

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**

LUẬN ÁN TIẾN SỸ Y HỌC

Hà Nội – 2024

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

LUẬN ÁN TIẾN SỸ Y HỌC

Hướng dẫn khoa học:

1. PGS.TS. Lê Anh Tuấn

2. TS. Trần Đại Quang

Hà Nội – 2024

LỜI CAM ĐOAN

Tôi xin cam đoan đây là công trình nghiên cứu của riêng tôi. Các số liệu, kết quả nêu trong luận án là trung thực và chưa từng được ai công bố trong bất kỳ công trình nào khác.

Tác giả luận án

Lê Thị Diễm Trinh

LỜI CẢM ƠN

Để hoàn thành luận án này, tôi xin bày tỏ lòng biết ơn sâu sắc tới PGS.TS. Lê Anh Tuấn và TS. Trần Đại Quang, là hai thầy hướng dẫn trực tiếp, đã truyền đạt kiến thức, hỗ trợ trong quá trình học tập, nghiên cứu và hoàn thành luận án.

Tôi xin trân trọng cảm ơn Ban lãnh đạo, Bộ môn Y học dự phòng, Phòng Đào tạo sau đại học của Viện Vệ sinh dịch tễ Trung ương đã luôn quan tâm, giúp đỡ, tạo mọi điều kiện thuận lợi trong suốt quá trình học tập và nghiên cứu tại Viện.

Tôi xin bày tỏ lòng biết ơn chân thành đến lãnh đạo, đồng nghiệp ở đại học Y dược Thành phố Hồ Chí Minh đã tạo điều kiện giúp đỡ, hỗ trợ tôi trong quá trình học tập, nghiên cứu và hoàn thành luận án.

Tôi xin trân trọng cảm ơn lãnh đạo, cán bộ, nhân viên y tế và người dân đã tham gia nghiên cứu tại tỉnh Trà Vinh, những người đã tham gia, hỗ trợ trong quá trình triển khai các hoạt động tại cộng đồng.

Tôi xin trân trọng cảm ơn các Thầy, Cô trong các Hội đồng khoa học đánh giá luận án đã đóng góp nhiều ý kiến quý báu để tôi có thêm kiến thức hoàn thành luận án tốt hơn và có thêm kinh nghiệm trong nghiên cứu khoa học sau này.

Nhân dịp này, tôi xin bày tỏ lòng biết ơn sâu sắc tới gia đình, bạn bè, đồng nghiệp đã luôn ủng hộ, động viên, chia sẻ trong suốt quá trình học tập và hoàn thành luận án.

Lê Thị Diễm Trinh

MỤC LỤC

LỜI CAM ĐOAN	i
LỜI CẢM ƠN	ii
MỤC LỤC	iii
DANH MỤC CÁC CHỮ VIẾT TẮT.....	v
DANH MỤC BẢNG.....	vi
DANH MỤC HÌNH.....	viii
DANH MỤC SƠ ĐỒ	viii
DANH MỤC BIỂU ĐỒ.....	viii
ĐẶT VẤN ĐỀ	1
CHƯƠNG 1. TỔNG QUAN	3
1.1. Đại cương về nhiễm vi rút viêm gan B	3
1.2. Thực trạng nhiễm vi rút viêm gan B	10
1.3. Các yếu tố liên quan đến nhiễm vi rút viêm gan B	13
1.4. Các biện pháp can thiệp dự phòng lây nhiễm vi rút viêm gan B	20
1.5. Đặc điểm về địa bàn nghiên cứu	33
1.6. Khung lý thuyết	35
CHƯƠNG 2. PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU	37
2.1. Đối tượng nghiên cứu	37
2.2. Địa điểm và thời gian nghiên cứu	37
2.3. Phương pháp nghiên cứu	37
2.4. Phương pháp xử lý số liệu	67
2.5. Đạo đức nghiên cứu.....	68
CHƯƠNG 3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU	69
3.1. Thực trạng nhiễm vi rút viêm gan B và một số yếu tố liên quan	69
3.2. Hiệu quả một số giải pháp can thiệp dự phòng lây nhiễm VRVG B.....	92
CHƯƠNG 4: BÀN LUẬN	99
4.1. Thực trạng nhiễm vi rút viêm gan B và một số yếu tố liên quan	99

4.2. Hiệu quả biện pháp truyền thông thay đổi hành vi dự phòng lây nhiễm vi rút viêm gan B tại cộng đồng.....	114
4.3. Ưu điểm, hạn chế của nghiên cứu.....	125
KẾT LUẬN	127
KHUYẾN NGHỊ.....	128
CÁC CÔNG TRÌNH LIÊN QUAN ĐẾN ĐỀ TÀI LUẬN ÁN ĐÃ CÔNG BỐ	
TÀI LIỆU THAM KHẢO	
PHỤ LỤC 1: BẢN CUNG CẤP THÔNG TIN VÀ ĐỒNG Ý THAM GIA NGHIÊN CỨU.	
PHỤ LỤC 2: BỘ CÂU HỎI PHÒNG VẤN.	
PHỤ LỤC 3: CHỨNG NHẬN CHẤP THUẬN ĐẠO ĐỨC CỦA NGHIÊN CỨU.	
PHỤ LỤC 4: GIẤY CHẤP NHẬN CỦA SỞ Y TẾ TỈNH TRÀ VINH.	
PHỤ LỤC 5: GIẤY QUYẾT ĐỊNH CỦA ỦY BAN NHÂN DÂN XÃ VỀ VIỆC THÀNH LẬP BAN CHỈ ĐẠO PHÒNG CHỐNG NHIỄM VI RÚT VIÊM GAN B Ở ĐỒNG BÀO KHMER NAM BỘ LIÊN XÃ TÂN SƠN – AN QUẢNG HỮU, HUYỆN TRÀ CÚ, TỈNH TRÀ VINH	
PHỤ LỤC 6: TỔ CHỨC TRIỂN KHAI CÁC HOẠT ĐỘNG CAN THIỆP	
PHỤ LỤC 7: DANH SÁCH MẪU CHỌN THAM GIA NGHIÊN CỨU	
PHỤ LỤC 8: CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH LẤY MÁU XÉT NGHIỆM VI RÚT VIÊM GAN B CỦA ĐỐI TƯỢNG THAM GIA NGHIÊN CỨU	

DANH MỤC CÁC CHỮ VIẾT TẮT

Chữ viết tắt	Tiếng Anh	Tiếng Việt
ADN (DNA)	Axit deoxyribonucleic	
CT		Can thiệp
DiD	Difference in Differences	Khác biệt trong sự khác biệt
ĐLC		Độ lệch chuẩn
ELISA	Enzyme-Linked Immuno Sorbent Assay	Xét nghiệm phát hiện kháng thể/kháng nguyên
HBcAg	Hepatitis B core Antigen	Kháng nguyên lõi vi rút viêm gan B
HBeAg	Hepatitis B envelope antigen	Kháng nguyên vỏ vi rút viêm gan B
HBsAg	Hepatitis B surface Antigen	Kháng nguyên bề mặt
HBV	Hepatitis B virus	Vi rút viêm gan B
HCV	Hepatitis C virus	Vi rút viêm gan C
HIV	Human immunodeficiency virus infection	Hội chứng suy giảm miễn dịch ở người
NVYT		Nhân viên y tế
TB		Trung bình
TP.HCM		Thành phố Hồ Chí Minh
VGB		Viêm gan B
VRVGB		Vi rút viêm gan B
WHO	World Health Organization	Tổ chức Y tế Thế giới

DANH MỤC BẢNG

Bảng 2.1. Liệt kê và định nghĩa biến số	40
Bảng 3.1. Đặc điểm dân số – xã hội ở đồng bào Khmer (n=2.372).....	69
Bảng 3.2. Đặc điểm nghề nghiệp, kinh tế ở đồng bào Khmer (n=2.372)	70
Bảng 3.3. Đặc điểm về hôn nhân và gia đình (n=2.372)	70
Bảng 3.4. Tỷ lệ nhiễm VRVGB (n=2.372)	71
Bảng 3.5. Điểm số kiến thức đúng về nhiễm VRVGB của đồng bào Khmer (n=2.372).....	74
Bảng 3.6. Điểm số thực hành có nguy cơ nhiễm VRVGB của đồng bào Khmer (n=2.372).....	75
Bảng 3.7. Yếu tố đặc điểm dân số – xã hội và tình trạng nhiễm VRVGB ở đồng bào Khmer (n=2.372).....	76
Bảng 3.8. Yếu tố đặc điểm nghề nghiệp, kinh tế và tình trạng nhiễm VRVGB ở đồng bào Khmer (n=2.372).....	77
Bảng 3.9. Yếu tố đặc điểm hôn nhân, gia đình và tình trạng nhiễm VRVGB ở đồng bào Khmer (n=2.372)	77
Bảng 3.10. Yếu tố kiến thức về viêm gan B và tình trạng nhiễm VRVGB ở đồng bào Khmer (n=2.372).....	79
Bảng 3.11. Yếu tố kiến thức về nguy cơ nhiễm VRVGB và tình trạng nhiễm VRVGB ở đồng bào Khmer (n=2.372).....	80
Bảng 3.12. Yếu tố kiến thức về phòng ngừa và tình trạng nhiễm VRVGB ở đồng bào Khmer (n=2.372).....	80
Bảng 3.13. Yếu tố kiến thức chung và tình trạng nhiễm VRVGB ở đồng bào Khmer (n=2.372).....	82
Bảng 3.14. Yếu tố điểm số kiến thức theo từng lĩnh vực và tình trạng nhiễm VRVGB ở đồng bào Khmer (n=2.372).....	82
Bảng 3.15. Yếu tố tiền sử mắc, tiêm ngừa và tình trạng nhiễm VRVGB ở đồng bào Khmer (n=2.372).....	83

Bảng 3.16. Yếu tố thực hành hành vi nguy cơ trong sinh hoạt và tình trạng nhiễm VRVGB ở đồng bào Khmer (n=2.372).....	84
Bảng 3.17. Yếu tố thực hành hành vi nguy cơ trong hoạt động làm đẹp và tình trạng nhiễm VRVGB ở đồng bào Khmer (n=2.372).....	85
Bảng 3.18. Yếu tố thực hành hành vi nguy cơ trong y tế và tình trạng nhiễm VRVGB ở đồng bào Khmer (n=2.372).....	86
Bảng 3.19. Yếu tố thực hành hành vi nguy cơ sử dụng ma túy, quan hệ tình dục và tình trạng nhiễm VRVGB ở đồng bào Khmer (n=2.372)	88
Bảng 3.20. Yếu tố thực hành chung và tình trạng nhiễm VRVGB ở đồng bào Khmer (n=2.372).....	88
Bảng 3.21. Yếu tố điểm số thực hành theo từng lĩnh vực và tình trạng nhiễm VRVGB ở đồng bào Khmer (n=2.372).....	89
Bảng 3.22. Hồi quy logistic các yếu tố liên quan với tình trạng nhiễm vi rút viêm gan B (n=2.372)	89
Bảng 3.23. Hoạt động trong công tác tổ chức quản lý thực hiện can thiệp	92
Bảng 3.24. Đặc điểm nhân khẩu ở đồng bào Khmer nhóm can thiệp và nhóm chứng (n=978).....	94
Bảng 3.25. Phân tích hiệu quả can thiệp kiến thức về nhiễm VRVGB (n = 978)	95
Bảng 3.26. Hiệu quả can thiệp kiến thức về nhiễm VRVGB sau khi hiệu chỉnh các yếu tố (n = 978)	96
Bảng 3.27. Phân tích hiệu quả can thiệp thực hành phòng ngừa lây nhiễm VRVGB (n = 978).....	97
Bảng 3.28. Hiệu quả can thiệp thực hành phòng ngừa lây nhiễm VRVGB sau khi hiệu chỉnh các yếu tố (n = 978).....	98

DANH MỤC HÌNH

Hình 1.1: Khung lý thuyết các yếu tố liên quan đến nhiễm VRVGB ở người	36
Hình 2.1. Minh họa tác động của can thiệp theo phương pháp DID	66

DANH MỤC SƠ ĐỒ

Sơ đồ 2.1. Thiết kế nghiên cứu	38
Sơ đồ 2.2. Sơ đồ can thiệp phòng chống nhiễm vi rút viêm gan B.....	57
Sơ đồ 2.3. Mô hình niềm tin sức khỏe và một số biện pháp can thiệp	61

DANH MỤC BIỂU ĐỒ

Biểu đồ 3.1. Tỷ lệ nhiễm VRVGB theo các xã/phường nghiên cứu	72
Biểu đồ 3.2. Tỷ lệ có kiến thức về nhiễm VRVGB ở đồng bào Khmer (n=2.372) ..	73
Biểu đồ 3.3. Tỷ lệ đã từng có thực hành nguy cơ về nhiễm VRVGB ở đồng bào Khmer (n=2.372).....	74

ĐẶT VẤN ĐỀ

Nhiễm vi rút viêm gan B là một vấn đề sức khỏe cộng đồng nguy hiểm mang tính chất toàn cầu. Nhiễm vi rút viêm gan B góp phần lớn vào việc khiến hàng trăm ngàn người chết mỗi năm do di chứng muộn của bệnh xơ gan hoặc ung thư biểu mô tế bào gan [40].

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. Mỗi năm trên thế giới có khoảng 1,1 triệu trường hợp tử vong có liên quan đến bệnh viêm gan vi rút mà nguyên nhân chủ yếu là do ung thư biểu mô tế bào gan và xơ gan. Vi rút viêm gan B lây nhiễm qua đường máu, quan hệ tình dục và lây từ mẹ sang con. Nhiễm vi rút viêm gan B có thể gây viêm gan tối cấp, viêm gan cấp và viêm gan mạn, tiến triển thành xơ gan, ung thư biểu mô tế bào gan [21].

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 [13]. Tiêm vắc xin là biện pháp dự phòng lây nhiễm vi rút viêm gan B hiệu quả và an toàn nhất hiện nay. Năm 2019 tỷ lệ bao phủ vắc xin viêm gan B trên toàn cầu mới đạt 85% thấp hơn so với mục tiêu cần đạt là 90%, trong đó tỷ lệ tiêm vắc xin viêm gan B liều sơ sinh trong vòng 24 giờ đầu mới đạt 43% [21]. Bên cạnh đó, việc triển khai hoạt động dự phòng, can thiệp tập trung vào mảng truyền thông đã giúp cải thiện tăng kiến thức và giảm hành vi nguy cơ của cộng đồng, giúp mang lại hiệu quả cao trong phòng ngừa lây nhiễm vi rút viêm gan B [49].

Theo báo cáo của Bệnh viện Đa khoa tỉnh Trà Vinh, tình trạng nhập viện 12 tháng của năm 2019 do các bệnh lý về gan mật thì nhiễm vi rút viêm gan B chiếm tỷ lệ khá cao 25,9% [6], [61]. 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 nhiễm 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 tỉnh Trà Vinh xây dựng các giải pháp, chính sách y tế kịp thời, hiệu quả phù hợp dự phòng lây nhiễm vi rút viêm gan B và nâng cao sức khỏe đến người Khmer tỉnh Trà Vinh nói riêng và toàn dân nói chung. Bên cạnh đó, việc thực hiện các can thiệp truyền thông cộng đồng được xem là một trong những phương pháp có thể áp dụng trong dự phòng các bệnh lý lây nhiễm. Tuy nhiên, với đặc thù là người Khmer, sự tiếp cận về mặt truyền thông và các phương cách can thiệp sẽ có sự khác biệt hơn so với các công trình đã thực hiện trên nhóm đối tượng dân tộc Kinh. Xuất phát từ những nhu cầu trên, chúng tôi có các câu hỏi nghiên cứu sau:

Tỷ lệ nhiễm vi rút viêm gan B 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 vi rút viêm gan B 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.

CHƯƠNG 1. TỔNG QUAN

1.1. Đại cương về nhiễm vi rút viêm gan B

1.1.1. Khái niệm nhiễm vi rút viêm gan B

Viêm gan vi rút B là một bệnh phổ biến toàn cầu, do vi rút viêm gan B (VRVGB) gây ra [13]. Người bị nhiễm VRVGB lần đầu có thể bị bệnh VGB cấp tính hoặc không có triệu chứng đặc hiệu và trở thành người mang vi rút mạn tính. Cũng có một số người cơ thể tự có khả năng chống lại VRVGB và đào thải chúng ra khỏi cơ thể.

1.1.2. Tác nhân gây nhiễm vi rút viêm gan B

Năm 1964 – 1970 Baruch Blumberg đã mô tả một loại kháng nguyên mới tìm ra đặc trưng ở thổ dân Châu Đại Dương gọi là “Kháng nguyên Úc Châu”, sau này xác định là VRVGB. VRVGB thuộc họ *Hepadnaviridae*, có cấu trúc di truyền ADN, với 9 kiểu gen khác nhau (A – I) và kiểu gen thứ 10 giả định 'J' được phân lập từ một cá thể duy nhất. Tương ứng với 3 kháng nguyên HBsAg, HBcAg, HBeAg là 3 kháng thể: Anti HBs, Anti HBc, Anti HBe [9], [32]. Xét nghiệm phát hiện các kháng nguyên, kháng thể này có ý nghĩa quan trọng trong việc xác định bệnh, thể bệnh cũng như diễn biến bệnh [13].

1.1.3. Cách thức lây nhiễm vi rút viêm gan B

Có 3 cách lây nhiễm VRVGB chủ yếu là đường máu và các dịch tiết có máu, đường quan hệ tình dục không an toàn, đường từ mẹ sang con. Trong đó đường lây từ mẹ sang con là cách lây nhiễm theo chiều dọc; đường lây qua máu và lây do quan hệ tình dục không an toàn là cách lây nhiễm theo chiều ngang [21]. Theo Tổ chức Y tế thế giới (WHO) hai khu vực có sự lưu hành VRVGB cao nhất là Châu Á và Châu Phi. Trong đó, ở Châu Phi lây truyền ngang là chủ yếu còn ở Châu Á lây truyền dọc từ mẹ sang con đóng vai trò quan trọng [21].

Lây nhiễm theo chiều dọc

Lây nhiễm theo chiều dọc là hình thức lây truyền từ mẹ sang con, đa số xảy ra trong thời kì chu sinh hay những tháng đầu sau sinh, không ghi nhận lây nhiễm qua nhau thai [23]. Ở những vùng lưu hành viêm gan vi rút B cao, kiểu lây nhiễm này là

quan trọng nhất và thường gặp ở những nước vùng Châu Á, ảnh hưởng quan trọng đến tỷ lệ tồn tại và làm gia tăng tỷ lệ viêm gan vi rút B trong cộng đồng,[55]. Mức độ lây nhiễm tùy thuộc vào nồng độ HBV – DNA và tình trạng HBeAg của mẹ vào 3 tháng cuối thai kì. Sự truyền VRVGB từ mẹ sang con sau sinh có thể liên quan đến các dịch tiết bị nhiễm VRVGB của người mẹ đi qua da và niêm mạc bị xây sát của trẻ, rất hiếm trường hợp lây nhiễm khi mang thai trong tử cung. Đồng thời, việc tiến triển thành nhiễm viêm gan B mạn tính thường gặp ở những trẻ sơ sinh hay trẻ dưới 5 tuổi do bị lây nhiễm từ người mẹ [23], [115].

Lây nhiễm theo chiều ngang

Lây nhiễm theo chiều ngang là lây truyền từ người này sang người khác. Kiểu lây nhiễm này phổ biến ở nhiều nơi trên thế giới, nhất là vùng có dân cư đông đúc, đời sống vệ sinh kém [86]. Có hai kiểu lây nhiễm chính là lây nhiễm qua đường tình dục và lây nhiễm khi tiếp xúc với máu, các vật phẩm của máu hay dịch tiết của người bị nhiễm VRVGB. Lây nhiễm qua đường tình dục không an toàn không những là con đường lây nhiễm VRVGB, mà còn là con đường lây nhiễm nhiều bệnh lý khác như HIV, giang mai,... Đây là một trong những đường lây nhiễm quan trọng cần chú trọng trong nhiều bệnh lý cần kiểm soát, phòng ngừa trong cộng đồng. Kế đến, là việc lây nhiễm qua tiếp xúc máu, dịch tiết của người nhiễm VRVGB, cụ thể, VRVGB có thể lây truyền qua sử dụng chung kim tiêm, xăm, xỏ khuyên, hay phơi nhiễm với máu dịch tiết của người nhiễm. VRVGB cũng có thể lây truyền khi tái sử dụng các bơm kim tiêm, dụng cụ y tế đã nhiễm khuẩn, ở trong cộng đồng hay ở những người tiêm chích ma túy [55], [138].

Đối với trẻ em, đặc biệt là trẻ dưới 5 tuổi, ngoài việc bị lây nhiễm dọc từ người mẹ, việc lây nhiễm ngang cũng xảy ra từ những trẻ nhiễm VRVGB sang trẻ khác. Tỷ lệ này là cao đáng kể tại các khu vực dịch tễ, lưu hành VRVGB cao. Đây cũng là một trong những điểm cần chú ý trong việc phòng ngừa lây nhiễm ngang ở nhóm trẻ em [18], [138].

1.1.4. Phân loại

Viêm gan vi rút B cấp tính

Khi xâm nhập vào cơ thể, VRVGB sẽ đi thẳng vào từng tế bào gan để tiếp tục tăng trưởng. Tùy theo cách thức lây bệnh, thời kỳ tiềm phục hoặc ủ bệnh sẽ kéo dài từ 1 đến 4 tháng. Thông thường, người đang khỏe mạnh tự nhiên cảm thấy mệt mỏi, đau nhức tứ chi, cơ thể khó chịu, sốt nhẹ; da bị ngứa hoặc nổi mề đay; người uể oải, thiếu năng lực, miệng nhạt đắng, buồn nôn, ăn không ngon. Một số người cảm thấy đau bụng hạ sườn phải. Thời điểm da trở nên vàng hoặc nước tiểu trở nên đậm màu, những triệu chứng đau nhức ban đầu giảm đi nhanh chóng. Người bệnh cảm thấy rất khỏe khoắn mặc dù da và mắt ngày càng trở nên vàng hơn. Tình trạng này sẽ kéo dài từ 1 đến 3 tháng [13].

Viêm gan vi rút B cấp tính nặng có thể gây suy gan, thậm chí là tử vong. Ngoài ra, một số trường hợp viêm gan vi rút B cấp tính có khả năng chuyển thành viêm gan vi rút B mạn tính [138].

Viêm gan vi rút B mạn tính

Nhiễm VRVGB mặc dù có thể hồi phục hoàn toàn nhưng vẫn còn khoảng 5 – 10% VRVGB tồn tại trong cơ thể [13]. Ở người lớn, có khoảng 5% trong số các trường hợp nhiễm tiến triển viêm gan mạn tính, trong khi đó, ở trẻ sơ sinh bị nhiễm hay trẻ bị nhiễm trong giai đoạn ấu nhi lại có tỉ lệ tiến triển thành viêm gan B đến 95% trong số các trường hợp nhiễm [138]. Theo thống kê của WHO năm 2019, ước tính có khoảng 296 triệu người đang mắc viêm gan B mạn tính, khu vực Châu Phi, Đông Nam Á và Thái Bình Dương (theo cách phân chia của WHO), chiếm 88% trong tổng số gánh nặng bệnh tật của toàn thế giới do VRVGB gây ra [137]. Con số này đến năm 2022 là 254 triệu người hiện mắc viêm gan vi rút B mạn tính, đồng thời số lượng người mắc mới hằng năm lên đến 1,2 triệu người [138]. Giai đoạn viêm gan mạn tính kéo dài nhiều năm, thường không có triệu chứng. Bệnh diễn tiến lâm sàng âm thầm cho đến khi có thể phát hiện bệnh thông qua các triệu chứng của xơ gan hoặc ung thư biểu mô tế bào gan. Một số trường hợp người bệnh có những đợt viêm gan bùng phát. Việc đánh giá và phát hiện sớm viêm gan B mạn tính hiện

nay là thuận lợi hơn với sự hỗ trợ của các công cụ chẩn đoán, sàng lọc hiệu quả. Các đối tượng nguy cơ viêm gan mạn tính cần được tiến hành sàng lọc thường xuyên [77].

1.1.5. Phương pháp xét nghiệm

Các xét nghiệm chẩn đoán vi rút viêm gan B được chia thành hai nhóm kỹ thuật xét nghiệm: xét nghiệm huyết thanh học và xét nghiệm sinh học phân tử.

Xét nghiệm huyết thanh học là xét nghiệm phát hiện các kháng nguyên và kháng thể đặc hiệu của VRVGB bằng các kỹ thuật xét nghiệm dựa trên nguyên lý miễn dịch. Theo mức độ đơn giản của kỹ thuật xét nghiệm, điều kiện cơ sở vật chất cần thiết, xét nghiệm huyết thanh chia thành 2 dạng: xét nghiệm nhanh (Rapid Diagnostic Test) với cách thực hiện đơn giản, cho kết quả nhanh; và xét nghiệm tại phòng xét nghiệm (Laboratory-based assays), sử dụng các kỹ thuật theo nguyên lý miễn dịch đánh dấu như miễn dịch gắn men (Enzyme Linked Immunoarobent Assays - ELISA), miễn dịch hoá phát quang (Chemoluminescence Immunoassay - CLIA), miễn dịch điện hoá phát quang (Electrochemoluminescence Immunoassay - ECLIA), miễn dịch vi hạt gắn men (Microparticle enzyme Immunoassays - MEIA), miễn dịch vi hạt hoá phát quang (Chemiluminesence microparticle Immunoassays - CMIA). Các xét nghiệm huyết thanh học chủ yếu được thực hiện trên mẫu huyết thanh, huyết tương. Xét nghiệm nhanh có thể thực hiện trên cả mẫu máu toàn phần, dịch miệng [17].

Xét nghiệm sinh học phân tử gồm các xét nghiệm định tính nhằm phát hiện HBV DNA bằng kỹ thuật tổng hợp chuỗi (Polymerase Chain Reaction - PCR) khuếch đại vật liệu di truyền của HBV; hay định lượng (tải lượng) HBV để xác định mật độ vi rút trong máu bằng kỹ thuật tổng hợp chuỗi định lượng (Real-time PCR) vật liệu di truyền của HBV (đây là xét nghiệm cần cho chỉ định điều trị và theo dõi điều trị viêm gan vi rút mạn bằng các thuốc kháng vi rút); và kiểu gen HBV, HCV chỉ thực hiện khi phải lựa chọn phác đồ điều trị phù hợp với kiểu gen của vi rút (đối với bệnh nhân viêm gan C) hoặc khi người bệnh được chẩn đoán thất bại điều trị nghi ngờ do kháng thuốc [17].

Trong số các xét nghiệm trên, xét nghiệm HBsAg và phương pháp ELISA thường được sử dụng trong công tác sàng lọc đối với viêm gan vi rút B.

1.1.5.1 Xét nghiệm nhanh

Với khoảng 1,4 triệu ca tử vong hàng năm do vi rút viêm gan B và C, viêm gan vi rút là một vấn đề lớn đối với sức khỏe toàn cầu, trong đó, ước tính có khoảng 257 triệu người đang sống chung với nhiễm viêm gan vi rút B mạn tính, việc chẩn đoán sớm nhiễm VRVGB là mấu chốt để quản lý bệnh tối ưu, độ nhạy và độ đặc hiệu của 19 bộ xét nghiệm chẩn đoán nhanh của các nhà sản xuất khác nhau (ABON, CTK Biotech, Cypress Diagnostics, Green Gross, Human Diagnostic, Humasis, InTec, OraSure, SD Bioline, Wondfo) được thử nghiệm để phát hiện HBsAg đều được thực hiện với độ nhạy và độ đặc hiệu trung bình lần lượt là 100% và 99%, do đó, những xét nghiệm VGVGB có tính sàng lọc cao, ứng dụng cộng đồng tốt về giá thành và giá trị xét nghiệm [92], [134]. Hầu hết các trường hợp tử vong là do mắc VGB mạn tính và các biến chứng lâu dài gây xơ gan và ung thư biểu mô tế bào gan. Chẩn đoán sớm và có các chương trình chăm sóc sức khỏe là yếu tố quan trọng để ngăn ngừa những biến chứng do VGB gây ra. Tuy nhiên, do giai đoạn đầu của nhiễm VRVGB thường không có triệu chứng nên ít người được chẩn đoán sớm. Để giảm gánh nặng toàn cầu về bệnh viêm gan, việc xác định những ai bị nhiễm bệnh là rất quan trọng, đối với bệnh VGB, điều trị kháng vi rút bằng cách sử dụng các chất tương tự nucleoside không chỉ có hiệu quả trong việc ức chế sự tiến triển của bệnh mà còn ngăn ngừa sự lây truyền của bệnh. Chẩn đoán sớm nhiễm VGB mạn tính là mấu chốt để quản lý bệnh tối ưu [92]. Công cụ hỗ trợ chẩn đoán với chi phí hợp lý và dễ sử dụng là rất quan trọng để tiếp cận một lượng lớn dân số. Ở nghiên cứu này, được thực hiện trên test nhanh VRVGB cũng mang lại hiệu quả nghiên cứu chăm sóc sức khỏe cộng đồng nhất định.

Xét nghiệm nhanh VGB là phương pháp phổ biến được sử dụng để sàng lọc nhiễm VRVGB ở nhiều quốc gia, đặc biệt là ở các nước đang phát triển. Xét nghiệm định lượng HBsAg là xét nghiệm cho biết lượng kháng nguyên vỏ của vi rút. Xét nghiệm này chủ yếu dùng để theo dõi quá trình điều trị của bệnh nhân. Xét

nghiệm HBsAg không có giá trị tiên lượng nghĩa là nồng độ cao không có nghĩa là bệnh nặng và ngược lại. Ngoài việc sàng lọc cộng đồng, phương pháp này có ý nghĩa quan trọng trong việc sàng lọc VGB ở bệnh nhân HIV, đặc biệt là ở Châu Phi [89].

Xét nghiệm nhiễm VRVGB được thực hiện thông qua đánh giá, phát hiện kháng nguyên HBsAg. Xét nghiệm này tương tự như xét nghiệm nhanh (RDTs), xét nghiệm miễn dịch đánh dấu (EIAs, CLIAs, ECLs...). Khi kết quả HBsAg (+) cần thực hiện các kỹ thuật khác để khẳng định chính xác việc nhiễm VRVGB. Cụ thể, người có kết quả xét nghiệm HBsAg (+) cần được xét nghiệm các dấu ấn, tải lượng và các xét nghiệm hóa sinh, huyết học để xác định nhiễm VRVGB cấp hay mạn. Sau đó, tiến hành tư vấn, hướng dẫn người bệnh về chế độ ăn uống, sinh hoạt để ngăn ngừa tổn thương gan và giảm nguy cơ lây truyền VRVGB [17].

Việc xét nghiệm HBsAg được áp dụng rộng rãi một phần là do kết quả của xét nghiệm là chính xác và đáng tin cậy, cho phép bác sĩ và nhân viên y tế xác định nhanh chóng sự hiện diện của VRVGB trong cơ thể bệnh nhân. Sự tiện lợi và tốc độ thực hiện cũng là một trong những điểm lợi thế của phương pháp này. Thường chỉ mất một vài phút để thực hiện xét nghiệm HBsAg, giúp tiết kiệm thời gian và tạo điều kiện thuận lợi cho quá trình chẩn đoán và điều trị. Ngoài ra, sự phổ biến và tiếp cận dễ dàng của xét nghiệm HBsAg cũng là một yếu tố quan trọng. Phương pháp này được sử dụng rộng rãi tại nhiều cơ sở y tế trên khắp thế giới, từ các phòng khám đến các bệnh viện lớn, giúp cho người dân có thể tiếp cận dịch vụ y tế một cách dễ dàng [11], [133].

Tuy nhiên, xét nghiệm HBsAg cũng tồn tại một số nhược điểm cần được chú ý khi sử dụng. Một trong những giới hạn của phương pháp này là đặc điểm kỹ thuật của xét nghiệm. Cụ thể, mặc dù đa số trường hợp xét nghiệm HBsAg đem lại kết quả chính xác, nhưng cũng có một số trường hợp vì giới hạn trong đặc điểm kỹ thuật nên có thể gây ra kết quả không chính xác. Cần chú ý, khả năng phát hiện của xét nghiệm này giảm dần trong giai đoạn sớm của bệnh, có thể không nhận diện được sự hiện diện của vi rút trong giai đoạn sớm của bệnh, khiến cho một số trường

hợp bị bỏ sót. Do đó, việc kết hợp xét nghiệm HBsAg với các phương pháp khác là cần thiết để đảm bảo độ chính xác và sự tin cậy của kết quả.

1.1.5.2 Phương pháp ELISA

Kỹ thuật ELISA là một kỹ thuật phổ biến tại nhiều nước trên thế giới để xác định kháng nguyên kháng thể của nhiều vi khuẩn, vi rút. Nhiều nghiên cứu liên quan đến VRVGB đã sử dụng kỹ thuật này để xác định tỷ lệ người nhiễm VRVGB [76], [120]. Một nghiên cứu tại Ấn Độ, đã thực hiện sàng lọc VRVGB bắt buộc bằng Enzyme Linked Immuno Sorbent Assay (ELISA) đối với kháng nguyên bề mặt VRVGB (HBsAg). Kết quả cho thấy kỹ thuật này có tỉ lệ chính xác cao trong phát hiện VRVGB trong đảm bảo an toàn truyền máu. Ngoài ra, phương pháp còn giúp xác định người mẹ hiện có nhiễm VRVGB, từ đó, nhân viên y tế có thể đánh giá về nguy cơ lây truyền từ mẹ sang con [96].

Tại Việt Nam, kỹ thuật ELISA cũng được sử dụng tại nhiều cơ sở y tế lớn trên cả nước cũng như sử dụng trong nhiều nghiên cứu liên quan đến VGB [1], [23], [40], [42], [59].

So với xét nghiệm test nhanh HBsAg, kỹ thuật ELISA có độ chính xác cao hơn, và có thể cùng lúc thực hiện cho nhiều mẫu khác nhau. Tuy nhiên, để thực hiện kỹ thuật này cần nhiều bước chuẩn bị cũng như đảm bảo chất lượng cho toàn bộ quy trình thực hiện. Phương pháp này đòi hỏi người thực hiện phải được đào tạo, cũng như tuân thủ nghiêm ngặt từ bước làm sạch đến chuẩn bị mẫu cũng như hóa chất thử. Bên cạnh đó, mặc dù có hệ thống máy móc thiết bị hiện đại hỗ trợ, phương pháp này cũng sẽ cần một thời gian nhất định để cho ra kết quả. Trường hợp mẫu yếu hoặc nồng độ kháng nguyên thấp thì vẫn có khả năng không phát hiện được mầm bệnh.

Có thể thấy rằng xét nghiệm HBsAg có ưu thế hơn trong việc ứng dụng rộng rãi trong cộng đồng, trong khi đó ELISA sẽ phù hợp trong bệnh viện hay các cơ sở y tế có hệ thống trang thiết bị hiện đại. Dựa trên cơ sở đó, nghiên cứu hiện tại sử dụng xét nghiệm HBsAg để sàng lọc trong cộng đồng là phù hợp.

1.2. Thực trạng nhiễm vi rút viêm gan B

1.2.1. Trên thế giới

Theo Báo cáo Toàn cầu về viêm gan vi rút 2017 của WHO, 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 [55]. 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 [66], [129]. Vùng lưu hành trung bình (HBsAg(+)) từ 2 – 7%) là vùng có tỷ lệ nhiễm VRVGB từ 10 – 60% dân số nhưng chỉ có 2 – 7% dân số chuyển sang giai đoạn mạn tính thường gặp ở khu vực Đông Âu, Trung Đông, Địa Trung Hải, Nga, Nam Mỹ [131]. Vùng lưu hành cao (HBsAg(+) $\geq 8\%$) 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 [132].

Tại Hoa Kỳ, trong năm 2015, tổng cộng 3.370 trường hợp nhiễm viêm gan vi rút B cấp tính đã được báo cáo cho Trung tâm kiểm soát bệnh tật. Số ca bệnh cấp tính thực tế được cho là gấp 6,5 lần số ca so với các năm trước đó. Ước tính có 21.900 trường hợp nhiễm VRVGB mới xảy ra trong năm [80]. Tỷ lệ nhiễm viêm gan vi rút B cấp tính được báo cáo giảm 88,5% kể từ khi khuyến nghị tiêm vắc xin VGB lần đầu tiên được đưa ra; từ 9,6 trường hợp trên 100.000 dân năm 1982 xuống còn 1,1 trường hợp trên 100.000 dân vào năm 2015 [78]; mặc dù tỷ lệ nhiễm VGB cấp tính vẫn khá ổn định trong thời gian 2010 – 2012 – 2015 [80].

Trung Quốc được phân loại là một quốc gia có tỷ lệ lưu hành VGB ở mức độ trung bình [136]. Tỷ lệ mắc bệnh VGB trong dân số nước này được ước tính là 5,5% [129]. Tiêm vắc xin ngừa nhiễm VRVGB lần đầu tiên được đưa vào chương

trình tiêm chủng cho trẻ em Trung Quốc vào năm 1992. Do đó, tỷ lệ lưu hành viêm gan vi rút B đã giảm đáng kể ở trẻ dưới 5 tuổi từ 9,67% năm 1992 xuống còn 0,32% vào năm 2014 [84], [139].

Một nghiên cứu ở Peri – Urban Ghana cho thấy tỷ lệ nhiễm VRVGB là theo phân loại của WHO ước tính tỷ lệ mắc VRVGB ở Ghana là 12,3% [82]. Hay tại Gambia, quốc gia nằm trong khu vực có tỷ lệ nhiễm VRVGB cao (tỷ lệ lưu hành từ 8% trở lên). Nhiễm VRVGB là nguyên nhân của ung thư biểu mô tế bào gan, đây là nguyên nhân phổ biến thứ hai gây tử vong do ung thư ở phụ nữ ở Gambia [111].

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,...). Nhiễm VRVGB là vấn đề sức khỏe mang tính chất toàn cầu cần được quan tâm hơn nữa hướng đến mục tiêu loại bỏ.

1.2.2. 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 [63]. 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 [135]. 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 khỏe cộng đồng [60].

Giám sát dịch tễ học huyết thanh VRVGB và vi rút viêm gan C 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%) [14].

Các nghiên cứu trên đây cũng cho thấy VRVGB cũng là truyền nhiễm xuất hiện ở hầu hết các tỉnh thành trong cả nước ta. Nghiên cứu của Phạm Văn Hùng về tỷ lệ nhiễm VRVGB trên đối tượng hiến máu tình nguyện tại bệnh viện đại học Y Hà Nội tỷ lệ nhiễm VRVGB là 2,7% [34]. Ngoài ra, ở những bệnh nhân viêm gan, xơ gan, ung thư biểu mô tế bào gan khoa truyền nhiễm bệnh viện Trung Ương Huế năm 2013 kết quả nhiễm VRVGB cao nhất ở nhóm tuổi 30 – 45, chiếm tỷ lệ 40,6% [19]. Một nghiên cứu tại thành phố Buôn Mê Thuột ở đối tượng 15 – 18 tuổi thì tỷ lệ nhiễm VRVGB là 5,4% [52]. Một nghiên cứu tại TP.HCM của Vũ Quang Huy thì tỷ lệ nhiễm VRVGB là 9,51% trong đó nam là 11,3% cao hơn hẳn nữ 6,7% [36]. Nghiên cứu về tình hình nhiễm VRVGB ở phụ nữ mang thai tại thành phố Cần Thơ năm 2021 trên 640 phụ nữ mang thai của Phạm Thị Cẩm Tiên có kết quả 8,1% thai phụ mang VRVGB [53].

Một số nghiên cứu trên các đối tượng đặc thù cũng ghi nhận tỷ lệ nhiễm VRVGB khá cao: nghiên cứu tỷ lệ nhiễm VRVGB và các yếu tố liên quan ở công nhân công ty Panko cho thấy 17,71% công nhân hiện nhiễm VRVGB 39,93% công nhân chưa nhiễm VRVGB và chưa tiêm ngừa VRVGB [48]; nghiên cứu tỷ lệ nhiễm VRVGB ở NVYT bệnh viện tỉnh Quảng Bình năm 2012, tỷ lệ nhiễm VRVGB là 13,9%, [54]. Nghiên cứu tỷ lệ, đặc điểm cận lâm sàng và các marker ở phụ nữ mang thai nhiễm VRVGB tại bệnh viện Quân y 103 cho thấy tỷ lệ nhiễm VRVGB ở thai phụ bệnh viện Quân y 103 khá cao (11,2%) [62].

NVYT 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. Nghiên cứu của trường Đại học Y tế công cộng đã tiến hành mô tả cắt ngang trên đối tượng là NVYT tại một số bệnh viện ở Hà Nội và Nam Định, với mục tiêu xác định tỷ lệ hiện nhiễm VRVGB thông qua xét nghiệm kháng nguyên bề mặt HBsAg và các yếu tố ảnh hưởng. Kết quả nghiên cứu cho thấy: tỷ lệ NVYT có nhiễm VRVGB là 6,9%; gần 40% các trường hợp nhiễm VRVGB thuộc nhóm tuổi từ 40 – 49. Tỷ lệ nhiễm cao nhất ở nhóm y tá/điều dưỡng (61,9%), tiếp theo là bác sỹ 17,5%, hộ lý và y công chiếm 9,5%. NVYT làm việc từ 15 – 20 năm và > 20

năm có nguy cơ nhiễm VRVGB cao hơn so với nhóm làm việc dưới 5 năm. NVYT đã từng bị tổn thương do vật sắc nhọn trong quá trình làm việc, NVYT làm các công việc liên quan đến phẫu thuật, tiêm truyền, NVYT phải làm các công việc liên quan đến xử lý rác thải y tế, rác thải sắc nhọn hàng ngày có nguy cơ nhiễm VRVGB cao so với nhóm còn lại [10].

Nghiên cứu khác về tình trạng nhiễm VRVGB và C ở cộng đồng dân tộc thiểu số xã Mỏ Vàng, huyện Văn Yên, tỉnh Yên Bái trong độ tuổi 15 – 49 sinh sống trên địa bàn xã được lấy máu xét nghiệm nhiễm VRVGB là 13,33%. Đáng chú ý, tỷ lệ nhiễm cao ở nhóm thanh thiếu niên 15 – 19 tuổi 14,11%. Nhiễm VRVGB và bệnh gan liên quan là một vấn đề sức khỏe rất cần được quan tâm ở cộng đồng dân tộc thiểu số. Trong hoàn cảnh bao phủ vắc xin VGB cho trẻ sơ sinh ở những vùng xa khó khăn, còn rất hạn chế, cần có hoạt động sàng lọc và quản lý người nhiễm VRVGB để giảm thiểu sự lây nhiễm trong cộng đồng [2].

Như vậy, tại Việt Nam, VRVGB cũng là một trong số những căn bệnh truyền nhiễm nguy hiểm, gây ra gánh nặng bệnh tật to lớn, ảnh hưởng đến chất lượng cuộc sống của những người nhiễm bệnh. VRVGB cũng có mặt tại hầu hết các tỉnh thành trong cả nước với tỷ lệ mắc bệnh và lây nhiễm tùy thuộc từng vùng địa lý và dân cư trên cả nước. Với hậu quả tiêu cực nặng nề do VRVGB gây ra, việc phòng ngừa lây nhiễm, giảm thiểu mắc bệnh là công tác vô cùng cấp thiết cần được triển khai thực hiện một cách nghiêm túc và mạnh mẽ.

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

1.3.1. Kiến thức đối với nhiễm vi rút viêm gan B

Khi 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 đề sức khỏe trong cộng đồng. Theo nghiên cứu của Trần Ngọc Dung và Huỳnh Thị Kim Yến vào năm 2010 trên người dân ở quận Ninh Kiều, tỉnh Cần Thơ cho thấy tỷ lệ nhiễm VRVGB là

7%. Có mối liên quan giữa kiến thức và hành vi phòng bệnh VGB [26]. Một nghiên cứu khác ở Tiền Giang về kiến thức, thái độ và thực hành về VRVGB trên đối tượng NVYT cho thấy 95% NVYT biết các loại vi rút gây viêm gan; 93,2% biết đường lây truyền của VRVGB; tỷ lệ NVYT hiểu biết và thực hiện tốt các biện pháp phòng chống lây nhiễm VRVGB là 90% [43].

Đối với nghiên cứu chúng tôi tiến hành, việc đánh giá về kiến thức, hành vi nguy cơ là cần thiết. Mặc dù vậy, các nghiên cứu liên quan đến VRVGB tại Việt Nam nói chung và tại các tỉnh Đồng bằng sông Cửu Long nói riêng, đặc biệt trên đối tượng người dân Khmer là cần thiết, cùng với các biện pháp can thiệp nhằm dự phòng lây nhiễm VRVGB. Đặc biệt là biện pháp can thiệp về truyền thông nhằm lan truyền và gửi gắm các thông điệp đúng đắn, kiến thức về bệnh, cách phòng ngừa bệnh và hiểu biết về các hành vi nguy cơ lây nhiễm bệnh đến người dân.

1.3.2. 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 máy môi, xăm hình hay các hoạt động châm cứu, chích lễ 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 [46].

Theo báo cáo của Trung tâm kiểm soát bệnh tật Hoa Kỳ cho thấy: có tới hơn 50% số ca nhiễm VRVGB mới có yếu tố nguy cơ lây nhiễm VRVGB, trong đó hành vi nguy cơ sử dụng thuốc tiêm, chung bơm kim tiêm trong tiêm chích ma túy và hành vi quan hệ tình dục không an toàn là những nguồn lây truyền VRVGB phổ biến nhất [80]. Vấn đề này có sự tương đồng đối với cả trong nước và thế giới. Cụ thể, một nghiên cứu tại Pakistan được thực hiện năm 2010, chỉ ra mối liên quan của tỷ lệ nhiễm VRVGB với các yếu tố nguy cơ lây nhiễm bệnh. Trong đó, các yếu tố nguy cơ trong cuộc sống sinh hoạt hàng ngày như: dùng chung đồ cắt tóc, dùng chung dao cạo râu, sử dụng các dịch vụ tại cửa hàng cắt tóc có dùng chung dụng cụ [110]. Theo một nghiên cứu khác cũng tìm ra các yếu tố tương đồng với nghiên cứu

trên. Toàn bộ đối tượng trong nghiên cứu trả lời có xu hướng chia sẻ vật dụng cá nhân là rất phổ biến. Sử dụng rượu và quan hệ tình dục với nhiều bạn tình có liên quan đến nguy cơ nhiễm VRVGB cao hơn ở mức độ trung bình được chỉ ra trong nghiên cứu ở sinh viên tại Cộng hòa Trung Phi, tuy nhiên điều này lại không có ý nghĩa thống kê [114]. Sử dụng ma túy bất hợp pháp cũng được liệt kê là một trong năm yếu tố lây truyền VRVGB trong cuộc sống sinh hoạt hàng ngày [119].

Tại Việt Nam, nhiều nghiên cứu cũng được thực hiện để đánh giá mối liên quan giữa các yếu tố trong sinh hoạt hằng ngày đối với việc nhiễm VRVGB trong cộng đồng. Theo nghiên cứu của Ngô Viết Lộc về tỷ lệ nhiễm VRVGB và mối liên quan với các hành vi nguy cơ trong cuộc sống hàng ngày (dao cạo râu). Nghiên cứu có thực hiện tìm hiểu về tỷ lệ nhiễm VRVGB và các hành vi nguy cơ khác (dùng chung bàn chải, xăm hình, phun xăm thẩm mỹ, tiền sử truyền máu, phẫu thuật,...) nhưng chưa tìm thấy mối liên quan nào [39]. Nghiên cứu của Võ Hiếu Nghĩa cho kết quả chỉ có 20,8% người tham gia nghiên cứu dùng riêng các vật dụng sắc nhọn như bấm móng, dao cạo, bàn chải đánh răng,... Tỷ lệ này có mối liên quan với tỷ lệ thực hành tiêm ngừa vắc xin VGB [42]. Một nghiên cứu khác của Trần Xuân Chương tìm thấy mối liên quan giữa tỷ lệ nhiễm VRVGB và hành vi nguy cơ xăm mình, dùng chung dao cạo râu và dụng cụ làm móng tay, chân nhưng không tìm thấy mối liên quan rõ rệt giữa tỷ lệ nhiễm VRVGB và hành vi nguy cơ dùng chung bàn chải đánh răng, xô lỗ tai. Nghiên cứu cho kết quả, tỷ lệ nhóm đối tượng có hành vi nguy cơ là: xăm mình (9,38%); dùng chung bàn chải đánh răng (6,25%); dùng chung dao cạo râu (62,5%); chung dụng cụ làm móng tay chân (11,46%); xô lỗ tai chung dụng cụ (18,75%)[19]. Nghiên cứu của Trần Hữu Bích về Điều tra dịch tễ tình hình nhiễm VRVGB và C tại Hà Nội và Bắc Giang năm 2010 tìm thấy mối liên quan giữa tỷ lệ nhiễm VRVGB và hành vi nguy cơ dùng chung bơm kim tiêm, kim châm cứu và bàn chải đánh răng. Trong đó, tỷ lệ dùng chung bơm kim tiêm là 28,4%; dùng chung kim châm cứu là 54,6%; dùng chung bàn chải đánh răng là 34,6%. Nghiên cứu chỉ ra các hành vi này là yếu tố nguy cơ lây truyền VRVGB trong cộng đồng [7].

1.3.3. 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 [15].

Tuy nhiên, vấn đề đảm bảo quy trình và chất lượng trong thực hiện phòng chống nhiễm khuẩn và thực hành các biện pháp kiểm soát nhiễm khuẩn như tiêm an toàn, tiệt trùng các dụng cụ sử dụng trong thủ thuật và phẫu thuật chưa được thực hiện một cách hệ thống. Bên cạnh đó, vấn đề về tăng cường chất lượng kiến thức và thực hành của NVYT trong phòng chống lây nhiễm, thực hành tiêm an toàn, quản lý chất thải, chuẩn hóa quy trình khử trùng hiệu quả và hướng dẫn giám sát cũng chưa được hướng dẫn và triển khai cụ thể. Theo kết quả Đánh giá thực trạng về các thực hành kiểm soát nhiễm khuẩn trong bệnh viện do Cục Quản lý Khám chữa bệnh, Bộ Y tế thực hiện năm 2017, có khoảng 10% các cơ sở y tế chưa thành lập đơn vị chống nhiễm khuẩn, 15% không có mạng lưới đơn vị chống nhiễm khuẩn và 20% cơ sở y tế trên 150 giường bệnh chưa thành lập khoa phòng chống nhiễm khuẩn. Việc giám sát thực hành chống nhiễm khuẩn cũng chưa được thống nhất thực hiện bởi đơn vị chống nhiễm khuẩn tại các cơ sở y tế mà do các khoa, phòng tự giám sát việc thực hiện [14].

Trong môi trường y tế: cần tuân thủ nghiêm ngặt các thao tác rửa tay trước và sau khi tiếp xúc bệnh nhân, bệnh phẩm, chất thải. Sử dụng đầy đủ đồ bảo hộ khi thực hiện công tác chuyên môn. Xử lý kim an toàn trong khi chăm sóc bệnh nhân, hủy kim hay vật sắc nhọn ngay vào thùng rác chứa vật sắc nhọn sau sử dụng. Không bao giờ chạm vào máu hoặc chất dịch của bất kỳ người nào khi không dùng dụng cụ bảo vệ, đảm bảo an toàn trong truyền máu... Rửa tay bằng xà phòng và nước ấm ngay sau khi tiếp xúc với máu và chất dịch cơ thể (kể cả khi đã mang găng tay). Mang kính bảo hộ nếu có nguy cơ bị nhiễm vào mắt. Đảm bảo dụng cụ phẫu thuật được dùng một lần hoặc tiệt trùng đầy đủ. Sử dụng các vật sắc nhọn một cách an toàn. Không cho phép NVYT (người dương tính với kháng nguyên HbeAg) làm việc trong lĩnh vực mà họ có thể là nguy cơ lây nhiễm cho bệnh nhân [70]. Một số kết quả nghiên cứu đặc điểm và tỷ lệ nhiễm VRVGB ở người hiến máu tình nguyện lần đầu tại bệnh viện 108 xác định bằng test nhanh tỷ lệ nhiễm viêm gan vi rút B bằng test nhanh là 2,7% [50], đây cũng là một trong những hoạt động sàng lọc nhằm kiểm soát lây nhiễm VRVGB qua hiến máu và nhận máu tại một cơ sở điều trị tại Việt Nam. Nghiên cứu của Phạm Văn Hùng về tỷ lệ nhiễm VRVGB trên đối tượng hiến máu tình nguyện tại bệnh viện đại học Y Hà Nội tỷ lệ nhiễm VRVGB bằng test nhanh là 2,7% và tỷ lệ tăng thêm 0,4% khi thực hiện bằng miễn dịch hóa phát quang. Độ tuổi nhiễm VRVGB có tỷ lệ cao nhất là ở nhóm < 20 tuổi. Tỷ lệ nhiễm VRVGB ở nhóm đối tượng này cũng chiếm tỷ lệ cao nhất 75,8%. Người nhiễm VRVGB theo nhóm máu cho thấy chủ yếu là nhóm O chiếm 45,5%, nhóm B chiếm 30,3% với tỷ lệ nhiễm là 11,7% [34]. Cho thấy nếu hoạt động sàng lọc không được chú trọng trước truyền máu thì nguy cơ lây nhiễm cho cộng đồng là khá cao, cần quan tâm và thực hiện đúng, đủ. Nghiên cứu của Tạ Văn Trâm năm 2015 tại Tiền Giang đã tìm ra mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa tỷ lệ nhiễm VRVGB và một số tiền sử về can thiệp y tế như: chữa răng, phẫu thuật, tiêm chích, xẻ nhọt khâu da. Nhóm đối tượng có tiền sử này thì có tỷ lệ nhiễm VRVGB cao hơn. Trong đó, nghiên cứu không tìm thấy mối liên quan giữa tỷ lệ nhiễm bệnh và tiền sử truyền máu. Điều này được tác giả giải thích rằng: truyền máu là thủ thuật y khoa

xâm lấn và quan trọng nên được đặc biệt chú trọng trong việc kiểm soát nhiễm khuẩn và các bệnh truyền nhiễm lây qua đường máu [57]. Theo nghiên cứu của Phạm Minh Khoa thực hiện tại TP.HCM cũng tìm thấy mối liên quan giữa tiền sử truyền máu và tỷ lệ nhiễm VRVGB ở người trên 18 tuổi tại quận 12, TP.HCM [37].

Nghiên cứu tại Bahrain cho thấy, các yếu tố nguy cơ của lây nhiễm VRVGB là: Các thủ tục nha khoa và phẫu thuật là yếu tố nguy cơ lây nhiễm chính lần lượt là 37,2% và 35,6%. Truyền máu được coi là nguồn lây nhiễm cho khoảng 24,6% số người nhiễm bệnh [88]. Nghiên cứu tỷ lệ nhiễm VRVGB ở phụ nữ mang thai tại vùng Tây Bắc Ethiopia có kết quả là: Tỷ lệ nhiễm VRVGB chung ở phụ nữ mang thai là 16 (4,7%) (95% CI 2,7; 7,7). Trong đó cũng tìm ra các yếu tố nguy cơ lây nhiễm VRVGB tương đồng với nghiên cứu tại Bahrain: có tiền sử truyền máu và có tiền sử cắt amidan [94].

Một nghiên cứu tại Pakistan được thực hiện năm 2010, chỉ ra mối liên quan của tỷ lệ nhiễm VRVGB với các yếu tố nguy cơ lây nhiễm bệnh sau. Các yếu tố nguy cơ về y tế gồm: tiền sử tiêm truyền, truyền máu, truyền dịch, thực hiện thủ thuật xâm lấn, tiền sử phẫu thuật, chữa răng,... [74], [110]. Cũng tại Pakistan, nghiên cứu của Khan cũng tìm ra các yếu tố tương đồng với nghiên cứu này. Các yếu tố nguy cơ quan trọng góp phần lây truyền VRVGB bao gồm nguy cơ từ truyền máu (4,04%), tiền sử tiêm 26,19%, tái sử dụng ống tiêm 26,6%; nguy cơ từ việc chữa răng (11,20%) và quy trình phẫu thuật (4,26%). Nghiên cứu chỉ ra rằng, tiền sử tiêm truyền, phẫu thuật và thủ thuật nha khoa hay việc tái sử dụng ống tiêm là yếu tố nguy cơ chính cho việc lây truyền VRVGB [90].

Các yếu tố cơ bản khiến tỷ lệ nhiễm VRVGB cao ở Philippin cũng có liên quan việc lây truyền VRVGB trong môi trường chăm sóc sức khỏe (qua bơm kim tiêm và thiết bị bệnh viện không được khử trùng đầy đủ) và qua sử dụng ma túy và xăm mình [123].

Tiền sử phẫu thuật, chữa răng, truyền máu cũng được chứng minh là có mối liên quan đến nguy cơ nhiễm VRVGB trong một nghiên cứu ở sinh viên tại Cộng hòa Trung Phi. Tuy nhiên, kết quả nghiên cứu chưa ghi nhận có ý nghĩa thống kê [114].

Tại Bzaril, có tiền sử truyền máu (15% so với 6,9%) và tái sử dụng ống tiêm (65% so với 46,2%) là yếu tố nguy cơ lây truyền VRVGB. Ngoài ra, các vấn đề kiểm soát nhiễm khuẩn trong đỡ sanh hay nhiễm trùng lây truyền qua đường tình dục trước đó cũng được ghi nhận làm tăng nguy cơ mắc VRVGB đối với đối tượng trong nghiên cứu [119].

Tại Bỉ, các yếu tố nguy cơ lây nhiễm có liên quan đến tỷ lệ nhiễm VRVGB bao gồm: tiền sử truyền máu, điều trị nha khoa, kiểm tra phụ khoa, tiền sử thực hiện phẫu thuật, thủ thuật y tế xâm lấn, tiền sử tiêm truyền [117]. Tương đồng với nghiên cứu tại Slovakia, các yếu tố nguy cơ lây nhiễm VRVGB cũng bao gồm: tiền sử truyền máu, truyền dịch, tiền sử thực hiện phẫu thuật, thủ thuật y tế [85].

Các hoạt động trong y tế chủ yếu là các hoạt động xâm lấn vào cơ thể con người và đặc biệt có liên quan mật thiết đến con đường lây nhiễm VRVGB cơ bản nhất - đường máu. Tuy nhiên, các nghiên cứu kể trên đã được thực hiện từ khá xa so với hiện tại, khi mà các hướng dẫn, quy định, quy trình về hoạt động y khoa được quan tâm và chú trọng hơn. Cho nên, hiện nay nguy cơ lây nhiễm VRVGB trong hoạt động y tế đã giảm rõ rệt và không còn là yếu tố nguy cơ chủ yếu nhất của việc lây nhiễm VRVGB ở người.

Các nghiên cứu tại nhiều nước trên thế giới, tuy với lối sống và đặc điểm kinh tế, dân số, xã hội khác nhau nhưng lại tìm ra những yếu tố nguy cơ lây nhiễm VRVGB tương đồng với nhau. Qua đó có thể thấy, các hành vi nguy cơ trong đời sống sinh hoạt hàng ngày và hoạt động thẩm mỹ thực sự có liên quan đến tỷ lệ nhiễm VRVGB ở con người.

1.4. Các biện pháp can thiệp dự phòng lây nhiễm vi rút viêm gan B

1.4.1. Trên thế giới

1.4.1.1. Truyền thông, giáo dục và nâng cao nhận thức, thay đổi hành vi

Nghiên cứu đánh giá hiệu quả của một chiến dịch giáo dục phòng ngừa HBV dưới sự hướng dẫn của chuyên gia tại Đại học Usman Danfodiyo, Sokoto, Nigeria đối với kiến thức, thái độ và thực hành liên quan đến HBV của thanh thiếu niên. Thử nghiệm cộng đồng ngẫu nhiên mù đơn được thực hiện từ tháng 4 đến tháng 12 năm 2015. Mẫu nghiên cứu có tổng cộng 390 sinh viên đã được chọn và chia ngẫu nhiên thành hai nhóm can thiệp và nhóm kiểm soát, mỗi nhóm gồm 195 người. Kiến thức, thái độ và thực hành liên quan đến VGB của các đối tượng có sự khác biệt đáng kể giữa nhóm can thiệp và nhóm kiểm soát ngay sau đó, ba và sáu tháng sau đánh giá, không có sự khác biệt ý nghĩa tại điểm xuất phát. Nghiên cứu đã chứng minh được hiệu quả của can thiệp với kiến thức, thái độ và thực hành phòng chống HBV trong số sinh viên đại học ngành không y và không thú y tại Đại học Usman Danfodiyo, Sokoto, Nigeria [73].

Nghiên cứu đánh giá tác động của một can thiệp bằng điện thoại của nhân viên y tế cơ sở đối với việc hoàn thành chuỗi tiêm phòng HBV trong số người Mỹ gốc châu Á nhập cư ở khu vực đô thị Baltimore-Washington. Có 645 người đủ điều kiện tham gia, trong đó có 600 người (gồm 201 người Trung Quốc, 198 người Hàn Quốc và 201 người Việt Nam) đã hoàn thành cuộc khảo sát trước và tham gia sàng lọc VGB. Dựa trên kết quả sàng lọc, chúng tôi đã tiến hành một thử nghiệm kiểm soát ngẫu nhiên với nhóm can thiệp nhận được thông tin chăm sóc phòng ngừa HBV. Sau bảy tháng, nhóm can thiệp có khả năng cao hơn để nhận được 1 hoặc nhiều mũi tiêm so với nhóm kiểm soát, so với nhóm không tiêm phòng. Can thiệp của nhân viên y tế cơ sở đã thành công trong việc tăng tỷ lệ tiêm phòng VGB ở người Mỹ gốc châu Á nhập cư. Nghiên cứu gợi ý rằng chương trình can thiệp tích hợp văn hóa giúp giảm bớt sự bất bình đẳng về ung thư gan do nhiễm viêm gan B mãn tính ở người Mỹ gốc châu Á có nguy cơ cao [101].

1.4.1.2. Tiêm ngừa vắc xin

Hoạt động chính và hiệu quả nhất để phòng ngừa nhiễm VRVGB là tiêm vắc xin. WHO khuyến cáo tất cả trẻ sơ sinh trên thế giới nên được tiêm vắc xin VGB càng sớm càng tốt sau khi sinh, tốt nhất là trong vòng 24 giờ sau sinh. Tiêm chủng cho trẻ sơ sinh chống viêm gan B định kỳ đã tăng trên toàn cầu với tỷ lệ bao phủ ước tính (liều thứ ba) là 84% trong năm 2017. Tỷ lệ nhiễm viêm gan vi rút B mạn tính thấp ở trẻ em dưới 5 tuổi, ước tính khoảng 1,3% vào năm 2015, có thể được quy cho sử dụng rộng rãi vắc xin VGB. Vắc xin đã được chứng minh về sự an toàn và hiệu quả tuyệt vời [109].

Ví dụ, tại Đài Loan, bắt đầu tiêm vắc xin cho trẻ sơ sinh phổ biến vào năm 1983, tỷ lệ lưu hành viêm gan vi rút B ở trẻ dưới 15 tuổi giảm từ 9,8% năm 1984 xuống 0,7% năm 1999 và giảm xuống còn 0,5% vào năm 2004 [116]. Điều này cũng làm giảm rõ rệt về tỷ lệ mắc bệnh viêm gan tối cấp ở trẻ sơ sinh, tỷ lệ tử vong liên quan đến bệnh gan mạn tính và ung thư biểu mô tế bào gan ở những trẻ sinh ra từ khi việc tiêm vắc xin VGB bắt đầu [83]. Ở Trung Quốc, một cuộc khảo sát quốc gia về dịch tễ học huyết thanh học VRVGB đã cho thấy sự giảm tỷ lệ nhiễm VRVGB chung; từ 9,75% năm 1992 xuống 7,18% năm 2006 và giảm ở trẻ em <5 tuổi; từ 9,67% năm 1992 xuống 0,96% năm 2006 [106].

Tại Hàn Quốc, tỷ lệ lưu hành viêm gan vi rút B mạn tính giảm từ 4,61% vào năm 1998 xuống còn 2,98% vào năm 2010; ở đối tượng thanh thiếu niên (10 – 19); tỷ lệ này đã giảm từ 2,2% năm 1998 xuống còn 0,12% vào năm 2010 [103]. Tại Gambia, việc tiêm vắc xin cho trẻ sơ sinh đã được giới thiệu trên toàn quốc từ năm 1990 nhưng phải mất khoảng 7 năm để đạt được tỷ lệ tiêm chủng hơn 90%, vì vậy những phụ nữ sinh trong vòng 7 năm đầu tiên đó mặc dù tất cả nên được tiêm vắc xin nhưng có thể họ đã không được tiêm chủng. WHO cũng đã gợi ý rằng can thiệp chính để giảm nhiễm VRVGB là tăng phạm vi tiêm chủng cho trẻ sơ sinh [111].

1.4.1.3. Phòng lây truyền từ mẹ sang con

Cách lây truyền dọc VRVGB (lây từ mẹ sang con) là cách lây chủ yếu ở nhiều quốc gia trên thế giới. Một nghiên cứu đã cho thấy, có tới 13% trẻ sơ sinh sinh ra bị nhiễm VRVGB có mẹ nhiễm bệnh dương tính với VRVGB, đặc biệt là ở những trẻ có mẹ bị nhiễm với tải lượng vi rút cao [104]. Người ta đã chứng minh rằng những bà mẹ có VRVGB dương tính có tỷ lệ sinh con có VRVGB dương tính cao hơn và những trẻ này có tỷ lệ không đáp ứng với vắc xin VGB cao hơn. Vì vậy, những can thiệp nhằm phòng ngừa lây nhiễm VRVGB từ mẹ sang con sẽ làm giảm đáng kể tỷ lệ nhiễm bệnh mới ở trẻ sơ sinh được sinh ra. Những can thiệp này bao gồm: Sàng lọc phụ nữ có yếu tố nguy cơ, tiêm ngừa cho bà bầu, xác định, quản lý phụ nữ mang thai nhiễm VRVGB và điều trị dự phòng cho trẻ sơ sinh [126].

Nếu mẹ mang thai có HBV – DNA > 106 copies/ml (200.000 IU/mL): Dùng thuốc kháng vi rút (lamivudine hoặc tenofovir) từ 3 tháng cuối của thai kỳ. Xét nghiệm lại HBV – DNA sau sinh 3 tháng để quyết định ngừng thuốc hoặc tiếp tục điều trị nếu mẹ đủ tiêu chuẩn điều trị. Theo dõi sát người mẹ để phát hiện viêm gan bùng phát. Không chống chỉ định nuôi con bằng sữa mẹ ở những người mẹ có VRVGB dương tính và mẹ đang sử dụng thuốc kháng vi rút TDF để điều trị bệnh hoặc điều trị dự phòng [13].

1.4.1.4. Trong sinh hoạt

Theo kết quả nghiên cứu được đăng tải trên tạp chí International Journal of Infectious Diseases, các nhà khoa học tại Đại học British Columbia (UBC) của Canada đã phát hiện ra rằng những người có nhiều hình xăm trên hầu hết các bộ phận của cơ thể có nguy cơ bị lây nhiễm bệnh viêm gan và các bệnh qua đường máu khác cao hơn. Họ đã xem xét và phân tích 124 nghiên cứu trước đó ở 30 quốc gia trên thế giới, gồm Mỹ, Canada, Iran, Italy, Brazil và đã phát hiện thấy tỷ lệ mắc bệnh viêm gan tăng cao sau khi các bệnh nhân thực hiện các hình xăm. Ngoài ra, những người xăm nhiều hình còn có nguy cơ cao lây nhiễm các bệnh khác như phản ứng dị ứng, HIV, vi khuẩn hoặc nhiễm nấm [99].

1.4.2. Tại Việt Nam

Trong giai đoạn 2016 – 2018, Bộ Y tế đã phối hợp với WHO tổ chức đánh giá thực trạng gánh nặng bệnh tật và các hoạt động phòng chống viêm gan vi rút tại Việt Nam. Kết quả đánh giá đã ghi nhận những nỗ lực của Việt Nam để giải quyết gánh nặng do viêm gan vi rút, trong đó bao gồm đã sớm ban hành Kế hoạch hành động quốc gia về phòng chống bệnh viêm gan vi rút, tăng cường mở rộng dịch vụ xét nghiệm VRVGB, C đồng thời tăng cường tiếp cận dịch vụ điều trị viêm gan B và sử dụng thuốc kháng vi rút trực tiếp DAAs trong điều trị viêm gan C [14]. Kết quả đánh giá cũng đưa ra một số khuyến nghị chính trong thời gian tới, cụ thể như sau: Tăng cường chỉ đạo và huy động ngân sách đầu tư để tăng cường các hoạt động phòng chống bệnh viêm gan vi rút, bố trí nguồn lực về tài chính và nhân lực để thực hiện kế hoạch quốc gia phòng chống bệnh viêm gan vi rút. Duy trì hoạt động của nhóm kỹ thuật quốc gia về viêm gan vi rút để tăng cường sự phối hợp của các bên liên quan trong phòng chống bệnh viêm gan vi rút tại Việt Nam. Tăng cường nhận thức về bệnh viêm gan vi rút của cộng đồng cũng như trong hệ thống y tế, bao gồm các hoạt động hưởng ứng ngày Viêm gan Thế giới (28/7) hàng năm. Tăng cường khả năng tiếp cận và độ bao phủ của chương trình xét nghiệm sàng lọc, chẩn đoán và chăm sóc điều trị bệnh nhân mắc bệnh viêm gan vi rút. Đề xuất và triển khai hệ thống giám sát bệnh viêm gan vi rút để tăng cường thông tin chiến lược cho công tác lập kế hoạch trong dự phòng, chẩn đoán, chăm sóc, điều trị đồng thời cung cấp thông tin cho việc theo dõi, đánh giá tiến độ, hiệu quả và các khó khăn vướng mắc trong việc triển khai hoạt động phòng chống viêm gan vi rút [14]. Kế hoạch quốc gia về phòng chống bệnh viêm gan vi rút giai đoạn 2015 – 2019 về cơ bản thống nhất với Kế hoạch hành động của WHO khu vực Tây Thái Bình Dương về viêm gan vi rút giai đoạn 2016 – 2021, nhưng vẫn tồn tại những khoảng trống về mục tiêu và các hoạt động thực hiện, trong đó chưa đề cập đến các mục tiêu cần đạt được theo từng chương trình, hoạt động, khung theo dõi giám sát việc triển khai kế hoạch và kinh phí để triển khai các hoạt động trong kế hoạch. Bên cạnh đó, việc triển khai Kế hoạch quốc gia về phòng chống bệnh viêm gan vi rút giai đoạn 2015 – 2019 còn gặp

nhều khó khăn liên quan đến việc huy động kinh phí đầu tư để triển khai đồng bộ các hoạt động, cơ chế phối hợp, chia sẻ thông tin giữa các đơn vị đặc biệt là giữa lĩnh vực phòng và điều trị; thiếu số liệu cơ sở để ước tính gánh nặng bệnh tật và thiết lập mục tiêu cụ thể và hạn chế nguồn nhân lực, nguồn tài chính thực hiện [14]. Trên cơ sở tình hình bệnh tật, thực trạng và các khó khăn tồn tại trong các hoạt động phòng chống bệnh viêm gan vi rút tại Việt Nam, Bộ Y tế ban hành kế hoạch phòng chống viêm gan vi rút giai đoạn 2021 – 2025, kế hoạch triển khai nhằm tiếp tục tăng cường sự chỉ đạo điều hành và triển khai hiệu quả các hoạt động phòng chống bệnh viêm gan vi rút phù hợp với tình hình hiện tại của địa phương. Từ đó, Bộ Y tế xác định tầm nhìn đến năm 2030 tiến tới loại trừ, để viêm gan vi rút không còn là mối đe dọa đối với sức khỏe cộng đồng [14].

Việt Nam đã có những bước tiến đáng kể trong công tác phòng ngừa nhiễm vi rút viêm gan và đã đạt được những thành tựu quan trọng. Một số hoạt động phòng bệnh viêm gan vi rút chủ yếu là:

1.4.2.1. Truyền thông, giáo dục và nâng cao nhận thức, thay đổi hành vi

Hành vi sức khỏe là hệ thống biểu hiện tâm lý bên trong và bên ngoài những hành động chịu ảnh hưởng của các yếu tố sinh học, môi trường, xã hội, văn hóa, kinh tế, chính trị. Nghiên cứu hành vi sức khỏe nói một cách đơn giản là nghiên cứu ứng xử hằng ngày của con người đối với một vấn đề sức khỏe, một ý kiến hay một quan điểm nâng cao sức khỏe.

Năm giai đoạn khác nhau được xác định trong mô hình các giai đoạn thay đổi gồm: xem xét trước, xem xét, quyết định, hành động và duy trì. Qua quá trình sống và tự cải thiện hoàn thiện dần nhân cách. Con người luôn thay đổi hành vi của mình phù hợp với sự thay đổi của cuộc sống. Khoa học tâm lý đã chỉ ra rằng sự thay đổi nhanh chóng của mối quan hệ con người – xã hội – tự nhiên – thế giới đồ vật sẽ dẫn đến bệnh tật. Do đó con người phải thích nghi kịp thời để tồn tại và phát triển. Hành vi con người thay đổi qua các bước: nhận ra hành vi có hại – quan tâm hành vi có lợi – đặt ra mục đích – chấp nhận – làm thử – duy trì [25].

Sử dụng các phương thức truyền thông giáo dục cho cộng đồng đặc biệt là bệnh nhân nhiễm VRVGB. Kết hợp các hình thức truyền thông trực tiếp như NVYT tư vấn cho bệnh nhân với tư vấn cộng đồng qua tờ rơi, loa đài hoặc các buổi nói chuyện chuyên đề để phổ biến các thông điệp về nguy cơ lây nhiễm VRVGB, các biện pháp dự phòng và lợi ích của việc thay đổi hành vi (như không dùng chung bơm kim tiêm, sử dụng bao cao su khi quan hệ tình dục, giảm tần suất quan hệ tình dục không an toàn, không dùng chung kim châm cứu, dao cạo và các vật phẩm khác) và lợi ích của việc xét nghiệm VRVGB định kỳ [97].

Một số nghiên cứu về các hành vi nguy cơ liên quan đến VRVGB cho thấy việc truyền thông giáo dục sức khỏe người dân về các thông điệp liên quan đến VRVGB là vô cùng quan trọng. Nghiên cứu “Các yếu tố nguy cơ ở bệnh nhân VRVGB” của Trần Xuân Chương ở những bệnh nhân trên 15 tuổi, được chẩn đoán là viêm gan, xơ gan, ung thư biểu mô tế bào gan do VRVGB đa cho thấy kết quả như sau: những người có các hành vi nguy cơ làm gia tăng nguy cơ nhiễm VRVGB [19]. Lê Xuân Huy thông qua nghiên cứu của mình cũng đã đưa ra kiến nghị về việc tăng cường công tác truyền thông giáo dục sức khỏe về các hành vi nguy cơ liên quan tới các bệnh truyền nhiễm lây qua đường máu nói chung [35]. Hành vi nguy cơ làm gia tăng nguy cơ lây nhiễm VRVGB về việc quan hệ tình dục không an toàn (không sử dụng bao cao su hoặc có một lúc nhiều bạn tình) do không được tư vấn kỹ càng, chưa được tiếp cận truyền thông sâu sát về vấn đề lây nhiễm VRVGB qua đường quan hệ tình dục, thiếu kiến thức và một số lý do khách quan khác khiến cho tỷ lệ người thực hành quan hệ tình dục không an toàn chiếm tỷ lệ cao (67,03%) trong nghiên cứu của Hồ Huỳnh Uy Tài [47]. Ngô Viết Lộc cũng đưa ra kết luận sau khi thực hiện một nghiên cứu can thiệp thời gian 18 tháng: Nhóm đối tượng đã được tiếp cận với thông tin y tế về bệnh VRVGB thì có tỷ lệ nhiễm VRVGB thấp hơn hẳn so với nhóm đối tượng chưa được tiếp cận thông tin về bệnh VRVGB [39]. Tỷ lệ chưa được tiếp cận thông tin về VRVGB nhiễm bệnh là 30,4%; trong khi nhóm đối tượng đã được tiếp cận thông tin về VRVGB nhiễm bệnh chỉ có 4,48%; thấp hơn gần 6 lần so với nhóm chưa được tiếp cận thông tin về VRVGB [39].

Nghiên cứu mô tả kiến thức, thực hành phòng lây nhiễm VRVGB của người bệnh mới vào điều trị tại Bệnh viện Chợ Rẫy. Kết quả nghiên cứu cho thấy người bệnh có kiến thức đạt về phòng lây nhiễm VRVGB là 48,1% và thực hành đạt là 37,2%. Người bệnh có kiến thức đạt thì có thực hành về phòng lây nhiễm VRVGB đạt cao gấp 2,6 lần so với người có kiến thức không đạt. Kiến thức và thực hành dự phòng VRVGB có mối liên quan chặt với người bệnh từ tỉnh khác ngoài thành phố Hồ Chí Minh, trình độ học vấn thấp, nghề nghiệp và thu nhập của người bệnh. Nghiên cứu khuyến nghị khoa Viêm gan của bệnh viện xây dựng kế hoạch và thực hiện công tác tư vấn phòng chống lây nhiễm VRVGB cho toàn bộ người bệnh, chú trọng tư vấn về chế độ dinh dưỡng, cách phòng bệnh, đường lây, về xét nghiệm và tiêm phòng vắc xin. Một nội dung quan trọng trong các thông điệp liên quan đến nhiễm VRVGB cần được truyền thông giáo dục sức khỏe đến người dân đó là vấn đề tiêm vắc xin phòng ngừa [51]. Trong nghiên cứu cũng tìm thấy mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa kiến thức đúng và thực hành đúng với tỷ lệ nhiễm VRVGB. Khi được trang bị kiến thức về cách phòng bệnh càng tốt thì việc thực hành phòng bệnh của người dân cũng sẽ được cải thiện hơn. Những nhận thức không đúng về bệnh (hầu hết những nhận thức sai lầm về khả năng mắc bệnh và đường lây bệnh) và chưa biết lợi ích tiêm chủng trên đối tượng sinh viên [29], trên đối tượng bà mẹ có con nhỏ [28] cũng là những rào cản trong việc tiêm ngừa vắc xin VGB. Những rào cản đối với việc sẵn sàng tiêm ngừa vắc xin do không được tiếp cận thông tin sâu sát, đúng và đủ liên quan đến nhiễm VRVGB khiến cho nhiều bà mẹ không thoải mái khi cho con đi tiêm ngừa hay không cho con tiêm ngừa cũng được chỉ ra. Kết quả nghiên cứu cho thấy cần giáo dục cho bà mẹ lợi ích của tiêm chủng và tư vấn tiêm chủng từ bác sĩ, cần giải thích rõ tác dụng phụ của vắc xin và những thông tin từ các công ty dược phẩm có thể chưa chính xác. Một nghiên cứu ở Tiền Giang về đánh giá hiệu quả can thiệp cộng đồng bằng truyền thông sau 18 tháng đã cho thấy kết quả tăng tỷ lệ rõ rệt về hiểu đúng kiến thức, biết đúng kiến thức và tăng tỷ lệ tiêm ngừa vắc xin cho trẻ em tại đây [58]. Theo khuyến cáo của WHO cùng nhiều nghiên cứu và báo cáo của Trung tâm kiểm soát bệnh tật Hoa Kỳ cho thấy: có tới

hơn 50% số ca nhiễm VRVGB mới có yếu tố nguy cơ lây nhiễm VRVGB, trong đó hành vi nguy cơ sử dụng thuốc tiêm, chung bơm kim tiêm trong tiêm chích ma túy và hành vi quan hệ tình dục không an toàn (có nhiều bạn tình, tình dục dị tính hay đồng tính) là những nguồn lây truyền VRVGB phổ biến nhất [80].

Điều này càng nhấn mạnh hơn nữa về vai trò cấp thiết và quan trọng của công tác truyền thông giáo dục sức khỏe cho người dân về những thông điệp liên quan tới bệnh VRVGB [28], [29], [58].

Một nghiên cứu khác được nghiên cứu bởi viện Pasteur TP.HCM khác nhằm mô tả kiến thức và thực hành phòng ngừa bệnh VRVGB của phụ nữ mang thai nhiễm VRVGB tại khu vực phía Nam 2019 – 2020, tiến hành nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 216 thai phụ đến khám tại 3 bệnh viện lớn tại khu vực phía Nam. Kết quả nghiên cứu cho thấy chỉ có 34% thai phụ từng nghe và biết bệnh VRVGB, 45,5% không biết số mũi vắc xin VGB cần tiêm ngừa cho con. Hơn 85% chưa từng được điều trị VRVGB trước đây. Từ kết quả thu được, nhóm nghiên cứu nhận thấy kiến thức và thực hành về phòng ngừa VRVGB trên nhóm thai phụ chưa tốt, do đó có thể ảnh hưởng đến tình trạng nhiễm VRVGB trên trẻ sinh ra từ những người mẹ này. Vì thế cần tăng cường nâng cao kiến thức và thực hành về phòng bệnh và nguy cơ lây truyền viêm gan B trên nhóm đối tượng này nhằm khống chế tốt tình trạng nhiễm VRVGB trên trẻ em và trong cộng đồng [24].

Nghiên cứu thực trạng, một số yếu tố liên quan đến nhiễm VRVGB ở người trưởng thành ở khu vực Tây Nguyên và hiệu quả can thiệp dự phòng lây nhiễm có các hoạt động can thiệp tập trung vào mảng truyền thông nhằm cải thiện kiến thức và hành vi của cộng đồng trong việc phòng lây nhiễm VRVGB. 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 VRVGB 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 ở mức 51,4%. Các hoạt động can thiệp đã cải thiện hành vi phòng ngừa lây nhiễm VGB của người dân nhóm can

thiệt 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 ở mức 27,3% [49].

Nghiên cứu đánh giá hiệu quả can thiệp giáo dục sức khỏe về phòng ngừa VGB ở cha mẹ trẻ từ 6 đến 12 tháng tại Bệnh viện Lê Văn Thịnh thành phố Hồ Chí Minh từ tháng 6 năm 2018 đến tháng 12 năm 2019, nghiên cứu sử dụng bộ câu hỏi phỏng vấn có cấu trúc đánh giá kiến thức, thái độ và thực hành về phòng ngừa VGB, số liệu được thu thập trước truyền thông giáo dục sức khỏe và sau 3 tháng và sau 6 tháng. Có 47 cha mẹ hoàn thành đánh giá trước và sau giáo dục sức khỏe, phần lớn dưới 35 tuổi và trình độ học vấn trên cấp 3. Tỷ lệ người tham gia có kiến thức, thái độ, và thực hành phòng ngừa bệnh VGB đúng trước và sau khi can thiệp giáo dục sức khỏe đã tăng lên đáng kể, với sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). Từ kết quả nghiên cứu đã chỉ ra rằng các hoạt động truyền thông giáo dục sức khỏe đã cải thiện kiến thức, thái độ, và thực hành của người dân về phòng ngừa VGB. Điều này góp phần cho sự thành công của chương trình tiêm chủng phòng các bệnh có thể phòng ngừa được bằng vắc xin cho trẻ em, đặc biệt chương trình phòng bệnh VGB [30].

Nghiên cứu can thiệp có đối chứng, kết hợp đánh giá kết quả trước và sau can thiệp để đánh giá hiệu quả can thiệp nhằm tăng cường chất lượng giám sát viêm gan vi rút B, C tại tỉnh Thái Bình năm 2016. Kết quả cho thấy khả năng thay đổi đối với phương thức giám sát viêm gan vi rút B, C sang báo cáo, theo dõi trường hợp bệnh; xác định vai trò quan trọng của thông tin xét nghiệm sàng lọc từ các đối tượng điều trị Methadone trong việc nâng cao hiệu quả giám sát. Biện pháp can thiệp đã góp phần nâng cao chất lượng giám sát viêm gan vi rút B, C tại huyện Hưng Hà (huyện can thiệp), trong đó hiệu quả can thiệp về báo cáo có kết quả xét nghiệm vi rút viêm gan B, C và sử dụng số liệu giám sát trong phòng chống dịch viêm gan vi rút B, C lần lượt là 22,7% và 51,3%; chỉ số hiệu quả độ nhạy của biện pháp giám sát là 44,4%. Từ kết quả nghiên cứu cho thấy cần áp dụng và triển khai mở rộng việc giám sát và báo cáo viêm gan vi rút B, C theo từng trường hợp bệnh và nâng cao vai

trò của các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh trong việc báo cáo trường hợp viêm gan vi rút B, C trong hệ thống giám sát bệnh truyền nhiễm [41].

Hiện nay, thông tin, giáo dục và truyền thông về nhiễm vi rút viêm gan chủ yếu được lồng ghép vào hoạt động tiêm chủng mở rộng nên các nội dung tuyên truyền chủ yếu tập trung vào công tác phòng nhiễm VRVGB và tiêm vắc xin VGB phòng bệnh cho trẻ em. Các hoạt động chính bao gồm xây dựng các áp phích, tờ rơi, clip, sổ tay tuyên truyền về tiêm vắc xin VGB. Việc triển khai truyền thông trên các phương tiện thông tin đại chúng thông qua các chiến dịch truyền thông đã được triển khai tại một số tỉnh trọng điểm. Tuy nhiên, chưa mang tính thường xuyên và chưa tập trung vào các nhóm nguy cơ cao. Một số dự án đã bước đầu triển khai các hoạt động nâng cao nhận thức về dự phòng và điều trị viêm gan B đối với các nhóm nguy cơ cao (nhóm tiêm chích ma túy, người nhiễm HIV), tuy nhiên chỉ ở quy mô nhỏ tại một số địa bàn nhất định. Việc triển khai các hoạt động giáo dục truyền thông để nâng cao nhận thức của cộng đồng về nguy cơ nhiễm vi rút viêm gan (đặc biệt là VRVGB, tiến triển nặng của bệnh) cũng như sự cần thiết của việc xét nghiệm sàng lọc, tiếp cận điều trị sớm vẫn chưa được triển khai đồng bộ tại các tỉnh. Việc cập nhật thông tin mới về sàng lọc, chẩn đoán và điều trị, dự phòng nhiễm VRVGB cho cán bộ y tế là cần thiết và cần áp dụng rộng rãi tại cộng đồng.

1.4.2.2. Giám sát, xét nghiệm, quản lý người nhiễm vi rút viêm gan B

VRVGB là một trong 28 bệnh truyền nhiễm được báo cáo định kỳ và việc giám sát nhiễm vi rút viêm gan tại Việt Nam được thực hiện theo Thông tư số 48/2010/TT – BYT ngày 31/12/2010 của Bộ Y tế. Vì thế, công tác giám sát vi rút viêm gan được lồng ghép vào hệ thống giám sát bệnh truyền nhiễm quốc gia. Số liệu báo cáo chủ yếu dựa vào kết quả chẩn đoán lâm sàng, không quản lý đến từng ca bệnh. Thu thập số liệu về bệnh viêm gan vi rút ở nước ta theo hệ thống giám sát thường quy chỉ phản ánh được số lượng bệnh nhân viêm gan do vi rút đến nhập viện mà không phân loại được theo chủng vi rút gây viêm gan để từ đó xác định các hoạt động ưu tiên trong dự phòng nhiễm vi rút viêm gan.

1.4.2.3. Hoạt động tiêm chủng dự phòng nhiễm vi rút viêm gan B

Vắc xin VGB được đưa vào sử dụng ở nhiều nước trên thế giới từ năm 1982. Đây là phương pháp phòng ngừa chủ động giúp cho cơ thể tạo ra kháng thể chống lại VRVGB. Hiệu quả của phương pháp này đã được chứng minh làm giảm 96% nhiễm VRVGB ở trẻ em, thanh thiếu niên và 95% các trường hợp nhiễm VRVGB mới xảy ra ở người lớn và những người lớn chưa được chủng ngừa với các yếu tố nguy cơ cao [68], [79].

Tại Việt Nam, vắc xin VGB được đưa vào chương trình tiêm chủng năm 1997, đến năm 2003 vắc xin VGB được triển khai trên khắp các tỉnh thành nhờ sự hỗ trợ của tổ chức Liên minh toàn cầu về vắc xin và tiêm chủng. Tùy vào đối tượng tiêm, độ tuổi và mức độ tiếp xúc với nguồn lây VRVGB mà có các lịch tiêm khác nhau [64], [66]. Việc chủng ngừa bằng vắc xin VGB cũng được khuyến cáo thực hiện đối với tất cả NVYT làm việc ở vị trí có nguy cơ lây nhiễm VRVGB trước khi được tuyển dụng vào các cơ sở y tế với *3 liều đơn, 2 liều đầu cách nhau 1 tháng và liều thứ 3 cách liều thứ nhất 6 tháng*. Tuy nhiên, có 5 – 10% người được chủng ngừa không tạo được miễn dịch sau khi tiêm; do đó, cần làm xét nghiệm trước và sau khi chủng ngừa để đánh giá khả năng miễn dịch trước và sau khi tiêm [65], [67], [81].

Tuy nhiên, loại vắc xin này chỉ có tác dụng bảo vệ nhất thời trong 6 tuần nên cần xem xét đến việc tạo miễn dịch chủ động [27]. Nhiều nghiên cứu đã chứng minh rằng: điều trị dự phòng phơi nhiễm sau thụ động bằng cách dùng huyết thanh immunoglobuline kết hợp với tiêm vắc xin VGB có hiệu quả phòng ngừa lây nhiễm VRVGB theo đường lây truyền dọc (từ mẹ sang con) hơn là việc chỉ tiêm vắc – xin (85 – 95% so với 70 – 95%) [111].

Tiêm chủng vắc xin VGB cho trẻ trong 24 giờ đầu và hoàn thành đủ ba mũi vắc xin theo đúng lịch tiêm chủng quốc gia là chiến lược của WHO nhằm mục đích ngăn ngừa lây truyền VRVGB từ mẹ sang con. Vắc xin VGB được bắt đầu đưa vào chương trình tiêm chủng mở rộng từ năm 1997 tại Thành phố Hà Nội và Thành phố Hồ Chí Minh. Từ năm 2003, được triển khai trên toàn quốc cho trẻ dưới 1 tuổi với sự hỗ trợ của Liên minh toàn cầu về vắc xin và tiêm chủng. Tỷ lệ bao phủ cho trẻ

em dưới 1 tuổi đạt trên 90%. Việc tiêm vắc xin VGB cho trẻ sơ sinh trong vòng 24 giờ đầu được bắt đầu triển khai từ năm 2006. Tỷ lệ này mặc dù đã đạt tới 74% vào năm 2012 nhưng đã giảm xuống còn 56% vào năm 2013 do tâm lý của bố mẹ cũng như NVYT lo sợ về tai biến của vắc xin (mặc dù tai biến xảy ra trong năm 2013 không thực sự liên quan đến vắc xin). Ngoài ra việc khuyến khích tiêm ngừa vắc xin VGB cho trẻ vị thành niên và người lớn có nguy cơ cao nhiễm VRVGB (người tiêm chích ma túy, người chạy thận nhân tạo, người có hành vi tình dục không an toàn, người chưa có miễn dịch và tiếp xúc gần gũi với người bị viêm gan vi rút B mạn tính) vẫn chưa được phổ biến rộng rãi [31].

Việt Nam nằm trong vùng dịch tễ bệnh viêm vi rút gan B. Sinh viên y khoa được xếp vào nhóm nguy cơ cao nhưng việc tiêm chủng vắc xin VGB không bắt buộc cho các sinh viên nhập học. Nghiên cứu tỷ lệ tiêm ngừa vắc xin VGB và nhận thức về bệnh viêm gan vi rút B của sinh viên đại học y dược TP.HCM cho thấy tỷ lệ sinh viên chưa tiêm ngừa viêm gan B chiếm 39,2%, đây là một tỷ lệ khá cao, dù Việt Nam đã đưa mũi tiêm ngừa VRVGB vào chương trình tiêm chủng mở rộng, các sinh viên y khoa cũng có những kiến thức về sức khỏe, vì vậy, cần có những chương trình phòng chống nhiễm VRVGB phù hợp cho những đối tượng trên [29].

1.4.2.4. Công tác phòng, chống lây truyền vi rút viêm gan B từ mẹ sang con

Tại Việt Nam, tỷ lệ nhiễm HBsAg dương tính trong nhóm phụ nữ mang thai là 9,5 - 13,0% ở nhóm phụ nữ mang thai và 80-90% số trẻ sinh ra từ các bà mẹ có HBsAg dương tính có thể bị nhiễm VRVGB từ mẹ [14]. Do đó, việc phòng lây nhiễm VRVGB từ mẹ sang con là rất quan trọng. Chiến lược phòng lây truyền VRVGB từ mẹ sang con ở Việt Nam hiện nay là tiêm vắc xin cho trẻ trong vòng 24 giờ sau sinh và hoàn thành đủ 3 mũi vắc xin VGB theo lịch tiêm chủng. Tuy nhiên, tỷ lệ bao phủ liều sau sinh vẫn chưa cao và thậm chí giảm xuống trong những năm vừa qua, do tai biến sau tiêm vắc-xin mặc dù các tai biến được xác định là không liên quan đến vắc-xin, đồng thời sự gia tăng của phòng trào anti-vắc xin đã gây ra sự dè dặt trong tiêm ngừa viêm gan B cho trẻ [14]. Để mở rộng độ bao phủ liều vắc xin VGB sau sinh, Bộ Y tế đã chỉ đạo yêu cầu các cơ sở có phòng sanh thực hiện

việc tiêm vắc xin VGB cho trẻ em trong vòng 24 giờ đầu sau sinh. Việc tư vấn cũng đã được lồng ghép với các nội dung chăm sóc sức khỏe ban đầu cho phụ nữ đang mang thai.

1.4.2.5. Trong sinh hoạt tình dục

Bất kỳ hành vi tình dục nào có thể gây ra các vết trầy xước, tổn thương và chảy máu đều có thể dẫn lối cho VRVGB từ cơ thể người bệnh truyền sang người lành. Tuy nhiên, nguy cơ lây truyền VRVGB ở các kiểu quan hệ tình dục khác nhau là không giống nhau. Quan hệ tình dục qua đường hậu môn có nguy cơ lây nhiễm cao nhất, tiếp theo là quan hệ tình dục qua đường âm đạo và nguy cơ lây nhiễm khi quan hệ tình dục bằng miệng là thấp nhất [124]. Trong một số trường hợp, VRVGB có thể lây truyền từ người bệnh sang người lành khi hôn nhau mà trong khoang miệng của người nhiễm vi rút có vết xước hoặc tổn thương. Ngoài ra, quá trình sống và sinh hoạt chung cũng có thể làm lây nhiễm VRVGB vì thế, cần lưu ý khi tiếp xúc với máu, tinh dịch và dịch tiết của cơ thể người bệnh cũng là con đường lây nhiễm VRVGB mà đôi khi người bệnh không chú ý và thường chủ quan không để ý. Luôn sinh hoạt tình dục an toàn, duy trì mối quan hệ chung thủy, một vợ một chồng để chặt đứt con đường lây nhiễm VRVGB và những bệnh lây qua đường tình dục khác. Nếu có hành vi tình dục với người không phải vợ (chồng) cần sử dụng bao cao su và không quan hệ trong thời kỳ kinh nguyệt [125].

Hiện nay, đã có các quy định và hướng dẫn về sàng lọc, chẩn đoán người nhiễm VRVGB và vi rút viêm gan C, đặc biệt ở nhóm nguy cơ cao, khi đó sẽ hạn chế được các diễn biến thâm lắng nên phần lớn người nhiễm VRVGB và vi rút viêm gan C không biết được tình trạng nhiễm vi rút viêm gan cho cá nhân, gia đình và cộng đồng [12], [13]. Các hoạt động về phòng ngừa VRVGB mạnh mẽ kể trên cho thấy Việt Nam là một nước sớm nhận biết và nhận biết đúng về nguy cơ bệnh tật, gánh nặng bệnh tật của căn bệnh này. Cùng với sự hỗ trợ từ quốc tế, Việt Nam đã có những chiến lược riêng hướng tới mục tiêu chung của toàn cầu là loại bỏ VRVGB. Công tác dự phòng lây nhiễm được ngành Y tế nói riêng và cả nước nói chung quan tâm, chú trọng, triển khai liên tục, nghiêm túc, mạnh mẽ và có hiệu quả.

Tất cả đã tạo nên thành quả quan trọng và có ý nghĩa trong mục tiêu loại bỏ VRVGB [14].

1.4.3. Tại tỉnh Trà Vinh

Tiêm vắc xin là biện pháp dự phòng lây nhiễm VRVGB hiệu quả và an toàn nhất hiện nay. Tuy nhiên, theo báo cáo của Trung tâm Kiểm soát bệnh tật tỉnh Trà Vinh năm 2018, tỷ lệ tiêm ngừa vắc xin cho trẻ trên toàn tỉnh còn thấp; thấp hơn so với mục tiêu đề ra của cả nước là duy trì tỷ lệ tiêm ngừa VRVGB trên 90%. Tỷ lệ tiêm ngừa mũi sơ sinh VRVGB trong toàn tỉnh cũng còn thấp. Bên cạnh đó, tỷ lệ tiêm ngừa cho trẻ ở các huyện, thị xã tại Trà Vinh cũng không đồng đều, chỉ có 2/9 huyện thị đạt tỷ lệ tiêm ngừa VRVGB trên 90% [61].

Từ những hoạt động phòng chống nhiễm VRVGB trên thế giới và Việt Nam nói chung, tại tỉnh Trà Vinh nói riêng, cần có những biện pháp chú trọng phòng ngừa dựa vào hoạt động nâng cao kiến thức thực hành của người dân. Các hoạt động chú trọng các yếu tố nguy cơ lây nhiễm trong sinh hoạt, trong làm đẹp, trong y tế và hoạt động tiêm vắc xin phòng ngừa lây nhiễm, vì đây là các biện pháp can thiệp có tính nhân rộng ứng dụng rộng rãi đến cộng đồng, mang hiệu quả y tế và kinh tế cao, phù hợp với mọi địa phương và vùng lãnh thổ.

1.5. Đặc điểm về địa bàn nghiên cứu

Khái quát về đồng bào Khmer Nam Bộ ở đồng bằng sông Cửu Long

Với diện tích 40.000 km² bao gồm 13 tỉnh, thành phố. Căn cứ vào điều kiện địa lý, môi sinh, lịch sử cư trú của người Khmer ở Đồng bằng sông Cửu Long có thể cho thấy người Khmer tập trung đông đúc. Người dân tộc Khmer là dân tộc đông dân cư thứ 2 tại khu vực Đồng bằng sông Cửu Long chỉ sau dân tộc Kinh [38], [56]. Trà Vinh là một tỉnh thuộc Đồng bằng sông Cửu Long, có cộng đồng dân cư đa dân tộc (Kinh, Khmer, Hoa...) mang ý nghĩa vô cùng to lớn đối với sự hình thành và phát triển của tỉnh Trà Vinh. Trà Vinh có dân số khoảng 1,286 triệu người với 03 dân tộc chính: Kinh, Khmer, Hoa, trong đó dân tộc Khmer chiếm khoảng 30% dân số [20].

Văn hóa, xã hội của người Khmer

Mỗi tập thể định cư trên một địa điểm bám sát đất trồng trọt gọi là phum. Phum, sóc không phải là đơn vị hành chính nhà nước, mà là những đơn vị xã hội cổ truyền, ràng buộc nhau bởi các phong tục, lễ nghi mà ở đó ngôi chùa là trung tâm sinh hoạt văn hóa [45].

Đối với người Khmer, ngôn ngữ chính là tiếng Khmer sử dụng trong sinh hoạt và lao động, bên cạnh đó, ngôi chùa mang một tình cảm rất sâu sắc. Chùa là biểu tượng tinh thần của cộng đồng dân cư cũng như đối với từng cá nhân trong sóc [33]. Do đạo Phật ảnh hưởng rất lớn trong sinh hoạt xã hội của đồng bào Khmer ở Đồng bằng sông Cửu Long nên tầng lớp sư sãi và trí thức Khmer có vị trí đặc biệt trong quan hệ xã hội, ảnh hưởng mạnh và chi phối sâu sắc đời sống kinh tế – xã hội của người Khmer [38]. Tầng lớp trí thức Khmer đã đóng vai trò tích cực trong việc bảo vệ và phát triển văn hóa, giáo dục truyền thống của dân tộc Khmer. Về đời sống hàng ngày, hàng tháng, họ đi chùa 2 lần vào ngày rằm và ngày 30 của tháng. Chùa vừa là nơi hội họp sinh hoạt cộng đồng như vui chơi, học tập, vừa là nơi thờ cúng tổ tiên và nơi thể hiện sự thành kính với Đức Phật [3].

Theo báo phân tích từ tổng điều tra dân số và nhà ở của các dân tộc Việt Nam, cho thấy người Khmer có điều kiện nhà ở kém nhất so với các dân tộc còn lại, có tỷ lệ chưa bao giờ đến trường cao chiếm hơn 20% do đó có trình độ học vấn tiếp cận văn hóa xã hội thấp hơn so với mặt bằng chung của cả nước. Bên cạnh đó là nghiên cứu “Đa dạng hóa thu nhập của đồng bào Khmer ở vùng nông thôn đồng bằng sông Cửu Long” của Diệp Thanh Tùng cho thấy các hộ Khmer là tộc người có thu nhập thấp so với thu nhập bình quân của cả nước. Từ các yếu tố trên cho thấy người Khmer gặp nhiều thiệt thòi về tình trạng sức khỏe không được đảm bảo do vệ sinh môi trường kém, thiệt trong tiếp cận văn hóa, chăm sóc y tế [20].

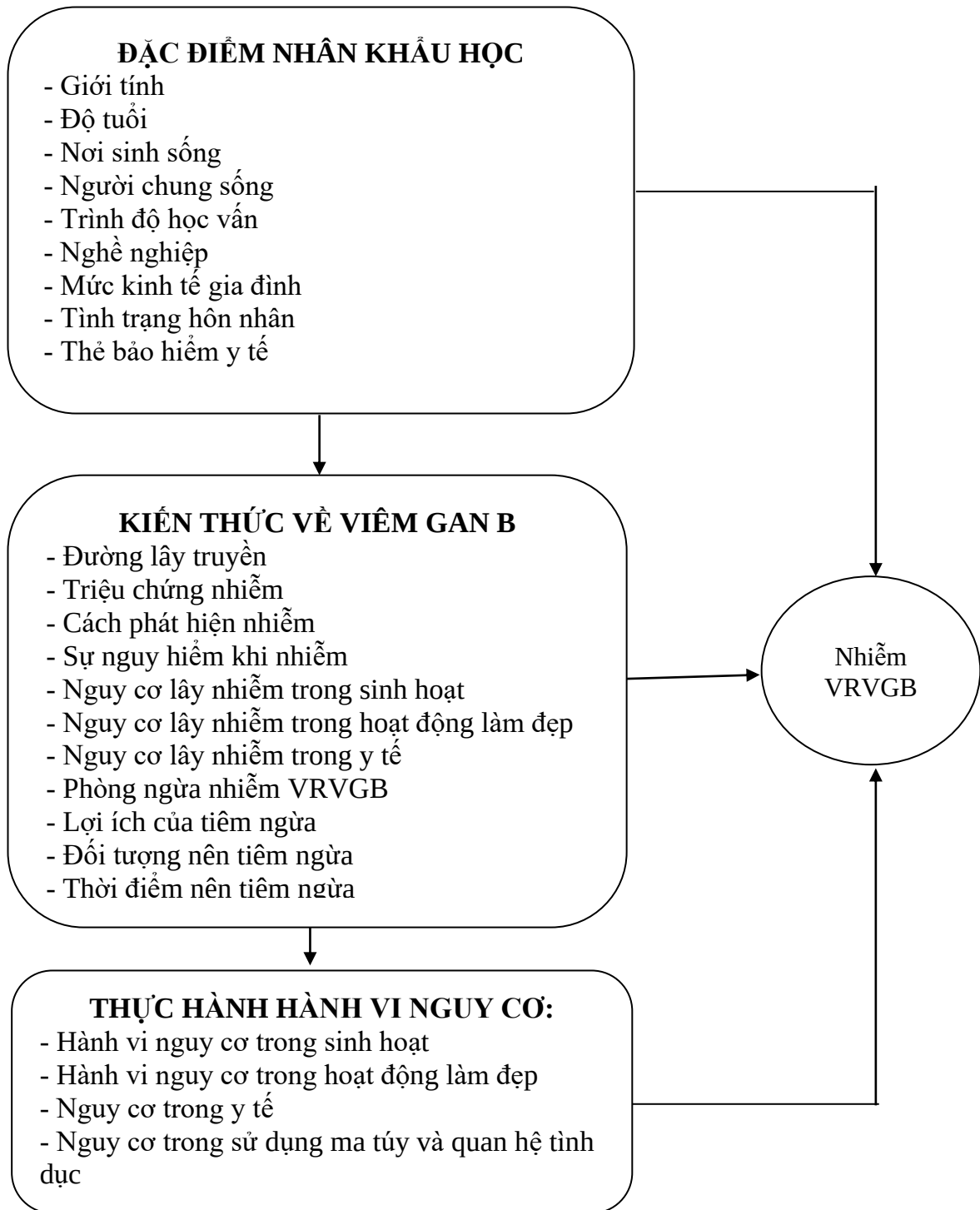
Tỉnh Trà Vinh là nơi tập trung đông đồng bào dân tộc Khmer sinh sống trong cả nước, tập trung chủ yếu ở nông thôn, trong phum, sóc, vùng sâu của tỉnh, điều kiện đi lại còn khó khăn, hạn chế tiếp cận truyền thông, thông tin, lại gặp khó khăn về rào cản ngôn ngữ... Chưa có chương trình truyền thông giáo dục sức khỏe bằng

tiếng Khmer, chưa có truyền thanh sức khỏe bằng tiếng Khmer, chưa có chương trình tiếp cận nhóm, tư vấn cá nhân trực tiếp đến bệnh nhân đồng bào dân tộc Khmer. Người dân sống tập trung theo phum, sóc, quanh những ngôi chùa, họ có niềm tin mãnh liệt vào chức sắc tôn giáo. Đồng bằng sông Cửu Long có gần 600 ngôi chùa Khmer. Nếu lồng ghép nghiên cứu can thiệp lồng ghép chương trình nói chuyện chuyên đề về phòng chống nhiễm VRVGB tại chùa vào các ngày lễ trong chùa sẽ giúp mang lại hiệu quả cao.

Nghiên cứu đã giúp cung cấp thông tin cho ngành Y tế phối hợp với các ban ngành khác tại tỉnh Trà Vinh và các tỉnh Đồng bằng sông Cửu Long xây dựng các giải pháp và chính sách y tế công bằng và hiệu quả đến cộng đồng đồng bào dân tộc Khmer về chăm sóc dự phòng nhiễm VRVGB.

1.6. Khung lý thuyết

Khung lý thuyết nghiên cứu được xây dựng tổng hợp từ phần tổng quan tài liệu về thực trạng nhiễm VRVGB và các yếu tố liên quan. Các thành phần của khung lý thuyết gồm có: thực trạng nhiễm VRVGB (kết quả xét nghiệm VRVGB dương tính) có mối liên quan yếu tố về đặc điểm nhân khẩu học, kiến thức về VGB (đường lây truyền; triệu chứng nhiễm; cách phát hiện nhiễm; sự nguy hiểm khi nhiễm; nguy cơ lây nhiễm trong sinh hoạt, trong hoạt động làm đẹp, trong y tế; phòng ngừa nhiễm VRVGB; lợi ích của tiêm ngừa; đối tượng nên tiêm ngừa; thời điểm nên tiêm ngừa và thực hành hành vi nguy cơ (hành vi nguy cơ trong sinh hoạt; hành vi nguy cơ trong hoạt động làm đẹp; nguy cơ trong y tế; nguy cơ trong sử dụng ma túy và quan hệ tình dục).



Hình 1.1: Khung lý thuyết các yếu tố liên quan đến nhiễm VRVGB ở người

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, được xác định tại thời điểm đối tượng nghiên cứu tham gia phỏng vấn. 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

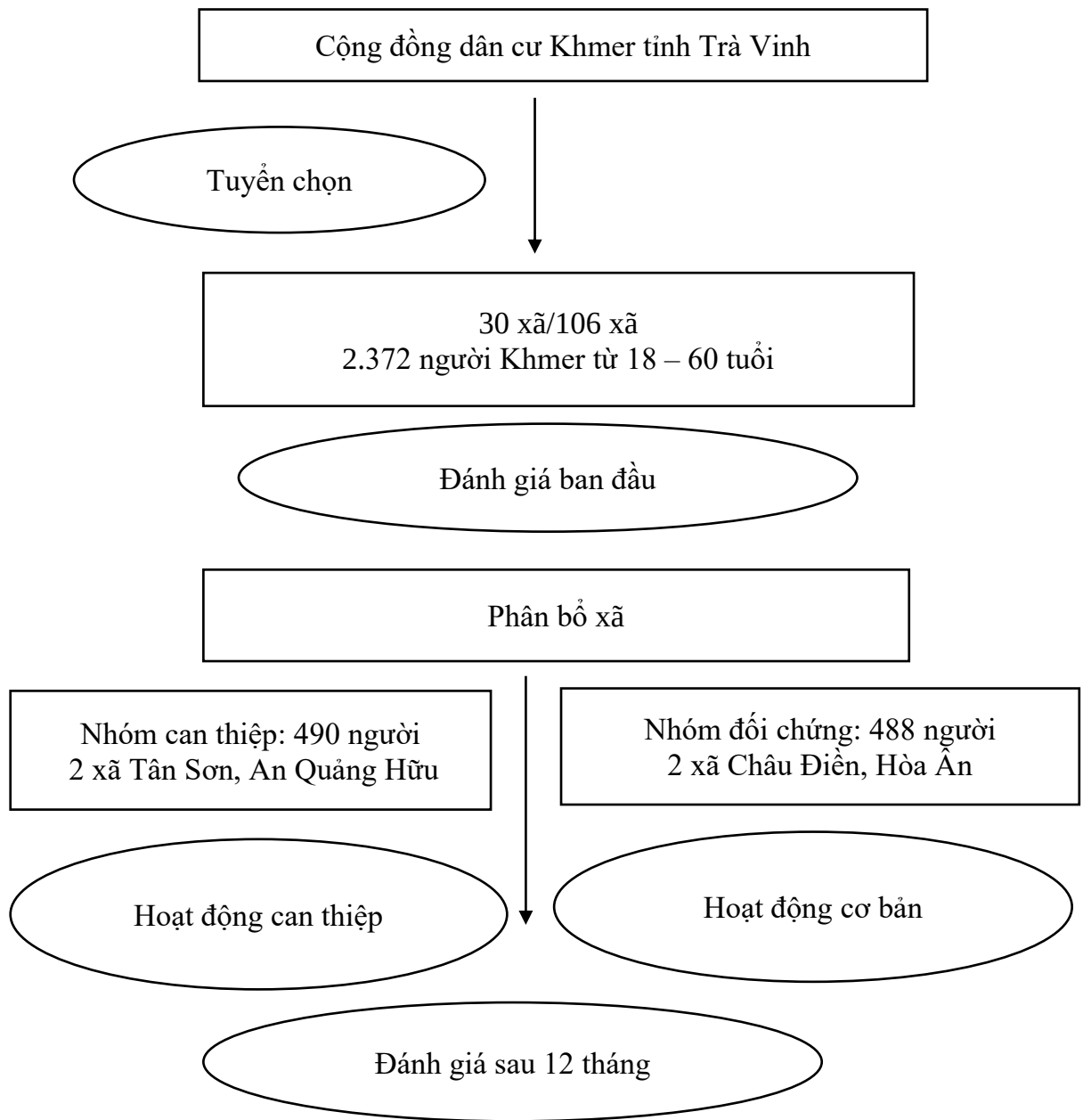
Thời gian thực hiện từ tháng 12/2019 – 02/2024. Nghiên cứu được tiến hành qua 2 giai đoạn:

- 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. Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu thực hiện theo sơ đồ sau:



Sơ đồ 2.1. Thiết kế nghiên cứu

2.3.2. 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)

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

2.3.2.2. *Cỡ mẫu*

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

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

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

- Theo Bộ Y tế, kết quả giám sát dịch tễ học tại Việt Nam có tỷ lệ nhiễm vi rút viêm gan B mạn tính (anti-HBc total dương tính và HBsAg dương tính) là 9,2%, chọn $p = 0,092$ [14].
- $d = 0,02$: Sai số cho phép. Hệ số thiết kế $DE = 2,5$.
- Thế vào công thức $n = 2.006$ người.
- Dự trừ mất mẫu 15%, cỡ mẫu tối thiểu cần thu thập là: $n = 2.006 / 0,85 = 2.360$ người.

➔ Lấy mẫu thực tế nghiên cứu $n = 2.372$ người.

2.3.2.3. *Phương pháp chọn mẫu*

Chọn mẫu cụm nhiều giai đoạn.

Bước 1: Chọn cụm/ (phường/xã)

Lập danh sách các xã trong địa bàn tỉnh có ghi số thứ tự, lấy mẫu cụm nhiều giai đoạn được áp dụng với tổng số mẫu thu thập được là 2.372 mẫu trên 30 xã được chọn. Dựa trên số xã được lựa chọn, tính toán tỷ lệ phân bố của mỗi xã, tính ra số người cần chọn và tiến hành lấy mẫu đủ số lượng cần lấy tại mỗi xã.

Chọn 30 cụm: mỗi cụm là 1 xã, trong tổng số 106 xã thuộc 1 thành phố và 7 huyện trên toàn tỉnh để đảm bảo tính đại diện cho dân số.

- Khoảng cách mẫu $k_{c\grave{u}m} = \frac{N_{c\grave{u}m}}{n_{c\grave{u}m}}$

$$N_{c\grave{u}m} = 106 \text{ cụm.}$$

n: số cụm cần chọn: 30 cụm.

Như vậy $k_{c\grave{u}m} = 106/30 = 3,53$. Làm tròn $k_{c\grave{u}m} = 4$.

- Một số ngẫu nhiên x được chọn là 3 (thỏa điều kiện $1 \leq x \leq 4$).

Cụm đầu tiên được chọn có số thứ tự trong bảng là x = 3. Chọn những cụm trong danh sách trên có số thứ tự lần lượt là x, x + k, x + 2k, x + 3k ... cho đến khi đủ số lượng cụm là 30. Vậy chọn ra 30 xã trong tỉnh để lấy mẫu.

Bước 2: Chọn số đối tượng tại mỗi phường/xã theo tỷ lệ

- Chọn thuận tiện số người thuộc mỗi xã vào phỏng vấn
- Số người ở mỗi xã tóm tắt được mô tả trong bảng sau:

2.3.2.4. Biến số

Bảng 2.1. Liệt kê và định nghĩa biến số

Biến số	Định nghĩa	Giá trị	Phương pháp thu thập
Đặc điểm của đối tượng nghiên cứu			
Giới tính	Giới tính của đối tượng nghiên cứu, được ghi nhận thông qua quan sát hoặc câu trả lời của đối tượng trong bộ câu hỏi	Biến số nhị giá, gồm: - Nam - Nữ	Phỏng vấn
Tuổi	Độ tuổi của đối tượng nghiên cứu, được tính toán dựa trên năm sinh, ghi nhận thông qua câu trả lời của đối tượng trong bộ câu hỏi	Biến số thứ tự, gồm 04 giá trị: - Từ 18 đến 29 tuổi - Từ 30 đến 39 tuổi - Từ 40 đến 49 tuổi - Từ 50 đến 60 tuổi.	Phỏng vấn

Biến số	Định nghĩa	Giá trị	Phương pháp thu thập
Nơi sinh sống	Nơi sinh sống hiện tại của đối tượng nghiên cứu, ghi nhận thông qua câu trả lời của đối tượng trong bộ câu hỏi	Biến số nhị giá, gồm: - Thành thị - Nông thôn	Phỏng vấn
Người sống chung	Người mà đối tượng hiện tại đang sống chung, ghi nhận thông qua câu trả lời của đối tượng trong bộ câu hỏi	Biến số nhị giá, gồm: - Sống cùng người thân, người quen, đồng nghiệp - Sống một mình	Phỏng vấn
Trình độ học vấn	Trình độ học vấn cao nhất của đối tượng nghiên cứu, ghi nhận thông qua câu trả lời của đối tượng trong bộ câu hỏi	Biến số nhị giá, gồm: - Dưới THPT - Từ THPT trở lên	Phỏng vấn
Nghề nghiệp	Nghề nghiệp chính mà người dân có thu nhập nhiều nhất và cần nhiều thời gian làm việc, ghi nhận thông qua câu trả lời của đối tượng trong bộ câu hỏi	Biến số danh định, gồm 03 giá trị: - Làm thuê, công nhân, nông dân - Nội trợ, tiểu thương - Khác	Phỏng vấn
Mức kinh tế gia đình	Tình trạng kinh tế hiện tại của gia đình, ghi nhận thông qua câu trả lời của đối tượng trong bộ câu hỏi	Biến số nhị giá, gồm: - Khá – đủ ăn - Nghèo – cận nghèo	Phỏng vấn
Tình trạng hôn nhân	Tình trạng hôn nhân hiện tại của đối tượng nghiên cứu, ghi nhận thông qua câu trả lời của đối tượng trong bộ câu hỏi	Biến số nhị giá, gồm: - Kết hôn - Độc thân/Li thân/Li dị/ Góa	Phỏng vấn

Biến số	Định nghĩa	Giá trị	Phương pháp thu thập
Thẻ bảo hiểm y tế	Đối tượng hiện đang có sở hữu bảo hiểm y tế, ghi nhận thông qua câu trả lời của đối tượng trong bộ câu hỏi	Biến số nhị giá, gồm: - Có - Không	Phỏng vấn
Loại thẻ bảo hiểm y tế	Loại thẻ bảo hiểm y tế mà đối tượng hiện đang sở hữu, ghi nhận thông qua câu trả lời của đối tượng trong bộ câu hỏi	Biến số danh định, gồm 03 giá trị: - Tự nguyện - Chính sách - Hộ nghèo	Phỏng vấn
Biến số nhiễm VRVGB: Biến số nhị giá, gồm <i>có/không</i> . Giá trị có/không được xác định thông qua xét nghiệm test nhanh HBsAg (test thử viêm gan B HBsAg 2 Determine Abbott độ nhạy 95,16%, độ đặc hiệu 99,95%).			
Kiến thức về nhiễm VGVR B			
Nguồn thông tin về bệnh	Nguồn thông tin mà đối tượng nghiên cứu dùng để tìm hiểu về bệnh, ghi nhận thông qua câu trả lời của đối tượng trong bộ câu hỏi	Biến số danh định, gồm 04 giá trị: - Phương tiện truyền thông - NVYT - Người thân, đồng nghiệp - Khác	Phỏng vấn
Kiến thức về đường lây truyền VRVGB	Kiến thức của đối tượng có biết về đường lây truyền VRVGB, ghi nhận thông qua câu trả lời của đối tượng trong bộ câu hỏi.	Biến số danh định, gồm 03 giá trị: - Đường máu - Mẹ truyền sang con - Quan hệ tình dục	Phỏng vấn

Biến số	Định nghĩa	Giá trị	Phương pháp thu thập
Kiến thức về triệu chứng nhiễm VRVGB	Kiến thức của đối tượng có biết về triệu chứng nhiễm VRVGB, ghi nhận thông qua câu trả lời của đối tượng trong bộ câu hỏi.	Biến số danh định, gồm 05 giá trị: - Sốt - Mệt mỏi chán ăn - Vàng da, vàng mắt - Đau hạ sườn phải - Khác	Phỏng vấn
Kiến thức về cách phát hiện nhiễm VRVGB	Kiến thức của đối tượng có biết về cách phát hiện nhiễm VRVGB, ghi nhận thông qua câu trả lời của đối tượng trong bộ câu hỏi.	Biến số danh định, gồm 04 giá trị: - Xét nghiệm máu - Xét nghiệm nước bọt - Xét nghiệm phân - Khác	Phỏng vấn
Kiến thức về sự nguy hiểm của nhiễm VRVGB	Kiến thức của đối tượng có biết về sự nguy hiểm của nhiễm VRVGB, ghi nhận thông qua câu trả lời của đối tượng trong bộ câu hỏi.	Biến số danh định, gồm 04 giá trị: - Ảnh hưởng đến gan - Xơ gan - Ung thư biểu mô tế bào gan - Khác	Phỏng vấn
Kiến thức về nguy cơ lây nhiễm trong sinh hoạt	Kiến thức của đối tượng có biết về nguy cơ lây nhiễm trong sinh hoạt, ghi nhận thông qua câu trả lời của đối tượng trong bộ câu hỏi.	Biến số danh định, gồm 04 giá trị: - Dùng chung dao cạo - Dùng chung tông đơ cạo tóc - Dùng chung bàn chải - Khác	Phỏng vấn

Biển số	Định nghĩa	Giá trị	Phương pháp thu thập
Kiến thức về nguy cơ nhiễm trong hoạt động làm đẹp	Kiến thức của đối tượng có biết về nguy cơ lây nhiễm trong hoạt động làm đẹp, ghi nhận thông qua câu trả lời của đối tượng trong bộ câu hỏi.	Biển số danh định, gồm 06 giá trị: - Dùng chung dụng cụ làm móng tay chân - Dùng dụng cụ lấy nhân mụn - Xăm thẩm mỹ mày, môi - Xăm hình - Xỏ khuyên - Khác	Phỏng vấn
Kiến thức về nguy cơ nhiễm trong y tế	Kiến thức của đối tượng có biết về nguy cơ lây nhiễm trong y tế, ghi nhận thông qua câu trả lời của đối tượng trong bộ câu hỏi	Biển số danh định, gồm 09 giá trị: - Tiêm chích - Truyền dịch - Truyền máu - Chích lễ nhọt - Châm cứu - Khâu vá da - Khám chữa răng - Các phẫu thuật - Khác	Phỏng vấn

Biến số	Định nghĩa	Giá trị	Phương pháp thu thập
Kiến thức về cách phòng ngừa nhiễm VRVGB	Kiến thức của đối tượng có biết về cách phòng ngừa nhiễm VRVGB, ghi nhận thông qua câu trả lời của đối tượng trong bộ câu hỏi	Biến số danh định, gồm 06 giá trị: - Tiêm ngừa vắc xin - Không dùng chung các đồ dùng sinh hoạt có thể gây xước da và niêm mạc: dao cạo, bấm móng, nặn mụn, - Không dùng chung dụng cụ tiêm, truyền, xăm, sỏ lỗ,... - Sử dụng bao cao su khi quan hệ với người nhiễm VGB - Không dùng chung kim tiêm chích ma túy - Khác	Phỏng vấn
Kiến thức về lợi ích của tiêm ngừa VRVGB	Kiến thức của đối tượng có biết về lợi ích của tiêm ngừa VRVGB, ghi nhận thông qua câu trả lời của đối tượng trong bộ câu hỏi	Biến số danh định, gồm 03 giá trị: - Là biện pháp phòng ngừa VRVGB hữu hiệu nhất - Giúp cho trẻ em khỏi bị nhiễm - Khác	Phỏng vấn

Biến số	Định nghĩa	Giá trị	Phương pháp thu thập
Kiến thức về đối tượng nên tiêm ngừa VRVGB	Kiến thức của đối tượng có biết về đối tượng nên tiêm ngừa VRVGB, ghi nhận thông qua câu trả lời của đối tượng trong bộ câu hỏi	Biến số danh định, gồm 05 giá trị: - Trẻ sơ sinh - Người có người thân nhiễm VRVGB - Nhân viên y tế - Người làm công việc phun xăm, chích lễ - Khác	Phỏng vấn
Kiến thức về thời điểm nên tiêm ngừa VRVGB tốt nhất cho trẻ em	Kiến thức của đối tượng có biết về thời điểm nên tiêm ngừa VRVGB tốt nhất cho trẻ em, ghi nhận thông qua câu trả lời của đối tượng trong bộ câu hỏi	Biến số danh định, gồm 03 giá trị: - Ngay 24 giờ sau sinh - Khi trẻ tới tuổi đến trường - Khi trưởng thành	Phỏng vấn
Kiến thức về tiêm đầy đủ VRVGB	Kiến thức của đối tượng có biết về tiêm đầy đủ VRVGB, ghi nhận thông qua câu trả lời của đối tượng trong bộ câu hỏi	Biến số danh định, gồm 03 giá trị: - Có - Không - Không biết	Phỏng vấn

Biến số	Định nghĩa	Giá trị	Phương pháp thu thập
Kiến thức tiêm ngừa trong tiêm chủng mở rộng	Kiến thức của đối tượng có biết về tiêm ngừa VRVGB trong tiêm chủng mở rộng ghi nhận thông qua câu trả lời của đối tượng trong bộ câu hỏi	Biến số danh định, gồm 03 giá trị: - Có - Không - Không biết	Phỏng vấn
Kiến thức về nơi tiêm ngừa VRVGB	Kiến thức của đối tượng có biết về nơi tiêm ngừa VRVGB, ghi nhận thông qua câu trả lời của đối tượng trong bộ câu hỏi	Biến số danh định, gồm 06 giá trị: - Trung tâm y tế tuyến tỉnh - Trung tâm y tế huyện - Trạm y tế xã - Phòng khám tư nhân - Tại trung tâm tiêm chủng - Khác	Phỏng vấn
Thực hành hành vi nguy cơ về VRVGB:			
Dùng chung dao cạo râu	Việc dùng chung dao cạo râu của đối tượng nghiên cứu, ghi nhận thông qua câu trả lời của đối tượng trong bộ câu hỏi	Biến số nhị giá, gồm: - Có - Không	Phỏng vấn

Biến số	Định nghĩa	Giá trị	Phương pháp thu thập
Dùng chung tông đơ cạo tóc	Việc dùng chung tông đơ cạo tóc của đối tượng nghiên cứu, ghi nhận thông qua câu trả lời của đối tượng trong bộ câu hỏi	Biến số nhị giá, gồm: - Có - Không	Phỏng vấn
Dùng chung bàn chải đánh răng	Việc dùng chung bàn chải đánh răng của đối tượng nghiên cứu, ghi nhận thông qua câu trả lời của đối tượng trong bộ câu hỏi	Biến số nhị giá, gồm: - Có - Không	Phỏng vấn
Dùng chung dụng cụ làm móng tay, chân	Việc dùng chung dụng cụ làm móng tay, chân của đối tượng nghiên cứu, ghi nhận thông qua câu trả lời của đối tượng trong bộ câu hỏi	Biến số nhị giá, gồm: - Có - Không	Phỏng vấn
Dùng chung dụng cụ lấy nhân mụn	Việc dùng chung dụng cụ lấy nhân mụn của đối tượng nghiên cứu, ghi nhận thông qua câu trả lời của đối tượng trong bộ câu hỏi	Biến số nhị giá, gồm: - Có - Không	Phỏng vấn
Phun xăm mày, môi...	Việc đối tượng có phun xăm mày, môi..., ghi nhận thông qua câu trả lời của đối	Biến số nhị giá, gồm: - Có - Không	Phỏng vấn
Xăm hình	Việc đối tượng có xăm hình, ghi nhận thông qua câu trả lời của đối	Biến số nhị giá, gồm: - Có - Không	Phỏng vấn

Biến số	Định nghĩa	Giá trị	Phương pháp thu thập
Xỏ lỗ/khuyên tai	Việc đối tượng có xỏ lỗ/khuyên tai ghi nhận thông qua câu trả lời của đối	Biến số nhị giá, gồm: - Có - Không	Phỏng vấn
Tiêm chích	Việc đối tượng có từng tiêm chích, ghi nhận thông qua câu trả lời của đối	Biến số nhị giá, gồm: - Có - Không	Phỏng vấn
Truyền dịch	Việc đối tượng có từng truyền dịch, ghi nhận thông qua câu trả lời của đối	Biến số nhị giá, gồm: - Có - Không	Phỏng vấn
Truyền máu	Việc đối tượng có từng truyền máu, ghi nhận thông qua câu trả lời của đối	Biến số nhị giá, gồm: - Có - Không	Phỏng vấn
Chích lễ da nhọt	Việc đối tượng có từng chích lễ da nhọt, ghi nhận thông qua câu trả lời của đối	Biến số nhị giá, gồm: - Có - Không	Phỏng vấn
Châm cứu	Việc đối tượng có từng châm cứu, ghi nhận thông qua câu trả lời của đối	Biến số nhị giá, gồm: - Có - Không	Phỏng vấn
Khâu vá da	Việc đối tượng có từng khâu vá da, ghi nhận thông qua câu trả lời của đối	Biến số nhị giá, gồm: - Có - Không	Phỏng vấn
Chữa răng	Việc đối tượng có từng chữa răng, ghi nhận thông qua câu trả lời của đối	Biến số nhị giá, gồm: - Có - Không	Phỏng vấn

Biến số	Định nghĩa	Giá trị	Phương pháp thu thập
Phẫu thuật	Việc đối tượng có từng phẫu thuật, ghi nhận thông qua câu trả lời của đối	Biến số nhị giá, gồm: - Có - Không	Phỏng vấn
Dùng chung kim tiêm chích ma túy	Việc đối tượng có dùng chung kim tiêm chích ma túy, ghi nhận thông qua câu trả lời của đối	Biến số nhị giá, gồm: - Có - Không	Phỏng vấn
Quan hệ tình dục ngoài vợ/chồng	Việc đối tượng có từng quan hệ tình dục ngoài vợ/chồng, ghi nhận thông qua câu trả lời của đối	Biến số nhị giá, gồm: - Có - Không	Phỏng vấn
Quan hệ tình dục ngoài vợ/chồng không sử dụng bao cao su	Việc đối tượng có từng quan hệ tình dục ngoài vợ/chồng không sử dụng bao cao su, ghi nhận thông qua câu trả lời của đối	Biến số nhị giá, gồm: - Có - Không	Phỏng vấn

2.3.2.5. Chỉ số đánh giá

Nhóm chỉ số về kiến thức

- Kiến thức đúng về đường lây truyền VRVGB: Đúng khi đối tượng có biết về đường lây truyền, và chọn đúng tối thiểu 01 trong ba đường truyền gồm: qua đường máu, qua mẹ truyền sang con và qua quan hệ tình dục. Trả lời đúng được 1 điểm, chưa đúng được 0 điểm.

- Kiến thức đúng về triệu chứng nhiễm VRVGB: Đúng khi đối tượng có biết về triệu chứng, và chọn đúng tối thiểu 02 trong số các triệu chứng sau: sốt, mệt mỏi

chán ăn, vàng da - vàng mắt, đau hạ sườn phải. Trả lời đúng được 1 điểm, chưa đúng được 0 điểm.

- Kiến thức đúng về cách phát hiện nhiễm VRVGB: Đúng khi đối tượng có biết về cách phát hiện và chọn đúng câu trả lời “xét nghiệm máu”. Trả lời đúng được 1 điểm, chưa đúng được 0 điểm.

- Kiến thức đúng về sự nguy hiểm của nhiễm VRVGB: Đúng khi đối tượng có chọn việc “ảnh hưởng đến gan”, và chọn tối thiểu thêm 01 trong số các lựa chọn: xơ gan, ung thư biểu mô tế bào gan. Trả lời đúng được 1 điểm, chưa đúng được 0 điểm.

- Kiến thức đúng về nguy cơ lây nhiễm trong sinh hoạt: Đúng khi đối tượng có chọn việc VRVGB có thể lây trong sinh hoạt, và chọn được tối thiểu 1 trong số các hoạt động: dùng chung dao cạo tóc, dùng chung tông đơ cắt tóc, dùng chung bàn chải đánh răng. Trả lời đúng được 1 điểm, chưa đúng được 0 điểm.

- Kiến thức đúng về nguy cơ lây nhiễm trong hoạt động làm đẹp: Đúng khi đối tượng có chọn việc VRVGB có thể lây nhiễm trong hoạt động làm đẹp, và chọn được tối thiểu 02 trong số các hoạt động sau: dùng chung dụng cụ làm móng tay chân, dùng chung dụng cụ lấy nhân mụn, xăm thẩm mỹ mày - môi, xăm hình, xỏ khuyên. Trả lời đúng được 1 điểm, chưa đúng được 0 điểm.

- Kiến thức đúng về nguy cơ lây nhiễm trong y tế: Đúng khi đối tượng có chọn việc VRVGB có thể lây nhiễm trong y tế, và chọn được tối thiểu 04 trong số các hoạt động sau: tiêm chích, truyền dịch, truyền máu, chích lễ nhọt, châm cứu, khâu vá da, khám chữa răng, phẫu thuật. Trả lời đúng được 1 điểm, chưa đúng được 0 điểm.

- Kiến thức đúng về cách phòng ngừa nhiễm VRVGB: Đúng khi đối tượng có biết về cách phòng ngừa nhiễm VRVGB, và chọn được tối thiểu 2 trong số các lựa chọn: tiêm ngừa vắc xin, không dùng chung đồ sinh hoạt, không dùng chung dụng cụ tiêm - truyền - xăm, sử dụng bao cao su khi quan hệ tình dục, không dùng chung kim tiêm tiêm chích ma túy. Trả lời đúng được 1 điểm, chưa đúng được 0 điểm.

- Kiến thức đúng về lợi ích của tiêm ngừa VRVGB: Đúng khi đối tượng đánh giá tiêm ngừa VRVGB có lợi ích ngừa nhiễm, và chọn được tối thiểu 01 lựa chọn

trong số các lợi ích: là phương pháp phòng ngừa hiệu quả nhất, giúp cho trẻ em khỏi nhiễm. Trả lời đúng được 1 điểm, chưa đúng được 0 điểm.

- Kiến thức đúng về đối tượng nên tiêm ngừa VRVGB: Đúng khi đối tượng cho rằng cần nên tiêm ngừa, và chọn được tối thiểu 02 đối tượng cần tiêm trong số các lựa chọn: trẻ sơ sinh, người có người thân nhiễm VRVGB, NVYT, người làm các công việc phun xăm - chích lễ. Trả lời đúng được 1 điểm, chưa đúng được 0 điểm.

- Kiến thức đúng về thời điểm nên tiêm ngừa VRVGB tối nhất cho trẻ em: Đúng khi đối tượng phản hồi có biết về thời điểm nên tiêm ngừa và chọn đúng thời điểm tiêm là “ngay 24 giờ sau sinh”. Trả lời đúng được 1 điểm, chưa đúng được 0 điểm.

- Kiến thức đúng về tiêm đầy đủ VRVGB: Đúng khi đối tượng đánh giá có biết phải tiêm đầy đủ 3 mũi vắc xin VRVGB để đạt hiệu quả phòng ngừa. Trả lời đúng được 1 điểm, chưa đúng được 0 điểm.

- Kiến thức đúng về tiêm ngừa VRVGB nằm trong chương trình tiêm chủng mở rộng: Đúng khi đối tượng chọn tiêm ngừa VRVGB có nằm trong chương trình tiêm chủng mở rộng. Trả lời đúng được 1 điểm, chưa đúng được 0 điểm.

- Kiến thức đúng về nơi tiêm ngừa VRVGB: Đúng khi đối tượng chọn được 02 trong số các lựa chọn: trung tâm y tế tuyến tỉnh, trung tâm y tế tuyến huyện, trạm y tế xã, phòng khám tư nhân, tại trung tâm tiêm chủng. Trả lời đúng được 1 điểm, chưa đúng được 0 điểm.

- Nhóm kiến thức cơ bản về VRVGB: Được đánh giá thông qua kiến thức đúng về đường lây truyền, về triệu chứng, về cách phát hiện và sự nguy hiểm của bệnh VRVGB. Điểm số cao nhất là 04 điểm, thấp nhất là 0 điểm

- Nhóm kiến thức về nguy cơ nhiễm VRVGB: Được đánh giá thông qua kiến thức đúng về nguy cơ nhiễm trong sinh hoạt, trong hoạt động làm đẹp và trong y tế. Điểm số cao nhất là 03 điểm, thấp nhất là 0 điểm.

- Nhóm kiến thức về cách phòng ngừa VRVGB: Được đánh giá thông qua kiến thức đúng về phòng ngừa, lợi ích tiêm ngừa, đối tượng nên tiêm ngừa, thời

điểm tiêm ngừa, tiêm đầy đủ 03 mũi vắc xin, thuộc chương trình tiêm chủng mở rộng, nơi tiêm. Điểm số cao nhất là 07 điểm, thấp nhất là 0 điểm.

- Điểm số kiến thức đúng về VRVGB: Là tổng điểm của tất cả các lĩnh vực kiến thức khảo sát, cao nhất là 14 điểm, thấp nhất là 0 điểm. Điểm số kiến thức càng cao, người dân càng có hiểu biết về bệnh VRVGB.

Nhóm chỉ số về thực hành

- Điểm số về hành vi nguy cơ trong sinh hoạt: Các hành vi nguy cơ trong sinh hoạt bao gồm: dùng chung dao cạo, dùng chung tông đơ cắt tóc, dùng chung bàn chải đánh răng. Mỗi lựa chọn tương đương 01 điểm. Cao nhất là 03 điểm, thấp nhất là 0 điểm.

- Điểm số về hành vi nguy cơ trong hoạt động làm đẹp: Các hành vi nguy cơ trong hoạt động làm đẹp bao gồm: dùng chung dụng cụ làm móng - tay - chân, dùng chung dụng cụ lấy nhân mụn, từng phun xăm mày - môi, từng xăm hình, xỏ lỗ khuyên tai. Mỗi lựa chọn tương đương 01 điểm. Cao nhất là 05 điểm, thấp nhất là 0 điểm.

- Điểm số về nguy cơ trong y tế: Các nguy cơ trong y tế bao gồm: tiêm chích, truyền dịch, truyền máu, chích lễ da nhọt, châm cứu, khâu vá da, chữa răng, phẫu thuật. Mỗi lựa chọn tương đương 01 điểm. Cao nhất là 08 điểm, thấp nhất là 0 điểm.

- Điểm số về nguy cơ trong sử dụng ma túy và quan hệ tình dục: Các hành vi nguy cơ bao gồm: dùng chung kim tiêm tiêm chích ma túy, quan hệ tình dục ngoài vợ - chồng, quan hệ tình dục ngoài vợ - chồng không sử dụng bao cao su. Mỗi lựa chọn tương đương 01 điểm. Cao nhất là 03 điểm, thấp nhất là 0 điểm.

- Điểm số thực hành chung về hành vi nguy cơ: Là tổng điểm của tất cả các hành vi nguy cơ được khảo sát, cao nhất là 19 điểm, thấp nhất là 0 điểm. Điểm số thực hành chung về hành vi nguy cơ càng cao, càng gia tăng nguy cơ nhiễm VRVGB.

2.3.2.6. Tổ chức thực hiện

Tổ chức thực hiện

Nghiên cứu sinh là chủ nhiệm đề tài, trực tiếp tổ chức thực hiện các hoạt động của đề tài; Phối hợp với Sở Y tế tỉnh Trà Vinh, bệnh viện đa khoa tỉnh Trà Vinh, trung tâm y tế huyện, trạm y tế xã địa phương thực hiện:

- Thành lập nhóm nghiên cứu
- Tổ chức tập huấn cho NVYT, các cộng tác viên tham gia nghiên cứu.
- Tổ chức hội nghị đồng thuận và triển khai thực hiện nghiên cứu cho các đối tượng là lãnh đạo Trung tâm y tế các tỉnh, quận/huyện, trưởng trạm y tế xã/phường tại địa bàn nghiên cứu, Chủ tịch Ủy ban nhân dân.
- Lập danh sách người Khmer các phường/xã được chọn nghiên cứu ngang, chọn ngẫu nhiên số người đưa vào nghiên cứu.
- Liên hệ với địa phương lấy mẫu, sắp xếp thời gian và nơi để lấy mẫu phỏng vấn trực tiếp bằng bộ câu hỏi soạn sẵn.
- Cộng tác viên tại các xã viết và gửi thư mời hoặc đến mời trực tiếp tại nhà đến các đối tượng được chọn vào danh sách phỏng vấn, lấy mẫu xét nghiệm. Phỏng vấn, lấy mẫu xét nghiệm người dân đến khám tại trạm y tế xã; chỉ đưa vào danh sách những đối tượng đồng ý tham gia nghiên cứu đã chọn.
- Tổ chức đoàn điều tra thu thập số liệu gồm: 2 cán bộ tiếp nhận hồ sơ là sinh viên Y tế công cộng, trường đại học Trà Vinh, giải thích nghiên cứu lấy đồng thuận tham gia nghiên cứu, hướng dẫn quy trình thực hiện; 2 kỹ thuật viên xét nghiệm thực hiện lấy mẫu máu xét nghiệm; 7 phỏng vấn viên là sinh viên Y tế công cộng, trường đại học Trà Vinh. Bên cạnh đó có 1 giám sát viên giám sát là chủ nhiệm đề tài.
- Quy trình thiết kế xây dựng bộ câu hỏi và phỏng vấn: 1. Xây dựng bộ câu hỏi soạn sẵn theo hướng dẫn của chuyên gia, hướng dẫn BHYT về chẩn đoán, điều trị và phòng chống nhiễm VRVGB [13], [17] → 2. Nghiên cứu thử 20

người Khmer tại cộng đồng dân cư tỉnh Trà Vinh → 3. Bộ câu hỏi được điều chỉnh sau khi phỏng vấn thử.

- Thời gian thực hiện trung bình 30 phút cho 1 đối tượng tham gia nghiên cứu.
- Quy trình lấy mẫu: 1. Nhận thông tin → 2. Lấy máu xét nghiệm → 3. Phỏng vấn → 4. Bồi dưỡng → 5. Ra về.
- Địa điểm tổ chức xét nghiệm và phỏng vấn, các trang thiết bị được vận chuyển đến từng trạm y tế các phường, xã thực hiện nghiên cứu.
- Những người được chẩn đoán nhiễm VRVGB hoặc phát hiện các bệnh lý khác được giới thiệu đến các cơ sở y tế, bệnh viện huyện để có những điều trị thích hợp.
- Thời gian điều tra 03 tháng, từ 01/01/2021 – 31/3/2021.

Lực lượng tham gia

- Nghiên cứu sinh
- Cộng tác viên y tế tại địa điểm nghiên cứu, là người Khmer. Hỗ trợ trong quá trình nghiên cứu và phiên dịch khi cần thiết.
- Kỹ thuật viên xét nghiệm.
- Sinh viên Y tế công cộng trường đại học Trà Vinh. Trong các sinh viên tham gia, có sinh viên là người Khmer, tạo thuận lợi trong quá trình tham gia phỏng vấn cho đối tượng nghiên cứu không rành tiếng Việt.
- Nhân viên Sở y tế và trung tâm y tế huyện tham gia hỗ trợ nghiên cứu.
- NVYT tại trạm y tế xã/phường.
- Giảng viên bộ môn Y tế công cộng, khoa Y dược, trường đại học Trà Vinh tham gia hỗ trợ nghiên cứu.

2.3.2.7. Thực hiện điều tra

Phỏng vấn trực tiếp: Thu thập thông tin phỏng vấn bằng bộ câu hỏi soạn sẵn theo hướng dẫn của BYT về hướng dẫn chẩn đoán, điều trị và phòng chống nhiễm VRVGB [13], [17]. Phỏng vấn thu thập các số liệu giới, tuổi, tôn giáo, học vấn, tình trạng hôn nhân, kinh tế gia đình, nghề nghiệp, tiền sử gia đình, kiến thức, thực hành

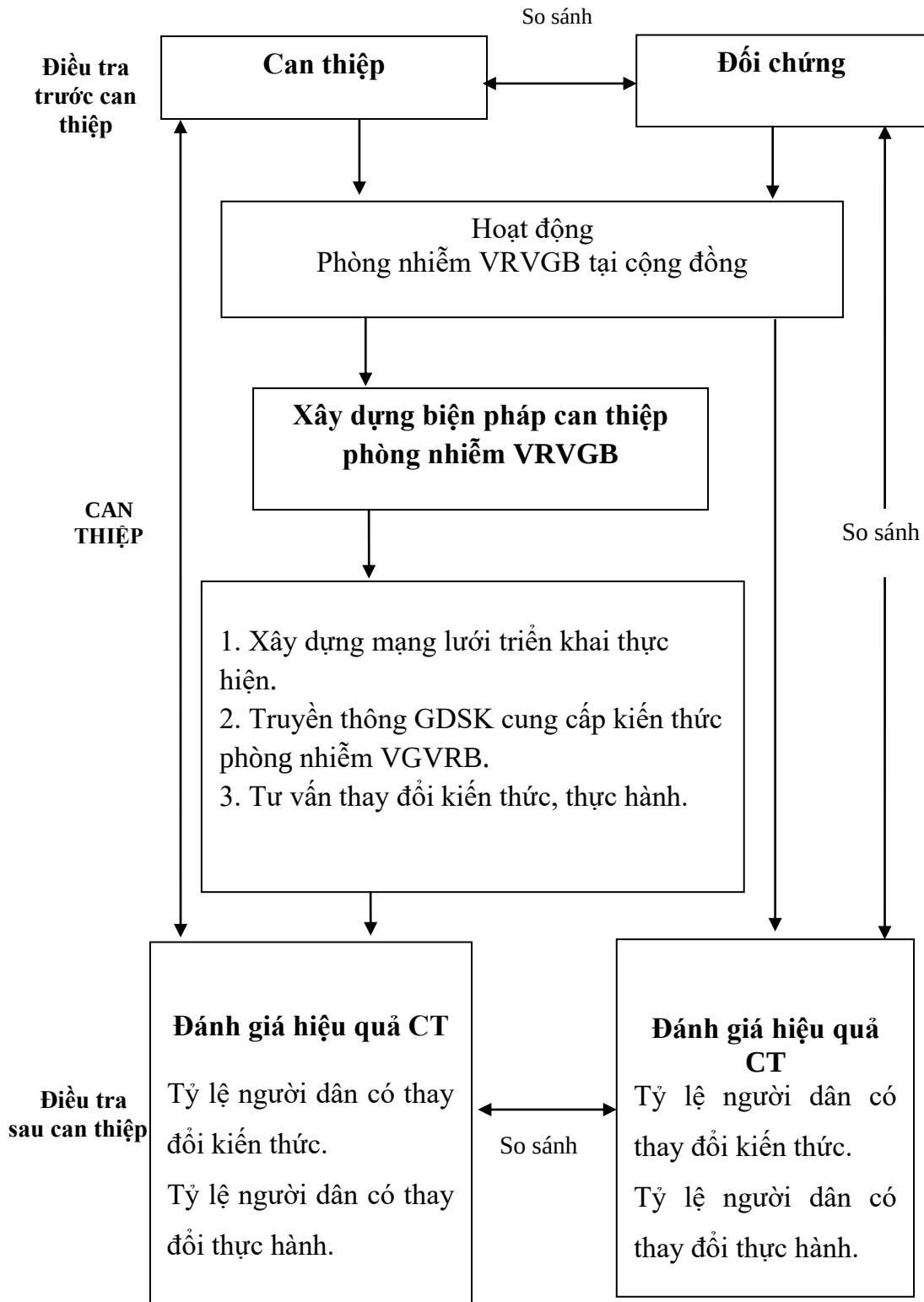
phòng viêm gan B được tiến hành do các phỏng vấn viên và đã được tập huấn nội dung, phương pháp lấy số liệu. Việc thực hiện phỏng vấn thu thập số liệu được thực hiện có sự tham gia hỗ trợ của cộng tác viên y tế là người Khmer, và trong nhóm phỏng vấn viên là người Khmer tham gia phỏng vấn đối tượng nghiên cứu.

Phát hiện nhiễm VRVGB.

Phát hiện nhiễm qua xét nghiệm HBsAg bằng test nhanh [5], [13]. Mẫu xét nghiệm lấy từ đối tượng tham gia nghiên cứu được dán mã số và mã số bộ câu hỏi phỏng vấn để đảm bảo sự bảo mật thông tin cho đối tượng tham gia.

2.3.3. Phương pháp nghiên cứu 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).

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



Sơ đồ 2.2. Sơ đồ can thiệp phòng chống nhiễm vi rút viêm gan B

2.3.3.2. Cỡ mẫu

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

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

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%.
- $p = (p_1 + p_2)/2 = 22,5\%$.
- $z_{1-\alpha/2}$: Hệ số z tương ứng với độ tin cậy mong muốn, ứng với độ tin cậy 95% thì $z_{1-\alpha/2} = 1,96$.
- $z_{1-\beta}$: 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 [49], [58], [69], [127]. 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 xã 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.

2.3.3.3. Phương pháp chọn mẫu

Nghiên cứu áp dụng phương pháp chọn mẫu nhiều giai đoạn.

Hai huyện Trà Cú và Cầu Kè được chọn chủ đích, huyện Trà Cú được chọn làm huyện can thiệp, điều kiện chọn huyện có xã chứng phải là cách biệt với huyện có xã can thiệp qua 01 huyện hoặc ít nhất một huyện khác chen giữa để tránh yếu tố nhiễu, do đó, huyện Cầu Kè được chọn làm huyện can thiệp là phù hợp. Tỷ lệ

nhễm VRVGB ở giai đoạn cắt ngang ở hai huyện là tương đương nhau (10,3% ở Cầu Kè và 11,8% ở Trà Cú), có sự hợp tác tham gia ở giai đoạn cắt ngang tốt.

Tại mỗi huyện, chọn ngẫu nhiên 2 xã (Tân Sơn và An Quảng Hữu thuộc huyện Trà Cú làm xã can thiệp; Châu Điền và Hòa Ân thuộc huyện Cầu Kè làm xã đối chứng). Tại mỗi xã, chọn thuận tiện số người tham gia đủ mẫu theo công thức đã tính. Cụ thể ở xã can thiệp Tân Sơn và An Quảng Hữu trước can thiệp là 240 người, sau can thiệp là 250 người; ở xã đối chứng Châu Điền và Hòa Ân trước can thiệp là 233 người, sau can thiệp là 255 người.

Chọn mẫu tại xã chứng và xã can thiệp

- Được sự đồng ý của chính quyền địa phương và Trạm y tế xã.
- Lập danh sách đồng bào Khmer.
- Chọn thuận tiện số người ở từng xã thuộc độ tuổi nghiên cứu 18 – 60 tuổi, cho đến khi đủ số mẫu cần thiết can thiệp.

2.3.3.4. Cơ sở để xây dựng biện pháp can thiệp cộng đồng.

Các văn bản quy phạm pháp luật để chỉ đạo, việc thực hiện công tác phòng chống nhiễm VRVGB:

- Quyết định của Bộ Y tế số 3310/QĐ – BYT ngày 29 tháng 7 năm 2019 về việc Ban hành hướng dẫn chẩn đoán, điều trị viêm gan vi rút B.
- Quyết định của Bộ Y tế số 4531/QĐ – BYT ngày 24/9/2021 của Bộ trưởng Bộ Y tế về việc Ban hành kế hoạch phòng chống bệnh viêm gan vi rút giai đoạn 2021 – 2025.

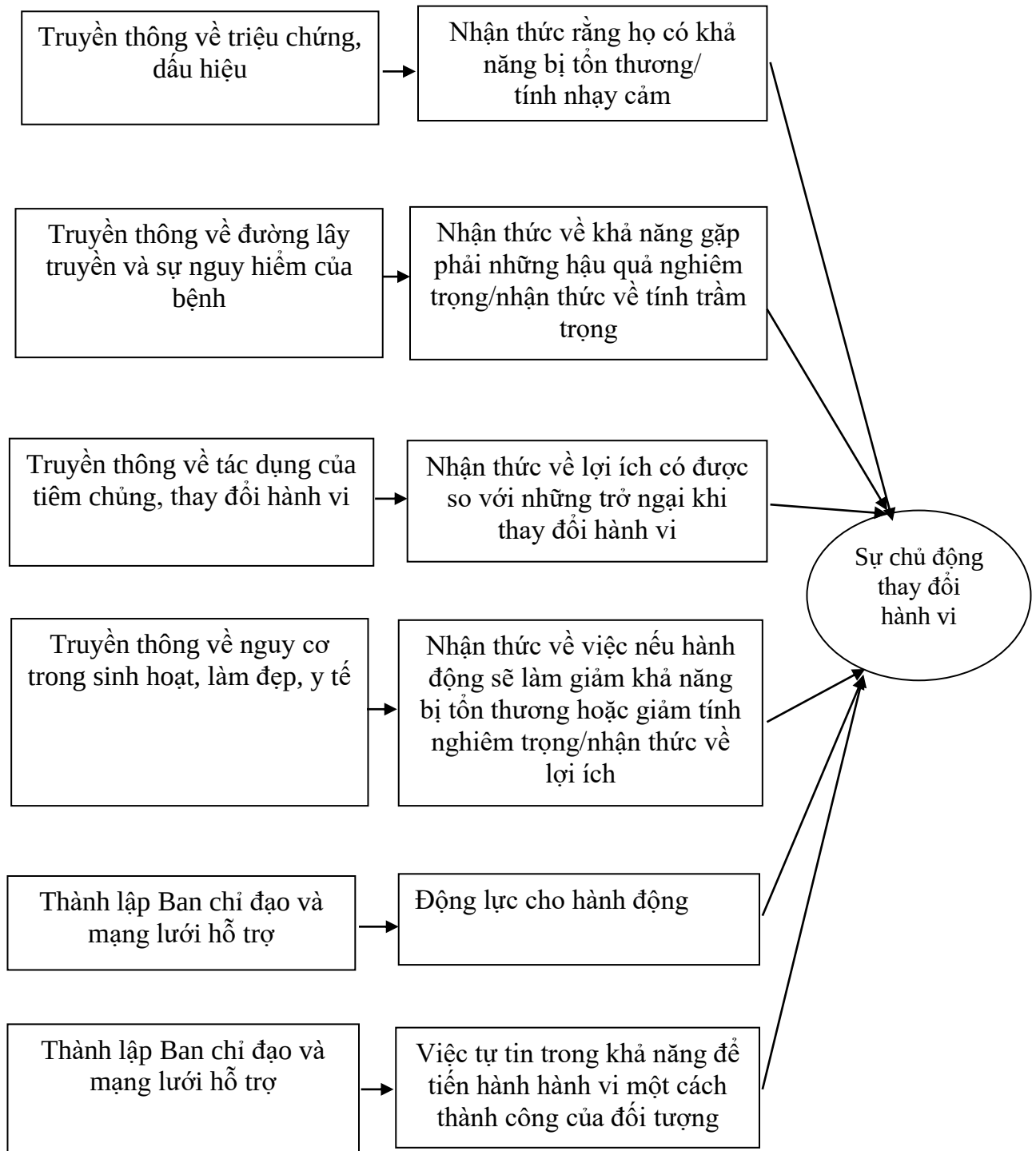
Tỷ lệ nhiễm VRVGB ở Việt Nam cao, theo thống kê Bộ Y tế, Việt Nam lưu hành VRVGB khoảng 15% [16], hậu quả sức khỏe lớn có thể gây tử vong do nhiễm VRVGB, vì vậy hiệu quả mang lại rất có ý nghĩa nếu thực hiện công tác phòng, chống lây nhiễm tốt.

Tình hình dịch tễ và khả năng thực hiện phòng chống nhiễm VRVGB của đồng bào Khmer tại tỉnh Trà Vinh.

Sự ủng hộ của cộng đồng và địa phương triển khai nghiên cứu.

2.3.3.5. Nguyên tắc thực hiện can thiệp.

Các can thiệp trong nghiên cứu được triển khai nhằm tác động vào cộng đồng, Các biện pháp này dựa trên mô hình “*Mô hình niềm tin sức khỏe*”- mô hình phát triển để giải thích và dự đoán hành vi sức khỏe, đặc biệt là liên quan đến sự tiếp nhận của các dịch vụ y tế. Mô hình này được phát triển vào năm 1950 bởi các nhà tâm lý học xã hội tại dịch vụ y tế công của Mỹ và vẫn là một trong những lý thuyết nổi tiếng nhất và được sử dụng rộng rãi nhất trong nghiên cứu hành vi sức khỏe. Mô hình niềm tin sức khỏe cho thấy niềm tin của người dân về vấn đề sức khỏe, nhận thức lợi ích của hành động và các rào cản hành động, và giải thích sự tự hiệu quả (hoặc thiếu sự tham gia) trong hành vi có lợi cho sức khỏe. Trong mô hình này, 6 thành phần chính ảnh hưởng tới quyết định của con người đến việc có tiến hành hành động hay không, bao gồm: 1) Nhận thức rằng họ có khả năng bị tổn thương/tính nhạy cảm; 2) Nhận thức về khả năng gặp phải những hậu quả nghiêm trọng/nhận thức về tính trầm trọng; 3) Nhận thức về việc nếu hành động sẽ làm giảm khả năng bị tổn thương hoặc giảm tính nghiêm trọng/nhận thức về lợi ích; 4) Nhận thức về lợi ích có được so với những trở ngại khi thay đổi hành vi; 5) Động lực cho hành động; 6) Việc tự tin trong khả năng để tiến hành hành vi một cách thành công của đối tượng [100].



Sơ đồ 2.3. Mô hình niềm tin sức khỏe và một số biện pháp can thiệp

Can thiệp theo hướng dự phòng: Các hoạt động đáp ứng được nhu cầu thực tế đặc trưng của đồng bào Khmer thay đổi các hành vi có hại cho sức khỏe để phòng lây nhiễm VRVGB tại hộ gia đình.

Có đủ nguồn lực tối thiểu để thực hiện các hoạt động: Truyền thông tư vấn tại trạm y tế xã, địa bàn dân cư.

Sự quan tâm chính quyền, y tế địa phương, đoàn thể về xã hội hoá công tác y tế.

Các hoạt động của mô hình có tính khả thi và duy trì, nhân rộng mô hình cho địa phương khác có cùng điều kiện thực hiện.

2.3.3.6. Nội dung các hoạt động can thiệp

Thành lập ban chỉ đạo phòng chống nhiễm VRVGB tại xã can thiệp.

Xây dựng tổ chức mạng lưới triển khai thực hiện hoạt động phòng, chống nhiễm VRVGB ở đồng bào Khmer.

Truyền thông giáo dục sức khỏe phòng chống nhiễm VRVGB.

(1) Thành lập ban chỉ đạo phòng chống nhiễm VRVGB tại xã can thiệp

Tổ chức bộ máy của ngành y tế, xin công văn chỉ đạo của Sở Y tế, NVYT, các cộng tác viên, thành viên ban chỉ đạo chăm sóc sức khỏe tại xã. Phối hợp với các vị chức sắc của các chùa là đồng bào Khmer và xây dựng được mạng lưới cộng tác viên là đồng bào Khmer tại xã can thiệp.

Nội dung và biện pháp thực hiện.

Tổ chức buổi lễ ra mắt và thành lập ban chỉ đạo phòng chống nhiễm VRVGB tại hội trường Ủy ban nhân dân xã Tân Sơn tỉnh Trà Vinh là xã can thiệp. Thành viên ban chỉ đạo gồm có 1 trưởng ban là phó chủ tịch UBND xã can thiệp, 3 phó ban và 2 giám sát, thành viên là cộng tác viên y tế. Cán bộ nghiên cứu giám sát các hoạt động can thiệp và thu thập số liệu, phân tích và điều chỉnh sai sót trong quá trình can thiệp.

(2) Xây dựng tổ chức mạng lưới triển khai thực hiện hoạt động phòng, chống nhiễm VRVGB ở đồng bào Khmer

Tổ chức bộ máy của ngành y tế, xin công văn chỉ đạo của Sở Y tế, NVYT, các cộng tác viên, thành viên ban chỉ đạo chăm sóc sức khỏe tại xã. Phối hợp với cộng tác viên là NVYT tại địa phương.

Tập huấn kiến thức về dự phòng, xử trí sau phơi nhiễm VRVGB cho cộng tác viên chương trình là NVYT và cộng tác viên y tế tại các xã can thiệp. Xây dựng biện pháp can thiệp nâng cao năng lực phòng chống nhiễm VRVGB ở đồng bào Khmer.

(3) Truyền thông giáo dục sức khỏe dựa vào mô hình Niềm tin sức khỏe để phòng chống nhiễm VRVGB.

Đối tượng: Toàn thể đồng bào Khmer thuộc xã can thiệp.

Nội dung và biện pháp thực hiện:

Tổ chức thực hiện nói chuyện chuyên đề tại chùa bởi NVYT của trạm y tế xã can thiệp với sự tham gia hỗ trợ của Sư Cả 2 chùa tại xã can thiệp. Truyền thông bằng tờ gấp, đặt pano, áp phích. Thực hiện truyền thông qua đài truyền thanh xã cho toàn bộ dân số xã can thiệp. Phát thanh toàn xã nội dung phòng chống nhiễm VRVGB hàng tuần thời gian 5 – 10 phút. Đặt áp phích tại nơi tập trung đông đồng bào Khmer như cổng chùa, đầu chợ xã, Ủy ban nhân dân xã, trạm y tế, trục đường chính. Phát tờ rơi cho người dân, tờ rơi được đặt tại Trạm y tế, 2 chùa cho người dân tự do được nhận miễn phí. Nói chuyện chuyên đề về nhiễm VRVGB kết hợp với phát tờ rơi mỗi tháng vào ngày 15 và 30 âm lịch cho đối tượng đồng bào dân tộc Khmer đi chùa, nói vào lúc các nhà sư dùng bữa trưa và đọc kinh xong, thời gian 5 – 10 phút bằng song ngữ tiếng Việt và tiếng Khmer, giải đáp thắc mắc cho người dân, hướng dẫn, tư vấn cách phòng chống nhiễm VRVGB, tặng tờ rơi cho người dân.

Cụ thể:

Cung cấp kiến thức đúng: Kiến thức về nhận biết bệnh VRVGB, kiến thức về con đường lây nhiễm VRVGB, kiến thức về triệu chứng nhiễm VRVGB, kiến

thức về cách phát hiện nhiễm VRVGB, kiến thức về sự hậu quả nhiễm VRVGB, kiến thức về yếu tố nguy cơ gây nhiễm VRVGB trong sinh hoạt, kiến thức về yếu tố nguy cơ gây nhiễm VRVGB trong hoạt động làm đẹp, kiến thức về yếu tố nguy cơ gây nhiễm VRVGB trong y tế kiến thức về cách phòng chống nhiễm VRVGB, kiến thức về tiêm ngừa VRVGB.

Khuyến khích thực hiện hành vi đúng: các dụng cụ trong thói quen sinh hoạt trong cuộc sống, làm đẹp, chăm sóc y tế. Tư vấn cho từng đối tượng chọn phương pháp cho phù hợp. Nhóm sinh hoạt hằng ngày: Dùng dao cạo râu, dùng tông đơ cạo tóc, dùng bàn chải đánh răng. Nhóm hoạt động làm đẹp: Dùng dụng cụ làm móng, Dùng dụng cụ lấy nhân mụn, Xăm thẩm mỹ mày, môi, Xăm hình. Nhóm y tế: Tiêm chích, Truyền dịch, Truyền máu, Chích lễ nhọt, Châm cứu, Khâu vá da, Chữa răng, Phẫu thuật.

Hoạt động tuyên truyền về phòng chống nhiễm VRVGB lồng ghép, phối hợp với các hoạt động khác của trạm y tế xã. Tổ chức trạm y tế xã phòng chống nhiễm VRVGB ở đồng bào Khmer.

2.3.3.7. Thời gian can thiệp

Nghiên cứu can thiệp là 01 năm từ tháng 01/7/2021 – 30/6/2022.

2.3.3.8. Tổ chức thu thập dữ liệu sau can thiệp

- Tổ chức đoàn điều tra cắt ngang tại 2 xã can thiệp: Tân Sơn, An Quảng Hữu và 2 xã đối chứng: Châu Điện, Hòa Ân.
- Số đối tượng điều tra là những đối tượng can thiệp và chứng sau 01 năm can thiệp. Lập danh sách những đồng bào Khmer, tiến hành chọn mẫu thuận tiện ở xã can thiệp Tân Sơn và An Quảng Hữu trước can thiệp là 240 người, sau can thiệp là 250 người; ở xã đối chứng Châu Điện và Hòa Ân trước can thiệp là 233 người, sau can thiệp là 255 người.
- Nội dung điều tra bao gồm: điều tra kiến thức, thực hành của đối tượng về phòng chống nhiễm VRVGB bằng bộ câu hỏi phỏng vấn trực tiếp.

2.3.3.9. Chỉ số đánh giá tổ chức can thiệp

- Số lần tập huấn NVYT về phòng chống nhiễm VRVGB
- Số NVYT tham gia về phòng chống nhiễm VRVGB
- Số lần họp cộng tác viên
- Số cộng tác viên tham gia họp
- Số tờ rơi về phòng chống nhiễm VRVGB được đưa tới người dân
- Số tờ rơi về phòng chống nhiễm VRVGB được cung cấp tại 2 trạm, 2 chùa
- Hỗ trợ chuyên gia nói chuyện chuyên đề
- Số pano được phát hành
- Số lần phát thanh trên loa đài
- Số lần nói chuyện chuyên đề tại chùa
- Số lượng người dân trung bình tại chùa vào mỗi buổi nói chuyện
- Số lần giám sát

2.3.3.10. Chỉ số hiệu quả can thiệp cộng đồng trên đồng bào Khmer

Phân tích hiệu số thay đổi (Difference – in – Difference) giúp ước tính tác động của can thiệp làm thay đổi kết quả trong nhóm can thiệp so với thay đổi kết quả trong nhóm đối chứng trong một khoảng thời gian. Phương pháp này cho phép chúng ta có được sự khác biệt về kết quả giữa nhóm can thiệp và nhóm chứng theo thời gian, chứ không chỉ xem xét sự khác biệt tại thời điểm ban đầu và kết thúc của từng nhóm. Hiệu số thay đổi thường được sử dụng cho các nghiên cứu đánh giá tác động bán thực nghiệm (quasi – experimental study) trong lĩnh vực y tế.

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: $DiD = (CT2 - CT1) - (C2 - C1)$

Số liệu của mục tiêu 2 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. Phương pháp này giúp so sánh các nhóm can thiệp và đối chứng dựa trên những khác biệt trong kết quả ở từng thời kỳ quan sát, thường được sử dụng trong các thiết kế bán can thiệp/phỏng thực nghiệm (quasi – experimental design)

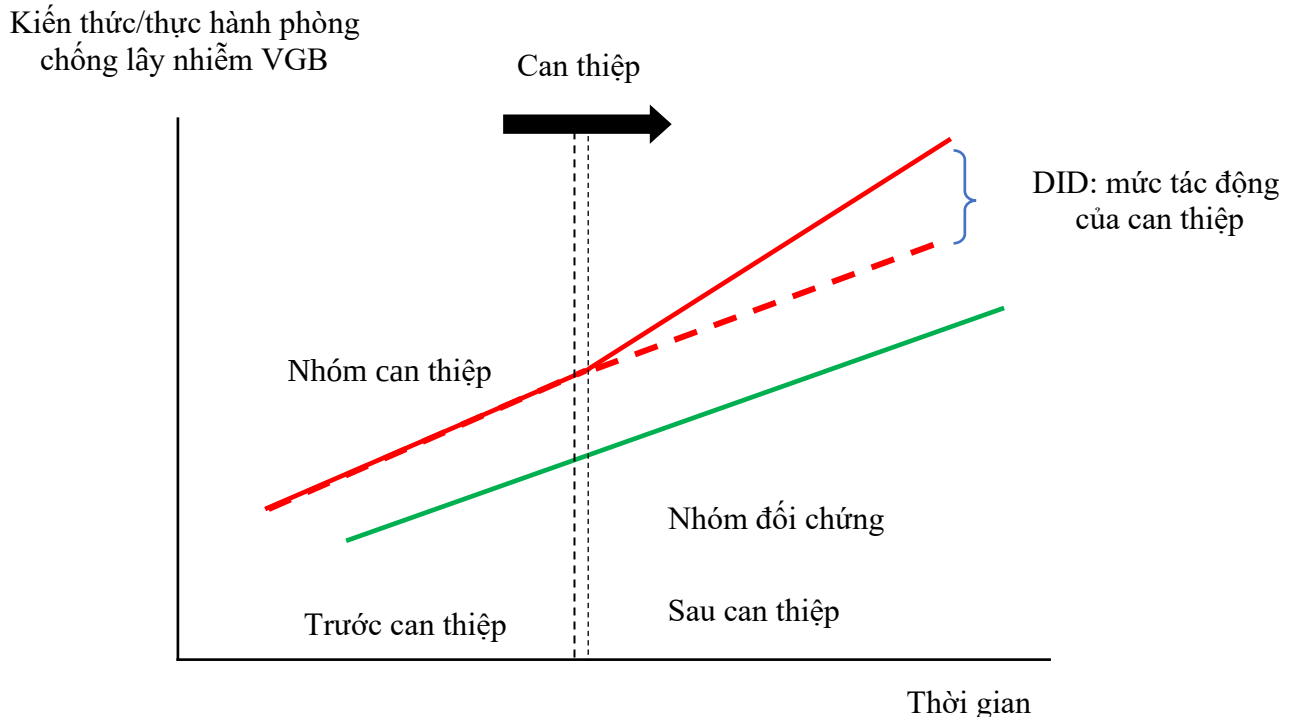
trong đó các số liệu được thu thập theo chiều dọc trong nhóm can thiệp và nhóm chứng. DID thường được sử dụng để ước tính tác động của một can thiệp bằng cách so sánh những thay đổi về kết quả theo thời gian giữa nhóm can thiệp và nhóm chứng (Hình 2.1). Nhóm can thiệp và nhóm chứng trong NC được đo lường 2 NC cắt ngang khác nhau nên có thể áp dụng được phương pháp phân tích này.

Cách tiếp cận này loại bỏ những sai số trong so sánh ở giai đoạn sau can thiệp giữa nhóm can thiệp và nhóm chứng mà sự khác biệt giữa 2 nhóm này có thể là kết quả của sự khác biệt về bản chất giữa 2 nhóm, cũng như loại bỏ các sai lệch trong so sánh theo thời gian trong nhóm can thiệp mà các thay đổi ở nhóm can thiệp có thể là kết quả của các nguyên nhân khác (mà không phải là do can thiệp).

Với biến phụ thuộc là biến nhị phân (kiến thức đạt, không đạt và hành vi đạt, không đạt), NC sử dụng mô hình hồi quy tuyến tính để tính toán các hệ số trong mô hình. Khi đó, phân tích DID được thực hiện thông qua mô hình hồi quy sau:

$$\text{Logit}(y) = \beta_0 + \beta_1 * [\text{Thời gian}] + \beta_2 * [\text{Can thiệp}] + \beta_3 * [\text{Thời gian} * \text{Can thiệp}] + \beta_4 * [\text{biến độc lập khác}] + \varepsilon$$

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



Hình 2.1. Minh họa tác động của can thiệp theo phương pháp DID

Trong đó, DID là hiệu số thay đổi (tác động có được từ can thiệp), CT1 là tỷ lệ kiến thức, thực hành phòng chống VRVGB của nhóm can thiệp ở thời điểm trước can thiệp, C1 là tỷ lệ kiến thức, thực hành phòng chống nhiễm VRVGB của nhóm chứng ở thời điểm trước can thiệp, CT2 là tỷ lệ kiến thức, thực hành phòng chống VRVGB của nhóm can thiệp ở thời điểm sau can thiệp, C2 là tỷ lệ kiến thức, thực hành phòng chống nhiễm VRVGB của nhóm chứng ở thời điểm sau can thiệp.

2.4. Phương pháp xử lý số liệu

Dữ liệu được nhập bằng phần mềm Epidata 3.01 và phân tích bằng phần mềm Stata phiên bản 14.0.

Tỷ lệ kiến thức đúng và thực hành đúng được trình bày bằng 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 χ^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.

2.5. Đạo đức nghiên cứu

Đề cương nghiên cứu và các tài liệu liên quan được xem xét và phê duyệt bởi hội đồng đạo đức nghiên cứu của Viện Vệ sinh Dịch tễ Trung ương theo giấy chứng nhận số IRB – VN01057/IORG 0008555 ngày 29/1/2021 (Phụ lục 3: Chứng nhận chấp thuận đạo đức của nghiên cứu).

Đối tượng nghiên cứu được giải thích cụ thể để tự nguyện tham gia và hợp tác tốt trong quá trình nghiên cứu. Có quyền từ chối tham gia hoặc có thể chấm dứt nghiên cứu bất cứ lúc nào (Phụ lục 1: Bản cung cấp thông tin và thỏa thuận tham gia nghiên cứu).

Thông tin của đối tượng được giữ bí mật, chỉ sử dụng cho mục đích nghiên cứu.

Nghiên cứu được sự chấp thuận của địa phương, Sở Y tế, Trung tâm y tế huyện và Trạm y tế xã (Phụ lục 4: Giấy chấp nhận của Sở y tế Trà Vinh). Kết thúc nghiên cứu có báo cáo phản hồi kết quả cho địa phương.

Với những người có kết quả xét nghiệm nhiễm VRVGB, được thông báo và tư vấn, giới thiệu đến cơ sở y tế chuyên khoa để được khám, tư vấn và điều trị, dự phòng lây nhiễm cho cộng đồng.

Với những đối tượng nghiên cứu thuộc nhóm đối chứng, vẫn được tham gia chăm sóc sức khỏe theo các hoạt động thường quy tại địa phương.

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

3.1.1. Đặc điểm của đồng bào Khmer

Bảng 3.1. Đặc điểm dân số – xã hội ở đồng bào Khmer (n=2.372)

Đặc điểm	Tần số	Tỷ lệ (%)
Nhóm tuổi		
Từ 18 đến 29 tuổi	549	23,1
Từ 30 đến 39 tuổi	574	24,2
Từ 40 đến 49 tuổi	595	25,1
Từ 50 đến 60 tuổi	654	27,6
Giới tính		
Nam	1.106	46,6
Nữ	1.266	53,4
Tôn giáo		
Phật giáo	2.136	90,1
Khác	236	9,9
Nơi sinh sống		
Thành thị	79	3,3
Nông thôn	2.293	96,7
Trình độ học vấn		
Dưới THPT	1.934	81,5
Từ THPT trở lên	438	18,5

Nhóm tuổi từ 50 đến 60 tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất với 27,6%, nữ giới có tỷ lệ cao hơn so với nam giới (53,4% so với 46,4%). Tôn giáo chủ yếu là Phật giáo với 90,1%. Nơi sinh sống chủ yếu của đối tượng nghiên cứu là khu vực nông thôn với

96,7%. Nghiên cứu ghi nhận tỷ lệ đối tượng nghiên cứu có trình độ học vấn từ THPT trở lên chiếm tỷ lệ 18,5%.

Bảng 3.2. Đặc điểm nghề nghiệp, kinh tế ở đồng bào Khmer (n=2.372)

Đặc điểm	Tần số	Tỷ lệ (%)
Nghề nghiệp		
Làm thuê, công nhân, nông dân	1.164	49,1
Nội trợ, tiểu thương	874	36,8
Khác	334	14,1
Thu nhập bình quân/tháng		
< 700.000	478	20,1
700.000 – 900.000	133	5,6
900.000 – 1.000.000	124	5,2
1.000.000 – 1.300.000	243	10,3
> 1.300.000	1.394	58,8
Mức kinh tế gia đình		
Khá – đủ ăn	1.626	68,6
Nghèo – cận nghèo	746	31,4

Nghề nghiệp ghi nhận có tỷ lệ cao nhất là làm thuê, nông dân, công nhân với 49,1%. Về đặc điểm kinh tế, ghi nhận có 20,1% mẫu nghiên cứu có thu nhập dưới 700.000 VNĐ/tháng, trong khi đó, tỷ lệ thu nhập trên 1.300.000 VNĐ/tháng là 58,8%. Mức kinh tế gia đình Khá giả – đủ ăn ghi nhận là 68,6%.

Bảng 3.3. Đặc điểm về hôn nhân và gia đình (n=2.372)

Đặc điểm	Tần số	Tỷ lệ (%)
Tình trạng hôn nhân		
Kết hôn	2.000	84,3
Độc thân, ly hôn, ly dị, góa	372	15,7
Số con		
0	264	11,1

Đặc điểm	Tần số	Tỷ lệ (%)
1	378	15,9
≥ 2 con	1.730	73,0
Người hiện ở cùng		
Người thân	2.306	97,2
Một mình	66	2,8
Thẻ bảo hiểm y tế		
Có	2.238	94,4
Không	134	5,6
Loại thẻ bảo hiểm y tế (n=2.238)		
Tự nguyện	214	9,6
Chính sách	1.695	75,7
Hộ nghèo	329	14,7

Ghi nhận có 84,3% đối tượng nghiên cứu đã kết hôn. Tỷ lệ có từ 2 con trong gia đình trở lên chiếm 73,0% mẫu nghiên cứu. Hầu hết mẫu nghiên cứu đang sống cùng người thân với 95,8%. Có 94,4% mẫu nghiên cứu có bảo hiểm y tế, trong đó chủ yếu là bảo hiểm y tế chính sách với 75,7%.

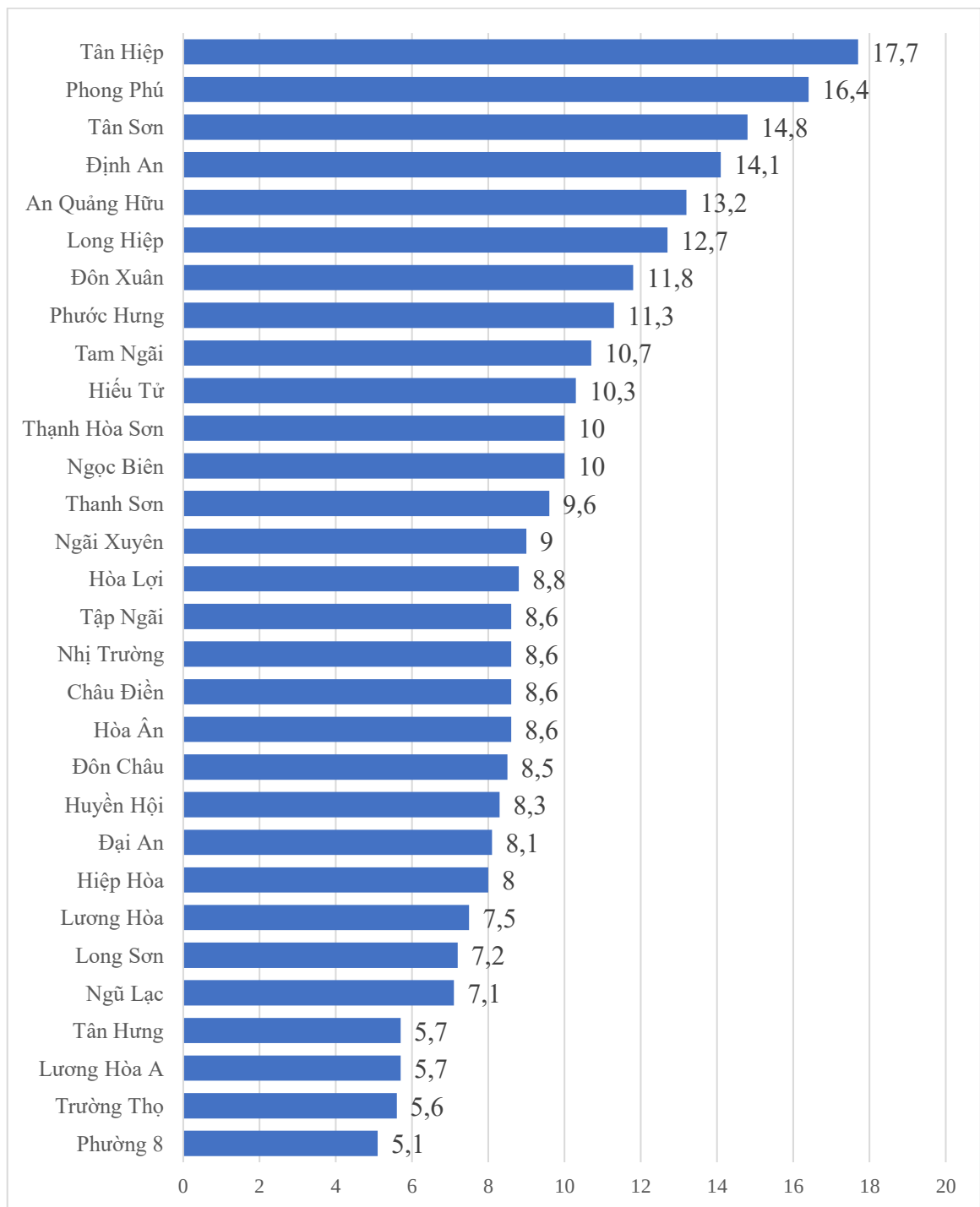
3.1.2. Mô tả thực trạng nhiễm vi rút viêm gan B ở đồng bào Khmer

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

Bảng 3.4. 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	2.139	90,2	88,9 – 91,3

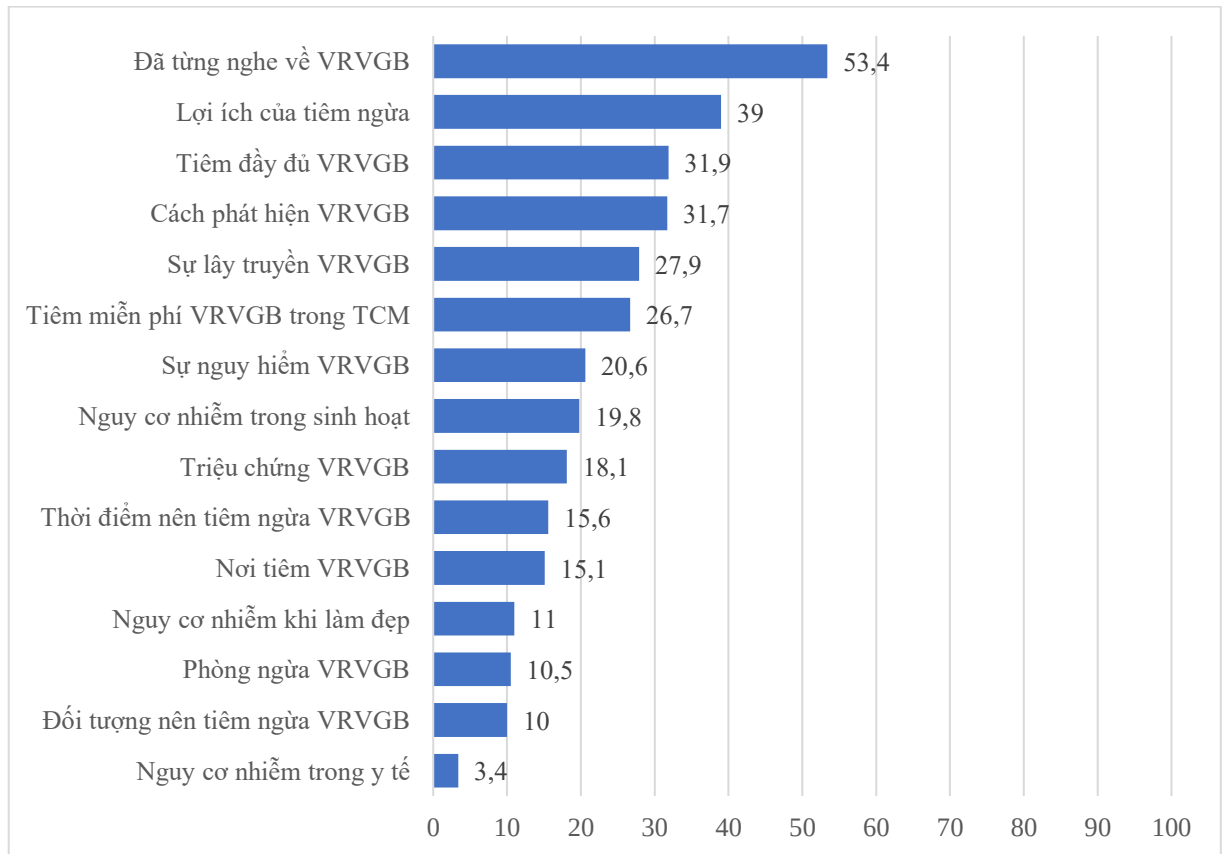
Tỷ lệ nhiễm VRVGB ghi nhận trong nghiên cứu là 9,8%.



Biểu đồ 3.1. Tỷ lệ nhiễm VRVGB theo các xã/phường nghiên cứu

Nghiên cứu ghi nhận địa phương có tỷ lệ nhiễm VRVGB cao nhất là xã Tân Hiệp chiếm tỷ lệ 17,7% và địa phương có tỷ lệ nhiễm VRVGB thấp nhất là phường 8 chiếm 5,1%.

3.1.2.2. Một số đặc điểm của đối tượng nghiên cứu



Biểu đồ 3.2. Tỷ lệ có kiến thức về nhiễm VRVGB ở đồng bào Khmer (n=2.372)

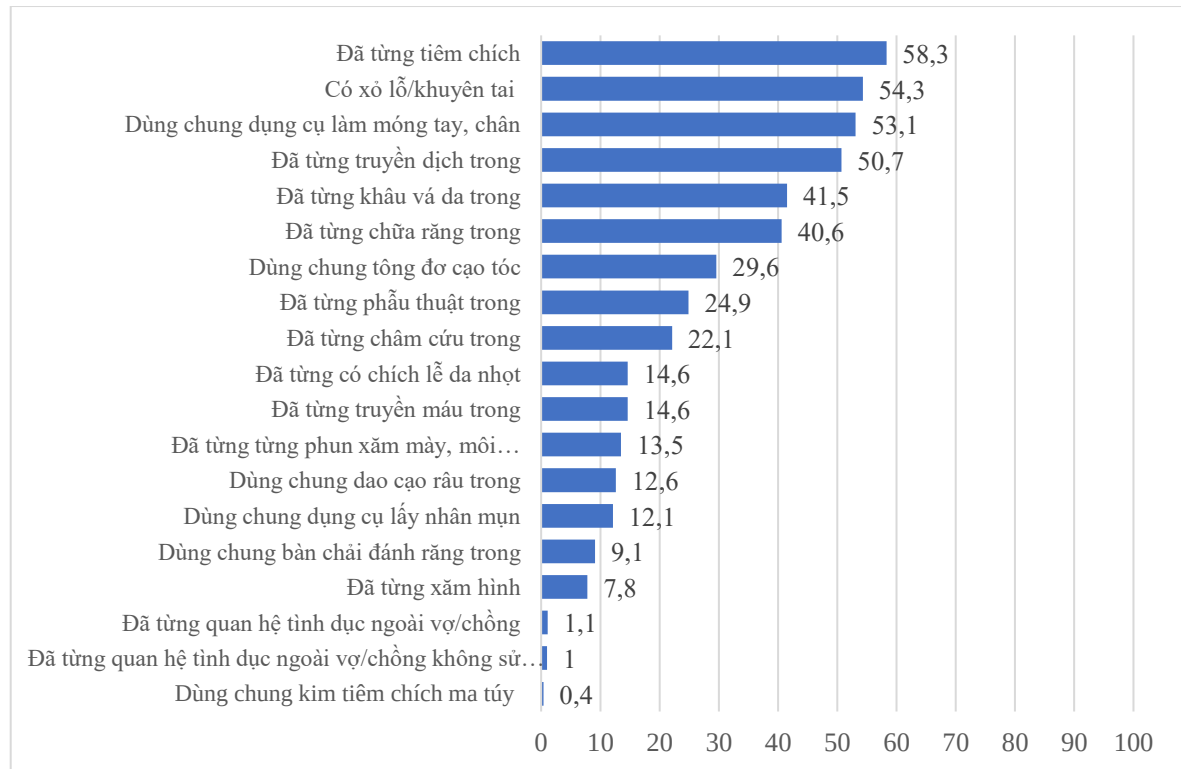
Nghiên cứu ghi nhận có 53,4% đối tượng nghiên cứu đã từng nghe về VRVGB. Về kiến thức cơ bản chung của VRVGB, ghi nhận có 27,9% mẫu nghiên cứu có kiến thức đúng về sự lây truyền, 18,1% đúng về triệu chứng, 31,7% đúng về cách phát hiện VRVGB. Có 20,6% mẫu nghiên cứu đánh giá đúng về sự nguy hiểm của VRVGB, 19,8% đúng về nguy cơ nhiễm trong sinh hoạt, 11,0% đúng về nguy cơ nhiễm khi làm đẹp và 3,4% đúng về nguy cơ nhiễm trong y tế về VRVGB.

Ghi nhận có 10,5% mẫu nghiên cứu có kiến thức đúng về cách phòng ngừa VRVGB, 39,0% có kiến thức đúng về lợi ích của tiêm ngừa, 15,6% đúng về thời điểm nên tiêm ngừa, 31,9% đúng về tiêm đầy đủ, 26,7% đúng về việc tiêm miễn phí VRVGB trong chương trình Tiêm chủng mở rộng, và 15,1% đúng về nơi tiêm ngừa VRVGB.

Bảng 3.5. Điểm số kiến thức đúng về nhiễm VRVGB của đồng bào Khmer (n=2.372)

	Trung vị [Khoảng tứ phân vị]	Cao nhất	Thấp nhất
Kiến thức cơ bản về VRVGB	1 [0 – 2]	4	0
Kiến thức về nguy cơ lây nhiễm VRVGB	0 [0 – 0]	3	0
Kiến thức về phòng ngừa VRVGB	1 [0 – 2]	7	0
Kiến thức chung về VRVGB	2 [1 – 4]	14	0

Nghiên cứu ghi nhận, điểm số trung vị kiến thức cơ bản về VRVGB là 1 [0 – 2], điểm số trung vị kiến thức về nguy cơ lây nhiễm VRVGB là 0 [0 – 0] điểm, điểm số trung vị kiến thức về phòng ngừa VRVGB là 1 [0 – 2] điểm, điểm số trung vị kiến thức chung về VRVGB là 2 [1 – 4] điểm.



Biểu đồ 3.3. Tỷ lệ 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: nhóm sinh hoạt ghi nhận có 12,6% dùng chung dao cạo râu, 29,6% dùng chung tông đơ cạo tóc, 9,1% dùng chung bàn chải đánh răng. Nhóm hành vi trong hoạt động làm đẹp có 53,1% dùng chung dụng cụ làm móng tay, chân, 12,1% dùng chung dụng cụ lấy nhân mụn, 13,5% phun xăm mày, môi,... 7,8% xăm hình, 54,3% xỏ lỗ/khuyên tai. Nhóm hành vi trong y tế có 58,3% có tiêm chích, 50,7% có truyền dịch, 14,6% có truyền máu, 14,6% có chích lễ da nhọt, 22,1% có châm cứu, 41,5% có khâu vá da, 40,6% có chữa răng, 24,9% đã từng phẫu thuật. Có 0,4% dùng chung kim tiêm chích ma túy, 1,1% quan hệ tình dục ngoài vợ chồng, 1,0% quan hệ tình dục ngoài vợ chồng không sử dụng bao cao su.

Bảng 3.6. Điểm số thực hành có nguy cơ nhiễm VRVGB của đồng bào Khmer (n=2.372)

	Trung vị [Khoảng tứ phân vị]	Cao nhất	Thấp nhất
Nguy cơ trong sinh hoạt	0 [0 – 1]	3	0
Nguy cơ trong làm đẹp	1 [1 – 2]	5	0
Nguy cơ trong y tế	2 [1 – 4]	8	0
Nguy cơ về hoạt động ma túy, tình dục	0 [0 – 0]	2	0
Điểm số nguy cơ chung	4 [3 – 6]	17	0

Điểm số trung vị thực hành nguy cơ trong sinh hoạt là 0 [0 – 1], nguy cơ trong làm đẹp là 1 [1 – 2], nguy cơ trong y tế là 2 [1 – 4], nguy cơ về hoạt động ma túy, tình dục là 0 [0 – 0], điểm số hành vi nguy cơ chung về VRVGB là 4 [3 – 6] điểm.

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

Bảng 3.7. 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
	Có (%)	Không (%)			
Nhóm tuổi					
Từ 18 đến 29 tuổi	39 (7,1)	510 (92,9)	1		
Từ 30 đến 39 tuổi	54 (9,4)	520 (90,6)	1,36	0,88 – 2,09	0,163
Từ 40 đến 49 tuổi	60 (10,1)	535 (89,9)	1,47	0,96 – 2,23	0,075
Từ 50 đến 60 tuổi	80 (12,2)	574 (87,8)	1,82	1,22 – 2,72	0,003
Giới tính					
Nam	132 (11,9)	974 (88,1)	1,56	1,19 – 2,05	<0,001
Nữ	101 (8,0)	1.165 (92,0)	1		
Tôn giáo					
Phật giáo	209 (9,8)	1.927 (90,2)	0,96	0,61 – 1,50	0,850
Khác	24 (10,2)	212 (89,8)	1		
Trình độ học vấn					
Từ THPT trở lên	38 (8,7)	400 (91,3)	0,85	0,59 – 1,22	0,372
Dưới THPT	195 (10,1)	1.739 (89,9)	1		
Nơi sinh sống					
Thành thị	4 (5,1)	75 (94,9)	1		
Nông thôn	229 (10,0)	2.064 (90,0)	2,08	0,75 – 5,74	0,157

Hồi quy Logistic

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 3.8. 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
	Có (%)	Không (%)			
Nghề nghiệp					
Làm thuê, CN, ND	110 (9,5)	1054 (90,5)	0,95	0,63 – 1,43	0,814
Nội trợ, tiểu thương	90 (10,3)	784 (89,7)	1,05	0,69 – 1,59	0,830
Khác	33 (9,9)	301 (90,1)	1		
Thu nhập bình quân/tháng					
< 700.000	44 (9,2)	434 (90,8)	1		
700.000 – 900.000	7 (5,3)	126 (94,7)	0,55	0,24 – 1,25	0,151
900.000 – 1.000.000	13 (10,5)	111 (89,5)	1,16	0,60 – 2,22	0,665
1.000.000 – 1.300.000	24 (9,9)	219 (90,1)	1,08	0,64 – 1,82	0,771
> 1.300.000	145 (10,4)	1.249 (89,6)	1,15	0,80 – 1,63	0,454
Mức kinh tế gia đình					
Khá – đủ ăn	167 (10,3)	1.459 (89,7)	1		
Nghèo – cận nghèo	66 (8,9)	680 (91,1)	1,18	0,87 – 1,59	0,280

Hồi quy Logistic

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 3.9. 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
	Có (%)	Không (%)			
Tình trạng hôn nhân					
Kết hôn	190 (9,5)	1.810 (90,5)	0,80	0,57 – 1,14	0,221
Độc thân, ly hôn,	43 (11,6)	329 (88,4)	1		

Đặc điểm	Nhiễm VRVGB		OR	KTC 95%	p
	Có (%)	Không (%)			
ly dị, góa					
Người hiện ở cùng					
Người thân	224 (9,7)	2.082 (90,3)	0,68	0,33 – 1,39	0,294
Một mình	9 (13,6)	57 (86,4)	1		
Số con					
0	26 (9,9)	238 (90,1)	1		
1	32 (8,5)	346 (91,5)	0,85	0,49 – 1,46	0,548
≥ 2 con	175 (10,1)	1.555 (89,9)	1,03	0,67 – 1,59	0,893
Thẻ bảo hiểm y tế					
Có	217 (9,7)	2.021 (90,3)	0,80	0,46 – 1,36	0,398
Không	16 (11,9)	118 (88,1)	1		
Loại thẻ bảo hiểm y tế (n=2.238)					
Tự nguyện	26 (12,2)	188 (87,8)	2,26	1,22 – 4,19	0,010
Chính sách	172 (10,2)	1.523 (89,8)	1,84	1,13 – 3,01	0,014
Hộ nghèo	19 (5,8)	310 (94,2)	1		

Hồi quy Logistic

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 bảo hiểm y tế. Bên cạnh đó, người tham gia thẻ bảo hiểm y tế tự nguyện có tỷ lệ nhiễm VRVGB cao gấp 2,26 lần (KTC 95%: 1,22 – 4,19, $p < 0,010$) so với người tham gia thẻ bảo hiểm y tế loại hộ nghèo, người tham gia thẻ bảo hiểm y tế chính sách có tỷ lệ nhiễm VRVGB cao gấp 1,84 lần (KTC 95%: 1,13 – 3,01, $p < 0,014$) so với người tham gia thẻ bảo hiểm y tế loại hộ nghèo, sự khác biệt có ý nghĩa về mặt thống kê.

Bảng 3.10. Yếu tố kiến thức về viêm gan B và tình trạng nhiễm VRVGB ở đồng bào Khmer (n=2.372)

Đặc điểm	Nhiễm VRVGB		OR	KTC 95%	p
	Có (%)	Không (%)			
Đã từng nghe về VRVGB					
Có	107 (8,5)	1.159 (91,5)	0,72	0,55 – 0,94	0,017
Không	126 (11,4)	980 (88,6)	1		
Kiến thức về sự lây truyền VRVGB					
Đúng	42 (6,3)	620 (93,7)	1		
Chưa đúng	191 (11,2)	1.519 (88,8)	1,86	1,31 – 2,63	<0,001
Kiến thức về triệu chứng VRVGB					
Đúng	14 (3,3)	416 (96,7)	1		
Chưa đúng	219 (11,3)	1.723 (88,7)	3,78	2,18 – 6,55	<0,001
Kiến thức về cách phát hiện VRVGB					
Đúng	43 (5,7)	708 (94,3)	1		
Chưa đúng	190 (11,7)	1.431 (88,3)	2,19	1,55 – 3,08	<0,001

Hồi quy Logistic

Nghiên cứu ghi nhận có mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa các lĩnh vực khảo sát kiến thức về viêm gan B với tình trạng nhiễm VRVGB. Người đã từng nghe về VRVGB có tỷ lệ nhiễm VRVGB thấp hơn 0,72 lần (KTC 95%: 0,55 – 0,94, $p=0,017$) so với người chưa từng nghe. Người có kiến thức chưa đúng về sự lây truyền VRVGB có tỷ lệ nhiễm VRVGB cao hơn 1,86 lần (KTC 95%: 1,31 – 2,63, $p<0,001$) so với người có kiến thức đúng. Người có kiến thức chưa đúng về triệu chứng nhiễm VRVGB có tỷ lệ nhiễm VRVGB cao hơn 3,78 lần (KTC 95%: 2,18 – 6,55, $p<0,001$) so với người có kiến thức đúng. Người có kiến thức chưa đúng về cách phát hiện nhiễm VRVGB có tỷ lệ nhiễm VRVGB cao hơn 2,19 lần (KTC 95%: 1,55 – 3,08, $p<0,001$) so với người có kiến thức đúng.

Bảng 3.11. Yếu tố kiến thức về nguy cơ nhiễm VRVGB và tình trạng nhiễm VRVGB ở đồng bào Khmer (n=2.372)

Đặc điểm	Nhiễm VRVGB		OR	KTC 95%	p
	Có (%)	Không (%)			
Kiến thức về nguy cơ nhiễm trong sinh hoạt					
Đúng	16 (3,4)	454 (96,6)	1		
Chưa đúng	217 (11,4)	1.685 (88,6)	3,65	2,18 – 6,14	<0,001
Kiến thức về nguy cơ nhiễm khi làm đẹp					
Đúng	10 (3,9)	250 (96,1)	1		
Chưa đúng	223 (10,6)	1.889 (89,4)	2,95	1,55 – 5,64	0,001
Kiến thức về nguy cơ nhiễm trong y tế					
Đúng	5 (6,2)	76 (93,8)	1		
Chưa đúng	228 (10,0)	2.063 (90,0)	1,68	0,67 – 4,20	0,267

Hồi quy Logistic

Nghiên cứu ghi nhận có mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa các lĩnh vực khảo sát kiến thức về nguy cơ nhiễm trong sinh hoạt và nhiễm khi làm đẹp với tình trạng nhiễm VRVGB. Người có kiến thức chưa đúng về nguy cơ nhiễm trong sinh hoạt có tỷ lệ nhiễm VRVGB cao hơn 3,65 lần (KTC 95%: 2,18 – 6,14, $p < 0,001$) so với người có kiến thức đúng. Người có kiến thức chưa đúng về nguy cơ nhiễm khi làm đẹp có tỷ lệ nhiễm VRVGB cao hơn 2,95 lần (KTC 95%: 1,55 – 5,64, $p = 0,001$) so với người có kiến thức đúng. Nghiên cứu chưa ghi nhận có mối liên quan giữa kiến thức về nguy cơ nhiễm trong y tế và nhiễm VRVGB.

Bảng 3.12. Yếu tố kiến thức về phòng ngừa và tình trạng nhiễm VRVGB ở đồng bào Khmer (n=2.372)

Đặc điểm	Nhiễm VRVGB		OR	KTC 95%	p
	Có (%)	Không (%)			
Kiến thức về phòng ngừa VRVGB					
Đúng	9 (3,6)	240 (96,4)	1		
Chưa đúng	224 (10,6)	1.899 (89,4)	3,15	1,59 – 6,21	0,001

Đặc điểm	Nhiễm VRVGB		OR	KTC 95%	p
	Có (%)	Không (%)			
Kiến thức về lợi ích của tiêm ngừa					
Đúng	59 (6,4)	867 (93,6)	1		
Chưa đúng	174 (12,0)	1.272 (88,0)	2,01	1,48 – 2,73	<0,001
Kiến thức về đối tượng nên tiêm ngừa VRVGB					
Đúng	10 (4,2)	227 (95,8)	1		
Chưa đúng	223 (10,4)	1.912 (89,6)	2,65	1,38 – 5,06	0,003
Kiến thức về thời điểm nên tiêm ngừa VRVGB					
Đúng	24 (6,5)	347 (93,5)	1		
Chưa đúng	209 (10,4)	1.792 (89,6)	1,69	1,09 – 2,61	0,019
Kiến thức về tiêm đầy đủ VRVGB					
Đúng	55 (7,3)	701 (92,7)	1		
Chưa đúng	178 (11,0)	1.438 (89,0)	1,58	1,15 – 2,16	0,005
Kiến thức về tiêm miễn phí VRVGB trong tiêm chủng mở rộng					
Đúng	46 (7,3)	587 (92,7)	1		
Chưa đúng	187 (10,8)	1.552 (89,2)	1,54	1,10 – 2,15	0,012
Kiến thức về nơi tiêm VRVGB					
Đúng	24 (6,7)	333 (93,3)	1		
Chưa đúng	209 (10,4)	1.806 (89,6)	1,61	1,04 – 2,49	0,034

Hồi quy Logistic

Nghiên cứu ghi nhận có mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa các lĩnh vực khảo sát kiến thức về phòng ngừa nhiễm VRVGB với tình trạng nhiễm VRVGB. Người có kiến thức chưa đúng về phòng ngừa VRVGB có tỷ lệ nhiễm VRVGB cao hơn 3,15 lần (KTC 95%: 1,59 – 6,21, $p=0,001$) so với người có kiến thức đúng. Người có kiến thức chưa đúng về lợi ích của tiêm ngừa có tỷ lệ nhiễm VRVGB cao hơn 2,01 lần (KTC 95%: 1,48 – 2,73, $p<0,001$) so với người có kiến thức đúng. Người có kiến thức chưa đúng về đối tượng nên tiêm ngừa VRVGB có tỷ lệ nhiễm VRVGB cao hơn 2,65 lần (KTC 95%: 1,38 – 5,06, $p=0,003$) so với người có kiến

thức đúng. Người có kiến thức chưa đúng về thời điểm nên tiêm ngừa VRVGB có tỷ lệ nhiễm VRVGB cao hơn 1,69 lần (KTC 95%: 1,09 – 2,61, $p=0,019$) so với người có kiến thức đúng. Người có kiến thức chưa đúng về thời điểm nên tiêm ngừa VRVGB có tỷ lệ nhiễm VRVGB cao hơn 1,69 lần (KTC 95%: 1,09 – 2,61, $p=0,019$) so với người có kiến thức đúng. Người có kiến thức chưa đúng về tiêm đầy đủ VRVGB có tỷ lệ nhiễm VRVGB cao hơn 1,58 lần (KTC 95%: 1,15 – 2,16, $p=0,005$) so với người có kiến thức đúng. Người có kiến thức chưa đúng về tiêm miễn phí VRVGB trong tiêm chủng mở rộng có tỷ lệ nhiễm VRVGB cao hơn 1,54 lần (KTC 95%: 1,10 – 2,15, $p=0,012$) so với người có kiến thức đúng. Người có kiến thức chưa đúng về nơi tiêm VRVGB có tỷ lệ nhiễm VRVGB cao hơn 1,61 lần (KTC 95%: 1,04 – 2,49, $p=0,034$) so với người có kiến thức đúng.

Bảng 3.13. 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
	Có (%)	Không (%)			
Kiến thức chung					
Đúng	4 (3,6)	106 (96,4)	1		
Chưa đúng	229 (10,1)	2.033 (89,9)	2,98	1,09 – 8,18	0,033

Hồi quy Logistic

Nghiên cứu ghi nhận có mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa Kiến thức chung tình trạng nhiễm VRVGB. 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, $p=0,033$) so với những người có kiến thức chung đúng.

Bảng 3.14. Yếu tố điểm số kiến thức theo từng lĩnh vực và tình trạng nhiễm VRVGB ở đồng bào Khmer (n=2.372)

	Nhiễm VRVGB		p
	Có	Không	
Kiến thức cơ bản về VBVR B	0,56 ± 0,88	1,03 ± 1,14	<0,001
	0 [0 – 1]	1 [0 – 2]	

	Nhiễm VRVGB		p
Kiến thức về nguy cơ lây nhiễm VRVGB	0,13 ± 0,49 0 [0 – 0]	0,36 ± 0,72 0 [0 – 1]	<0,001
Kiến thức về phòng ngừa VRVGB	0,97 ± 1,43 0 [0 – 2]	1,54 ± 1,66 1 [0 – 2]	
Kiến thức chung về VRVGB	1,67 ± 2,37 1 [0 – 3]	2,94 ± 2,98 2 [1 – 4]	<0,001

Phép kiểm Mann – Whitney

Nghiên cứu ghi nhận điểm số kiến thức của những người có nhiễm VRVGB thấp hơn so với người không nhiễm VRVGB ở tất cả các lĩnh vực khảo sát gồm: kiến thức cơ bản về VBVR B, kiến thức về nguy cơ lây nhiễm VRVGB, kiến thức về phòng ngừa VRVGB, kiến thức chung về VRVGB.

Bảng 3.15. Yếu tố tiền sử mắc, tiêm ngừa và tình trạng nhiễm VRVGB ở đồng bào Khmer (n=2.372)

Đặc điểm	Nhiễm VRVGB		OR	KTC 95%	p
	Có (%)	Không (%)			
Người thân nhiễm VRVGB					
Có	18 (21,2)	67 (78,8)	2,59	1,51 – 4,44	0,001
Không	215 (9,4)	2.072 (90,6)	1		
Đã tiêm ngừa VRVGB					
Có	19 (7,1)	250 (92,9)	1		0,108
Không	214 (10,2)	1.889 (89,8)	1,49	0,92 – 2,43	

Hồi quy Logistic

Những người có tiền sử gia đình mắc VRVGB có tỷ lệ nhiễm VRVGB cao gấp 2,59 lần (KTC 95%: 1,51 – 4,44) so với những người không có yếu tố này, p=0,001. Trong khi đó, chưa có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về tỷ lệ nhiễm VRVGB ở nhóm đã có tiêm ngừa và chưa tiêm ngừa VRVGB.

Bảng 3.16. Yếu tố thực hành hành vi nguy cơ trong sinh hoạt và tình trạng nhiễm VRVGB ở đồng bào Khmer (n=2.372)

Đặc điểm	Nhiễm VRVGB		OR	KTC 95%	p
	Có (%)	Không (%)			
Dùng chung dao cạo râu trong 12 tháng qua					
Có	47 (15,8)	251 (84,2)	1,90	1,34 – 2,69	<0,001
Không	186 (9,0)	1.888 (91,0)	1		
Dùng chung tông đơ cạo tóc trong 12 tháng qua					
Có	93 (13,2)	610 (86,8)	1,67	1,26 – 2,20	<0,001
Không	140 (8,4)	1.529 (91,6)	1		
Dùng chung bàn chải đánh răng trong 12 tháng qua					
Có	32 (14,9)	183 (85,1)	1,70	1,14 – 2,55	0,010
Không	201 (9,3)	1.956 (90,7)	1		

Hồi quy Logistic

Những người có các hành vi như dùng chung dao cạo râu, dùng chung tông đơ cạo tóc, dùng chung bàn chải đánh răng có tỷ lệ nhiễm VRVGB cao hơn so với những người không thực hiện các hành vi trên, mối liên quan trên có ý nghĩa về mặt thống kê. Người có hành vi dùng chung dao cạo râu trong 12 tháng qua có tỷ lệ nhiễm VRVGB cao hơn 1,90 lần (KTC 95%: 1,34 – 2,69, $p < 0,001$) so với người không thực hiện hành vi trên. Người có hành vi dùng chung tông đơ cạo tóc trong 12 tháng qua có tỷ lệ nhiễm VRVGB cao hơn 1,67 lần (KTC 95%: 1,26 – 2,20, $p < 0,001$) so với người không thực hiện hành vi trên. Người có hành vi dùng chung bàn chải đánh răng trong 12 tháng qua có tỷ lệ nhiễm VRVGB cao hơn 1,70 lần (KTC 95%: 1,14 – 2,55, $p = 0,010$) so với người không thực hiện hành vi trên.

Bảng 3.17. Yếu tố thực hành hành vi nguy cơ trong hoạt động làm đẹp và tình trạng nhiễm VRVGB ở đồng bào Khmer (n=2.372)

Đặc điểm	Nhiễm VRVGB		OR	KTC 95%	p
	Có (%)	Không (%)			
Dùng chung dụng cụ làm móng tay, chân trong 12 tháng qua					
Có	145 (11,5)	1.114 (88,5)	1,52	1,15 – 2,00	0,003
Không	88 (7,9)	1.025 (92,1)	1		
Dùng chung dụng cụ lấy nhân mụn trong 12 tháng qua					
Có	49 (17,0)	239 (83,0)	2,12	1,50 – 2,98	<0,001
Không	184 (8,8)	1.900 (91,2)	1		
Đã từng phun xăm mày, môi... trong 12 tháng qua					
Có	51 (15,9)	269 (84,1)	1,95	1,39 – 2,73	<0,001
Không	182 (8,9)	1.870 (91,1)	1		
Đã từng xăm hình trong 12 tháng qua					
Có	32 (17,2)	154 (82,8)	2,05	1,37 – 3,08	0,001
Không	201 (9,2)	1.985 (90,8)	1		
Có xô lỗ/khuyên tai trong 12 tháng qua					
Có	154 (12,0)	1.134 (88,0)	1,73	1,30 – 2,30	<0,001
Không	79 (7,3)	1.005 (92,7)	1		

Hồi quy Logistic

Những người có các hành vi như dùng chung dụng cụ làm móng tay, chân, dùng chung dụng cụ lấy nhân mụn, phun xăm mày, môi, xăm hình, xô lỗi/khuyên tai có tỷ lệ nhiễm VRVGB cao hơn so với những người không thực hiện các hành vi trên, mối liên quan trên có ý nghĩa về mặt thống kê. Người có hành vi dùng chung dụng cụ làm móng tay, chân trong 12 tháng qua có tỷ lệ nhiễm VRVGB cao hơn 1,52 lần (KTC 95%: 1,15 – 2,00, p=0,003) so với người không thực hiện hành vi trên. Người có hành vi dùng chung dụng cụ lấy nhân mụn trong 12 tháng qua có tỷ lệ nhiễm VRVGB cao hơn 2,12 lần (KTC 95%: 1,50 – 2,98, p<0,001) so với người không thực hiện hành vi trên. Người có hành vi từng phun xăm mày, môi... trong

12 tháng qua có tỷ lệ nhiễm VRVGB cao hơn 1,95 lần (KTC 95%: 1,39 – 2,73, $p<0,001$) so với người không thực hiện hành vi trên. Người có hành vi từng xăm hình trong 12 tháng qua có tỷ lệ nhiễm VRVGB cao hơn 2,05 lần (KTC 95%: 1,37 – 3,08, $p=0,001$) so với người có không thực hiện hành vi trên. Người có xô lỗi/khuyên tai trong 12 tháng qua có tỷ lệ nhiễm VRVGB cao hơn 1,73 lần (KTC 95%: 1,30 – 2,30, $p<0,001$) so với người không thực hiện hành vi xô lỗi/khuyên tai trong 12 tháng qua.

Bảng 3.18. Yếu tố thực hành hành vi nguy cơ trong y tế và tình trạng nhiễm VRVGB ở đồng bào Khmer (n=2.372)

Đặc điểm	Nhiễm VRVGB		OR	KTC 95%	p
	Có (%)	Không (%)			
Đã từng tiêm chích trong 12 tháng qua					
Có	158 (11,4)	1.225 (88,6)	1,57	1,18 – 2,10	0,002
Không	75 (7,6)	914 (92,4)	1		
Đã từng truyền dịch trong 12 tháng qua					
Có	136 (11,3)	1.067 (88,7)	1,41	1,07 – 1,85	0,014
Không	97 (8,3)	1.072 (91,7)	1		
Đã từng truyền máu trong 12 tháng qua					
Có	47 (13,6)	299 (86,4)	1,56	1,10 – 2,19	0,012
Không	186 (9,2)	1.840 (90,8)	1		
Đã từng có chích lễ da nhọt trong 12 tháng qua					
Có	34 (9,8)	312 (90,2)	1,00	0,68 – 1,47	0,998
Không	199 (9,8)	1.827 (90,2)	1		
Đã từng châm cứu trong 12 tháng qua					
Có	61 (11,6)	464 (88,4)	1,28	0,94 – 1,74	0,118
Không	172 (9,3)	1.675 (90,7)	1		
Đã từng khâu vá da trong 12 tháng qua					
Có	99 (10,1)	886 (89,9)	1,04	0,79 – 1,37	0,753
Không	134 (9,7)	1.253 (90,3)	1		

Đặc điểm	Nhiễm VRVGB		OR	KTC 95%	p
	Có (%)	Không (%)			
Đã từng chữa răng trong 12 tháng qua					
Có	114 (11,8)	849 (88,2)	1,46	1,11 – 1,91	0,007
Không	119 (8,5)	1.290 (91,5)	1		
Đã từng phẫu thuật trong 12 tháng qua					
Có	69 (11,7)	522 (88,3)	1,30	0,97 – 1,76	0,082
Không	164 (9,2)	1.617 (90,8)	1		

Hồi quy Logistic

Những người có các hành vi như tiêm chích, truyền dịch, truyền máu, châm cứu, chữa răng có tỷ lệ nhiễm VRVGB cao hơn so với những người không thực hiện các hành vi trên. Người từng tiêm chích trong 12 tháng qua có tỷ lệ nhiễm VRVGB cao hơn 1,57 lần (KTC 95%: 1,18 – 2,10, $p=0,002$) so với người không thực hiện hành vi trên. Người từng truyền dịch trong 12 tháng qua có tỷ lệ nhiễm VRVGB cao hơn 1,41 lần (KTC 95%: 1,07 – 1,85, $p=0,014$) so với người không thực hiện hành vi trên. Người từng truyền máu trong 12 tháng qua có tỷ lệ nhiễm VRVGB cao hơn 1,56 lần (KTC 95%: 1,10 – 2,19, $p=0,012$) so với người không thực hiện hành vi trên. Người từng chữa răng trong 12 tháng qua có tỷ lệ nhiễm VRVGB cao hơn 1,46 lần (KTC 95%: 1,11 – 1,91, $p=0,007$) so với người không thực hiện hành vi trên.

Nghiên cứu chưa ghi nhận có mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa các hành vi như có chích lễ da nhọt, châm cứu, có khâu vá da, có phẫu thuật với tỷ lệ nhiễm VRVGB.

Bảng 3.19. Yếu tố thực hành hành vi nguy cơ sử dụng ma túy, quan hệ tình dục và tình trạng nhiễm VRVGB ở đồng bào Khmer (n=2.372)

Đặc điểm	Nhiễm VRVGB		OR	KTC 95%	p
	Có (%)	Không (%)			
Dùng chung kim tiêm chích ma túy trong 12 tháng qua					
Có	1 (11,1)	8 (88,9)	1,15	0,14 – 9,22	0,897
Không	232 (9,8)	2.131 (90,2)	1		
Đã từng quan hệ tình dục ngoài vợ/chồng trong 12 tháng qua					
Có	4 (16,0)	21 (84,0)	1,76	0,60 – 5,18	0,303
Không	229 (9,8)	2.118 (90,2)	1		
Đã từng QHTD ngoài vợ/chồng không sử dụng bao cao su trong 12 tháng qua					
Có	4 (16,7)	20 (83,3)	1,85	0,63 – 5,46	0,265
Không	229 (9,8)	2.119 (90,2)	1		

Hồi quy Logistic

Nghiên cứu chưa ghi nhận có mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa các hành vi như có dùng chung kim tiêm chích ma túy, quan hệ tình dục ngoài vợ chồng và quan hệ tình dục ngoài vợ chồng không dùng bao cao su với tỷ lệ nhiễm VRVGB.

Bảng 3.20. 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
	Có (%)	Không (%)			
Thực hành chung					
Đúng	120 (7,2)	1.557 (92,8)	1		
Chưa đúng	113 (16,3)	582 (83,7)	2,52	1,92 – 3,31	<0,001

Hồi quy Logistic

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, p<0,001) so với những người có thực hành chung đúng.

Bảng 3.21. Yếu tố điểm số thực hành theo từng lĩnh vực và tình trạng nhiễm VRVGB ở đồng bào Khmer (n=2.372)

	Nhiễm VRVGB		p
	Có	Không	
Điểm số nguy cơ trong sinh hoạt	0,74 ± 0,80 1 [0 – 1]	0,49 ± 0,74 0 [0 – 1]	<0,001
Điểm số nguy cơ trong làm đẹp	1,85 ± 1,13 2 [1 – 2]	1,36 ± 1,06 1 [1 – 2]	<0,001
Điểm số nguy cơ trong y tế	3,08 ± 1,87 3 [2 – 4]	2,63 ± 1,95 2 [1 – 4]	<0,001
Điểm số nguy cơ về hoạt động ma túy, tình dục	0,03 ± 0,23 0 [0 – 0]	0,02 ± 0,19 0 [0 – 0]	0,134
Điểm số nguy cơ chung	5,71 ± 2,73 5 [4 – 7]	4,50 ± 2,86 4 [3 – 6]	<0,001

Phép kiểm Mann – Whitney

Những người nhiễm VRVGB có điểm số thực hành hành vi nguy cơ cao hơn khác biệt có ý nghĩa thống kê so với những người không nhiễm, gồm: Điểm số nguy cơ trong sinh hoạt, nguy cơ trong làm đẹp, nguy cơ trong y tế, nguy cơ về hoạt động ma túy, tình dục, nguy cơ chung.

Bảng 3.22. Hồi quy logistic các yếu tố liên quan với tình trạng nhiễm vi rút viêm gan B (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		

Đặc điểm	Nhiễm VRVGB		
	aOR	KTC 95%	p
Giới tính			
Nam	1,88	1,39 – 2,54	<0,001
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

Đặc điểm	Nhiễm VRVGB		
	aOR	KTC 95%	p
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, với biến số giới tính và nhóm tuổi, 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, tiền sử tiêm ngừa, tiền sử gia đình nhiễm VRVB, kiến thức đúng, thái độ đúng được đưa vào mô hình. Kết quả thu được, 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. Hiệu quả một số giải pháp can thiệp dự phòng lây nhiễm vi rút viêm gan B

3.2.1. Công tác tổ chức, thực hiện can thiệp dự phòng lây nhiễm vi rút viêm gan B

Xây dựng tài liệu tập huấn cho thành viên trong chương trình can thiệp. Nghiên cứu sinh cùng ban chỉ đạo tổ chức tập huấn cho toàn bộ cộng tác viên, cung cấp tài liệu truyền thông về các đường lây nhiễm VRVGB, các hành vi nguy cơ lây nhiễm và biện pháp phòng ngừa. Xây dựng và sản xuất tài liệu truyền thông gồm: 6 pano, 5.000 tờ rơi nói chuyện chuyên đề phục vụ công tác truyền thông.

Chương trình can thiệp triển khai thực hiện tại xã An Quảng Hữu, Tân Sơn với 10 ấp tại xã An Quảng Hữu và 7 ấp tại xã Tân Sơn thực hiện với các hoạt động tập huấn nâng cao năng lực và truyền thông giáo dục sức khỏe tiếp cận đối tượng đích bao gồm các hoạt động: phát thanh qua loa đài hàng tuần tại 2 xã, phát tờ rơi, dán áp phích, treo băng rôn, tư vấn và nói chuyện chuyên đề, điểm nổi bật ở chương trình can thiệp là hoạt động tư vấn giáo dục sức khỏe phòng chống lây nhiễm VRVGB thực hiện tại chùa bằng song ngữ.

Bảng 3.23. Hoạt động trong công tác tổ chức quản lý thực hiện can thiệp

Năm	Tháng	Nội dung
2021	1	CHUẨN BỊ CAN THIỆP
	2	- Lập kế hoạch can thiệp + Xin phê duyệt địa phương + Thiết kế tài liệu truyền thông về phòng chống nhiễm VRVGB bằng song ngữ
	3	+ Tập huấn cộng tác viên: 2 lần, 15 cộng tác viên
	4	+ Tập huấn NVYT về phòng chống nhiễm VRVGB: 2 lần, 17 NVYT
	5	+ Số NVYT tham gia về phòng chống nhiễm VRVGB: 15 người

Năm	Tháng	Nội dung
	6	+ Thành lập ban chỉ đạo can thiệp - Tổ chức triển khai can thiệp
2021	7	TRIỂN KHAI CAN THIỆP
	8	- Công tác quản lý + Họp cộng tác viên mỗi quý 1 lần: 4 lần, số cộng tác viên tham gia họp: 17 người + Giám sát mỗi tháng 1 lần: 12 lần
	9	
	10	- Công tác truyền thông + Nói chuyện chuyên đề vào ngày 15 và 30 mỗi tháng tại 02 chùa: 24 lần
	11	
	12	+ Số lượng người dân trung bình tại chùa vào mỗi buổi nói chuyện: trung bình 60 người
2022	1	+ Thực hiện truyền thông trên loa đài phát thanh bằng song ngữ
	2	+ Tần suất phát thanh trên loa đài, mỗi tuần 1 lần: 105 lần
	3	+ Đặt pano về phòng chống nhiễm VRVGB bằng song ngữ tại các trục đường chính, trường học, trạm y tế
	4	+ Số pano: 6 cái
	5	+ Phát tờ rơi bằng song ngữ về phòng chống nhiễm VRVGB tại các buổi nói chuyện chuyên đề, tại trạm y tế
	6	+ Số tờ rơi được cung cấp cho người dân: 5.000 tờ

3.2.2. Đặc điểm của đồng bào Khmer tham gia can thiệp

Bảng 3.24. Đặc điểm nhân khẩu ở đồng bào Khmer nhóm can thiệp và nhóm chứng (n=978)

Biến số	Chỉ số	Nhóm can thiệp (n=490)	Nhóm chứng (n=488)	p
Giới tính	Nam	230 (50,0)	230 (230)	0,952
	Nữ	260 (50,2)	258 (49,8)	
Nhóm tuổi	Từ 18 đến 29 tuổi	89 (51,5)	84 (48,5)	0,893
	Từ 30 đến 39 tuổi	130 (51,6)	122 (48,4)	
	Từ 40 đến 49 tuổi	131 (48,9)	137 (51,1)	
	Từ 50 đến 60 tuổi	140 (49,1)	145 (50,9)	
Tôn giáo	Phật giáo	431 (49,5)	440 (50,5)	0,269
	Khác	59 (55,1)	48 (44,9)	
Nơi sống	Thành thị	9 (42,9)	12 (57,1)	0,502
	Nông thôn	481 (50,3)	476 (49,7)	
Nghề nghiệp	Làm thuê, CN, ND	258 (51,7)	241 (48,3)	0,532
	Nội trợ, tiểu thương	178 (49,0)	185 (51,0)	
	Khác	54 (46,6)	62 (53,4)	
Mức kinh tế gia đình	Nghèo – cận nghèo	208 (53,5)	182 (46,7)	0,100
	Khá – Đủ ăn	282 (48,0)	306 (52,0)	
Hôn nhân	Kết hôn	412 (49,1)	428 (50,9)	0,104
	Độc thân độc thân, ly hôn, ly dị, góa	78 (56,5)	60 (43,5)	
Thẻ bảo hiểm y tế	Có	475 (50,8)	461 (49,2)	0,057
	Không	15 (35,7)	27 (64,3)	

Bảng 3.24 mô tả các đặc điểm nhân khẩu học của nhóm can thiệp và nhóm đối chứng. Nghiên cứu ghi nhận có sự tương đồng về đặc điểm giới tính ($p=0,952$), nhóm tuổi ($p=0,893$), tôn giáo ($p=0,269$), nơi sống ($p=0,502$), nghề nghiệp ($p=0,532$), mức kinh tế gia đình ($p=0,1$), hôn nhân ($p=0,104$), thẻ bảo hiểm y tế ($p=0,057$) ở nhóm can thiệp và nhóm đối chứng.

3.2.3. Kết quả thực hiện can thiệp dự phòng lây nhiễm vi rút viêm gan B

3.2.3.1. Về kiến thức

Bảng 3.25. Phân tích hiệu quả can thiệp kiến thức về nhiễm VRVGB (n = 978)

Trước can thiệp		Sau can thiệp		DID	p	
Nhóm chứng	Nhóm CT	Nhóm chứng	Nhóm CT			
n = 233	n = 240	n = 255	n = 250			
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 cũng tìm thấy sự khác biệt về điểm kiến thức về viêm gan B và kiến thức về nguy cơ nhiễm VGB.

Bảng 3.26. 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 ($\geq$ 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 3.27. Phân tích hiệu quả can thiệp thực hành phòng ngừa lây nhiễm VRVGB (n = 978)

	Trước can thiệp		Sau can thiệp			
	Nhóm chứng n = 233	Nhóm CT n = 240	Nhóm chứng n = 255	Nhóm CT n = 250	DID	p
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 giảm 0,73 điểm, $p < 0,05$.

Bảng 3.28. 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 ($\geq$ 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. Đặc điểm của đồng bào Khmer

Nghiên cứu của chúng tôi được thực hiện trên đối tượng là người đồng bào Khmer tại tỉnh Trà Vinh với số lượng mẫu lớn, sử dụng phương pháp phát hiện phơi nhiễm qua xét nghiệm HBsAg bằng test nhanh [13]. Kết quả test nhanh vừa cung cấp một phần về tỷ lệ mắc viêm gan B trong cộng đồng, vừa giúp phát hiện sớm các trường hợp nhiễm vi rút viêm gan, việc điều trị sớm có ý nghĩa quan trọng đối với nhóm người này.

Theo “Kế hoạch phòng chống bệnh viêm gan vi rút giai đoạn 2021 – 2025”, các hoạt động cần được chú trọng là công tác sàng lọc và quản lý người nhiễm VRVGB [14]. Cụ thể, theo kế hoạch, các cơ sở y tế được yêu cầu tăng cường thực hiện sàng lọc viêm gan vi rút trong cộng đồng, đặc biệt chú trọng nhóm đối tượng có nguy cơ cao như tiêm chích ma túy, phụ nữ mại dâm, quan hệ tình dục đồng giới, nhóm dân cư di biến động,...Dựa trên hướng dẫn, việc xác định được tình hình nhiễm vi rút viêm gan là cần thiết để có các chương trình phòng ngừa thích hợp, linh động tùy theo từng đặc điểm của từng địa phương. Ngoài ra, đây là cơ sở quan trọng để các nhà hoạch định chiến lược thực hiện các phân công nhiệm vụ, phối kết hợp các cơ quan, ban ngành nhằm mục tiêu cuối cùng là bảo vệ người bệnh. Cũng theo hướng dẫn, việc người bệnh không được phát hiện và điều trị sớm thì có một tỷ lệ tương đối cao người nhiễm VRVGB bị biến chứng xơ gan và ung thư biểu mô tế bào gan, trong đó viêm gan vi rút C gây ra mức độ nặng hơn VRVGB. Tuy nhiên, xét về tỷ lệ tác động và mức độ phổ biến, VRVGB có sự tác động mạnh mẽ hơn. Mặc dù, các biện pháp dự phòng VRVGB cũng hoàn toàn giống với viêm gan vi rút C. Một điểm quan trọng nữa, những người nhiễm viêm gan vi rút nếu không được phát hiện sớm sẽ là một nguồn truyền nhiễm tiềm tàng, tác động trực tiếp đến gia đình và cộng đồng. Tóm lại, việc thực hiện các chương trình phòng chống viêm gan vi rút trong cộng đồng chính là làm tốt hoạt động sàng lọc và quản lý ca bệnh viêm gan vi rút B.

Tại tỉnh Trà Vinh, công tác sàng lọc và quản lý người nhiễm VRVGB còn nhiều khó khăn, đặc biệt là đối tượng người đồng bào Khmer. Với đời sống tương đối khó khăn, và hạn chế trong việc tiếp cận y tế, việc thực hiện sàng lọc và quản lý các trường hợp nhiễm viêm gan vi rút còn nhiều bất cập. Theo các hướng dẫn, để có thể thực hiện hiệu quả hoạt động này, nhất là trên các đối tượng đặc biệt, hạn chế trong tiếp cận dịch vụ y tế, đòi hỏi y tế cơ sở phải thực hiện nhiều hơn các chương trình nâng cao kiến thức cơ bản và chuyên sâu về viêm gan vi rút. Thông qua việc truyền thông – giáo dục sức khỏe, tiếp tục can thiệp hỗ trợ thay đổi các hành vi nguy cơ hiện có để có thể kiểm soát và phòng ngừa lây nhiễm trong cộng đồng [14]. Điều này đặt ra một thách thức lớn đối với hệ thống y tế dự phòng tại tỉnh Trà Vinh trong việc phải xây dựng một chương trình can thiệp cộng đồng chi tiết và phù hợp với dân số người Khmer tại đây. Cụ thể, các chương trình vừa phải đáp ứng được các đặc thù riêng biệt của cộng đồng và từng cá nhân của cộng đồng người Khmer, đồng thời cũng không được quá khác biệt đối với các cộng đồng khác trong dân số.

Nghiên cứu của chúng tôi được thực hiện trên đối tượng đồng bào dân tộc Khmer từ 18 đến 60 tuổi sinh sống tại Trà Vinh. Tổng cộng 2.372 người được đưa vào nghiên cứu. Độ tuổi 50 – 60 tuổi chiếm tỷ lệ 27,6%, cao hơn so với các nhóm tuổi khác. Tuổi trung bình của đồng bào dân tộc Khmer trong nghiên cứu là $40,89 \pm 11,92$ tuổi. So với nghiên cứu trước đó của Nguyễn Thanh Bình và cộng sự, tuổi trung bình của đồng bào Khmer cũng tại Trà Vinh là $44,40 \pm 11,30$ tuổi [8]. Mặc dù vậy, sự khác biệt về tuổi trung bình và phân bố các nhóm tuổi không có sự khác biệt đáng kể so với các nghiên cứu trước đó và đặc điểm của tỉnh Trà Vinh.

Tôn giáo chiếm tỷ lệ cao trong nghiên cứu là Phật giáo với 90,1%. Điều này hoàn toàn phù hợp với văn hóa của người Khmer khi Phật giáo đóng vai trò chủ đạo trong đời sống của họ. Với nơi sống chủ yếu của người đồng bào Khmer chủ yếu tập trung tại khu vực nông thôn với 96,7%, nghề nghiệp phần lớn của người dân Khmer cũng do đó chiếm phần lớn với 49,1% là nông dân, làm thuê, và công nhân. Theo các báo cáo của địa phương, tỷ lệ người dân làm nghề nông hiện tại đang giảm dần do diện tích trồng trọt giảm, và chuyển từ nghề nông dân sang làm nghề tự do,

làm thuê hoặc kinh doanh, buôn bán nhỏ. Điều này vừa là cơ hội vừa là thách thức trong việc cơ cấu tỷ lệ việc làm đối với người dân Khmer tại tỉnh Trà Vinh.

Về trình độ học vấn, tỷ lệ người dân có học vấn dưới trung học phổ thông 81,5%, và có 18,5% mẫu nghiên cứu có cấp học từ Trung học phổ thông trở lên. Theo các báo cáo của địa phương, trình độ học vấn của người đồng bào Khmer đã có cải thiện đáng kể trong những năm qua. Tuy nhiên, vẫn còn một bộ phận không biết chữ, cụ thể trong nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận là 20,4%. Yếu tố về trình độ học vấn là một trong những chỉ số quan trọng để đánh giá trình độ của một dân số. Thông qua trình độ học vấn, các chuyên gia có thể đánh giá nhiều khía cạnh khác nhau của đời sống – xã hội do trình độ học vấn tác động đến. Đối với lĩnh vực y tế, trình độ học vấn được đánh giá là yếu tố tác động trực tiếp đến việc sử dụng các dịch vụ y tế, đồng thời trình độ học vấn thấp còn là rào cản trong việc tiếp cận thông tin y tế.

Với đặc thù trình độ học vấn và nghề nghiệp, khi xét đến khía cạnh thu nhập, hầu hết người dân tự đánh giá là khá – đủ ăn trong bối cảnh hiện tại với 68,6%, còn 31,4% tự đánh giá ở mức nghèo và cận nghèo. Về tình trạng hôn nhân, đa phần mẫu nghiên cứu đã kết hôn với 84,3%, tỷ lệ hộ gia đình có từ 2 con trở lên chiếm 73,0% mẫu nghiên cứu. Theo thực tế khảo sát, với mức sống và tình hình hiện tại, hầu hết người dân thường ít tới cơ sở y tế để sử dụng các dịch vụ sức khỏe vì cho rằng việc này sẽ làm tốn kém chi phí, đặc biệt là các chi phí ưu tiên cho sinh hoạt tối thiểu của gia đình, mặc dù tỷ lệ người dân có bảo hiểm y tế là rất cao với 94,4%. Có thể thấy rằng, việc tiếp cận sử dụng các dịch vụ y tế đối với người dân còn nhiều rào cản cả về các yếu tố khách quan cũng như chủ quan.

4.1.2. 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 [49]. 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%) [93]. 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%) [14]. 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 [107], 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.

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

4.1.3.1. Yếu tố về nhân khẩu học

Giới tính và nhóm tuổi là hai yếu tố 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) [128], và Zhao X (2021) [140] 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 [49]. 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.

Yếu tố giới tính đã được chứng minh là yếu tố liên quan đối với thực trạng nhiễm VRVGB. 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 [49], [128], [140]. Theo các nghiên cứu, nữ giới có tỷ lệ dương tính với VRVGB là thấp hơn so với nam giới. 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 dục không an toàn.

Trình độ học vấn là một trong những yếu tố được ghi nhận là có tác động đến sức khỏe [121]. 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. Xét trên phương diện xã hội, trình độ học vấn tác động đến nhiều yếu tố khác nhau trong đời

sống xã hội và lên lĩnh vực kinh tế. Đứng trên quan điểm dự phòng, trình độ học vấn tác động đến kiến thức, thái độ, thực hành của một đối tượng trong đánh giá vấn đề sức khỏe của bản thân. Trình độ học vấn có thể là một biến số quan trọng tác động đến một tỷ lệ bệnh nào đó trong cộng đồng dựa trên kiến thức, nhận thức của từng cá nhân đối với một vấn đề sức khỏe. Tuy nhiên, hiện nay sự tác động của yếu tố này có thể không còn rõ ràng vì thông tin sức khỏe có thể được cung cấp bởi nhiều nguồn khác nhau, đa dạng trong phương thức tiếp cận. Một người có trình độ học vấn thấp nhưng ý thức về sức khỏe bản thân cao vẫn có khả năng phòng ngừa tốt hơn những người có trình độ học vấn cao nhưng không quan tâm đến sức khỏe bản thân. Do đó, hiện tại khi xét mối liên quan giữa trình độ học vấn với một tỷ lệ bệnh lý nào đó, cần chú ý xét đến những yếu tố về ý thức, tác động cộng đồng như người hiện ở cùng, tham gia câu lạc bộ xã hội,... 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. Trong đánh giá yếu tố nguy cơ của các bệnh truyền nhiễm, yếu tố về thực hành, hành vi xã hội sẽ có ý nghĩa quan trọng hơn. Mặc dù các nội dung này cũng một phần bị chi phối với các tư tưởng của tôn giáo, trong quá trình nghiên cứu chưa ghi nhận hay có gợi ý nào về sự ảnh hưởng của tôn giáo đối với tỷ lệ nhiễm VRVGB trong cộng đồng. Tuy nhiên, nếu xét về góc độ tâm lý, người dân sẽ có xu hướng tuân thủ thực hiện một hành động cụ thể nào đó nếu người khởi xướng thực hiện là những người

có uy tín trong tôn giáo như linh mục nhà thờ hay trụ trì của một chùa. Đây được xem là yếu tố củng cố niềm tin để thay đổi hành vi. 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 [118]. Cụ thể, đối với khu vực thành thị, mức độ phức tạp xã hội sẽ diễn ra nhanh hơn với quy mô nhiều hơn so với khu vực nông thôn do yếu tố đô thị hóa, người trẻ tìm kiếm cơ hội việc làm cũng như những sự tác động tiêu cực khác do vấn đề đô thị hóa gây ra. Điều này là do người dân tại khu vực thành thị thường là người dân di cư với nhiều thành phần xã hội cùng sinh sống. Trong khi đó, khu vực nông thôn lại có sự ổn định hơn về yếu tố xã hội vì phần lớn là người cao tuổi và trẻ em. 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 yếu tố về nghề nghiệp với tỷ lệ nhiễm VRVGB trong cộng đồng, tuy nhiên, so với kết quả nghiên cứu của các nghiên cứu trước thì đối với yếu tố nghề nghiệp, nghề nghiệp ghi nhận có tỷ lệ nhiễm VRVGB cao thường thấy là nông dân [49] và NVYT [72]. 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%, tuy nhiên, nghiên cứu của chúng tôi chưa ghi nhận sự khác biệt về yếu tố nghề nghiệp và đặc điểm nhiễm VRVGB [44].

4.1.3.2. *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,... Kết quả nghiên cứu tương tự với nghiên cứu của Li M. và cộng sự (2021) khi ghi nhận những người hiện ở cùng nhà với người nhiễm có nguy cơ mắc bệnh VGVRB cao hơn do yếu tố liên quan sinh hoạt [104]. Việc lây nhiễm trong gia đình chủ yếu là do người mắc bệnh không biết bản thân đã mắc bệnh vì không đánh giá được triệu chứng hay chú trọng sự thay đổi trong sức khỏe bản thân. Gia đình của người mắc bệnh cũng không đánh giá được vấn đề sức khỏe mà các thành viên đang gặp phải. Sự lây truyền trong gia đình có thể phòng ngừa được nếu chỉ cần một thành viên trong gia đình phát hiện được bất thường, hỗ trợ người có dấu hiệu, triệu chứng đi khám bệnh và đảm bảo tiến trình điều trị theo hướng dẫn của bác sĩ. 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. 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 trong nghiên cứu của chúng tôi. Các hoạt động của chương trình, kế hoạch hành động quốc gia của Việt Nam cũng đang đẩy mạnh hoạt động tiêm ngừa, từng bước nâng cao tỷ lệ chủng ngừa. Để có thể đảm bảo sức khỏe của cộng đồng cũng như đảm bảo tính vững chắc của ngành y tế, các chương trình truyền thông giáo dục sức khỏe chuyên sâu, kết hợp các cơ quan, ban ngành [14]. 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.

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

Đối với các vấn đề sức khỏe trong cộng đồng, bệnh truyền nhiễm hay bệnh không lây, để có thể thực hiện hoạt động dự phòng một cách hiệu quả, việc đầu tiên là người dân trong cộng đồng phải nhận thức được sức khỏe của họ đang bị chi phối bởi cái gì và hậu quả thế nào. Trên cơ sở đó, người dân mới có thể điều chỉnh hành vi cho phù hợp với điều kiện hoàn cảnh và các yếu tố chủ quan khác. Để có thể thực hiện được việc này, hoạt động truyền thông giáo dục sức khỏe cần được chú trọng và đẩy mạnh, từ đó nâng cao kiến thức, nhận thức của người dân.

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. Cụ thể, theo nghiên cứu của Kheir OO và cộng sự (2022) trên đối tượng người dân Sudan, một quốc gia Đông Phi có tỷ lệ viêm gan vi rút B cao, ghi nhận tỷ lệ người dân có kiến thức đúng là 9,6% [102]. Một nghiên cứu khác tại Trung Quốc của Li T và cộng sự (2021) trên 928 khu vực dân cư ghi nhận có khoảng 36,1% người dân có kiến thức về nhiễm VRVGB và C [105]. Trong nghiên cứu của Khier OO (2022), vì Sudan là quốc gia có tỷ lệ nhiễm VRVGB cao, do đó người dân được cung cấp nhiều kiến thức về bệnh lý này. Còn trong nghiên cứu của Li T (2021), người dân được cập nhật kiến thức từ Internet và NVYT, do đó tỷ lệ kiến thức đúng nhìn chung là tương đối cao. Đối tượng trong nghiên cứu của chúng tôi là người đồng bào Khmer, rào cản về thông tin là một trong những vấn đề quan trọng, ngoài ra, với cuộc sống còn nhiều khó khăn và một số khác biệt trong văn hóa, việc người dân tự tìm kiếm thông tin cập nhật trực tuyến hay NVYT là rất thấp. Một điểm khác cũng cần lưu ý là các nghiên cứu của các tác giả trước đó tập trung vào 1 hoặc 2 phần lớn về nhận diện hay các cách phòng ngừa lây nhiễm VRVGB. Trong khi đó, chúng tôi đánh giá trên nhiều khía cạnh chi tiết, dựa trên đó để đưa ra kiến thức chung đúng. Do đó, việc nghiên cứu ghi nhận tỷ lệ rất thấp người dân có kiến thức chung đúng là hoàn toàn phù hợp.

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. Điều này có thể là do các chương trình truyền thông chuyên biệt dành cho nhóm đối tượng này là chưa hiệu quả khi chưa thu hút được người dân. Ngoài ra, một bộ phận lớn người dân chưa quan tâm đối với bệnh lý này, dẫn đến việc không chủ động tìm hiểu kiến thức hoặc không quan tâm đến các chương trình truyền thông hiện có tại địa phương.

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. Kết quả này cũng tương đồng với nghiên cứu của Phạm Ngọc Thanh (2021) về tỷ lệ đối tượng nghiên cứu có kiến thức đúng về đường lây truyền là 28,9% [49]. Có thể thấy rằng, khi người dân nhận diện sai cách thức lây truyền viêm gan B thì họ sẽ thực hiện các hành vi nguy cơ làm tăng khả năng nhiễm bệnh. Đối với đường truyền của viêm gan B và C, các con đường lây truyền cũng như HIV là từ mẹ sang con, đường máu và qua quan hệ tình dục không an toàn. Đối với A và E, con đường lây truyền là qua ăn uống. Trong quá trình ghi nhận, nhóm nghiên cứu nhận thấy người dân còn lúng lúng về cách thức lây truyền của các loại viêm gan với nhau. 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. Cụ thể, nghiên cứu ghi nhận có 20,6% đối tượng cho rằng bệnh VRVGB là nguy hiểm. Như vậy, một số lượng lớn người bệnh xem viêm gan vi rút là một bệnh thông thường. Chính điểm chủ quan về mức độ nguy hiểm này cũng góp phần làm cho tỷ lệ người dân tìm hiểu về bệnh lý này là không cao, cũng như dẫn đến việc không quan tâm đến cách phát hiện hay các triệu chứng gợi ý. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi có sự tương đồng với nghiên cứu trước đó của Li T. và cộng sự (2021) trên cộng đồng tại Trung Quốc với tỷ lệ người dân có nhận thức đúng về VGVRB và VGVRC là thấp (36,1%) [105]. Theo Li T. (2021), việc nhận thức chưa đúng đắn về bệnh lý này là nguyên nhân dẫn đến sự chủ quan của người dân trong đảm bảo thực hiện các biện pháp phòng ngừa cũng như không biết về các chính sách quốc gia đối với phòng ngừa bệnh truyền nhiễm tại Trung Quốc. Cũng theo tổng hợp của Li T. và cộng sự, vấn đề tăng cường truyền thông cộng đồng, với các biện pháp can thiệp từng cộng đồng cụ thể có ý nghĩa quan trọng để đảm bảo khả năng bao phủ của các thông tin sức khỏe, đặc biệt là đối với một quốc gia có số lượng người dân đông như Trung Quốc khi việc kiểm soát dịch bệnh là một vấn đề khó khăn. Tương tự như trên, các chương trình chiến lược đối với dân số Khmer là cần thiết vì nhiều yếu tố văn hóa, xã hội của người Khmer

là khác biệt so với người Kinh tại đây. 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. Việc tỷ lệ người dân có kiến thức chưa cao về hoạt động phòng ngừa có thể là do người dân chưa nhận thức được mức độ nguy hiểm của việc nhiễm VRVGB. Ngoài ra, có một bộ phận người dân e dè với việc tiêm vắc xin do ảnh hưởng của các thông tin liên quan đến biến cố bất lợi đã xảy ra sau khi tiêm cũng như những thông tin tiêu cực, bài trừ khác của những nhóm “anti vắc xin”. Từ đó, kiến thức của người dân về phòng ngừa bằng vắc xin là chưa cao. 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.

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

Đối với việc đánh giá hành vi nguy cơ của lây truyền VRVGB trong cộng đồng, chúng tôi chia thành các nhóm hành vi trong sinh hoạt, làm đẹp, y tế, sử dụng tiêm chích ma túy và lây truyền qua đường tình dục. Việc phân chia các nhóm như trên xuất phát từ cách thức lây truyền của viêm gan vi rút B là qua đường máu và tình dục không an toàn.

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. Đối với hành vi sử dụng chung bàn chải đánh răng, hành vi này thường là nhầm lẫn do về bố trí. Thông thường, trong cùng một hộ gia đình, các thành viên có thói quen để chung bàn chải với nhau trong 1 vật chứa thường là ly, thường xác định phân biệt thông qua màu sắc. Đối với dao cạo râu, cũng tương tự như bàn chải đánh răng, việc nhầm lẫn xảy ra là có thể, tuy nhiên, việc lây nhiễm viêm gan vi rút B thông qua dao cạo chủ yếu gặp ở hộ gia đình nếu các thành viên trong nhà không biết đã mắc bệnh [140]. Nếu đã biết, thông thường sẽ sử dụng riêng. Còn trong các hoạt động khác như cắt tóc, nguy cơ này là rất thấp vì thợ cắt tóc sẽ thay dao cạo sau mỗi lượt sử dụng. Đối với việc dùng chung tông đơ, hầu hết là trong hoạt động cắt tóc ở nam giới, tông đơ không được thay đổi, hay có vệ sinh sau khi phục vụ, do đó, nếu tông đơ bị nhiễm vi rút từ người mắc viêm gan vi rút B trước đó, khả năng lây cho đối tượng khác là khá cao nếu trong quá trình thao tác cắt tóc có gây vết xước cho khách hàng [87]. 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. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi có sự tương đồng với nghiên cứu trước đó của Zhao X. và cộng sự (2021). Cụ thể, nghiên cứu ghi nhận rằng sống chung với người bệnh VGVRB có nguy cơ cao nhiễm VRVGB, đường lây truyền có thể thông qua trực tiếp như quan hệ tình dục, hoặc thông qua các vật dụng thường người như dao cạo, khăn mặt hoặc các đồ dùng khác dùng chung trong gia đình [140].

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 $p < 0,05$. Kết quả này có sự khác biệt so với nghiên cứu trước đó của Hwang LY và cộng sự (2006) trên đối tượng từ 18 tuổi trở lên tại các trường đại học tại Texas. Theo ghi nhận của Hwang LY và cộng sự, tỷ lệ có xỏ khuyên là 21,2% và 25,2% đối tượng nghiên cứu có hình xăm trên cơ thể, ngoài ra các đối tượng còn có sử dụng ma túy đường tiêm và dạng hít. Nghiên cứu này chưa ghi nhận có sự gia tăng nguy cơ nhiễm VRVGB [98]. Sự khác biệt có thể là sự khác nhau về đối tượng nghiên cứu khi Hwang LY và cộng sự tập trung ở nhóm sinh viên, nhóm được cho là có ít nguy cơ nhiễm, trong khi đó chúng tôi thực hiện trên một cộng đồng lớn hơn, với nhiều đặc tính dân số, xã hội hơn. 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 [87]. Để có thể phòng ngừa các nguy cơ trong làm đẹp, cách đơn giản nhất là mỗi người nên tự trang bị bộ dụng cá nhân. Với đặc tính hàng hóa

hiện đại, đa dạng hình thức và giá trị, người dân nên lựa chọn mua một bộ riêng cho mình để vừa đảm bảo cho sức khỏe bản thân, còn giúp bảo vệ 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. So với môi trường khác, môi trường y tế có nguy cơ nhiễm các bệnh truyền nhiễm cho bệnh nhân là rất cao [130]. Tuy nhiên, người bệnh không có sự lựa chọn hoặc không có cách giải quyết vấn đề sức khỏe cá nhân, việc có các hành vi nguy cơ trên hoàn toàn tuân thủ theo các hướng dẫn, điều trị của bác sĩ điều trị trực tiếp. Mặc dù nguy cơ nhiễm trong y tế là rất cao, tuy nhiên trên thực tế tỷ lệ người bị nhiễm trong hoạt động y tế là rất thấp vì các nguy cơ đều được nhận diện và kiểm soát một cách nghiêm ngặt [130]. 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 [71]. 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. Đặc biệt, với tình trạng nghiện ma túy, họ sẽ khó có thể kiểm soát được hành vi cá nhân như tiếp tục tiêm chích ma túy không an toàn (sử dụng chung bơm kim tiêm), quan hệ tình dục không an toàn (không sử dụng bao cao su hay biện pháp bảo vệ),... Từ đó, tạo thành một vòng xoáy bệnh lý nhiễm và gây nhiễm liên tục nếu nhóm người này không được kiểm soát và quản lý chặt chẽ [71]. 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. 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. Tuy về mặt số liệu là không cao, nhưng hệ lụy về mặt gia đình, xã hội và y tế là một vấn đề cần quan tâm. Bên cạnh đó, khi đánh giá mối liên quan mật thống kê, chưa gợi ý về sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa tình dục ngoài vợ, chồng có/không có sử dụng bao cao su với tỷ lệ nhiễm VRVGB. Việc ghi nhận tỷ lệ thấp có thể là do tính nhạy cảm mà đối tượng có xu hướng trả lời hạn chế về vấn đề này. Cần các nghiên cứu đánh giá chuyên sâu về vấn đề này để có thể hiểu rõ hơn, từ đó có cách tiếp cận thích hợp và những chiến lược can thiệp hiệu quả hơn.

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. Kết quả triển khai can thiệp truyền thông

Kết quả nghiên cứu cho thấy mô hình can thiệp truyền thông đơn giản, dễ thực hiện tại cộng đồng do sự ủng hộ hợp tác thực hiện kết hợp bởi lực lượng cộng tác viên, nhân viên y tế và những người có tầm ảnh hưởng trong cộng đồng.

Về phía NVYT tham gia hỗ trợ nghiên cứu can thiệp, số lượng của các nhóm NVYT và cộng tác viên tại 2 TYT xã can thiệp tương đối tương đồng về sự tham gia hoạt động của chương trình ở các ấp của xã. Ở 2 xã can thiệp: xã An Quảng Hữu có nhiều cộng tác viên y tế hơn do số lượng ấp và địa bàn rộng hơn xã Tân Sơn, cụ thể với 10 ấp tại xã An Quảng Hữu và 7 ấp tại xã Tân Sơn. Ở 2 xã chứng, về phía NVYT, số lượng của các nhóm NVYT và cộng tác viên tại 2 TYT tương ứng với số ấp, xã Châu Điền 8 ấp, xã Hòa Ân 5 ấp.

Các hoạt động truyền thông cung cấp kiến thức đúng và khuyến khích thực hiện hành vi đúng triển khai can thiệp trong nghiên cứu bao gồm: Tổ chức thực hiện nói chuyện chuyên đề tại chùa với sự tham gia của Sư Cả 2 chùa tại xã can thiệp. Truyền thông bằng tờ gấp, đặt pano, áp phích, truyền thông qua đài truyền thanh xã

cho toàn bộ dân số xã can thiệp nội dung phòng chống nhiễm VRVGB được 105 lượt phát thanh, mỗi lượt thời gian 5 – 10 phút. Đặt áp phích tại nơi tập trung đông đồng bào Khmer như cổng chùa, đầu chợ xã, Ủy ban nhân dân xã, trạm y tế, trục đường chính. Phát tờ rơi cho người dân, 5.000 tờ rơi được đặt tại Trạm y tế, 2 chùa cho người dân tự do được nhận miễn phí. Nói chuyện chuyên đề về nhiễm VRVGB kết hợp với phát tờ rơi mỗi tháng vào ngày 15 và 30 âm lịch cho đối tượng đồng bào dân tộc Khmer đi chùa, nói vào lúc các nhà sư dùng bữa trưa và đọc kinh xong, thời gian 5 – 10 phút bằng song ngữ tiếng Việt và tiếng Khmer, giải đáp thắc mắc cho người dân, hướng dẫn, tư vấn cách phòng chống nhiễm VRVGB, tặng tờ rơi cho người dân. Hoạt động tuyên truyền về phòng chống nhiễm VRVGB lồng ghép, phối hợp với các hoạt động khác của phòng y tế trạm y tế xã.

4.2.2. Hiệu quả của các biện pháp can thiệp cải thiện kiến thức và thực hành về nhiễm vi rút viêm gan B

Đối với giai đoạn can thiệp, nghiên cứu tiến hành trên 4 xã được chọn dựa trên kết quả phân tích cắt ngang với tỷ lệ thấp trong kiến thức và tỷ lệ cao các hành vi nguy cơ, 2 xã thực hiện can thiệp và 2 xã làm nhóm chứng. Để đảm bảo về hiệu quả can thiệp, thống nhất trong so sánh, hạn chế các tác động nhiễu, các xã được chọn cũng phải có sự tương đồng nhau về đặc điểm nhân khẩu học. Nghiên cứu tiến hành phân bổ ngẫu nhiên. Có sự tương đồng về đặc điểm đặc điểm giới tính, nhóm tuổi, tôn giáo, nơi sống, nghề nghiệp, mức kinh tế gia đình, hôn nhân, thẻ bảo hiểm y tế ở nhóm can thiệp và nhóm đối chứng.

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 cứu 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. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi có sự tương đồng với các nghiên cứu trước đó. Theo nghiên cứu của Sareetha V (2018) trên đối tượng sinh viên ghi nhận hiệu quả của truyền thông trong việc nâng cao kiến thức và hành vi của sinh viên trong việc phòng ngừa lây nhiễm VRVGB can thiệp [127]. Một nghiên cứu khác của Nankya – Mutyoba và cộng sự (2019) ghi nhận việc thực hiện can thiệp về truyền thông, đồng thời ban hành các chính sách chăm sóc sức khỏe về phòng chống VRVGB đã đem lại hiệu quả đáng kể khi ghi nhận kiến thức và hành vi phòng lây nhiễm VGB của các phụ nữ mang thai sau can thiệp tăng so với trước can thiệp [113]. Theo sau đó, một nghiên cứu khác tại Ai Cập của Rehab và cộng sự (2020) cũng cho kết quả cải thiện đáng kể kiến thức và hành vi của NVYT sau khi được can thiệp truyền thông [122]. Tại Việt Nam, nghiên cứu của Phạm Ngọc Thanh (2021) trên đối tượng là người dân Tây Nguyên cũng có kết quả cải thiện rõ rệt về kiến thức và hành vi của người dân tại đây về các biện pháp phòng ngừa nhiễm VRVGB [49]. 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. Một số nghiên cứu ghi nhận rằng, niềm tin và tín ngưỡng là một trong những yếu tố ảnh hưởng đến kiến thức, nhận thức và hành vi của một cá thể. Bên cạnh đó, sự ảnh

hưởng của những người đứng đầu các tôn giáo cũng một phần ảnh hưởng đến hành vi của người dân. Nghiên cứu của chúng tôi không ghi nhận có sự tác động của tôn giáo lên chương trình can thiệp, cụ thể tôn giáo không có mối liên quan có ý nghĩa thống kê trong kết quả phân tích cả về kiến thức lẫn thực hành hành vi nguy cơ của người dân Khmer. Điều này là do 1) phần lớn mẫu nghiên cứu của chúng tôi là người dân Khmer, tôn giáo chính là Phật giáo với gần 99% nên sự tác động của các tôn giáo khác là không đáng kể, 2) khi thiết kế chương trình can thiệp truyền thông, chúng tôi có nghiên cứu và trao đổi với chính quyền địa phương và những người đứng đầu tôn giáo tại địa phương để có thể hiệu chỉnh từ ngữ, thống nhất hoạt động để loại trừ những tác động nhiễu tiềm tàng do biến số này gây ra. Tóm lại, nghiên cứu của chúng tôi thực hiện kiểm soát thêm biến số tôn giáo bên cạnh giới tính và độ tuổi để đảm bảo tối ưu nhất kết quả chương trình can thiệp truyền thông.

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 ($p = 0,003$). Dựa trên những kết quả tích cực này, chúng tôi đề xuất một chiến lược tăng cường truyền thông và can thiệp tại cộng đồng. Sự đầu tư vào việc tiếp tục can thiệp có thể là chìa khóa để duy trì và mở rộng những cải thiện trong kiến thức và nhận thức của cộng đồng về phòng ngừa nhiễm VRVGB. Điều này không chỉ hỗ trợ mục tiêu ngăn chặn sự lây lan của viêm gan vi rút B mà còn góp phần xây dựng một cộng đồng đủ thông tin và tự chủ về sức khỏe [26].

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 $p < 0,05$. Kết quả này cũng tương đồng với nghiên cứu trước đó của Phạm Ngọc Thanh (2021) khi người dân trong cộng đồng cũng nhận thức rõ hơn về con đường lây truyền VRVGB sau can thiệp truyền thông [49]. Việc giúp đối tượng xác định đường sự lây truyền là cực kì quan trọng vì đây cơ sở, tiền đề cốt lõi để người bệnh nhận diện và tự đánh giá nguy cơ của bản thân. Một trong các yếu tố tác động đến kiến thức là trình độ học vấn, các nghiên cứu chỉ ra rằng trình độ học vấn càng cao có ảnh hưởng đến khả năng học tập, từ đó ghi nhận kiến thức cũng như tác động vào sự thay đổi hành vi của một cá nhân [105], [128]. 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. Ngoài ra, họ sẽ có sự quan tâm cao hơn, việc chọn lọc thông tin cũng trở nên dễ dàng hơn đối với họ. Do đó, việc người có trình độ học vấn càng cao thì càng dễ có kiến thức cao hơn.

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. Trong bối cảnh thực tế của các chương trình truyền thông giáo dục – sức khỏe từ trước đến nay về bệnh lý viêm gan B, đối với lĩnh vực phòng ngừa, các nội dung hướng dẫn thường xoay quanh nhấn mạnh hiệu quả phòng ngừa, kiểm soát bệnh, tác động lên dây chuyền lây hay hiệu quả của vắc xin VGB hiện tại ra sao. Để có thể giúp người bệnh có thể đánh giá đầy đủ về các nội dung đối tượng chủng ngừa, thời điểm tiêm, vấn đề tiêm đầy đủ, nơi cung cấp vắc xin miễn phí và nơi thực hiện tiêm vắc xin. 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 [105].

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

Khi đề cập đến hành vi nguy cơ, tức việc thực hiện các hành vi này làm gia tăng khả năng gặp một vấn đề, hiện tượng nào đó. Đối với nhiễm VRVGB, như đã đề cập trước đó, nghiên cứu dựa trên đường lây truyền, các y văn, dựa trên thực tế các khảo sát thử nghiệm và các góp ý chuyên môn từ các nhà hoạt động y tế cộng đồng tại địa phương để phân chia các nhóm hành vi nguy cơ.

Thay đổi hành vi nguy cơ là một trong những nội dung quan trọng của truyền thông – giáo dục sức khỏe. Để có thể làm thay đổi hành vi của một người, trước hết phải cung cấp kiến thức về vấn đề đó để cá nhân nhận diện được, tự đánh giá dựa trên quan điểm cá nhân, tham khảo cộng đồng để đúc kết ra sự nhìn nhận đầy đủ đối với vấn đề đang quan tâm. Tuy nhiên, để có thể thay đổi được hành vi của một cá nhân đòi hỏi sự nỗ lực của chính cá nhân đó kết hợp với các sự trợ giúp bên trong lẫn bên ngoài. Như vậy, việc thay đổi hành vi ở lĩnh vực cộng đồng là vô cùng khó khăn.

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 cơ 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 có các hoạt động dùng chung dao cạo râu, dùng chung tông đơ cạo tóc và bàn chải đánh răng [95]. 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. Đối với hành vi dùng chung dao cạo râu, và tông đơ, hành vi này bị phụ thuộc ở yếu tố bên ngoài là sử dụng các dịch vụ chăm sóc tóc và thói quen, tình trạng kinh tế của cá nhân và cộng đồng, cũng như nhận thức của người cung cấp dịch vụ [112]. Việc trang bị mỗi người 1 bộ dụng cụ cắt tóc là không khả thi vì trong quá trình làm tóc cần phối hợp nhiều dụng cụ khác nhau. Trong khi đó, đối với hành vi sử dụng bàn chải đánh răng, việc can thiệp có thể kì vọng mang lại hiệu quả cao vì biện pháp giải quyết vấn đề dễ dàng thực hiện đó là tách riêng các ly đựng bàn chải [108]. Ngoài ra, trong quá trình phỏng vấn, nghiên cứu còn ghi nhận một số gia đình để đảm bảo an toàn, họ quy định màu sắc sử dụng trong gia đình, vị trí sắp xếp ly đựng để hạn chế việc sử dụng nhầm lẫn các dụng cụ cá nhân này. Việc người dân thực hiện các biện

pháp khắc phục chứng tỏ kiến thức và nhận thức của người dân đã có sự thay đổi đáng kể. 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. Các hoạt động làm đẹp trên là thường xuyên được thực hiện, đặc biệt là ở nữ giới. So với hoạt động làm tóc, các bộ dụng cụ này là rẻ hơn. Đối với những đối tượng có khả năng và thời gian để thực hiện làm đẹp, họ có thể đủ khả năng chi trả cho các bộ dụng cụ làm móng tay, chân và lấy nhân mụn riêng, tuy nhiên khó có thể thực hiện thay đổi hành vi này ngay. Các hoạt động như phun xăm mày, môi, xăm hình, xỏ lỗ khuyên tai mặc dù có giảm, nhưng chưa có ý nghĩa về mặt thống kê về hiệu quả can thiệp truyền thông – giáo dục sức khỏe. Các hoạt động này đòi hỏi phải có những dụng cụ chuyên dụng mà người dân thường ít có nhu cầu trang bị. Do đó, về nhu cầu làm đẹp thì người dân vẫn sẽ sử dụng chung các dụng cụ do người cung cấp các dịch vụ trên sử dụng. Nói cách khác, việc thay đổi hành vi ở đây cần tác động đến nhóm cung cấp dịch vụ về đảm bảo an toàn, chống lây nhiễm. Trong khi đó, mặc dù người dân được nâng cao kiến thức về nguy cơ lây nhiễm từ các hoạt động trên, nhưng vẫn phải sử dụng theo bên cung cấp dịch vụ làm đẹp. Việc đánh giá các vấn đề tuân thủ an toàn, kiểm soát nhiễm khuẩn của các đơn vị cung cấp dịch vụ làm đẹp cũng cần được chú trọng để đảm bảo an toàn cho người dân trong cộng đồng [75], [91]. Theo kết quả của một số nghiên cứu trước đó, yếu tố về giới tính là yếu tố thường có tác động đến các

chương trình can thiệp truyền thông về sức khỏe. Cụ thể, nữ giới có xu hướng quan tâm sức khỏe nhiều hơn và tham gia đầy đủ hơn về các nội dung liên quan sức khỏe. Yếu tố này luôn luôn được quan tâm chú trọng trong bất cứ hoạt động truyền thông – giáo dục sức khỏe ở cộng đồng nhằm đảm bảo hiệu quả của công tác đạt tối đa. Tuy nhiên, ở nghiên cứu của chúng tôi cũng tương đồng với kết quả của Phạm Ngọc Thanh (2021) khi giới tính không tác động đến hiệu quả của chương trình can thiệp [49].

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. Đối với hoạt động tiêm chủng, người bệnh hoàn toàn bị động trong vấn đề này vì đây là thủ thuật y tế, do đó, việc cải thiện hành vi này ở người dân là khó đánh giá. Tương tự như vậy các hoạt động như truyền máu, chích lễ da nhọt, khâu vá da, chữa răng, phẫu thuật. Việc đánh giá nguy cơ từ các hành vi trên cần chú ý đến mức độ tuân thủ tiêm an toàn và các quy định kiểm soát nhiễm khuẩn của NVYT [130]. Người dân là người bị tác động và có rất ít khả năng thay đổi vào vấn đề này. Đó cũng là lý do sự thay đổi về hành vi này là chưa có ý nghĩa về mặt thống kê. Đối với hành vi truyền dịch, một bộ phận người dân tại đây có thói quen sử dụng dịch vụ truyền dịch tại nhà, được cung cấp từ cơ sở y tế hoặc từ các đơn vị, tổ chức tư nhân. Với lý do là thủ thuật thường quy và truyền dịch chủ yếu là dung dịch NaCl để người bệnh “khỏe hơn”, một số NVYT hoặc người đã học qua một số khóa học về thao tác điều dưỡng, đã tiến hành cung cấp dịch vụ này tại nhà. Điều này làm gia tăng đáng kể việc lây nhiễm các bệnh lý lây lan qua đường máu hoặc nhiễm trùng nếu điều kiện vệ sinh và các yếu tố an toàn không được đảm bảo. Sau can thiệp, nghiên cứu ghi nhận một bộ phận lớn người dân trước đó có sử dụng các dịch vụ truyền dịch tại nhà đã từ bỏ việc sử dụng, và nếu có nhu cầu họ sẽ đến cơ sở y tế để thực hiện việc truyền dịch theo yêu

cầu. Có thể thấy rằng, hoạt động truyền thông cũng đã mang lại hiệu quả đáng kể khi giúp người bệnh nhận thức được các nguy cơ, nguy hiểm đối với các thủ thuật được thực hiện ngoài phạm vi cơ sở y tế. Từ đó, người bệnh, người dân có sự cân nhắc để tiếp tục sử dụng các dịch vụ y tế tại nhà này. Một hành vi về y tế khác cũng có sự cải thiện đáng kể là châm cứu, sự cải thiện về hành vi là có ý nghĩa thống kê. Tuy nhiên, việc giảm hành vi ở đây được ghi nhận là giảm sử dụng dịch vụ châm cứu. Về mặt dự phòng, giảm hành vi nguy cơ là tốt, tuy nhiên xét về hoạt động y học, châm cứu là một trong hoạt động điều trị cổ truyền hiệu quả. Việc can thiệp truyền thông làm giảm sử dụng dịch vụ này cũng là một vấn đề gây ảnh hưởng đến ngành y học cổ truyền. Để có thể vừa đảm bảo tỷ lệ châm cứu cao và vẫn an toàn, người dân nên tự trang bị các bộ dụng cụ châm cứu chuyên dụng cho bản thân dưới sự hướng dẫn của NVYT. Hoạt động sử dụng này là lâu dài và chi phí trang bị là có thể chi trả được. Như vậy, việc can thiệp truyền thông giáo dục sức khỏe cần chú trọng việc khuyến khích người dân sử dụng bộ dụng cụ châm cứu cá nhân thay vì từ bỏ hoàn toàn việc sử dụng dịch vụ chăm sóc sức khỏe có lợi này. Bên cạnh đó, về yếu tố tiền sử gia đình có người mắc bệnh VRVGB, chúng tôi ghi nhận không có sự tác động của yếu tố này lên kết quả can thiệp về kiến thức, nhưng có tác động đáng kể trong thay đổi hành vi nguy cơ. Điều này có thể lý giải là do đối với những người có tiền sử gia đình mắc bệnh, họ đã nhận diện được các nguy cơ, có biết về những yếu tố làm gia tăng khả năng mắc bệnh cho chính bản thân họ, cho nên việc can thiệp truyền thông nâng cao kiến thức về lĩnh vực này không cải thiện đáng kể. Tuy nhiên, với nội dung can thiệp về hành vi nguy cơ, nghiên cứu đã một phần nào giúp người dân nhận diện được nhiều hành vi trong chính hoạt động. Chính điều này làm cho đối tượng có sự thay đổi đáng kể về một số hành vi nguy cơ trong hoạt động, từ đó dẫn đến thay đổi chung về thực hành. Nhìn chung, yếu tố về tiền sử gia đình có nguy cơ mắc cũng góp phần làm gia tăng hiệu quả của can thiệp truyền thông – giáo dục sức khỏe, thay đổi hành vi trong cộng đồng.

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 cơ 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. Các chương trình quốc gia, các hoạt động tiếp cận các đối tượng tiêm chích ma túy để giúp giảm hành vi nguy cơ này được tiến hành thường xuyên, liên tục và là chương trình trọng tâm của các cơ sở y tế dự phòng. Một trong số những biện pháp can thiệp đã được thực hiện đó là cung cấp bơm kim tiêm sạch dành cho nhóm tiêm chích ma túy vì việc từ bỏ là không dễ, ngoài ra chi phí để mua bơm kim tiêm tại các nhà thuốc là rất rẻ. Tuy nhiên, vì nhiều lý do như sợ bị phát hiện hành vi sử dụng ma túy mà các đối tượng này hầu như không đến cơ sở y tế để nhận hoặc mua bơm kim tiêm sạch tại các nhà thuốc. Ngoài ra, một điểm nữa cần bàn đến đó là các đối tượng này thường dành hết tiền để mua ma túy sử dụng, các chi phí khác mặc dù thấp, như mua kim tiêm sạch, vẫn sẽ bị bỏ qua. Và trong tình huống lên cơn “nghiện”, các đối tượng sử dụng ma túy sẽ không quan tâm đến các vấn đề về an toàn mà chỉ nghĩ đến cách làm sao để thỏa mãn nhu cầu của bản thân, thậm chí sử dụng lại bơm kim tiêm đã sử dụng. Điều này làm cho đối tượng tiêm chích ma túy là đối tượng có nguy cơ cao nhiễm các bệnh lý lây truyền qua đường máu, trong đó có HIV và nhiễm vi rút viêm B. Trong nghiên cứu đang tiến hành, tỷ lệ người có sử dụng ma túy đường tiêm là rất thấp, ghi nhận có 03 trường hợp tại các xã chứng và can thiệp, trước và sau can thiệp. Kết quả hiện tại không đủ dữ liệu để đánh giá nguy cơ lây truyền qua đường máu đối với vấn đề đang nghiên cứu là nhiễm VRVGB. Việc ghi nhận tỷ lệ thấp có thể thật sự trong nhóm nghiên cứu không có tình trạng sử dụng ma túy cao, hoặc việc ghi nhận vấn đề này là thấp hơn so với thực tế đang diễn ra. Hành vi sử dụng ma túy là phạm pháp và việc khai báo có đang thực hiện hành vi này có thể là không chính xác vì nhiều lý do khác nhau. Do đó, để đánh giá mối liên quan thật sự, cần chú ý thực hiện những nghiên cứu chuyên

biệt trên nhóm đối tượng đặc biệt này. Hành vi nguy cơ cuối cùng được đánh giá trong nghiên cứu là quan hệ tình dục không an toàn. Chúng tôi đánh giá yếu tố quan hệ tình dục ngoài vợ, chồng để đánh giá mức độ cũng như khả năng của sự lây truyền trong cộng đồng VRVGB. Cũng tương tự như hành vi sử dụng ma túy, hành vi quan hệ tình dục ngoài vợ chồng cũng ghi nhận có tỷ lệ không cao. Xét về mặt xã hội, việc quan hệ tình dục ngoài vợ chồng là một yếu tố nhạy cảm, việc khai báo sẽ khó có khả năng chính xác. Về mặt lý thuyết, quan hệ tình dục với nhiều bạn tình nhưng không đảm bảo các biện pháp an toàn sẽ tăng nguy cơ mắc các bệnh lý lây qua đường tình dục. Tuy nhiên, việc đánh giá vấn đề này trên cộng đồng chung là khó khăn, vì tính nhạy cảm mà thông tin được ghi nhận sẽ không chính xác hoặc thậm chí bị sai lệch đi. 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.

4.3. Ưu điểm, hạn chế của nghiên cứu

Ưu điểm:

Đây là nghiên cứu sàng lọc nhiễm VRVGB thực hiện tại cộng đồng, trên diện rộng, đối tượng nghiên cứu là đối tượng yếu thế, được xã hội quan tâm. Bên cạnh đó, là nghiên cứu can thiệp đầu tiên về nhiễm VRVGB, đem lại các nền tảng chăm sóc sức khỏe cộng đồng cho địa phương và cơ sở nhân rộng cho khu vực đồng bằng sông Cửu Long và Việt Nam.

Nghiên cứu này tiến hành sàng lọc nhiễm VRVGB trong cộng đồng trên địa bàn rộng. Tập trung chủ yếu vào các cộng đồng có hoàn cảnh kinh tế và xã hội yếu thế đã nhận được sự chú ý đặc biệt từ cả xã hội và cơ quan ban ngành, tập trung vào việc cung cấp các biện pháp can thiệp và chăm sóc sức khỏe cần thiết. Nghiên cứu này không chỉ có ý nghĩa đặc biệt trong việc thúc đẩy việc chăm sóc sức khỏe cộng đồng mà còn mở ra một bước tiến lớn trong lĩnh vực phòng chống nhiễm VRVGB tại tỉnh Trà Vinh. Thông qua việc thực hiện chương trình can thiệp đầu tiên về bệnh truyền nhiễm, cụ thể là nhiễm VRVGB, xây dựng mô hình can thiệp dựa trên mô

hình Niềm tin sức khỏe và với sự tham gia tích cực của những cá nhân có uy tín và tầm ảnh hưởng trong cộng đồng, nghiên cứu đã tạo ra một sự thay đổi tích cực về kiến thức và hành vi liên quan đến bệnh truyền nhiễm trong cộng đồng. Đặc biệt, những hoạt động can thiệp có hiệu quả sẽ làm cơ sở cho các chương trình chăm sóc sức khỏe cộng đồng, không chỉ trong phạm vi nhỏ mà còn có thể mở rộng ra cả khu vực đồng bằng sông Cửu Long và cả nước Việt Nam.

Phương pháp tiếp cận sàng lọc này không chỉ giúp phát hiện kịp thời và hiệu quả những ca nhiễm VRVGB, mà còn tạo ra một cơ sở để thực hiện nhanh chóng và hiệu quả trong việc can thiệp và quản lý bệnh truyền nhiễm tại cấp độ cộng đồng. Qua đó, nó đóng góp tích cực vào việc cải thiện tình hình sức khỏe cộng đồng ở khu vực đang nghiên cứu cũng như là tiền đề cho việc áp dụng các chiến lược và phương pháp tương tự tại các vùng lân cận và trên quy mô lớn hơn. Việc chú trọng vào việc xây dựng các chiến lược và phương pháp chăm sóc sức khỏe cộng đồng mang lại lợi ích to lớn không chỉ từ khía cạnh y tế mà còn từ khía cạnh kinh tế và xã hội, góp phần đáng kể vào sự phát triển bền vững của cả khu vực và đất nước. Từ kết quả của nghiên cứu, hy vọng rằng sẽ có thể phát triển ra các chương trình can thiệp toàn diện và hiệu quả hơn, đồng thời mở ra cơ hội để nâng cao nhận thức cộng đồng về việc phòng ngừa và quản lý bệnh truyền nhiễm. Điều này không chỉ cải thiện chất lượng cuộc sống cho cộng đồng mà còn góp phần quan trọng vào sự phát triển bền vững của khu vực nghiên cứu và thế giới.

Hạn chế:

Vì một số nguyên nhân khách quan, nghiên cứu ban đầu thực hiện lấy ý tưởng chọn mẫu theo danh sách, nhưng sau đó thực hiện chọn mẫu theo thuận tiện, nên kết quả nghiên cứu có thể lệch.

Nghiên cứu can thiệp thực hiện tại 4 xã của 02 huyện nên hạn chế trong việc suy rộng kết quả cho toàn bộ cộng đồng dân cư tỉnh Trà Vinh.

KẾT LUẬN

Thực trạng nhiễm vi rút viêm gan B và một số yếu tố liên quan ở đồng bào Khmer tỉnh Trà Vinh

Tỷ lệ nhiễm VRVGB ở người Khmer trưởng thành tại tỉnh Trà Vinh năm 2021 tương đối cao (9,8%).

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

Người 40 – 49 tuổi, 50 – 60 tuổi có tỷ lệ nhiễm VRVGB cao hơn 18 – 29 tuổi (OR= 1,58; 2,03).

Nam giới có nguy cơ nhiễm VRVGB cao hơn nữ giới (OR=1,88).

Người có người thân nhiễm VRVGB có nguy cơ nhiễm cao hơn (OR= 2,53).

Người có kiến thức chung chưa đúng có nguy cơ nhiễm VRVGB người có kiến thức chung đúng (OR=3,18).

Người có thực hành chung chưa đúng về phòng nhiễm VRVGB có nguy cơ nhiễm VRVGB cao hơn người có thực hành đúng (OR=2,89).

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

Mô hình can thiệp có hiệu quả làm tăng kiến thức ở nhóm can thiệp so với nhóm chứng (tăng 6,8% điểm kiến thức chung, tăng 11,5% điểm kiến thức cơ bản về VRVGB).

Mô hình can thiệp có hiệu quả làm giảm thực hành chung ở nhóm can thiệp so với nhóm chứng giảm 0,73 điểm.

KHUYẾN NGHỊ

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

Cơ quan quản lý

1. Tăng cường hoạt động công tác truyền thông giáo dục sức khỏe, dựa trên “Mô hình niềm tin sức khỏe”, có sự tham gia của những người có uy tín trong cộng đồng.

Cá nhân

2. Người dân là nam giới, người cao tuổi, có người thân nhiễm VRVGB cần chú trọng tăng cường các biện pháp phòng ngừa nhiễm cho bản thân và người xung quanh. Cần chú trọng người có các hành vi nguy cơ có thể lây nhiễm VRVGB.

Trạm y tế xã

3. Tổ chức truyền thông giáo dục sức khỏe về nâng cao kiến thức, thực hành cho người dân, chú trọng sự tham gia hợp tác của cộng đồng.

CÁC CÔNG TRÌNH LIÊN QUAN ĐẾN ĐỀ TÀI LUẬN ÁN ĐÃ CÔNG BỐ

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.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

TIẾNG VIỆT

1. Trần Thị Hữu Phi An, Phạm Văn Chương, Đỗ Huy Sơn (2018), "Tỷ lệ phụ nữ mang thai nhiễm siêu vi viêm gan B (HBSAG dương tính) tại tỉnh Bình Thuận năm 2018", *Tạp chí Y học TP.HCM*, 23 (5)
2. Nguyễn Thị Lan Anh (2013), "Tình trạng nhiễm vi rút viêm gan B và C ở cộng đồng dân tộc thiểu số xã Mỏ Vàng , huyện Văn Yên, tỉnh Yên Bái", *Y học dự phòng*, Tập XXIII (số 11 (147))
3. Trần Văn Ánh (2011), "Văn hóa phum sóc trong đời sống tinh thần của người Khmer Tây Nam Bộ", *Di sản văn hóa phi vật thể*, 3 (36), pp. 45-55.
4. Bệnh viện Trường Đại học Y dược Huế (2016) *Một số kỹ thuật xét nghiệm xác định các dấu ấn huyết thanh học nhiễm virus viêm gan B*, <http://bvdydhue.com.vn/c226/t226-496/mot-so-ky-thuat-xet-nghiem-xac-dinh-cac-dau-an-huyet-thanh-hoc-nhiem-virus-viem-gan-b.html>, truy cập ngày 2/5/2020.
5. Bệnh viện Đa Khoa tỉnh Quảng Ninh (2017) *Quy trình xét nghiệm HBsAg*, <http://www.benhviendktinhquangninh.vn/quy-trinh-ky-thuat-xet-nghiem-vi-sinh/quy-trinh-xet-nghiem-hbsag.1899.html>, truy cập ngày 2/5/2020.
6. Bệnh viện Đa khoa tỉnh Trà Vinh (2019) *Số liệu ca nhập viện do bệnh lý về gan mật 12 tháng năm 2019*, Bệnh viện Đa khoa tỉnh Trà Vinh
7. Trần Hữu Bích, Trần Vũ, Nguyễn Kim Ngân (2008) *Điều tra dịch tễ học tình hình nhiễm viêm gan B và viêm gan C của người dân tại hai huyện Sóc Sơn và Lạng Giang*, tr. 18-28.
8. Nguyễn Thanh Bình (2016), *Thực trạng bệnh tăng huyết áp ở đồng bào dân tộc Khmer tỉnh Trà Vinh và hiệu quả một số biện pháp can thiệp*, Luận án Tiến sĩ Y học, Viện vệ sinh dịch tễ Trung ương.
9. Bộ môn Nhiễm (2008) *Bệnh học nội khoa*, Nhà xuất bản Y học thực hành, TP.HCM, tr. 157-160.

10. Bộ Y tế (2009) *Thực trạng nhiễm HBV và các yếu tố ảnh hưởng trong nhân viên y tế tại một số bệnh viện của Việt Nam*, https://moh.gov.vn/web/phong-chong-benh-nghe-nghiep/de-tai-du-an-chuong-trinh/-/asset_publisher/zeQHoHSiM9Hf/content/thuc-trang-nhiem-hbv-va-cac-yeu-to-anh-huong-trong-nhan-vien-y-te-tai-mot-so-benh-vien-cua-viet-n-1, truy cập ngày 22/10/2021.
11. Bộ Y tế (2013) *Thông tư số 26/2013/TT-BYT ngày 16 tháng 9 năm 2013 về việc Hướng dẫn hoạt động truyền máu*, Hà Nội
12. Bộ Y tế (2018) *Quyết định 6769/QĐ-BYT Về việc ban hành tài liệu Hướng dẫn quy trình kỹ thuật chuyên ngành Vi sinh*, Hà Nội
13. Bộ Y tế (2019) *Quyết định số 3310/QĐ-BYT ngày 29 tháng 7 năm 2019 về việc Ban hành hướng dẫn chẩn đoán, điều trị viêm gan vi rút B*, tế, B. Y., Government Document, 89,
14. Bộ Y tế (2021) *Quyết định số 4531/QĐ-BYT ngày 24/9/2021 của Bộ trưởng Bộ Y tế về việc Ban hành kế hoạch phòng chống bệnh viêm gan vi rút giai đoạn 2021 - 2025*, Hà Nội
15. Bộ Y tế (2012) *Quyết định 3671/QĐ-BYT ngày 27 tháng 9 năm 2012 về việc phê duyệt các Hướng dẫn Kiểm soát nhiễm khuẩn*, Hà Nội
16. Bộ Y tế (2019) *Việt Nam có tỷ lệ nhiễm virus viêm gan B cao nhất thế giới*, https://moh.gov.vn/chuong-trinh-muc-tieu-quoc-gia/-/asset_publisher/7ng11fEWgASC/content/viet-nam-co-ty-le-nhiem-virus-viem-gan-b-cao-nhat-the-gioi, truy cập ngày 20/11/2019.
17. Bộ Y tế (2020) *Quyết định số 1868/QĐ-BYT ngày 24 tháng 4 năm 2020 về việc Ban hành hướng dẫn xét nghiệm vi rút viêm gan B, C*, Hà Nội
18. Vũ Hồng Chương (1998), "Khả năng lây truyền HBsAg, Anti-HBs sang con trong thời kỳ thai sản và vai trò của lây truyền ngang với trẻ từ 1-5 tuổi", *Nhi khoa*, 7 (3), tr. 168 - 171.

19. Trần Xuân Chương (2004), *Nghiên cứu các yếu tố nguy cơ nhiễm vi-rút viêm gan B ở những bệnh nhân viêm gan, xơ gan, ung thư gan tại Bệnh viện Trung ương Huế*, Trường Đại học Y khoa - Đại học Huế.
20. Cổng thông tin điện tử tỉnh Trà Vinh (2021) *Giới thiệu về tỉnh Trà Vinh*, truy cập ngày 20/12/2021.
21. Cục Y tế dự phòng (2016) *Bệnh viêm gan vi rút*, <https://vnccdc.gov.vn/benh-viem-gan-vi-rut-nd14519.html>, truy cập ngày 18/9/2021.
22. Cục Y tế dự phòng (2017) *Hướng dẫn lấy mẫu, đóng gói, bảo quản và vận chuyển mẫu bệnh phẩm bệnh truyền nhiễm*, Hà Nội, tr. 8-30.
23. Nguyễn Đức Cường, Đỗ Quốc Tiệp (2017), "Thực trạng nhiễm virus viêm gan B trong cộng đồng dân cư tỉnh Quảng Bình năm 2017", *Tạp chí thông tin khoa học và công nghệ Quảng Bình*, 4, tr. 78-82.
24. Hoàng Quốc Cường (2020), "Kiến thức, thực hành phòng ngừa bệnh viêm gan vi rút B của thai phụ tại ba bệnh viện lớn khu vực phía nam, Việt Nam, 2019 - 2020 ", *Y học dự phòng*, 30 (3)
25. Đại học Y dược thành phố Hồ Chí Minh (2018) *Nâng cao sức khỏe*, tr. 18 - 37.
26. Trần Ngọc Dung, Huỳnh Thị Kim Yến (2010), "Tình hình nhiễm và kiến thức, thái độ, thực hành về phòng lây nhiễm bệnh viêm gan siêu vi B ở quận Ninh Kiều, thành phố Cần Thơ", *Y học thực hành*, 5, tr. 160-172.
27. Bùi Xuân Dương, Châu Ngọc Hoa (2012) *Viêm gan -Bệnh Học Nội Khoa*, Nhà xuất bản Y Học, Đại học Y dược TP.HCM, tr. 30.
28. Huỳnh Giao, Bùi Quang Vinh, Phạm Lê An (2015), "Các yếu tố ảnh hưởng đến quyết định tiêm chủng vắc-xin viêm gan B cho trẻ dưới 1 tuổi", *Tạp chí Y Học TP. Hồ Chí Minh*, 19 (1), tr. 143-148.
29. Huỳnh Giao, Bùi Quang Vinh, Phạm Lê An (2016), "Tỷ lệ tiêm ngừa vắc-xin viêm gan B và nhận thức về bệnh viêm gan B của sinh viên", *Tạp chí Y Học TP. Hồ Chí Minh*, 20 (1), tr. 189-193.
30. Huỳnh Giao, Trần Văn Khanh, Nguyễn Phi Hồng Ngân, Đặng Thị Bích Hợp, Nguyễn Thị Ngọc Hân (2023), "Đánh giá hiệu quả can thiệp truyền thông

giáo dục sức khỏe về phòng bệnh viêm gan siêu vi B", *Tạp chí Y học Việt Nam*, 525 (Tháng 4) (1A - 2023), tr. 333-337.

31. Nguyễn Trần Hiền (2014) *Tuần lễ tiêm chủng ở Việt Nam: Lịch sử và hiện tại*, <http://www.tapchihocduphong.vn/tin-tuc/tin-tuc-va-su-kien/tuan-le-tiem-chung-o-viet-nam-lich-su-va-hien-tai-o81E2105C.html#:~:text=V%E1%BA%AFc%20xin%20vi%C3%AAm%20gan%20B%20%C4%91%C6%B0%E1%BB%A3c%20Ch%C3%ADnh%20ph%E1%BB%A7%20cho%20ph%C3%A9p,m%C5%A9i%20lu%C3%B4n%20%C4%91%E1%BA%A1t%20tr%C3%AAn%2090%25.>, truy cập ngày 10/9/2021.
32. Bùi Hữu Hoàng (2012) *Viêm gan - Bệnh học Nội khoa*, NXB Y học, tr. 181 - 183.
33. Nguyễn Thị Huệ (2008), "Tình hình sử dụng ngôn ngữ của người Khmer tại Trà Vinh", *Tạp chí Khoa học* 9, tr. 52-66.
34. Phạm Văn Hùng, Trần Hồng Trâm, Nguyễn Huy Bình (2022), "Thực trạng viêm gan B của người hiến máu tình nguyện tại bệnh viện Đại học Y Hà Nội năm 2021", *Tạp Chí Y học Việt Nam*, 516 (2)
35. Lê Xuân Huy (2011), "Tỷ lệ hiện nhiễm HIV và hành vi nguy cơ lây nhiễm HIV trong nhóm nam nghiện chích ma túy tại Quảng Nam và nhóm phụ nữ bán dâm tại Quảng Bình, Quảng Trị, Bình Định năm 2011", *Tạp chí Y dược học - Đại học y dược Huế*, 31
36. Vũ Quang Huy (2012), "Khảo sát tình hình nhiễm vi rút viêm gan B và chỉ số men gan trong cộng đồng tại một số khu vực thành phố Hồ Chí Minh", *Tạp chí Y Học Thực Hành*, 5 (822), tr.48-52.
37. Phạm Minh Khoa, Đặng Văn Chính (2014), "Tỷ lệ nhiễm vi rút viêm gan B và các yếu tố liên quan ở người trên 18 tuổi tại quận 12 Thành phố Hồ Chí Minh năm 2013", *Tạp chí Y Học TP. Hồ Chí Minh*, 18 (6)
38. Bùi Thị Hồng Loan (2010), "Tổ chức xã hội truyền thống của người Khmer ở đồng bằng sông Cửu Long", *Tạp chí Khoa học xã hội Việt Nam*, 6 (2), tr. 1-5.

39. Ngô Viết Lộc, Đinh Thanh Huế, Nguyễn Đình Sơn (2010), "Nghiên cứu tình hình nhiễm vi rút viêm gan B ở người từ 6 tuổi trở lên tại tỉnh Thừa Thiên Huế", *Y học thực hành*, 739 (số 10/2010), tr. 121-124.
40. Ngô Viết Lộc (2011), *Nghiên cứu tình hình nhiễm vi rút viêm gan B và đánh giá kết quả can thiệp cộng đồng tại một số xã, phường tỉnh Thừa Thiên Huế*, Luận án tiến sĩ y học, Trường Đại học Y - Dược, tr. 18-33.
41. Vũ Ngọc Long, Trần Đắc Phu, Trịnh Xuân Tùng, Nguyễn Văn Thơm, Đỗ Văn Sưu, Lương Văn Phong, et al. (2017), "Hiệu quả một số biện pháp can thiệp nâng cao chất lượng giám sát viêm gan vi rút B, C tại Thái Bình năm 2016", *Tạp chí Y học dự phòng*, 27 (9), tr. 73.
42. Võ Hiếu Nghĩa, Lê Lan Trinh (2017), "Tỉ lệ hiện mắc virus viêm gan B, kiến thức, mức độ tuân thủ và hiệu quả tiêm phòng Vaccine viêm gan B của người dân đến xét nghiệm tại trung tâm y tế dự phòng Đồng Tháp năm 2017–2018", *Tạp chí Y Học TP. Hồ Chí Minh*, 23 (5).
43. Lê Thị Phượng, Tạ Văn Trầm (2009), "Kiến thức, thái độ và thực hành phòng chống lây nhiễm virút viêm gan B của nhân viên y tế Bệnh Viện Đa Khoa Tiền Giang năm 2009", *Tạp chí Y Học TP. Hồ Chí Minh*, 13 (5).
44. Nguyễn Thúy Quỳnh, Dư Hồng Đức, Nguyễn Lệ Ngân, Nguyễn Phương Thùy, và cộng sự (2009), "Thực trạng nhiễm HBV và các yếu tố ảnh hưởng trong nhân viên y tế tại một số Bệnh viện của Việt Nam", *Bộ Y tế*,
45. Lâm Văn Rạng (2014), "Tổ chức xã hội truyền thống và loại hình cư trú của người Khmer Nam Bộ ", *Tạp chí Đại học Thủ Dầu Một*, 4 (17), tr. 72-75.
46. Sở Y tế tỉnh Nam Định (2021) *Những đồ vật nếu dùng chung có thể lây bệnh*, truy cập ngày 9/5/2021.
47. Hồ Huỳnh Uy Tài (2019), "Kiến thức và hành vi phòng ngừa lây nhiễm HBV của bệnh nhân viêm gan B cho cộng đồng đang điều trị ngoại trú tại Bệnh viện Quận 2 năm 2018", *Tạp chí Y học TP.HCM*, 23 (1), tr.114-120.
48. Vũ Duy Tân (2016), "Tỉ lệ nhiễm virus viêm gan B và các yếu tố liên quan ở công nhân công ty Panko", *Tạp chí Y dược TP.HCM*, 15 (1), tr. 136-142.

49. Phạm Ngọc Thanh (2021), *Thực trạng, một số yếu tố liên quan đến nhiễm vi rút viêm gan B ở người trưởng thành ở khu vực Tây Nguyên và hiệu quả can thiệp dự phòng lây nhiễm* Luận án tiến sĩ y học, Viện Vệ sinh Dịch tễ trung ương, tr.123.
50. Nguyễn Xuân Thành (2021), "Đánh giá thực trạng nhiễm viêm gan B ở người hiến máu tình nguyện lần đầu tại bệnh viện Trung ương Quân đội 108 năm 2020", *Y học Việt Nam*, 449 (1-2)
51. Lê Minh Thi, Trần Thị Diễm (2022), "Kiến thức, thực hành phòng lây nhiễm viêm gan B của người bệnh mới vào điều trị tại khoa viêm gan, Bệnh viện Chợ Rẫy", *Tạp Chí Nghiên cứu Y học*, 149 (1), tr. 237-247.
52. Đoàn Phước Thuộc, Phạm Văn Lào (2012), "Nghiên cứu các yếu tố liên quan đến nhiễm virus viêm gan B ở lứa tuổi 15-18 tuổi tại thành phố Buôn Mê Thuột, tỉnh Đắk Lắk năm 2011", *Tạp chí Y Học Thực Hành*, 12 (854), tr. 27-29.
53. Phạm Thị Cẩm Tiên, Thị Chiến, Nguyễn Nhân Nghĩa, Lâm Hoàng Dũng, Phạm Thị Nhã Trúc (2022), "Tình hình nhiễm virus viêm gan B và một số yếu tố liên quan ở phụ nữ mang thai tại thành phố Cần Thơ năm 2021", *Tạp chí Y dược học Cần Thơ*, 50, tr. 121-128.
54. Đỗ Quốc Tiệp (2013), "Nghiên cứu tỷ lệ nhiễm virus viêm gan B ở nhân viên y tế bệnh viện tỉnh Quảng Bình năm 2012", *Y học dự phòng*, Tập XXIII (số 6 (142))
55. Tổ chức Y tế Thế giới tại Việt Nam (2020), "Viêm gan vi rút", tr. 10-30.
56. Tổng cục điều tra dân số nhà ở Trung ương (2019) *Kết quả tổng điều tra dân số và nhà ở năm 2019*, tr. 9-43.
57. Tạ Văn Trầm, Trần Thanh Hải (2015), "Tỉ lệ nhiễm vi rút viêm gan B trong cộng đồng Tỉnh Tiền Giang năm 2015 và các yếu tố nguy cơ", *Tạp chí Y học TP.HCM*, 20 (6)

58. Tạ Văn Trâm (2018), "Đánh giá kết quả can thiệp cộng đồng phòng chống nhiễm vi rút viêm gan B tại tỉnh Tiền Giang", *Tạp chí Y Học TP. Hồ Chí Minh*, 22 (5)
59. Nguyễn Minh Trung, Trần Thị Lợi (2008), "Tỷ lệ nhiễm viêm gan siêu vi B ở thai phụ tại TP.Long Xuyên, tỉnh An Giang", *Tạp chí Y Học TP.HCM*, 12 (1), tr. 201-207.
60. Trung tâm gan Á Châu – Đại học Stanford (2016) *Cẩm nang cho cán bộ y tế về viêm gan B*, tr. 1-17.
61. Trung tâm Kiểm soát bệnh tật Tỉnh Trà Vinh (2018) *Báo cáo kết quả hoạt động năm 2018 và Kế hoạch hoạt động 2019*, Trung tâm Kiểm soát bệnh tật Tỉnh Trà Vinh.
62. Lê Thị Hồng Vân (2022), "Nghiên cứu tỷ lệ, đặc điểm cận lâm sàng và các marker ở phụ nữ mang thai nhiễm virus viêm gan B tại bệnh viện quân y 103", *Y học Việt Nam*, 510 (tháng 1 số 2), tr. 109-112.
63. Văn phòng đại diện WHO Việt Nam (2017) *Cần quyết tâm để loại trừ viêm gan vi rút tại Việt Nam*, http://www.wpro.who.int/vietnam/mediacentre/releases/2017/world_hepatitis_day_vietnam_2017/vi/, truy cập ngày 8/9/2019
64. Viện Pasteur TP.HCM (2001) *Tài liệu huấn luyện triển khai tiêm Vaccine viêm gan B*, Huấn luyện triển khai Vaccine viêm gan B, Viện Pasteur - Tp.HCM,
65. Viện Vệ sinh dịch tễ Trung ương (2010) *Tỷ lệ nhiễm kháng nguyên bề mặt virus viêm gan B ở trẻ em Việt Nam - Đánh giá hiệu quả của chương trình tiêm chủng vắc xin viêm gan B giai đoạn 2000-2008*, Viện Vệ sinh dịch tễ Trung ương, Hà Nội
66. Viện Pasteur TP.HCM (2014) *Bệnh viêm gan vi rút*, Viện Pasteur, <http://www.pasteurhcm.gov.vn/news/benh-viem-gan-vi-rut-104.html>, truy cập ngày 22/4/2021.
67. Viện vệ sinh dịch tễ trung ương (2015) *Tài liệu hỏi đáp về tiêm vắc xin phòng bệnh viêm gan B*, Nhà xuất bản Y học, tr 5-10.

68. Viện Vệ Sinh Dịch Tễ Trung Ương (2017) Hỏi đáp về tiêm vắc xin phòng bệnh viêm gan B. Nhà xuất bản y học.
69. Trần Trịnh Quốc Việt, Cao Minh Nga, và cộng sự (2015), "Kiến thức, thái độ, thực hành về phòng ngừa nhiễm vi rút viêm gan B của sinh viên Điều dưỡng Kỹ thuật Y học hệ chính quy năm cuối", *Tạp chí Y Học TP. Hồ Chí Minh*, 19 (1), tr. 369-375.
70. WHO (2022) *Trang bị bảo hộ cá nhân*, WHO, tr. 1-20.

TIẾNG ANH

71. Aghaei AM, Gholami J, Sangchooli A, Rostam-Abadi Y, Olamazadeh S, Ardeshir M, et al. (2023), "Prevalence of injecting drug use and HIV, hepatitis B, and hepatitis C in people who inject drugs in the Eastern Mediterranean region: a systematic review and meta-analysis", *Lancet Glob Health*, 11 (8), pp. e1225-e1237.
72. Akazong WE, Tume C, Njouom R, et al (2020), "Knowledge, attitude and prevalence of hepatitis B virus among healthcare workers: a cross-sectional, hospital-based study in Bamenda Health District, NWR, Cameroon", *BMJ Open*, 10, pp. e031075.
73. Anka YH, Rampal L, Ibrahim NB, Sidik SM, Iliyasu Z (2016), "The effectiveness of education intervention program for improving knowledge, attitude and practice related to hepatitis-B infection among non-medical and non-veterinary undergraduate university student in northern Nigeria, a randomized control community trial", *IOSR Journal of Dental and Medical Sciences*, 15 (11), pp. 114-123.
74. Ayaz AS (2021), "Prevalence and Risk Factors Associated with Hepatitis B and C in Nawabshah, Sindh, Pakistan", *The American Society of Tropical Medicine and Hygiene*, 104 (3), pp. 1101–1105.
75. Bashir HH, Kamani L, Usman M, Kishwar K (2022), "Awareness and safe practices of Hepatitis-B and C prevention and transmission among workers of women beauty salons", *Pak J Med Sci*, 38 (8), pp. 2156-2162.

76. Bhupendra KM, Vipul M (2019), "A comparative evaluation for detection of hepatitis B surface antigen and anti HCV antibodies by rapid diagnostic tests and ELISA Method at Govt. Medical College, Dungarpur, India", *International Journal of Current Microbiology and Applied Sciences*, 8 (7)
77. Block PD, Lim JK (2023), "Chronic Hepatitis B Virus: What an Internist Needs to Know: Serologic Diagnosis, Treatment Options, and Hepatitis B Virus Reactivation", *Med Clin North Am*, 107 (3), pp. 435-447.
78. CDC (2010) *Surveillance data for acute viral hepatitis—United States, 2008*. Atlanta, GA: US Department of Health and Human Services,
79. CDC (2015) *Vaccination of adults*, <https://www.cdc.gov/hepatitis/hbv/vaccadults.htm>, accessed on 9/9/2019.
80. CDC (2017) *Viral hepatitis - statistics and surveillance*. Atlanta, GA: US Department of Health and Human Services,
81. CDC (2017), "Hepatitis B FAQs for Health Professionals",
82. Charles AmPong A (2018), "Hepatitis B Infection among Parturient Women in Peri-Urban Ghana", *Am J Trop Med Hyg*, 99 (6), pp. 1469-1474.
83. Chiang CJ, Yang YW, You SL, Lai MS, Chen CJ (2013), "Thirty-year outcomes of the national hepatitis B immunization program in Taiwan", *JAMA*, 310, pp. 974-976.
84. Cui FQ, Shen LP, Li L, Wang HQ, Wang FZ, Bi SL, et al. (2017), "Prevention of Chronic Hepatitis B after 3 Decades of Escalating Vaccination Policy", *China. Emerg Infect Dis.*, 23 (5), pp. 72-765.
85. Drazilova S (2018), "Prevalence and Risk Factors for Hepatitis B Virus Infection in Roma and Non-Roma People in Slovakia", *Int J Environ Res Public Health*, 15 (5)
86. Eng-Kiong T (2020) *Epidemiology, transmission, and prevention of hepatitis B virus infection*, Hepatitis Report, 2017, World Health Organization

87. Eroglu C, Zivalioglu M, Esen S, Sunbul M, Leblebicioglu H (2010), "Detection of hepatitis B virus in used razor blades by PCR", *Hepat Mon*, 10 (1), pp. 22-5.
88. Essam MJ (2014), "Prevalence and Risk Factors of Hepatitis B Virus Infection in Bahrain, 2000 through 2010", *PLos One*, 9 (2)
89. Fabian CF (2013), "Viral Hepatitis and Rapid Diagnostic Test Based Screening for HBsAg in HIV-infected Patients in Rural Tanzania. PLoS One.",
90. Fawad K (2011), "Hepatitis B virus infection among different sex and age groups in Pakistani Punjab", *Virol J*, 8
91. Freeland C, Huynh T, Vu N, Nguyen T, Cohen C (2021), "Understanding Knowledge and Barriers Related to Hepatitis B for Vietnamese Nail Salon Workers in the City of Philadelphia and Some of Its Environs", *J Community Health*, 46 (3), pp. 502-508.
92. Ganbolor J (2020), "Sensitivity and specificity of commercially available rapid diagnostic tests for viral hepatitis B and C screening in serum samples", *PLos One*,
93. GBD 2019 Hepatitis B Collaborators (2022), "Global, regional, and national burden of hepatitis B, 1990–2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019", *Lancet Gastroenterol Hepatol*, 7, pp. 796–829.
94. Getnet G (2019), "Risk factors associated with hepatitis B virus infection among pregnant women attending antenatal clinic at Felegehiwot referral hospital, Northwest Ethiopia, 2018: an institution based cross sectional study", *BMC Research Notes*, 12
95. Goh KT, Ding JL, Monteiro EH, Oon CJ (1985), "Hepatitis B infection in households of acute cases", *J Epidemiol Community Health*, 39 (2), pp. 123-8.
96. Gupta S, Verma D, Gupta S, Karmakar J, Singhal S (2019), "HBs Antigen ELISA as a Marker for Blood Transfusion Safety and Antenatal Screening:

Is It Enough?", *International Journal of Current Microbiology and Applied Sciences*, 8 (1)

97. Husebekk A, Husum H, Skjerve E, Viet L (2013), "Stochastic model for estimating the risk of transfusion-transmitted hepatitis B in Vietnam", *Transfus Med*, 23 (6), pp. 31-423.
98. Hwang LY, Kramer JR, Troisi C, Bull L, Grimes CZ, Lyster R, et al. (2006), "Relationship of cosmetic procedures and drug use to hepatitis C and hepatitis B virus infections in a low-risk population", *Hepatology*, 44 (2), pp. 341-51.
99. Jafari S, Copes R, Baharlou S, Etminan M, Buxton J (2010), "Tattooing and the risk of transmission of hepatitis C: a systematic review and meta-analysis", *Int J Infect Dis*, 14 (11), pp. e928-40.
100. Janz Nancy K, Marshall HB (1984), "The Health Belief Model: A Decade Later", *Health Education Behavior*, 11 (1), pp. 1-47.
101. Juon HS, Strong C, Kim F, Park E, Lee S (2016), "Lay Health Worker Intervention Improved Compliance with Hepatitis B Vaccination in Asian Americans: Randomized Controlled Trial", *PLoS One*, 11 (9), pp. e0162683.
102. Kheir OO, Freeland C, Abdo AE, Yousif MEM, Altayeb EO, Mekonnen HD (2022), "Assessment of hepatitis B knowledge and awareness among the Sudanese population in Khartoum State", *Pan Afr Med J*, 41, pp. 217.
103. Kim H, Shin AR, Chung HH, Kim MK, Lee JS, Shim JJ, et al. (2013), "Recent trends in hepatitis B virus infection in the general Korean population", *Korean J Intern Med*, 28, pp. 413-419.
104. Li M (2014), "Transplacental Transfer of Hepatitis B Neutralizing Antibody during Pregnancy in an Animal Model: Implications for Newborn and Maternal Health", *Hindawi Publishing Corporation Hepatitis Research and Treatment*, 2014
105. Li T, Wang R, Zhao Y, Su S, Zeng H (2021), "Public awareness and influencing factors regarding hepatitis B and hepatitis C in Chongqing

- municipality and Chengdu City, China: a cross-sectional study with community residents.", *BMJ Open*, 11 (8), pp. e045630.
106. Liang X, et al. (2009), "Epidemiological serosurvey of hepatitis B in China-declining HBV prevalence due to hepatitis B vaccination", *Vaccine*, 27, pp. 6550-6557.
 107. Målqvist M, Hoa DT, Liem NT, Thorson A, Thomsen S (2013), "Ethnic minority health in Vietnam: a review exposing horizontal inequity", *Glob Health Action*, 6, pp. 1-19.
 108. Mangowi I, Mirambo MM, Kilonzo SB, Mlewa M, Nyawale H, Majinge D, et al. (2023), "Hepatitis B virus infection, associated factors, knowledge and vaccination status among household contacts of hepatitis B index cases in Mwanza, Tanzania", *IJID Reg*, 10, pp. 168-173.
 109. McQuillan GM, Townsend TR, Fields HA, Carroll M, Leahy M, Polk BF (2016), "Seroepidemiology of hepatitis B virus infection in the United States", *Am J Med*, 87 (suppl 3A), pp. 5S-10S.
 110. Muhammad A (2011), "Hepatitis B virus in Pakistan: A systematic review of prevalence, risk factors, awareness status and genotypes", *Virol J*, 8
 111. Mustapha B (2019), "Hepatitis B virus sero-prevalence amongst pregnant women in the Gambia", *BMC Infect Dis*, 19, pp. 259.
 112. Mutocheluh M, Kwarteng K (2015), "Knowledge and occupational hazards of barbers in the transmission of hepatitis B and C was low in Kumasi, Ghana", *Pan Afr Med J*, 20, pp. 260.
 113. Nankya-Mutyoba J, et al (2019), "Hepatitis B virus perceptions and health seeking behaviors among pregnant women in Uganda: implications for prevention and policy", *BMC health services research*, 19 (1), pp. 760-760.
 114. Narcisse PK (2010), "The prevalence of hepatitis B virus markers in a cohort of students in Bangui, Central African Republic", *BMC Infect Dis*, 10

115. Nelson NP, Jamieson DJ, Murphy TV (2014), "Prevention of perinatal hepatitis B virus transmission. J Pediatric Infect Dis Soc 2014", *PubMed*, 1, pp. 7-12.
116. Ni YH, Huang LM, Chang MH, et al. (2007), "Two decades of universal hepatitis B Vaccination IN Taiwan: impact and Implication for future strategies.", *Gastroenterology.*, 132, pp. 1287-1293.
117. Özgür MK (2019), "Hepatitis B virus prevalence and risk factors in hard-to-reach Turkish population living in Belgium", *Study Protocol Clinical Trial*, 98 (19)
118. Parra-Henao G, Henao E, Escobar JP (2023), "Environmental health and infectious diseases: challenges and perspectives in Latin America", *Ther Adv Infect Dis*, 10, pp. 20499361231217812.
119. Pereira VRZB, Wolf JM, Luz CADS, Stumm GZ, Boeira TDR, Galvan J, et al. (2017), "Risk factors for hepatitis B transmission in South Brazil", *Mem Inst Oswaldo Cruz*, 112 (8)
120. Punitha Ranjitham S, Rejitha IM, Sucilathangam G, Revathy C (2018), "Screening of Extractable Nuclear Antibodies by ELISA in Patients with Connective Tissue Disorders in a Tertiary Care Hospital", *International Journal of Current Microbiology and Applied Sciences*, 7, 3.
121. Raghupathi V, Raghupathi W (2020), "The influence of education on health: an empirical assessment of OECD countries for the period 1995-2015", *Arch Public Health*, 78, pp. 20.
122. Rehab E-S, et al (2020), "Evaluation of a hepatitis B virus protection intervention among interns at Zagazig University Hospitals, Egypt", *Infection, Disease & Health*, 25, pp. 50-59.
123. Robert GG (2016), "Chronic hepatitis B virus in the Philippines", *J Gastroenterol Hepatol-Pub med*, 31 (5), pp. 945-52.

124. Roberts H, Jiles R, Harris AM, Gupta N, Teshale E. (2021), "Incidence and Prevalence of Sexually Transmitted Hepatitis B, United States, 2013-2018", *Sex Transm Dis*, 48 (4), pp. 305-309.
125. Sabeena S, Ravishankar N (2022), "Horizontal Modes of Transmission of Hepatitis B Virus (HBV): A Systematic Review and Meta-Analysis", *Iran J Public Health*, 51 (10), pp. 2181-2193.
126. Sarah S (2018), "Prevention of Hepatitis B Virus Infection in the United States: Recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practices", *MWWR Recomm Rep*, 67 (1), pp. 1-31.
127. Sareetha V, Nagabushan H, Supriya H (2018), "Effect of educational intervention on knowledge, attitude and practice of hepatitis B vaccine among medical students", *International Journal of Basic & Clinical Pharmacology*, (7), pp. 992.
128. Sayih BA, Abateneh DD, Yehualashet SS, Kebede KM (2020), "Hepatitis B virus infection and associated factors among adults in Southwest Ethiopia: a community-based cross-sectional study", *Int J Gen Med*, 13, pp. 323-332.
129. Schweitzer A, Horn J, Mikolajczyk RT, Krause G, Ott JJ (2016), "Estimations of worldwide prevalence of chronic hepatitis B virus infection: a systematic review of data published between 1965 and 2013.", *Lancet* 2016, 386 (10003), pp. 55-1546.
130. Singh J, Stoitsova S, Zakrzewska K, Henszel L, Rosińska M, Duffell E (2022), "Healthcare-associated hepatitis B and C transmission to patients in the EU/EEA and UK: a systematic review of reported outbreaks between 2006 and 2021", *BMC Public Health*, 22 (1), pp. 2260.
131. Toukan A (2013), "Strategy for the control of hepatitis B virus infection in the Middle East and North Africa", *Vaccine*, 1990 (8(suppl)), pp. S117-S121.
132. WHO (2014) *Hepatitis B: How can I protect myself?*, <https://www.who.int/features/qa/11/en/>, accessed on 9/10/2019.
133. WHO (2014), "Hepatitis B, Fact sheet N0 204, Updated June 2014",

134. WHO (2017) *Global hepatitis report*, <https://www.who.int/hepatitis/publications/global-hepatitis-report2017/en/>, accessed on 20/10/2021.
135. WHO (2017) *Epidemiological estimates for viral hepatitis in the Western Pacific*, <https://www.who.int/westernpacific/health-topics/hepatitis/regional-hepatitis-data>, accessed on 9/12/2019.
136. WHO (2017), "Guidelines on Hepatitis B and C testing ",
137. WHO (2024) *Guidelines for the prevention, diagnosis, care and treatment for people with chronic hepatitis B infection* pp. xxii.
138. WHO (2024) *Hepatitis B*, WHO, <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/hepatitis-b#:~:text=In%20highly%20endemic%20areas%2C%20hepatitis,first%205%20years%20of%20life.>, accessed on 20/4/2024.
139. Xia GL, Liu CB, Cao HL, Bi SL, Zhan MY, Su CA, et al. (1996), "Prevalence of hepatitis B and C virus infections in the general Chinese population. Results from a nationwide cross-sectional seroepidemiologic study of hepatitis A, B, C, D, and E virus infections in China", *Int Hepato Commun*, 5 (1), pp. 63-73.
140. Zhao X, Shi X, Lv M, Yuan B, Wu J. (2021), "Prevalence and factors associated with hepatitis B virus infection among household members: a cross-sectional study in Beijing", *Hum Vaccines Immunother*, 17 (6), pp. 1818-1824.

PHỤ LỤC

Phụ lục 1: Bản cung cấp thông tin và đồng ý tham gia nghiên cứu.

Phụ lục 2: Bộ câu hỏi phỏng vấn.

Phụ lục 3: Chứng nhận chấp thuận đạo đức của nghiên cứu.

Phụ lục 4: Giấy chấp nhận của Sở Y tế tỉnh Trà Vinh.

Phụ lục 5: Giấy Quyết định của Ủy ban nhân dân xã về việc Thành lập Ban chỉ đạo phòng chống nhiễm vi rút viêm gan B ở đồng bào Khmer Nam Bộ liên xã Tân Sơn – An Quảng Hữu, huyện Trà Cú, tỉnh Trà Vinh

Phụ lục 6: Tổ chức triển khai các hoạt động can thiệp

Phụ lục 7: Danh sách mẫu chọn tham gia nghiên cứu

Phụ lục 8: Các bước tiến hành lấy máu xét nghiệm vi rút viêm gan B của đối tượng tham gia nghiên cứu

**PHỤ LỤC 1: BẢN CUNG CẤP THÔNG TIN VÀ ĐỒNG Ý THAM GIA
NGHIÊN CỨU.
PHIẾU CUNG CẤP THÔNG TIN DÀNH CHO ĐỐI TƯỢNG NGHIÊN CỨU
VÀ CHẤP THUẬN THAM GIA NGHIÊN CỨU**

Tên 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.

Nghiên cứu viên chính: Th.BS Lê Thị Diễm Trinh

Chúng tôi mời bạn tham gia vào một nghiên cứu. Bạn có thể nói “đồng ý” hoặc “không đồng ý” đối với việc tham gia vào nghiên cứu này và thay đổi ý kiến vào bất cứ thời điểm nào.

I. THÔNG TIN VỀ NGHIÊN CỨU

1. Lý do và mục đích của nghiên cứu này là gì?

Lý do: Xác định thực trạng nhiễm vi rút viêm gan B ở đồng bào Khmer Nam Bộ, tỉnh Trà Vinh và hiệu quả một số giải pháp can thiệp dự phòng lây nhiễm tại cộng đồng.

Mục đích: chăm sóc, nâng cao sức khỏe đồng bào Khmer Nam Bộ.

2. Có bao nhiêu người sẽ tham gia vào nghiên cứu này?

Có 2.372 người tham gia nghiên cứu.

3. Tại sao bạn được chọn vào nghiên cứu này?

Nhằm khảo sát thực trạng nhiễm vi rút viêm gan B ở đồng bào Khmer Nam Bộ tỉnh Trà Vinh, bạn được mời vào tham gia nghiên cứu khi thỏa mãn các tiêu chí chọn vào nghiên cứu.

4. Bạn được chọn vào nghiên cứu này như thế nào?

Người Khmer Nam Bộ từ đủ 18 – 60 tuổi. Sống tại Trà Vinh từ đủ 1 năm trở lên.
Đồng ý tham gia nghiên cứu.

5. Việc bạn tham gia vào nghiên cứu sẽ kéo dài bao lâu? 10 phút

6. Những gì sẽ xảy ra nếu bạn tham gia vào nghiên cứu này?

Đến trạm y tế: lấy mẫu máu xét nghiệm, phỏng vấn, tư vấn.

7. Những lợi ích có thể có khi tham gia nghiên cứu này là gì?

Được xét nghiệm miễn phí, được tư vấn miễn phí về vi rút viêm gan B.

Được chi trả để bù đắp cho việc mất thu nhập do dành thời gian khoảng 10 phút tham gia, hình thức là đường, sữa trị giá 50.000 VNĐ.

8. Những rủi ro hoặc bất tiện có thể xảy ra khi tham gia nghiên cứu?

Người tham gia có thể có những tác động như đau, sưng, bầm tím khi lấy máu, tuy nhiên đây chỉ là thoáng qua và được xử trí miễn phí tại Trạm y tế.

9. Thông tin cá nhân của bạn được bảo vệ như thế nào?

Họ tên, những thông tin liên quan đến người tham gia tuyệt đối được giữ bí mật.

10. Bạn có thể rút khỏi nghiên cứu sớm không?

Quyền tự quyết định, có thể rút lui ở bất kỳ thời điểm nào.

11. Bạn có nhận được bất cứ thứ gì khi tham gia vào nghiên cứu này hay không?

Được tư vấn, xét nghiệm miễn phí, chi trả để bù đắp cho việc mất thu nhập do dành thời gian khoảng 10 phút tham gia, trị giá 50.000 VNĐ.

12. Bạn có phải mất phí để tham gia vào nghiên cứu này không?

Bạn không không phải mất phí để tham gia vào nghiên cứu này

13. Trách nhiệm của bạn trong nghiên cứu này là gì?

Cần trả lời trung thực các câu hỏi mà phỏng vấn viên hỏi.

14. Điều gì sẽ xảy ra nếu bạn bị bệnh trong thời gian diễn ra nghiên cứu?

Được tư vấn khám, điều trị miễn phí tại trạm y tế.

15. Bạn sẽ hỏi ai nếu có băn khoăn thắc mắc về nghiên cứu này?

Chủ nhiệm đề tài: Ths.BS Lê Thị Diễm Trinh, Số ĐT: 0972 317v041

Đại diện địa điểm nghiên cứu

Viện Vệ sinh Dịch tễ Trung ương, Điện thoại: 024 3972 1923

II/PHIẾU CHẤP THUẬN THAM GIA NGHIÊN CỨU

- **Chấp thuận của người tham gia nghiên cứu hay người đại diện hợp pháp:**
- Tôi đã đọc hoặc được nghe đọc bản cung cấp thông tin về nghiên cứu này.
- Tôi đã được cán bộ nghiên cứu giải thích những thông tin về nghiên cứu.

- Tôi đã có cơ hội để hỏi các câu hỏi về nghiên cứu này và các câu hỏi của tôi đều được trả lời.
- Tôi nhận một bản sao của Phiếu Thông tin cho đối tượng nghiên cứu và chấp thuận tham gia nghiên cứu này.
- Tôi tự nguyện đồng ý tham gia nghiên cứu này (đánh dấu x vào lựa chọn)

Đồng ý ☐ Không đồng ý ☐

Chữ ký của người tham gia:

Họ tên _____ Chữ ký _____

Ngày ____ tháng ____ năm 202

Chữ ký của Nghiên cứu viên/người lấy chấp thuận:

Tôi, người ký tên dưới đây, xác nhận rằng người tình nguyện tham gia nghiên cứu ký bản chấp thuận đã đọc toàn bộ bản thông tin trên đây, các thông tin này đã được giải thích cặn kẽ cho đối tượng nghiên cứu hiểu rõ bản chất, các nguy cơ và lợi ích của việc tham gia vào nghiên cứu này.

Họ tên _____ Chữ ký _____

Ngày ____ tháng ____ năm 202

PHỤ LỤC 2: BỘ CÂU HỎI PHỎNG VẤN.

Mã số phiếu _____

Đánh dấu X vào ô vuông ứng với mã trả lời của đối tượng nghiên cứu

TT	CÂU HỎI	MÃ	TRẢ LỜI
A. THÔNG TIN NỀN			
1	Năm sinh của anh/chị là		
2	Giới tính	1	Nữ
		2	Nam
3	Tôn giáo	1	Không
		2	Phật giáo
		3	Thiên chúa
		4	Khác: Ghi rõ.....
4	Nơi sinh sống	1	Thành thị
		2	Nông thôn
5	Trình độ học vấn	1	Không biết chữ
		2	≤ Tiểu học
		3	Trung học cơ sở
		4	Trung học phổ thông
		5	Trung cấp, cao đẳng, đại học
		6	Sau đại học
6	Nghề nghiệp của anh/chị là	1	Học sinh, sinh viên
		2	Làm thuê
		3	Công nhân
		4	Nông dân
		5	Công nhân viên chức
		6	Kinh doanh buôn bán
		7	Nội trợ
		8	Khác: Ghi rõ.....

7	Thu nhập bình quân của gia đình anh/chị mỗi tháng là bao nhiêu? (<i>Tổng thu nhập chia cho tổng số người trong gia đình</i>)	1	< 700.000
		2	700.000 – 900.000
		3	900.000 – 1.000.000
		4	1.000.000 – 1.300.000
		5	> 1.300.000
8	Tình trạng hôn nhân của anh/chị là?	1	Độc thân
		2	Kết hôn, đang sống chung
		3	Ly thân, ly dị, góa
9	Hiện tại anh/chị ở cùng ai?	1	Người thân: ba mẹ, vợ chồng, con
		2	Người quen, bạn học, đồng nghiệp
		3	Một mình
		4	Khác: Ghi rõ.....
10	Anh/chị có thể bảo hiểm y tế không?	1	Có
		2	Không → <i>qua câu B1</i>
11	Loại thẻ bảo hiểm y tế đó là gì	1	Người nghèo
		2	Chế độ chính sách
		3	Tự nguyện

B. KIẾN THỨC

1	Anh/chị có từng nghe về viêm gan B chưa?	1	Có
		2	Không → <i>qua câu B3</i>
2	Anh/chị nghe được thông tin đó từ nguồn nào? <i>Câu hỏi nhiều lựa chọn</i>	1	Phương tiện truyền thông
		2	Nhân viên y tế
		3	Người thân, đồng nghiệp
		4	Khác: Ghi rõ.....
3	Theo anh/chị, vi rút viêm gan B có lây nhiễm không?	1	Có
		2	Không → <i>qua câu B5</i>
		3	Không biết → <i>qua câu B5</i>
4	Theo anh/chị, nhiễm vi rút viêm	1	Máu

	gan B do đường lây truyền nào? <i>Câu hỏi nhiều lựa chọn</i>	2	Mẹ truyền sang con
		3	Quan hệ tình dục không an toàn
5	Theo anh/chị, vi rút viêm gan B có triệu chứng không?	1	Có
		2	Không → <i>qua câu B7</i>
		3	Không biết → <i>qua câu B7</i>
6	Triệu chứng nhiễm vi rút viêm gan B là gì? <i>Câu hỏi nhiều lựa chọn</i>	1	Sốt
		2	Mệt mỏi chán ăn
		3	Vàng da, vàng mắt
		4	Đau hạ sườn phải
		5	Khác: Ghi rõ.....
7	Có cách phát hiện nhiễm vi rút viêm gan B không?	1	Có
		2	Không → <i>qua câu B9</i>
		3	Không biết → <i>qua câu B9</i>
8	Phát hiện nhiễm vi rút viêm gan B bằng cách nào? <i>Câu hỏi nhiều lựa chọn</i>	1	Xét nghiệm máu
		2	Xét nghiệm nước bọt
		3	Xét nghiệm phân
		4	Khác: Ghi rõ.....
9	Theo anh/chị nhiễm vi rút viêm gan B có nguy hiểm đến sức khỏe không?	1	Có
		2	Không → <i>qua câu B11</i>
		3	Không biết → <i>qua câu B11</i>
10	Nhiễm vi rút viêm gan B gây ra nguy hiểm đến sức khỏe như thế nào? <i>Câu hỏi nhiều lựa chọn</i>	1	Ảnh hưởng đến gan
		2	Xơ gan
		3	Ung thư biểu mô tế bào gan
		4	Khác: Ghi rõ.....
11	Anh/chị có biết những nguy cơ lây nhiễm viêm gan B trong sinh hoạt?	1	Có
		2	Không → <i>qua câu B13</i>
		3	Không biết → <i>qua câu B13</i>
12	Nguy cơ lây nhiễm viêm gan B	1	Dùng chung dao cạo

	trong sinh hoạt? <i>Câu hỏi nhiều lựa chọn</i>	2	Dùng chung tông đơ cạo tóc
		3	Dùng chung bàn chải
		4	Khác: Ghi rõ.....
13	Anh/chị có biết những nguy cơ lây nhiễm viêm gan B trong hoạt động làm đẹp?	1	Có
		2	Không → <i>qua câu B15</i>
		3	Không biết → <i>qua câu B15</i>
14	Nguy cơ lây nhiễm viêm gan B trong hoạt động làm đẹp? <i>Câu hỏi nhiều lựa chọn</i>	1	Dùng chung dụng cụ làm móng tay chân
		2	Dùng dụng cụ lấy nhân mụn
		3	Xăm thẩm mỹ mày, môi
		4	Xăm hình
		5	Xỏ khuyên
		6	Khác: Ghi rõ.....
15	Anh/chị có biết những nguy cơ lây nhiễm viêm gan B trong y tế?	1	Có
		2	Không → <i>qua câu B17</i>
		3	Không biết → <i>qua câu B17</i>
16	Nguy cơ gây lây nhiễm viêm gan B trong y tế? <i>Câu hỏi nhiều lựa chọn</i>	1	Tiêm chích
		2	Truyền dịch
		3	Truyền máu
		4	Chích lễ nhọt
		5	Châm cứu
		6	Khâu vá da
		7	Khám chữa răng
		8	Các phẫu thuật
		9	Khác: Ghi rõ.....
17	Theo anh/chị có thể có thể phòng ngừa nhiễm vi rút viêm gan B trong gia đình và cộng đồng	1	Có
		2	Không → <i>qua câu B19</i>
		3	Không biết → <i>qua câu B19</i>

	không?			
18	Phòng ngừa nhiễm vi rút viêm gan B bằng cách nào? <i>Câu hỏi nhiều lựa chọn</i>	1		Tiêm ngừa vắc xin
		2		Không dùng chung các đồ dùng sinh hoạt có thể gây xước da và niêm mạc: dao cạo, bấm móng, nặn mụn,...
		3		Không dùng chung dụng cụ tiêm, truyền, xăm, sỏ lỗ,...
		4		Sử dụng bao cao su khi quan hệ với người nhiễm VGB
		5		Không dùng chung kim tiêm chích ma túy
		6		Khác: Ghi rõ.....
19	Anh/chị có nghe nói về tiêm ngừa vắc xin ngừa viêm gan B chưa?	1		Có
		2		Không → <i>qua câu B21</i>
20	Anh/chị nghe được thông tin đó từ nguồn nào? <i>Câu hỏi nhiều lựa chọn</i>	1		Phương tiện truyền thông
		2		Nhân viên y tế
		3		Người thân, đồng nghiệp
		4		Khác: Ghi rõ.....
21	Anh/chị có biết lợi ích của tiêm ngừa nhiễm vi rút viêm gan B không?	1		Có
		2		Không → <i>qua câu B23</i>
22	Lợi ích của tiêm ngừa vi rút viêm gan B là gì?	1		Là biện pháp phòng ngừa VGVR B hữu hiệu nhất
		2		Giúp cho trẻ em khỏi bị nhiễm
		3		Khác: Ghi rõ.....
23	Anh/chị có biết đối tượng nào cần tiêm ngừa vi rút viêm gan B	1		Có
		2		Không biết → <i>qua câu B25</i>

	không?			
24	Theo anh/chị người cần tiêm ngừa vi rút viêm gan B là ai? <i>Câu hỏi nhiều lựa chọn</i>	1	Trẻ sơ sinh	
		2	Người có người thân nhiễm vi rút viêm gan B	
		3	Nhân viên y tế	
		4	Người làm các công việc phun xăm, chích lễ	
		5	Khác: Ghi rõ.....	
25	Anh/chị có biết tiêm ngừa vi rút viêm gan B khi nào là tốt nhất?	1	Có	
		2	Không → <i>qua câu B27</i>	
		3	Không biết → <i>qua câu B27</i>	
26	Tiêm ngừa vi rút viêm gan B khi nào là tốt nhất?	1	Ngay 24 giờ sau sinh	
		2	Khi trẻ tới tuổi đến trường	
		3	Khi trưởng thành	
27	Anh/chị có biết tiêm đủ 3 mũi tiêm ngừa viêm gan B cho trẻ dưới 1 tuổi?	1	Có	
		2	Không	
		3	Không biết	
28	Tiêm ngừa viêm gan B cho trẻ em trong chương trình tiêm chủng mở rộng có được miễn phí không?	1	Có	
		2	Không	
		3	Không biết	
29	Nơi có thể tiêm ngừa viêm gan B? <i>Câu hỏi nhiều lựa chọn</i>	1	Trung tâm y tế tuyến tỉnh	
		2	Trung tâm y tế huyện	
		3	Trạm y tế xã	
		4	Phòng khám tư nhân	
		5	Tại trung tâm tiêm chủng	
		6	Khác: Ghi rõ.....	
C. THỰC HÀNH				

1	Anh/chị đã từng dùng chung dao cạo râu trong 12 tháng qua không?	1	Có
		2	Không
2	Anh/chị đã từng dùng chung tông đơ cạo tóc trong 12 tháng qua không?	1	Có
		2	Không
3	Anh/chị đã từng dùng chung bàn chải đánh răng trong 12 tháng qua không?	1	Có
		2	Không
4	Anh/chị đã từng dùng chung dụng cụ làm móng tay, chân trong 12 tháng qua không?	1	Có
		2	Không
5	Anh/chị đã từng dùng chung dụng cụ lấy nhân mụn trong 12 tháng qua không?	1	Có
		2	Không
6	Anh/chị có từng phun xăm mày, môi...lần nào không?	1	Có
		2	Không
7	Anh/chị có từng xăm hình lần nào không?	1	Có
		2	Không
8	Anh/chị có xỏ lỗ/khuyên tai lần nào không?	1	Có
		2	Không
9	Anh/chị có từng tiêm chích lần nào không?	1	Có
		2	Không
10	Anh/chị có từng truyền dịch lần nào không?	1	Có
		2	Không
11	Anh/chị có từng truyền máu lần nào không?	1	Có
		2	Không
12	Anh/chị có từng có chích lễ da	1	Có

	nhọt không?		2	Không
13	Anh/chị có từng châm cứu lần nào không?		1	Có
			2	Không
14	Anh/chị có từng khâu vá da không?		1	Có
			2	Không
15	Anh/chị có từng chữa răng lần nào không?		1	Có
			2	Không
16	Anh/chị có từng phẫu thuật lần nào không?		1	Có
			2	Không
17	Anh/chị đã từng dùng chung kim tiêm chích ma túy không?		1	Có
			2	Không
18	Anh/chị đã từng quan hệ tình dục ngoài vợ/chồng?		1	Có
			2	Không
19	Anh/chị đã từng quan hệ tình dục ngoài vợ/chồng mà không sử dụng bao cao su?		1	Có
			2	Không
D. TIỀN SỬ				
1	Trong gia đình, người sống cùng nhà có ai nhiễm vi rút viêm gan B không?		1	Có
			2	Không → qua câu D3
2	Ai là người nhiễm vi rút viêm gan B? <i>Câu hỏi nhiều lựa chọn</i>		1	Vợ, chồng, con
			2	Cha, mẹ
			3	Anh/chị
			4	Bạn chung nhà
			5	Khác: Ghi rõ.....
3	Anh/chị có tiêm ngừa phòng vi rút viêm gan B chưa?		1	Có
			2	Chưa → qua câu D5
4	Anh/chị đã tiêm ngừa tại đâu?		1	Trung tâm y tế tuyến tỉnh

	<i>Câu hỏi nhiều lựa chọn</i>	2	Trung tâm y tế huyện
		3	Trạm y tế xã
		4	Phòng khám tư nhân
		5	Tại trung tâm tiêm chủng
		6	Khác: Ghi rõ.....
5	Anh/chị đã từng xét nghiệm vi rút viêm gan B chưa?	1	Có
		2	Không → <i>qua câu D10</i>
6	Lý do anh/chị xét nghiệm vi rút viêm gan B là?	1	Để biết có nhiễm VGVR B không
		2	Khám sức khỏe
		3	Bác sĩ chỉ định
		4	Khác: Ghi rõ.....
7	Kết quả lần xét nghiệm đó anh/chị có nhiễm vi rút viêm gan B không?	1	Có
		2	Không → <i>qua câu D10</i>
8	Nếu nhiễm vi rút viêm gan B anh/chị đã đi khám chuyên khoa chưa?	1	Có
		2	Không → <i>qua câu D10</i>
9	Đi khám chuyên khoa thì anh/chị đi khám như thế nào?	1	Khám định kì 3 – 6 tháng/1 lần
		2	Khi có biểu hiện bất thường về sức khỏe
		3	Khác
10	Số con của anh/chị hiện có?	1	0 con → <i>Kết thúc phỏng vấn</i>
		2	1 con
		3	≥ 2 con
11	Nếu gia đình có trẻ nhỏ, anh/chị đã tiêm ngừa viêm gan B cho trẻ chưa?	1	Có
		2	Không
12	Anh/chị đã cho trẻ tiêm ngừa tại	1	Trung tâm y tế tuyến tỉnh

	đâu? <i>Câu hỏi nhiều lựa chọn</i>	2	Trung tâm y tế huyện
		3	Trạm y tế xã
		4	Phòng khám tư nhân
		5	Tại trung tâm tiêm chủng
		6	Khác: Ghi rõ.....
E. KẾT QUẢ XÉT NGHIỆM			
1	Kết quả xét nghiệm HBsAg	1	Dương tính
		2	Âm tính

PHỤ LỤC 3: CHỨNG NHẬN CHẤP THUẬN ĐẠO ĐỨC CỦA NGHIÊN CỨU

VIỆN VỆ SINH DỊCH TỄ TRUNG ƯƠNG
Hội đồng đạo đức trong nghiên cứu y sinh học
IRB -VN01057/ IORG 0008555

No: HĐĐĐ - 01/2021

Hà Nội, ngày 29 tháng 01 năm 2021

GIẤY CHỨNG NHẬN Chấp thuận của Hội đồng đạo đức cơ sở

Hồ sơ mới ☒

Hồ sơ chỉnh sửa ☐

Hồ sơ gia hạn ☐

Đề cương sau đây đã được Hội đồng đạo đức trong nghiên cứu y sinh học Viện Vệ sinh dịch tễ Trung ương xem xét và chấp thuận theo Quy tắc chung và các quy định của pháp luật hiện hành về đạo đức trong nghiên cứu y sinh học.

- Tên nghiên cứu: Thực trạng nhiễm vi rút viêm gan B ở đồng bào Khmer Nam Bộ, tỉnh Trà Vinh và hiệu quả một số giải pháp can thiệp dự phòng lây nhiễm tại cộng đồng
- Chủ nhiệm đề tài: ThS. Lê Thị Diễm Trinh
- Tổ chức chủ trì: Viện Vệ sinh dịch tễ Trung ương
- Địa điểm triển khai: Tỉnh Trà Vinh
- Đối tượng và cỡ mẫu: Người Khmer Nam Bộ 18-60 tuổi, 1800 người
- Thời gian nghiên cứu: 10/2020-6/2022
- Các tài liệu sau đây đã được chấp thuận để sử dụng trong nghiên cứu:

TT	Tên tài liệu	Phiên bản	Ngày
1.	Đề cương nghiên cứu	01	29/01/2021

Giấy chứng nhận có giá trị từ ngày ký đến ngày 30 tháng 06 năm 2022. *lll*



VIỆN TRƯỞNG
Dặng Đức Anh

CHỦ TỊCH HỘI ĐỒNG

GS. TS. Vũ Sinh Nam

PHỤ LỤC 4: GIẤY CHẤP NHẬN CỦA SỞ Y TẾ TRÀ VINH

UBND TỈNH TRÀ VINH SỞ Y TẾ	CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM Độc lập - Tự do - Hạnh phúc
Số: <u>245</u> /SYT-NVY V/v: thống nhất cho nghiên cứu sinh Lê Thị Diễm Trinh thực hiện đề tài luận án tiến sĩ tại Trà Vinh	Trà Vinh, ngày <u>26</u> tháng <u>10</u> năm <u>2020</u>
Kính gửi: Viện Vệ sinh dịch tễ Trung ương	
Căn cứ Công văn số 86/VSDTTƯ-ĐTKH ngày 03/02/2020 của Viện Vệ sinh dịch tễ Trung ương về việc hỗ trợ thực hiện đề tài luận án tiến sĩ của NCS Lê Thị Diễm Trinh đến thực hiện đề tài nghiên cứu: “Thực trạng viêm gan vi rút B ở đồng bào Khmer Nam Bộ và hiệu quả một số biện pháp can thiệp tại đồng bằng sông Cửu Long”. Sau khi xem xét, Sở Y tế Trà Vinh thống nhất cho NCS Lê Thị Diễm Trinh triển khai thực hiện đề tài nghiên cứu tại tỉnh Trà Vinh, Sở Y tế đề nghị: Giám đốc Trung tâm Y tế huyện, thị xã, thành phố giúp đỡ, tạo điều kiện thuận lợi cho NCS Lê Thị Diễm Trinh hoàn thành việc thu thập thông tin làm luận văn tốt nghiệp Tiến sĩ chuyên ngành Y học dự phòng. Sở Y tế yêu cầu: NCS Lê Thị Diễm Trinh phải tuân thủ triệt để các qui định hiện hành về đạo đức trong nghiên cứu y sinh học, nhất là phải bảo đảm an toàn cho các đối tượng tham gia nghiên cứu khi triển khai đề tài./.	
Nơi nhận : - Như trên; - NCS Lê Thị Diễm Trinh ; - Trung tâm Y tế huyện, thị xã, thành phố; - Lưu: VT, NVY	KT. GIÁM ĐỐC PHÓ GIÁM ĐỐC  Nguyễn Hữu Phước
Đã quang/2020/NCKH/Thống nhất cho Lê Thị Diễm Trinh - Văn/VSDTTW thực hiện đề tài	

PHỤ LỤC 5: GIẤY QUYẾT ĐỊNH CỦA ỦY BAN NHÂN DÂN XÃ

ỦY BAN NHÂN DÂN CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM
XÃ TÂN SƠN Độc lập – Tự do – Hạnh phúc
Số: 15/2021/QĐ-UBND Tân Sơn, ngày 11 tháng 3 năm 2021

QUYẾT ĐỊNH

Về việc Thành lập Ban chỉ đạo phòng chống nhiễm vi rút viêm gan B ở đồng bào Khmer Nam Bộ liên xã Tân Sơn – An Quảng Hữu, huyện Trà Cú, tỉnh Trà Vinh

ỦY BAN NHÂN DÂN XÃ TÂN SƠN

Căn cứ Luật tổ chức chính quyền địa phương ngày 19/6/2015; Luật sửa đổi, bổ sung một số điều Luật tổ chức Chính phủ và Luật tổ chức chính quyền địa phương ngày 22/11/2019;

Căn cứ Quyết định số 1959/QĐ-VVSDTTU ngày 24 tháng 12 năm 2019 của Viện Vệ sinh Dịch tễ trung Ương, về việc công nhận nghiên cứu sinh, giao hướng nghiên cứu và cử cán bộ hướng dẫn cho nghiên cứu sinh khóa 39 năm 2019 cho nghiên cứu sinh Lê Thị Diễm Trinh,

Căn cứ công văn số 86/VSDTTU-ĐTKH ngày 03 tháng 02 năm 2020 của Viện Vệ sinh Dịch tễ trung Ương về việc hỗ trợ thực hiện đề tài nghiên cứu tại địa phương của nghiên cứu sinh Lê Thị Diễm Trinh.

Căn cứ hồ sơ số 2743/SYT-NVY ngày 26 tháng 10 năm 2020 của Sở Y tế tỉnh Trà Vinh về việc Thống nhất chủ trương cho nghiên cứu sinh Lê Thị Diễm Trinh thực hiện đề tài luận án tiến sĩ tại tỉnh Trà Vinh.

Theo đề nghị của Trưởng trạm y tế xã.

QUYẾT ĐỊNH

Điều 1: Thành lập Ban chỉ đạo phòng chống nhiễm vi rút viêm gan B ở đồng bào Khmer Nam Bộ liên xã Tân Sơn – An Quảng Hữu, huyện Trà Cú, tỉnh Trà Vinh gồm các ông (bà) có tên sau:

- Ông Nguyễn Hoàng Trung, phó chủ tịch UBND xã Tân Sơn, trưởng ban.
- Ông Thạch Hoàng Đế, trưởng trạm y tế xã Tân Sơn, phó trưởng ban.
- Mời bà Huỳnh Ngọc Tãi, trưởng trạm y tế xã An Quảng Hữu, phó trưởng ban.
- Mời bà Lê Thị Diễm Trinh, giảng viên trường ĐHY dược TP.HCM, phó trưởng ban.
- Mời bà Huỳnh Thị Xuân Linh, giảng viên khoa Y dược, trường đại học Trà Vinh, giám sát.
- Bà Kim Thị Liễn, nhân viên trạm Y tế xã Tân Sơn, giám sát.

7. Mời ông Kim Minh Khánh, Giảng viên trường Trung học Paly, thành viên.
8. Mời ông Dương Văn Thắng, Công tác viên y tế xã An Quảng Hữu, thành viên.
9. Cộng tác viên y tế các ấp thuộc xã Tân Sơn.

Điều 2. Chức năng, nhiệm vụ của Ban chỉ đạo

Tổ chức tuyên truyền, kiểm tra, giám sát thực hiện các biện pháp phòng chống lây nhiễm viêm gan B trong đồng bào dân tộc khmer Nam Bộ liên xã Tân Sơn - An Quảng Hữu.

Điều 3. Văn phòng - Thống kê UBND xã, các ông (bà) có tên ở Điều 1 chịu trách nhiệm thi hành quyết định này.

Quyết định này có hiệu lực kể từ ngày ký./.

Nơi nhận:

- ĐU-HĐND-UBND xã;
- UBND xã, Trạm y tế xã An Quảng Hữu;
- Như Điều 3;
- Lưu: VT.

TM. ỦY BAN NHÂN DÂN

KT. CHỦ TỊCH

PHÓ CHỦ TỊCH



Nguyễn Hoàng Trung

PHỤ LỤC 6 : TỔ CHỨC TRIỂN KHAI CÁC HOẠT ĐỘNG CAN THIỆP

STT	Hoạt động	Người thực hiện	Phối hợp	Thời gian thực hiện
I	Tổ chức mạng lưới can thiệp, ban hành các văn bản, tài liệu can thiệp			
1	Lập kế hoạch can thiệp	Nghiên cứu sinh	Ủy ban nhân dân xã can thiệp	Tháng 01/2021
2	Xin ý kiến, các công văn chỉ đạo về phòng chống nhiễm VRVGB	Nghiên cứu sinh	UBND Xã can thiệp	Tháng 01 – 02/2021
3	Biên soạn các văn bản hướng dẫn, tài liệu phục vụ cho hoạt động can thiệp tại xã can thiệp	Nghiên cứu sinh	Trạm Y tế xã can thiệp	Tháng 01 – 02/2021
4	Phổ biến các văn bản chỉ đạo và kế hoạch can thiệp	Nghiên cứu sinh	Ủy ban nhân dân xã can thiệp	Tháng 01 – 02/2021
5	Thành lập và tổ chức buổi ra mắt ban chỉ đạo phòng chống nhiễm VRVGB	Nghiên cứu sinh	UBND, Trạm Y tế xã can thiệp	Tháng 02 – 03/2021
6	Tổ chức các buổi tập huấn về thực hiện các biện pháp can thiệp cho mạng lưới can thiệp	Nghiên cứu sinh	Mạng lưới can thiệp TYT xã can thiệp 17 nhân viên y tế	Tháng 03 – 12/2021
II	Chuẩn bị tài liệu truyền thông, giáo dục sức khỏe về phòng chống nhiễm VRVGB			
7	Xây dựng các tài liệu, phương tiện truyền thông	Nghiên cứu sinh	Trung tâm dịch thuật	Tháng 01 – 02/2021

STT	Hoạt động	Người thực hiện	Phối hợp	Thời gian thực hiện
	giáo dục sức khỏe bằng 2 thứ tiếng Việt và tiếng Khmer		TYT xã can thiệp	
8	In ấn và chuẩn bị các tài liệu, phương tiện can thiệp	Nhóm nghiên cứu	Hợp đồng các công ty in ấn	Tháng 01 – 02/2021
III	Triển khai can thiệp			
9	Phát thanh toàn xã về phòng nhiễm VRVGB	Nhóm nghiên cứu	Đài phát thanh xã can thiệp UBND xã can thiệp	Thứ 4 hàng tuần từ Tháng 7/2021 – 6/2022
10	Truyền thông bằng 6 áp phích song ngữ	Nhóm nghiên cứu	UBND xã can thiệp TYT xã can thiệp Mạng lưới can thiệp	Từ tháng 7/2021 đến tháng 6/2022
11	Truyền thông bằng 5000 tờ gấp song ngữ	Nhóm nghiên cứu	UBND xã can thiệp TYT xã can thiệp Mạng lưới can thiệp	Từ tháng 7/2021 đến tháng 6/2022
12	Tổ chức các buổi nói chuyện chuyên đề phòng chống nhiễm VRVGB mỗi tháng	TYT xã can thiệp	Mạng lưới can thiệp Cộng đồng xã can thiệp	Từ tháng 7/2021 đến tháng 6/2022
13	Giám sát thực hiện mỗi tháng	Nghiên cứu sinh	Nhóm nghiên cứu	Từ tháng 7/2021 đến tháng 6/2022

PHỤ LỤC 7: DANH SÁCH MẪU CHỌN THAM GIA NGHIÊN CỨU

TT	Tên xã	Dân số (người)	Huyện	Số lượng mẫu
1.	Thanh Hòa Sơn	3.712	Cầu Ngang	70
2.	Nhị Trường	6.347	Cầu Ngang	70
3.	Trường Thọ	4.485	Cầu Ngang	72
4.	Hiệp Hòa	3.523	Cầu Ngang	75
5.	Long Sơn	2.042	Cầu Ngang	83
6.	Hiếu Tử	4.763	Tiểu Cần	68
7.	Tập Ngãi	2.009	Tiểu Cần	70
8.	Tân Hùng	4.600	Tiểu Cần	70
9.	Phong Phú	2.519	Cầu Kè	67
10.	Châu Điền	4.169	Cầu Kè	128
11.	Hòa Ân	2.653	Cầu Kè	128
12.	Tam Ngãi	455	Cầu Kè	75
13.	Phước Hưng	3.115	Trà Cú	71
14.	Ngãi Xuyên	3.345	Trà Cú	67
15.	Tân Sơn	3.115	Trà Cú	128
16.	An Quảng Hữu	3.246	Trà Cú	128
17.	Thanh Sơn	3.540	Trà Cú	83
18.	Long Hiệp	3.439	Trà Cú	71
19.	Ngọc Biên	3.861	Trà Cú	70
20.	Đại An	3.904	Trà Cú	74
21.	Định An	4.186	Trà Cú	71
22.	Đôn Châu	4.866	Duyên Hải	71
23.	Đôn Xuân	4.913	Duyên Hải	68
24.	Tân Hiệp	4.600	Trà Cú	68
25.	Ngũ Lạc	4.649	Duyên Hải	70

TT	Tên xã	Dân số (người)	Huyện	Số lượng mẫu
26.	Huyền Hội	916	Càng Long	72
27.	Hòa Lợi	4.942	Châu Thành	68
28.	Lương Hòa	2.841	Châu Thành	67
29.	Lương Hòa A	4.300	Châu Thành	70
30.	Phường 8	3.481	Thành phố Trà Vinh	79
Tổng		108.536		2.372

PHỤ LỤC 8: CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH LẤY MÁU XÉT NGHIỆM VI RÚT VIÊM GAN B CỦA ĐỐI TƯỢNG THAM GIA NGHIÊN CỨU

- Bước 1: Kỹ thuật viên tiếp xúc, thăm hỏi đối tượng, giới thiệu tên, chức danh của mình.
- Bước 2: Kiểm tra đôi chiếu thông tin.
- Bước 3: Để đối tượng ở tư thế thích hợp.
- Bước 4: Ghi thông tin xác định vào ống nghiệm.
- Bước 5: Rửa tay sau đó mang găng.
- Bước 6: Chọn vị trí lấy máu thích hợp, buộc dây garo trên chỗ lấy máu từ 3 – 5 cm.
- Bước 7: Sát khuẩn vị trí lấy máu bằng cồn 70°, đợi khô.
- Bước 8: Chọc kim qua da vào tĩnh mạch, kéo nhẹ pít tông cho máu tự chảy vào xilanh cho đến khi đủ số lượng máu làm xét nghiệm.
- Bước 9: Tháo dây garo, đặt bông vô khuẩn lên trên vị trí chọc kim để cầm máu, rút kim nhanh.
- Bước 10: Tháo kim ra khỏi bơm tiêm, bơm máu từ từ vào thành ống nghiệm để tránh vỡ hồng cầu (nếu lấy máu có chất chống thì lắc trộn nhẹ nhàng trong 30 giây để máu khỏi bị đông). Băng vết chích máu bằng băng cá nhân. Thu dọn dụng cụ, tháo găng, rửa tay.

Nhận định kết quả: Tuýp máu không bị đông, số lượng máu đủ.

Những sai sót và xử trí: Máu bị đông, vỡ hồng cầu do thao tác kỹ thuật chưa chính xác. Đối tượng có thể bị choáng, mệt do sợ hãi quá mức cần được nghỉ ngơi

Những điều cần lưu ý [22]:

Lấy máu: Chọn nơi lấy máu, tốt nhất là phần cong ở khuỷu tay. Xác định vị trí tĩnh mạch. Các tĩnh mạch nổi không cần ga – rô. Quán ga – rô quanh cánh tay: buộc ga – rô khoảng 4 – 5 đốt ngón tay phía trên khu vực lấy máu. Yêu cầu đối tượng nắm tay để các tĩnh mạch nổi hơn. Khử trùng nơi lấy máu: Sử dụng cồn 70 độ, chờ cồn khô trong 30 giây, không chạm vào vùng đã khử trùng.

Kiểm tra dụng cụ lấy mẫu: Đối với bơm kim tiêm: Kiểm tra pít tông bằng cách kéo và đẩy pít tông 2 – 3 lần. Điều chỉnh mũi kim tiêm sao cho đầu vát hướng lên trên. Đối với ống lấy mẫu chân không: Khi dùng ống chân không, đặt ống lấy mẫu vào dụng cụ hỗ trợ, tránh đưa ống vượt quá vạch giới hạn của phần giữ ống tiêm để tránh việc mở phần chân không.

Tiến hành rút máu: đưa kim nhẹ nhàng vào mạch máu dưới một góc 30^0 . Khi máu bắt đầu chảy, đề nghị đối tượng mở bàn tay của mình. Khi đã lấy đủ mẫu máu, tháo dây ga – rô trước khi rút mũi tiêm. Rút mũi tiêm nhẹ nhàng: Đề nhẹ lên nơi lấy mẫu một miếng gạc sạch hoặc bông sạch. Yêu cầu bệnh nhân không gập tay lại. Lấy mẫu ra khỏi dụng cụ lấy mẫu và để vào giá đỡ. Chờ ngưng máu chảy: Không rời khỏi đối tượng đến khi máu ngừng chảy ở nơi lấy mẫu.

Cách bảo quản bệnh phẩm: Huyết tương tách sớm trong vòng 1 giờ sau khi lấy máu, nhất là khi làm xét nghiệm điện giải để tránh sự khuếch tán K^+ từ hồng cầu ra. Huyết thanh phải tách trước 2 giờ kể từ khi lấy máu. Để ở nhiệt độ phòng, đậy nút tránh bay hơi và nhiễm khuẩn. Huyết thanh và huyết tương cho phép được bảo quản < 4 giờ ở nhiệt độ phòng và 1 – 2 ngày ở 2 – 8 độ C. Muốn giữ lâu hơn cần phải để ở ngăn đá và đậy nút kín.

Cách vận chuyển mẫu: Khi vận chuyển mẫu cần tuân thủ quy trình đóng gói mẫu như đóng chặt nắp ống mẫu, xếp ống mẫu theo hướng thẳng đứng trong giá đựng mẫu, đặt túi lạnh vào thùng đựng mẫu nhằm bảo quản mẫu từ 2 – 8 độ C.

Đọc kết quả [4]: dựa vào kết quả test nhanh .

Thanh test nhanh viêm gan B mục đích để xác định sắc ký miễn dịch định tính phát của kháng nguyên VRVGB trong huyết tương hoặc huyết thanh cơ thể. Thanh có tên gọi là kit thử chẩn đoán viêm gan B HBsAg.

Màng kit thử được phủ một lớp kháng thể HBsAg ở vùng kết quả. Trong quá trình làm xét nghiệm, mẫu huyết thanh hoặc huyết tương phản ứng với các phần tử mang theo kháng thể kháng HBsAg. Hỗn hợp tạo thành thẩm theo màng di chuyển hướng lên nhờ các mao dẫn, gặp và phản ứng kết tủa màu với các kháng thể kháng HBsAg trên lớp màng và tạo ra vạch màu. Sự có mặt của vạch màu ở

vùng kết quả trên kit thử cho biết kết quả dương tính, ngược lại trong trường hợp không có vạch màu là kết quả âm tính. Nhằm mục đích kiểm tra quy trình thao tác xét nghiệm, một vạch màu luôn luôn xuất hiện tại vùng chứng (gọi là vạch chứng). để khẳng định rằng lượng mẫu đã đủ và lớp màng thấm tốt.

Kit test nhanh viêm gan B (HBsAg) không thể phát hiện ra HBsAg khi nồng độ HBsAg trong mẫu phẩm nhỏ hơn 1ng/mL. Nếu như kết quả xét nghiệm âm tính mà các triệu chứng lâm sàng vẫn còn, cần phải làm thêm xét nghiệm bằng các phương pháp khác. Vì vậy, kết quả xét nghiệm âm tính không phải bao giờ cũng loại trừ được khả năng đã bị lây nhiễm VRVGB.