

BỘ GIÁO DỤC VÀ ĐÀO TẠO

BỘ Y TẾ

VIỆN VỆ SINH DỊCH TỄ TRUNG ƯƠNG

-----*-----

PHẠM NGỌC THANH

**THỰC TRẠNG, MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN
ĐẾN NHIỄM VI RÚT VIÊM GAN B Ở NGƯỜI TRƯỞNG THÀNH
TẠI KHU VỰC TÂY NGUYÊN VÀ HIỆU QUẢ
CAN THIỆP DỰ PHÒNG LÂY NHIỄM**

Ngành: Dịch tễ học

Mã số: 9 72 01 17

TÓM TẮT LUẬN ÁN TIẾN SĨ Y HỌC

HÀ NỘI – 2021

Công trình được hoàn thành tại Viện Vệ sinh Dịch tễ Trung ương

Người hướng dẫn khoa học:

1. GS.TS. Phan Trọng Lân
2. PGS.TS. Nguyễn Thị Thi Thơ

Phản biện 1: **PGS.TS. Ngô Văn Toàn – Trường Đại học Y Hà Nội**

Phản biện 2: **PGS.TS. Lã Ngọc Quang – Trường Đại học Y tế công cộng**

Phản biện 3: **PGS.TS. Trịnh Thị Ngọc – Bệnh viện Bạch Mai**

Luận án đã được bảo vệ trước Hội đồng đánh giá luận án cấp Viện họp tại Viện vệ sinh Dịch tễ Trung ương, vào hồi 9 giờ, ngày 09 tháng 09 năm 2021

Có thể tìm hiểu luận án tại:

1. Thư viện Quốc gia
2. Thư viện Viện vệ sinh Dịch tễ Trung ương

ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh viêm gan vi rút là bệnh truyền nhiễm phổ biến gây ra hậu quả nghiêm trọng về sức khỏe và dẫn đến tử vong do các biến chứng nguy hiểm như suy gan cấp, xơ gan và ung thư gan. Trong 5 loại vi rút viêm gan, vi rút viêm gan B (VGB) có ảnh hưởng đến sức khỏe con người nhiều nhất. Theo ước tính của Tổ chức Y tế thế giới (TCYTTG), có khoảng 257 triệu trường hợp nhiễm vi rút VGB mạn tính và 1,4 triệu người tử vong mỗi năm. Vi rút VGB là nguyên nhân của 57% các trường hợp xơ gan và 78% trường hợp ung thư gan tiên phát. Vi rút VGB có thể được lây nhiễm qua nhiều con đường như lây truyền sang con, đường máu, và đường tình dục. Có thể dự phòng viêm gan vi rút B bằng việc tiêm vắc xin cũng như tăng cường kiến thức và hành vi phòng bệnh trong cộng đồng.

Việt Nam là một trong những nước có tỷ lệ nhiễm vi rút VGB cao trong khu vực. Một số nghiên cứu cho thấy tỷ lệ nhiễm vi rút VGB ở nước ta là khá cao (từ 8 - 25%). Ước tính hiện nay có khoảng 8,6 triệu người nhiễm vi rút VGB và hơn 23.000 người tử vong vào năm 2015.

Tây Nguyên là vùng trọng điểm về kinh tế, chính trị, xã hội, an ninh quốc phòng của cả nước với tỷ lệ đồng bào dân tộc thiểu số cao, trình độ dân trí còn ở mức thấp so với các khu vực khác. Tại khu vực Tây Nguyên, các nghiên cứu về tỷ lệ hiện nhiễm vi rút VGB vẫn còn mang tính chất nhỏ, lẻ và chưa có một nghiên cứu tổng thể. Do đó, dẫn đến hạn chế của hệ thống chăm sóc sức khỏe đối với vấn đề lây nhiễm vi rút VGB bao gồm cả hoạt động dự phòng và điều trị. Để cung cấp các bằng chứng cho việc xây dựng kế hoạch tổng thể về phòng chống viêm gan B, nghiên cứu: **“Thực trạng, một số yếu tố liên quan đến nhiễm vi rút viêm gan B ở người trưởng thành tại khu vực Tây Nguyên và hiệu quả can thiệp dự phòng lây nhiễm”** được thực hiện với các mục tiêu sau:

1. Mô tả thực trạng nhiễm vi rút viêm gan B ở người trưởng thành tại cộng đồng ở 3 tỉnh Kon Tum, Gia Lai, Đắk Nông, 2018.
2. Phân tích một số yếu tố liên quan đến tình trạng nhiễm vi rút viêm gan B ở người trưởng thành tại cộng đồng ở 3 tỉnh Kon Tum, Gia Lai, Đắk Nông, 2018.
3. Đánh giá hiệu quả biện pháp truyền thông thay đổi hành vi dự phòng lây nhiễm vi rút viêm gan B tại cộng đồng, 2018-2019.

Tính mới: Đề tài cung cấp những số liệu một cách tổng thể đầu tiên về thực trạng nhiễm vi rút VGB, các yếu tố liên quan cũng như biện pháp dự phòng lây nhiễm hiệu quả ở khu vực Tây Nguyên. Đề tài cũng áp dụng phương pháp DID (Different in Different – khác biệt trong sự khác biệt) để đánh giá hiệu quả hoạt động can thiệp dự phòng lây nhiễm vi rút VGB.

Tính ứng dụng: Đề tài đã có ý nghĩa thực tiễn và cấp thiết để giúp các nhà hoạch định chính sách xây dựng kế hoạch cho hoạt động phòng, chống viêm gan B một cách hiệu quả tại khu vực Tây Nguyên.

Cấu trúc của luận án:

Luận án gồm 126 trang, 4 chương: Đặt vấn đề (3 trang); Tổng quan tài liệu (33 trang); Phương pháp nghiên cứu (25 trang); Kết quả nghiên cứu (34 trang); Bàn luận (28 trang); Kết luận (2 trang); Khuyến nghị (1 trang). Luận án có 27 bảng, 17 hình, 144 tài liệu tham khảo trong và ngoài nước.

CHƯƠNG 1: TỔNG QUAN TÀI LIỆU

1.1. Tổng quan về viêm gan vi rút B

Viêm gan vi rút là tên chung cho các viêm gan do vi rút viêm gan gây ra, chủ yếu là các loại vi rút viêm gan A, B, C, D, E, G. ... Trong đó, vi rút VGB gây ra những hậu quả nặng nề nhất.

Vi rút VGB thuộc họ Hepadnaviridae, gen di truyền ADN chuỗi kép, có hình cầu nhỏ, đường kính 40 nm, gồm 3 lớp bao ngoài dày khoảng 7 nm, vỏ capsit hình hộp có đường kính khoảng 27 - 28 nm và lõi chứa bộ gen của vi rút.

Đường lây truyền chính của vi rút VGB là qua đường máu, đường sinh dục và từ mẹ sang con. Lượng vi rút tập trung cao ở trong máu, huyết thanh và các vùng bị tổn thương, mức độ trung bình ở tinh trùng, nước bọt và dịch âm đạo và mức độ thấp hoặc không thấy ở trong các dịch khác của cơ thể.

1.2. Thực trạng nhiễm vi rút viêm gan B

1.2.1. Tình hình nhiễm vi rút viêm gan B trên thế giới

Nhìn chung tình hình nhiễm vi rút VGB thay đổi trên từng vùng địa lí, phổ biến và có xu hướng gia tăng ở các nước trên thế giới. Trên thế giới hiện nay có 257 triệu người nhiễm vi rút VGB, 3/4 trong số này là người Châu Á, 25% người nhiễm vi rút VGB mạn tính có thể chuyển biến thành viêm gan mạn, xơ gan, ung thư gan nguyên phát.

1.2.2. Tình hình nhiễm viêm gan vi rút B ở Việt Nam

Việt Nam là nước có tỷ lệ hiện mắc VGB cao, ước tính có khoảng 8,6 triệu người nhiễm vi rút VGB. Tỷ lệ nhiễm vi rút VGB mạn tính được ước tính khoảng 8,8% ở phụ nữ và 12,3% ở nam giới.

1.2.3. Tình hình nhiễm vi rút viêm gan B tại khu vực Tây Nguyên

Số liệu được báo cáo chung cho các nhóm viêm gan vi rút. Theo hệ thống báo cáo bệnh truyền nhiễm tại thông tư số 48/2010/TT-BYT, giai đoạn 2012-2016 khu vực Tây Nguyên ghi nhận 5845 ca bệnh viêm gan vi rút.

1.3. Một số yếu tố liên quan tới tình trạng nhiễm vi rút viêm gan B

Yếu tố đặc điểm nhân khẩu học: Theo các tác giả khác nhau trên thế giới, các yếu tố về nhân khẩu học như lứa tuổi, giới tính, dân tộc và một số các yếu tố như các điều kiện kinh tế xã hội, đói nghèo, trình độ học vấn... có ảnh hưởng đến nguy cơ nhiễm vi rút VGB của cộng đồng.

Yếu tố về kiến thức: Việc thiếu kiến thức trong cộng đồng nói chung và nhóm nguy cơ cao nói riêng, cũng như trên các cán bộ y tế đang cản trở nỗ lực phòng ngừa và kiểm soát nguy cơ lây nhiễm vi rút VGB. Một số nghiên cứu cho thấy những người hiểu rõ hơn về đường lây truyền vi rút VGB và hậu quả của mắc VGB thì có tỷ lệ nhiễm vi rút VGB thấp hơn.

Yếu tố về hành vi: Tại Việt Nam, một số nghiên cứu đã cho thấy ba hành vi nguy cơ phổ biến có liên quan đến tình trạng nhiễm vi rút VGB bao gồm: dùng chung bơm kim tiêm, dùng chung kim châm cứu và dùng chung bàn chải đánh răng. Các nghiên cứu tại Việt Nam và trên thế giới đã tìm ra mối liên quan của yếu tố hành vi với nhiễm vi rút viêm gan B như: tiền sử khám chữa bệnh, hành vi tiêm truyền, hành vi tình dục, lây truyền từ mẹ sang con

1.4. Can thiệp dự phòng lây nhiễm vi rút viêm gan B

Chiến lược của Tổ chức Y tế thế giới

Năm 2012, TCYTTG đã ban hành Khung chương trình Hành động Toàn cầu về Phòng chống nhiễm vi rút viêm gan với tầm nhìn không còn lây truyền viêm gan vi rút trên thế giới và tất cả bệnh nhân đều được tiếp cận về chăm sóc điều trị an toàn và hiệu quả. Khung Chương trình bao gồm 4 thành tố chính: 1) Tăng cường nhận thức, thúc đẩy quan hệ đôi tác và huy động nguồn lực; 2) Xây dựng chính sách dựa vào bằng chứng và số liệu cho hành động; 3) Ngăn chặn sự lây truyền của vi rút; 4) Sàng lọc, chăm sóc và điều trị.

Chiến lược của Việt Nam

Bộ Y tế Việt Nam đã ban hành Kế hoạch phòng chống bệnh viêm gan vi rút giai đoạn 2015-2020, giai đoạn 5 năm với mục tiêu giảm lây truyền vi rút viêm gan và tăng khả năng tiếp cận của người dân với các dịch vụ dự phòng, chẩn đoán, điều trị và chăm sóc bệnh viêm gan vi rút. Việt Nam là một trong các quốc gia trên thế giới tích cực ban hành kế hoạch phòng chống bệnh viêm gan vi rút với nhiều nội dung thiết thực và quan trọng như: tăng cường truyền thông, khám sàng lọc phát hiện sớm, tăng tỷ lệ bao phủ tiêm vắc xin viêm gan B, phối hợp với cơ quan bảo hiểm y tế nhằm giảm gánh nặng chi phí cho người dân.

Các biện pháp cụ thể

- Giám sát viêm gan vi rút tại Việt Nam
- Tiêm vắc xin viêm gan B
- Dự phòng lây truyền mẹ - con
- Việc xét nghiệm vi rút viêm gan B cho phụ nữ trước sinh
- Thực hiện tốt an toàn truyền máu và các sản phẩm của máu
- Giảm nguy cơ cho đối tượng nguy cơ cao:
- Quản lý bệnh nhân/người nhiễm VGB hướng dẫn điều trị thuốc kháng vi rút kịp thời
- Biện pháp truyền thông nâng cao nhận thức, thay đổi hành vi cho người dân

CHƯƠNG 2: PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Phương pháp nghiên cứu của mục tiêu 1 và 2

2.1.1. Đối tượng nghiên cứu

Nam và nữ từ 18 tuổi trở lên sống thường trú (trên 1 tháng) tại địa bàn nghiên cứu thuộc 3 tỉnh thuộc khu vực Tây Nguyên, bao gồm Kon Tum, Gia Lai và Đắk Nông.

2.1.2. Thời gian nghiên cứu: Từ tháng 9/2018 – 3/2019.

2.1.3. Địa điểm nghiên cứu: nghiên cứu được triển khai tại 3 tỉnh bao gồm các tỉnh Kon Tum, Gia Lai, Đắk Nông.

2.1.4. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu

Áp dụng phương pháp nghiên cứu ngang có phân tích để mô tả thực trạng nhiễm vi rút viêm gan B và xác định một số yếu tố liên quan đến nhiễm vi rút viêm gan B ở người trưởng thành tại khu vực Tây Nguyên.

Cỡ mẫu nghiên cứu

Áp dụng công thức tính cỡ mẫu cho thiết kế nghiên cứu cắt ngang xác định tỷ lệ trong quần thể tại cộng đồng theo nhiều giai đoạn (theo hướng dẫn của TCYTTG)

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

Trong đó: n: số đối tượng nghiên cứu tối thiểu; Với độ tin cậy là 95% thì $Z_{1-\alpha/2} = 1,96$. Theo kết quả mô hình ước tính gánh nặng bệnh tật do viêm gan vi rút B và C và phân tích hiệu quả đầu tư của Bộ Y tế và WHO (2017), thì tỷ lệ nhiễm vi rút viêm gan B từ 6-20%, chọn $p = 14\%$. DE: hệ số thiết kế = 2; d: độ chính

xác mong muốn ($d = 0,02$). Áp dụng công thức trên cộng thêm 5% ước tính từ chối tham gia. Tổng số đối tượng tham gia nghiên cứu là **2428**.

Phương pháp chọn mẫu

Bước 1 - Chọn tỉnh: Chọn chủ đích 3 tỉnh thuộc khu vực Tây Nguyên bao gồm các tỉnh KonTum, Gia Lai, Đắk Nông.

Bước 2 - Chọn huyện: Tại mỗi tỉnh được chọn, chọn ngẫu nhiên 3 huyện/thị xã/thành phố theo phương pháp ngẫu nhiên đơn.

Bước 3 - Chọn xã/phường: Lập danh sách tất cả các xã trong mỗi huyện được chọn, chọn ngẫu nhiên 3 xã/phường theo phương pháp ngẫu nhiên đơn.

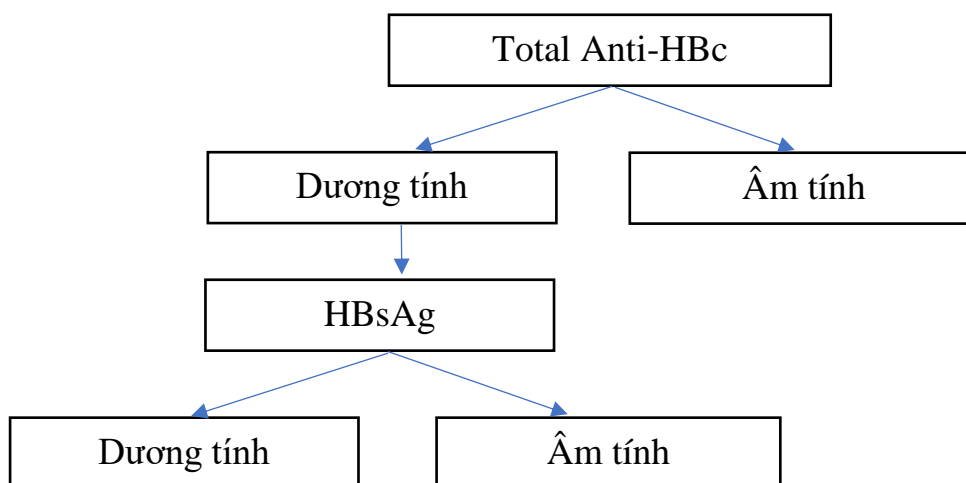
Bước 4 - Chọn đối tượng nghiên cứu: Mỗi xã/phường chọn ngẫu nhiên 2430: 3: 3: 3 = 90 hộ gia đình có thành viên từ 18 tuổi trở lên theo phương pháp ngẫu nhiên hệ thống. Trong mỗi hộ gia đình chọn ra 1 đối tượng nghiên cứu đủ tiêu chuẩn theo phương pháp lựa chọn theo bảng Kish.

Phương pháp thu thập thông tin

- Thu thập thông tin về thực trạng nhiễm vi rút VGB bằng cách xét nghiệm máu của đối tượng nghiên cứu.
- Thu thập thông tin về kiến thức, hành vi của đối tượng nghiên cứu trong dự phòng lây nhiễm vi rút VGB qua phỏng vấn có cấu trúc.

Kỹ thuật xét nghiệm vi rút viêm gan B

Sinh phẩm thực hiện xét nghiệm huyết thanh học vi rút VGB của hãng Abbott Architect. Một mẫu máu được xác định là nhiễm vi rút VGB khi Total Anti-HBc dương tính và HBsAg dương tính theo sơ đồ sau:



Hình 2.1. Sơ đồ xét nghiệm vi rút viêm gan B

Tiêu chuẩn đánh giá

Tiêu chuẩn đánh giá kiến thức

Dựa vào 13 câu hỏi về kiến thức; mỗi câu trả lời đúng được 1 điểm, câu trả lời sai hoặc không trả lời được 0 điểm, tính tổng điểm của 13 câu.

Thang điểm đánh giá kiến thức cụ thể như sau:

Kiến thức	Ngưỡng điểm kiến thức “đạt”
Kiến thức về đường lây truyền VGB	Đúng 3/4 câu
Kiến thức về phòng ngừa VGB	Đúng 5/6 câu
Kiến thức về tiêm vắc xin VGB	Đúng 2/3 câu
Kiến thức chung	Đúng 10/13 câu

Tiêu chuẩn đánh giá hành vi

Dựa vào 10 câu hỏi về hành vi; mỗi hành vi đúng được 1 điểm, hành vi không đúng được 0 điểm. Thang điểm đánh giá hành vi cụ thể như sau:

Hành vi	Ngưỡng điểm hành vi “đạt”
Phòng ngừa lây nhiễm vi rút VGB qua đường máu	Đúng 4/4 câu
Phòng ngừa lây nhiễm vi rút VGB qua đường QHTD	Đúng 1/2 câu
Phòng ngừa lây nhiễm vi rút VGB qua vắc xin, xét nghiệm	Đúng 1/2 câu
Phòng ngừa lây nhiễm vi rút VGB qua việc không sử dụng thuốc lá, rượu bia	Đúng 1/2 câu
Hành vi chung	Đúng 7/10 câu

2.1.5. Quản lý và phân tích số liệu

Số liệu được nhập liệu kép bằng phần mềm Epi data 3.1.

Phân tích tỷ lệ nhiễm vi rút VGB: Tính trọng số (weight) theo trọng số nền (base weight), hệ số điều chỉnh trọng số theo cỡ mẫu thực tế, theo giới tính theo các tỉnh và lược bỏ 1% giá trị trọng số trong các phân bố. Áp dụng phần mềm Stata 15.0 để phân tích.

Các số liệu khác được phân tích bằng phần mềm với SPSS 26.0. Mô hình hồi quy logistic được sử dụng để phân tích đa biến nhằm loại bỏ các yếu tố nhiễu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu của mục tiêu 3

2.2.1. Đối tượng nghiên cứu

Đối tượng can thiệp là người dân sống thường trú tại địa bàn nghiên cứu

2.2.2. Thời gian nghiên cứu: từ tháng 4/2019 – 5/2020.

2.2.3. Địa điểm nghiên cứu: Chọn chủ đích 2 phường thuộc thành phố Kon Tum, tỉnh Kon Tum để triển khai nghiên cứu. Trong đó, phường Trường Chinh được chọn để can thiệp và phường Nguyễn Trãi chọn làm chứng. Hai phường này cách nhau khoảng 10 km, có những đặc điểm tương đồng về kinh tế, xã hội.

2.2.4. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu

Áp dụng phương pháp nghiên cứu can thiệp cộng đồng có đối chứng nhằm đánh giá hiệu quả can thiệp thông qua việc so sánh trước và sau can thiệp và so sánh nhóm can thiệp và nhóm chứng.

Cỡ mẫu can thiệp

Nghiên cứu can thiệp cho toàn bộ cộng đồng. Áp dụng công thức tính cỡ mẫu kiểm định sự khác biệt giữa 2 tỷ lệ để đánh giá hiệu quả can thiệp.

$$n_1=n_2=\frac{\left\{z_{1-\alpha/2}\sqrt{2p(1-p)}+z_{1-\beta}\sqrt{p_1(1-p_1)+p_2(1-p_2)}\right\}^2}{(p_1-p_2)^2} DE$$

Trong đó:

n_1, n_2 : Cỡ mẫu tối thiểu của mỗi nhóm can thiệp và nhóm chứng

p_1 : Sự thay đổi hành vi tuyệt đối mong đợi ở nhóm can thiệp = 30%

p_2 : Sự thay đổi hành vi tuyệt đối mong đợi ở nhóm đối chứng = 10%

$p = (p_1 + p_2)/2 = 20\%$

$z_{1-\alpha/2}$: (tương ứng với độ tin cậy mong muốn 95%) = 1,96

$z_{1-\beta}$: (tương ứng với lực mẫu 95%) = 1,64

DE: Hệ số thiết kế = 2.

Cỡ mẫu để đánh giá hiệu quả can thiệp là **440** người cho cả 2 nhóm can thiệp và nhóm chứng.

Phương pháp chọn mẫu

Áp dụng phương pháp chọn nhiều giai đoạn. Giai đoạn 1: chọn mỗi phường 4 cụm (2 tổ dân phố và 2 thôn). Mỗi cụm chọn ra 220/4=55 người. Giai đoạn 2: chọn ngẫu nhiên các đối tượng theo danh sách hộ gia đình (mỗi hộ gia đình 1 người) bằng cách bốc thăm ở cả 2 phường cho đến khi đủ cỡ mẫu.

2.2.5. Nội dung can thiệp và tài liệu truyền thông

Các thông điệp truyền thông: i) Vi rút viêm gan B có thể lây truyền qua 3 đường: từ mẹ sang con khi sinh, qua đường máu và qua quan hệ tình dục; ii) Tiêm vắc

xin là biện pháp phòng ngừa lây nhiễm vi rút VGB hữu hiệu: iii) Sử dụng bao cao su khi quan hệ tình dục để giảm nguy cơ lây nhiễm vi rút VGB; iv) Không dùng chung bơm kim tiêm và các dụng cụ y tế để phòng lây nhiễm vi rút VGB

Cách thức can thiệp truyền thông

Truyền thông đại chúng (phát thanh): Truyền thông gián tiếp thông qua các phương tiện thông tin đại chúng như hệ thống truyền thanh, loa phát thanh tại các phường và tổ chức các đợt truyền thông lưu động hoặc kết hợp vào các chương trình văn hóa của người dân địa phương.

Truyền thông trực tiếp: Truyền thông trực tiếp được thực hiện thông qua mạng lưới cộng tác với các hoạt động như thảo luận nhóm, nói chuyện chuyên đề, tổ chức truyền thông lưu động kết hợp với các hoạt động văn hóa, văn nghệ. Các hoạt động truyền thông trực tiếp được tổ chức với sự tham gia của các tổ chức đoàn thể tại địa phương như hội phụ nữ, đoàn thanh niên, hội nông dân...

Phát tờ rơi, treo áp phích và băng rôn: Hoạt động này nhằm tăng cường truyền tải các thông điệp truyền thông đến cộng đồng.

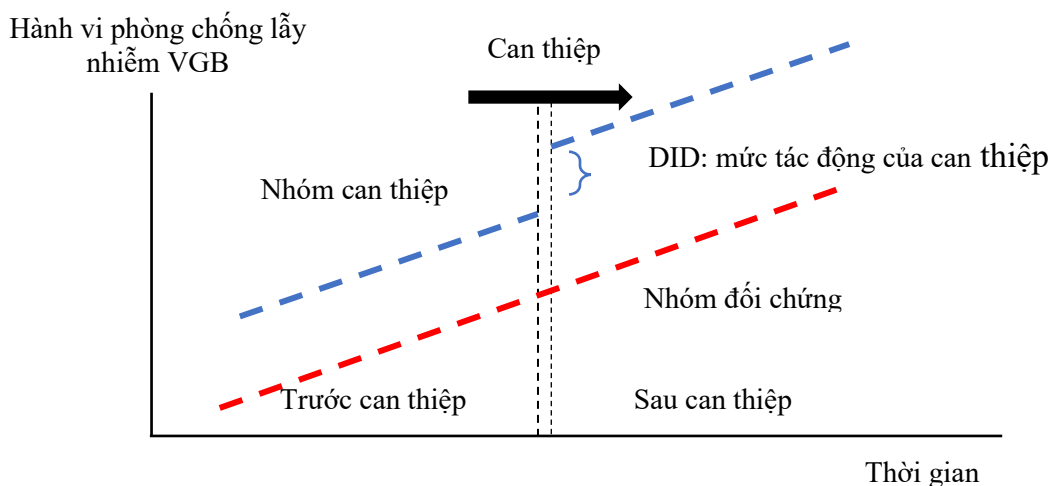
Tư vấn

- Tư vấn tại các buổi sinh hoạt do cán bộ trạm y tế thực hiện 02 đợt với tần suất 05 tháng/lần về nội dung dự phòng lây nhiễm vi rút VGB.
- Tư vấn tại Trạm Y tế do cán bộ trạm y tế thực hiện thường xuyên khi bệnh nhân đến khám tại trạm về nội dung dự phòng lây nhiễm vi rút VGB.
- Tư vấn thông qua nói chuyện, tư vấn cho nhóm người nhiễm vi rút viêm gan B do cán bộ trạm y tế thực hiện 02 đợt về các biện pháp phòng chống lây nhiễm vi rút viêm gan B và tiếp cận dịch vụ điều trị.

2.2.6. Quản lý và phân tích số liệu

Số liệu của mục tiêu 3 được phân tích bằng cách sử dụng phương pháp khác biệt trong sự khác biệt DID (Difference in Differences) để đánh giá tác động của các can thiệp.

Minh họa ý nghĩa của các hệ số hồi quy được thể hiện ở hình sau:



Hình 2.2. Minh họa tác động của can thiệp theo phương pháp DID

2.3. Đạo đức trong nghiên cứu

Các quy trình, bản thỏa thuận tham gia nghiên cứu, các tài liệu tuyển chọn đối tượng tham gia và các tài liệu liên quan được xem xét và phê duyệt bởi hội đồng đạo đức nghiên cứu (IRB) của Viện Vệ sinh Dịch tễ Trung ương theo giấy chứng nhận số IRB-VN01057-24/2017 ngày 13/12/2017.

CHƯƠNG 3: KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Thực trạng nhiễm vi rút viêm gan B

3.1.1. Đặc điểm của đối tượng nghiên cứu

Bảng 3.1. Thông tin về giới tính, dân tộc, nhóm tuổi, trình độ học vấn và tình trạng hôn nhân của đối tượng nghiên cứu (n=2428)

Đặc điểm		Số lượng	Tỷ lệ %
Giới tính	Nam	1139	46,9
	Nữ	1289	53,1
Dân tộc	Kinh	1469	60,5
	Khác	959	39,5
Nhóm tuổi	<30 tuổi	411	16,9
	30-39 tuổi	684	28,1
	40-49 tuổi	655	27,0
	50-59 tuổi	419	17,3
	>= 60 tuổi	259	10,7
Trình độ học vấn	Tiểu học	873	36,0
	THCS	863	35,5
	THPT	469	19,3
	Cao đẳng, đại học	223	9,2
Tình trạng hôn nhân	Chưa kết hôn	151	6,2
	Đã kết hôn	2040	84,0
	Ly dị	47	1,9
	Ly thân/góa	190	7,8
Nghề nghiệp	Nông dân	1832	75,5
	Khác	596	24,5

Kết quả tại bảng 3.1 cho thấy trong số 2428 đối tượng tham gia nghiên cứu (ĐTNC), nam giới chiếm tỷ lệ 46,9% trong khi nữ giới chiếm tỷ lệ 53,1%. Khoảng 60% đối tượng nghiên cứu thuộc dân tộc Kinh, số còn lại 40% thuộc các nhóm dân tộc khác. Nhóm tuổi từ 30-39 chiếm tỷ lệ cao nhất (28,1%) và nhóm tuổi >=60 chiếm tỷ lệ thấp nhất (10,7%). Phần lớn các đối tượng nghiên cứu có

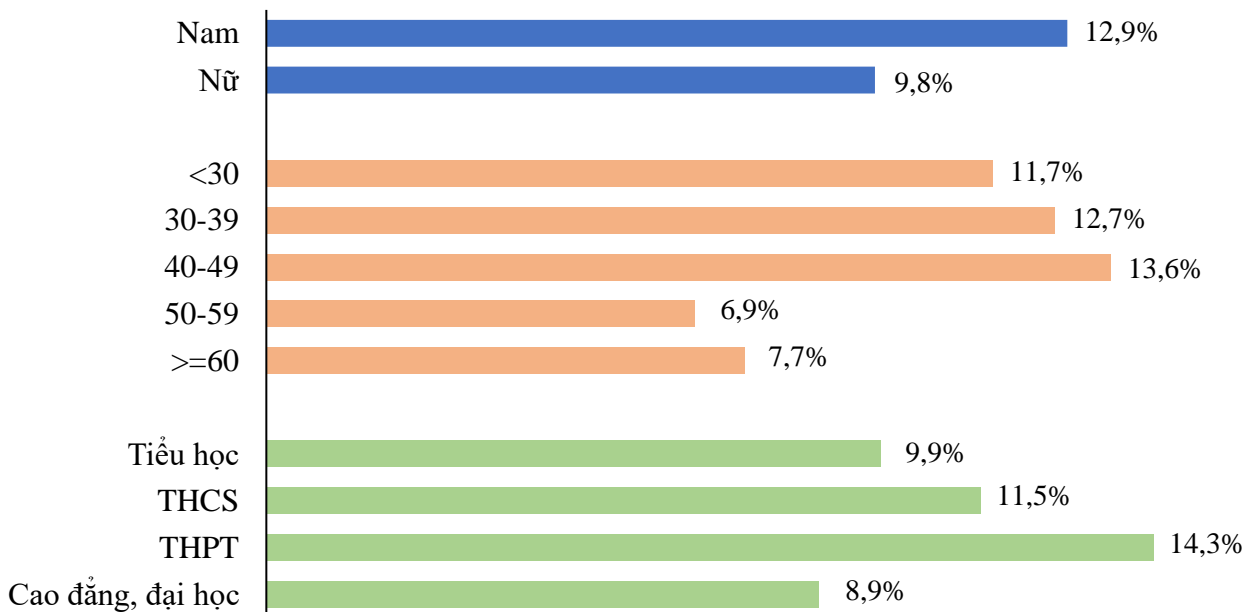
trình độ học vấn ở mức phổ thông trung học trở xuống (gần 90,8%) và chỉ có 9,2% nhóm tham gia nghiên cứu có trình độ từ cao đẳng, đại học trở lên. Bên cạnh đó, phần lớn đối tượng nghiên cứu cũng đã kết hôn (84,0%), số người chưa có kết hôn chiếm 6,2%. Nghề nghiệp chủ yếu của các đối tượng là nông dân (75,5%), tổng tỷ lệ còn lại là các ngành nghề khác nhau chỉ chiếm 24,5%.

3.1.2. Thực trạng nhiễm vi rút viêm gan B

Bảng 3.2. Thực trạng nhiễm vi rút viêm gan B theo tỉnh (n=2428)

Tình trạng nhiễm vi rút VGB	Số lượng	Tỷ lệ% (hiệu chỉnh)
Đăk Nông (n= 810) Có nhiễm vi rút VGB	95	11,8
Kon Tum (n= 810) Có nhiễm vi rút VGB	94	11,7
Gia Lai (n= 808) Có nhiễm vi rút VGB	84	10,1
Chung 3 tỉnh Tây Nguyên (n= 2428) Có nhiễm vi rút VGB	273	11,1

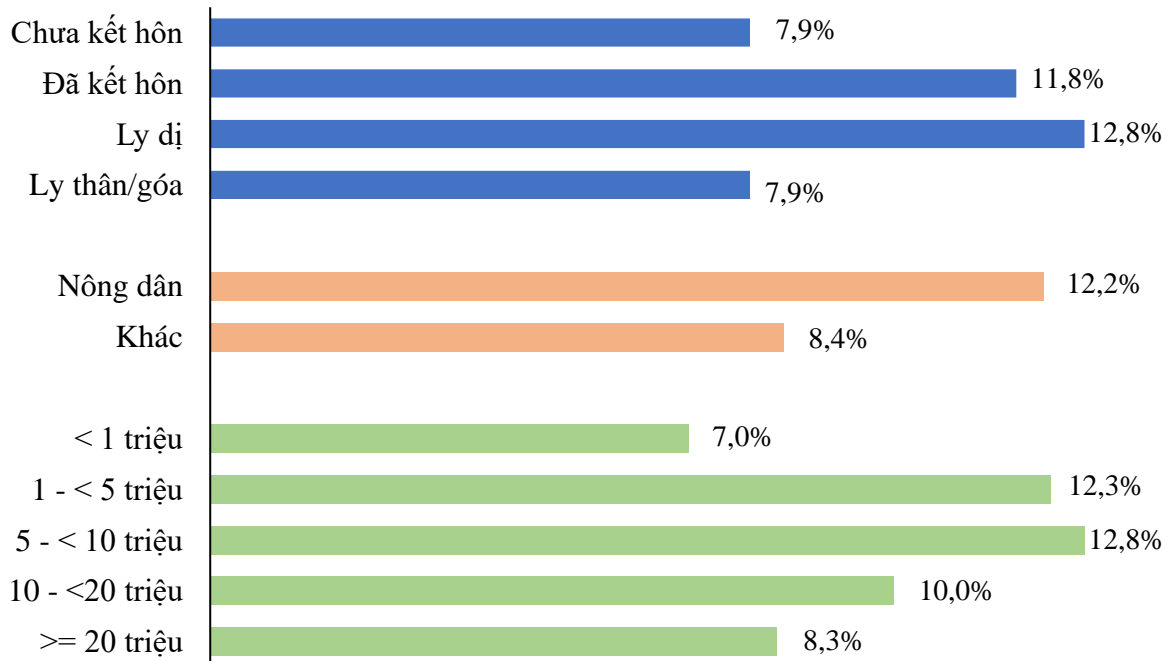
Kết quả bảng 3.2 cho thấy tỷ lệ nhiễm viêm gan B tại khu vực Tây Nguyên vào thời điểm nghiên cứu là 11,1%. Đăk Nông là tỉnh có tỷ lệ nhiễm cao nhất với 11,8%, thứ hai là Kon Tum với 11,7% và thấp nhất là Gia Lai với 10,1%.



Hình 3.1. Thực trạng nhiễm vi rút viêm gan B theo giới tính, nhóm tuổi và trình độ học vấn của đối tượng nghiên cứu (n =2428)

Hình 3.1 cho thấy phân bố tỷ lệ nhiễm vi rút VGB theo các đặc điểm nhân khẩu học. Cụ thể, nam có tỷ lệ nhiễm vi rút VGB cao hơn so với nữ (12,9% so với 9,8%). Trong đó, tỷ lệ dương tính đạt cao nhất tại nhóm 40-49 tuổi (13,6%). Tỷ

lệ nhiễm vi rút VGB tăng dần theo cấp học và đạt cao nhất tại nhóm THPT với 14,3% và thấp nhất là nhóm cao đẳng, đại học với 8,9%.



Hình 3.2. Thực trạng nhiễm vi rút viêm gan B theo nhóm hôn nhân, nghề nghiệp và thu nhập của đối tượng nghiên cứu (n=2428)

Hình 3.2 cho thấy tỷ lệ dương tính ở nhóm đã kết hôn (11,8%) và đã ly dị (12,8%) cao hơn so với 2 nhóm chưa kết hôn (7,9%) và ly thân/góa (7,9%). Tỷ lệ nhiễm vi rút VGB trong nhóm nông dân là 12,2% và ở các nghề nghiệp khác là 8,4%. Tỷ lệ nhiễm vi rút VGB tăng dần theo thu nhập, từ 7% ở nhóm <1 triệu/tháng lên đến cao nhất 12,8% ở nhóm 5-<10 triệu/tháng và lại về mức 8,3% ở nhóm >=20 triệu/tháng.

Bên cạnh đó, kết quả nghiên cứu cũng cho thấy tỷ lệ nhiễm VGB trong 40 phụ nữ mang thai tham gia nghiên cứu là 12,5%.

3.2. Một số yếu tố liên quan đến tình trạng nhiễm vi rút viêm gan B

Bảng 3.3. Hồi quy logistic các yếu tố liên quan với tình trạng nhiễm vi rút viêm gan B

Yếu tố	OR	95% CI	p
Giới tính			
Nữ	1	-	-
Nam	1,31	1,05-1,70	0,046*
Nghề nghiệp chính			
Khác	1		
Nông dân	1,46	1,03-2,06	0,032*
Người thân mắc bệnh gan			

Có	1	-	-
Không	0,47	0,32-0,70	0,001*
Tùng lọc máu vì bệnh thận			
Không	1	-	-
Có	3,80	1,10-13,24	0,034*
Tiêm vắc xin VGB			
Đã tiêm	1	-	-
Chưa tiêm	2,17	1,59-2,86	0,031*
Kiến thức phòng ngừa lây nhiễm			
Không đạt	1		
Đạt	0,71	0,52-0,97	0,031*
Hành vi phòng ngừa lây nhiễm			
Không đạt	1		
Đạt	0,31	0,19-0,51	0,001*

* $p < 0,05$; hồi quy logistic nhị phân

Tại bảng 3.3, mô hình hồi quy đa biến được xây dựng thông qua việc lựa chọn các biến có mối liên quan với tình trạng nhiễm vi rút VGB có ý nghĩa thống kê từ các kết quả phân tích đơn biến và tham khảo từ tài liệu trên y văn/ tổng quan tài liệu. Kết quả cho thấy trong các yếu tố về nhân khẩu, xã hội học, nam giới có xu hướng nhiễm vi rút VGB cao hơn so với nữ giới (OR=1,31; 95%CI=1,05-1,70), nông dân có xu hướng nhiễm vi rút viêm gan B cao hơn so với nhóm ngành nghề khác (OR=1,46; 95%CI=1,03-2,06). Trong các yếu tố về tiền sử khám chữa bệnh, việc không có người thân mắc bệnh gan làm giảm nguy cơ nhiễm vi rút VGB so với nhóm người thân mắc bệnh gan (OR=0,47; 95%CI=0,32-0,70); lọc máu vì bệnh thận làm tăng nguy cơ nhiễm vi rút VGB so với nhóm không thực hiện thủ thuật này (OR=3,80; 95%CI=1,10-13,24), ĐTNC chưa tiêm vắc xin VGB có xu hướng nhiễm vi rút viêm gan B cao hơn so với nhóm đã tiêm (OR=2,17; 95%CI=1,59-2,86). Ngoài ra, kết quả cũng cho thấy việc có kiến thức đạt (OR=0,71; 95%CI=0,52-0,97) và hành vi đạt (OR=0,31; 95%CI=0,19-0,51) cũng góp phần làm giảm nguy cơ lây nhiễm vi rút VGB.

3.3. Hiệu quả hiệu quả biện pháp truyền thông thay đổi hành vi dự phòng lây nhiễm vi rút viêm gan B tại cộng đồng

3.3.1. Hiệu quả các biện pháp can thiệp cải thiện kiến thức phòng chống lây nhiễm vi rút viêm gan B

Bảng 3.4. Sự thay đổi kiến thức phòng ngừa lây nhiễm vi rút viêm gan B của đối tượng nghiên cứu trước và sau can thiệp

Kiến thức	Nhóm CT (n=220)		Nhóm chứng (n=220)		p			
	Trước CT (1)	Sau CT (2)	Trước CT (3)	Sau CT (4)	2 so với 1	4 so với 3	1 so với 3	2 so với 4
% có kiến thức đạt về đường lây truyền	25,0	76,8	26,4	30,5	<0,05	>0,05	>0,05	<0,05
% có kiến thức đạt về cách phòng lây truyền	19,1	75,0	20,9	24,1	<0,05	>0,05	>0,05	<0,05
% có kiến thức đạt về thời điểm tiêm phòng VGB	40,5	83,2	42,7	48,2	<0,05	>0,05	>0,05	<0,05
% có kiến thức đạt về phòng ngừa lây nhiễm nói chung	10,9	63,2	14,1	15,0	<0,05	>0,05	>0,05	<0,05

(2) so với (1), (4) so với (3): kiểm định McNemar; (1) so với (3), (2) so với (4): kiểm định χ^2

Số liệu tại bảng 3.4 cho thấy tại phường có can thiệp tỷ lệ người dân có kiến thức đạt tăng lên có ý nghĩa thống kê ở tất cả các nội dung đánh giá tại thời điểm sau can thiệp so với trước can thiệp ($p < 0,05$). Đồng thời, tỷ lệ có kiến thức đạt tại thời điểm sau can thiệp ở phường can thiệp cũng cao hơn so với phường không can thiệp ở cùng thời điểm ($p < 0,05$).

Cụ thể, tỷ lệ người dân có kiến thức đạt về đường lây truyền vi rút VGB tại thời điểm sau can thiệp là 76,8% cao gấp 3 lần so với 25,0% tại thời điểm trước can thiệp ($p < 0,05$). Tỷ lệ người dân có kiến thức đạt về cách phòng lây nhiễm viêm gan B tại thời điểm sau can thiệp là 75,0% cao gấp 3,9 lần so với 19,1% tại thời điểm trước can thiệp ($p < 0,05$). Tỷ lệ người dân có kiến thức đạt về thời điểm tiêm phòng viêm gan B tại thời điểm sau can thiệp là 83,2% cao gấp 2,1 lần so với 40,5% tại thời điểm trước can thiệp ($p < 0,05$). Tỷ lệ người dân có kiến thức đạt về phòng ngừa lây nhiễm viêm gan B nói chung tại thời điểm sau can thiệp là 63,2% cao gấp 5,8 lần so với 10,9% tại thời điểm trước can thiệp ($p < 0,05$). Mức thay đổi về kiến thức giữa trước và sau khi can thiệp giữa nhóm can thiệp so với nhóm chứng ở mức $(62,2\% - 10,9\%) - (15,0\% - 14,1\%) = 51,4\%$. Trong khi đó, tại phường không có can thiệp, không có sự chênh lệch có ý nghĩa thống kê về tỷ lệ người dân có kiến thức đạt tại thời điểm sau và trước can thiệp với mức tăng chỉ từ 1,1 – 1,2 lần ($p > 0,05$).

% có hành vi đạt về phòng ngừa lây nhiễm vi rút VGB qua đường máu	85,0	94,5	82,3	83,2	<0,05	>0,05	>0,05	<0,05
% có hành vi đạt về phòng ngừa lây nhiễm vi rút VGB qua đường QHTD	9,1	32,3	13,2	14,5	<0,05	>0,05	>0,05	<0,05
% có hành vi đạt về phòng ngừa lây nhiễm vi rút VGB qua tiêm vắc xin, xét nghiệm	80,0	85,9	77,7	79,1	<0,05	>0,05	>0,05	<0,05
% có hành vi đạt về phòng ngừa lây nhiễm vi rút VGB qua việc không sử dụng rượu bia, thuốc lá	61,8	75,9	64,1	65,9	<0,05	>0,05	>0,05	<0,05
% có hành vi đạt về phòng ngừa lây nhiễm vi rút VGB nói chung	2,7	30,5	4,5	5,0	<0,05	>0,05	>0,05	<0,05

(2) so với (1), (4) so với (3): kiểm định McNemar; (1) so với (3), (2) so với (4): kiểm định χ^2

Số liệu tại bảng 3.6 cho thấy tại phường có can thiệp tỷ lệ người dân có hành vi đạt tăng lên có ý nghĩa thống kê ở tất cả các nội dung đánh giá tại thời điểm sau can thiệp so với trước can thiệp ($p < 0,05$). Đồng thời, tỷ lệ có hành vi đạt tại thời điểm sau can thiệp ở phường can thiệp cũng cao hơn so với phường không can thiệp ở cùng thời điểm ($p < 0,05$).

Cụ thể, tỷ lệ người dân có hành vi đạt về phòng ngừa lây nhiễm vi rút VGB qua đường máu tại thời điểm sau can thiệp là 94,5% cao gấp 1,2 lần so với 85,0% tại thời điểm trước can thiệp ($p < 0,05$). Tỷ lệ người dân có hành vi đạt về phòng ngừa lây nhiễm vi rút VGB qua tiêm vắc xin, xét nghiệm tại thời điểm sau can thiệp là 32,3% cao gấp 3,6 lần so với 9,1% tại thời điểm trước can thiệp ($p < 0,05$). Tỷ lệ người dân có hành vi đạt về phòng ngừa lây nhiễm vi rút VGB qua tiêm vắc xin, xét nghiệm tại thời điểm sau can thiệp là 85,9% cao gấp 1,1 lần so với 80,0% tại thời điểm trước can thiệp ($p < 0,05$). Tỷ lệ người dân có hành vi đạt về phòng ngừa lây nhiễm vi rút VGB qua việc không sử dụng rượu bia, thuốc lá tại thời điểm sau can thiệp là 75,9% cao gấp 1,2 lần so với 61,8% tại thời điểm trước can thiệp ($p < 0,05$). Tỷ lệ người dân có hành vi đạt về phòng ngừa lây nhiễm vi rút VGB nói chung tại thời điểm sau can thiệp là 30,5% cao gấp 11,2

lần so với 2,7% tại thời điểm trước can thiệp ($p < 0,05$). Mức thay đổi về hành vi giữa trước và sau khi can thiệp giữa nhóm can thiệp so với nhóm chứng (DID) ở mức $(30,5\% - 2,7\%) - (5,0\% - 4,5\%) = 27,3\%$. Trong khi đó, tại phường không có can thiệp, tỷ lệ người dân có hành vi đạt tại thời điểm sau và trước can thiệp hầu như không tăng với mức tăng dưới 1,1 lần ($p > 0,05$).

Bảng 3.7. Kết quả phân tích DID đánh giá hiệu quả của can thiệp đối với hành vi phòng lây nhiễm vi rút viêm gan B

Các yếu tố	B	OR	KTC95%		p
Can thiệp	-0,572	0,57	0,196	1,624	0,289
Thời gian	0,102	1,11	0,456	2,691	0,821
Can thiệp*Thời gian	2,824	16,85	4,829	58,776	0,000*
Dân tộc	0,358	1,43	0,610	3,354	0,411
Tuổi	-0,373	0,69	0,414	1,147	0,152
Giới tính	-1,499	0,22	0,128	0,391	0,000*
Học vấn	0,398	1,49	0,780	2,843	0,227
Hôn nhân	0,378	1,46	0,480	4,436	0,505
Giá trị p của mô hình $p < 0,001$					

$p < 0,05$ *. Giá trị của các biến trong mô hình bao gồm: Can thiệp (0: chứng, 1: can thiệp), thời gian (0: trước can thiệp, 1: sau can thiệp), dân tộc (0: dân tộc khác, 1: Kinh), tuổi (0: ≤ 40 tuổi, 1: > 40 tuổi), giới tính (0: nữ, 1: nam), học vấn (0: phổ thông, 1: đại học), hôn nhân (0: chưa kết hôn, 1: đã kết hôn).

Bảng 3.7 cho thấy kết quả phân tích khi so sánh hành vi phòng ngừa lây nhiễm vi rút VGB sau can thiệp ở phường Trường Chinh (nhóm can thiệp) và phường Nguyễn Trãi (nhóm chứng). Cụ thể, kết quả cho thấy can thiệp làm cho người dân ở phường can thiệp có hành vi đạt cao gấp $0,57 \times 16,85 = 9,60$ lần so với người dân ở phường không có can thiệp sau khi hiệu chỉnh về dân tộc, tuổi, giới tính, học vấn và hôn nhân. Ngoài ra, mô hình cũng cho thấy là trong cả hai phường, yếu tố về giới tính có liên quan đến hành vi phòng ngừa lây nhiễm vi rút VGB của người dân. Nữ giới có hành vi đạt chỉ bằng 0,22 lần so với nam giới.

CHƯƠNG 4: BÀN LUẬN

4.1. Thực trạng nhiễm vi rút viêm gan B

Kết quả nghiên cứu cho thấy tỷ lệ nhiễm vi rút VGB tại 3 tỉnh Tây Nguyên ở mức cao (11,1%) so với các khu vực trong cả nước và trên thế giới. Nếu so sánh với các quốc gia khác tại khu vực Đông Nam Á (0,3% - 7,0%) thì có thể thấy rằng tỷ lệ nhiễm vi rút VGB của nghiên cứu ở mức cao hơn rất nhiều. Với

tỷ lệ này, 3 tỉnh Tây Nguyên được xếp vào vùng lưu hành dịch cao ($\geq 8\%$). Đồng thời, nếu so sánh với tỷ lệ hiện nhiễm chung của cả Việt Nam năm 2018 là 9,4%, Tây Nguyên cũng được tính vào nhóm có tỷ lệ nhiễm cao so với các khu vực còn lại trong cả nước như Nam Trung Bộ (11,3%), Tây Bắc (11,1%) và Bắc Trung Bộ (7,5%). Nguyên nhân tỷ lệ nhiễm vi rút viêm gan B tại Tây Nguyên cao có thể đến các yếu tố điều kiện xã hội cũng như hệ thống dịch vụ y tế còn hạn chế so với các khu vực đồng bằng. Kết quả nghiên cứu cũng chỉ ra rằng không có sự chênh lệch quá lớn giữa tỷ lệ nhiễm vi rút VGB của ba tỉnh được chọn trong nghiên cứu. Điều này cũng cho thấy sự tương đồng trong việc lưu hành của vi rút VGB trong cộng đồng dân cư tại khu vực Tây Nguyên. Tuy nhiên, nếu so sánh với các nghiên cứu trước đó tại một số tỉnh hoặc khu vực như Hà Nội (15-25%), Lâm Đồng (16,7%), Bình Thuận (17,7%), các tỉnh đồng bằng ven biển miền Trung (12,8-19,7%) thì tỷ lệ dương tính của 3 tỉnh khu vực Tây Nguyên lại thấp hơn.

Bên cạnh đó, cũng có thể thấy tỷ lệ nhiễm vi rút VGB tăng dần theo nhóm tuổi và đạt tỷ lệ cao nhất ở nhóm 40-49 tuổi. Đây cũng xu thế chung của tình trạng nhiễm vi rút VGB trên thế giới và tại Việt Nam. Điều này phản ánh một phần tác động của chương trình vắc xin VGB. Những nhóm tuổi trẻ hơn thì có xu hướng được chương trình vắc xin bao phủ tốt hơn nên tỷ lệ mắc thấp hơn. Trong khi đó, các nhóm tuổi trung niên có khả năng tiếp cận với vắc xin ít hơn. Hơn nữa với tỷ lệ tiêm chủng đầy đủ các mũi dưới 1 tuổi khá cao tại nhiều địa phương, nhóm trẻ tuổi được bảo vệ tốt hơn so với nhóm người trưởng vốn ít có điều kiện tiếp xúc với vắc xin trong giai đoạn trước đây.

Một phát hiện quan trọng trong phần này đó là tỷ lệ nhiễm vi rút VGB có xu hướng cao hơn ở nhóm thu nhập thấp <10 triệu/ tháng và thấp hơn ở nhóm thu nhập cao, đặc biệt là nhóm thu nhập >20 triệu/tháng. Điều này có thể lý giải một phần là do nhóm thu nhập cao thường có khả năng tiếp cận và sử dụng dịch vụ y tế tốt hơn, đồng thời họ cũng có ý thức và điều kiện hơn trong việc chăm sóc sức khỏe bản thân và gia đình. Kết quả này của nghiên cứu cũng tương tự như các kết quả trước đó trên thế giới. Ví dụ như tại Thổ Nhĩ Kỳ, nghiên cứu của Tosun và cộng sự đã chỉ ra rằng nhóm dân cư có thu nhập cao và điều kiện sống tốt có tỷ lệ nhiễm vi rút VGB thấp hơn ít nhất 10% so với nhóm thu nhập thấp và điều kiện sống nghèo nàn.

Kết quả nghiên cứu cũng cho thấy trong số các ĐTNC đang mang thai trong nghiên cứu, 12,5% có kết quả HBsAg dương tính. Trong khi đó, y văn đã có nhiều nghiên cứu đo lường tỷ lệ VGB trong nhóm phụ nữ mang thai với kết quả tương tự. Kết quả nghiên cứu của Lê Đình Phúc Vũ và cộng sự tại bệnh viện trung tâm y khoa Medic cho thấy tỉ lệ HBsAg (+) ở phụ nữ trong độ tuổi từ 20 đến 35 tuổi là 12,6%, cao hơn so với tỉ lệ chung ở phụ nữ hay tỉ lệ nhiễm vi rút VGB tại cộng đồng ở Hà Nội và Bắc Giang (8%). Mặc dù Việt Nam đã bắt đầu

thực hiện chủng ngừa VGB từ năm 1997, các chiến dịch truyền thông về đường lây truyền, lợi ích của chủng ngừa VGB rất rộng rãi nhưng đến nay tỉ lệ HBsAg (+) vẫn còn cao ở nhóm bệnh nhân phụ nữ độ tuổi sinh đẻ. Tiêm phòng viêm gan VGB đã được đưa vào chương trình TCMR từ năm 2002 dành cho trẻ em dưới 6 tuổi. Như vậy nhóm tuổi điều tra trong nghiên cứu này chưa được hưởng lợi ích từ tiêm phòng VGB trong chương trình TCMR. Điều này có thể lý giải cho đến nay tỉ lệ nhiễm vi rút viêm gan B ở nhóm tuổi này vẫn còn cao. Năm 1992 và 1996 các tác giả Phạm Song và Trần Thị Lợi nghiên cứu tỉ lệ nhiễm vi rút VGB ở thai phụ thực hiện tại bệnh viện Phụ sản Hà Nội và bệnh viện Từ Dũ, kết quả cho thấy tỉ lệ nhiễm vi rút VGB lần lượt là 12,7% và 11,6%.

4.2. Một số yếu tố liên quan tới tình trạng nhiễm vi rút viêm gan B

4.2.1. Yếu tố về nhân khẩu học

Trong số các yếu tố nhân khẩu học, giới tính và nghề nghiệp chính là các yếu tố có liên quan đến tỷ lệ nhiễm vi rút VGB tại 3 tỉnh Tây Nguyên. Các nghiên cứu đã chỉ ra rằng nam giới có tỷ lệ dương tính cao hơn so với nữ giới, từ các nghiên cứu tại Châu Á (Trung Quốc, Pakistan, Ấn Độ, Thổ Nhĩ Kỳ) cho đến Châu Phi (Uganda). Nghiên cứu về miễn dịch học cho thấy phụ nữ có khả năng đáp ứng hệ miễn dịch tốt hơn nam giới nên họ ít mắc bệnh truyền nhiễm hơn. Phát hiện này góp phần lý giải vì sao đàn ông bị nhiễm vi rút VGB cao hơn phụ nữ. Bên cạnh đó, nam giới thường có nhiều hành vi nguy cơ có lây nhiễm vi rút VGB (hút thuốc, sử dụng rượu bia, quan hệ tình dục không an toàn) cùng với xu hướng tiếp cận các dịch vụ y tế ở giai đoạn muộn hoặc không thường xuyên.

Yếu tố về nghề nghiệp cũng được đề cập đến trong một số nghiên cứu và cũng có sự tương đồng với kết quả tại 3 tỉnh Tây Nguyên khi cho thấy tỷ lệ dương tính cao trong nhóm nông dân ví dụ như nghiên cứu tại Thừa Thiên Huế. Nông dân có tỷ lệ nhiễm viêm gan B cao hơn các nhóm nghề nghiệp khác là do nhóm này thường gặp hạn chế và khó khăn trong quá trình tiếp cận dịch vụ y tế liên quan đến phòng chống viêm gan B bao gồm chăm sóc sức khỏe sinh sản cũng như vắc xin và hoạt động truyền thông giáo dục sức khỏe.

Bên cạnh đó, có một yếu tố liên quan dân tộc nhưng các nghiên cứu trên y văn cũng như kết quả nghiên cứu cũng cho thấy không có sự khác biệt về tình trạng nhiễm vi rút VGB trong các nhóm dân tộc khác nhau. Ban đầu, khi thiết kế nghiên cứu, nhóm nghiên cứu cũng kỳ vọng với nhiều dân tộc sinh sống trên địa bàn Tây Nguyên, kết quả nghiên cứu có thể đưa ra mối liên quan với tình trạng nhiễm, tuy nhiên kết quả đã không cho thấy điều đó.

4.2.2. Yếu tố về tiền sử khám chữa bệnh

Với nhóm yếu tố về tiền sử khám chữa bệnh, việc người thân mắc bệnh gan và lọc máu vì bệnh thận là các yếu tố được xác định có liên quan tới lây nhiễm

vi rút VGB. Đây là điều đang lưu ý trong các hoạt động phòng chống lây nhiễm vi rút VGB trong cộng đồng. Kết quả tương tự cũng đã được tìm thấy tại các nghiên cứu trước đó và điều này càng đúng đối với các quốc gia có dịch lưu hành cao như Việt Nam. Một số yếu tố khác đã cho bằng chứng ở các nghiên cứu trước như từng phẫu thuật, làm thủ thuật răng, xăm trổ, dùng chung dao cạo râu, bàn chải và quan hệ tình dục... lại không tìm thấy bằng chứng trong nghiên cứu này.

Việc tiêm truyền trong nhóm đối tượng tham gia điều tra không quá phổ biến với chỉ 19,5% người trả lời đã từng tiêm truyền tĩnh mạch trong vòng 12 tháng trước thời điểm điều tra.

Bên cạnh đó, nghiên cứu cũng đã cung cấp bằng chứng cho thấy nhóm chưa tiêm vắc xin có tỷ lệ nhiễm vi rút VGB cao hơn nhóm đã tiêm. Kết quả này tương đồng với kết quả của các nghiên cứu trước đó cũng như báo cáo của TCYTTG về hiệu quả của chương trình TCMR trong đó có vắc xin phòng ngừa lây nhiễm VGB. Trẻ sơ sinh bị nhiễm vi rút VGB từ mẹ sẽ có nguy cơ trở thành bệnh mãn tính là 90% và khoảng 25% trong số đó sẽ chết vì ung thư gan và xơ gan. Kết quả nghiên cứu đã đem lại bằng chứng giúp một lần nữa khẳng định vai trò và ý nghĩa của vắc xin trong công cuộc phòng ngừa các bệnh lây truyền nói chung và viêm gan B nói riêng.

4.2.3. Yếu tố về kiến thức và hành vi

Liên quan đến kiến thức phòng chống lây nhiễm vi rút VGB, có thể thấy kiến thức của các ĐTNC không cao, tỷ lệ trả lời đúng các nội dung khác nhau về đường lây truyền, các thức phòng tránh, thời điểm tiêm vắc xin VGB cao nhất chỉ ở mức gần 40% và có nhiều nội dung chỉ có khoảng 20-30% ĐTNC trả lời đúng. Trong số các nhóm kiến thức, nhóm kiến thức về đường lây truyền là có tỷ lệ trả lời đúng thấp nhất (28,9%) và kiến thức về thời điểm tiêm vắc xin có tỷ lệ trả lời đúng cao nhất (40,3%). Tuy nhiên khoảng cách giữa 2 nhóm này cũng không quá khác biệt. Điều này cho thấy, cần có sự tăng cường công tác truyền thông để có thể nâng cao kiến thức của người dân về phòng lây nhiễm vi rút VGB trong cộng đồng. So với các khu vực trong điều tra quốc gia, Tây Nguyên cùng với Nam Trung Bộ là hai khu vực mà người dân có kiến thức thấp nhất về phòng chống lây nhiễm VGB. Như vậy một lần nữa có thể thấy tầm quan trọng của việc nâng cao kiến thức của người dân trong cộng đồng về phòng tránh lây nhiễm vi rút VGB.

Trong các hành vi nguy cơ lây nhiễm vi rút VGB liên quan đến QHTD, có một kết quả đáng chú ý đó là tỷ lệ luôn sử dụng bao cao khi QHTD với bạn tình rất thấp (6,8%). Tỷ lệ này có thể liên quan phong tục tập quán của người dân tộc tại Tây Nguyên khi quan niệm về sử dụng BCS vẫn chưa được nhiều người dân chấp nhận. Đây là một điểm đáng lưu ý trong các chương trình truyền thông liên

quan đến phòng lây truyền các bệnh lây truyền qua QHTD nói chung và VGB nói riêng tại 3 tỉnh Tây Nguyên.

Kết quả nghiên cứu cũng cho thấy chỉ có 9,8% phụ nữ mang thai đã từng được xét nghiệm VGB. So với số liệu của cả nước (14,8%) và một số khu vực khác như Đông Bắc Bộ (23,5%), Tây Bắc (26,6%) thì tỷ lệ này khá thấp. Nếu so với Tây Nam Bộ (9,1%), 3 tỉnh Tây Nguyên có tỷ lệ tương đương. Các khu vực này đều có điểm chung là địa bàn rộng, địa hình không thuận lợi cho giao thông và khả năng tiếp cận các dịch vụ y tế của người dân tương đối khó khăn.

4.3. Hiệu quả biện pháp truyền thông thay đổi hành vi dự phòng lây nhiễm vi rút viêm gan B tại cộng đồng

4.3.1. Kết quả triển khai can thiệp truyền thông

Kết quả nghiên cứu cho thấy có sự tương đồng về các đặc điểm nhân khẩu cũng như tiền sử bệnh tật của người dân tham gia nghiên cứu giữa 2 phường Trường Chinh và Nguyễn Trãi. Điều này là cơ sở quan trọng giúp cho việc so sánh và đánh giá hiệu quả can thiệp giữa nhóm can thiệp và nhóm chứng được khách quan và chính xác.

Có thể thấy đã có rất nhiều hoạt động can thiệp liên quan đến truyền thông, nâng cao năng lực và tiếp cận dịch vụ đã được triển khai. Các hoạt động này được thực hiện với việc nhắm đến tăng cường kiến thức, hành vi cho cả cán bộ y tế và người dân trong việc phòng ngừa lây nhiễm viêm gan B. Các cán bộ y tế và CTV của TYT cũng được tham dự các lớp tập huấn để góp phần nâng cao năng lực cũng như giúp cho việc triển khai các hoạt động can thiệp khác. Các hoạt động can thiệp này cũng phù hợp với các đề xuất của WHO về chiến lược can thiệp phòng ngừa viêm gan B. Có thể thấy sự nhất quán và phù hợp giữa kết quả can thiệp và kết quả điều tra trước can thiệp đó là trước khi can thiệp, vai trò ban ngành rất ít nhưng khi có can thiệp, sự tham gia của ban ngành vào việc truyền thông được cải thiện với việc có gần 4000 người tham gia tuyên truyền đoàn hội. Bên cạnh đó, cũng có thể thấy được sự khác biệt rất lớn giữa 2 phường, một bên có can thiệp và một bên không.

4.3.2. Các yếu tố liên quan đến hiệu quả của can thiệp truyền thông

Kết quả nghiên cứu cho thấy một số yếu tố liên quan đến việc thay đổi kiến thức và hành vi của người dân về phòng ngừa lây nhiễm VGB. Về kiến thức, can thiệp có tác động tốt hơn lên kiến thức của nhóm đã kết hôn và nhóm có thu nhập >10 triệu/tháng. Nguyên nhân của vấn đề này đó là các nhóm kết hôn và có thu nhập ở mức cao hơn thường đã có xu hướng quan tâm đến vấn đề sức khỏe nhiều hơn. Khi có được khả năng tiếp cận với các nguồn thông tin, họ cũng chủ động hơn trong việc thu nhận kiến thức và phổ biến cho các thành viên khác trong gia

đình, đặc biệt là các bệnh liên quan đến các bệnh truyền nhiễm và chưa có phương thức điều trị hiệu quả như VGB.

Trong khi đó ở sự cải thiện hành vi, can thiệp lại có tác động hiệu quả hơn đối với nam giới. Đây là một vấn đề mà can thiệp cần xem xét điều chỉnh để đảm bảo đối tượng nữ giới có nhiều hơn các cơ hội nhận được can thiệp và tăng cường hành vi để bảo vệ bản thân khỏi VGB. Các nghiên cứu về VGB trên đối tượng nữ giới cũng đã chỉ ra điều này, trong đó ngoài cung cấp kiến thức, việc tạo ra điều kiện và môi trường thuận lợi để phụ nữ có thể thực hiện các hành vi có lợi liên quan đến phòng ngừa VGB bao gồm vắc xin, tiếp cận dịch vụ dịch vụ y tế sớm ...

Việc kết quả nghiên cứu cho thấy vai trò của các yếu tố nhân khẩu học trong việc tác động đến sự cải thiện về kiến thức và hành vi của ĐTNC trong việc phòng ngừa lây nhiễm VGB sẽ giúp gợi ý cho việc tiếp tục triển khai các can thiệp sau này. Cụ thể, các hoạt động can thiệp cần lưu việc đánh giá nhu cầu, xác định thực trạng của các nhóm thu nhập thấp, nhóm nữ giới, nhóm chưa kết hôn để có những điều chỉnh phù hợp trong việc xây dựng các nội dung, thông điệp và phương thức truyền thông phòng ngừa lây nhiễm VGB. Bên cạnh đó, việc cân nhắc các yếu tố liên quan đến năng lực tài chính y tế, cơ cấu và năng lực của hệ thống y tế trong việc cung cấp dịch vụ phòng ngừa và điều trị bệnh tật cũng đóng vai trò rất quan trọng trong việc đảm bảo hiệu quả chương trình can thiệp. Ngoài ra, đối với các khu vực nhiều nhóm dân tộc cùng sinh sống trên địa bàn, việc cân nhắc về các vấn đề văn hóa, ngôn ngữ và khả năng tiếp cận dịch vụ và khả năng chi trả cho các dịch vụ y tế cũng cần được lưu ý để có những điều chỉnh phù hợp cho các can thiệp.

KẾT LUẬN

5.1. Thực trạng nhiễm vi rút viêm gan B ở người trưởng thành tại cộng đồng ở 3 tỉnh Kon Tum, Gia Lai, Đắk Nông, 2018

Tỷ lệ nhiễm vi rút viêm gan B (VGB) ở khu vực Tây Nguyên là 11,1% và không có nhiều sự khác biệt về tỷ lệ nhiễm giữa các tỉnh (Đắk Nông: 11,8%; Kon Tum: 11,7%; Gia Lai: 10,1%). 12,5% phụ nữ mang thai nhiễm vi rút VGB.

5.2. Một số yếu tố liên quan đến tình trạng nhiễm vi rút viêm gan B ở người trưởng thành tại cộng đồng ở 3 tỉnh Kon Tum, Gia Lai, Đắk Nông, 2018

Kết quả phân tích mô hình hồi quy logistic cho thấy nam giới có tỷ lệ nhiễm vi rút VGB cao hơn nữ giới (OR=1,31, 95%CI=1,05-1,70). Những người có nghề nghiệp chính là nông dân có tỷ lệ nhiễm vi rút VGB cao hơn nhóm nghề còn lại (OR=1,46; 95%CI=1,03-2,06). ĐTNC không có người thân mắc bệnh gan có tỷ lệ nhiễm vi rút VGB thấp hơn nhóm có người thân mắc bệnh gan (OR=0,47; 95%CI=0,32-0,70). Nhóm đã từng lọc máu vì bệnh thận có tỷ lệ mắc cao hơn nhóm chưa thực hiện thủ thuật này (OR=3,80; 95%CI=1,10-13,24). Nhóm chưa tiêm vắc xin VGB có tỷ lệ lây nhiễm vi rút VGB cao hơn so với nhóm đã tiêm vắc xin (OR=2,17, 95%CI=1,59-2,86). Nhóm có kiến thức đạt và hành vi đạt giúp làm giảm nguy cơ lây nhiễm vi rút VGB so với các nhóm có kiến thức không đạt (OR=0,71; 95%CI=0,52-0,97) và hành vi không đạt (OR=0,31; 95%CI=0,19-0,51).

5.3. Hiệu quả biện pháp truyền thông thay đổi hành vi dự phòng lây nhiễm vi rút viêm gan B tại cộng đồng

Các hoạt động can thiệp trong nghiên cứu tập trung vào mảng truyền thông nhằm cải thiện kiến thức và hành vi của cộng đồng trong việc phòng lây nhiễm vi rút VGB. Các can thiệp này cũng tuân thủ, đáp ứng đúng các yêu cầu và tiêu chí trong chiến lược truyền thông về bệnh viêm gan của Bộ Y tế.

Các hoạt động can thiệp đã cải thiện kiến thức phòng ngừa lây nhiễm vi rút VGB của người dân nhóm can thiệp tăng từ 10,9% (trước can thiệp) lên 63,2% (sau can thiệp). Mức thay đổi về kiến thức giữa trước và sau khi can thiệp giữa nhóm can thiệp so với nhóm chứng (DID) ở mức 51,4%. Các hoạt động can thiệp đã cải thiện hành vi phòng ngừa lây nhiễm VGB của người dân nhóm can thiệp tăng từ 2,7% (trước can thiệp) lên 30,5% (sau can thiệp). Mức thay đổi về hành vi giữa trước và sau khi can thiệp giữa nhóm can thiệp so với nhóm chứng (DID) ở mức 27,3%.

KHUYẾN NGHỊ

- Tăng cường các can thiệp phòng lây truyền vi rút VGB cho cả 3 tỉnh khu vực Tây Nguyên bao gồm Kon Tum, Gia Lai, Đăk Nông. Trong đó ưu tiên đối tượng nam giới, nông dân, gia đình có người từng mắc bệnh gan, nệnh nhân lọc máu vì bệnh thận.
- Hoạt động truyền thông cần tập trung vào các nội dung sau:
 - Các đường lây truyền và các cách phòng lây nhiễm vi rút VGB.
 - Hướng dẫn thực hành phòng lây nhiễm vi rút VGB cho cộng đồng
 - Ưu tiên xét nghiệm VGB trong quá trình mang thai để có các xử trí phù hợp
 - Đảm bảo tuân thủ việc tiêm vắc xin VGB cho trẻ nhất là thời gian trong vòng 24 giờ sau khi sinh.
- Tăng cường kết hợp với chính quyền, đoàn thể, tổ chức xã hội để nâng cao hiệu can thiệp truyền thông.
- Các nghiên cứu theo sau có thể tập trung theo hướng nâng cao khả năng tiếp cận và sử dụng dịch vụ cũng như tính toán chi phí hiệu quả can thiệp.

DANH MỤC CÁC CÔNG TRÌNH LIÊN QUAN ĐẾN LUẬN ÁN ĐÃ CÔNG BỐ

1. Phạm Ngọc Thanh, Nguyễn Thị Thi Thơ, Trần Đắc Phu, Trần Đại Quang, Nguyễn Thị Thủy Dương, Viên Chính Chiến, Phan Trọng Lan (2020), “Prevalence and factors associated with chronic Hepatitis B infection among adults in the Central Highland, Vietnam”, *AIMS Medical Science*. 7(4): p.337-346.

2. Phạm Ngọc Thanh, Nguyễn Thị Thi Thơ, Trần Đắc Phu, Trần Đại Quang, Nguyễn Thị Thùy Dương, Phan Trọng Lan (2020), “Hiệu quả can thiệp truyền thông tăng cường kiến thức và hành vi dự phòng lây nhiễm viêm gan B của người dân tại thành phố Kon Tum, tỉnh Kon Tum năm 2019”, *Tạp chí Y học dự phòng*. 30(10), tr. 26-34.