

MỤC LỤC

Nội dung	Trang
1. Thực trạng hút thuốc lá của nam sinh viên trường Đại học Bà Rịa – Vũng Tàu năm 2016	5
2. Kiến thức, thực hành về phòng chống sốt xuất huyết của phụ huynh tại trường mẫu giáo Măng Non, thành phố Thủ Dầu Một, tỉnh Bình Dương, năm 2016	12
3. Kiến thức, thái độ, thực hành về sức khỏe sinh sản của sinh viên năm nhất tại các trường đại học, cao đẳng trên địa bàn tỉnh Bình Dương năm 2016	19
4. Kiến thức, thực hành và sự tiếp cận các phương tiện truyền thông trong phòng chống bệnh tay chân miệng của giáo viên mầm non tại Phan Thiết, Bình Thuận năm 2016	29
5. Khảo sát kiến thức, thái độ về tham gia bảo hiểm y tế và các yếu tố liên quan của người dân thành phố Cần Thơ năm 2016	39
6. Thực trạng kiến thức về phòng chống một số bệnh truyền nhiễm và một số yếu tố liên quan của người dân tại thành phố Cần Thơ năm 2016	46
7. Thực trạng thực hiện nhiệm vụ thuận lợi, khó khăn của nhân viên y tế thôn tại huyện Hòa Vang, thành phố Đà Nẵng năm 2015	56
8. Tìm hiểu thực trạng, kiến thức, thái độ và hành vi sử dụng nhà vệ sinh của người dân tại một số xã tại huyện A Lưới, Thừa Thiên Huế năm 2016	64
9. Khảo sát kiến thức, thực hành phòng biến chứng tăng huyết áp và một số yếu tố liên quan ở bệnh nhân tăng huyết áp đang điều trị ngoại trú tại Trung tâm y tế huyện Phong Điền, Thừa Thiên Huế năm 2016	75
10. Khảo sát kiến thức, thái độ và thực hành về bệnh ung thư vú ở phụ nữ thành phố và phụ nữ nông thôn tỉnh Khánh Hòa, năm 2016	89
11. Một số yếu tố liên quan đến kiến thức, thái độ, thực hành về bệnh ung thư vú ở phụ nữ thành phố và phụ nữ nông thôn tỉnh Khánh Hòa, năm 2016	103

12. Nghiên cứu tỷ số giới tính khi sinh và các yếu tố liên quan đến sở thích sinh con trai ở phụ nữ có chồng tại huyện Vạn Ninh – tỉnh Khánh Hòa, năm 2016	112
13. Đánh giá chất lượng hoạt động công tác truyền thông giáo dục sức khỏe của y tế tuyến huyện trên địa bàn tỉnh Kiên Giang, năm 2016	123
14. Đặc điểm dịch tễ học bệnh hen phế quản tại xã Quốc Tuấn, huyện An Lão, Hải Phòng, năm 2013	128
15. Nhận thức của người dân về vấn đề an toàn vệ sinh thực phẩm tại thành phố Hà Tĩnh	136
16. Khảo sát chỉ số Para và tình trạng mắc bệnh phụ khoa của phụ nữ trong độ tuổi sinh đẻ tại 4 xã huyện Đa Tịch, tỉnh Lâm Đồng, năm 2016	140
17. Đánh giá nhận thức của cộng đồng về bệnh sốt xuất huyết tại xã Hòa Trạch, huyện Bố Trạch, tỉnh Quảng Bình, năm 2016	148
18. Về việc sử dụng ngôn ngữ trong chuyên mục “Sức khỏe & Đời sống” trên đài Phát thanh – Truyền hình tỉnh Thái Nguyên, năm 2016	153
19. Đánh giá nhanh thực trạng cung cấp và sử dụng một số tài liệu truyền thông về lĩnh vực chăm sóc sức khỏe bà mẹ và trẻ em dưới 5 tuổi do Unicef hỗ trợ từ năm 2010-2015	163
20. Đánh giá kết quả kiểm soát đái tháo đường điều trị ngoại trú tại bệnh viện đa khoa tỉnh Vĩnh Phúc	175
21. Khảo sát kiến thức, thái độ, thực hành về truyền thông giáo dục sức khỏe của cán bộ y tế xã, phường tỉnh Vĩnh Phúc năm 2016	183

THỰC TRẠNG HÚT THUỐC LÁ CỦA NAM SINH VIÊN TRƯỜNG ĐẠI HỌC BÀ RỊA – VŨNG TÀU NĂM 2016

Nguyễn Văn Lân, Lê Thị Xuân, Cao Thị Phương Thủy

Trung tâm Truyền thông GDSK tỉnh Bà Rịa – Vũng Tàu

Tóm tắt nghiên cứu

Theo thống kê của Tổ chức Y tế thế giới (WHO), mỗi năm thuốc lá gây ra gần 6 triệu ca tử vong, con số này sẽ tăng thành hơn 8 triệu người một năm vào năm 2020. Hằng ngày, trên thế giới có từ 80.000 – 100.000 thanh niên bắt đầu hút thuốc. Trường Đại học Bà Rịa – Vũng Tàu là trường đại học duy nhất trên địa bàn tỉnh, với các ngành đào tạo đa dạng: cơ khí, xây dựng, công nghệ thông tin,... Nghiên cứu được tiến hành trên 400 nam sinh viên của trường đại học Bà Rịa – Vũng Tàu từ tháng 4/2016 - 12/2016 với phương pháp cắt ngang mô tả. Kết quả nghiên cứu cho thấy: Tỷ lệ hút thuốc lá của nam sinh viên trường Đại học Bà Rịa – Vũng Tàu là 32,8%. Tuổi bắt đầu hút thuốc lá trung bình của nam sinh viên là 16 tuổi. Loại thuốc lá sinh viên hút nhiều nhất là Caraven (40,5%). Lý do chính dẫn đến sinh viên hút thuốc lá là để tạo cảm giác dễ chịu (35,9%). Sinh viên có hiểu biết về tác hại của thuốc lá khá cao (88,5%); 80,5% cho rằng hít phải khói thuốc của người khác cũng có hại cho sức khỏe; 76,2% sinh viên có thái độ phản đối việc mời thuốc; 35,2% có thái độ khó chịu khi người bên cạnh hút thuốc. Tỷ lệ sinh viên đã từng bỏ thuốc lá 63,4% và có ý muốn bỏ thuốc lá 51,1%. Lý do chủ yếu muốn bỏ thuốc lá là do để giữ sức khỏe (56,7%). Sinh viên tiếp cận thông tin về phòng chống tác hại thuốc lá chủ yếu từ Internet (51,8%); tivi, đài phát thanh (49,5%) tờ rơi, pa nô, áp phích (38,0%).

1. Đặt vấn đề

Trên thế giới có khoảng 1,3 tỷ người hút thuốc lá. Hút thuốc lá là nguyên nhân của nhiều loại bệnh nguy hiểm đối với con người như: ung thư phổi, ung thư thanh quản, các bệnh tim mạch và bệnh về hô hấp,.. Theo thống kê của WHO, mỗi năm thuốc lá gây ra gần 6 triệu ca tử vong, con số này sẽ tăng thành hơn 8 triệu người một năm vào năm 2020. Hằng ngày, trên thế giới có từ 80.000 – 100.000 thanh niên bắt đầu hút thuốc. Những người bắt đầu hút thuốc lá ở tuổi thanh thiếu niên thường trở thành những người nghiện thuốc lá và có nguy cơ cao mắc những căn bệnh do thuốc lá gây ra.

Trường Đại học Bà Rịa – Vũng Tàu là trường đại học duy nhất trên địa bàn tỉnh, với các ngành đào tạo đa dạng: cơ khí, xây dựng, công nghệ thông tin,... Hiện chưa có nghiên cứu nào về phòng phòng chống tác hại thuốc lá trong nhà trường. Để biết được tỷ lệ nam sinh viên của trường hút thuốc lá là bao nhiêu; thực trạng hút thuốc lá cũng như các yếu tố ảnh hưởng đến việc hút thuốc lá của sinh viên như thế nào, việc tiến hành khảo sát “Thực trạng hút thuốc lá của nam sinh viên trường Đại học Bà Rịa – Vũng Tàu năm 2016” là rất cần thiết.

2. Mục tiêu nghiên cứu

- 2.1. Mô tả thực trạng hút thuốc lá của nam sinh viên trường đại học Bà Rịa – Vũng Tàu năm 2016.
- 2.2. Xác định tỷ lệ kiến thức, thái độ về hút thuốc lá của sinh viên trường đại học Bà Rịa – Vũng Tàu.
- 2.3. Xác định một số yếu tố liên quan đến việc hút thuốc lá của sinh viên trường đại học Bà Rịa – Vũng Tàu.

3. Phương pháp nghiên cứu

3.1. Đối tượng, địa điểm và thời gian nghiên cứu

- Đối tượng: Nam sinh viên hệ chính quy trường Đại học Bà Rịa – Vũng Tàu.
- Địa điểm: Trường Đại học Bà Rịa - Vũng Tàu.
- Thời gian: Từ tháng 4/2016 đến tháng 12/2016.

3.2. Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang.

3.3. Cỡ mẫu và chọn mẫu

Cỡ mẫu được tính theo công thức:

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

Trong đó:

- n: Cỡ mẫu cần chọn
- Z: Hệ số tin cậy (với độ tin cậy 95% thì $Z = 1,96$)
- α : Mức ý nghĩa thống kê (5%)
- p: Trị số mong muốn của tỉ lệ
- d: Độ chính xác (hay là sai số cho phép)

Với p ước tính tỷ lệ hút thuốc lá ở nam sinh viên trường Đại học Bà Rịa – Vũng Tàu là 50%, giới hạn sai số $d = 0,05$, sau khi tính $n = 384$. Làm tròn mẫu thành 400 mẫu.

3.4. Kỹ thuật chọn mẫu: Lập danh sách toàn bộ nam sinh viên hệ chính quy theo từng lớp, sau đó sử dụng phương pháp chọn mẫu ngẫu nhiên hệ thống để chọn ra 400 nam sinh viên để điều tra.

3.5. Phương pháp thu thập: Thu thập số liệu bằng phương pháp phỏng vấn bằng bộ câu hỏi tự điền khuyết danh.

3.6. Xử lý số liệu: Nhập số liệu bằng phần mềm Epidata 3.1; Phân tích bằng phần mềm SPSS 16.0.

4. Kết quả nghiên cứu và bàn luận

4.1. Thực trạng hút thuốc lá trong nam sinh viên trường Đại học Bà Rịa – Vũng Tàu

Tỷ lệ hút thuốc lá của nam sinh viên: Trong nghiên cứu này, tỷ lệ hút thuốc lá của nam sinh viên trường Đại học Bà Rịa – Vũng Tàu là 32,8%. Kết quả nghiên cứu này thấp hơn tỷ lệ hút thuốc lá ở nam sinh viên trường Đại học Mỹ Thuật công nghiệp Hà Nội năm 2004 là 45,7%. Tuy nhiên, kết quả nghiên cứu này lại cao hơn tỷ lệ hút thuốc lá của nam sinh viên Y khoa tại Việt Nam năm 2006 hiện hút là 20,7% và nam sinh viên trường cao đẳng y tế Tiền Giang năm 2009 là 14,6%. Trong những sinh viên hút thuốc lá có 63,4% đã từng bỏ thuốc lá và 51,1% hiện tại có ý định muốn bỏ thuốc lá.

Mức độ hút thuốc lá của sinh viên: Kết quả của nghiên cứu ở sinh viên trường Đại học Bà Rịa – Vũng Tàu cho thấy, tuổi trung bình bắt đầu hút thuốc lá của sinh viên nam là 16 tuổi. Kết quả này thấp hơn điều tra của GATS Việt Nam năm 2010 là 19.8 tuổi. Có thể do mẫu nghiên cứu này nhỏ, tại 1 trường học, còn nghiên cứu của GATS trên phạm vi toàn quốc nên có sự khác biệt.

Nam sinh viên trường Đại học Bà Rịa – Vũng Tàu hút trung bình 7,6 điếu/ngày.

Bảng 1: Địa điểm sinh viên thường hút thuốc lá (n=131)

Địa điểm	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Trong trường học	4	3,1
Ở nhà	27	20,6
Quán nước/cà phê	71	54,2
Nơi công cộng	29	22,1
Tổng cộng	131	100

Địa điểm sinh viên hút thuốc lá nhiều nhất là quán nước/quán cà phê với tỷ lệ 54,2% và ít nhất là ở trường học (3,1%).

Thói quen sử dụng thuốc lá của sinh viên: Trong nghiên cứu này cho thấy loại thuốc mà sinh viên hút nhiều nhất là Caraven (con mèo) 40,5%. Kết quả này cũng khá phù hợp với thực tế, rằng thuốc con mèo hiện khá phổ biến, giá cả trung bình. Địa điểm mà đối tượng nghiên cứu hay hút thuốc là ở quán nước, cà phê chiếm 54,2%, tiếp theo là các địa điểm công cộng chiếm 22,1%. Kết quả này rất phù hợp với thực tế, uống cà phê thường đi kèm với hút thuốc lá. Mặt khác, tại đó không có quy định cấm hút như trong trường học.

Bảng 2: Lý do sinh viên hút thuốc lá (n=131)

Lý do	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Thể hiện là người sành điệu	16	12,2
Thiết lập mối quan hệ với người khác	44	33,6
Tò mò, bắt chước bạn bè, người khác	45	34,4
Tạo cảm giác dễ chịu	47	35,9
Có chuyện buồn, căng thẳng	42	32,1

Lý do chính dẫn sinh viên đến việc hút thuốc lá chủ yếu là để tạo cảm giác dễ chịu (35,9%), do tò mò, bắt chước (34,4%) và để tạo mối quan hệ với người khác (33,6%), các lý do này cao hơn các lý do khác. Điều này phù hợp với cơ sở khoa học về tác dụng nhất thời gây cảm giác dễ chịu, sảng khoái của thuốc lá; hành vi tò mò, bắt chước, muốn thử cái mới cũng là đặc tính của tuổi thanh thiếu niên.

4.2. Kiến thức, thái độ của sinh viên về việc hút thuốc lá

Sinh viên cho rằng: hút thuốc lá chủ động có hại cho sức khỏe chiếm tỷ lệ cao (88,5%); không có hại (9,2%) và không biết (2,2%); hút thuốc lá thụ động có hại cho sức khỏe chiếm tỷ lệ cao (80,5%); không có hại (10,5%) và không biết (9,0%).

Phần lớn sinh viên có thái độ phản đối với việc mời thuốc (76,2%). Sinh viên tỏ thái độ khó chịu với người bên cạnh hút thuốc chiếm tỷ lệ cao nhất (35,2%); bình thường (31,0%); rất khó chịu (30,0%); và dễ chịu chiếm tỷ lệ 3,8%.

Bảng 3: Tiếp cận thông tin về tác hại của thuốc lá (n=400)

Nguồn thông tin	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Gia đình	154	38,5
Bạn bè	119	29,8
Nhà trường	131	32,8
Thầy thuốc	69	17,2
Tivi, đài phát thanh	198	49,5
Sách, báo, tờ rơi,	152	38,0
Pano, apphích	93	23,2
Internet	207	51,8

Sinh viên tiếp cận thông tin về tác hại của thuốc lá từ nhiều kênh, trong đó tỷ lệ cao nhất là từ internet (51,8%); tiếp đến là tivi, đài phát thanh (49,5%); tỷ lệ tiếp cận thấp nhất là từ thầy thuốc (17,2%).

4.3. Một số yếu tố liên quan đến hút thuốc lá của sinh viên

Nghiên cứu tìm thấy có sự khác biệt về tỷ lệ hút thuốc ở những sinh viên có bạn thân hút thuốc với những sinh viên không có bạn thân hút thuốc, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê ($OR = 0,59$, $p < 0,05$). Yếu tố bạn bè thân, cùng lứa tuổi hút thuốc là một trong những yếu tố nguy cơ dự báo mạnh nhất với việc thử hút thuốc. Sự lôi kéo của bạn bè trong và ngoài trường và sự tò mò đã khiến học sinh tiếp xúc lần đầu với thuốc lá và cũng vì bạn bè mà học sinh tiếp tục hút.

5. Kết luận

5.1. Thực trạng hút thuốc lá của sinh viên Trường Đại học Bà Rịa – Vũng Tàu

- Tỷ lệ hút thuốc lá chung của nam sinh viên trường Đại học Bà Rịa – Vũng Tàu là 32,8%; 63,4% sinh viên đã từng bỏ thuốc lá; 51,1% sinh viên hiện tại muốn bỏ thuốc lá.
- Tuổi bắt đầu hút thuốc lá trung bình của sinh viên nam trường Đại học Bà Rịa – Vũng Tàu là 16 tuổi.
- Nam sinh viên Trường Đại học Bà Rịa- Vũng Tàu hút trung bình trong một ngày là 7,6 điếu.

5.2. Kiến thức, thái độ với việc hút thuốc lá và thực hành bỏ thuốc của sinh viên trường Đại học Bà Rịa – Vũng Tàu

- 88,5% sinh viên trường đại học Bà Rịa – Vũng Tàu cho rằng hút thuốc lá có hại cho sức khỏe; 80,5% cho rằng hút thuốc thụ động có hại cho sức khỏe.
- 76,2% sinh viên trường đại học Bà Rịa – Vũng Tàu phản đối việc mời thuốc; 35,2% cảm thấy khó chịu khi người bên cạnh hút thuốc lá.
- Nguồn, kênh cung cấp thông tin về tác hại thuốc lá cho sinh viên nhiều nhất là từ Internet (51,8%); tivi, đài phát thanh (49,5%).

5.3. Một số yếu tố liên quan đến việc hút thuốc lá của sinh viên trường Đại học Bà Rịa – Vũng Tàu

Có sự khác biệt về tỷ lệ hút thuốc ở những sinh viên có bạn thân hút thuốc với những sinh viên không có bạn thân hút thuốc, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê ($OR = 0,59$, $p < 0,05$).

6. Kiến nghị

Cần tăng cường công tác thông tin, giáo dục, truyền thông và tăng cường thực thi luật phòng chống tác hại thuốc lá trong trường học; có quy định cụ thể, bình xét thi đua, đánh giá hạnh kiểm đối với công tác phòng chống tác hại thuốc lá của sinh viên;

Chú trọng ưu tiên các hình thức truyền thông: nói chuyện sức khỏe chuyên đề, tổ chức các hội thi phòng chống tác hại thuốc lá;

Củng cố hệ thống phát hình, phát thanh, thư viện, internet để tăng cường cung cấp thông tin về phòng chống tác hại thuốc lá và thực thi luật phòng chống tác hại thuốc lá trong trường học.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Hoàng Mai Anh, Nguyễn Hoài An (2004), *Các bệnh liên quan tới thuốc lá và cách phòng ngừa*, NXB Y học, 2004.
2. Bộ Y tế, Tổng cục Thống kê, WHO, *Điều tra sử dụng thuốc lá trong người trưởng thành năm (GATS) 2010*.
3. Chương trình phòng chống tác hại thuốc lá, *Báo cáo về tình hình hút thuốc lá và gánh nặng bệnh tật do thuốc lá gây ra ở Việt Nam năm 2011*.

4. Phan Thị Hải, Lý Ngọc Kính, *Điều tra toàn cầu về tình hình hút thuốc lá của sinh viên Y khoa, nghiên cứu tại Việt Nam, năm 2006.*
5. Lương Thị Phương Lan, *Thực trạng và một số yếu tố liên quan đến hút thuốc lá của sinh viên trường Đại học Mỹ Thuật công nghiệp Hà Nội, năm 2004.*
6. Võ Ngọc Lan Thanh, *Khảo sát thực trạng, kiến thức, thái độ về hút thuốc lá của cán bộ viên chức và học sinh – sinh viên trường Cao đẳng y tế Tiền Giang năm 2009.*

Kiến thức, thực hành về phòng chống sốt xuất huyết của phụ huynh tại trường mẫu giáo Măng Non thành phố Thủ Dầu Một tỉnh Bình Dương năm 2016

*BS CKI. Nguyễn Thị Bạch Tuyết, DS ĐH Nguyễn Thị Giang Nhung,
CN. Nguyễn Thị Mai Thi
Trung tâm Truyền thông GDSK tỉnh Bình Dương*

Tóm tắt nghiên cứu

Nghiên cứu cắt ngang trên 277 phụ huynh trường mẫu giáo Măng Non TP. Thủ Dầu Một tỉnh Bình Dương năm 2016 với mục tiêu: Xác định tỷ lệ phụ huynh có kiến thức thực hành đúng về phòng chống sốt xuất huyết (SXH); xác định mối liên quan giữa một số yếu tố với kiến thức, thực hành phòng chống SXH. Kết quả nghiên cứu cho thấy: Tỷ lệ phụ huynh có kiến thức chung đúng về phòng chống bệnh SXH là 70,4%. Tỷ lệ phụ huynh có thực hành chung đúng về phòng chống bệnh SXH là 76,17%. Có mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa kiến thức chung đúng về SXH với giới tính của phụ huynh. Có mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa kiến thức chung đúng với việc phụ huynh có trẻ từng mắc SXH. Nghiên cứu không tìm thấy mối liên quan giữa các yếu tố tuổi, giới, nghề nghiệp, trình độ học vấn với thực hành phòng chống SXH của phụ huynh.

1. Đặt vấn đề

Tại Việt Nam, Cục Y tế dự phòng cho biết chỉ tính riêng trong tháng 7 năm 2016, cả nước đã ghi nhận 5.561 trường hợp mắc SXH, trong đó có 2 trường hợp tử vong. Từ đầu năm đến nay, cả nước ghi nhận 44.859 trường hợp mắc SXH tại 46 tỉnh/thành phố, trong đó có 14 trường hợp tử vong. Riêng tại Bình Dương, tình hình SXH đang diễn biến khá phức tạp, dịch bệnh bùng phát mạnh từ đầu năm 2015 đến nay. Theo nhận định của các chuyên gia Y tế, bệnh SXH sẽ còn nhiều diễn biến phức tạp do năm nay đúng chu kỳ 5 năm, dịch bệnh có thể bùng phát trở lại. Việc cung cấp kiến thức cho người dân để nhận biết được những yếu tố nguy cơ gây ra bệnh SXH sẽ rất có ích cho việc phòng bệnh tại cộng đồng. Nhận thấy tầm quan trọng của việc phòng ngừa SXH, chúng tôi phối hợp với trường mẫu giáo Măng Non tiến hành nghiên cứu “*Kiến thức, thực hành về phòng chống bệnh sốt xuất huyết của phụ huynh trường mẫu giáo Măng Non - thành phố Thủ Dầu Một - tỉnh Bình Dương năm 2016*”.

2. Mục tiêu nghiên cứu:

- 2.1. Xác định tỷ lệ phụ huynh có kiến thức, thực hành đúng về phòng chống SXH.
- 2.2. Xác định mối liên quan giữa một số yếu tố với kiến thức, thực hành về phòng chống SXH của phụ huynh.

3. Phương pháp nghiên cứu

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

3.2. Đối tượng nghiên cứu: 277 phụ huynh trường Mẫu giáo Măng Non, TP. Thủ Dầu Một, tỉnh Bình Dương.

3.3. Thời gian, địa điểm: Tháng 8/2016 tại trường mẫu giáo Măng Non, TP. Thủ Dầu Một, tỉnh Bình Dương.

3.4. Phương pháp thu thập số liệu: Phối hợp với Ban giám hiệu nhà trường phát phiếu khảo sát trong buổi sinh hoạt phụ huynh đầu năm của nhà trường.

3.5. Xử lý số liệu: Nhập liệu bằng phần mềm EpiData 3.0. Phân tích số liệu bằng phần mềm Stata 12.0.

4. Kết quả nghiên cứu và bàn luận

4.1. Đặc tính của đối tượng nghiên cứu

Trong tổng số 277 phụ huynh được khảo sát có 64,62% phụ huynh là nữ và 35,38% phụ huynh là nam. Phân bố nhóm tuổi: Dưới 30 tuổi (21,3%), từ 30 đến 40 tuổi (65,34%), trên 40 tuổi (13,36%). Phụ huynh có nghề nghiệp là nhân viên văn phòng chiếm tỷ lệ cao nhất (37,91%), tiếp đến là kinh doanh/buôn bán (19,13%); nội trợ (18,77%), công nhân (12,27%). Chỉ có 2,89% là cán bộ viên chức. Đa số phụ huynh có học vấn trên cấp 3 - chiếm tỷ lệ 46,21%.

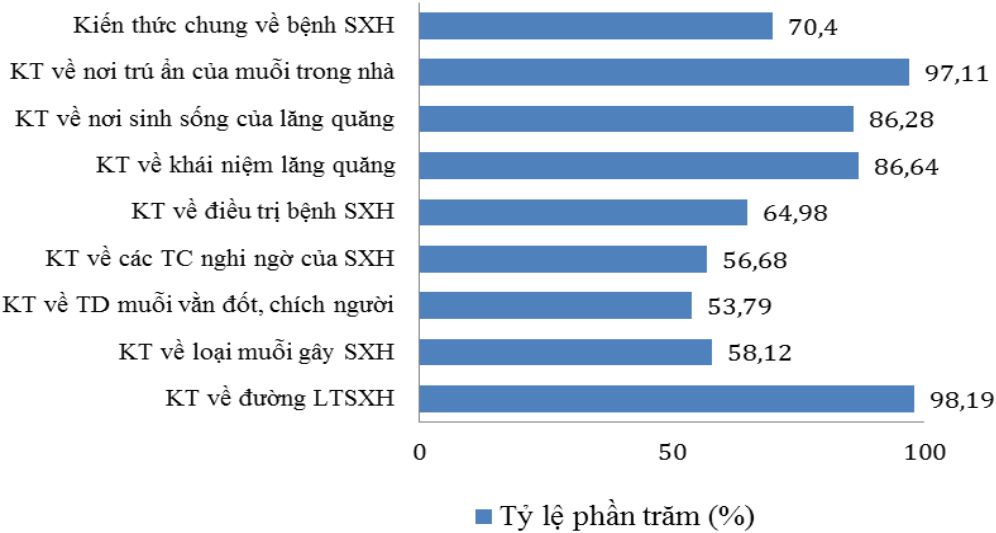
Hầu hết phụ huynh lựa chọn bệnh viện là địa điểm đưa trẻ đi khám chữa bệnh ban đầu khi nghi ngờ trẻ mắc SXH (86,59%), một số phụ huynh lựa chọn Trạm Y tế/TTYT (19,2%); chọn phòng khám tư nhân (6,16%). Có 22,38% phụ huynh có con từng mắc SXH.

4.2. Tiếp cận thông tin về phòng, chống sốt xuất huyết

Có 87,36% phụ huynh trả lời đã từng được nghe, đọc thấy các thông tin về phòng chống SXH trong vòng 1 tháng qua, trong đó 43,39% được nghe từ 3 lần trở lên. Đa số nguồn thông tin cung cấp thông tin phòng chống bệnh SXH cho phụ huynh đến từ tivi, loa phát thanh chiếm tỷ lệ 88,98%, sách/báo và internet

chiếm tỷ lệ thấp hơn lần lượt là 43,67% và 40,82%; 29,8% nguồn cung cấp thông tin về SXH đến từ người thân bạn bè, 21,22% từ nhân viên y tế và 0,82% từ các nguồn thông tin khác.

4.3. Kiến thức, thực hành về phòng, chống sốt xuất huyết



Biểu đồ 1: Kiến thức về phòng chống SXH (n=277)

Kết quả biểu đồ 1 cho thấy 70,4% phụ huynh có kiến thức chung đúng về bệnh SXH. Tỷ lệ phụ huynh có kiến thức đúng về đường lây truyền, về nơi trú ẩn của muỗi trong nhà rất cao (97,11%; 98,19%). Một số nội dung kiến thức của phụ huynh còn hạn chế như: Kiến thức đúng về loại muỗi gây bệnh SXH (58,12%), theo dõi việc muỗi cắn đốt/chích (53,79%), triệu chứng nghi ngờ SXH (56,68%).

Bảng 1: Thực hành về phòng chống bệnh SXH (n=277)

Thực hành		Tần số	Tỷ lệ (%)
Thực hành về xử trí ban đầu khi trẻ bị sốt	Đúng	229	82,67
	Chưa đúng	48	17,33
Thực hành về các phương pháp diệt lăng quăng	Đúng	244	88,09
	Chưa đúng	33	11,91
Thực hành về các biện pháp phòng tránh muỗi đốt	Đúng	239	86,28
	Chưa đúng	38	13,72
Thực hành chung về xử trí và phòng ngừa bệnh SXH	Đúng	211	76,17
	Chưa đúng	66	23,83

Tỷ lệ phụ huynh có thực hành đúng về xử trí ban đầu khi trẻ bị sốt, diệt lăng quăng hay thực hành phòng tránh muỗi đốt lần lượt là 82,67%, 88,09% và 86,2%. Phụ huynh có thực hành chung đúng về xử trí và phòng ngừa SXH chiếm tỷ lệ khá cao với 76,17%.

4.4. *Mối liên quan với kiến thức phòng chống SXH*

Bảng 2: Mối liên quan giữa đặc điểm của phụ huynh và kiến thức chung về bệnh SXH

Đặc điểm	Kiến thức chung [n(%)]		p-value	PR (KTC 95%)
	Đúng (n=195)	Chưa đúng (n=82)		
Giới				
Nữ	134 (74,86)	45 (25,14)	0,028	1
Nam	61 (62,24)	37 (37,76)		0,83 (0,69-0,99)
Nhóm tuổi				
Dưới 30 tuổi	43 (72,88)	16 (27,12)	0,695	1
30 - 40 tuổi	128 (70,72)	53 (29,28)		0,97 (0,81-1,16)
Trên 40 tuổi	24 (64,86)	13 (35,14)		0,89 (0,67-1,18)
Nghề nghiệp				
NVVP	77 (73,33)	28 (26,67)	0,322*	1
Công nhân	22 (64,71)	12 (35,29)		0,88 (0,67-1,16)
CCVC	17 (89,47)	2 (10,53)		1,22 (1,00-1,48)
Kinh doanh/ buôn bán	34 (64,15)	19 (35,85)		0,87 (0,69-1,10)
Nội trợ	36 (69,23)	16 (30,77)		0,94 (0,76-1,17)
Học vấn				
Cấp 1	4 (57,14)	3 (42,68)	0,318*	1
Cấp 2	28 (71,79)	11 (28,21)		1,26 (0,64-2,46)
Cấp 3	68 (66,67)	34 (33,33)		1,17 (0,61-2,25)
Trên cấp 3	95 (74,22)	33 (25,78)		1,29 (0,68-2,48)
Trẻ mắc SXH				
Đã từng	37 (59,68)	25 (40,32)	0,036	1
Chưa bao giờ	158 (73,49)	57 (26,51)		0,81 (0,65- 1,01)

*: Sử dụng kiểm định Fisher

Có mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa kiến thức chung đúng với giới tính của phụ huynh. Phụ huynh nam có kiến thức chung đúng về bệnh SXH chỉ bằng 0,83 lần (KTC 95%: 0,69-0,99) so với phụ huynh nữ. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê ($p=0,028$). Có mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa kiến thức chung đúng với việc phụ huynh có trẻ từng mắc SXH. Phụ huynh có trẻ chưa từng mắc SXH có kiến thức chung đúng chỉ bằng 0,81 lần (KTC 95%: 0,65-1,01) so với phụ huynh có trẻ từng mắc SXH. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê ($p=0,036$). Không thấy mối liên quan giữa nhóm tuổi, trình độ học vấn, nghề nghiệp với kiến thức chung về phòng chống SXH của phụ huynh.

Nghiên cứu không tìm thấy mối liên quan giữa các yếu tố tuổi, giới, nghề nghiệp, trình độ học vấn với thực hành phòng chống SXH của phụ huynh.

5. Kết luận

Tỷ lệ phụ huynh có kiến thức chung đúng về phòng chống bệnh SXH là 70,4%. Tỷ lệ phụ huynh có thực hành chung đúng về phòng chống bệnh SXH là 76,17%.

Có mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa kiến thức chung đúng với giới tính của phụ huynh và với việc phụ huynh có trẻ từng mắc SXH.

Không tìm thấy mối liên quan giữa các yếu tố tuổi, giới, nghề nghiệp, trình độ học vấn với thực hành phòng chống SXH của phụ huynh.

5. Kiến nghị

Đối với nhà trường: Đẩy mạnh công tác tuyên truyền, giáo dục cho học sinh, giáo viên, cán bộ nhân viên nhà trường các kiến thức và hướng dẫn thực hành phòng ngừa bệnh SXH, thực hiện tốt các hành vi vệ sinh cá nhân, vệ sinh môi trường xung quanh trường học. Chủ động phối hợp với ngành y tế phát động, tuyên truyền phòng chống SXH trong toàn thể phụ huynh và giáo viên nhà trường thường xuyên hoặc theo đợt.

Đối với ngành y tế: Cần tăng cường công tác truyền thông GDSK về hướng dẫn phòng chống SXH cho phụ huynh trường mẫu giáo Măng Non nói riêng, cho tất cả các trường mầm non trên toàn TP Thủ Dầu Một, tỉnh Bình Dương nói chung, qua các nội dung và hình thức như:

Lồng ghép các nội dung phòng chống SXH vào trong các buổi nói chuyện chuyên đề GDSK cho phụ huynh và học sinh với hình thức nhóm nhỏ, nhóm lớn và cộng đồng. Chú ý các nội dung mà phụ huynh học sinh có kiến thức còn hạn chế như: loại muỗi gây bệnh; thời điểm muỗi cắn chích, đốt; các triệu chứng nghi ngờ của bệnh SXH.

Tiếp tục sản xuất và nhân bản đĩa CD phòng chống bệnh SXH để cấp cho các trường hướng dẫn cho phụ huynh và người dân biết được đặc điểm của loại muỗi lây truyền SXH, các triệu chứng của bệnh từ đó biết được cách xử trí thích hợp phòng ngừa đáng kể các trường hợp biến chứng SXH gây ra.

Duy trì và tăng cường công tác truyền thông hướng dẫn người dân cách phòng chống và xử trí bệnh SXH. Đặc biệt hướng dẫn phụ huynh khi trẻ có biểu hiện của bệnh nên đến cơ sở y tế để được khám và điều trị kịp thời.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. ADB, DFID, CIDA (2006), Đánh giá tình hình giới ở Việt Nam. Hà Nội, NXB Lao động xã hội;
2. Bộ Y tế (2010), Tổng kết hoạt động năm 2010, kế hoạch hoạt động năm 2011, Dự án phòng chống sốt xuất huyết/sốt xuất huyết Dengue Quốc gia, thành phố Hồ Chí Minh, tr.1- 9.
3. Đỗ Nguyễn Thùy Nhi – Nguyễn Lâm (2009), “*Đánh giá kiến thức, thái độ và thực hành phòng chống sốt xuất huyết của học sinh trước và sau khi triển khai dự án can thiệp tại trường trung học cơ sở Tân Hưng, huyện Cái Bè, tỉnh Tiền Giang, 2009*”, Y học Thành phố Hồ Chí Minh, Tập 14, Phụ san số 02/2010.
4. Ủy ban nhân dân tỉnh Bình Dương, 2015. Báo cáo tình hình kinh tế - xã hội, quốc phòng – an ninh năm 2015, phương hướng nhiệm vụ năm 2016.
5. Rodenhuis-Zybert, Izabela A.; Wilschut, Jan; Smit, Jolanda M. (August 2010). "*Dengue virus life cycle: viral and host factors modulating infectivity*". Cellular and Molecular Life Sciences. 67 (16): 2773–2786. ISSN 1420-682X.
6. “*Better environmental management for control of dengue*”. The Health and Environment Linkages Initiative (HELI). Geneva, Switzerland: World Health Organization.
7. C.Michael Hogan. 2010. Deoxyribonucleic acid. Encyclopedia of Earth. National Council for Science and the Environment. eds. S.Draggan and C.Cleveland. Washington DC.
8. Marcio De Figueiredo Fernandes. Dengue/Dengue Hemorrhagic Fever. Infectious Diseases. Medstudents.

9. World Health Organization, 2009. Dengue guidelines for diagnosis, treatment, prevention and control, WHO Library Cataloguing-in-Publication Data. ISBN 978 92 4 154787 1.
10. World Health Organization (2009). Dengue Guidelines for Diagnosis, Treatment, Prevention and Control (PDF). World Health Organization. ISBN 92-4-154787-1.

KIẾN THỨC, THÁI ĐỘ, THỰC HÀNH VỀ SỨC KHỎE SINH SẢN CỦA SINH VIÊN NĂM NHẤT TẠI CÁC TRƯỜNG ĐẠI HỌC, CAO ĐẲNG TRÊN ĐỊA BÀN TỈNH BÌNH DƯƠNG NĂM 2016

*BS CKI. Nguyễn Thị Bạch Tuyết, CN. Nguyễn Thị Mai Thi
Trung tâm Truyền thông GDSK tỉnh Bình Dương*

Tóm tắt nghiên cứu

Nghiên cứu cắt ngang trên 493 sinh viên năm nhất các trường đại học, cao đẳng trên địa bàn tỉnh Bình Dương năm 2016 với mục tiêu: Xác định tỷ lệ sinh viên năm nhất có kiến thức, thái độ, thực hành đúng về chăm sóc sức khỏe sinh sản (SKSS); xác định các yếu tố liên quan tới kiến thức, thái độ của học sinh sinh viên (HSSV) về SKSS. Kết quả nghiên cứu cho thấy: Tỷ lệ sinh viên có kiến thức chung đúng về SKSS là 38,74%. Tỷ lệ sinh viên có thái độ chung đúng về SKSS là 69,78%. Tỷ lệ sinh viên đã từng quan hệ tình dục là 18,86%. 38,71% HSSV đã quan hệ tình dục có sử dụng bao cao su. Nghiên cứu cũng tìm thấy mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa hoàn cảnh sống của sinh viên với kiến thức chung đúng về SKSS. Có mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa giới tính, học lực với thái độ chung đúng về SKSS của sinh viên.

1. Đặt vấn đề

Ngày nay, vấn đề quan hệ tình dục (QHTD) và chăm sóc SKSS trong giới trẻ cũng được quan tâm khá nhiều trong các cuộc tham vấn như là một lĩnh vực cần được chú ý nhiều hơn. Theo số liệu điều tra Quốc gia về thanh thiếu niên và vị thành niên (VTN) Việt Nam lần thứ 2 năm 2010 (viết tắt là SAVY2) trên 10.044 thanh thiếu niên cho thấy độ tuổi QHTD lần đầu trung bình đối với toàn dân số nghiên cứu là 18,1 tuổi. Tại tỉnh Bình Dương, theo báo cáo thống kê của Trung tâm chăm sóc SKSS tỉnh Bình Dương năm 2015, có tổng số 9.259 ca nạo phá thai, trong đó có 94 phụ nữ tuổi VTN. Con số này chỉ là một phần nhỏ trong tổng số ca nạo phá thai tuổi VTN trong thực tế vì số liệu nạo phá thai tại hệ y tế tư nhân hoặc phá thai ngoài tỉnh không được báo cáo về hệ thống y tế công lập. Đó là lý do chúng tôi tiến hành đề tài nghiên cứu “*Kiến thức – thái độ - thực hành về SKSS của sinh viên năm nhất các trường đại học, cao đẳng trên địa bàn tỉnh Bình Dương năm 2016*”.

2. Mục tiêu nghiên cứu

2.1. Xác định tỷ lệ sinh viên năm nhất có kiến thức, thái độ, thực hành đúng về chăm sóc SKSS tại các trường đại học, cao đẳng trên địa bàn tỉnh Bình Dương.

2.2. Tìm hiểu mối liên quan giữa một số đặc tính của đối tượng nghiên cứu với kiến thức, thái độ về SKSS.

3. Đối tượng và phương pháp nghiên cứu

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

3.2. Đối tượng và thời gian, địa điểm nghiên cứu

Thời gian: Từ tháng 4 tháng 8/2016.

Dân số chọn mẫu: Sinh viên năm nhất đang học tại các trường đại học, cao đẳng trên địa bàn tỉnh Bình Dương có mặt tại thời điểm nghiên cứu.

Cỡ mẫu: Áp dụng công thức:

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

Trong đó: n : Cỡ mẫu nghiên cứu.

α : Xác suất sai lầm loại I, $\alpha = 0,05$.

Z : Trị số từ phân phối chuẩn (Với độ tin cậy 95%, $Z_{(1-\alpha/2)} = 1,96$).

d : Độ chính xác (hay sai số cho phép), $d = 0,05$.

P : Trị số mong muốn của tỷ lệ: $P = 0,2$.

Thay vào công thức tính được $n = 245,8$, làm tròn là 246.

Nhóm nghiên cứu tiến hành lựa chọn ngẫu nhiên 2 trường (trong tổng số 9 trường đại học, cao đẳng tại Bình Dương) đưa vào nghiên cứu bao gồm: trường đại học Bình Dương và trường cao đẳng Y tế Bình Dương. Tổng số mẫu cần lấy tại 2 trường là: $246 \times 2 = 492$ mẫu. Số lượng sinh viên cần đưa vào nghiên cứu ở mỗi trường là:

Trường	Tổng số SV	Tổng số tổ	Tỷ lệ SV	Tổng số SV đưa vào NC	Chọn mẫu theo PP ngẫu nhiên hệ thống
ĐH Bình Dương	1.008	84 (15SV/tổ)	82,5%	406	Từ danh sách tổ $\rightarrow 27$ tổ ($k=3$)
CĐ Y tế Bình Dương	213	10 tổ (20SV/tổ)	17,5%	86	Từ danh sách tổ $\rightarrow 5$ tổ ($k=1$)
Tổng	1.221		100%	492	

3.3. Xử lý số liệu: Nhập liệu bằng phần mềm EpiData 3.0.

Xử lý số liệu bằng phần mềm Stata 12.0.

4. Kết quả nghiên cứu

4.1. Đặc điểm của đối tượng nghiên cứu

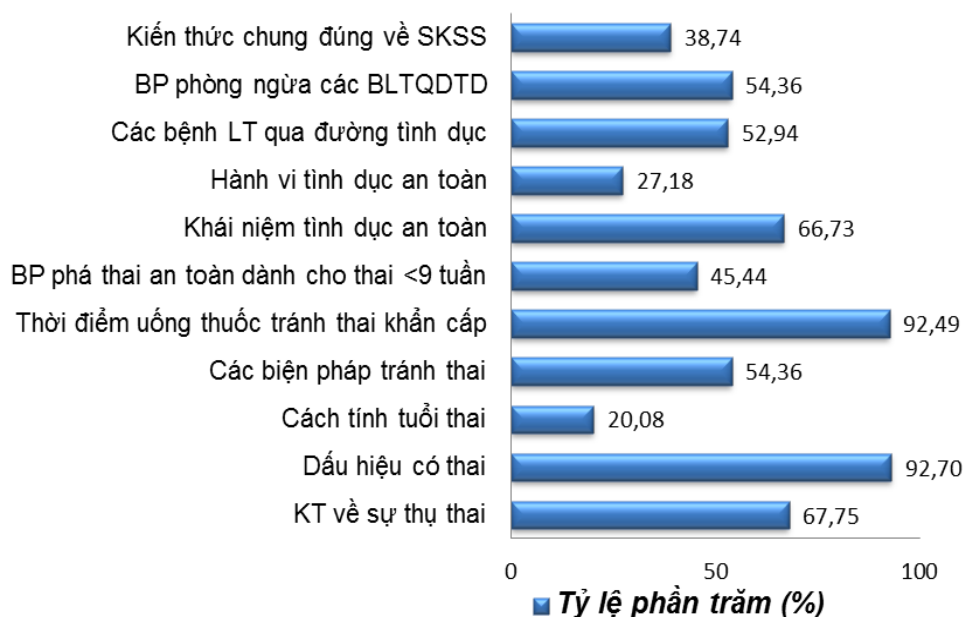
Bảng 1: Đặc tính của mẫu nghiên cứu

Đặc tính		Tần số (n=493)	Tỷ lệ (%)
Giới	Nam	213	43,20
	Nữ	280	56,80
Dân tộc	Kinh	464	94,12
	Hoa	10	2,03
	Khác	19	3,85
Tôn giáo	Không	336	68,15
	Phật giáo	98	19,88
	Thiên chúa	52	10,55
	Tôn giáo khác	7	1,42
Học lực	Giỏi	121	24,54
	Khá	177	35,90
	Trung bình/ TB khá	188	38,13
	Yếu	7	1,42
Hoàn cảnh sống	Sống chung với cha và mẹ	262	53,14
	Sống một mình	91	18,46
	Sống với họ hàng người thân	57	11,56
	Sống với cha hoặc mẹ	33	6,69
	Sống với bạn bè	32	6,49

Số lượng sinh viên phân bố theo giới tính khá đồng đều, sinh viên nữ (58,6%) chiếm tỷ lệ nhiều hơn sinh viên nam (43,2%). Sinh viên phân bố chủ yếu ở nhóm dân tộc Kinh chiếm tỷ lệ 94,12%. Nhóm sinh viên không tôn giáo chiếm

đa số (68,15%). Đa số sinh viên hiện đang sống với cha và mẹ (53,14%), một số ít sống với cha hoặc mẹ (6,69%). Có 11,56% học sinh sống với họ hàng, người thân, 18,46% sinh viên sống một mình.

4.2. Kiến thức về SKSS của đối tượng nghiên cứu



Biểu đồ 1: Tỷ lệ sinh viên có kiến thức đúng về sức khỏe sinh sản (n=493)

Tỷ lệ sinh viên có kiến thức chung đúng về sức khỏe sinh sản là 38,74%. Một số nội dung, kiến thức của sinh viên khá tốt như: thời điểm uống thuốc tránh thai khẩn cấp (92,49% có kiến thức đúng), dấu hiệu có thai (92,7% có kiến thức đúng). Tuy nhiên, kiến thức về hành vi tình dục an toàn hay cách tính tuổi thai còn rất hạn chế, chỉ có 27,18% và 20,08% sinh viên có kiến thức đúng.

Bảng 2: Nguồn cung cấp thông tin kiến thức về SKSS (n=493)

Nguồn thông tin	Tần số (n=493)	Tỷ lệ (%)
Internet	405	82,15
Trường học	399	80,93
Sách, báo	358	72,62
Tivi, đài	352	71,40
Nhân viên y tế	272	55,17
Bạn bè	229	46,45
Gia đình	222	45,03

Về nguồn cung cấp thông tin về SKSS, đa số sinh viên cho biết internet và trường học là nguồn cung cấp kiến thức về sức khỏe sinh sản (tỷ lệ lần lượt là 82,15% và 80,93%).

4.3. Thái độ của đối tượng nghiên cứu về SKSS

Bảng 3: Thái độ của đối tượng nghiên cứu về SKSS (n=493)

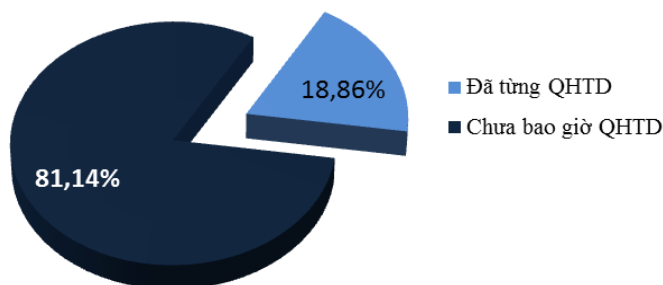
Thái độ	Tần số (n=493)	Tỷ lệ (%)
Thái độ về việc quan hệ tình dục khi kinh tế bản thân đang phụ thuộc gia đình		
Đúng	435	88,24
Chưa đúng	58	11,76
Thái độ về việc sử dụng bao cao su trong quan hệ tình dục		
Đúng	390	79,11
Chưa đúng	103	20,89
Thái độ chung về SKSS		
Đúng	344	69,78
Chưa đúng	149	30,22

Có 88,24% sinh viên có thái độ đúng về việc không quan hệ tình dục (QHTD) khi kinh tế bản thân đang phụ thuộc gia đình và 79,11% sinh viên có thái độ đúng về việc nên sử dụng bao cao su trong QHTD.

Có 69,78% sinh viên có thái độ chung đúng về SKSS và 30,22% sinh viên có thái độ chưa đúng.

4.4. Thực hành về chăm sóc SKSS của đối tượng nghiên cứu

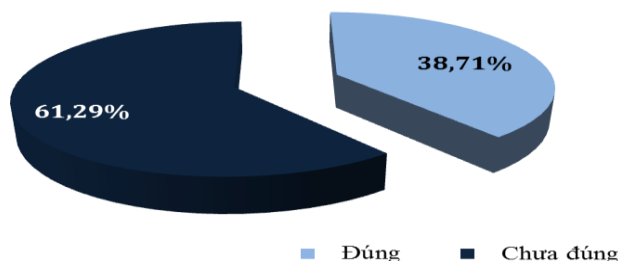
Tỷ lệ sinh viên từng quan hệ tình dục



Biểu đồ 2: Tỷ lệ sinh viên từng quan hệ tình dục (n=493)

Trong tổng số 493 sinh viên được khảo sát có 400 sinh viên chưa từng QHTD chiếm tỷ lệ 81,14% và 93 sinh viên đã từng quan hệ tình dục chiếm tỷ lệ 18,86%.

Tỷ lệ sinh viên thực hành tình dục an toàn



Biểu đồ 3: Thực hành về tình dục an toàn (n=93)

Trong 93 sinh viên đã từng QHTD chỉ có 38,71% sinh viên luôn sử dụng bao cao su khi quan hệ tình dục. Có đến 61,29% sinh viên không thường xuyên sử dụng bao cao su trong những lần QHTD. Lý do sinh viên không thường xuyên sử dụng bao cao su trong những lần QHTD chủ yếu là do bao cao su làm giảm cảm giác (42,86%), tiếp theo là do không có sẵn bao cao su (30,36%). Có 12,5% giải thích là do bạn tình không đồng ý sử dụng bao cao su và chỉ có 7,14% sinh viên không biết cách sử dụng bao cao su khi QHTD.

4.5. Mối liên quan giữa đặc tính chung với kiến thức, thái độ về SKSS của đối tượng nghiên cứu

Bảng 4: Mối liên quan giữa đặc tính của đối tượng với kiến thức chung về SKSS

Hoàn cảnh sống	Kiến thức [n(%)]		P-value	PR [KTC 95%]
	Đúng (n=191)	Chưa Đúng (n=302)		
Sống chung với cha và mẹ	95 (36,26)	167 (63,74)	0,018	1
Sống với cha hoặc mẹ	10 (30,30)	23 (69,70)		1,09 (1,02-1,16)
Sống với họ hàng người thân	16 (28,07)	41 (71,93)		1,31 (1,06-1,63)
Sống một mình	43 (47,25)	48 (52,75)		1,44 (1,09-1,92)
Sống với bạn	19 (59,36)	13 (40,64)		1,58 (1,11-2,27)

** Sử dụng kiểm định Fisher*

Có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa kiến thức chung đúng về SKSS với hoàn cảnh sống của sinh viên ($p=0,018$). Nhóm sinh viên sống chung với cha hoặc mẹ có kiến thức đúng tốt bằng 1,09 lần (KTC 95%: 1,02-1,16) so với nhóm sinh viên sống chung với cha và mẹ. Nhóm sinh viên sống với họ hàng, người thân có kiến thức tốt bằng 1,31 lần (KTC 95%: 1,06-1,63) so với nhóm sinh viên sống chung với cha và mẹ. Ở nhóm sinh viên sống một mình có kiến thức tốt bằng 1,44 lần (KTC 95%: 1,09-1,92) so với nhóm sinh viên sống chung với cha và mẹ. Ở nhóm sinh viên sống với bạn bè có kiến thức tốt bằng 1,58 lần (KTC 95%: 1,11-2,27) so với nhóm sinh viên sống chung với cha và mẹ.

Bảng 5: Mối liên quan giữa đặc tính của đối tượng với thái độ chung đúng về SKSS

Đặc tính	Thái độ [n(%)]		P-value	PR [KTC 95%]
	Đúng (n=344)	Chưa đúng (n=149)		
Giới				
Nam	134 (62,91)	79 (37,09)	0,004	1
Nữ	210 (75,00)	70 (25,00)		1,19 (1,05-1,34)
Học lực				
Yếu	3 (42,86)	4 (57,14)	0,033*	1
TB khá/TB	120 (63,83)	68 (36,17)		1,08 (1,00-1,15)
Khá	133 (75,14)	44 (24,86)		1,16 (1,01-1,32)
Giỏi	88 (72,73)	33 (27,27)		1,25 (1,02-1,52)

*: Sử dụng kiểm định Fisher

Có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa thái độ chung đúng về SKSS với giới tính của sinh viên ($p=0,004$). Sinh viên nữ có thái độ chung đúng tốt bằng 1,19 (KTC 95%: 1,05-1,34) lần so với sinh viên nam.

Có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa thái độ chung đúng về SKSS với học lực của sinh viên ($p=0,033$). Nhóm sinh viên có học lực trung bình khá/trung bình có thái độ chung đúng tốt bằng 1,08 lần (KTC 95%: 1,00-1,15) so với nhóm sinh viên có học lực yếu. Nhóm sinh viên có học lực khá có thái độ chung đúng tốt bằng 1,16 lần (KTC 95%: 1,01-1,32) so với nhóm sinh viên có học lực yếu.

Nhóm sinh viên có học lực giỏi có thái độ chung đúng tốt bằng 1,25 lần (KTC 95%: 1,02-1,52) so với nhóm sinh viên có học lực yếu.

5. Bàn luận

Đặc tính mẫu: Có sự phân bố tương đối đồng đều về giới tính của sinh viên với phương pháp lấy mẫu ngẫu nhiên phân tầng với sinh viên nam chiếm tỷ lệ 43,2% và nữ chiếm tỷ lệ 56,8%. Đa số sinh viên được đưa vào nghiên cứu là dân tộc Kinh chiếm tỷ lệ 94,12%. Nhóm sinh viên không tôn giáo chiếm đa số (68,15%). Đa số sinh viên hiện đang sống với cha và mẹ (53,14%).

Kiến thức về sức khỏe sinh sản: Tỷ lệ sinh viên có kiến thức chung đúng về SKSS là 38,74% cao hơn so với nghiên cứu của Đặng Thành Nam năm 2013 (21%), vì Đặng Thành Nam thực hiện nghiên cứu trên học sinh các trường trung học phổ thông nhỏ tuổi hơn đối tượng sinh viên năm nhất các trường cao đẳng đại học.

Nguồn cung cấp thông tin kiến thức về SKSS: Đa số sinh viên cho biết mạng xã hội và trường học là nguồn cung cấp kiến thức về SKSS (tỷ lệ lần lượt là 82,15% và 80,93%), tiếp theo là sách báo (72,62%) và tivi, đài phát thanh (71,4%), còn lại là nguồn cung cấp thông tin đến từ nhân viên y tế (55,17%), bạn bè (46,45%) và gia đình (45,03%).

Thái độ, thực hành về sức khỏe sinh sản: Có đến 88,24% sinh viên có thái độ đúng về việc không quan hệ tình dục khi kinh tế bản thân đang phụ thuộc gia đình và 79,11% sinh viên có thái độ đúng về việc nên sử dụng bao cao su trong quan hệ tình dục. Thái độ chung đúng về sức khỏe sinh sản có 69,78% sinh viên. Có và 93 sinh viên đã từng quan hệ tình dục chiếm tỷ lệ 18,86%, con số này thấp hơn nghiên cứu của Trần Văn Hường và cộng sự năm 2012 (23,1%) vì đối tượng nghiên cứu của Trần Văn Hường lớn hơn (sinh viên từ năm nhất đến năm cuối). Trong 93 sinh viên đã từng quan hệ tình dục chỉ có 38,71% sinh viên luôn sử dụng bao cao su khi quan hệ tình dục.

Mối liên quan giữa đặc tính của đối tượng với các biến số kiến thức, thái độ: Nghiên cứu cho thấy có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa kiến thức chung đúng về sức khỏe sinh sản với hoàn cảnh sống của sinh viên ($p=0,018$). Ở nhóm sinh viên sống một mình có kiến thức tốt bằng 1,44 lần (KTC 95%: 1,09-1,92) so với nhóm sinh viên sống chung với cha và mẹ. Ở nhóm sinh viên sống với bạn bè có kiến thức tốt bằng 1,58 lần (KTC 95%: 1,11-2,27) so với nhóm sinh viên sống chung với cha và mẹ. Sống chung với cha và mẹ không trở thành yếu tố bảo vệ cho sinh viên có nhận thức đúng đắn và sức khỏe sinh sản và an

toàn tình dục. Điều này phản ánh hiện trạng sinh viên rất hạn chế trong giao tiếp gia đình. Kiến thức về SKSS mà sinh viên biết được chủ yếu đến từ việc tự tìm hiểu trên mạng xã hội, trường học và bạn bè. Ngoài ra khi cha và mẹ có kiến thức hạn chế về tình dục và SKSS sẽ dẫn đến việc khó trao đổi với con cái vì tình dục là vấn đề khá nhạy cảm trong khi đó tỷ lệ sinh viên có kiến thức chung đúng về sức khỏe sinh sản vẫn còn nằm ở mức thấp (38,74%).

Có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa thái độ chung đúng về SKSS với giới tính của sinh viên ($p=0,004$). Sinh viên nữ có thái độ chung đúng tốt bằng 1,19 lần (KTC 95%: 1,05-1,34) so với sinh viên nam. Một nghiên cứu gần đây của hai giáo sư tâm lý học Daniel và Susan Voyer thuộc trường Đại học New Brunswick cho thấy con gái đạt điểm cao hơn con trai trong hầu hết mọi môn học, bao gồm cả những lĩnh vực về khoa học mà lâu nay người ta vẫn tưởng rằng con trai luôn vượt trội con gái. Các chuyên gia cho rằng, nữ sinh thành công hơn nam sinh là do có khả năng định hướng tốt hơn - đặt rõ mục tiêu, nỗ lực để thực hiện, gây ấn tượng với người đối diện.

6. Kết luận

Tỷ lệ sinh viên có kiến thức chung đúng về sức khỏe sinh sản là 38,74%. Trong đó, có những kiến thức đúng đạt tỷ lệ chưa cao như cách tính tuổi thai; kiến thức về hành vi tình dục an toàn; biện pháp phá thai an toàn dành cho thai dưới 9 tuần tuổi; các bệnh lây truyền qua đường tình dục và các biện pháp phòng ngừa; các biện pháp tránh thai.

Đa số sinh viên cho biết mạng xã hội và trường học là nguồn cung cấp kiến thức về SKSS (tỷ lệ lần lượt là 82,15% và 80,93%), tiếp theo là sách báo (72,62%) và tivi, đài phát thanh (71,4%).

Có mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa kiến thức chung đúng về sức SKSS với hoàn cảnh sống của sinh viên.

Có mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa giới tính, học lực với thái độ đúng về SKSS của sinh viên.

7. Kiến nghị

Đối với nhà trường (nhất là các trường THPT): Cần tăng cường giáo dục về kiến thức chăm sóc SKSS cho các em tại lứa tuổi học đường đặc biệt là kiến thức về ngừa thai an toàn, kiến thức về phòng tránh các bệnh lây truyền qua đường tình dục và kỹ năng đeo bao cao su đúng cách khi quan hệ tình dục giúp giảm nguy cơ có thai và mắc bệnh lây truyền qua đường tình dục.

Đối với ngành y tế: Cần tăng cường hơn nữa phối hợp với ngành GD&ĐT trong công tác truyền thông về SKSS cho HSSV các trường để trang bị thêm kiến thức chăm sóc SKSS cho bản thân các em sau này. Tăng cường dịch vụ tư vấn về tình dục và SKSS cho trẻ vị thành niên và thanh niên qua thư điện tử, qua điện thoại và trực tiếp. Trong truyền thông GDSK cũng như sản xuất tài liệu truyền thông về chăm sóc SKSS.

Đối với các tổ chức xã hội (Đoàn thanh niên, Đội thiếu niên): Tăng cường lồng ghép các hoạt động với nội dung giáo dục giới tính và tình dục, SKSS vị thành niên. Nâng cao nhận thức cộng đồng về chăm sóc và bảo vệ SKSS lứa tuổi học sinh sinh viên.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2009), *Hướng dẫn chuẩn quốc gia về các dịch vụ chăm sóc sức khỏe sinh sản*.
2. Nguyễn Thị Hoài Đức, Anke Van Dam, Vũ Thu Hà, Phan Thanh Tuyền (2007). *Kiến thức, thái độ, hành vi của vị thành niên liên quan đến sức khỏe sinh sản và tình dục tại Hà Nội và Ninh Bình*.
3. Trần Văn Hường và cộng sự (2012). *Thực trạng, quan điểm và các yếu tố liên quan đến quan hệ tình dục trước hôn nhân của sinh viên trường đại học Sao Đỏ tỉnh Hải Dương năm 2012*, Luận văn Thạc sĩ Y tế công cộng. Trường Đại học Y tế công cộng.
4. Đặng Thành Nam (2013), *Kiến thức thái độ thực hành về tình dục an toàn của học sinh trung học phổ thông tại thị xã Dĩ An tỉnh Bình Dương năm 2013*, Khóa luận cử nhân Y tế công cộng. Đại học Y dược TP. Hồ Chí Minh.
5. Tổng cục Dân số - Kế hoạch hóa gia đình, *Điều tra Quốc gia về vị thành niên và thanh niên Việt Nam năm 2010* (SAVY 2).
6. Trung tâm CSSKSS tỉnh Bình Dương, *Báo cáo hoạt động khám chữa phụ khoa, kế hoạch hóa gia đình và phá thai toàn tỉnh Bình Dương năm 2015*.
7. WHO (2007), *Global Strategy for Prevention and Control of Sexually Transmitted Infections 2006–2015*, World Health Organization, Geneva.

KIẾN THỨC, THỰC HÀNH VÀ SỰ TIẾP CẬN CÁC PHƯƠNG TIỆN TRUYỀN THÔNG TRONG PHÒNG CHỐNG BỆNH TAY CHÂN MIỆNG CỦA GIÁO VIÊN MẦM NON TẠI PHAN THIẾT, BÌNH THUẬN

NĂM 2016

*BSCKI. Lý Đức Trung, CN. Vũ Thị Thúy, CN. Nguyễn Thị Như
Trung tâm Truyền thông GDSK tỉnh Bình Thuận*

Tóm tắt nghiên cứu

Nghiên cứu mô tả cắt ngang kiến thức, thực hành và sự tiếp cận các phương tiện truyền thông trong phòng chống bệnh tay chân miệng của 306 giáo viên mầm non tại Phan Thiết, Bình Thuận cho thấy: 73,53% giáo viên có kiến thức đúng về bệnh tay chân miệng; 89,54% giáo viên thực hành đúng về cách phòng chống bệnh tay chân miệng. 100% giáo viên đã từng nghe về bệnh tay chân miệng; trong đó cao nhất là được nghe từ tivi, internet (68,63%); từ cán bộ y tế (46,4%); từ loa, đài phát thanh (38,56%). Nguồn thông tin mà giáo viên thích nghe nhất là từ tivi, internet (52,6%); nguồn cung cấp thông tin giáo viên cho rằng dễ hiểu nhất là từ cán bộ, nhân viên y tế (39,5%). Có mối liên quan giữa tuổi của giáo viên với kiến thức phòng chống bệnh tay chân miệng. Tỷ lệ giáo viên 40-49 tuổi có kiến thức đúng về bệnh tay chân miệng gấp 1,28 lần nhóm tuổi dưới 30 với khoảng tin cậy 95% là (1,06 – 1,55). Tỷ lệ giáo viên có trình độ cao đẳng, trung cấp có mức độ kiến thức đúng so với giáo viên có trình độ đại học, sau đại học lần lượt bằng 0,87; 0,72; 0,27. Tỷ lệ giáo viên 40-49 tuổi có thực hành đúng về bệnh tay chân miệng gấp 1,16 lần nhóm tuổi dưới 30.

*** Từ khóa:** Tay chân miệng tại Bình Thuận

1. Đặt vấn đề

Trong những năm gần đây, Châu Á đang phải đối mặt với bệnh tay chân miệng (TCM) như một vấn đề y tế cộng đồng nổi trội của nhiều nước trong khu vực. Tại Việt Nam bệnh TCM đã xuất hiện từ năm 2003 và không ngừng gia tăng trong những năm qua. Hiện chưa có thuốc điều trị đặc hiệu và chưa có vắc xin phòng bệnh. TCM không chỉ gây ảnh hưởng đến sức khỏe cộng đồng mà còn là gánh nặng kinh tế cho gia đình và xã hội. Năm 2011, cả nước có 113.121 ca mắc TCM, 170 ca tử vong; năm 2012, tổng số mắc tăng lên 157.391 ca, với 45 ca tử vong. Đến năm 2014, cả nước giảm còn 77.296 ca, 09 ca tử vong.

Số ca nhiễm bệnh TCM thường có xu hướng tăng trong khoảng từ tháng 3 đến tháng 5 và từ tháng 9 đến tháng 12 hàng năm. Đây là thời gian trẻ tập trung học tại trường, nguy cơ lây lan bệnh TCM rất cao nếu các trường học và đặc biệt các cơ sở mầm non, nhóm trẻ gia đình không thực hiện triệt để các khuyến cáo phòng bệnh của Bộ Y tế.

Với thực tế đó, dưới sự lãnh đạo từ trung ương đến địa phương, các cơ quan liên ngành trong tỉnh Bình Thuận đã phối hợp nghiên cứu, xây dựng và tích cực triển khai phòng chống dịch bệnh TCM. Nhiều biện pháp được triển khai đồng bộ, trong đó các phương tiện truyền thông nhằm nâng cao nhận thức của người chăm sóc trẻ được đặt lên hàng đầu.

Tính từ đỉnh dịch năm 2011 đến nay, dịch bệnh TCM tại Bình Thuận đã có chiều hướng giảm, nhưng không ổn định, số mắc vẫn còn cao và vẫn xảy ra ở hầu khắp các địa phương trên địa bàn toàn tỉnh. Điều đó chứng tỏ mầm bệnh luôn có trong môi trường, nguy cơ bùng phát dịch xảy ra trong tỉnh là rất lớn. Bên cạnh đó, kiến thức, thực hành của người dân đặc biệt là người chăm sóc trẻ còn thấp và chưa đồng bộ, 56,05% có kiến thức chưa tốt về bệnh TCM; 66,05% bà mẹ thực hành chưa đúng về các biện pháp phòng chống TCM.

Để tìm kiếm giải pháp giúp cho công tác phòng chống bệnh TCM trong những năm tới có hiệu quả hơn, và đánh giá hiệu quả các phương tiện truyền thông tác động như thế nào đến người chăm sóc trẻ, chúng tôi thực hiện đề tài: ***“Kiến thức, thực hành và sự tiếp cận các phương tiện truyền thông trong phòng chống bệnh tay chân miệng của giáo viên mầm non tại Phan Thiết, Bình Thuận năm 2016”***.

2. Mục tiêu nghiên cứu

2.1. Xác định tỉ lệ có kiến thức và thực hành đúng về phòng chống bệnh TCM của giáo viên mầm non tại Phan Thiết, Bình Thuận năm 2016.

2.2. Xác định một số yếu tố liên quan đến kiến thức, thực hành đúng về phòng chống bệnh TCM của giáo viên mầm non tại Phan Thiết, Bình Thuận năm 2016.

2.3. Xác định sự tiếp cận đối với các phương tiện truyền thông phòng chống bệnh TCM của giáo viên mầm non tại Phan Thiết, Bình Thuận năm 2016.

3. Đối tượng và phương pháp nghiên cứu

3.1. Đối tượng nghiên cứu: Giáo viên mầm non bán trú tại các trường mầm non trên địa bàn thành phố Phan Thiết tỉnh Bình Thuận.

3.2. Phương pháp nghiên cứu

3.2.1. Thiết kế nghiên cứu: Cắt ngang mô tả

3.2.2. Mẫu nghiên cứu: Chọn toàn bộ 306 giáo viên mầm non bán trú đồng ý tham gia nghiên cứu tại các trường mầm non trên địa bàn thành phố Phan Thiết, tỉnh Bình Thuận.

3.3. Địa điểm: Tại 24 trường mầm non bán trú công lập tại Tp. Phan Thiết, tỉnh Bình Thuận.

3.4. Thời gian: Từ tháng 03/2016 đến 10/2016

3.5. Xử lý số liệu: Nhập liệu bằng phần mềm Epidata 3.1. Phân tích số liệu bằng phần mềm Stata 11.

4. Kết quả nghiên cứu

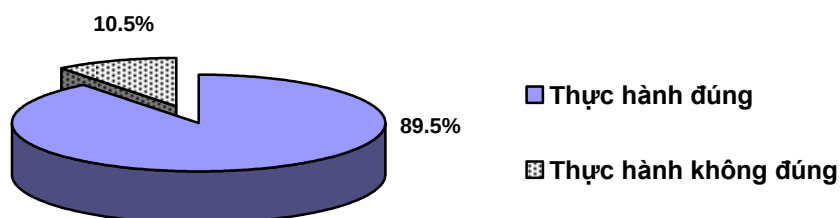
4.1. Đặc tính của mẫu

100% giáo viên tham gia nghiên cứu là nữ. 95,4% giáo viên là người Kinh, các dân tộc khác như Hoa, Chăm chiếm tỷ lệ rất ít. Giáo viên có độ tuổi từ 30 đến 39 tuổi và 40 đến 49 chiếm tỉ lệ lần lượt là 34,3% và 38,2%. Giáo viên có trình độ đại học, sau đại học có tỉ lệ cao nhất, (38,2%); giáo viên có trình độ cao đẳng và trung cấp chiếm tỷ lệ tương đương nhau (28,1%).

4.2. Kiến thức về phòng chống bệnh tay chân miệng

Kết quả phân tích cho thấy, trong tổng số 306 giáo viên tham gia nghiên cứu, có 225 giáo viên có kiến thức đúng về phòng, chống bệnh TCM, chiếm 73,5%. 298 giáo viên biết TCM là bệnh xảy ra chủ yếu ở trẻ dưới 5 tuổi (97,4%). 93,1% giáo viên biết bệnh TCM là bệnh nguy hiểm. 95,4% giáo viên biết cách để phòng bệnh cho trẻ như: tránh cho trẻ tiếp xúc với trẻ bệnh, vệ sinh trẻ, vệ sinh cá nhân, vệ sinh ăn uống, vệ sinh đồ chơi, xử lý phân, chất thải của trẻ... Tuy nhiên, vẫn còn 26,5 % giáo viên có kiến thức sai về phòng, chống bệnh TCM cho trẻ như: cho rằng bệnh do vi khuẩn gây ra (37,6%), có thuốc điều trị đặc hiệu (51,3%), có vắc xin phòng bệnh (21,6%).

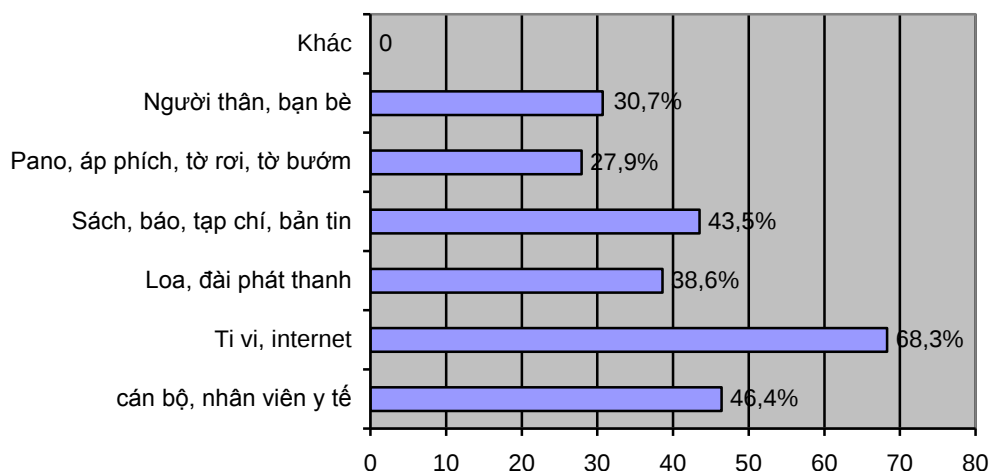
4.3. Thực hành về phòng chống bệnh tay chân miệng



Biểu đồ 1: Thực hành chung của giáo viên về phòng, chống TCM

Thực hành về phòng, chống bệnh TCM đúng chiếm tỷ lệ cao (89,5%). Trong đó, 98,4 % giáo viên biết cách ly trẻ khi trẻ bệnh cũng như vệ sinh ăn uống cho trẻ. Hầu hết giáo viên thường xuyên rửa tay trước khi chăm sóc trẻ, trước khi cho trẻ ăn. 92,6% giáo viên thực hành vệ sinh đồ chơi cho trẻ bằng nước sạch, xà phòng hoặc các dung dịch khử khuẩn và 89,3% giáo viên thực hành lau chùi bàn ghế sàn nhà bằng nước sạch, xà phòng và các dung dịch khử khuẩn.

4.4. Tiếp cận các loại hình truyền thông về bệnh TCM



Biểu đồ 2: Nguồn nhận được thông tin về bệnh TCM

100% giáo viên đã từng nghe về bệnh tay chân miệng. Chủ yếu giáo viên biết về bệnh tay chân miệng qua tivi, internet chiếm 68,3%; kế đến là nhân viên y tế (46,4%); loa, đài, phát thanh (38,6%), người thân bạn bè (30,7%). Biết thông tin về TCM qua tài liệu, ấn phẩm truyền thông chỉ chiếm 27,9%.

Trong các nguồn thông tin về bệnh TCM, nguồn thông tin được cho là dễ hiểu, dễ tiếp thu nhất là từ cán bộ, nhân viên y tế (39,5%), ti vi, internet đứng thứ hai với 38,5%. Trong khi đó nguồn thông tin từ pano, áp phích, tờ rơi, tờ bướm và loa phát thanh chiếm tỷ lệ thấp lần lượt là 2% và 3,9%.

52,6% thích nhận thông tin về bệnh TCM từ ti vi, internet, 27,9% thích nhận từ nhân viên y tế; từ sách báo, tạp chí (8,2%), loa, đài phát thanh (7,8%), người thân, bạn bè (2,8%) và tài liệu truyền thông (1%).

Về thời điểm muốn nghe thông tin: 46,7% giáo viên được hỏi cho biết có thể nghe thông tin liên quan đến bệnh TCM vào bất cứ lúc nào; vào buổi tối (38,9%), vào buổi sáng (9,8%), vào chiều (4,6%).

4.5. *Mối liên quan giữa kiến thức với đặc tính mẫu*

Bảng 1: Mối liên quan giữa kiến thức với đặc tính mẫu

Đặc tính	Kiến thức		P	PR (KTC 95%)
	Tốt	Chưa tốt		
Nhóm tuổi				
<30 tuổi	46 (64,79)	25 (35,21)		1,00
30 – 39 tuổi	72 (68,57)	33 (31,43)	0,605	1,06(0,85 – 1,21)
40 – 49 tuổi	97 (82,91)	20 (17,09)	0,011	1,28(1,06 – 1,55)
>=50 tuổi	10 (76,92)	3(23,08)	0,327	1,19(0,84 – 1,67)
Trình độ chuyên môn				
Đại học, Sau Đại học	102 (87,18)	15 (12,82)		1,00
Cao đẳng	65 (75,58)	21 (24,42)	0,044	0,87(0,75 – 1,00)
Trung cấp	54 (62,79)	32 (37,21)	0,000	0,72(0,60 – 0,86)
Khác	4 (23,53)	13 (76,47)	0,003	0,27(0,11 – 0,64)

Kết quả cho thấy có mối liên quan giữa nhóm tuổi và trình độ chuyên môn với kiến thức phòng, chống bệnh TCM với $p < 0,05$. Trong đó, nhóm tuổi từ 40 - 49 có kiến thức tốt hơn 1,28 lần nhóm tuổi dưới 30. Giáo viên có trình độ chuyên môn khác, trung cấp, cao đẳng có kiến thức tốt chỉ bằng 0,27; 0,72; 0,87 lần so với giáo viên trình độ đại học.

4.6. *Mối liên quan giữa thực hành với đặc tính mẫu*

Bảng 2: Mối liên quan giữa thực hành với đặc tính mẫu

Đặc tính	Thực hành		P	PR
	Tốt	Chưa tốt		(KTC 95%)
Nhóm tuổi				
<30 tuổi	58 (81,68)	13 (18,31)		1,00
30 – 39 tuổi	93 (88,57)	12 (11,43)	0,222	1,08(0,95 - 1,23)
40 – 49 tuổi	111 (94,87)	6 (5,13)	0,013	1,16(1,03 – 1,31)
>=50 tuổi	12 (92,31)	1 (7,69)	0,212	1,13(0,93 – 1,37)

Kết quả phân tích cho thấy có mối liên quan giữa thực hành phòng chống bệnh TCM với nhóm tuổi của giáo viên. Cụ thể, giáo viên ở nhóm tuổi 40-49 có thực hành phòng chống bệnh TCM tốt hơn 1,16 lần so với giáo viên ở nhóm tuổi dưới 30.

4.7. *Mối liên quan giữa kiến thức với thực hành*

Có mối liên quan giữa kiến thức và thực hành về phòng chống bệnh tay chân miệng ở giáo viên mầm non, với $p < 0,05$.

5. Bàn luận

5.1. *Đặc điểm của mẫu nghiên cứu*

Kết quả thu được 100% giáo viên tham gia nghiên cứu là nữ. Đa số giáo viên là dân tộc Kinh, chiếm 95,4%. Giáo viên có độ tuổi từ 30 đến 39 tuổi và 40 đến 49 chiếm tỉ lệ tương đối cao lần lượt tương ứng là 34,3% và 38,2 %. Giáo viên có trình độ đại học, sau đại học có tỉ lệ cao nhất (38,2%); giáo viên có trình độ cao đẳng và trung cấp chiếm tỷ lệ tương đương nhau (28,1%). Có sự phù hợp giữa độ tuổi của giáo viên với trình độ chuyên môn của họ. Giáo viên ở độ tuổi từ 30 đến 49 có trình độ chuyên môn cao hơn nhóm giáo viên ở nhóm tuổi dưới 30. Qua đó cho thấy, trong quá trình công tác giáo viên không ngừng nâng cao trình độ chuyên môn của mình để đáp ứng nhu cầu ngày càng cao của xã hội về chăm sóc, giáo dục trẻ.

5.2. *Kiến thức phòng chống bệnh TCM*

Khi so với nghiên cứu của nhóm tác giả Lê Thị Kim Ánh và cộng sự cũng trên đối tượng là giáo viên mầm non tại Hòa Bình vào năm 2013 cho thấy giáo

viên có kiến thức về phòng chống bệnh TCM khá thấp khi kiến thức triệu chứng, dấu hiệu nặng lần lượt là 10% và 0,5%. Trong khi đó, tỷ lệ này trong nghiên cứu của chúng tôi là 92,5%; 83,0%. Sự khác biệt này có thể là do sự khác nhau về tiêu chuẩn đánh giá bệnh giữa 2 nghiên cứu, yếu tố về thời gian tiến hành nghiên cứu. Bên cạnh đó có thể do giáo viên mầm non được tiếp cận nhiều nguồn thông tin thông qua các hoạt động truyền thông trực tiếp, gián tiếp liên tục trong thời gian dài.

5.3. Thực hành phòng, chống bệnh TCM

Thực hành vệ sinh đồ chơi cho trẻ bằng nước sạch, xà phòng hoặc các dung dịch khử khuẩn và thực hành lau chùi bàn ghế sàn nhà bằng nước sạch, xà phòng và các dung dịch khử khuẩn được nhiều giáo viên thực hiện (với tỷ lệ lần lượt là 92,6% và 89,3%).

Vẫn còn 10,5% giáo viên thực hành sai về phòng, chống bệnh TCM cho trẻ. Tuy đây là một tỷ lệ không cao nhưng cũng có thể là nguyên nhân góp phần làm cho bệnh lây lan, ảnh hưởng đến sức khỏe của trẻ.

5.4. Tiếp cận các loại hình truyền thông

Kết quả nghiên cứu cho thấy, 100% giáo viên đã từng nghe về bệnh TCM. Trong đó, chủ yếu qua tivi, internet (68,6%). Nghiên cứu của tác giả Ngô Sỹ Hoàng tỷ lệ đối tượng tiếp nhận thông tin qua internet, ti vi chiếm 90,8%. Ngày nay, rất nhiều lĩnh vực kinh tế, xã hội sử dụng kênh thông tin tivi, internet như giáo dục, thương mại, ngoại giao trong đó có y tế... Tivi, truyền hình hiện đang là phương tiện giải trí phổ biến ở mọi gia đình và cũng là phương tiện truyền đạt tin tức rất hữu hiệu tới mọi người, không kể già, trẻ, nam hay nữ. internet cũng là phương tiện truyền thông cực kỳ tiện ích, góp phần vào sự phát triển của xã hội.

Giáo viên tiếp cận thông tin về phòng, chống bệnh TCM từ nhân viên y tế chiếm tỷ lệ 46,4%, cao hơn so với nghiên cứu của tác giả Ngô Sỹ Hoàng là 34,36%. Thông tin được cung cấp từ nhân viên y tế sẽ đầy đủ, chính xác và dễ hiểu hơn so với các kênh thông tin khác. Chính vì thế, nhân viên y tế cần tăng cường hơn nữa việc truyền thông về phòng chống TCM thông qua truyền thông cơ hội: trực tiếp, sự kiện... được tổ chức tại trường học, thăm khám sức khỏe định kỳ.

5.5. Mối liên quan giữa kiến thức phòng, chống bệnh TCM với mẫu nghiên cứu

Kết quả cho thấy có mối liên quan giữa nhóm tuổi, trình độ chuyên môn với kiến thức phòng, chống bệnh TCM với $p < 0,05$. Kết quả này tương tự với kết quả nghiên cứu của tác giả Võ Thị Tiến. Nhóm tuổi từ 40 - 49 có kiến thức

tốt gấp 1,28 lần nhóm tuổi dưới 30 với khoảng tin cậy 95% là (1,06 – 1,55). Đây là nhóm giáo viên có trình độ chuyên môn cao, có thời gian công tác lâu chính vì thế họ sẽ có nhiều kinh nghiệm, cũng như có hiểu biết sâu rộng hơn trong công tác phòng chống bệnh TCM cho trẻ.

Giáo viên có trình độ chuyên môn khác, trung cấp, cao đẳng có kiến thức tốt về bệnh TCM chỉ bằng 0,27; 0,72; 0,87 lần so với giáo viên trình độ đại học. Điều này chứng tỏ, trình độ của giáo viên ảnh hưởng đến kiến thức phòng bệnh TCM cho trẻ.

5.6. Mối liên quan giữa thực hành phòng, chống bệnh TCM với mẫu nghiên cứu

Nghiên cứu của tác giả Trần Thị Anh Đào tìm thấy có liên quan giữa dân tộc, trình độ học vấn và nghề nghiệp của bà mẹ với thực hành đúng về phòng bệnh TCM. Trong nghiên cứu này, chúng tôi đã tìm thấy mối liên quan giữa nhóm tuổi (nhóm 40 – 49 và nhóm dưới 30) với thực hành phòng chống bệnh TCM. Trong đó, giáo viên ở nhóm tuổi 40-49 có thực hành phòng chống bệnh TCM tốt hơn 1,16 lần so với giáo viên ở nhóm tuổi dưới 30. Như phân tích ở trên đây là nhóm giáo viên có trình độ cao, thâm niên công tác lâu năm, có nhiều kinh nghiệm, kiến thức tốt phòng bệnh tốt thì có ảnh hưởng tốt tới việc thực hành phòng chống bệnh.

5.7. Mối liên quan giữa kiến thức và thực hành về phòng, chống bệnh TCM

Rất nhiều nghiên cứu đã tìm thấy mối liên quan giữa kiến thức với thực hành phòng chống bệnh TCM như nghiên cứu của Võ Thị Tiến, Trần Thị Anh Đào, Lê Thị Kim Ánh, Nguyễn Mạnh Quân. Trong nghiên cứu này, chúng tôi cũng tìm thấy mối liên quan giữa kiến thức với thực hành phòng chống bệnh TCM. Cụ thể, ở giáo viên có độ tuổi từ 40 - 49 là nhóm có kiến thức tốt và cũng có thực hành tốt về phòng chống bệnh tay chân miệng cho trẻ. Điều này càng chứng minh rằng, người có kiến thức tốt sẽ có thực hành tốt.

6. Kết luận

- Tỷ lệ giáo viên có kiến thức đúng về bệnh TCM: 73,53% và thực hành đúng về cách phòng chống bệnh TCM: 89,5%.
- Sự tiếp cận các phương tiện truyền thông: 100% giáo viên đã từng được nghe/biết về bệnh TCM chủ yếu thông qua ti vi, internet (68,6%), nhân viên y tế (46,4%) và từ sách, báo, tạp chí (43,7%)

- Có mối liên quan giữa kiến thức phòng bệnh TCM của giáo viên mầm non với trình độ chuyên môn và nhóm tuổi của giáo viên.
- Có mối liên quan giữa thực hành về phòng chống bệnh TCM của giáo viên mầm non với kiến thức và nhóm tuổi.

7. Kiến nghị

Đẩy mạnh công tác truyền thông giáo dục sức khỏe toàn diện hơn nữa về bệnh TCM trong các trường mầm non hướng tới đối tượng cô giáo mầm non, người chăm sóc trẻ có trình độ học vấn thấp và những người trẻ tuổi.

Sử dụng internet như một kênh truyền thông hiệu quả mà lại tiết kiệm chi phí. Cần xây dựng, phát triển phong phú và sinh động các trang Web, trang Facebook,... chuyên trang về phòng chống dịch bệnh, các thông tin y tế hữu ích tới cộng đồng, trong đó có dịch bệnh TCM.

Tổ chức lồng ghép truyền thông cơ hội trong các đợt khám sức khỏe tại các trường mầm non (tư vấn, nói chuyện...).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2015), *Cần chủ động phòng chống dịch bệnh trong trường học*, (<http://vncdc.gov.vn/vi/khuyen-cao-phong-chong-dich-benh/713>),
2. Bộ Y tế (2014), *Niên giám thống kê bệnh truyền nhiễm năm 2014*, tr 1-138.
3. Bộ Y tế (2013), *Niên giám thống kê bệnh truyền nhiễm năm 2012*, Hà Nội, 1-143.
4. Bộ Y tế (2012), *Niên giám thống kê bệnh truyền nhiễm các năm 2011*, Hà Nội, 1- 143.
5. Bộ Y tế (2012), *Hướng dẫn Giám sát và phòng chống, bệnh TCM (Ban hành kèm theo Quyết định số 581/QĐ-BYT ngày 24/02/2012 của Bộ trưởng Bộ Y tế*.
6. Bộ Y tế (2007), *Phát triển tài liệu truyền thông – giáo dục sức khỏe*, Hà Nội
7. Ngô Sỹ Hoàng, Nguyễn Thị Bạch Tuyết, Vũ Oanh (2014), *Khảo sát sự tiếp cận của người dân đối với các loại hình truyền thông phòng, chống bệnh tay chân miệng*, Đề tài nghiên cứu cấp cơ sở.
8. Trần Triều Ngươn Huyền (2012) "*Báo cáo khảo sát ban đầu kiến thức, thái độ, thực hành phòng chống bệnh tay chân miệng của người chăm sóc trẻ tại cộng đồng*".

9. Lê Thị Kim Ánh (2014), "Kiến thức, thái độ, thực hành và một số yếu tố liên quan đến phòng bệnh tay chân miệng của giáo viên ở các trường mầm non tại huyện Lương Sơn, Hòa Bình năm 2013". *Tạp chí Y tế công cộng*, 31, tr.29-34.
10. Nguyễn Ý Đức, *Vai trò của truyền thông đối với sức khỏe quần chúng*, http://www.ykhoa.net/binhluan/nguyenyduc/120204_nguyenyduc_vaitrotruyenthong.htm.

KHẢO SÁT KIẾN THỨC, THÁI ĐỘ VỀ THAM GIA BẢO HIỂM Y TẾ VÀ CÁC YẾU TỐ LIÊN QUAN CỦA NGƯỜI DÂN THÀNH PHỐ CẦN THƠ NĂM 2016

*Phạm Thị Cẩm Tiên, Nguyễn Thanh Thúy,
Lê Vũ Giang Huy, Nguyễn Thị Hương Giang
Trung tâm Truyền thông GDSK thành phố Cần Thơ*

Tóm tắt nghiên cứu

Đề tài “Khảo sát kiến thức, thái độ về tham gia bảo hiểm y tế và các yếu tố liên quan của người dân thành phố Cần Thơ năm 2016” được thực hiện từ tháng 5 đến tháng 11/2016 với 3 mục tiêu cơ bản. Sử dụng thiết kế nghiên cứu mô tả cắt ngang có phân tích với 540 người dân tham gia phỏng vấn. Kết quả nghiên cứu cho thấy: 47% người dân có tham gia bảo hiểm y tế (BHYT) theo hình thức hộ gia đình (HGĐ); Người dân có kiến thức chung tốt về chính sách BHYT là 52,2%; Người dân có thái độ chung tốt về chính sách BHYT là 78%; Trong nghiên cứu này chúng tôi tìm thấy có mối liên quan giữa nhóm tuổi, điều kiện kinh tế gia đình với việc tham gia BHYT; giữa nhóm tuổi, trình độ học vấn và kinh tế gia đình với kiến thức, đặc biệt nghiên cứu cho thấy có mối liên quan giữa kiến thức, thái độ và việc tham gia BHYT.

1. Đặt vấn đề

Sau nhiều năm triển khai thực hiện chính sách BHYT trên cả nước, số người tham gia BHYT tăng nhanh và đạt được mục tiêu mở rộng các đối tượng tham gia BHYT. Thành phố Cần Thơ được sự quan tâm chỉ đạo của Thành ủy, Ủy ban nhân dân, sự phối hợp của các Sở, ban, ngành có liên quan và Ủy ban nhân dân các quận, huyện đã tổ chức triển khai thực hiện có hiệu quả và đạt được một số kết quả cao. Tính đến ngày 31/12/2015, số người tham gia BHYT của toàn thành phố là 862.960 người đạt tỷ lệ 70,3%. Tuy vậy vẫn còn nhiều thách thức trong lộ trình thực hiện mục tiêu BHYT toàn dân, đặc biệt những hiểu biết về chính sách và thái độ của người dân về Luật bảo hiểm y tế có một vai trò hết sức quan trọng trong vấn đề này.

2. Mục tiêu nghiên cứu

2.1. Xác định tỷ lệ tham gia BHYT hộ gia đình của người dân thành phố Cần Thơ năm 2016.

- 2.2. Xác định tỷ lệ người dân có kiến thức, thái độ đúng về chính sách BHYT tại thành phố Cần Thơ năm 2016.
- 2.3. Xác định một số yếu tố liên quan đến kiến thức, thái độ và việc tham gia BHYT của người dân tại thành phố Cần Thơ năm 2016.

3. Phương pháp nghiên cứu

3.1. Đối tượng nghiên cứu: Người dân đang sinh sống tại thành phố Cần Thơ, hành nghề tự do và thuộc nhóm đối tượng tham gia BHYT hộ gia đình.

3.2. Thiết kế nghiên cứu: Cắt ngang mô tả có phân tích.

3.3. Địa điểm nghiên cứu: Thành phố Cần Thơ.

3.4. Thời gian nghiên cứu: Từ tháng 5 đến tháng 11/2016.

3.5. Chọn mẫu

3.5.1. Cỡ mẫu: Dùng công thức tính cỡ mẫu ước lượng cho một tỷ lệ

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

Trong đó: n: Là cỡ mẫu

z: Trị số phân phối chuẩn, z= 1,96

p: Độ bao phủ BHYT trên dân số toàn thành phố, p=0,7003

d: Độ sai số cho phép, d= 0,05

Thay vào công thức tính được n= 323. Để giảm sai số, chúng tôi nhân mẫu với hiệu ứng thiết kế là 1,5 và tính 10% bỏ cuộc khi chọn mẫu. Lấy mẫu tròn là 540 người.

3.5.2. Phương pháp chọn mẫu: Chọn mẫu theo phương pháp phân tầng nhiều giai đoạn

Giai đoạn 1: Tại thành phố Cần Thơ chọn 01 quận; 01 huyện có điều kiện kinh tế trung bình và 01 huyện có điều kiện kinh tế kém phát triển trong 09 quận huyện (sau đây gọi là huyện) so với mặt bằng chung của thành phố.

Giai đoạn 2: Tại mỗi huyện chọn ngẫu nhiên 3 xã/thị trấn.

Giai đoạn 3: Tại mỗi xã chọn ngẫu nhiên 1 ấp.

Giai đoạn 4: Tại mỗi ấp chọn ngẫu nhiên một tổ, mỗi tổ chọn ngẫu nhiên 60 người.

3.6. Phương pháp thu thập số liệu

3.6.1. Công cụ: Thu thập số liệu bằng bộ câu hỏi được soạn thảo và thử nghiệm trước khi điều tra

3.6.2. Phương pháp thu thập số liệu: Phỏng vấn bằng bộ câu hỏi soạn sẵn

3.7. Phân tích và xử lý số liệu

Số liệu sẽ được mã hóa, nhập bằng phần mềm Epidata 3.1 và xử lý bằng phần mềm SPSS 22.0. Sử dụng các phương pháp phân tích thống kê mô tả để xác định các tần số, tỷ lệ và các mối tương quan (kiểm định χ^2 , OR...). Chọn mức p có ý nghĩa $<0,05$.

4. Kết quả nghiên cứu và bàn luận

4.1. Thông tin chung về đối tượng nghiên cứu

Nghiên cứu tiến hành trên 540 đối tượng. Trong đó: nhóm 18 - 30 tuổi chiếm 29,8%, nhóm 31 - 44 tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất 45,2%, nhóm 45 - 49 tuổi chiếm 20% và nhóm từ 60 tuổi trở lên 5,0%. Kết quả này tương tự nghiên cứu của Cao Minh Lễ 2014 tại huyện Thoại Sơn tỉnh An Giang với tỷ lệ cao nhất là nhóm tuổi từ 31 - 44 tuổi (33,7%).

Nữ giới chiếm 55,6% cao hơn so với nam giới 44,4%. Kết quả này tương tự với nghiên cứu của Cao Minh Lễ (nữ 56%; nam 44%).

Đa số ĐTNC có nghề nghiệp chính là kinh doanh/buôn bán (38,5%), công nhân (25,9%) và nghề tự do (27,8%), thấp nhất là nông dân (7,8%). Kết quả này phù hợp với đặc điểm thành phố Cần Thơ là thành phố trực thuộc trung ương nên người dân chủ yếu làm nghề buôn bán và dịch vụ, nghề nông rất hạn chế.

Về trình độ của ĐTNC: đa số có trình độ trung học cơ sở với tỷ lệ 40,6%, trung học phổ thông chiếm 31,7%, tỷ lệ đối tượng có trình độ trung cấp, cao đẳng, đại học là 15,6%, tiểu học là 11,5% và chỉ có 0,7% đối tượng không biết chữ.

58% đối tượng nghiên cứu có điều kiện kinh tế gia đình ở mức trung bình, là kinh tế khá chiếm 38,7% và kinh tế giàu chiếm tỷ lệ thấp nhất 3,3%.

Nhóm gia đình trong có 3 - 4 người chiếm tỷ lệ 58,7%, nhóm có từ 5 - 6 người chiếm 22%, thấp nhất là nhóm gia đình có 7 người trở lên 3,5%.

Có 98% đối tượng đã nghe/biết về BHYT từ nhiều nguồn thông tin khác nhau. Trong đó, đa phần đối tượng nghe/biết BHYT từ đài (85,4%), ti vi (51,5%), đặc biệt nguồn thông tin từ người thân và cán bộ y tế cũng khá cao (55,9% và 43,3%).

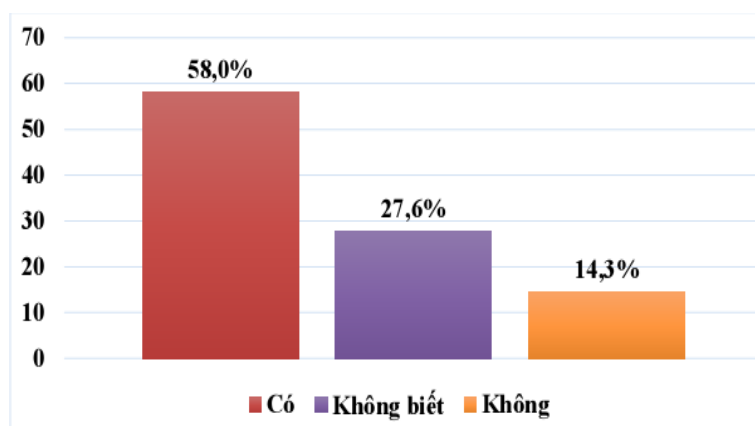
4.2. Tỷ lệ tham gia BHYT hộ gia đình

47% người dân có tham gia BHYT theo hình thức HGD. Mặc dù, chưa có nghiên cứu hay thống kê chính thức về tỷ lệ tham gia BHYT theo HGD của toàn thành phố, nhưng kết quả này hoàn toàn phù hợp với tình hình chung của thành phố Cần Thơ và các tỉnh/thành phố khác trên cả nước.

Bảng 1: Lý do người dân không tham gia BHYT

Lý do không tham gia BHYT	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Không biết chỗ mua thẻ	32	11,2
Không đủ tiền mua thẻ	40	14,0
Không có bệnh	137	47,9
Không thích sử dụng thẻ BHYT khám bệnh	77	26,9

Người dân không tham gia BHYT với lý do không có bệnh chiếm 47,9%, không thích sử dụng BHYT khám bệnh là 26,9% và 14,0% không đủ tiền mua BHYT.



Biểu đồ 1: Dự định tham gia BHYT trong thời gian tới (n=286)

58% người dân trả lời có dự định tham gia BHYT trong thời gian tới, 27,6% người dân trả lời không biết và 14,3% người dân không có ý định tham gia.

Bảng 2: Lý do tham gia BHYT của đối tượng

Lý do tham gia BHYT	Tần số	Tỷ lệ %
Phòng đau ốm	236	92,5
Gia đình có người bệnh	78	30,6
Đoàn thể bắt mua	3	1,2

Lý do chính khiến đối tượng tham gia BHYT là phòng đau ốm chiếm tỷ lệ khá cao với 92,5%. Kết quả này phù hợp với kết quả nghiên cứu của Cao Minh Lễ gần 94%.

Những thuận lợi khi tham gia BHYT trong nghiên cứu của chúng tôi chiếm tỷ lệ cao là chi phí phù hợp kinh tế gia đình 71,8%, được sự hướng dẫn tận tình của cán bộ y tế địa phương 62,4%, khám chữa bệnh với BHYT nhanh chóng, thuận lợi 51,4%. Kết quả này tương đương với nghiên cứu của Cao Minh Lễ, nhưng khác với kết quả nghiên cứu của Nguyễn Thị Minh Châu (2011) khi những thuận lợi này là khó khăn ảnh hưởng đến độ bao phủ của BHYT. Lý giải điều này là vì trong nghiên cứu của chúng tôi thì những thuận lợi này là nhận xét của những người đã và đang tham gia BHYT nên họ nắm rõ về BHYT hơn là niềm tin của người dân vào hệ thống BHYT đã có từ trước đây khiến họ không tham gia BHYT như trong nghiên cứu của Nguyễn Minh Châu. Và điều này cũng phù hợp khi những khó khăn khi tham gia BHYT theo kết quả nghiên cứu chiếm đa phần (67,3%) là chưa biết rõ về BHYT.

Tỷ lệ người dân tham gia BHYT nếu hết hạn chiếm tỷ lệ khá cao là 93,7%. Điều này thể hiện nhu cầu của người dân ngày càng tăng trong vấn đề chăm sóc sức khỏe.

4.3. Kiến thức về chính sách BHYT

Tỷ lệ đối tượng có kiến thức chung đúng về BHYT trong nghiên cứu này khá thấp (52,2%). Trong đó, tỷ lệ đối tượng biết BHYT là bắt buộc: 71,7%; biết BHYT là chính sách xã hội không vì kinh doanh: 78,5%; biết quyền lợi khi tham gia BHYT: 76,9%; biết mục đích của BHYT: 67,4%; tỷ lệ biết nguyên tắc của BHYT: 48,5%; tỷ lệ biết đối tượng được tham gia BHYT theo HGĐ: 86,3%; tỷ lệ biết quyền lợi khi tham gia BHYT HGĐ: 80,9%; tỷ lệ biết mức đóng khi tham gia BHYT HGĐ: 61,1%.

4.4. Thái độ về chính sách BHYT

Tỷ lệ đối tượng đồng ý BHYT sẽ hạn chế những rủi ro về kinh tế cho gia đình khi có người bệnh phải nằm viện là 86,9%. 86,7% đối tượng đồng ý với người bệnh nặng thì BHYT chi trả phần lớn chi phí khám chữa bệnh. Tỷ lệ đồng ý mọi người nên tham gia BHYT là 83,5%. Tỷ lệ đồng ý sẵn sàng tham gia BHYT dù bản thân mình khỏe là 81,5% và 81,7% sẵn sàng tham gia BHYT dù người nhà mình khỏe mạnh, có 76,7% ĐTNC đồng ý BHYT là chính sách xã hội nhân đạo; 74,4% ĐTNC đồng ý điều kiện để tham gia BHYT như hiện nay là rất dễ dàng và 70% đồng ý mức đóng BHYT như hiện nay là chấp nhận được.

Đối tượng nghiên cứu có thái độ chung tốt về chính sách BHYT là 78,0%. Có sự chênh lệch lớn giữa thái độ tốt với kiến thức tốt, có thể do hạn chế của bộ câu hỏi về thái độ, chỉ đưa ra những câu hỏi tích cực vì người dân thường có xu hướng trả lời đồng ý nên thái độ tốt cao. Vì vậy để khắc phục vấn đề này, bên cạnh những câu hỏi tích cực, nên có những câu hỏi tiêu cực, phủ định, đưa ra những nhận định không đúng để đánh giá chính xác hơn về thái độ của người dân.

4.5. Các mối liên quan

Liên quan đến việc tham gia BHYT: chúng tôi tìm được mối liên quan giữa nhóm tuổi, điều kiện kinh tế gia đình với việc tham gia BHYT với $p < 0,05$. Cụ thể: nhóm tuổi càng cao thì tỷ lệ tham gia BHYT càng tăng, người dân có điều kiện kinh tế càng cao thì tỷ lệ mua BHYT càng tăng. Người dân có kiến thức chung tốt và thái độ chung tốt thì tỷ lệ tham gia BHYT cao, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$.

Liên quan tới kiến thức: có mối liên quan giữa nhóm tuổi, trình độ học vấn và kinh tế gia đình với kiến thức chung tốt; đồng thời chúng tôi cũng tìm được mối liên quan giữa việc biết nguyên tắc, mục đích và mức đóng BHYT hộ gia đình với việc tham gia BHYT của người dân với $p < 0,05$.

5. Kết luận

Khảo sát kiến thức, thái độ về tham gia bảo hiểm y tế và các yếu tố liên quan của 540 người dân tại thành phố Cần Thơ năm 2016 cho kết quả như sau:

- Tỷ lệ tham gia BHYT hộ gia đình của người dân thành phố Cần Thơ năm 2016 là 47% .
- Người dân có kiến thức chung tốt về chính sách BHYT là 52,2%.
- Người dân có thái độ chung tốt về chính sách BHYT là 78%.
- Người dân có kiến thức chung tốt và thái độ chung tốt thì tỷ lệ tham gia bảo hiểm cao, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$.

6. Kiến nghị

Nâng cao nhận thức của người dân về BHYT, điều này đòi hỏi cơ quan ban hành chính sách, cơ quan thực hiện và địa phương cần có sự phối hợp trong việc tuyên truyền vận động người dân, đa dạng hóa các loại hình tuyên truyền nhằm cho người dân hiểu được nguyên tắc, mục đích và mức đóng BHYT hộ gia đình.

Đẩy mạnh công tác tuyên truyền, phổ biến và hướng dẫn, tổ chức triển khai thực hiện các văn bản quy phạm pháp luật về BHYT, tuyên truyền là trách nhiệm của tất cả các cấp, các ngành, trong đó xác định vai trò quan trọng của Ngành y tế thành phố Cần Thơ và Bảo hiểm xã hội. Tuyên truyền để mỗi người dân hiểu và tự nguyện tham gia BHYT, đặc biệt xác định đối tượng cần tập trung tuyên truyền, vận động tham gia BHYT là đối tượng hộ gia đình.

Thực hiện những đánh giá hoặc nghiên cứu sâu về kiến thức, thái độ của người dân về chính sách BHYT để đánh giá đúng và có những can thiệp thích hợp nhằm gia tăng tỷ lệ tham gia BHYT hộ gia đình, tiến tới hoàn thành đề án BHYT toàn dân theo như kế hoạch của thành phố và định hướng của Chính phủ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Ban chỉ đạo thực hiện bảo hiểm y tế toàn dân (2016), *Báo cáo Tình hình thực hiện công tác bảo hiểm xã hội, bảo hiểm y tế 06 tháng đầu năm, trên địa bàn thành phố Cần Thơ*, Ủy ban nhân dân thành phố Cần Thơ.
2. Bộ Y tế (2011), *Báo cáo Kết quả nghiên cứu khả năng thực hiện bảo hiểm y tế toàn dân*
3. Chính phủ (2014), *Nghị định 105/2014/NĐ-CP Quy định chi tiết và hướng dẫn thi hành một số điều của Luật bảo hiểm y tế.*
4. Mã Bửu Cầm (2013), *Các yếu tố liên quan đến tham gia bảo hiểm y tế tự nguyện của người dân phường Tân Quý, quận Tân Phú, thành phố Hồ Chí Minh*, Luận văn Thạc sỹ Y học, trường Đại học Y dược thành phố Hồ Chí Minh.
5. Nguyễn Minh Châu (2011), *Thực hiện bảo hiểm Y tế ở Việt Nam*, Tạp chí Y học thực hành, 773(7), tr 47-49.
6. Cao Minh Lễ (2014), *Nghiên cứu tình hình và đánh giá kết quả can thiệp tư vấn cộng đồng làm thay đổi kiến thức thái độ, thực hành về tham gia bảo hiểm y tế tự nguyện ở huyện Thoại Sơn, tỉnh An Giang, 2013*, Luận án Chuyên khoa II, trường Đại học Y Dược Cần Thơ.
7. Trần Văn Tiến (2011), *Tổng quan về chính sách Bảo hiểm Y tế ở một số nước trên thế giới*, Tạp chí Chính sách y tế, số 7, tr. 60-66.
8. Hà Thị Thúy (2012), *Nghiên cứu sự hài lòng về công tác khám chữa bệnh của bệnh nhân có thể bảo hiểm y tế tại bệnh viện đa khoa thành phố Cần Thơ*, Luận văn tốt nghiệp điều dưỡng, trường đại học Y dược Cần Thơ.

THỰC TRẠNG KIẾN THỨC VỀ PHÒNG CHỐNG MỘT SỐ BỆNH TRUYỀN NHIỄM VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN CỦA NGƯỜI DÂN TẠI THÀNH PHỐ CẦN THƠ NĂM 2016

*CN. Quách Thiện Khiêm, CN. Trần Thị Mộng Thu
CN. Phan Thị Hồng Thắm, CN. Trần Thị Kim Nhiên
Trung tâm Truyền thông GDSK thành phố Cần Thơ*

Tóm tắt nghiên cứu

Nghiên cứu tiến hành trên 600 đối tượng là người cha hoặc người mẹ có con dưới 5 tuổi tại Thành phố Cần Thơ, theo phương pháp mô tả cắt ngang. Kết quả cho thấy đối tượng nghiên cứu (ĐTNC) có kiến thức đúng về chưa có vắc xin tiêm ngừa bệnh tay chân miệng (TCM) chiếm tỷ lệ cao nhất 81,7%, kiến thức về đường lây truyền, dấu hiệu nhận biết chiếm tỷ lệ thấp nhất lần lượt là 39,7% và 34%. Tỷ lệ ĐTNC có kiến thức đúng về biểu hiện của bệnh sốt xuất huyết (SXH), biện pháp phòng ngừa, bệnh có thể phòng ngừa chiếm tỷ lệ cao, lần lượt là 90,7%; 87,3%; 83,8%. Tỷ lệ ĐTNC có kiến thức đúng về tác nhân truyền bệnh, nguyên nhân gây bệnh, dấu hiệu nặng của bệnh chiếm tỷ lệ thấp, lần lượt là 27,2%; 26,7%; 17,8%. Về bệnh cúm gia cầm (CGC), tỷ lệ ĐTNC biết bệnh có thể phòng tránh được chiếm tỷ lệ cao nhất là 86,8%, sau đó là kiến thức đúng về biện pháp phòng tránh CGC chiếm 76%. Có mối liên quan giữa nghề nghiệp với kiến thức phòng chống TCM, SXH và CGC ở người. Có mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa trình độ học vấn với kiến thức phòng chống bệnh TCM, phòng chống tiêu chảy và CGC. Kiến nghị cần tăng cường truyền thông về các bệnh truyền nhiễm ở các tuyến bằng hình thức truyền thông đại chúng, thăm hộ gia đình và truyền thông nhóm, đặc biệt chú ý đối tượng là người có trình độ học vấn thấp và khó tiếp cận các phương tiện thông tin đại chúng.

Từ khóa: Bệnh truyền nhiễm, Tay chân miệng, Sốt xuất huyết, Tiêu chảy cấp, Cúm gia cầm ở người.

1. Đặt vấn đề

Hiện nay, bệnh truyền nhiễm đang lưu hành và diễn biến phức tạp tại các quốc gia trên thế giới nói chung và tại Việt Nam nói riêng. Để chủ động, tăng cường thực hiện các biện pháp phòng chống dịch bệnh truyền nhiễm tại thành phố Cần Thơ, hạn chế tối đa tỷ lệ mắc và tử vong do dịch bệnh, đảm bảo an toàn sức khỏe của người dân, Trung tâm Truyền thông GDSK thành phố Cần Thơ tiến

hành nghiên cứu “*Thực trạng kiến thức phòng chống một số bệnh truyền nhiễm và một số yếu tố liên quan của người dân tại thành phố Cần Thơ năm 2016*”.

2. Mục tiêu nghiên cứu

2.1. Mô tả thực trạng kiến thức đúng của người dân tại thành phố Cần Thơ về phòng chống một số bệnh truyền nhiễm.

2.2. Tìm hiểu một số yếu tố liên quan đến kiến thức đúng của người dân tại thành phố Cần Thơ về phòng chống một số bệnh truyền nhiễm.

3. Phương pháp nghiên cứu

3.1. Đối tượng nghiên cứu: Người cha hoặc người mẹ có con dưới 5 tuổi đang sống trên địa bàn thành phố Cần Thơ.

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

3.3. Địa điểm nghiên cứu: Các quận/huyện trên địa bàn thành phố Cần Thơ.

3.4. Thời gian nghiên cứu: Từ tháng 5 đến tháng 7 năm 2016

3.5. Phân tích số liệu: Bằng phần mềm SPSS 18.0.

4. Kết quả nghiên cứu và bàn luận

4.1. Thông tin chung về ĐTNC

Bảng 1: Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm		Tần số	Tỷ lệ (%)
Giới	Nam	292	48,7
	Nữ	308	51,3
Nhóm tuổi	< 30 tuổi	295	49,2
	≥ 30 tuổi	305	50,8
Nghề nghiệp	Nông dân	139	23,2
	CBCNVC	143	23,9
	Buôn bán	104	17,4
	Nội trợ	72	12,0
	Nghề khác	142	23,5
Trình độ học vấn	>THPT	37	6,2
	THPT	139	23,2
	THCS	217	36,2
	Tiểu học	102	17,0
	Không biết chữ	105	17,5

Trong 600 ĐTNC, sự phân bố theo tỷ lệ giới tính, nhóm tuổi không có sự chênh lệch nhiều. Tỷ lệ nam chiếm 48,7% và nữ chiếm 51,3%, độ tuổi dưới 30 chiếm 49,2% và độ tuổi từ 30 trở lên chiếm 50,8%.

Về nghề nghiệp, cán bộ công nhân viên chức chiếm tỷ lệ cao nhất là 23,9%, tiếp theo nông dân (23,2%), nội trợ chiếm (12,0%) và các nghề khác (23,5%).

Về trình độ học vấn, các đối tượng có trình độ trung học cơ sở chiếm tỷ lệ cao nhất với 36,2%, tiếp theo là trình độ trung học phổ thông - 23,2%, tỷ lệ thấp nhất là trình độ trung cấp, cao đẳng và đại học - 6,2%.

4.2. Kiến thức của ĐTNC về phòng chống một số bệnh truyền nhiễm

Bảng 2: Kiến thức của ĐTNC về phòng chống bệnh TCM

STT	Nội dung	Kiến thức đúng	
		Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
1	Mức độ nguy hiểm của bệnh TCM	438	73,0
2	Chưa có vắc xin tiêm ngừa bệnh TCM	490	81,7
3	Bệnh TCM có thể phòng ngừa	334	55,7
4	Đường lây truyền bệnh TCM	238	39,7
5	Lứa tuổi dễ mắc bệnh TCM nhất	305	50,8
6	Dấu hiệu nhận biết của bệnh TCM	204	34,0
7	Dấu hiệu trở nặng của bệnh TCM	376	62,7
8	Biện pháp phòng ngừa bệnh TCM	457	76,2

Qua bảng trên cho thấy, tỷ lệ ĐTNC có kiến thức đúng về chưa có vắc xin tiêm ngừa bệnh TCM chiếm tỷ lệ cao nhất 81,7%, kiến thức về đường lây truyền, dấu hiệu nhận biết bệnh TCM chiếm tỷ lệ thấp nhất lần lượt là 39,7% và 34%.

So sánh với kết quả nghiên cứu của Trần Thị Anh Đào cho thấy tỷ lệ ĐTNC biết đúng lứa tuổi dễ mắc chiếm tỷ lệ cao nhất là 99,5%, có 83,42% biết chưa có vắc xin phòng bệnh, 30,15% biết đúng đường lây, 64,15% biết đúng dấu hiệu đặc trưng của bệnh. Kết quả nghiên cứu của Nguyễn Thị Thủy, Huỳnh Hữu Dũng đưa ra kết quả chiếm tỷ lệ cao nhất là 92,5% ĐTNC biết đúng lứa tuổi thường mắc bệnh, 60,2% biết chưa có vắc xin phòng bệnh, có 18,6% biết đúng đường lây, 64,7% biết đúng dấu hiệu đặc trưng của bệnh.

Bảng 3: Kiến thức đúng về phòng chống bệnh SXH

STT	Nội dung	Kiến thức đúng	
		Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
1	Mức độ nguy hiểm của bệnh SXH	431	71,8
2	Vắc xin tiêm ngừa bệnh SXH	405	67,5
3	Bệnh SXH có thể phòng ngừa	503	83,8
4	Nguyên nhân gây bệnh SXH	160	26,7
5	Tác nhân truyền bệnh SXH	163	27,2
6	Đường lây truyền bệnh SXH	476	79,3
7	Biểu hiện của bệnh SXH	544	90,7
8	Dấu hiệu trở nặng của bệnh SXH	107	17,8
9	Biện pháp phòng ngừa bệnh SXH	502	87,3

Tỷ lệ ĐTNC có kiến thức đúng về biểu hiện của bệnh SXH, biện pháp phòng ngừa, bệnh có thể phòng ngừa chiếm tỷ lệ cao, lần lượt là 90,7%; 87,3%; 83,8%. Tỷ lệ ĐTNC có kiến thức đúng về tác nhân truyền bệnh, nguyên nhân gây bệnh, dấu hiệu nặng của bệnh chiếm tỷ lệ thấp, lần lượt là 27,2%; 26,7%; 17,8%. Như vậy, các kiến thức cơ bản của người dân nhìn chung còn thấp.

Nghiên cứu của Nguyễn Đình Sơn tại tỉnh Thừa Thiên – Huế với kết quả có 51,1% học sinh biết nguyên nhân gây bệnh SXH là vi rút, trên 90% học sinh biết đúng nguyên nhân và đường lây truyền bệnh SXH, trên 60% học sinh biết đúng nơi sống của lăng quăng muỗi SXH.

Bảng 4: Kiến thức đúng về phòng chống bệnh tiêu chảy

STT	Nội dung	Kiến thức đúng	
		Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
1	Mức độ nguy hiểm của bệnh tiêu chảy	403	67,2
2	Đường lây truyền bệnh tiêu chảy	447	74,5
3	Kiến thức về dùng thuốc	374	62,3
4	Dấu hiệu trở nặng của bệnh tiêu chảy	392	65,3
5	Dung dịch có thể sử dụng tại nhà khi trẻ bị tiêu chảy	406	67,7
6	Cách cho trẻ ăn/ uống (bú) tại nhà khi trẻ bị tiêu chảy	340	56,7

Qua bảng trên ta thấy, tỷ lệ ĐTNC có kiến thức đúng về bệnh tiêu chảy đều trên 50%, cao nhất là biết đường lây truyền bệnh chiếm 74,5%, thấp nhất là biết cách cho trẻ ăn/uống (bú) tại nhà khi trẻ bị tiêu chảy chiếm 56,7%.

Bảng 5: Kiến thức đúng về phòng chống bệnh cúm gia cầm

STT	Nội dung	Kiến thức đúng	
		Tần số	Tỷ lệ (%)
1	Nguyên nhân gây bệnh CGC	146	26,3
2	CGC có thể gây bệnh sang người	179	29,8
3	Đường lây truyền CGC sang người	153	25,5
4	Tác hại của CGC	117	19,5
5	CGC có thể phòng tránh được	521	86,8
6	Biện pháp phòng tránh CGC	456	76,0

Kết quả cho thấy, tỷ lệ ĐTNC biết CGC có thể phòng tránh được chiếm tỷ lệ cao nhất, 86,8%, sau đó là kiến thức đúng về biện pháp phòng tránh CGC chiếm 76%, còn lại các kiến thức khác về CGC chiếm tỷ lệ thấp từ 29,8% đến 19,5%.

Nghiên cứu của Nguyễn Đức Lợi và cộng sự cho thấy tỷ lệ người có kiến thức chung đúng về bệnh CGC là 52,7%, biện pháp phòng tránh chiếm 56,2%. Nghiên cứu của tác giả Huỳnh Hữu Dũng tại huyện Châu Thành, tỉnh Long An năm 2014 nhận thấy tỷ lệ người dân có kiến thức đúng trong phòng, chống CGC ở người là 71,8%.

4.3. Tìm hiểu một số yếu tố liên quan đến kiến thức đúng của người dân tại thành phố Cần Thơ về phòng chống một số bệnh truyền nhiễm

Bảng 6: Mối liên quan giữa nghề nghiệp và trình độ học vấn với kiến thức phòng chống bệnh TCM

Đặc điểm	Kiến thức đúng		Kiến thức chưa đúng		P
	Tần số	Tỷ lệ	Tần số	Tỷ lệ	
Nghề nghiệp					
Nông dân	88	63,3	52	36,7	<0,0001
CBCNVC	115	80,4	28	19,6	
Buôn bán	59	56,7	45	43,3	
Nội trợ	28	38,9	44	61,1	
Nghề khác	72	51,1	69	48,9	
Trình độ học vấn					
> THPT	37	97,3	1	2,7	<0,0001
THPT	105	78,4	30	21,6	
THCS	133	61,3	84	38,7	
Tiểu học	43	41,2	61	58,8	
Không biết chữ	44	41,0	62	59,0	

Kết quả bảng 6 cho thấy có mối liên quan giữa nghề nghiệp với kiến thức đúng phòng chống bệnh TCM, nhóm cán bộ công nhân viên chức có tỷ lệ kiến thức đúng cao nhất với 80,4%, nông dân 63,3%, buôn bán 56,7%, các nghề khác là 51,1%, nội trợ 38,9%. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p < 0,0001$.

Có mối liên quan giữa trình độ học vấn với kiến thức đúng phòng chống bệnh TCM. Những người có trình độ học vấn trên THPT có tỷ lệ kiến thức đúng là 97,3%, nhóm THPT là 78,4%, THCS - 61,3%, tiểu học - 41,2% và chưa biết đọc biết viết là 41%. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p < 0,0001$.

Bảng 7: Mối liên quan giữa nghề nghiệp và trình độ học vấn với kiến thức phòng chống bệnh SXH

Đặc điểm	Kiến thức đúng		Kiến thức chưa đúng		p
	Tần số	Tỷ lệ	Tần số	Tỷ lệ	
Nghề nghiệp					
Nông dân	121	87,1	18	12,9	< 0,05
CBCNVC	133	93,0	10	7,0	
Buôn bán	91	87,5	13	12,5	
Nội trợ	55	76,4	17	23,6	
Nghề khác	113	80,1	28	19,9	
Trình độ học vấn					
> THPT	34	91,9	3	8,1	>0,05
THPT	120	86,3	19	13,7	
Trung học cơ sở	187	86,2	30	13,8	
Tiểu học	83	81,4	19	18,6	
Không biết chữ	89	84,8	16	15,2	

Về mối liên quan giữa nghề nghiệp với kiến thức đúng phòng chống bệnh SXH, chúng tôi nhận thấy nhóm cán bộ công nhân viên chức có tỷ lệ kiến thức đúng cao nhất với 93%, nông dân 87,1%, buôn bán 87,5%, nội trợ 76,4% và các nghề khác là 80,1%. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Về mối liên quan giữa trình độ học vấn với kiến thức đúng phòng chống bệnh SXH chúng tôi nhận thấy những người có trình độ học vấn trên THPT có tỷ lệ kiến thức đúng là 91,9%, nhóm THPT là 86,3%, THCS là 86,2%, tiểu học là 81,4% và chưa biết đọc biết viết là 84,8%. Sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

**Bảng 8: Mối liên quan giữa nghề nghiệp và trình độ học vấn
với kiến thức phòng chống bệnh tiêu chảy**

Đặc điểm	Kiến thức đúng		Kiến thức chưa đúng		p
	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)	
Nghề nghiệp					
Nông dân	116	83,5	23	16,5	>0,05
CBCNVC	123	86,0	20	14,0	
Buôn bán	93	89,4	11	10,6	
Nội trợ	61	84,7	11	15,3	
Nghề khác	121	85,4	20	14,2	
Trình độ học vấn					
> THPT	37	100	0	0	< 0,05
THPT	118	84,9	21	15,1	
Trung học cơ sở	176	81,1	41	18,9	
Tiểu học	88	86,3	14	13,7	
Không biết chữ	96	91,4	9	8,6	

Về mối liên quan giữa nghề nghiệp với kiến thức đúng phòng chống bệnh tiêu chảy cấp, chúng tôi nhận thấy nhóm buôn bán có tỷ lệ kiến thức đúng cao nhất với 89,4%, nông dân 83,5%, cán bộ công nhân viên chức 86,0%, nội trợ 84,7% và các nghề khác là 85,4%. Sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

Về mối liên quan giữa trình độ học vấn với kiến thức đúng phòng chống bệnh tiêu chảy cấp, chúng tôi nhận thấy những người có trình độ học vấn trên trung học phổ thông có tỷ lệ kiến thức đúng là 100%, nhóm trung học phổ thông là 84,9%, trung học cơ sở 81,1%, tiểu học 86,3% và chưa biết đọc biết viết là 91,4%. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Bảng 9: Mối liên quan giữa nghề nghiệp và trình độ học vấn với kiến thức phòng chống bệnh CGC

Đặc điểm	Kiến thức đúng		Kiến thức chưa đúng		P
	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)	
Nghề nghiệp					
Nông dân	35	25,2	104	74,8	<0,0001
CBCNVC	43	30,1	100	69,9	
Buôn bán	45	43,3	59	56,7	
Nội trợ	35	48,6	37	51,4	
Nghề khác	28	19,9	113	80,1	
Trình độ học vấn					
> THPT	36	97,3	1	2,7	<0,0001
THPT	28	20,1	111	79,9	
Trung học cơ sở	40	18,4	177	81,6	
Tiểu học	40	39,2	62	60,8	
Không biết chữ	43	41,0	62	59,0	

Về mối liên quan giữa nghề nghiệp với kiến thức đúng phòng chống bệnh CGC ở người, chúng tôi nhận thấy nhóm nội trợ có tỷ lệ kiến thức đúng 48,6%, cao hơn các nhóm còn lại. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p < 0,0001$.

Về mối liên quan giữa trình độ học vấn với kiến thức đúng phòng chống bệnh CGC ở người, chúng tôi nhận thấy những người có trình độ học vấn trên THPT có tỷ lệ kiến thức đúng là 97,3%, cao hơn các nhóm còn lại. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p < 0,0001$.

5. Kết luận

5.1. Thực trạng kiến thức về phòng chống bệnh truyền nhiễm

Kiến thức đúng về phòng chống một số bệnh truyền nhiễm của người dân có sự khác nhau giữa các bệnh. Tuy nhiên, người dân có kiến thức tốt về các biện pháp phòng bệnh TCM (76,2%), SXH (87,3%), CGC (76%). Nhưng nhận thức về đường lây truyền, dấu hiệu bệnh, nguyên nhân gây bệnh, tác hại của bệnh còn thấp. Trong đó:

- Đường lây truyền bệnh: TCM (39,7%), CGC (25,5%), SXH (27,2%).
- Dấu hiệu nhận biết bệnh: TCM (34%), SXH (17,8%).
- Nguyên nhân gây bệnh: SXH (26,7%), CGC (26,3%).

5.2. Một số yếu tố liên quan đến kiến thức phòng chống bệnh truyền nhiễm

Có mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa nghề nghiệp với kiến thức phòng chống TCM, CGC với $p < 0,0001$ và SXH với $p < 0,05$.

Có mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa trình độ học vấn với kiến thức phòng chống TCM với $p < 0,0001$, TC và CGC với $p < 0,05$

6. Kiến nghị

Cần đẩy mạnh truyền thông sâu rộng hơn nữa ở các tuyến, đặc biệt là truyền thông trực tiếp và thăm hộ gia đình đối với những đối tượng là nông dân và trình độ học vấn thấp.

Cần đẩy mạnh truyền thông về các phần kiến thức về nguyên nhân gây bệnh CGC; đường lây truyền CGC; CGC có thể lây sang người và tác hại của CGC. Bên cạnh đó cần truyền thông các kiến thức về bệnh TCM như dấu hiệu nhận biết bệnh TCM, đường lây truyền bệnh TCM và lứa tuổi dễ mắc TCM; dấu hiệu trở nặng của bệnh SXH, nguyên nhân gây bệnh SXH và tác nhân truyền bệnh SXH, đặc biệt chú ý đến những đối tượng trình độ học vấn thấp và khó tiếp cận các phương tiện truyền thông đại chúng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Huỳnh Hữu Dũng (2014), "Khảo sát kiến thức, thái độ, thực hành và một số yếu tố liên quan về phòng chống CGC trên người của người dân huyện Châu Thành, tỉnh Long An năm 2014", *Kỷ yếu các đề tài nghiên cứu khoa học của hệ truyền thông giáo dục sức khỏe năm 2014*.
2. Lê Thị Thanh Hương và cộng sự (2007), "Kiến thức, thái độ, thực hành về phòng chống SXH của người dân xã Bình Thành, huyện Thanh Bình, tỉnh Đồng Tháp", *Tạp chí Y tế công cộng*, 9 (9).
3. Nguyễn Đức Lợi và cộng sự (2013), "Nghiên cứu kiến thức và thực hành đúng phòng chống dịch cúm A(H5N1) và cúm A(H1N1) của người dân huyện Phong Điền năm 2013", *Đề tài cấp cơ sở*.
4. Nguyễn Thị Hồng Lua (2013), "Kiến thức, thái độ, thực hành phòng chống SXH của người dân hai xã huyện Hàm Thuận Bắc, tỉnh Bình Thuận năm

2013", *Kỷ yếu các đề tài nghiên cứu khoa học của hệ truyền thông giáo dục sức khỏe năm 2014*.

5. Nguyễn Thị Xuân Mai (2012), "Kiến thức, thái độ, hành vi phòng chống bệnh TCM của người trực tiếp chăm sóc trẻ tại hộ gia đình tỉnh Tiền Giang, năm 2012", *Đề tài NCKH cấp cơ sở, Trung tâm Y tế dự phòng tỉnh Tiền Giang*.
6. Tạc Văn Nam (2012), "Thực trạng kiến thức, thái độ, thực hành phòng bệnh cúm A/H5N1 của người dân xã Hà Vị, huyện Bạch Thông, tỉnh Bắc Kạn, năm 2012", *Đề tài NCKH cấp cơ sở, Trung tâm Y tế dự phòng tỉnh Bắc Kạn*.
7. Hồ Thị Thiên Ngân và cộng sự (2010), "Kiến thức - Thái độ - Thực hành của người dân về phòng chống cúm A/H1N1 đại dịch tại huyện Củ Chi - Thành phố Hồ Chí Minh và tại quận Ninh Kiều - Thành phố Cần Thơ", *Y học thành phố Hồ Chí Minh*, 14 (2).
8. Nguyễn Đình Sơn và cộng sự (2011), "Nghiên cứu kiến thức, thái độ, thực hành của học sinh về công tác phòng chống SXH tại các trường học tỉnh Thừa Thiên Huế năm 2011", *Đề tài NCKH cấp cơ sở, Trung tâm Y tế dự phòng Thừa Thiên Huế*.
9. Bùi Thế Thực (2013), "Khảo sát kiến thức, thực hành về bệnh TCM của bà mẹ chăm sóc trẻ dưới 5 tuổi tại phường Hạp Lĩnh, thành phố Bắc Ninh năm 2013", *kỷ yếu các đề tài nghiên cứu khoa học của hệ truyền thông giáo dục sức khỏe năm 2013*.
10. Nguyễn Quang Vinh (2007), "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 Đak Hà, tỉnh Kon Tum", *Tạp chí Y tế công cộng*, 9 (9).

**THỰC TRẠNG THỰC HIỆN NHIỆM VỤ
THUẬN LỢI, KHÓ KHĂN CỦA NHÂN VIÊN Y TẾ THÔN
TẠI HUYỆN HÒA VANG, THÀNH PHỐ ĐÀ NẴNG, NĂM 2015**

*Ths. Nguyễn Hữu Quý
Trung tâm Truyền thông GDSK thành phố Đà Nẵng*

Tóm tắt nghiên cứu

Nhằm mô tả thực trạng thực hiện nhiệm vụ và những thuận lợi, khó khăn của đội ngũ nhân viên y tế thôn (NVYTT), chúng tôi thực hiện nghiên cứu “*Thực trạng thực hiện nhiệm vụ và thuận lợi, khó khăn của nhân viên y tế thôn tại huyện Hòa Vang, Thành phố Đà Nẵng, năm 2015*”. Đây là một nghiên cứu mô tả cắt ngang trên toàn bộ NVYTT của huyện Hòa Vang. Kết quả cho thấy, 100% xã có NVYTT đang hoạt động. Tất cả NVYTT đã qua đào tạo kiến thức, kỹ năng về y tế. 100% NVYTT đã được hưởng phụ cấp theo đúng quy định, 94% NVYTT có nguyện vọng tiếp tục công tác. NVYTT tại huyện Hòa Vang thực hiện đủ cả 19 nội dung chức năng nhiệm vụ theo Thông tư 07/2013 của Bộ Y tế. Bên cạnh những thuận lợi như: các cấp chính quyền và ngành y tế đã quan tâm, tạo điều kiện thuận lợi để NVYTT hoạt động; hầu hết đã được đào tạo nâng cao trình độ chuyên môn, trả phụ cấp đầy đủ, được trang bị túi y tế thôn. Hoạt động của NVYTT cũng gặp những khó khăn như: trang thiết bị, dụng cụ, thuốc men chưa đồng bộ, đầy đủ; chưa được cấp thẻ BHYT miễn phí; không có kinh phí để tổ chức các hoạt động; cộng đồng vẫn chưa thực sự quan tâm, ủng hộ.

1. Đặt vấn đề

Y tế thôn bản (YTTB) nằm trong hệ thống y tế cơ sở, đóng vai trò quan trọng trong công tác chăm sóc sức khỏe ban đầu (CSSKBĐ) cho nhân dân, trong đó NVYTTB đóng vai trò là nòng cốt. NVYTTB là tai mắt, là cánh tay, là đôi chân của trạm y tế (TYT) xã trong các hoạt động chăm sóc và bảo vệ sức khỏe nhân dân.

Hòa Vang là huyện ngoại thành duy nhất của thành phố Đà Nẵng, với 11 đơn vị hành chính xã, trong đó có 4 xã miền núi. Hệ thống y tế của huyện tương đối hoàn thiện, 100% số thôn có nhân viên y tế thôn (NVYTT) hoạt động. Vấn đề đặt ra là, đội ngũ NVYTT của huyện Hòa Vang hiện nay ra sao? Họ đã thực hiện nhiệm vụ như thế nào? Có những khó khăn, bất cập nào gây cản trở đến việc thực hiện nhiệm vụ của họ? Xuất phát từ thực trạng trên, tôi tiến hành nghiên cứu đề

tài: “*Thực trạng thực hiện nhiệm vụ và thuận lợi, khó khăn của nhân viên y tế thôn tại huyện Hòa Vang, thành phố Đà Nẵng, năm 2015*”.

2. Mục tiêu nghiên cứu

2.1. Mô tả việc thực hiện nhiệm vụ của NVYTT huyện Hòa Vang, thành phố Đà Nẵng, năm 2015.

2.2. Xác định những thuận lợi, khó khăn của NVYTT huyện Hòa Vang, thành phố Đà Nẵng, năm 2015.

3. Phương pháp nghiên cứu

3.1. Đối tượng nghiên cứu

Định lượng : 148 NVYTT đang hoạt động của huyện Hòa Vang - Đà Nẵng.

Định tính: Lãnh đạo TTYT huyện; Phó Chủ tịch phụ trách văn xã; Trạm trưởng TYT và người dân trên địa bàn 2 xã Hòa Phú và Hòa Nhơn của huyện Hòa Vang.

3.2. Thời gian nghiên cứu: Từ tháng 01 đến tháng 7 năm 2015.

3.3. Địa điểm nghiên cứu: Tại huyện Hòa Vang, thành phố Đà Nẵng.

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

Cỡ mẫu được chọn cho nghiên cứu định lượng là toàn bộ 148 NVYTT; cho nghiên cứu định tính là 5 cuộc phỏng vấn sâu và 4 cuộc thảo luận nhóm.

3.5. Xử lý số liệu: Bằng phần mềm SPSS 16.0.

4. Kết quả nghiên cứu và bàn luận

4.1. Thông tin chung

134 NVYTT tham gia vào nghiên cứu (14 người không tham gia), tỷ lệ tham gia 91%. Kết quả cho thấy: tuổi trung bình là 48, nhóm tuổi từ 30-49 chiếm tỷ lệ cao nhất (51,5%), thấp nhất là nhóm tuổi <30 (chỉ có 3%). Đây là lứa tuổi thích hợp cho các hoạt động xã hội. Mặt khác, ở độ tuổi này các NVYTT cũng yên tâm với công việc của mình hơn, vì vậy sẽ ít có sự thay đổi con người trong mạng lưới y tế thôn hơn. Phần lớn NVYTT là nữ giới (chiếm 89,6%); điều này sẽ giúp cho ngành y tế của huyện Hòa Vang triển khai các chương trình y tế quốc gia được thuận lợi hơn, vì những công việc y tế thôn phù hợp với phụ nữ nhiều hơn. NVYTT được lựa chọn theo quyết định của UBND xã sở tại và TTYT huyện Hòa Vang, hoạt động của NVYTT chịu sự chỉ đạo trực tiếp của TYT xã.

Hầu hết NVYTT của huyện Hòa Vang có trình độ học vấn cấp từ cấp II trở lên (87,4%). Theo chúng tôi với trình độ học vấn từ cấp II trở lên NVYTT sẽ rất thuận lợi trong việc cập nhật và nắm bắt những thông tin về y tế, có uy tín trong giao tiếp và trong vận động quần chúng nhân dân tham gia các hoạt động y tế tại thôn. Tuy nhiên với những người có trình độ học vấn cấp III mà tuổi còn trẻ thì thường có xu hướng tìm việc làm khác, dẫn đến sự biến động về mặt tổ chức ảnh hưởng không tốt tới nguồn lực của mạng lưới y tế thôn.

100% NVYTT đã được đào tạo chuyên môn về y tế, hầu hết là qua lớp đào tạo 3 tháng dành cho NVYTT (88,8%). 100% NVYTT đã được tập huấn về chuyên môn, nghiệp vụ; nội dung tập huấn bao gồm đầy đủ các vấn đề chuyên môn cần thiết theo chức năng nhiệm vụ của NVYTT. NVYTT ở Hòa Vang có thâm niên công tác từ 5 đến 10 năm chiếm tỷ lệ cao nhất (38,1%), tiếp đến là từ 10 đến 15 năm (26,1%).

100% NVYTT đã được chi trả phụ cấp đều đặn hàng tháng theo đúng quy định. Trong đó có 79,9% NVYTT được hưởng phụ cấp ở mức 0,3% lương tối thiểu và 20,1% NVYTT được hưởng phụ cấp ở mức 0,5% lương tối thiểu. Điều này cũng phù hợp với chủ trương của thành phố Đà Nẵng ưu tiên chế độ chính sách cho y tế cơ sở. Tuy nhiên, ngoài phụ cấp này ra thì NVYTT không có thêm khoản hỗ trợ nào. Mặc dù mức phụ cấp cho NVYTT hiện nay đã được quan tâm và nâng lên nhiều hơn so với trước đây nhưng đa số các đối tượng được phỏng vấn, từ lãnh đạo huyện, xã, TYT xã và NVYTT đều cho là còn thấp so với công sức của họ.

4.2. Kết quả thực hiện nhiệm vụ của NVYTT

Bảng 1: Tình hình thực hiện nhiệm vụ của NVYTT

STT	Nội dung nhiệm vụ (n=134)	Có thực hiện		Không thực hiện	
		n	%	n	%
1	Tuyên truyền về vệ sinh môi trường và vệ sinh an toàn thực phẩm	132	98,5	2	1,5
2	Hướng dẫn CSSKBĐ và phòng chống dịch, bệnh	134	100	0	0
3	Tuyên truyền, giáo dục về phòng, chống HIV/AIDS	127	94,8	7	5,2
4	Truyền thông, vận động về công tác dân số KHHGD	109	81,3	25	18,7
5	Tham gia các khóa đào tạo, tập huấn trong vòng 1 năm qua	97	72,4	37	27,6

Trong 19 nội dung chức năng nhiệm vụ của NVYTT, thì có 15 nội dung nhiệm vụ có tỷ lệ NVYTT tham gia thực hiện từ 80% trở lên. Có 3 nhiệm vụ được 100% NVYTT tham gia thực hiện là: hướng dẫn CSSKBD và phòng chống dịch, bệnh; chăm sóc sức khỏe trẻ em tại thôn và thực hiện ghi chép, báo cáo theo hướng dẫn của TYT xã. Một số nội dung nhiệm vụ có tỷ lệ NVYTT tham gia thực hiện gần như 100% là: tuyên truyền về vệ sinh môi trường và vệ sinh an toàn thực phẩm (98,5%); chăm sóc và quản lý thai nghén cho phụ nữ mang thai (98,5%); thực hiện các chương trình y tế khác (98,%); phát hiện, giám sát và báo cáo tình hình dịch bệnh (97%). Có 4 nhiệm vụ có dưới 80% NVYTT tham gia thực hiện là sơ cứu ban đầu các cấp cứu và tai nạn thường gặp cho người dân (46,3%), hướng dẫn người dân nuôi trồng và sử dụng thuốc nam tại gia đình (74,6%), tham gia các khóa đào tạo, tập huấn về chuyên môn trong vòng 1 năm qua (72,4%), tham gia hướng dẫn người dân thực hiện các biện pháp KHHGD (79,1%).

Bảng 2: Cách thức thực hiện các nhiệm vụ TT-GDSK

T T	Cách thức truyền thông, vận động và hướng dẫn người dân	NV1		NV2		NV3		NV4	
		n	%	n	%	n	%	n	%
1	Cấp phát tờ rơi, tài liệu	72	54,5	104	77,6	59	46,5	37	33,9
2	Trên loa phóng thanh	6	4,5	4	3,0	3	2,4	4	3,7
3	Giao tiếp nhóm	47	35,6	36	26,9	20	15,7	16	14,7
4	Thăm hộ gia đình	70	53,0	86	64,2	30	23,6	66	60,6
5	Lồng ghép nói chuyện	126	95,5	126	94,0	111	87,4	79	72,5
6	Có sổ ghi chép, báo cáo	86	65,2	99	73,9	63	49,6	47	43,1
7	Khác	11	8,3	16	11,9	4	3,1	12	11,0

Hình thức được NVYTT sử dụng nhiều nhất để TT- GDSK là lồng ghép nói chuyện trong các buổi họp thôn, đoàn thể (có tỷ lệ từ 72,5% – 95,5%), tiếp đến là cấp phát tờ rơi (từ 33,9% – 77,6%) và thăm hộ gia đình (từ 23,6% – 64,2%). Hình thức được sử dụng ít nhất là tuyên truyền trên loa phóng thanh (đều dưới mức 5%). Nội dung TT-GDSK có tỷ lệ NVYTT thực hiện việc ghi chép, báo cáo nhiều nhất là CSSKBD, phòng chống dịch bệnh (73,7%), thấp nhất là công tác dân số KHHGD (43,1%). Kết quả này có khác với nghiên cứu của Khánh Thị Nhi tại huyện Hoài Đức, thành phố Hà Nội: cấp phát tờ rơi, tài liệu có tỷ lệ cao nhất (94,4%), lồng ghép trong các buổi họp thôn, đoàn thể có tỷ lệ thấp nhất (35,5%). Điều này chủ yếu là do NVYTT ở Hòa Vang chưa được cấp phát và bổ

sung đầy đủ, thường xuyên các tờ rơi, tài liệu truyền thông. Việc chỉ tổ chức TT-GDSK chủ yếu dưới 3 hình thức: lồng ghép nói chuyện trong các buổi họp thôn, đoàn thể; cấp phát tờ rơi, tài liệu và thăm hộ gia đình... là phù hợp với thực tế vì NVYTT không có điều kiện thời gian và kinh phí để có thể tổ chức bằng các hình thức khác như: thảo luận nhóm hay tuyên truyền trên loa phóng thanh hay các buổi sinh hoạt, hội thi mà chỉ lồng ghép là chủ yếu.

4.3. Thuận lợi, khó khăn khi thực hiện nhiệm vụ

4.3.1. Thuận lợi:

Sự quan tâm chỉ đạo, hỗ trợ của chính quyền, ngành Y tế

100% TYT xã tổ chức giao ban theo tháng với NVYTT. Ngoài ra còn có 29,9% NVYTT trả lời có tham gia giao ban đột xuất với TYT xã. Có 100% NVYTT được TYT giám sát hỗ trợ, trong đó giám sát hỗ trợ đột xuất là 56%, theo tháng là 40% và theo quý là 4%.

Hầu hết NVYTT (98,5%) đều có sự phối hợp, giúp đỡ của trưởng thôn/ban nhân dân thôn trong thực hiện nhiệm vụ, chỉ có rất ít (1,5%) là không nhận được sự phối hợp, giúp đỡ.

Tương tự, hầu hết NVYTT (99,3%) cũng nhận được sự phối hợp, giúp đỡ của các ban, ngành, đoàn thể tại thôn trong thực hiện nhiệm vụ.

Hầu hết NVYTT (94%) đều có nguyện vọng tiếp tục làm NVYTT, chỉ có 6% là không muốn tiếp tục làm NVYTT.

Hoạt động của NVYTT ở Hòa Vang, thành phố Đà Nẵng đang có những thuận lợi như: có đầy đủ các văn bản quy định về chức năng nhiệm vụ và chế độ chính sách; các cấp, ngành quan tâm tạo điều kiện thuận lợi; đặc biệt là được đào tạo nâng cao trình độ chuyên môn và trang bị túi y tế thôn.

“Một điều kiện hết sức thuận lợi để NVYTT hoạt động là có đầy đủ các văn bản quy định về chức năng nhiệm vụ và chế độ phụ cấp dành cho NVYTT. Địa phương chúng tôi thực hiện đầy đủ theo hướng dẫn của Bộ Y tế và Sở Y tế thành phố” (Lãnh đạo TTYT huyện Hòa Vang, PVS).

“Nhìn chung, các cấp chính quyền và ngành y tế đã quan tâm, tạo mọi điều kiện thuận lợi để NVYTT chúng tôi hoạt động, từ công tác đào tạo nâng cao trình độ chuyên môn, chế độ phụ cấp trả đều đặn, đến giám sát hỗ trợ, trang bị một số trang thiết bị, dụng cụ.” (NVYTT xã Hòa Nhơn, TLN)

4.3.2. Khó khăn:

Bên cạnh những điều kiện thuận lợi thì hoạt động của NVYTT ở Hòa Vang cũng gặp không ít những khó khăn như: một số chưa nắm rõ vị trí, chức năng và nhiệm vụ của mình; trang thiết bị, dụng cụ, thuốc men chưa đồng bộ, chưa đầy đủ; không có kinh phí để tổ chức các hoạt động; cộng đồng vẫn chưa thực sự quan tâm, ủng hộ...

“Mặc dù đều đã được tập huấn và nhắc nhở thường xuyên, tuy nhiên một số nhân viên y tế thôn vẫn chưa nắm rõ vị trí, chức năng và nhiệm vụ trong hoạt động chăm sóc sức khỏe của địa phương. (Trưởng Trạm TYT xã Hòa Phú, PVS)

“NVYTT hiện nay vẫn chưa được cấp thẻ Bảo hiểm y tế miễn phí, vì vậy chưa tạo được sự yên tâm công tác trong không ít NVYTT. Ngoài ra, vẫn chưa có chính sách khen thưởng, động viên, tham quan học tập cho những NVYTT có thành tích xuất sắc trong thực hiện nhiệm vụ, để họ có động lực để tham gia thực hiện nhiệm vụ tốt hơn”. (Trạm Trưởng TYT xã Hòa Nhơn, PVS).

5. Kết luận

5.1. Việc thực hiện nhiệm vụ của NVYTT

Tại huyện Hòa Vang tính tới hết năm 2014 có 148 NVYTT. Tuổi trung bình của NVYTT là 48 tuổi, hơn một nửa nằm trong nhóm tuổi từ 30 đến 49 (51,5%), tỷ lệ nữ chiếm 89,6%. Hầu hết đều có trình độ học vấn từ cấp II trở lên (99,3%). Đa số đều có thâm niên công tác trên 5 năm (79,1%). Tất cả NVYTT đã qua đào tạo kiến thức kỹ năng dành cho NVYTT và được hưởng phụ cấp theo đúng quy định.

NVYTT tại huyện Hòa Vang thực hiện đủ cả 19 nội dung chức năng nhiệm vụ của NVYTT theo Thông tư 07/2013 của Bộ Y tế, trong đó có 3 nhiệm vụ có tỷ lệ NVYTT thực hiện nhiều nhất (đều 100%) là: Hướng dẫn chăm sóc sức khỏe ban đầu và phòng chống dịch bệnh, chăm sóc sức khỏe trẻ em, thực hiện ghi chép, báo cáo theo hướng dẫn của TYT xã; thấp nhất là nhiệm vụ sơ cấp cứu ban đầu các cấp cứu và tai nạn thường gặp (chỉ có 46,3%).

Hầu hết NVYTT ở Hòa Vang đã được cấp túi y tế thôn, tuy nhiên, phần lớn đều không có đủ trang thiết bị theo danh mục (94,7%). Hầu hết các xã đều tổ chức giao ban định kỳ hàng tháng và giám sát hỗ trợ đối với NVYTT.

5.2. Thuận lợi và khó khăn trong thực hiện nhiệm vụ của NVYTT

NVYTT ở Hòa Vang có nhiều điều kiện thuận lợi để hoạt động như: Có đầy đủ các văn bản quy định về chức năng nhiệm vụ và chế độ phụ cấp dành cho NVYTT; các cấp chính quyền và ngành y tế đã quan tâm, tạo điều kiện thuận lợi để NVYTT hoạt động; hầu hết NVYTT ở Hòa Vang đã được đào tạo nâng cao trình độ chuyên môn, trả phụ cấp đầy đủ, được trang bị túi Y tế thôn.

Một số khó khăn, tồn tại mà NVYTT ở Hòa Vang đang gặp phải là: Một số nhân viên y tế ấp chưa nắm rõ vị trí, chức năng và nhiệm vụ của mình; trang thiết bị, túi thuốc y tế chưa đồng bộ, đầy đủ; chưa được cấp thẻ Bảo hiểm y tế miễn phí; vẫn còn nhiều xã địa bàn rộng, dân cư đông mà chỉ có 1 NVYTT phụ trách; kinh phí để NVYTT tổ chức các hoạt động tại thôn hầu như không có; người dân vẫn chưa thực sự quan tâm, ủng hộ các hoạt động của NVYTT; chưa có chính sách khen thưởng, động viên, tham quan học tập cho những NVYTT có thành tích xuất sắc.

6. Kiến nghị

Các cấp, các ngành từ trung ương đến địa phương cần quan tâm cấp cho NVYTT ở huyện Hòa Vang một tấm thẻ Bảo hiểm Y tế. Thường xuyên kiểm tra, trang bị bổ sung các dụng cụ, thuốc thiết yếu cho NVYTT.

Trung tâm y tế huyện cần có kế hoạch dần dần thay thế số NVYTT tuổi đã quá cao và những NVYTT thiếu nhiệt tình trong công việc. Tiếp tục duy trì kế hoạch đào tạo và tập huấn hàng năm cho đội ngũ NVYTT.

Trung tâm y tế huyện và UBND các xã cần quan tâm hơn nữa tới hoạt động của NVYTT, thường xuyên động viên họ về mặt tinh thần và có những khuyến khích về vật chất để cho đội ngũ NVYTT ngày càng gắn bó hơn với sức khỏe cộng đồng.

Trạm y tế xã cần có kế hoạch tăng cường giám sát, hỗ trợ, tăng cường hướng dẫn, nhắc nhở NVYTT thực hiện đầy đủ các chức năng nhiệm vụ của mình.

TTYT huyện và TYT xã cần kiểm tra, đề xuất bổ sung thêm NVYTT cho một số thôn có địa bàn dân cư rộng, dân số đông.

TTYT huyện và TYT xã cần huy động thêm nguồn lực, đẩy mạnh xã hội hóa để có thêm kinh phí cho NVYTT tổ chức các hoạt động tại thôn.

Đẩy mạnh thông tin, tuyên truyền để người dân biết đến và ủng hộ các hoạt động của NVYTT.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2015), *Báo cáo chung Tổng quan ngành y tế năm 2014*, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội.
2. Bộ Y tế (2006), *Chăm sóc sức khỏe ban đầu ở Việt Nam trong tình hình mới*, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội.
3. Bộ Y tế (2013), *Thông tư số 07/2013/TT-BYT ngày 8/3/2013 qui định về tiêu chuẩn, chức năng, nhiệm vụ của Nhân viên y tế thôn bản*.
4. Khánh Thị Nhi (2011), *Đánh giá việc thực hiện nhiệm vụ của y tế thôn và các yếu tố liên quan tại huyện Hòa Đức, thành phố Hà Nội*, Luận văn Thạc sỹ Y tế công cộng, Trường Đại học Y tế công cộng, Hà Nội.
5. Nguyễn Quang Phi (2007), *Nghiên cứu thực trạng hoạt động của mạng lưới y tế thôn, bản huyện Cao Phong, Tỉnh Hòa Bình*, Luận văn Thạc sỹ Y tế công cộng, Trường Đại học Y tế công cộng, Hà Nội.
6. Sở Y tế Đà Nẵng (2013), *Kế hoạch Thực hiện Chương trình mục tiêu quốc gia xây dựng nông thôn mới giai đoạn 2013 -2020*.
7. Trung tâm Y tế huyện Hòa Vang (2014), *Báo cáo thống kê Y tế huyện Hòa Vang*.
8. World Health Organization (2000), *Home- based long- term care*, Geneva.
9. World Health Organization (1996), *Health policy and systems development. An Agenda for research*, Geneva

TÌM HIỂU THỰC TRẠNG, KIẾN THỨC, THÁI ĐỘ VÀ HÀNH VI SỬ DỤNG NHÀ VỆ SINH CỦA NGƯỜI DÂN TẠI MỘT SỐ XÃ TẠI HUYỆN A LƯỚI, THỪA THIÊN HUẾ NĂM 2016

*ThS. Phan Đăng Tâm, ThS. Lê Trung Quân
ThS. Nguyễn Văn Cương và Cộng sự
Trung tâm Truyền thông GDSK tỉnh Thừa Thiên Huế*

Tóm tắt nghiên cứu

Để tìm hiểu tỷ lệ hộ gia đình sử dụng nhà cầu hợp vệ sinh (NCHVS) ở A Lưới là bao nhiêu? Tại sao tỷ lệ hộ sử dụng NCHVS không cao? Những nguyên nhân nào khiến cho tỷ lệ hộ sử dụng nhà cầu không hợp vệ sinh ở A Lưới cao? Chúng tôi thực hiện đề tài “*Tìm hiểu thực trạng, kiến thức, thái độ và hành vi sử dụng nhà vệ sinh của người dân tại một số xã tại huyện A Lưới năm 2016*”. Với nghiên cứu tiền cứu, theo phương pháp mô tả cắt ngang, được thực hiện trên 400 hộ tại một số xã huyện A Lưới.

Kết quả nghiên cứu: Tỷ lệ người dân có kiến thức đúng về NCHVS đạt 49,8%, thái độ về sử dụng NCHVS là cần thiết chiếm tỷ lệ cao 96,8%, hành vi đúng của người dân trong sử dụng NCHVS chỉ đạt 55,8%. Tìm ra mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa kiến thức, thái độ, thực hành với trình độ học vấn, nghề nghiệp, thu nhập bình quân đầu người, cụ thể: Đối tượng có trình độ từ THPT trở lên có kiến thức đúng cao hơn nhưng có thực hành đúng lại thấp hơn trình độ dưới THPT; đối tượng nghề nghiệp nông, lâm, cán bộ viên chức nhà nước có kiến thức đúng cao hơn các đối tượng khác; thu nhập bình quân thuộc hộ có kinh tế trung bình trở lên có kiến thức, thực hành đúng cao hơn các đối tượng hộ nghèo, cận nghèo, chính sách.

1. Đặt vấn đề

Các chất thải người và gia súc là nguồn mang nhiều mầm bệnh. Vì vậy, các chất thải này cần phải có công trình tiếp nhận và xử lý tại chỗ trước khi cho vào hệ thống chung. Về mặt lý thuyết “nếu tỷ lệ hộ dân sử dụng NCHVS tăng thì các bệnh lây truyền qua đường tiêu hoá sẽ giảm”. Theo báo cáo của Khoa Sức khỏe cộng đồng thuộc Trung tâm Y tế Dự phòng tỉnh, năm 2015, toàn tỉnh đã có trên 5.710 NCHVS của nhân dân được hướng dẫn xây dựng mới. Nhưng tại Thừa Thiên Huế, theo báo cáo thống kê các bệnh truyền nhiễm năm 2012 của Trung

tâm Y tế dự phòng, nhiều bệnh truyền nhiễm như tiêu chảy, cúm, tay chân miệng, sốt xuất huyết, thủy đậu, quai bị, lỵ trực khuẩn, lỵ amip,...có tỷ lệ mắc cao nhất là những bệnh có liên quan tới Nước sạch và Vệ sinh môi trường (NSVSMT). Như vậy, xét về mặt lý thuyết thì không hợp lý. Phân tích các yếu tố khách quan như tăng dân số tự nhiên khiến cho tỷ lệ hộ dân sử dụng NCHVS không tăng hoặc người dân quá nghèo, không có tiền xây nhà vệ sinh thì chúng ta có thể loại trừ vì trong những năm gần đây kinh tế của nước ta, trong đó có Thừa Thiên Huế đều phát triển theo chiều hướng tốt. Mặt khác, nếu cho rằng báo cáo chưa chính xác thì cũng cần được loại trừ vì số liệu hàng năm có sự chênh lệch không đáng kể.

Tại tỉnh Thừa Thiên Huế, tỷ lệ hộ có NCHVS toàn tỉnh là 90% (đô thị 96% và nông thôn là 85%). Tuy tỷ lệ hộ có NCHVS của A Lưới tăng hơn năm trước 15,5% nhưng vẫn đạt thấp. Vậy tỷ lệ hộ sử dụng NCHVS ở A Lưới là bao nhiêu? Tại sao tỷ lệ hộ sử dụng NCHVS không cao? Những nguyên nhân nào khiến cho tỷ lệ hộ sử dụng nhà cầu không hợp vệ sinh ở A Lưới thấp? Để tìm hiểu vấn đề này cụ thể hơn, chúng tôi thực hiện đề tài “*Tìm hiểu thực trạng, kiến thức, thái độ và hành vi sử dụng nhà vệ sinh của người dân tại một số xã tại huyện A Lưới năm 2016*”.

2. Mục tiêu nghiên cứu

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

3. Phương pháp nghiên cứu

3.1. Đối tượng nghiên cứu

Đại diện 400 hộ gia đình (tuổi từ 18-60)

3.2. Thời gian nghiên cứu

Từ tháng 01/2016 đến hết tháng 12/2016.

3.3. Địa điểm nghiên cứu

Tiến hành ở 05 xã Hồng Vân, Hương Lâm, Hồng Thủy, A Roàng và Thị trấn A Lưới – Huyện A Lưới.

3.4. Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu tiên cứu, theo phương pháp mô tả cắt ngang.

3.5. Phương pháp xử lý số liệu

Phỏng vấn trực tiếp bằng bảng câu hỏi cấu trúc, nhập liệu bằng phần mềm EpiData 3.1, phân tích số liệu bằng phần mềm SPSS.

4. Kết quả nghiên cứu

4.1. Phân bố đặc điểm xã hội của đối tượng đánh giá

Bảng 1: Trình độ học vấn của đối tượng nghiên cứu

Dân tộc	Trình độ học vấn (n=400)					Tổng
	Mù chữ	Tiểu học	THCS	THPT	Trên THPT	
Kinh n	5	11	0	9	15	40
%	7,2	13,6	0	10,6	9,1	10,0
Tà ôi n	4	21	1	22	43	91
%	5,8	25,9	0	25,9	26,2	22,8
Vân Kiều n	15	31	0	28	48	122
%	39,1	38,3	0	32,9	29,3	30,5
Catu n	27	16	0	14	33	90
%	39,1	19,8	0	16,5	20,1	22,5
Khác n	18	2	0	12	25	57
%	26,1	2,5	0	14,1	15,2	14,2
Tổng n	69	81	0	85	164	400
%	17,25	20,25	0,25	21,25	41,00	100

Dân tộc Vân Kiều chiếm đa số ($122/400 = 30,5\%$) đối tượng nghiên cứu (ĐTNC), dân tộc Tà ôi chiếm tỷ lệ 22,8% và Catu chiếm 22,5%; dân tộc Kinh chiếm tỷ lệ thấp nhất 10%. Vân Kiều và Catu có tỷ lệ mù chữ cao nhất 39,1%. Đây là đối tượng cần được quan tâm nhiều hơn.

Bảng 2: Mức kinh tế gia đình và nghề nghiệp

Mức thu nhập	Số lượng (n=400)	Tỉ lệ (%)
Hộ nghèo/cận nghèo/chính sách	122	30,5
Trung bình	248	62,0
Khá-Giàu	30	7,5
Nghề nghiệp	Số lượng (n=400)	Tỉ lệ (%)
Nông/lâm/ngư nghiệp	294	73,5
Công nhân, cán bộ, viên chức nhà nước	46	11,5
Hưu trí/mất sức	20	5,0
Buôn bán, dịch vụ nhỏ	17	4,2
Thất nghiệp/ nội trợ	12	3,0
Khác	11	2,8

Chủ yếu là hộ trung bình (62,0%); hộ nghèo/cận nghèo/chính sách chiếm 30,5%; trong khi đó chỉ 7,5% hộ khá và giàu. Điều này chỉ ra rằng đời sống người dân vùng miền núi A Lưới vẫn còn nhiều khó khăn.

Nghề nghiệp của ĐTNCT tập trung chủ yếu ở nhóm nông, lâm, ngư nghiệp (73,5%), kể đến nhóm công nhân và cán bộ, viên chức nhà nước là nhóm làm mướn (11,5%) và thất nghiệp/ nội trợ (3,0%).

4.2. Nguồn kinh phí xây dựng nhà vệ sinh

Nguồn kinh phí xây dựng nhà vệ sinh của ĐTNCT chủ yếu gia đình tự xây chiếm 60,9%, Chương trình/Dự án hỗ trợ phối hợp với gia đình là 34,7%. 4,4% có được là do chương trình dự án đầu tư toàn bộ

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

Bảng 3: Kiến thức của người dân về loại nhà cầu hợp vệ sinh nhất

STT	Tiêu chí	Số lượng (n=400)	Tỷ lệ (%)
1	Chìm có ống thông hơi	22	5,5
2	Hai ngăn ủ phân tại chỗ	18	4,5
3	Thấm dột nước	65	16,2
4	Tự hoại	291	72,8
5	Loại khác	4	1,0
Tổng cộng		400	100

Đa số người dân cho rằng nhà cầu hợp vệ sinh nhất là loại tự hoại (72,8%), thấm dột nước (16,2%); nhà cầu chìm có ống thông hơi và hai ngăn ủ phân tại chỗ không cao (5,5% và 4,5%).

Bảng 4: Kiến thức của người dân về NCHVS

TT	Tiêu chí	Số lượng (n=400)	Tỷ lệ (%)	
1	Không có mùi hôi	299	74,8	
2	Không thải phân ra môi trường xung quanh	282	70,5	
3	Có khả năng diệt được mầm bệnh	181	45,2	
4	Cách xa nguồn nước trên 10 mét	183	45,8	
5	Không biết	42	10,4	
Kiến thức		Đạt	199	49,8
		Không đạt	201	50,2

Tiêu chí NCHVS được nhắc đến nhiều nhất là không có mùi hôi chiếm 74,8%; không thải phân ra môi trường chung quanh 70,5%; khả năng diệt được mầm bệnh chỉ chiếm 45,2 %; cách xa nguồn nước trên 10 mét 45,8%. Số người trả lời có kiến thức đúng về NCHVS (đạt cả 3 tiêu chí trở lên) chiếm 49,8%.

Bảng 5: Kiến thức của người dân về một số bệnh do phân người

TT	Tiêu chí	Số lượng (n=400)	Tỷ lệ (%)
1	Tiêu chảy	379	94,8
2	Lỵ trực trùng	134	33,5
3	Lỵ Amip	61	15,2
4	Thương hàn	30	7,5
5	Đau bụng giun	354	88,5
6	Viêm nhiễm đường sinh dục	49	12,2
7	Tay chân miệng	177	44,2

Tỷ lệ người trả lời biết một số bệnh do phân người gây ra như tiêu chảy 94,8%, đau bụng giun 88,5%, tay chân miệng 44,2%, lỵ trực trùng 33,5%, lỵ Amip 15,2%, thương hàn được nhắc đến ít nhất (7,5%).

Thái độ của đối tượng nghiên cứu: 52,5% ĐTNC đồng ý với việc không nên phóng uế bừa bãi và 96,8% cho rằng cần thiết phải có NCHVS.

Bảng 6: Loại nhà cầu sử dụng thường xuyên

STT	Loại nhà cầu	Số lượng (n=400)	Tỉ lệ (%)
1	Chìm có ống thông hơi	72	18,0
2	Hai ngăn ủ phân tại chỗ	1	0,2
3	Thấm dột nước	41	10,2
4	Tự hoại	109	27,2
5	Nhà tiêu loại khác	100	25,0
6	Không có nhà tiêu	77	19,2
Thực hành	Đạt	223	55,8
	Không đạt	177	44,2

Về thực hành: Theo số liệu chúng tôi thu thập số hộ gia đình sử dụng nhà cầu riêng chiếm tỷ lệ 73,5%. Còn 26,5% số hộ dùng chung nhà cầu, đây là vấn đề

tiềm ẩn nguy cơ ô nhiễm môi trường sống và lây truyền các bệnh truyền nhiễm. Tuy nhiên số hộ sử dụng các loại NCHVS theo tiêu chuẩn Bộ Y tế là 223/400 đạt 55,8%; 44,2% không đạt theo tiêu chuẩn. Đặc biệt có tới 19,2% không có nhà tiêu.

Bảng 7: Thực hành về quét dọn, vệ sinh, sửa chữa nhà tiêu

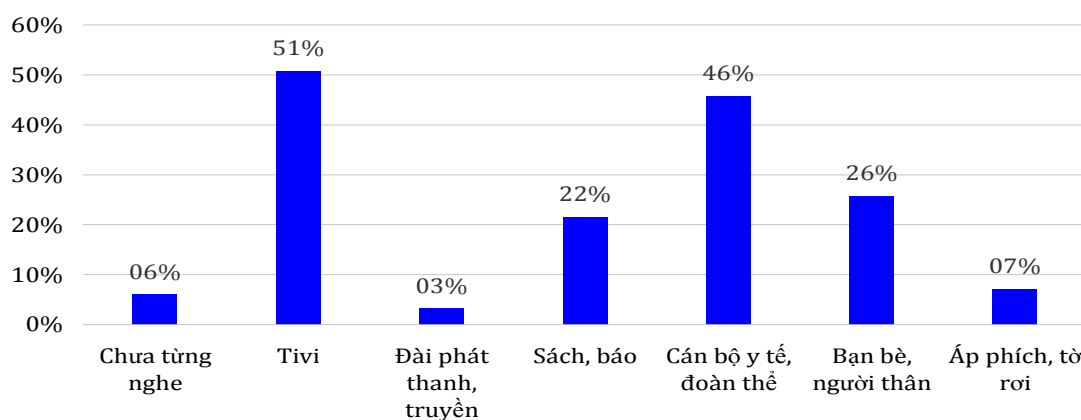
STT	Quét dọn, vệ sinh, sửa chữa nhà tiêu	Số lượng (n=400)	Tỷ lệ (%)
1	Thường xuyên	182	45,5
2	Thỉnh thoảng	70	17,5
3	Không cần thiết	148	37,0
Tổng cộng		400	100

Quét dọn, vệ sinh, sửa chữa nhà tiêu thường xuyên chiếm 45,5%, thỉnh thoảng chiếm 17,5%. Đặc biệt 37,0% cho rằng không cần thiết.

Bảng 8: Thực hành về có rửa tay bằng xà phòng sau khi đi vệ sinh

STT	Rửa tay bằng xà phòng sau khi đi vệ sinh	Số lượng(n =400)	Tỷ lệ (%)
1	Thường xuyên	89	22,2
2	Thỉnh thoảng	83	20,8
3	Không rửa	228	57,0
Tổng cộng		400	100

Thường xuyên rửa tay bằng xà phòng sau khi đi vệ sinh 22,2%, thỉnh thoảng 20,8%, không rửa 57,0%.



Biểu đồ 1: Nguồn cung cấp thông tin hướng dẫn về xây dựng NCHVS

Hầu hết các hộ đều được hướng dẫn về xây dựng NCHVS từ cán bộ y tế, đoàn thể, tình nguyện viên 45,75%. Đặc biệt, qua tivi (50,8%), qua các nguồn khác chiếm một tỷ lệ thấp.

4.4. Các yếu tố liên quan đến kiến thức, thực hành về NCHVS

Bảng 9: Mối liên quan giữa kiến thức, thực hành NCHVS và trình độ học vấn

STT	Trình độ học vấn	Kiến thức đạt		Thực hành đạt	
		Tần số (n = 199)	Tỷ lệ (%)	Tần số (n = 223)	Tỷ lệ (%)
1	Dưới THPT	93	46,7	115	51,6
2	Từ THPT trở lên	106	53,3	108	48,4
		p <0,05		p <0,05	

Có mối liên quan giữa trình độ học vấn với kiến thức, thực hành NCHVS. Nhóm có trình độ THPT trở lên có kiến thức đúng cao hơn nhóm có trình độ dưới THPT. Nhóm có trình độ THPT trở lên có tỷ lệ thực hành đúng thấp hơn nhóm có trình độ dưới THPT. Sự khác biệt không lớn và có ý nghĩa thống kê (p<0,05).

Kết quả nghiên cứu cũng cho thấy đối tượng có nghề nghiệp là nông, lâm, cán bộ viên chức nhà nước có kiến thức đúng cao hơn các đối tượng khác (80,9% và 19,1%). Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê (p<0,05).

Bảng 10: Phân theo thu nhập bình quân

TT	Thu nhập bình quân	Kiến thức đúng		p	Thực hành đúng		p
		Tần số (n = 199)	Tỷ lệ (%)		Tần số (n = 223)	Tỷ lệ (%)	
1	Hộ nghèo/cận nghèo/ chính sách	43	21,6	<0,05	32	14,3	<0,05
2	Trung bình trở lên	156	78,4		191	85,6	
Tổng cộng		199	100		223	100	

Đối tượng thuộc hộ có kinh tế trung bình trở lên có kiến thức, thực hành đúng cao hơn các đối tượng thuộc hộ nghèo/cận nghèo/chính sách. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê (p<0,05).

5. Bàn luận

5.1. Kiến thức của người dân về sử dụng NCHVS

Người dân có kiến thức đúng về NCHVS đạt 49,8% (đạt cả 3 tiêu chí trở lên). Đa số người dân cho rằng NCHVS phải đạt tiêu chí không thải phân ra môi trường xung quanh (70,5%), tiêu chí không có mùi hôi chiếm 74,8% và NCHVS phải có khả năng diệt được mầm bệnh chỉ chiếm 45,2 %, cách xa nguồn nước trên 10 mét chiếm 45,8%. Điều này cho thấy vẫn còn một khoảng trống khá lớn trong công tác truyền thông. Trong chiến dịch vận động dẹp bỏ những nhà cầu không hợp vệ sinh, việc chuẩn bị kiến thức vệ sinh cũng như kỹ năng truyền thông cho đội ngũ y tế thôn, bản cũng như cán bộ ban ngành, đoàn thể xã chưa đáp ứng yêu cầu. Nghiên cứu cho thấy, hầu hết các hộ đều được hướng dẫn về xây dựng NCHVS từ cán bộ y tế, đoàn thể, tình nguyện viên chỉ chiếm 45,75%. Đặc biệt qua tivi (50,8%), qua các nguồn khác chiếm một tỷ lệ thấp.

Ngoài ra, kiến thức của người dân về các bệnh do phân người gây ra không toàn diện, như tiêu chảy 94,8%, đau bụng giun 88,5%, còn các bệnh khác thấp như tay chân miệng 44,2%, lỵ trực trùng 33,5%, lỵ Amip 15,2%, thương hàn 7,5%, viêm nhiễm đường sinh dục 12,2%, bệnh khác 0,2%.

5.2. Thái độ của người dân về sử dụng NCHVS

Thái độ về sử dụng NCHVS là cần thiết chiếm tỷ lệ cao 96,8%. Điều này cho thấy mong muốn có một NCHVS của người dân là rất cao. Đồng ý quan điểm không nên phóng uế bừa bãi chiếm 52,5%, tuy nhiên đáng lưu ý còn 47,5% không đồng ý. Thói quen phóng uế bừa bãi đã tồn tại từ rất lâu nên cần tuyên truyền vận động lâu dài để thay đổi nhận thức và thái độ của người dân.

5.3. Thực hành của người dân về sử dụng NCHVS

Tỷ lệ hộ dân sử dụng NCHVS hiện nay tại 5 xã khảo sát ở mức theo tiêu chuẩn Bộ Y tế là 55,8%, thấp hơn so với báo cáo của Trung tâm Y tế dự phòng tỉnh Thừa Thiên Huế 61%. Nguyên nhân chính do chi phí để xây được một nhà cầu/nhà tắm hoàn chỉnh mất khoảng 12 triệu. Trong khi đó, các DTNC thuộc hộ nghèo, cận nghèo, chính sách chiếm 30,5%. Với tình trạng kinh tế như vậy thì việc dành một khoản tiền như vậy để làm nhà cầu là khó khăn.

Hành vi đúng của người dân về sử dụng NCHVS chỉ đạt 55,8%, 44,2% không đạt theo tiêu chuẩn Bộ Y tế. Đặc biệt cần lưu ý 19,2% không có NCHVS (cả nước vẫn còn 50% số hộ gia đình chưa có NCHVS). Còn 26,5% số hộ dùng chung nhà cầu. Số hộ người dân sử dụng nhà cầu với 1 hộ khác chiếm tỷ lệ 53,77%, 2 hộ 24,53% và 3 hộ trở lên là 21,7%.

Hành vi quét dọn, vệ sinh, sửa chữa nhà tiêu thường xuyên 45,5%, thỉnh thoảng 17,5%. Đặc biệt 37,0% cho rằng không cần thiết. Hành vi rửa tay bằng xà phòng sau khi đi vệ sinh: thường xuyên (22,2%), thỉnh thoảng (20,8%), không rửa (57,0%). Đây là vấn đề tiềm ẩn nguy cơ ô nhiễm môi trường sống và lây truyền các bệnh truyền nhiễm.

Nguồn kinh phí xây dựng nhà vệ sinh của ĐTNCT chủ yếu gia đình tự xây chiếm 60,9%, Chương trình/Dự án hỗ trợ một phần là 34,7%; toàn bộ là 4,4%.

5.4. Các yếu tố liên quan đến kiến thức, thái độ và thực hành đúng về sử dụng NCHVS

Có mối liên quan có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$) giữa kiến thức, thái độ, thực hành đúng của người dân với trình độ học vấn, nghề nghiệp, thu nhập bình quân:

Đối tượng có trình độ từ THPT trở lên có kiến thức đúng cao hơn nhưng có thực hành đúng lại thấp hơn trình độ dưới THPT.

Đối tượng nghề nghiệp nông, lâm, cán bộ viên chức nhà nước có kiến thức đúng cao hơn các đối tượng khác.

Đối tượng thuộc hộ có kinh tế trung bình trở lên có kiến thức, thực hành đúng cao hơn các đối tượng hộ nghèo, cận nghèo, chính sách.

Hầu hết các hộ đều được tiếp cận thông tin về NCHVS từ nhiều nguồn khác nhau, chiếm đa số là cán bộ y tế, đoàn thể, tình nguyện viên. Đặc biệt phương tiện truyền thông đại chúng như tivi (63,4%), đài phát thanh, truyền thanh (59,2%) và sách, báo (57,2%) chiếm một tỷ lệ khá cao. Vẫn còn 13% chưa từng nghe thông tin về NCHVS. Tỷ lệ người dân biết thông tin thông qua áp phích, tờ rơi rất thấp 12% phù hợp với số lượng tờ rơi, áp phích cung cấp còn hạn chế cho người dân.

Từ các thông tin thu thập được về hành vi người dân, so sánh với tài liệu truyền thông cho thấy, nội dung các tài liệu này chưa cung cấp đầy đủ thông tin về sử dụng các công trình vệ sinh, tác hại, hậu quả của việc sử dụng nhà cầu không hợp vệ sinh đối với sức khỏe và sự lây lan bệnh tật trong cộng đồng.

6. Kết luận

6.1. Tỷ lệ người dân có kiến thức, thái độ, thực hành đúng về sử dụng NCHVS

Kiến thức người dân hiểu đúng về NCHVS đạt 49,8%.

Thái độ về sử dụng NCHVS là cần thiết chiếm tỷ lệ cao 96,8%. Tuy nhiên, chỉ có 52,5% đồng ý quan điểm không nên phóng uế bừa bãi và đáng lưu ý còn 47,5% vẫn có thái độ đồng ý với việc phóng uế bừa bãi.

Hành vi đúng của người dân trong sử dụng NCHVS chỉ đạt 55,8%. Đặc biệt cần lưu ý 19,2% không có nhà tiêu. Còn 26,5% số hộ dùng chung nhà cầu.

Đặc biệt 37,0% cho rằng không cần thiết quét dọn nhà cầu. 57,0% không rửa tay sau khi đi vệ sinh.

6.2. Các yếu tố liên quan đến kiến thức, thái độ, thực hành đúng về sử dụng NCHVS

Tìm thấy mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa kiến thức, thái độ và thực hành đúng về sử dụng NCHVS với trình độ học vấn, nghề nghiệp và thu nhập bình quân.

Theo trình độ học vấn: Đối tượng có trình độ từ THPT trở lên có kiến thức đúng cao hơn nhưng lưu ý có thực hành đúng lại thấp hơn trình độ dưới THPT.

Theo nghề nghiệp: Đối tượng nghề nghiệp nông, lâm, cán bộ viên chức nhà nước có kiến thức đúng cao hơn các đối tượng khác.

Theo thu nhập bình quân đối tượng thuộc hộ có kinh tế trung bình trở lên có kiến thức, thực hành đúng cao hơn các đối tượng hộ nghèo, cận nghèo, chính sách.

7. Kiến nghị

7.1. Đối với Chương trình NSVSMT

Nhà cầu được thiết kế của chương trình NSVSMT phù hợp với khu vực, nên khuyến cáo lấy làm mô hình kỹ thuật chuẩn để các hộ gia đình khác áp dụng. Tuy nhiên, nâng cao kiến thức, thay đổi thái độ hành vi người dân về sử dụng nhà cầu đi đôi với việc xây dựng quan trọng hơn là việc tăng số lượng nhà cầu.

7.2. Đối với công tác TTGDSK

Phát huy hiệu quả kênh truyền thông sẵn có, phối hợp thêm các hình thức truyền thông khác để thay đổi hành vi người dân.

Dựa trên nền tảng sẵn có, nghiên cứu để có được chiến lược truyền thông hiệu quả, trong đó lưu ý: Các nội dung, thông điệp truyền thông phù hợp với các vấn đề hiện nay tại cộng đồng, đa dạng hóa tài liệu truyền thông, phối hợp/lồng ghép nhiều kênh truyền thông, không nên chỉ sử dụng một hình thức thăm hộ gia đình. Đặc biệt tuyên truyền bằng tiếng của đồng bào dân tộc.

Việc truyền thông cần lồng ghép vào các hoạt động của các ban, ngành, đoàn thể và các nội dung y tế khác như an toàn vệ sinh thực phẩm, phòng chống dịch bệnh đường tiêu hóa để nâng cao nhận thức cho các đối tượng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bách khoa toàn thư mở Wikipedia (2013) – Nhà vệ sinh, Nông thôn Việt Nam.
2. Bộ Y tế (2005), *Quyết định 08/2005/QĐ-BYT ngày 11/3/2005 của Bộ Y tế về việc ban hành tiêu chuẩn vệ sinh đối với các loại nhà tiêu.*

3. Mai Hữu Thiện Bồn (2011), *Nghiên cứu thực trạng vệ sinh môi trường và một số yếu tố liên quan ở hai xã Phú An và Phú Mỹ thuộc huyện Phú Vang tỉnh Thừa Thiên Huế*. Luận văn tốt nghiệp CK cấp I chuyên ngành Y học dự phòng, Trường Đại học Y Dược Huế.
4. Chương trình mục tiêu quốc gia Nước sạch và Vệ sinh môi trường nông thôn (Giai đoạn 2006 - 2010), Tr: 4- 6.
5. Thủ tướng Chính phủ (2000), *Quyết định số 104/2000/QĐ-TTg ngày 25/8/2000 của Thủ tướng Chính phủ về việc phê duyệt chiến lược quốc gia về cấp nước sạch và vệ sinh nông thôn đến năm 2020*.
6. Thủ tướng Chính phủ (1998), *Quyết định số 237/1998/QĐ-TTg ngày 03/12/1998 của Thủ tướng Chính phủ về việc phê duyệt Chương trình mục tiêu quốc gia Nước sạch và vệ sinh môi trường nông thôn*
7. Cục Quản lý Môi trường Y tế (2012); *Báo cáo Kết quả thực hiện công tác năm 2012 và kế hoạch năm 2013*, Tr: 25, 26.

**KHẢO SÁT KIẾN THỨC, THỰC HÀNH PHÒNG BIẾN CHỨNG
TĂNG HUYẾT ÁP VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN
Ở BỆNH NHÂN TĂNG HUYẾT ÁP ĐANG ĐIỀU TRỊ NGOẠI TRÚ
TẠI TRUNG TÂM Y TẾ HUYỆN PHONG ĐIỀN - THỪA THIÊN HUẾ,
NĂM 2016**

*ThS. Nguyễn Văn Cường, ThS. Phan Đăng Tâm,
CN. Thái Văn Khoa và cộng sự
Trung tâm Truyền thông GDSK Thừa Thiên Huế*

Tóm tắt nghiên cứu

Để tìm hiểu thực trạng kiến thức, thực hành phòng biến chứng tăng huyết áp (THA) của bệnh nhân THA, làm cơ sở cho các can thiệp cải thiện tình trạng sức khỏe của bệnh nhân THA đang điều trị tại bệnh viện cũng như trong cộng đồng, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài: “*Kiến thức, thực hành phòng biến chứng tăng huyết áp và một số yếu tố liên quan ở bệnh nhân tăng huyết áp đang điều trị ngoại trú tại Trung tâm Y tế huyện Phong Điền, Thừa Thiên Huế năm 2016*”. Nghiên cứu mô tả cắt ngang có phân tích được thực hiện trên 198 bệnh nhân THA đang điều trị ngoại trú.

Kết quả nghiên cứu cho thấy người bị THA tại bệnh viện Phong Điền, tỉnh Thừa Thiên Huế có kiến thức đạt về phòng biến chứng của THA chiếm tỷ lệ thấp (20,7%); tỷ lệ thực hành đạt về phòng biến chứng của THA thấp (18,7%). Có mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa thực hành phòng biến chứng THA của người bị THA với: trình độ học vấn, giới tính và kiến thức. Những người có trình độ học vấn trên THPT, nữ và kiến thức đạt về phòng biến chứng có thực hành đạt về phòng biến chứng THA cao lần lượt gấp 3,1; 6,8 và 2,61 lần những có trình độ dưới THPT, giới tính nam và người có kiến thức không đạt.

1. Đặt vấn đề

Tăng huyết áp là bệnh mãn tính phổ biến trên thế giới cũng như ở Việt Nam, là nguyên nhân gây tàn phế và tử vong hàng đầu ở người cao tuổi. Ước tính, mỗi năm trên thế giới có khoảng 9,4 triệu trường hợp tử vong do các biến chứng của THA và số người bị THA không kiểm soát tăng lên từ 600 triệu năm 1980 đến gần 1 tỷ năm 2008. Con số này được dự đoán sẽ tiếp tục tăng và đạt khoảng 1,56 tỷ người năm 2025. Tại Việt Nam, năm 1960 tỷ lệ THA là khoảng 1%, năm 2005 là 18,3%. Năm 2008, một nghiên cứu của Viện Tim mạch Việt Nam tiến hành ở người lớn (≥ 25 tuổi) tại 8 tỉnh và thành phố của nước ta cho thấy tỷ lệ THA tăng lên đến 25,1% nghĩa là cứ 4 người lớn ở nước ta thì có 1 người bị THA. Đến năm

2025 có khoảng 25 triệu người Việt Nam bị THA nếu không có các biện pháp dự phòng.

THA và các biến chứng của THA có thể phòng, chống thông qua phát hiện bệnh sớm, sử dụng thuốc kết hợp với thay đổi lối sống tích cực hơn. Nhằm góp phần đưa ra những bằng chứng khoa học về thực trạng kiến thức, thực hành phòng biến chứng THA của bệnh nhân THA, làm cơ sở cho các can thiệp cải thiện tình trạng sức khỏe của bệnh nhân THA đang điều trị tại bệnh viện cũng như trong cộng đồng. Chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài: *“Kiến thức, thực hành phòng biến chứng tăng huyết áp và một số yếu tố liên quan ở bệnh nhân tăng huyết áp đang điều trị ngoại trú tại Trung tâm Y tế huyện Phong Điền, Thừa Thiên Huế năm 2016”*.

2. Mục tiêu nghiên cứu

- 2.1. Mô tả kiến thức và thực hành về phòng biến chứng THA ở bệnh nhân THA đang điều trị ngoại trú tại Trung tâm Y tế huyện Phong Điền, Thừa Thiên Huế năm 2016.
- 2.2. Xác định một số yếu tố liên quan đến kiến thức, thực hành phòng biến chứng THA ở bệnh nhân THA đang điều trị ngoại trú tại Trung tâm Y tế huyện Phong Điền, Thừa Thiên Huế năm 2016.

3. Đối tượng và phương pháp nghiên cứu

3.1. Đối tượng nghiên cứu

Tổng số 198 bệnh nhân THA đang điều trị ngoại trú tại Trung tâm Y tế huyện Phong Điền, Thừa Thiên Huế năm 2016 đã tham gia vào nghiên cứu.

Tiến hành thu thập số liệu từ tháng 3/2016 – 4/2016, lấy tất cả các đối tượng đến khám tại phòng khám bệnh THA của TTYT Phong Điền đáp ứng đủ tiêu chuẩn lựa chọn vào nghiên cứu. Mỗi bệnh nhân đến xếp sổ khám bệnh THA được hỏi ý kiến, mời tham gia vào nghiên cứu cho đến khi đủ 198 bệnh nhân

3.2. Thời gian và địa điểm nghiên cứu

Thời gian: Từ tháng 1/2016 – 11/2016.

Địa điểm: TTYT Phong Điền, Thừa Thiên Huế.

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

3.4. Phương pháp phân tích số liệu

Phương pháp nhập liệu: Số liệu được nhập bằng phần mềm Epidata 3.1.

Phân tích số liệu: Sử dụng phần mềm SPSS16.0 để phân tích số liệu.

4. Kết quả nghiên cứu

4.1. Thông tin chung về đối tượng nghiên cứu

Bảng 1: Thông tin về nhân khẩu học của đối tượng nghiên cứu

Biến số	Lựa chọn	Tần số (n =198)	Tỷ lệ(%)
Giới tính	Nam	100	50,5
	Nữ	98	49,5
Tuổi	≤ 60	89	44,9
	> 60	109	55,1
Trình độ học vấn	Không biết chữ	67	33,8
	Tiểu học (cấp 1)	78	39,4
	THCS (cấp 2)	14	7,1
	THPT (cấp 3)	11	5,6
	Trung cấp, cao đẳng, đại học và trên đại học	28	14,1
Kinh tế gia đình	Nghèo	19	9,6
	Cận nghèo	66	33,3
	Trên cận nghèo	113	57,1
Cơ cấu gia đình	Sống cùng gia đình (vợ/chồng, con, cháu)	191	96,5
	Sống một mình	7	3,5

Phân bố tỷ lệ giới tính của 198 đối tượng nghiên cứu (ĐTNC) không có sự chênh lệch lớn, tỷ lệ nam giới chiếm 50,5% và tỷ lệ nữ giới chiếm 49,5%. Số bệnh nhân THA đến khám tại bệnh viện Phong Điền có tuổi đời khá cao, trên 60 tuổi chiếm đến 55,1%. Trình độ học vấn của ĐTNC khá thấp, 83,2% ĐTNC có trình độ dưới cấp 1, chỉ có 19,7% ĐTNC có trình độ từ THPT trở lên. Những ĐTNC này có kinh tế gia đình trên cận nghèo chiếm 57,1% và 96,5% người bệnh hiện đang sống với gia đình.

Bảng 2: Thông tin về phát hiện bệnh THA của đối tượng nghiên cứu

Biến số	Lựa chọn	Tần số(n =198)	Tỷ lệ (%)
Tiền sử gia đình có người bị THA	Có	43	21,7
	Không	74	37,4
	Không biết	81	40,9
Hoàn cảnh phát hiện bệnh THA	Đi khám sức khỏe định kỳ	18	9,1
	Khi có những biểu hiện (đau đầu, hoa mắt, chóng mặt...)	100	50,5
	Qua chương trình khám sàng lọc	5	2,5
	Khi vào viện vì một bệnh khác	74	37,4
	Khác (tự đo và phát hiện bệnh)	1	0,5

Có 21,7% đối tượng cho rằng gia đình họ có người đã từng bị THA. Bản thân ĐTNC cho rằng họ phát hiện THA khi có những biểu hiện của bệnh (đau đầu, hoa mắt, chóng mặt...) chiếm 50,5% và một tỷ lệ khá cao (37,4%) người bệnh phát hiện bị THA nhờ đi khám vì một bệnh khác, nhưng chỉ có 9,1% người bệnh phát hiện THA bằng việc khám sức khỏe định kỳ.

Bảng 3: Thông tin về điều trị bệnh THA của đối tượng nghiên cứu

Biến số	Lựa chọn	Tần số (n=198)	Tỷ lệ (%)
Thời gian điều trị THA	< 1 năm	66	33,3
	Từ 1 – 5 năm	106	53,5
	> 5 năm	26	13,1
Cấp độ THA khi phát hiện bệnh	THA độ 1	102	51,5
	THA độ 2	80	40,4
	THA độ 3	16	8,1
Cấp độ THA hiện tại	HA tối ưu	7	3,5
	HA bình thường	3	1,5
	Tiền HA	15	7,6
	THA độ 1	120	60,6
	THA độ 2	48	24,2
	THA độ 3	5	2,5

Về thời gian điều trị THA của ĐTNC chủ yếu từ 1-5 năm chiếm 53,5%, các bệnh nhân điều trị trên 5 năm chiếm tỷ lệ nhỏ chỉ 13,1%. ĐTNC cho rằng khi phát hiện THA thì chủ yếu là THA độ 1 chiếm 51,5% và độ 2 chiếm 40,4%. Cấp độ THA hiện tại của ĐTNC chủ yếu là độ 1 chiếm 60,6% và chỉ 3,5% HA tối ưu và 1,5% HA bình thường.

4.2. Kiến thức phòng biến chứng do tăng huyết áp

Kiến thức về thời gian đo huyết áp: 33,8% ĐTNC cho rằng cách theo dõi THA là đo thường xuyên, 9,6% ĐTNC cho rằng chỉ theo dõi hàng tháng. Có tới 56,6% ĐTNC cho rằng chỉ cần đo huyết áp khi mệt mỏi, chóng mặt, đau đầu...

Kiến thức về nguyên tắc điều trị THA và dùng thuốc THA: 55,1% ĐTNC cho rằng cần dùng thuốc kết hợp với thay đổi lối sống. Tỷ lệ người bệnh cho rằng chỉ cần dùng thuốc cũng chiếm tỷ lệ khá cao (44,9%).

Bảng 4: Kiến thức về các yếu tố nguy cơ có thể gây ra THA

Biến số	Lựa chọn	Tần số (n = 198)	Tỷ lệ (%)
YTNC gây ra THA	Tuổi cao	105	53
	Ăn mặn	124	62,6
	Uống nhiều rượu, bia	60	30,3
	Béo phì	29	14,6
	Ít vận động	58	29,4
	Hút thuốc lá, thuốc lào	55	27,9
	Gia đình có người bị THA	52	26,4
	Căng thẳng, stress	40	20,3
	Không biết	40	20,3
Đánh giá kiến thức về YTNC	Kiến thức đạt	51	25,8
	Kiến thức không đạt	147	74,2

Bảng trên cho thấy trong các yếu tố nguy cơ gây THA, yếu tố ăn mặn chiếm tỷ lệ cao nhất 62,6%, tiếp đến là yếu tố uống rượu bia 30,3%, ít vận động 29,4% và có đến 20,4% ĐTNC không biết một yếu tố nào. Về kiến thức các yếu tố nguy cơ THA có 25,8% ĐTNC đạt và 74,2% ĐTNC chưa đạt.

Bảng 5: Kiến thức về lối sống đề phòng biến chứng THA

Kiến thức về lối sống đề phòng THA	Tần số (n = 198)	Tỷ lệ (%)
Giảm ăn mặn	146	73,7
Hạn chế các thức ăn từ mỡ động vật	60	30,3
Ăn nhiều rau xanh, hoa quả	40	20,2
Không để thừa cân, béo phì	22	11,1
Hạn chế uống rượu/bia	80	40,4
Không hút thuốc lá/thuốc lào	74	37,4
Lao động chân tay ở mức độ vừa phải, tập thể dục từ 30– 60 phút/ngày	47	23,7
Hạn chế căng thẳng, stress	56	28,3
Tránh bị lạnh đột ngột	20	10,1
Không biết	38	19,3

Từ bảng 5 kiến thức về lối sống đề phòng biến chứng THA cho thấy 73,7% ĐTNC cho rằng giảm ăn mặn; 40,4% hạn chế rượu bia; 37,4% không hút thuốc lá và 19,3% không biết. Đánh giá chung kiến thức về lối sống đề phòng biến chứng THA chỉ có 20,2% ĐTNC đạt, 79,8% ĐTNC có kiến thức không đạt.

Đánh giá chung về kiến thức phòng biến chứng THA: chỉ có 20,7% ĐTNC có kiến thức đạt và có tới 79,3% ĐTNC không có kiến thức đạt (Khi trả lời được $\geq 2/3$ số điểm của câu thì được đánh giá là đạt, trả lời được $< 2/3$ số điểm của câu là không đạt). Kết quả này trong nghiên cứu thấp hơn so với nghiên cứu của Bùi Thị Thanh Hòa được tiến hành trên bệnh nhân THA đang được quản lý ngoại trú tại bệnh viện E Hà Nội (2012) với 51,7% ĐTNC có kiến thức đạt về phòng biến chứng của THA. Sự khác biệt này có thể do nghiên cứu của Bùi Thị Thanh Hòa được thực hiện ở nội thành Hà Nội, nơi có trình độ dân trí cao hơn, người dân có đầy đủ các thông tin về bệnh THA.

4.3. Thực hành phòng tránh biến chứng của tăng huyết áp

Bảng 6: Thực hiện các biện pháp thay đổi lối sống phòng biến chứng THA

Các biện pháp	Tần số	Tỷ lệ (%)
Chế độ ăn hạn chế muối	181	91,4
Chế độ tăng cường rau xanh, hoa quả tươi	99	50,0
Chế độ ăn hạn chế mỡ động vật	97	49,0
Hạn chế rượu bia	64	32,3
Không hút thuốc lá/thuốc lào	160	80,8
Hoạt động thể lực	167	84,3

Bảng 6 cho thấy về thực hành các biện pháp tích cực thay đổi lối sống có 91,4% ĐTNC hạn chế muối, 50% tăng cường rau xanh, hoa quả tươi, 80,8% ĐTNC không hút thuốc lá/thuốc lào và 84,3% hoạt động thể lực.

Bảng 7: Thực hành điều trị THA của đối tượng nghiên cứu

Biến số	Lựa chọn	Tần số (n = 198)	Tỷ lệ (%)
Nguyên tắc điều trị THA	Chỉ dùng thuốc	58	29,4
	Dùng thuốc kết hợp với thay đổi lối sống	111	56,3
	Không biết	29	14,3
Thời gian theo dõi HA	Đo thường xuyên	65	32,8
	Chỉ đo khi: Mệt mỏi, đau đầu, chóng mặt	28	14,2
	Chỉ đo khi vào viện khám/chữa bệnh	105	53
Người hướng dẫn dùng thuốc điều trị THA	Bác sĩ	187	94,4
	Người bị THA khác	9	4,5
	Theo phương tiện truyền thông	0	0
	Khác	2	1,1
Thời gian dùng thuốc hạ áp	Liên tục, kéo dài	101	51,0
	Chỉ dùng khi HA cao	97	49,0
Người đo HA	Nhân viên y tế	188	94,9
	Tự đo/người thân	10	5,1
Khám sức khỏe định kỳ	Có	38	19,2
	Không	160	80,2
Quên dùng thuốc	Thường xuyên	83	41,9
	Thỉnh thoảng	101	51,0
	Hiếm khi/không bao giờ	14	7,1

Về thực hành phòng tránh biến chứng của THA bảng 7 cho thấy 56,3% ĐTNC dùng thuốc kết hợp với thay đổi lối sống. Có đến 94,4% người bệnh dùng thuốc do bác sĩ chỉ dẫn. Nhưng 49% người bệnh cho rằng chủ dùng thuốc khi THA. Người đo HA chủ yếu là nhân viên y tế 94,9%. Chỉ có 19,2% người bệnh có khám sức khỏe định kỳ và 41,9% người bệnh thường xuyên quên dùng thuốc.

Đánh giá chung việc thực hành phòng biến chứng của THA trong nghiên cứu chỉ có 18,7% ĐTNC có thực hành đạt. Tỷ lệ này thấp hơn so với nghiên cứu của Đinh Văn Sơn (2012) cho thấy 61,5% ĐTNC có thực hành đạt về phòng biến chứng của THA, nghiên cứu của Bùi Thị Thanh Hòa tỷ lệ tương ứng là 60%. Kết

quả nghiên cứu cũng chỉ ra rằng còn một tỷ lệ khá cao ĐTNC vẫn chưa có thực hành đúng về phòng biến chứng của THA đạt (81,3%). Nguyên nhân của sự khác biệt này là do ĐTNC có tuổi đời khá cao, trình độ học vấn lại thấp và địa bàn nghiên cứu chủ vùng nông thôn của tỉnh Thừa Thiên Huế, trong khi đó nghiên cứu của các tác giả khác lại ở thành phố lớn, nơi đối tượng nghiên cứu trẻ, có trình độ học vấn cao hơn. Với tỷ lệ thực hành phòng biến chứng THA thấp là mối nguy cơ trong dự phòng biến chứng ở những người bị THA và làm gia tăng các trường hợp tử vong hoặc tàn phế vì bệnh THA, gây ra gánh nặng bệnh tật cho gia đình và xã hội.

4.4. Một số yếu tố liên quan đến kiến thức, thực hành của người bị THA về phòng biến chứng do tăng huyết áp

Bảng 10: Mối liên quan giữa các yếu tố nhân khẩu học với kiến thức phòng biến chứng của THA

Yếu tố	Kiến thức phòng biến chứng THA		OR (CI 95%)	χ^2	p
	Đạt n (%)	Không đạt n (%)			
Giới tính					
Nữ	12(29,3)	86(54,8)	0,34	8,46	0,004
Nam*	29(70,7)	71(45,2)	(1,4-6,2)		
Nhóm tuổi					
≥ 60	23(56,1)	48(30,6)	2,9	9,21	0,002
< 60*	18(43,9)	109(69,4)	(1,44-5,87)		
Trình độ học vấn					
Trên THPT	29(70,7)	10(6,4)	35	85,14	p<0,001
Dưới THPT*	12(29,3)	147(93,6)	(14,03-89,94)		
Nghề nghiệp					
Hưu trí, mất sức	18(43,9)	37(23,6)	2,53	6,7	0,01
Nghề khác*	23(56,1)	120(76,4)	(1,24-5,21)		
Kinh tế gia đình					
Trên cận nghèo	39(95,1)	74(47,1)	21,87	30,56	<0,001
Hộ nghèo/cận nghèo*	2(4,9)	83(52,9)	(5,1-93,72)		

Có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về kiến thức phòng biến chứng THA của ĐTNC với giới tính, nhóm tuổi, trình độ học vấn, nghề nghiệp và kinh tế. Nữ có kiến thức đúng về phòng biến chứng THA chỉ gần bằng 1/3 nam (OR=0,34; $p<0,05$), những người có trình độ học vấn trên THPT có kiến thức đúng cao gấp 35 lần người dưới THPT ($p<0,001$). Những người có nghề nghiệp của hưu trí, mất sức thì có kiến thức đúng cao gấp 6,7 lần những người có nghề khác (OR=6,7; $p<0,05$).

Qua phân tích hồi quy đa biến cho thấy chỉ có trình độ học vấn và kinh tế gia đình có mối liên quan có YNTK ($p<0,05$) với kiến thức phòng biến chứng THA của ĐTNC. Kết quả nghiên cứu cho thấy những người có trình độ học vấn từ THPT trở lên có kiến thức đúng cao gấp 11 lần những người có trình độ dưới THPT. Những người có kinh tế gia đình trên cận nghèo có kiến thức đúng cao gấp 9,28 lần những người có trình độ dưới THPT. Điều này cũng phù hợp những người có trình độ học vấn cao và có kinh tế gia đình khá giả thì có thể quan tâm đến thông tin bệnh tật nhiều hơn, nhờ vậy kiến thức ở những nhóm này trở nên cao hơn. Kết quả này khác với kết quả của tác giả Ngô Thị Hương Giang đưa ra mối liên quan giữa tiền sử gia đình và kiến thức phòng THA và kết quả của tác giả Bùi Thị Thanh Hòa lại không tìm thấy có mối liên quan này [3],[4].

Bảng 11: Mối liên quan giữa đặc điểm tình trạng THA với kiến thức phòng biến chứng của THA

Yếu tố	Kiến thức phòng biến chứng THA		OR (CI 95%)	χ^2	P
	Đạt n (%)	Không đạt n (%)			
Thời gian bị THA					
≥ 3 năm	39(95,1)	74(47,1)	21,87	30,55	p<0,001
<3 năm*	2(4,9)	83(52,9)	(5,10-93,72)		
Mức độ THA hiện tại					
THA < độ 1	6(14,6)	19(12,1)	1,25	0,19	p>0,05
THA ≥ độ 1*	35(85,4)	138(87,9)	(0,46-3,35)		
Tiền sử gia đình bị THA					
Có người bị	13(31,7)	29(18,6)	2,03	3,33	p>0,05
Không có người bị*	28(68,3)	127(81,4)	(0,94-4,40)		

Bảng trên cho thấy có mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa thời gian bị THA với kiến thức phòng biến chứng THA của ĐTNC, những người bị THA trên 3 năm có kiến thức tốt hơn những người bị THA dưới 3 năm gấp 21,87 lần, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê (OR=21,87, $p<0,001$).

Nghiên cứu chưa tìm thấy mối liên quan giữa mức độ THA hiện tại và tiền sử gia đình bị THA với kiến thức phòng biến chứng THA ($p>0,05$).

Bảng 12: Một số yếu tố nhân khẩu học liên quan đến thực hành phòng biến chứng do tăng huyết áp

Yếu tố		Thực hành phòng biến chứng THA		OR (CI 95%)	χ^2	P
		Đạt	Không đạt			
		n (%)	n (%)			
Giới tính	Nữ	6(16,2)	92(57,1)	6,9	20,16	p<0,05
	Nam*	31(83,8)	69(42,9)	(2,7-17,4)		
Nhóm tuổi	≥ 60	15(40,5)	56(34,8)	0,78	0,434	p>0,05
	< 60*	22(59,5)	105(65,2)	(0,37-1,62)		
Trình độ học vấn						
Trên THPT		24(64,9)	15(9,3)	17,9	58,6	p<0,05
Dưới THPT*		13(45,1)	146(90,7)	(10,7-24,03)		
Nghề nghiệp						
Hưu trí, mất sức		15(40,5)	40(24,8)	2,3	3,69	p>0,05
Nghề khác*		22(59,5)	121(75,2)	(0,2-1,02)		
Kinh tế gia đình						
Trên cận nghèo		35(94,6)	78(48,4)	18,6	26,1	p<0,05
Nghèo/cận nghèo*		2(5,4)	83(51,6)	(12,1-28,3)		

Có mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa giới tính và thực hành phòng biến chứng THA của ĐTNC. Nữ giới có thực hành phòng, chống biến chứng THA gần bằng 1/2 ở nam giới (OR=6,9, $p<0,05$).

Kết quả nghiên cứu cho thấy những người có trình độ học vấn trên THPT có thực hành phòng, chống biến chứng THA đạt cao gấp 17,9 lần những người có trình độ dưới THPT (OR=17,9, $p<0,05$).

Bảng trên cũng cho thấy có sự khác biệt về kinh tế gia đình của ĐTNC với thực hành phòng biến chứng THA, những người kinh tế trên cận nghèo có thực hành phòng biến chứng THA đúng cao gấp 26,1 lần so với nhóm đối chứng, sự khác biệt này có YNTK (OR=4,4, $p<0,05$). Tuy nhiên nhóm tuổi trên 60 và dưới 60, nghề nghiệp không có mối liên quan có ý nghĩa thống kê với thực hành phòng biến chứng THA ($p>0,05$).

Bảng 13: Mối liên quan giữa đặc điểm tình trạng THA với thực hành phòng biến chứng của THA

Yếu tố	Thực hành phòng biến chứng THA		OR (CI 95%)	χ^2	P
	Đạt n (%)	Không đạt n (%)			
<i>Thời gian bị THA</i>					
≥ 3 năm	8(21,6)	72(44,7)	2,9	6,67	p<0,01
<3 năm*	29(78,4)	89(55,3)	(1,26-6,81)		
<i>Mức độ THA hiện tại</i>					
THA < độ 1	7(18,9)	18(11,2)	0,54	1,6	p>0,05
THA ≥ độ 1*	30(81,1)	143(88,8)	(0,21-1,40)		
<i>Tiền sử gia đình bị THA</i>					
Có người bị	14(37,8)	28(17,5)	2,8	7,4	p<0,05
Không có người bị*	23(62,2)	132(82,5)	(1,72-4,05)		

Có mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa thời gian mắc THA và tiền sử gia đình bị tăng huyết áp với thực hành phòng biến chứng THA, những người có thời gian mắc trên 3 năm có thực hành phòng biến chứng THA đúng thấp hơn những người mắc dưới 3 năm (OR=2,9, $p<0,05$) và những gia đình có người bị THA có thực hành THA đúng cao gấp 2,8 lần những người mà tiền sử gia đình không có người mắc (OR=2,8, $p<0,05$). Có sự khác biệt giữa mức độ THA hiện tại của ĐTNC với thực hành phòng biến chứng THA đúng, tuy nhiên sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê ($p>0,05$).

Bảng 14: Mối liên quan giữa kiến thức và thực hành phòng biến chứng của THA

Thực hành Kiến thức		Thực hành phòng biến chứng của THA		Tổng
		Đạt n (%)	Không đạt n (%)	
Kiến thức phòng biến chứng THA	Đạt	25(67,6)	16(9,9)	41(20,7)
	Không đạt	12(32,4)	145(90,1)	157(79,3)
Tổng		37(100)	161(100)	198(100)
OR = 18,8(5,34-27,27:); p<0,001; $\chi^2=60,85$				

Qua phân tích hồi quy đa biến đã xác định được kiến thức phòng biến chứng THA, trình độ học vấn, giới tính có mối liên quan có ý nghĩa thống kê ($p<0,05$) với thực hành phòng biến chứng THA của ĐTNC, những người có trình độ học vấn trên THPT, những người nữ và những người có kiến thức đạt về phòng biến chứng lên có thực hành đúng cao gấp 3,1; 6,8 và 2,61 lần những có trình độ dưới THPT, có giới tính là nam và người có kiến thức không đạt. Kết quả này giống với kết quả của một số tác giả trong nước.

Nghiên cứu của Ngô Thị Hương Giang (2013) cũng chỉ ra có mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa kiến thức và thực hành phòng biến chứng của THA. Những người có kiến thức đạt thì thực hành đạt cao gấp 3 lần so với những người có kiến thức không đạt. Nghiên cứu của Đinh Văn Sơn (2012) cũng cho thấy có mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa kiến thức và thực hành phòng biến chứng của THA. Những người có kiến thức đạt thì có thực hành đạt cao gấp 7 lần so với những người có kiến thức không đạt. Nghiên cứu của Bùi Thị Thanh Hòa (2012) cũng cho thấy có mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa kiến thức và thực hành phòng biến chứng của THA. Những người có kiến thức đạt thì có thực hành đạt cao gấp 4,8 lần những người có kiến thức không đạt.

5. Kết luận

Qua khảo sát 198 đối tượng THA đang được điều trị ngoại trú tại Bệnh viện Phong Điền, tỉnh Thừa Thiên Huế, nghiên cứu đưa ra một số kết luận sau:

Tỷ lệ người bị THA tại bệnh viện Phong Điền, tỉnh Thừa Thiên Huế có kiến thức và thực hành đạt về phòng biến chứng của THA còn thấp (20,7% và 18,7%).

Các yếu tố có liên quan có ý nghĩa thống kê đến kiến thức phòng biến chứng THA của những người bị THA là: trình độ học vấn, kinh tế gia đình. Những

người có trình độ trên THPT có khả năng có kiến thức đạt cao gấp 11,0 lần so với những người có trình độ dưới THPT. Những người có kinh tế gia đình trên cận nghèo có kiến thức đạt cao gấp 9,28 lần so với những người có kinh tế nghèo và cận nghèo.

Các yếu tố có liên quan có ý nghĩa thống kê đến thực hành phòng biến chứng THA của những người bị THA là: trình độ học vấn, giới tính và kiến thức chung phòng biến chứng THA. Những người có trình độ học vấn trên THPT, những người nữ và những người có kiến thức đạt về phòng biến chứng thì có thực hành đạt phòng biến chứng THA cao lần lượt gấp 3,1; 6,8 và 2,61 lần những có trình độ dưới THPT, có giới tính là nam và người có kiến thức không đạt.

6. Kiến nghị

Tăng cường công tác truyền thông giáo dục sức khỏe cho người bệnh về nội dung phòng bệnh THA cụ thể như sau:

- Tăng cường truyền thông trên loa/tivi của bệnh viện (tại phòng khám, khoa điều trị, phòng chờ...)
- Cung cấp tờ rơi/ sách mỏng/ sổ khám bệnh có nội dung về nội dung phòng bệnh THA tại phòng chờ
- Cán bộ y tế cần tăng cường tư vấn và tư vấn đầy đủ cho bệnh nhân về chỉ số của THA, nguyên tắc điều trị, lối sống tích cực cho người bị THA và biến chứng của THA. Đặc biệt là những bệnh nhân có trình độ học vấn thấp, bệnh nhân có tiền sử gia đình chưa bị THA và bệnh nhân là nam giới.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y Tế (2010), "Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị tăng huyết áp".
2. Phạm Tử Dương (2005), *Bệnh tăng huyết áp*, Nhà xuất bản Y học.
3. Ngô Thị Hương Giang (2013), *Kiến thức, thực hành và một số yếu tố liên quan đến phòng biến chứng ở người bị tăng huyết áp tại huyện Thanh Trì, Thành phố Hà Nội năm 2013*, Luận văn thạc sĩ Y tế Công cộng, Đại học Y tế công cộng, tr. 28 - 45.
4. Bùi Thị Thanh Hòa (2012), *Khảo sát kiến thức và thực hành dự phòng biến chứng của tăng huyết áp ở bệnh nhân tăng huyết áp được quản lý ngoại trú tại bệnh viện E Hà Nội năm 2012*, Luận văn thạc sĩ Y tế Công cộng, Đại học Y tế công cộng, tr. 26 - 44.
5. Hội Tim Mạch Học Việt Nam 100 câu hỏi về bệnh tim mạch. <http://www.vnha.org.vn/100answer.asp?id=72>, Ngày truy cập: 20/1/2015.

6. Hội Tim Mạch Học Việt Nam (2006), *Khuyến cáo về các bệnh lý tim mạch và chuyển hóa giai đoạn 2006 – 2010*, Nhà xuất bản Y học, Thành phố Hồ Chí Minh.
7. Phạm Mạnh Hùng và cộng sự (2007), *Áp dụng một số giải pháp can thiệp thích hợp để phòng, chữa bệnh tăng huyết áp tại cộng đồng*, Hội Tim mạch học Việt Nam.
8. Phạm Gia Khải (2011), *Biến chứng não do tăng huyết áp*, <http://huyetap.vn/news/vn/tim-hieu-tang-huyet-ap/bien-chung-nao-do-tang-huyet-ap.html>, Ngày truy cập: 21/12/2014.
9. Phạm Gia Khải và cộng sự (2000), "Đặc điểm dịch tễ học bệnh tăng huyết áp tại Hà Nội ", *Tạp chí tim mạch học*, 22tr. 11-18.
10. Phạm Gia Khải và cộng sự (2003), "Tần suất tăng huyết áp và các yếu tố nguy cơ ở các tỉnh phía bắc Việt Nam 2001 – 2002", *Tạp chí tim mạch học*, (33), tr. 9-34.

KHẢO SÁT KIẾN THỨC, THÁI ĐỘ VÀ THỰC HÀNH VỀ BỆNH UNG THƯ VÚ Ở PHỤ NỮ THÀNH PHỐ VÀ PHỤ NỮ NÔNG THÔN TỈNH KHÁNH HÒA, NĂM 2016

BS. CKII Tôn Thất Toàn, ThS Nguyễn Thị Quế Lâm

Trung tâm Truyền thông GDSK tỉnh Khánh Hòa

BS. CKII Nguyễn Hữu Châu: Trung tâm Nội tiết tỉnh Khánh Hòa

Tóm tắt nghiên cứu

Nhằm đánh giá mức độ hiểu biết về ung thư vú ở phụ nữ trên địa bàn tỉnh, các yếu tố nguy cơ liên quan đến ung thư vú (UTV), mặt khác làm cơ sở cho việc xây dựng chương trình truyền thông giáo dục sức khỏe về phòng chống phù hợp đối với phụ nữ 20 - 60 tuổi nói riêng và phụ nữ cả tỉnh nói chung, chúng tôi thực hiện đề tài *“Khảo sát kiến thức, thái độ và thực hành về bệnh ung thư vú ở phụ nữ thành phố và phụ nữ nông thôn tỉnh Khánh Hòa”*.

Kết quả nghiên cứu cho thấy, đối tượng nghiên cứu (ĐTNC) chủ yếu ở độ tuổi 41 - 50 (30,2%); trình độ học vấn THCS chiếm 39%; nghề nghiệp là CBCNV chiếm đa số (33,1%), buôn bán (22,8%) và làm nông (19%). Tỷ lệ có 2 con chiếm 43%. ĐTNC có con đầu lòng ở độ tuổi từ 20-29 tuổi (81,3%); 9,6% ĐTNC bắt đầu sinh con lúc trên 30 tuổi. Có 91,6% ĐTNC đã từng nghe thông tin về UTV.

Phụ nữ nông thôn (PNNT) trả lời đúng về các triệu chứng và dấu hiệu của UTV cao hơn phụ nữ thành phố (PNTP). PNTTP có tỷ lệ kiến thức chung đúng cao hơn PNNT (81,5%; 80,9%). PNTTP có thái độ tích cực về thăm khám, tầm soát, chẩn đoán, điều trị UTV cao hơn PNNT. Tỷ lệ tự khám vú ở nhóm PNTTP cao hơn nhóm PNNT. PNTTP thực hành đúng về phòng chống bệnh UTV khá tương đồng với PNNT (45%; 44,8%).

Từ kết quả nghiên cứu, chúng tôi khuyến nghị cần tăng cường công tác truyền thông, trên các phương tiện thông tin đại chúng và truyền thông trực tiếp nhằm nâng cao kiến thức, thái độ và thực hành phòng chống UTV cho phụ nữ nói chung và chú ý hơn đối với PNNT.

1. Đặt vấn đề

Ung thư vú (UTV) là ung thư gây tử vong hàng đầu của nữ giới, đứng thứ hai sau ung thư cổ tử cung. Theo GLOBOCAN (2012), số trường hợp phụ nữ mắc và tử vong do UTV tiếp tục tăng nhanh trên toàn cầu ở khu vực phát triển cũng như có xu hướng đang tăng nhanh ở khu vực kém phát triển. Ở Việt Nam, UTV là

loại ung thư thường gặp nhất theo ghi nhận quần thể ung thư trong những năm gần đây.

Nhận thức chưa đầy đủ về bệnh UTV cũng như ích lợi của việc sàng lọc, phát hiện sớm là những rào cản quan trọng đối với phụ nữ trong việc đi khám, phát hiện sớm các khối u ở vú giúp tăng cơ hội chữa khỏi bệnh.

Kết quả nghiên cứu năm 2012 của Bệnh viện K Trung ương cho thấy 72% bệnh nhân UTV được chẩn đoán khi đã ở giai đoạn muộn (giai đoạn 3 và 4), trong khi bệnh có thể phát hiện sớm. Theo Hiệp hội Ung thư Hoa Kỳ, tỷ lệ sống còn 5 năm của bệnh nhân UTV giai đoạn 0 là 93%; giai đoạn I là 88%; giai đoạn II: 81%; giai đoạn IIIA: 67%; giai đoạn IIIB: 41%; giai đoạn IV: 15%.

Tại Khánh Hòa, hiện chưa có nghiên cứu so sánh kiến thức, thái độ, thực hành (KAP) về UTV ở phụ nữ thành phố và nông thôn. Nhằm đánh giá được mức độ hiểu biết về UTV ở phụ nữ trên địa bàn tỉnh, mặt khác làm cơ sở cho việc xây dựng chương trình truyền thông giáo dục sức khỏe về phòng chống UTV phù hợp đối với phụ nữ tại tỉnh Khánh Hòa; chúng tôi thực hiện đề tài “ *Khảo sát kiến thức, thái độ và thực hành về bệnh ung thư vú ở phụ nữ thành phố và nông thôn, tỉnh Khánh Hòa năm 2016*”.

2. Mục tiêu nghiên cứu

Mô tả thực trạng kiến thức, thái độ, thực hành phòng chống bệnh UTV ở phụ nữ thành phố và nông thôn tỉnh Khánh Hòa.

3. Đối tượng và phương pháp nghiên cứu

3.1. Đối tượng nghiên cứu: Phụ nữ từ 20-60 tuổi trên địa bàn tỉnh Khánh Hòa tại thời điểm nghiên cứu.

3.2. Thời gian và địa điểm nghiên cứu: Năm 2016 tại huyện Vạn Ninh, Cam Lâm, Diên Khánh, Ninh Hòa (khu vực nông thôn); Nha Trang, Cam Ranh (khu vực thành phố).

3.3. Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu cắt ngang.

3.4. Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu

Cỡ mẫu: Sử dụng công thức tính cỡ mẫu:

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

Trong đó: n = cỡ mẫu nghiên cứu; p = 0,5 (ước tính tỷ lệ người trong cộng đồng hiểu biết đúng về UTV là 50% để có cỡ mẫu lớn nhất); q = 1 – p = 0,5; $z_{(1-\alpha/2)}^2 = 1,96$; tương ứng với độ tin cậy 95%; d: Độ chính xác tuyệt đối mong muốn.

Chọn $d = 0,06$. Điều chỉnh và làm tròn cỡ mẫu có 1.120 phụ nữ 20 - 60 tuổi trên địa bàn tỉnh Khánh Hòa được chọn tham gia nghiên cứu.

Phương pháp chọn mẫu: Áp dụng phương pháp chọn mẫu PPS (Propability Proportion to Size – chọn mẫu tỷ lệ với kích thước quần thể).

3.5. Phương pháp xử lý số liệu: Nhập liệu bằng phần mềm Epi.data 3.1; phân tích số liệu bằng phần mềm SPSS 16.0 .

3.6. Đạo đức nghiên cứu: Đối tượng nghiên cứu tự nguyện tham gia nghiên cứu, mọi thông tin đối tượng phỏng vấn đều được đảm bảo giữ bí mật.

4. Kết quả nghiên cứu và bàn luận

Có 1.120 phụ nữ từ 20-60 tuổi tham gia nghiên cứu. Độ tuổi trung bình của ĐTNC là 40,2, nhỏ nhất là 20, lớn nhất là 60 tuổi, chủ yếu ở độ tuổi 41 - 50 (30,2%). Phần lớn ĐTNC sinh ra tại Khánh Hòa (74,6%) và có thời gian lưu trú tại tỉnh trên 20 năm (93,5%). ĐTNC có trình độ học vấn THCS chiếm tỷ lệ 39%; nghề nghiệp là CB-CNV chiếm đa số (33,1%), tiếp theo là buôn bán (22,8%) và làm nông (19%). Nghiên cứu ghi nhận có 7,1% phụ nữ có thu nhập bình quân dưới 1 triệu đồng/tháng; đa số có thu nhập bình quân từ 1-4 triệu đồng/tháng (21,2%; 25%; 25,4%).

4. 1. Kiến thức về phòng chống UTV của ĐTNC.

Bảng 1: Kiến thức chung về UTV (n=1.120)

Nội dung	Thành phố (n=480)		Nông thôn (n=640)		Tổng (n=1.120)		p OR [CI]
	n	%	n	%	n	%	
UTV là một trong những UT phổ biến ở phụ nữ	442	92,1	585	91,4	1.027	91,7	0,9 [0,6-1,4] p>0,05
UTV là nguyên nhân tử vong hàng đầu đối với phụ nữ chết vì bệnh UT nói chung	360	75,0	508	79,4	868	77,5	1,2 [0,9-1,7] p>0,05
Chỉ có phụ nữ mới bị UTV	100	20,8	78	12,2	178	15,9	0,5 [0,4-1,7] p<0,001
UTV có thể lây từ người này sang người khác	429	89,4	549	85,8	978	87,3	0,7 [0,5-1,03] p>0,05

Có 04 câu hỏi về kiến thức chung UTV, nhóm phụ nữ thành phố (PNTP) trả lời đúng 03 câu kiến thức chung về ung thư vú cao hơn nhóm phụ nữ nông thôn (PNNT), trong đó có 01 nội dung có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê; đó là tỷ lệ PNTP không đồng ý với ý kiến cho rằng chỉ có phụ nữ mới bị UTV, cao hơn nhóm PNNT ($p < 0,001$).

Bảng 2: Kiến thức về các yếu tố nguy cơ (n=1.120)

Nội dung	Thành phố (n=480)		Nông thôn (n=640)		Tổng (n=1.120)		OR [CI] p
	n	%	n	%	n	%	
UTV xảy ra phần lớn là do di truyền	132	27,5	207	32,3	339	30,3	1,2 [0,9-1,6] $p > 0,05$
Phụ nữ dưới 30 tuổi dễ mắc UTV?	281	58,5	384	60,6	665	59,4	1,1 [0,8-1,3] $p > 0,05$
Hút thuốc	206	42,9	293	45,8	499	44,6	1,1 [0,8-1,4] $p > 0,05$
Uống rượu bia có khả năng gây UTV?	197	41,0	279	43,6	476	42,5	1,1 [0,8-1,4] $p > 0,05$
Có con đầu lòng sau tuổi 35	109	22,7	160	25,0	269	24,0	1,1 [0,9-1,5] $p > 0,05$
Dậy thì sớm (< 12 tuổi)	115	24,0	163	25,5	278	24,8	1,1 [0,8-1,4] $p > 0,05$
Mãn kinh muộn (> 55 tuổi)	168	35,0	287	44,8	455	40,6	1,5 [1,2-1,9] $p = 0,001$
Không sinh con	249	51,9	285	44,5	534	47,7	0,7 [0,6-0,9] $p < 0,05$
Phụ nữ vú nhỏ có nguy cơ mắc UTV thấp hơn phụ nữ vú to	210	43,8	242	37,8	452	40,4	0,8 [0,6-0,9] $p < 0,05$
Thừa cân/béo phì	166	34,6	202	31,6	368	32,9	0,8 [0,6-1,1] $p > 0,05$
Cho con bú	408	85,0	504	78,8	912	81,4	0,6 [0,5-0,9] $p < 0,05$
Chụp X quang lồng ngực khi khám sức khỏe gây UTV	333	69,4	376	58,8	709	63,3	0,6 [0,5-0,8] $p < 0,001$

Có 12 câu hỏi kiến thức về các yếu tố nguy cơ; kết quả cho thấy có 05 câu hỏi nhóm PNTP trả lời đúng với tỷ lệ cao hơn nhóm PNNT, trong đó có 04 nội dung có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê.

Bảng 3: Kiến thức về các triệu chứng và dấu hiệu của UTV

Nội dung	Thành phố (n=480)		Nông thôn (n=640)		Tổng (n=1.120)		OR [CI] p
	n	%	n	%	n	%	
UTV có thể mắc dù không có triệu chứng gì	303	63,1	389	60,8	692	61,8	0,9 [0,7-1,1] p>0,05
Rỉ dịch từ núm vú (màu hồng hoặc có máu)	378	78,8	514	80,3	892	79,6	1,1 [0,8-1,4] p>0,05
Bệnh nhân UTV luôn xuất hiện khối u trong vú	442	92,1	594	92,8	1.036	92,5	1,1 [0,7-1,7] p>0,05
Khối bướu dày lên trong vú	422	87,9	555	86,7	977	87,2	0,9 [0,6-1,3] p>0,05
Khi phát hiện vú nổi u cục, đau, tiết dịch đầu vú là đã bị UTV	87	18,1	92	14,4	179	16,0	0,7 [0,5-1,04] p>0,05
Hạch nách	242	50,4	352	55,0	594	53,0	1,2 [0,9-1,5] p>0,05
Sụt cân	237	49,4	308	48,1	545	48,7	0,9 [0,7-1,2] p>0,05
Vú sưng tấy	317	66,0	478	74,7	795	71,0	1,5 [1,2-1,9] p<0,05
Núm vú bị lõm vào hoặc co lại	252	52,5	371	58,0	623	55,6	1,2 [0,9-1,5] p>0,05
Thường xuyên bị ngứa & rát quanh núm vú	196	40,8	320	50,0	516	46,1	1,4 [1,1-1,8] p<0,05

Nội dung	Thành phố (n=480)		Nông thôn (n=640)		Tổng (n=1.120)		OR [CI] p
	n	%	n	%	n	%	
Đau những vùng trên vú	347	72,3	478	74,7	825	73,7	1,1 [0,8-1,4] p>0,05
Lõm hoặc phù nề vùng da vú xung quanh	324	67,5	442	69,1	766	68,4	1,1 [0,8-1,4] p>0,05
Da trên núm vú đổi màu	299	62,3	454	70,9	753	67,2	1,4 [1,1-1,9] p<0,05
Kích thước vú to lên bất thường	371	77,3	530	82,8	901	80,4	1,4[1,05-1,9] p<0,05
Một vú thấp hơn so với vú kia	206	42,9	298	46,6	504	45,0	1,1 [0,9-1,4] p>0,05

Có 15 câu hỏi kiến thức về triệu chứng và các dấu hiệu về UTV; kết quả cho thấy có 11 câu hỏi nhóm PNNT trả lời đúng cao hơn nhóm PNTP, trong đó có 04 nội dung có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê.

Bảng 4: Kiến thức về phương pháp chẩn đoán UTV

Nội dung	Thành phố (n=480)		Nông thôn (n=640)		Tổng (n=1.120)		OR [CI] p
	n	%	n	%	n	%	
Tự khám vú	406	84,6	546	85,3	952	85,0	1,05 [0,7-1,4] p>0,05
Khám lâm sàng chuyên khoa vú	469	97,7	633	98,9	1.102	98,4	2,1 [0,8-5,5] p>0,05
Chụp nhũ ảnh	373	77,7	572	89,4	945	84,4	2,4 [1,7-3,3] p<0,001
Siêu âm vú	429	89,4	613	95,8	1.042	92,0	2,7 [1,6-4,4] p<0,001

Kết quả cũng cho thấy nhóm PNNT trả lời đúng 04 câu kiến thức về phương pháp chẩn đoán UTV cao hơn nhóm PNTP, trong đó có 02 nội dung có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê. Đặc biệt, nhóm PNNT trả lời đúng về phương pháp chẩn đoán đó là chụp nhũ ảnh và siêu âm vú gấp gần 3 lần lần so với nhóm PNTP ($p < 0,001$).

Khi so sánh kiến thức chung về UTV (35 câu hỏi), nhóm PNTP có kiến thức chung đạt cao hơn nhóm PNNT, nhưng sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$).

4.2. Thái độ liên quan đến UTV

Bảng 5: Thái độ về việc thăm khám, tầm soát, chẩn đoán, điều trị UTV

Nội dung	Thành phố (n=480)		Nông thôn (n=640)		Tổng (n=1.120)		OR [CI] p
	n	%	n	%	n	%	
Thăm khám vú là không cần thiết vì không có triệu chứng	411	85,6	490	76,6	901	80,4	0,5 [0,4-0,7] p<0,001
Tầm soát UTV là cần thiết	463	96,5	603	94,2	1066	95,2	0,6 [0,3-1,1] p>0,05
UTV có thể điều trị tốt hơn nếu được chẩn đoán, phát hiện sớm	470	97,9	633	98,9	1103	98,5	1,9 [0,7-5,1] p>0,05
UTV là bệnh nan y, phát hiện sớm hay muộn cũng thế thôi	382	79,6	457	71,4	839	74,9	0,6 [0,4-0,8] p<0,05
Cảm thấy lo sợ nếu bị chẩn đoán UTV	57	11,9	71	11,1	128	11,4	0,9 [0,6-1,3] p>0,05

Có 05 câu hỏi về thái độ thăm khám, tầm soát, chẩn đoán, điều trị UTV; nhóm PNTP trả lời đúng 04 câu về thái độ đối với việc thăm khám, tầm soát, chẩn đoán, điều trị UTV tích cực hơn nhóm PNNT, trong đó có 02 nội dung có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê.

Bảng 6: Thái độ niềm tin về bệnh UTV

Nội dung	Thành phố (n=480)		Nông thôn (n=640)		Tổng (n=1.120)		OR [CI] p
	n	%	n	%	n	%	
UTV có nghĩa là chết	319	66,5	312	48,8	631	56,3	0,5 [0,4-0,6] p<0,001
UTV là hết hy vọng, chữa hay không cũng vậy nên không chữa làm gì cho tốn kém	421	87,7	551	86,1	972	86,8	0,8 [0,6-1,2] p>0,05
Bị UTV, dụng dao kéo vào sẽ di căn sớm	188	39,2	259	40,5	447	39,9	1,05 [0,8-1,3] p>0,05
UTV là số phận, không thể tránh khỏi	267	55,6	260	40,6	527	47,1	0,5 [0,4-0,7] p<0,001
UTV nếu phát hiện sớm, điều trị đúng thì khỏi đến 90%	410	85,4	568	88,8	978	87,3	1,3 [0,9-1,9] p>0,05
Khi phát hiện UTV không nên điều trị bằng thuốc nam vì dễ gây suy gan, suy thận do tai biến của thuốc nam	275	57,3	436	68,1	711	63,5	1,6 [1,2-2,03] p<0,001

Tỷ lệ nhóm PNTP có thái độ tích cực cao hơn nhóm PNNT qua 3/6 câu hỏi; ngược lại, nhóm PNNT cũng có 03/06 câu trả lời đúng thái độ về niềm tin bệnh UTV, trong đó có 01 câu có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p<0,001$). Nhóm PNTP có thái độ chung tích cực (11 câu hỏi) cao hơn nhóm PNNT($p<0,05$).

4.3. Thực hành phòng chống UTV

Bảng 7: Thói quen ăn uống có nguy cơ UTV

Nội dung	Thành phố		Nông thôn		Tổng		
	n	%	n	%	n	%	
Uống rượu bia	480		640		1.120		$\chi^2=19.10$ p<0,001
Thường xuyên	01	0,2	01	0,2	02	0,2	
Thỉnh thoảng	19	4,0	09	1,4	28	2,5	
Hiếm khi	84	17,5	69	10,8	153	13,7	
Không bao giờ	376	78,3	561	87,7	937	83,7	
Ăn thức ăn dạng nướng	480		640		1.120		$\chi^2=21.61$ p<0,001
Thường xuyên	05	1,0	17	2,7	22	2,0	
Thỉnh thoảng	124	25,8	100	15,6	224	20,0	
Hiếm khi	231	48,1	326	50,9	557	49,7	
Không bao giờ	120	25,0	197	30,8	317	28,3	
Ăn thịt khô, cá khô	480		640		1.120		$\chi^2=6.04$ p>0,05
Thường xuyên	24	5,0	56	8,8	80	7,1	
Thỉnh thoảng	98	20,4	122	19,1	220	19,6	
Hiếm khi	201	41,9	266	41,6	467	41,7	
Không bao giờ	157	32,7	196	30,6	353	31,5	
Ăn dưa, cà muối	480		640		1.120		$\chi^2=22.8$ p<0,001
Thường xuyên	02	0,4	10	1,6	12	1,1	
Thỉnh thoảng	98	20,4	74	11,6	172	15,4	
Hiếm khi	198	41,2	254	39,7	452	40,4	
Không bao giờ	182	37,9	302	47,2	484	43,2	
Sử dụng mỡ động vật	480		640		1.120		0,9 [0,7-1,2] p>0,05
Có	95	19,8	120	18,8	215	19,2	
Không	385	80,2	520	81,2	905	80,8	

Nội dung	Thành phố		Nông thôn		Tổng		
	n	%	n	%	n	%	
Dầu thực vật/các loại hạt có dầu	480		640		1.120		0,9 [0,6-1,5]
Có	442	92,1	588	91,9	1.030	92,0	p>0,05
Không	38	7,9	52	8,1	90	8,0	
Ăn thực phẩm chiên rán	480		640		1.120		1,5 [1,2-1,9]
Có	291	60,6	450	70,3	741	66,2	p=0,001
Không	189	39,4	190	29,7	379	33,8	
Sử dụng thức ăn nhanh	480		640		1.120		0,6 [0,4-0,9]
Có	67	14,0	59	9,2	126	11,2	p<0,05
Không	413	86,0	581	90,8	994	88,8	
Ăn rau trong mỗi bữa	480		640		1.120		$\chi^2=17.38$ p=0,001
Nửa chén	65	13,5	103	16,1	168	15,0	
01 chén	190	39,6	280	43,8	470	42,0	
02 chén	129	26,9	186	29,1	315	28,1	
Trên 02 chén	96	20,0	71	11,1	167	14,9	

Thói quen, chế độ ăn uống có vai trò rất quan trọng đối với sức khỏe đặc biệt có liên quan đến các yếu tố nguy cơ dẫn đến ung thư. Có tới 7,1% ĐTNC sử dụng thường xuyên thịt khô, cá khô trong bữa ăn hàng ngày. Ăn nhiều thực phẩm hun khói (thịt, cá...) dễ làm tăng nguy cơ ung thư. Nguyên nhân là trong quá trình chế biến, chất benzopyrenes và nitrosamine được hình thành nhanh chóng. Nếu kết hợp thịt hun khói với cá muối, sớm muộn sẽ đối diện với chứng khó tiêu, mệt mỏi, buồn nôn, thậm chí là ung thư dạ dày; có 2% đối tượng tham gia nghiên cứu sử dụng món nướng thường xuyên. Tuy nhiên việc sử dụng thức ăn dạng nướng thường xuyên cũng tiềm ẩn nguy cơ mắc ung thư. Khi thịt được làm chín trực tiếp ở nhiệt độ cao, axit amin sẽ phản ứng với creatine tạo ra các amin dị vòng gây ung thư nguy hiểm. Ngay cả khi nướng đồ ăn bằng lò vi sóng thì sự nguy hại cũng chỉ giảm được phần nào.

Mặc dù nghiên cứu ghi nhận chỉ 1,1% sử dụng dưa muối, cà muối thường xuyên song các nghiên cứu cho thấy cơ thể con người sau khi ăn quá nhiều thực phẩm chứa nhiều muối (ví dụ: thịt, cá, dưa, cà muối, nước mắm...) thì áp suất thẩm thấu cao của muối sẽ trực tiếp gây tổn hại đến niêm mạc dạ dày và gây ra một loạt các thay đổi bệnh lý. Bởi lẽ, trong thực phẩm ướp nhiều muối có chứa nhiều nitrite, có thể kết hợp với các amin trong thức ăn biến thành nitrit, là một tác nhân gây ung thư.

Nghiên cứu này ghi nhận tỷ lệ phụ nữ có mức độ tiêu thụ rượu bia rất thấp 0,2%. Theo nhiều nghiên cứu khoa học, loại đồ uống chứa cồn nguy hiểm nhất và mầm mống của các bệnh ung thư là rượu, nhất là rượu mạnh. Hơn 100 nghiên cứu dịch tễ học đã xem xét mối liên quan giữa tiêu thụ rượu và nguy cơ ung thư vú ở phụ nữ. Những nghiên cứu này đã tìm thấy mối liên quan giữa UTV và mức độ tiêu thụ rượu. Phân tích cho thấy những phụ nữ uống nhiều hơn 45 gram rượu mỗi ngày có nguy cơ phát triển ung thư vú gấp 1,5 lần so với người không uống rượu. Ngoài ra, khoảng 2/3 phụ nữ tham gia nghiên cứu (66,2%) cho biết có sử dụng thực phẩm chiên, rán mà không nhiều người biết thực phẩm chiên, rán có khả năng gia tăng nguy cơ phát triển ung thư, đặc biệt là khi chúng chứa các loại dầu hydro hóa - chất béo transfat. Quá trình chiên kỹ hoặc chiên đi chiên lại nhiều lần sẽ tạo ra sản phẩm phụ gọi là acrylamide. Acrylamide là một chất độc thần kinh mạnh, có tác dụng phụ không chỉ trên não, mà cả đối với hệ thống sinh sản.

Nghiên cứu ghi nhận 42% dùng ít nhất 1 bát (chén) rau trong mỗi bữa ăn trong tuần trước thời điểm phỏng vấn. Theo nhiều nghiên cứu khoa học, chế độ ăn giàu rau quả tươi sẽ làm giảm đáng kể khả năng mắc ung thư. Một nghiên cứu gần đây cho thấy phụ nữ có thể làm giảm nguy cơ ung thư vú bằng việc có một chế độ ăn uống giàu trái cây và rau quả.

Kết quả nghiên cứu cho thấy nhóm PNNT không bao giờ uống rượu bia, không bao giờ sử dụng thức ăn dạng nướng và không bao giờ ăn dưa cà, muối cao hơn nhóm PNTP, ($p < 0,001$). Nhóm PNNT ăn thực phẩm chiên rán cao hơn nhóm PNTP ($p = 0,001$). Nhóm PNNT ăn thức ăn nhanh có tỷ lệ thấp hơn nhóm PNTP ($p < 0,05$). Tỷ lệ nhóm PNTP ăn 02 chén rau trở lên trong mỗi bữa ăn cao hơn nhóm PNNT ($p = 0,001$).

Bảng 8: Thực hành phát hiện sớm UTV

Nội dung	Thành phố		Nông thôn		Tổng		
	n	%	n	%	n	%	
Tự khám vú	480		640		1.120		1,3
Có	408	85,0	519	81,1	927	82,8	[0,9-1,8]
Không	72	15,0	121	18,9	193	17,2	p>0,05
Mức độ tự khám vú	408		519		927		
Hàng ngày	176	43,1	284	54,7	460	49,6	$\chi^2=47.18$ p<0,001
Hàng tuần	48	11,8	74	14,3	122	13,2	
Hàng tháng	21	5,1	56	10,8	77	8,3	
Không theo định kỳ	123	30,1	83	16,0	206	22,2	
Khi cảm thấy có triệu chứng bất thường ở vú	40	9,8	22	4,2	62	6,7	
Khám lâm sàng CK vú	480		640		1.120		1,1
Có	186	38,8	238	37,2	424	37,9	[0,8-1,3]
Không	294	61,2	402	62,8	696	62,1	p>0,05
Mức độ khám lâm sàng chuyên khoa vú	186		238		424		
Định kỳ hàng tháng	02	1,1	03	1,3	05	1,2	$\chi^2=8.93$ p>0,05
Định kỳ 6 tháng	38	20,4	41	17,2	79	18,6	
Định kỳ hàng năm	24	12,9	39	16,4	63	14,9	
Không theo định kỳ	98	52,7	102	42,9	200	47,2	
Khi vú có triệu chứng bất thường	23	12,4	52	21,8	75	17,7	
Khác (định kỳ 3 tháng)	01	0,5	01	0,4	02	0,5	
Siêu âm vú	480		640		1.120		1,02
Có	153	31,9	202	31,6	355	31,7	[0,8-1,3]
Không	327	68,1	438	68,4	765	68,3	p>0,05
Chụp nhũ ảnh	480		640		1.120		1,1
Có	34	7,1	41	6,4	75	6,7	[0,7-1,8]
Không	446	92,9	599	93,6	1.045	93,3	p>0,05

Tỷ lệ PNTP thực hiện việc tự khám vú cao hơn PNNT. Tỷ lệ đã từng khám lâm sàng chuyên khoa vú, đi bác sỹ thăm khám định kỳ, khám lâm sàng chuyên khoa vú hàng năm thì nhóm PNNT thực hiện cao hơn PNTP, ($p>0,05$). Nhóm PNTP đi siêu âm vú cũng như chụp nhũ ảnh để phát hiện sàng lọc vú có tỷ lệ cao hơn nhóm PNNT, ($p>0,05$). Nhóm PNTP có tỷ lệ thực hành chung về bệnh UTV (12 câu hỏi) đạt cao hơn nhóm PNNT, ($p>0,05$).

5. Kết luận

Kiến thức về bệnh UTV: Nhóm PNTP có kiến thức đúng về yếu tố nguy cơ cao hơn PNNT (49%; 46,7%). Nhóm PNTP có kiến thức chung đúng cao hơn PNNT (81,5%; 80,9%).

Thái độ liên quan đến phòng ngừa, điều trị bệnh UTV: Nhóm PNTP có thái độ tích cực hơn PNNT (64,2%; 56,1%). Về thái độ chung thì nhóm PNTP có thái độ tích cực cao hơn PNNT (86,5%; 79,8%).

Thực hành dự phòng, phát hiện sớm bệnh UTV: Nhóm PNTP ăn ít nhất 2 chén rau trung bình trong mỗi bữa ăn cao hơn PNNT (46,9%; 40,2%). Nhóm PNTP tự khám vú hàng ngày cao hơn PNNT (85%; 81,1%). Tỷ lệ siêu âm vú ở nhóm PNTP tương đồng với PNNT (31,9%; 31,6%). Tỷ lệ có chụp nhũ ảnh nhóm PNTP cao hơn nhóm PNNT (7,1%; 6,4%). Về thực hành đúng bệnh UTV, nhóm PNTP tương đồng với PNNT (45%; 44,8%).

6. Kiến nghị

Tăng cường thông tin, giáo dục và truyền thông trên các phương tiện thông tin đại chúng và truyền thông trực tiếp nhằm nâng cao kiến thức, thái độ và thực hành của phụ nữ về các yếu tố nguy cơ, dấu hiệu, triệu chứng, cách phát hiện UTV sớm; ưu tiên chú trọng phụ nữ ở khu vực nông thôn và phụ nữ từ 50 tuổi trở lên.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bệnh viện K (2012). *Thực trạng chẩn đoán muộn và những yếu tố liên quan tới tình trạng đến muộn của bệnh nhân mắc một số loại ung thư phổ biến tại Bệnh viện K (từ tháng 10/2011 - 4/2012)*.
2. Nguyễn Chấn Hùng (2013). “Tổng quan điều trị UTV”. *Tạp chí Ung thư học Việt nam*, số 3-2013: 11-23.
3. Ngừa ung thư vú bằng thực phẩm. <http://ungthubachmai.com.vn/dinh-duong>, accessed 25 August, 2015.

4. American Cancer Society, Breast Cancer Facts & Figures, 2011-2012, <http://www.cancer.org/research/cancerfactsstatistics/index>, accessed July 29, 2014.
5. Chong PN, Krishnan M, Hong CY, Swah TS (2002). "Knowledge and practice of breast cancer screening amongst public health nurses in Singapore". *Singapore Med J*, 43(10): 509-516.
6. Ferlay, J., et al. (2010). "Estimates of worldwide burden of cancer in 2008: GLOBOCAN 2008". *Int J Cancer*, 2010. 127(12): p. 2893-2917.
7. Hamajima N, Hirose K, Tajima K, et al (2002). "Alcohol, tobacco and breast cancer-collaborative reanalysis of individual data from 53 epidemiological studies, including 58,515 women with breast cancer and 95,067 women without the disease". *British Journal of Cancer* 2002; 87(11):1234-1245.
8. Harris DM, Miller JE, Davis DM. (2003). "Racial differences in breast cancer screening, knowledge and compliance". *J Natl Med Assoc*. 95(8): 693-701.
9. Lee H¹, Wang Q, Yang F, Tao P, Li H, Huang Y, Li JY (2012). "SULT1A1 Arg213His polymorphism, smoked meat, and breast cancer risk: a case-control study and meta-analysis". *DNA Cell Biol*. 2012 May; 31(5):688-99.
10. Nafissi N, Saghafinia M, Motamedi MK, Akbari ME (2012). "A survey of breast cancer knowledge and attitude in Iranian women". *J Can Res Ther* 2012; 8: 46-9.
11. Navarro A, Muñoz SE, Lantieri MJ, del Pilar Diaz M, Cristaldo PE, de Fabro SP, Eynard AR (2004). "Meat cooking habits and risk of colorectal cancer in Córdoba, ArGenetina". *Nutrition*. 2004 Oct; 20(10):873-7.
12. Taleghani F, Yekta ZP, Nasrabadi AN, (2006). "Copying with breast cancer in newly diagnosed Iranian women". *J. Adv. Nurs.*, 54 (3): 265-272.

MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN ĐẾN KIẾN THỨC, THÁI ĐỘ, THỰC HÀNH VỀ BỆNH UNG THƯ VÚ Ở PHỤ NỮ THÀNH PHỐ VÀ PHỤ NỮ NÔNG THÔN TỈNH KHÁNH HÒA, NĂM 2016

*BS. CKII Tôn Thất Toàn, ThS Nguyễn Thị Quế Lâm
Trung tâm Truyền thông GDSK tỉnh Khánh Hòa
BS. CKII Nguyễn Hữu Châu- Trung tâm Nội tiết tỉnh Khánh Hòa*

Tóm tắt nghiên cứu

Nghiên cứu cắt ngang “Một số yếu tố liên quan đến kiến thức, thái độ và thực hành về bệnh ung thư vú ở phụ nữ thành phố và phụ nữ nông thôn tỉnh Khánh Hòa” được thực hiện trên 1.120 phụ nữ độ tuổi từ 20-60 sinh sống trên địa bàn tỉnh Khánh Hòa.

Kết quả cho thấy: Phụ nữ thành phố (PNTP) có tỷ lệ kiến thức chung về bệnh UTV đúng cao hơn phụ nữ nông thôn (PNNT) (81,5%; 80,9%). Phụ nữ có trình độ học vấn PTTH trở lên có kiến thức đúng về bệnh UTV cao hơn phụ nữ có trình độ học vấn THCS trở xuống ($p<0,05$).

PNTP có thái độ về bệnh UTV tích cực cao hơn PNNT (86,5%; 79,8%). Phụ nữ có độ tuổi 40 trở lên có thái độ tích cực về UTV cao hơn gần gấp 2 lần so với phụ nữ dưới 40 tuổi, ($p<0,05$). Phụ nữ có kiến thức đúng có thái độ tích cực hơn phụ nữ có kiến thức chưa đạt ($p<0,001$).

PNTP thực hành đúng về phòng chống bệnh UTV tương đồng với PNNT (45%; 44,8%). Nhóm phụ nữ có thái độ tích cực về bệnh UTV có thực hành phòng chống bệnh UTV đạt cao hơn nhóm phụ nữ có thái độ tiêu cực ($p<0,001$).

Từ kết quả nghiên cứu, chúng tôi khuyến nghị cần tăng cường công tác truyền thông, trên các phương tiện thông tin đại chúng và truyền thông trực tiếp nhằm nâng cao kiến thức, thái độ và thực hành phòng chống UTV cho phụ nữ nói chung và chú ý hơn đối với PNNT.

1. Đặt vấn đề

Ung thư vú (UTV) là ung thư gây tử vong hàng đầu của nữ giới, đứng thứ hai sau ung thư cổ tử cung. Theo GLOBOCAN (2012), số trường hợp phụ nữ mắc và tử vong do UTV tiếp tục tăng nhanh trên toàn cầu ở khu vực phát triển cũng như có xu hướng đang tăng nhanh ở khu vực kém phát triển. Ở Việt Nam, UTV là loại ung thư thường gặp nhất theo ghi nhận quần thể ung thư trong những năm gần đây.

Kết quả nghiên cứu tại nhiều nước trên thế giới cho thấy một số yếu tố liên quan đến kiến thức, thái độ, thực hành phòng ngừa bệnh UTV ở phụ nữ. Trong đó yếu tố sắc tộc, tuổi tác, giáo dục và tình trạng kinh tế-xã hội được xem xét đến khi phân tích mối liên quan đến kiến thức về bệnh UTV. Các yếu tố liên quan đến thái độ tích cực bao gồm: phụ nữ trẻ, học vấn cao, có việc làm, thu nhập cao hơn, có đi khám bác sĩ trong 6 tháng qua và tiền sử gia đình có người bị ung thư. Một số nghiên cứu cũng tìm thấy mối liên quan giữa thực hành tự kiểm tra vú, tuổi tác và trình độ học vấn, tiền sử gia đình có người bị bệnh liên quan đến vú và kiến thức về UTV.

Tại Khánh Hòa, hiện chưa có nghiên cứu so sánh, tìm hiểu yếu tố liên quan đến kiến thức, thái độ, thực hành (KAP) về UTV ở phụ nữ thành phố và nông thôn. Nhằm đánh giá được mức độ hiểu biết về UTV ở phụ nữ trên địa bàn tỉnh, mặt khác làm cơ sở cho việc xây dựng chương trình truyền thông giáo dục sức khỏe về phòng chống UTV phù hợp đối với phụ nữ tại tỉnh Khánh Hòa; chúng tôi thực hiện đề tài “*Một số yếu tố liên quan đến kiến thức, thái độ và thực hành về bệnh ung thư vú ở phụ nữ thành phố và nông thôn, tỉnh Khánh Hòa năm 2016*”.

2. Mục tiêu nghiên cứu

Tìm hiểu một số yếu tố liên quan đến kiến thức, thái độ, thực hành phòng chống bệnh UTV ở phụ nữ thành phố và nông thôn tỉnh Khánh Hòa.

3. Đối tượng và phương pháp nghiên cứu

3.1. Đối tượng nghiên cứu: Phụ nữ từ 20-60 trên địa bàn tỉnh Khánh Hòa.

3.2. Thời gian và địa điểm nghiên cứu

Thời gian: Năm 2016

Địa điểm: Khu vực nông thôn: huyện Vạn Ninh, Cam Lâm, Diên Khánh, Ninh Hòa; khu vực thành phố: Nha Trang, Cam Ranh.

3.3. Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu cắt ngang.

3.4. Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu

Cỡ mẫu: Sử dụng công thức tính cỡ mẫu:

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

Trong đó: n = Cỡ mẫu nghiên cứu;

$p = 0,5$ (ước tính tỷ lệ người trong cộng đồng hiểu biết đúng về UTV là 50% để có cỡ mẫu lớn nhất); $q = 1 - p = 0,5$; $z^2_{(1-\alpha/2)} = 1,96$; tương ứng với độ tin cậy 95%;

d: Độ chính xác tuyệt đối mong muốn. Chọn $d = 0,06$.

Điều chỉnh và làm tròn cỡ mẫu có 1.120 phụ nữ 20 - 60 tuổi trên địa bàn tỉnh Khánh Hòa được chọn tham gia nghiên cứu.

Phương pháp chọn mẫu: Áp dụng phương pháp chọn mẫu PPS (Probability Proportion to Size – chọn mẫu tỷ lệ với kích thước quần thể).

3.5. Phương pháp xử lý số liệu: Nhập liệu bằng phần mềm Epi.data 3.1; phân tích số liệu bằng phần mềm SPSS 16.0 .

3.6. Đạo đức nghiên cứu: Đối tượng nghiên cứu tự nguyện tham gia nghiên cứu, mọi thông tin đối tượng phỏng vấn đều được đảm bảo giữ bí mật.

4. Kết quả nghiên cứu và bàn luận

4.1. Thông tin chung về đối tượng nghiên cứu

Có 1.120 phụ nữ tham gia nghiên cứu. Độ tuổi trung bình của ĐTNC là 40,2, nhỏ nhất là 20, lớn nhất là 60 tuổi, chủ yếu ở độ tuổi 41 - 50 (30,2%). Không có sự khác nhau giữa nhóm tuổi của ĐTNC thành phố và nông thôn ($p > 0,05$).

Phần lớn ĐTNC sinh ra tại Khánh Hòa (74,6%) và có thời gian lưu trú tại tỉnh trên 20 năm (93,5%). 61,2% ĐTNC có trình độ văn hóa THCS trở lên. Nghề nghiệp là CB-CNV chiếm đa số (33,1%), buôn bán (22,8%) và làm nông (19%). Nghiên cứu ghi nhận có 7,1% phụ nữ có thu nhập bình quân dưới 1 triệu đồng/tháng; đa số có thu nhập bình quân từ 1-4 triệu đồng/tháng (21,2%; 25%; 25,4%). Có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa PNTP và PNNT về thời gian sống tại Khánh Hòa, trình độ học vấn, nơi sinh, nghề nghiệp, thu nhập bình quân và dân tộc.

Đa số ĐTNC đã có gia đình (84,5%); Tỷ lệ ĐTNC có 2 con chiếm 42,5%. Đa số ĐTNC con đầu lòng ở độ tuổi từ 20-29 tuổi (81,3%); có 9,3% ĐTNC bắt đầu sinh con trên 30 tuổi.

Đa số ĐTNC đã từng nghe tuyên truyền về UTV (91,6%), trong đó tỉ lệ là 78,7%; tiếp theo là đài (55%); cán bộ y tế (46,3%) và bạn bè/người thân (40,3%).

4.2. Một số yếu tố liên quan đến kiến thức, thái độ, thực hành phòng chống UTV của phụ nữ thành phố và phụ nữ nông thôn tỉnh Khánh Hòa năm 2016

4.2.1. Một số yếu tố liên quan đến kiến thức phòng chống UTV của ĐTNC

Bảng 1: Mô hình hồi quy đa biến kiểm soát yếu tố nhiễu của các yếu tố ảnh hưởng đến kiến thức về bệnh UTV của ĐTNC (n=1.120)

		Hệ số hồi quy (B)	OR [CI 95 %]	Sai số chuẩn (S.E)	Mức ý nghĩa (p)
Nhóm tuổi	Dưới 40 tuổi*	-	1	-	
	40 tuổi trở lên	-0,137	0,8 [0,6 – 1,2]	0,165	0,411
Trình độ học vấn	THCS trở xuống*	-	1	-	
	PTTH trở lên	-0,619	0,5 [0,3 – 0,8]	0,206	0,003
Thu nhập	Dưới 3 triệu*	-	1	-	
	3 triệu trở lên	-0,043	0,9 [0,6 - 1,3]	0,172	0,803
Tình trạng hôn nhân	Độc thân*	-	1	-	
	Có gia đình	-0,246	0,8 [0,4 – 1,5]	0,329	0,456
Gia đình có người UTV	Có*	-	1	-	
	Không	0,373	1,4 [0,5 – 3,9]	0,541	0,468
Nghe thông tin về UTV	Có*	-	1	-	
	Không	1,020	2,7 [1,7 – 4,4]	0,236	0,000
Khu vực	Thành phố*	-	1	-	
	Nông thôn	-0,158	0,8 [0,6 – 1,2]	0,165	0,339
Thái độ	Không đúng*	-	1	-	
	Đúng	-0,723	0,4 [0,3 – 0,7]	0,190	0,000
Thực hành	Không đúng*	-	1	-	
	Đúng	-0,185	0,8 [0,6 – 1,1]	0,1646	0,264

Cỡ mẫu phân tích (n)= 1.120. (*)= Nhóm so sánh. — = Không áp dụng.

Kết quả bảng 1 cho thấy trình độ học vấn, nghe thông tin về UTV có ảnh hưởng đến kiến thức về bệnh UTV của ĐTNC. Phụ nữ có trình độ học vấn PTTH trở lên có kiến thức đúng về bệnh UTV cao hơn phụ nữ có trình độ học vấn THCS trở xuống, ($p < 0,05$). Nghiên cứu tương tự tại Singapore năm 2009 trên 1.000 phụ nữ tìm thấy mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa trình độ học vấn và kiến thức về bệnh UTV. Theo đó, nhóm phụ nữ có trình độ học vấn thấp có kiến thức đúng thấp hơn so với nhóm phụ nữ có trình độ học vấn cao, phù hợp với nghiên cứu chúng tôi.

Phụ nữ đã nghe thông tin về UTV có kiến thức đúng về bệnh UTV cao hơn gấp gần 3 lần so với phụ nữ chưa từng nghe về UTV ($p < 0,001$). Tương tự, xem xét kết quả các nghiên cứu liên quan đều cho thấy giữa kiến thức và thực hành có ảnh hưởng và liên quan chặt chẽ với nhau. Phụ nữ có thực hành đúng về bệnh UTV có thể có mức độ kiến thức đúng cao có ý nghĩa so với người không có thực hành đúng.

Nghiên cứu của chúng tôi cũng cho thấy phụ nữ có thái độ tích cực có kiến thức đúng cao hơn phụ nữ có thái độ tiêu cực ($p < 0,001$), tuy nhiên chúng tôi không tìm thấy ảnh hưởng có ý nghĩa của thực hành đúng đối với kiến thức đúng về bệnh UTV. Có thể thấy rằng phụ nữ có thực hành đúng chưa hẳn có kiến thức đúng về bệnh UTV. Chúng tôi không tìm thấy ảnh hưởng có ý nghĩa của kiến thức đạt giữa nhóm phụ nữ thành phố và phụ nữ nông thôn.

4.2.2. Một số yếu tố liên quan đến thái độ phòng chống UTV của ĐTNC

Bảng 2: Mô hình hồi quy đa biến kiểm soát yếu tố nhiễu của các yếu tố ảnh hưởng đến thái độ về bệnh UTV của ĐTNC (n=1.120)

		Hệ số hồi quy (B)	OR [CI 95 %]	Sai số chuẩn (S.E)	Mức ý nghĩa (p)
Nhóm tuổi	Dưới 40 tuổi*	-	1	-	
	40 tuổi trở lên	0,546	1,7 [1,2 – 2,4]	0,180	0,002
Trình độ học vấn	THCS trở xuống*	-	1	-	
	PTTH trở lên	-1,498	0,2 [0,1 – 0,4]	0,277	0,000
Thu nhập	Dưới 3 triệu*	-	1	-	
	3 triệu trở lên	-0,262	0,7 [0,5 - 1,1]	0,187	0,160
Tình trạng hôn nhân	Độc thân*	-	1	-	
	Có gia đình	0,072	1,1 [0,4 – 2,5]	0,429	0,866
Gia đình có người UTV	Có*	-	1	-	
	Không	-0,245	0,7 [0,3 – 1,9]	0,461	0,595
Nghe thông tin về UTV	Có*	-	1	-	
	Không	0,652	1,9 [1,2 – 3,2]	0,256	0,011
Khu vực	Thành phố*	-	1	-	
	Nông thôn	0,196	1,2 [0,8 – 1,7]	0,180	0,274
Kiến thức	Không đúng*	-	1	-	
	Đúng	-0,724	0,5 [0,3 – 0,7]	0,191	0,000
Thực hành	Không đúng*	-	1	-	
	Đúng	0,639	0,5 [0,3 – 0,7]	0,178	0,000

Kết quả cho thấy: Phụ nữ có độ tuổi 40 trở lên có thái độ tích cực về UTV cao hơn gần gấp 2 lần so với phụ nữ dưới 40 tuổi ($p < 0,05$). Phụ nữ có trình độ học vấn PTTH trở lên có thái độ về bệnh UTV tích cực hơn phụ nữ có trình độ học vấn THCS trở xuống ($p < 0,001$). Phụ nữ đã nghe thông tin về UTV có thái độ tích cực cao gấp gần 2 lần so với phụ nữ chưa từng nghe về UTV ($p < 0,05$). Kết

quả cho thấy, nhóm phụ nữ có kiến thức đúng có thái độ tích cực hơn phụ nữ có kiến thức chưa đạt ($p<0,001$). Nhóm phụ nữ có thực hành đúng có thái độ tích cực hơn nhóm phụ nữ thực hành chưa đúng về bệnh UTV ($p<0,001$). Chúng tôi không tìm thấy ảnh hưởng có ý nghĩa của thái độ tích cực về UTV giữa nhóm PNTP và PNNT.

4.2.3. Một số yếu tố liên quan đến thực hành phòng chống UTV của ĐTNC

Bảng 3: Mô hình hồi quy đa biến kiểm soát yếu tố nhiễu của các yếu tố ảnh hưởng đến thực hành phòng chống bệnh UTV của ĐTNC (n=1.120)

		Hệ số hồi quy (B)	OR [CI 95%]	Sai số chuẩn (S.E)	Mức ý nghĩa (p)
Nhóm tuổi	Dưới 40 tuổi*	-	1	-	
	40 tuổi trở lên	-0,906	0,4 [0,3 – 0,5]	0,131	0,000
Trình độ học vấn	THCS trở xuống*	-	1	-	
	PTTH trở lên	-0,245	0,7 [0,6 – 1,04]	0,147	0,096
Thu nhập	Dưới 3 triệu*	-	1	-	
	3 triệu trở lên	-0,157	0,8 [0,6 - 1,1]	0,134	0,240
Tình trạng hôn nhân	Độc thân*	-	1	-	
	Có gia đình	-0,108	0,9 [0,7 – 1,1]	0,267	0,686
Gia đình có người UTV	Có*	-	1	-	
	Không	-0,188	0,8 [0,4 – 1,7]	0,379	0,619
Nghe thông tin về UTV	Có*	-	1	-	
	Không	0,263	1,3 [0,8 – 2,1]	0,237	0,269
Khu vực	Thành phố*	-	1	-	
	Nông thôn	-0,110	0,9 [0,7 – 1,1]	0,131	0,399
Kiến thức	Không đúng*	-	1	-	
	Đúng	-0,195	0,8 [0,6 – 1,1]	0,166	0,240
Thái độ	Không đúng*	-	1	-	
	Đúng	0,652	0,5 [0,3 – 0,7]	0,178	0,000
Cỡ mẫu phân tích (n)= 1.120. (*)= Nhóm so sánh. — = Không áp dụng.					

Kết quả cho thấy, phụ nữ có độ tuổi 40 trở lên có thực hành đúng về phòng chống bệnh UTV cao hơn phụ nữ dưới 40 tuổi ($p<0,001$). Kết quả này tương tự với kết quả nghiên cứu của Nguyễn Thị Như Tú tại Bình Định. Theo đó, nhóm phụ nữ trẻ có thực hành tốt hơn nhóm phụ nữ lớn tuổi từ 50 trở lên. Trong nghiên cứu chúng tôi cho thấy nhóm phụ nữ có thái độ tích cực về bệnh UTV có thực hành phòng chống bệnh UTV đạt cao hơn nhóm phụ nữ có thái độ tiêu cực ($p<0,001$).

Chúng tôi không tìm thấy ảnh hưởng có ý nghĩa của thực hành đúng giữa nhóm phụ nữ thành phố và phụ nữ nông thôn, đồng thời không tìm thấy mối liên quan giữa phụ nữ có kiến thức đúng với việc thực hành phòng chống bệnh UTV đúng. Trong khi đó, xem xét kết quả các nghiên cứu liên quan đều cho thấy giữa kiến thức và thực hành có ảnh hưởng và liên quan chặt chẽ với nhau.

5. Kết luận

Các yếu tố có liên quan đến kiến thức về bệnh UTV: Phụ nữ có trình độ học vấn PTTH trở lên có kiến thức đúng về bệnh UTV cao hơn phụ nữ có trình độ học vấn THCS trở xuống ($p<0,05$). Phụ nữ đã nghe thông tin về UTV có kiến thức đúng về bệnh UTV cao hơn gấp gần 3 lần so với phụ nữ chưa từng nghe về UTV ($p<0,001$).

Các yếu tố có liên quan đến thái độ về bệnh UTV: Phụ nữ có độ tuổi 40 trở lên có thái độ tích cực về UTV cao hơn gấp gần 2 lần so với phụ nữ dưới 40 tuổi ($p<0,05$). Phụ nữ có trình độ học vấn PTTH trở lên có thái độ về bệnh UTV tích cực hơn phụ nữ có trình độ học vấn THCS trở xuống ($p<0,001$). Phụ nữ đã nghe thông tin về UTV có thái độ tích cực cao gấp gần 2 lần so với phụ nữ chưa từng nghe về UTV ($p<0,05$). Phụ nữ có kiến thức đúng có thái độ tích cực hơn phụ nữ có kiến thức chưa đạt ($p<0,001$). Nhóm phụ nữ có thực hành đúng có thái độ tích cực hơn nhóm phụ nữ thực hành chưa đúng về bệnh UTV ($p<0,001$).

Các yếu tố có liên quan đến thực hành về bệnh UTV: Phụ nữ có độ tuổi 40 trở lên có thực hành đúng về phòng chống bệnh UTV cao hơn phụ nữ dưới 40 tuổi ($p<0,001$). Nhóm phụ nữ có thái độ tích cực về bệnh UTV có thực hành phòng chống bệnh UTV đạt cao hơn nhóm phụ nữ có thái độ tiêu cực ($p<0,001$).

6. Kiến nghị

Tăng cường thông tin, giáo dục và truyền thông trên các phương tiện thông tin đại chúng và truyền thông trực tiếp nhằm nâng cao kiến thức, thái độ và thực hành của phụ nữ về các yếu tố nguy cơ, dấu hiệu, triệu chứng, cách phát hiện UTV sớm; ưu tiên chú trọng phụ nữ ở khu vực nông thôn và phụ nữ từ 50 tuổi trở lên.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bùi Diệu, Nguyễn Bá Đức, Nguyễn Hoài Nga, Trịnh Thị Hoa & CS (2013). “Khảo sát kiến thức, thực hành về phòng một số bệnh ung thư phổ biến của cộng đồng dân cư tại một số tỉnh thành”. *Tạp chí ung thư học Việt Nam*, số 1/2010, tr. 118-122.
2. Bùi Diệu, Nguyễn Thị Hoài Nga, Trần Văn Thuận, Lê Hoàng Minh, Phạm Xuân Dũng, Nguyễn Chấn Hùng (2013). “Gánh nặng ung thư và chiến lược phòng chống ung thư quốc gia đến năm 2020”. *Tạp chí ung thư học Việt Nam*. Số 4, 2015: 13-18.
3. Hà Thị Mỹ Dung, Nguyễn Khoa Nguyên (2015). “Nghiên cứu kiến thức, thái độ, thực hành về phòng bệnh ung thư vú của phụ nữ trong độ tuổi sinh sản trên địa bàn tỉnh Thừa Thiên Huế năm 2015”. *Tạp chí Y học lâm ỉff*, số 26-2015, tr. 63.
4. Nguyễn Chấn Hùng (2013). “Tổng quan điều trị UTV”. *Tạp chí Ung thư học Việt nam*, số 3-2013: 11-23.
5. Nguyễn Thị Như Tú, Nguyễn Minh Sơn, Nguyễn Tuấn Hưng (2010). “Thực trạng kiến thức về bệnh UTV của phụ nữ tỉnh Bình Định năm 2010”. *Tạp chí Nghiên cứu Y học* 75 (4) – 2011.
6. Chong PN, Krishnan M, Hong CY, Swah TS (2002). “Knowledge and practice of breast cancer screening amongst public health nurses in Singapore”. *Singapore Med I*, 43(10): 509-516.
7. Harris DM, Miller JE, Davis DM. (2003). “Racial ifferences in breast cancer screening, knowledge and compliance”. *J Natl Med Assoc*. 95(8): 693-701.
8. Michael N Okobia, Clareann H Bunker, Friday E Okonofua and Usifo Osime (2006). “Knowledge, attitude and practice of Nigerian women towards breast cancer: A cross-sectional study”. *World J. Surg. Oncol.*, 4: 11.
9. Nafissi N, Saghafinia M, Motamedi MK, Akbari ME (2012). “A survey of breast cancer knowledge and attitude in Iranian women”. *J Can Res Ther* 2012; 8: 46-9.
10. Sim HL, Seah M, Tan SM (2009). “Breast cancer knowledge and screening practices: a survey of 1,000 Asian women”. *Singapore Med J*, 50(2): p: 132-8.
11. Taleghani F, Yekta ZP, Nasrabadi AN, (2006). “Copying with breast cancer in newly diagnosed Iranian women”. *J. Adv. Nurs.*, 54 (3): 265-272.

**NGHIÊN CỨU TỶ SỐ GIỚI TÍNH KHI SINH
VÀ CÁC YẾU TỐ LIÊN QUAN ĐẾN SỞ THÍCH SINH CON TRAI
Ở PHỤ NỮ CÓ CHỒNG TẠI HUYỆN VẠN NINH – TỈNH KHÁNH HÒA,
NĂM 2016**

*BS. CKII. Tôn Thất Toàn
Trung tâm Truyền thông GDSK tỉnh Khánh Hòa*

Tóm tắt nghiên cứu

Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên đối tượng phụ nữ có chồng từ 18-49 tuổi, có ý định sinh con hoặc chuẩn bị sinh con từ năm 2015 đến tháng 3/2016; đang cư trú trên địa bàn huyện Vạn Ninh, tỉnh Khánh Hòa.

Kết quả cho thấy, nhóm tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất là ≤ 29 tuổi và 30-39 tuổi (46,9%); đối tượng nghiên cứu (ĐTNC) có trình độ trung học cơ sở (THCS) (50%); trình độ từ trung cấp trở lên là 13,8%. Nghề nghiệp của ĐTNC là cán bộ công chức 11,5%, nghề nghiệp khác chiếm 89,5% (nội trợ, buôn bán, nghề nông,...). Có 85,4% ĐTNC có nghe nói về MCBGTKS; biết về hậu quả của MCBGT là 18,6%. ĐTNC biết về hậu quả mất cân bằng giới tính khi sinh (MCBGTKS) là mất cân đối tỷ lệ nam nữ (62,3%), nam khó có cơ hội lấy vợ (39,2%). Đa số ĐTNC cho rằng nên có biện pháp để làm giảm MCBGTKS (80%). Biện pháp để làm giảm MCBGTKS là thực hiện chính sách bình đẳng giới (60,8%), tuyên truyền (55,4%), hỗ trợ chính sách cho các cặp vợ chồng sinh con gái (46,9%).

Có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa nhóm ĐTNC là cán bộ công chức và nhóm ĐTNC có nghề nghiệp khác ($p < 0,001$). Có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa sở thích sinh con trai với trình độ học vấn của người chồng ($p < 0,001$) và nghề nghiệp của người chồng ($p < 0,05$).

Khuyến nghị nghiên cứu là cần tăng cường sự lãnh đạo của Đảng, Chính quyền các cấp đối với công tác Dân số - Kế hoạch hóa gia đình (DS-KHHGĐ) tại huyện Vạn Ninh. Đặc biệt là đầu tư cho công tác tuyên truyền vận động, giáo dục nâng cao nhận thức của cán bộ, nhân dân; lồng ghép thực hiện các quy định về Bình đẳng giới trong tất cả các hoạt động tại gia đình, cộng đồng.

Từ khóa: Tỷ số giới tính khi sinh, sở thích sinh con trai.

1. Đặt vấn đề

Theo Quỹ Dân số Liên hợp quốc, tỷ số giới tính khi sinh ở mức sinh học bình thường là từ 104 – 106 trẻ em trai/100 trẻ em gái. Hiện tượng MCBGTKS xảy ra khi có quá nhiều hoặc quá ít trẻ trai được sinh ra so với trẻ gái, hậu quả 20 năm tới được cảnh báo là sẽ có nhiều trẻ trai được sinh ra so với trẻ gái và tương lai nhiều người đàn ông không thể lấy được vợ, gia tăng nạn buôn bán phụ nữ, trẻ em gái... Việt Nam nằm trong những nước có tỷ lệ MCBGTKS cao nhất thế giới. Theo dự báo, nếu Việt Nam không kiểm soát được việc MCBGTKS sẽ có trên 4,3 triệu đàn ông không thể lấy được vợ. Ngày 03/11/2012, tại Hội thảo Quốc gia về MCBGTKS, Phó thủ tướng Nguyễn Thiện Nhân nhận định tình trạng này ở nước ta đang trở thành vấn đề vô cùng cấp bách.

Nguyên nhân cốt lõi dẫn đến tình trạng này chủ yếu bắt nguồn từ quan điểm tồn tại từ nhiều thế kỷ qua của đại đa số người dân là ưa thích con trai. Theo đánh giá, MCBGTKS ở Việt Nam diễn ra khá muộn so với nhiều nước khác trên thế giới nhưng lại xảy ra với tốc độ nhanh trong khoảng 6 năm trở lại đây với diễn biến phức tạp và ngày càng lan rộng. Theo số liệu thống kê năm 2015, tỷ lệ này đang ở mức 112,8 trẻ trai/100 trẻ gái.

Tại tỉnh Khánh Hòa, vấn đề MCBGTKS xuất hiện rõ nét từ năm 2002 với 108,4 trẻ trai/100 trẻ gái và tiếp tục có xu hướng gia tăng, đến năm 2012 là 109,2 trẻ trai/100 trẻ gái (tăng 0,8 điểm % sau 10 năm); năm 2014 là 109,4 trẻ trai/100 trẻ gái; dự ước 2015 là 109,8 trẻ trai/100 trẻ gái.

Tại huyện Vạn Ninh theo khảo sát thực trạng sự MCBGTKS có chiều hướng gia tăng. Năm 2009, Vạn Ninh bắt đầu có dấu hiệu MCBGTKS. Năm 2011, tỷ số giới tính khi sinh toàn huyện là 108 bé trai/100 bé gái; ở một số xã, tỷ số này khá cao, lên đến 135, thậm chí 147 bé trai/100 bé gái. Năm 2012, tỷ số này của toàn huyện tiếp tục tăng lên 121,4 bé trai/100 bé gái.

Trước thực trạng này, chúng tôi thực hiện đề tài “*Nghiên cứu tỷ số giới tính khi sinh và các yếu tố liên quan đến sở thích sinh con trai ở phụ nữ có chồng tại huyện Vạn Ninh, tỉnh Khánh Hòa năm 2016*”.

2. Mục tiêu nghiên cứu

2.1. Mô tả tỷ lệ sinh con trai ở phụ nữ có chồng sinh con trong năm 2016 tại huyện Vạn Ninh, tỉnh Khánh Hòa.

2.2. Tìm hiểu một số yếu tố liên quan đến sở thích sinh con trai ở phụ nữ có chồng sinh con trong năm 2016 tại huyện Vạn Ninh, tỉnh Khánh Hòa.

3. Phương pháp nghiên cứu

3.1. Đối tượng nghiên cứu: Phụ nữ có chồng từ 18-49 tuổi, có ý định sinh con hoặc chuẩn bị sinh con từ 1/ 2015 đến tháng 3/2016; đang cư trú trên địa bàn huyện Vạn Ninh, tỉnh Khánh Hòa, tình nguyện tham gia nghiên cứu.

3.2. Thời gian, địa điểm nghiên cứu: Nghiên cứu được thực hiện từ tháng 3/2016 đến tháng 30/06/2016, tại huyện Vạn Ninh, tỉnh Khánh Hòa.

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

3.4. Cỡ mẫu nghiên cứu

Xác định tỷ lệ thích con trai và một số yếu tố liên quan đến sở thích sinh con trai sử dụng tỷ lệ thích sinh con trai theo nghiên cứu của Hoàng Thị Phương Lan tại thành phố Huế để tính cỡ mẫu theo công thức:

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

Trong đó:

- n: Là cỡ mẫu cần thiết.
- $Z_{1-\alpha/2}$: Hệ số tin cậy (với độ tin cậy 95% thì giá trị $Z_{1-\alpha/2} = 1,96$).
- α : Là mức ý nghĩa thống kê, lấy $\alpha = 0,05$.
- p: Tỷ lệ thích sinh con trai theo nghiên cứu của Hoàng Thị Phương Lan: 0,77
- d: 0,08 (sai số mong muốn).

Áp dụng vào công thức tính được $n=106$. Ước tính thêm 10% số trường hợp từ chối tham gia nghiên cứu, vì vậy cỡ mẫu nghiên cứu được làm tròn là 122. Căn cứ trên danh sách phụ nữ có chồng chuẩn bị sinh con từ tháng 1/2015 đến tháng 3/2016 trên địa bàn huyện Vạn Ninh, chọn ngẫu nhiên 122 đối tượng tham gia nghiên cứu, thực tế chúng tôi tiến hành phỏng vấn 130 đối tượng nghiên cứu.

3.5. Phương pháp thu thập số liệu

Sổ sách báo cáo thống kê lưu trữ tại Trung tâm Dân số-KHHGĐ huyện Vạn Ninh và Chi cục Dân số -KHHGĐ tỉnh Khánh Hòa năm 2015.

Lấy danh sách số phụ nữ tuổi từ 18-49, chuẩn bị sinh con từ tháng 1/2015 đến tháng 3/2016 của tất cả các xã, thị trấn tại địa bàn huyện Vạn Ninh. Chọn ngẫu nhiên đối tượng dựa trên danh sách có được, điều tra viên tiến hành phỏng vấn trực tiếp 130 đối tượng theo bộ câu hỏi được thiết kế sẵn.

3.6. Xử lý số liệu

Nhập số liệu bằng phần mềm Epidata 3.1, phân tích, tính toán bằng phần mềm SPSS 16.0.

3.7. Đạo đức trong nghiên cứu

Vấn đề nghiên cứu liên quan đến chính sách xã hội, liên quan tới quyền và lợi ích của đối tượng nghiên cứu. Trong nghiên cứu chúng tôi phải giữ bí mật, bảo vệ những thông tin của đối tượng nghiên cứu. Đề cương nghiên cứu đã được Hội đồng Trung tâm Truyền thông Giáo dục Sức khỏe Khánh Hòa thông qua và sự đồng ý nhất trí của đối tượng nghiên cứu.

4. Kết quả và bàn luận

4.1. Thông tin chung về đối tượng nghiên cứu

Độ tuổi trung bình của ĐTNC là 30; tuổi thấp nhất là 18, cao nhất là 42. Hai nhóm tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất là < 29 tuổi và 30-39 tuổi (46,9%). ĐTNC có trình độ THCS (50%), trình độ từ trung cấp trở lên chiếm 13,8%. Nghề nghiệp chính của ĐTNC là nội trợ chiếm tỷ lệ 37,7%; buôn bán, nghề nông chiếm tỷ lệ bằng nhau là 20%; có 11,5% có nghề nghiệp là cán bộ công chức. Đa số phụ nữ tham gia nghiên cứu không theo tôn giáo nào (76,9%).

Hơn một nửa phụ nữ trong nghiên cứu có tổng thu nhập từ 2 triệu đến dưới 3,5 triệu/tháng (55,4%); 20,8% ĐTNC có thu nhập dưới 2 triệu. Trong nghiên cứu, tỷ lệ người vợ là người nắm giữ tài chính trong gia đình chiếm tỷ lệ cao (69,2%); cả hai vợ chồng cùng nắm giữ tài chính chiếm tỷ lệ 24,6%. Quyết định những công việc lớn trong gia đình, cả hai vợ chồng cùng bàn bạc (50,8%); người chồng quyết định công việc lớn chiếm tỷ lệ là 36,9%; có 10,8% là người vợ quyết định công việc lớn.

4.2. Đặc điểm sản khoa và kế hoạch hóa gia đình

Độ tuổi lấy chồng của ĐTNC dưới 25 tuổi chiếm tỷ lệ cao 71,5%; tuổi sinh con đầu lòng dưới 25 tuổi chiếm tỷ lệ cao 63,8%. Hơn một nửa ĐTNC có 02 con (55,4%); có đến 12,3% ĐTNC có 03 con trở lên. Số lần khám thai và số lần siêu âm thai đa số là từ 3 lần trở lên (91,5% và 89%).

100% ĐTNC đều biết các biện pháp tránh thai (BPTT). BPTT các bà mẹ biết nhiều nhất là thuốc uống tránh thai (91,5%), bao cao su chiếm (86,9%) và dụng cụ tử cung chiếm (76,2%). Thông tin về các BPTT mà ĐTNC biết được chủ yếu là do cán bộ y tế cung cấp (91,5%), từ cán bộ đoàn thể (51,5%), có 46,9% ĐTNC biết các BPTT từ nguồn thông tin đại chúng. Biện pháp tránh thai sử dụng nhiều nhất là thuốc uống, chiếm tỷ lệ 40,8%; sử dụng bao cao su chiếm tỷ lệ

19,2% và dụng cụ tử cung chiếm tỷ lệ 16,2%; chỉ có 2,3% thực hiện biện pháp đình sản để tránh thai. Quyết định sử dụng biện pháp tránh thai chủ yếu là do người vợ chiếm tỷ lệ (57,7%).

4.3. Sở thích sinh con trai ở phụ nữ có chồng sinh con trong năm 2016 tại huyện Vạn Ninh

4.3.1. Sở thích sinh con trai và nguyên nhân thích sinh con trai của ĐTNC

Kết quả nghiên cứu cho thấy hơn một nửa bà mẹ trong nghiên cứu này thích sinh con trai (63,1%). Kết quả nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn nghiên cứu của Hoàng Thị Phương Lan (77,4%). Nguyên nhân thích sinh con trai chủ yếu là muốn có trai, có gái chiếm tỷ lệ cao 82,3%, nguyên nhân có con trai để nối dõi, thờ cúng ông bà chiếm tỷ lệ 21,5%; do áp lực gia đình chồng và có chỗ dựa khi về già chiếm tỷ lệ thấp (12,3% và 11,5%), chỉ có 3,1% muốn có con trai để phụ cha đi biển. Kết quả nghiên cứu này có khác so với kết quả nghiên cứu của Hoàng Thị Tâm và cộng sự, năm 2007-2008 tại Thừa Thiên Huế, tỷ lệ phụ nữ thích sinh con trai vì lý do có con trai để thờ cúng ông bà, tổ tiên chiếm tỷ lệ cao nhất 38%.

4.3.2. Các biện pháp để sinh con theo ý muốn

ĐTNC cho rằng có chủ định muốn biết giới tính khi sinh chiếm tỷ lệ 53,8%; không biết giới tính khi sinh chiếm tỷ lệ 16,2%. Như vậy, với sự tiến bộ vượt bậc của các phương tiện chẩn đoán hình ảnh, các thai phụ dễ dàng biết được giới tính của con mình. Tuy nhiên, kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy hầu hết các phụ nữ cho rằng việc sinh con trai hay con gái nên để tự nhiên (90,8%) và chỉ có 9,2% đối tượng nghiên cứu thực hiện các biện pháp để sinh con theo ý muốn. Có 9,2% người không có ý kiến về vấn đề này, có thể những người này e ngại nên không trả lời suy nghĩ thực của mình.

Có 25,4% các bà mẹ biết biện pháp để sinh con theo ý muốn. Biện pháp sinh con theo ý muốn các bà mẹ biết nhiều nhất là theo dõi thời kỳ rụng trứng và theo lời khuyên của bác sĩ (17,7% và 14,6%); thực hiện chế độ ăn uống chiếm tỷ lệ 8,5% và thấp nhất là biện pháp uống thuốc nam/ bắc (0,8%). Trong nghiên cứu này có 9,2% phụ nữ áp dụng các biện pháp để sinh con theo ý muốn. Theo kết quả nghiên cứu của Hoàng Thị Phương Lan thì tỷ lệ phụ nữ biết để sinh con theo ý muốn, thực hiện lời khuyên của thầy thuốc chiếm tỷ lệ cao hơn (39,8%), tiếp đến là chế độ ăn uống (22,6%) và tính thời điểm rụng trứng chiếm 19,5%. Đa số các bà mẹ đều biết trước giới tính thai nhi trong thời kỳ mang thai (83,8%). Phương pháp biết trước giới tính nhiều nhất là nhờ vào siêu âm (83,1%). Thời

gian biết trước giới tính trong thời kỳ mang thai là tháng thứ 4 và tháng thứ 5 (42,3% và 33,8%).

4.3.3. Thái độ đối với sinh con theo ý muốn

Kết quả nghiên cứu cho thấy, khi biết giới tính thai nhi nếu không được như mong muốn, đa số các bà mẹ đều không có ý định hủy thai (81,5%); tỷ lệ các bà mẹ có ý định hủy thai chiếm tỷ lệ rất thấp (0,8%); tuy nhiên có 9,2% người không trả lời. Ở tỉnh Khánh Hòa nói chung và huyện Vạn Ninh nói riêng, tình trạng phá thai khi biết giới tính thai nhi không được như ý muốn chưa được khảo sát và ghi nhận. Tuy nhiên, cũng không thể chủ quan vì đây cũng là một nguyên nhân gây MCBGTKS.

Có 17,7% ĐTNC cho rằng có bất bình đẳng giới trong gia đình. Biểu hiện nhiều nhất là con/cháu trai được yêu thương, chăm sóc nhiều hơn so với con/cháu gái (16,9%). Có 72,3% ĐTNC cho rằng trong cộng đồng vẫn có sự bất bình đẳng giới: nam giới thường quyết định công việc (56,2%) và hiện tượng bạo lực gia đình do nam giới gây ra (46,2%).

Có 76,9% phụ nữ trong nghiên cứu này đều cho rằng vẫn có hiện tượng bất bình đẳng giới trong xã hội. Biểu hiện nhiều nhất là nam giới thường nắm giữ chức vụ quan trọng, chiếm tỷ lệ 56,9% và nam giới có nhiều cơ hội xin việc làm hơn (39,2%). Như vậy, trong gia đình, xã hội cũng như tại cộng đồng hiện nay vẫn còn bất bình đẳng giới. Chính nguyên nhân này đã tác động rất lớn đến MCBGTKS.

4.3.4. Hiểu biết về mất cân bằng giới tính

Đa số ĐTNC cho rằng có nghe nói về Pháp lệnh Dân số (81,5%), vẫn còn 15,5% ĐTNC chưa nghe nói về Pháp lệnh Dân số. Nguồn thông tin giúp họ biết về Pháp lệnh Dân số nhiều nhất là từ thông tin đại chúng (63,8%); từ cán bộ y tế chiếm tỷ lệ 42,3%; từ tài liệu, tranh ảnh, tờ rơi chiếm tỷ lệ 28,5%. Tỷ lệ ĐTNC biết khi vi phạm chính sách Dân số- KHHGD sẽ bị xử lý là 44,6%, vẫn còn 31,5% ĐTNC cho rằng không biết có xử phạt nếu bị vi phạm chính sách; 17,7% ĐTNC cho biết tại địa phương mình, người dân nếu vi phạm chính sách Dân số- KHHGD sẽ bị xử phạt. Có đến 64,6% ĐTNC cho rằng không biết có bị phạt hay không. Hình thức xử phạt người dân khi vi phạm chủ yếu là không bình xét gia đình văn hóa, chiếm tỷ lệ 27,7%. 50,8% ĐTNC biết rằng các cơ sở y tế nếu thông báo giới tính thai nhi sẽ bị phạt. Hình thức phạt chủ yếu là tước giấy phép hành nghề (19,2%) hoặc phạt tiền (17,7%).

Có 85,4% ĐTNC có nghe nói về mất cân bằng giới tính khi sinh và 18,6% biết về hậu quả của mất cân bằng giới tính trong đó chiếm tỷ lệ nhiều nhất là hậu quả mất cân đối tỷ lệ nam nữ (62,3%), nam khó có cơ hội lấy vợ chiếm tỷ lệ 39,2%. Đa số ĐTNC cho rằng nên có biện pháp để làm giảm sự mất cân bằng giới tính (80%). Hơn một nửa ĐTNC cho rằng biện pháp để làm giảm MCBGT đó là thực hiện chính sách bình đẳng giới (60,8%), tuyên truyền chiếm tỷ lệ 55,4% và có 46,9% ĐTNC cho rằng cần hỗ trợ chính sách cho các cặp vợ chồng sinh con gái.

4.4. Một số yếu tố liên quan đến sở thích sinh con trai

4.4.1. Đặc điểm dân số học của người vợ

Bảng 1: Tỷ lệ thích con trai theo đặc điểm dân số học của người vợ

Nội dung	Thích sinh con trai		Không quan trọng giới tính		OR [CI 95%]	P
	n	%	n	%		
Nhóm tuổi	82		48			
≤30 tuổi	43	63,2	25	36,8	1,01	>0,05 [0,49 – 2,07]
>30 tuổi	39	62,9	23	37,1		
Tôn giáo	82		48			
Không tôn giáo	67	67,0	33	33,0	2,03	>0,05 [0,89 – 4,6]
Các tôn giáo khác	15	50,0	15	50,0		
Trình độ học vấn	82		48			
<THPT	76	67,9	36	32,1	4,2	=0,05 [1,46 – 12,2]
Trung cấp/CĐ/ĐH	06	33,3	12	66,7		
Nghề nghiệp	82		48			
Cán bộ công chức	03	20,0	12	80,0	0,1	<0,001 [0,03 – 0,43]
Khác	79	68,7	36	31,3		

ĐTNC có trình độ học vấn từ THPT trở xuống thích sinh con trai cao gấp 4 lần so với nhóm có trình độ học vấn từ trung cấp trở lên. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p=0,05$). Có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa nhóm ĐTNC có nghề nghiệp khác có sở thích sinh con trai cao hơn nhóm phụ nữ có nghề nghiệp là cán bộ công chức ($p<0,001$).

4.4.2. Đặc điểm dân số học của người chồng

Bảng 2: Tỷ lệ thích con trai theo đặc điểm dân số học của người vợ

Nội dung	Thích con trai		Không quan trọng giới tính		OR [CI 95%]	p
	n	%	n	%		
Tôn giáo	82		48			
Không tôn giáo	67	67,0	33	33,0	2,03	>0,05
Các tôn giáo khác	15	50,0	15	50,0	[0,89 – 4,6]	
Trình độ học vấn	82		48			
<THPT	80	69,6	35	34,4	14,8	<0,001
Trung cấp/CĐ/ĐH	02	13,3	13	86,7	[3,2 – 69,3]	
Nghề nghiệp	82		48			
Cán bộ công chức	02	20,0	08	80,0	0,1	<0,05
Khác	80	66,7	40	33,3	[0,02 – 0,62]	

Bảng 2 cho thấy có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa sở thích sinh con trai với trình độ học vấn của người chồng ($p < 0,001$) và nghề nghiệp của người chồng ($p < 0,05$).

4.4.3. Số anh, em trai ruột của người chồng và số cháu trai của anh, em chồng

Bảng 3: Mối liên quan giữa số anh, em trai và số cháu trai của chồng với việc thích con trai của ĐTNC

Nội dung	Thích con trai		Không quan trọng giới tính		OR [CI 95%]	p
	n	%	n	%		
Số anh, em trai của chồng	82		48			
Không có	06	85,7	01	14,3	3,7	>0,05
≥ 1	76	61,8	47	38,2	[0,43 – 31,8]	
Số cháu trai của anh, em chồng	82		48			
Không có	08	53,3	07	46,7	06	>0,05
≥ 1	74	64,3	41	35,7	[0,21 – 1,87]	

Bảng 3 cho thấy không có sự khác biệt giữa số anh, em trai, số cháu trai của anh, em chồng và sở thích sinh con trai của đối tượng nghiên cứu ($p>0,05$).

4.4.4. Tình trạng sống chung nhiều thế hệ và số con hiện có của ĐTNC

Bảng 4: Mối liên quan giữa tình trạng sống chung nhiều thế hệ và số con hiện có của ĐTNC với việc thích con trai của ĐTNC

Nội dung	Thích con trai		Không quan trọng giới tính		OR [CI 95%]	p
	n	%	n	%		
Hoàn cảnh sống	82		48			
Sống riêng	56	64,4	31	35,6	1,18 [0,56 – 2,51]	>0,05
Sống chung	26	60,5	17	39,5		
Số con hiện có	82		48			
1-2 con	69	60,5	45	39,5	0,35 [0,95 – 1,3]	>0,05
3 con trở lên	13	81,2	03	18,8		

Bảng trên cho thấy không có mối liên quan có ý nghĩa thống kê về sở thích sinh con trai giữa những phụ nữ sống chung với gia đình nội, ngoại và sống riêng ($p>0,05$). Không có sự mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa số con hiện có của ĐTNC với sở thích sinh con trai ($p>0,05$).

5. Kết luận

5.1. Thích sinh con trai ở phụ nữ có chồng sinh con trong năm 2016 tại huyện Vạn Ninh

Đa số ĐTNC thích sinh con trai (63,1%). Đa số các bà mẹ trong nghiên cứu này mong muốn có 01 đứa con trai (86,2%). Đa số các bà mẹ cho rằng việc sinh con trai nên để tự nhiên (90,8%), có 25,4% các bà mẹ biết biện pháp để sinh con theo ý muốn và có 9,2% phụ nữ áp dụng các biện pháp để sinh con theo ý muốn. ĐTNC cho rằng có chủ định biết giới tính khi sinh chiếm tỷ lệ 53,8%. Đa số các bà mẹ đều biết trước giới tính thai nhi trong thời kỳ mang thai (83,8%). Phương pháp biết trước giới tính nhiều nhất là nhờ vào siêu âm (83,1%).

ĐTNC cho rằng có bất bình đẳng giới trong gia đình và cộng đồng như: nam giới thường quyết định công việc (56,2%) và hiện tượng bạo lực gia đình do nam giới gây ra (46,2%).

Đa số ĐTNC có nghe nói về Pháp lệnh Dân số (81,5%). Nguồn thông tin giúp họ biết về Pháp lệnh Dân số nhiều nhất là từ thông tin đại chúng (63,8%); nghe từ cán bộ y tế chiếm 42,3%; từ tài liệu, tranh ảnh, tờ rơi chiếm 28,5%.

Có 85,4% ĐTNC có nghe nói về MCBGTKS; có 18,6% cho rằng biết về hậu quả của MCBGTKS. Chiếm tỷ lệ nhiều nhất là hậu quả mất cân đối tỷ lệ nam nữ (62,3%), nam khó có cơ hội lấy vợ chiếm tỷ lệ 39,2%. Đa số ĐTNC cho rằng nên có biện pháp để làm giảm sự MCBGTKS (80%). Hơn một nửa ĐTNC cho rằng biện pháp để làm giảm MCBGTKS đó là thực hiện chính sách bình đẳng giới (60,8%), ĐTNC chọn phương pháp tuyên truyền chiếm tỷ lệ 55,4% và có 46,9% ĐTNC cho rằng cần hỗ trợ chính sách cho các cặp vợ chồng sinh con gái.

5.2. Một số yếu tố liên quan đến sở thích sinh con trai

Có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa nhóm ĐTNC có nghề nghiệp khác có sở thích sinh con trai cao hơn nhóm phụ nữ có nghề nghiệp là cán bộ công chức ($p < 0,001$). ĐTNC có trình độ học vấn từ THPT trở xuống có tỷ lệ thích sinh con trai cao gấp 4 lần so với nhóm có trình độ học vấn từ trung cấp trở lên. Có sự khác biệt giữa sở thích sinh con trai với trình độ học vấn của người chồng ($p < 0,001$) và nghề nghiệp của người chồng ($p < 0,05$).

Không có sự khác biệt giữa số anh, em trai, cháu trai của chồng và sở thích sinh con trai của đối tượng nghiên cứu ($p > 0,05$). Không có sự khác biệt về sở thích sinh con trai giữa những phụ nữ sống chung với gia đình nội, ngoại và sống riêng ($p > 0,05$). Không có sự khác biệt giữa số con hiện có của ĐTNC với sở thích sinh con trai ($p > 0,05$).

6. Kiến nghị

Cần tăng cường sự lãnh đạo của Đảng, Chính quyền các cấp đối với công tác Dân số-KHHGD thông qua việc ban hành các Nghị quyết, Chỉ thị, Chương trình hành động để triển khai thực hiện tốt mục tiêu về ổn định quy mô dân số, cơ cấu dân số.

Cần tăng cường đầu tư nguồn lực cho Chương trình Dân số-KHHGD có hiệu quả, đặc biệt là đầu tư cho công tác tuyên truyền vận động, giáo dục nâng cao nhận thức của cán bộ, nhân dân; lồng ghép thực hiện các quy định về bình đẳng giới trong tất cả các hoạt động tại gia đình, cộng đồng.

Huyện Vạn Ninh tiếp tục huy động các lực lượng xã hội tham gia vào công tác tuyên truyền, vận động về dân số, gia đình và trẻ em bằng nhiều hình thức có hiệu quả như truyền thông đại chúng (đài, báo); truyền thông trực tiếp thông qua đội ngũ cộng tác viên, tuyên truyền viên, các chức sắc tôn giáo, già làng, người có uy tín trong cộng đồng, đội ngũ cán bộ dân số, y tế cơ sở...

Cần ban hành sớm Luật Dân số để được thuận lợi trong công tác dân số/sức khỏe sinh sản.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Chi cục Dân số- Kế hoạch hóa gia đình tỉnh Khánh Hòa (2015), *Báo cáo số 110/BC-CCDS ngày 28/12/2015 về Tình hình thực hiện công tác Dân số- kế hoạch hóa gia đình năm 2015 và phương hướng nhiệm vụ năm 2016*.
2. Hoàng Thị Phương Lan (2011), *Nghiên cứu tỷ số giới tính khi sinh và một số yếu tố liên quan đến sở thích sinh con trai của phụ nữ có chồng tại thành phố Huế năm 2011*, Luận văn Chuyên khoa cấp I, Trường Đại học Y Dược Huế.
3. Quốc hội Việt Nam (2012), *Mất cân bằng giới tính khi sinh, thực trạng và thách thức với Việt Nam*.
4. Quỹ Dân số Liên hiệp quốc (UNFPA) (2010), *Tỷ số giới tính khi sinh tại Châu Á và Việt Nam: Tổng quan tài liệu nhằm hướng dẫn nghiên cứu về chính sách*, truy cập ngày 30/3/2016, tại trang web <http://unfpa.org.vn>
5. Lê Văn Tài (2012), *Nghiên cứu tỷ số giới tính khi sinh và lý do mất cân bằng giới tính khi sinh tại huyện Đức Hòa, tỉnh Long An năm 2012*, Luận văn Chuyên khoa cấp I, Trường Đại học Y Dược Huế.
6. Hoàng Thị Tâm, Phan Đăng Tâm và cộng sự (2010), Khảo sát điều tra xác định giới tính khi sinh tỉnh Thừa Thiên Huế 2007-2008, *Tạp chí Y học Thực hành*, số 699 và 700, tr.329-335.
7. Tổng cục Dân số- Kế hoạch hóa gia đình (2009), *Mất cân bằng giới tính khi sinh: thực trạng và giải pháp*.
8. Tổng cục Thống kê (2011), *Tổng điều tra Dân số và nhà ở Việt Nam 2009, Tỷ số giới tính khi sinh ở Việt Nam: các bằng chứng mới về thực trạng, xu hướng và những khác biệt*, Hà Nội.
9. Trung tâm Dân số- Kế hoạch hóa Gia đình huyện Vạn Ninh (2015), *Báo cáo số 95/BC-DSVN ngày 9/12/2015 về Tình hình thực hiện công tác Dân số- kế hoạch hóa gia đình năm 2015 và Phương hướng nhiệm vụ năm 2016*.

ĐÁNH GIÁ CHẤT LƯỢNG HOẠT ĐỘNG CÔNG TÁC TRUYỀN THÔNG GIÁO DỤC SỨC KHỎE CỦA Y TẾ TUYỂN HUYỆN TRÊN ĐỊA BÀN TỈNH KIÊN GIANG NĂM 2016

*Chủ nhiệm đề tài: CN. Trần Hữu Lộc
Cộng sự: BSKII. Bùi Kim Chiên, CN. Nguyễn Thị Ngát,
CN. Nguyễn Quốc Oai, CN. Bùi Anh Đức
Trung tâm Truyền thông GDSK tỉnh Kiên Giang*

Tóm tắt nghiên cứu

Nghiên cứu mô tả cắt ngang “Đánh giá chất lượng hoạt động công tác truyền thông giáo dục sức khỏe (TT-GDSK) của y tế tuyển huyện trên địa bàn tỉnh Kiên Giang năm 2015” được tiến hành trên 35 cán bộ viên chức đang công tác tại phòng TT-GDSK thuộc 15 trung tâm y tế (TTYT) huyện, thị, thành phố của tỉnh. Thời gian nghiên cứu từ tháng 4 đến tháng 9/2016. Kết quả nghiên cứu cho thấy 1/3 số huyện không có phòng làm việc riêng cho phòng TT-GDSK; hoạt động chủ yếu là tư vấn, truyền thông tại cộng đồng; hoạt động viết bài truyền thanh chỉ chiếm 40%. Một số yếu tố thuận lợi: 73,3% cán bộ có trình độ đại học; nhóm tuổi từ 31-45 chiếm 37,1%; 80% xác nhận có đồng nghiệp nhiệt tình, trách nhiệm và có sự chỉ đạo của cấp trên. Một số yếu tố khó khăn: 94,3% cho rằng thiếu kinh phí; 85,7% cho rằng thiếu cán bộ TT-GDSK tuyển huyện; 82,9% nhận định thiếu trang thiết bị cho hoạt động TT-GDSK; 51,4% thiếu kiến thức, kỹ năng; 42,6% thiếu điều kiện làm việc. Các đề xuất nhằm nâng cao chất lượng hoạt động là đào tạo kiến thức, kỹ năng truyền thông GDSK; kỹ năng viết tin bài, lập kế hoạch cho cán bộ viên chức của phòng TT-GDSK tuyển huyện.

1. Đặt vấn đề

Truyền thông giáo dục sức khỏe (TT-GDSK) có vai trò quan trọng trong công tác chăm sóc sức khỏe cộng đồng. Hệ thống TT-GDSK ở nước ta được hình thành từ tuyến trung ương đến cơ sở từ năm 1980. Tuy nhiên, tổ chức Phòng TT-GDSK của Trung tâm Y tế (TTYT) huyện, thị, thành phố (gọi tắt là Trung tâm Y tế huyện) chỉ mới được hình thành theo Nghị định của Chính phủ số 172/2005/NĐ-CP. Để tìm hiểu chất lượng hoạt động công tác TT-GDSK tuyển huyện về cơ sở vật chất, trang thiết bị/phương tiện tối thiểu để thực hiện nhiệm vụ, một số yếu tố được coi là thuận lợi/khó khăn, cán bộ cần được đào tạo và quản lý như thế nào để đáp ứng nhu cầu nhiệm vụ chuyên môn, chúng tôi thực hiện đề tài: “*Đánh giá chất lượng hoạt động công tác truyền thông giáo dục sức khỏe của y tế tuyển huyện trên địa bàn tỉnh Kiên Giang năm 2016*”.

2. Mục tiêu nghiên cứu

2.1. Đánh giá chất lượng hoạt động truyền thông GDSK tuyến huyện trên địa bàn tỉnh Kiên Giang năm 2016.

2.2. Mô tả các yếu tố ảnh hưởng đến chất lượng hoạt động truyền thông GDSK tuyến huyện trên địa bàn tỉnh Kiên Giang năm 2016.

2.3. Tìm hiểu một số đề xuất về việc nâng cao chất lượng hoạt động truyền thông GDSK tuyến huyện trên địa bàn tỉnh Kiên Giang năm 2016.

3. Đối tượng và phương pháp nghiên cứu

3.1. Đối tượng nghiên cứu: 35 cán bộ viên chức đang công tác tại phòng TT-GDSK thuộc 15 trung tâm y tế (TTYT) huyện, thị, thành phố của tỉnh Kiên Giang

3.2. Thiết kế nghiên cứu: Mô tả cắt ngang

3.3. Địa điểm nghiên cứu: 15 huyện, thị, thành phố của tỉnh Kiên Giang.

3.4. Thời gian nghiên cứu: Từ tháng 4/2016 đến tháng 9/2016

4. Kết quả và bàn luận

4.1. Chất lượng hoạt động truyền thông GDSK

4.1.1. *Thực trạng về cơ sở vật chất, trang thiết bị:*

Bảng 1: Thực trạng cơ sở vật chất, trang thiết bị tại các địa điểm nghiên cứu

TT	Tiêu chí nghiên cứu	Tần số	Tỷ lệ (%)
1	Số phòng TT-GDSK có tủ sách chuyên môn	13	86,67
2	Số huyện có phòng làm việc độc lập cho phòng TT-GDSK	10	66,67
3	Số phòng TT-GDSK có tủ trưng bày các ấn phẩm truyền thông	9	60,00
4	Số phòng TT-GDSK có bảng ghi lịch công tác	8	53,33
5	Bộ truyền thông hỗn hợp gồm: Ampli, Loa, Micro, Máy radio cassette lớn	8	53,3
6	Loa tay dùng pin để truyền thông tại cơ sở	8	53,3
7	Projector	7	46,7
8	Máy cassette loại có chức năng thu, phát	6	40
9	Ti vi màu 21 inch trở lên	6	40
10	Đầu đĩa hoặc đầu băng	6	40

Chỉ có 2/3 Phòng TT-GDSK tuyến huyện có phòng làm việc độc lập; gần một nửa chưa có tủ đựng trưng bày các ấn phẩm truyền thông và bảng ghi lịch công tác.

4.1.2. Thực trạng về hoạt động truyền thông giáo dục sức khỏe

Bảng 2: Các hoạt động truyền thông giáo dục sức khỏe

TT	Tiêu chí nghiên cứu (n=15)	Tần số	Tỷ lệ (%)
1	Tư vấn cho cá nhân/nhóm về các vấn đề sức khỏe, bệnh tật	13	86,67
2	Nói chuyện với cộng đồng về các vấn đề sức khỏe, bệnh tật	10	66,67
3	Phối hợp với các ban ngành đoàn thể khác thực hiện TT-GDSK	9	60,00
4	Tham gia thực hiện nội dung TT-GDSK của các chương trình/dự án	8	53,33
5	Phối hợp với các viên chức y tế khác thực hiện TT-GDSK	8	53,3
6	Thảo luận với các nhóm cộng đồng về các vấn đề sức khỏe, bệnh tật	8	53,3
7	Làm panô, áp phích, tờ rơi, tờ bướm	7	46,7
8	Viết bài cho Đài truyền thanh huyện	6	40

Hoạt động tư vấn cho cá nhân/nhóm về các vấn đề sức khỏe được thực hiện nhiều nhất (94,3%), các hoạt động còn lại cũng được thực hiện tốt (trên 70%). Tuy nhiên phần viết bài cho Đài truyền thanh huyện còn ít (45,7%).

4.2. Các yếu tố ảnh hưởng đến chất lượng hoạt động TT-GDSK:

Bảng 3: Những thuận lợi trong hoạt động truyền thông giáo dục sức khỏe

TT	Tiêu chí nghiên cứu (n=35)	Tần số	Tỷ lệ (%)
Thuận lợi chung:			
1	Được sự quan tâm của lãnh đạo các cấp	32	91,4
2	Được sự quan tâm của các ban ngành, đoàn thể	33	94,3
3	Có đội ngũ cộng tác viên	33	94,3
4	Có sự hỗ trợ của các CT/DA	34	97,1
Thuận lợi của từng cá nhân:			
5	Có sự phối hợp với các ban ngành	25	71,4
6	Có đồng nghiệp nhiệt tình, trách nhiệm	28	80
7	Có sự chỉ đạo của cấp trên	28	80
8	Có kỹ năng TT-GDSK	21	60
9	Có trình độ chuyên môn	15	42,9

Hầu hết người được hỏi đều cho rằng có thuận lợi chung (sự quan tâm của các cấp, các ban ngành đoàn thể, có đội ngũ CTV, sự hỗ trợ của các chương trình dự án); thuận lợi của từng cá nhân được đề cập nhiều nhất là có đồng nghiệp nhiệt tình, trách nhiệm và có sự chỉ đạo của cấp trên (chiếm 80%).

Bảng 4: Những khó khăn trong hoạt động truyền thông giáo dục sức khỏe

TT	Tiêu chí nghiên cứu (n=35)	Tần số	Tỷ lệ (%)
Khó khăn chung:			
1	Thiếu nhân lực	30	85,7
2	Thiếu phương tiện, TTB	29	82,9
3	Thiếu tài liệu/ấn phẩm	12	34,3
4	Thiếu cơ sở vật chất	22	62,9
5	Thiếu kinh phí	33	94,3
Khó khăn của từng cá nhân:			
6	Thiếu điều kiện làm việc	18	51,4
7	Thiếu kỹ năng, kinh nghiệm về TT-GDSK	13	37,1
8	Phải kiêm nhiệm nhiều việc	10	28,6
9	Địa bàn đi lại khó khăn	5	14,3

Những khó khăn chung phổ biến nhất của các huyện trong hoạt động TT-GDSK là thiếu kinh phí (94,3%), thiếu nhân lực (85,7%) và thiếu phương tiện, trang thiết bị (82,9%). Về cá nhân: hơn một nửa viên chức được phỏng vấn nêu khó khăn là thiếu điều kiện làm việc (51,4%).

4.3. Các ý kiến đề xuất:

Bảng 5: Đề xuất về đào tạo bồi dưỡng cho viên chức Phòng Truyền thông GDSK

TT	Tiêu chí nghiên cứu (n=15)	Tần số	Tỷ lệ (%)
1	Đào tạo kiến thức, kỹ năng về TT-GDSK	15	100
2	Đào tạo kiến thức, kỹ năng về lập kế hoạch, theo dõi, giám sát hoạt động TT-GDSK	13	86,7
3	Đào tạo lại định kỳ	13	86,7
4	Đào tạo về kỹ thuật phát thanh – truyền hình	10	66,7
5	Đào tạo kỹ năng viết tin/bài	14	93,3

Tất cả các huyện (100%) đều đề xuất được đào tạo kiến thức, kỹ năng về TT-GDSK; 93,3% có nhu cầu đào tạo kỹ năng viết tin, bài; 86,7% muốn đào tạo kỹ năng lập kế hoạch, giám sát và đào tạo lại định kỳ.

5. Đề xuất, kiến nghị

Quan tâm đến việc trang bị cơ sở vật chất, trang biế bị và đào tạo kỹ năng cho các cán bộ viên chức của các phòng TT-GDSK.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2013), *Thông tư 07/2013/TT-BYT ngày 08/3/2013 của Bộ trưởng Bộ Y tế quy định tiêu chuẩn, chức năng, nhiệm vụ của nhân viên y tế thôn, bản*.
2. Bộ Y Tế (2000), *Xây dựng Y tế Việt Nam công bằng vớ phát triển*; Nhà xuất bản Y học Hà Nội, trang 27-29,60.
3. Bộ Y tế (2002), *Các chính sách và giải pháp thực hiện chăm sóc sức khỏe ban đầu*, Hà Nội; 118 trang.
4. Bộ Y tế (2005), *Quyết định 26/2005/QĐ-BYT ngày 09 tháng 9-2005 Bộ Y tế ban hành: “Qui định chức năng, nhiệm vụ, quyền hạn và cơ cấu tổ chức của Trung tâm y tế dự phòng huyện, quận, thị xã, thành phố thuộc tỉnh”*.
5. Chính phủ (2005), *Nghị định số 172/2005/NĐ-CP quy định về tổ chức cơ quan chuyên môn thuộc Ủy ban nhân dân huyện, quận, thị xã thành phố thuộc tỉnh*, Hà Nội.
6. Bộ Y tế (2006), *“Khoa học hành vi về giáo dục sức khỏe”*, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, 159 trang.
7. Bộ Y tế (2007), *Giáo dục và nâng cao sức khỏe*; Sách đào tạo bác sĩ đa khoa; Nhà xuất bản Y học Hà Nội; trang 91.
8. Bộ Y tế (2010), *Quyết định 2419/QĐ-BYT về việc ban hành danh mục trang thiết bị và phương tiện làm việc của các Trung tâm Truyền thông giáo dục sức khỏe*; Hà Nội, ngày 07/7/2010.
9. Nguyễn Văn Hiến (2004), *Nghiên cứu hoạt động giáo dục sức khỏe tại một số xã ở một huyện đồng bằng bắc bộ và thử nghiệm mô hình can thiệp giáo dục sức khỏe*, Luận án Tiến sĩ Y học, Hà Nội, tr.4-32.
10. Nguyễn Văn Hiến (2007), *"Thực trạng và khả năng đẩy mạnh hoạt động truyền thông giáo dục sức khỏe tại một số xã huyện Thanh Miện tỉnh Hải Dương"*, Tạp chí Y học thực hành, số 585/2007 (Bộ Y tế), tr.200-205.

ĐẶC ĐIỂM DỊCH TỄ HỌC BỆNH HEN PHẾ QUẢN TẠI XÃ QUỐC TUẤN – HUYỆN AN LÃO HẢI PHÒNG NĂM 2013

*Nguyễn Quang Chính, Phạm Huy Quyến
Trung tâm Truyền thông GDSK Thành phố Hải Phòng*

Tóm tắt nghiên cứu

Nghiên cứu tình hình mắc bệnh hen phế quản ở cộng đồng dân cư xã Quốc Tuấn - huyện An Lão - Hải Phòng năm 2014 được tiến hành bằng phương pháp chọn mẫu toàn bộ, với 2.484 hộ dân, 6.649 người trên >16 tuổi; trong đó có 3.216 nam và 3.433 nữ được điều tra trực tiếp tại hộ gia đình, kết hợp với khám bệnh, phỏng vấn sâu 255 bệnh nhân (BN). Kết quả thu được: tỷ lệ mắc bệnh hen ở người trưởng thành của cộng đồng là 3,84%, nam là 3,64%, nữ 4,02%; bệnh có thể xuất hiện lần đầu ở mọi lứa tuổi, số làm nông nghiệp 71,4%; trình độ văn hóa từ THCS trở xuống (81,9%); bệnh có tính chất mạn tính, kéo dài nhiều năm; đa số bệnh nhân (37,6%) có cơ địa dị ứng bản thân hoặc cơ địa gia đình mắc bệnh hen (40,8%), các yếu tố thúc đẩy cơn hen xuất hiện bao gồm cả dị nguyên là: thay đổi thời tiết (76,5%), gắng sức 40,4%, nhiễm lạnh (34,1%), nhiễm khuẩn hô hấp, khói thuốc, bụi, thức ăn; Hen nặng chiếm 18,8% số bệnh nhân, hen kiểm soát hoàn toàn chỉ đạt 4,3%.

1. Đặt vấn đề

Hen phế quản hiện đang là bệnh xã hội mang tính toàn cầu, bởi tỷ lệ mắc cao, gia tăng nhanh và ảnh hưởng đến sức khỏe tính mạng. Việt Nam chưa có nghiên cứu điều tra tổng thể tỷ lệ mắc hen trên phạm vi cả nước và chương trình điều trị kiểm soát hen tại cộng đồng theo GINA mới được triển khai và hầu như còn ít các nghiên cứu đánh giá tính phổ biến cũng như hiệu quả của hoạt động đó. Do vậy nghiên cứu tình hình mắc hen, đặc điểm của bệnh, tại các địa phương, vùng miền, để kịp thời kiến nghị các giải pháp hợp lý nhằm tăng cường công tác phòng chống bệnh hen ở địa phương, đó cũng như góp phần vào công tác phòng chống hen. Chúng tôi tiến hành nghiên cứu “*Đặc điểm dịch tễ học bệnh hen phế quản tại xã Quốc Tuấn huyện An Lão Hải Phòng năm 2013*”.

2. Mục tiêu nghiên cứu

2.1. Xác định tỷ lệ mắc bệnh hen phế quản ở người trưởng thành tại cộng đồng dân cư xã Quốc Tuấn, An Lão, Hải Phòng năm 2013.

2.2. Mô tả đặc điểm dịch tễ học bệnh hen phế quản ở các bệnh nhân.

3. Đối tượng và phương pháp nghiên cứu

3.1. Đối tượng nghiên cứu:

- Toàn bộ người trưởng thành >16 tuổi xã Quốc Tuấn - An Lão
- Các bệnh nhân hiện mắc hen phế quản.

3.2. Thời gian nghiên cứu: tháng 9/2013

3.3. Phương pháp nghiên cứu

3.3.1. Thiết kế nghiên cứu:

- Phương pháp nghiên cứu điều tra mô tả cắt ngang
- Các kỹ thuật thu thập số liệu cơ bản là phỏng vấn trực tiếp tại hộ gia đình, phỏng vấn sâu bệnh nhân, thu thập các kết quả liên quan.
- Công cụ nghiên cứu gồm phiếu điều tra, được xây dựng phù hợp nhóm đối tượng nghiên cứu, dụng cụ khám bệnh...

3.3.2. Cỡ mẫu và cách chọn mẫu:

Cỡ mẫu được xác định theo công thức tính cỡ mẫu cho nghiên cứu ngang mô tả:

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

Trong đó: n: Là cỡ mẫu;

$Z_{1-\alpha/2}^2$: Là hệ số tin cậy, lấy giá trị 1,96 (tương ứng với độ tin cậy 95%),

p = 0,03: Tỷ lệ mắc bệnh ở cộng đồng của các nghiên cứu trước;

q = 1 – p: Mức độ sai khác lớn nhất của nghiên cứu so với thực tế,

lấy $\varepsilon = 0,3$.

Tính theo công thức cỡ mẫu điều tra là 1.380 người, để tăng độ tin cậy chúng tôi điều tra toàn bộ người trưởng thành hiện sống tại xã với 6.649 người trưởng thành > 16 tuổi.

Cách chọn mẫu: Theo phương pháp chọn mẫu toàn thể (lập danh sách toàn bộ hộ gia đình trong xã, sau đó điều tra phát hiện người bệnh ở từng hộ gia đình cho đến hết).

3.3.3. Tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân hen phế quản:

- Toàn bộ bệnh nhân hiện mắc hen qua điều tra, sống tại địa phương

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

3.3.4. *Xử lý số liệu*: Bảng phần mềm Excel, SPSS.

4. Kết quả nghiên cứu

4.1. Tỷ lệ mắc hen phế quản ở người trưởng thành

Bảng 1: Phân bố bệnh nhân theo giới của người trưởng thành >16 tuổi

Đối tượng Giới	Tổng số dân điều tra		Tỷ lệ mắc hen chung người trưởng thành	
	Tần số	Tỷ lệ (%)	Tần số	Tỷ lệ (%)
Nam	3.216	48,36	117	3,64
Nữ	3.433	51,64	138	4,02
Tổng chung	6.649	100	255	3,84

Tỷ lệ mắc bệnh hen người trưởng thành >16 tuổi của xã Quốc Tuấn - An Lão là 3,84%, có sự khác biệt đáng kể giữa 2 giới tính chung và người lớn, sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê về tỷ lệ mắc hen giữa nam và nữ (3,64% và 4,02%) $p > 0,05$.

4.2. Đặc điểm dịch tễ học và tình hình mắc hen phế quản của các bệnh nhân

Bảng 2: Phân bố BN theo độ tuổi (n=255)

Độ tuổi	Tần số	Tỷ lệ (%)
16-19	1	0,3
20-29	15	1,0
30-39	21	1,6
40-49	41	3,7
50-59	63	5,4
60-69	40	8,9
70-79	42	11,4
> 80	32	9,8
Tổng	255	100

Bệnh xuất hiện ở mọi lứa tuổi; nhóm tuổi có nhiều bệnh nhân là lứa tuổi từ 40 trở lên.

Bảng 3: Trình độ văn hóa và nghề nghiệp của các BN (n=255)

Đặc điểm		Tần số	Tỷ lệ (%)
Trình độ	Không biết chữ	18	7,1
	Tiểu học	76	29,8
	THCS	115	45,1
	THPT	40	15,7
	Trung cấp – ĐH	6	2,4
Nghề nghiệp	Nông dân	182	71,4
	Công nhân	24	9,4
	Hưu trí	31	12,1
	HS, SV	2	0,8
	Nội trợ	15	5,9
	CCVC	1	0,4

Số BN có trình độ văn hóa thấp (không biết chữ, tiểu học, THCS) chiếm tới 81,9%. Số người bệnh có trình độ trung cấp trở lên rất thấp (2,4%). Đa số

bệnh nhân làm nghề nông nghiệp, điều kiện kinh tế khó khăn; các nghề khác chiếm tỷ lệ nhỏ.

4.3. Tình hình mắc hen phế quản

Bảng 4: Phân bố BN theo số năm mắc bệnh (n=255)

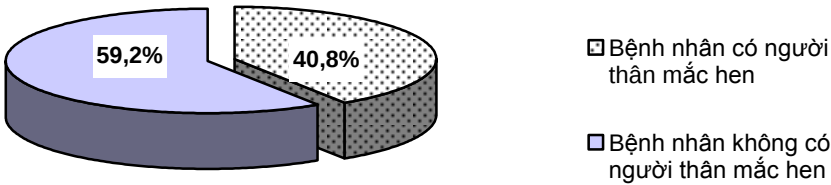
Số năm mắc Kết quả	< = 5	6 - 10	11 - 15	16 - 20	>20	Tổng số
Tần số	118	44	14	17	62	255
Tỷ lệ (%)	46,3	17,2	5,5	6,7	24,3	100

Số BN mắc bệnh kéo dài trên 5 năm chiếm tỷ lệ: 53,7%.

Bảng 5: Các yếu tố cơ địa dị ứng cá nhân (n=255)

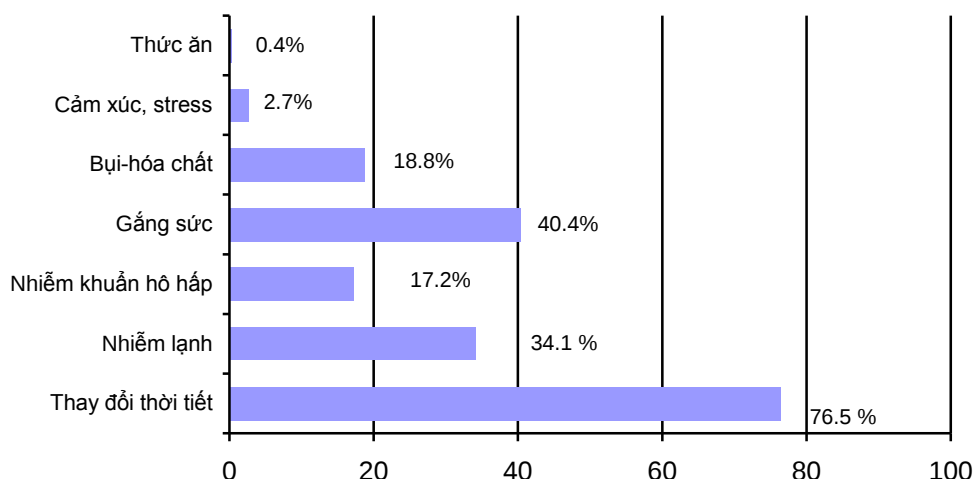
Yếu tố Kết quả	Mắc bệnh dị ứng	Viêm mũi dị ứng	Sẩn ngứa Mày đay	Dị ứng thuốc	Dị ứng thức ăn
n	96	41	69	7	2
%	37,6	16,1	27,1	2,7	0,8

Số BN hen có tiền sử hay hiện tại mắc ít nhất 1 bệnh dị ứng khác ngoài hen là 96 người (37,6%) trong đó viêm mũi dị ứng phổ biến nhất là 16,1%, tiếp đến là các bệnh mẩn ngứa mày đay 27,1%.



Biểu đồ 1: Yếu tố gia đình (n=255)

Có 40,8% người bệnh có người thân cũng mắc hen.



Biểu đồ 2: Các tác nhân thúc đẩy cơn hen xuất hiện

Thay đổi thời tiết đột ngột là yếu tố phổ biến nhất thúc đẩy xuất hiện cơn hen (76,5%), tiếp theo là gắng sức 40,4%, nhiễm lạnh 34,1%.

Bảng 6: Phân loại mức độ nặng nhẹ các BN hen theo bậc (n=255)

Tình hình mắc hen phế quản		Tần số	Tỷ lệ (%)
Độ hen	Độ 1	116	45,5
	Độ 2	91	35,7
	Độ 3	39	15,3
	Độ 4	9	3,5
Mức độ kiểm soát hen	Không kiểm soát	168	65,8
	Kiểm soát 1 phần	76	29,8
	Kiểm soát hoàn toàn	11	4,3

Hen nặng chiếm 18,8% số bệnh nhân, hen kiểm soát hoàn toàn chỉ đạt 4,3%.

5. Bàn luận

5.1. Tỷ lệ mắc hen phế quản ở người trưởng thành

Kết quả nghiên cứu cho thấy là tỷ lệ mắc hen ở người trưởng thành xã Quốc Tuấn, huyện An Lão là 3,84%. So với các nghiên cứu khác của Nguyễn Năng An ở các tỉnh phía Bắc, Phạm Huy Quyền tại quận Hồng Bàng và huyện An Dương, Vũ Minh Thục tại phường Lạch Tray - Hải Phòng, Sy D.Q. tại Đà Lạt, thì kết quả của chúng tôi tương đương. Theo chúng tôi không có sự khác biệt về tỷ lệ mắc hen ở Quốc Tuấn- An Lão với các nghiên cứu khác vì nghiên cứu của chúng

tôi chỉ thực hiện trên 1 xã, diễn biến bệnh mạn tính nên không có sự khác biệt về độ rộng địa bàn nghiên cứu, thời điểm nghiên cứu diễn ra, cách nhau nhiều năm.

5.2. Đặc điểm dịch tễ học và tình hình mắc hen phế quản của các bệnh nhân

Tỷ lệ mắc hen ở người lớn là: 3,84%, không có sự khác biệt đáng kể về tỷ lệ mắc giữa 2 giới với người trưởng thành (3,64% và 4,02%). Kết quả này cũng phù hợp với nhận định của các nghiên cứu khác như của Nikon KN, Mc Fadden và trong y văn.

Nghiên cứu về trình độ văn hóa kết quả cho thấy đa số bệnh nhân có trình độ văn hóa thấp, dưới THCS chiếm tới 81,9%, một số đáng kể không biết chữ tới 7,1%. Trình độ văn hóa thấp nói chung của các bệnh nhân hen có thể do bệnh tật không được chữa trị tốt nên ảnh hưởng đến kết quả học tập, phải bỏ học hoặc do chi phí thuốc men, nghỉ việc dẫn đến không thể đầu tư cho học tập.

Số BN hen có tiền sử hay hiện tại mắc ít nhất 1 bệnh dị ứng khác ngoài hen là chiếm 37,6% trong đó sản ngứa mày đay phổ biến nhất là 27,1%; viêm mũi dị ứng 16,1%. Điều này cho thấy bệnh nhân hen có cơ địa dị ứng rõ ràng. Cơ địa dị ứng gia đình cũng thấy thể hiện rõ ở các bệnh nhân hen ở địa phương này khi điều tra tiền sử gia đình mắc hen và các bệnh dị ứng của họ: Có tới 40,8% bệnh nhân hen có người thân mắc bệnh hen. Đặc điểm này cũng phù hợp với nhận định của tác giả khác và y văn là cơ địa dị ứng của bệnh nhân hen là yếu tố bệnh sinh quan trọng.

Về các yếu tố thúc đẩy cơn hen xuất hiện hoặc nặng bệnh bao gồm các dị nguyên, thay đổi thời tiết đột ngột là yếu tố phổ biến nhất thúc đẩy xuất hiện cơn hen (76,5%), tiếp theo là gắng sức 40,4%, nhiễm lạnh 34,1%. Nhiều nghiên cứu đã khẳng định rằng các dị nguyên gây hen trong môi trường sống của BN cùng với các yếu tố thúc đẩy khác đặc biệt là biến đổi thời tiết đột ngột là các nhân tố phát sinh và thúc đẩy cơn hen xuất hiện. Điều đó người bệnh cũng như các thầy thuốc quản lý BN hen cần biết để có biện pháp cần thiết để phòng tránh bệnh có hiệu quả.

Đánh giá về mức độ nặng nhẹ của các bệnh nhân hen tại địa phương cũng như các biến chứng đã để lại trên các BN đó vì bệnh hen nặng hoặc do không được điều trị thích đáng, chúng tôi thấy rằng có 18,8% BN bị hen nặng; hen kiểm soát hoàn toàn chỉ đạt 4,3%. Điều này cho thấy bệnh hen ở Quốc Tuấn - An Lão có thể là hậu quả của việc thiếu kiến thức và biện pháp thích hợp về phòng chống bệnh hen tại địa phương.

6. Kết luận

- Tỷ lệ mắc hen chung ở người trưởng thành là 3,84%, tỷ lệ mắc theo giới nữ cao hơn nam (4,02% và 3,64, $p > 0,05$).
- Bệnh xuất hiện ở mọi lứa tuổi, đa số BN có trình độ văn hóa thấp; học vấn từ THCS trở xuống chiếm 81,9%.
- Tỷ lệ hen nặng ở BN bậc III và bậc IV chiếm 18,8%; hen kiểm soát hoàn toàn chỉ đạt 4,3%.
- Khởi phát hen do thay đổi thời tiết chiếm 76,5%. Có 40,8% số bệnh nhân hen có người thân mắc bệnh hen và 37,6% mắc bệnh dị ứng. Bệnh mẩn ngứa, mày đay 16,0%, viêm mũi dị ứng 16,07%.

7. Kiến nghị

Do bệnh ảnh hưởng nhiều đến cuộc sống người bệnh; đa số BN trình độ thấp, kinh tế khó khăn. Chính quyền địa phương cần triển khai chương trình can thiệp cho BN hen phế quản tại cộng đồng để giảm thiểu tác hại của bệnh gây nên.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Năng An, (2009), *Hen phế quản, mấy vấn đề thời sự về lý luận và thực hành*. Nhà xuất bản Hà Nội 2009.
2. Nguyễn Quang Chính, *Đặc điểm dịch tễ học và thực trạng điều trị kiểm soát bệnh hen phế quản tại huyện Kim Thành Hải Dương Năm 2006*. Luận văn Thạc sĩ y học – ĐHY Hải Phòng 2007.
3. Hoàng Văn Nhật (2011), *Nghiên cứu đặc điểm dịch tễ học và thực trạng kiểm soát hen phế quản người lớn tại huyện đảo Cát Hải Năm 2011*. Luận văn Bác sĩ chuyên khoa II – ĐHY Hải Phòng năm 2011.
4. Phạm Huy Quyến, Nguyễn Minh Khôi, Vũ Ngọc Hào (2003), *Nghiên cứu tình hình bệnh Hen phế quản tại Quận Hồng Bàng Hải Phòng*. YHTH số 493 tr 162- 164
5. Phạm Văn Thức (2011), *Hen phế quản*. Nhà xuất bản Y học.
6. Sy .D.Q, Thanh Binh M.H. (2004): Prevalence of asthma and asthma - like symptoms in Dalat Highlands, Vietnam, Singapore medical Journal 48(4) 294-303.

NHẬN THỨC CỦA NGƯỜI DÂN VỀ VẤN ĐỀ AN TOÀN VỆ SINH THỰC PHẨM TẠI THÀNH PHỐ HÀ TĨNH

*Bs. Bùi Quang Tâm, Bs. Lê Viêt Long, CN. Nguyễn Thị Loan
Trung tâm Truyền thông GDSK tỉnh Hà Tĩnh*

Tóm tắt nghiên cứu

An toàn vệ sinh thực phẩm (ATVSTP) đang là mối quan tâm lớn của nhiều quốc gia, đặc biệt là các nước đang phát triển. Nhu cầu tiêu thụ thực phẩm tại thành phố Hà Tĩnh là rất lớn và có nhiều nguy cơ xảy ra các vụ ngộ độc thực phẩm, ảnh hưởng đến sức khỏe của người dân. Nghiên cứu mô tả cắt ngang “Nhận thức của nhân dân trên địa bàn thành phố Hà Tĩnh về vệ sinh an toàn thực phẩm” tiến hành từ tháng 6/2015 đến 6/2016 với 200 đối tượng là người tiêu dùng, chủ cơ sở sản xuất, nhân viên trực tiếp sản xuất, kinh doanh, chế biến thực phẩm. Kết quả nghiên cứu cho thấy có 49% biết ít về vai trò của thực phẩm đối với sức khỏe; biết ít về ngộ độc thực phẩm chiếm 55%; 80% không biết, 75% biết ít về cách chế biến thực phẩm hợp vệ sinh. Các nhà nghiên cứu cho rằng cần tăng cường hoạt động truyền thông về VSATTP trên các phương tiện thông tin đại chúng, đặc biệt là qua đài phát thanh, truyền hình và trực tiếp qua cán bộ. Nội dung truyền thông cần tập trung cung cấp cho người dân về vai trò của thực phẩm đối với sức khỏe; nguyên nhân gây ngộ độc thực phẩm, cách lựa chọn cũng như chế biến thực phẩm an toàn...

1. Đặt vấn đề

An toàn vệ sinh thực phẩm đang là mối quan tâm lớn của nhiều quốc gia, đặc biệt là các nước đang phát triển. Việc đảm bảo ATVSTP có ý nghĩa đặc biệt quan trọng, vì nó không chỉ ảnh hưởng trực tiếp đến sức khỏe con người mà còn tác động tới sự phát triển kinh tế, văn hóa xã hội, an ninh chính trị và quan hệ quốc tế.

Thành phố Hà Tĩnh là trung tâm văn hóa, kinh tế, chính trị của tỉnh Hà Tĩnh có diện tích 56,19 km², với 10 phường, 6 xã và trên 117 ngàn dân. Nhu cầu tiêu thụ hàng hóa nói chung, thực phẩm nói riêng tại thành phố Hà Tĩnh là rất lớn. Trên địa bàn thành phố Hà Tĩnh có rất nhiều chợ và các cơ sở cung cấp thực phẩm nhằm đáp ứng cho nhu cầu của người dân.

Với những đặc điểm đó, trong những năm qua vấn đề ATVSTP đã được các cơ quan chức năng hết sức quan tâm. Hoạt động truyền thông về ATVSTP được tổ chức thường xuyên với nhiều hình thức. Công tác thanh kiểm tra ATVSTP được thực hiện thường xuyên. Trong những năm gần đây các vụ ngộ

độc thực phẩm, cũng như số người bị ngộ độc thực phẩm tuy có giảm so với những năm trước nhưng vẫn xảy ra. Tình trạng mua bán thực phẩm, cung cấp thức ăn đường phố không đảm bảo vệ sinh, nhiều chủ nhà hàng, chủ quán ăn, phụ trách bếp ăn tập thể không thực hiện đầy đủ nguyên tắc vệ sinh khi chế biến, cung cấp thực phẩm cho người tiêu dùng vẫn xảy ra. Nhiều người tiêu dùng chưa có ý thức đầy đủ trong thực hiện ATVSTP. Đây chính là những nguy cơ xảy ra các vụ ngộ độc thực phẩm, ảnh hưởng đến sức khỏe của người dân. Trong khuôn khổ đề tài này chúng tôi đánh giá lại kiến thức về ATVSTP của nhân dân trên địa bàn thành phố Hà Tĩnh, từ đó đưa ra các giải pháp truyền thông thích hợp.

2. Mục tiêu nghiên cứu

Xác định tỷ lệ người dân hiểu biết về an toàn vệ sinh thực phẩm: nguy hiểm của thực phẩm không an toàn đối với sức khỏe; các bệnh lý gây ra do thực phẩm kém vệ sinh; 10 nguyên tắc vàng lựa chọn thực phẩm an toàn; chế biến thực phẩm hợp vệ sinh.

3. Đối tượng và phương pháp nghiên cứu

3.1. Đối tượng nghiên cứu:

- Người tiêu dùng tại Thành phố Hà Tĩnh
- Chủ cơ sở sản xuất, kinh doanh, chế biến thực phẩm tại Thành phố Hà Tĩnh
- Nhân viên trực tiếp sản xuất, kinh doanh, chế biến thực phẩm tại các cơ sở sản xuất, kinh doanh, chế biến thực phẩm, bếp ăn bán trú trên địa bàn Thành phố Hà Tĩnh

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

3.3. Thời gian và địa điểm nghiên cứu

- Thời gian nghiên cứu: Từ tháng 6/2015 đến tháng 6/2016
- Địa điểm nghiên cứu: Thành phố Hà Tĩnh, tỉnh Hà Tĩnh

3.4. Cỡ mẫu: 200 người

3.5. Phương pháp thu thập thông tin

3.5.1. Công cụ thu thập thông tin: Phiếu thu thập thông tin về kiến thức, thái độ, thực hành an toàn vệ sinh thực phẩm.

3.5.2. Phương pháp

- Thu thập thông tin bằng phương pháp phỏng vấn bằng phiếu điều tra,
- Thu thập thông tin từ báo cáo 6 tháng cuối năm 2015 và 6 tháng đầu năm 2016 của Trung tâm Y tế dự phòng Thành phố, Chi cục Vệ sinh an toàn thực phẩm tỉnh.

3.6. Xử lý số liệu: Kết quả phiếu thu thập thông tin được làm sạch trước khi nhập dữ liệu, phân tích số liệu bằng phần mềm Excel, STATA.

4. Kết quả nghiên cứu

4.1. Thông tin chung về đối tượng nghiên cứu

Trong số 200 đối tượng được phỏng vấn, tất cả đều là dân tộc Kinh, nhóm trên 45 tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất (54%); tiếp đến là nhóm 18 - 29 tuổi (20%); nhóm tuổi 30 - 36 và 37 - 44 lần lượt là 14,5% và 12%.

Trong 200 người được phỏng vấn có 45 người là người sản xuất thực phẩm, 55 người là người tiêu dùng; 55 người là người kinh doanh thực phẩm, 45 người là người chế biến thực phẩm.

4.2. Kiến thức về an toàn vệ sinh thực phẩm

Trong số 200 người được phỏng vấn kết quả cho thấy: Kiến thức về vai trò của thực phẩm đối với sức khỏe có 38,5% biết tương đối đầy đủ; 49% biết ít; 12,5% không biết. Kiến thức về ngộ độc thực phẩm có 55% đối tượng nghiên cứu biết ít; 23% kể được 01 trong 06 nguyên nhân gây ngộ độc thực phẩm; 77% không biết được nguyên nhân nào gây ngộ độc thực phẩm. Kiến thức về cách chọn thực phẩm an toàn có 1% biết tương đối; 19% biết ít; 80% không biết. Kiến thức về cách chế biến thực phẩm hợp vệ sinh có 25% biết tương đối; 75% biết ít. Kiến thức về xử lý ngộ độc thực phẩm có 12% biết xử lý bằng kinh nghiệm cá nhân; 87% trả lời đưa nạn nhân đến bệnh viện khi ngộ độc thực phẩm xảy ra.

4.3. Nguồn thông tin về an toàn vệ sinh thực phẩm

Tỷ lệ nhận thông tin về VSATTP qua các nguồn như sau: ti vi 32%; phát thanh 16,5%; cán bộ y tế 16%; tờ rơi, áp phích 4,5%; báo viết 11,5%; qua người bán hàng 8%; họp đoàn thể 5%; qua bạn bè 4%; qua người thân 2,5%.

5. Bàn luận và kết luận

Có 49% biết ít về vai trò của thực phẩm đối với sức khỏe của con người. Tuy nhiên vẫn có 12,5% không biết kiến thức này. Điều này cho thấy những người sản xuất, kinh doanh, chế biến thực phẩm cũng như những người tiêu dùng có rất ít kiến thức về vai trò của thực phẩm đối với sức khỏe con người.

Hơn một nửa (55%) biết ít về ngộ độc thực phẩm, đây là một tỷ lệ khá cao. Tuy nhiên, không có ai biết đầy đủ kiến thức về ngộ độc thực phẩm.

Có 23% kể được một trong các nguyên nhân gây ngộ độc thực phẩm, còn đa số (77%) không kể được nguyên nhân nào gây ngộ độc thực phẩm.

Phần lớn đối tượng (80%) không biết về cách chọn thực phẩm an toàn. Đây là một thực tế vì hiện nay tình trạng thực phẩm chứa hóa chất kích thích,

tăng trọng... vẫn còn phổ biến, và mắt thường không thể nhận ra; chỉ có một ít người biết ít về cách chọn thực phẩm an toàn.

Không có ai biết đầy đủ, đa số người biết ít (75%) và chỉ một số người (25%) biết tương đối về cách chế biến thực phẩm hợp vệ sinh.

Hầu hết đều trả lời đưa nạn nhân đến bệnh viện khi ngộ độc thực phẩm xảy ra (87%), điều này chứng tỏ rằng cách xử lý ban đầu tại nhà hầu như chưa ai biết.

Đa số biết kiến thức về ATVSTP qua ti vi (32%). Điều này cho thấy kênh truyền thông qua đài truyền hình là có hiệu quả nhất; tiếp đến là qua đài phát thanh, truyền thanh (16,5%) và qua cán bộ y tế xã, y tế thôn (16%). Còn các kênh khác hiệu quả thấp hơn.

6. Kiến nghị

Qua kết quả nghiên cứu chúng tôi đưa ra một số kiến nghị:

- Cần tăng cường hoạt động truyền thông về vệ sinh an toàn thực phẩm trên các phương tiện thông tin đại chúng, đặc biệt là qua đài phát thanh, truyền hình và trực tiếp qua cán bộ y tế xã, y tế thôn, bản.
- Nội dung truyền thông cần tập trung cung cấp cho người dân về vai trò của thực phẩm đối với sức khỏe; nguyên nhân gây ngộ độc thực phẩm, cách lựa chọn cũng như chế biến thực phẩm an toàn...
- Tăng cường sự phối hợp chặt chẽ của ngành Y tế, ngành Nông nghiệp phát triển nông thôn và ngành công thương.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Cục an toàn thực phẩm *Tài liệu tập huấn kiến thức về an toàn thực phẩm*. năm 2013.
2. Nguyễn Thanh Long, *Hỏi đáp về an toàn thực phẩm*, NXB Y học Hà Nội, năm 2012.

KHẢO SÁT CHỈ SỐ PARA VÀ TÌNH TRẠNG MẮC BỆNH PHỤ KHOA CỦA PHỤ NỮ TRONG ĐỘ TUỔI SINH ĐẸ TẠI 4 XÃ HUYỆN ĐẠ TÊH TỈNH LÂM ĐỒNG NĂM 2016

*Nguyễn Văn Luyện, Nguyễn Xuân Thi và cộng sự,
Trung tâm Truyền thông GDSK tỉnh Lâm Đồng
Nguyễn Thị Khang, Ban Quản lý dự án ADB tỉnh Lâm Đồng
Nguyễn Thị Thanh Nga, Trung tâm Y tế huyện Đạ Tẻh*

Tóm tắt nghiên cứu

Nghiên cứu “Khảo sát chỉ số Para và tình trạng mắc bệnh phụ khoa của 417 phụ nữ trong độ tuổi sinh đẻ tại 4 xã huyện Đạ Tẻh tỉnh Lâm Đồng năm 2016” cho thấy: có 31,7% đối tượng tham gia nghiên cứu có từ 3 con trở lên; 7,6% có từ 4-6 con. Tỷ lệ phụ nữ (PN) sinh non chiếm 0,2%. Tỷ lệ PN sảy/nạo phá thai chiếm 36,9% và xảy ra ở hầu hết các nhóm tuổi. 69,5% PN mắc bệnh viêm sinh dục nữ (bao gồm viêm âm đạo và viêm cổ tử cung) cao nhất ở hai nhóm tuổi từ 19 đến 30 (74,8%) và từ 41 đến 49 (75,5%), nguyên nhân do nhiễm tạp khuẩn (74,9%). Không có trường hợp nào nghi ngờ tiền ung thư hoặc ung thư cổ tử cung.

1. Đặt vấn đề

Bệnh viêm sinh dục nữ, bệnh ung thư cổ tử cung là các bệnh lý phụ khoa không chỉ ảnh hưởng đến sức khỏe, kinh tế mà còn ảnh hưởng rất lớn đến chất lượng cuộc sống cũng như thiên chức làm mẹ của phụ nữ như vô sinh, chửa ngoài tử cung, sảy thai, thai chết lưu, nhiễm trùng sơ sinh. Bệnh viêm sinh dục nữ là bệnh phụ khoa thông thường, gặp ở nhiều nước trên thế giới, đặc biệt là các nước chậm phát triển và các nước đang phát triển trong đó có Việt Nam.

Để tìm hiểu việc chấp hành chính sách dân số - kế hoạch hóa gia đình và công tác bảo vệ sức khỏe của chị em phụ nữ huyện Đạ Tẻh, tỉnh Lâm Đồng chúng tôi tiến hành đề tài: “*Khảo sát chỉ số PARA và tình trạng mắc bệnh phụ khoa của phụ nữ trong độ tuổi sinh đẻ tại 4 xã huyện Đạ Tẻh tỉnh Lâm Đồng năm 2016*”.

2. Mục tiêu nghiên cứu

- 2.1. Phân tích chỉ số PARA của phụ nữ trong độ tuổi sinh đẻ đã có chồng của 4 xã Mỹ Đức, Quốc oai, Đạ Pal, An Nhơn huyện Đạ Tẻh, tỉnh Lâm Đồng.
- 2.2. Xác định tỷ lệ và nguyên nhân gây viêm sinh dục nữ của phụ nữ trong độ tuổi sinh đẻ đã có chồng của 4 xã trên.
- 2.3. Xác định nguy cơ ung thư cổ tử cung của phụ nữ trong độ tuổi sinh đẻ đã có chồng của 4 xã trên.

3. Đối tượng và phương pháp nghiên cứu

3.1. Đối tượng nghiên cứu: Toàn bộ phụ nữ trong độ tuổi sinh đẻ 15 - 49 đã có chồng tại 4 xã Mỹ Đức, Quốc oai, Đa Pal, An Nhơn huyện Đa Tềh, tỉnh Lâm Đồng.

3.2. Phương pháp nghiên cứu: Mô tả cắt ngang.

3.2.1. Địa điểm, thời gian nghiên cứu

- Địa điểm: Tại 4 xã Mỹ Đức, Quốc oai, Đa Pal, An Nhơn huyện Đa Tềh, tỉnh Lâm Đồng.
- Thời gian nghiên cứu: Từ 10/9/2016 đến 20/11/2016. Thời gian tổ chức khám của Dự án ADB từ 12 - 16/9/2016.

3.2.2. Các chỉ số nghiên cứu

- Tên, tuổi của phụ nữ tham gia khám chữa bệnh miễn phí.
- Chỉ số PARA của phụ nữ bao gồm: * P là tổng số lần sinh của một phụ nữ; * A (đứng sau P) là tổng số lần sinh non của một phụ nữ; * R là tổng số lần sảy, nạo phá thai của một phụ nữ; * A (đứng sau R) là tổng số con hiện sống của một phụ nữ.
- Chẩn đoán bệnh phụ khoa.
- Kết quả soi tươi dịch tiết âm đạo.
- Kết quả xét nghiệm Pap smear.

3.2.3. Phương pháp thu thập số liệu

- Các số liệu về chỉ số nghiên cứu trên được ghi, chép, cập nhật trong phiếu, sổ khám bệnh của đoàn cán bộ đội Chăm sóc sức khỏe sinh sản huyện Đa Tềh.
- Người thu thập: Cán bộ Đội Chăm sóc sức khỏe sinh sản huyện Đa Tềh, cán bộ truyền thông của T4g; cán bộ của ban quản lý dự án ADB của Sở Y tế Lâm Đồng.

3.2.4. Xử lý và phân tích số liệu: Sử dụng phần mềm SPSS 16.0.

4. Kết quả nghiên cứu và bàn luận

4.1. Phân bố độ tuổi của đối tượng nghiên cứu

Trong số 417 PN tham gia nghiên cứu, nhóm tuổi 19 đến 39 chiếm 29,%; nhóm tuổi từ 31 đến 40 chiếm 44,6% và nhóm tuổi từ 41 đến 49 chiếm 25,9%.

4.2. Phân tích chỉ số PARA của phụ nữ trong mẫu nghiên cứu

4.2.1. Đặc điểm số lần sinh của phụ nữ trong mẫu nghiên cứu

Phụ nữ sinh từ 2 lần trở xuống chiếm 68,3%; PN sinh từ 3 lần trở lên vẫn chiếm tỷ lệ khá cao 31,7%; PN sinh từ 4 đến 6 lần còn chiếm đến 7,6%. Theo Tổng cục Dân số (2009), tỷ lệ sinh con thứ 3 trở lên ở vùng nông thôn là 18,9%, vùng Tây nguyên là 12,4%.

Bảng 1: Số lần sinh phân bố theo nhóm tuổi của đối tượng nghiên cứu

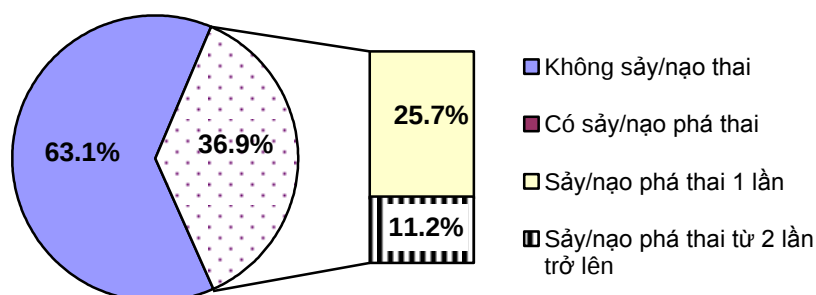
Số TT	Tuổi PN	Số lần sinh n (%)							Tổng n (%)
		0	1	2	3	4	5	6	
1	19 đến 30	1 (0,8)	43 (34,9)	71 (57,8)	6 (4,9)	2 (1,6)	0	0	123 (100)
2	31 đến 40	4 (2,2)	9 (4,8)	113 (60,8)	52 (27,9)	6 (3,2)	2 (1,1)	0	186 (100)
3	41 đến 50	1 (0,9)	3 (2,8)	40 (37,0)	42 (38,9)	20 (18,6)	1 (0,9)	1 (0,9)	108 (100)
Cộng		6 (1,4)	55 (13,2)	224 (53,7)	100 (24,0)	28 (6,7)	3 (0,7)	1 (0,2)	417 (100)

Có 6 trường hợp chưa sinh con lần nào. Trong nhóm phụ nữ có độ tuổi từ 19-30 có 8 trường hợp (6,5%) sinh 3-4 con.

4.2.2. Phân bố số lần sinh non của phụ nữ trong mẫu nghiên cứu

Trong mẫu nghiên cứu chỉ có một trường hợp sinh thiếu tháng chiếm 0,2%.

4.2.3. Phân bố số lần sảy, nạo phá thai



Biểu đồ 1: Tỷ lệ sảy/nạo phá thai

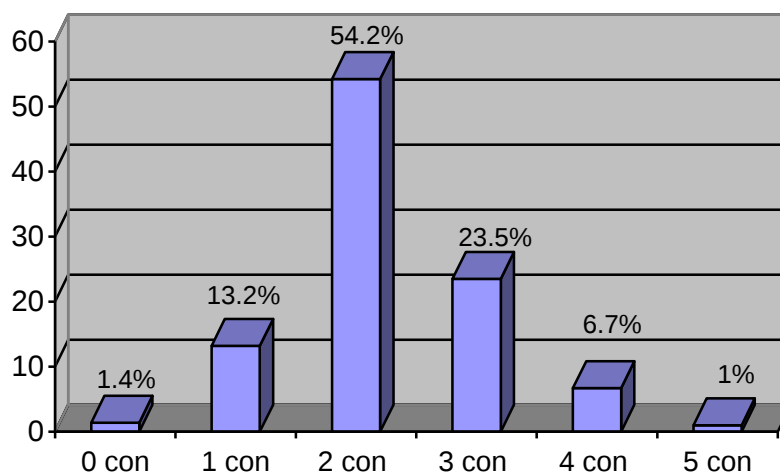
Trong tổng số 417 đối tượng nghiên cứu có 154 trường hợp đã từng sảy/nạo, phá thai chiếm 36,9%; sảy/nạo phá thai 1 lần chiếm tỷ lệ 25,7%, sảy/nạo phá thai từ 2 lần trở lên chiếm 11,2%. Số liệu của Tổng cục Dân số - Kế hoạch hóa gia đình, tỷ lệ nạo, phá thai ở phụ nữ 15 – 49 tuổi năm 2008 ở vùng nông thôn là 0,9%.

Bảng 2: Số lần sảy, nạo, phá thai theo lứa tuổi của đối tượng nghiên cứu

TT	Tuổi PN	Số lần sảy, nạo, phá thai n(%)				Cộng n (%)
		0	1	2	3	
2	19 đến 30	97(78,9)	19(16,3)	5(4,0)	1(0,8)	123(100)
3	31 đến 40	117(62,9)	52(27,9)	15(8,1)	2(1,1)	186(100)
4	41 đến 49	49(45,3)	35(32,5)	22(20,4)	2(1,8)	108(100)
Cộng		263(63,1)	107(25,7)	42(10,1)	5(1,1)	417(100)

Tỷ lệ phụ nữ bị sảy thai, nạo phá thai còn chiếm tỷ lệ khá cao và xảy ra ở hầu hết các lứa tuổi từ 21 đến trên 49 tuổi.

4.2.4. Phân bố số con hiện sống của phụ nữ trong mẫu nghiên cứu



Biểu đồ 2: Số con hiện sống của đối tượng nghiên cứu

Số phụ nữ có từ 3 con trở lên vẫn còn chiếm tỷ lệ khá cao 31,2%, trong đó phụ nữ có 4 - 5 con chiếm tới 7,7%.

Bảng 3: Số con hiện sống theo nhóm tuổi của đối tượng nghiên cứu

TT	Tuổi PN	Số con hiện sống n (%)						Cộng n (%)
		0	1	2	3	4	5	
1	19 đến 30	1 (0,8)	43 (35)	72 (58,5)	5 (4)	2 (1,7)	0 (0)	123 (100)
2	31 đến 40	4 (0,2)	9 (4,8)	114 (61,3)	51 (27,4)	6 (3,2)	2 (1,1)	186 (100)
3	41 đến 50	1 (0,9)	3 (2,8)	40 (37,0)	42 (38,9)	20 (18,6)	2 (1,8)	108 (100)
Cộng		6 (1,4)	55 (13,2)	226 (54,2)	98 (23,5)	28 (6,7)	4 (1)	417 (100)

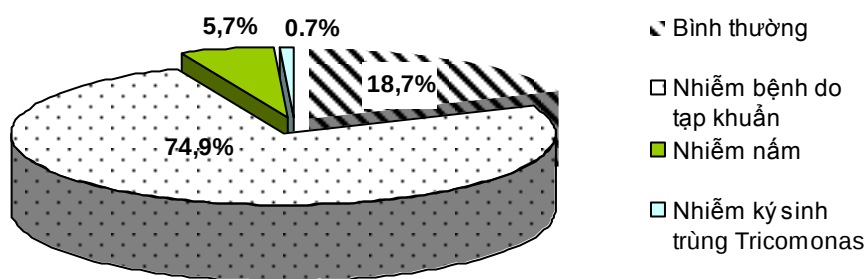
Tỷ lệ phụ nữ có từ 3 con trở lên cao nhất ở nhóm tuổi từ 41 đến 50 (chiếm 59,3%); Tỷ lệ này ở nhóm phụ nữ dưới 30 tuổi là 5,7%.

4.3. Tình hình mắc bệnh viêm sinh dục nữ của đối tượng nghiên cứu

4.3.1. Tình hình mắc bệnh viêm sinh dục nữ xác định bằng khám lâm sàng

Kết quả nghiên cứu cho thấy có đến 69,5% số PN trong mẫu nghiên cứu mắc bệnh viêm sinh dục gồm viêm âm đạo, cổ tử cung. Kết quả nghiên cứu của các tác giả Nguyễn Công Tân tại Điện Bàn - Quảng Nam, PN có tỷ lệ mắc bệnh viêm phụ khoa là 56%; Phan Thị Bích Liên nghiên cứu tại Huế tỷ lệ PN viêm phụ khoa là 64,4%; Nguyễn Minh Trí nghiên cứu trên 114 trường hợp tại Vũng Tàu kết quả viêm sinh dục nữ là 40,2%; Trần Chương nghiên cứu tại nông trường Chư Kpô tỷ lệ mắc bệnh viêm phụ khoa là 37,5%. Bùi Đình Long nghiên cứu ở phụ nữ trong độ tuổi sinh đẻ tại một số công ty may tỉnh Nghệ An năm 2014 cho thấy tỷ lệ nhiễm trùng sinh dục dưới ở công nhân nữ là 40,2%. Phạm Thu Xanh nghiên cứu tại khu vực biển, đảo thành phố Hải Phòng cho thấy tỷ lệ nhiễm khuẩn đường sinh dục dưới của phụ nữ có chồng trong độ tuổi sinh đẻ là 82%.

4.3.2. Nguyên nhân mắc bệnh viêm sinh dục nữ ở đối tượng nghiên cứu xác định bằng soi tươi dịch âm đạo



Biểu đồ 3: Nguyên nhân mắc bệnh viêm sinh dục nữ

Kết quả soi tươi dịch âm đạo để tìm ra nguyên nhân mắc bệnh viêm sinh dục nữ cho thấy có 74,9% trường hợp bị nhiễm bệnh do tạp khuẩn; 5,7% trường hợp nhiễm nấm; 0,7% trường hợp nhiễm ký sinh trùng trichomonas. Kết quả nghiên cứu của Bùi Đình Long ở PN trong độ tuổi sinh đẻ tại một số công ty may tỉnh Nghệ An năm 2014 tỷ lệ nhiễm trùng sinh dục dưới ở công nhân nữ do tạp khuẩn là (29,6%), do nấm là (16,6%).

4.3.3. Phân bố tỷ lệ mắc bệnh viêm sinh dục nữ theo lứa tuổi

Bảng 4: Tình hình mắc bệnh viêm sinh dục nữ phân bố theo nhóm tuổi

TT	Nhóm tuổi PN	Chẩn đoán		Tổng n (%)
		Bình thường n (%)	Viêm âm đạo, CTC n (%)	
1	19 đến 30	31(25,2)	92(74,8)	123(100)
2	31 đến 40	70(37,6)	116(62,4)	186(100)
3	41 đến 49	26(24,5)	82(75,5)	102(100)
Cộng		127	290	417(100)

Bệnh viêm sinh dục nữ mắc với tỷ lệ cao ở hầu ở hai nhóm tuổi từ 19 đến 30 (74,8%) và nhóm tuổi từ 41 đến 49 (75,5%).

4.4. Đặc điểm tầm soát ung thư cổ tử cung bằng xét nghiệm Pap smear

Trong số 412 PN được xét nghiệm Pap smear, không có trường hợp nào biểu hiện nghi ngờ tiền ung thư hoặc ung thư cổ tử cung, 58,9% cho kết quả bình thường và 41,1% có sự xuất hiện của tế bào viêm.

5. Kết luận

Qua nghiên cứu 417 phụ nữ trong độ tuổi sinh đẻ đã có chồng của 4 xã huyện Đa Tễh cho phép rút ra một số kết luận sau:

- Phụ nữ sinh từ 3 lần trở lên chiếm tỷ lệ 31,7% và gặp cả ở nhóm PN ít tuổi 19 đến 30 tuổi (6,5%); số PN sinh từ 4 đến 6 lần còn chiếm đến 7,6%. Tỷ lệ sinh non là 0,2%. Tỷ lệ PN bị sảy thai, nạo phá thai chiếm tỷ lệ (36,9%) và xảy ra ở hầu hết các lứa tuổi trong độ tuổi sinh đẻ.
- Có đến 69,5% PN trong mẫu nghiên cứu mắc bệnh viêm sinh dục bao gồm viêm âm đạo, cổ tử cung và nguyên nhân chủ yếu do tạp khuẩn (74,9%) và gặp ở hầu hết các lứa tuổi của phụ nữ trong độ tuổi sinh đẻ.
- Không có trường hợp nào biểu hiện nghi ngờ tiền ung thư hoặc ung thư cổ tử cung, 58,9% số phụ nữ cho kết quả bình thường và 41,1% số phụ nữ có xuất hiện tế bào viêm.

6. Kiến nghị

- Tăng cường tuyên truyền cho người dân huyện Đa Tễh nói riêng, tỉnh Lâm Đồng nói chung áp dụng các biện pháp tránh thai và thực hiện chính sách dân số - kế hoạch hóa gia đình, hạn chế sinh con thứ 3 trở lên.
- Tổ chức các hoạt động truyền thông tại cộng đồng như các buổi nói chuyện theo chuyên đề; các câu lạc bộ chăm sóc sức khỏe sinh sản; tổ chức các đợt khám phụ khoa cho chị em phụ nữ định kỳ nhằm phát hiện sớm, điều trị kịp thời, góp phần làm giảm tỷ lệ mắc bệnh viêm sinh dục nữ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Trần Chương (2009), *Khảo sát tỷ lệ phụ nữ viêm phụ khoa tại nông trường Chư Kpô, huyện Krông Buk, tỉnh Đắk Lắk*. Luận văn chuyên khoa cấp I, chuyên ngành YTCC Trường Đại học Y Dược Huế.
2. Lê Văn Điền và cộng sự (2000). *Viêm sinh dục nữ, Sản phụ khoa* (xuất bản lần thứ sáu), Nxb tp Hồ Chí M:846.

3. Phan Thị Liên (2005), *Đánh giá tình hình nhiễm bệnh phụ khoa trong độ tuổi sinh đẻ tại Huế*. Luận văn chuyên khoa cấp I, chuyên ngành Sản phụ khoa Trường Đại học Y Dược Huế.
4. Bùi Đình Long và cộng sự (2014), *Thực trạng bệnh viêm nhiễm đường sinh dục dưới ở phụ nữ trong độ tuổi sinh đẻ tại một số công ty may tỉnh Nghệ An năm 2014*. Tạp chí Y học Dự phòng, tập XXV, số 8(168), 2015:319
5. Nguyễn Công Tân (2008), *Tỷ lệ phụ nữ viêm âm đạo trong độ tuổi sinh đẻ và các yếu tố liên quan tại huyện Điện Bàn Tỉnh Quảng Nam năm 2007*. Luận văn chuyên khoa cấp I, chuyên ngành YTCC. Trường Đại học Y Dược Huế.
6. Tổng cục dân số - kế hoạch hóa gia đình, Trung tâm thông tin và tư liệu dân số, *Tóm tắt số liệu dân số - kế hoạch hóa gia đình năm 2010*, Hà Nội, tháng 12/2010: 26
7. Nguyễn Thị Minh Trí (2009), *Khảo sát về nguyên nhân và các yếu tố liên quan đến 114 trường hợp huyết trắng tại bệnh viện Vũng Tàu*. Luận văn chuyên khoa cấp I, chuyên ngành Sản phụ khoa. Trường Đại học Y Dược TP Hồ Chí Minh.
8. Phạm Thu Xanh (2014), *Thực trạng nhiễm khuẩn đường sinh dục dưới ở phụ nữ có chồng trong độ tuổi từ 18 – 49 tại khu vực biển đảo thành phố Hải Phòng và hiệu quả một số giải pháp can thiệp*. Luận án tiến sĩ y học, Thái Bình 6/2014.

ĐÁNH GIÁ NHẬN THỨC CỦA CỘNG ĐỒNG VỀ BỆNH SỐT XUẤT HUYẾT TẠI XÃ HÒA TRẠCH HUYỆN BỐ TRẠCH TỈNH QUẢNG BÌNH NĂM 2016

Nguyễn Huy Bổng

Trung tâm Truyền thông GDSK tỉnh Quảng Bình

Tóm tắt nghiên cứu

Nghiên cứu “Đánh giá nhận thức của cộng đồng bệnh sốt xuất huyết tại xã Hoà Trạch, huyện Bố Trạch, tỉnh Quảng Bình năm 2016” với mục tiêu đánh giá nhận thức cộng đồng về sốt xuất huyết (SXH), các biện pháp phòng chống dịch và xác định hình thức truyền thông phòng chống SXH phù hợp. Thực hiện nghiên cứu bằng phương pháp mô tả cắt ngang, tiến hành điều tra trong tháng 7/2016 trên 350 đối tượng từ 14 tuổi trở lên tại 7/8 thôn của xã Hoà Trạch huyện Bố Trạch tỉnh Quảng Bình. Ngoài ra, điều tra 132 hộ gia đình về các dụng cụ chứa nước, dụng cụ chứa nước có bọ gậy,... Kết quả nghiên cứu cho thấy: 94% đối tượng nghiên cứu cho rằng bệnh SXH rất nghiêm trọng. 57,9% đối tượng biết nguyên nhân gây bệnh SXH do muỗi; 29,5% biết do muỗi vằn. Tỷ lệ đối tượng biết các dấu hiệu đặc trưng của bệnh SXH: sốt cao độ ngột hoặc sốt cao (47%), có chấm, mảng xuất huyết (23%). Vẫn còn một tỷ lệ khá cao (39,0%) người dân cho rằng muỗi truyền bệnh SXH đẻ trứng ở các ao hồ, sông, suối, ruộng đồng... Tỷ lệ đối tượng biết biện pháp hạn chế muỗi đẻ trứng: súc rửa chum vại, lu nước, bể nước thường xuyên là 31,0%, đổ, úp, loại bỏ dụng cụ chứa nước phế thải là 21%, đậy kín bể nước là 12%. 37,5% đối tượng biết biện pháp diệt muỗi bằng cách hun khói. Vẫn còn 17,7% đối tượng không biết biện pháp gì để xua diệt muỗi. 94,6% biết là sử dụng thuốc dùng thuốc hạ nhiệt Paracetamol, thuốc nam, chanh đường trong điều trị SXH. Kênh truyền thông đối tượng ưa thích là truyền thông trực tiếp qua cán bộ y tế xã, y tế thôn bản chiếm tỷ lệ cao nhất 37,7%.

1. Đặt vấn đề

Bệnh SXH đã và đang trở thành một vấn đề nghiêm trọng ở nước ta đặc biệt tính đến đầu tháng 8 năm 2016 cả nước ghi nhận gần 50.000 ca mắc tại 48 tỉnh/thành phố và 17 trường hợp tử vong. Trong đó khu vực Tây Nguyên ghi nhận 7.411 trường hợp mắc, 4 trường hợp tử vong. Tỷ lệ mắc/100.000 dân của khu vực này là 168,1/100.000 dân, cao hơn nhiều so với cả nước 48,2/100.000 dân. Ngoài ra, số ca mắc SXH tập trung ở một số tỉnh Khánh Hòa, Bình Định, Phú Yên, Đà Nẵng,

Đồng Tháp, Tp. Hồ Chí Minh, Bình Phước và có chiều hướng tiếp tục gia tăng và lan rộng.

Quảng Bình là tỉnh duyên hải miền trung, trong những năm qua tình hình SXH xảy ra khá phức tạp. Năm 2016 tuy dịch không mạnh nhưng đã có xuất hiện ở các xã thuộc huyện Quảng Ninh và xã Lộc Ninh - thành phố Đồng Hới. Công tác phòng chống dịch SXH trong những năm qua gặp rất nhiều khó khăn, thiệt hại về kinh tế ảnh hưởng rất lớn đến sức khỏe nhân dân trên địa bàn toàn tỉnh. Công tác phòng chống SXH có đạt hiệu quả thì truyền thông giáo dục sức khỏe phải đi trước. Để có đánh giá khách quan nhận thức cộng đồng về các yếu tố liên quan đến các biện pháp phòng chống SXH và nhận thức cộng đồng, chúng tôi tiến hành nghiên cứu: “ *Đánh giá nhận thức cộng đồng bệnh sốt xuất huyết tại xã Hoà Trạch, huyện Bố Trạch, tỉnh Quảng Bình năm 2016*”.

2. Mục tiêu nghiên cứu

- 2.1. Đánh giá nhận thức cộng đồng về dịch SXH và biện pháp phòng chống SXH.
- 2.2. Xác định hình thức truyền thông phòng chống SXH phù hợp cho cộng đồng.

3. Phương pháp nghiên cứu

3.1. Đối tượng nghiên cứu: Những người trong hộ gia đình ≥ 14 tuổi.

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

3.3. Cỡ mẫu: Được tính theo công thức: $n = p \times q / (e/1,96)^2$

Trong đó: n: Là số người được điều tra

p: Là tỷ lệ ước đoán SXH cao nhất 10%

q: Bằng $(100 - p) = 90\%$

e: Là sai số cho phép = 5%

Thay vào công thức tính được $n = 345$ người, lấy tròn số là 350 người được phỏng vấn.

3.4. Địa điểm, thời gian nghiên cứu

- Địa điểm: Xã Hòa Trạch, huyện Bố Trạch, tỉnh Quảng Bình.
- Thời gian nghiên cứu: Năm 2016.

3.5. Xử lý số liệu: Thu thập tổng hợp số liệu bằng Excel, phân tích bằng GPSS.

4. Kết quả nghiên cứu

4.1. Thông tin chung về đối tượng nghiên cứu

Trong 350 người được phỏng vấn có 191 nữ (chiếm 54,6%) và 159 nam (chiếm 45,4%), thu nhập bình quân/người/năm là: 900.000 đồng/ người/năm .

4.2. Nhận thức cộng đồng về bệnh SXH

Nhận thức về mức độ nghiêm trọng của bệnh: 56% ý kiến người dân cho rằng bệnh SXH rất nghiêm trọng, 38% cho rằng nghiêm trọng, 4,3% cho là bình thường và 1,7% trả lời không biết.

Nhận thức về nguyên nhân gây bệnh SXH: 57,9% cho rằng nguyên nhân SXH là do muỗi; 29,5% cho rằng do muỗi vẫn, 0,8% cho rằng do nước và vẫn còn 11,8% không biết.

Bảng 1: Nhận thức người dân về triệu chứng ban đầu SXH

Triệu chứng ban đầu	Tần số	Tỷ lệ (%)
Sốt cao đột ngột	230	42%
Sốt cao	24	5%
Chấm, mảng xuất huyết	126	23%
Đau đầu	99	18%
Dấu hiệu khác	33	6,0%
Không biết	34	6,0%

Có 70% người dân trả lời đúng các triệu chứng đặc trưng của SXH như sốt cao độ ngột hoặc sốt cao (47%), có chấm, mảng xuất huyết 23%. Dấu hiệu không đặc trưng chiếm tỷ lệ 30% như: đau đầu (18%); dấu hiệu khác (6,0%). Vẫn còn 34 người trả lời không biết (chiếm tỷ lệ 6,0%).

Các biện pháp xua, diệt muỗi được người dân biết đến gồm: Dùng hương xua muỗi (25%), hun khói (37,5%), bình xịt hóa chất diệt muỗi (13%), dùng vợt điện (6,8%). Vẫn còn 17,7 % người dân không biết biện pháp gì để xua diệt muỗi.

Kiến thức về sử dụng thuốc hạ nhiệt khi bị sốt: 94,6% người dân trả lời là sử dụng thuốc Paracetamol, thuốc nam, chanh đường trong điều trị SXH. Một tỷ

lệ thấp 0,8% người dân dùng thuốc Aspirin, Seda (nhóm có salisilate); 5,4% không biết.

Nhận thức về nơi muỗi đẻ trứng: 39% cho rằng muỗi đẻ trứng ở chum, vại, bể chứa nước; đẻ ở các vật dụng chứa nước khác (22%); ở sông, suối, ruộng, ao hồ (39%).

Kiến thức về các biện pháp hạn chế muỗi đẻ trứng: Có 64 % người dân cho rằng để hạn chế muỗi SXH đẻ trứng cần phải súc rửa dụng cụ chứa nước, úp đồ dụng cụ chứa nước phế thải, dụng cụ nước có nắp đậy kín. Vẫn còn 29 % ý kiến chưa đúng của người dân cho rằng cần thả cá vào ao hồ sông suối.

4.3. Hình thức truyền thông phù hợp với cộng đồng

Bảng 2: Hình thức truyền thông người dân ưa thích

Phương tiện truyền thông	Tần số	Tỷ lệ (%)
Truyền thông trực tiếp	239	37,7%
Truyền thông qua tranh ảnh	64	10,1
Qua loa phát thanh	84	13,3
Hội họp thôn	78	12,3
Đài, báo	82	12,9
Video, tivi	81	12,8
Không biết	6	0,9

Kết quả bảng 2 cho thấy, truyền thông trực tiếp là hình thức được người dân ưa thích nhất (chiếm 37,7%), tiếp đến là qua loa phát thanh, ti vi, đài báo, họp thôn với tỷ lệ khá tương đương nhau (13,3%; 12,8%; 12,9% và 12,3%).

5. Kết luận

Nhận thức về mức độ trầm trọng, sử dụng thuốc hạ nhiệt trong điều trị SXH tương đối tốt: 94% người được hỏi cho rằng bệnh SXH nghiêm trọng hoặc rất nghiêm trọng; 94,6% đối tượng trả lời dùng Paracetamol để hạ nhiệt. 57,9% biết nguyên nhân gây bệnh SXH là do muỗi. Biết nơi muỗi đẻ trứng là trong các dụng cụ chứa nước 61%. Về các biểu hiện của bệnh: Biết sốt cao đột ngột 42%; có chấm/mảng xuất huyết 23%.

Hình thức truyền thông về SXH được người dân ưa thích là truyền thông trực tiếp (37,7%), qua loa phát thanh, ti vi, đài báo, họp thôn với tỷ lệ khá tương đương nhau (13,3%; 12,8%; 12,9% và 12,3%).

6. Kiến nghị

Tăng cường công tác TTGDSK truyền y tế cơ sở; chú trọng thực hiện truyền thông trực tiếp qua y tế thôn bản, mạng lưới cộng tác viên; đồng thời tăng cường biện pháp truyền thông gián tiếp qua các phương tiện thông tin đại chúng; tăng cường các tin bài, phóng sự nhằm cung cấp thông tin, phản ánh hoạt động phòng chống SXH một cách kịp thời, có hiệu quả.

Tăng cường sản xuất các tài liệu truyền thông: tranh gấp, tờ rơi, tranh lật, cụm pa nô phù hợp với cộng đồng; các tài liệu truyền thông cần ngắn gọn, đi sâu vào các nội dung về biện pháp phòng chống SXH mà người dân chưa nắm chắc.

Cấp kinh phí hoạt động truyền thông để tập huấn, sản xuất tài liệu truyền thông; cung cấp trang thiết bị truyền thông trực tiếp. Tăng cường phối hợp chặt chẽ giữa các ban ngành, đoàn thể, chương trình phòng chống SXH với các hoạt động truyền thông GDSK khác.

VỀ VIỆC SỬ DỤNG NGÔN NGỮ TRONG CHUYÊN MỤC “SỨC KHỎE & ĐỜI SỐNG” TRÊN ĐÀI PHÁT THANH - TRUYỀN HÌNH TỈNH THÁI NGUYÊN NĂM 2016

Chủ nhiệm đề tài: Nguyễn Tiến Đại, Trần Quốc Hoàn

Cộng sự: Ngọc Hải Anh, Trần Thị Thu Hương

Trung tâm Truyền thông GDSK tỉnh Thái Nguyên

Tóm tắt nghiên cứu

Nghiên cứu “Về việc sử dụng ngôn ngữ trong chuyên mục “Sức khỏe & đời sống” trên đài PTTH tỉnh Thái Nguyên năm 2016” sử dụng phương pháp thống kê mô tả với đối tượng nghiên cứu là 24 bản tin được phát trong chuyên mục “Sức khỏe và đời sống” trên đài PTTH tỉnh Thái Nguyên năm 2016. Thời gian nghiên cứu từ tháng 01/2016 đến tháng 12/2016. Kết quả nghiên cứu cho thấy ngôn ngữ trong chuyên mục “Sức khỏe & đời sống” mang những đặc điểm đặc thù, phân biệt so với ngôn ngữ của các thể loại báo chí khác. Các bản tin trên chuyên mục “Sức khỏe & đời sống” có đầy đủ các kiểu câu xét về mặt cấu tạo ngữ pháp như câu đơn, câu phức, câu ghép, phần lớn là câu ngắn. Việc sử dụng các câu vô nhân xưng, câu dưới bậc thường xuyên có tác dụng nhấn mạnh, làm nổi rõ thông tin tạo ấn tượng cho người xem. Về thể hiện, nhìn chung các chương trình đã thể hiện đúng ngữ điệu, chức năng ngữ pháp, chức năng biểu cảm đồng thời có cách xử lý riêng cho các khúc đoạn đặc biệt của văn bản.

1. Đặt vấn đề

Đài PTTH Thái Nguyên có 18 năm hoạt động và phát triển lĩnh vực truyền hình, mỗi chương trình truyền hình có những đặc điểm riêng để phù hợp với thị hiếu của người xem và nhu cầu phát triển của một Đài địa phương mang tính chất vùng. Trong các chương trình phát sóng của Đài có chuyên mục “Sức khỏe & Đời sống” phối hợp với Trung tâm truyền thông GDSK của tỉnh. Tìm hiểu đặc điểm sử dụng ngôn ngữ trong chuyên mục “Sức khỏe & Đời sống” là vấn đề cần thiết để hướng đến việc chuẩn ngôn ngữ phù hợp với một đài PTTH của tỉnh trung tâm vùng Đông Bắc nói riêng và các Đài PTTH trong khu vực có điểm tương đồng về địa lý, văn hóa nói chung. Vì thế, chúng tôi thực hiện đề tài “Về việc sử dụng ngôn ngữ trong chuyên mục “Sức khỏe & đời sống” trên đài PTTH tỉnh Thái Nguyên năm 2016”.

2. Mục tiêu nghiên cứu

- 2.1. Mô tả đặc điểm sử dụng ngôn ngữ trong chuyên mục truyền hình “Sức khỏe & Đời sống” trên Đài PTTH Thái Nguyên năm 2016
- 2.2. Mô tả cách thể hiện bản tin trong chuyên mục truyền hình “Sức khỏe & Đời sống” trên Đài PTTH Thái Nguyên năm 2016

3. Đối tượng và phương pháp nghiên cứu

3.1. Đối tượng nghiên cứu: 12 bản tin trong chuyên mục “Sức khỏe & Đời sống” phát trên Đài PTTH Thái Nguyên năm 2016.

3.2. Thiết kế nghiên cứu : Thống kê mô tả.

3.3. Địa điểm và thời gian nghiên cứu

- Địa điểm: Thái Nguyên.

- Thời gian: Từ tháng 01/2016 đến tháng 12/2016.

4. Kết quả và bàn luận

4.1. Đặc điểm ngôn ngữ trong chuyên mục “Sức khỏe và đời sống” trên đài PTTH Thái Nguyên năm 2016

4.1.1. Đặc điểm từ ngữ

- *Sử dụng rộng rãi lớp từ văn hóa gọt giũa*

Ví dụ: “Đã thành thông lệ, chiến dịch bổ sung Vitamin A liều cao cho trẻ được tổ chức 2 năm một lần lồng ghép với các hoạt động truyền thông phòng chống suy dinh dưỡng trẻ em đã góp phần không nhỏ trong tiến trình hạ thấp tỷ lệ suy dinh dưỡng trẻ em trên địa bàn tỉnh Thái Nguyên...” (Tháng 6/2016)

Lớp từ văn hoá gọt giũa còn được coi là lớp từ vựng chuẩn. Đây là lớp từ đã được trau chuốt, gọt giũa, đã được sàng lọc để phục vụ hữu hiệu nhất cho yêu cầu giao tiếp văn hoá của toàn dân tộc. Việc sử dụng lớp từ này sẽ thể hiện được sắc thái trang trọng và chuẩn mực, đáp ứng đúng yêu cầu sử dụng ngôn ngữ của một cơ quan ngôn luận.

- *Sử dụng nhiều từ ngữ thừa gửi, đưa đẩy*

Từ ngữ thừa gửi, đưa đẩy thường xuất hiện ở phần chào đầu và phần chào cuối của chương trình. Còn các từ ngữ đưa đẩy thường xuất hiện ở giữa chương trình để kết nối các thông tin trong các chuyên mục chứa nhiều thông tin khác nhau.

“Kính chào quý vị và các bạn! Chuyên mục “Sức khỏe và đời sống” số tháng 9/2016 sẽ chuyển tới quý vị và các bạn phóng sự: “Tăng cường thanh kiểm tra vệ sinh an toàn thực phẩm tết trung thu” và phóng sự Mô hình bệnh không lây nhiễm có xu hướng gia tăng. Mời quý vị và các bạn theo dõi.” “Chuyên mục “Sức khỏe và đời sống” kỳ này xin tạm dừng tại đây. Cảm ơn quý vị và các bạn đã chú ý theo dõi, hẹn gặp lại vào chuyên mục kỳ sau.”

Đối với truyền hình, ở mỗi chương trình được phát sóng, cái đích không chỉ là cung cấp thông tin cho khán giả. Điều quan trọng là thông tin ấy truyền đến người xem như thế nào để người xem cảm nhận như mình tiếp nhận thông tin bằng con đường giao tiếp trực tiếp. Do vậy, việc sử dụng các từ ngữ thừa gửi, đưa đẩy sẽ giúp cho người phát thanh viên thiết lập và duy trì được hoạt động giao tiếp với người xem, tạo hứng thú cho người xem để người xem lĩnh hội thông tin được một cách đầy đủ và trọn vẹn nhất.

- *Sử dụng nhiều số từ*

Có thể nói việc sử dụng nhiều số từ chính là một đặc điểm nổi bật trong chuyên mục “Sức khỏe & đời sống”, 100% văn bản đều sử dụng số từ. Chương trình thường sử dụng các loại số từ cơ bản sau:

- Số từ chỉ thời gian (ngày, tháng, năm):

“Cao điểm của chiến dịch truyền thông giáo dục phòng chống suy dinh dưỡng và thiếu vi chất dinh dưỡng là ngày toàn dân đưa trẻ đi uống Vitamin A được tổ chức vào ngày mùng 1 và mùng 2 tháng 6 hàng năm.” (Tháng 6/2016)

- Số từ chỉ số liệu thống kê

“Là một trong những huyện có số trẻ được uống Vitamin A đợt này khá cao với trên 8.500 trẻ trong tổng số 15.800 trẻ dưới 5 tuổi ...”(Tháng 6/2016)

- Số từ chỉ tỷ lệ phần trăm:

“ Đây là nỗ lực không nhỏ bởi mặc dù 100% số xã trên địa bàn huyện đã đạt chuẩn quốc gia về y tế giai đoạn 2001-2010 song việc xây dựng xã đạt bộ tiêu chí quốc gia về y tế giai đoạn 2011- 2020 đòi hỏi nhiều tiêu chí cao hơn...” (Tháng 5/2016)

- Số từ chỉ tuổi tác:

“Là giảng viên trường Đại học Sư phạm Thái Nguyên, ông Trần Duy Vinh, 52 tuổi, trú tại tổ 26 phường Hoàng Văn Thụ, TPTN đã từng có thời nghiệm

hút thuốc lá đến nỗi hầu như lúc nào cũng có điếu thuốc trên tay...” (Tháng 3/2016).

Với những số từ các tin bài đảm bảo tính thời sự, chính xác. Có những con số mang tính thuyết phục, có thể thay đổi cả một nếp nghĩ của một cộng đồng. Ví dụ như con số về tỷ lệ lây bệnh truyền nhiễm cao, tỷ lệ tử vong cao có thể tác động cho người dân nâng cao ý thức phòng dịch bệnh.

- *Chủ yếu dùng từ một nghĩa, ít từ đa nghĩa*

Là một chương trình chính luận, chuyên mục “Sức khỏe & đời sống” đặt tiêu chí cung cấp thông tin lên vị trí hàng đầu. Yêu cầu của thông tin phải đầy đủ và chính xác. Do vậy mà từ ngữ được sử dụng trong các chương trình chuyên mục “Sức khỏe & đời sống” thường chỉ hiểu một nghĩa và là nghĩa đen.

“Việt Nam nằm trong nhóm 15 nước có số người hút thuốc lá cao nhất thế giới với khoảng gần 16 triệu người hiện đang hút thuốc. Trung bình mỗi năm cả nước có gần 40 nghìn ca tử vong do các bệnh liên quan đến thuốc lá. Nếu không có những biện pháp ngăn chặn kịp thời, con số này sẽ tăng lên 70 nghìn ca vào năm 2030...” (Tháng 3/2016)

Nội dung phát thanh, truyền hình yêu cầu để người nghe hiểu tức thời nên ít dùng những từ đa nghĩa. Bởi muốn hiểu những từ đa nghĩa người nghe phải mất thời gian suy luận. Tuy nhiên dù sử dụng đa phần là từ một nghĩa nhưng ngôn ngữ chuyên mục “Sức khỏe & đời sống” không mất đi tính chiến đấu cần thiết, không giảm đi tính thuyết phục đối với khán giả.

- *Dùng từ dễ hiểu, gần gũi với người dân*

“Vâng, bên cạnh sự nỗ lực của cơ quan chức năng trong tỉnh thì mỗi người tiêu dùng cần lựa chọn thực phẩm phục vụ Tết Trung thu an toàn của các thương hiệu có uy tín, xem kỹ hạn sử dụng, nguồn gốc xuất xứ của sản phẩm... để bảo vệ sức khỏe cho bản thân và gia đình. Người tiêu dùng cũng cần thông báo với các cơ quan có trách nhiệm khi phát hiện các cơ sở sản xuất, kinh doanh không bảo đảm vệ sinh ATTP, để xử lý kịp thời theo quy định của pháp luật. Và đến đây chuyên mục cũng xin được khép lại...” (Tháng 9/2016).

- *Sử dụng rộng rãi lớp từ ngữ giàu hình ảnh, sắc thái biểu cảm*

“Các tiêu chí về nhân lực, trang thiết bị y tế cơ bản đã đáp ứng được, tuy nhiên cơ chế về cơ sở vật chất cũng như các chỉ tiêu về nước sạch và vệ sinh môi

trường đang là những rào cản không nhỏ cho những xã còn lại...” (Tháng 5/2016).

“Mặc dù tất cả các ca ký sinh trùng là sốt rét ngoại lai, song đây cũng là một thách thức không nhỏ cho công tác phòng chống sốt rét của tỉnh nhà. Sự di biến động dân cư vào vùng có sốt rét lưu hành rồi trở về địa phương rất khó kiểm soát.” (Tháng 4/2016).

- *Sử dụng nhiều danh từ riêng - tên riêng*

“ Bà Đặng Thị Hồng

Xóm Làng Tràng – Tràng Xá – Võ Nhai - Thái Nguyên” (Tháng 5/2016).

“BS CK Nguyễn Chí Cương

Trưởng khoa Sản bệnh viện Đa khoa Trung ương Thái Nguyên” (Tháng 8/2016).

- *Sử dụng khá nhiều thuật ngữ, từ ngữ chuyên ngành Y tế*

“Tiêm vaccin cho trẻ 24 giờ đầu sau sinh là cách tốt nhất để phòng lây truyền virus viêm gan B từ mẹ sang con. Điều này đặc biệt quan trọng vì hầu hết trẻ sơ sinh bị nhiễm virus viêm gan B từ mẹ khi sinh sẽ có 90% nguy cơ trở thành bệnh mạn tính và khoảng 25% trong số đó sau này sẽ chết vì ung thư gan và xơ gan” (Tháng 8/2016).

- *Sử dụng nhiều từ ngữ Hán – Việt*

“Theo khuyến cáo của Tổ chức Y tế Thế giới và chỉ đạo của Bộ Y tế, vaccin viêm gan B cần được tiêm cho trẻ sơ sinh trong vòng 24 giờ sau sinh vì đây là biện pháp hiệu quả nhất phòng tránh lây nhiễm viêm gan B từ mẹ hay từ các thành viên khác trong gia đình, những người xung quanh cho trẻ, tiến tới giảm tỷ lệ nhiễm viêm gan B trong cộng đồng” (Tháng 8/2016).

4.1.2. Đặc điểm câu

- *Số âm tiết trong câu*

Số lượng câu dưới 20 âm tiết chiếm 30,6%, từ 21 đến 30 âm tiết chứa 9,2 %, trên 31 âm tiết chứa 60,2%.

- *Sử dụng đầy đủ các kiểu câu xét về mặt cấu tạo ngữ pháp.*

- Câu đơn có cấu trúc tối giản (chỉ có chủ ngữ và vị ngữ) thường được sử dụng làm tit cho các văn bản và bản tin. Lí do là vì các câu này có tính ngắn gọn, cô đọng cho nên phù hợp với việc thể hiện các tit của văn bản.

“Đa số người bệnh đều hài lòng với sự thay đổi này” (Tháng 2/2016).

- Câu đơn mở rộng thành phần trạng ngữ, phụ chú ngữ, bổ ngữ.

“Sáng ngày 13/10/2016, tại Hội trường tầng 3, Trung tâm Y tế dự phòng Tỉnh Thái Nguyên, nhằm nâng cao chất lượng viết tin bài và hướng dẫn các kỹ năng trả lời phỏng vấn báo chí, Trung tâm TT.GDSK đã tổ chức hội nghị....”

“Phát biểu tại hội nghị, bác sĩ Chuyên khoa I Nguyễn Tiến Đại, giám đốc Trung tâm TT.GDSK đã đọc bản sơ kết công tác truyền thông giáo dục sức khỏe 6 tháng đầu năm 2016.”

- Câu đơn đặc biệt có cấu trúc trạng ngữ + vị từ + danh từ:

“Tham dự hội nghị có lãnh đạo Sở Y tế Thái Nguyên, lãnh đạo các Trung tâm, Bệnh viện trực thuộc Sở.”

- Câu dưới bậc dùng để chúc tụng, nêu sự kiện, chuyển ý, liệt kê:

“Xin kính chào quý vị và các bạn.”

“Từ ngày 12 đến 24/4, Trung tâm Y tế thị xã Phổ Yên tổ chức thành công chiến dịch tiêm phòng miễn phí vắc xin sởi – rubella cho gần 4000 người trong độ tuổi 16 - 17 trên đại bàn thị xã, đạt tỷ lệ trên 90%.”

“Ban Giám đốc bệnh viện đã chỉ đạo, triển khai phổ biến các nội dung cam kết đến toàn thể cán bộ viên chức bằng các hình thức: treo panô, áp phích, khẩu hiệu tuyên truyền, tổ chức chốt oàn thể cán bộ nhân viên ký cam kết, đồng thời duy trì việc kiểm tra, giám sát thông qua các kênh Đường dây nóng, Hòm thư góp ý và các cuộc họp hội đồng bệnh nhân để kịp thời chấn chỉnh cũng như giải đáp những kiến nghị của người bệnh” (Tháng 2/2016).

- *Sử dụng nhiều câu vô nhân xưng*

“Được biết trong năm 2015, TTYT thị xã Phổ Yên cũng đã tổ chức thành công chiến dịch tiêm vắc xin sởi – rubella cho trẻ từ 1 đến 14 tuổi, đạt trên 98,8% tổng số trẻ trong độ tuổi này của toàn thị xã” (Tháng 5/2016).

“Cần tiêm phòng viêm gan B cho trẻ trong vòng 24h đầu sau sinh” (Tháng 8/2016).

4.1.3. Đặc điểm văn bản

- *Dung lượng của văn bản thường ngắn*

Mỗi văn bản trong chuyên mục “Sức khỏe & đời sống” trung bình thường gồm 17 – 18 câu.

- *Các văn bản đều có nhan đề (tít)*

Tít tin bài trong chuyên mục “Sức khỏe & đời sống” Đài PTTH TN hiếm khi có cấu trúc một từ, đa phần là tít có cấu trúc một ngữ, hoặc một câu.

Đối với chương trình truyền hình việc đặt tít phải đảm bảo nguyên tắc khái quát được cơ bản nội dung của tin, bài, việc tạo ấn tượng tít bài chỉ ở hàng thứ yếu so với báo viết, nói như vậy không đồng nghĩa với việc đặt tít tin, bài truyền hình là thứ yếu. Khi tin bài được phát sóng, khán giả truyền hình không có sự lựa chọn để theo dõi tác phẩm từ ấn tượng bởi một hàng tít, còn có yếu tố khác quan trọng đó là lời dẫn, khán giả được tác động, tạo ấn tượng chủ yếu do lời dẫn được truyền tải đến họ bằng âm thanh ngôn ngữ.

- *Liên kết văn bản*

- Phép lặp từ vựng

“Để có thể về đích sớm trong công tác xây dựng xã đạt bộ tiêu chí quốc gia về y tế giai đoạn 2011 – 2020 ngoài trách nhiệm của ngành y tế thì cấp uỷ, chính quyền địa phương đóng vai trò quan trọng. Bởi trong bộ tiêu chí quốc gia về y tế xã có nhiều tiêu chí mang tính chất cộng đồng, cần có sự hưởng ứng của nhân dân và sự vào cuộc tích cực của chính quyền, các ban, ngành đoàn thể... đặc biệt là tiêu chí về cơ sở vật chất và vệ sinh môi trường.” (Tháng 5/2016).

- Phép thế đại từ

“Trao đổi với chúng tôi, Bác sĩ Chuyên khoa I Nguyễn Văn Cơ, Phó Giám đốc bệnh viện Đa khoa Đại Từ cho biết....”

“Thưa ông, bệnh viện có biện pháp gì để nâng cao chất lượng khám chữa bệnh, đổi mới phong cách phục vụ hướng tới sự hài lòng của người bệnh?”

- Phép tỉnh lược

“Khoa Khám bệnh của Bệnh viện Đa khoa huyện Đại Từ là một minh chứng đầu tiên cho sự đổi mới phong cách, thái độ phục vụ của cán bộ y tế... Khoa có hệ thống bàn đón tiếp...” (Tháng 2/2016).

- Phép dùng quan hệ từ

“Nếu trẻ tiêm vaccin viêm gan B muộn sau khi sinh thì việc phòng tránh lây truyền bệnh từ mẹ sang con sẽ bị giảm, cụ thể nếu tiêm vaccin viêm gan B

vào thời điểm 7 ngày sau khi sinh, khả năng phòng lây nhiễm từ mẹ sang con chỉ đạt 50%. Ngoài ra tiêm vaccin viêm gan B còn giúp trẻ sơ sinh sớm được bảo vệ phòng lây truyền từ các thành viên khác trong gia đình, người chăm sóc trẻ hoặc từ những trẻ khác qua tiếp xúc trực tiếp với vết xước, chảy máu. Tuy nhiên không phải ai cũng hiểu được vấn đề này” (Tháng 8/2016).

Từ kết quả khảo sát những đặc điểm cơ bản về liên kết nội tại trong các văn bản thuộc chuyên mục “Sức khỏe và Đời sống” của Đài PTTH Thái Nguyên cho thấy: Nhìn chung các phóng viên, BTV đã sử dụng các phép liên kết phù hợp với đặc điểm thể loại, đáp ứng yêu cầu truyền tải thông tin tới khán giả một cách ngắn gọn, chính xác và dễ tiếp nhận, tuy nhiên sử dụng chưa nhiều. Để tăng thêm sức hấp dẫn, truyền cảm trong các bài phóng sự phản ánh, góp phần nâng cao chất lượng tin bài, người viết nên sử dụng kết hợp các phép liên kết giàu tính nghệ thuật này hơn nữa.

4.2. Cách thể hiện bản tin trong chuyên mục “Sức khỏe và đời sống” trên đài PTTH Thái Nguyên năm 2016

4.2.1. Phát âm

Giọng phát thanh của Đài PTTH Thái Nguyên đi theo xu hướng dùng “chuẩn mềm” phương ngữ giọng Hà Nội. Không chú trọng âm quặt lưỡi và không quặt lưỡi. Đây cũng là giải pháp để lời nói được tự nhiên.

Các chương trình của chuyên mục “Sức khỏe & đời sống” được người đọc văn bản của Đài PTTH Thái Nguyên phát âm khá chuẩn so với cách phát âm giọng Hà Nội. Các văn bản phát thanh của chương trình được thể hiện trên sóng không phân biệt [CH], [TR], [S], [X]; phân biệt rõ ràng các phụ âm cuối [C], [T], [NG]; các âm đầu [D], [G].

Dù gần về vị trí địa lý, cách phát âm ở những vùng liền nhau thường tiệm tiến một cách khó có thể nhận ra, tuy nhiên đặc điểm phát âm của Thái Nguyên cũng có nhưng đặc điểm riêng nổi bật. Đó là cách phát âm [e] bẹt và dài hơn, người nghe như có âm [ie]. Âm [u] cũng phát âm dài hơn so với giọng Hà Nội gốc. Chính vì nguyên âm [u] được phát âm nặng nên nhiều người Thái Nguyên không phát âm âm [y] trong những từ có âm [uy] đi cùng nhau, như: nguyên, chuyện, khuyên, khuyến, xuyên...

4.2.2. Ngữ điệu

Trong chuyên mục “Sức khỏe & đời sống” câu đơn được sử dụng rất phổ biến, đặc biệt là câu đơn mở rộng các thành phần. Chính vì thế khi thể hiện đúng tạo ra ngữ điệu rất phong phú.

Tất cả các kiểu loại câu ghép đều có chung một cấu tạo ngữ điệu đó là ngữ điệu: Cao- thấp- cao. So với câu đơn, một tiêu điểm thì câu ghép có tới 3 tiêu điểm.

Câu mệnh lệnh, kêu gọi kết thúc bằng giọng căng. Ngữ điệu ngang- bằng, đánh gọn. Âm tiết cuối thường ngăn không đi xuống không đi lên, câu bị mất màu sắc và thường ngắn. Các câu cầu khiến để hô hào để hùng biện lôi cuốn, có nhịp nhanh. Ví dụ: "Hãy nuôi con bằng sữa mẹ hoàn toàn trong 6 tháng đầu".

Trong các phóng sự ngắn thường xuyên xuất hiện các câu nghi vấn, câu khiến được đọc ngữ điệu như phân tích ở trên. Các ngữ điệu đó đã thổi thêm sức mạnh cho những tác phẩm báo chí này đối với công luận. Nghiên cứu đã thống kê trong các văn bản thời sự câu nghi vấn và câu khiến xuất hiện với mật độ thấp, xuất hiện nhiều trong các phóng sự ngắn nói về mặt trái, về vấn đề đòi hỏi sự quan tâm của người dân hoặc cơ quan chức năng. Sử dụng các kiểu câu này, chính là cách để người viết thực hiện chiến lược biểu cảm của mình, không ai khác ngoài người thể hiện nó trên sóng (truyền hình) thực hiện đúng, trúng ý đồ của tác giả.

Đối với những câu dài trong văn bản, ngữ điệu sẽ đảm nhận chức năng biến những khúc đoạn ngôn từ phi câu trở thành câu.

4.2.3. Tư thế phát thanh viên, biên tập viên

PTV, BTV trình bày trong chuyên mục “Sức khỏe & đời sống” thường xuất hiện trong tư thế ngồi. Sự xuất hiện của họ trên màn hình trong khuôn hình cận cảnh từ ngực trở lên. Với vị trí hình ảnh như vậy, thông tin đến với khán giả bằng ngôn ngữ, những yếu tố phi lời, hỗ trợ cho lời nói của họ chủ yếu bằng ánh mắt, cơ mặt, các động tác gật đầu, nhún vai, động tác của hai bàn tay một cách quy phạm, phong cách của các PTV, BTV thời sự có sự khác biệt đáng kể so với PTV, BTV các chương trình truyền hình khác.

5. Kiến nghị

Cần nâng cao tinh thần trách nhiệm, nâng cao năng lực cho nhóm tác giả và Ban biên tập thông qua đào tạo, tập huấn chuyên môn về kỹ năng thực hiện tác phẩm truyền thông.

Các cơ quan, đơn vị làm công tác truyền thông đại chúng (báo in, báo mạng, phát thanh, truyền hình...) cần xây dựng kế hoạch và thực hiện nghiên cứu, đánh giá về chất lượng và tính hiệu quả đối với các chuyên mục, tin bài do đơn vị làm chủ quản.

Chuyên mục “Sức khỏe & Đời sống” cần được đánh giá một cách toàn diện hơn đối với công tác biên tập văn bản, sử dụng ngôn ngữ trước khi đọc và phát sóng, đáp ứng sự mong đợi của người xem nhằm nâng cao hiệu quả của công tác truyền thông.

Bên cạnh việc phát triển nguồn nhân lực, cần đầu tư nâng cấp cơ sở vật chất và có chiến lược sử dụng các phương tiện hỗ trợ hợp lý, nâng cao chất lượng tin tức và phóng sự trong chuyên mục.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Hoàng Anh (2003), *Một số vấn đề về sử dụng ngôn từ trên báo chí*, Nxb. ĐH Sư phạm, Hà Nội.
2. Diệp Quang Ban (2003), *Giao tiếp - Văn bản - Mạch lạc – Liên kết – Đoạn văn*, Nxb. Khoa học xã hội, Hà Nội.
3. Diệp Quang Ban (2005), *Ngữ pháp Tiếng Việt*, Nxb. Giáo dục, Hà Nội.
4. Diệp Quang Ban (2009), *Giao tiếp diễn ngôn và cấu tạo của văn bản*, Nxb. Giáo dục, Hà Nội.
5. Khiếu Quang Bảo, “*Ngôn ngữ truyền hình*”, Tạp chí Người làm báo, số 12/ 2007.
6. Nguyễn Thị Thanh Bình (1999), “*Vài nét về sự đa dạng của phong cách ngôn ngữ trên truyền hình*” và “*Suy nghĩ về hệ quả của ngôn ngữ trên vô tuyến truyền hình*”, Tiếng Việt trên các phương tiện thông tin đại chúng, Hội Ngôn ngữ học, Viện Ngôn ngữ học Việt Nam, Trường Đại học KHXH & NV, TP. Hồ Chí Minh.
7. Báo cáo Công tác truyền thông giáo dục sức khỏe 9 tháng đầu năm 2016, số liệu tính đến ngày 01 tháng 10 năm 2016.
8. Nguyễn Tài Cẩn (2004), *Ngữ pháp Tiếng Việt*, Nxb. Đại học Quốc Gia, Hà Nội.
9. Đỗ Hữu Châu (2001), *Đại cương ngôn ngữ học*, tập 2, Nxb. Giáo dục, Hà Nội.
10. Đỗ Hữu Châu (2003), *Cơ sở ngữ dụng học*, tập 1, Nxb. Đại học Sư phạm Hà Nội.

**ĐÁNH GIÁ NHANH THỰC TRẠNG CUNG CẤP VÀ SỬ DỤNG
MỘT SỐ TÀI LIỆU TRUYỀN THÔNG VỀ LĨNH VỰC
CHĂM SÓC SỨC KHỎE BÀ MẸ VÀ TRẺ EM DƯỚI 5 TUỔI
DO UNICEF HỖ TRỢ TỪ NĂM 2010-2015**

*Phòng Kế hoạch tổng hợp
Trung tâm Truyền thông GDSK Trung ương*

Tóm tắt nghiên cứu

Nghiên cứu “Đánh giá nhanh thực trạng cung cấp và sử dụng một số tài liệu truyền thông (TLTT) về lĩnh vực chăm sóc sức khỏe bà mẹ và trẻ em dưới 5 tuổi do UNICEF hỗ trợ từ năm 2010-2015” được thực hiện từ tháng 9/2015 đến tháng 3/2016 với sự hỗ trợ tài chính và kỹ thuật của UNICEF. Nghiên cứu được thiết kế theo phương pháp mô tả cắt ngang bằng các phương pháp thu thập thông tin định lượng và định tính tại 8 đơn vị tuyến trung ương và 8 tỉnh dự án của UNICEF trong đó điều tra thực địa tại 3 tỉnh Lào Cai, An Giang và Kon Tum.

Kết quả nghiên cứu cho thấy: 213 TLTT thu thập được trong đó chủ đề tập trung chủ yếu là nước sạch vệ sinh môi trường (66 tài liệu, chiếm 31%) và chăm sóc phụ nữ có thai, trẻ sơ sinh (60 tài liệu, chiếm 28,2%). TLTT phần lớn được sản xuất trong năm 2010- 2011, tài liệu bằng tiếng dân tộc còn rất ít (8 tài liệu, chiếm 3,8%). Quá trình phát triển tài liệu theo mô hình: trung ương thiết kế maket, các tỉnh dự án chỉnh sửa hình ảnh và từ ngữ cho phù hợp rồi in ấn, cấp phát. Các tài liệu đều được đánh giá hình ảnh hấp dẫn, thông điệp dễ nhớ. Trong quá trình phân phối tài liệu, không có văn bản hướng dẫn sử dụng tài liệu dẫn đến một số khó khăn cho truyền thông viên và người dân khi sử dụng tài liệu.

1. Đặt vấn đề

Năm 2014, Chính phủ Việt Nam và UNICEF đã phối hợp thực hiện Đánh giá giữa kỳ Chương trình hợp tác Việt Nam-UNICEF giai đoạn 2012-2016 trong bối cảnh Việt Nam đã có nhiều chuyển biến tích cực về kinh tế - xã hội cũng như chăm sóc sức khỏe bà mẹ trẻ em. Đánh giá giữa kỳ đã cho thấy truyền thông thay đổi hành vi là can thiệp không thể thiếu, cần đẩy mạnh nhằm tăng tỷ lệ sử dụng dịch vụ y tế như khám thai, đẻ tại cơ sở y tế, cho trẻ bú mẹ hoàn toàn trong 6 tháng đầu, tiêm chủng đầy đủ cho trẻ, thực hành vệ sinh cá nhân, gia đình và cộng đồng... Để thực hiện các hoạt động truyền thông hiệu quả, việc sử dụng các TLTT

có ý nghĩa vô cùng quan trọng. TLTT là công cụ hữu ích cung cấp thông tin, tăng cường kiến thức, nâng cao nhận thức và hướng tới thay đổi hành vi của cho người dân, góp phần bảo vệ và nâng cao sức khỏe cộng đồng, đồng thời đây cũng là công cụ hỗ trợ đắc lực cho cán bộ truyền thông. Việc nhìn nhận, đánh giá lại tính phù hợp của các TLTT với tình hình thực tế, đối tượng đích có ý nghĩa vô cùng quan trọng trong hoạt động truyền thông giáo dục sức khỏe (TTGDSK). Để góp phần nâng cao hiệu quả hoạt động truyền thông thay đổi hành vi về lĩnh vực này, được sự hỗ trợ về kinh phí và kỹ thuật của UNICEF năm 2015-2016, Trung tâm Truyền thông giáo dục sức khỏe Trung ương tiến hành nghiên cứu đánh giá các TLTT về lĩnh vực CSSKSS, bà mẹ và trẻ em do UNICEF hỗ trợ từ năm 2010-2015 nhằm có một bức tranh toàn cảnh về thực trạng cung cấp và sử dụng TLTT trong thời gian qua.

2. Mục tiêu nghiên cứu

2.1. Đánh giá thực trạng cung cấp và sử dụng TLTT về chăm sóc sức khỏe bà mẹ và trẻ em do UNICEF hỗ trợ kỹ thuật xây dựng trong thời gian từ năm 2010-2015.

2.2. Khuyến nghị về phát triển sản xuất và phân phối các TLTT về chăm sóc sức khỏe bà mẹ và trẻ em trong thời gian tới.

3. Phương pháp nghiên cứu

3.1. Đối tượng nghiên cứu

Lãnh đạo hoặc chuyên viên phụ trách về truyền thông của 8 đơn vị tuyến trung ương; 06 đơn vị tuyến tỉnh; Trung tâm Y tế huyện; Trường trạm y tế xã/phường; Cán bộ Hội phụ nữ xã/phường và người dân.

Tài liệu truyền thông TLTT về lĩnh vực CSSKSS, bà mẹ và trẻ em do UNICEF hỗ trợ từ năm 2010-2015.

3.2. Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu mô tả cắt ngang

3.3. Phương pháp nghiên cứu

Phối hợp phương pháp định lượng và định tính.

3.4. Địa điểm nghiên cứu

Tuyến Trung ương (TW)

- Bộ Y tế (7 đơn vị): Vụ Sức khỏe bà mẹ trẻ em, Cục Phòng chống HIV/AIDS, Cục Y tế Dự phòng, Cục Quản lý Môi trường Y tế, Trung tâm Truyền thông giáo dục sức khỏe Trung ương, Viện Dinh dưỡng, Chương trình Tiêm chủng mở rộng Quốc gia/Viện Vệ sinh dịch tễ Trung ương.

- Bộ Nông nghiệp và phát triển nông thôn: Phòng truyền thông, Trung tâm Quốc gia nước sạch và vệ sinh môi trường nông thôn.

Tuyển tỉnh

- 8 tỉnh/thành phố thuộc Dự án tỉnh bạn hữu trẻ em của UNICEF: Điện Biên, Lào Cai, Ninh Thuận, Kon Tum, Gia Lai, TP Hồ Chí Minh, An Giang, Đồng Tháp.
- Trong đó điều tra thực địa tại 3 tỉnh: Lào Cai, Kon Tum và An Giang.

3.4. Thời gian nghiên cứu: Từ tháng 9/2015 đến tháng 3/2016

3.5. Phương pháp thu thập số liệu

- Thu thập và tổng hợp các loại TLTT liên quan đến CSSKBM&TE của dự án do UNICEF hỗ trợ trong giai đoạn 2010-2015.
- Thu thập trực tiếp thông qua bảng tổng hợp.
- Thu thập thông tin qua phiếu tự điền.

Định tính:

Phỏng vấn sâu: Tiến hành 56 cuộc phỏng vấn sâu với các đối tượng sau:

- *Tuyển TW (8 cuộc):* Lãnh đạo/chuyên viên chuyên trách về truyền thông GDSK trẻ em của 8 đơn vị đã chọn.
- *Tuyển tỉnh 18 (cuộc):* Lãnh đạo/ chuyên viên phụ trách công tác truyền thông của 6 đơn vị: Sở Y tế, Trung tâm truyền thông giáo dục sức khỏe, Trung tâm Y tế dự phòng, Trung tâm sức khỏe sinh sản, Trung tâm Nước sạch và vệ sinh môi trường (TT NSVSMT), Trung tâm Phòng chống HIV/AIDS tại 3 tỉnh Lào Cai, Kon Tum và An Giang.
- *Tuyển huyện (06 cuộc):* Lãnh đạo/chuyên viên phụ trách công tác truyền thông của 02 Trung tâm Y tế huyện và thành phố (An Phú, Tịnh Biên – An Giang), (TP Kon Tum, Huyện Kon Rẫy – Kon Tum), (Sapa, Bắc Hà – Lào Cai) lựa chọn theo phương pháp thuận tiện).
- *Tuyển xã (24 cuộc)* tại các huyện thực địa bao gồm trưởng trạm y tế xã/phường, cán bộ Hội phụ nữ xã/phường và người dân.

Thảo luận nhóm: Đối tượng thảo luận gồm người dân, cán bộ y tế thôn bản và cán bộ Hội phụ nữ tại các xã của 3 tỉnh. Tổng số có 18 cuộc thảo luận nhóm người dân (6 nhóm/tỉnh, 06-07 người/cuộc) và 06 cuộc thảo luận nhóm cán bộ y tế thôn bản, cộng tác viên và cán bộ Hội phụ nữ (02 nhóm/tỉnh, 08 người/cuộc). Các TLTT được lựa chọn để đánh giá sẽ được trình chiếu để người dân nhận xét và thảo luận.

3.6. Xử lý số liệu

- ***Đối với thông tin thu được từ phương pháp định tính:*** Kết quả của từng cuộc phỏng vấn sâu, thảo luận nhóm đã được các nghiên cứu viên gỡ băng, tóm tắt theo nguyên tắc mã hóa mở (opencoding) và phân tích theo chủ đề.

- **Đối với thông tin thu được từ phương pháp định lượng:** Phiếu phỏng vấn sau khi được thu thập, đã được làm sạch, nhập bằng phần mềm EPI DATA 3.1 và xử lý bằng phần mềm SPSS 16.0.

4. Kết quả nghiên cứu

4.1. Thực trạng cung cấp TLTT về chăm sóc sức khỏe bà mẹ và trẻ em

4.1.1 Thực trạng về số lượng TLTT CSSKBMTE do UNICEF hỗ trợ

Bảng 1: Tổng hợp thu thập tài liệu theo tuyến trong giai đoạn 2010-2015

Tên đơn vị	Loại tài liệu					Tổng số tài liệu
	Tranh gấp/ tờ rơi/ tờ bướm	Áp phích/ Pano	Tranh lật	Sổ tay/ sách mỏng	Băng/ đĩa	
Trung ương	13	7	7	21	15	61
Trung tâm TT GDSK TW	1	1	1	2	5	10
Cục Quản lý MT Y tế	2	1		11		14
Văn phòng tiêm chủng QG	2	2	2		2	8
Viện Dinh dưỡng	1	1				02
Cục Y tế dự phòng				1	1	02
Cục PC HIV/AIDS	3	1	1	2	2	09
Vụ Sức khỏe BM trẻ em	4	1	1	1	1	08
TT NSVSMT			2	2	4	08
Địa phương	30	44	14	13	51	152
Điện Biên	10	14	2	2	4	32
Gia Lai	5	1	2	3	4	15
Ninh Thuận	1		5	6	7	19
An Giang	6	19	1		2	28
TP HCM	3	1			15	19
Đồng Tháp	4	1			2	07
Kon Tum		7	2	1	2	12
Lào Cai	1	1	2	1	15	20

Qua bảng trên ta thấy trong giai đoạn 2010 – 2015 tại trung ương có 61 đầu tài liệu và tại tỉnh có 152 tài liệu về lĩnh vực chăm sóc SKBMTE do UNICEF hỗ trợ. Số lượng đầu tài liệu do UNICEF hỗ trợ trong 5 năm không nhiều, như vậy trung bình mỗi đơn vị sản xuất được 1 loại tài liệu trong 1 năm. Tuy nhiên con số thống kê này cũng được các lãnh đạo/chuyên viên tuyến TW khẳng định không đầy đủ. Ngoài ra, trong giai đoạn 2010-2015 UNICEF hạn chế việc in ấn tài liệu từ tuyến TW mà chỉ thiết kế maket và chuyển xuống các tỉnh. Dựa vào nhu cầu của địa phương, các T4G chỉnh sửa hình ảnh và một số từ ngữ cho phù hợp với địa phương trên maket của tuyến TW. Việc này được địa phương đánh giá rất cao, phù hợp với nhu cầu của họ, tuy nhiên quy trình đấu thầu in ấn tại tỉnh rất phức tạp nên họ không in đủ tài liệu theo đúng nhu cầu của mình.

4.1.2 Thực trạng tài liệu truyền thông phân chia theo thể loại và lĩnh vực

Bảng 2: Bảng tổng hợp các tài liệu phân chia theo lĩnh vực

Nội dung tài liệu	Loại tài liệu					Tổng số tài liệu
	Tranh gấp/ tờ rơi/ tờ bướm	áp phích/ Pano	Tranh lật	Sổ tay/ sách mỏng	Băng/ đĩa	
Tiêm chủng	4	3	4	1	9	21
Chăm sóc SKSS, Phụ nữ có thai và trẻ sơ sinh	16	17	7	5	15	60
Dinh dưỡng	8	6	6		12	32
HIV/AIDS	3	14	2	8	7	34
NSVSMT	12	11	2	18	23	66
Tổng	43	51	21	32	66	213

Bảng trên cho thấy chủ đề tập trung chủ yếu của các tài liệu là nước sạch vệ sinh môi trường (66 tài liệu) và CSSKSS, phụ nữ có thai và trẻ sơ sinh (60 tài liệu). Tuy nhiên trên thực tế các tài liệu đều được lồng ghép nhiều nội dung với nhau như 1 cuốn tranh lật Truyền thông lồng ghép tại An Giang có các nội dung về dinh dưỡng, chăm sóc SKBMTE, HIV, NSVSMT. Do đó khi đánh giá tài liệu, Trung tâm đã phân loại đánh giá nội dung chính của tài liệu. Kết quả cũng cho thấy các tài liệu về nước sạch vệ sinh môi trường được xây dựng nhiều điều này có thể cho thấy mức độ quan tâm của UNICEF trong thời gian gần đây về lĩnh vực này.

4.1.3. Thực trạng về nhu cầu in ấn, cấp phát tài liệu

Kết quả nghiên cứu cho thấy, nguồn kinh phí hỗ trợ của các dự án và nguồn ngân sách nhà nước tại tuyến trung ương chủ yếu chỉ phục vụ thiết kế đến công đoạn maket tài liệu. Về phần in ấn để phân phối cho người sử dụng còn rất hạn chế.

“Kinh phí hỗ trợ chỉ cho đến công đoạn thiết kế maket tài liệu, còn in ấn chỉ số lượng nhỏ, hầu như không có in ấn để cấp phát xuống cộng đồng. Mà thực chất những tài liệu này để phục vụ cộng đồng nhưng lại không có kinh phí in ấn số lượng lớn cấp cho họ”. – Ý kiến của lãnh đạo Cục Phòng chống HIV/AIDS.

Việc phân phối tài liệu từ trung ương xuống địa phương được đánh giá là rất ít, do số lượng tài liệu được in ấn còn hạn chế. Hoạt động phát triển tài liệu do UNICEF hỗ trợ chủ yếu dành cung cấp cho 8 tỉnh dự án, tuy nhiên tùy nhu cầu của từng tỉnh mà số lượng, loại tài liệu được phân phối khác nhau.

“Kinh phí chỉ phục vụ việc thiết kế maket tài liệu, còn in ấn chỉ số lượng nhỏ, hầu như không có in ấn để cấp phát xuống cộng đồng” – Ý kiến của lãnh đạo Viện Dinh dưỡng.

Tại các tỉnh, tài liệu in ấn cũng được chuyển về huyện theo số lượng đã được dự toán ngay khi sản xuất. Một số tỉnh kèm theo công văn yêu cầu cấp cho các đối tượng khác nhau.

Tại huyện, sau khi nhận được tài liệu từ tỉnh, họ xem nội dung chính và cân đối cấp cho các xã theo tỷ lệ cán bộ y tế/y tế thôn bản hoặc người dân của các xã dự án. Tuy nhiên chỉ là ước lượng, không có kế hoạch cụ thể và cũng không hướng dẫn cách phân phối.

“Tài liệu nhận về phát hết cho các xã, ưu tiên xã dự án, chúng tôi chỉ để lại một ít cho cán bộ chương trình tại huyện” – Ý kiến của lãnh đạo Trung tâm Y tế huyện.

Giám sát trong việc phân phối tài liệu đến đối tượng sử dụng không được thực hiện ở tất cả các tuyến. Một vài đơn vị nhận được phản hồi qua giấy biên nhận tài liệu. Một số đơn vị có thể đánh giá tài liệu đến được với người dân qua đợt giám sát truyền thông lồng ghép.

“Có báo cáo là đã nhận được tài liệu còn việc sử dụng như thế nào, có hiệu quả hay không thì không có phản hồi” – Ý kiến của Viện Dinh dưỡng

4.2. *Thực trạng sử dụng một số TLTT*

4.2.1. *Thực trạng sử dụng các tài liệu lựa chọn đánh giá*

Dựa vào kết quả kiểm kê các tài liệu do UNICEF cung cấp. Dựa vào các tiêu chí, tại mỗi nội dung tài liệu chọn đủ 5 thể loại, nhóm nghiên cứu đã tiến hành bước 2 để đánh giá mức độ sử dụng tài liệu phân chia theo lĩnh vực cụ thể, kết quả thu được như sau:

- Tài liệu tiêm chủng được tuyến dưới sử dụng với tỷ lệ cao nhất là đĩa cổ động chiến dịch tiêm vắc xin sởi – rubella 49,1% (sản xuất năm 2014, do chương trình tiêm chủng quốc gia in và cấp cho các tỉnh dự án), tài liệu này được đánh giá thông điệp vẫn còn mới và nhu cầu chỉnh sửa thấp (19,3%). Áp phích cổ động chiến dịch tiêm vắc xin sởi được sản xuất năm 2010 chỉ còn 28,1% đơn vị sử dụng, tính cập nhật thông tin rất thấp 3% do đó có tới 45,6% cho rằng cần phải cập nhật chỉnh sửa.
- Tài liệu có nội dung về CSSK bà mẹ và trẻ sơ sinh hiện tại được dùng nhiều nhất là sổ tay và áp phích “Vì lợi ích của mẹ và con, phụ nữ có thai cần đến khám thai định kỳ tại cơ sở y tế” có thể do tài liệu này được sản xuất mới hơn nên các đơn vị đang sử dụng nhiều, nhu cầu in và nhân bản thêm của các tài liệu này cũng cao hơn.
- Tài liệu về HIV/AIDS còn được dùng nhiều nhất là tranh gấp “Nội dung dự phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con”, tài liệu này vẫn được các đơn vị cho rằng thông điệp còn cập nhật và sử dụng được do đó nhu cầu chỉnh sửa thấp.
- Tài liệu có nội dung về NSVSMT được đánh giá cập nhật nhất là tờ rơi “Rửa tay bằng xà phòng và nước sạch đúng cách” (33,3%).
- Tài liệu về dinh dưỡng thường lồng ghép với các nội dung về CSSK bà mẹ và trẻ sơ sinh, do đó khi đánh giá tài liệu riêng biệt về nội dung dinh dưỡng các đơn vị thường ít nhớ.

Đánh giá chung về thực trạng tài liệu truyền thông về lĩnh vực CSSKBMTE: Hầu hết đều cho là phù hợp với địa phương. Người dân cho rằng thông điệp dễ nhớ, dễ hiểu và dễ làm theo. Về hình thức bắt mắt, dễ xem, tuy nhiên một số cán bộ vẫn cho rằng cần phải thêm hình ảnh và bớt chữ để người dân hiểu hơn.

“Tài liệu cấp cho người dân vẫn còn nhiều chữ lắm, họ ngại đọc và thích xem hình ảnh hơn” – Ý kiến của cán bộ y tế tỉnh Lào Cai.

“Vì nội dung được các chuyên gia đầu ngành xem nên rất ổn, hình thức phù hợp, bắt mắt, gửi makets về tuyến tỉnh lại chỉnh sửa hình ảnh cho phù hợp với địa phương” – Ý kiến của lãnh đạo T4G tỉnh An Giang

4.2.2. Thực trạng về cách sử dụng và bảo quản tài liệu

Tại trung ương: Trong quá trình phát triển TLTT đối với một số tài liệu có hướng dẫn sử dụng (tranh lật) hoặc in thứ tự các trang ở dưới, nhưng không đánh giá được cách sử dụng tài liệu của đối tượng đích, không có báo cáo cũng như giám sát việc sử dụng tài liệu.

“Cũng tùy trường hợp, đối với người sử dụng tại cộng đồng thì họ phải chủ động linh hoạt phù hợp với hoàn cảnh thực tế. Việc kiểm tra xem họ có sử dụng đúng hay không chỉ biết được thông qua các lớp tập huấn khi yêu cầu họ thực tập sử dụng tài liệu” - Ý kiến của lãnh đạo Cục Y tế dự phòng.

Tại tuyến tỉnh: Tất cả các tỉnh đều tiến hành tập huấn kỹ năng truyền thông và cách sử dụng tài liệu khi truyền thông cho các cộng tác viên, tuy nhiên hoạt động này chỉ thực hiện 1 đợt duy nhất khi dự án bắt đầu. Do đó những cộng tác viên/chuyên viên được bổ sung thay thế đều chưa được tập huấn.

Tài liệu được chuyển về đến người sử dụng là cộng tác viên thôn/bản thì được cán bộ y tế xã hướng dẫn một số thông tin như: tài liệu dùng khi nào, dùng cho ai, nhưng không nhắc đến dùng như thế nào.

“Khi phát cho cộng tác viên trong các buổi giao ban chúng tôi đều nhắc họ dùng quyển tranh lật trong thảo luận nhóm, chọn đối tượng nào phù hợp với nội dung đó” - Ý kiến của Trạm trưởng trạm y tế xã tại tỉnh Lào Cai.

4.3. Nhu cầu về phát triển và phân phối TLTT trong thời gian tới

Nhu cầu cụ thể về thể loại cũng như nội dung truyền thông được các đơn vị định hướng trong giai đoạn 2015-2020 như sau:

Bảng 3: Nhu cầu cung cấp tài liệu giai đoạn 2015-2020 (n = 57)

Nội dung Thế loại	Tiêm chủng mở rộng	Chăm sóc PNCT & trẻ sơ sinh	HIV	NS VSMT	CSDD cho trẻ < 5 tuổi
	1	2	3	4	5
Tranh gấp	52 (91,2%)	48(84,2%)	33(57,9%)	27(47,4%)	51(89,5%)
Áp phích/ pano	54(94,7%)	34(59,6%)	29(50,9%)	41(71,9%)	24(42,1%)
Tranh lật	24(42,1%)	30(52,6%)	15(26,3%)	12(21,1%)	26(45,6%)
Đĩa tiếng	56(98,2%)	45(78,9%)	37(64,9%)	31(54,4%)	35(61,4%)
Đĩa hình	55(96,4%)	56(98,2%)	51(89,5%)	50(87,7%)	49(86,0%)

Kết quả nghiên cứu cho thấy, thể loại đĩa hình được đánh giá có nhu cầu cao ở tất cả các nội dung (trên 85%). Tranh lật được xác định có nhu cầu thấp nhất (dưới 52%). Nhu cầu phát triển nhiều nhất là tài liệu có nội dung về tiêm chủng (trên 90%) các thể loại tranh gấp, áp phích, đĩa tiếng, đĩa hình. Các đơn vị nghiên cứu cũng khuyến nghị cần hỗ trợ kinh phí cho việc phát đĩa hình thông điệp truyền thông trên phương tiện thông tin đại chúng. Đặc biệt hỗ trợ tình xây dựng các sản phẩm TT (phim, phóng sự) phục vụ cho các hộ dân tại khu vực biên giới, vùng sâu của tỉnh.

Ngoài ra nên duy trì mô hình trung ương thiết kế, địa phương chỉnh sửa hình ảnh và ngôn ngữ cho phù hợp. Bên cạnh đó về phân phối tài liệu khi cấp phát cần có văn bản hướng dẫn sử dụng và phân phối tài liệu đó. Trong kế hoạch phân phối nên cung cấp cho các nhóm trẻ gia đình, điểm giữ trẻ hoặc trường học vì hiện tại không có chỉ tiêu cho nhóm này.

5. Kết luận

5.1. Về cung cấp tài liệu

- Trong 213 đầu tài liệu thu thập được chủ đề tập trung nhiều nhất là nước sạch vệ sinh môi trường có thể do chủ đề này vẫn là vấn đề người dân cần phải thay đổi hành vi sức khỏe (66 đầu tài liệu) và chăm sóc phụ nữ có thai, trẻ sơ sinh (60 đầu tài liệu).
- Tài liệu phần lớn được sản xuất từ năm 2010-2011, nên thông tin cập nhật còn hạn chế. Chưa có tài liệu riêng, phù hợp cho từng vùng miền.
- Nhận định chung về hình thức, bố cục: tài liệu đẹp, thu hút, dễ nhìn nhưng còn quá nhiều chữ, đặc biệt người dân tộc không đọc được.
- Nhận định chung về thể loại: Trong những năm gần đây, xu hướng phát triển tài liệu thông điệp chủ yếu là băng đĩa để phát trên đài phát thanh và truyền hình. Các tài liệu hướng dẫn chuyên môn và sách mỏng chủ yếu tập trung vào lĩnh vực vệ sinh môi trường. Tài liệu bằng tiếng dân tộc rất ít, chỉ có 8 sản phẩm phát thanh truyền hình được dịch sang tiếng dân tộc.
- Phát triển tài liệu: Trung ương thiết kế makets, các tỉnh dự án chỉnh sửa hình ảnh và từ ngữ cho phù hợp với địa phương, rồi in ấn cấp phát cho các mô hình điểm.
- Phân phối cho đối tượng sử dụng tài liệu chưa có kế hoạch cụ thể, chi tiết. Việc phân phối cho đối tượng lại không được giám sát, nếu có thì chỉ phản hồi bằng giấy biên nhận của các đơn vị được nhận.

- Tại huyện, xã không nhận được kế hoạch phân phối của tuyến trên mà dựa vào chủ đề và số lượng tài liệu nhận được và chia cho tuyến dưới (xã, thôn), đóng gói chia theo từng vùng và phát cho xã, thôn trong dịp giao ban.

5.2. Về sử dụng và bảo quản tài liệu

Cán bộ y tế xã, y tế thôn bản đều được tập huấn kỹ năng truyền thông trong đó lồng ghép kỹ năng sử dụng tài liệu 1 lần duy nhất vào giai đoạn đầu của hoạt động, chưa được tập huấn lại, nhất là những cán bộ thay mới.

Truyền thông viên khi nhận tài liệu từ cán bộ y tế xã thì được hướng dẫn sẽ phát cho đối tượng nào và sử dụng khi nào (không có văn bản hướng dẫn) đặc biệt không hướng dẫn cách sử dụng tài liệu.

Thẻ loại tài liệu được đánh giá là hiệu quả nhất trong quá trình truyền thông cho người dân là đĩa phát trên đài truyền hình.

6. Kiến nghị

6.1. Đề xuất đối với tuyến trung ương:

Về cung cấp/ phân phối tài liệu:

- Nghiên cứu phát triển nhiều loại hình TLTT cho phù hợp với thị hiếu và xu hướng của người dân. Đặc biệt sản phẩm phát thanh và truyền hình như đĩa hình/ đĩa tiếng.
- Văn duy trì mô hình trung ương thiết kế, địa phương chỉnh sửa hình ảnh và ngôn ngữ cho phù hợp. Để tăng tính thống nhất về nội dung giữa các địa phương.
- Hỗ trợ đào tạo cán bộ làm truyền thông tuyên tỉnh về thiết kế maket làm TLTT. Tiếp tục định hướng các TLTT cho tỉnh.
- Tài liệu cần tăng cường hình ảnh cho sinh động và thường xuyên chỉnh sửa, cập nhật thông tin mới vào tài liệu. Cần cung cấp kịp thời các TLTT về dịch bệnh mới nổi.
- Tài liệu khi cấp phát về phải có văn bản hướng dẫn sử dụng và phân phối tài liệu đó. Trong kế hoạch phân phối nên cung cấp cho các nhóm trẻ gia đình, điểm giữ trẻ hoặc trường học vì hiện tại không có chỉ tiêu cho nhóm này.
- Hỗ trợ kinh phí nhân rộng số lượng tranh lật, đĩa thông điệp truyền hình để người dân tiếp cận rộng rãi. Cụ thể, tranh gấp, tranh lật cho đội ngũ tuyên truyền viên; đĩa tiếng đã dịch ra tiếng dân tộc.

Về sử dụng TLTT:

- Nên tổ các lớp tập huấn để nâng cao năng lực cho cán bộ làm công tác truyền thông các tuyến, tập huấn về lĩnh vực chuyên môn cũng như hướng dẫn sử dụng các phương tiện, TLTT.
- Phối hợp giữ các ban ngành, đơn vị tiến hành "Tập huấn truyền thông lồng ghép" trong đó có sử dụng TLTT nhằm phát huy hiệu quả điểm mạnh của từng đơn vị.
- Cần có hoạt động giám sát hỗ trợ cán bộ truyền thông trong quá trình sử dụng tài liệu làm công tác truyền thông.

6.2. Đề xuất với UNICEF

- Hỗ trợ trong hoạt động đào tạo nâng cao kỹ năng sử dụng TLTT cho đội ngũ y tế cơ sở. Đặc biệt hỗ trợ kinh phí để tổ chức các buổi hội thảo về cách sử dụng tài liệu đạt hiệu quả cao.
- Hỗ trợ thực hiện hoạt động đào tạo cán bộ làm truyền thông tỉnh phát triển TLTT.
- Nghiên cứu, nhân bản một số TLTT có hiệu quả.
- Hỗ trợ kinh phí cho việc phát đĩa hình thông điệp truyền thông trên phương tiện thông tin đại chúng. Đặc biệt hỗ trợ tỉnh xây dựng các sản phẩm TT (phim, phóng sự) phục vụ cho các hộ dân tại khu vực biên giới, vùng sâu của tỉnh.
- Hỗ trợ thù lao cho CTV, truyền thông viên vì hiện nay mạng lưới này thường xuyên biến đổi về số lượng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Tổng Cục thống kê (2013), Điều tra biến động dân số và kế hoạch hóa gia đình thời điểm 1/4/2014. Các kết quả chủ yếu
2. Tổng cục thống kê (2011), Điều tra đánh giá các mục tiêu trẻ em và phụ nữ 2011
3. UNICEF (2015), Báo cáo điều tra đánh giá các mục tiêu trẻ em và phụ nữ Việt Nam (MICS) 2014 nêu bật những tồn tại trong việc thực hiện các mục tiêu về trẻ em Việt Nam, truy cập tại trang web http://www.unicef.org/vietnam/vi/media_24603.html.
4. Viện Dinh dưỡng (2015), Số liệu về tình trạng dinh dưỡng trẻ em qua các năm, truy cập tại trang web <http://www.nutrition.org.vn/news/vi/106/61/0/a/so-lieu-thong-ke-ve-tinh-trang-dinh-duong-tre-em-qua-cac-nam.aspx>

5. Nguyễn Thị Kim Tiến (2014), “Thực hiện một số Mục tiêu Phát triển thiên niên kỷ về chăm sóc sức khỏe bà mẹ và trẻ em”, Tạp chí Cộng sản, số 863 (9-2014), tr. 5-6
6. UNICEF (2008), UNICEF Childhood Injury Prevention Programme : An evaluation of printed IEC material (2003-2007)
7. National Institute of Nutrition and UNICEF (2011) A Review of the Nutrition Situation in Viet Nam 2009-2010.
8. Ministry of Health, Maternal and new-born death survey 2006-2007, MOH 2010.
9. MOH-UNICEF “2006 National Baseline Survey on Rural Environmental Sanitation”.
10. Universal Access Report – MoH 2011.

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ KIỂM SOÁT ĐÁI THÁO ĐƯỜNG ĐIỀU TRỊ NGOẠI TRÚ TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA TỈNH VĨNH PHÚC

Ths.Bs. Lê Xuân Khởi

Trung tâm truyền thông GDSK tỉnh Vĩnh Phúc

Tóm tắt nghiên cứu

Nghiên cứu hồi cứu trên 262 hồ sơ bệnh nhân đang điều trị ngoại trú tại khoa Nội tiết - Bệnh viện đa khoa tỉnh Vĩnh Phúc về việc kiểm soát đường huyết của bệnh nhân đái tháo đường (ĐTĐ) điều trị ngoại trú. Kết quả các yếu tố như béo phì, hút thuốc lá, uống rượu, ít tập luyện và vận động thể lực đều gây nên tình trạng kiểm soát đường huyết rất kém. Từ đó có những khuyến nghị cho những bệnh nhân điều trị ĐTĐ trong việc luyện tập, duy trì lối sống lành mạnh. Đối với ngành y tế, xây dựng kế hoạch về truyền thông giáo dục sức khỏe (TTGDSK) cho bệnh nhân tiểu đường cũng như các nhóm bệnh chuyển hóa và cả cộng đồng trong việc duy trì lối sống lành mạnh nâng cao sức khỏe, dự phòng tai biến, hạn chế tối đa các biến chứng.

1. Đặt vấn đề

Trong những năm gần đây, bệnh ĐTĐ đang trở thành vấn đề lớn đối với giới y khoa cũng như đối với cộng đồng. Bệnh đang gia tăng với tốc độ đáng lo ngại. ĐTĐ là bệnh không lây nhiễm được Tổ chức Y tế thế giới (WHO) quan tâm hàng đầu trong chiến lược chăm sóc sức khỏe cộng đồng.

Đái tháo đường là bệnh mang tính xã hội cao ở nhiều quốc gia bởi tốc độ phát triển nhanh chóng, mức độ nguy hại đến sức khỏe. ĐTĐ còn trở thành lực cản của sự phát triển, gánh nặng cho toàn xã hội khi mà mỗi năm thế giới phải chi số tiền khổng lồ cho việc phòng chống và điều trị bệnh ĐTĐ.

Theo WHO, năm 1985 có khoảng 30 triệu người mắc ĐTĐ trên toàn cầu, năm 2004 có khoảng 98,9 triệu người mắc, tới nay khoảng 180 triệu người và con số đó có thể tăng gấp đôi lên tới 366 triệu người vào những năm 2030. Đây là một trong ba căn bệnh có tốc độ phát triển nhanh nhất và là một trong những nguyên nhân gây tử vong hàng đầu ở các nước đang phát triển.

Việt Nam không xếp vào 10 nước có tỷ lệ mắc ĐTĐ cao nhưng lại là quốc gia có tốc độ phát triển bệnh nhanh. Một nghiên cứu của Bệnh viện Nội tiết Trung ương vào cuối tháng 10-2008 cho thấy, tỷ lệ mắc ĐTĐ ở Việt Nam tăng nhanh từ 2,7%

(năm 2001) lên 5% (năm 2008), trong đó có tới 65% người bệnh không biết mình mắc bệnh. ĐTĐ đang là vấn đề thời sự cấp bách của sức khỏe cộng đồng. Cho đến nay, nhiều công trình nghiên cứu về ĐTĐ đã được tiến hành trên phạm vi cả nước.

Vĩnh Phúc là tỉnh phát triển công nghiệp, cùng với sự phát triển về kinh tế, xã hội đời sống nhân dân từng bước được cải thiện thì tỷ lệ mắc các bệnh không lây nhiễm ngày càng gia tăng đặc biệt là bệnh ĐTĐ. Biện pháp hữu hiệu để làm giảm tiến triển và biến chứng của bệnh, chi phí cho chữa bệnh ít tốn kém nhất là phải phát hiện sớm và điều trị bệnh kịp thời.

2. Mục tiêu nghiên cứu:

2.1. Đánh giá kết quả kiểm soát đường huyết của bệnh nhân điều trị ngoại trú tại Bệnh viện đa khoa tỉnh Vĩnh Phúc.

2.2. Phân tích một số yếu tố ảnh hưởng đến kết quả kiểm soát đường huyết của bệnh nhân điều trị ngoại trú tại Bệnh viện đa khoa tỉnh Vĩnh Phúc.

3. Đối tượng và phương pháp nghiên cứu

3.1. Đối tượng nghiên cứu: 262 bệnh nhân được chẩn đoán và điều trị đái tháo đường ngoại trú tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Vĩnh Phúc.

3.2. Phương pháp nghiên cứu

3.2.1. *Phương pháp nghiên cứu:* Nghiên cứu mô tả cắt ngang.

3.2.2. *Kỹ thuật chọn mẫu:* Chọn mẫu có chủ đích.

4. Kết quả nghiên cứu

4.1. Kết quả kiểm soát đường huyết của bệnh nhân điều trị ngoại trú

Tuổi trung bình của nhóm nghiên cứu là $59,7 \pm 10,9$; nhóm mắc nhiều nhất là nhóm 50 - 59 tuổi chiếm 35,1%; 55,7% bệnh nhân là nam giới; 44,3% là nữ giới; nhóm nghề nghiệp mắc cao nhất là nhóm làm ruộng chiếm 48,9%.

Bảng 1: Chỉ số glucose máu trung bình theo nhóm tuổi

Nhóm tuổi	Glucose máu trung bình (mmol/l)
	$\bar{X} \pm SD$
< 40 (n = 9)	$7,72 \pm 3,65$
40 – 49(n = 31)	$7,65 \pm 2,36$
50 – 59 (n = 92)	$7,86 \pm 2,14$
60 – 69 (n = 84)	$7,76 \pm 2,25$
≥ 70 (n = 46)	$8,75 \pm 2,99$

Hàm lượng glucose máu trung bình đều cao hơn chỉ số bình thường, cao nhất ở các đối tượng trên 70 tuổi ($8,75 \pm 2,99$ mmol/l), thấp nhất ở nhóm đối tượng 40 - 49 tuổi ($7,65 \pm 2,36$ mmol/l).

Bảng 2: Mức độ kiểm soát glucose máu lúc đói và HbA_{1c}

Chỉ số Mức độ	Glucose (mmol/l)		HbA _{1c} (%)	
	Tần số	Tỷ lệ (%)	Tần số	Tỷ lệ (%)
Tốt	54	20,6	51	19,5
Chấp nhận	72	27,5	66	25,2
Kém	136	51,9	145	55,3
Tổng số	262	100	262	100
$\bar{X} \pm SD$	7,96 $\pm$ 2,44		6,80 $\pm$ 0,87	

Kiểm soát glucose máu lúc đói mức tốt chỉ chiếm 20,6 % và mức kém 51,9%.

Kiểm soát HbA_{1c} mức tốt chiếm 19,5% và mức kém chiếm 55,3%.

Bảng 3: Mức độ kiểm soát các thành phần lipid

Mức độ Chỉ số	Tốt		Chấp nhận		Kém		Tổng số	
	Tần số	Tỷ lệ (%)	Tần số	Tỷ lệ (%)	Tần số	Tỷ lệ (%)	Tần số	Tỷ lệ (%)
Cholesterol(mmol/l)	69	26,4	85	32,4	108	41,2	262	100
Triglycerid(mmol/l)	67	25,6	76	29,0	119	45,4	262	100
HDL - C (mmol/l)	78	29,8	123	46,9	61	23,3	262	100
LDL - C (mmol/l)	65	24,8	122	46,6	75	28,6	262	100

Tỷ lệ kiểm soát các thành phần lipid ở mức độ tốt không cao lần lượt là HDL-C 29,8%; cholesterol 26,4%; tryglycerid 25,6%; LDL-C 24,8%.

Bảng 4: Tỷ lệ đối tượng nghiên cứu có biến chứng tính theo nhóm tuổi

Nhóm tuổi	Có biến chứng		Không biến chứng	
	Tần số	Tỷ lệ (%)	Tần số	Tỷ lệ (%)
< 40 (n = 9)	2	22,2	7	77,8
40 - 49 (n = 31)	9	29,0	22	71,0
50 - 59 (n = 92)	30	32,6	62	67,4
60 - 69 (n = 84)	46	54,8	38	45,2
≥ 70 (n = 46)	33	71,7	13	28,3
Tổng số	120	45,8	142	54,2

Tỷ lệ biến chứng tăng dần theo nhóm tuổi, cao nhất ở nhóm trên 70 tuổi 71,7%, thấp nhất ở nhóm < 40 tuổi 22,2 %. Có 120 bệnh nhân mắc ít nhất một biến chứng chiếm 45,8%.

Bảng 5: Một số biến chứng theo thời gian phát hiện bệnh

Thời gian Biến chứng	< 1 năm (n = 56)		1 – 5 năm (n = 99)		> 5 năm (n = 107)		Tổng số (n = 262)	
	Tần số	Tỷ lệ (%)	Tần số	Tỷ lệ (%)	Tần số	Tỷ lệ (%)	Tần số	Tỷ lệ (%)
Tim mạch	5	8,9	14	14,1	30	28,0	49	18,7
Mắt	7	12,5	14	14,1	27	25,2	48	18,3
Thận	4	7,1	15	15,2	24	22,4	43	16,4
Thần kinh	5	8,9	11	11,1	15	14,0	31	11,8
Hô hấp	1	1,8	6	6,1	7	6,5	14	5,3
Da	2	3,6	3	3,0	9	8,4	14	5,3

Thời gian mắc bệnh càng lâu thì tỷ lệ có biến chứng càng tăng, cao nhất là nhóm mắc trên 5 năm, thấp nhất ở nhóm mắc dưới 1 năm. Chiếm tỷ lệ cao nhất là biến chứng tim mạch 18,7%, rồi đến biến chứng mắt 18,3%, tổn thương thận chiếm 16,4%.

4.2. Một số yếu tố ảnh hưởng đến kết quả kiểm soát glucose máu.

Kiểm soát glucose máu lúc đói tốt nhất là ở đối tượng dưới 40 tuổi 44,4%.
Kiểm soát glucose máu lúc đói kém nhất ở đối tượng trên 70 tuổi 65,3%.

Bảng 6: Môi liên quan giữa nghề nghiệp với kiểm soát glucose máu và HbA1c

Nghề nghiệp Chỉ số-Mức độ		Làm ruộng (1)		CB hưu (2)		Cán bộ		Khác		p (1,2)
		Tần số	Tỷ lệ %	Tần số	Tỷ lệ %	Tần số	Tỷ lệ %	Tần số	Tỷ lệ %	
Glucose	Tốt	14	10,9	20	36,4	15	26,3	5	22,7	< 0,05
	Chấp nhận	30	23,5	18	32,7	20	35,1	4	18,2	> 0,05
	Kém	84	65,6	17	30,9	22	38,6	13	59,1	< 0,05
HbA1c	Tốt	8	6,3	23	41,8	16	28,1	4	18,2	< 0,05
	Chấp nhận	29	22,6	12	21,8	19	33,3	6	27,3	> 0,05
	Kém	91	71,1	20	36,4	22	38,6	12	54,5	< 0,05
Tổng		128	100	55	100	57	100	22	100	

Kiểm soát Glucose máu lúc đói, kém nhất ở nhóm đối tượng làm ruộng 65,6%; tốt nhất ở nhóm cán bộ hưu 36,4 %. Kiểm soát HbA1c tốt nhất ở nhóm nghề nghiệp là các bộ hưu 41,8%, kém nhất ở nhóm làm ruộng 71,1 % (p<0,05).

Bảng 7: Ảnh hưởng của BMI đến kiểm soát glucose máu và HbA1c

BMI Chỉ số - mức độ		Gầy		Bình thường (1)		Thừa cân, béo phì (2)		p(1,2)
		Tần số	Tỷ lệ (%)	Tần số	Tỷ lệ (%)	Tần số	Tỷ lệ (%)	
Glucose	Tốt	0	0	52	26,7	2	3,7	< 0,05
	Chấp nhận	2	15,4	64	32,8	6	11,1	< 0,05
	Kém	11	84,6	79	40,5	46	85,2	< 0,05
HbA1c	Tốt	2	15,4	45	23,1	4	7,4	< 0,05
	Chấp nhận	4	30,8	57	29,2	5	9,3	< 0,05
	Kém	7	53,8	93	47,7	45	83,3	< 0,05
Tổng		13	100	195	100	54	100	
$\bar{X} \pm SD$		21,69 $\pm$ 2,25						

Kiểm soát glucose máu ở đối tượng có BMI bình thường tốt hơn người thừa cân béo phì. Kiểm soát HbA1c mức độ tốt ở người bệnh có chỉ số BMI bình thường là 23,1%, và chỉ số này ở người thừa cân, béo phì là 7,4%.

Bảng 8: Chế độ ăn ảnh hưởng đến mức độ kiểm soát HbA1c

Mức độ Chế độ ăn	Tốt		Chấp nhận		Kém		Tổng	
	Tần số	Tỷ lệ (%)	Tần số	Tỷ lệ (%)	Tần số	Tỷ lệ (%)	Tần số	Tỷ lệ (%)
Tuân thủ	41	46,1	34	38,2	14	15,7	89	34,0
Không tuân thủ	10	5,8	32	18,5	131	75,7	173	66,0
p	< 0,05		< 0,05		< 0,05			

Có mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa việc tuân thủ chế độ ăn và mức độ kiểm soát HbA1c với $p < 0,05$. Kết quả cho thấy: Nhóm tuân thủ chế độ ăn có kiểm soát HbA1c ở mức độ tốt và chấp nhận được lần lượt là 46,1% và 38,2% tốt hơn so với nhóm không tuân thủ chế độ ăn. Ngược lại nhóm không tuân thủ chế độ ăn kiểm soát HbA1c 15,7% kém hơn nhóm tuân thủ chế độ ăn là 75,7%.

Bảng 9: Ảnh hưởng của mức độ tập thể dục đến kiểm soát HbA1c

Mức độ Tập thể dục	Tốt		Chấp nhận		Kém	
	Tần số	Tỷ lệ (%)	Tần số	Tỷ lệ (%)	Tần số	Tỷ lệ (%)
Tập thường xuyên (n = 127)	46	36,2	59	46,5	22	17,3
Không tập (n = 135)	5	3,7	7	5,2	123	91,1
p	< 0,05		< 0,05		< 0,05	

Người thường xuyên tập thể dục thể thao kiểm soát HbA1c mức tốt cao hơn chiếm 36,2%; mức tốt ở nhóm không tập là 3,7% ($p < 0,05$).

Bảng 10: Ảnh hưởng của một số thói quen đến kiểm soát HbA1c

Mức độ Thói quen	Tốt		Chấp nhận		Kém	
	Tần số	Tỷ lệ (%)	Tần số	Tỷ lệ (%)	Tần số	Tỷ lệ (%)
Hút thuốc lá (n = 38)	2	5,4	2	5,4	32	84,2
Uống rượu (n = 33)	0	0	1	3,0	32	97,0

Kiểm soát HbA1c ở nhóm đối tượng hút thuốc lá và uống rượu thường xuyên đều rất kém. Nhóm hút thuốc lá kiểm soát HbA1c ở các mức độ là tốt 5,4%; chấp nhận 5,4%; kém 84,2%. Nhóm thường xuyên uống rượu mức độ kiểm soát HbA1c các mức độ là tốt 0,0%; chấp nhận 3,0% và kém 97,0%.

5. Kết luận

5.1. Kết quả kiểm soát đường huyết của bệnh nhân điều trị ngoại trú tại Bệnh viện đa khoa tỉnh Vĩnh Phúc.

Hàm lượng Glucose trung bình của nhóm nghiên cứu là $7,96 \pm 2,44$ mmol/l, kiểm soát glucose máu lúc đói ở mức độ tốt là 20,6%, chấp nhận là 27,5% và mức độ kém là 51,9%.

Hàm lượng trung bình của HbA1c là $6,80 \pm 0,87\%$, kiểm soát HbA1c ở mức tốt là 19,5%, chấp nhận là 25,2% và mức kém là 55,3%.

Có 122 bệnh nhân (chiếm 46,6%) có rối loạn ít nhất một thành phần lipid máu, kiểm soát tốt nhất là HDL-C 29,8%; kém nhất là tryglycerid 45,4%.

Có 120 bệnh nhân (45,8%) mắc ít nhất một biến chứng nhóm mắc biến chứng cao nhất là nhóm trên 70 tuổi 71,7%, thấp nhất là nhóm dưới 40 tuổi 22,2%. Tỷ lệ biến chứng tim mạch 18,7%; biến chứng mắt 18,3%; tổn thương thận 16,4%; biến chứng thần kinh 11,8%.

5.2. Một số yếu tố ảnh hưởng đến kết quả kiểm soát glucose máu.

Có mối liên quan giữa kiểm soát đường máu và nghề nghiệp cụ thể là nhóm làm ruộng kiểm soát kém hơn nhóm cán bộ hưu ($p < 0,05$).

Có mối liên quan giữa kiểm soát đường máu và chỉ số BMI, nhóm BMI bình thường tốt hơn nhóm thừa cân béo phì ($p < 0,05$).

Có mối liên quan giữa kiểm soát đường máu và việc tuân thủ chế độ ăn , nhóm tuân thủ chế độ ăn kiểm soát tốt hơn nhóm không tuân thủ ($p < 0,05$).

Có mối liên quan giữa kiểm soát đường máu và việc thường xuyên tập thể dục, những người thường xuyên tập kiểm soát tốt hơn những người không tập ($p < 0,05$).

Kiểm soát HbA1c ở nhóm đối tượng hút thuốc lá và uống rượu thường xuyên đều rất kém.

6. Kiến nghị

Đẩy mạnh công tác tuyên truyền cộng đồng nhằm phát hiện sớm điều trị tích cực dự phòng biến chứng của bệnh ĐTĐ.

Đẩy mạnh công tác truyền thông GDSK tư vấn cho bệnh nhân và người nhà bệnh nhân tuân thủ chặt chẽ chế độ điều trị, giảm các yếu tố ảnh hưởng đến kết quả kiểm soát glucose máu.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ môn Nội, Trường Đại học Y Hà Nội (2005), "Bệnh đái đường". *Bệnh học Nội khoa sau đại học*, tr. 214-229.
2. Tạ Văn Bình (2006), "Dịch tễ học bệnh đái tháo đường ở Việt Nam - Các phương pháp điều trị và biện pháp phòng chống", *Nhà xuất bản Y học, Hà Nội*.
3. Tạ Văn Bình (2007), "Những nguyên lý nền tảng đái tháo đường - tăng glucose máu", *Nhà xuất bản Y học, Hà Nội*.
4. Tạ Văn Bình (2006), "Bệnh đái tháo đường tăng glucose máu", *Nhà xuất bản Y học, Hà Nội*.
5. Araki A, Umegaki H, Limuro S, Shinozaki (2012), "Risk factors associated with cognitive decline in the elderly with type 2 diabetes: pooled logistic analysis of a 6 year observation in the Japanese". *Geriatr Gerontol Int*.
6. WHO (1994), "Report of a WHO study group", *Prevention of diabetes mellitus*, pp 15-17.

KHẢO SÁT KIẾN THỨC, THÁI ĐỘ, THỰC HÀNH VỀ TRUYỀN THÔNG GIÁO DỤC SỨC KHOẺ CỦA CÁN BỘ Y TẾ XÃ, PHƯỜNG TỈNH VĨNH PHÚC NĂM 2016

Chủ nhiệm: Ths.Bs. Lê Xuân Khởi

PGĐ. Trung tâm Truyền thông GDSK Vĩnh Phúc

Tóm tắt nghiên cứu

Đề tài “Khảo sát kiến thức, thái độ, thực hành về truyền thông giáo dục sức khỏe của cán bộ y tế xã, phường tỉnh Vĩnh Phúc năm 2016” được thực hiện từ tháng 3 đến tháng 11 năm 2016. Đối tượng nghiên cứu là 888 cán bộ y tế tại 138 trạm y tế xã, phường, thị trấn của tỉnh. Kết quả cho thấy tỷ lệ thái độ rất đúng chiếm 67,7% nhưng tỷ lệ thực hành tốt chỉ chiếm 14,3% và không có cán bộ y tế nào có kiến thức loại tốt. Cán bộ y tế còn thiếu hụt về kiến thức: 7,9% CBYT không biết các dấu hiệu cơn sốt rét điển hình, 5,0% không biết đầy đủ các bước chế biến của một bữa ăn bổ sung. Trong thực hành kỹ năng truyền thông, chỉ có 22,1% thực hiện thảo luận để giải quyết khó khăn với đối tượng. Nghiên cứu chỉ ra mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa tìm hiểu thông tin y học, tham gia thực hiện và được đào tạo các nội dung của chương trình mục tiêu quốc gia về y tế với kiến thức, mối liên quan giữa thời gian công tác, sự hài lòng về mức thu nhập với thái độ và mối liên quan giữa sự tham gia đóng vai trong tập huấn, có đầy đủ tài liệu truyền thông với thực hành về truyền thông giáo dục sức khỏe. Từ kết quả này, tác giả cũng đưa ra một số đề xuất nhằm nâng cao năng lực chuyên môn của các cán bộ y tế tuyến xã phường.

1. Đặt vấn đề

Cán bộ y tế (CBYT) xã, phường có vai trò quan trọng trong vận động và thực hiện công tác xã hội hoá y tế nói chung và đặc biệt là công tác truyền thông giáo dục sức khỏe (TT- GDSK), các lời khuyên của họ đều thiết thực hữu ích, dễ được người dân chấp nhận làm theo. Để thực hiện tốt nhiệm vụ TT- GDSK, người làm truyền thông cần được trang bị kiến thức về y học, kiến thức về tâm lý, khoa học hành vi, đặc biệt là kỹ năng truyền thông, giao tiếp. Đội ngũ cán bộ y tế cần được đào tạo thường xuyên về kiến thức và kỹ năng truyền thông. Trên cơ sở đó, việc đánh giá năng lực hoạt động TT- GDSK của CBYT tại trạm y tế (TYT) xã, phường nhằm đưa ra các giải pháp, xây dựng một kế hoạch chương trình đào tạo kỹ năng TT- GDSK phù hợp cho cho đội ngũ này. Vì vậy, chúng tôi tiến hành đề tài “*Khảo sát kiến thức, thái độ, thực hành truyền thông giáo dục sức khỏe của cán bộ y tế xã, phường tỉnh Vĩnh Phúc năm 2016*”.

2. Mục tiêu nghiên cứu

- 2.1. Mô tả kiến thức, thái độ, thực hành truyền thông giáo dục sức khỏe của cán bộ y tế xã, phường tỉnh Vĩnh Phúc năm 2016.
- 2.2. Tìm hiểu một số yếu tố liên quan đến kiến thức, thái độ, thực hành truyền thông giáo dục sức khỏe của cán bộ y tế xã, phường tỉnh Vĩnh Phúc năm 2016.

3. Đối tượng và phương pháp nghiên cứu

3.1. Đối tượng: 888 CBYT đang công tác tại các TYT xã, phường, thị trấn.

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

3.3. Địa điểm và thời gian nghiên cứu: Từ tháng 3 đến tháng 11 năm 2016, tại Vĩnh Phúc.

4. Kết quả và bàn luận

4.1. Một số đặc điểm của đối tượng nghiên cứu

Kết quả nghiên cứu cho thấy nữ chiếm tỷ lệ nhiều hơn nam (55,0% và 45,0%) là một điểm mạnh, rất phù hợp cho truyền thông các chương trình y tế, phần lớn tập trung vào các lĩnh vực chăm sóc sức khỏe bà mẹ, trẻ em. Số năm công tác của CBYT phổ biến ở mức trên 10 năm, chiếm tỷ lệ cao nhất 52%, từ 5-10 năm chiếm 31% và dưới 5 năm chiếm 17%. Về độ tuổi CBYT: 36 -45 tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất (46,5%); dưới 35 tuổi chiếm 28%, trên 45 tuổi chiếm 25,5%. Với tỷ lệ cao CBYT có thâm niên công tác kết hợp với độ tuổi từ 36-55 là nguồn nhân lực quan trọng, có nhiều kinh nghiệm về công tác TT-GDSK cũng như tạo được uy tín trong cộng đồng.

4.2. Kiến thức, thái độ, thực hành về TT-GDSK của cán bộ y tế xã, phường

Bảng 1: Thiếu hụt kiến thức về khái niệm cơ bản TT-GDSK và một số chương trình MTQGYT

Nội dung	Số người	Tỷ lệ (%)
Không biết hoặc kể sai tên các hình thức truyền thông TT	184	20,7
Không biết biểu hiện của cơn sốt rét điển hình	70	7,9
Không biết, sai các dấu hiệu cần cảnh giác với ung thư	138	15,5
Không biết các bước chế biến bữa ăn bổ sung cho trẻ	44	5,0
Không biết hoặc biết không đầy đủ 3 rối loạn tâm thần	654	73,6
Không biết hoặc sai các biểu hiện của tâm thần phân liệt	207	23,3

Về kiến thức, các hình thức truyền thông trực tiếp là một hoạt động truyền thông thường xuyên của CBYT nhưng tỉ lệ không biết, nói sai là 20,7%. Tỷ lệ

không biết dấu hiệu cơn sốt rét điển hình 7,9 %. Tỷ lệ không biết, sai về dấu hiệu bệnh ung thư là 15,5%. Thực hành dinh dưỡng là một hoạt động truyền thông thường xuyên của Chương trình phòng chống suy dinh dưỡng trẻ em (CTPCSDDTE) nhưng tỷ lệ CBYT không biết đầy đủ các bước chế biến là 5,0%.

Vẫn còn một số thiếu hụt về kiến thức về bảo vệ sức khỏe tâm thần cộng đồng (BVSKTTCD), 73,6% không biết hoặc biết không đầy đủ 3 rối loạn tâm thần thuộc chương trình BVSKTTCD bao gồm tâm thần phân liệt, động kinh và trầm cảm và 23,3% không biết hoặc sai các biểu hiện của bệnh tâm thần phân liệt.

Bảng 2: Các thiếu hụt về thực hành kỹ năng TT-GDSK trực tiếp

Nội dung	Tần số	Tỷ lệ (%)
CBYT thảo luận để giải quyết khó khăn với đối tượng	196	22,1
CBYT đặt câu hỏi để kiểm tra xem đối tượng có hiểu vấn đề	255	28,7
CBYT hứa hỗ trợ giúp đỡ thực hiện những điều sẽ làm	147	16,6
CBYT đạt được cam kết với đối tượng những điều sẽ làm	215	24,2

Về thực hành kỹ năng truyền thông trực tiếp, CBYT bỏ qua tiêu chí thảo luận và giải quyết khó khăn cho đối tượng truyền thông, chỉ có 22,1% số người thực hiện tiêu chí này. Các kỹ năng kiểm tra, khuyến khích và cuối cùng là cam kết, nhiều CBYT không thực hiện các tiêu chí này và kết quả đạt được dưới 30%.

4.3. Một số yếu tố liên quan đến kiến thức, thái độ và thực hành về TT-GDSK của CBYT xã, phường

Bảng 3: Liên quan đến kiến thức về TT-GDSK của CBYT

Yếu tố	Đạt		Không đạt		p
	Tần số	Tỷ lệ (%)	Tần số	Tỷ lệ (%)	
Tham gia ≥ 3 CTMTQGYT	177	67,0	87	33,0	<0,05
Tham gia < 3 CTMTQGYT	94	15,1	530	84,9	
Tập huấn ≥ 3 lĩnh vực	399	72,7	150	27,3	<0,05
Tập huấn < 3 lĩnh vực	31	9,1	308	90,9	
Quan tâm, tìm hiểu TTYH	649	78,9	174	21,1	<0,05
Không quan tâm, tìm hiểu TTYH	7	10,8	58	89,2	

CBYT có tham gia từ 3 CTTMTQGYT trở lên thì mức độ kiến thức đạt chiếm 67,0%; cao hơn nhóm CBYT tham gia dưới 3 chương trình 15,1%, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p<0,05$). CBYT có tham gia tập huấn, đào tạo từ 3 lĩnh vực trở lên thì mức độ kiến thức đạt chiếm 72,7%; cao hơn nhóm CBYT chỉ được tập huấn, đào tạo dưới 3 lĩnh vực 9,1%, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê ($p<0,05$). Có mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa nhóm CBYT có quan tâm tìm hiểu thông tin y học với mức độ kiến thức chung về TT-GDSK.

Bảng 4: Mối liên quan giữa một số yếu tố đến thái độ chung về TTGDSK

Yếu tố		Rất đúng		Đúng		p
		Tần số	Tỷ lệ (%)	Tần số	Tỷ lệ (%)	
Thời gian công tác	≥ 5 năm	438	74,9	147	25,1	<0,05
	<5 năm	163	53,8	140	46,2	
Hài lòng với mức thu nhập	Đủ	89	83,2	18	16,8	<0,05
	Không đủ	512	65,6	269	34,4	

Có mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa thời gian công tác, sự hài lòng về mức thu nhập với kết quả thái độ chung của CBYT về TT-GDSK với $p<0,05$.

Bảng 5: Các yếu tố liên quan đến thực hành truyền thông trực tiếp

Yếu tố		Đạt		Không đạt		p
		Tần số	Tỷ lệ %	Tần số	Tỷ lệ %	
Tài liệu truyền thông	Đầy đủ	193	44,3	243	55,7	<0,05
	Không đầy đủ	147	32,5	305	67,5	
Thực hành đóng vai trong tập huấn	Có	278	66,0	143	34,0	<0,05
	Không	34	22,8	115	77,2	

Không có sự khác biệt mức độ thực hành giữa nhóm CBYT có đầy đủ trang thiết bị truyền thông với nhóm có không đầy đủ ($p<0,05$). Mức độ thực hành đạt chiếm tỷ lệ lớn hơn ở CBYT có đầy đủ tài liệu truyền thông 44,3% so với CBYT có không đầy đủ 32,5% ($p<0,05$). Trong số những cán bộ được tập huấn kỹ năng thực hành TT-GDSK, CBYT có tham gia thực hành đóng vai thì mức độ thực hành đạt 66,0% cao hơn nhóm không tham gia đóng vai trong tập huấn 22,8%.

5. Kiến nghị

- Thường xuyên tổ chức đào tạo nâng cao kiến thức và thực hành TT- GDSK cho đội ngũ CBYT xã phường. Tổ chức nhiều hình thức lồng ghép để CBYT có điều kiện tìm hiểu và cập nhật thêm thông tin y học.
- Xây dựng, biên soạn đầy đủ, cập nhật thông tin tài liệu tập huấn về TT-GDSK để cung cấp cho tuyến y tế cơ sở.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Cục y tế dự phòng (2007), *Báo cáo nghiên cứu nhu cầu cơ sở vật chất, trang thiết bị và nhân lực phòng chống bệnh truyền nhiễm của 60 huyện trong địa bàn dự án khu vực tiểu vùng sông Mê Kông*, Hà Nội, tr.26-39.
2. Trung tâm truyền thông GDSK Trung ương - Dự án Y tế Nông thôn (2010), “ *Thực trạng công tác truyền thông giáo dục sức khỏe tại 13 tỉnh dự án y tế nông thôn, Kỷ yếu các đề tài nghiên cứu khoa học về TT-GDSK giai đoạn 2001-2010*, Nhà xuất bản Khoa học Kỹ Thuật, Hà Nội, tr.294-300.
3. Tổ chức y tế Thế giới, *Giáo dục sức khỏe*, Gionevơ năm 2006
4. Tạc Văn Nam (2010), *Thực trạng nguồn lực phục vụ công tác truyền thông giáo dục sức khỏe của ngành y tế tỉnh Bắc Kạn năm 2007-2008 và đề xuất một số giải pháp đến 2015*, Kỷ yếu các đề tài nghiên cứu khoa học về TT-GDSK giai đoạn 2001-2010, Nhà xuất bản Khoa học Kỹ Thuật, Hà Nội, tr.122-130.
5. Nguyễn Quang Thuận và Cs (2007), *Một số khái niệm cơ bản về truyền thông- giáo dục sức khỏe, Khóa học về các kỹ năng truyền thông- giáo dục sức khỏe*, Trung tâm TT- GDSK Trung ương, Hà Nội, tr.8-12.
6. Hashim D.S, Al Kubais W. and Al DulaymeA (2003), “Knowledge, attitudes and practices survey among health care workers and tuberculosis patients in Iraq”, *Eastern Mediterranean Health Journal*, Vol. 9, No.4, 2003, p.718-731.
7. Malaria Research Lead Program of the South African Medical Research Council (2008), *Brief report Evaluation of Malaria Health Education Interventions using Knowledge, Attitudes and Practices (KAP) in South Africa*, pp.5.