BỘ GIÁO DỤC VÀ ĐÀO TẠO BỘ Y TẾ
VIỆN VỆ SINH DỊCH TỄ TRUNG ƯƠNG

----------*----------

LÊ THỊ DIỄM TRINH

THỰC TRẠNG NHIỄM VI RÚT VIÊM GAN B Ở NGƯỜI KHMER TRƯỞNG THÀNH TỈNH TRÀ VINH VÀ HIỆU QUẢ MỘT SỐ GIẢI PHÁP CAN THIỆP DỰ PHÒNG LÂY NHIỄM TẠI CỘNG ĐỒNG, 2021 – 2022

CHUYÊN NGÀNH: Y HỌC DỰ PHÒNG
MÃ SỐ: 9 72 01 63

TÓM TẮT LUẬN ÁN TIẾN SĨ Y HỌC

HÀ NỘI – 2024

CÔNG TRÌNH NGHIÊN CỨU NÀY ĐƯỢC HOÀN THÀNH
TẠI VIỆN VỆ SINH DỊCH TỄ TRUNG ƯƠNG

Người hướng dẫn khoa học:

1. ***PGS.TS. Lê Anh Tuấn***
2. ***TS. Trần Đại Quang***

Phản biện 1: **GS.TS. Nguyễn Văn Tập**
- Trường Đại học Nguyễn Tất Thành

Phản biện 2: **PGS.TS. Nguyễn Duy Phong**
- Trường Đại học Y Dược thành phố Hồ Chí Minh

Phản biện 3: **TS. Lê Đức Cường**
- Trường Đại học Y Dược Thái Bình

Luận án được bảo vệ trước Hội đồng đánh giá luận án cấp Viện họp tại Viện Vệ sinh dịch tễ Trung ương.

Vào hồi ……giờ ..…., ngày ……...tháng .....…năm 202 .

Có thể tìm hiểu luận án tại:

1. Thư viện Quốc gia
2. Thư viện Viện Vệ sinh Dịch tễ Trung ương
3. Tạp chí Y học dự phòng

DANH MỤC CÁC BÀI BÁO ĐÃ XUẤT BẢN
LIÊN QUAN ĐẾN LUẬN ÁN

1) Lê Thị Diễm Trinh, Lê Anh Tuấn, Phan Trọng Lân, Trần Đại Quang, Nguyễn Thanh Bình, Nguyễn Thúy Quỳnh, Lê Hồng Nga, Lại Thị Minh. Tỷ lệ nhiễm VRVGB và một số yếu tố liên quan ở đồng bào Khmer Nam bộ tỉnh Trà Vinh năm 2021. Tạp chí Y học dự phòng, Tập 33, số 3 Phụ bản – 2023: tr.88 – 97.

2) Lê Thị Diễm Trinh, Trần Đại Quang, Lê Anh Tuấn, Vũ Kim Duy. Hiệu quả can thiệp truyền thông – giáo dục sức khỏe bằng mô hình Niềm tin sức khỏe tăng kiến thức về nhiễm VRVGB trên người Khmer Nam Bộ tại tỉnh Trà Vinh. Tạp chí Y học dự phòng, Tập 33, số 5-2023: tr.85 – 94.

ĐẶT VẤN ĐỀ

Nhiễm vi rút viêm gan B (VRVGB) là một vấn đề sức khỏe cộng đồng nguy hiểm mang tính chất toàn cầu. Nhiễm VRVGB đóng góp nhiều vào việc khiến hằng trăm ngàn người chết mỗi năm do di chứng muộn của bệnh xơ gan hoặc ung thư biểu mô tế bào gan. Theo báo cáo của Tổ chức Y tế Thế giới đến năm 2021, có khoảng 296 triệu người nhiễm vi rút viêm gan B mạn tính trên toàn cầu. Trên thế giới, trong số những người nhiễm VRVGB có thể tiến triển thành VGB mạn tính, có nguy cơ tiến triển xơ gan và ung thư biểu mô tế bào gan, 67% trong số đó cư trú tại Châu Á, Thái Bình Dương.

Việt Nam là một trong những quốc gia có tỷ lệ nhiễm vi rút viêm gan B cao trong quần thể dân cư nói chung và có gánh nặng bệnh tật cao liên quan đến viêm gan B. Nhiễm vi rút viêm gan B là nguyên nhân hàng đầu gây bệnh viêm gan mạn tính và ung thư biểu mô tế bào gan tại Việt Nam. Theo phân loại của WHO, Việt Nam nằm trong vùng dịch tễ lưu hành cao nhiễm VRVGB; trong đó, vùng đồng bằng sông Cửu Long là vùng thuộc nhóm có tỷ lệ nhiễm VRVGB cao trong cả nước. Trong những năm gần đây, tỉnh Trà Vinh nói chung, đặc biệt là người đồng bào Khmer tỉnh Trà Vinh đang được Đảng và Nhà nước quan tâm chăm sóc trong mọi khía cạnh, nhất là trong tiếp cận chăm sóc y tế. Trên cơ sở tình hình bệnh tật, thực trạng, thuận lợi và các khó khăn tồn tại trong các hoạt động phòng chống bệnh viêm gan vi rút nói trên, cần có các đề tài nghiên cứu được thực hiện để có cơ sở khoa học cung cấp thông tin cho ngành y tế các tỉnh Đồng bằng sông Cửu Long xây dựng các giải pháp, chính sách y tế kịp thời, hiệu quả phù hợp dự phòng lây nhiễm VRVGB và nâng cao sức khỏe đến người đồng bào Khmer tỉnh Trà Vinh nói riêng và toàn dân nói chung. Xuất phát từ những nhu cầu trên, chúng tôi có các câu hỏi nghiên cứu sau: Tỷ lệ nhiễm VRVGB ở người Khmer trưởng thành tỉnh Trà Vinh là bao nhiêu? Có những yếu tố nào liên quan đến đến tỷ lệ nhiễm trên? Biện pháp dự phòng nào hiệu quả trong công tác phòng chống nhiễm VRVGB ở người Khmer trưởng thành tỉnh Trà Vinh?

Trước thực trạng trên, đồng thời để trả lời các câu hỏi nghiên cứu, chúng tôi tiến hành nghiên cứu **"*Thực trạng nhiễm vi rút viêm gan B ở người Khmer trưởng thành tỉnh Trà Vinh và hiệu quả một số giải pháp can thiệp dự phòng lây nhiễm tại cộng đồng, 2021 – 2022*"**. Với hai mục tiêu sau:

1) Mô tả thực trạng nhiễm vi rút viêm gan B và một số yếu tố liên quan ở người Khmer trưởng thành tỉnh Trà Vinh, năm 2021;
2) Đánh giá hiệu quả một số giải pháp can thiệp dự phòng lây nhiễm vi rút viêm gan B tại cộng đồng ở tỉnh Trà Vinh, 2021 – 2022.

CẤU TRÚC CỦA LUẬN ÁN

Luận án gồm 136 trang không kể tài liệu tham khảo và phụ lục, có 42 bảng, 02 hình, 02 sơ đồ và 02 biểu đồ. Đặt vấn đề 02 trang. Tổng quan 32 trang; đối tượng và phương pháp nghiên cứu 25 trang; kết quả nghiên cứu 38 trang; bàn luận 35 trang; kết luận 02 trang và kiến nghị 02 trang.

CHƯƠNG 1. TỔNG QUAN

1.1. Thực trạng nhiễm vi rút viêm gan B

1.1.1. Trên thế giới

Theo Báo cáo Toàn cầu về viêm gan vi rút 2017 của Tổ chức Y tế Thế giới, ước tính năm 2015 toàn cầu có khoảng 257 triệu người nhiễm viêm gan vi rút B mạn và 884.400 người tử vong, phần lớn do các biến chứng xơ gan và ung thư biểu mô tế bào gan. Tỷ lệ nhiễm VRVGB tại các quốc gia trên thế giới có sự khác biệt rõ rệt, trong đó tỷ lệ nhiễm viêm gan vi rút B mạn tính dao động từ 0,2 - 20%. Theo WHO, dịch tễ học của viêm gan vi rút B trên toàn cầu được chia theo 6 vùng địa lý: Châu Âu, Châu Mỹ, Châu Phi, Đông Địa Trung Hải, Đông Nam Á và Tây Thái Bình Dương.

Trong mỗi vùng địa lý, dựa theo tỷ lệ người mang VRVGB tại các quốc gia để chia thành 3 vùng: vùng có tỷ lệ lưu hành thấp, trung bình và cao. Vùng lưu hành cao (HBsAg (+) ≥8%) chiếm khoảng 45% dân số thế giới là vùng có tỷ lệ nhiễm VRVGB từ 70 – 95% dân số nhưng có 2–8% dân số chuyển sang giai đoạn mạn tính, trong đó tập trung ở Đông Nam Á, phần lớn các nước Trung Đông, lưu vực sông Amazon của Nam Mỹ, Trung Quốc, Châu Phi.

Không những gây ra hậu quả nặng nề, gánh nặng bệnh tật to lớn, ảnh hưởng đến chất lượng cuộc sống của con người, VRVGB gây ra bệnh ở mọi quốc gia (dù với tỷ lệ mắc cao thấp khác nhau tùy vùng dịch tễ), mọi đối tượng mà không loại trừ một ai nếu người đó có yếu tố nguy cơ lây nhiễm hoặc phơi nhiễm (trẻ sơ sinh, phụ nữ mang thai, trẻ em, người lớn, người già,…). VRVGB thực sự là vấn đề sức khỏe mang tính chất toàn cầu cần được quan tâm hơn nữa hướng đến mục tiêu loại bỏ căn bệnh truyền nhiễm nguy hiểm này.

1.1.2. Tại Việt Nam

WHO đưa ra cảnh báo, Việt Nam là một trong số 11 quốc gia chiếm tới gần 50% số lượng người mắc bệnh viêm gan mạn tính trên toàn cầu. Theo thống kê của Tổ chức Y tế thế giới (WHO), tại Việt Nam năm 2017 tỷ lệ nhiễm VRVGB chiếm 8,1% tổng dân số. Hiện nay, tỷ lệ người nhiễm viêm gan vi rút B đang ngày một gia tăng trong cộng đồng. Viêm gan vi rút B là một trong hai loại viêm gan do vi rút có gánh nặng lớn nhất đối với sức khoẻ cộng đồng và là nguyên nhân hàng đầu dẫn đến bệnh ung thư biểu mô tế bào gan và xơ gan, gây ra tới 80% tổng số các ca ung thư biểu mô tế bào gan trên thế giới.

Giám sát dịch tễ học viêm gan vi rút trong nhóm người trưởng thành tại Việt Nam được thực hiện tại 32 tỉnh, thành phố năm 2018 và 2019 với cỡ mẫu 25.649 người. Kết quả của giám sát dịch tễ học này cho thấy tỷ lệ nhiễm viêm gan vi rút B mạn tính tại Việt Nam năm 2018 là 9,2%, trong đó cao nhất tại Nam Trung Bộ (11,4%), Tây Nguyên (11,1%), Tây Bắc (11,1%), và thấp nhất tại Bắc Trung Bộ (7,5%).

Nhân viên y tế là lực lượng lao động thường xuyên phải tiếp xúc với nhiều yếu tố tác hại nghề nghiệp, đặc biệt là nguy cơ lây nhiễm các bệnh qua đường máu, trong đó có VGB.

1.2. Các yếu tố liên quan đến nhiễm vi rút viêm gan B

1.2.1. Kiến thức đối với nhiễm VRVGB

Kiến thức và hành vi là hai yếu tố cơ sở và luôn được đề cập đầu tiên trong đánh giá một bệnh lý bất kì, trong đó có nhiễm VRVGB. Việc có kiến thức đúng về bệnh (bao gồm cách phòng chống lây nhiễm, hậu quả của bệnh, các hành vi nguy cơ làm lây nhiễm bệnh) sẽ giúp mọi người quan tâm và có thể dẫn tới thay đổi hành vi từ hành vi nguy cơ thành hành vi phòng ngừa lây nhiễm VRVGB. Bên cạnh đó, việc kiểm soát hành vi nguy cơ là quan trọng vì đây là yếu tố trực tiếp tác động đến việc tăng hay giảm một vấn để sức khỏe trong cộng đồng.

1.2.2. Các hoạt động trong sinh hoạt hàng ngày và hoạt động thẩm mỹ

Đối với hoạt động thẩm mỹ làm đẹp, các hoạt động phổ biến thường được thực hiện là: phun mày môi, xăm hình hay các hoạt động châm cứu, chích lể nhọt là những thủ thuật xâm lấn sử dụng dụng cụ sắc, nhọn; là hành vi nguy cơ lây nhiễm cao nếu sử dụng chung dụng cụ chưa được kiểm soát nhiễm khuẩn hay kiểm soát nhiễm khuẩn không triệt để từ người này sang người khác mà có tổn thương hở da – niêm.

1.2.2. Trong hoạt động y tế

Lây nhiễm thông qua hoạt động y tế có tỷ suất cao hơn so với hoạt động sinh hoạt và làm đẹp. Phòng ngừa và kiểm soát nhiễm khuẩn hiệu quả trong các cơ sở y tế có thể ngăn ngừa lây nhiễm VRVGB, C. Năm 2012, Bộ Y tế đã ban hành Quyết định 3671/QĐ – BYT về Hướng dẫn kiểm soát nhiễm khuẩn trong cơ sở khám chữa bệnh và Kế hoạch hành động quốc gia về tăng cường kiểm soát nhiễm khuẩn trong các cơ sở y tế giai đoạn 2016 – 2020 nhằm tăng cường việc thực hiện phòng ngừa chuẩn và kiểm soát nhiễm khuẩn trong các cơ sở y tế. Trên cơ sở đó, các bệnh viện đã thành lập đơn vị chống nhiễm khuẩn và triển khai các hoạt động phòng chống nhiễm khuẩn, đặc biệt tại các bệnh viện lớn. Mạng lưới chống nhiễm khuẩn tại các cơ sở y tế đã được hệ thống hóa và giám sát việc thực hành phòng chống nhiễm khuẩn. Việc áp dụng các biện pháp phòng ngừa chuẩn để dự phòng các bệnh lây truyền qua đường máu bao gồm VRVGB, C ngày càng được tăng cường.

1.3. Các biện pháp dự phòng lây nhiễm vi rút viêm gan B

1.3.1. Trên thế giới

- Tiêm ngừa vắc xin
- Phòng lây truyền từ mẹ sang con

- Trong sinh hoạt
- Sàng lọc, kiểm nghiệm trước truyền máu
- Sàng lọc, quản lý người nhiễm VRVGB

1.3.2. Tại Việt Nam

- Truyền thông, giáo dục và nâng cao nhận thức, thay đổi hành vi
- Giám sát, xét nghiệm, quản lý người nhiễm VRVGB
- Công tác phòng, chống lây truyền VRVGB từ mẹ sang con
- Trong sinh hoạt tình dục

CHƯƠNG 2. PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1.Đối tượng nghiên cứu

Người Khmer từ đủ 18 – 60 tuổi đang cư trú tỉnh Trà Vinh tại thời điểm nghiên cứu.

Tiêu chuẩn chọn đối tượng nghiên cứu

Đối tượng được chọn vào nghiên cứu phải thỏa mãn tất cả các tiêu chí sau:

- Người Khmer từ đủ 18 – 60 tuổi. Sống tại tỉnh Trà Vinh từ đủ 1 năm trở lên. Xác định đối tượng là dân tộc Khmer dựa vào giấy khai sinh, chứng minh nhân dân, căn cước công dân hoặc sổ hộ khẩu.
- Đồng ý tham gia nghiên cứu.
- Có mặt tại thời điểm nghiên cứu để tham gia nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ

Không đủ năng lực, hành vi tham gia nghiên cứu.

2.2.Địa điểm và thời gian nghiên cứu

Nghiên cứu được thực hiện tại tỉnh Trà Vinh.

Thời gian thực hiện từ tháng 01/01/2021 đến 30/6/2022. Nghiên cứu được tiến hành qua 2 giai đoạn:

- Giai đoạn cắt ngang: 03 tháng, từ 01/01/2021 – 31/3/2021.
- Giai đoạn can thiệp: 01 năm, từ 01/7/2021 – 30/6/2022.

2.3.Phương pháp nghiên cứu

2.3.1. Phương pháp nghiên cứu cho mục tiêu 1 (*Mô tả thực trạng nhiễm VRVGB và một số yếu tố liên quan ở đồng bào Khmer tỉnh Trà Vinh, năm 2021)*

- Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang.
- Cỡ mẫu

Cỡ mẫu: Được tính theo công thức chọn mẫu, công thức ước lượng một tỷ lệ, cỡ mẫu n:

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

Trong đó: $Z_{(1-\alpha/2)}$ = 1,96 với độ tin cậy 95%.

- Theo thống kê WHO, Việt Nam lưu hành VRVGB khoảng 15% nên nghiên cứu chọn p=0,15.

- d = 0,025: Sai số cho phép. Hệ số thiết kế DE = 3.
- Thế vào công thức n= $1,96^2$ x (0,15x0,85:$0,025^2$) x 3=2.352.
  ➔ Lấy mẫu thực tế nghiên cứu n = 2.372 người.
- Phương pháp chọn mẫu: Chọn mẫu cụm nhiều giai đoạn.

2.3.2. Phương pháp nghiên cứu can thiệp cộng đồng mục tiêu 2 *(Đánh giá hiệu quả một số giải pháp can thiệp dự phòng lây nhiễm VRVGB tại cộng đồng ở tỉnh Trà Vinh, giai đoạn, 2021 – 2022).*

- Thiết kế nghiên cứu: nghiên cứu can thiệp trên cộng đồng với 2 lần nghiên cứu cắt ngang.
- Cỡ mẫu

Cỡ mẫu: nghiên cứu được áp dụng theo công thức công thức tính cỡ mẫu kiểm định sự khác biệt giữa 2 tỷ lệ để đánh giá hiệu quả can thiệp:

$$n_{1=}n_{2=}\frac{\left\{z_{1-\propto/2}\sqrt{2p(1-p)}+z_{1-\beta}\sqrt{p_1(1-p_1)+p_2(1-p_2)}\right\}^2}{(p_1-p_2)^2}$$

Trong đó:

- n_1, n_2: Cỡ mẫu tối thiểu của mỗi nhóm can thiệp và nhóm chứng.
- p_1: Sự thay đổi thực hành mong đợi ở nhóm can thiệp = 30%.
- p_2: Sự thay đổi thực hành mong đợi ở nhóm đối chứng = 15%.
- p = (p1 + p2)/2 = 22,5%.
- $z_{1-\propto/2}$: Hệ số z tương ứng với độ tin cậy mong muốn, ứng với độ tin cậy 95% thì $z_{1-\propto/2}$= 1,96.
- $z_{1-\beta}$: Hệ số z tương ứng với lực mẫu mong muốn, ứng với lực mẫu là 95% thì $z_{1-\beta}$ 1,64.

Các nghiên cứu về thực trạng kiến thức, thái độ, hành vi phòng chống lây nhiễm VRVGB cho thấy sự thay đổi tỷ lệ người dân có thực hành đạt thường thấp hơn sự thay đổi tỷ lệ người dân có kiến thức đạt. Do vậy, công thức trên được tính toán dựa trên sự thay đổi tỷ lệ thực hành đạt để cỡ mẫu tính được lớn nhất. Dự trù từ chối tham gia nghiên cứu 10%, mỗi nhóm tính được 221 người. Thực tế đã có 2 ở nhóm trước can thiệp (240 người nhóm can thiệp và 233 người nhóm đối chứng) ; sau can thiệp (250 người nhóm can thiệp và 255 người nhóm đối chứng) tham gia nghiên cứu.

Tác động can thiệp đối với thực trạng nhiễm VRVGB và một số yếu tố liên quan trong nghiên cứu này được ước tính dựa vào hiệu số thay đổi. Công thức để ước tính hiệu số thay đổi: DiD (Difference – in – Difference) = (CT2 – CT1) − (C2 − C1).

2.4.Phương pháp xử lý số liệu

Dữ liệu được nhập bằng phần mềm Epidata 3.1 và phân tích bằng phần mềm Stata 14.0.

Tỷ lệ kiến thức đúng và thực hành đúng được trình bày bảng theo tỷ lệ phần trăm với biến định tính, trình bày theo số trung bình, độ lệch chuẩn với biến định lượng.

So sánh tỷ lệ đồng bào Khmer có kiến thức đúng và có thực hành phòng chống nhiễm VRVGB giữa nhóm chứng và nhóm can thiệp của biến định lượng bằng: Phép kiểm T – test nếu biến số định lượng có phân phối chuẩn. Phép kiểm phi tham số Mann – Whitney nếu biến số định lượng không có phân phối chuẩn. Mô tả mối liên quan giữa một số yếu tố nguy cơ và nhiễm VRVGB bằng test $\chi 2$, OR, phân tích hồi quy logistic, giá trị p chọn ngưỡng $p < 0,05$.

Các yếu tố liên quan, yếu tố tác động qua phân tích đơn biến có $p<0,2$ được đưa vào phân tích ở mô hình đa biến, sử dụng hệ số hồi quy (cho biến định lượng), tỷ số chênh – OR và tỷ số chênh hiệu chỉnh – aOR (cho biến định tính) và KTC 95%.

Với mục tiêu 2, số liệu 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.

CHƯƠNG 3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

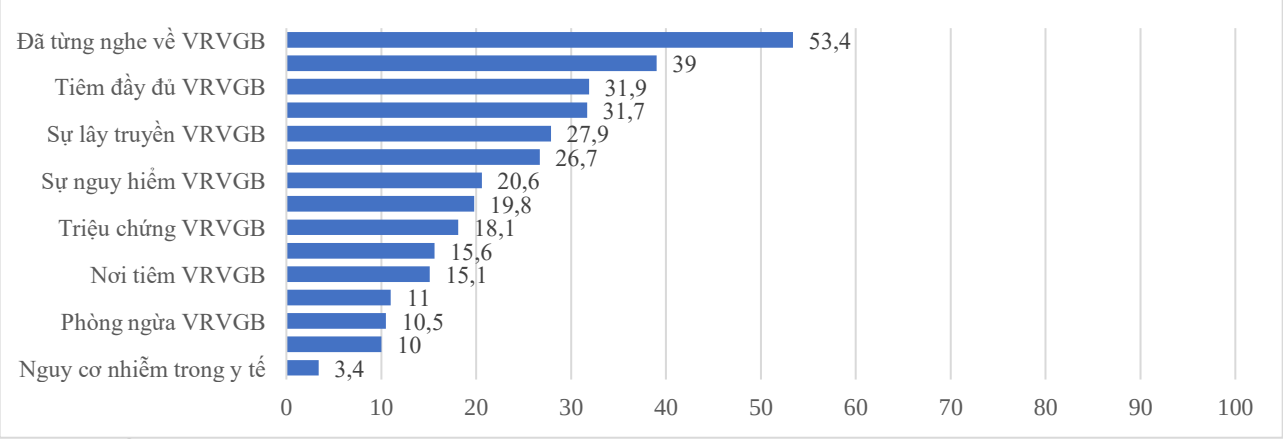
Qua nghiên cứu "Thực trạng nhiễm vi rút viêm gan B ở người Khmer trưởng thành tỉnh Trà Vinh và hiệu quả một số giải pháp can thiệp dự phòng lây nhiễm tại cộng đồng, 2021 – 2022", chúng tôi ghi nhận kết quả như sau:

3.1. Thực trạng nhiễm vi rút viêm gan B và một số yếu tố liên quan

Bảng 3.1. Tỷ lệ nhiễm VRVGB (n=2.372)

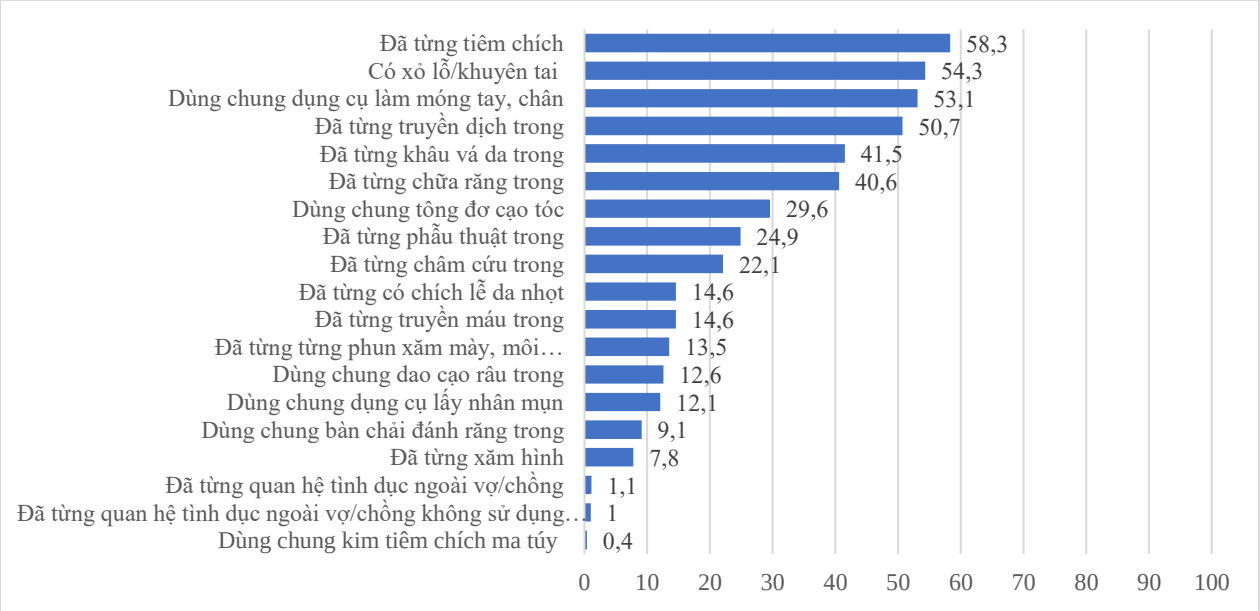
Đặc điểm	Tần số	Tỷ lệ (%)	KTC 95%
Nhiễm VRVGB	233	9,8	8,7 – 11,1
Không nhiễm VRVGB	2139	90,2	88,9 – 91,3

Tỷ lệ nhiễm VRVGB ghi nhận trong nghiên cứu là 9,8%.



Biểu đồ 3.1. Tỷ lệ có kiến thức về nhiễm VRVGB ở đồng bào Khmer (n=2.372)

Nghiên cứu ghi nhận có 53,4% đối tượng nghiên cứu đã từng nghe về VRVGB và 3,4% đúng về nguy cơ nhiễm trong y tế về VRVGB.



Biểu đồ 3.2. Tỷ lệ đã từng có thực hành nguy cơ về nhiễm VRVGB ở đồng bào Khmer (n=2.372)

Về thực hành có nguy cơ trong nhiễm VRVGB, nghiên cứu ghi nhận kết quả như sau: hành vi từng tiêm chích chiếm tỷ lệ cao nhất 58,3%.

3.1.2. Các yếu tố liên quan đến tình trạng nhiễm VRVGB ở đồng bào Khmer

Bảng 3.2. Yếu tố đặc điểm dân số – xã hội và tình trạng nhiễm VRVGB ở đồng bào Khmer (n=2.372)

Đặc điểm	Nhiễm VRVGB		
	OR	**KTC 95%**	**p**
Nhóm tuổi			
Từ 18 đến 29 tuổi	1		
Từ 30 đến 39 tuổi	1,36	0,88 – 2,09	0,163
Từ 40 đến 49 tuổi	1,47	0,96 – 2,23	0,075
Từ 50 đến 60 tuổi	**1,82**	**1,22 – 2,72**	**0,003**
Giới tính			
Nam	**1,56**	**1,19 – 2,05**	**<0,001**
Nữ	1		
Tôn giáo			
Phật giáo	0,96	0,61 – 1,50	0,850
Khác	1		
Trình độ học vấn			
Từ THPT trở lên	0,85	0,59 – 1,22	0,372
Dưới THPT	1		
Nơi sinh sống			
Thành thị	1		
Nông thôn	2,08	0,75 – 5,74	0,157

Nghiên cứu chưa ghi nhận có mối liên quan giữa nhiễm VRVGB theo tôn giáo, trình độ học vấn và nơi sinh sống. Nghiên cứu ghi nhận những người 50 – 60 tuổi có tỷ lệ nhiễm VRVGB cao hơn 1,82 lần (KTC 95%: 1,22 – 2,72, p=0,003) so với nhóm tuổi 18 – 29 tuổi. Nam giới có tỷ lệ nhiễm VRVGB cao gấp 1,56 lần (KTC 95%: 1,19 – 2,05, p<0,001) so với nữ giới, sự khác biệt có ý nghĩa về mặt thống kê.

Bảng 3.3. Yếu tố đặc điểm nghề nghiệp, kinh tế và tình trạng nhiễm VRVGB ở đồng bào Khmer (n=2.372)

Đặc điểm	Nhiễm VRVGB		
	OR	KTC 95%	p
Nghề nghiệp			
Làm thuê, CN, ND	0,95	0,63 – 1,43	0,814
Nội trợ, tiểu thương	1,05	0,69 – 1,59	0,830
Khác	1		
Thu nhập bình quân/tháng			
< 700.000	1		
700.000 – 900.000	0,55	0,24 – 1,25	0,151
900.000 – 1.000.000	1,16	0,60 – 2,22	0,665
1.000.000 – 1.300.000	1,08	0,64 – 1,82	0,771
> 1.300.000	1,15	0,80 – 1,63	0,454
Mức kinh tế gia đình			
Khá – đủ ăn	1		
Nghèo – cận nghèo	1,18	0,87 – 1,59	0,280

Nghiên cứu chưa ghi nhận có mối liên quan giữa nhiễm VRVGB theo nghề nghiệp, thu nhập hàng tháng và mức kinh tế gia đình.

Bảng 3.4. Yếu tố đặc điểm hôn nhân, gia đình và tình trạng nhiễm VRVGB ở đồng bào Khmer (n=2.372)

Đặc điểm	Nhiễm VRVGB		
	OR	KTC 95%	p
Tình trạng hôn nhân			
Kết hôn	0,80	0,57 – 1,14	0,221
Độc thân, ly hôn, ly dị, góa	1		
Người hiện ở cùng			
Người thân	0,68	0,33 – 1,39	0,294
Một mình	1		
Số con			
0	1		
1	0,85	0,49 – 1,46	0,548
≥ 2 con	1,03	0,67 – 1,59	0,893
Thẻ bảo hiểm y tế			
Có	0,80	0,46 – 1,36	0,398

Đặc điểm	Nhiễm VRVGB		
	OR	**KTC 95%**	**p**
Không	1		
Loại thẻ bảo hiểm y tế			
Tự nguyện	**2,26**	**1,22 – 4,19**	**0,010**
Chính sách	**1,84**	**1,13 – 3,01**	**0,014**
Hộ nghèo	1		

Nghiên cứu chưa ghi nhận có mối liên quan giữa nhiễm VRVGB theo tình trạng hôn nhân, số con trong gia đình, người hiện ở cùng, và sở hữu BHYT.

Bảng 3.5. Yếu tố kiến thức chung và tình trạng nhiễm VRVGB ở đồng bào Khmer (n=2.372)

Đặc điểm	Nhiễm VRVGB		
	OR	**KTC 95%**	**p**
Kiến thức chung			
Đúng	1		
Chưa đúng	**2,98**	**1,09 – 8,18**	**0,033**

Đánh giá về kiến thức chung đúng, những người có kiến thức chung chưa đúng có tỷ lệ nhiễm VRVGB bằng 2,98 lần (KTC 95%: 1,09 – 8,18) so với những người có kiến thức chung đúng, p=0,033

Bảng 3.6. Yếu tố thực hành chung và tình trạng nhiễm VRVGB ở đồng bào Khmer (n=2.372)

Đặc điểm	Nhiễm VRVGB		
	OR	**KTC 95%**	**p**
Thực hành chung			
Đúng	**1**		
Chưa đúng	**2,52**	**1,92 – 3,31**	**<0,001**

Đánh giá về thực hành chung đúng, những người có thực hành chung chưa đúng có tỷ lệ nhiễm VRVGB bằng 2,52 lần (KTC 95%: 1,92 – 3,31) so với những người có thực hành chung đúng, p<0,001.

Bảng 3.7. Hồi quy logistic các yếu tố liên quan với tình trạng nhiễm VRVGB (n=2.372)

Đặc điểm	Nhiễm VRVGB		
	aOR	**KTC 95%**	**p**
Nhóm tuổi			
Từ 50 đến 60 tuổi	**2,03**	**1,33 – 3,11**	**0,001**
Từ 40 đến 49 tuổi	**1,58**	**1,01 – 2,45**	**0,043**
Từ 30 đến 39 tuổi	1,37	0,88 – 2,13	0,162
Từ 18 đến 29 tuổi	1		
Giới tính			
Nam	**1,88**	**1,39 – 2,54**	**<0,001**

Đặc điểm	Nhiễm VRVGB		
	aOR	**KTC 95%**	**p**
Nữ	1		
Trình độ học vấn			
Từ THPT trở lên	0,95	0,61 – 1,47	0,808
Dưới THPT	1		
Nghề nghiệp			
Làm thuê, công nhân, nông dân	0,76	0,47 – 1,21	0,249
Nội trợ, tiểu thương	1,06	0,66 – 1,73	0,802
Khác	1		
Mức kinh tế gia đình			
Khá – đủ ăn	1,06	0,77 – 1,47	0,718
Nghèo – cận nghèo	1		
Tình trạng hôn nhân			
Độc thân, ly hôn, ly dị, góa	**1,55**	**1,03 – 2,33**	**0,036**
Kết hôn	1		
Người hiện ở cùng			
Một mình	1,15	0,51 – 2,57	0,735
Người thân	1		
Thẻ bảo hiểm y tế			
Có	0,59	0,34 – 1,04	0,067
Không	1		
Người thân nhiễm VRVGB			
Có	**2,57**	**1,45 – 4,57**	**0,001**
Không	1		
Đã tiêm ngừa VRVGB			
Có	0,73	0,43 – 1,23	0,240
Không	1		
Kiến thức chung về VRVGB			
Chưa đúng	**3,18**	**1,12 – 9,00**	**0,030**
Đúng	1		
Thực hành chung			
Chưa đúng	**2,89**	**2,15 – 3,87**	**<0,001**
Đúng	1		

Sau kiểm soát bằng mô hình đa biến, người 50 – 60 tuổi có tỷ lệ nhiễm VRVGB cao hơn tuổi 18 – 29 tuổi (aOR=2,03; KTC 95%: 1,33 – 3,11), người 40 – 49 tuổi có tỷ lệ nhiễm VRVGB cao hơn tuổi 18 – 29 tuổi (aOR=1,58; KTC 95%: 1,01 – 2,45). Nam giới có tỷ lệ nhiễm VRVGB cao hơn nữ giới (aOR= 1,88; KTC 95%: 1,39 – 2,54). Người có tình trạng hôn nhân độc thân, ly hôn, ly dị, góa có tỷ lệ nhiễm VRVGB cao hơn kết hôn (aOR= 1,55; KTC 95%: 1,03 – 2,33). Người có tiền sử gia đình mắc VRVGB có tỷ lệ nhiễm VRVGB cao hơn những người không có yếu tố

này (aOR=2,57; KTC 95%: 1,45 – 4,57). Những người có kiến thức chung chưa đúng có tỷ lệ nhiễm VRVGB cao hơn người có kiến thức chung đúng (aOR=3,18; KTC 95%: 1,12 – 9,00). Người có thực hành chung chưa đúng về phòng nhiễm VRVGB có tỷ lệ nhiễm VRVGB cao hơn người có thực hành đúng (aOR=2,89; KTC: 2,15 – 3,87).

3.2.3. Kết quả thực hiện can thiệp dự phòng lây nhiễm VRVGB

3.2.3.1. Về kiến thức

Bảng 3.8. Phân tích hiệu quả can thiệp kiến thức về nhiễm VRVGB (n = 978)

	Trước can thiệp		Sau can thiệp			p
	Nhóm chứng	**Nhóm CT**	**Nhóm chứng**	**Nhóm CT**	**DID**	
	Tổng điểm kiến thức chung					
TB	3,40	3,59	4,69	5,75	0,86	0,037
ĐLC	3,18	3,21	3,24	3,23		
	Điểm số kiến thức cơ bản về VGB					
TB	1,12	1,17	1,50	1,94	0,40	0,017
ĐLC	1,24	1,35	1,30	1,27		
	Điểm số kiến thức về nguy cơ nhiễm VRVGB					
TB	0,44	0,42	0,75	1,01	0,29	0,015
ĐLC	0,82	0,79	1,02	1,04		
	Điểm số kiến thức về phòng ngừa nhiễm VRVGB					
TB	1,84	2,01	2,45	2,80	0,18	0,392
ĐLC	1,72	1,75	1,51	1,50		

Kết quả phân tích DID đơn biến, trong đó sự thay đổi kiến thức chung ở nhóm can thiệp khác với nhóm chứng trung bình là 0,86 điểm. Sự khác biệt trên có ý nghĩa thống kê với p< 0,05. Ngoài ra, có sự khác biệt về điểm kiến thức về viêm gan B và kiến thức về nguy cơ nhiễm VGB.

Bảng 3.9. Hiệu quả can thiệp kiến thức về nhiễm VRVGB sau khi hiệu chỉnh các yếu tố (n = 978)

Đặc điểm	Tỷ lệ (%) điểm KT (DID)	KTC 95%	p
Tổng điểm kiến thức chung	6,8	1,9 – 11,7	**0,021**
Kiến thức cơ bản về VGVR B	11,5	7,6 – 15,4	**0,003**
Kiến thức về nguy cơ nhiễm VRVGB	10,0	(–1,9) – 21,8	0,075
kiến thức về phòng ngừa nhiễm VRVGB	2,8	(–1,2) – 6,8	0,115

[a] *Tỷ lệ % điểm DID khác biệt giữa nhóm can thiệp so với nhóm chứng. Kết quả được hiệu chỉnh cho các yếu tố: Giới tính (nam; nữ), nhóm tuổi (từ 18 đến 29 tuổi, từ 30 đến 39 tuổi; từ 40 đến 49 tuổi; từ 50 đến 60 tuổi), tình trạng hôn nhân (kết hôn; độc thân, ly hôn, ly dị, góa), trình độ học vấn (≥THPT trở lên; <THPT), tôn giáo (phật giáo; tôn giáo khác), người hiện ở cùng (người quen; một mình), có người thân mắc VRVGB (có; không).*

Hiệu quả can thiệp hiệu chỉnh cho các yếu tố nhiễu, kết quả cho thấy can thiệp làm tăng trung bình 6,8% điểm kiến thức chung (p=0,021), tăng 11,5% điểm kiến thức cơ bản về VGVR B (p=0,003), tăng 10,0% điểm kiến thức về nguy cơ nhiễm VRVGB (p=0,075) và tăng 2,8% điểm kiến thức về phòng ngừa nhiễm VRVGB (p=0,115).

3.2.3.2. Về thực hành

Bảng 3.10. Phân tích hiệu quả can thiệp thực hành phòng ngừa lây nhiễm VRVGB (n = 978)

	Trước can thiệp		Sau can thiệp			p
	Nhóm chứng	**Nhóm CT**	**Nhóm chứng**	**Nhóm CT**	**DID**	
	Tổng điểm số nguy cơ thực hành chung					
TB	4,75	4,68	4,37	3,57	–0,73*	0,024
ĐLC	2,54	2,99	2,35	2,10		
	Điểm số nguy cơ trong sinh hoạt					
TB	0,60	0,60	0,47	0,34	–0,13	0,172
ĐLC	0,74	0,82	0,71	0,60		
	Điểm số nguy cơ trong làm đẹp					
TB	1,54	1,52	1,38	1,15	–0,21	0,103
ĐLC	1,02	1,10	0,98	0,89		
	Điểm số nguy cơ trong y tế					
TB	2,59	2,52	2,51	2,07	–0,38	0,099
ĐLC	1,86	1,97	1,67	1,57		
	Điểm số nguy cơ về ma túy và hành vi quan hệ tình dục					
TB	0,02	0,04	0,01	0,01	–0,02	0,407
ĐLC	0,17	0,27	0,14	0,14	0,02	

Kết quả phân tích DID đơn biến, trong đó sự thay đổi thực hành chung ở nhóm can thiệp khác với nhóm chứng trung bình là – 0,73 điểm, p<0,05.

Bảng 3.11. Hiệu quả can thiệp thực hành phòng ngừa lây nhiễm VRVGB sau khi hiệu chỉnh các yếu tố (n = 978)

	Tỷ lệ (%) điểm TH (DID)	KTC 95%	p
Tổng điểm số nguy cơ thực hành chung	–4,5	(–13,1) – 4,1	0,196
Điểm số nguy cơ trong sinh hoạt	–5,2	(–17,6) – 7,2	0,275
Điểm số nguy cơ trong làm đẹp	–4,5	(–9,6) – 0,5	0,065
Điểm số nguy cơ trong y tế	–5,7	(–20,6) – 9,2	0,311
Điểm số nguy cơ về ma túy và hành vi quan hệ tình dục	–0,54	(–3,7) – 2,6	0,619

a Tỷ lệ % điểm DID khác biệt giữa nhóm can thiệp so với nhóm chứng. Kết quả được hiệu chỉnh cho các yếu tố: Giới tính (nam; nữ), nhóm tuổi (từ 18 đến 29 tuổi; từ 30 đến 39 tuổi; từ 40 đến 49 tuổi; từ 50 đến 60 tuổi), tình trạng hôn nhân (kết hôn; độc thân, ly hôn, ly dị, góa), trình độ học vấn (≥THPT trở lên;

<THPT), tôn giáo (phật giáo; tôn giáo khác), người hiện ở cùng (người quen; một mình), có người thân mắc VRVGB (có; không).

Nghiên cứu chưa ghi nhận có sự cải thiện có ý nghĩa thống kê về điểm số thực hành ở tất cả các lĩnh vực khảo sát.

CHƯƠNG 4: BÀN LUẬN

4.1. Thực trạng nhiễm vi rút viêm gan B và một số yếu tố liên quan

4.1.1. Tỷ lệ nhiễm vi rút viêm gan B đồng bào Khmer

Nghiên cứu mới đưa ra kết quả cho thấy tỷ lệ nhiễm VRVGB chung là 9,8%, một con số có ý nghĩa đáng chú ý trong việc đánh giá tình trạng sức khỏe cộng đồng. So sánh với nghiên cứu trước đó của Phạm Ngọc Thanh (2021) tại 3 tỉnh của Tây Nguyên, chúng ta thấy rằng kết quả của nghiên cứu hiện tại và nghiên cứu trước đó có sự tương đồng đáng kể về tỷ lệ nhiễm VRVGB. Trong nghiên cứu của Phạm Ngọc Thanh (2021), tỷ lệ nhiễm VRVGB được xác định là 11,1% tại khu vực đó. Sự tương đồng này giữa kết quả của nghiên cứu mới và nghiên cứu trước đó có thể đề xuất rằng tỷ lệ nhiễm VRVGB ổn định hoặc có sự biến động không đáng kể trong cộng đồng trong khoảng thời gian giữa hai nghiên cứu. Điều này có thể đưa ra nhiều suy luận và đề xuất hướng nghiên cứu tiếp theo để hiểu rõ hơn về yếu tố ảnh hưởng đến tỷ lệ nhiễm VRVGB và để phát triển các biện pháp kiểm soát dự phòng lây nhiễm hiệu quả. Theo báo cáo tổng hợp của nhóm nghiên cứu về gánh nặng bệnh tật toàn cầu vào năm 2019, tỷ lệ nhiễm VRVGB chung là 4,1%, theo từng khu vực WHO như sau Châu Phi (6,5%), Trung Đông (3,1%), Châu Âu (1,1%), châu Mỹ (1,2%), Đông Nam Á (3,1%) và Châu Á – Thái Bình Dương (7,1%). Theo báo cáo tổng hợp của Bộ Y tế tại Việt Nam dựa trên giám sát dịch tễ tại 32 tỉnh thành với 25.649 người tham gia năm 2018, tỷ lệ nhiễm VRVGB chung là 9,2%, trong đó cao nhất tại Nam Trung Bộ (11,4%), Tây Nguyên (11,1%), Tây Bắc (11,1%), và thấp nhất tại Bắc Trung Bộ (7,5%). Dựa trên các số liệu ghi nhận được, có thể thấy tỷ lệ nhiễm VRVGB trong nghiên cứu của chúng tôi là cao hơn đáng kể, cả trong khu vực và theo các báo cáo trước đó tại Việt Nam. Sự khác biệt này có thể là do thời gian tiến hành nghiên cứu cũng như đối tượng nghiên cứu. Cụ thể, nghiên cứu của chúng tôi tiến hành vào năm 2021, so với thống kê của Bộ Y tế năm 2018 và tổng kết của tổ chức Gánh nặng bệnh tật vào năm 2019. Ngoài ra, các nghiên cứu trước đó được tiến hành trên nhóm dân số chung, còn nghiên cứu của chúng tôi lại tập trung vào đối tượng người đồng bào Khmer. Xét về mặt bằng chung trong đời sống kinh tế, văn hóa xã hội, và điều kiện tiếp cận dịch vụ y tế, đối tượng trong nghiên cứu của chúng tôi có phần yếu thế hơn, và có thể là một trong những lý do có tỷ lệ hiện mắc VRVGB cao hơn. Từ đó, có thể thấy rằng nhóm người đồng bào Khmer trên thực tế có thể bị tác động nhiều hơn, việc thực hiện thường xuyên và liên tục

về sàng lọc VRVGB là cần thiết để hỗ trợ người dân có chất lượng cuộc sống tốt hơn.

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

4.1.2.1. Yếu tố về nhân khẩu học

Giới tính và nhóm tuổi là hai yếu tố quan trọng và có mối liên quan đến việc nhiễm VRVGB trong nghiên cứu đang tiến hành. Về độ tuổi, nghiên cứu ghi nhận tuổi càng cao tỷ lệ nhiễm VRVGB càng cao. Cụ thể, những người từ 50 đến 60 tuổi có nguy cơ nhiễm VRVGB cao gấp 1,82 lần (KTC 95%: 1,22 – 2,72) so với những người từ 18 đến 29 tuổi. Kết quả nghiên cứu này tương đồng kết quả trong nghiên cứu của Sayih BA (2020), và Zhao X (2021) khi cùng nghiên cứu trên cộng đồng và cùng ghi nhận có sự gia tăng tỷ lệ VRVGB theo nhóm tuổi. Theo các đánh giá, việc gia tăng nguy cơ mắc viêm gan vi rút theo độ tuổi chủ yếu là do gia tăng các hành vi nguy cơ cũng như nhiều yếu tố thúc đẩy mắc bệnh khác theo độ tuổi. Những người ở độ tuổi trẻ thường có nguy cơ cao hơn do các hoạt động xã hội, tình trạng chia sẻ vật dụng cá nhân và hành vi tình dục không an toàn. Tuy nhiên, lại không đồng nhất với nghiên cứu của Phạm Ngọc Thanh (2021) tại các tỉnh khu vực Tây Nguyên khi nghiên cứu này không ghi nhận có mối liên quan giữa độ tuổi và tỷ lệ nhiễm VRVGB. Sự khác biệt nhau giữa các nghiên cứu có thể là do đặc tính văn hóa xã hội cũng như đời sống của đối tượng nghiên cứu.

Khác với yếu tố độ tuổi khi vẫn còn nhiều tranh cãi về cơ chế, lý do thật sự làm gia tăng hay không không phải là yếu tố nguy cơ của nhiễm VRVGB, yếu tố giới tính đã được chứng minh là yếu tố nguy cơ quan trọng đối với bệnh lý này. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng tương đồng với các nghiên cứu trước đó khi cùng ghi nhận rằng nam giới có tỷ lệ nhiễm VRVGB là cao hơn đáng kể so với nữ giới. Theo các nghiên cứu về miễn dịch học, nữ giới thường ít khi mắc bệnh truyền nhiễm hơn so với nam giới do hệ thống miễn dịch của họ là tốt hơn. Cụ thể, khả năng sinh kháng thể chống lại các tác nhân truyền nhiễm của nữ giới là tốt hơn, do đó khi gặp tác nhân là VRVGB, hệ thống miễn dịch ở nữ giới kích hoạt các cơ chế bảo vệ, tiêu diệt tác nhân vi rút và đảm bảo an toàn cho cơ thể. Trong khi đó ở nam giới, với khả năng đáp ứng kém của hệ miễn dịch, VRVGB không được nhận diện và tiêu diệt, từ đó, vi rút có thời gian để sinh trưởng, phát triển và tấn công trực diện vào cơ thể, cơ quan đích là gan, gây xơ gan và thậm chí là ung thư biểu mô tế bào gan. Điều này góp phần giải thích lý do nữ giới có tỷ lệ dương tính với VRVGB là thấp hơn so với nam giới. Ngoài ra, so với nữ giới, nam giới có nhiều thói quen, hành vi nguy cơ làm giảm mạnh khả năng miễn dịch của cơ thể và gia tăng khả năng nhiễm VRVGB như hút thuốc lá, lạm dụng rượu bia, quan hệ tình dụng không an toàn,…. Bên cạnh đó, một lý do quan trọng khác đó là việc chủ quan về sức khỏe của nam giới, họ ít để ý đến tình trạng sức khỏe bản thân và ít có xu hướng sử dụng các dịch

vụ chăm sóc sức khỏe, dẫn đến việc khi phát hiện bệnh thường đã trễ và bệnh đã tiến triển ở một mức độ nhất định.

Trong bất kì đánh giá nào về tình hình bệnh truyền nhiễm của một địa phương, khu vực, vấn đề trình độ học vấn luôn được ghi nhận và đánh giá. Trong nghiên cứu của chúng tôi, chưa ghi nhận có sự khác biệt có ý nghĩa về mặt thống kê về tỷ lệ nhiễm VRVGB theo trình độ học vấn. Tùy thuộc vào trình độ của đối tượng và các chương trình can thiệp sẽ có những cách tiếp cận khác nhau. Mục đích cuối cùng là nâng cao nhận thức của đối tượng, làm thay đổi hành vi để có cuộc sống chất lượng hơn. Do đó, việc nâng cao trình độ học vấn cũng là một trong những biện pháp góp phần làm giảm tỷ lệ mắc các bệnh truyền nhiễm nói chung và bệnh VRVGB nói riêng. Mặc dù nghiên cứu chưa thể hiện rõ sự tác động của yếu tố trình độ học vấn trong tỷ lệ nhiễm VRVGB trong cộng đồng, nhưng việc liên tục nâng cao nhận thức, bổ sung kiến thức và hướng dẫn thực hành an toàn cho người dân vẫn cần được tiến hành thường xuyên và liên tục.

Nghiên cứu chưa ghi nhận có mối liên quan giữa tôn giáo và nơi sinh sống đối với tỷ lệ nhiễm VRVGB. Điều này hoàn toàn phù hợp với thực tế khi mắc bệnh VRVGB không bị ảnh hưởng bởi yếu tố niềm tin, tín ngưỡng của tôn giáo. Các chương trình truyền thông nên phối hợp để một phần đạt hiệu quả cao hơn trong tiếp cận cộng đồng cũng như đạt được hiệu quả của chương trình can thiệp mà mình đang hướng tới.

Đối với nơi sinh sống, một môi trường bất ổn định, không an toàn được coi là mối nguy cơ của các bệnh truyền nhiễm. Trong nghiên cứu hiện tại, chủ yếu là người dân sống tại khu vực nông thôn, do đó việc ghi nhận tỷ lệ mắc theo yếu tố địa dư thành thị hay nông thôn chưa có ý nghĩa về mặt thống kê.

Nghiên cứu chưa ghi nhận có mối liên quan giữa các yếu tố về nghề nghiệp, tình trạng hôn nhân, mức thu nhập gia đình, người hiện ở cùng, số con trong gia đình, tham gia bảo hiểm y tế với tỷ lệ nhiễm VRVGB trong cộng đồng. Đối với yếu tố nghề nghiệp, trong các nghiên cứu trước, nhóm đối tượng được ghi nhận có tỷ lệ nhiễm VRVGB cao thường thấy là nông dân và NVYT. Theo các nghiên cứu này việc người nông dân có tỷ lệ nhiễm VRVGB cao hơn vì nhóm này được cho là gặp nhiều khó khăn hơn trong tiếp cận dịch vụ y tế, hay tiếp cận phương pháp phòng ngừa bằng vắc xin. Đối với nhóm những người là NVYT, đây là nhóm có nguy cơ cao nhất về việc nhiễm VRVGB trong số các ngành nghề. Theo nghiên cứu của Nguyễn Thúy Quỳnh và cộng sự (2009), tỷ lệ nhiễm VRVGB chung của NVYT là 6,9%. Ngoài ra nghiên cứu này còn ghi nhận, độ tuổi NVYT càng cao, khả năng nhiễm càng cao, điều dưỡng bị nhiễm VRVGB nhiều hơn so với bác sĩ và các nhóm NVYT khác, hoặc những nhân viên đã từng gặp sự cố với vật sắc nhọn, công tác liên quan phẫu thuật, tiêm truyền,… sẽ có tỷ lệ dương tính với VRVGB cao hơn

những nhân viên không thực hiện các công việc này. Kết quả này là hoàn toàn phù hợp với đặc điểm nghề nghiệp, tuổi càng cao tức thời gian NVYT tiếp xúc với mối nguy cơ càng lớn, khối điều dưỡng thực hiện các hoạt động chăm sóc, theo dõi liên tục cũng có thời gian nguy cơ là cao hơn đáng kể so với bác sĩ và các nhóm công tác khác trong môi trường bệnh viện. Tuy nhiên, trên thực tế ghi nhận, so với mặt bằng chung các ngành nghề, những người làm y tế lại có tỷ lệ nhiễm thấp hơn.

4.1.2.2. Yếu tố về tiền sử gia đình và phòng ngừa bằng vắc xin

Nghiên cứu ghi nhận những người có tiền sử gia đình có người thân đã từng mắc VRVGB có tỷ lệ nhiễm VRVGB cao hơn 2,59 lần (KTC 95%: 1,51 – 4,44) so với những gia đình không có ai mắc VRVGB trước đó. Bệnh lý này không phải là bệnh di truyền từ thế hệ này sang thế hệ khác. Việc người thân có tiền sử mắc viêm gan B làm gia tăng nguy cơ mắc của các thành viên còn lại thông qua việc mẹ đang mang thai mắc viêm gan B truyền sang con, hoặc thông qua các sinh hoạt gia đình như dùng chung một số vật dụng cá nhân, chăm sóc vết thương sinh hoạt,… Vấn đề này cũng nên được chú trọng trong công tác quản lý người nhiễm VRVGB trong cộng đồng.

Đối với hoạt động phòng ngừa VRVGB, tiêm vắc xin là biện pháp phòng ngừa hữu hiệu nhất. Trong nghiên cứu của chúng tôi, những người không tiêm/chưa tiêm ngừa VRVGB có tỷ lệ nhiễm VRVGB cao gấp 1,49 lần (KTC 95%: 0,92 – 2,43) so với những người đã được chủng ngừa VRVGB, tuy nhiên sự khác biệt ghi nhận chưa có ý nghĩa về mặt thống kê. Tính tới đến thời hiện tại, vắc xin VGB có thể sử dụng chủng ngừa cho mọi đối tượng, lứa tuổi. Mặc dù nghiên cứu chưa ghi nhận sự khác biệt về thống kê, nhưng vai trò của tiêm ngừa vắc xin VGB đã được chứng minh với hiệu quả đáng kể. Nói cách khác, cần chú trọng công tác truyền thông, giáo dục sức khỏe, nâng cao nhận thức người dân về tầm quan trọng của tiêm ngừa vắc xin VGB nhằm giảm nguy cơ và phòng ngừa lây truyền viêm gan B trong cộng đồng.

4.1.2.3. Kiến thức về VRVGB của đồng bào Khmer tại tỉnh Trà Vinh

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ người đồng bào Khmer có kiến thức chung đúng về VRVGB là 3,6%. Khi so sánh tỷ lệ kiến thức chung với các nghiên cứu cộng đồng khác, kết quả của chúng tôi là thấp hơn đáng kể so với một số nghiên cứu trước đó.

Khi đánh giá kiến thức chúng tôi ghi nhận trên các khía cạnh sau: sự lây truyền, triệu chứng, cách phát hiện, sự nguy hiểm, nguy cơ nhiễm trong sinh hoạt, nguy cơ nhiễm trong y tế, nguy cơ nhiễm khi làm đẹp, cách phòng ngừa, lợi ích của tiêm ngừa, đối tượng tiêm ngừa, thời điểm tiêm ngừa, vấn đề tiêm đầy đủ, tiêm ngừa miễn phí trong chương trình tiêm chủng mở rộng và nơi tiêm. Với thiết kế chi tiết và nhiều khía cạnh, bộ câu hỏi nhìn chung đánh giá kiến thức một cách toàn diện và

kết quả là cơ sở cụ thể cho từng hoạt động can thiệp chuyên biệt. Trong quá trình đánh giá, chúng tôi ghi nhận tỷ lệ người dân có kiến thức đúng theo từng khía cạnh là rất thấp. Kết quả về kiến thức ghi nhận tỷ lệ nhiễm VRVGB ở những người có kiến thức chưa đúng theo từng khía cạnh là cao hơn so với những người có kiến thức đúng.

Đối với kiến thức về sự lây truyền, tỷ lệ người nhiễm VRVGB có kiến thức đúng là 27,9%, trong đó, người nhiễm VRVGB có kiến thức đúng chiếm 6,3% và người có kiến thức chưa đúng có tỷ lệ nhiễm VRVGB cao hơn 1,86 lần so với những người có kiến thức đúng. Việc truyền thông giáo dục sức khỏe cần chú ý điểm này để đảm bảo hiệu quả, đồng thời việc kiểm soát tốt các con đường lây truyền trên không những làm giảm tỷ lệ mắc viêm gan vi rút B mà còn làm giảm tỷ lệ nhiễm HIV, cũng như các bệnh truyền nhiễm khác có cùng chung cách thức lây truyền trên.

Bên cạnh hoạt động phòng ngừa thông qua các đường lây, việc nhận diện được các triệu chứng viêm gan vi rút B là quan trọng để phát hiện và điều trị sớm, góp phần điều trị hiệu quả cũng như quản lý tốt người bệnh. Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ người dân có kiến thức đúng về triệu chứng và cách phát hiện viêm gan vi rút B lần lượt là 18,1% và 31,7%. Trong quá trình thực hiện nghiên cứu, thông qua phỏng vấn và quan sát trực tiếp, chúng tôi ghi nhận một bộ phận lớn người dân chưa thật sự quan tâm, để ý những biểu hiện sức khỏe của bản thân, tỷ lệ này ở nam cao hơn so với nữ. Việc bỏ qua các biểu hiện sớm của bệnh làm cho việc điều trị trở nên khó khăn, đặc biệt là khi bệnh đã tiến triển đến những giai đoạn nặng. Một trong những lý do khác đó chính là việc người dân chưa nhận thức đúng đắn về mức độ nguy hiểm của bệnh lý trên. Đồng thời tỷ lệ dân số Khmer là tương đối cao (40%) trong cơ cấu thành phần dân số tại Trà Vinh, việc đánh giá kiến thức nhận thức để có can thiệp phù hợp là cần thiết để đảm bảo sức khỏe chung của người dân Khmer cũng như của toàn tỉnh Trà Vinh.

Về đánh giá nguy cơ nhiễm viêm rút viêm gan B, nghiên cứu ghi nhận có 19,8% đối tượng có kiến thức đúng về nguy cơ nhiễm trong sinh hoạt hằng ngày, 11,0% trong khi làm đẹp và 3,4% trong y tế. Về nguy cơ nhiễm trong sinh hoạt và làm đẹp, tỷ lệ nhiễm VRVGB ở nhóm người có kiến thức chưa đúng là cao hơn so với nhóm người có kiến thức đúng, $p<0,001$. Trong khi đó, nguy cơ nhiễm trong y tế thì chưa ghi nhận được mối liên quan. Việc tỷ lệ người dân có kiến thức thấp về đánh giá nguy cơ nhiễm trong các lĩnh vực trên cũng xuất phát từ việc chưa nhận thức đúng đắn về cách thức lây truyền của VRVGB. Ngoài ra, sự chủ quan cũng như thói quen trong sinh hoạt, làm đẹp thường ngày và kể cả khi sử dụng các dịch vụ chăm sóc y tế làm cho đối tượng nghĩ rằng các hoạt động trên không làm lây nhiễm bệnh VRVGB.

Về nội dung phòng ngừa VRVGB, tỷ lệ người dân có kiến thức đúng về cách phòng ngừa là thấp với 10,5%. Ghi nhận có 10,0% mẫu nghiên cứu trả lời đúng về đối tượng nên tiêm ngừa vắc xin VGB, 15,6% phản hồi chính xác về thời điểm nên tiêm, 31,9% về tiêm đầy đủ vắc xin, 26,7% biết về hoạt động chủng ngừa viêm gan vi rút B trong chương trình Tiêm chủng mở rộng và 15,1% biết về nơi tiêm ngừa viêm gan vi rút B. Có thể thấy, các hoạt động truyền thông giáo dục sức khỏe với những thông tin chính thống, xác đáng, có tính thuyết phục cao cần được tiến hành chuyên môn hóa hơn nữa để có thể tiếp cận được đến người dân, đồng thời phản bác các luận điểm thiếu khoa học hiện đang tràn lan và len lỏi trong đời sống xã hội hiện nay.

4.1.2.4. Hành vi nguy cơ về VRVGB của đồng bào Khmer tại tỉnh Trà Vinh

Trong sinh hoạt hằng ngày, các nguy cơ lây nhiễm có thể đến từ việc sử dụng chung các đồ vật cá nhân trong gia đình như dao cạo râu, tông đơ cạo tóc và bàn chải đánh răng. Nghiên cứu ghi nhận tỷ lệ người dân có các hành vi trên lần lượt là 12,6%, 29,6% và 9,1%. Khi so sánh về tỷ lệ nhiễm VRVGB theo các hành vi nguy cơ trong sinh hoạt hằng ngày, những người có dùng chung các dụng cụ trên trong sinh hoạt hằng ngày có tỷ lệ (+) cao hơn so với những người không dùng chung, các sự khác biệt đều có ý nghĩa về mặt thống kê. Để hạn chế nguy cơ lây nhiễm, khuyến nghị nên mỗi người có một ly riêng chứa các dụng cụ cá nhân, đối với việc cắt tóc, có thể yêu cầu thợ cắt tóc vệ sinh tông đơ hoặc chuẩn bị các dụng cụ riêng cho bản thân để đảm bảo giảm thiểu đến mức thấp nhất có nguy cơ nhiễm VRVGB trong sinh hoạt hằng ngày.

Đối với nhóm hành vi nguy cơ thông qua hoạt động làm đẹp, nghiên cứu ghi nhận một tỷ lệ khá cao về dùng chung dụng cụ làm móng tay, chân với 53,1%, xỏ lỗ khuyên tai với 54,3%, thực hiện phun xăm mày, môi với 13,5%, dụng cụ lấy nhân mụn với 12,1% và thấp nhất là xăm hình với 7,8%. Trong phân tích mối liên quan đến tỷ lệ nhiễm VRVGB của các yếu tố này, ghi nhận đều có sự khác biệt đáng kể và có ý nghĩa thống kê ở nhóm có các hành vi trên so với nhóm không có các hành vi trên, với $p<0,05$. Các hoạt động làm đẹp trên là hoạt động có gây ra tình trạng tổn thương trên da, đây là một đường lây truyền qua trọng của VRVGB. Trong vấn đề làm đẹp, cách thức lây thông thường là lây gián tiếp thông qua các bộ dụng cụ được sử dụng chung như bộ làm móng, máy xăm,…Khi dụng cụ bị nhiễm, kết hợp trên da có tình trạng tổn thương, vi rút sẽ dễ dàng xâm nhập theo các ngõ vào này, từ đó gây ra bệnh và lây lan cho cộng đồng.

Về nguy cơ nhiễm trong y tế, chúng tôi đánh giá qua các hành vi tiêm chích, truyền dịch, truyền máu, chích lễ da nhọt, châm cứu, khâu vá da, chữa răng, và phẫu thuật. Đối với đặc thù y tế, con đường lây truyền VRVGB chủ yếu là đường máu thông qua các dụng cụ bị nhiễm hay nhiễm thông qua quá trình tương tác với người

bệnh viêm gan vi rút B. Nhìn chung, trong lĩnh vực y tế, việc bị nhiễm do các thao tác và vật dụng từ y tế là rất thấp vì quy định an toàn đối với lĩnh vực này là rất cao.

Về hành vi tiêm chích ma túy, đây là một trong những hành vi nguy cơ cao đối với lây truyền HIV, viêm gan vi rút B và một số bệnh lý qua đường máu khác. Các nghiên cứu đã chứng minh và đưa ra các khuyến cáo sàng lọc quan trọng đối với những người tiêm chích ma túy. Đây vừa là đối tượng có nguy cơ cao vừa là nhóm người gây nhiễm cao nếu không được quản lý chặt chẽ. Trong nghiên cứu của chúng tôi, không ghi nhận có tình trạng tiêm chích ma túy. Đối với thông tin này, đây có thể là thông tin nhạy cảm đối với đối tượng nghiên cứu, do đó, việc không ghi nhận có thể là do đối tượng nghiên cứu không muốn/dám trả lời vì e ngại bị ảnh hưởng đến cuộc sống.

Nhóm hành vi nguy cơ cuối cùng được đánh giá trong nghiên cứu của chúng tôi là quan hệ tình dục ngoài vợ/chồng có hoặc không có bao cao su. Một trong những chiến lược quốc gia trong phòng chống các bệnh lây nhiễm qua đường tình dục đó là chung thủy, 1 bạn tình. Điều này giúp cho các cơ quan chức năng cũng như từng cá thể trong cộng đồng đánh giá chính xác các bệnh lý truyền nhiễm qua đường tình dục. Trong nghiên cứu của chúng tôi, ghi nhận có 1,0% mẫu nghiên cứu có quan hệ tình dục ngoài vợ/chồng và không sử dụng bao cao su. Tỷ lệ này về con số là không cao, nhưng hệ lụy về mặt gia đình, xã hội và y tế là một vấn đề cần chú ý.

Bên cạnh các phân tích đơn biến, mô hình hồi quy đa biến được tiến hành nhằm đánh giá sự ảnh hưởng đồng thời của nhiều yếu tố lên cùng một vấn đề, ngoài ra, còn giúp kiểm soát các tác động như gây nhiễu, tương tác của các biến số với nhau. Biến số giới tính và độ tuổi được đưa vào mô hình vì đây là các biến số không thay đổi được của các vấn đề sức khỏe. Biến số trình độ học vấn, nghề nghiệp, mức kinh tế gia đình, tình trạng hôn nhân, người hiện ở cùng, sở hữu thẻ bảo hiểm y tế và tiêm ngừa được đưa vào mô hình vì các biến số này được đề cập có mối liên quan, tác động đến sự gia tăng hay phòng ngừa các bệnh truyền nhiễm, trong đó có nhiễm VRVGB. Biến số tiền sử gia đình nhiễm VRVB, kiến thức đúng và thái độ đúng được đưa vào mô hình vì có mối liên quan trong phân tích đơn biến. Sau kiểm soát bằng mô hình đa biến, các yếu tố có liên quan đến nhiễm VRVGB trong nghiên cứu đang tiến hành là nhóm tuổi, giới tính, tình trạng hôn nhân, tiền sử gia đình có người nhiễm VRVGB, kiến thức chung đúng và thực hành chung đúng về VRVGB.

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

4.2.1. Hiệu quả các biện pháp can thiệp cải thiện kiến thức về nhiễm vi rút viêm gan B

Kết quả nghiên cứu ghi nhận có sự thay đổi có ý nghĩa về kiến thức và thực hành giữa nhóm can thiệp so với nhóm chứng, và giữa sau can thiệp so với trước can thiệp. Nói cách khác, can thiệp có hiệu quả rõ rệt trong nâng cao kiến thức và thực hành của người dân. Cụ thể, việc can thiệp đã làm tăng về kiến thức đúng và thực hành đúng ở nhóm can thiệp so với nhóm chứng; sau can thiệp tỷ lệ kiến thức đúng và thực hành so với trước can thiệp. Tuy nhiên, hiệu quả thực hành chưa đáng kể, có thể do thời điểm nghiên can thiệp cũng gặp nhiều trở ngại do dịch bệnh khác đang tác động mạnh mẽ đến cộng đồng, bên cạnh đó, những yếu tố thói quen hành vi lối sống cần sự can thiệp lâu dài hơn nữa. Có thể thấy rằng, việc can thiệp truyền thông có hiệu quả ở nhiều đối tượng thông qua kết quả các nghiên cứu. Đồng thời, kết quả nghiên cứu của chúng tôi góp phần làm rõ và bổ sung cho các kết quả nghiên cứu trước đó về sự quan trọng, tính hiệu quả của can thiệp truyền thông trong phòng ngừa các bệnh lây nhiễm, trong đó có VRVGB.

Đánh giá tổng hợp về kiến thức chung, dựa vào hồi quy tuyến tính DID có hiệu chỉnh cho các yếu tố nhiễu, kết quả cho thấy can thiệp làm tăng trung bình 0,86 điểm kiến thức chung về viêm gan B so với nhóm không can thiệp. Hiệu quả có ý nghĩa thống kê với $p<0,05$. Hiệu quả can thiệp hiệu chỉnh cho các yếu tố nhiễu, kết quả cho thấy can thiệp làm tăng trung bình 6,8% điểm kiến thức chung ($p=0,021$). Có thể thấy rõ việc tác động truyền thông đã nâng cao đáng kể kiến thức của người dân trong cộng đồng. Đây cũng là cơ sở để người dân nhận thức được các vấn đề về viêm gan B, từ đó có thể tự bản thân đánh giá về các hành vi nguy cơ đang tồn tại cũng như xác định rõ các biện pháp phù hợp với tình trạng hiện tại của bản thân.

Đối với nhóm kiến thức cơ bản về viêm gan B tại cộng đồng ở tỉnh Trà Vinh ghi nhận có sự cải thiện có ý nghĩa thống kê ở nhóm can thiệp. Hiệu quả can thiệp dựa vào hồi quy tuyến tính DID có hiệu chỉnh cho các yếu tố nhiễu, kết quả cho thấy can thiệp làm tăng trung bình 0,4 điểm kiến thức về viêm gan B so với nhóm không can thiệp. Hiệu quả có ý nghĩa thống kê với $p<0,05$. Hiệu quả can thiệp hiệu chỉnh cho các yếu tố nhiễu, tăng 11,5% điểm kiến thức cơ bản về VGVR B ($p=0,003$).

Đối với kiến thức về nguy cơ nhiễm VRVGB tại cộng đồng ở tỉnh Trà Vinh, nghiên cứu ghi nhận có sự cải thiện có ý nghĩa về mặt thống kê về tỷ lệ người có kiến thức đúng về nguy cơ nhiễm VRVGB. Ở cả hai nhóm, đều có sự tăng lên đáng kể về kiến thức, tuy nhiên ở nhóm can thiệp, sự cải thiện là đáng kể và có ý nghĩa thống kê so với nhóm chứng, cụ thể hiệu quả can thiệp dựa vào hồi quy tuyến tính DID có hiệu chỉnh cho các yếu tố nhiễu, kết quả cho thấy can thiệp làm tăng trung bình 0,29 điểm kiến thức về nguy cơ nhiễm VRVGB so với nhóm không can thiệp. Hiệu quả có ý nghĩa thống kê với $p<0,05$. Nghiên cứu của chúng tôi cũng quan tâm ghi nhận trình độ học vấn về tác động đến kết quả can thiệp kiến thức. Việc trình độ học vấn tác động làm tăng kiến thức là hoàn toàn phù hợp vì những người có trình

độ học vấn cao sẽ dễ dàng tiếp cận và có nhiều cách tiếp cận thông tin hơn so với những người có trình độ học vấn thấp.

Đối với nhóm kiến thức về phòng ngừa nhiễm VRVGB tại cộng đồng ở tỉnh Trà Vinh, nghiên cứu ghi nhận có sự tăng về kiến thức các biện pháp phòng ngừa. Hiệu quả can thiệp dựa vào hồi quy tuyến tính DID có hiệu chỉnh cho các yếu tố nhiễu, kết quả cho thấy can thiệp làm tăng trung bình 0,18 điểm kiến thức về phòng ngừa nhiễm VRVGB so với nhóm không can thiệp, tuy nhiên hiệu quả này không ghi nhận có ý nghĩa về mặt thống kê. Các chương trình truyền thông – giáo dục sức khỏe cần được hoạt động liên tục, nhưng cần chú trọng nội dung cốt lõi, nhu cầu chính xác của của đối tượng.

4.2.2. Hiệu quả các biện pháp can thiệp cải thiện, thay đổi hành vi nguy cơ về nhiễm vi rút viêm gan B

Trong nghiên cứu của chúng tôi, ghi nhận hiệu quả can thiệp của truyền thông đối với việc thực hành chung đúng đối với các hành vi nguy có ý nghĩa về mặt thống kê, sự thay đổi thực hành chung ở nhóm can thiệp khác với nhóm chứng trung bình làm giảm 0,73 điểm, $p<0,05$. Mặc dù tỷ lệ thay đổi là chưa cao, tuy nhiên điều này hoàn toàn phù hợp với thực tế đó là việc thay đổi hành vi cần nhiều thời gian và nhiều hoạt động củng cố hành vi. Trong nghiên cứu của chúng tôi, việc can thiệp chủ yếu là can thiệp truyền thông giáo dục sức khỏe để nâng cao kiến thức của người dân. Từ đó, kì vọng dựa trên sự thay đổi kiến thức để làm thay đổi nhận thức của đối tượng nghiên cứu, hướng đến thay đổi hành vi sức khỏe và hành vi liên quan sức khỏe. Tuy nhiên, khi đánh giá tỷ lệ thay đổi hành vi thì mức thay đổi là rất hạn chế sau can thiệp trong khi sự cải thiện về kiến thức là đáng kể. Điều này có thể một phần lý giải là do thời gian để kiến thức hỗ trợ chuyển đổi hành vi cá nhân của đối tượng, đồng thời nghiên cứu cũng chưa thực hiện nhiều hoạt động để hỗ trợ thay đổi hành vi cũng như củng cố hành vi mới. Như vậy, các chương trình truyền thông – giáo dục sức khỏe bên cạnh việc cung cấp kiến thức, các hoạt động hỗ trợ thay đổi hành vi và củng cố hành vi mới cũng cần được tiến hành song song nhằm đạt hiệu quả tối đa các can thiệp, cải thiện hành vi sức khỏe và hành vi liên quan sức khỏe.

Trong nghiên cứu của chúng tôi được tiến hành trong thời gian ngắn với 01 năm can thiệp, các chương trình truyền thông thực hiện liên tục nhưng để thay đổi hành vi thì cần thêm nhiều yếu tố khác tác động hỗ trợ bên cạnh việc cung cấp kiến thức. Ngoài ra khi thiết kế chương trình can thiệp truyền thông, chúng tôi thực hiện chung trong cộng đồng với kiến thức dễ tiếp cận, chưa thực hiện chú trọng lên các nhóm chuyên sâu về hành vi nguy cơ. Do đó, các hoạt động can thiệp về thực hành chưa đạt được hiệu quả cao, cần có các chương trình can thiệp hiệu quả hơn cho cộng đồng.

Đối với nhóm hành vi nguy cơ trong sinh hoạt hằng ngày như dùng chung dao cạo râu, dùng chung tông đơ cạo tóc và bàn chải đánh răng. Kết quả ghi nhận hiệu quả can thiệp dựa vào hồi quy tuyến tính DID có hiệu chỉnh cho các yếu tố nhiễu, kết quả cho thấy can thiệp làm giảm trung bình 0,13 điểm thực hành về phòng ngừa trong sinh hoạt phòng nhiễm VRVGB so với nhóm không can thiệp, tuy nhiên hiệu quả trên không có ý nghĩa về mặt thống kê. Việc can thiệp truyền thông cho dù chưa làm tăng ý nghĩa về mặt thống kê, tuy nhiên, về mặt thực tiễn, sự tác động của hoạt động trên cũng góp phần cải thiện các yếu tố hành vi nguy cơ trong sinh hoạt. Yếu tố người hiện ở cùng được đưa vào phân tích ảnh hưởng đến hiệu quả chương trình can thiệp vì trong thực tế đi khảo sát, chúng tôi nhận thấy rằng kiến thức và sự hỗ trợ thay đổi hành vi của một cá thể có bị tác động với môi trường và những người xung quanh, đặc biệt là những người hiện đang sống cùng. Trong nghiên cứu của chúng tôi, ghi nhận những người hiện ở cùng hiện tại có tác động đến thay đổi hành vi của đối tượng nghiên cứu.

Nhóm hành vi nguy cơ tiếp theo là các hoạt động làm đẹp. Trong các hành vi nguy cơ được khảo sát, kết quả cho thấy can thiệp làm giảm trung bình 0,21 điểm thực hành phòng nhiễm VRVGB so với nhóm không can thiệp tuy nhiên hiệu quả trên không có ý nghĩa về mặt thống kê.

Nhóm hành vi nguy cơ trong lĩnh vực y tế, đây là một trong những nhóm đặc thù và người dân hoàn toàn phụ thuộc vào tình hình bệnh tật bản thân cũng như yếu tố đến từ NVYT. Hiệu quả can thiệp dựa vào hồi quy tuyến tính DID có hiệu chỉnh cho các yếu tố nhiễu, kết quả cho thấy can thiệp làm giảm trung bình 0,38 điểm thực hành về phòng ngừa trong y tế phòng nhiễm VRVGB so với nhóm không can thiệp. Tuy nhiên hiệu quả trên không có ý nghĩa về mặt thống kê.

Hiệu quả can thiệp dựa vào hồi quy tuyến tính DID có hiệu chỉnh cho các yếu tố nhiễu, kết quả cho thấy can thiệp làm chưa hiệu quả đối với thực hành hành vi nguy cư trong tiêm chích ma túy, quan hệ tình dục. Tuy nhiên, đối với hành vi dùng chung kim tiêm chích ma túy, đây là một trong những hành vi nguy cơ được ghi nhận có tỷ lệ lây truyền rất cao vì đưa tác nhân trực tiếp vào hệ thống mạch máu của cơ thể. Đây cũng là hành vi nguy cơ của nhiều bệnh lây truyền qua đường máu. Để có thể ghi nhận chính xác vấn đề này, cũng như hành vi sử dụng ma túy, việc cần chú ý là đánh giá lên các đối tượng cụ thể như gái mại dâm và những người có quan hệ với gái mại dâm, hoặc các đối tượng có hành vi tương tự.

KẾT LUẬN

5.1. Thực trạng nhiễm VRVGB và một số yếu tố liên quan ở đồng bào Khmer tỉnh Trà Vinh

Thực trạng nhiễm VRVGB: Tỷ lệ nhiễm VRVGB ghi nhận trong nghiên cứu là cao, chiếm 9,8%.

Một số yếu tố liên quan đến thực trạng nhiễm vi rút viêm gan B ở đồng bào Khmer tỉnh Trà Vinh.

Kết quả mô hình hồi quy Logistic sau khi loại bỏ các yếu tố nhiễu cho kết quả Người 50 – 60 tuổi có tỷ lệ nhiễm VRVGB cao hơn tuổi 18 – 29 tuổi (aOR=2,03; KTC 95%: 1,33 – 3,11), Người 40 – 49 tuổi có tỷ lệ nhiễm VRVGB cao hơn tuổi 18 – 29 tuổi (aOR=1,58; KTC 95%: 1,01 – 2,45). Nam giới có tỷ lệ nhiễm VRVGB cao hơn nữ giới (aOR= 1,88; KTC 95%: 1,39 – 2,54). Người có tình trạng hôn nhân Độc thân, ly hôn, ly dị, góa có tỷ lệ nhiễm VRVGB cao hơn kết hôn (aOR= 1,55; KTC 95%: 1,03 – 2,33). Người có tiền sử gia đình mắc VRVGB có tỷ lệ nhiễm VRVGB cao hơn những người không có yếu tố này (aOR=2,57; KTC 95%: 1,45 – 4,57). Những người có kiến thức chung chưa đúng có tỷ lệ nhiễm VRVGB cao hơn người có kiến thức chung đúng (aOR=3,18; KTC 95%: 1,12 – 9,00). Người có thực hành chung chưa đúng về phòng nhiễm VRVGB có tỷ lệ nhiễm VRVGB cao hơn người có thực hành đúng (aOR=2,89; KTC: 2,15 – 3,87).

5.2. Hiệu quả một số giải pháp can thiệp dự phòng lây nhiễm vi rút viêm gan B tại cộng đồng ở tỉnh Trà Vinh

Về kiến thức

Kết quả phân tích DID đơn biến, trong đó sự thay đổi kiến thức chung ở nhóm can thiệp khác với nhóm chứng trung bình là 0,86 điểm. Sự khác biệt trên có ý nghĩa thống kê với p< 0,05. Ngoài ra cũng tìm thấy sự khác biệt về điểm kiến thức về viêm gan B và kiến thức về nguy cơ nhiễm VGB.

Hiệu quả can thiệp hiệu chỉnh cho các yếu tố nhiễu, kết quả cho thấy can thiệp làm tăng trung bình 6,8% điểm kiến thức chung (p=0,021), tăng 11,5% điểm kiến thức cơ bản về VGVR B (p=0,003), tăng 10,0% điểm kiến thức về nguy cơ nhiễm VRVGB (p=0,075) và tăng 2,8% điểm kiến thức về phòng ngừa nhiễm VRVGB (p=0,115).

Về thực hành

Kết quả phân tích DID đơn biến, trong đó sự thay đổi thực hành chung ở nhóm can thiệp khác với nhóm chứng trung bình là giảm 0,73 điểm, p<0,05.

Hiệu quả can thiệp hiệu chỉnh cho các yếu tố nhiễu, kết quả cho thấy can thiệp làm giảm 4,5% điểm nguy cơ thực hành chung, giảm 5,2% điểm nguy cơ trong sinh hoạt, giảm 4,5% điểm nguy cơ trong làm đẹp, giảm 5,7% nguy cơ trong y tế, giảm 0,54% điểm nguy cơ về ma túy và hành vi quan hệ tình dục. Tuy nhiên, sự thay đổi trên chưa ghi nhận có sự cải thiện có ý nghĩa thống kê về điểm số thực hành ở tất cả các lĩnh vực khảo sát.

KHUYẾN NGHỊ

Dựa vào kết quả nghiên cứu, chúng tôi có một số đề xuất sau đây:

Cơ quan quản lý

1. Sở Y tế, Trung tâm Y tế huyện và Trạm Y tế thực hiện quản lý các trường hợp nhiễm VRVGB, người có người thân nhiễm VRVGB từ đó có biện pháp hướng dẫn phòng ngừa lây nhiễm cho phù hợp, chú trọng các hướng dẫn phòng ngừa bằng song ngữ tiếng Việt và tiếng Khmer do giải quyết vấn đề rào cản ngôn ngữ cũng là hiệu quả trong can thiệp dự phòng.

2. Sở Y tế, Trung tâm Y tế huyện và Trạm Y tế thực hiện truyền thông phòng ngừa các hành vi nguy cơ gây nhiễm VRVGB ở đồng bào Khmer, chú trọng hành vi như dùng chung dạo cạo râu, dùng chung tông đơ cạo tóc, dùng chung bàn chải đánh răng, dùng chung dụng cụ làm móng tay, chân, dùng chung dụng cụ lấy nhân mụn, phun xăm mày, môi, xăm hình, xỏ lỗ/khuyên tai, tiêm chích, truyền dịch, truyền máu, châm cứu, chữa răng. Đặc biệt là người có nhiễm VRVGB, người có người thân nhiễm VRVGB.

3. Sở Y tế, Trung tâm Y tế huyện và Trạm Y tế tăng cường công tác truyền thông giáo dục sức khỏe, thực hiện các chương trình can thiệp về phòng chống nhiễm VRVGB ở đồng bào Khmer tại cộng đồng dựa trên "Mô hình niềm tin sức khỏe", chú trọng các hoạt động can thiệp cần có sự tham gia của cộng đồng và tham gia hỗ trợ của những người có uy tín trong cộng đồng để hoạt động truyền thông đạt kết quả tốt hơn. Những hoạt động dựa vào cộng đồng và người có uy tín trên cộng đồng có thể được ứng dụng mở rộng và phát triển đến các tỉnh thành trên cả nước.

Cộng đồng

4. Cộng đồng cần chú ý tuân thủ phòng ngừa lây nhiễm VRVGB hằng ngày, nhất là các hành vi nguy cơ gây nhiễm VRVGB dùng chung dạo cạo râu, dùng chung tông đơ cạo tóc, dùng chung bàn chải đánh răng, dùng chung dụng cụ làm móng tay, chân, dùng chung dụng cụ lấy nhân mụn, phun xăm mày, môi, xăm hình, xỏ lỗ/khuyên tai, tiêm chích, truyền dịch, truyền máu, châm cứu, chữa răng. Bên cạnh đó cần lưu ý truyền thông phòng ngừa nhiễm VRVGB người có người thân nhiễm VRVGB

Cá nhân

5. Cá nhân người nhiễm VRVGB và người có người thân nhiễm VRVGB cần chú trọng các biện pháp phòng ngừa nhiễm cho bản thân và người xung quanh. Cần chú trọng các hành vi nguy cơ như dùng chung dạo cạo râu, dùng chung tông đơ cạo tóc, dùng chung bàn chải đánh răng, dùng chung dụng cụ làm móng tay, chân, dùng chung dụng cụ lấy nhân mụn, phun xăm mày, môi, xăm hình, xỏ lỗ/khuyên tai, tiêm chích, truyền dịch, truyền máu, châm cứu, chữa răng.