

## **ĐẶT VẤN ĐỀ**

Viêm gan vi rút B (VGB) là một trong những bệnh truyền nhiễm phổ biến và nghiêm trọng trên toàn cầu. Khoảng một phần ba dân số thế giới đã bị nhiễm vi rút viêm gan B (HBV), với khoảng 5% mang mầm bệnh mạn tính và một phần tư trong số đó có nguy cơ phát triển các bệnh gan nghiêm trọng như viêm gan mạn tính, xơ gan và ung thư biểu mô gan.

Ở Việt Nam nhờ việc đưa vắc xin phòng VGB vào chương trình tiêm chủng mở rộng (CTTCMR) từ năm 1997, tỷ lệ nhiễm HBV ở trẻ em trong độ tuổi tiêm chủng đã giảm rõ rệt. Theo Đánh giá gánh nặng bệnh tật toàn cầu 2019, tỷ lệ nhiễm HBV ở trẻ dưới 5 tuổi đã giảm từ 7,6% (1990) xuống 0,8% (2015) và 0,7% (2019). Mặc dù vậy, Việt Nam vẫn thuộc nhóm các nước có tỷ lệ nhiễm HBV cao trên 8% với khoảng 7,7 triệu người mang mầm bệnh. Những người từ 20 tuổi trở lên phần lớn chưa được tiêm phòng vắc xin trong CTTCMR thường có tỷ lệ nhiễm HBV cao hơn và là một trong những nhóm đối tượng ưu tiên trong chiến lược dự phòng lây nhiễm HBV hiện nay. Việc nâng cao kiến thức và cải thiện thực hành về phòng bệnh VGB của người dân là một giải pháp quan trọng để làm giảm nguy cơ lây nhiễm HBV. Hiện nay, người dân có điều kiện tiếp cận tốt hơn với nhiều nguồn thông tin khác nhau về bệnh VGB và các biện pháp phòng lây nhiễm bệnh. Tuy nhiên, một số nghiên cứu gần đây cho thấy kiến thức, thái độ và thực hành của người dân trong cộng đồng về dự phòng lây nhiễm HBV vẫn còn nhiều hạn chế.

Tại Quảng Bình, hiện chưa có nghiên cứu can thiệp nào về phòng bệnh VGB. Mặt khác, các nghiên cứu trước đây cũng chỉ tập trung ở khu vực thành thị, chưa mở rộng đến khu vực miền núi, ven biển là những địa bàn được ưu tiên trong chiến lược phát triển kinh tế xã hội của tỉnh, nơi việc tiếp cận các dịch vụ y tế còn nhiều khó khăn.

Trong bối cảnh và nhu cầu thực tiễn nêu trên, chúng tôi đã tiến hành nghiên cứu đề tài với các mục tiêu sau:

## MỤC TIÊU NGHIÊN CỨU

1) Xác định tỷ lệ hiện nhiễm vi rút viêm gan B và một số yếu tố liên quan ở người 20 - 60 tuổi tại 2 xã miền núi và 2 xã ven biển của tỉnh Quảng Bình năm 2018.

2) Mô tả thực trạng kiến thức, thực hành về dự phòng lây nhiễm vi rút viêm gan B ở người 20 - 60 tuổi tại địa bàn nghiên cứu năm 2018.

3) Đánh giá hiệu quả một số biện pháp can thiệp nhằm nâng cao kiến thức, thực hành về dự phòng lây nhiễm vi rút viêm gan B ở người 20 - 60 tuổi tại địa bàn nghiên cứu năm 2018-2019.

## Ý NGHĨA THỰC TIỄN VÀ ĐÓNG GÓP MỚI CỦA LUẬN ÁN

1. Đề tài đã mô tả được thực trạng hiện nhiễm vi rút viêm gan B ở người 20-60 tuổi tại 2 xã miền núi và ven biển của tỉnh Quảng Bình là 7,9%. Kết quả này đóng góp vào bức tranh dịch tễ học của tình trạng hiện nhiễm vi rút viêm gan B tại Việt Nam cũng như trên Thế giới. Đồng thời cho thấy một số yếu tố liên quan của tình trạng hiện nhiễm HBV ở đối tượng này là nhóm tuổi, học vấn và hành vi xăm mình.

2. Kết quả của đề tài đã cho thấy thực trạng kiến thức, thực hành đúng về dự phòng lây nhiễm vi rút viêm gan B là khá thấp. Chỉ có 38,2% người lớn 20-60 tuổi đã từng tiếp cận với thông tin về bệnh VGB; có 85,7% đối tượng biết đúng tác nhân gây bệnh là vi rút; 65,0% đối tượng biết đầy đủ các đường lây truyền của bệnh; 59,1% đối tượng biết đầy đủ về các đối tượng có nguy cơ cao mắc bệnh; 58,9% đối tượng biết đầy đủ các biện pháp dự phòng lây nhiễm.

3. Kết quả của đề tài cũng đưa ra được hiệu quả của một số biện pháp can thiệp cải thiện kiến thức, thực hành dự phòng lây nhiễm HBV ở người trưởng thành. Tỷ lệ tiếp cận với thông tin về bệnh VGB đã tăng tương ứng từ 39,3% trước can thiệp lên 90,2% sau can thiệp ở nhóm can thiệp và 37,1% lên 40,9% ở nhóm đối chứng. Khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa trước và sau can thiệp ở nhóm can thiệp và giữa hai nhóm sau can thiệp.

## **BỐ CỤC CỦA LUẬN ÁN**

Luận án dài 135 trang (không kể phần mục lục, danh mục, tài liệu tham khảo và phụ lục), gồm 4 chương: Chương 1: Tổng quan tài liệu, 37 trang; Chương 2: Đối tượng và phương pháp nghiên cứu, 27 trang; Chương 3: Kết quả nghiên cứu, 33 trang; Chương 4: Bàn luận, 32 trang. Luận án có 31 bảng số liệu, 10 biểu đồ, 180 tài liệu tham khảo.

### **Chương 1.**

#### **TỔNG QUAN TÀI LIỆU**

##### **1.1. Đại cương về vi rút viêm gan B**

HBV là vi rút thuộc chi Orthohepadnavirus, họ Hepadnaviridae, có dạng hạt hình cầu đường kính khoảng 42 nm với cấu trúc 3 lớp gồm: lớp vỏ bọc ở ngoài, lớp Nucleocapside ở giữa và Lớp lõi trong cùng.

HBV lây truyền chủ yếu bằng đường máu hoặc các sản phẩm từ máu với thời gian ủ bệnh sau truyền máu từ 60-180 ngày. Vi rút cũng có thể lây truyền qua việc dùng chung bơm kim tiêm khi tiêm chích ma túy, qua một số hoạt động sinh hoạt đời sống như xăm mình, xâu khuyên,... không bảo đảm an toàn. Đường lây truyền này thường hay gặp ở khu vực có tỷ lệ lưu hành HBV trung bình và thấp. Tỷ lệ lây nhiễm HBV qua đường tình dục trực tiếp và lâu dài nếu đối tượng có HBsAg (+) nhất là HBeAg (+) và AND polymeraza có hoạt tính cao lên đến 78,3%. Lây truyền dọc từ mẹ sang con chủ yếu diễn ra quanh thời kỳ chuyển dạ, chỉ khoảng 2-5% các trường hợp là lây truyền trong tử cung và chưa có bằng chứng lây truyền qua sữa mẹ. Nguy cơ lây truyền từ mẹ qua con phụ thuộc vào tải lượng vi rút và sự có mặt của kháng nguyên HBeAg. Nguy cơ lây nhiễm tăng từ 10-40% ở những bà mẹ có HBeAg (-) lên đến 70-90% ở những người có HBeAg. Đường lây truyền này chiếm đến 60% trường hợp nhiễm vi rút ở trẻ em và hay gặp nhất ở các vùng lưu hành dịch cao, như khu vực Đông Nam Á, Trung Quốc và phần lớn Châu Phi.

## **1.2. Thực trạng nhiễm Vi rút viêm gan B và các yếu tố liên quan**

### **1.2.1. Thực trạng nhiễm Vi rút viêm gan B**

Theo ước tính của WHO, năm 2019 có 296 triệu người trên toàn cầu nhiễm vi rút VGB mạn tính, trong số đó chỉ có khoảng 30,4 triệu người (chiếm 10,5% tổng số người nhiễm vi rút mạn) đã được chẩn đoán. Ngoài ra, mỗi năm có khoảng 1,5 triệu người nhiễm mới vi rút mạn tính và 820.000 người chết do VGB, chủ yếu do xơ gan và ung thư tế bào gan.

Trong khu vực Đông Nam Á, theo ước tính mới nhất năm 2016, tỷ lệ nhiễm HBV trung bình là 8,6% với hơn 44,9 triệu người mang HBsAg. Trong đó, ba nước có tỷ lệ người nhiễm HBV cao nhất là Philippine (16,7%), Việt Nam (10%) và Myanmar (9,7%). Với tỷ lệ hiện mắc 7,1%, Indonesia là nước có số người nhiễm HBV mạn tính cao nhất trong khu vực với gần 17,7 triệu người; tiếp theo là Philippine với 10,1 triệu người và Việt Nam với 7,7 triệu người mang HBsAg mạn tính.

Việt Nam nằm trong nhóm nước có tỷ lệ nhiễm HBV cao trên 8%. Tỷ lệ nhiễm HBV mạn tính dao động vào khoảng 12% theo ước tính của WHO năm 2015 và 10% theo một phân tích gộp năm 2016. Các nghiên cứu trong cộng đồng cho thấy tỷ lệ nhiễm HBV ở người trưởng thành khoẻ mạnh dao động từ 5,7%-27,4% tùy theo địa bàn và đối tượng nghiên cứu.

Tại Quảng Bình, chúng tôi chưa ghi nhận được thông tin về tỷ lệ nhiễm HBV trước thời điểm triển khai tiêm vắc xin phòng VGB. Gần đây, đã có một số nghiên cứu về tình hình nhiễm HBV trên các đối tượng người trưởng thành. Nghiên cứu của Đỗ Quốc Tiệp trên 592 đối tượng đến xét nghiệm tại Trung tâm Y tế dự phòng tỉnh Quảng Bình cho thấy tỷ lệ nhiễm vi rút viêm gan B chung là 11,3% (8,8% mang kháng nguyên HBsAg và 2,5% có kháng thể Anti-HBs). Tỷ lệ này ở nữ cao hơn nam (14,0% và 9,5%) và ở nông thôn tương đương với thành thị (11,3% và 10,8%).

### **1.2.1. Các yếu tố liên quan đến thực trạng nhiễm Vi rút viêm gan B**

Ngoài sự khác biệt giữa các khu vực địa lý, các quốc gia như trình bày ở trên, còn có nhiều yếu tố khác liên quan đến lây nhiễm HBV, tùy thuộc vào nhóm đối tượng và con đường lây nhiễm. Có thể chia các yếu tố liên quan đến lây nhiễm HBV trong cộng đồng nói chung theo 4 nhóm chính: (1) các yếu tố về nhân khẩu; (2) điều kiện kinh tế xã hội, (2) các yếu tố hành vi, tiền sử, và (4) nhóm các yếu tố đặc trưng cho cơ chế lây nhiễm dọc từ mẹ sang con.

### **1.3. Thực trạng kiến thức, thái độ, thực hành dự phòng lây nhiễm HBV**

Nhận thức và thực hành của cộng đồng về bệnh VGB và các biện pháp phòng chống cũng là một yếu tố quan trọng liên quan đến mức độ lây nhiễm HBV. Nhiều nghiên cứu đã cho thấy những quốc gia có tỷ lệ lưu hành cao cũng đồng thời cũng là nơi mà kiến thức thái độ và hành vi phòng chống lây nhiễm HBV của người dân còn hạn chế. Nghiên cứu của Gebrecherkos (2020) cho thấy 73,4% phụ nữ mang thai ở Ethiopia có kiến thức ở mức kém. Chỉ 18,9% biết HBV có thể lây truyền từ mẹ sang con khi mang thai; gần một nửa (43,8) cho rằng họ sẽ không bao giờ bị nhiễm HBV. Nhân viên y tế (NVYT) thường có kiến thức, thái độ và thực hành phòng chống lây nhiễm HBV tốt hơn. Nghiên cứu của Mursy tại Xu-đăng cho thấy 58,2% điều dưỡng và nữ hộ sinh có hiểu biết đúng, 86,4% có thái độ tích cực và 65,5% có các hành vi thực hành an toàn phòng tránh lây nhiễm HBV.

Tại Việt Nam, kết quả nghiên cứu trong những năm gần đây cho thấy kiến thức, thái độ, thực hành của người dân về HBV còn thấp hơn so với các nghiên cứu trên thế giới. Nghiên cứu của Vũ Đình Sơn (2019) ở Vĩnh Phúc cho thấy chỉ 16,7% người dân có kiến thức chung đạt và 47,5% có thái độ chung đạt yêu cầu trong phòng lây nhiễm HBV. Nghiên cứu của Lê Thị Diễm Trinh (2022) trên đối tượng đồng bào Khmer 18-60 tuổi ở Trà Cú, Trà Vinh cho thấy 20% có kiến thức chung tốt và 40% có thực hành chung tốt trong dự phòng lây nhiễm HBV.

#### **1.4. Chiến lược, giải pháp dự phòng lây nhiễm Viêm gan vi rút B**

Năm 2016, Tổ chức Y tế thế giới đã thông qua Chiến lược toàn cầu về phòng chống Viêm gan vi rút 2016-2021, hướng tới chấm dứt Viêm gan vi rút. Chiến lược này đề cập đến tất cả năm loại vi rút viêm gan (Viêm gan A, B, C, D và E), nhưng tập trung đặc biệt vào viêm gan B và C, do mức độ ảnh hưởng lớn đến gánh nặng sức khỏe công cộng.

Năm 2021, Bộ Y tế đã ban hành Quyết định số 4531/QĐ-BYT ngày 24/9/2021 phê duyệt Kế hoạch phòng chống bệnh viêm gan vi rút giai đoạn 2021-2025, trong đó phòng chống Viêm gan vi rút B là một nhiệm vụ trọng tâm ưu tiên. Mục tiêu chung của Kế hoạch là giảm lây truyền vi rút viêm gan, giảm tỷ lệ mắc và tử vong do viêm gan vi rút, nhất là với VGB. Các lĩnh vực ưu tiên và hoạt động cụ thể bao gồm:

- Dự phòng lây nhiễm viêm gan vi rút B bằng các biện pháp: (i) Tiêm chủng vắc xin VGB; (ii) Phòng lây truyền HBV từ mẹ sang con; (iii) Kiểm soát nhiễm khuẩn trong các cơ sở y tế; (iv) Can thiệp giảm tác hại; (v) An toàn truyền máu.

- Tiếp cận chẩn đoán, điều trị Viêm gan vi rút B bằng các biện pháp tăng cường năng lực xét nghiệm, chẩn đoán bệnh; đẩy mạnh việc điều trị cho bệnh nhân nhằm giảm xơ gan, ung thư gan và tử vong do Viêm gan vi rút nói chung và VGB nói riêng.

### **Chương 2.**

## **ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU**

### **2.1. Địa bàn, đối tượng và thời gian nghiên cứu**

**Địa bàn nghiên cứu:** Nghiên cứu được thực hiện tại hai huyện Minh Hóa và huyện Quảng Trạch, tỉnh Quảng Bình.

**Thời gian nghiên cứu:**

Nghiên cứu được thực hiện trong thời gian tháng 1/2018 - 12/2019.

***Đối tượng nghiên cứu:***

Người dân trong độ tuổi từ 20 - 60 đang sinh sống ở các xã được chọn của địa bàn nghiên cứu.

**2.2. Phương pháp nghiên cứu**

***Thiết kế nghiên cứu:***

Nghiên cứu được thực hiện qua 2 giai đoạn, đáp ứng 3 mục tiêu nghiên cứu: Giai đoạn 1: Áp dụng thiết kế nghiên cứu mô tả cắt ngang. Thiết kế nghiên cứu này phục vụ mục tiêu 1 và 2; Giai đoạn 2: Áp dụng thiết kế nghiên cứu can thiệp cộng đồng có đối chứng và so sánh trước can thiệp và sau can thiệp.

***Cỡ mẫu nghiên cứu cắt ngang cho mục tiêu 1 và 2***

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

Trong đó: n: Cỡ mẫu tối thiểu; p: Tỷ lệ nhiễm HBV ở cộng đồng trong NC trước;  $Z_{(1-\alpha/2)}$ : hệ số tin cậy, với  $\alpha=0,05$  thì  $Z_{(1-\alpha/2)} = 1,96$ . d: mức sai lệch mong muốn giữa tỷ lệ thu được và tỷ lệ thực của quần thể. Thay vào công thức trên ta được  $n=1015$ . Trên thực tế đã điều tra 1120 người dân từ 20-60 tuổi.

***Cỡ mẫu can thiệp cộng đồng cho mục tiêu 3***

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

Cỡ mẫu tối thiểu của mỗi nhóm là 408 đối tượng. Trên thực tế đã điều tra 560 đối tượng cả trước và sau can thiệp.

***Phương pháp chọn mẫu:***

Chọn huyện: Chọn chủ đích huyện Minh Hóa là huyện miền núi và huyện Quảng Trạch là huyện ven biển.

Chọn xã: Chọn ngẫu nhiên 2 xã của mỗi huyện vào nghiên cứu: Tại huyện Minh Hóa chọn được xã Hóa Tiến và Quy Hóa; tại huyện Quảng Trạch chọn được xã Cảnh Dương và Cảnh Phú.

Chọn đối tượng: Tại mỗi xã, chọn điểm xuất phát từ một ngã ba, ngã tư gần trạm y tế, thực hiện quay bút chọn một hướng đi sau đó thực hiện việc điều tra nhà kế nhà để điều tra phỏng vấn cho đến có đủ 280 người/xã. Nếu trong hộ gia đình có từ 2 người trở lên trong độ tuổi 20-60 đủ tiêu chuẩn thì thực hiện bốc thăm để chọn ngẫu nhiên chỉ một người tham gia.

***Phương pháp thu thập thông tin:***

- Phỏng vấn trực tiếp đối tượng bằng bộ câu hỏi được chuẩn bị trước.
- Lấy mẫu máu xét nghiệm HBsAg

***Một số hoạt động can thiệp:***

- Tổ chức đào tạo, tập huấn định kỳ hai lần vào tháng thứ nhất và tháng thứ sáu của can thiệp cho các đối tượng cộng tác viên truyền thông là lãnh đạo chính quyền xã và thôn; đại diện các tổ chức hội, đoàn thể: phụ nữ, đoàn thanh niên, mặt trận, cựu chiến binh; nhân viên trạm y tế xã, y tế thôn bản, giáo viên,...

- Triển khai các hoạt động truyền thông cộng đồng tăng cường cho toàn bộ người dân trên địa bàn thông qua các hình thức: Qua hệ thống loa truyền thanh của xã (theo định kỳ hằng tuần); qua các buổi sinh hoạt định kỳ (hằng tháng, quý) của các thôn, các tổ chức đoàn thể.

- Riêng đối với những người đã nhiễm HBV, việc tư vấn truyền thông sẽ được thực hiện tại nhà với nội dung tập trung vào các biện pháp nhằm hạn chế trở thành bệnh và biến chứng, phòng tránh lây nhiễm; kiểm tra sức khỏe, điều trị kịp thời khi phát hiện bệnh.

***Xử lý số liệu:***

Sử dụng phần mềm STATA 17.0 để phân tích số liệu. Mức ý nghĩa thống kê được áp dụng là  $\alpha=0,05$

Tính chỉ số hiệu quả (CSHQ) để đánh giá hiệu quả can thiệp. Đánh giá chỉ số hiệu quả (%) của nhóm nghiên cứu can thiệp theo công thức sau:  $CSHQ (\%) = (| p_1 - p_2 | / p_1) \times 100$ . Trong đó:  $p_1$ : Chỉ số đánh giá trước thời điểm can thiệp.  $p_2$ : Chỉ số đánh giá sau thời điểm can thiệp.



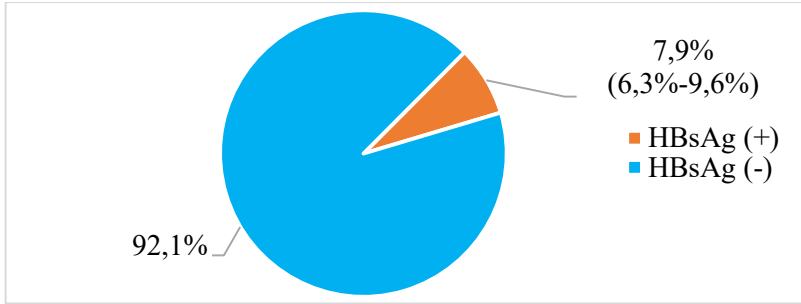
**Chương 3.**  
**KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU**

**3.1. Thực trạng nhiễm HBV trên đối tượng người lớn 20-60 tuổi**

*Bảng 0.1. Một số đặc điểm nhân khẩu của đối tượng nghiên cứu*

<b>Biến số</b>	<b>Số lượng (n)</b>	<b>Tỷ lệ (%)</b>
<b>Giới tính</b>		
Nam	294	26,2
Nữ	826	73,8
<b>Độ tuổi</b>		
20 – 30	178	15,9
31 – 40	261	23,3
41 – 50	285	25,4
51 – 60	396	35,4
Trung bình ± SD	44,1±11,5	
<b>Trung vị số thành viên trong gia đình (25%-75%)</b>	4 (3-5)	
<b>Trung vị số người trong độ tuổi lao động (25%-75%)</b>	2 (2-3)	
<b>Tổng</b>	<b>1120</b>	<b>100,0</b>

Trong số 1120 đối tượng tham gia điều tra khảo sát ban đầu, nữ giới chiếm đa số (73,8%). Tuổi trung bình của đối tượng nghiên cứu là 44,1±11,5 với cơ cấu các nhóm tuổi tăng dần từ mức thấp nhất là 15,9% ở độ tuổi 20-30 lên đến mức cao nhất là 35,4% ở độ tuổi 51-60. Tính chung, mỗi hộ gia đình có 4 thành viên, trong đó 2 thành viên trong độ tuổi lao động.



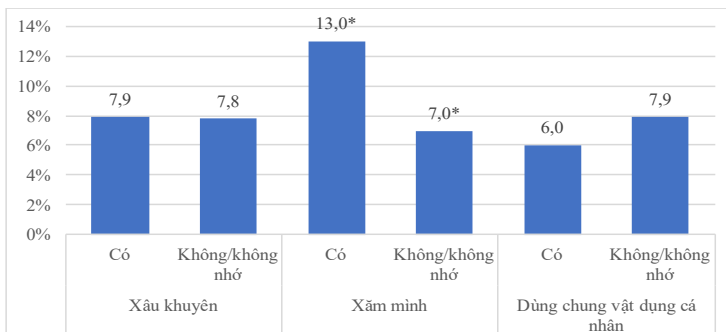
**Biểu đồ 0.1. Tỷ lệ nhiễm HBV ở người lớn 20-60 tuổi (n=1120)**

Kết quả khảo sát cho thấy có 7,9% (6,3%-9,6%) đối tượng nghiên cứu nhiễm HBV (HBsAg +).

**Bảng 0.2. Tỷ lệ nhiễm HBV theo địa phương**

Địa phương	HBsAg (+)		HBsAg (-)		p
	n	%	n	%	
Mình Hóa (n=560)	34	6,1 (4,2-8,4)	526	93,9	<b>0,026</b>
Quảng Trạch (n=560)	54	9,6 (7,3-12,4)	506	90,4	
<b>Tổng</b>	<b>88</b>	<b>7,9 (6,3-9,6)</b>	<b>1032</b>	<b>92,1</b>	

Tỷ lệ nhiễm HBV ở khu vực đồng bằng ven biển (Quảng Trạch) là 9,6% (7,3%-12,4%), cao hơn có ý nghĩa thống kê so với ở khu vực miền núi (Mình Hoá) với 6,1% (4,2%-8,4%);  $p < 0,05$ .



**Biểu đồ 0.2. Tỷ lệ nhiễm HBV theo tiền sử hành vi cá nhân có nguy cơ (n=1120)**

Tỷ lệ nhiễm HBV ở nhóm có tiền sử xăm mình (13,0%) cao hơn có ý nghĩa thống kê ( $p < 0,05$ ) so với nhóm không có tiền sử xăm mình (7,0%). Khác biệt theo các yếu tố tiền sử khác như xăm khuyên, dùng chung các dụng cụ cá nhân như dao cạo,...không có ý nghĩa thống kê ( $p > 0,05$ ).

### 3.2. Kiến thức, thực hành về dự phòng lây nhiễm HBV

**Bảng 0.3. Tình hình tiếp cận thông tin về VGB của người 20 - 60 tuổi**

Tiếp cận thông tin	Miền núi (n;%)	Ven biển (n;%)	Tổng (n;%)
<b>Nghe nói về VGB</b>	<b>(n=560)</b>	<b>(n=560)</b>	<b>(n=1120)</b>
Không	350 (62,5)	342 (61,1)	692 (61,8)
Có	210 (37,5)	218 (38,9)	428 (38,2)
<b>Nguồn thông tin</b>	<b>(n=210)</b>	<b>(n=218)</b>	<b>(n=428)</b>
Hội họp, tập huấn	62 (29,5)	54 (24,8)	116 (27,1)
Sách báo, tạp chí	88 (38,1)	81 (37,2)	161 (37,6)
Đài, ti vi, internet	148 (70,5)	151 (69,3)	299 (69,9)
Cán bộ y tế	124 (59,1)	146 (67,0)	270 (63,1)
Bạn bè, người thân	62 (29,5)	67 (30,7)	129 (30,1)

Có 38,2% đối tượng nghiên cứu đã từng nghe nói (tiếp cận thông tin) về bệnh VGB, với các nguồn thông tin chủ yếu đến từ các phương tiện thông tin đại chúng (đài, ti vi, internet, với 69,9%), từ cán bộ y tế (63,1%) và từ sách, báo, tạp chí (37,6%). Vẫn còn 30,1% biết thông tin từ nguồn không chính thống là từ bạn bè, người thân.

**Bảng 0.4. Kiến thức về các biện pháp phòng bệnh của người 20-60 tuổi**

Kiến thức	Số lượng	% trong nhóm đã tiếp cận thông tin (n=428)	% trong tổng số đối tượng (n=1120)
<b>Các biện pháp phòng bệnh</b>			
Không tiêm chích ma túy	337	78,7	30,1
Dùng riêng đồ cá nhân	295	68,9	26,3
Quan hệ tình dục lành mạnh	315	73,6	28,1
Cách ly người bệnh	174	40,7	15,5
Tiêm vắc xin	336	78,5	30,0

<b>Biện pháp hiệu quả nhất</b>			
Tiêm vắc xin	324	75,7	28,4
Không tiêm chích ma túy	72	16,8	6,4
Biện pháp khác	32	7,5	2,9

Các biện pháp dự phòng lây nhiễm được nhắc đến nhiều nhất lần lượt là không tiêm chích ma túy (78,7%), tiêm vắc xin (78,5%) và quan hệ tình dục an toàn (73,6%) nhưng vẫn còn 40,7% cho rằng phòng lây nhiễm bằng biện pháp cách ly người bệnh. Trong đó, đa số đối tượng cho rằng tiêm vắc xin là biện pháp dự phòng hiệu quả nhất (75,7%).

**Bảng 0.5. Kiến thức về điều trị bệnh của người 20 - 60 tuổi**

<b>Thông tin</b>	<b>Số lượng</b>	<b>% trong nhóm đã tiếp cận thông tin (n=428)</b>	<b>% trong tổng số đối tượng (n=1120)</b>
<b>Bệnh có thể điều trị được</b>			
Có	212	49,5	18,9
Không/không biết	216	50,5	19,3
<b>Biết nơi điều trị (n=212)</b>			
Có	194	91,5	17,3
Không (n=212)	18	8,5	
Không (n=1120)	926		82,7

Trong nhóm đối tượng đã tiếp cận thông tin, có 49,5% đối tượng cho rằng VGB có thể điều trị được và 91,5% biết nơi điều trị bệnh. Tỷ lệ tương ứng trong tổng số đối tượng lần lượt là 18,9% và 17,3%.

**Bảng 0.6. Thực hành tiêm vắc xin phòng bệnh của người 20 - 60 tuổi**

<b>Thông tin</b>	<b>Số lượng</b>	<b>% trong nhóm đã tiếp cận thông tin (n=428)</b>	<b>% trong tổng số đối tượng (n=1120)</b>
<b>Đã tiêm vắc xin phòng VGB (n=428)</b>			
Có	204	47,7	18,2
Không (n=428)	224	52,3	
Không (n=1120)	916		81,8

<b>Tình huống tiêm vắc xin (n=204)</b>			
Tự đi tiêm	159	77,9	14,2
Cán bộ y tế chỉ định	45	22,1	4,0
<b>Số mũi VX trung bình (±SD)</b>	<b>2,9 ± 1,1</b>		

Có 47,7% những người đã tiếp cận thông tin về bệnh (18,2% tổng số đối tượng) đã được tiêm vắc xin, phần lớn là tự đi tiêm (77,9%; 14,2%), với trung bình 2,9 ± 1,1 mũi vắc xin/người.

### 3.3. Hiệu quả hoạt động can thiệp TTGDSK dự phòng lây nhiễm HBV

**Bảng 0.7. Tiếp cận thông tin về VGB trước và sau can thiệp**

	Nhóm can thiệp (%)			Nhóm chứng (%)			p <sup>2,4</sup>
	Trước <sup>1</sup> (n=560)	Sau <sup>2</sup> (n=560)	p	Trước <sup>3</sup> (n=560)	Sau <sup>4</sup> (n=560)	p	
<b>Nghe nói về VGB</b>							
Có	39,3	90,2	<b>0,001</b>	37,1	40,9	0,198	<b>0,001</b>
Không	60,7	9,8		62,9	59,1		
<b>Nguồn thông tin về VGB</b>							
Hội họp, tập huấn	26,8	80,0	<b>0,001</b>	27,4	28,4	0,820	<b>0,001</b>
Sách báo, tạp chí	37,7	73,5	<b>0,001</b>	37,5	40,6	0,506	<b>0,001</b>
Đài, ti vi, internet	71,8	88,1	<b>0,001</b>	67,8	67,7	0,982	<b>0,001</b>
Cán bộ y tế	63,2	83,8	<b>0,001</b>	63,0	65,1	0,650	<b>0,001</b>
Bạn bè, người thân	28,7	26,3	0,522	31,7	26,2	0,203	0,964

Tỷ lệ người dân biết đến bệnh VGB ở nhóm can thiệp đã tăng từ 39,3% trước can thiệp lên 90,2% sau can thiệp, so với từ 37,1% lên 40,9% ở nhóm chứng. Khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa trước và sau can thiệp cũng như giữa nhóm can thiệp và nhóm chứng sau can thiệp ( $p < 0,05$ ).

**Bảng 3.8. Cải thiện kiến thức về các biện pháp phòng bệnh**

Kiến thức	Nhóm can thiệp (%)			Nhóm chứng (%)			p <sup>2,4</sup>
	Trước <sup>1</sup> (n=220)	Sau <sup>2</sup> (n=505)	P	Trước <sup>3</sup> (n=208)	Sau <sup>4</sup> (n=229)	P	
<b>Biện pháp phòng bệnh</b>							
Không tiêm chích ma túy	76,8	90,3	<b>0,001</b>	80,8	79,5	0,735	<b>0,001</b>
Dùng riêng đồ cá nhân	68,2	85,2	<b>0,001</b>	69,7	63,8	0,187	<b>0,001</b>
Quan hệ tình dục an toàn	72,7	89,5	<b>0,001</b>	74,5	78,6	0,314	<b>0,001</b>
Tiêm vắc xin	82,7	95,1	<b>0,001</b>	74,0	83,8	<b>0,012</b>	<b>0,001</b>
<i>Cách ly người bệnh</i>	43,6	12,3	<b>0,001</b>	37,5	39,7	0,631	<b>0,001</b>
<b>Biện pháp hiệu quả nhất</b>							
Tiêm vắc xin	80,0	95,1	<b>0,001</b>	71,2	77,7	0,115	<b>0,001</b>
Không tiêm chích ma túy	13,6	4,8	<b>0,001</b>	20,2	14,4	0,109	<b>0,001</b>
Biện pháp khác	6,4	0,2	<b>0,001</b>	8,7	7,9	0,763	<b>0,001</b>

Tỷ lệ có kiến thức đúng về các biện pháp dự phòng lây nhiễm cũng như biện pháp can thiệp hiệu quả nhất (tiêm vắc xin) ở nhóm can thiệp sau can thiệp tăng so với trước can thiệp và cao hơn so với nhóm chứng có ý nghĩa thống kê ( $p < 0,001$ ). Tỷ lệ có kiến thức chưa đúng về các biện pháp dự phòng giảm so với trước can thiệp và thấp hơn so với nhóm chứng. Trong khi đó, ở nhóm chứng, kiến thức sau can thiệp không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê so với trước can thiệp.

**Bảng 0.9. Cải thiện thực hành tiêm phòng vắc xin**

Tiêm vắc xin phòng bệnh	Nhóm can thiệp (%)			Nhóm chứng (%)			p <sup>2,4</sup>
	Trước <sup>1</sup> (n=220)	Sau <sup>2</sup> (n=505)	P	Trước <sup>3</sup> (n=208)	Sau <sup>4</sup> (n=229)	P	

Đã tiêm	48,6	87,9	<b>0,001</b>	46,6	59,8	<b>0,006</b>	<b>0,001</b>
Chưa tiêm	51,4	12,1		53,4	40,2		

Sau can thiệp, tỷ lệ tiêm vắc xin phòng VGB tăng có ý nghĩa thống kê trong số đối tượng đã biết về bệnh VGB ở cả hai nhóm, trong đó mức tăng ở nhóm can thiệp cao hơn có ý nghĩa thống kê so với ở nhóm chứng ( $p < 0,05$ ).

**Bảng 0.100. Hiệu quả can thiệp cải thiện kiến thức**

Có kiến thức đúng về	Nhóm can thiệp (%)			Nhóm chứng (%)			HQ CT
	Trước n=560	Sau n=560	CSHQ	Trước n=560	Sau n=560	CSHQ	
Nghe nói về bệnh VGB	39,3	90,2	129,5*	37,1	40,9	10,2	119,3
Tác nhân gây bệnh	34,6	78,9	128,0*	30,9	32,5	5,2	122,8
Đường lây truyền	26,4	70,2	165,9*	23,2	27,9	20,3	145,6
Đối tượng nguy cơ	24,3	68,2	180,7*	20,9	23,8	13,9	166,8
Triệu chứng bệnh	19,5	62,1	218,5*	17,5	21,3	21,7	196,8
Hậu quả bệnh	23,2	63,4	173,3*	19,3	24,8	28,5*	144,8
Biện pháp chẩn đoán	34,8	88,2	153,4*	33,4	37,9	13,5	139,9
Biện pháp dự phòng	23,6	68,6	190,1*	21,4	22,7	4,1	186,0
Biện pháp dự phòng hiệu quả nhất	31,4	85,7	172,9	26,4	31,8	20,5*	152,5
Cách xử trí khi có kết quả xét nghiệm (-)	28,9	79,8	176,1*	30,2	28,0	7,9	168,2
Cách xử trí khi có kết quả xét nghiệm (+)	26,8	72,9	172,0*	23,8	28,2	18,5	153,5
<b>Tổng thể kiến thức đúng</b>	<b>23,9</b>	<b>72,0</b>	<b>200,7*</b>	<b>21,6</b>	<b>25,0</b>	<b>15,7</b>	<b>185</b>

Sau can thiệp, tỷ lệ đối tượng nghe nói về bệnh VGB và có kiến thức đúng với các nội dung phòng chống lây nhiễm HBV ở cả hai nhóm đều có sự cải thiện. Sự cải thiện có ý nghĩa thống kê ( $p < 0,05$ ) với tất cả các nội dung ở nhóm can thiệp và với hai nội dung (biết về hậu quả bệnh và biết biện pháp

dự phòng hiệu quả nhất) ở nhóm chứng. Ở nhóm can thiệp, các chỉ số hiệu quả đạt trên 100% so với mức dao động dưới 30% ở nhóm chứng. Hiệu quả can thiệp cải thiện các nội dung về kiến thức được khảo sát dao động từ thấp nhất 119,3% với việc nghe nói về bệnh VGB đến cao nhất 196,8% đối với có kiến thức đúng về các triệu chứng của bệnh. CSHQ tổng thể ở nhóm can thiệp đạt 200,7% so với 15,7% ở nhóm chứng, tương ứng với HQCT là 185%.

**Bảng 0.111. Hiệu quả can thiệp cải thiện, thực hành**

Thực hành	Nhóm can thiệp (%)			Nhóm chứng (%)			HQCT
	Trước <sup>1</sup> (n=560)	Sau <sup>2</sup> (n=560)	CS HQ	Trước <sup>3</sup> (n=560)	Sau <sup>4</sup> (n=560)	CSHQ	
Xử trí đúng khi nghi mắc bệnh	35,7	88,6	148,2*	35,9	39,6	10,3	137,9
Xử trí đúng khi vợ, chồng mắc bệnh	18,2	57,5	215,9*	17,0	20,4	20,0	195,9
Xử trí đúng khi hàng xóm mắc bệnh	32,5	89,3	174,8*	29,6	32,1	8,4	166,4
Tiêm VX phòng bệnh	19,1	79,3	315,2*	17,3	24,5	41,0*	274,2
<i>Tổng thể thực hành đúng</i>	<i>14,8</i>	<i>77,1</i>	<i>420,5*</i>	<i>12,9</i>	<i>18,8</i>	<i>45,8*</i>	<i>374,7</i>

\*: Khác biệt giữa hai tỷ lệ với  $p < 0.05$

Sau can thiệp, tỷ lệ đối tượng thực hành phù hợp với các nội dung về phòng chống lây nhiễm HBV ở cả hai nhóm đều có sự cải thiện. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ( $p < 0,05$ ) ghi nhận với tất cả các nội dung ở nhóm can thiệp và thực hành tiêm vắc xin ở nhóm chứng. Ở nhóm can thiệp, các chỉ số hiệu quả dao động từ 148,2% đến 315,2% so với mức từ 8,4% đến 41,0% ở nhóm chứng. Hiệu quả can thiệp cải thiện các nội dung về thực hành được khảo sát đạt thấp nhất là 137,9% với việc xử trí đúng khi bản thân nghi mắc bệnh và cao nhất 274,2% với việc tiêm vắc xin phòng bệnh. CSHQ tổng thể ở nhóm can thiệp đạt 420,5% so với 45,8% ở nhóm chứng, tương ứng với HQCT là 374,7%.



## **Chương 4.**

### **BÀN LUẬN**

Nghiên cứu của chúng tôi được tiến hành trên 1.120 đối tượng người trưởng thành 20-60 tuổi tại 2 huyện Minh Hóa (miền núi) và Quảng Trạch (ven biển) của tỉnh Quảng Bình để xác định tình trạng nhiễm HBV; kiến thức, thái độ, thực hành dự phòng lây nhiễm HBV của người dân và thực hiện can thiệp nhằm cải thiện công tác dự phòng lây nhiễm HBV trong cộng đồng.

#### **4.1. Tình trạng nhiễm HBV và một số yếu tố nguy cơ ở người 20-60 tuổi**

##### **4.1.1 Đặc điểm của đối tượng nghiên cứu**

Bảng 3.1 cho thấy trong số 1.120 đối tượng nghiên cứu, nữ giới chiếm đa số (73,8%), với tuổi trung bình là 44,1; trong đó nhóm tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất là 51-60 (35,4%).

Tuổi và giới là các đặc điểm nhân khẩu cơ bản và là những yếu tố có liên quan với kiến thức, thái độ, thực hành phòng chống lây nhiễm HBV, tình trạng tiêm vắc xin phòng bệnh cũng như tỷ lệ mắc VGB.

##### **4.1.2 Tình trạng nhiễm HBV**

Kết quả ở biểu đồ 3.1 cho thấy tỷ lệ nhiễm HBV trong nhóm đối tượng nghiên cứu là 7,9% (95%CI: 6,3%-9,6%).

Cũng như nhiều nghiên cứu khác, trong nghiên cứu của chúng tôi, tình trạng nhiễm HBV được đánh giá thông qua tỷ lệ đối tượng có xét nghiệm HBsAg (+). Tỷ lệ 7,9% đối tượng người trưởng thành mang HBsAg trong nghiên cứu chúng tôi thấp hơn một chút so với ước tính mới nhất năm 2016 về tỷ lệ nhiễm HBV trung bình ở khu vực Đông Nam Á là 8,6% với hơn 44,9 triệu người có HBsAg (+).

##### **4.1.3 Một số yếu tố liên quan đến tình trạng nhiễm HBV**

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy có nhiều yếu tố về nhân khẩu và kinh tế xã hội có liên quan với tình trạng nhiễm HBV ở người trưởng thành khỏe mạnh trong cộng đồng.

- Liên quan giữa địa bàn và tỷ lệ nhiễm HBV

Kết quả ở bảng 3.2 cho thấy trong phân tích đơn biến, tỷ lệ nhiễm HBV ở đồng bằng ven biển (Quảng Trạch) là 9,6%; cao hơn có ý nghĩa thống kê so với ở miền núi (Minh Hoá) với 6,1% với  $p < 0,05$ . Kết quả này

gắn liền với sự khác biệt về điều kiện địa lý, kinh tế, văn hoá xã hội giữa hai địa bàn nghiên cứu thuộc hai vùng miền khác nhau.

- Liên quan giữa giới, tuổi và tình trạng nhiễm HBV

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy tỷ lệ nhiễm HBV ở hai giới là tương đương nhau (lần lượt là 7,2% ở nam và 8,1% ở nữ). Kết quả này có sự khác biệt với nhiều nghiên cứu khác trong nước và trên thế giới cho thấy tỷ lệ nhiễm HBV ở nam thường cao hơn nữ. Chẳng hạn, trong nghiên cứu của Phạm Ngọc Thanh ở Tây Nguyên (2018), tỷ lệ nhiễm HBV ở nam giới cũng cao hơn có ý nghĩa thống kê so với ở nữ giới (12,9% so với 9,8%).

Các nghiên cứu về miễn dịch học cho thấy phụ nữ có khả năng đáp ứng hệ miễn dịch tốt hơn nam giới nên họ ít mắc bệnh truyền nhiễm hơn. Điều này góp phần lý giải lý do tại sao nam giới thường có tỷ lệ nhiễm vi rút VGB cao hơn phụ nữ. Ngoài ra, nam giới cũng thường có nhiều yếu tố hành vi nguy cơ hơn so với nam giới như tiêm chích ma tuý, quan hệ tình dục không an toàn,...

- Liên quan giữa tiền sử, hành vi có nguy cơ và nhiễm HBV

Nhiều nghiên cứu đã cho thấy tình trạng nhiễm HBV có liên quan chặt chẽ với tiền sử sử dụng một số dịch vụ y tế, chăm sóc sức khoẻ, làm đẹp và các hành vi nguy cơ khác liên quan đến khả năng lây nhiễm bệnh qua hai con đường chính là qua đường máu và đường tình dục.

Nghiên cứu của chúng tôi không ghi nhận được nguy cơ nhiễm HBV cao hơn ở những người có tiền sử cá nhân sử dụng các dịch vụ y tế trước đây. Tuy nhiên, những người đã từng hiến máu có tỷ lệ nhiễm HBV thấp hơn có ý nghĩa thống kê so với những người không có tiền sử này (biểu đồ 3.2). Điều này có thể lý giải do những người hiến máu đều được xét nghiệm sàng lọc và những người có HBV dương tính thường không được chấp nhận hiến máu nên các đối tượng có tiền sử hiến máu thường có xác suất “sạch HBV” cao hơn so với những người khác.

Một điểm đáng quan tâm là tình trạng nhiễm HBV trong nghiên cứu của chúng tôi không có mối liên quan với tình trạng tiêm vắc xin phòng bệnh khi tỷ lệ nhiễm HBV ở nhóm có tiêm và không tiêm phòng lần lượt là 7,7% và 7,9%. Điều này hoàn toàn trái với hiệu quả của vắc xin trong việc dự phòng lây nhiễm HBV đã được ghi nhận theo y văn và được

chứng minh thực tế từ nhiều nghiên cứu trước đây. Một trong những lý do là tỷ lệ tiêm vắc xin trong đối tượng nghiên cứu của chúng tôi khá thấp do các đối tượng này đều đã quá độ tuổi được tiêm vắc xin trong chương trình TCMR. Trong khi đó, phần lớn những người được tiêm vắc xin dịch vụ đều được làm xét nghiệm sàng lọc trước và những trường hợp có kết quả xét nghiệm dương tính sẽ không được tiêm chủng nữa.

Trong số các hành vi nguy cơ như xăm mình, râu, xâu khuyên, sử dụng chung dụng cụ cá nhân như bàn chải đánh răng, dao cạo râu, ... nghiên cứu của chúng tôi cho thấy tỷ lệ nhiễm HBV ở những người có tiền sử xăm mình là 13,0%, cao hơn có ý nghĩa thống kê so với tỷ lệ 7,0% ở những người không có tiền sử này (Biểu đồ 3.2).

## **4.2. Thực trạng kiến thức, thực hành dự phòng lây nhiễm HBV**

### **4.2.1 Thực trạng kiến thức về dự phòng lây nhiễm HBV**

Bảng 3.3 cho thấy, chỉ có 38,2% đối tượng nghiên cứu đã từng biết về bệnh VGB; gần 2/3 số đối tượng còn lại chưa từng nghe nói về căn bệnh này. Tỷ lệ biết đến bệnh VGB thấp sẽ làm hạn chế tỷ lệ người dân có kiến thức, thái độ và thực hành đúng về dự phòng lây nhiễm bệnh. Trong nghiên cứu này, chúng tôi đánh giá thực trạng kiến thức, thái độ và thực hành dự phòng lây nhiễm VGB cho từng câu hỏi cụ thể trên những đối tượng đã từng biết về bệnh (hay đối tượng đã được tiếp cận thông tin về bệnh) và đánh giá cả trên toàn bộ đối tượng nghiên cứu khi đánh giá tổng hợp cho từng nội dung.

Tỷ lệ tiếp cận với thông tin về bệnh VGB trong nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn rất nhiều so với các nghiên cứu trước đó như nghiên cứu của Trần Ngọc Dung tại Cần Thơ (2010) cho thấy 83,4% người dân đã từng nghe nói về bệnh VGB. Tỷ lệ này là rất thấp khi đặt trong bối cảnh gánh nặng bệnh tật lớn do HBV và các biến chứng của nó gây nên trên phạm vi toàn quốc nói chung và Quảng Bình nói riêng. Đặc biệt là trong bối cảnh ngành y tế đã nhiều năm triển khai các hoạt động phòng chống lây nhiễm HBV và hơn 10 năm triển khai tiêm vắc xin phòng bệnh trong Chương trình TCMR. Điều này đòi hỏi cần tăng cường hơn nữa các biện pháp tuyên truyền giáo dục sức khỏe cho người dân về HBV và bệnh VGB.

#### **4.2.2 Thực trạng thực hành về dự phòng lây nhiễm HBV**

Bảng 3.6 cho thấy chỉ có 47,7% đối tượng biết về bệnh VGB đã được tiêm vắc xin với 77,9% trường hợp là người dân tự đi tiêm phòng với số mũi tiêm trung bình là  $2,9 \pm 1,1$ . Kết quả nghiên cứu này tương tự như nghiên cứu ở Etiopia của Gebrecherkos T, Girmay G, Lemma M và cộng sự (2020) với đa số người được hỏi 85,87% chưa bao giờ tầm soát HBV và 97,7% chưa được tiêm vắc xin phòng VGB. Tại Trung Quốc nghiên cứu của Yu L, Wang J, Wangen KR và cộng sự (2016) khi điều tra trên 3050 người lớn chưa được tiêm vắc xin phòng VGB, các lý do cho việc không tiêm chủng bao gồm: không cần vắc xin (69,67%); giá quá cao (13,18%); lo lắng về tính an toàn, tác dụng phụ của vắc xin (1,77%); và không tự tin về hiệu quả của vắc xin (1,48%).

Về thực hành phòng ngừa bệnh viêm gan vi rút B của phụ nữ mang thai nhiễm HBV tại khu vực phía Nam 2019-2020, nghiên cứu của Hoàng Quốc Cường và Phạm Quốc Huy (2021) cho thấy chỉ có 34% thai phụ từng nghe và biết bệnh viêm gan vi rút B, 45,5% không biết số mũi vắc xin viêm gan vi rút B cần tiêm ngừa cho con. Hơn 85% chưa từng được điều trị viêm gan vi rút B trước đây.

#### **4.3. Hiệu quả can thiệp TTGDSK cải thiện kiến thức, thực hành**

Trong nghiên cứu này, kết quả can thiệp TTGDSK được đánh giá dưới 3 góc độ: gia tăng tỷ lệ tiếp cận của người dân với các thông tin về bệnh VGB (tăng tỷ lệ người biết về bệnh); tăng tỷ lệ người dân có kiến thức, thực hành đúng về dự phòng lây nhiễm bệnh ở những người đã được tiếp cận với bệnh; và hiệu quả can thiệp tổng thể đánh giá qua các chỉ số hiệu quả trong từng nội dung, lĩnh vực và hiệu quả can thiệp chung.

##### **4.3.1 Hiệu quả trong việc tăng cường tiếp cận thông tin về VGB**

Trong nghiên cứu này, chúng tôi đã thực hiện các hoạt động truyền thông giáo dục sức khỏe tăng cường bằng cả hình thức gián tiếp và trực tiếp tại hai xã can thiệp. Trong đó, bao gồm các hoạt động treo poster, phát tờ rơi, phát thanh ở 2 xã can thiệp và các buổi nói chuyện có lồng ghép phát tờ rơi. Đã có rất nhiều hoạt động can thiệp liên quan đến truyền thông, nâng cao năng lực và tiếp cận dịch vụ đã được triển khai. Các hoạt động này được thực hiện với việc nhắm đến tăng cường kiến thức, hành vi cho cả NVYT và người dân trong việc phòng ngừa lây nhiễm HBV.

NVYT và cộng tác viên của trạm y tế cũng được tham dự các lớp tập huấn để góp phần nâng cao năng lực cũng như giúp cho việc triển khai các hoạt động can thiệp khác.

Kết quả của các hoạt động can thiệp được thể hiện trước hết ở việc gia tăng mức độ tiếp cận của người dân với các thông tin về bệnh VGB. Trên cơ sở đối tượng được đánh giá sau can thiệp khá tương đồng về cơ cấu giới và tuổi giữa hai nhóm nghiên cứu và so với trước can thiệp, kết quả ở bảng 3.8 cho thấy sau khi can thiệp, tỷ lệ người dân biết đến bệnh VGB đã tăng lên ở cả hai nhóm can thiệp và đối chứng. Trong khi ở nhóm chứng, tỷ lệ này chỉ tăng từ 37,1% lên 40,9% thì ở nhóm can thiệp đã tăng tương từ 39,3% lên tới 90,2%.

#### ***4.3.2 Hiệu quả cải thiện kiến thức, thực hành ở đối tượng đã tiếp cận thông tin về bệnh VGB***

Với kiến thức về tác nhân gây bệnh, đường lây truyền và đối tượng nguy cơ, kết quả nghiên cứu cho thấy, tỷ lệ đối tượng biết đúng nguyên nhân gây bệnh do vi rút ở nhóm can thiệp sau can thiệp (87,5%) vẫn ở mức cao tương đương với trước can thiệp và cao hơn so với nhóm chứng ở cùng thời điểm (79,5%). Cùng với đó, tỷ lệ hiểu sai nguyên nhân gây bệnh do vi khuẩn, ký sinh trùng đều đã giảm so với trước can thiệp và thấp hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm chứng ( $p < 0,05$ ). Tương tự, tỷ lệ hiểu đúng về các con đường lây truyền của bệnh cũng đã tăng lên trong khi tỷ lệ hiểu sai đường lây giảm so với trước can thiệp và so với ở nhóm chứng. Những sự khác biệt này đều có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,05$ . Xu hướng này cũng được ghi nhận đối với kiến thức về các đối tượng nguy cơ.

Tương tự như các tác động về kiến thức, hiệu quả của chương trình can thiệp truyền thông đến thực hành về dự phòng lây nhiễm HBV cũng đã được ghi nhận trong nghiên cứu của chúng tôi với xu hướng chung là mức độ cải thiện rõ rệt ở nhóm can thiệp so với trước khi can thiệp và so với nhóm chứng. Mặc dù phương pháp và chỉ số đánh giá khác nhau, song xu hướng này đã được ghi nhận trong nhiều nghiên cứu can thiệp truyền thông giáo dục sức khỏe cải thiện về kiến thức, thái độ và thực hành phòng chống lây nhiễm HBV trong cộng đồng.

Bên cạnh đó, tỷ lệ thực hiện tiêm vắc xin phòng VGB mặc dù có tăng lên ở cả hai nhóm nghiên cứu nhưng nhóm can thiệp có mức tăng lớn hơn (19,1% lên 79,3%), khác biệt có ý nghĩa thống kê so với nhóm chứng (17,3% lên 42,4%). Như vậy, khác với nghiên cứu của tác giả Phạm Ngọc Thanh, trong nghiên cứu của chúng tôi, các hoạt động can thiệp đã giúp cải thiện rõ rệt kiến thức và thực hành tiêm vắc xin phòng bệnh VGB. Tuy nhiên, kết quả khả quan này, một phần có thể do dịch vụ tiêm vắc xin phòng bệnh được triển khai mạnh mẽ trong khoảng 5 năm trở lại đây và người dân đã cải thiện đáng kể về kiến thức, thực hành tiêm vắc xin phòng bệnh nhờ TT-GDSK.

#### ***4.3.3 Hiệu quả tổng thể của can thiệp***

Hiệu quả tổng thể của can thiệp được đánh giá trên cơ sở tích hợp việc mở rộng tiếp cận với các thông tin về VGB và cải thiện kiến thức, thực hành dự phòng lây nhiễm bệnh. Sau 12 tháng áp dụng biện pháp can thiệp truyền thông kết quả cho thấy có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa trước và sau can thiệp và giữa nhóm can thiệp với nhóm chứng cả về kiến thức và thực hành.

Trong nghiên cứu này, để đánh giá về mức độ cải thiện về kiến thức, thực hành về dự phòng lây nhiễm HBV, chúng tôi chọn một số chỉ số quan trọng trong từng lĩnh vực để đánh giá so sánh trước và sau thiệp cũng như so sánh giữa nhóm can thiệp với nhóm chứng, bao gồm tỷ lệ biết đúng tác nhân gây bệnh, biện pháp chẩn đoán, tỷ lệ biết đầy đủ về các đường lây nhiễm của HBV và các biện pháp phòng chống,...

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy chỉ số hiệu quả cao vượt trội ở nhóm can thiệp so với nhóm chứng ở tất cả các chỉ số đánh giá từ kiến thức về tác nhân gây bệnh, đường lây truyền, các biện pháp dự phòng, kiến thức về các biện pháp xử trí một số tình huống giả định cho đến thực hành theo khai báo các tình huống khi mắc bệnh. Các chỉ số hiệu quả cả trong lĩnh vực kiến thức và thực hành ở nhóm can thiệp đều đạt trên 100% (dao động từ 128,0% đến 218,5% với các chỉ số về kiến thức và từ 148,2% đến 315,2% với các chỉ số về thực hành) so với mức dao động dưới 41% ở nhóm chứng. Nhờ vậy, hiệu quả can thiệp tính trên từng chỉ số đánh giá về kiến thức và thực hành cũng đều đạt trên 100%, thấp nhất 119,3% với việc tiếp cận với thông tin về bệnh VGB đến cao

nhất 274,2% đối với việc thực hành tiêm vắc xin phòng bệnh. Hiệu quả can thiệp tính trên tổng thể kiến thức đúng là 185% và tổng thể thực hành đúng là 374,7%.

## KẾT LUẬN

### **1. Tình trạng nhiễm HBV và một số yếu tố liên quan ở người 20-60 tuổi tại cộng đồng của tỉnh Quảng Bình**

Tỷ lệ nhiễm HBV dựa trên tỷ lệ mang HBsAg ở người lớn 20-60 tuổi tính chung cho cả hai địa bàn miền núi và đồng bằng ven biển của Quảng Bình là 7,9% với tỷ lệ riêng cho từng địa bàn lần lượt là 6,1% và 9,6. Tỷ lệ nhiễm HBV có mối liên quan có ý nghĩa thống kê với nhóm tuổi, học vấn, và hành vi xăm mình. Cụ thể, tỷ lệ nhiễm cao hơn ở nhóm tuổi 41-50 (OR=1,82; 95%CI: 1,03-3,20) so với nhóm tuổi 51-60, ở nhóm tuổi có học vấn tiểu học trở xuống so với nhóm tốt nghiệp PTTH trở lên (OR=2,14; 95%: 1,08-4,27) và ở nhóm có xăm mình so với nhóm không xăm (OR=1,96; 95%CI: 1,14-3,80).

### **2. Kiến thức, thực hành dự phòng lây nhiễm HBV ở người 20-60 tuổi**

Chỉ có 38,2% người lớn 20-60 tuổi đã từng tiếp cận với thông tin về bệnh VGB, với 2 kênh thông tin chính là các phương tiện thông tin đại chúng như ti vi, đài phát thanh, internet,... (69,9%) và từ cán bộ y tế (63,1%).

Về kiến thức, trong số những người đã từng tiếp cận với thông tin về bệnh VGB, có 85,7% biết đúng tác nhân gây bệnh là vi rút; 65,0% biết đầy đủ các đường lây truyền của bệnh. Có 89,3% đối tượng biết đúng biện pháp chẩn đoán bệnh VGB là xét nghiệm máu; 48,4% biết đầy đủ các triệu chứng bệnh, 55,6% biết đầy đủ các hậu quả; 74,5% biết ít nhất một biện pháp xử trí phù hợp khi có kết quả xét nghiệm HBsAg (-) và 66,1% biết biện pháp xử trí phù hợp khi có kết quả HBsAg (+). Tỷ lệ có kiến thức đúng về tổng thể là 59,6% trong số những người đã được tiếp cận thông tin về bệnh.

Về thực hành, trong số những người đã được tiếp cận thông tin về bệnh, có 93,7% đối tượng có xử trí phù hợp khi bản thân nghi ngờ mắc bệnh; 46,0% có xử trí phù hợp khi vợ/chồng mắc bệnh và 81,3% xử trí phù hợp khi có hàng xóm mắc bệnh. Có 47,7% đối tượng đã tiêm vắc xin phòng bệnh VGB. Tỷ lệ có thực hành đúng về tổng thể là 36,2% trong số những người đã được tiếp cận thông tin về bệnh.

### **3. Hiệu quả can thiệp cải thiện kiến thức, thực hành dự phòng lây nhiễm HBV ở người 20-60 tuổi**

Tỷ lệ tiếp cận với thông tin về bệnh VGB đã tăng tương ứng từ 39,3% trước can thiệp lên 90,2% sau can thiệp ở nhóm can thiệp và 37,1% lên 40,9% ở nhóm đối chứng. Khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa trước và sau can thiệp ở nhóm can thiệp và giữa hai nhóm sau can thiệp.

Trong số những người đã được tiếp cận với thông tin về bệnh VGB, tỷ lệ có kiến thức đúng về tác nhân gây bệnh, đường lây truyền, đối tượng nguy cơ, biện pháp dự phòng lây nhiễm, biện pháp chẩn đoán, triệu chứng và hậu quả của bệnh; tỷ lệ có thái độ và thực hành đúng về dự phòng lây nhiễm bệnh ở nhóm can thiệp sau khi can thiệp cũng tăng có ý nghĩa thống kê so với trước can thiệp và so với nhóm đối chứng.

Tính chung trên toàn bộ đối tượng nghiên cứu, các chỉ số hiệu quả trong từng nội dung về kiến thức, thái độ và thực hành ở nhóm can thiệp đều đạt trên 100% (từ 128,0% với việc biết tác nhân gây bệnh đến 315,7% với việc tiêm vắc xin phòng bệnh) so với mức dao động từ 4,1% với việc biết đúng các biện pháp dự phòng đến 41,0% về tiêm vắc xin ở nhóm chứng. Hiệu quả can thiệp trên từng chỉ số về kiến thức, thái độ và thực hành được khảo sát cũng đạt trên 100%; thấp nhất 119,3% với việc có biết về bệnh VGB đến cao nhất 274,2% với việc thực hành tiêm vắc xin phòng bệnh. Hiệu quả tổng thể của can thiệp là 185% trong việc nâng cao kiến thức và 374,7% trong việc cải thiện thực hành dự phòng lây nhiễm HBV.

### **KHUYẾN NGHỊ**

1. Cần tiếp tục tăng cường công tác truyền thông giáo dục sức khỏe, nâng cao kiến thức, thực hành của cộng đồng trên địa bàn toàn tỉnh về HBV, bệnh VGB và các biện pháp phòng chống để từ đó giảm tỷ lệ mắc và gánh nặng bệnh tật của bệnh tại địa phương.

2. Việc lựa chọn phương thức, phương tiện và nội dung truyền thông cần dựa trên đặc điểm của từng địa phương, trong đó tập trung vào hai kênh truyền thông chính là các phương tiện thông tin đại chúng và vai trò của cán bộ y tế, với nội dung tập trung vào các biện pháp dự phòng lây nhiễm, đặc biệt là tiêm vắc xin phòng bệnh và xét nghiệm phát hiện người mang mầm bệnh.

3. Trên cơ sở bài học kinh nghiệm từ việc triển khai nghiên cứu này để xây dựng các giải pháp can thiệp đặc thù cho từng khu vực nhằm nhân rộng mô hình và đạt được hiệu quả cao hơn. Xác định những tồn tại của biện pháp can thiệp này và các yếu tố liên quan. Xem xét, đánh giá tính bền vững của can thiệp TT-GDSK trong dự phòng lây nhiễm HBV trên địa bàn.