ nữ từ 18-49 tuổi đến phá thai tại Bệnh Viện Đa Khoa Trung Ương Cần Thơ”*.*Tạp chí Y học thực hành*, số 12/2012 (854).
6. Huỳnh Minh Phúc (2009), *“Nghiên cứu kiến thức, thực hành làm mẹ an toàn của bà mẹ có con dưới một tuổi tại huyện Đức Hoà, tỉnh Long An”*, Luận án chuyên khoa cấp II, chuyên ngành Y tế công cộng, Trường Đại học Y Dược Huế.
7. Nguyễn Đức Thanh, Trần An Vương (2008), *“Thực trạng kiến thức về kế hoạch hoá gia đình của phụ nữ đang nuôi con dưới 24 tháng tuổi tại hai tỉnh Kon Tum và Bến Tre”*. *Tạp chí Y học thực hành*, số 6/2011 (768).
8. Trần Thị Khuyên, Vương Thị Hòa và cộng sự (2013), *“kiến thức, thái độ và thực hành về làm mẹ an toàn của các bà mẹ tại thị xã Lai Châu, tỉnh Lai Châu năm 2009”*. *Tạp chí Y học thực hành*, số 5 (869).
9. Vũ Thị Vân Yến (2011), *“Trẻ suy dinh dưỡng bào thai”*. *Tạp chí Y học thực hành*, số 5/2011 (763).
10. Vũ Xuân Diện (2011), *“Thực trạng công tác chăm sóc sức khỏe bà mẹ trẻ em và kế hoạch hoá gia đình của một số đảo thuộc huyện Vân Đồn, tỉnh Quảng Ninh”*.*Tạp chí Y học thực hành*, số 10/2012 (843).



# THỰC TRẠNG SỨC KHỎE TÂM THẦN VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN CỦA HỌC SINH TRƯỜNG TRUNG HỌC CƠ SỞ TAM KHƯƠNG, ĐỒNG ĐA, HÀ NỘI NĂM 2014

BS. Đào Thị Tuyết  
Trung tâm Truyền thông GDSK Trung ương

## Tóm tắt nghiên cứu

Đề tài “*Thực trạng sức khỏe tâm thần và các yếu tố liên quan của học sinh trường Trung học cơ sở Tam Khương, Đồng Đa, Hà Nội năm 2014*” được thực hiện nhằm 2 mục tiêu: mô tả thực trạng sức khỏe tâm thần (SKTT) của học sinh và xác định một số yếu tố liên quan. Phương pháp nghiên cứu được sử dụng là thiết kế cắt ngang có phân tích với công cụ là phiếu điều tra đã được thiết kế sẵn bao gồm thang đo SDQ25 đánh giá thực trạng SKTT và bảng tìm hiểu các yếu tố liên quan với SKTT. Đối tượng nghiên cứu là 224 học sinh thuộc 4 khối lớp. Thời gian nghiên cứu từ tháng 3/2014 đến tháng 6/2014. Kết quả nghiên cứu cho thấy tỷ lệ học sinh có vấn đề SKTT là 21,9%; 15,2% có vấn đề cảm xúc; 17,4% có vấn đề hành vi; 12,9% có vấn đề tăng động giảm chú ý; 27,7% có vấn đề nhóm bạn và 19,2% có vấn đề kỹ năng tiền xã hội. Kết quả này tương đồng với các kết quả của các nghiên cứu tương tự. Yếu tố liên quan với SKTT học sinh được xác định trong nghiên cứu này là bạo lực học đường. Khi bạo lực học đường tăng lên thì nguy cơ có vấn đề SKTT tăng lên. Trên cơ sở kết quả nghiên cứu, tác giả đề xuất một vài khuyến nghị để giảm thiểu bạo lực học đường, cải thiện SKTT cho học sinh.

## 1. Đặt vấn đề

Theo điều tra ở các nước trong khu vực và trên thế giới, trung bình khoảng 20% trẻ em bị tổn thương SKTT dưới nhiều hình thức khác nhau. Tại Việt Nam, báo động về bệnh trầm cảm, lo âu, căng thẳng thần kinh, khủng hoảng tâm lý... ở trẻ em đang có xu hướng tăng mạnh. Kết quả nghiên cứu của Đặng Hoàng Minh và cộng sự năm 2012 cho biết có từ 12-13% trẻ em Việt Nam trong độ tuổi 6-16 gặp phải những vấn đề SKTT một cách rõ rệt.

Học sinh THCS ở lứa tuổi 11-15 là lứa tuổi có nhiều biến đổi về tâm sinh lý. Chương trình học quá tải, thiếu các hoạt động tập thể sinh động, thiếu sự cảm thông và giúp đỡ của thầy cô khiến trẻ nhanh mệt mỏi, mất hứng thú học tập dẫn đến chán học, bỏ học... Việc cha mẹ ít quan tâm hoặc quan tâm thái quá, dạy con bằng bạo lực... làm trẻ cảm thấy thiếu vắng tình cảm cũng ảnh hưởng đến vấn đề SKTT của các em.

Trường THCS Tam Khương là 1 trong 15 trường THCS công lập ở quận Đống Đa, Hà Nội. Trường có 40 thầy cô giáo, 233 học sinh thuộc 4 khối lớp.

Điều kiện kinh tế các gia đình ở đây thuộc loại trung bình, phụ huynh hầu hết đều bận rộn với việc kiếm sống nên sự quan tâm đến con cái có phần hạn chế. Hiện tượng học sinh chán học, bỏ học, mê chơi game; lấy lý do mệt, đau đầu, đau bụng để xuống phòng y tế nằm nghỉ... chiếm tỷ lệ đáng kể.

Tìm hiểu thực trạng vấn đề SKTT của học sinh và xác định những yếu tố ảnh hưởng, từ đó đưa ra giải pháp nhằm cải thiện SKTT cho các em là việc làm cần thiết, đáp ứng nhu cầu quan tâm của Ban Giám hiệu nhà trường và các bậc phụ huynh.

Vì lý do đó, chúng tôi tiến hành nghiên cứu “*Thực trạng SKTT và các yếu tố liên quan của học sinh trường Trung học cơ sở Tam Khương, Đống Đa, Hà Nội năm 2014*”.

## **2. Mục tiêu nghiên cứu**

1. Mô tả thực trạng SKTT của học sinh trường Trung học cơ sở Tam Khương, Đống Đa, Hà Nội năm 2014.
2. Xác định một số yếu tố liên quan đến SKTT của học sinh trường Trung học cơ sở Tam Khương, Đống Đa, Hà Nội năm 2014.

## **3. Phương pháp nghiên cứu**

### **3.1. Đối tượng nghiên cứu**

Toàn bộ 224 học sinh trường THCS Tam Khương năm học 2013-2014

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

**3.3. Địa điểm nghiên cứu:** Trường THCS Tam Khương, Đống Đa, Hà Nội

**3.4. Thời gian nghiên cứu:** Từ tháng 02/2014 đến tháng 6/2014

### **3.5. Xử lý và phân tích số liệu**

Nhập số liệu bằng phần mềm Epidata 3.1.

Phân tích và xử lý số liệu bằng phần mềm SPSS 16.0, với các test thống kê thông thường như tính tỷ lệ %, tính  $\chi^2$ , tính OR, P với mức ý nghĩa thống kê ( $\alpha = 0,05$ ), mô hình hồi quy logistics.

## **4. Kết quả nghiên cứu**

### **4.1. Thông tin chung về đối tượng nghiên cứu**

Số học sinh tham gia nghiên cứu là 224 em có độ tuổi từ 12 đến 16. Số học sinh nam nhiều hơn học sinh nữ, có 116 nam chiếm 51,8% và 108 nữ chiếm

48,2%. Hầu hết học sinh sống cùng cả cha và mẹ ruột (86,2%). Nghề của cha mẹ học sinh chủ yếu là nghề tự do (cha 75%, mẹ 51,8%).

#### 4.2. Thực trạng SKTT

Trong 224 học sinh, 49 em có vấn đề SKTT chiếm 21,9%. Tỷ lệ này ở học sinh nam là 22,4% và ở nữ là 21,3%.

**Bảng 1: Tỷ lệ vấn đề SKTT theo tuổi**

Tuổi (N=224)	Vấn đề SKTT			
	Có		Không	
	Tần số	Tỷ lệ (%)	Tần số	Tỷ lệ (%)
12	11	21,6	40	78,4
13	14	20,9	53	79,1
14	11	26,2	31	73,8
15	11	19,0	47	81,0
16	2	33,3	4	66,7

Tỷ lệ có vấn đề SKTT ở các nhóm tuổi 15 là cao nhất (81,0%) và thấp nhất ở nhóm tuổi 16 (66,7%).

#### 4.3. Mối liên quan giữa các yếu tố với SKTT

##### 4.3.1. Mối liên quan hai biến

**Bảng 2: Liên quan giữa các yếu tố gia đình với SKTT**

Đặc điểm		Vấn đề SKTT				OR, p
		Có		Không		
		Tần số	Tỷ lệ (%)	Tần số	Tỷ lệ (%)	
<i>Người sống cùng</i>	Khác	13	41,9	18	58,1	OR=3,2 p<0,01
	Cha mẹ ruột	36	18,7	157	81,3	
<i>Cha mẹ hạnh phúc</i>	Không	27	47,4	30	52,6	OR=5,9 p<0,01
	Có	22	13,2	145	86,8	
<i>Người chia sẻ</i>	Không	17	48,6	18	51,4	OR=5,9 p<0,01
	Có	32	16,9	157	83,1	

Học sinh không được sống cùng cả cha mẹ ruột có nguy cơ mắc vấn đề SKTT cao gấp 3,2 lần học sinh được sống cùng cả cha mẹ ruột, học sinh cảm nhận cha mẹ không hạnh phúc có nguy cơ mắc vấn đề SKTT cao gấp 5,9 lần học sinh cảm nhận cha mẹ hạnh phúc. Học sinh không có người để chia sẻ có nguy cơ mắc vấn đề SKTT cao gấp 5,9 lần học sinh có người để chia sẻ.

**Bảng 3: Liên quan giữa các yếu tố trường học với SKTT**

Đặc điểm		Vấn đề SKTT				OR, p
		Có		Không		
		Tần số	Tỷ lệ (%)	Tần số	Tỷ lệ (%)	
<i>Số giờ học thêm TB/ngày</i>	≥ 5 giờ/ngày	23	36,5	40	63,5	OR=3,2 p<0,05
	<5 giờ/ngày	26	16,1	135	83,9	
<i>Bạn bè thân thiện</i>	Không/hiếm khi	11	52,4	10	47,6	OR=4,8 p<0,05
	Thỉnh thoảng/thường xuyên	38	18,7	165	81,3	
<i>Bạn thân</i>	Không	9	60,0	6	40,0	OR=6,3 p<0,01
	Có	40	19,1	169	80,9	

Học sinh học thêm từ 5 giờ/ngày trở lên có nguy cơ mắc vấn đề SKTT cao gấp 3 lần học sinh học thêm dưới 5 giờ/ngày, học sinh không/hiếm khi được bạn bè cư xử thân thiện có nguy cơ mắc vấn đề SKTT cao gấp 4,8 lần học sinh thỉnh thoảng/thường xuyên được bạn bè cư xử thân thiện, học sinh không có bạn thân có nguy cơ mắc vấn đề SKTT cao gấp 6,3 lần học sinh có bạn thân.

**Bảng 4: Mô hình hồi quy hai biến giữa điểm lối sống, cha mẹ quan tâm, bạo lực gia đình, áp lực học tập, bạo lực học đường với SKTT**

Biến độc lập N = 224	Vấn đề SKTT (không,có)			
	B	S.E	p	95% CI
Điểm Lối sống	-0.366	0,092	0,000	1,205 - 1,727
Điểm Cha mẹ quan tâm	-0.320	0,065	0,000	0,639 - 0,825
Điểm Bạo lực gia đình	-0.475	0,088	0,000	0,523 - 0,739
Điểm Áp lực học tập	-0.391	0,101	0,000	0,555 - 0,825
Điểm Bạo lực học đường	-0.636	0,101	0,000	0,435 - 0,645
Điểm Thầy cô quan tâm	-0.471	0,105	0,000	0,508 - 0,767

Có mối liên quan giữa lối sống, cha mẹ quan tâm, bạo lực gia đình, áp lực học tập, bạo lực học đường với SKTT ( $p < 0,001$ , hồi quy binary). Khi điểm về các yếu tố này tăng lên nghĩa là tính tích cực của các yếu tố tăng lên thì nguy cơ có vấn đề SKTT giảm đi ( $B < 0$ ,  $p < 0,001$ ).

#### 4.3.2. Mối liên quan đa biến

Sử dụng mô hình hồi quy logistics với biến phụ thuộc là vấn đề SKTT. Các biến độc lập được đưa vào mô hình là các biến được xác định có mối liên quan với SKTT khi phân tích đơn biến.

**Bảng 5: Mô hình hồi quy logistics các yếu tố liên quan với vấn đề SKTT**

<b>Biến độc lập</b> <b>N = 224</b>	<b>Vấn đề SKTT (0 = không, 1 = có)</b>			
	<b>B</b>	<b>S.E</b>	<b>p</b>	<b>95%CI</b>
Người chia sẻ	0,263	0,566	0,642	0,429 - 3,941
Người nuôi dưỡng	1,267	0,753	0,092	0,064 - 1,232
Cha mẹ hạnh phúc	0,579	0,563	0,304	0,186 - 1,691
Bạn bè thân thiện	0,687	0,757	0,365	0,114 - 2,221
Số bạn thân	0,987	0,850	0,246	0,070 - 1,971
Giờ học thêm trung bình	0,578	0,532	0,277	0,198 - 1,592
Điểm Lối sống	-0,236	0,137	0,086	0,603 - 1,034
Điểm Cha mẹ quan tâm	-0,068	0,106	0,518	0,759 - 1,149
Điểm Bạo lực gia đình	-0,161	0,133	0,223	0,656 - 1,103
Điểm Thầy cô quan tâm	-0,069	0,175	0,693	0,662 - 1,315
Điểm Áp lực học tập	-0,089	0,174	0,611	0,650 - 1,288
Điểm Bạo lực học đường	-0,441	0,129	<b>0,001</b>	0,500 - 0,828

Theo mô hình này, yếu tố liên quan với vấn đề SKTT là bạo lực học đường. Điểm bạo lực học đường tăng lên (bạo lực học đường giảm đi) thì nguy cơ mắc vấn đề SKTT giảm đi ( $B < 0$ ,  $p < 0,05$ ). Điều này cũng có nghĩa là khi bạo lực học đường tăng lên thì nguy cơ có vấn đề SKTT tăng lên.

## 5. Bàn luận

Kết quả tìm hiểu thực trạng SKTT của đối tượng trong nghiên cứu này qua bảng hỏi SDQ25 cho thấy tỷ lệ học sinh có vấn đề SKTT là 21,9%. Tỷ lệ này tương đồng với kết quả của các nghiên cứu tương tự trong và ngoài nước.

Không được sống cùng cả cha mẹ ruột, cảm nhận cha mẹ không hạnh phúc, bạo lực gia đình là các yếu tố nguy cơ của vấn đề SKTT. Kết quả này cho thấy mối quan hệ gia đình có tác động lớn đến SKTT của các em. Gia đình là nơi trẻ được lớn lên, được nuôi dưỡng và chăm sóc. Trong ngôi nhà của mình, các em được cả cha và mẹ cùng yêu thương, che chở sẽ cảm nhận được đầy đủ tình cảm, hạnh phúc gia đình khiến cho tinh thần của trẻ được thoải mái, trẻ luôn cảm thấy ấm áp và bình yên. Còn khi thiếu vắng cha/mẹ thì người còn lại dù cố gắng đến mấy cũng không thể bù đắp được sự thiếu hụt của người kia, khiến đứa trẻ luôn cảm thấy có sự chông chênh khi cảm nhận về vai trò của cha mẹ. Tuy nhiên có một thực tế là, đôi khi dù được sống cùng cả cha mẹ ruột nhưng nếu mối quan hệ của họ không được hòa thuận, luôn có mâu thuẫn, cãi vã thì tinh thần của trẻ sẽ bị tổn thương nghiêm trọng. Theo Đặng Bá Lãm, trẻ em có biểu hiện bất thường về tinh thần có thể là do xuất thân trong những gia đình cha mẹ bất hòa. Theo Hoàng Cẩm Tú, cha mẹ sống không hạnh phúc, bạo lực gia đình cùng một số yếu tố khác chiếm đến 2/3 nguyên nhân rối loạn hành vi, chống đối, trầm cảm, tự sát, nghiện hút... ở trẻ em. Trong nghiên cứu này, trẻ có cảm nhận cha mẹ không hạnh phúc có nguy cơ mắc vấn đề SKTT cao gấp 5,9 lần so với trẻ có cảm nhận cha mẹ hạnh phúc. Từ kết quả này, các bậc cha mẹ cần tạo cho mình phong cách ứng xử phù hợp và chú ý điều chỉnh mối quan hệ cha mẹ với nhau và mối quan hệ cha mẹ với con cái theo hướng tích cực. Điều đó sẽ tạo không khí gần gũi, thân thiện, cởi mở trong gia đình giúp trẻ có được đời sống tinh thần lành mạnh, vui vẻ.

Những yếu tố từ môi trường học tập như học thêm từ 5 giờ/ngày trở lên, bạn bè thiếu thân thiện, không có bạn thân là những yếu tố làm tăng nguy cơ mắc vấn đề SKTT của học sinh. Chương trình học quá tải, nội dung bài học khó hiểu khiến các em tỏ ra chán nản, tinh thần luôn nặng nề. Không những học chính khóa, các em còn phải học thêm cả ở trong và ngoài trường tạo ra một khối lượng kiến thức không nhỏ mà các em phải tiếp thu hàng ngày, thật quá sức đối với sức chịu đựng non nớt của trẻ. Học thêm không chỉ ảnh hưởng đến khả năng tiếp thu các môn học mà còn ảnh hưởng xấu đến cảm xúc của học sinh. Các em bị suy giảm cả thể lực, trí lực và đánh mất sự hồn nhiên của tuổi học trò. Theo kết quả nghiên cứu của nhóm tác giả Lê Thị Kim Dung, Lê Thị Bưởi, Đinh Đăng Hòa thì gần 100% số học sinh các cấp phải học thêm, trong đó 17% số học sinh phải học thêm trên 5 giờ/ngày. Trong nghiên cứu này, tỷ lệ học sinh phải học thêm trên 5 giờ/ngày là

5,8%; con số này không cao so với nghiên cứu của các tác giả nói trên bởi các em là học sinh THCS trong khi đối tượng của nghiên cứu trên gồm cả 3 cấp học, có thể học sinh cấp tiểu học và THPT phải học thêm nhiều hơn.

Bạn bè chiếm tỷ lệ cao nhất trong các đối tượng được các em tin tưởng trao gửi tâm sự, chia sẻ mỗi khi các em vui buồn (48,7%). Cũng vì mối liên hệ mật thiết với bạn bè, cần có bạn mà những học sinh không có bạn thân có nguy cơ mắc vấn đề SKTT cao gấp 6,3 lần học sinh có bạn thân. Kết quả này cho thấy sự trợ giúp đúng đắn và phù hợp thông qua bạn bè là một cách can thiệp hiệu quả đối với học sinh, các bậc cha mẹ cần có sự gần gũi, chia sẻ, trò chuyện với con cái để hiểu con và giúp đỡ con nhiều hơn.

Yếu tố liên quan với SKTT khi phân tích đa biến trong nghiên cứu này là bạo lực học đường. Trường học, nơi diễn ra mối quan hệ giữa học sinh với thầy cô và bạn bè đóng vai trò quan trọng trong việc hình thành phong cách sống của học sinh. Không gian học tập, sự quan tâm, cư xử của thầy cô và bạn bè... có ảnh hưởng nhất định đến thể chất và tâm thần của trẻ.

Bạo lực học đường được đề cập đến là một trong những yếu tố nguy cơ của SKTT trong nhiều nghiên cứu trên Thế giới và tại Việt Nam. Bạo lực học đường là yếu tố làm tăng nguy cơ có vấn đề SKTT của học sinh. Trường học là nơi trẻ sử dụng phần lớn thời gian trong ngày. Sự thân thiện trong quan hệ bạn bè, thầy trò, không khí học tập sôi nổi là những yếu tố khiến các em cảm thấy hào hứng, say mê nhưng điều ngược lại sẽ trở thành nguyên nhân khiến các em chán nản, tiêu cực và có ảnh hưởng không nhỏ đến SKTT của các em.

Mối quan hệ thân thiết và gần gũi ở trường học khiến cho học sinh thêm yêu trường, yêu thầy cô và việc học tập của các em trở nên nhẹ nhàng. Thế nhưng, bạo lực học đường đã và đang là một vấn nạn nhức nhối hiện nay. Hiện tượng học sinh đánh chửi nhau, thầy cô đánh mắng học sinh, học trò chửi bới thầy cô thậm chí học trò chém giết nhau, giết thầy... xảy ra và được đăng tải trên các phương tiện thông tin đại chúng đã làm chúng ta thêm lo ngại. Bạo lực học đường không chỉ ảnh hưởng đến bản thân học sinh mà còn ảnh hưởng đến gia đình, nhà trường và xã hội. Bạo lực học đường cũng như những hình thức bạo lực khác có thể gây ra những tổn thương về tinh thần hoặc thể xác cho người bị hại và cả người gây hại. Những đứa trẻ bị ảnh hưởng bởi bạo lực học đường thường cảm thấy bị tổn thương, chán nản, lo âu, cô đơn... Sự sợ hãi hoặc nổi ám ảnh làm thế nào để đối phó với bạo lực có thể khiến trẻ bị suy sụp tinh thần. Các em không cảm thấy yên tâm mỗi khi đến trường, ngại ngần khi chơi đùa với bạn, tiếp xúc với thầy cô. Thậm chí, sự căng thẳng quá mức về mặt tâm lý có thể buộc học sinh kết thúc việc học của mình, hoặc cũng có thể vì gây ra hành vi bạo lực mà

học sinh phải nhận kỷ luật đuổi học. Từ đó, tương lai của các em rẽ sang một bước ngoặt khác không mấy khả quan. Bạo lực học đường gây nên sự căng thẳng cho phụ huynh. Cha mẹ thường xuyên lo lắng cho việc học của con em mình, lại thêm mối lo về sự an toàn của con cái, điều đó ảnh hưởng đến cuộc sống và công việc của họ rất nhiều. Thậm chí, nhiều bậc phụ huynh phải sắp xếp thời gian hoặc thuê người đưa đón con hàng ngày vì lo cho sự an toàn của trẻ trước nhiều nguy cơ trong đó có vấn nạn bạo lực học đường.

Bạo lực học đường ảnh hưởng đến uy tín của nhà trường. Khi học sinh không muốn đến trường vì sợ bị bạn trêu, bạn đánh có nghĩa là môi trường nhà trường không còn lành mạnh, không còn sức hút đối với học sinh mà trở thành nỗi sợ hãi của các em. Những hành vi bạo lực do giáo viên gây ra khiến cho môi trường giáo dục mất đi tính sư phạm, mất đi sự trang trọng của nghề giáo. Bạo lực từ giáo viên làm cho học sinh có cảm giác lo lắng và sợ hãi khi nghĩ đến thầy cô. Lứa tuổi các em rất nhạy cảm với cách hành xử của thầy cô. Vì vậy sự răn đe học sinh bằng cách đánh, mắng của thầy cô giáo và sự trêu chọc, gây gổ của bạn bè ảnh hưởng rất lớn đến các em. Nhìn rộng ra, bạo lực học đường là một phần không nhỏ làm mất trật tự xã hội khi bạo lực không chỉ xảy ra trong trường mà còn xảy ra ở ngoài trường.

## **6. Khuyến nghị**

Từ kết quả nghiên cứu chúng tôi thấy cần có các biện pháp ngăn chặn và giảm thiểu bạo lực học đường là yếu tố làm tăng nguy cơ có vấn đề SKTT ở học sinh.

### **❖ Đối với cha mẹ học sinh**

- Xây dựng không khí gia đình hòa thuận, không bạo lực, cha mẹ thương yêu, dạy dỗ bảo ban con nhưng không can thiệp thô bạo vào các hoạt động của con, ủng hộ và tôn trọng con trong mọi hoàn cảnh.
- Dạy trẻ cách đối phó với bạo lực học đường, chỉ cho con những nguyên nhân dễ dẫn đến bạo lực để phòng tránh, đặt ra những tình huống giả định nếu có bạo lực xảy ra thì phải làm gì (*nói với thầy cô, tìm sự giúp đỡ của những người xung quanh, tránh xa nơi có bạo lực nếu không biết làm gì...*).

### **❖ Đối với Ban Giám hiệu và giáo viên nhà trường**

- Xây dựng kế hoạch cải thiện SKTT cho học sinh song song với kế hoạch dạy và học cùng các phong trào thi đua của trường ngay trong năm học mới.
- Tổ chức các buổi giao lưu giữa các lớp, các trường nhằm tạo điều kiện cho các em chia sẻ, gần gũi nhau, biết hợp tác chung sống trong môi trường tập thể, biết cách thể hiện tình yêu thương và tôn trọng người khác.



### ❖ **Đối với chính quyền phường Khương Thượng**

- Chỉ đạo công an phường trong việc đảm bảo an ninh trường học, không để các phần tử xấu gây mất an ninh trật tự bên ngoài trường học.
- Chỉ đạo trạm y tế có kế hoạch phổ biến kiến thức chăm sóc SKTT giúp giáo viên và học sinh của trường có nhận thức đúng về chăm sóc SKTT.

### **TÀI LIỆU THAM KHẢO**

1. Bệnh viện Tâm thần Ban ngày Mai Hương (2010), *Báo cáo kết quả khảo sát sức khỏe tâm thần của học sinh trường học Hà Nội 2005-2007*.
2. Lê Thị Kim Dung và cs (2011), *Nghiên cứu một số yếu tố ảnh hưởng đến SKTT học sinh 1 số trường THCS và THPT tại Hà Nội*.
3. Đàm Thị Bảo Hoa (2014), *Đánh giá hiệu quả mô hình phát hiện và can thiệp sớm rối loạn tâm thần ở học sinh từ 6 – 15 tuổi tại thành phố Thái Nguyên*, Luận án tiến sỹ y học, Trường Đại học Y Dược Thái Nguyên.
4. Nguyễn Cao Minh (2012), *Điều tra tỉ lệ trẻ em và vị thành niên ở miền Bắc có các vấn đề sức khỏe tâm thần*, Luận văn thạc sỹ chuyên ngành tâm lý học, Trường Đại học Giáo dục, Đại học Quốc gia Hà Nội.
5. Lê Sơn (2012), “*Bạo lực học đường – sự cảnh báo về thiên lệch trong giáo dục*”, Kỷ yếu Hội thảo Khoa học toàn quốc “*Đổi mới tư duy giáo dục theo tinh thần Nghị quyết Đại hội Đảng CSVN lần thứ XI*” do Hội Khoa học Tâm Lý-Giáo dục Việt Nam tổ chức tại Nha Trang ngày 14 tháng 5 năm 2012.
6. Trung tâm Nghiên cứu đào tạo và Phát triển cộng đồng (2011), *Báo cáo kết quả nghiên cứu Thí điểm sử dụng bộ công cụ sàng lọc RNTT học sinh SDQ25 tại các trường phổ thông của Hà Nội*.
7. Amstadter et al (2011), “*Prevalence and correlates of probable adolescent mental health problems reported by parents in Vietnam*”, *Psychiatry Psychiatr Epidemiology*, 46, pg. 95-100
8. John S. Lyons (2008), *An Information Integration Tool for Children and Adolescents with Mental Health Challenges CANS –MH, Child & Adolescent needs & Strengths*, University of Ottawa Children’s Hospital of Eastern Ontario.
9. National Association of School Nurses (2011), “*School Violence, Role of the School Nurse in Prevention*”, pg.154-156.
10. Shoba S et al (2010), “*Epidemiology of child and adolescent mental health in Asia*”, *Current Opinion in psychiatry*, 23 (4), pg. 330-36.

# THỰC TRẠNG HOẠT ĐỘNG TRUYỀN THÔNG VỀ SỨC KHỎE TÂM THẦN TẠI CÁC TỈNH/THÀNH PHỐ TRONG CẢ NƯỚC NĂM 2014

BS. Đào Thị Tuyết, ThS. Phùng Thị Thảo,  
ThS.BS. Lý Thu Hiền, và các cộng sự  
Trung tâm Truyền thông GDSK Trung ương

## Tóm tắt nghiên cứu

Nghiên cứu “*Thực trạng hoạt động truyền thông về sức khỏe tâm thần tại các tỉnh/thành phố trong cả nước năm 2014*” được thực hiện với mục tiêu: mô tả mô hình quản lý hoạt động truyền thông và thực trạng hoạt động truyền thông về SKTT ở các tỉnh/thành phố năm 2014. Nghiên cứu sử dụng phương pháp mô tả cắt ngang, kết hợp định tính và định lượng. Đối tượng nghiên cứu là các đơn vị chăm sóc SKTT tuyến tỉnh/thành phố; lãnh đạo và cán bộ phụ trách truyền thông về SKTT tuyến tỉnh, huyện, xã; người dân tại 3 xã thuộc 3 tỉnh (Thanh Hóa, Lào Cai, Hòa Bình). Kết quả nghiên cứu cho thấy sự chỉ đạo hoạt động truyền thông về SKTT của tuyến trung ương đối với tuyến tỉnh còn hạn chế (chỉ có 37,9% đơn vị nhận được chỉ đạo từ tuyến trung ương); hoạt động truyền thông của tuyến huyện chưa tích cực, nguồn kinh phí dành cho hoạt động truyền thông chưa cao. Việc tập huấn kỹ năng truyền thông cho cán bộ phụ trách công tác truyền thông về SKTT chưa được coi trọng (46,6% chưa được tập huấn). Tài liệu truyền thông còn thiếu, chưa đáp ứng được nhu cầu của cán bộ y tế và người dân. Nhu cầu tài liệu truyền thông về SKTT của người dân là tranh gấp, băng đĩa hình, của cán bộ y tế (CBYT) là tranh lật và sổ tay. Nghiên cứu cũng đề xuất một vài kiến nghị để cải thiện công tác truyền thông về SKTT.

## 1. Đặt vấn đề

Tại Việt Nam, Dự án “Bảo vệ SKTT dựa vào Cộng đồng và Trẻ em” được triển khai từ năm 1999 đã thực hiện nhiều hoạt động truyền thông, tuyên truyền, giáo dục cộng đồng về SKTT, góp phần làm nâng cao nhận thức của xã hội về các rối loạn SKTT, giảm thiểu kỳ thị đối với bệnh nhân tâm thần. Các hoạt động này được thực hiện ở các cấp từ trung ương đến địa phương thông qua các hình thức truyền thông trực tiếp và gián tiếp. Dự án không chỉ cung cấp kiến thức cho người dân mà còn nâng cao vai trò của các ngành, các cấp, của tất cả mọi người trong công tác phòng chống các bệnh tâm thần. Đã có một số nghiên cứu đánh giá về tính hiệu quả của Dự án và các mô hình chăm sóc SKTT trong những năm qua. Tuy nhiên, chưa có nghiên cứu nào đánh giá về hoạt động truyền thông về SKTT. Vậy, hiệu quả của các hoạt động truyền thông đối với dự án ra sao, cần có những giải pháp nào trong thời gian tới để duy trì và phát huy tính tích cực của hoạt

động truyền thông trong công tác bảo vệ SKTT dựa vào cộng đồng? Để trả lời câu hỏi này, chúng tôi thực hiện điều tra “*Thực trạng hoạt động truyền thông về SKTT tại các tỉnh/thành phố trong cả nước năm 2014*”.

## 2. Mục tiêu nghiên cứu

1. Mô tả mô hình quản lý hoạt động truyền thông ở các tỉnh/thành phố trong cả nước
2. Mô tả thực trạng hoạt động truyền thông về SKTT ở các tỉnh/thành phố trong cả nước năm 2014.

## 3. Phương pháp nghiên cứu:

### 3.1. Đối tượng

- Lãnh đạo và cán bộ phụ trách truyền thông về SKTT tuyến tỉnh, huyện, xã của 3 tỉnh (Thanh Hóa, Lào Cai, Hòa Bình).
- Người dân tại 3 xã Quảng Phong (Quảng Xương, Thanh Hóa); xã Gia Phú (Bảo Thắng, Lào Cai); xã Vĩnh Tiến (Kim Bôi, Hòa Bình).
- 58 đơn vị chăm sóc SKTT tuyến tỉnh/thành phố.

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

**3.3. Địa điểm nghiên cứu:** 3 tỉnh: Hòa Bình, Thanh Hóa, Lào Cai.

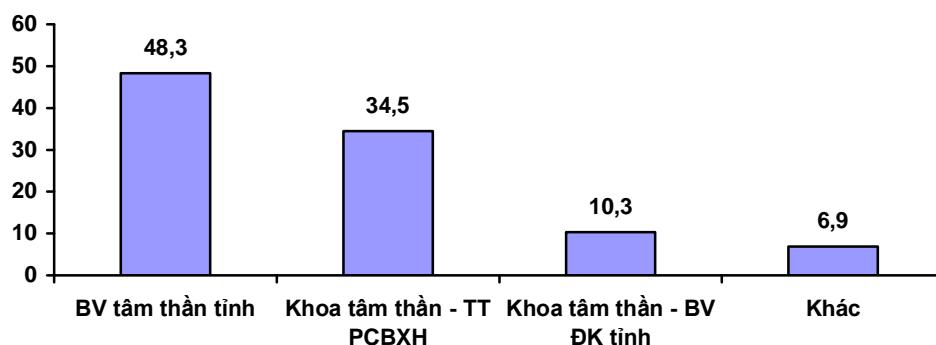
**3.4. Thời gian nghiên cứu:** Từ tháng 7 đến tháng 10 năm 2014

**3.5. Xử lý số liệu:** Nhập và phân tích số liệu định lượng bằng Excel. Ghi âm, gỡ băng ghi âm và phân tích theo chủ đề.

## 4. Kết quả nghiên cứu

### 4.1. Mô hình hoạt động truyền thông về SKTT

#### 4.1.1. Mô hình quản lý



**Biểu đồ 1: Mô hình chăm sóc SKTT**

Hiện đang tồn tại 3 mô hình chính về chăm sóc SKTT tại tuyến tỉnh. Trong đó mô hình BVTT tỉnh được chủ động nguồn kinh phí, có nhiều hoạt động chuyên môn và truyền thông về SKTT hơn 2 mô hình còn lại.

*“Chúng tôi thực hiện rất nhiều hoạt động truyền thông, từ tuyến tỉnh đến tận tuyến xã. Ví dụ như tham gia các tọa đàm, gửi bài phát thanh trên đài phát thanh truyền hình tỉnh, viết bài cho T4G rồi thì tổ chức tư vấn và truyền thông về SKTT tại các xã của dự án, tổ chức các lớp tập huấn về chuyên môn...”*

PVS lãnh đạo BVTT tỉnh

*“Chủ yếu hoạt động tại khoa là khám, kê đơn và tư vấn tâm lý cho bệnh nhân và người nhà bệnh nhân, sau đó phát tờ rơi... Nói chung là thiếu kinh phí mua thuốc nên cũng chỉ lo kinh phí cho thuốc là chủ yếu chứ không để ý được hoạt động truyền thông...”*

PVS cán bộ chuyên trách tâm thần Trung tâm PCBXH tỉnh

*“Khoa chỉ có 3 bác sĩ thì 1 người đi học, làm chuyên môn còn không xuể nói gì đến truyền thông...”*

PVS lãnh đạo khoa tâm thần BVĐK tỉnh

#### 4.1.2. Sự chỉ đạo của tuyến tỉnh với tuyến dưới

**Bảng 1: Đơn vị chịu sự chỉ đạo của tuyến tỉnh**

Đơn vị tuyến dưới	Mức độ hoạt động		Hiệu quả hoạt động	
	Số lượng (n = 58)	Tỷ lệ (%)	Số lượng (n= 58)	Tỷ lệ (%)
Phòng y tế huyện	3	5,2	1	33,3
Trung tâm y tế huyện	51	87,9	9	17,6
Bệnh viện huyện	2	3,4	0	0,0
Trạm y tế xã	<b>58</b>	<b>100,0</b>	<b>38</b>	<b>67,2</b>
Nhân viên y tế thôn bản	21	36,2	10	47,6

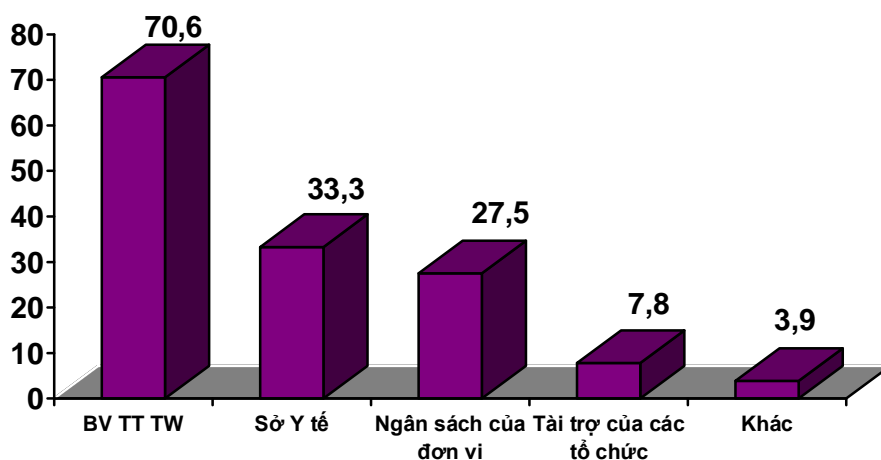
Các đơn vị chăm sóc SKTT tuyến tỉnh chỉ đạo, giám sát 100% các trạm y tế xã, và trạm y tế xã cũng được đánh giá là tuyến dưới hoạt động hiệu quả nhất (68,6%). Vai trò của tuyến huyện rất mờ nhạt và được cho là hoạt động không có hiệu quả. Điều này cũng được khẳng định khi phỏng vấn các cán bộ chăm sóc SKTT.

*“...Các hoạt động truyền thông và quản lý bệnh nhân cũng như cấp phát thuốc chủ yếu tại tuyến xã, tại huyện chỉ quản lý về số bệnh nhân và số cấp phát thuốc trên sổ sách”.*

PVS cán bộ tuyến huyện

Công tác chỉ đạo tuyến mặc dù tốt ở tuyến tỉnh nhưng hạn chế ở tuyến trung ương. Theo kết quả điều tra, chỉ có 37,9% đơn vị nhận được chỉ đạo từ tuyến trung ương.

#### 4.1.3. Kinh phí dành cho truyền thông về SKTT



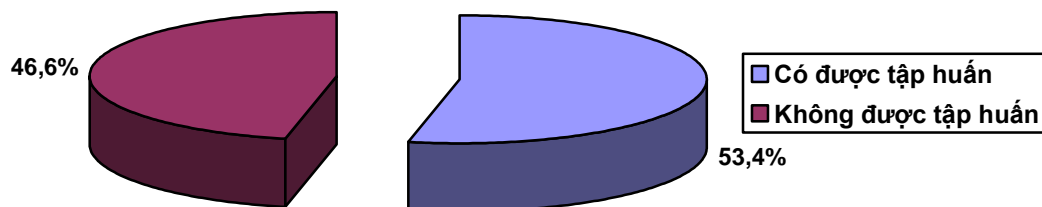
#### Biểu đồ 2: Nguồn kinh phí hoạt động truyền thông về SKTT

Nguồn kinh phí dành cho hoạt động truyền thông còn khiêm tốn, chủ yếu dựa vào trung ương, chưa huy động được các nguồn kinh phí khác, kể cả kinh phí của địa phương.

*“Khi còn kinh phí của chương trình, chúng tôi có phối hợp với Trung tâm Truyền thông GDSK tỉnh làm phóng sự phát trên đài phát thanh tỉnh và chuyển về huyện, từ năm 2009 chúng tôi không thực hiện được nữa. Khi nào mở thêm xã mới thì mang theo ít tài liệu phổ thông xuống phát cho các cán bộ chủ chốt thôi. Trung ương cấp cho gì dùng đấy, tỉnh không có ngân sách để sản xuất, nói chung là thiếu và không có gì...”*

PVS lãnh đạo khoa tâm thần BVĐK tỉnh

#### 4.1.4. Tập huấn truyền thông về SKTT



**Biểu đồ 3: Tập huấn cho cán bộ truyền thông**

Năng lực về truyền thông của cán bộ còn hạn chế, gần 50% số cán bộ phụ trách công tác truyền thông chưa được tập huấn về kỹ năng truyền thông.

Con số này cho thấy việc đào tạo, tập huấn cho cán bộ truyền thông về SKTT chưa được coi trọng. Một số cán bộ làm công tác truyền thông về SKTT cũng nói về điều này khi được phỏng vấn.

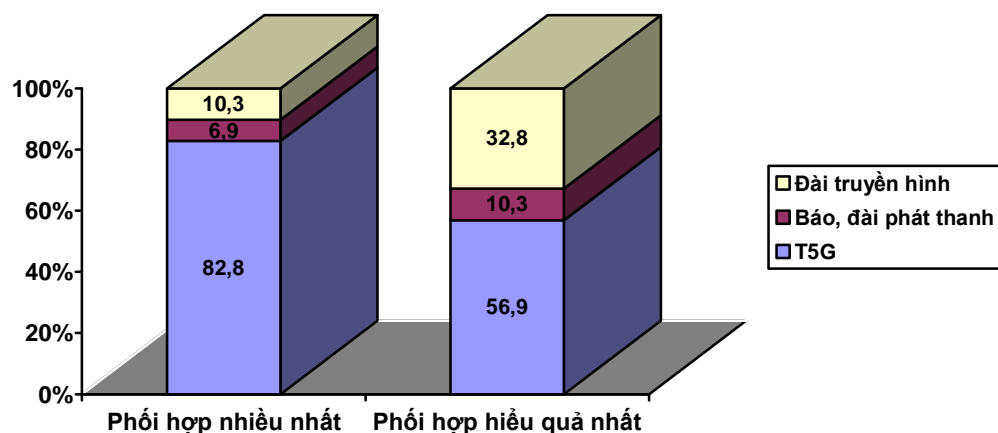
“...Thực sự là chúng tôi hoàn toàn làm theo những gì bản thân cảm nhận chứ chả có ai dạy dỗ, hướng dẫn gì. Mình nghĩ thế nào là làm thế đó...”

“...Từ ngày tham gia hoạt động này, em chưa được tập huấn bao giờ...”

PVS cán bộ truyền thông SKTT tuyển tỉnh

#### 4.2. Thực trạng hoạt động truyền thông về SKTT

##### 4.2.1. Sự phối hợp với các đơn vị truyền thông



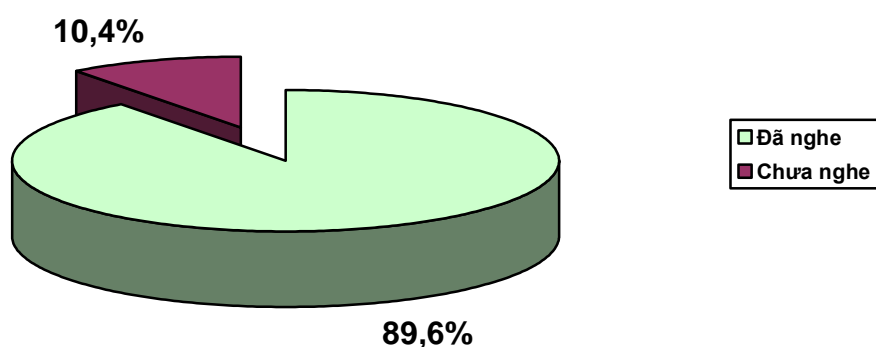
**Biểu đồ 4: Phối hợp hoạt động truyền thông**

Phối hợp hoạt động hiệu quả nhất trong công tác truyền thông chăm sóc SKTT vẫn là Trung tâm Truyền thông Giáo dục sức khỏe tỉnh (82,4%).

*“Hàng tháng, chúng tôi đều viết bài đăng trên bản tin Giáo dục sức khỏe của Trung tâm Truyền thông GDSK tỉnh. Các anh bên ấy còn làm những phóng sự ngắn hoặc diễn đàn về SKTT mời các chuyên gia về SKTT tham gia. Nói chung là hai bên có mối quan hệ rất chặt chẽ và hiệu quả”.*

PVS cán bộ truyền thông SKTT tuyến tỉnh

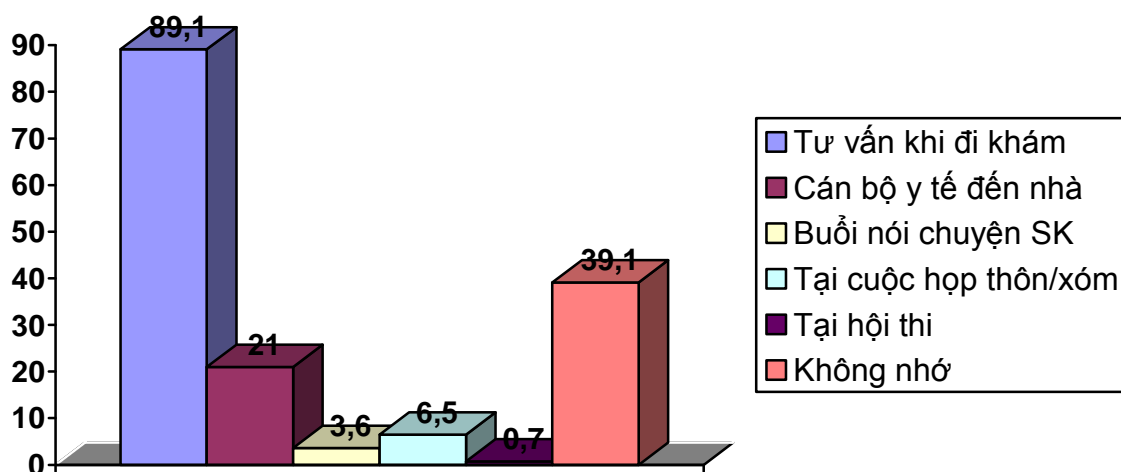
#### 4.2.2. Sự.... truyền thông về SKTT



**Biểu đồ 5: Người dân có thông tin về sức khỏe tâm thần**

Có tới 89,6% người dân đã nghe nói về bệnh tâm thần. Điều đó chứng tỏ hoạt động truyền thông về SKTT trong những năm qua đã thu hút được sự quan tâm của người dân.

#### 4.2.3. Nguồn thông tin trực tiếp mà người dân tiếp cận được



**Biểu đồ 6: Hoàn cảnh tiếp cận với thông tin về SKTT của người dân**

Hoàn cảnh được tiếp cận với thông tin về bệnh tâm thần nhiều nhất là được tư vấn khi đi khám (89,1%). Nhiều người dân cũng khẳng định như vậy trong các cuộc thảo luận nhóm.

“...cháu nhà tôi bị đau đầu, lúc nhớ lúc quên, đi khám bệnh bác sĩ mới nói là bị bệnh tâm thần. Khổ thế chứ, tôi buồn lắm nhưng thấy bác sĩ nói cứ chăm sóc cháu tốt và cho uống thuốc đều thì bệnh sẽ đỡ. Tôi cứ tưởng bệnh tâm thần là hết cách rồi, may mà cháu đỡ nhiều thật, lại đi học bình thường.”

“...Chúng tôi chỉ được bác sĩ nói cho biết khi đi khám bệnh chứ chưa bao giờ tự nhiên lại đến hỏi bác sĩ. Nếu có ai đó về đây tập hợp mọi người lại để trao đổi như hôm nay các chị làm thì tốt quá.”

Thảo luận nhóm người dân

Điều này có nghĩa là những người dân hoặc người nhà của họ có vấn đề về SKTT mới tiếp cận được với những thông tin về SKTT khi họ đi khám hoặc đưa người nhà đi khám.

#### 4.2.4. Tài liệu truyền thông

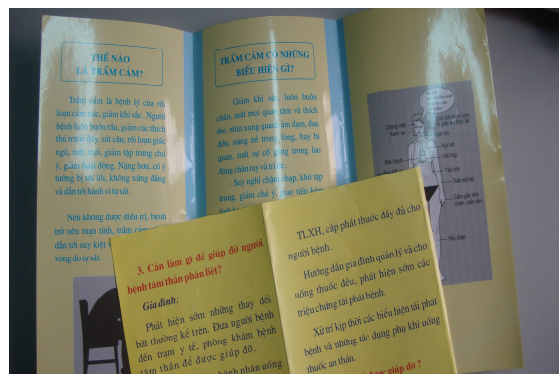
Tài liệu truyền thông còn thiếu, nghèo nàn về hình thức và nội dung, chưa đáp ứng được với nhu cầu của CBYT và người dân.

“...Ôi, tài liệu của cái chương trình này quá là khiêm tốn chứ những chương trình khác như lao, HIV thì người ta nhiều lắm. Đã thế mẫu mã, hình ảnh lại xấu và mờ nhạt...”

PVS lãnh đạo tỉnh

“...Khi đi gặp dân mà có mấy cái tài liệu như của bên sữa mẹ hay HIV nó vừa đẹp vừa dễ đọc ấy thì công việc nó cũng đỡ hơn, đây đã hiếm nhưng có cái nào thì màu sắc cứ thế nào ấy, bọn em toàn phải đánh máy lại rồi in ra cho dễ nhìn...”

PVS cán bộ trạm y tế xã



Hình 1: Một số tài liệu truyền thông về SKTT



Nhu cầu tài liệu của người dân là tờ rơi/tranh gấp, băng đĩa hình; nhu cầu của cán bộ y tế là tranh lật và sổ tay/sách nhỏ.

“...Mình nói bao nhiêu họ chỉ nhớ được chút ít nhưng nếu có tờ rơi, tranh lật hay băng đĩa hình cho họ xem thì vừa tiện cho mình, vừa giúp người ta dễ nhớ và nhớ lâu hơn...”

PVS Trưởng trạm y tế xã

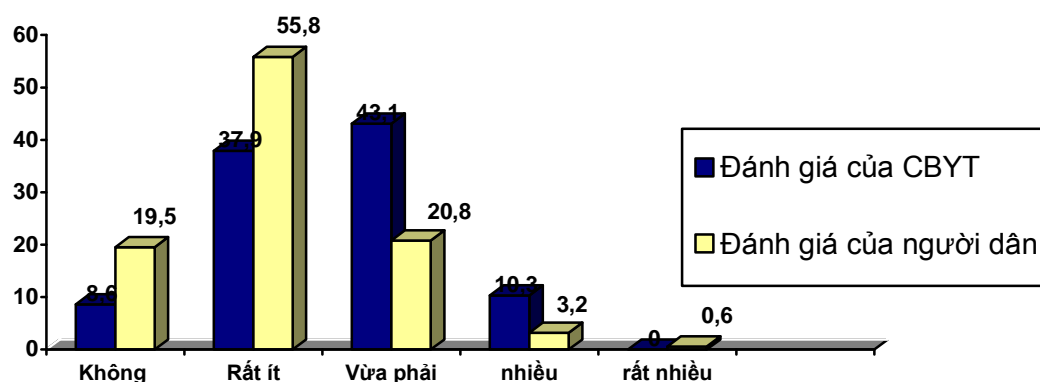
“...Có một cuốn **sổ tay** trong người vừa dễ mang theo vừa trang bị được kiến thức cần thiết, khi cần lại mở ra xem tiện lắm...”

PVS cán bộ trạm y tế xã

“...Chúng tôi muốn có tài liệu lắm, không cần nhiều đâu chỉ cần mấy trang nho nhỏ có hình là chúng tôi thích, đọc để biết mà làm theo chứ cứ nghe lung tung biết đâu mà lẩn...”

Thảo luận nhóm người dân

#### 4.2.5. Mức độ kỳ thị về người bệnh tâm thần



**Biểu đồ 7: Đánh giá về mức độ kỳ thị của người dân về người bệnh tâm thần**

Theo đánh giá của người dân và cán bộ y tế, đa số các ý kiến cho rằng vẫn còn sự kỳ thị đối với người bệnh tâm thần trong cộng đồng ở mức độ rất ít và vừa phải.

## 5. Bàn luận

### 5.1. Mô hình truyền thông về SKTT

Ba mô hình chăm sóc SKTT chủ yếu là bệnh viện tâm thần tỉnh, khoa tâm thần thuộc trung tâm phòng chống bệnh xã hội (PCBXH) và khoa tâm thần thuộc bệnh viện đa khoa (BVĐK) tỉnh phù hợp với mô hình mạng lưới chăm sóc SKTT. Bệnh viện tâm thần tỉnh là mô hình có hoạt động truyền thông về SKTT mạnh mẽ

nhất vì được chủ động về hoạt động chuyên môn và hoạt động truyền thông trong khi khoa tâm thần là đơn vị nhỏ hơn, chịu sự quản lý của BVĐK và trung tâm PCBXH.

Các đơn vị chăm sóc SKTT tuyến tỉnh chỉ đạo, giám sát 100% các trạm y tế xã, và trạm y tế xã cũng được đánh giá là tuyến dưới hoạt động hiệu quả nhất (68,6%). Vai trò của tuyến huyện rất mờ nhạt và được cho là hoạt động không có hiệu quả.

Có 37,9% đơn vị chịu sự quản lý chỉ đạo của tuyến Trung ương. Điều này cho thấy BV Tâm thần Trung ương 1, 2 cần phải có sự bao quát và chỉ đạo, giám sát tích cực hơn.

Chủ yếu kinh phí hoạt động được điều chuyển từ trung ương theo chương trình mục tiêu quốc gia (70,6%), chỉ 7,8% huy động được từ các tổ chức khác. Vì vậy, rất khó khăn cho tuyến tỉnh hoạt động chăm sóc SKTT nói chung và thực hiện hoạt động truyền thông về SKTT nói riêng.

Có đến gần một nửa các đơn vị báo cáo rằng các cán bộ làm công tác truyền thông về SKTT không được tập huấn về kỹ năng truyền thông trong 5 năm trở lại đây. Con số này cho thấy việc đào tạo, tập huấn cho cán bộ truyền thông về SKTT chưa được coi trọng.

## **5.2. Thực trạng hoạt động truyền thông về SKTT**

Đơn vị phối hợp truyền thông về SKTT nhiều nhất và hiệu quả nhất là Trung tâm Truyền thông GDSK tỉnh (T4G). Như vậy, T4G được coi là đối tác quan trọng trong lĩnh vực truyền thông về SKTT. Điều này hợp lý vì T4G là đơn vị trực thuộc sở y tế của tất cả các tỉnh và là đơn vị chịu trách nhiệm thực hiện các hoạt động truyền thông GDSK tại tỉnh, việc phối hợp với các đơn vị cùng trong ngành y tế sẽ thuận lợi hơn. Đài truyền hình tỉnh là đơn vị thứ hai được đánh giá là phối hợp hiệu quả vì sự lan tỏa rộng rãi và sức hấp dẫn của truyền thông do có sự liên kết giữa tiếng và hình. Tuy nhiên, truyền thông qua truyền hình cần có đầu tư về kỹ thuật, thời gian và kinh phí cao hơn so với một số kênh khác nên không dễ dàng cho các đơn vị chăm sóc SKTT tuyến tỉnh khi lựa chọn đơn vị này. Cần có sự phối hợp chặt chẽ hơn giữa các đơn vị chăm sóc SKTT tuyến tỉnh và các đơn vị liên quan để đạt hiệu quả cao hơn trong công tác truyền thông.

Hoạt động tư vấn được thực hiện nhiều nhất và hiệu quả nhất đồng thời được người dân đánh giá cao vì mang tính riêng tư và truyền tải nhiều thông tin. Điều này cũng được khẳng định bởi ý kiến của cán bộ y tế và người dân. Tuy nhiên, tư vấn là hoạt động đòi hỏi cán bộ phải có năng lực và trình độ chuyên môn cao và chỉ có thể đến được với số ít người. Vì thế hoạt động này ít được thực

hiện do thiếu nhân lực và nguồn lực. Cần tổ chức các lớp tập huấn kỹ năng truyền thông về SKTT cho cán bộ y tế và cộng tác viên để trang bị những kiến thức cần thiết về truyền thông đồng thời thống nhất nội dung, cách thức truyền thông về SKTT trong cả nước đặc biệt là những vùng thuộc dự án.

Người dân hoặc người nhà của họ có vấn đề về SKTT tiếp cận được với những thông tin về SKTT khi họ đi khám hoặc đưa người nhà đi khám. Những người dân khác trong cộng đồng được tiếp cận với truyền thông về SKTT thông qua các đợt chiến dịch.

Tài liệu truyền thông là kênh hoạt động nhiều nhất. Đây là cách để phổ biến rộng rãi những thông tin cần truyền thông về SKTT đến với cộng đồng. Các đơn vị tuyến tỉnh cho biết họ được cấp tài liệu truyền thông về SKTT từ tuyến trung ương và đều sử dụng những tài liệu này khi thực hiện truyền thông ở cơ sở.

Về số lượng tài liệu truyền thông về SKTT, các ý kiến đều cho rằng còn thiếu so với những chương trình khác. Về chất lượng, những người được phỏng vấn đều nhận định rằng mẫu mã thiết kế chưa được ưng ý. Tài liệu truyền thông về SKTT cũng mang lại nhiều lợi ích cho cán bộ truyền thông, là cơ sở để họ hoàn thành tốt nhiệm vụ của mình. Sự cần thiết của tài liệu truyền thông đã được các cán bộ y tế và cộng tác viên xác nhận.

Hầu hết người dân đều trả lời họ đã nghe nói đến bệnh tâm thần từ nhiều nguồn khác nhau, chủ yếu nhất là nghe từ cán bộ y tế, sau đó là nghe qua các phương tiện thông tin đại chúng. Khi được hỏi về sự tin tưởng dành cho nguồn thông tin nào nhất, đa số trả lời là cán bộ y tế và cộng tác viên thôn/bản. Đa số người dân đều hào hứng khi nhắc đến tài liệu truyền thông về SKTT, họ rất muốn có các thông tin về bệnh tâm thần dưới dạng tờ rơi, sách nhỏ, băng đĩa hình.

Các hoạt động truyền thông về SKTT đã phần nào đạt được hiệu quả trong việc giảm kỳ thị của người dân trong cộng đồng đối với những người bệnh tâm thần và gia đình họ. Tuy nhiên, vẫn còn sự kỳ thị đối với người bệnh tâm thần, do đó cần đẩy mạnh hoạt động truyền thông về SKTT hơn nữa để xóa bỏ kỳ thị đối với người bệnh tâm thần trong cộng đồng.

## **6. Kiến nghị**

### **6.1. Đối với đơn vị chăm sóc SKTT tuyến Trung ương (Bệnh viện Tâm thần Trung ương 1, 2):**

Tăng cường sự chỉ đạo tuyên đề hỗ trợ tuyên dưới.

Tổ chức các lớp tập huấn đối với các đơn vị CSSKTT tỉnh và huyện đặc biệt là tuyến xã về kỹ năng truyền thông CSSKTT.

Xây dựng tài liệu truyền thông mẫu phù hợp, đa dạng cho từng nhóm đối tượng (tờ rơi, áp phích, băng đĩa hình) và cho cán bộ y tế (sách nhỏ/ sổ tay và tranh lật/ tranh tư vấn).

Huy động kinh phí cho hoạt động chăm sóc SKTT nói chung, truyền thông về SKTT nói riêng.

## **6.2. Đối với các đơn vị chăm sóc SKTT tuyến tỉnh:**

Chỉ đạo và giám sát tuyến huyện tham gia tích cực các hoạt động chuyên môn lồng ghép với truyền thông, giao quyền cho tuyến huyện. Tạo điều kiện để cán bộ chuyên trách về SKTT được tập huấn/ đào tạo hoặc đào tạo lại về nội dung và kỹ năng truyền thông. Lập kế hoạch tổ chức các hoạt động truyền thông về SKTT theo nhu cầu thực tế tại địa phương. Tăng cường hoạt động truyền thông về SKTT, đặc biệt là truyền thông trực tiếp của cán bộ y tế. Xây dựng đề án về truyền thông chăm sóc sức khỏe tâm thần và trình cấp có thẩm quyền phê duyệt để chủ động nguồn kinh phí từ địa phương kêu gọi tài trợ.

## **TÀI LIỆU THAM KHẢO**

1. Chương trình mục tiêu Quốc gia y tế (2013), “*Dự án phòng chống một số bệnh có tính chất nguy hiểm đối với cộng đồng - Bảo vệ sức khỏe Tâm thần cộng đồng và trẻ em*”.
2. Quỹ Cứu chiến binh Mỹ tại Việt Nam (2011), “*Đánh giá công tác truyền thông về chăm sóc sức khỏe tâm thần tại Khánh Hòa và Đà Nẵng 2009 - 2011*”.
3. Thủ tướng Chính phủ (2001), Dự án “*Bảo vệ sức khỏe Tâm thần tại cộng đồng*”.
4. Trung tâm Truyền thông Giáo dục sức khỏe Trung ương (2012), “*Đánh giá thực trạng hoạt động của hệ thống truyền thông giáo dục sức khỏe trong công tác chăm sóc sức khỏe nhân dân và đề xuất giải pháp nâng cao hiệu quả hoạt động, 2009-2010*”, đề tài nghiên cứu cấp Bộ.
5. UNICEF (2011), “*Đánh giá các mô hình chăm sóc sức khỏe tâm thần phát triển bởi các tổ chức phi chính phủ ở Việt Nam*”.
6. Viện chiến lược và chính sách - Bộ Y tế (2011), “*Báo cáo đánh giá dự án bảo vệ sức khỏe tâm thần cộng đồng giai đoạn 2006 -2010*”.