

BỘ GIÁO DỤC VÀ ĐÀO TẠO

BỘ Y TẾ

VIỆN VỆ SINH DỊCH TỄ TRUNG ƯƠNG

-----\*-----

LÊ THỊ ĐIỂM TRINH

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

**CHUYÊN NGÀNH: Y HỌC DỰ PHÒNG**

**MÃ SỐ: 9 72 01 63**

**TÓM TẮT LUẬN ÁN TIẾN SĨ Y HỌC**

**HÀ NỘI – 2024**

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

**Người hướng dẫn khoa học:**

- PGS.TS. Lê Anh Tuấn
- TS. Trần Đại Quang

Phản biện 1:	GS.TS Nguyễn Văn Tập
Phản biện 2:	PGS.TS Nguyễn Duy Phong
Phản biện 3:	TS. Lê Đức Cường

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

Vào hồi 14 giờ 00, ngày 25 tháng 3 năm 2024.

*Có thể tìm hiểu luận án tại:*

- Thư viện Quốc gia
- Thư viện Viện Vệ sinh Dịch tễ Trung ương
- Tạp chí Y học dự phòng

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

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

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

## ĐẶT VẤN ĐỀ

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

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. 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%. 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. 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.

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

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

## CẤU TRÚC CỦA LUẬN ÁN

Luận án gồm 128 trang không kể tài liệu tham khảo và phụ lục, có 29 bảng, 02 hình, 03 sơ đồ và 03 biểu đồ. Đặt vấn đề 02 trang. Tổng quan 34 trang; đối tượng và phương pháp nghiên cứu 32 trang; kết quả nghiên cứu 30 trang; bàn luận 28 trang; kết luận 01 trang và khuyến nghị 01 trang.

## CHƯƠNG 1. TỔNG QUAN

### 1.1. Thực trạng nhiễm vi rút viêm gan B

#### 1.1.1. Trên thế giới

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

Trong mỗi vùng địa lý, dựa theo tỷ lệ người mang VRVGB tại các quốc gia để chia thành 3 vùng: vùng có tỷ lệ lưu hành thấp, trung bình và cao. Vùng lưu hành cao (HBsAg (+)  $\geq 8\%$ ) 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.

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.

#### 1.1.2. Tại Việt Nam

WHO đưa ra cảnh báo, Việt Nam là một trong số 11 quốc gia chiếm tới gần 50% số lượng người mắc bệnh viêm gan mạn tính trên toàn cầu. Theo thống kê của Tổ chức Y tế thế giới (WHO), tại Việt Nam năm 2017 tỷ lệ nhiễm VRVGB chiếm 8,1% tổng dân số. Hiện nay, tỷ lệ người nhiễm viêm gan vi rút B đang ngày một gia tăng trong cộng đồng.

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

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

#### 1.2.1. Kiến thức đối với nhiễm VRVGB

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.

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

Đối với hoạt động thẩm mỹ làm đẹp, các hoạt động phổ biến thường được thực hiện là: phun mày môi, xăm hình hay các hoạt động châm cứu, chích 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.

### ***1.2.3. 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 – BHYT về Hướng dẫn kiểm soát nhiễm khuẩn trong cơ sở khám chữa bệnh và Kế hoạch hành động quốc gia về tăng cường kiểm soát nhiễm khuẩn trong các cơ sở y tế giai đoạn 2016 – 2020 nhằm tăng cường việc thực hiện phòng ngừa chuẩn và kiểm soát nhiễm khuẩn trong các cơ sở y tế. Trên cơ sở đó, các bệnh viện đã thành lập đơn vị chống nhiễm khuẩn và triển khai các hoạt động phòng chống nhiễm khuẩn, đặc biệt tại các bệnh viện lớn. Mạng lưới chống nhiễm khuẩn tại các cơ sở y tế đã được hệ thống hóa và giám sát việc thực hành phòng chống nhiễm khuẩn. Việc áp dụng các biện pháp phòng ngừa chuẩn để dự phòng các bệnh lây truyền qua đường máu bao gồm VRVGB, C ngày càng được tăng cường.

## **1.3. Các biện pháp can thiệp dự phòng lây nhiễm vi rút viêm gan B**

### ***1.3.1. Trên thế giới***

- Truyền thông, giáo dục và nâng cao nhận thức, thay đổi hành vi
- Tiêm ngừa vắc xin
- Phòng lây truyền từ mẹ sang con
- Trong sinh hoạt

### ***1.3.2. Tại Việt Nam***

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

## CHƯƠNG 2. PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

### 2.1. Đối tượng nghiên cứu

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

#### *Tiêu chuẩn chọn đối tượng nghiên cứu*

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

- Người Khmer từ đủ 18 – 60 tuổi. Sống tại tỉnh Trà Vinh từ đủ 1 năm trở lên, 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 01/01/2021 đến 30/6/2022. Nghiên cứu được tiến hành qua 2 giai đoạn:

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

### 2.3. Phương pháp nghiên cứu

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

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

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

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

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  $p = 0,092$ .
- $d = 0,02$ : 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:  $n = 2006 / 0,85 = 2.360$  người.
- Lấy mẫu thực tế nghiên cứu  $n = 2.372$  người.
- Phương pháp chọn mẫu: Chọn mẫu cụm nhiều giai đoạn.

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

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

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

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

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. 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.

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

#### 2.4. Phương pháp xử lý số liệu

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

Tỷ lệ kiến thức đúng và thực hành đúng được trình bày 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  $\chi^2$ , OR, phân tích hồi quy logistic, giá trị p chọn ngưỡng  $p < 0,05$ .

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

Với mục tiêu 2, số liệu được phân tích bằng cách sử dụng phương pháp khác biệt trong sự khác biệt DID (Difference in Differences) để đánh giá tác động của các can thiệp.



### CHƯƠNG 3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

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

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

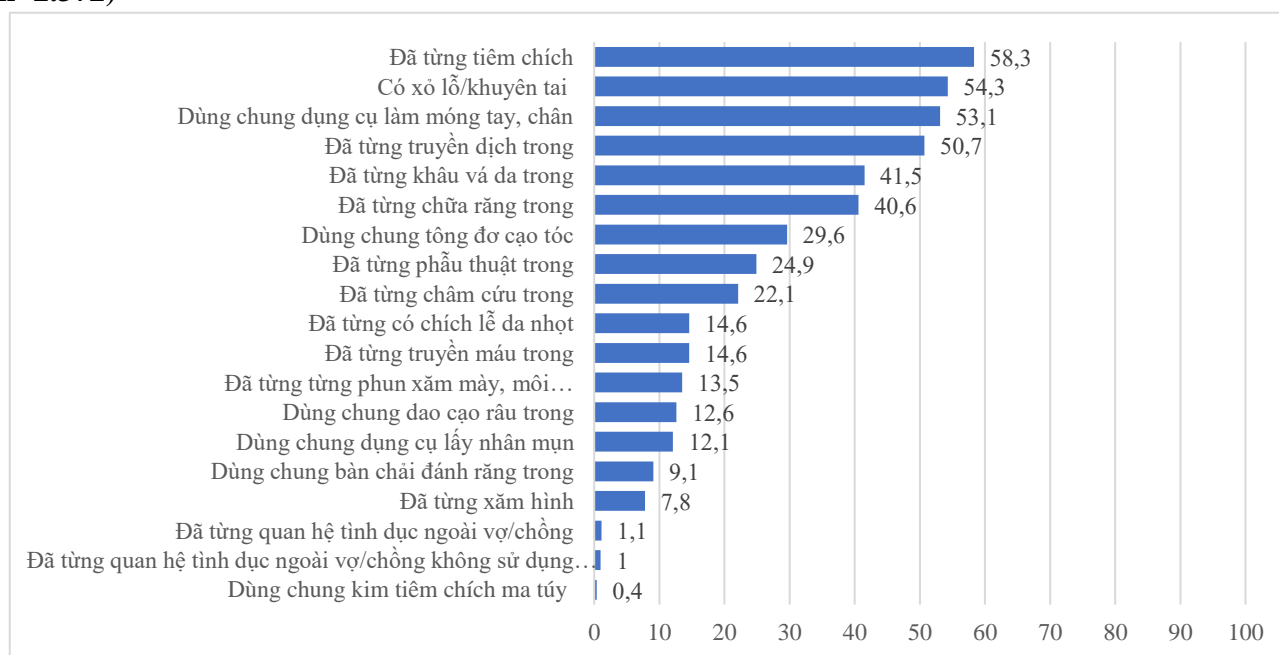
##### 3.1.1. Mô tả thực trạng nhiễm vi rút viêm gan B ở đồng bào Khmer

**Bảng 3.1. Tỷ lệ nhiễm VRVGB (n=2.372)**

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

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

**Biểu đồ 3.1. Tỷ lệ đã từng có thực hành nguy cơ về nhiễm VRVGB ở đồng bào Khmer (n=2.372)**



Về thực hành có nguy cơ trong nhiễm VRVGB, nghiên cứu ghi nhận kết quả như sau: 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% xô 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.

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

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

Đặc điểm	Nhiễm VRVGB		OR	KTC 95%	p
	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)	<b>1,82</b>	<b>1,22 – 2,72</b>	<b>0,003</b>
Giới tính					
Nam	132 (11,9)	974 (88,1)	<b>1,56</b>	<b>1,19 – 2,05</b>	<b>&lt;0,001</b>
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 3.3. Yếu tố đặc điểm nghề nghiệp, kinh tế và tình trạng nhiễm VRVGB ở đồng bào Khmer (n=2.372)**

Đặc điểm	Nhiễm VRVGB		OR	KTC 95%	p
	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

Đặc điểm	Nhiễm VRVGB		OR	KTC 95%	p
	Có (%)	Không (%)			
< 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 3.4. Yếu tố đặc điểm hôn nhân, gia đình và tình trạng nhiễm VRVGB ở đồng bào Khmer (n=2.372)**

Đặc điểm	Nhiễm VRVGB		OR	KTC 95%	p
	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, ly dị, góa	43 (11,6)	329 (88,4)	1		
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)	<b>2,26</b>	<b>1,22 – 4,19</b>	<b>0,010</b>
Chính sách	172 (10,2)	1.523 (89,8)	<b>1,84</b>	<b>1,13 – 3,01</b>	<b>0,014</b>
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 3.5. Yếu tố kiến thức chung và tình trạng nhiễm VRVGB ở đồng bào Khmer (n=2.372)**

Đặc điểm	Nhiễm VRVGB		OR	KTC 95%	p
	Có (%)	Không (%)			
Kiến thức chung					
Đúng	4 (3,6)	106 (96,4)	1		
Chưa đúng	<b>229 (10,1)</b>	<b>2.033 (89,9)</b>	<b>2,98</b>	<b>1,09 – 8,18</b>	<b>0,033</b>

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

Đặc điểm	Nhiễm VRVGB		OR	KTC 95%	p
	Có (%)	Không (%)			
Thực hành chung					
Đúng	<b>120 (7,2)</b>	<b>1.557 (92,8)</b>	<b>1</b>		
Chưa đúng	<b>113 (16,3)</b>	<b>582 (83,7)</b>	<b>2,52</b>	<b>1,92 – 3,31</b>	<b>&lt;0,001</b>

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

Đặc điểm	Nhiễm VRVGB		
	aOR	KTC 95%	p
Nhóm tuổi			
Từ 50 đến 60 tuổi	<b>2,03</b>	<b>1,33 – 3,11</b>	<b>0,001</b>
Từ 40 đến 49 tuổi	<b>1,58</b>	<b>1,01 – 2,45</b>	<b>0,043</b>
Từ 30 đến 39 tuổi	1,37	0,88 – 2,13	0,162
Từ 18 đến 29 tuổi	1		
Giới tính			
Nam	<b>1,88</b>	<b>1,39 – 2,54</b>	<b>&lt;0,001</b>
Nữ	1		
Trình độ học vấn			
Từ THPT trở lên	0,95	0,61 – 1,47	0,808

Đặc điểm	Nhiễm VRVGB		
	aOR	KTC 95%	p
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	<b>1,55</b>	<b>1,03 – 2,33</b>	<b>0,036</b>
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	<b>2,57</b>	<b>1,45 – 4,57</b>	<b>0,001</b>
Không	1		
Đã tiêm ngừa VRVGB			
Có	0,73	0,43 – 1,23	0,240
Không	1		
Kiến thức chung về VRVGB			
Chưa đúng	<b>3,18</b>	<b>1,12 – 9,00</b>	<b>0,030</b>
Đúng	1		
Thực hành chung			
Chưa đúng	<b>2,89</b>	<b>2,15 – 3,87</b>	<b>&lt;0,001</b>
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

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

#### 3.2.1. Về kiến thức

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

	Trước can thiệp		Sau can thiệp		DID	P
	Nhóm chứng n = 233	Nhóm CT n = 240	Nhóm chứng n = 255	Nhóm CT 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, có sự khác biệt về điểm kiến thức về viêm gan B và kiến thức về nguy cơ nhiễm VGB.

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

Đặc điểm	Tỷ lệ (%) điểm KT (DID)	KTC 95%	p
Tổng điểm kiến thức chung	6,8	1,9 – 11,7	<b>0,021</b>
Kiến thức cơ bản về VGVR B	11,5	7,6 – 15,4	<b>0,003</b>
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

<sup>a</sup> 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 ( $p=0,115$ ).

### 3.2.2. Về thực hành

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

	Trước can thiệp		Sau can thiệp		DID	P
	Nhóm chứng n = 233	Nhóm CT n = 240	Nhóm chứng n = 255	Nhóm CT n = 250		
Tổng điểm số nguy cơ thực hành chung						
TB	4,75	4,68	4,37	3,57	-0,73*	0,024
ĐLC	2,54	2,99	2,35	2,10		
Điểm số nguy cơ trong sinh hoạt						
TB	0,60	0,60	0,47	0,34	-0,13	0,172
ĐLC	0,74	0,82	0,71	0,60		
Điểm số nguy cơ trong làm đẹp						
TB	1,54	1,52	1,38	1,15	-0,21	0,103
ĐLC	1,02	1,10	0,98	0,89		
Điểm số nguy cơ trong y tế						
TB	2,59	2,52	2,51	2,07	-0,38	0,099
ĐLC	1,86	1,97	1,67	1,57		
Điểm số nguy cơ về ma túy và hành vi quan hệ tình dục						
TB	0,02	0,04	0,01	0,01	-0,02	0,407
ĐLC	0,17	0,27	0,14	0,14	0,02	

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

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

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

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

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

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), và Zhao X (2021) khi cùng nghiên cứu trên cộng đồng và cùng ghi nhận có sự gia tăng tỷ lệ VRVGB theo nhóm tuổi. Theo các đánh giá, việc gia tăng nguy cơ mắc viêm gan vi rút theo độ tuổi chủ yếu là do gia tăng các hành vi nguy cơ cũng như nhiều yếu tố thúc đẩy mắc bệnh khác theo độ tuổi. Những người ở độ tuổi trẻ thường có nguy cơ cao hơn do các hoạt động xã hội, tình trạng chia sẻ vật dụng cá nhân và hành vi tình dục không an toàn. Tuy nhiên, lại không đồng nhất với nghiên cứu của Phạm Ngọc Thanh (2021) tại các tỉnh khu vực Tây Nguyên khi nghiên cứu này không ghi nhận có mối liên quan giữa độ tuổi và tỷ lệ nhiễm VRVGB. Sự khác biệt nhau giữa các nghiên cứu có thể là do đặc tính văn hóa xã hội cũng như đời sống của đối tượng nghiên cứu.

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%. 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. 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.

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

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. 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. 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. 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. 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.

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. 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. 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 đối tượng

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.

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 hỏi 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 chích, 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. 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 hỏi 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.

## 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.