

Kiến thức, thái độ, thực hành về phòng chống bệnh thủy đậu của bà mẹ có con dưới 5 tuổi tại huyện Đắk Hà, tỉnh Kon Tum năm 2018

Nguyễn Lộc Vương¹, Nguyễn Thị Hồng Nhi², Đoàn Vương Diễm Khánh³

Tóm tắt

Giới thiệu: Tại Việt Nam, số người mắc bệnh thủy đậu (BTĐ) luôn ở mức cao, khoảng 25.000 đến 40.000 trường hợp, chủ yếu là trẻ em. Tại Kon Tum, số mắc BTĐ hằng năm duy trì ở mức cao, trung bình 5 năm từ 2013 – 2017 là 779 ca/năm.

Phương pháp: Thiết kế nghiên cứu mô tả cắt ngang được tiến hành trên 660 bà mẹ. Thu thập số liệu bằng phỏng vấn trực tiếp bà mẹ có con dưới 5 tuổi.

Kết quả: Tỷ lệ đối tượng nghiên cứu đạt kiến thức, thái độ, thực hành về phòng chống bệnh thủy đậu (PCBTĐ) lần lượt 55,2%; 53,6% 67%. Các yếu tố liên quan đến kiến thức PCBTĐ là khu vực xã trình độ học vấn; nghề nghiệp; số nguồn thông tin nhận được. Các yếu tố liên quan đến thái độ PCBTĐ: kiến thức về PCBTĐ; khu vực xã; dân tộc; số nguồn thông tin nhận được. Các yếu tố liên quan đến thực hành PCBTĐ: thái độ về PCBTĐ; khu vực xã; dân tộc.

Kết luận/ Khuyến nghị: Cần trang bị kiến thức về PCBTĐ, tăng cường hơn nữa công tác truyền thông giáo dục sức khỏe cho người dân về PCBTĐ, đặc biệt ưu tiên cho dân tộc ít người.

Từ khóa: Kiến thức, thái độ, thực hành, bệnh thủy đậu, Việt Nam

Knowledge, attitudes, and practices towards Varicella prevention of mothers having children under 5 years old in Dak Ha district, Kon Tum province in 2018

Nguyen Loc Vuong¹, Nguyen Thi Hong Nhi², Doan Vuong Diem Khanh³

Abstract

Background: In Vietnam, the number of Varicella case was relatively high, about 25.000 to 40.000 cases, mostly children. In Kon Tum, the annual number of Varicella cases remained high, the average number of cases during 5 years from 2013 to 2017 was 779 cases per year.

Methodology: The descriptive cross-sectional study was conducted among 660 mothers. The data collection was undertaken using face-to-face interviews with mothers having children under 5 years old.

Findings: The proportions of mothers who meet the requirement for knowledge, attitudes, and practices regarding prevention and control of Varicella were 55.2%; 53.6%; and 67%, respectively.

- The factors related to knowledge regarding prevention and control of Varicella were communal areas, education level, occupation, and the number of information sources received.

- The factors related to attitudes regarding prevention and control of Varicella were knowledge, communal areas, ethnicity, and the number of information sources received.

- The factors related to practices regarding prevention and control of Varicella are attitude, communal areas, and ethnicity.

Conclusions/Recommendations: There was a need in providing knowledge of preventing and controlling of Varicella, strengthening health communication and education for people, especially for ethnic minorities.

Keywords: Knowledge, attitudes, practices, varicella, Vietnam

Tác giả:

1. Nguyễn Lộc Vương, Trung tâm Kiểm soát bệnh tật tỉnh Kon Tum

2. Viện Đào tạo và Bồi dưỡng cán bộ quản lý y tế, Trường Đại học Y Dược Huế, Đại học Huế

3. Khoa Y tế Công Cộng, Trường Đại học Y Dược Huế, Đại học Huế

Email: diemkhanh1972@gmail.com

1. Đặt vấn đề

Bệnh thủy đậu (BTĐ) thuộc phân loại nhóm B là bệnh truyền nhiễm có khả năng lây truyền nhanh và có thể gây tử vong¹. Vào năm 2014, Tổ chức Y tế Thế giới ước tính mỗi năm có khoảng 4,2 triệu trường hợp mắc BTĐ bị biến chứng nghiêm trọng dẫn tới nhập viện và 4.200 ca tử vong liên quan xảy ra trên toàn cầu². Tại Việt Nam, theo các chuyên gia y tế, số người mắc BTĐ luôn ở mức cao, trong khoảng 25.000 đến 40.000 trường hợp, chủ yếu là trẻ em. Năm 2017, cả nước ghi nhận số mắc lên đến 42.712 trường hợp, tăng 60,2% so với năm 2016. Tại Kon Tum, số mắc BTĐ hằng năm duy trì ở mức cao, trung bình của 5 năm từ 2013 – 2017 là 779 ca mỗi năm³; tỷ lệ mắc luôn xếp thứ 2 hoặc thứ 3 trong toàn quốc. Đắk Hà là

huyện có điều kiện kinh tế – xã hội trung bình của tỉnh; trong những năm qua có tình hình dịch bệnh truyền nhiễm diễn biến phức tạp; đồng thời có tỷ lệ mắc BTĐ rất cao trong 5 năm gần đây⁴. Bà mẹ có vai trò rất quan trọng trong việc phát hiện và chăm sóc trẻ bị BTĐ, nhất là hiểu biết của bà mẹ về cách phòng bệnh và phát hiện sớm các triệu chứng khi trẻ mắc BTĐ để xử trí phù hợp và kịp thời đưa trẻ đến cơ sở y tế khám, chữa bệnh. Với số mắc BTĐ của cả nước năm 2017 gia tăng rõ rệt, đã đặt ra vấn đề rất cần thiết cho ngành Y tế trong công tác PCBTĐ tại cộng đồng. Trong đó, nếu các bà mẹ có kiến thức, thái độ, thực hành tốt về PCBTĐ sẽ giúp cho trẻ phòng được lây nhiễm, giảm tỷ lệ mắc trong cộng đồng. Tuy nhiên, cho đến nay, chủ đề nghiên cứu kiến thức, thái độ,

thực hành về PCBTĐ của cộng đồng vẫn còn hạn chế, tại tỉnh Kon Tum nói chung và huyện Đăk Hà nói riêng, nơi có 49,8% dân tộc ít người sinh sống⁵, chưa nghiên cứu nào về chủ đề này. Xuất phát từ những căn cứ trên, chúng tôi thực hiện đề tài: “Kiến thức, thái độ, thực hành về phòng chống bệnh thủy đậu của bà mẹ có con dưới 5 tuổi tại huyện Đăk Hà, tỉnh Kon Tum năm 2018”, với các mục tiêu sau: 1) Đánh giá kiến thức, thái độ, thực hành về phòng chống bệnh thủy đậu của bà mẹ có con dưới 5 tuổi tại huyện Đăk Hà, tỉnh Kon Tum năm 2018; 2) Mô tả một số yếu tố liên quan đến kiến thức, thái độ, thực hành về phòng chống bệnh thủy đậu của đối tượng nghiên cứu.

2. Phương pháp

2.1. Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu định lượng theo thiết kế mô tả cắt ngang

2.2. Đối tượng nghiên cứu

Bà mẹ có con dưới 5 tuổi đang sinh sống tại huyện Đăk Hà, tỉnh Kon Tum.

Tiêu chuẩn lựa chọn bà mẹ: Đồng ý tham gia nghiên cứu. Có khả năng hiểu và trả lời các câu hỏi nghiên cứu.

2.3. Thời gian nghiên cứu

Thời gian nghiên cứu từ tháng 3/2018 đến tháng 11/2019

2.4. Cỡ mẫu và kỹ thuật chọn mẫu

- Cỡ mẫu: Công thức tính cỡ mẫu để ước tính tỷ lệ cho nghiên cứu mô tả cắt ngang⁶

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

Trong đó: n: Cỡ mẫu. $Z_{\alpha/2}$: Giá trị Z thu được từ Bảng Z ứng giá trị α được chọn. Với độ tin cậy 95% thì $\alpha = 0,05$, nên $Z_{\alpha/2} = 1,96$. p: Tỷ lệ đối tượng nghiên cứu (ĐTNC) ước lượng cho cả kiến thức, thái độ, thực hành đúng về PCBTĐ. Chọn $p = 0,27$ (tỷ lệ đạt thực hành PCBTĐ của đối tượng nghiên cứu ở phường Hương Long) theo nghiên cứu của Nguyễn Thị Khánh Linh⁷.

d: Mức chính xác mong muốn (sai số chọn). Chấp nhận $d = 0,05$. Từ công thức trên ta có cỡ mẫu tối thiểu là 303. Chúng tôi thiết kế kỹ thuật chọn mẫu qua 2 giai đoạn, nên hệ số thiết kế là 2, do đó cỡ mẫu là $303 \times 2 = 606$. Cỡ mẫu thực tế cho nghiên cứu là 660 bà mẹ.

- Kỹ thuật chọn mẫu qua 2 giai đoạn: Giai đoạn 1: Chọn xã điều tra theo phương pháp chọn mẫu chùm⁶. Các xã của huyện được chia thành 3 khu vực: I, II, III. Trong mỗi khu vực theo phương pháp chọn mẫu ngẫu nhiên đơn, bốc thăm ngẫu nhiên chọn một xã, số xã chọn được là 3 xã, trong đó 1 xã thuộc khu vực I, 1 xã thuộc khu vực II và 1 xã thuộc khu vực III. Ba xã được chọn là thị trấn Đăk Hà, xã Đăk La, xã Đăk Ui. Giai đoạn 2: Chọn đối tượng điều tra theo phương pháp chọn mẫu ngẫu nhiên đơn. Bước 1: Lập khung mẫu. Tại mỗi xã đã chọn được ở giai đoạn 1, dựa vào sổ hộ khẩu của xã, lập danh sách hộ gia đình có bà mẹ có con dưới 5 tuổi, tên bà mẹ được xếp theo thứ tự ABC, danh sách được đánh số thứ tự liên tục từ 0001 đến người cuối cùng gắn với mã A là thị trấn Đăk Hà, mã B là xã Đăk La, mã C là xã Đăk Ui, danh sách này dùng làm khung mẫu. Bước 2: Dùng phần mềm Random.org chọn 220 số ngẫu

nhiên không lặp lại (1 lần duy nhất). Từ số ngẫu nhiên được chọn, ghép với số thứ tự tương ứng của mã số để chọn ra 220 bà mẹ ở mỗi xã để điều tra.

2.6. Phương pháp thu thập thông tin và cách tính điểm

Phòng vấn trực tiếp tại nhà bà mẹ có con dưới 5 tuổi theo bộ câu hỏi soạn sẵn về kiến thức, thái độ, thực hành về PCBTĐ của bà mẹ.

Bộ câu hỏi phỏng vấn được thiết kế dựa trên mục tiêu nghiên cứu, các nội dung bao gồm tình trạng kinh tế xã hội của bà mẹ và hộ gia đình, kiến thức về PCBTĐ; thái độ đối với PCBTĐ; thực hành về PCBTĐ.

Kiến thức, thực hành về PCBTĐ của ĐTNC theo từng nội dung của câu phỏng vấn được đánh giá bằng cách cho điểm các câu trả lời đạt: 1 điểm và không đạt: 0 điểm. Đánh giá thái độ PCBTĐ của ĐTNC theo thang điểm Likert với các mức độ từ: Rất không đồng ý: 0 điểm, không đồng ý: 1 điểm, không rõ: 2 điểm, đồng ý: 3 điểm, rất đồng ý: 4 điểm. Phân loại chung về kiến thức, thái độ, thực hành PCBTĐ được đánh giá dựa vào điểm cắt trên 50% tổng số điểm⁸.

2.7. Phương pháp phân tích số liệu

Toàn bộ số liệu được nhập bằng Excel. Phân tích số liệu bằng phần mềm SPSS 20. Sử dụng thống kê mô tả: Thể hiện tần suất, tỷ lệ % của các biến định tính trong nghiên cứu. Thống kê phân tích: Sử dụng test χ^2 , mô hình hồi quy logistic đa biến để kiểm định các yếu tố liên quan đến kiến thức, thái độ, thực hành về PCBTĐ của đối tượng nghiên cứu. Các biến số có liên quan ở phân tích đơn biến ($p < 0,05$) được đưa vào mô hình hồi qui đa biến logistic để kiểm định

các yếu tố liên quan đến kiến thức, thái độ, thực hành về PCBTĐ của bà mẹ. Mức ý nghĩa thống kê được áp dụng là $\alpha = 0,05$.

2.8. Đạo đức trong nghiên cứu

Nghiên cứu được Hội đồng đạo đức Trường Đại học Y Dược Huế thông qua, số H2018/218 ngày 24/5/2018 và được lãnh đạo Trung tâm Y tế huyện Đắk Hà, tỉnh Kon Tum đồng ý cho thực hiện.

3. Kết quả

3.1. Đặc điểm của đối tượng nghiên cứu

Số bà mẹ <30 tuổi; >30 tuổi chiếm tỷ lệ lần lượt là 55,6% và 44,4%. Đối tượng nghiên cứu là dân tộc kinh và dân tộc ít người chiếm tỷ lệ tương đương nhau. Trình độ học vấn là trung học cơ sở chiếm tỷ lệ cao nhất (37%). Nghề nghiệp chủ yếu của ĐTNC là nghề nông (73%). ĐTNC hiện có 2 con chiếm tỷ lệ cao nhất (41,5%).

3.2. Kiến thức, thái độ, thực hành của bà mẹ có con dưới 5 tuổi về PCBTĐ

Bảng 3.1. Phân bố kiến thức của bà mẹ về PCBTĐ

	Biến số	Tần số	Tỷ lệ%
Đã từng nghe về BTĐ	Có	660	100
	Chưa	0	0
Tên khác của BTĐ	Trái rạ	322	48,8
	Phồng rạ	218	33,0
	Đậu mùa	68	10,3
	Dời leo	14	2,1
	Khác (đúng)	8	1,2
	Khác (sai)	5	0,8
	Không biết / Không trả lời	206	31,2

| TỔNG QUAN & NGHIÊN CỨU |

	Biến số	Tần số	Tỷ lệ%
Tuổi dễ mắc BTD nhất	Trẻ em	610	92,4
	Người lớn	20	3,0
	Người già	0	0
	Không biết/ Không trả lời	30	4,5
Nguyên nhân gây BTD	Tắm nước dơ bẩn	107	16,2
	Thần linh, ma bắt bị bệnh	3	0,5
	Nhiễm trùng do người bị bệnh lây	419	63,5
	Khác	6	0,9
	Không biết/ Không trả lời	125	18,9
Đường lây truyền BTD	Truyền qua không khí do hít thở phải chất dịch từ bệnh nhân hắt hơi	319	48,3
	Do tiếp xúc gián tiếp với vật dụng, dụng cụ của người bị thủy đậu	362	54,8
	Truyền từ mẹ sang con	19	2,9
	Lây truyền qua đường tiêu hóa	34	5,2
	Lây truyền qua đường máu	4	0,6
	Khác	31	4,7
	Không biết/ Không trả lời	104	15,8

	Biến số	Tần số	Tỷ lệ%
Biểu hiện của trẻ khi bị BTD	Sốt	382	57,9
	Nôn mửa	41	6,2
	Nổi phồng nước	564	85,5
	Tiêu chảy	27	4,1
	Khác	3	0,5
	Không biết/ Không trả lời	21	3,2
Biến chứng của BTDTE	Biến chứng thần kinh	73	11,1
	Viêm phổi	125	18,9
	Viêm da bội nhiễm	431	65,3
	Khác (đúng)	9	1,4
	Khác (sai)	13	1,9
	Không có biến chứng gì	21	3,2
	Không biết/ Không trả lời	147	22,3
Xử lý khi trẻ mắc BTD	Đưa trẻ đến khám ở CSYT	634	96,1
	Cho trẻ ở nhà để cách ly	201	30,5
	Cho trẻ đi học bình thường	3	0,5
	Không biết/ Không trả lời	9	1,4
Biết phòng BTD bằng tiêm chủng	Có	397	60,1
	Không	52	7,9
	Không biết/ Không trả lời	211	32,0

Biến số		Tần số	Tỷ lệ%
Tuổi tiêm vắc xin phòng BTD	≥ 12 tháng tuổi	269	40,8
	< 12 tháng tuổi	51	7,7
	Không biết/ Không trả lời	340	51,5
Biết nơi tiêm phòng BTD	Trạm Y tế xã	51	7,7
	Trung tâm Y tế huyện	108	16,4
	CSYT tư nhân ở huyện	20	3,0
	CSYT ở tỉnh	268	40,6
	Không biết/ Không trả lời	297	45,0

Bảng trên cho thấy tất cả bà mẹ đã từng nghe về BTD. Trên 90% bà mẹ biết trẻ em dễ mắc BTD nhất, chiếm 92,4%. Bà mẹ biết nguyên nhân gây BTD chiếm tỷ lệ 63,5%, biết đường lây truyền BTD do tiếp xúc gián tiếp, qua hô hấp chiếm tỷ lệ lần lượt là 54,8%; 48,3%. Bà mẹ biết biểu hiện của trẻ khi bị BTD là nổi phỏng nước, sốt chiếm tỷ lệ lần lượt là 85,5%; 57,9%. Bà mẹ biết biến chứng viêm da bội nhiễm chiếm tỷ lệ cao nhất (65,3%). Trên 60% bà mẹ biết phòng BTD bằng tiêm chủng. Đánh giá kiến thức của bà mẹ về PCBTĐ: Tỷ lệ đạt, không đạt kiến thức lần lượt là 55,2% và 44,8%.

Bảng 3.2. Phân bố thái độ của bà mẹ về PCBTĐ

Biến số	Số lượng đồng ý/ rất đồng ý	Tỷ lệ%
Mức độ lây truyền của BTD	410	62,1
Mức độ nguy hiểm của BTD trẻ em	177	26,8

Biến số	Số lượng đồng ý/ rất đồng ý	Tỷ lệ%
Đưa trẻ đi khám khi bị sốt, trên cơ thể xuất hiện nhiều phỏng nước	350	53,0
Tự điều trị khi trẻ bị mắc BTD	333	50,5
Chế độ chăm sóc, nuôi dưỡng đặc biệt cho trẻ khi bị BTD	347	52,6
Cách ly trẻ mắc BTD để phòng lây bệnh cho cộng đồng	348	52,7
Phòng BTD bằng hạn chế tiếp xúc người BTD	343	52,0
Sự cần thiết thường xuyên rửa tay bằng xà phòng để phòng BTD	346	52,4
Sử dụng đồ dùng sinh hoạt riêng cho trẻ để phòng BTD	343	52,0
Giữ gìn vệ sinh cơ thể trẻ để phòng BTD	447	67,7
Sự cần thiết dự phòng biến chứng của BTD	322	48,8
Tiêm chủng phòng BTD trẻ em	370	56,1

Kết quả bảng trên cho thấy các bà mẹ có thái độ tốt đối với mức độ lây truyền bệnh thủy đậu, đưa trẻ đi khám khi bị sốt, thường xuyên rửa tay bằng xà phòng, giữ gìn vệ sinh cho trẻ, tiêm chủng PCBTĐ cho trẻ. Tuy nhiên, tỷ lệ lớn các bà mẹ có thái độ chưa tốt đối với mức độ nguy hiểm của BTD.

Đánh giá thái độ của bà mẹ về PCBTĐ: Tỷ lệ đạt, không đạt thái độ lần lượt là 53,6%; 46,4%.

Bảng 3.3. Phân bố thực hành của bà mẹ về PCBTĐ

Biến số		Tần số	Tỷ lệ %
Con đã từng mắc BTĐ	Có	152	23,0
	Không	508	77,0
Thực hành xử trí khi trẻ mắc BTĐ	Không làm gì để trẻ tự khỏi	2	1,3
	Tự chữa trị cho trẻ tại nhà	7	4,6
	Đưa trẻ đến thầy lang để chữa trị	0	0
	Đưa trẻ đến các CSYT để khám, điều trị	143	94,1
Sử dụng thuốc khi trẻ mắc BTĐ	Sử dụng thuốc theo chỉ dẫn của bác sỹ	125	82,2
	Sử dụng xanh methylen để bôi ngoài da	69	45,4
	Uống nước lá theo dân gian	5	3,3
	Sử dụng kết hợp các loại thuốc trên	1	0,7
	Chưa/ không thực hiện	0	0
Thực hành chăm sóc, nuôi dưỡng trẻ bị BTĐ tại nhà	Kiêng các thực phẩm tanh: cá, hải sản	11	7,2
	Cho trẻ ăn đầy đủ chất dinh dưỡng, thức ăn dễ tiêu (mềm, lỏng)	87	57,2
	Cho trẻ uống nhiều nước	28	18,4
	Cho trẻ ăn theo sở thích của trẻ	6	3,9
	Cho trẻ ăn uống bình thường	50	32,9
Tuân theo sự hướng dẫn của bác sỹ về chăm sóc trẻ bị BTĐ tại nhà	Tuân theo đúng hướng dẫn của bác sỹ	135	88,8
	Tuân theo một phần hướng dẫn của bác sỹ	15	9,9
	Không tuân theo hướng dẫn của bác sỹ	2	1,3
Thực hành phòng lây BTĐ cho cộng đồng	Cách ly trẻ ở nhà và không cho tiếp xúc với trẻ khác	107	70,4
	Không đưa trẻ đến nhà trẻ/mẫu giáo	76	50
	Vệ sinh nhà cửa, đồ chơi của trẻ	15	9,9
	Không thực hiện	3	2,0
Thực hành phòng BTĐ bằng sử dụng các đồ dùng sinh hoạt riêng cho trẻ	Thường xuyên	358	54,2
	Thỉnh thoảng	148	22,4
	Ít khi	112	17,0
	Không thực hiện	42	6,4

Biến số		Tần số	Tỷ lệ %
Thực hành rửa tay bằng xà phòng để phòng bệnh	Thường xuyên	309	46,8
	Thỉnh thoảng	230	34,8
	Ít khi	116	17,6
	Không thực hiện	5	0,8
Thực hành vệ sinh cơ thể trẻ để phòng BTĐ	Thường xuyên	477	72,3
	Thỉnh thoảng	127	19,2
	Ít khi	56	8,5
	Không thực hiện	0	0
Tiêm chủng phòng BTĐ cho trẻ	Tiêm rồi	135	20,5
	Chưa tiêm	525	79,5

Bảng trên cho thấy bà mẹ có thực hành tốt về PCBTĐ: khi trẻ mắc BTĐ, đưa trẻ đến CSYT và tuân theo đúng hướng dẫn của bác sĩ, cách ly trẻ và vệ sinh trẻ. Tuy nhiên, tỷ lệ khá cao bà mẹ có thực hành PCBTĐ chưa tốt trong việc cho trẻ uống nước, chỉ 18,4% bà mẹ cho trẻ uống nhiều nước khi trẻ bị thủy đậu tại nhà.

Đánh giá thực hành của bà mẹ về PCBTĐ của bà mẹ: Tỷ lệ đạt, không đạt thực hành lần lượt là 67%; 33%.

3.3. Một số yếu tố liên quan đến kiến thức, thái độ, thực hành của bà mẹ có con dưới 5 tuổi về PCBTĐ

Bảng 3.4. Mô hình hồi quy logistic đa biến kiểm định các yếu tố liên quan đến kiến thức, thái độ, thực hành về PCBTĐ của bà mẹ

		OR	95%CI	p
Yếu tố liên quan đến kiến thức PCBTĐ của bà mẹ				
Khu vực xã	III	1	-	-
	I	1,799	1,123 – 2,884	< 0,05
	II	5,120	3,317 – 7,903	< 0,05
Trình độ học vấn	< THPT	1	-	-
	≥ THPT	3,022	2,051 – 4,453	< 0,05
Nghề nghiệp	Nông dân	1	-	-
	Nghề khác	2,300	1,403 – 3,771	< 0,05
Số nguồn thông tin	< 4 nguồn	1	-	-
	≥ 4 nguồn	4,469	1,262 – 15,826	< 0,05
Yếu tố liên quan đến thái độ PCBTĐ của bà mẹ				
Khu vực xã	III	1	-	-
	I	1,11	0,48 – 2,57	0,80
	II	2,38	1,27 – 4,43	< 0,05

| TỔNG QUAN & NGHIÊN CỨU |

Dân tộc	Dân tộc ít người	1	-	-
	Kinh	3,52	1,71 – 7,25	< 0,05
Nghề nghiệp	Nông dân	1	-	-
	Nghề khác	1,91	0,97 – 3,76	0,06
Số nguồn thông tin	< 4	1	-	-
	≥ 4	13,61	1,56 – 119,04	< 0,05
Kiến thức	Không đạt	1	-	-
	Đạt	22,72	14,06 – 36,72	< 0,05
Yếu tố liên quan đến thực hành PCBTĐ của bà mẹ				
Khu vực xã	III	1	-	-
	I	2,141	1,053 – 4,355	< 0,05
	II	1,066	0,629 – 1,805	0,813
Dân tộc	Dân tộc ít người	1	-	-
	Kinh	6,561	3,224 – 13,350	< 0,05
Nghề nghiệp	Nông dân	1	-	-
	Nghề khác	1,802	0,867 – 3,742	0,114
Kiến thức	Không đạt	1	-	-
	Đạt	1,377	0,708 – 2,675	0,346
Thái độ	Không đạt	1	-	-
	Đạt	7,007	3,517 – 13,962	< 0,05

Qua bảng trên cho thấy có mối liên quan giữa khu vực xã và nghề nghiệp và kiến thức, thái độ, thực hành về PCBTĐ của bà mẹ ($p < 0,05$). Các bà mẹ ở khu vực II có xác suất đạt kiến thức và thái độ về PCBTĐ cao hơn gấp lần lượt 5,12 lần và 2,38 lần so với bà mẹ ở khu vực III. Các bà mẹ ở khu vực I có xác suất đạt kiến thức và thực hành về PCBTĐ cao hơn gấp lần lượt 1,799 lần và 2,141 lần so với bà mẹ ở khu vực III. Có mối liên quan giữa số nguồn thông tin nhận được và kiến thức, thái độ về PCBTĐ của bà mẹ ($p < 0,05$). Các bà mẹ nhận được từ 4 nguồn thông tin trở lên có xác suất đạt kiến thức và thái độ về PCBTĐ cao hơn gấp lần lượt 4,469 lần và 13,61 lần so với các bà mẹ nhận được ít hơn 4 nguồn thông tin. Có mối liên quan giữa kiến thức về PCBTĐ và thái độ

về PCBTĐ của bà mẹ ($p < 0,05$). Các bà mẹ có kiến thức đạt về PCBTĐ có xác suất đạt thái độ về PCBTĐ cao hơn gấp 22,72 lần so với bà mẹ không đạt kiến thức về PCBTĐ. Có mối liên quan giữa dân tộc và thực hành PCBTĐ của bà mẹ ($p < 0,05$). Các bà mẹ dân tộc Kinh có xác suất đạt thực hành PCBTĐ cao gấp 6,561 lần so với bà mẹ dân tộc ít người. Có mối liên quan giữa thái độ về PCBTĐ và thực hành về PCBTĐ của bà mẹ ($p < 0,05$). Các bà mẹ có thái độ đạt về PCBTĐ có xác suất đạt thực hành về PCBTĐ cao hơn gấp 7,007 lần so với bà mẹ không đạt thái độ về PCBTĐ.

4. Bàn luận

Bà mẹ nhận được về BTĐ chủ yếu từ bạn bè, người thân có tỷ lệ cao nhất, tiếp theo đó là

nguồn thông tin của nhân viên y tế. Tỷ lệ này cho thấy kênh tuyên truyền từ người dân, nhất là người thân có người nhà đã mắc bệnh và nhân viên y tế có giá trị trong các kênh tuyên truyền hiện nay, mặc dù công nghệ thông tin kỹ thuật số như ti vi, điện thoại thông minh phát triển nhưng chưa thay thế được. Tỷ lệ bà mẹ có kiến thức đúng về đường lây truyền của BTĐ: Qua tiếp xúc gián tiếp có tỷ lệ cao nhất là 54,8%. So với nghiên cứu của Nguyễn Thị Hà⁹, 100% các bà mẹ đều biết đường lây của BTĐ; của Yu Hui^[10], 68% ĐTNC trả lời đúng về đường lây của BTĐ; của Vezzosi Luigi và cộng sự tại Naples (Ý) năm 2015¹¹, 91,9% cha mẹ biết đường lây của BTĐ. Sự khác nhau này có thể do đối tượng nghiên cứu của chúng tôi ở địa bàn miền núi, có nhiều dân tộc ít người (53,2%) nên kiến thức PCBTĐ còn hạn chế. Tỷ lệ bà mẹ có kiến thức đúng về biến chứng của BTĐ: Viêm da bội nhiễm có tỷ lệ cao nhất là 65,3%; viêm phổi là 18,9%; biến chứng thần kinh là 11,1%; biến chứng khác (viêm não, dị tật bẩm sinh, hội chứng Reye...) là 1,4%. So với nghiên cứu của Nguyễn Thị Khánh Linh⁷, tỷ lệ ĐTNC biết biến chứng bội nhiễm da là 74,8%; viêm phổi là 24%; viêm não là 16,2%; hội chứng Reye là 4,2%, khác là 2%. Kết quả này cao hơn nghiên cứu của chúng tôi. So với nghiên cứu của R. Hesham¹², biến chứng bội nhiễm da là 64,6%, viêm phổi là 14%, tương tự như nghiên cứu của chúng tôi.

Tỷ lệ bà mẹ đạt kiến thức về PCBTĐ là 55,2%. So với nghiên cứu của Nguyễn Thị Khánh Linh⁷, tỷ lệ ĐTNC có kiến thức tốt về BTĐ là 43,8%. Nghiên cứu của Jemy⁹, kết quả chỉ có 26,6% bà mẹ có kiến thức đạt về BTĐ, thì kết quả đạt trong nghiên cứu của chúng tôi cao hơn.

Sự khác nhau này, có thể do cách thu thập thông tin, đánh giá, địa bàn nghiên cứu khác nhau. Tỷ lệ bà mẹ đạt thực hành về PCBTĐ là 67%. So với nghiên cứu của Nguyễn Thị Khánh Linh⁷, tỷ lệ ĐTNC có thực hành tốt về BTĐ là 31,5%, kết quả đạt trong nghiên cứu của chúng tôi cao hơn. Điều này có thể do thiết kế nghiên cứu của chúng tôi, với ĐTNC có con mắc và chưa từng mắc BTĐ thì thực hành chủ yếu là phòng bệnh.

Tỷ lệ đạt kiến thức của bà mẹ ở khu vực I, khu vực II có xác suất đạt kiến thức cao gấp lần lượt 1,799 và 5,12 lần so với bà mẹ ở khu vực III. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với 95% khoảng tin cậy. Các bà mẹ ở xã đặc biệt khó khăn (khu vực III), có điều kiện kinh tế – xã hội thấp hơn, tỷ lệ hộ nghèo cao, đa số là dân tộc ít người; đồng thời giao thông, trường học, trạm y tế... chưa thực sự đảm bảo, cho nên khó tiếp cận với các nguồn thông tin về BTĐ, đạt kiến thức về PCBTĐ thấp hơn. Nhóm bà mẹ có trình độ học vấn cao có xác suất đạt kiến thức cao gấp 3,022 lần so với bà mẹ có trình độ học vấn thấp hơn. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với 95% khoảng tin cậy. So với nghiên cứu của Nguyễn Thị Khánh Linh⁷, có sự liên quan giữa trình độ học vấn và kiến thức của ĐTNC, tương tự như nghiên cứu của chúng tôi. Tỷ lệ đạt thực hành của các bà mẹ dân tộc Kinh có xác suất đạt thực hành PCBTĐ cao gấp 6,561 lần so với bà mẹ dân tộc ít người ($p < 0,05$). Thực tế các bà mẹ dân tộc ít người còn chịu nhiều ảnh hưởng của phong tục, tập quán, sinh hoạt địa phương; kinh tế gia đình hầu hết còn khó khăn ảnh hưởng đến chăm sóc trẻ; đôi khi có một số bà mẹ có thể chưa chấp nhận việc chăm sóc, điều trị trẻ BTĐ theo hướng dẫn chuyên môn. Các bà mẹ cần có thái độ đạt về PCBTĐ có xác suất cao

gấp 7,007 lần so với bà mẹ không đạt thái độ về PCBTĐ ($p < 0,05$). Trong vấn đề sức khỏe, thái độ đúng hết sức quan trọng, những thái độ chưa hợp lý cần được tìm hiểu nguyên nhân rõ ràng để định hướng cho đối tượng. So với nghiên cứu của Nguyễn Thị Khánh Linh⁷, tình trạng kinh tế không liên quan với thực hành PCBTĐ, tương tự nghiên cứu của chúng tôi.

5. Kết luận và khuyến nghị

Tỷ lệ bà mẹ đạt kiến thức, thái độ, thực hành về PCBTĐ lần lượt là 55,2%; 53,6% và 67%.

Các yếu tố liên quan đến kiến thức PCBTĐ là khu vực xã, trình độ học vấn; nghề nghiệp; số

nguồn thông tin nhận được. Các yếu tố liên quan đến thái độ PCBTĐ là kiến thức PCBTĐ; khu vực xã; dân tộc; số nguồn thông tin nhận được. Các yếu tố liên quan đến thực hành PCBTĐ là thái độ PCBTĐ; khu vực xã; dân tộc.

Cần trang bị kiến thức về PCBTĐ, tăng cường hơn nữa công tác truyền thông giáo dục sức khỏe cho người dân về PCBTĐ, đặc biệt ưu tiên cho dân tộc ít người. Đề xuất một số nguồn thông tin và truyền thông trực tiếp đến từng hộ gia đình.

Tài liệu tham khảo

1. Quốc Hội. *Luật phòng chống bệnh truyền nhiễm số 03/2007/QH12 ngày 21/11/2007*. 2007.
2. World Health Organization. Varicella and herpes zoster vaccines. *Wkly Epidemiol Rec*. 2014; 89(25): 265-287.
3. SỞ Y tế tỉnh Kon Tum. Báo cáo số 457/BC-SYT ngày 08/02/2018 về tình hình bệnh thủy đậu
4. Trung tâm Kiểm soát bệnh tật tỉnh Kon Tum. Báo cáo số 19/BC-KSBT, ngày 15/01/2018 Tổng kết bệnh truyền nhiễm từ 2013- 2017. 2018.
5. UBND huyện Đắk Hà. Báo cáo số 42/BC-UBND ngày 18/01/2019 về tình hình kinh tế-xã hội, quốc phòng- an ninh năm 2018; phương hướng, nhiệm vụ trọng tâm năm 2019, UBND huyện Đắk Hà. 2019.
6. Lưu Ngọc Hoạt, Phạm Giang Ngân. Các

phương pháp chọn mẫu và cách tính cỡ mẫu trong nghiên cứu khoa học y học. NXB Y học. 2011. Tr.129.

7. Nguyễn Thị Khánh Linh. Nghiên cứu Kiến thức, thái độ, thực hành về bệnh thủy đậu của người chăm sóc trẻ dưới 7 tuổi tại hai phường, thành phố Huế, năm 2017. *Luận văn tốt nghiệp, Đại học Y Dược Huế*. 2018.

8. Jemy Elizabeth Joseph, Shiju Mathew. An evaluation to assess the knowledge regarding prevention and management of chickenpox in children among mothers having children below 10 years of age residing at selected community area of Allahabad (India). *International Journal of Advanced Nursing Studies*. 2013; 2(1): 11-21.

9. Nguyễn Thị Hà. Thực trạng mắc bệnh và hiểu biết, thực hành phòng bệnh thủy đậu cho trẻ em dưới 5 tuổi tại xã Trung Mậu, huyện Gia Lâm, thành phố Hà Nội, Trường Đại học Sư phạm Hà

Nội 2. *Luận văn tốt nghiệp, Đại học Sư phạm Hà Nội 2*. 2017.

10. Yu Hu, Yaping Chen. Knowledge, Attitude and Practice of Pregnant Women towards Varicella and Their Children's Varicella Vaccination: Evidence from Three Districts in Zhejiang Province, China". *Int. J. Environ. Res. Public Health*. 2017; 16(8): 833-843.

11. Vezzosi Luigi, Santagati Gabriella, Angelillo Italo F. Knowledge, attitudes, and behaviors of parents towards varicella and its vaccination", *BMC Infectious Diseases*. 2017; 17(172): 1-8.

12. Hesham R. Knowledge, Attitude and Vaccination Status of Varicella among Students of Universiti Kebangsaan Malaysia. *Med J Malaysia*. 2009; 11(1): 53-57.