

Tạp chí Y tế Công cộng

Hội Y tế Công cộng Việt Nam xuất bản

Vietnam Journal of Public Health Published by Vietnam Public Health Association

Tổng biên tập:

GS.TS. Lê Vũ Anh

Phó tổng biên tập:

GS. Colin W.Binns (Curtin University)

Ban biên tập:

GS. Andy H.Lee (Curtin University)

PGS.TS. Đỗ Văn Dũng (Đại học Y Dược thành phố HCM)

GS. Guy Lanza (The State University of New York, United States)

PGS.TS. Lê Cự Linh (Trường Đại học VinUni)

GS.TS. Hoàng Văn Minh (Trường Đại học Y tế Công cộng)

GS. Juhwan Oh (Seoul National University)

GS. Kevin Mulvey (SAMHSA/Northeastern University)

GS. Lembit Sihver (Technische Universität Wien – Atominstitut)

GS. Mike Capra (University of Queensland, Australia)

PGS.TS. Nguyễn Ngọc Bích (Trường Đại học Y tế Công cộng)

PGS.TS. Nguyễn Thanh Hương (Trường Đại học Y tế Công cộng)

TS. Phạm Đức Phúc (Trường Đại học Y tế công cộng)

PGS.TS. Phạm Việt Cường (Trường Đại học Y tế Công cộng)

TS. Phùng Trí Dũng (Griffith University, Australia)

PGS. TS. Trần Thị Tuyết Hạnh (Trường Đại học Y tế Công cộng)

PGS.TS. Trude Bennett (University of North Carolina, United States)

GS.TS. Vũ Thị Hoàng Lan (Trường Đại học Y tế Công cộng)

Hội đồng cố vấn:

PGS.TS. Jennifer S. Hirsch (Columbia University)

GS. Nguyễn Văn Tuấn (Garvan Institute)

Tòa soạn:

Tầng 4, số 164 ngõ Xã Đàn 2, Nam Đồng, phường Đống Đa, Hà Nội.

Điện thoại: 0824536961

Email: tapchiytcc@vpha.org.vn/vjph@vpha.org.vn

Giấy phép số: 151/GP-BTTTT. Cấp ngày: 04-05-2015



Tạp chí Y tế Công cộng

ISSN 1859 - 1132

Số 72, 09/2025

MỤC LỤC

Hành vi sử dụng khẩu trang của sinh viên trường Đại học Y khoa Phạm Ngọc Thạch năm 2022 [8]

Nguyễn Ngọc Vân Phương, Vũ Ngọc Thảo Vy, Trịnh Phương Hoàng Duyên, Nguyễn Trọng Hiến

Thực trạng hoạt động của nhân viên y tế áp và một số yếu tố liên quan tại tỉnh Hậu Giang [19]

Nguyễn Nhật Thanh, Nguyễn Việt Phương, Phạm Văn Tác, Lê Minh Hữu

Phản hồi của sinh viên ngành răng hàm mặt theo chương trình đào tạo tích hợp tại trường Đại học Y - Dược, Đại học Huế [30]

Nguyễn Thị Khoa Như, Nguyễn Văn Hiệp, Nguyễn Thanh Gia, Nguyễn Thị Hoài Phương, Đậu Văn Quý, Nguyễn Khoa Quỳnh Thor, Đặng Hoàng Nhật Vi

Hỗ trợ xã hội và trầm cảm ở phụ nữ mang thai mắc đái tháo đường thai kỳ tại Thái Bình (dự án VALID II) [41]

Nguyễn Thị Ái, Tine M. Gammeltoft, Nguyễn Thị Thúy Hạnh

Chất lượng cuộc sống của người bệnh ung thư cổ tử cung chăm sóc giảm nhẹ sau xạ trị tại bệnh viện Y học Cổ Truyền Trung Ương [50]

Vũ Thị Bảo Ngân, Lê Thị Minh Phương, Trần Khánh Toàn

Stress và các yếu tố liên quan ở học sinh tại một số trường trung học phổ thông trên địa bàn thành phố Huế [60]

Nguyễn Văn Hùng, Trần Như Minh Hằng, Đặng Cao Khoa, Trần Bình Thắng, Võ Nữ Hồng Đức, Nguyễn Thị Đăng Thư, Đặng Thị Thanh Nhã, Nguyễn Bảo Trân, Nguyễn Hoàng Bách



Tạp chí Y tế Công cộng

ISSN 1859 - 1132

Số 72, 09/2025

MỤC LỤC

Tình trạng dinh dưỡng và thói quen ăn uống của bệnh nhân suy tim đang điều trị tại Bệnh Viện Trường Đại học Y - Dược Huế [72]

Hồ Uyên Phương, Bùi Thị Phương Anh, Đặng Thị Thanh Nhã

Tỷ lệ nhiễm và kiến thức thái độ thực hành về phòng chống đơn bào đường ruột của học sinh một số trường trung học cơ sở tỉnh Hòa Bình, năm 2024 [85]

Vũ Thị Lâm Bình, Trần Thị Tuyền

Xác định điểm cắt của Chu vi vòng cánh tay trong sàng lọc suy dinh dưỡng, béo phì ở người trưởng thành tại trường Đại học Y Khoa Phạm Ngọc Thạch, Thành phố Hồ Chí Minh [93]

Tăng Kim Hồng, Hà Võ Vân Anh, Nguyễn Phương Anh, Võ Hồng Thiên Ngọc



Vietnam Journal of Public Health

Published by Vietnam Public Health Association

ISSN 1859 - 1132

Issue 72, 09/2025

CONTENTS

Face mask using behavior among students at Pham Ngoc Thach University of Medicine in 2022 [8]

Nguyen Ngoc Van Phuong, Vu Ngoc Thao Vy, Trinh Phuong Hoang Duyen, Nguyen Trong Hien

Status of community health workers' activities and associated factors in Hau Giang [19]

Nguyen Nhat Thanh, Nguyen Viet Phuong, Pham Van Tac, Le Minh Huu

Feedback from odontostomatology students on the integrated training program at the University of Medicine and Pharmacy, Hue University [30]

Nguyen Thi Khoa Nhu, Nguyen Van Hiep, Nguyen Thanh Gia, Nguyen Thi Hoai Phuong, Dau Van Quy, Nguyen Khoa Quynh Tho; Dang Hoang Nhat Vi

Social support and depression in pregnant women with gestational diabetes in Thai Binh (VALID II project) [41]

Nguyen Thi Ai, Tine M. Gammeltoft, Nguyen Thi Thuy Hanh

Quality of life of cervical cancer patients receiving palliative care after radiation therapy at the National Hospital of Traditional Medicine [50]

Vu Thi Bao Ngan, Le Thi Minh Phuong, Tran Khanh Toan

Stress and associated factors among high school students at hue city [60]

Nguyen Van Hung, Tran Nhu Minh Hang, Dang Cao Khoa, Tran Binh Thang, Vo Nu Hong Duc, Nguyen Thi Dang Thu, Dang Thi Thanh Nha, Nguyen Bao Tran, Nguyen Hoang Bach



Vietnam Journal of Public Health

Published by Vietnam Public Health Association

ISSN 1859 - 1132

Issue 72, 09/2025

CONTENTS

- Nutritional status and eating habits of heart failure patients under treatment at Hue University of medicine and pharmacy hospital** [72]
Ho Uyen Phuong, Bui Thi Phuong Anh, Dang Thi Thanh Nha
- Prevalence and knowledge, attitude and practice of secondary students on intestinal protozoa prevention at some schools in Hoa Binh province, 2024** [85]
Vu Thi Lam Binh, Tran Thi Tuyen
- Determining the cut-off point of arm circumstance in screening for malnutrition and obesity among adults at Pham Ngoc Thach university of medicine, Ho Chi Minh city** [93]
Tang Kim Hong, Ha Vo Van Anh, Nguyen Phuong Anh, Vo Hong Thien Ngoc

THÀNH VI SỬ DỤNG KHẨU TRANG CỦA SINH VIÊN TRƯỜNG ĐẠI HỌC Y KHOA PHẠM NGỌC THẠCH NĂM 2022

Nguyễn Ngọc Vân Phương¹, Vũ Ngọc Thảo Vy¹, Trịnh Phương Hoàng Duyên¹, Nguyễn Trọng Hiến¹

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Theo Tổ chức Y tế Thế giới, cần sử dụng khẩu trang đúng cách để đạt hiệu quả trong việc bảo vệ bản thân và cộng đồng khỏi bệnh lây truyền qua đường hô hấp. Nghiên cứu này nhằm xác định tỉ lệ đeo, thải bỏ, tái sử dụng khẩu trang đúng và các yếu tố liên quan.

Đối tượng và phương pháp: Nghiên cứu cắt ngang với phương pháp thu thập số liệu bằng bộ câu hỏi tự điền trên mẫu 563 sinh viên các khối ngành từ năm nhất đến năm cuối của trường Đại học Y khoa Phạm Ngọc Thạch năm học 2021 – 2022 được chọn theo phương pháp chọn mẫu nhiều giai đoạn.

Kết quả: Tỉ lệ sinh viên đeo, thải bỏ và tái sử dụng khẩu trang đúng cách lần lượt là 6%, 6% và 73,4%. Các yếu tố ngành học, quê quán và loại khẩu trang sử dụng có liên quan ý nghĩa với hành vi sử dụng khẩu trang của sinh viên. Sinh viên Y là nhóm có tỉ lệ tái sử dụng khẩu trang đúng cách thấp nhất.

Kết luận: Tỉ lệ sinh viên thực hiện đúng các bước đeo và thải bỏ khẩu trang còn thấp. Chương trình giáo dục vệ sinh tay trước, trong và sau khi sử dụng khẩu trang cần triển khai trên SV khối ngành sức khỏe, đặc biệt là SV Y khoa.

Từ khóa: Khẩu trang, Rửa tay, COVID-19, Sinh viên, Y tế công cộng.

FACE MASK USING BEHAVIOR AMONG STUDENTS AT PHAM NGOC THACH UNIVERSITY OF MEDICINE IN 2022

Nguyen Ngoc Van Phuong¹, Vu Ngoc Thao Vy¹, Trinh Phuong Hoang Duyen¹, Nguyen Trong Hien¹

ABSTRACT

Background: According to the World Health Organization (WHO), proper face mask usage is essential for individual and community protection against respiratory diseases. This study aimed to assess the rates of correct face mask-wearing, disposal, reuse, and associated factors among students.

Materials and methods: A cross-sectional survey was conducted on a sample of 563 students of

all majors from first to last year at the Pham Ngoc Thach University of Medicine, using a self-administered questionnaire.

Results: *The results indicated that the rates of proper face mask-wearing, disposal, and reuse were 6%, 6%, and 73.4%, respectively. A significant association was found between proper face mask usage and factors, such as major, place of residence, and type of face mask. Notably, medical students exhibited the lowest rate of proper face mask reuse.*

Conclude: *These findings highlight that the percentage of students adhering to correct face mask-wearing and disposal practices remains low. Therefore, educational programs on hand hygiene before, during, and after face mask-wearing should be prioritized, particularly for health sector students, focusing especially on medical students.*

Keywords: *Face mask, Hand hygiene, COVID-19, University students, Public health.*

Tác giả

1. Trường Đại học Y khoa Phạm Ngọc Thạch

Email: nnvanphuong@pnt.edu.vn

Ngày nhận bài: 19/11/2024

Ngày gửi phản biện: 21/11/2024

Ngày duyệt bài: 08/03/2025

DOI: 10.53522/ytcc.vi72.01

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Đại dịch COVID-19 đã thúc đẩy một chiến dịch y tế công cộng quy mô toàn cầu nhằm làm chậm sự lây lan của vi-rút SARS-CoV-2. Vi-rút này chủ yếu lây truyền qua các giọt bắn trong không khí¹ vì vậy các biện pháp phòng ngừa bao gồm giãn cách xã hội, theo dõi và hạn chế tiếp xúc tiếp xúc với các trường hợp có biểu hiện nhiễm bệnh, cách ly người bệnh/người nhiễm, vệ sinh tay và sử dụng khẩu trang. Trong đó, sử dụng khẩu trang là một trong những biện pháp phòng ngừa cá nhân hiệu quả nhất, vượt trội hơn so với các biện pháp khác như giãn cách xã hội.²

Theo Tổ chức Y tế Thế giới (WHO), việc sử dụng và thải bỏ khẩu trang không đúng cách có thể làm gia tăng nguy cơ lây nhiễm bệnh COVID-19. Nhiều nghiên cứu về kiến thức, thái độ và hành vi sử dụng khẩu trang để phòng ngừa COVID-19 trên các nhóm đối tượng khác nhau đã được thực hiện.³⁻⁷ Sinh viên (SV) khối ngành sức khỏe là nguồn lực quan trọng trong tương lai, có vai trò tích cực trong phòng, chống dịch bệnh và kiểm soát nhiễm khuẩn tại bệnh viện. Vào thời điểm tiến hành nghiên cứu, chúng tôi chưa tham khảo được nghiên cứu nào tại Thành phố Hồ Chí Minh tập trung vào việc sử dụng khẩu trang và các yếu tố liên quan ở nhóm đối tượng này. Cho đến nay, dữ liệu về

thực hành sử dụng khẩu trang của sinh viên trong phòng chống lây truyền bệnh còn hạn chế dù cho TPHCM là nơi tập trung nhiều trường đại học, cao đẳng nhất tại Việt Nam.

Vì vậy, câu hỏi được đặt ra là “Tỉ lệ sinh viên khối ngành sức khỏe có hành vi đúng trong việc sử dụng khẩu trang là bao nhiêu?”. Từ đó, chúng tôi tiến hành nghiên cứu với mục tiêu xác định tỷ lệ sử dụng khẩu trang đúng cách, cũng như các yếu tố liên quan đến hành vi này của sinh viên Trường Đại học Y khoa Phạm Ngọc Thạch (ĐHYK PNT) năm 2022.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu cắt ngang.

2.2. Địa điểm và thời gian nghiên cứu

- **Địa điểm nghiên cứu:** Trường Đại học Y khoa Phạm Ngọc Thạch (ĐHYK PNT).

- **Thời gian nghiên cứu:** từ tháng 12 năm 2021 đến tháng 8 năm 2022.

2.3. Đối tượng nghiên cứu

SV của Trường ĐHYK PNT, có cơ sở tại Quận 10, TP.HCM.

- **Tiêu chí chọn:** SV đang theo học các chuyên ngành tại Trường ĐHYK PNT trong khoảng thời gian từ tháng 12 năm 2021 đến tháng 08 năm 2022 của năm học 2021 – 2022.

- **Tiêu chí loại trừ:** SV thuộc đối tượng bảo lưu kết quả học tập.

2.4. Cỡ mẫu và kỹ thuật chọn mẫu

- **Cỡ mẫu:** Nghiên cứu sử dụng công thức ước lượng cỡ mẫu cho một tỉ lệ với độ tin cậy 95%, sai số 0,05 để tính cỡ mẫu lần lượt với tỷ

lệ đeo, thái bỏ và tái sử dụng khẩu trang. Trong đó, tỉ lệ tái sử dụng khẩu trang (43,5%) cho cỡ mẫu lớn nhất. Sau khi hiệu chỉnh cho quần thể hữu hạn (7.368 SV năm học 2021 – 2022) và dự phòng mất mẫu 20%, cỡ mẫu tối thiểu là 456 SV. Thực tế triển khai, nghiên cứu đã tiếp cận được 563 SV.

- **Kỹ thuật chọn mẫu:** Nghiên cứu áp dụng kỹ thuật chọn mẫu nhiều giai đoạn.

+ **Giai đoạn 1:** sử dụng kỹ thuật chọn mẫu phân tầng theo tỉ lệ đối với ngành học (Y đa khoa, Răng – Hàm – Mặt, Dược, Điều dưỡng, Dinh dưỡng, Kỹ thuật Hình ảnh, Kỹ thuật Xét nghiệm, Khúc xạ Nhãn khoa và Y tế Công cộng).

+ **Giai đoạn 2:** đối với mỗi ngành, sử dụng kỹ thuật chọn mẫu phân tầng theo tỉ lệ bằng nhau đối với năm học.

+ **Giai đoạn 3:** chọn tổ khảo sát của mỗi lớp bằng cách sử dụng phương pháp chọn mẫu ngẫu nhiên đơn từ danh sách các tổ của mỗi lớp.

+ **Giai đoạn 4:** ở mỗi tổ được chọn, sử dụng phương pháp chọn mẫu có chủ đích để chọn SV vào nghiên cứu với số lượng nam, nữ bằng nhau.

2.5. Biến số nghiên cứu

Hành vi sử dụng khẩu trang trong nghiên cứu được định nghĩa bao gồm đeo, thái bỏ và tái sử dụng khẩu trang trong vòng 1 tháng trước thời điểm khảo sát. Việc đeo, thái bỏ và tái sử dụng được cho là đúng khi thực hiện theo Hướng dẫn đeo khẩu trang phòng, chống dịch COVID-19 tại nơi công cộng của Bộ Y tế.⁸

- Đeo khẩu trang đúng cách khi rửa tay sạch bằng cồn hoặc xà phòng và nước trước khi đeo khẩu trang, đeo khẩu trang che mũi, miệng, cằm và vừa khít với khuôn mặt và rửa tay sau khi đã chạm tay vào mặt ngoài khẩu trang khi đang đeo.

- Thải bỏ khẩu trang đúng cách khi thực hiện đúng các bước gỡ bỏ khẩu trang, thay khẩu trang đúng thời điểm và xử lý khẩu trang sau khi sử dụng (vứt bỏ đối với khẩu trang y tế hoặc bảo quản với khẩu trang vải).

- Thải bỏ khẩu trang đúng cách khi không sử dụng lại khẩu trang y tế hoặc giặt riêng khẩu trang vải sau mỗi lần sử dụng.

Biến số loại khẩu trang được định nghĩa là loại khẩu trang mà ĐTNCS thường sử dụng nhất trong vòng 1 tháng trước thời điểm khảo sát, bao gồm: khẩu trang N95, khẩu trang y tế, khẩu trang vải kháng khuẩn. Các giá trị này được định nghĩa theo Quyết định số 1444/QĐ-BYT được Bộ Y tế ban hành ngày 29/03/2020.⁹

2.6. Công cụ và phương pháp thu thập dữ liệu

Nghiên cứu khảo sát bằng bảng câu hỏi tự điền. Hiện nay chưa có thang đo để đánh giá đeo, thải bỏ và tái sử dụng khẩu trang. Vì vậy, thang đo đánh giá “Việc đeo, thải bỏ và tái sử dụng khẩu trang ở SV” được xây dựng theo quy trình như sau:

- Bước 1: Tìm kiếm và tổng hợp cơ sở lý thuyết để xây dựng thang đo nháp.

- Bước 2: Khám phá, điều chỉnh và bổ sung biến số bằng nghiên định tính bao gồm: thảo luận nhóm, tham khảo ý kiến chuyên gia và phỏng vấn sâu. Từ đó, cho ra thang đo nháp 2 để tiến hành nghiên cứu thử.

- Bước 3: Tiến hành nghiên cứu thử và phỏng vấn trên 82 SV chia đều các năm học của các ngành để điều chỉnh thang đo. Phân tích Cronbach's Alpha cho kết quả, thang đo có độ tin cậy với hệ số alpha > 0,6 và các biến có hệ số tương quan biến tổng $\geq 0,3$. Cuối cùng nghiên cứu đã thu được thang đo mới áp dụng cho nghiên cứu chính thức.

Bảng câu hỏi dùng cho nghiên cứu chính thức bao gồm:

Phần A: Nhân khẩu học: tuổi, giới tính, dân tộc, tôn giáo, hộ khẩu, ngành học, năm học, tiền sử nhiễm COVID-19, xét nghiệm PCR, loại khẩu trang thường sử dụng nhất trong 1 tháng gần đây.

Phần B: Sử dụng khẩu trang bao gồm đeo, thải bỏ và tái sử dụng khẩu trang:

- Đeo khẩu trang (3 biến số)
- Thải bỏ khẩu trang (6 biến số)
- Tái sử dụng khẩu trang (4 biến số).

2.7. Xử lý và phân tích dữ liệu:

Số liệu được xử lý bằng phần mềm SPSS 20.0, loại bỏ trường hợp không trả lời toàn bộ câu hỏi hoặc chọn 01 đáp án cho mọi câu trả lời. Các biến số kết cục được mô tả bằng tần số và tỉ lệ. Biến số tuổi có phân bố chuẩn được mô tả bằng trung bình, độ lệch chuẩn. Kiểm định khuynh hướng được dùng để xác định mối liên hệ giữa biến kết cục và năm học. Kiểm định t hai mẫu độc lập được dùng để xác định mối liên hệ giữa biến kết cục và tuổi. Kiểm định chính xác Fisher được sử dụng để xác định mối liên hệ giữa biến kết cục và các biến số về đặc điểm còn lại.

2.8. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu đã được thông qua Hội đồng Đạo đức trong Nghiên cứu y sinh học trường Đại học Y Khoa Phạm Ngọc Thạch số 558/TĐHYKPNT – HĐĐĐ ngày 14 tháng 12 năm 2021.

3. KẾT QUẢ

3.1. Thông tin chung về mẫu nghiên cứu

Trong nghiên cứu này, 568 phiếu hỏi đã được phát ra và đã có 563 phiếu đồng ý tham gia nghiên cứu và có đủ dữ liệu để phân tích (chiếm 99,1%). Các đặc điểm nhân khẩu học của mẫu nghiên cứu được trình bày trong bảng 1.

Bảng 1. Đặc điểm nhân khẩu học

Thông tin chung	Tần số	Tỉ lệ (%)
Giới tính (n = 563)		
Nam	257	45,6
Nữ	306	54,4
Dân tộc (n = 563)		
Kinh	531	94,3
Hoa	20	3,6
Khác	12	2,1
Tôn giáo (n = 563)		
Không theo tôn giáo nào	400	71,0
Thiên Chúa giáo	63	11,2
Phật giáo	92	16,3
Khác	8	1,4
Hộ khẩu (n = 563)		
TP.HCM	300	53,3
Tỉnh/thành khác	263	46,7
Ngành học (n = 563)		
Y đa khoa	333	59,1
Răng – Hàm – Mặt	45	8,0
Dược	34	6,0
Điều dưỡng	76	13,5
Dinh dưỡng	21	3,7
Kỹ thuật Hình ảnh	13	2,3
Kỹ thuật Xét nghiệm	16	2,8
Khúc xạ Nhân khoa	11	2,0
Y tế Công cộng	14	2,5

Năm học (n = 563)		
Năm 1	98	17,4
Năm 2	114	20,2
Năm 3	93	16,5
Năm 4	115	20,4
Năm 5	78	13,9
Năm 6	65	11,5
Tiền sử nhiễm COVID-19 (n = 563)		
Có	317	56,3
Không	246	43,7
Xét nghiệm PCR (n = 317)		
Có	69	21,8
Không	248	78,2
Loại khẩu trang thường sử dụng nhất trong 1 tháng gần đây (n = 563)		
Khẩu trang y tế	288	51,2
Khẩu trang N95 và các loại khẩu trang tương tự	190	33,7
Khẩu trang vải thông thường	12	2,1
Khẩu trang vải kháng khuẩn	73	13,0

3.2. Tỉ lệ đeo, thải bỏ và tái sử dụng khẩu trang đúng cách

Bảng 2. Các bước đeo khẩu trang của sinh viên

Việc đeo khẩu trang	Tần số	Tỷ lệ (%)
Rửa tay sạch bằng cồn hoặc xà phòng và nước trước khi đeo khẩu trang (n = 563)		
Không bao giờ	51	9,1
Đôi khi	171	30,4
Thỉnh thoảng	174	30,9
Thường xuyên	126	22,4
Luôn luôn	41	7,3
Cách đeo khẩu trang (n = 563)		
Khẩu trang chỉ che miệng vì đeo cách khác gây khó chịu	4	0,7
Khẩu trang che mũi và miệng	14	2,5
Khẩu trang che mũi, miệng và cằm	86	15,3
Khẩu trang che mũi, miệng và cằm và vừa khít với khuôn mặt	455	80,8
Kéo khẩu trang xuống dưới cằm do không thoải mái	4	0,7
Cách xử trí sau khi chạm tay vào mặt ngoài khẩu trang khi đang đeo (n = 563)		
Rửa tay bằng dung dịch rửa tay có cồn	216	38,4
Rửa tay bằng nước và xà phòng	81	14,4
Không rửa tay	156	27,7
Không chạm tay vào khẩu trang khi đang đeo	110	19,5

Tỉ lệ SV đeo khẩu trang đúng cách và thải bỏ khẩu trang đúng cách tương tự nhau, đều là 6,0%. Ngược lại, tỉ lệ SV tái sử dụng khẩu trang đúng cách đạt 73,4%.

Về việc đeo khẩu trang, kết quả ghi nhận có 29,7% SV luôn luôn hoặc thường xuyên rửa tay sạch bằng cồn hoặc xà phòng và nước trước khi đeo khẩu trang. Có 80,8% SV đeo khẩu trang đúng theo quy định của Bộ Y tế là đeo khẩu trang che mũi, miệng, cằm và vừa khít với

khuôn mặt. Có 72,3% SV có cách xử trí đúng sau khi chạm tay vào mặt ngoài khẩu trang khi đang đeo.

Về việc thải bỏ khẩu trang, phần lớn SV gỡ bỏ khẩu trang đúng cách khi thực hiện tháo quai đeo của khẩu trang (97,5%) mà không phải bằng cách chạm vào mặt trước của khẩu trang. Tuy nhiên, chỉ có 31,7% sinh viên luôn luôn hoặc thường xuyên rửa tay sạch bằng cồn hoặc xà phòng và nước sau khi tháo khẩu trang.

Bảng 3. Các bước thải bỏ khẩu trang của SV

Việc thải bỏ khẩu trang	Tần số	Tỷ lệ (%)
Cách tháo khẩu trang (n = 563)		
Gỡ bỏ bằng cách tháo quai đeo của khẩu trang	549	97,5
Gỡ bỏ bằng cách chạm vào mặt trước của khẩu trang	14	2,5
Rửa tay sạch bằng cồn hoặc xà phòng và nước sau khi tháo khẩu trang (n = 563)		
Không bao giờ	33	5,9
Đôi khi	160	28,4
Thỉnh thoảng	161	28,6
Thường xuyên	151	26,8
Luôn luôn	58	10,3
Thời điểm thay khẩu trang y tế, khẩu trang N95 và các loại khẩu trang tương tự (n = 478)		
Thay thế nó ngay khi nó bị ẩm hoặc dơ	87	18,2
Thay thế nó khi nó đã được sử dụng không quá 8 giờ	40	8,4
Thay thế nó khi nó đã được sử dụng trong hơn 8 giờ	42	8,8
Thay thế sau mỗi lần sử dụng	175	36,6
Thay thế sau một ngày sử dụng	134	28,0
Cách vứt bỏ khẩu trang y tế, khẩu trang N95 và các loại khẩu trang tương tự (n = 478)		
Bỏ vào thùng rác có nắp đậy	249	52,1
Bỏ vào thùng rác không có nắp đậy	40	8,4
Bỏ vào thùng rác cho khẩu trang đã sử dụng	58	12,1
Bỏ vào thùng rác trong tầm với bất kể có nắp đậy hay không	131	27,4
Thời điểm thay khẩu trang vải thông thường, khẩu trang vải kháng khuẩn (n = 85)		
Thay thế sau một ngày sử dụng	46	54,1
Thay thế sau một số ngày sử dụng nhưng dưới một tuần	21	24,7
Thay thế sau mỗi tuần sử dụng	12	14,1
Thay thế sau hơn bảy ngày sử dụng	6	7,1
Cách bảo quản khẩu trang vải thông thường, khẩu trang vải kháng khuẩn (n = 85)		
Bỏ vào cặp, túi xách	37	43,5
Bỏ vào túi quần, áo	28	32,9
Bỏ vào túi sạch có thể đậy kín	20	23,5

Đối với khẩu trang y tế và khẩu trang N95, kết quả cho thấy có 36,6% SV thay thế khẩu trang sau mỗi lần sử dụng. Đa phần SV bỏ khẩu trang đã sử dụng vào thùng rác có nắp đậy (52,1%), chỉ có một số ít SV bỏ vào thùng rác cho khẩu trang đã sử dụng (12,1%).

Đối với khẩu trang vải thông thường và khẩu trang vải kháng khuẩn, 54,1% SV đều thay khẩu trang sau một ngày sử dụng. Chỉ có 23,5% SV bỏ khẩu trang vào túi sạch có thể đậy kín.

Về việc tái sử dụng khẩu trang, đối với khẩu trang y tế có 80,8% SV tái sử dụng đúng cách bằng việc không sử dụng lại khẩu trang. Tuy nhiên đối với khẩu trang vải, tỉ lệ SV thực hiện đúng thấp. Chỉ có 36,5% SV giặt sạch khẩu trang vải sau mỗi lần sử dụng và 55,3% SV giặt riêng khẩu trang với quần áo.

3.3. *Mối liên hệ giữa việc đeo, thải bỏ và tái sử dụng khẩu trang của SV với các đặc điểm chung*

Bảng 4 cho thấy mối liên hệ giữa việc đeo, thải bỏ và tái sử dụng khẩu trang đúng cách với các đặc điểm nhân khẩu học và loại khẩu trang của sinh viên. Kết quả nghiên cứu cho thấy mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa việc đeo khẩu trang ở SV với hộ khẩu ($p = 0,034$). Đối với thải bỏ khẩu trang, nghiên cứu không tìm thấy có mối liên quan với các đặc điểm chung ở ngưỡng $p < 0,05$. Về tái sử dụng khẩu trang, phân tích đơn biến cho kết quả có mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa việc tái sử dụng khẩu trang của SV với hộ khẩu, ngành học và loại khẩu trang SV sử dụng ($p < 0,05$).

Bảng 4. *Mối liên hệ giữa việc đeo, thải bỏ và tái sử dụng khẩu trang của SV với các đặc điểm chung*

	Đeo khẩu trang đúng N = 34 n (%)	p	Thải bỏ khẩu trang đúng N = 34 n (%)	p	Tái sử dụng khẩu trang đúng N = 413 n (%)	p
Tuổi^a (Trung bình $\pm$ Độ lệch chuẩn)	21,8 $\pm$ 2,2	0,416 _a	21,7 $\pm$ 2,6	0,717 _a	21,5 $\pm$ 1,9	0,518 _a
Giới tính		0,371		0,723		0,070
Nam	13 (5,1)		14 (5,4)		179 (69,6)	
Nữ	21 (6,9)		20 (6,5)		234 (76,5)	
Dân tộc		0,441		0,060		0,466
Kinh	33 (6,2)		29 (5,5)		388 (73,1)	
Hoa	0 (0,0)		3 (15,0)		17 (85,0)	
Khác	1 (8,3)		2 (16,7)		8 (66,7)	
Tôn giáo		0,136		0,096		0,749
Thiên Chúa giáo	2 (3,2)		3 (4,8)		44 (69,8)	
Phật giáo	4 (4,3)		8 (8,7)		66 (71,7)	
Không theo tôn giáo nào	26 (6,5)		21 (5,2)		296 (74,0)	
Khác	2 (25,0)		2 (25,0)		7 (87,5)	
Hộ khẩu		0,034		0,291		0,004
TP.HCM	12 (4,0)		15 (5,0)		208 (79,1)	
Tỉnh/thành khác	22 (8,4)		19 (7,2)		205 (68,3)	

| TỔNG QUAN & NGHIÊN CỨU |

Ngành học		0,203 _b		0,601 _b		<0,001 _b
Y đa khoa – Răng hàm mặt	22 (5,8)		22 (5,8)		258 (68,3)	
Dược	0 (0,0)		1 (2,9)		27 (79,4)	
Cử nhân (Điều dưỡng, Dinh dưỡng, Kỹ thuật Hình ảnh, Kỹ thuật Xét nghiệm, Khúc xạ Nhân khoa, Y tế Công cộng)	12 (7,9)		11 (7,3)		128 (84,8)	
Năm học		0,075 0,950 _c		0,386 0,709 _c		0,077 0,539 _c
Năm 1	6 (6,1)		7 (7,1)		68 (69,4)	
Năm 2	7 (6,1)		7 (6,1)		88 (77,2)	
Năm 3	6 (6,5)		6 (6,5)		70 (75,3)	
Năm 4	8 (7,0)		7 (6,1)		85 (73,9)	
Năm 5	0 (0,0)		1 (1,3)		63 (80,8)	
Năm 6	7 (10,8)		6 (9,2)		39 (60,0)	
Tiền sử nhiễm COVID-19		0,723		0,479		0,069
Có	18 (5,7)		17 (5,4)		223 (70,3)	
Không	16 (6,5)		17 (6,9)		190 (77,2)	
Xét nghiệm PCR		0,557		0,544		0,136
Có	5 (7,2)		5 (7,2)		54 (78,3)	
Không	13 (5,2)		12 (4,8)		169 (68,1)	
Loại khẩu trang thường sử dụng nhất trong 1 tháng gần đây		0,575 _b		0,292 _b		<0,001 _b
Khẩu trang y tế, N95 và các loại khẩu trang tương tự	30 (6,3)		31 (6,5)		386 (80,8)	
Khẩu trang vải kháng khuẩn, thông thường	4 (4,7)		3 (3,5)		27 (31,8)	

a Kiểm định t mẫu độc lập.

b Kiểm định Chi bình phương

c Kiểm định khuynh hướng.

* Các mối liên hệ còn lại dùng kiểm định Chính xác Fisher.

4. BÀN LUẬN

Mặc dù khẩu trang là một biện pháp y tế công cộng quan trọng để phòng ngừa lây nhiễm, chỉ có 6% sinh viên thực hiện đúng các bước đeo khẩu trang. Đáng chú ý, trong khi các bước đeo khẩu trang che mũi, miệng, cằm, vừa khít với khuôn mặt và không chạm vào mặt ngoài khẩu trang có tỉ lệ tuân thủ cao (trên 70%) thì chỉ có 29,7% SV vệ sinh tay trước khi đeo khẩu trang. Các kết quả này tương tự với nghiên cứu tại Hồng Kông và Nhật Bản, nơi tỉ lệ đeo khẩu trang đúng cách cũng rất thấp (0% và 2,3%) và rửa tay cũng là bước có tỉ lệ thực hiện đúng

thấp nhất (8,5% và 28,2%).^{3,4}

Tỉ lệ thải bỏ khẩu trang đúng cách cũng thấp ở mức 6%, và chỉ 37,1% sinh viên rửa tay sau khi tháo khẩu trang, tương tự với các nghiên cứu ở Nhật Bản, Hồng Kông và Nigeria.^{3,4,6} Việc rửa tay trước khi đeo và sau khi thải bỏ khẩu trang là một bước quan trọng để tránh vô tình tiếp xúc giữa mũi, miệng với tay bị nhiễm bẩn gây lây truyền bệnh. Vì vậy cần thêm các nghiên cứu định tính để khám phá những yếu tố cản trở bước thực hành này.

Một phát hiện đáng lưu ý trong nghiên cứu này là tỉ lệ tái sử dụng khẩu trang đúng cách đạt

73,4%, cao hơn đáng kể so với đeo và thải bỏ khẩu trang. Điều này có thể được giải thích bởi sự khác biệt trong cách sử dụng của khẩu trang y tế và khẩu trang vải. Trong khi khẩu trang y tế, N95 và các loại tương tự được sử dụng một lần và thải bỏ thì khẩu trang vải lại được tái sử dụng bằng cách giặt riêng sau mỗi lần sử dụng. Điều này dẫn đến SV sử dụng khẩu trang vải có tỉ lệ tái sử dụng khẩu trang đúng cách thấp hơn đáng kể so với SV sử dụng khẩu trang y tế và N95 ($p < 0,001$). Bên cạnh đó, tỉ lệ sử dụng khẩu trang đúng một lần là 84,9% góp phần giải thích cho tỉ lệ tái sử dụng khẩu trang đúng cách cao trong mẫu nghiên cứu.

Nghiên cứu của tác giả Dương Minh Cường và cộng sự cho thấy sinh viên ngành sức khỏe có mối liên hệ thực hành sử dụng khẩu trang tốt hơn⁵. Giữa các ngành học liên quan đến sức khỏe, nghiên cứu chúng tôi cũng tìm thấy mối liên hệ có ý nghĩa thống kê với việc tái sử dụng khẩu trang đúng cách ($p < 0,001$). SV ngành Y khoa và Răng – Hàm – Mặt có tỉ lệ có tỉ lệ tái sử dụng khẩu trang đúng cách thấp hơn so với các ngành học còn lại. Điều này gợi ý rằng các chương trình giáo dục và đào tạo y khoa có thể cần xem xét nhấn mạnh các nội dung về tầm quan trọng của tái sử dụng khẩu trang đúng cách để phòng tránh nhiễm khuẩn.

Nghiên cứu tại Trung Quốc cho thấy người sống ở vùng thành thị có nhiều khả năng sử dụng khẩu trang hơn so với người ở vùng nông thôn.¹⁰ Tương tự, nghiên cứu này cũng cho thấy có mối liên hệ giữa việc đeo và tái sử dụng khẩu trang đúng cách với hộ khẩu của SV (TP.HCM và tỉnh/thành khác), với $p = 0,034$ và $p = 0,004$. SV từ các tỉnh khác có tỷ lệ đeo khẩu trang đúng

cao hơn nhưng tỷ lệ tái sử dụng khẩu trang đúng lại thấp hơn so với SV tại TP.HCM. Điều này có thể do các quy định di chuyển và gánh nặng phải ở lại thành phố đã khuyến khích SV từ các tỉnh tuân thủ đeo khẩu trang đúng hơn. Ngược lại, SV ở TP.HCM có thể thường xuyên tiếp cận các tài liệu, chương trình về bảo vệ môi trường, do đó có tỉ lệ tái sử dụng khẩu trang đúng cao hơn. Các đặc điểm tuổi, giới, năm học, dân tộc, tôn giáo, tiền sử nhiễm COVID-19 không có mối liên hệ với việc đeo, thải bỏ và tái sử dụng khẩu trang.

Tóm lại, nghiên cứu đã mô tả được những tỉ lệ trong việc đeo, thải bỏ và tái sử dụng khẩu trang, đồng thời tìm ra mối liên hệ giữa việc SV đeo, thải bỏ và tái sử dụng khẩu trang với các đặc điểm chung (ngành học, đối tượng, loại khẩu trang sử dụng). Các hạn chế của nghiên cứu bao gồm: thiết kế cắt ngang và chọn mẫu thuận tiện khi tiếp cận SV, có thể ảnh hưởng đến tính đại diện của kết quả; có thể có sai số do công cụ thu thập là bảng câu hỏi tự điền như sai lệch do nhớ lại; đồng thời việc thiếu các câu hỏi liên quan đến bối cảnh của hành vi sử dụng khẩu trang như chi phí mua/ trang bị khẩu trang, yếu tố sẵn có (khẩu trang, xà phòng, cồn, thùng rác, ...) có thể ảnh hưởng đến kết quả. Tuy nhiên, các kết quả của nghiên cứu đã cung cấp thêm thông tin về vấn đề sử dụng khẩu trang của SV, góp phần hình thành các chương trình can thiệp phù hợp nhằm tăng tỉ lệ đeo, thải bỏ và tái sử dụng khẩu trang đúng cách và phòng ngừa lây nhiễm trong cộng đồng.

5. KẾT LUẬN VÀ KHUYẾN NGHỊ

Tỉ lệ đeo, thải bỏ khẩu trang đúng cách ở SV khối ngành sức khỏe còn thấp. Đa số SV không

thực hiện đúng ở bước rửa tay trước khi đeo và sau khi gỡ bỏ khẩu trang. Khẩu trang dùng một lần (khẩu trang y tế, N95 và các loại tương tự) được ưa chuộng hơn so với khẩu trang vải. Nghiên cứu tìm các mối liên hệ giữa việc SV đeo khẩu trang đúng với hộ khẩu SV; giữa việc SV tái sử dụng khẩu trang đúng với hộ khẩu, ngành học của SV và loại khẩu trang SV sử dụng. SV ngành Y khoa và Răng – Hàm – Mặt có tỉ lệ có tỉ lệ tái sử dụng khẩu trang đúng cách thấp hơn so với các ngành học còn lại. SV từ các tỉnh khác có tỷ lệ đeo khẩu trang đúng cao hơn nhưng tỷ lệ tái sử dụng khẩu trang đúng lại thấp hơn so với SV tại TP.HCM. SV sử dụng khẩu trang vải có tỉ lệ tái sử dụng khẩu trang đúng cách thấp hơn đáng kể so với SV sử dụng khẩu trang y tế và N95.

Chương trình giáo dục vệ sinh tay trước, trong và sau khi sử dụng khẩu trang cần triển khai trên SV khối ngành sức khỏe, đặc biệt là SV Y khoa và Răng – Hàm – Mặt. Hướng dẫn tái sử dụng khẩu trang vải đúng cách cần được chú trọng và triển khai tại các tỉnh/thành trên cả nước.

6. XUNG ĐỘT LỢI ÍCH

Các tác giả khẳng định không có xung đột lợi ích đối với các nghiên cứu, tác giả, và/hoặc xuất bản bài báo.

7. TÀI TRỢ

Trong nghiên cứu này, chúng tôi không sử dụng nguồn kinh phí tài trợ nào. Kinh phí thực hiện đề tài dựa vào nguồn lực sẵn có.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Leo BF, Lin CY, Markandan K, et al.

An overview of SARS-CoV-2 transmission and engineering strategies to mitigate risk. *Journal of Building Engineering*. 2023;73:106737. doi:10.1016/j.jobbe.2023.106737

2. Abboah-Offei M, Salifu Y, Adewale B, Bayuo J, Ofosu-Poku R, Opere-Lokko EBA. A rapid review of the use of face mask in preventing the spread of COVID-19. *Int J Nurs Stud Adv*. 2021;3:100013. doi:10.1016/j.ijn-sa.2020.100013

3. Lee LY king, Lam EP wah, Chan C kiu, et al. Practice and technique of using face mask amongst adults in the community: a cross-sectional descriptive study. *BMC Public Health*. 2020;20(1). doi:10.1186/s12889-020-09087-5

4. Machida M, Nakamura I, Saito R, et al. Incorrect Use of Face Masks during the Current COVID-19 Pandemic among the General Public in Japan. *Int J Environ Res Public Health*. 2020;17(18):6484. doi:10.3390/ijerph17186484

5. Duong MC, Nguyen HT, Duong BT. A Cross-Sectional Study of Knowledge, Attitude, and Practice Towards Face Mask Use Amid the COVID-19 Pandemic Amongst University Students in Vietnam. *J Community Health*. Published online March 27, 2021:1-7. doi:10.1007/s10900-021-00981-6

6. Babatola A, Solomon O, Ojo T, et al. Knowledge, practice and technique of face-mask usage among healthcare workers in a tertiary hospital in Ado-Ekiti, Nigeria. *Scientific African*. 2023;19:e01559. doi:10.1016/j.sciaf.2023.e01559

7. Larebo YM, Abame DE. Knowledge, attitudes, and practices of face mask utilization and associated factors in COVID-19 pandemic among Wachemo University Students, Southern Ethiopia: A cross-sectional study. *PLOS*

ONE. 2021;16(9):e0257609. doi:10.1371/journal.pone.0257609

8. Quyết định 1053/QĐ-BYT 2021 Hướng dẫn đeo khẩu trang phòng chống dịch COVID-19 tại nơi công cộng. Accessed May 15, 2021. <https://thuvienphapluat.vn/van-ban/The-thao-Y-te/Quyết-dinh-1053-QĐ-BYT-2021-Huong-dan-deo-khau-trang-phong-chong-dich-COVID-19-tai-noi-cong-cong-464941.aspx>

9. Quyết định 1444/QĐ-BYT 2020 hướng dẫn lựa chọn sử dụng khẩu trang trong phòng chống COVID-19. Accessed September 23, 2021. <https://thuvienphapluat.vn/van-ban/the-thao-y-te/quyet-dinh-1444-qđ-byt-2020-huong-dan-lua-chon-su-dung-khau-trang-trong-phong-chong-covid-19-439728.aspx?v=d>

10. Zhang L, Zhu S, Yao H, Li M, Si G, Tan X. Study on Factors of People's Wearing Masks Based on Two Online Surveys: Cross-Sectional Evidence from China. *Int J Environ Res Public Health*. 2021;18(7):3447. doi:10.3390/ijerph18073447

THỰC TRẠNG HOẠT ĐỘNG CỦA NHÂN VIÊN Y TẾ ẤP VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN TẠI TỈNH HẬU GIANG

Nguyễn Nhật Thanh^{1,2}, Nguyễn Việt Phương¹, Phạm Văn Tác¹, Lê Minh Hữu¹

TÓM TẮT:

Mục tiêu: Xác định tỷ lệ hoàn thành nhiệm vụ chăm sóc sức khỏe ban đầu của nhân viên y tế ấp và một số yếu tố liên quan.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 352 nhân viên y tế ấp ở Hậu Giang. Dữ liệu thu thập qua bộ câu hỏi dựa trên 22 tiêu chí thuộc 3 nhóm hoạt động chính, theo Thông tư 27/2023/TT-BYT của Bộ Y tế.

Kết quả: Tỷ lệ hoàn thành nhiệm vụ của nhân viên y tế ấp đạt mức thấp (18,8%). Các hoạt động như tư vấn, quản lý thai nghén; cải thiện dinh dưỡng trẻ em, tư vấn nuôi con bằng sữa mẹ và chế độ ăn bổ sung hợp lý; chăm sóc sức khỏe bà mẹ, trẻ sơ sinh tại nhà trong 6 tuần sau sinh đạt tỷ lệ thấp (3,7%; 7,7%; 13,9%). Thâm niên, trình độ học vấn, mức độ hài lòng về phụ cấp và công tác có liên quan đến mức độ hoàn thành nhiệm vụ, trong khi tuổi, giới, đào tạo chuyên môn không có mối liên quan đáng kể.

Kết luận: Cần tập huấn nâng cao năng lực cho nhân viên y tế ấp, tập trung vào tư vấn thai nghén, dinh dưỡng trẻ em, nuôi con bằng sữa mẹ và chăm sóc sau sinh để cải thiện hiệu quả công việc.

Từ khóa: chăm sóc sức khỏe ban đầu, mức độ hoàn thành nhiệm vụ, y tế cơ sở.

STATUS OF COMMUNITY HEALTH WORKERS' ACTIVITIES AND ASSOCIATED FACTORS IN HAU GIANG

Nguyen Nhat Thanh^{1,2}, Nguyen Viet Phuong¹, Pham Van Tac¹, Le Minh Huu¹

ABSTRACT:

Objective: To determine the task completion rate of primary healthcare duties among village healthcare workers and identify associated factors.

Materials and methods: A cross-sectional descriptive study was conducted on 352 village healthcare workers in Hau Giang Province. Data were collected via interviews using a questionnaire based on 22 criteria across three core activity groups, as the Ministry of Health stipulated in Circular 27/2023/TT-BYT.

Results: The proportion of task completion among village healthcare workers was low (18.8%). Activities such as prenatal counselling and management, improving child nutrition, breastfeeding guidance and appropriate complementary feeding advice, and postnatal care for mothers and newborns at home within the first six weeks achieved low rates (3.7%, 7.7%, and 13.9%, respectively). Years of working experience, education level, and satisfaction with allowances and work conditions were correlated with task performance, whereas age, gender, and professional training showed no significant association.

Conclusion: Targeted training is needed to enhance the capacity of village healthcare workers, particularly in prenatal counselling, child nutrition, breastfeeding support, and postnatal care, to improve overall effectiveness.

Keywords: Primary healthcare, task completion, grassroots healthcare.

Tác giả:

1. Trường Đại học Y Dược Cần Thơ
2. Trung tâm Y tế Thành phố Ngã Bảy, Hậu Giang

Email: lmhuu@ctump.edu.vn

Ngày nhận bài: 26/03/2025

Ngày gửi phản biện: 27/03/2025

Ngày duyệt bài: 25/09/2025

DOI: 10.53522/ytcc.vi72.02

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Trong một tài liệu cập nhật năm 2018, Tổ chức Y tế Thế giới đã cung cấp một định nghĩa rõ ràng và đơn giản, cải thiện nhận định trong Tuyên ngôn Alma Ata 1978: “Chăm sóc sức khỏe ban đầu (CSSKBĐ) là cách tiếp cận toàn diện của xã hội nhằm đảm bảo mức độ sức khỏe và hạnh phúc cao nhất, đồng thời phân phối công bằng, bằng cách tập trung vào nhu cầu và mong muốn của người dân (cá nhân, gia đình, cộng đồng) ngay từ sớm trên hành trình từ phòng ngừa bệnh tật, nâng cao sức khỏe đến điều trị, phục hồi chức năng và chăm sóc giảm nhẹ, được thực hiện gần gũi nhất với môi

trường sống hằng ngày”.¹ Như vậy, CSSKBĐ không chỉ là nền tảng y tế mà còn đưa dịch vụ đến gần dân.

Mạng lưới y tế cơ sở, với nhân viên y tế (NVYT) là trung tâm, gắn liền với CSSKBĐ. Nhân lực y tế chiếm hơn 70% chi tiêu thường xuyên cho dịch vụ y tế, nên phát triển nguồn nhân lực là ưu tiên hàng đầu.² Tại Việt Nam, NVYT cơ sở, đặc biệt NVYT ấp, là lực lượng gần dân nhất, hỗ trợ trạm y tế (TYT) triển khai các chương trình y tế đến từng hộ gia đình. Tuy nhiên, nghiên cứu của Huỳnh Minh Chín (2022) tại Dầu Tiếng, Bình Dương cho thấy chỉ 36,9% NVYT ấp hoạt động tốt,³ đặt ra yêu cầu

cấp thiết về nâng cao năng lực, đặc biệt ở vùng sâu, vùng xa.

So với Thông tư 07/2013/TT-BYT, quy định nhiệm vụ cơ bản của NVYT thôn, bản như tuyên truyền giáo dục sức khỏe và sơ cứu ban đầu,⁴ Thông tư 27/2023/TT-BYT mở rộng phạm vi hoạt động của NVYT ấp, bao gồm xử trí ban đầu các bệnh cụ thể (như sốt xuất huyết, đái tháo đường), quản lý hồ sơ sức khỏe toàn dân và tham gia giám sát bệnh không lây nhiễm.⁵ Thông tư này cũng yêu cầu NVYT ấp tham gia đào tạo liên tục và giao ban định kỳ với TYT để chuẩn hóa năng lực, phù hợp với xu hướng hiện đại hóa y tế cơ sở.⁵

Báo cáo năm 2024 tỉnh Hậu Giang có 100% xã, phường (75/75) đạt tiêu chí Quốc gia về Y tế.⁶ Tuy nhiên, việc đánh giá mức độ hoàn thành nhiệm vụ của NVYT ấp tại đây còn hạn chế, đặc biệt khi Thông tư 27/2023/TT-BYT đặt ra các yêu cầu cao hơn về phạm vi chuyên môn và trách nhiệm. Do đó, việc đánh giá này không chỉ giúp xác định tỷ lệ hoàn thành nhiệm vụ mà còn làm rõ các yếu tố liên quan, từ đó cung cấp cơ sở cho các chương trình can thiệp nhằm nâng cao năng lực thực hiện nhiệm vụ, tiếp tục duy trì tỷ lệ xã phường đạt về tiêu chí quốc gia về Y tế, đổi mới chất lượng dịch vụ y tế, đáp ứng nhu cầu chăm sóc sức khỏe ngày càng cao của người dân và giảm quá tải cho các tuyến y tế phía trên. Xuất phát từ thực tiễn đó, nhóm nghiên cứu thực hiện đề tài để đánh giá tỷ lệ hoàn thành nhiệm vụ CSSKBĐ của NVYT ấp và một số yếu tố liên quan tại các TYT ở Hậu Giang.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu:

NVYT ấp làm việc tại các TYT trên địa bàn tỉnh Hậu Giang có thời gian công tác từ 12 tháng trở lên trong thời gian từ tháng 6/2024 đến tháng 12/2024.

- **Tiêu chuẩn chọn:** NVYT ấp làm việc tại các TYT trên địa bàn tỉnh Hậu Giang có thời gian công tác từ 12 tháng trở lên và đồng ý tham gia nghiên cứu.

- **Tiêu chuẩn loại trừ:** NVYT ấp không có mặt tại TYT trong thời gian khảo sát (đi học, nghỉ chế độ bảo hiểm xã hội, nghỉ không hưởng lương,...).

2.2. Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang.

2.3. Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu:

- **Cỡ mẫu:** được tính theo công thức ước lượng một tỷ lệ:

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

Trong đó:

n: cỡ mẫu; α : mức ý nghĩa, chọn $\alpha = 0,05$; Z: hệ số tin cậy, $Z_{1-\alpha/2} = 1,96$; d: sai số cho phép, chọn $d=5\%$, p: tỷ lệ NVYT ấp thực hiện công tác CSSKBĐ, theo nghiên cứu Huỳnh Minh Chín, tỷ lệ NVYT ấp hoạt động khá tốt là 36,9%³, thế vào công thức tính được n tối thiểu 249 NVYT ấp. Trên thực tế chúng tôi phỏng vấn được 352 đối tượng.

- **Phương pháp chọn mẫu:** Nghiên cứu sử dụng phương pháp chọn mẫu toàn bộ, bao gồm tất cả NVYT ấp đang hoạt động tại tỉnh Hậu Giang, đồng ý tham gia và đáp ứng tiêu chí chọn. Tỉnh Hậu Giang có 8 huyện/thị/thành phố, 75 TYT và 525 ấp, với tổng cộng 353 NVYT ấp, trong đó 1 NVYT có thâm niên dưới 12 tháng.

Vì vậy 352 NVYT được mời vào nghiên cứu để đảm bảo tính đại diện và toàn diện trong đánh giá năng lực thực hiện nhiệm vụ CSSKBD.

2.3. Bộ công cụ thu thập số liệu:

Bộ câu hỏi khảo sát gồm 2 phần: phần 1 các đặc điểm cá nhân và công việc của NVYT áp bao gồm tuổi, thâm niên, giới, trình độ học vấn, tập huấn chuyên môn, hài lòng phụ cấp, hài lòng công tác; phần 2 bao gồm các nội dung về hoạt động thực tế của NVYT áp trong thực hiện nhiệm vụ công tác CSSKBD liên quan đến 3 hoạt động với 22 nội dung quy định tiêu chuẩn, chức năng, nhiệm vụ, phạm vi hoạt động khám bệnh, chữa bệnh đối với NVYT áp theo thông tư số 27/2023/TT-BYT của Bộ Y tế ban hành ngày 29 tháng 12 năm 2023.5 Dựa trên ý kiến chuyên gia về quản lý y tế cơ sở, tiêu chí đánh giá được xây dựng như sau: NVYT áp tham gia đầy đủ mỗi nội dung được tính 1 điểm, không tham gia được tính 0 điểm, với tổng 22 nội dung (từ 0 đến 22 điểm). NVYT áp được đánh giá hoàn thành nhiệm vụ công tác CSSKBD khi đạt từ 70% (làm tròn 16 điểm) trở lên.

2.4. Phương pháp thu thập, xử lý số liệu:

- Phương pháp thu thập số liệu: Phỏng vấn trực tiếp NVYT áp với bộ câu hỏi soạn sẵn.

- Phương pháp xử lý số liệu: Số liệu được nhập và xử lý bằng phần mềm Jamovi phiên bản 2.5.3. Mô tả tần suất (n), tỷ lệ (%) về các đặc điểm cá nhân, công việc và mức độ hoàn thành nhiệm vụ của đối tượng. Sử dụng kiểm định Chi-square và hồi quy logictis đa biến, tỷ số chênh Odd Ratio (OR) được tính để xác định mối liên quan giữa mức độ hoàn thành nhiệm vụ của NVYT áp với các đặc điểm cá nhân và công việc ở ngưỡng ý nghĩa $p < 0,05$.

2.5. Đạo đức nghiên cứu:

Nghiên cứu được phê duyệt bởi Hội đồng Đạo đức trong nghiên cứu Y Sinh học Trường Đại học Y Dược Cần Thơ, số 24.120.HV/PCT-HĐĐĐ, ngày 28 tháng 6 năm 2024. Đối tượng được giải thích rõ mục đích, nội dung nghiên cứu để đảm bảo tính tự nguyện, có quyền từ chối hoặc rút khỏi nghiên cứu bất kỳ lúc nào và các thông tin cá nhân được bảo mật.

3. KẾT QUẢ

3.1. Đặc điểm của nhân viên y tế áp công tác tại các trạm y tế tỉnh Hậu Giang

Bảng 1. Một số đặc điểm của đối tượng nghiên cứu (n=352)

Đặc điểm đối tượng nghiên cứu		Số lượng (N)	Tỷ lệ (%)
Tuổi	< 40 tuổi	54	15,4
	40 - 49 tuổi	143	40,6
	≥ 50 tuổi	155	44
Thâm niên	<10 năm	74	21
	10-19 năm	67	19
	20-29 năm	63	17,9
	≥30 năm	148	42,1
Giới tính	Nam	183	52
	Nữ	169	48
Trình độ học vấn	Trung học cơ sở (THCS)	79	22,4
	Trung học phổ thông (THPT)	153	43,5
	Trên THPT	120	34,1
Tập huấn chuyên môn	Có	342	97,2
	Không	10	2,8
Hài lòng về phụ cấp	Không hài lòng	96	27,3
	Bình thường	146	41,5
	Hài lòng	110	31,2
Hài lòng về công tác	Không hài lòng	11	3,1
	Bình thường	128	36,4
	Hài lòng	213	60,5

Đa số NVYT áp có độ tuổi từ 40 trở lên (81%), 42,1% nhân viên có thâm niên công tác từ 30 năm trở lên với tỷ lệ nam chiếm ưu thế (52%), 43,5% NVYT áp có trình độ học vấn cấp 3

và đa số đều tham gia tập huấn chuyên môn (97,2%). Chỉ có 31,2% NVYT hài lòng với phụ cấp và có 60,5% nhân viên hài lòng với công tác mà mình phụ trách.

3.2. Mức độ hoàn thành nhiệm vụ công tác chăm sóc sức khỏe ban đầu nhân viên y tế ấp

Bảng 2: Hoạt động tham gia chăm sóc sức khỏe ban đầu và các hoạt động y tế ấp của nhân viên y tế ấp (n=352)

Hoạt động tham gia CSSKBD và các hoạt động y tế ấp của nhân viên y tế ấp	Hoàn thành nhiệm vụ	
	Đạt n (%)	Không đạt n (%)
Truyền thông - giáo dục sức khỏe về các vấn đề sức khỏe thường gặp tại cộng đồng	198 (56,3)	154 (43,7)
Phát hiện, tham gia giám sát và báo cáo tình hình dịch, bệnh	318 (90,3)	34 (9,7)
Phối hợp thực hiện các chương trình, dự án y tế tại ấp	135 (38,4)	217 (61,6)
Hướng dẫn người dân trồng và sử dụng thuốc nam tại gia đình để phòng và chữa một số triệu chứng, bệnh thông thường	173 (49,1)	179 (50,9)
Tham gia triển khai thực hiện các phong trào vệ sinh phòng bệnh, an toàn thực phẩm, nâng cao sức khỏe cộng đồng	304 (86,4)	48 (13,6)
Tham gia các khóa đào tạo, tập huấn, bồi dưỡng về chuyên môn, nghiệp vụ để cập nhật kiến thức và nâng cao trình độ	334 (94,9)	18 (5,1)
Tham gia giao ban định kỳ với TYT	333 (94,6)	19 (5,4)
Thực hiện báo cáo kịp thời, đầy đủ theo hướng dẫn của TYT	339 (96,3)	13 (3,7)
Thực hiện đủ 8 nội dung	227 (64,5)	125 (35,5)

64,5% NVYT ấp được đánh giá hoàn thành nhiệm vụ đủ 8 nội dung trong hoạt động tham gia CSSKBD và các hoạt động y tế ấp, với từng nội dung thực hiện dao động từ 38,4% đến 96,3%. Trong đó phối hợp thực hiện các chương trình, dự án y tế tại ấp có tỷ lệ đạt thấp nhất với 38,4%.

Bảng 3. Hoạt động tham gia chăm sóc sức khỏe bà mẹ, trẻ em của nhân viên y tế ấp (n=352)

Hoạt động tham gia chăm sóc sức khỏe bà mẹ, trẻ em của nhân viên y tế ấp	Hoàn thành nhiệm vụ	
	Đạt n (%)	Không đạt n (%)
Tuyên truyền, vận động vệ sinh phụ nữ, vệ sinh thai nghén, dinh dưỡng hợp lý và loại trừ các tập tục có hại cho sức khỏe thai bà mẹ và trẻ em	79 (22,4)	273 (77,6)
Quản lý thai và tiêm chủng, nuôi con bằng sữa mẹ	178 (50,6)	174 (49,4)
Báo cáo danh sách, số lượng trẻ em của ấp	210 (59,7)	142 (40,3)
Lập danh sách phụ nữ mang thai và danh sách trẻ em thuộc diện tiêm chủng theo quy định, theo dõi phát hiện biến chứng sau tiêm chủng	245 (69,6)	107 (30,4)
Thực hiện đủ 4 nội dung	170 (48,3)	182 (51,7)

Tỷ lệ NVYT được đánh giá hoàn thành nhiệm vụ đủ 4 nội dung trong hoạt động tham gia chăm sóc sức khỏe bà mẹ, trẻ em ở mức thấp 48,3%, với từng nội dung thực hiện dao động từ 22,4% đến 69,6%. Trong đó tuyên truyền, vận động vệ sinh phụ nữ, vệ sinh thai nghén, dinh dưỡng hợp lý và loại trừ các tập tục có hại cho sức khỏe thai bà mẹ và trẻ em có tỷ lệ đạt thấp nhất là 22,4%.

Bảng 4. Hoạt động tham gia khám chữa bệnh của nhân viên y tế ấp (n=352)

Tham gia hoạt động khám, chữa bệnh của nhân viên y tế ấp	Hoàn thành nhiệm vụ	
	Đạt n (%)	Không đạt n (%)
Phát hiện các dấu hiệu nguy hiểm, thực hiện sơ cứu ban đầu khi cấp cứu và tại nạn; tham gia chuyển tuyến với các trường hợp cấp cứu	167 (47,4)	185 (52,6)
Hướng dẫn, tư vấn một số biện pháp chăm sóc sức khỏe	148 (42)	204 (58)
Tham gia quản lý, sàng lọc, tư vấn, hướng dẫn chăm sóc sức khỏe người cao tuổi	352 (100)	0 (0)
Tham gia quản lý, sàng lọc, tư vấn, hướng dẫn chăm sóc sức khỏe người khuyết tật	348 (98,9)	4 (1,1)
Chăm sóc thai nghén, phát hiện những dấu hiệu bất thường, xử trí ban đầu và hỗ trợ chuyển tuyến đối với phụ nữ mang thai, bà mẹ và trẻ sơ sinh	13 (3,7)	339 (96,3)
Tham gia hướng dẫn, tư vấn, theo dõi, chăm sóc sức khỏe bà mẹ và trẻ sơ sinh tại nhà trong 06 tuần đầu sau khi sinh đẻ	49 (13,9)	303 (86,1)
Hướng dẫn một số biện pháp đơn giản về theo dõi, chăm sóc sức khỏe trẻ em và phòng, chống suy dinh dưỡng trẻ em dưới 16 tuổi	334 (94,9)	18 (5,1)
Tham gia hoạt động cải thiện tình trạng dinh dưỡng trẻ em, tư vấn về nuôi con bằng sữa mẹ và chế độ ăn bổ sung hợp lý cho trẻ dưới 05 tuổi	27 (7,7)	325 (92,3)
Tư vấn về nuôi con bằng sữa mẹ và chế độ ăn bổ sung hợp lý cho trẻ	51 (14,5)	301 (85,5)
Hỗ trợ TYT xã hướng dẫn người bệnh sử dụng thuốc thiết yếu an toàn, hợp lý và hiệu quả	180 (51,1)	172 (48,9)
Thực hiện đủ 10 nội dung	36 (10,2)	316 (89,8)
Thực hiện đủ 22 nội dung	66 (18,8)	286 (81,2)

Tỷ lệ NVYT được đánh giá hoàn thành nhiệm vụ đủ 10 nội dung công việc liên quan đến

khám, chữa bệnh tại địa phương ở mức thấp 10,2%, với từng nội dung thực hiện dao động từ 3,7% đến 100%. Một số nhiệm vụ liên quan đến chăm sóc bà mẹ, trẻ em, trẻ sơ sinh và dinh dưỡng đạt tỷ lệ rất thấp: chăm sóc thai nghén, phát hiện dấu hiệu bất thường, xử trí ban đầu và chuyển tuyến (3,7%), cải thiện dinh dưỡng trẻ em, tư vấn nuôi con bằng sữa mẹ và chế độ ăn bổ sung cho trẻ dưới 5 tuổi (7,7%), hỗ trợ chăm sóc sức khỏe bà mẹ, trẻ sơ sinh tại nhà trong 6 tuần đầu sau sinh (13,9%) và tư vấn nuôi con bằng sữa mẹ, chế độ ăn bổ sung (14,5%). Tổng thể, sau 3 hoạt động với 22 nội dung, tỷ lệ hoàn thành nhiệm vụ của NVYT ấp chỉ đạt 18,8%.

3.3. Một số yếu tố liên quan đến mức độ hoàn thành nhiệm vụ công tác chăm sóc sức khỏe ban đầu của nhân viên y tế ấp

Phân tích hồi quy logistic đa biến và kiểm định Chi-square cho thấy mức độ hoàn thành nhiệm vụ CSSKBD của NVYT ấp có liên quan ý nghĩa thống kê với thâm niên công tác, trình độ học vấn, mức độ hài lòng về phụ cấp và công tác ($p < 0,05$). NVYT có thâm niên ≥ 10 năm hoàn thành nhiệm vụ thấp hơn nhóm < 10 năm ($OR = 0,18 - 0,29$); NVYT trình độ cấp 2 và cấp 3 hoàn thành nhiệm vụ cao hơn nhóm trên cấp 3 ($OR = 5,63$ và $OR = 4,94$); NVYT không hài lòng hoặc trung lập về phụ cấp hoàn thành nhiệm vụ cao hơn nhóm hài lòng ($OR = 5,38$ và $OR = 40,73$); NVYT không có ý kiến về chế độ công tác hoàn thành nhiệm vụ thấp hơn nhóm hài lòng ($OR = 0,17$). Trong khi tuổi, giới tính và tập huấn chuyên môn không có liên quan thống kê.

Bảng 5. Mối liên quan giữa mức độ hoàn thành nhiệm vụ công tác chăm sóc sức khỏe ban đầu với các đặc điểm cá nhân và công việc của nhân viên y tế áp

Yếu tố		Hoàn thành nhiệm vụ		χ^2 , p	OR, p hiệu chỉnh
		Đạt n (%)	Không đạt n (%)		
Tuổi	< 40 tuổi	14 (25,9)	40 (74,1)	2,24 0,327	-
	40 - 49 tuổi	24 (16,8)	119 (83,2)		
	≥ 50 tuổi	28 (18,1)	127 (81,9)		
Thâm niên	<10 năm	22 (29,7)	52 (70,3)	11,4 0,01	1
	10-19 năm	7 (10,4)	60 (89,6)		0,18; p=0,003
	20-29 năm	15 (23,8)	48 (76,2)		0,29; p=0,017
	≥30 năm	22 (14,9)	126 (85,1)		0,24; p=0,003
Giới	Nam	38 (20,8)	145 (79,2)	1,02 0,313	-
	Nữ	28 (16,6)	141 (83,4)		
Trình độ học vấn	THCS	16 (20,3)	63 (79,7)	6,36 0,042	5,63; p=0,001
	THPT	36 (23,5)	117 (76,5)		4,94; p<0,001
	Trên THPT	14 (11,7)	106 (88,3)		1
Được tập huấn	Có	66 (19,3)	276 (80,7)	2,38 0,123	-
	Không	0 (0)	10 (100)		
Hài lòng về phụ cấp	Không hài lòng	10 (10,4)	86 (89,6)	48,1 <0,001	5,38; p=0,01
	Bình thường	52 (35,6)	94 (64,4)		40,73; p<0,001
		4 (3,6)	106 (96,4)		1
Hài lòng công tác	Không hài lòng	0 (0)	11 (100)	16,0 <0,001	<0,001; p=0,99
	Bình thường	12 (9,4)	116 (90,6)		0,17; p<0,001
	Hài lòng	54 (25,4)	159 (74,6)		1

4. BÀN LUẬN

4.1. Mức độ hoàn thành nhiệm vụ công tác chăm sóc sức khỏe ban đầu của nhân viên y tế áp

Khảo sát 352 NVYT áp tại các TYT ở Hậu Giang cho thấy mức độ hoàn thành nhiệm vụ theo thông tư 27/2023/TT-BYT đạt 18,8% qua 22 nội dung. Trong đó, hoạt động 1 (CSSKBĐ) đạt 64,5%, hoạt động 2 (chăm sóc bà mẹ, trẻ em) đạt 48,3% và hoạt động 3 (khám, chữa bệnh) chỉ đạt 10,2%. Kết quả này thấp hơn so với 36,9% tại Bình Dương và 30,3% tại An Giang.^{3,7} Sự khác biệt này có thể do các nghiên cứu trước dựa trên Thông tư 07/2013/TT-BYT

với 9 nhiệm vụ chính, trong khi chúng tôi áp dụng Thông tư 27/2023/TT-BYT, gồm 3 hoạt động và 22 nội dung trọng tâm, đòi hỏi vai trò lớn hơn của NVYT áp. Việc áp dụng thông tư mới gây khó khăn, dẫn đến tỷ lệ hoàn thành nhiệm vụ thấp. Ngoài ra, có thể do trình độ NVYT còn thấp, thiếu hỗ trợ từ TYT và điều kiện kinh tế - xã hội đặc thù của Hậu Giang. Cần có thêm nghiên cứu ở nhiều địa phương giúp cung cấp thêm các hiểu biết về mức độ hoàn thành nhiệm vụ của NVYT áp trên cả nước theo thông tư mới.

Hoạt động 1: Chăm sóc sức khỏe ban đầu và các hoạt động y tế áp

Hoạt động 1 của NVYT ấp tại Hậu Giang hoàn thành nhiệm vụ cao nhất (64,5%), với giao ban định kỳ (94,6%), báo cáo kịp thời (96,3%) và tham gia tập huấn (94,9%) nổi bật, tương đồng với kết quả tại An Giang (99,7%) và Đồng Tháp (87,5%).^{7,8} Các nhiệm vụ này đạt cao do quy trình chuẩn hóa, ít đòi hỏi kỹ năng chuyên môn. Ngược lại, phối hợp chương trình y tế ấp (38,4%), hướng dẫn sử dụng thuốc nam (49,1%) và truyền thông - giáo dục sức khỏe (56,3%) có hiệu quả thấp, phù hợp với Yên Bái (34,8%).⁹ Nguyên nhân bao gồm thiếu tập huấn chuyên sâu, tài liệu truyền thông không phù hợp và hạn chế về kinh phí. Do đó, cần tổ chức tập huấn về kỹ năng tư vấn, cung cấp tài liệu phù hợp văn hóa địa phương và tăng cường giám sát từ TYT để nâng cao hiệu suất và hỗ trợ công tác CSSKBĐ.

Hoạt động 2: Chăm sóc sức khỏe bà mẹ, trẻ em

Hoạt động của NVYT ấp tại Hậu Giang đạt hiệu suất tổng thể 48,3%, với nhiệm vụ lập danh sách phụ nữ mang thai và theo dõi tiêm chủng đạt cao nhất (69,6%), trong khi tư vấn thai nghén và nuôi con bằng sữa mẹ (50,6%) cùng tuyên truyền vệ sinh, dinh dưỡng hợp lý (22,4%) có hiệu suất thấp. Kết quả này thấp hơn nghiên cứu tại Đồng Tháp (84,7%), nhưng cao hơn Yên Bái (29,4%).^{8,9} Sự chênh lệch có thể do trình độ chuyên môn hạn chế của NVYT ấp tại Hậu Giang, đặc biệt trong các nhiệm vụ đòi hỏi kỹ năng tư vấn và quản lý thai nghén hoặc do rào cản văn hóa liên quan đến tập quán địa phương. Nhiệm vụ báo cáo số liệu trẻ em cũng chưa đạt yêu cầu (59,7%), phản ánh thiếu công cụ hỗ trợ hoặc giám sát. Do đó, ngành y tế

Hậu Giang cần triển khai đào tạo chuyên sâu về tư vấn dinh dưỡng và quản lý thai nghén, cung cấp tài liệu hướng dẫn và tăng cường truyền thông cộng đồng để thay đổi tập quán có hại, đồng thời thiết lập giám sát định kỳ từ TYT để nâng cao hiệu suất và hỗ trợ mục tiêu y tế cơ sở bền vững.

Hoạt động 3: Khám, chữa bệnh

Hoạt động 3 của NVYT ấp có tỷ lệ hoàn thành nhiệm vụ thấp nhất (10,2%), với chăm sóc thai nghén (3,7%), chăm sóc sau sinh (13,9%), tư vấn dinh dưỡng trẻ em (7,7%-14,5%) và sơ cứu ban đầu (47,4%). Ngược lại, quản lý sức khỏe người cao tuổi (100%) và người khuyết tật (98,9%) đạt hiệu quả cao do tính chất sàng lọc đơn giản. Tỷ lệ thấp trong sơ cứu và xử trí thai nghén phản ánh thiếu kỹ năng, trang thiết bị và rào cản văn hóa, phù hợp với nghiên cứu của Nguyễn Thành Sơn tại Đồng Tháp (36,9%) và Nguyễn Linh Chi tại Yên Bái (29%).^{8,9} Do đó, cần tổ chức tập huấn thực hành về sơ cứu và chăm sóc thai nghén, cung cấp trang thiết bị, tài liệu hướng dẫn và tăng cường truyền thông cộng đồng để nâng cao hiệu quả y tế cơ sở.

4.2. Một số yếu tố liên quan đến mức độ hoàn thành nhiệm vụ công tác chăm sóc sức khỏe ban đầu của nhân viên y tế ấp

Phân tích chỉ ra thâm niên, trình độ học vấn, hài lòng phụ cấp và công tác liên quan có ý nghĩa thống kê đến mức độ hoàn thành nhiệm vụ của NVYT ấp, trong khi tuổi, giới và tập huấn chuyên môn không có mối liên quan.

NVYT ấp có thâm niên ≥ 10 năm hoàn thành nhiệm vụ thấp hơn nhóm < 10 năm (OR=0,18-0,29, $p < 0,05$), có thể do nhiệt huyết và động

lực mạnh mẽ ở người mới làm việc, trong khi nhóm thâm niên lâu năm dễ mệt mỏi hoặc mất động lực vì chế độ đãi ngộ không cải thiện. Điều này ngược với quan niệm kinh nghiệm lâu năm tăng hiệu suất, nhưng phù hợp với nghiên cứu của Trương Thị Tuyết Nhung (2013) tại Tây Ninh, khi thâm niên lâu sẽ không đảm bảo hiệu quả công việc nếu thiếu sự hỗ trợ và giám sát.¹⁰

NVYT trình độ cấp 2 và cấp 3 hoàn thành nhiệm vụ cao hơn nhóm trên cấp 3 ($OR=5,63$ và $OR=4,94$, $p<0,05$). Kết quả này có thể liên quan đến trình độ học vấn NVYT áp ở nước ta, nơi có trình độ THCS và THPT chiếm ưu thế được báo cáo trong các nghiên cứu trước đây.^{3,9} Tuy nhiên, nhóm trên cấp 3 lại có hiệu suất thấp hơn, tương đồng với một số nghiên cứu trước đó, có thể do kỳ vọng công việc không tương xứng hoặc phân bổ nhiệm vụ chưa hợp lý. Do đó, các chế độ chính sách, bố trí công tác cần được xây dựng phù hợp với trình độ học vấn của từng đối tượng.

Sự hài lòng về phụ cấp của NVYT áp có mối liên quan đáng kể đến mức độ hoàn thành nhiệm vụ. Nghiên cứu cho thấy những NVYT áp không hài lòng hoặc có thái độ trung lập về phụ cấp lại đạt hiệu suất cao hơn so với nhóm hài lòng, với OR lần lượt là 5,38 và 40,73 ($p<0,05$). Kết quả này phản ánh tinh thần trách nhiệm, lòng yêu nghề và sự gắn bó với cộng đồng địa phương của NVYT áp, vượt lên trên yếu tố phụ cấp tài chính. Điều này được củng cố bởi nghiên cứu của Nguyễn Linh Chi (2012), trong đó chỉ ra rằng thu nhập chính của NVYT áp chủ yếu đến từ nông nghiệp, với đa số có mức sống thấp, nhưng 76,6% vẫn hoàn thành nhiệm vụ đạt yêu

cầu.⁹ Đây là tín hiệu tích cực, song về lâu dài, cần thiết lập chế độ phụ cấp ưu đãi và chính sách hỗ trợ phù hợp nhằm duy trì động lực, khuyến khích NVYT áp tiếp tục cống hiến, từ đó đảm bảo sự phát triển bền vững của hệ thống y tế cơ sở.

Phân tích cho thấy NVYT áp có thái độ trung lập về chế độ công tác hoàn thành nhiệm vụ thấp hơn đáng kể so với nhóm hài lòng ($OR=0,17$, $p<0,001$). Kết quả này nhấn mạnh rằng sự hài lòng về chế độ công tác là yếu tố quan trọng thúc đẩy hiệu suất làm việc. Nghiên cứu của Trương Thị Tuyết Nhung (2013) cho thấy việc giám sát định kỳ hàng tháng từ TYT xã cải thiện đáng kể hiệu quả chăm sóc sức khỏe bà mẹ và trẻ em ($p<0,05$), gợi ý rằng sự hỗ trợ và giám sát chặt chẽ có thể nâng cao động lực và hiệu quả công việc của NVYT áp.¹⁰ Ngược lại, sự không hài lòng có thể bắt nguồn từ khối lượng công việc kiêm nhiệm quá lớn (65,2%, theo Nông Minh Dũng) hoặc thiếu hụt dụng cụ làm việc (13,8% NVYT áp thiếu túi thuốc, theo Nguyễn Linh Chi).^{9,12} Những yếu tố này có thể làm giảm hiệu suất và động lực làm việc. Để nâng cao hiệu quả của NVYT áp, y tế địa phương cần cải thiện phân công, bố trí công tác bằng cách giảm kiêm nhiệm, cung cấp đủ dụng cụ y tế, tăng cường giám sát hỗ trợ và tập huấn chuyên môn, đồng thời cải thiện phụ cấp, chính sách đãi ngộ đảm bảo động lực làm việc góp phần phát triển bền vững y tế cơ sở.

Tuổi, giới và tập huấn chuyên môn không có mối liên quan đến mức độ hoàn thành nhiệm vụ của NVYT áp. Điều này trái ngược với nghiên cứu của Hoàng Tư Nghĩa, khi thời gian đào tạo ảnh hưởng đến kỹ năng tư vấn

($p < 0,05$)¹¹ và thực tế 2,5% NVYT chưa được tập huấn tại Yên Bái.⁹ Sự khác biệt có thể xuất phát từ nội dung tập huấn chưa cập nhật hoặc tần suất tập huấn không đồng đều, cần tiến hành phỏng vấn sâu để xác định các hạn chế trong chương trình tập huấn ở địa phương. Tuổi và giới tính dường như ít ảnh hưởng đến nhiệm vụ cơ bản của NVYT áp trong bối cảnh Việt Nam. Cần có thêm nghiên cứu để làm rõ vấn đề này.

5. KẾT LUẬN

Nghiên cứu cho thấy NVYT áp trên địa bàn tỉnh Hậu Giang hoàn thành nhiệm vụ ở mức thấp. Do đó, ngành y tế địa phương cần triển khai các chương trình tập huấn chuyên sâu, cập nhật nội dung phù hợp và cải thiện chế độ phụ cấp để nâng cao năng lực và động lực cho NVYT áp, từ đó tăng cường chất lượng y tế cơ sở.

6. LỜI CẢM ƠN

Nhóm tác giả trân trọng cảm ơn Trường Đại học Y Dược Cần Thơ, Sở Y tế, các Trung tâm Y tế và các Trạm Y tế xã trên địa bàn tỉnh Hậu Giang đã hỗ trợ, giúp đỡ chúng tôi hoàn thành nghiên cứu này. Bên cạnh đó, nhóm tác giả dành lời cảm ơn sâu sắc đến các nhân viên y tế áp, những người đã đóng góp thời gian quý báu tham gia khảo sát phục vụ nghiên cứu này.

7. XUNG ĐỘT LỢI ÍCH

Không có bất kỳ xung đột lợi ích nào giữa các tác giả.

8. TÀI TRỢ

Nghiên cứu không nhận bất kỳ khoản tài trợ nào về kinh phí.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. World Health Organization & United Nations Children's Fund (UNICEF). A vision for primary health care in the 21st century: towards universal health coverage and the Sustainable Development Goals. Geneva: World Health Organization; 2018. Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-HIS-SDS-2018.15>
2. Sanders D, Schaay N, Mohamed S. Primary Health Care. International Encyclopedia of Public Health. 2017:5-14.
3. Huỳnh Minh Chín, Nguyễn Hồng Chương, Lê Nguyễn Đăng Khoa và cộng sự. Đánh giá mạng lưới y tế khu phố, áp theo chuẩn của bộ y tế và xây dựng kế hoạch nâng cao năng lực y tế khu phố, áp phù hợp với tình hình của huyện Dầu Tiếng tỉnh Bình Dương năm 2022. Tạp chí Y học Việt Nam. 2023;525(1A):99-103.
4. Bộ Y tế. Thông tư số 07/2013/TT-BYT ngày 08 tháng 3 năm 2013 về Quy định tiêu chuẩn, chức năng, nhiệm vụ của nhân viên y tế thôn, bản. 2013.
5. Bộ Y tế. Thông tư số 27/2023/TT-BYT ban hành ngày 29 tháng 12 năm 2023 quy định tiêu chuẩn, chức năng, nhiệm vụ, phạm vi hoạt động khám bệnh, chữa bệnh và nội dung đào tạo chuyên môn, nghiệp vụ đối với nhân viên y tế thôn, bản; cô đỡ thôn. 2023.
6. Sở Y tế Hậu Giang. Báo cáo Hoạt động Y tế tháng 11 năm 2024, nhiệm vụ trọng tâm tháng 12 năm 2024. 2024.
7. Võ Bá Tước. Đánh giá hoạt động của nhân viên y tế thôn bản tại tỉnh An Giang năm 2012 theo Thông tư số 39/TT-BYT ngày 10 tháng 9 năm 2010 của Bộ trưởng Bộ Y tế. Luận văn chuyên khoa cấp I, Trường Đại học Y Dược Cần Thơ. 2013.
8. Nguyễn Thành Sơn. Nghiên cứu tình hình hoạt động của nhân viên y tế thôn bản tỉnh

Đồng Tháp năm 2011. Luận án Chuyên khoa cấp II, Trường Đại học Y Dược Cần Thơ. 2012.

9. Nguyễn Linh Chi. Nghiên cứu thực trạng và đề xuất các giải pháp nâng cao hoạt động của đội ngũ nhân viên y tế thôn, bản tại huyện Trần Yên, tỉnh Yên Bái, năm 2012. 2012:179-187.

10. Trương Thị Tuyết Nhung, Lê Vinh. Thực trạng hoạt động và các yếu tố liên quan của nhân viên y tế thôn bản (ấp) tại huyện Châu Thành, tỉnh Tây Ninh năm 2013. Tạp chí Y học Thành phố Hồ Chí Minh. 2014;18(6):736-745.

11. Hoàng Tư Nghĩa. Kỹ năng tư vấn sức khỏe của nhân viên y tế thôn bản tại huyện Định Hóa, tỉnh Thái Nguyên và một số yếu tố liên quan. Luận Văn Thạc sỹ Y học, Trường Đại học Y Dược - Đại học Thái Nguyên. 2017.

12. Nông Minh Dũng, Nguyễn Đình Học. Thực trạng hoạt động của nhân viên y tế thôn bản tỉnh Bắc Kạn năm 2011. Tạp chí Khoa học và Công nghệ. 2011;89(01):281-289.

PHẢN HỒI CỦA SINH VIÊN NGÀNH RĂNG HÀM MẶT THEO CHƯƠNG TRÌNH ĐÀO TẠO TÍCH HỢP TẠI TRƯỜNG ĐẠI HỌC Y - DƯỢC, ĐẠI HỌC HUẾ

Nguyễn Thị Khoa Như¹, Nguyễn Văn Hiệp¹, Nguyễn Thanh Gia¹, Nguyễn Thị Hoài Phương¹, Đậu Văn Quý¹, Nguyễn Khoa Quỳnh Thor¹, Đặng Hoàng Nhật Vĩ¹

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Nâng cao chất lượng đào tạo ngành Răng Hàm Mặt theo chương trình tích hợp đòi hỏi sự đánh giá và phản hồi từ sinh viên nhằm đảm bảo đáp ứng chuẩn đầu ra và cải thiện hiệu quả giảng dạy.

Mục tiêu: Khảo sát sự phản hồi của sinh viên Răng Hàm Mặt theo chương trình đào tạo tích hợp và tìm hiểu một số yếu tố liên quan tại Trường Đại học Y – Dược, Đại học Huế.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang, thời gian thực hiện nghiên cứu từ tháng 08/2024 – 04/2025 trên 116 sinh viên Răng Hàm Mặt năm cuối hệ chính quy Trường Đại học Y - Dược, Đại học Huế. Mô hình hồi quy logistic đa biến được thực hiện để xác định các yếu tố liên quan.

Kết quả: Trong tổng số 116 sinh viên, mức độ phản hồi tốt về chương trình đào tạo tích hợp chiếm 84,5%. Phản hồi của sinh viên về tiếp cận tài liệu và tính tự học được đánh giá là tốt nhất ($4,24 \pm 0,33$). Bên cạnh đó, các hoạt động hỗ trợ sinh viên được cho là thấp hơn ($4,09 \pm 0,29$). Mục tiêu và nội dung chương trình đào tạo, công tác giảng dạy, tổ chức đào tạo và quản lý kết quả học tập, cơ sở vật chất cũng nhận được đánh giá tích cực. Yếu tố liên quan đến phản hồi của sinh viên Răng Hàm Mặt về chương trình đào tạo tích hợp gồm điểm rèn luyện tốt ($OR = 4,81$; KTC 95%: 1,23-18,78) và mức độ yêu thích ngành học ($OR = 5,24$; KTC 95%: 1,16-23,62).

Kết luận: Sinh viên đánh giá tích cực chương trình đào tạo tích hợp, vì vậy cần tiếp tục hoàn thiện môi trường và phương pháp học phù hợp để nâng cao hiệu quả học tập.

Từ khóa: Phản hồi sinh viên, sinh viên Răng Hàm Mặt, đào tạo tích hợp.

FEEDBACK FROM ODONTOSTOMATOLOGY STUDENTS ON THE INTEGRATED TRAINING PROGRAM AT THE UNIVERSITY OF MEDICINE AND PHARMACY, HUE UNIVERSITY

Nguyen Thi Khoa Nhu¹; Nguyen Van Hiep¹; Nguyen Thanh Gia¹; Nguyen Thi Hoai Phuong¹;
Dau Van Quy¹; Nguyen Khoa Quynh Tho¹; Dang Hoang Nhat Vi¹

ABSTRACT

Background: Improving the quality of Odontostomatology through an integrated training program requires systematic evaluation and students' feedback to ensure it meets educational outcomes and improve teaching effectiveness.

Objective: To assess Odontostomatology students' feedback on the integrated training program and explore some related factors at Hue University of Medicine and Pharmacy.

Methods: A cross-sectional descriptive study was conducted from August 2024 to May 2025 on 116 final-year dentistry students enrolled in the regular program at Hue University of Medicine and Pharmacy. Multiple logistic regression was performed to identify associated factors.

Results: Among the 116 students, 84.5% provided positive feedback on the integrated training program. Students rated access to learning materials and self-study abilities as the highest (4.24 ± 0.33). However, student support services received lower ratings (4.09 ± 0.29). The goals and content of the training program, teaching methodologies, organization of training, academic results management, and facility provisions also received positive evaluations. Factors associated with Odontostomatology students' feedback on the integrated training program were their conduct score (OR = 4.81; KTC 95%: 1.23-18.78) and the level of interest in the field of study (OR = 5.24; KTC 95%: 1.16-23.62).

Conclusion: Students positively evaluate the integrated training program, so it is necessary to continue improving the environment and appropriate learning methods to enhance learning effectiveness.

Keywords: Student feedback; Odontostomatology students; integrated curriculum.

Tác giả

1. Trường Đại học Y - Dược, Đại học Huế

Email: ntknhu@huemed-univ.edu.vn

Ngày nhận bài: 28/04/2025

Ngày gửi phản biện: 29/04/2025

Ngày duyệt bài: 25/09/2025

DOI: 10.53522/ytcc.vi72.03

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Trong giáo dục đại học, phản hồi của sinh viên đóng vai trò quan trọng trong việc nâng cao chất lượng đào tạo.¹ Khi được khuyến khích

đóng góp ý kiến, sinh viên có cơ hội kiểm soát, tự chủ và đầu tư nhiều hơn vào quá trình học tập, từ đó gia tăng động lực và hiệu quả học tập cũng như sự hài lòng của sinh viên với chương

trình đào tạo. Trong bối cảnh ngành y tế ngày càng phát triển, mô hình bệnh tật thay đổi và đòi hỏi nguồn nhân lực có tay nghề cao, phản hồi của sinh viên là cơ sở để điều chỉnh chương trình giảng dạy phù hợp hơn với nhu cầu thực tiễn và xu hướng của thị trường lao động.

Chương trình đào tạo tích hợp có nhiều điểm khác biệt so với chương trình truyền thống. Thay vì giảng dạy theo từng môn riêng lẻ, thì chương trình tích hợp có cách tiếp cận theo chủ đề, hệ cơ quan hoặc vấn đề sức khỏe, giúp liên kết kiến thức và phát triển tư duy lâm sàng tốt hơn so với chương trình truyền thống.² Để đánh giá hiệu quả của sự đổi mới này, khảo sát phản hồi của sinh viên được triển khai thường xuyên tại các cơ sở đại học. Trong hệ thống giáo dục các nước phát triển, đã có rất nhiều công trình liên quan đến sinh viên đánh giá về chất lượng giảng dạy.^{3,4} Điển hình như phản hồi tích cực của chương trình đào tạo tích hợp đã được ghi nhận tại nhiều quốc gia như Anh, Úc.⁵ Tuy nhiên, mức độ phản hồi tốt của mô hình này phụ thuộc vào nhiều yếu tố như chất lượng giảng viên, tài nguyên học tập và môi trường giảng dạy.⁶ Có thể nói, sinh viên được coi là đối tượng phù hợp nhất để đưa ra phản hồi về những khía cạnh trong việc giảng dạy cũng như những trải nghiệm trực tiếp của họ về chương trình đào tạo.

Tại Việt Nam, chương trình đào tạo tích hợp đã được triển khai tại một số trường đại học y khoa, trong đó Trường Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh là đơn vị tiên phong. Trường Đại học Y - Dược, Đại học Huế áp dụng mô hình này từ năm học 2018-2019 cho hai ngành trọng điểm: Y khoa và Răng Hàm Mặt, với sự

hỗ trợ kỹ thuật từ các đối tác quốc tế như Đại học Y khoa Harvard và các trường y khoa hàng đầu thế giới.⁷ Với khóa sinh viên Răng Hàm Mặt đầu tiên tốt nghiệp vào năm 2024, việc thu thập phản hồi của sinh viên là cần thiết để đánh giá hiệu quả chương trình dưới góc nhìn của người học, xác định những thách thức và đề xuất giải pháp nâng cao chất lượng đào tạo. Do đó, nghiên cứu này nhằm khảo sát ý kiến sinh viên Răng Hàm Mặt về chương trình đào tạo tích hợp, từ đó đưa ra những khuyến nghị để tối ưu hóa phương pháp giảng dạy và cải thiện chất lượng đào tạo. Xuất phát từ những lý do trên chúng tôi thực hiện nghiên cứu với hai mục tiêu:

- 1. Khảo sát sự phản hồi của sinh viên ngành Răng Hàm Mặt đối với chương trình đào tạo tích hợp.*
- 2. Tìm hiểu một số yếu tố liên quan đến phản hồi về chương trình đào tạo tích hợp của đối tượng nghiên cứu.*

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

- **Tiêu chuẩn lựa chọn:** Sinh viên năm thứ sáu đang theo học chương trình đào tạo tích hợp ngành Răng Hàm Mặt hệ chính quy trúng tuyển năm 2018 tại Trường Đại học Y - Dược, Đại học Huế có mặt tại thời điểm nghiên cứu và đồng ý tham gia nghiên cứu.

- **Tiêu chuẩn loại trừ:** Sinh viên từ chối tham gia nghiên cứu, sinh viên không có mặt tại thời điểm thực hiện nghiên cứu.

2.2. Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang.

2.3. Thời gian và địa điểm nghiên cứu

Nghiên cứu được tiến hành tại Trường Đại học Y - Dược, Đại học Huế từ tháng 08/2024 đến tháng 04/2025.

2.4. Cỡ mẫu nghiên cứu

Toàn bộ 123 sinh viên Răng Hàm Mặt chính quy năm thứ sáu của Trường Đại học Y - Dược, Đại học Huế. Sau khi tiến hành lọc phiếu khảo sát chúng tôi thu thập được 94,3% (116/123) phiếu đủ tiêu chuẩn nghiên cứu.

2.5. Phương pháp chọn mẫu: Phương pháp chọn mẫu toàn bộ.

2.6. Biến số nghiên cứu: Gồm 4 phần theo mục tiêu nghiên cứu:

- **Phần 1:** Đặc điểm chung gồm tuổi, giới (nam/nữ), nơi ở hiện tại của sinh viên, nơi ở của gia đình, tình hình tài chính.

- **Phần 2:** Thông tin về học tập gồm điểm thi đầu vào, mức độ yêu thích ngành (thích/không thích), xếp loại học tập và rèn luyện.

- **Phần 3:** Các hoạt động ngoài giờ học gồm làm việc bán thời gian (có/không), tham gia câu lạc bộ, tham gia câu lạc bộ học tập (có/không).

- **Phần 4:** Phản hồi của sinh viên về chương trình đào tạo tích hợp bao gồm 49 câu hỏi được chia làm 6 lĩnh vực: Mục tiêu và nội dung chương trình đào tạo (7 câu), việc tiếp cận tài liệu và tính tự học của sinh viên (7 câu), công tác giảng dạy (9 câu), tổ chức đào tạo và quản lý kết quả học tập (9 câu), hoạt động hỗ trợ (9 câu), cơ sở vật chất phục vụ đào tạo (8 câu). Được đánh giá theo thang điểm Likert 5 mức độ từ hoàn toàn không đồng ý đến rất đồng ý (1 đến 5 điểm). Độ tin cậy Cronbach's Alpha của thang đo trong nghiên cứu này là 0,840.

Phản hồi tốt về chương trình tích hợp được

tính từ tổng điểm đánh giá các phản hồi bao gồm (mục tiêu và nội dung chương trình đào tạo, việc tiếp cận tài liệu và tính tự học của sinh viên, công tác giảng dạy, tổ chức đào tạo và quản lý kết quả học tập, hoạt động hỗ trợ, cơ sở vật chất phục vụ đào tạo) $\geq 80\%$.⁸ Với phản hồi về chương trình tích hợp, tổng điểm từ 0 đến 3,99 tương ứng với chưa tốt, tổng điểm từ 4,00 đến 5,00 tương ứng với tốt.

- **Bộ công cụ nghiên cứu:** Bộ câu hỏi khảo sát được xây dựng dựa trên các nghiên cứu đã công bố trước đó,⁸⁻¹⁰ sau đó được hiệu chỉnh nội dung để phù hợp với mục tiêu và bối cảnh của nghiên cứu. Quá trình hiệu chỉnh được thực hiện thông qua lấy ý kiến của các chuyên gia và khảo sát thử trên một nhóm đối tượng nhỏ nhằm đánh giá tính rõ ràng và mức độ phù hợp của các câu hỏi.

2.7. Phương pháp thu thập thông tin

Thông tin được thu thập thông qua phiếu phỏng vấn tự điền. Trước khi tiến hành khảo sát, các đối tượng tham gia được giải thích rõ mục đích và quy trình nghiên cứu. Quy trình thu thập số liệu bao gồm 4 bước như sau:

- **Bước 1:** Điều tra viên đến lớp sinh viên đã được liên hệ trước để trình bày rõ về mục tiêu, nội dung, quy trình và ý nghĩa của nghiên cứu để nhận được sự đồng ý tham gia.

- **Bước 2:** Phát bộ câu hỏi tự điền và hướng dẫn cách điền phiếu.

- **Bước 3:** Các đối tượng nghiên cứu tự điền phiếu tại lớp.

- **Bước 4:** Thu toàn bộ các phiếu sau khi đối tượng nghiên cứu đã hoàn thành.

2.8. Xử lý và phân tích số liệu:

Số liệu sau khi thu thập được làm sạch, xử lý và

phân tích bằng phần mềm SPSS 20.0. Các yếu tố liên quan khi phân tích đơn biến (sử dụng Chi-square test) sẽ được đưa vào mô hình hồi quy logistic đa biến. Lấy ngưỡng có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

2.9. Đạo đức nghiên cứu:

Nghiên cứu được thực hiện với sự chấp thuận của Hội đồng đạo đức Nghiên cứu Y sinh học của Trường Đại học Y - Dược, Đại học Huế (mã số H2025/011). Nghiên cứu được tiến hành trên cơ sở tự nguyện tham gia của đối tượng nghiên cứu, được giải thích đầy đủ về mục tiêu, nội dung, quy trình và ý nghĩa của nghiên cứu, tuyệt đối đảm bảo các thông tin cá nhân được giữ bí mật và mã hóa thành mã số. Không có sự thay đổi thông tin trong quá trình thu thập số liệu.

3. KẾT QUẢ

3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Bảng 1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu (n=116)

Đặc điểm		Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Giới tính	Nam	39	33,6
	Nữ	77	66,4
Dân tộc	Kinh	114	98,3
	Khác	2	1,7
Nhóm tuổi	24	100	86,2
	>24	16	13,8
Trung bình ± Độ lệch chuẩn		24,15 ± 0,38	
Min – Max		24 – 26	
Nơi ở hiện tại	Sống cùng gia đình/ hộ hàng	40	34,5
	Ở trọ, ký túc xá	76	65,5
Nơi ở của gia đình	Thành phố/Thị trấn	52	44,8
	Nông thôn	64	55,2
Tài chính đủ đáp ứng nhu cầu học tập	Có	103	88,8
	Không	13	11,2

Trong tổng số 116 đối tượng tham gia nghiên cứu số lượng sinh viên nữ cao gấp 2 lần sinh viên nam. Độ tuổi của đối tượng nghiên cứu chủ yếu là 24 tuổi (86,2%). Tỷ lệ sống ở trọ, ký túc xá và đến từ nông thôn chiếm tỷ lệ cao nhất. Sinh viên có tài chính đáp ứng đủ nhu cầu học tập cao gấp 8 lần so với nhóm còn lại.

3.2. Đặc điểm về học tập của đối tượng nghiên cứu

Bảng 2. Đặc điểm về học tập của đối tượng nghiên cứu (n=116)

Đặc điểm		Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Điểm chuẩn	22 - 24	102	87,9
	> 24 - 26	14	12,1
Điểm học tập	Yếu/ Trung bình	8	6,9
	Khá	63	54,3
	Giỏi/ Xuất sắc	45	38,8
Điểm rèn luyện năm học 2023-2024	Xuất sắc	12	10,3
	Tốt	99	85,4
	Khá	5	4,3
Mức độ yêu thích ngành học	Thích	101	87,1
	Không thích	15	12,9

Kết quả bảng 2 cho thấy, phần lớn sinh viên có học lực khá trở lên đạt 93,1%. Điểm rèn luyện tốt (85,4%). Chỉ có 12,9% sinh viên cho rằng không yêu thích ngành mình đang học.

3.3. Hoạt động ngoài giờ học của đối tượng nghiên cứu

Phần lớn tỷ lệ sinh viên làm việc bán thời gian với 69,0%. Có 64 sinh viên tham gia các câu lạc bộ, trong đó câu lạc bộ liên quan đến học tập phục vụ cho học tập chiếm tỷ lệ cao với 53,1%.

Bảng 3. Hoạt động ngoài giờ học của đối tượng nghiên cứu (n=116)

Đặc điểm		Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Làm việc bán thời gian	Có	80	69,0
	Không	36	31,0
Tham gia câu lạc bộ	Không tham gia	52	44,8
	Tham gia câu lạc bộ	64	55,2
Nếu có, bạn có tham gia câu lạc bộ liên quan đến học tập phục vụ cho việc học	Có	34	53,1
	Không	30	46,9

3.4. Phản hồi của sinh viên Răng Hàm Mặt về chương trình đào tạo tích hợp

Bảng 4. Phản hồi của sinh viên về mục tiêu và nội dung chương trình đào tạo

Nội dung	Mean ± SD	Min - Max
Chương trình đào tạo được thông báo đầy đủ	4,02 ± 0,56	2,00 - 5,00
Chương trình đào tạo có mục tiêu rõ ràng, phù hợp với chuẩn đầu ra	4,03 ± 0,42	2,00 - 5,00
Sinh viên hiểu rõ về mục tiêu đào tạo, chương trình đào tạo Răng Hàm Mặt	4,13 ± 0,50	2,00 - 5,00
Nội dung giảng dạy phản ánh đúng mục tiêu	4,20 ± 0,40	4,00 - 5,00
Mục tiêu học tập của bài giảng có kết nối với các mục tiêu học tập của môn học	4,12 ± 0,44	3,00 - 5,00
Các môn học trong chương trình đào tạo có sự liên kết với nhau	4,11 ± 0,59	1,00 - 5,00
Nội dung giảng dạy có sự kết nối hoặc có liên hệ giữa môn học khoa học cơ bản với môn học y học cơ sở/ lâm sàng	4,30 ± 0,59	1,00 - 5,00
Sự phản hồi chung của sinh viên về mục tiêu và nội dung chương trình đào tạo	4,13 ± 0,26	3,43 - 5,00

Sự phản hồi của sinh viên về mục tiêu và nội

dung chương trình có điểm trung bình dao động từ $4,02 \pm 0,56$ đến $4,30 \pm 0,59$ điểm. Phản hồi chung của sinh viên đạt điểm trung bình với $4,13 \pm 0,26$ điểm.

Bảng 5. Phản hồi của sinh viên về tiếp cận tài liệu và tính tự học của sinh viên

Nội dung	Mean ± SD	Min - Max
Nhận được đầy đủ giáo trình/ tài liệu học tập hướng dẫn học tập trước khi đến lớp, đầy đủ, đa dạng	4,22 ± 0,74	1,00 - 5,00
Sinh viên tiếp cận tài liệu học tập thông qua E-Learning	4,22 ± 0,78	1,00 - 5,00
Sinh viên được giao và làm bài tập trực tuyến trước khi đến lớp	4,23 ± 0,61	1,00 - 5,00
Có thời gian đọc tài liệu học tập trước khi đến lớp	4,22 ± 0,56	2,00 - 5,00
Được hướng dẫn tự học dựa vào mục tiêu học tập, suy luận trả lời câu hỏi trước và sau bài học	4,20 ± 0,61	1,00 - 5,00
Sinh viên có khả năng tự tìm hiểu, tóm tắt nội dung cơ bản của tài liệu học tập	4,31 ± 0,55	2,00 - 5,00
Sinh viên hứng thú và chủ động tự học, chuẩn bị bài học	4,31 ± 0,65	1,00 - 5,00
Sự phản hồi chung của sinh viên về tiếp cận tài liệu và tính tự học của sinh viên	4,24 ± 0,33	3,00 - 5,00

Phần lớn sinh viên phản hồi tốt về tiếp cận tài liệu và tính tự học của sinh viên có điểm trung bình là $4,24 \pm 0,33$ điểm. Tiêu chí sinh viên hứng thú và chủ động tự học, chuẩn bị bài học và sinh viên có khả năng tự tìm hiểu, tóm tắt nội dung cơ bản của tài liệu học tập đạt điểm trung bình cao nhất.

Kết quả bảng 6 cho thấy, nhìn chung phản hồi của sinh viên về công tác giảng dạy đạt điểm trung bình tích cực ($4,18 \pm 0,28$), cao nhất là sinh viên được giảng viên khuyến khích tham

gia thảo luận, đặt và trả lời câu hỏi ($4,27 \pm 0,50$) và giảng viên có kiến thức và trải nghiệm đủ để giải quyết các vấn đề sinh viên đặt ra trong bài giảng/môn học ($4,24 \pm 0,58$).

Bảng 6. Phản hồi của sinh viên về công tác giảng dạy

Nội dung	Mean $\pm$ SD	Min - Max
Giảng viên có giới thiệu mục tiêu bài giảng và cách đánh giá vào đầu buổi học	$4,06 \pm 0,44$	1,00 - 5,00
Trong bài giảng, giảng viên có minh họa các bối cảnh lâm sàng giúp sinh viên liên hệ thực tế (sử dụng hình ảnh, trình chiếu video,...)	$4,22 \pm 0,50$	2,00 - 5,00
Giảng viên áp dụng nhiều phương pháp giảng dạy khác nhau (thuyết trình, thảo luận, thực hành lâm sàng,...)	$4,21 \pm 0,54$	2,00 - 5,00
Giảng viên thường xuyên phổ biến những kiến thức và thông tin mới liên quan đến môn học	$4,10 \pm 0,57$	2,00 - 5,00
Giảng viên lắng nghe quan điểm của sinh viên và sẵn sàng chia sẻ quan điểm của mình	$4,19 \pm 0,59$	2,00 - 5,00
Sinh viên được giảng viên khuyến khích tham gia thảo luận, đặt và trả lời câu hỏi	$4,27 \pm 0,50$	3,00 - 5,00
Giảng viên có kiến thức và trải nghiệm đủ để giải quyết các vấn đề sinh viên đặt ra trong bài giảng/môn học	$4,24 \pm 0,58$	1,00 - 5,00
Giảng viên có chuẩn bị tốt bài giảng và vật liệu giảng dạy	$4,14 \pm 0,46$	2,00 - 5,00
Giảng viên đảm bảo giờ lên lớp và kế hoạch giảng dạy	$4,18 \pm 0,47$	2,00 - 5,00
Sự phản hồi chung của sinh viên về công tác giảng dạy	$4,18 \pm 0,28$	3,56 - 5,00

Kết quả bảng 7 cho thấy, sinh viên phản hồi tích cực về tổ chức đào tạo và quản lý kết quả học tập, với các tiêu chí được đánh giá từ mức 4,01 đến 4,26. Kế hoạch học tập tạo thuận lợi

cho sinh viên đạt điểm cao nhất ($4,26 \pm 0,56$), kết quả kiểm tra đánh giá được công bố kịp thời cho sinh viên có điểm số thấp nhất ($4,01 \pm 0,47$).

Bảng 7. Phản hồi của sinh viên về tổ chức đào tạo và quản lý kết quả học tập

Nội dung	Mean $\pm$ SD	Min - Max
Kế hoạch học tập được thông báo kịp thời cho sinh viên	$4,22 \pm 0,54$	2,00 - 5,00
Kế hoạch học tập tạo thuận lợi cho sinh viên: tự học, tự nghiên cứu, tự sinh hoạt	$4,26 \pm 0,56$	2,00 - 5,00
Phân bố giờ lý thuyết và thực hành là hợp lý	$4,25 \pm 0,53$	2,00 - 5,00
Lớp học có sĩ số hợp lý, thuận lợi cho sinh viên trong học tập	$4,14 \pm 0,60$	1,00 - 5,00
Sinh viên được thông báo đầy đủ về lịch thi, tiêu chí đánh giá kết quả học tập	$4,05 \pm 0,53$	1,00 - 5,00
Có nhiều hình thức kiểm tra, đánh giá kết quả học tập của sinh viên (trắc nghiệm, vấn đáp, tự luận,...)	$4,12 \pm 0,46$	2,00 - 5,00
Kết quả đánh giá công bằng, khách quan	$4,09 \pm 0,40$	3,00 - 5,00
Kết quả phản ánh đúng năng lực của sinh viên	$4,02 \pm 0,42$	2,00 - 5,00
Kết quả kiểm tra đánh giá được công bố kịp thời cho sinh viên	$4,01 \pm 0,47$	2,00 - 5,00
Sự phản hồi chung của sinh viên về tổ chức đào tạo và quản lý kết quả học tập	$4,13 \pm 0,27$	3,22 - 5,00

Sự phản hồi chung của sinh viên về hoạt động hỗ trợ đạt điểm số trung bình tích cực với $4,09 \pm 0,29$ điểm. Trong đó, sinh viên có nhiều cơ hội tham gia hoạt động nghiên cứu khoa học đạt điểm số cao nhất với $4,15 \pm 0,52$ điểm và các hoạt động Đoàn - Hội trong Trường thiết thực, có tác dụng tốt đối với sinh viên đạt điểm số thấp nhất với $4,02 \pm 0,44$ điểm.

Bảng 8. Phản hồi của sinh viên về hoạt động hỗ trợ

Nội dung	Mean $\pm$ SD	Min - Max
Cố vấn học tập tích cực tư vấn, hỗ trợ sinh viên trong học tập	4,10 $\pm$ 0,45	2,00 - 5,00
Sinh viên nhận được sự hỗ trợ nhiệt tình của giáo vụ Khoa, Bộ môn và chuyên viên các Phòng ban	4,12 $\pm$ 0,46	2,00 - 5,00
Các hoạt động Đoàn - Hội trong Trường thiết thực, có tác dụng tốt đối với sinh viên	4,02 $\pm$ 0,44	2,00 - 5,00
Các thông tin trên website của Nhà trường đa dạng, phong phú và cập nhật	4,05 $\pm$ 0,49	1,00 - 5,00
Hoạt động tư vấn học tập, nghề nghiệp đáp ứng tốt nhu cầu tìm hiểu, lựa chọn và học tập của sinh viên	4,05 $\pm$ 0,51	2,00 - 5,00
Các quy định về chế độ chính sách xã hội, học bổng khuyến khích học tập của Nhà trường được triển khai tới sinh viên theo đúng quy định	4,13 $\pm$ 0,50	2,00 - 5,00
Sinh viên có nhiều cơ hội tham gia hoạt động nghiên cứu khoa học	4,15 $\pm$ 0,52	2,00 - 5,00
Nhà trường tổ chức nhiều hoạt động phát triển kỹ năng mềm cho sinh viên	4,08 $\pm$ 0,51	2,00 - 5,00
SV được tạo điều kiện tham gia các hoạt động xã hội, văn nghệ, thể dục thể thao	4,09 $\pm$ 0,41	3,00 - 5,00
Sự phản hồi chung của sinh viên về hoạt động hỗ trợ	4,09 $\pm$ 0,29	3,22 - 5,00

Phần lớn tỷ lệ sinh viên phản hồi tích cực về cơ sở vật chất phục vụ đào tạo, với điểm trung bình $4,10 \pm 0,33$. Trong đó, không gian Trung tâm Thông tin - thư viện và khu thể thao dành cho sinh viên cùng đạt điểm số cao lần lượt là $4,19 \pm 0,44$; $4,19 \pm 0,53$. Phòng học đảm bảo yêu cầu về diện tích, ánh sáng, âm thanh có điểm số thấp hơn (bảng 9).

Bảng 9. Phản hồi của sinh viên về cơ sở vật chất phục vụ đào tạo

Nội dung	Mean $\pm$ SD	Min - Max
Trang thiết bị hỗ trợ dạy và học đảm bảo	4,05 $\pm$ 0,51	1,00 - 5,00
Hệ thống internet, hệ thống máy tính tại trường phục vụ hiệu quả công tác giảng dạy, học tập và nghiên cứu của sinh viên	4,04 $\pm$ 0,46	1,00 - 5,00
Trường có đủ phòng thực hành, thí nghiệm, cơ sở thực hành phục vụ cho việc học tập của sinh viên	4,10 $\pm$ 0,52	1,00 - 5,00
Phòng thực hành, phòng thí nghiệm có đầy đủ trang thiết bị cần thiết để sinh viên học tập	4,08 $\pm$ 0,46	1,00 - 5,00
Phòng học đảm bảo yêu cầu về diện tích, ánh sáng, âm thanh	4,02 $\pm$ 0,49	1,00 - 5,00
Trung tâm Thông tin - thư viện có đủ tài liệu tham khảo cho các môn học	4,10 $\pm$ 0,53	1,00 - 5,00
Trung tâm Thông tin - thư viện có không gian, chỗ ngồi đáp ứng được nhu cầu học tập, nghiên cứu của sinh viên	4,19 $\pm$ 0,44	3,00 - 5,00
Nhà trường có sân chơi, bãi tập thể dục thể thao cho sinh viên sinh hoạt	4,19 $\pm$ 0,53	2,00 - 5,00
Sự phản hồi chung của sinh viên về cơ sở vật chất phục vụ đào tạo	4,10 $\pm$ 0,33	2,00 - 5,00
Sự phản hồi chung của sinh viên về hoạt động hỗ trợ	4,09 $\pm$ 0,29	3,22 - 5,00

4. BÀN LUẬN

4.1. Nhu cầu làm việc tại nước ngoài sau tốt nghiệp.

Nghiên cứu này đánh giá mong muốn làm việc tại nước ngoài của sinh viên cử nhân điều dưỡng và tìm hiểu một số yếu tố liên quan. Phát hiện chỉ ra rằng sinh viên cử nhân điều dưỡng

bày tỏ mong muốn làm việc tại nước ngoài sau tốt nghiệp có 362 sinh viên (52,1%). Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cao hơn so với tỷ lệ mong muốn làm việc tại nước ngoài ở sinh viên Trường Đại học Điều Dưỡng Nam Định năm 2018 và sinh viên tại Trường Đại học Y dược Hải Phòng năm 2020 lần lượt với tỷ lệ là 42,4% và 37,7%.^{6,7} Chúng tôi cho rằng mức độ mong muốn làm việc tại nước ngoài có phần cao hơn đến từ chiến lược tuyển dụng hấp dẫn, tăng cường sức hút từ các quốc gia có nhu cầu tuyển dụng nhân lực y tế. Và một số yếu tố như: sự sẵn có của việc làm, cơ hội thăng tiến nghề nghiệp hoặc chuyên môn, phát triển cá nhân, môi trường làm việc chuyên nghiệp, cải thiện chất lượng cuộc sống, mức lương hấp dẫn đã thu hút một lượng lớn sinh viên điều dưỡng có mong muốn làm việc tại nước ngoài sau khi tốt nghiệp.⁸

Trong nghiên cứu của chúng tôi, Đức và Nhật Bản là hai quốc gia sinh viên điều dưỡng có dự định đến nhiều nhất sau khi tốt nghiệp. Điều này có sự tương đồng với các nghiên cứu trước đây.^{6,7} Điều này hoàn toàn đúng bởi vì cả Đức và Nhật Bản đều có những hợp tác trong đào tạo và xuất khẩu điều dưỡng sang các nước này.^{4,5} Theo sự hiểu biết của chúng tôi các quốc gia như Ấn Độ, Malaysia, Nepal, Philippines và Sri Lanka tạo điều kiện thuận lợi cho nhân viên y tế sang các nước phát triển hơn để làm việc và tích cực thúc đẩy việc làm việc tại nước ngoài của các nhân viên y tế được đào tạo trong nước như một chiến lược kinh tế.^{10,11}

4.2. Rào cản cản trở sinh viên đi làm việc tại nước ngoài.

Rào cản về ngoại ngữ và trình độ chuyên môn

là hai thách thức lớn đối với sinh viên điều dưỡng. Khi tỷ lệ nhận định hai khó khăn trên là trở ngại lớn nhất khi làm việc tại nước ngoài chiếm số đông (32,3% và 20,2%). Nghiên cứu của Kawi và cộng sự năm 2006 chỉ ra sự khác biệt về ngôn ngữ và văn hóa là nguyên nhân gây khó khăn cho điều dưỡng khi làm việc tại nước ngoài.¹² Đây là điều đáng lo ngại vì có thể là mối đe dọa rất nghiêm trọng đối với sự an toàn của bệnh nhân.¹³ Bên cạnh đó, thích ứng với kỹ năng và tiêu chuẩn nghề nghiệp nghiêm ngặt ở quốc gia mà sinh viên mong muốn làm việc cũng có thể đặt ra thách thức đối với điều dưỡng.

4.3. Một số yếu tố liên quan đến nhu cầu làm việc tại nước ngoài của sinh viên.

Kết quả phân tích từ mô hình hồi quy đa biến logistic cho thấy năm sinh viên đang theo học, nghe hướng nghiệp có liên quan đến mong muốn làm việc ở nước ngoài của sinh viên cử nhân điều dưỡng ở nghiên cứu này.

Năm học của sinh viên cử nhân điều dưỡng là yếu tố thúc đẩy mạnh mẽ cho ý định đi làm việc ở nước ngoài. Trong nghiên cứu của chúng tôi, nhóm sinh viên năm nhất và nhóm sinh viên năm thứ ba đều có mong muốn làm việc tại nước ngoài lần lượt cao gấp 4,11 lần và 2,45 lần so với nhóm sinh viên năm thứ tư. Điều này phù hợp với kết quả nghiên cứu trước đây của Silvestri, báo cáo rằng sinh viên năm cuối ít có khả năng lập kế hoạch nghề nghiệp đi làm việc ở nước ngoài hơn so với các sinh viên năm thứ nhất.¹⁴ Có thể do sinh viên những năm đầu thường tò mò về các cơ hội, muốn khám phá thế giới và trải nghiệm văn hóa mới. Làm việc tại nước ngoài có thể xuất phát từ một ý tưởng

hoặc lý do cá nhân. Trong khi đó, sinh viên ở năm cuối có thể đã kế hoạch cụ thể cho tương lai như chuẩn bị cho thời gian thực tập, hoàn thành các chứng chỉ liên quan để ra trường. Họ có thể cảm thấy ổn định hơn và ít có dự định thay đổi hướng nghề nghiệp hoặc địa điểm làm việc. Ý định làm việc tại nước ngoài của sinh viên điều dưỡng có xu hướng giảm dần khi sinh viên lớn thêm một tuổi.¹⁵

Đã từng nghe hướng nghiệp có liên quan đến mong muốn làm việc tại nước ngoài. Sinh viên đã từng nghe hướng nghiệp có nhu cầu làm việc tại nước ngoài sau khi tốt nghiệp cao gấp 1,82 lần so với sinh viên chưa từng nghe hướng nghiệp. Kết quả này phù hợp với các nghiên cứu trước đây báo cáo tác động đáng kể của chiến lược tuyển dụng, tăng cường sức hút từ các quốc gia có nhu cầu tuyển nhân lực y tế, đi đôi với sự phổ biến của mạng xã hội, truyền thông đã ảnh hưởng đến đối tượng sinh viên có mong muốn làm việc tại nước ngoài.⁶ Sự gia tăng tìm hiểu dự kiến sẽ tăng mong muốn làm việc tại nước ngoài. Tăng cường công tác hướng nghiệp là cần thiết để giúp sinh viên hiểu rõ hơn về con đường sự nghiệp và đưa ra quyết định rõ ràng hơn về tương lai nghề nghiệp.

Nghiên cứu chúng tôi có một số hạn chế. Nghiên cứu chỉ bao gồm đối tượng sinh viên điều dưỡng đại học tại một trường nên không thể suy luận cho các đối tượng sinh viên trường đại học khác cũng như sinh viên trình độ cao đẳng và trung cấp. Thêm vào đó, khai thác thông tin rào cản cản trở sinh viên đi làm việc tại nước ngoài mới chỉ khai thác trên đối tượng sinh viên có nhu cầu đi làm việc nước ngoài. Tuy nhiên, nghiên cứu này là một trong những

nghiên cứu đầu tiên trên sinh viên điều dưỡng trường Đại học Y-Dược, Đại học Huế, là cơ sở cung cấp thêm bằng chứng quan trọng cho công tác đào tạo và định hướng việc làm tốt hơn cho sinh viên của Trường.

5. KẾT LUẬN

Qua khảo sát 693 sinh viên điều dưỡng từ năm thứ nhất đến năm thứ tư của Trường Đại học Y-Dược, Đại học Huế cho thấy tỷ lệ sinh viên có mong muốn làm việc ở nước ngoài là 52,1%. Đức và Nhật Bản là hai quốc gia sinh viên mong muốn được làm việc nhiều nhất với tỷ lệ lần lượt là 65,7% và 21,1%. Rào cản lớn nhất của sinh viên cử nhân điều dưỡng là về trình độ ngoại ngữ (32,3%) và trình độ chuyên môn (20,2%). Sinh viên năm thứ nhất, sinh viên năm thứ ba và đã từng nghe hướng nghiệp có liên quan đáng kể đến mong muốn làm việc tại nước ngoài sau tốt nghiệp của sinh viên cử nhân điều dưỡng. Chúng tôi chưa tìm thấy mối liên quan giữa tuổi, nghề nghiệp của mẹ, nơi ở với mong muốn làm việc tại nước ngoài. Để vượt qua các rào cản một cách hiệu quả cần phải nâng cao kỹ năng ngoại ngữ, trình độ chuyên môn nhằm tạo ra nhiều cơ hội hơn cho sinh viên điều dưỡng.

6. XUNG ĐỘT LỢI ÍCH

Tất cả các tác giả tuyên bố không có xung đột lợi ích trong quá trình triển khai và công bố kết quả nghiên cứu

7. TÀI TRỢ

Nghiên cứu này không nhận được bất kể nguồn tài trợ nào từ bên ngoài

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. World health Organization (WHO).

- Nursing and midwifery. 2024; <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/nursing-and-midwifery>. Accessed 08/08/2024.
2. Kaneda Y, Yamashiro A. Addressing nursing shortages in Japan: toward quality and quantity enhancement. *Journal of Public Health Emergency*. 2023., 7.
 3. The Deutsche Gesellschaft für Internationale Zusammenarbeit (GIZ). Recruiting Trainees from Viet Nam (Triple Win Nurses). 2023; <https://bit.ly/4cqPbPA>. Accessed 08/08/2024.
 4. Báo Nhân Dân điện tử. Chương trình EPA đưa hơn 1.900 ứng viên điều dưỡng, hộ lý sang Nhật Bản làm việc. 2024; <https://nhandan.vn/chuong-trinh-epa-dua-hon-1900-ung-vien-dieu-duong-ho-ly-sang-nhat-ban-lam-viec-post812633.html>. Truy cập ngày 08/08/2024.
 5. Báo Nhân Dân điện tử. Hơn 1.000 điều dưỡng viên Việt Nam sang Đức học tập, làm việc. 2020; <https://nhandan.vn/hon-1000-dieu-duong-vien-viet-nam-sang-duc-hoc-tap-lam-viec-post446849.html>. Truy cập ngày 08/08/2024.
 6. Trần Thị Như Trang, Mai Thị Thanh Thu. Khảo sát nhu cầu làm việc ở nước ngoài của sinh viên Đại học Điều dưỡng Nam Định. *Tạp chí Khoa học Điều dưỡng*. 2018;1(2):90-96.
 7. Vũ Thị Cẩm Doanh, Nguyễn Thị Thu Hương, Phạm Minh Khuê. Thực trạng mong muốn được làm việc tại nước ngoài của sinh viên cử nhân Điều dưỡng chính quy trường Đại học Y Dược Hải Phòng năm 2020. *Tạp Chí Y Học Dự Phòng*. 2021 31(5):170-175.
 8. Li H, Nie W, Li JJ. The benefits and caveats of international nurse migration. *International journal of nursing sciences*. 2014;1(3):314-317.
 9. Khoa Điều dưỡng-Trường Đại học Y Dược Huế. Hoạt động: Hoạt động hợp tác quốc tế. 2024; <https://huemed-univ.edu.vn/don-vi/khoa-dieu-duong-8>. Truy cập: 08/08/2024
 10. Merz S, Hunter BM, Murray SF, Bisht R. Market making and the production of nurses for export: a case study of India-UK health worker migration. *BMJ global health*. 2024;9(2).
 11. Masselink LE, Lee SY. Nurses, Inc.: expansion and commercialization of nursing education in the Philippines. *Social science & medicine* (1982). 2010;71(1):166-172.
 12. Kawi J, Xu Y. Facilitators and barriers to adjustment of international nurses: an integrative review. *Int Nurs Rev*. 2009;56(2):174-183.
 13. Squires A, Jacobs EA. Language and communication issues impact healthcare providers around the world. *International journal of nursing studies*. 2016;54:5-6.
 14. Silvestri DM, Blevins M, Afzal AR, et al. Medical and nursing students' intentions to work abroad or in rural areas: a cross-sectional survey in Asia and Africa. *Bulletin of the World Health Organization*. 2014;92(10):750-759.
 15. Santric-Milicevic M, Matejic B, Terzic-Supic Z, Vasic V, Babic U, Vukovic V. Determinants of intention to work abroad of college and specialist nursing graduates in Serbia. *Nurse education today*. 2015;35(4):590-596.

HỖ TRỢ XÃ HỘI VÀ TRẦM CẢM Ở PHỤ NỮ MANG THAI MẮC ĐÁI THÁO ĐƯỜNG THAI KỲ TẠI THÁI BÌNH (dự án VALID II)

Nguyễn Thị Ái^{1,3}, Tine M. Gammeltoft², Nguyễn Thị Thúy Hạnh³

TÓM TẮT

Mục tiêu: Xác định mối liên hệ giữa sự hỗ trợ xã hội và dấu hiệu trầm cảm ở phụ nữ mang thai mắc đái tháo đường thai kỳ.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 233 phụ nữ mang thai mắc đái tháo đường thai kỳ thông qua bảng hỏi nghiên cứu để đánh giá dấu hiệu trầm cảm và hỗ trợ xã hội.

Kết quả: Nghiên cứu đã phát hiện rằng có mối liên hệ đáng kể giữa việc nơi cư trú hiện tại của phụ nữ không giống với nơi sinh ($OR = 1.5$; $95\%CI: 1.1-2.2$), các mức độ hỗ trợ xã hội và trầm cảm ở phụ nữ mang thai mắc đái tháo đường thai kỳ. Ngoài ra, hỗ trợ xã hội có mối liên quan mật thiết với trầm cảm ở phụ nữ mang thai mắc đái tháo đường thai kỳ.

Kết luận: Nghiên cứu này cho thấy rằng hỗ trợ xã hội cao làm giảm trầm cảm ở phụ nữ mang thai mắc đái tháo đường thai kỳ. Nghiên cứu cũng cho thấy những phụ nữ sống gần gia đình nơi họ sinh ra cảm thấy được hỗ trợ nhiều hơn và có sức khỏe tinh thần tốt hơn những phụ nữ kết hôn sống xa gia đình.

Từ khoá: Đái tháo đường thai kỳ, phụ nữ mang thai, hỗ trợ xã hội, gia đình, bạn bè.

SOCIAL SUPPORT AND DEPRESSION IN PREGNANT WOMEN WITH GESTATIONAL DIABETES IN THAI BINH (VALID II PROJECT)

Nguyen Thi Ai^{1,3}, Tine M. Gammeltoft², Nguyen Thi Thuy Hanh³

ABSTRACT

Objective: To determine the relationship between social support and depressive symptoms among pregnant women with gestational diabetes mellitus (GDM).

Subjects and methods: A cross-sectional descriptive study was conducted on 233 pregnant women with GDM using a structured questionnaire to assess depressive symptoms and social support.

Results: The study found a significant association between living in a place different from the

birthplace (OR = 1.5; 95% CI: 1.1–2.2), levels of social support, and depression among pregnant women with GDM. In addition, social support was strongly associated with depression in pregnant women with GDM.

Conclusion: This study indicates that higher social support reduces depression among pregnant women with GDM. It also shows that women living close to their families of origin feel more supported and have better mental health than those who are married and living far away from their families.

Keywords: Gestational diabetes mellitus, pregnant women, social support, family, friends.

Tác giả

1. Trường Đại học Y Dược Thái Bình
2. Trường đại học Copenhagen, Đan Mạch
3. Trường Đại học Y Hà Nội

Email: nguyenthuyhanh@hmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 23/04/2025

Ngày gửi phản biện: 28/04/2025

Ngày duyệt bài: 25/09/2025

DOI: 10.53522/ytcc.vi72.04

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Mang thai là thời điểm mà người phụ nữ dễ bị tổn thương hơn do có nhiều thay đổi về sinh lý và tâm lý xã hội. Do đó, tỷ lệ lo âu và trầm cảm ở phụ nữ mang thai cao, với tỷ lệ phổ biến toàn cầu được báo cáo là 15-65%.¹ Các nghiên cứu phát hiện ra rằng đái tháo đường thai kỳ và lo lắng có liên quan đến việc gia tăng căng thẳng tâm lý và nguy cơ trầm cảm ở phụ nữ mang thai.^{2,3} Tuy nhiên, có khả năng có mối liên hệ hai chiều trong đó một số nghiên cứu cũng chỉ ra rằng lo lắng và trầm cảm cũng là nguyên nhân thiết yếu của đái tháo đường thai kỳ.^{4,5} Cơ chế đằng sau điều này vẫn chưa rõ ràng, nhưng có ý kiến cho rằng trầm cảm gây béo phì và tăng lượng lipid và glucose trong

máu 6 vì nó thường liên quan đến lối sống ít vận động và thiếu hoạt động thể chất.⁷ Đây là những yếu tố được biết là có liên quan đến việc tăng nguy cơ mắc đái tháo đường thai kỳ. Các nghiên cứu khác lại chỉ ra rằng những thai phụ mắc đái tháo đường thai kỳ có nguy cơ bị trầm cảm gấp khoảng 2 lần những thai phụ không bị đái tháo đường thai kỳ.⁸

Trong khi đó, một loạt các bằng chứng chắc chắn chứng minh rằng phụ nữ mang thai có sự hỗ trợ xã hội kém có nhiều khả năng mắc bệnh tâm thần hơn so với những phụ nữ mang thai có sự hỗ trợ xã hội tốt.⁹ Phụ nữ mang thai có mạng lưới các thành viên gia đình hoặc bạn bè hỗ trợ sẽ ít bị căng thẳng hơn và ít có các triệu chứng đau khổ tâm lý hơn, đặc biệt là các triệu chứng

trầm cảm.^{9,10} Cụ thể hơn, một nghiên cứu được thực hiện ở những phụ nữ Mỹ gốc Mexico có thu nhập thấp cho thấy căng thẳng trước khi sinh, xét về những rắc rối hàng ngày, căng thẳng liên quan đến chồng/bạn tình và căng thẳng gia đình, có liên quan đến các triệu chứng trầm cảm sau sinh.¹¹ Ngoài ra, trong một nghiên cứu của Trung Quốc, hỗ trợ xã hội đã được báo cáo là có tác động trực tiếp và vừa phải đến mối quan hệ giữa căng thẳng nhận thức và các triệu chứng trầm cảm.¹² Các nhà nghiên cứu đã tìm thấy mối liên hệ tích cực giữa nhận thức về sự hỗ trợ của gia đình và các triệu chứng trầm cảm.¹³ Ở những người mắc đái tháo đường thai kỳ, thiếu hỗ trợ xã hội có thể tăng thêm khó khăn trong việc quản lý lối sống lành mạnh và do đó có liên quan đến việc tăng nguy cơ mắc đái tháo đường thai kỳ và trầm cảm.¹⁴ Tuy nhiên, có rất ít dữ liệu ở các nước đang phát triển về sự tương tác giữa hỗ trợ xã hội và sức khỏe tâm thần ở thai phụ mắc đái tháo đường thai kỳ. Trong bối cảnh đó, một câu hỏi được đặt ra là: hỗ trợ xã hội và trầm cảm ở phụ nữ mang thai mắc đái tháo đường thai kỳ tại Thái Bình như thế nào? Vì vậy, nghiên cứu này được thực hiện nhằm mục đích xác định mối liên quan giữa hỗ trợ xã hội và các dấu hiệu trầm cảm ở phụ nữ mang thai mắc đái tháo đường thai kỳ.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Địa điểm và thời gian nghiên cứu

Địa điểm: Nghiên cứu thực hiện tại bệnh viện phụ sản Thái Bình và phòng khám Kim Ngân trên địa bàn thành phố Thái Bình, tỉnh Thái Bình.

Thời gian thu thập số liệu: Số liệu được thu

thập từ tháng 01 năm 2023 đến tháng 12 năm 2023.

2.2. Đối tượng nghiên cứu

Tiêu chuẩn lựa chọn: Phụ nữ mang thai đáp ứng các tiêu chí sau: (1) Từ 18 tuổi trở lên; (2) Được xác định mắc đái tháo đường thai kỳ theo tiêu chuẩn của WHO; (3) Cư trú tại tỉnh Thái Bình, và (4) Đồng ý tham gia nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ: Phụ nữ mang thai không có khả năng kiểm soát hành vi và trả lời các câu hỏi nghiên cứu.

2.3. Thiết kế nghiên cứu: nghiên cứu mô tả cắt ngang.

2.4. Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu

- **Cỡ mẫu:** Dựa trên công thức tính cỡ mẫu ước lượng 1 tỷ lệ:

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

Trong đó:

n: là cỡ mẫu nghiên cứu

Mức ý nghĩa thống kê với $\alpha = 0,05$ (tương ứng với độ tin cậy 95%)

ε là sai lệch tương đối giữa tham số mẫu và tham số quần thể (chọn $\varepsilon = 0,2$)

$p = 0,365$ là tỷ lệ phụ nữ mang thai bị trầm cảm theo thang đo EPDS tại bệnh viện phụ sản – nhi Đà Nẵng năm 2023.¹⁵

Theo công thức tính cỡ mẫu $n = 168$. Thực tế điều tra 233 phụ nữ mang thai mắc đái tháo đường thai kỳ.

- **Chọn mẫu:** Các thai phụ mang thai tuần từ 24-28 tại 2 địa bàn nghiên cứu sẽ được mời tham gia vào nghiên cứu để thực hiện làm nghiệm pháp dung nạp đường huyết. Với

những thai phụ đồng ý, những thai phụ nào được xác định mắc đái tháo đường thai kỳ và đáp ứng các tiêu chuẩn nghiên cứu sẽ được lựa chọn tham gia vào nghiên cứu.

2.5. Kỹ thuật và công cụ thu thập thông tin

Dữ liệu được thu thập từ tháng 01 năm 2023 đến tháng 12 năm 2023. Nghiên cứu thực hiện phỏng vấn trực tiếp bằng bộ câu hỏi phỏng vấn cấu trúc được thiết kế sẵn bởi các nữ hộ sinh. Các cuộc phỏng vấn thu nhận tập trung vào các đặc điểm kinh tế xã hội (tuổi, nơi cư trú, nghề nghiệp, tình trạng hôn nhân, số con), mối quan hệ gia đình, hỗ trợ xã hội, dấu hiệu trầm cảm.

2.6. Biến số nghiên cứu

- *Hỗ trợ xã hội*: đây là biến số chính phản ánh mức độ hỗ trợ mà phụ nữ nhận thấy từ những người xung quanh. Biến này được đo lường bằng Thang đa chiều đánh giá cảm nhận về hỗ trợ xã hội (MSPSS)¹⁶ gồm 12 mục, chia thành 3 phân nhóm: gia đình, bạn bè và người quan trọng khác. Tổng điểm dao động từ 12–84; điểm càng cao thể hiện mức độ hỗ trợ xã hội càng lớn. Chúng tôi phân loại mức hỗ trợ xã hội thành ba mức: thấp (12–35), trung bình (36–60), và cao (61–84). Ngoài ra, trong từng phân nhóm phụ, chúng tôi sử dụng điểm cắt 75% tổng điểm để chia thành hai mức: hỗ trợ thấp (<21 điểm) và hỗ trợ cao (≥ 22 điểm).

- *Triệu chứng trầm cảm*: đây là biến số chính phản ánh tình trạng sức khỏe tâm thần của phụ nữ sau sinh. Biến này được đo lường bằng Thang trầm cảm sau sinh Edinburgh (EPDS)¹⁷ gồm 10 câu hỏi, mỗi câu trả lời theo thang Likert 4 mức từ 0–3, với tổng điểm dao động từ 0–30. Điểm cao hơn thể hiện nhiều

dấu hiệu trầm cảm hơn. Trong nghiên cứu này, chúng tôi áp dụng điểm cắt ≥ 10 để xác định phụ nữ có dấu hiệu trầm cảm, dựa trên các nghiên cứu trước đây tại Việt Nam.

2.7. Quản lý và phân tích số liệu

Dữ liệu đã được nhập vào REDCap, làm sạch và phân tích trên phần mềm SPSS-22. Nghiên cứu thực hiện thống kê mô tả, bao gồm tần suất, phần trăm, giá trị trung bình và độ lệch chuẩn (SD). Phân tích hồi quy logistic đã được tiến hành để đánh giá mối quan hệ giữa các yếu tố liên quan đến hỗ trợ xã hội và dấu hiệu trầm cảm

2.8. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu nằm trong khuôn khổ của dự án hợp tác giữa Việt Nam – Đan Mạch ”sống chung với bệnh mạn tính: Hỗ trợ không chính thức trong quản lý bệnh đái tháo đường tại Việt Nam, Giai đoạn 2: Đái tháo đường thai kỳ (VALID II)”. Nghiên cứu đã được phê duyệt bởi Hội đồng Đạo đức trong Nghiên cứu Y sinh của Đại học Y dược Thái Bình (TBUMP) (Số 1325/HDDD, ngày 1 tháng 12 năm 2022). Sự tham gia của các đối tượng là hoàn toàn tự nguyện và người tham gia có thể dừng lại bất cứ khi nào họ muốn.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Kết quả bảng 3.1 cho thấy. Trong tổng số 233 phụ nữ mang thai mắc đái tháo đường thai kỳ trong nghiên cứu, tuổi trung bình của phụ nữ là $28,3 \pm 5,3$, với đa số trong độ tuổi 30–34 (32,2%). Hơn một nửa số phụ nữ sống ở khu vực đô thị (53,2%), đã tốt nghiệp trung cấp trở lên (64,4%), và là cán bộ công nhân viên chức (62,7%). Ngoài ra, hầu hết các người tham

gia sống cùng với chồng (92,3%), đã có 1 con (36,1 %), và hầu hết đánh giá tình hình kinh tế của mình ở mức trung bình (97,0%) và 16% thai phụ thừa cân, béo phì.

Bảng 3.1. Thông tin chung về đối tượng nghiên cứu.

Thông tin		N = 233 (%)
Tuổi (Trung bình, Độ lệch chuẩn)		28.3 (5.3)
Tuổi	< 25	38(16,3)
	25 – 29	74(31,8)
	30 – 34	75(32,2)
	35 – 39	31(13,3)
	Từ 40 trở lên	15(6,4)
Khu vực sống	Nông thôn	109(46,8)
	Thành thị	124(53,2)
Trình độ học vấn	Tiểu học	1(0,4)
	Trung học cơ sở	27(11,6)
	Trung học phổ thông	55(23,6)
	Học nghề/trung cấp/cao đẳng/dại học và trên đại học	150(64,4)
Nghề nghiệp	Cán bộ, công nhân viên chức	146(62,7)
	Công nhân, nông dân	82(35,2)
	Kinh doanh/buôn bán	4(1,7)
	Sinh viên, học sinh, không có việc làm	1(0,4)
Tình trạng hôn nhân	Sống cùng chồng	215(92,3)
	Không sống cùng chồng	15(6,4)
	Li thân, li dị, không kết hôn	3(1,3)
Số con sống	0	82(35,2)
	1	84(36,1)
	2	55(23,6)
	Từ 3 trở lên	12(5,2)
Tình trạng kinh tế gia đình (tự nhận)	Nghèo, cận nghèo	3(1,3)
	Trung bình	226(97,0)
	Giàu	4(1,7)
BMI trước mang thai	Thiếu cân (BMI <18.5)	159 (19,3)
	Bình thường (BMI từ 18.5 đến 22.9)	532(64,7)
	Thừa cân(BMI từ 23.0 đến 24.99)	123(14,9)
	Béo phì (BMI ≥25)	9(1,1)

Kết quả bảng 3.2 cho thấy, có mối liên quan nhất định giữa nơi cư trú hiện tại của phụ nữ so với nơi sinh của họ. Phụ nữ không sống trong

cùng một xã với nơi họ sinh ra có khả năng cao có các dấu hiệu trầm cảm (AOR=2,2; 95%CI: 1,0-4,8). Không tìm thấy mối liên quan giữa dấu hiệu trầm cảm và người thai phụ chia sẻ khi gặp khó khăn, người thai phụ nhờ giúp đỡ và BMI trước mang thai.

Bảng 3.2. Mối liên quan giữa hỗ trợ xã hội và các biểu hiện trầm cảm ở phụ nữ mang thai mắc đái tháo đường thai kỳ

Yếu tố	Điểm EPDS ≥10 (n=50) N (%)	Điểm EPDS <10 (n=183) N (%)	OR (95% CI)	AOR (95% CI)
Nơi ở hiện tại của thai phụ so với nơi sinh				
Không cùng xã	40(26,0)	114(74,0)	2,4 (1,1-5,1)	2,2 (1,0-4,8)
Cùng xã	10(12,8)	68(87,2)	1	1
Gặp gỡ và trò chuyện với bố mẹ đẻ của thai phụ				
Hàng tháng trở lên	7(17,1)	34(81,9)	0,7 (0,3-1,8)	0,7 (0,3-1,7)
Hàng tuần	42(22,1)	148(77,9)	1	1
Nhờ đến sự giúp đỡ của gia đình thai phụ				
Không thường xuyên	3(30,0)	7(70,0)	1,6 (0,4-6,4)	1,3 (0,2-7,3)
Thường xuyên	47(21,1)	176(78,9)	1	1
Nhờ đến sự giúp đỡ của gia đình chồng thai phụ				
Không thường xuyên	5(33,3)	10(66,7)	1,9 (0,6-5,8)	1,7 (0,4-6,1)
Thường xuyên	45(20,8)	171(79,2)	1	1
Người thai phụ thường chia sẻ khi gặp khó khăn				
Người khác	8(28,6)	20(71,4)	1,6 (0,6-3,8)	1,6 (0,6-4,1)
Chồng	42(20,5)	163(79,5)	1	1
BMI trước mang thai				
Thừa cân và béo phì	13(24,1)	41(75,9)	1,2 (0,6-2,5)	1,2 (0,3-1,2)
Nhẹ cân và bình thường	37(20,7)	142(79,3)	1	1

* Hiệu chỉnh theo tuổi, trình độ học vấn, nghề nghiệp, tình trạng hôn nhân, tình trạng kinh tế, BMI trước mang thai

Bảng 3.3. Mối liên quan giữa điểm tự nhận thức hỗ trợ xã hội (theo thang đo MSPSS) của thai phụ với dấu hiệu trầm cảm ở thai phụ

	EPDS < 10 (n=183)	EPDS ≥ 10 (n=50)	OR (95% CI)	AOR (95% CI)
Thang đo MSPSS (tổng điểm) *				
Hỗ trợ cao (61-84)	168(82,8)	35(17,2)	1	1
Hỗ trợ trung bình (36-60)	15(50,0)	15(50,0)	4.8 (2.1-10.7)	6.0 (2.1-17.0)
Hỗ trợ thấp (0-35)	0	0	-	-
Thang đo phụ của MSPSS *				
Hỗ trợ của gia đình				
22-28 điểm	165(55,0)	35(45,0)	1	1
Dưới 22 điểm	18(54,5)	15(45,4)	3.9 (1.8-8.5)	4.6 (1.8-11.4)
Hỗ trợ của bạn bè				
22-28 điểm	103(85,1)	18(14,9)	1	1
Dưới 22 điểm	80(71,4)	32(28,6)	2.3 (1.2-4.4)	2.9 (1.3-6.5)
Các hình thức hỗ trợ khác				
22-28 điểm	157(81,8)	35(42,8)	1	1
Dưới 22 điểm	26(63,4)	15(36,6)	2.6 (1.2-5.4)	2.4 (0.9-6.3)

* Hiệu chỉnh theo tuổi, nơi sống, trình độ học vấn, nghề nghiệp, tình trạng hôn nhân, tình trạng kinh tế, BMI trước mang thai, nơi ở hiện tại so với nơi sinh, thai phụ thường chia sẻ với chồng khi gặp khó khăn.

Kết quả bảng 3.3 cũng cho thấy sự khác biệt đáng kể giữa mức độ nhận được hỗ trợ xã hội và dấu hiệu trầm cảm ở phụ nữ mang thai mắc đái tháo đường thai kỳ. Sau khi hiệu chỉnh, mô hình hồi quy logistic đa biến đã cho thấy rằng việc xuất hiện các triệu chứng trầm cảm phụ nữ mang thai nhận được sự hỗ trợ trung bình cao gấp sáu lần (AOR 6.0; 95% CI: 2.1 - 17.0) so với phụ nữ mang thai báo cáo nhận được hỗ trợ cao.

Khi xem xét mức độ hỗ trợ xã hội ở 3 nhóm thang đo phụ từ 22 điểm trở lên và dưới 22

điểm, sau khi hiệu chỉnh, chỉ còn 2 nhóm yếu tố sự hỗ trợ của gia đình và bạn bè ảnh hưởng đến dấu hiệu trầm cảm ở thai phụ, các thai phụ có điểm hỗ trợ của gia đình dưới 22 điểm (OR=4,6; 95%CI:1,8-11,4) và bạn bè dưới 22 điểm (OR=2,9; 95%CI:1,3-6,5) có nguy cơ có các biểu hiện trầm cảm cao hơn nhóm có sự hỗ trợ từ 22 điểm trở lên.

4. BÀN LUẬN

Mang thai là quá trình quan trọng trong cuộc sống của mỗi người phụ nữ; giai đoạn này người phụ nữ có các thay đổi điều này có thể làm tăng nguy cơ căng thẳng và bệnh tâm thần trong giai đoạn này ở người phụ nữ. Chính vì thế sự hỗ trợ từ xã hội, mọi người xung quanh có ý nghĩa rất lớn. Do đó, việc xác định chính xác nhu cầu của phụ nữ mang thai và hỗ trợ phù hợp với nhu cầu của thai phụ sẽ giúp các thai phụ giảm các nguy cơ liên quan đến sức khỏe tâm thần nói riêng và các vấn đề sức khỏe khác nói chung.¹⁸⁻²⁰ Hỗ trợ xã hội có vai trò như một biện pháp bảo vệ chống lại những sự kiện căng thẳng trong cuộc sống và cung cấp kỹ năng chịu đựng cần thiết để giải quyết các tình huống thách thức, ví dụ đứng trước các chẩn đoán mắc đái tháo đường thai kỳ, các vấn đề sức khỏe khác đi kèm hoặc các vấn đề xung quanh các.²¹ Các kết luận trong nghiên cứu này cũng chỉ ra rằng hỗ trợ xã hội giúp giảm dấu hiệu trầm cảm ở phụ nữ mang thai mắc đái tháo đường thai kỳ. Kết luận này tương ứng với các kết quả của một bài tổng quan hệ thống trên phụ nữ mang thai ở các bài báo được xuất bản từ năm 2000 đến năm 2019, cũng cho thấy hỗ trợ xã hội mạnh mẽ có thể là giải pháp để bảo vệ phụ nữ mang thai khỏi trầm cảm, lo lắng và tự làm hại bản thân.²² Trong

nghiên cứu này, chúng tôi nhận thấy rằng hỗ trợ xã hội cao trong tổng điểm MSPSS và thậm chí khi chia hỗ trợ xã hội thành ba nhóm con là các yếu tố giúp hạn chế dấu hiệu trầm cảm ở cả phụ nữ mắc đái tháo đường thai kỳ.

Tuy nhiên, nghiên cứu của Robert C Stewart trên một nhóm phụ nữ mang thai nói chung vào năm 2014 ở Malawi²³ chỉ tìm thấy mối quan hệ giữa tổng điểm hỗ trợ xã hội (MSPSS), hỗ trợ xã hội quan trọng khác và dấu hiệu trầm cảm ở phụ nữ mang thai mà không thấy mối quan hệ giữa hỗ trợ từ gia đình, bạn bè. Sự khác biệt này có thể được giải thích bởi việc, đầu tiên, Robert C Stewart đã sử dụng tiêu chuẩn DSM-IV để đánh giá trầm cảm. Thứ hai, vai trò của hỗ trợ xã hội trong nghiên cứu trên chỉ được phân tích cho phụ nữ trong nhóm có biểu hiện trầm cảm nặng, trong khi nghiên cứu của chúng tôi đánh giá vai trò của hỗ trợ xã hội đối với phụ nữ mang thai có dấu hiệu trầm cảm chung.

Khi chia hỗ trợ xã hội thành các nhóm (hỗ trợ cao, thấp và trung bình), những người nhận được hỗ trợ thấp và trung bình có nguy cơ cao hơn những người có hỗ trợ xã hội cao. Ở các nghiên cứu khác cho thấy rằng, những người có bệnh lý kèm theo kỳ mang thai có nhu cầu chăm sóc sức khỏe cao hơn và lo lắng nhiều hơn về các vấn đề phát sinh trong thai kỳ; do đó, nhu cầu về hỗ trợ xã hội là cao hơn.^{24,25} Nghiên cứu này chỉ ra rằng, đối với phụ nữ mang thai mắc đái tháo đường thai kỳ, việc ở cùng một xã nơi họ sinh ra hiện tại sẽ giúp phụ nữ mang thai giảm nguy cơ trầm cảm so với các phụ nữ mang thai khác. Như vậy, ở phụ nữ mang thai mắc đái tháo đường thai kỳ cũng tương đồng như có các bệnh lý kèm theo khác, họ có nhu cầu chăm sóc

sức khỏe cao và cần nhiều hỗ trợ từ gia đình, vì vậy việc sống ở một nơi quen thuộc sẽ hữu ích hơn cho họ trong quá trình tìm kiếm sự hỗ trợ từ xã hội.

5. KẾT LUẬN

Nghiên cứu này chỉ ra rằng hỗ trợ xã hội có mối liên quan với trầm cảm ở phụ nữ mang thai mắc đái tháo đường thai kỳ. Ngoài ra, kết quả nghiên cứu cũng chỉ ra rằng việc sống ở địa bàn quen thuộc và ở gần khu vực nơi họ sống đã giúp thai phụ hạn chế các triệu chứng trầm cảm. Cần có sự kết hợp đa chiều giúp cải thiện sức khỏe tinh thần của phụ nữ mang thai mắc đái tháo đường thai kỳ trong đó bao gồm hỗ trợ từ chuyên gia, nâng cao nhận thức, vai trò và sự hỗ trợ từ gia đình của thai phụ. Tuy nhiên, cũng cần có thêm các nghiên cứu khác nữa để khẳng định thêm vai trò của hỗ trợ xã hội đối với sức khỏe tinh thần ở phụ nữ mang thai mắc đái tháo đường thai kỳ.

6. LỜI CẢM ƠN

Chúng tôi xin cảm ơn hai cơ sở y tế, Bệnh viện Phụ sản Thái Bình và Phòng khám Kim Ngân tại tỉnh Thái Bình và nhóm nghiên cứu VALID II (Dự án sống chung với bệnh mãn tính: Hỗ trợ không chính thức cho quản lý bệnh đái tháo đường ở Việt Nam - Giai đoạn 2: Đái tháo đường thai kỳ) đã giúp chúng tôi thực hiện nghiên cứu này. Cuối cùng, chúng tôi xin cảm ơn Bộ Ngoại giao Đan Mạch (DANIDA) đã tài trợ cho nghiên cứu này.

7. XUNG ĐỘT LỢI ÍCH

Các tác giả khẳng định không có xung đột lợi ích đối với các nghiên cứu, tác giả và /hoặc xuất bản bài báo.

8. TÀI TRỢ

Trong nghiên cứu này chúng tôi, Bộ Ngoại giao Đan Mạch (DANIDA) đã tài trợ cho nghiên cứu này

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Dadi AF, Miller ER, Bisetegn TA, Mwanri L. Global burden of antenatal depression and its association with adverse birth outcomes: an umbrella review. *BMC Public Health*. 2020;20(1):173. doi:10.1186/s12889-020-8293-9
2. Pace R, Rahme E, Da Costa D, Dasgupta K. Association between gestational diabetes mellitus and depression in parents: a retrospective cohort study. *Clinical Epidemiology*. 2018;10:1827-1838. doi:10.2147/CLEP.S184319
3. OuYang H, Chen B, Abdulrahman AM, Li L, Wu N. Associations between Gestational Diabetes and Anxiety or Depression: A Systematic Review. *Journal of Diabetes Research*. 2021;2021:e9959779. doi:10.1155/2021/9959779
4. Fischer S, Morales-Suárez-Varela M. The Bidirectional Relationship between Gestational Diabetes and Depression in Pregnant Women: A Systematic Search and Review. *Healthcare*. 2023;11(3):404. doi:10.3390/healthcare11030404
5. Minschart C, De Weerd K, Elegeert A, et al. Antenatal Depression and Risk of Gestational Diabetes, Adverse Pregnancy Outcomes, and Postpartum Quality of Life. *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*. 2021;106(8):e3110-e3124. doi:10.1210/clinem/dgab156
6. Qiu W, Cai X, Zheng C, Qiu S, Ke H, Huang Y. Update on the Relationship Between Depression and Neuroendocrine Metabolism. *Frontiers in Neuroscience*. 2021;15. Accessed November 21, 2023. <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fnins.2021.728810>
7. Golden SH, Lazo M, Carnethon M, et al. Examining a Bidirectional Association Between Depressive Symptoms and Diabetes. *JAMA*. 2008;299(23):2751-2759. doi:10.1001/jama.299.23.2751
8. Romina Pace, Elham Rahme, et al. Association between gestational diabetes mellitus and depression in parents: a retrospective cohort study. *Clinical Epidemiology*. 2022;10:1827-1838.
9. Byrd-Craven J, Massey AR. Lean on me: Effects of social support on low socioeconomic-status pregnant women. *Nursing & Health Sciences*. 2013;15(3):374-378. doi:10.1111/nhs.12043
10. Giurgescu C, Misra DP, Sealy-Jefferson S, et al. The impact of neighborhood quality, perceived stress, and social support on depressive symptoms during pregnancy in African American women. *Social Science & Medicine*. 2015;130:172-180. doi:10.1016/j.socscimed.2015.02.006
11. Coburn SS, Gonzales NA, Luecken LJ, Crnic KA. Multiple domains of stress predict postpartum depressive symptoms in low-income Mexican American women: the moderating effect of social support. *Arch Womens Ment Health*. 2016;19(6):1009-1018. doi:10.1007/s00737-016-0649-x
12. Lau Y, Wong DFK, Wang Y, Kwong DHK, Wang Y. The Roles of Social Support in Helping Chinese Women with Antenatal Depressive and Anxiety Symptoms Cope With Perceived Stress. *Archives of Psychiatric*

- Nursing. 2014;28(5):305-313. doi:10.1016/j.apnu.2014.05.009
13. Sanguanklin N, McFarlin BL, Finnegan L, et al. Job strain and psychological distress among employed pregnant Thai women: role of social support and coping strategies. Arch Womens Ment Health. 2014;17(4):317-326. doi:10.1007/s00737-013-0410-7
14. Jung S, Kim Y, Park J, Choi M, Kim S. Psychosocial support interventions for women with gestational diabetes mellitus: a systematic review. Korean J Women Health Nurs. 2021;27(2):75-92. doi:10.4069/kjwhn.2021.05.13
15. Dương T, Phạm T, Ngô T. NGHIÊN CỨU TÌNH HÌNH TRẦM CẢM Ở PHỤ NỮ THAI NGHÉN NGUY CƠ CAO ĐANG ĐIỀU TRỊ TẠI BỆNH VIỆN PHỤ SẢN - NHI ĐÀ NẴNG. Tạp chí Y Dược học Cần Thơ. Published online April 15, 2023:48-55. doi:10.58490/ctump.2023i58.693
16. Zimet GD, Powell SS, Farley GK, Werkman S, Berkoff KA. Psychometric Characteristics of the Multidimensional Scale of Perceived Social Support. Journal of Personality Assessment. 1990;55(3-4):610-617. doi:10.1080/00223891.1990.9674095
17. Cox JL, Holden JM, Sagovsky R. Detection of Postnatal Depression: Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. Br J Psychiatry. 1987;150(6):782-786. doi:10.1192/bjp.150.6.782
18. Nierop A, Bratsikas A, Zimmermann R, Ehlert U. Are Stress-Induced Cortisol Changes During Pregnancy Associated With Postpartum Depressive Symptoms? Psychosomatic Medicine. 2006;68(6):931. doi:10.1097/01.psy.0000244385.93141.3b
19. Repetti RL, Taylor SE, Seeman TE. Risky families: Family social environments and the mental and physical health of offspring. Psychological Bulletin. 2002;128(2):330-366. doi:10.1037/0033-2909.128.2.330
20. DIN Z ud, AMBREEN S, IQBAL Z, IQBAL M, AHMAD S. Determinants of Antenatal Psychological Distress in Pakistani Women. Noro Psikiyatr Ars. 2016;53(2):152-157. doi:10.5152/npa.2015.10235
21. The correlation of social support with mental health: A meta-analysis - PMC. Accessed February 15, 2024. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5633215/>
22. Bedaso A, Adams J, Peng W, Sibbritt D. The relationship between social support and mental health problems during pregnancy: a systematic review and meta-analysis. Reprod Health. 2021;18(1):162. doi:10.1186/s12978-021-01209-5
23. Stewart RC, Umar E, Tomenson B, Creed F. Validation of the multi-dimensional scale of perceived social support (MSPSS) and the relationship between social support, intimate partner violence and antenatal depression in Malawi. BMC Psychiatry. 2014;14(1):180. doi:10.1186/1471-244X-14-180
24. Pampaka D, Papatheodorou SI, Al-Seaidan M, et al. Depressive symptoms and comorbid problems in pregnancy - results from a population based study. Journal of Psychosomatic Research. 2018;112:53-58. doi:10.1016/j.jpsychores.2018.06.011
25. Law A, McCoy M, Lynen R, et al. The prevalence of complications and healthcare costs during pregnancy. Journal of Medical Economics. 2015;18(7):533-541. doi:10.3111/13696998.2015.1016229

CHẤT LƯỢNG CUỘC SỐNG CỦA NGƯỜI BỆNH UNG THƯ CỔ TỬ CUNG, CHĂM SÓC GIẢM NHẸ SAU XẠ TRỊ TẠI BỆNH VIỆN Y HỌC CỔ TRUYỀN TRUNG ƯƠNG

Vũ Thị Bảo Ngân¹, Lê Thị Minh Phương¹, Trần Khánh Toàn¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả chất lượng cuộc sống của người bệnh ung thư cổ tử cung sau xạ trị được chăm sóc giảm nhẹ tại Bệnh viện Y học cổ truyền Trung ương trong 6 tháng đầu năm 2025.

Đối tượng và phương pháp: Nghiên cứu mô tả cắt ngang được thực hiện trên 89 người bệnh ung thư cổ tử cung sau xạ trị trong thời gian từ tháng 01 đến tháng 6/2025 bằng cách sử dụng bộ câu hỏi chất lượng cuộc sống EORTC QLQ-C30.

Kết quả: Điểm trung bình chất lượng cuộc sống về chức năng, triệu chứng, khó khăn tài chính và sức khỏe toàn diện lần lượt là $70,8 \pm 17,3$; $29,4 \pm 13,3$; $45,7 \pm 25,8$ và $42,4 \pm 14,0$ điểm. Người có BMI bình thường có điểm chức năng cao hơn và điểm triệu chứng thấp hơn nhóm nhẹ cân hoặc thừa cân/béo phì. Giai đoạn III–IV có điểm chức năng và sức khỏe toàn diện thấp hơn đồng thời gánh nặng tài chính cao hơn giai đoạn I–II. Người bệnh có trình độ cao đạt điểm sức khỏe toàn diện cao hơn; nhóm có ≥ 3 biến chứng có điểm chức năng và sức khỏe toàn diện thấp hơn ($p < 0,05$).

Kết luận: Chất lượng cuộc sống của người bệnh ung thư cổ tử cung sau xạ trị ở ngưỡng trung bình. Cần xây dựng kế hoạch chăm sóc giảm nhẹ phù hợp theo giai đoạn bệnh và biến chứng, duy trì liên tục nhằm nâng cao chất lượng cuộc sống.

Từ khóa: Chất lượng cuộc sống, ung thư cổ tử cung, EORTC QLQ-C30

QUALITY OF LIFE OF CERVICAL CANCER PATIENTS RECEIVING PALLIATIVE CARE AFTER RADIATION THERAPY AT THE NATIONAL HOSPITAL OF TRADITIONAL MEDICINE

Vu Thi Bao Ngan¹, Le Thi Minh Phuong¹, Tran Khanh Toan¹

ABSTRACT

Objective: To describe the quality of life of cervical cancer patients after radiotherapy receiving palliative care at the National Hospital of Traditional Medicine during the first half of 2025.

Methods: A cross-sectional descriptive study was conducted on 89 cervical cancer patients after radiotherapy from January to June 2025, using the European Organization for Research and Treatment of Cancer Quality of Life Questionnaire (EORTC QLQ-C30).

Results: The mean quality of life scores for functioning, symptoms, financial difficulties, and global health were 70.8 ± 17.3 , 29.4 ± 13.3 , 45.7 ± 25.8 , and 42.4 ± 14.0 , respectively. Patients with normal BMI had higher functioning scores and lower symptom scores compared with underweight or overweight/obese patients. Those in stage III–IV had lower functioning and global health scores but higher financial difficulty scores compared with stage I–II. Patients with higher educational attainment demonstrated superior overall health scores, whereas those with three or more complications exhibited lower functional and overall health scores ($p < 0.05$).

Conclusion: The quality of life of cervical cancer patients after radiotherapy was at a moderate level. It is necessary to develop and maintain palliative care plans tailored to disease stage and complications to improve patients' quality of life.

Keywords: Quality of life, Cervical cancer, EORTC QLQ-C30

Tác giả:

1. Trường Đại học Y Hà Nội.

Email: vubaongan90@gmail.com

Ngày nhận bài: 20/08/2025

Ngày gửi phản biện: 22/08/2025

Ngày duyệt bài: 25/09/2025

DOI: 10.53522/ytcc.vi72.05

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư cổ tử cung là căn bệnh ác tính phổ biến trong các loại ung thư ở phụ nữ trên toàn thế giới. Mặc dù có thể dự phòng và phát hiện sớm, ung thư cổ tử cung vẫn có tỷ lệ mắc và tử vong cao ở phụ nữ Việt Nam. Năm 2022, tại Việt Nam có thêm 4.612 phụ nữ mắc ung thư cổ tử cung, tử vong 2.571 trường hợp.¹

Xạ trị là phương pháp hiệu quả trong điều trị

ung thư cổ tử cung, giúp triệt căn khối u.² Tuy nhiên, có thể gây tác dụng phụ trên nhiều cơ quan, ảnh hưởng thể chất, tâm lý và gánh nặng tài chính, làm giảm chất lượng cuộc sống.³ Do đó công tác chăm sóc giảm nhẹ nhằm nâng cao chất lượng cuộc sống cũng như kéo dài tuổi thọ cho người bệnh đang là vấn đề cần được quan tâm.

Khoa Kiểm soát và Điều trị Ung bướu, Bệnh

viện Y học cổ truyền Trung ương chuyên tiếp nhận và chăm sóc giảm nhẹ cho người bệnh ung thư, đa số là ung thư cổ tử cung sau xạ trị.⁴ Khoa đã áp dụng nhiều phương pháp YHCT trong chăm sóc giảm nhẹ, hỗ trợ điều trị và đạt hiệu quả.⁵

Tại Việt Nam, có một số nghiên cứu về CLCS của người bệnh ung thư cổ tử cung sau xạ trị tại các bệnh viện y học hiện đại (YHHĐ) nhưng còn thiếu các dữ liệu này trong giai đoạn người bệnh được chăm sóc giảm nhẹ tại các bệnh viện chuyên khoa YHCT. Để trả lời cho câu hỏi: *“Chất lượng cuộc sống của người bệnh ung thư cổ tử cung sau xạ trị trong giai đoạn chăm sóc giảm nhẹ tại Bệnh viện Y học cổ truyền Trung ương hiện nay như thế nào”*, chúng tôi tiến hành nghiên cứu chất lượng cuộc sống của người bệnh ung thư cổ tử cung chăm sóc giảm nhẹ sau xạ trị tại Bệnh viện Y học cổ truyền Trung ương 6 tháng đầu năm 2025.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Người bệnh ung thư cổ tử cung sau xạ trị.

- **Tiêu chuẩn lựa chọn:** Người bệnh thỏa mãn tất cả các tiêu chí sau: Người bệnh từ 18 tuổi trở lên được chẩn đoán xác định là ung thư cổ tử cung bằng phương pháp mô bệnh học theo quy định của Bộ Y tế 2 và đã xạ trị triệt căn từ tuyến trước; tình nguyện tham gia nghiên cứu.

- **Tiêu chuẩn loại trừ:** Người bệnh có ít nhất 1 trong các tình trạng sau sẽ bị loại khỏi nghiên cứu. Đồng mắc thêm bệnh ung thư khác; chỉ điều trị xạ triệu chứng, xạ tiền phẫu; trong tình trạng; cấp cứu, có biểu hiện sa sút trí tuệ hoặc có rối loạn ý thức.

2.2. Địa điểm và thời gian nghiên cứu

Khoa Kiểm soát và Điều trị Ung bướu, Bệnh viện Y học cổ truyền Trung ương trong thời gian từ tháng 1 đến tháng 6 năm 2025.

2.3. Thiết kế nghiên cứu: Mô tả cắt ngang.

2.4. Cỡ mẫu và cách chọn mẫu

Chọn toàn bộ người bệnh ung thư cổ tử cung sau xạ trị đáp ứng tiêu chuẩn chọn mẫu, điều trị tại Bệnh viện Y học cổ truyền Trung ương trong thời gian nghiên cứu. Lựa chọn người bệnh ung thư cổ tử cung sau xạ trị để đảm bảo đồng nhất về đặc điểm bệnh lý, giúp giảm sai số, đồng thời đây là nhóm người bệnh chiếm tỉ lệ cao nhất tại Khoa theo những nghiên cứu gần đây. Cỡ mẫu thu được là 89 người bệnh đủ điều kiện.

2.5. Công cụ thu thập số liệu, tiêu chuẩn và cách đánh giá

Nghiên cứu sử dụng thang đo EORTC QLQ-C30 do Tổ chức Nghiên cứu và Điều trị Ung thư Châu Âu (EORTC) phát triển. Bộ công cụ này đã được dịch, chuẩn hóa sang hơn 100 ngôn ngữ, trong đó có bản tiếng Việt chính thức do EORTC phát hành.^{6,7} Chúng tôi được cấp phép sử dụng cho mục đích học thuật và nhận được bộ công cụ bản tiếng Việt kèm sổ tay hướng dẫn tính điểm thông qua Email trao đổi với EORTC. EORTC QLQ-C30 gồm 30 câu hỏi, đánh giá các lĩnh vực: chức năng (thể chất, hoạt động, nhận thức, cảm xúc, xã hội), triệu chứng (mệt mỏi, đau, buồn nôn/nôn, khó thở, rối loạn giấc ngủ, mất cảm giác ngon miệng, táo bón, tiêu chảy), khó khăn tài chính và sức khỏe toàn diện.

Điểm số CLCS được tính theo thang điểm từ 1-100. Với sức khỏe toàn diện và chức năng, điểm cao biểu thị CLCS tốt; <80 điểm ảnh

hưởng đến CLCS, ≥ 80 điểm không ảnh hưởng. Với triệu chứng và khó khăn tài chính, điểm cao biểu thị CLCS kém; >20 điểm ảnh hưởng đến CLCS, ≤ 20 điểm không ảnh hưởng.

2.6. Quy trình thu thập thông tin nghiên cứu

Từ danh sách người bệnh ung thư cổ tử cung nhập viện để chăm sóc giảm nhẹ sau xạ trị chọn ra những đối tượng phù hợp tiêu chuẩn nghiên cứu: nghiên cứu viên phỏng vấn trực tiếp người bệnh bằng bộ câu hỏi được xây dựng sẵn

2.7. Xử lý số liệu

Nhập liệu, phân tích số liệu bằng phần mềm SPSS 20.

Điểm CLCS được tính theo hướng dẫn dựa theo từng lĩnh vực. Thống kê mô tả bao gồm trung bình, độ lệch chuẩn, trung vị và khoảng tứ phân vị. Điểm CLCS được so sánh giữa

các nhóm người bệnh theo tuổi, trình độ học vấn, BMI, giai đoạn bệnh, tình trạng biến chứng,... Sự khác biệt giữa hai nhóm độc lập được kiểm định bằng Mann-Whitney hoặc T-test; với hơn hai nhóm sử dụng Kruskal-Wallis hoặc ANOVA.

2.8. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu được phê duyệt bởi Hội đồng Đạo đức trong nghiên cứu y sinh học, Trường Đại học Y Hà Nội (giấy chứng nhận số 1638/GCN-HMUIRB, 02/12/2024). Người tham gia được giải thích mục đích nghiên cứu và tự nguyện đồng ý tham gia. Thông tin thu thập chỉ phục vụ mục đích nghiên cứu. Nghiên cứu có sự đồng ý của Ban lãnh đạo bệnh viện và các khoa/phòng liên quan.

3. KẾT QUẢ

Bảng 1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu (N=89)

Đặc điểm của người bệnh		Số lượng (n)	Tỉ lệ %
Tuổi	Dưới 40	4	4,5
	Từ 40 đến 59	22	24,7
	Từ 60 trở lên	63	70,8
	Mean $\pm$ SD (năm)	62,5 $\pm$ 10,9 (Min: 29, Max: 83)	
Nghề nghiệp	Làm nông nghiệp	31	34,8
	Hưu trí	30	33,7
	Lao động tự do	25	28,1
	Hành chính/văn phòng	3	3,4
Tình trạng hôn nhân	Đã kết hôn	71	79,8
	Chưa kết hôn	1	1,1
	Ly hôn / Góa	17	19,1
Giai đoạn ung thư	I	19	21,4
	II	52	58,4
	III	10	11,2
	IV	8	9,0
Thời gian phát hiện bệnh	Dưới 1 năm	2	2,3
	1 đến 5 năm	23	25,8
	Trên 5 năm	64	71,9
	Mean $\pm$ SD (năm)	8,1 $\pm$ 4,9 (Min: 0,6 - Max: 25,5)	

Đặc điểm của người bệnh		Số lượng (n)	Tỉ lệ %
Thời gian kết thúc xạ trị	Dưới 6 tháng	1	1,1
	6-12 tháng	5	5,6
	Trên 12 tháng	83	93,3
	Mean $\pm$ SD (năm)	7,8 $\pm$ 4,9 (Min: 0,3 - Max: 25,2)	
Số biến chứng	1 biến chứng	40	44,9
	2 biến chứng	29	32,6
	3 biến chứng trở lên	20	22,5
Số bệnh mạn tính kèm theo	Chưa phát hiện	2	2,2
	1 bệnh	9	10,1
	2 bệnh	16	18,0
	3 bệnh trở lên	62	69,7

Kết quả bảng 1 cho thấy tuổi trung bình của người bệnh là $62,5 \pm 10,9$, tập trung nhiều nhất ở nhóm tuổi từ 60 trở lên chiếm tỉ lệ 70,8%, nhóm tuổi dưới 40 chiếm tỉ lệ thấp nhất 4,5%. Đa số làm nông nghiệp chiếm 34,8%, đã từng kết hôn chiếm 98,9%. Giai đoạn bệnh gặp chủ

yếu là giai đoạn II với 58,4%. Thời gian phát hiện bệnh trên 5 năm chiếm 71,9% và thời gian kết thúc xạ trị trên 12 tháng chiếm 93,3%. Tất cả người bệnh đều gặp phải ít nhất 1 biến chứng sau quá trình điều trị ung thư. Tỉ lệ mắc bệnh mạn tính kèm theo từ 3 bệnh trở lên là 69,7%.

Bảng 2. Điểm chất lượng cuộc sống về chức năng, sức khỏe toàn diện của người bệnh theo công cụ EORTC-QLQC30 (N = 89)

Chỉ tiêu	Mean $\pm$ SD	Trung vị	p25	p75
Thể chất	77,6 $\pm$ 22,8	80,0	60,0	93,3
Hoạt động	54,3 $\pm$ 25,3	50,0	33,3	66,7
Nhận thức	73,4 $\pm$ 20,1	83,3	66,7	83,3
Cảm xúc	78,9 $\pm$ 20,5	83,3	66,7	100,0
Xã hội	51,5 $\pm$ 20,8	50,0	33,3	66,7
Lĩnh vực chức năng chung	70,8 $\pm$ 17,3	71,1	57,8	84,4
Sức khỏe toàn diện	42,4 $\pm$ 14,0	41,7	33,3	50,0

Kết quả bảng 2 cho thấy điểm CLCS về lĩnh vực chức năng chung có giá trị trung bình là $70,8 \pm 17,3$ điểm. Trong đó chỉ số thể chất, hoạt động, nhận thức, cảm xúc và xã hội có giá trị dưới 80, đã ảnh hưởng đến CLCS của người bệnh. Điểm sức khỏe toàn diện có giá trị trung bình là $42,4 \pm 14,0$ điểm.

Kết quả bảng 3 cho thấy điểm CLCS về lĩnh

vực triệu chứng chung có giá trị trung bình là $29,4 \pm 13,3$ điểm. Trong đó các triệu chứng thường gặp là rối loạn giấc ngủ, mệt mỏi, đau, mất cảm giác ngon miệng với điểm trung bình lần lượt là $44,9 \pm 26,1$; $47,1 \pm 18,4$; $42,1 \pm 21,6$; $28,8 \pm 29,0$ điểm; đã ảnh hưởng đến CLCS của người bệnh. Người bệnh có điểm khó khăn tài chính là $45,7 \pm 25,8$ điểm.

Bảng 3: Điểm chất lượng cuộc sống về các triệu chứng và khó khăn tài chính của người bệnh theo công cụ EORTC-QLQC30 (N = 89)

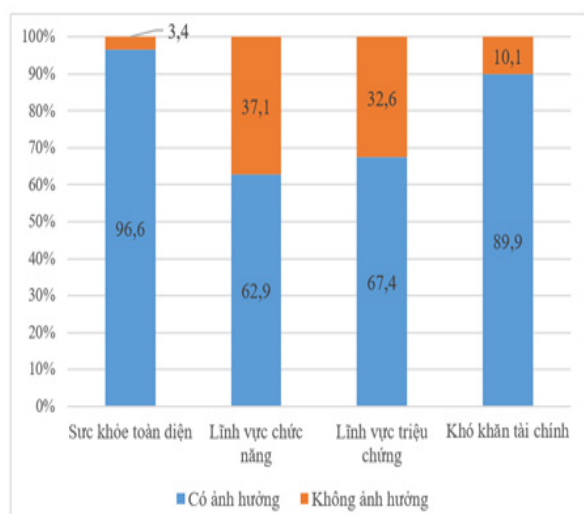
Chỉ tiêu	Mean ± SD	Trung vị	p25	p75
Mệt mỏi	47,1 ± 18,4	44,4	33,3	66,7
Buồn nôn / nôn	11,2 ± 19,6	0	0	16,7
Đau	42,1 ± 21,6	33,3	33,3	66,7
Khó thở	13,5 ± 21,7	0	0	33,3
Rối loạn giấc ngủ	44,9 ± 26,1	33,3	33,3	66,7
Mất cảm giác ngon miệng	28,8 ± 29,0	33,3	0	66,7
Táo bón	13,5 ± 24,4	0	0	33,3
Tiêu chảy	4,5 ± 13,5	0	0	0
Lĩnh vực triệu chứng chung	29,4 ± 13,3	27,8	19,4	39,9
Khó khăn tài chính	45,7 ± 25,8	33,3	33,3	66,7

Bảng 4: Điểm số chất lượng cuộc sống theo đặc điểm của người bệnh (N=89)

Đặc điểm của người bệnh	Chức năng (Mean ± SD)	Triệu chứng (Mean ± SD)	Khó khăn tài chính (Mean ± SD)	Sức khỏe toàn diện (Mean ± SD)
Tuổi (năm)				
Dưới 40	61,7 ± 19,2	28,5 ± 8,6	41,7 ± 16,7	43,8 ± 8,0
40–59	69,7 ± 21,4	28,3 ± 16,3	54,6 ± 28,3	43,6 ± 14,3
≥60	71,8 ± 15,7	29,9 ± 12,5	42,8 ± 25,0	41,9 ± 14,3
p(a)	0,55	0,82	0,15	0,67
Trình độ học vấn				
Tiểu học	67,7 ± 19,0	27,8 ± 18,0	55,6 ± 33,3	44,4 ± 16,1
Trung học cơ sở/phổ thông	69,4 ± 17,3	30,5 ± 13,5	49,7 ± 24,4	38,6 ± 10,7
Trung cấp	72,4 ± 13,8	30,7 ± 12,1	35,4 ± 25,7	45,8 ± 15,2
Cao đẳng, đại học	76,6 ± 20,4	24,8 ± 10,4	35,9 ± 21,4	51,9 ± 17,7
p(a)	0,42	0,49	0,06	0,03*
Chỉ số BMI				
Nhẹ cân (<18,5)	57,3 ± 14,2	41,7 ± 11,5	48,1 ± 24,2	32,4 ± 10,6
Bình thường (18,5–<23)	72,8 ± 16,7	27,7 ± 12,7	46,0 ± 26,1	43,4 ± 12,6
Thừa cân / béo phì (≥23)	68,7 ± 20,1	30,9 ± 14,2	40,7 ± 27,8	44,4 ± 22,8
p(a)	0,04*	0,016*	0,93	0,06
Giai đoạn ung thư				
I–II	74,0 ± 15,9	28,5 ± 13,3	42,7 ± 25,3	44,4 ± 14,4
III–IV	58,3 ± 17,2	33,0 ± 13,2	57,4 ± 25,1	34,7 ± 8,7
p(b)	0,001*	0,156	0,041*	0,003*
Số biến chứng				
1 biến chứng	78,3 ± 14,4	24,2 ± 11,7	39,9 ± 24,1	47,5 ± 14,3
2 biến chứng	67,9 ± 14,3	33,8 ± 13,1	54,0 ± 27,4	39,9 ± 11,7
≥ 3 biến chứng	60,0 ± 20,0	33,5 ± 13,5	45,0 ± 24,9	35,8 ± 13,3
p(a)	0,001*	0,006*	0,074	0,002*

(a) Kruskal Wallis Test (b) Mann-Whitney test * p < 0,05

Kết quả bảng 4 cho thấy người bệnh có BMI bình thường có liên quan đến điểm chức năng cao hơn ($72,8 \pm 16,7$) và điểm triệu chứng thấp hơn ($27,7 \pm 12,7$) so với nhóm nhẹ cân và thừa cân/béo phì ($p < 0,05$). Giai đoạn III–IV ghi nhận điểm chức năng ($58,3 \pm 17,2$) và sức khỏe toàn diện ($34,7 \pm 8,7$) thấp hơn, đồng thời điểm khó khăn tài chính cao hơn ($57,4 \pm 25,1$) so với giai đoạn I–II ($p < 0,05$). Trình độ học vấn cao đẳng/đại học có điểm sức khỏe toàn diện cao hơn ($51,9 \pm 17,7$) so với các nhóm học vấn thấp hơn ($p < 0,05$). Người bệnh có ≥ 3 biến chứng đạt điểm chức năng và sức khỏe toàn diện thấp hơn so với nhóm có 1–2 biến chứng ($p < 0,05$).



Biểu đồ 1. Phân loại chất lượng cuộc sống của người bệnh (N=89)

Biểu đồ 1 cho thấy CLCS của người bệnh ung thư cổ tử cung sau xạ trị bị ảnh hưởng ở hầu hết các lĩnh vực. Trong đó, sức khỏe toàn diện (96,6%) và khó khăn tài chính (89,9%) là hai khía cạnh chịu tác động nhiều nhất. Lĩnh vực chức năng và triệu chứng cũng bị ảnh hưởng ở đa số người bệnh (62,9% và 67,4%).

4. BÀN LUẬN

Nghiên cứu thực hiện trên 89 người bệnh ung thư cổ tử cung sau xạ trị được chăm sóc giảm nhẹ tại Bệnh viện Y học cổ truyền Trung ương, có tuổi trung bình $62,5 \pm 10,9$ tuổi, nhóm tuổi từ 60 trở lên chiếm đa số với 70,8%. Kết quả của chúng tôi có sự tương đồng với nghiên cứu của Đỗ Thị Hiền (2024) có tuổi trung bình $65,3 \pm 11,2$ tuổi, 73,9% trên 60 tuổi.⁴ Tuy nhiên, kết quả của chúng tôi cao hơn so với nghiên cứu của Phạm Thanh Hùng (2023) có tuổi trung bình là $53,16 \pm 11,07$ và chủ yếu thuộc nhóm tuổi 40–59.⁸ Có sự khác biệt này một phần do nghiên cứu được tiến hành tại bệnh viện chuyên khoa YHCT, đa số người bệnh ung thư vào viện với mục đích chính là chăm sóc giảm nhẹ lâu dài sau khi điều trị bằng các phương pháp YHHĐ. Ngoài ra, thời gian phát hiện bệnh trung bình là $8,1 \pm 4,9$ năm, đây cũng là một yếu tố gây ra sự chênh lệch về độ tuổi trung bình khi so sánh với nhóm người bệnh điều trị tại các bệnh viện YHHĐ.

Trong nghiên cứu, tỉ lệ mắc bệnh cao nhất ở nhóm làm nông nghiệp (34,8%) và hưu trí (33,7%). Người cao tuổi thường có nguy cơ mắc bệnh cao, trong khi nhóm nông dân có thu nhập thấp, ít được khám sức khỏe định kỳ nên hạn chế tiếp cận dịch vụ y tế. Do đó, cần ưu tiên các dịch vụ y tế giá thành phù hợp và chăm sóc giảm nhẹ sẵn có cho các đối tượng này. Ngoài ra, có 28,1% là lao động tự do và 3,4% làm hành chính/văn phòng, phản ánh sự tiếp cận YHCT ở nhiều thành phần xã hội khác nhau.

Người bệnh ở giai đoạn II chiếm đa số với 58,4%. Tất cả người bệnh đều có ít nhất 1 biến chứng sau quá trình điều trị ung thư. Tỉ lệ mắc bệnh mạn tính kèm theo từ 3 bệnh trở lên là

69,7%. Điểm CLCS của người bệnh được ghi nhận như sau: lĩnh vực chức năng chung đạt $70,8 \pm 17,3$ điểm, lĩnh vực sức khỏe toàn diện đạt $42,4 \pm 14,0$ điểm (dưới 80 điểm), lĩnh vực triệu chứng chung là $29,4 \pm 13,3$ điểm và lĩnh vực khó khăn tài chính là $45,7 \pm 25,8$ điểm (trên 20 điểm). Kết quả này cho thấy chất lượng cuộc sống của người bệnh đã bị ảnh hưởng đáng kể ở tất cả các lĩnh vực. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi về có sự khác biệt đáng kể so với nghiên cứu của Phạm Thanh Hùng. Cụ thể, nghiên cứu của Phạm Thanh Hùng ghi nhận điểm cao hơn trong lĩnh vực chức năng với giá trị $75,21 \pm 16,51$ và sức khỏe toàn diện với giá trị $56,98 \pm 18,9$ trong khi điểm về triệu chứng chung và khó khăn tài chính lại thấp hơn so với kết quả của chúng tôi, với giá trị lần lượt là $31,70 \pm 16,95$ và $41,46 \pm 35,22$.⁸ Ngoài ra, khi so sánh với nghiên cứu của Bùi Minh Hiếu, chúng tôi cũng ghi nhận sự khác biệt. Nghiên cứu của Bùi Minh Hiếu có điểm cao hơn trong lĩnh vực sức khỏe toàn diện với giá trị $59,24 \pm 12,64$ và khó khăn tài chính thấp hơn so với kết quả của chúng tôi, với giá trị $36,44 \pm 18,48$.⁹ Sự khác biệt giữa kết quả nghiên cứu của chúng tôi với các nghiên cứu trước chủ yếu do thời điểm đánh giá CLCS. Trong hai nghiên cứu vừa nêu trên, người bệnh được khảo sát trong khoảng thời gian sớm sau xạ trị, một số triệu chứng cấp tính có thể thuyên giảm dần, thể trạng và tâm lý người bệnh chưa chịu tác động lâu dài, nên điểm chức năng và sức khỏe toàn diện cao hơn, trong khi triệu chứng và khó khăn tài chính chưa rõ rệt. Trong nghiên cứu của chúng tôi, phần lớn người bệnh đã phát hiện bệnh trên 5 năm (71,9%) và kết thúc xạ trị trên 12 tháng (93,3%), đang ở giai đoạn chăm sóc giảm nhẹ

lâu dài với nhiều biến chứng mạn tính và gánh nặng kinh tế. Vì vậy, điểm chức năng và sức khỏe toàn diện thấp hơn, trong khi điểm triệu chứng và khó khăn tài chính lại cao hơn so với một số nghiên cứu khác.

Các triệu chứng thường gặp là rối loạn giấc ngủ, mệt mỏi, đau, mất cảm giác ngon miệng với điểm trung bình lần lượt là $44,9 \pm 26,1$; $47,1 \pm 18,4$; $42,1 \pm 21,6$; $28,8 \pm 29,0$ điểm, ảnh hưởng nhiều đến CLCS của người bệnh. Nghiên cứu của Phạm Thanh Hùng cũng cho thấy các chỉ số rối loạn giấc ngủ, mệt mỏi, đau, mất cảm giác ngon miệng trong lĩnh vực triệu chứng đã ở ngưỡng ảnh hưởng đến chất lượng cuộc sống với điểm trung bình lần lượt là $44,79 \pm 30,84$; $35,69 \pm 21,38$; $25,63 \pm 21,39$; $27,00 \pm 16,43$.

Tất cả người bệnh gặp ít nhất một biến chứng sau điều trị ung thư. Nhóm có ≥ 3 biến chứng có điểm chức năng và sức khỏe toàn diện thấp hơn đáng kể so với nhóm 1–2 biến chứng ($p < 0,05$). Biến chứng phổ biến gồm viêm trực tràng chảy máu do tia xạ (84,3%), viêm bàng quang do tia xạ (37,1%), tắc/bán tắc ruột (20,2%), giãn đài bể thận (12,4%) và thiếu máu (11,2%). Nhiều người bệnh gặp đồng thời nhiều biến chứng, ảnh hưởng tiêu cực đến chất lượng cuộc sống, đặc biệt ở chức năng, triệu chứng và sức khỏe tổng thể ($p < 0,05$). Bệnh ở giai đoạn muộn hơn liên quan đến điểm CLCS thấp, phù hợp với diễn biến điều trị và chăm sóc. Các nghiên cứu của Phạm Thanh Hùng, Bùi Minh Hiếu cũng cho thấy giai đoạn bệnh ảnh hưởng có ý nghĩa thống kê tới CLCS của người bệnh. Do đó nghiên cứu của chúng tôi còn tập trung đánh giá mức độ biến chứng mạn tính ở người bệnh đã trải qua quá trình điều trị lâu dài.

CLCS của người bệnh ung thư cổ tử cung sau xạ trị bị ảnh hưởng ở tất cả các lĩnh vực, trong đó sức khỏe toàn diện (96,6%) và khó khăn tài chính (89,9%) là hai khía cạnh chịu tác động nặng nề nhất. Sự suy giảm sức khỏe toàn diện có thể do người bệnh phải đối mặt với các di chứng mạn tính sau xạ trị như rối loạn tiêu hóa, tiết niệu, đau kéo dài và suy giảm thể lực, trong khi gánh nặng kinh tế chủ yếu xuất phát từ chi phí điều trị lâu dài, chăm sóc giảm nhẹ và mất khả năng lao động. Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Phạm Thanh Hùng và Bùi Minh Hiếu tại Việt Nam, khi khó khăn tài chính và sức khỏe toàn diện cũng được ghi nhận là những lĩnh vực suy giảm rõ rệt. Trên thế giới, nghiên cứu của Spampinato (2023) cho thấy các di chứng mạn tính sau xạ trị như rối loạn tiêu hóa, tiết niệu, đau và mệt mỏi có liên quan rõ rệt đến suy giảm CLCS lâu dài.¹⁰ Tổng quan hệ thống của Fuady (2024) cũng khẳng định ung thư cổ tử cung gây gánh nặng kinh tế đáng kể do chi phí điều trị kéo dài và mất khả năng lao động.¹¹ Điều này nhấn mạnh sự cần thiết của các biện pháp chăm sóc giảm nhẹ toàn diện kết hợp hỗ trợ tài chính – xã hội để nâng cao CLCS cho người bệnh.

Do nghiên cứu mô tả cắt ngang, kết quả chỉ phản ánh CLCS của người bệnh ung thư cổ tử cung sau xạ trị tại một thời điểm nhất định, không theo dõi được sự thay đổi trong suốt quá trình điều trị. Hơn nữa, việc sử dụng công cụ tự đánh giá (EORTC QLQ-C30) dựa vào cảm nhận chủ quan của người bệnh, có thể bị ảnh hưởng hoặc hạn chế bởi các yếu tố như, tâm lý, trình độ nhận thức hoặc tình trạng sức khỏe tại thời điểm khảo sát.

5. KẾT LUẬN

Chất lượng cuộc sống của người bệnh ung thư cổ tử cung chăm sóc giảm nhẹ sau xạ trị tại Bệnh viện Y học cổ truyền Trung ương ở ngưỡng trung bình. Điểm trung bình CLCS về lĩnh vực chức năng, triệu chứng, sức khỏe toàn diện và khó khăn tài chính theo công cụ EORTC-QLQC 30 lần lượt là $70,8 \pm 17,3$; $29,4 \pm 13,3$; $42,4 \pm 14,0$ và $45,7 \pm 25,8$ điểm. Cần lập kế hoạch hỗ trợ điều trị/ chăm sóc giảm nhẹ theo từng giai đoạn, các loại biến chứng và duy trì trong suốt quá trình diễn biến của bệnh với mục đích nâng cao CLCS của người bệnh.

6. XUNG ĐỘT LỢI ÍCH

Tất cả các tác giả tuyên bố không có xung đột lợi ích trong quá trình triển khai và công bố kết quả nghiên cứu.

7. TÀI TRỢ

Nghiên cứu này không nhận được bất kỳ nguồn tài trợ nào từ bên ngoài.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Ferlay J, Ervik M, Lam F, et al. Global Cancer Observatory: Cancer Today. International Agency for Research on Cancer; 2024. Available from: <https://gco.iarc.who.int/today>, accessed 28/4/2024.
2. Bộ Y tế. Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị một số bệnh ung bướu. (Ban hành kèm theo Quyết định số 1514/QĐ-BYT ngày 01 tháng 04 năm 2020 của Bộ trưởng Bộ Y tế). Nhà xuất bản Y học; 2020:360-70.
3. Palagudi M, Para S, Golla N, et al. Adverse Effects of Cancer Treatment in Patients With Cervical Cancer. Cureus. Feb 2024;16(2):e54106. doi:10.7759/cureus.54106

4. Đỗ Thị Hiền, Trịnh Thị Lua, Tạ Thị Tĩnh. Nhu cầu chăm sóc giảm nhẹ của người bệnh ung thư tại khoa Kiểm soát và Điều trị Ung bướu Bệnh viện Y học cổ truyền Trung ương năm 2023. Tạp chí Y học Việt Nam. 05/05 2024;538(1)doi:10.51298/vmj.v538i1.9348
5. Nguyễn Thị Ngọc Linh. Đánh giá tác dụng thực tiễn của bài cát căn hoàng cầm hoàng liên thang điều trị bệnh nhân viêm trực tràng chảy máu sau xạ trị ung thư cổ tử cung. Luận văn tốt nghiệp bác sĩ chuyên khoa II. Trường Đại học Y Hà Nội; 2020.
6. European Organisation for Research and Treatment of Cancer (EORTC) Quality of Life Group. Translation Procedure Manual. 2017.
7. EORTC Quality of life. Quality of Life of Cancer Patients. Available from: <https://qol.eortc.org/questionnaire/eortc-qlq-c30/>, accessed 28/4/2024.
8. Phạm Thanh Hùng, Bùi Thị Thanh Hải, Nguyễn Bá Tâm và cộng sự. Thực trạng chất lượng cuộc sống của bệnh nhân ung thư cổ tử cung được xạ trị tại Bệnh viện K cơ sở Tân Triều. Tạp chí Y học cộng đồng. 2023;64(Special Issue):148(55).
9. Bùi Minh Hiếu. Thực trạng chất lượng cuộc sống của bệnh nhân ung thư cổ tử cung xạ trị áp sát tại Bệnh viện K. Luận văn tốt nghiệp thạc sĩ Điều dưỡng. Trường Đại học Y Hà Nội; 2023.
10. Spampinato S, Tanderup K, Lindegaard JC, et al. Association of persistent morbidity after radiotherapy with quality of life in locally advanced cervical cancer survivors. Radiother Oncol. Apr 2023;181:109501. doi:10.1016/j.radonc.2023.109501
11. Fuady A, Setiawan D, Man I, et al. Toward a Framework to Assess the Financial and Economic Burden of Cervical Cancer in Low- and Middle-Income Countries: A Systematic Review. JCO Glob Oncol. Aug 2024;10:e2400066. doi:10.1200/go.24.00066

STRESS VÀ CÁC YẾU TỐ LIÊN QUAN Ở HỌC SINH TẠI MỘT SỐ TRƯỜNG TRUNG HỌC PHỔ THÔNG TRÊN ĐỊA BÀN THÀNH PHỐ HUẾ

Nguyễn Văn Hùng¹, Trần Như Minh Hằng², Đặng Cao Khoa¹, Trần Bình Thắng¹, Võ Nữ Hồng Đức¹, Nguyễn Thị Đăng Thu¹, Đặng Thị Thanh Nhã¹, Nguyễn Bảo Trân¹, Nguyễn Hoàng Bách³

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nghiên cứu nhằm xác định tình trạng stress và các yếu tố liên quan ở học sinh trung học phổ thông tại tỉnh Thừa Thiên Huế (nay là thành phố Huế).

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 1.226 học sinh thuộc 5 trường trung học phổ thông công lập trên địa bàn thành phố Huế từ tháng 4 đến tháng 5 năm 2023. Bảng câu hỏi đánh giá stress trong thang đo DASS-21 (Depression Anxiety and Stress Scale 21) được sử dụng để đánh giá mức độ stress ở học sinh.

Kết quả: Tỷ lệ học sinh có biểu hiện stress là 46,6% (95%CI: 43,8% – 49,4%), trong đó stress mức độ vừa đến rất nặng chiếm 30,0%. Mô hình hồi quy logistic đa biến cho thấy nữ giới có nguy cơ biểu hiện stress cao gấp 1,79 lần so với nam giới. Học sinh sử dụng internet ở mức trung bình và thường xuyên có nguy cơ stress cao gấp 3,68 và 8,26 lần so với nhóm không sử dụng. Áp lực học tập nhẹ/vừa và nặng/rất nặng làm tăng nguy cơ stress lần lượt 1,84 và 3,51 lần so với nhóm bình thường. Học sinh không hài lòng với quan hệ bạn bè có nguy cơ stress cao gấp 2,03 lần, trong khi nhóm có nhu cầu hỗ trợ tâm lý cao gấp 1,99 lần so với nhóm đối chứng. Đặc biệt, học sinh cân tư vấn về học tập và quan hệ gia đình có nguy cơ stress cao gấp 1,49 và 1,88 lần so với nhóm cân tư vấn về vấn đề khác ($p < 0,05$).

Kết luận: Kết quả nghiên cứu cho thấy stress ở học sinh trung học phổ thông là một vấn đề quan trọng và cấp thiết, đồng thời nhấn mạnh sự cần thiết phải triển khai các giải pháp cụ thể nhằm hỗ trợ học sinh cải thiện và nâng cao sức khỏe tâm thần.

Từ khóa: stress, DASS-21, học sinh THPT, thành phố Huế.

STRESS AND ASSOCIATED FACTORS AMONG HIGH SCHOOL STUDENTS AT HUE CITY

Nguyen Van Hung¹, Tran Nhu Minh Hang², Dang Cao Khoa¹, Tran Binh Thang¹, Vo Nu Hong Duc¹, Nguyen Thi Dang Thu¹, Dang Thi Thanh Nha¹, Nguyen Bao Tran¹, Nguyen Hoang Bach³

ABSTRACT

Objective: This study aims to identify the prevalence of stress and its associated factors among high school students in Thua Thien Hue Province (Hue City, currently).

Methods: A cross-sectional descriptive study was conducted on a sample of 1,226 students from five public high schools in Hue City between April and May 2023. Seven items from Depression Anxiety and Stress Scale 21 (DASS-21) were employed to assess stress levels among students.

Results: The prevalence of stress among students was 46.6%; (95%CI: 43.8% – 49.4%), with 30.0% of students experiencing moderate to extremely severe stress. Multivariable logistic regression model revealed that female students were 1.79 times more likely to exhibit stress than males. Students with moderate and frequent Internet use had 3.68 and 8.26 times higher odds of stress, respectively, compared to those who did not use the Internet. Mild/moderate and severe/very severe academic pressure increased the risk of stress by 1.84 and 3.51 times, respectively, compared to students reporting no academic pressure. Students dissatisfied with peer relationships were 2.03 times more likely to experience stress, while those expressing a need for psychological support had 1.99 times higher odds. Notably, students seeking counseling for academic issues and family relationships had 1.49 and 1.88 times higher odds of stress, respectively, compared to those seeking support for other issues.

Conclusion: The study findings indicate that stress among high school students is a critical and pressing issue, underscoring the necessity of implementing targeted interventions to support students in improving and enhancing their mental health.

Keywords: stress, DASS-21, high school students, Hue City.

Tác giả:

1. Khoa Y tế công cộng, Trường Đại học Y - Dược, Đại học Huế
2. Bộ môn Tâm thần, Trường Đại học Y - Dược, Đại học Huế
3. Trung tâm Công nghệ thông tin, Trường Đại học Y - Dược, Đại học Huế

Email: nvchung@huemed-univ.edu.vn

Ngày nhận bài: 12/08/2025

Ngày gửi phản biện: 15/08/2025

Ngày duyệt bài: 25/09/2025

DOI: 10.53522/ytcc.vi72.06

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Sức khỏe tâm thần ở lứa tuổi vị thành niên đang trở thành mối quan tâm toàn cầu, đặc biệt là ở

học sinh trung học phổ thông (THPT) khi phải đối mặt với nhiều yếu tố như áp lực học tập, tác động tiêu cực của mạng xã hội, và các mối

quan hệ gia đình và xã hội. Đây cũng là giai đoạn có nguy cơ cao khởi phát các vấn đề sức khỏe tâm thần, với khoảng 1/3 khởi phát trước 14 tuổi và một nửa trước 18 tuổi.¹ Theo Quỹ Nhi đồng Liên Hiệp Quốc (UNICEF, 2022) ước tính trên thế giới có khoảng 80 triệu trẻ em từ 10-14 tuổi và khoảng 86 triệu trẻ em từ 15-19 tuổi có các vấn đề sức khỏe tâm thần, chiếm khoảng 13% tổng số trẻ vị thành niên trên toàn thế giới.² Tại Việt Nam, báo cáo tổng quan của UNICEF (2018) cho thấy tỷ lệ hiện mắc các vấn đề sức khỏe tâm thần nói chung đối với trẻ em và vị thành niên dao động từ 8% đến 29%.³

Stress ở học sinh THPT là một trong những vấn đề sức khỏe tâm thần phổ biến. Tuy nhiên vấn đề này chưa nhận được quan tâm đúng mức của học sinh, gia đình, nhà trường và xã hội. Lứa tuổi vị thành niên là giai đoạn vô cùng quan trọng trong quá trình hình thành và phát triển về thể chất, tâm thần và xã hội của trẻ. Đây cũng đồng thời là giai đoạn có tính nhạy cảm cao, khiến trẻ dễ bị tổn thương trước các yếu tố gây stress. Mặc dù stress là một phản ứng thích nghi của cơ thể, nhưng nếu trẻ phải chịu đựng stress kéo dài mà không được hỗ trợ và can thiệp kịp thời thì có thể gây ra những hậu quả nghiêm trọng về thể chất, tâm thần và xã hội, thậm chí dẫn đến tổn thương tâm lý nghiêm trọng trong các giai đoạn sau của cuộc sống.⁴

Các nghiên cứu gần đây cho thấy nhiều yếu tố liên quan đến stress ở học sinh, bao gồm giới tính, môi trường trường học, mối quan hệ bạn bè, áp lực học tập, các yếu tố từ gia đình, sự ảnh hưởng từ công nghệ và tác động của đại dịch COVID-19.^{2,5} Trong bối cảnh phổ biến của

internet và áp lực học tập, học sinh tiếp cận nhiều hơn với mạng xã hội, hạn chế giao tiếp và hòa nhập với xã hội thực là những yếu tố nguy cơ quan trọng dẫn đến gia tăng mức độ stress ở học sinh.⁵ Trong khi đó, năng lực chọn lọc và xử lý thông tin, quản lý cảm xúc và ứng phó với stress của học sinh còn hạn chế. Nghiên cứu của Nguyễn Văn Hùng và cộng sự (2020) trên học sinh tại hai trường Trung học phổ thông tại tỉnh Thừa Thiên Huế cho thấy tỷ lệ học sinh có biểu hiện stress là 34,8%, trong đó tỷ lệ nghiện internet là 21,7% và có mối liên hệ chặt chẽ với mức độ stress.⁶

Hiện nay, chưa có nghiên cứu toàn diện nào đánh giá tình trạng stress và các yếu tố liên quan ở học sinh THPT tại các vùng kinh tế - xã hội khác nhau của thành phố Huế, bao gồm khu vực thành thị, đồng bằng, ven biển và miền núi. Do đó, câu hỏi đặt ra là: thực trạng stress ở học sinh THPT trên địa bàn thành phố Huế hiện nay như thế nào và những yếu tố nào có liên quan đến tình trạng này? Việc xem xét đồng thời các đặc thù vùng miền này giúp nhận diện được sự khác biệt về mức độ stress cũng như các yếu tố tác động đặc trưng cho từng bối cảnh kinh tế - xã hội. Từ đó, nghiên cứu không chỉ trả lời câu hỏi về thực trạng stress ở học sinh THPT trên địa bàn thành phố Huế và những yếu tố liên quan, mà còn cung cấp bằng chứng khoa học có giá trị thực tiễn, hỗ trợ xây dựng và triển khai các giải pháp can thiệp phù hợp nhằm nâng cao sức khỏe tâm thần cho học sinh trong những điều kiện sống khác nhau. Chính những lý do trên, chúng tôi tiến hành nghiên cứu: ***“Stress và các yếu tố liên quan ở học sinh tại một số trường trung học phổ thông trên địa bàn Thành phố Huế”***.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng và thời gian nghiên cứu

Học sinh các trường THPT công lập trên địa bàn thành phố Huế.

- *Tiêu chuẩn lựa chọn:* Học sinh lớp 10 đến lớp 12 được sự đồng ý của bố, mẹ hoặc người giám hộ.

- *Tiêu chuẩn loại trừ:* Học sinh đang mắc các bệnh lý cấp tính không thể trả lời phỏng vấn.

Thời gian nghiên cứu: từ tháng 4 đến tháng 5 năm 2023

2.2. Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang có phân tích.

2.3. Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu

Nghiên cứu này nằm đề tài khoa học và công nghệ cấp thành phố về thực trạng và giải pháp hỗ trợ, chăm sóc tâm lý và sức khỏe tâm thần cho học sinh THPT tại thành phố Huế năm 2024. Với cỡ mẫu 1.226 học sinh đã được lựa chọn theo phương pháp khoa học để đảm bảo tính đại diện cho các vùng kinh tế xã hội khác nhau tại thành phố Huế. Cụ thể chúng tôi sử dụng phương pháp chọn mẫu tầng tỷ lệ nhiều giai đoạn như sau:

- **Giai đoạn 1:** Chọn ngẫu nhiên 05 trong số 37 trường THPT công lập đại diện cho các vùng kinh tế xã hội khác nhau của thành phố Huế và phân bố số lượng học sinh tại mỗi trường. Chúng tôi chọn được trường THPT A Lưới đại diện cho vùng núi, trường THPT Phú Lộc đại diện cho vùng đồng bằng, trường THPT Tô Hữu đại diện cho vùng ven biển, và hai trường

THPT Hai Bà Trưng và THPT Nguyễn Trường Tộ đại diện cho vùng thành thị.

- **Giai đoạn 2:** Phân tầng học sinh theo khối và theo lớp. Số lượng học sinh được chọn tại mỗi khối tỷ lệ thuận với tổng số học sinh của khối.

- **Giai đoạn 3:** Tiến hành chọn số lớp theo tỷ lệ với kích thước của mỗi khối. Phân bố số lượng các lớp theo từng khối tại mỗi trường. Tiến hành chọn lớp tham gia nghiên cứu theo phương pháp ngẫu nhiên đơn. Trước khi thu thập số liệu, các phiếu đồng ý tham gia nghiên cứu đã được gửi đến phụ huynh/người giám hộ, giải thích rõ mục tiêu nội dung và quyền lợi của đối tượng nghiên cứu. Chỉ những học sinh được phụ huynh/người giám hộ ký tên vào phiếu đồng ý mới được mời tham gia khảo sát.

Trong khuôn khổ bài báo này, chúng tôi chỉ tập trung trình bày và phân tích kết quả liên quan đến tình trạng stress và các yếu tố liên quan, các kết quả khác của đề tài sẽ được công bố riêng ở các công trình khoa học khác.

2.4. Biến số nghiên cứu và cách lượng hóa

Biến số phụ thuộc: Trong nghiên cứu này, tình trạng stress được đánh giá bằng 7 câu hỏi thuộc thang đo DASS-21. Đây là công cụ được thiết kế nhằm đo lường ba khía cạnh sức khỏe tâm thần gồm trầm cảm, lo âu và stress, đặc biệt phù hợp với lứa tuổi trẻ. Thang đo DASS-21 đã được Nguyễn Văn Hùng và cộng sự dịch và chuẩn hóa trên đối tượng sinh viên tại Huế từ năm 2014. Kết quả cho thấy thang đo có độ tin cậy cao và phù hợp để sử dụng trong việc đánh giá trầm cảm, lo âu và stress ở người trẻ tuổi.⁷ Thang đo gồm 21 câu hỏi, trong đó có 07 câu hỏi để đo lường stress, mỗi câu có 4 mức độ

trả lời: 0 - điều này tôi hoàn toàn không gặp phải (hiếm khi, <1 ngày), 1 - đúng với tôi phần nào đó hay đôi khi gặp phải (1-2 ngày), 2 - tôi thường xuyên và nhiều lần gặp phải (trung bình 3-4 ngày), 3 - rất thường xảy ra với tôi hay hầu hết lúc nào cũng gặp (hầu hết thời gian từ 5-7 ngày). Điểm stress là tổng điểm các câu hỏi, sau đó nhân với 2 để đáp ứng tiêu chuẩn đánh giá theo thang điểm DASS-42. Điểm cao nhất của stress là 42 điểm, thấp nhất là 0 điểm.

Đánh giá stress và mức độ stress dựa vào tổng điểm mỗi tình trạng như sau: bình thường (0-14), mức độ nhẹ (15-18), mức độ vừa (19-25), mức độ nặng (26-33), mức độ rất nặng (≥ 34).⁸

Trong nghiên cứu này, ước tính về tỷ lệ tình trạng stress và phân tích mối liên quan thì được chia thành 2 nhóm: có/không (có stress bào gồm mức độ từ nhẹ trở lên).

Biến số độc lập: Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu, gồm: tuổi, giới, tôn giáo, dân tộc, nơi cư trú, khối lớp và mức độ sử dụng internet của học sinh. Đánh giá mức độ sử dụng internet dựa vào thang điểm IAT (internet addiction test). Thang điểm này bao gồm 20 câu hỏi, mỗi câu có 6 mức độ trả lời theo thứ tự: Cách tính điểm của IAT theo thứ tự tăng dần mức độ sử dụng internet: 0 – hoàn toàn không sử dụng, 1 – ít khi sử dụng, 2 – thỉnh thoảng sử dụng, 3 – khá thường xuyên sử dụng, 4 – thường xuyên sử dụng, 5 – luôn luôn sử dụng.

Điểm tối đa của nghiện internet theo thang điểm IAT là 100 điểm, tối thiểu là 0 điểm. Cộng dồn điểm của tất cả 20 câu hỏi trên và phân mức nghiện internet như sau: không sử dụng (0-30), sử dụng ở mức độ trung bình (31-49), sử dụng ở mức độ thường xuyên (50-79), sử dụng ở mức độ rất thường xuyên (80-100).^{9,10}

Đặc điểm về gia đình, bạn bè, trường học của đối tượng nghiên cứu, gồm: tình trạng kinh tế gia đình, tình trạng hôn nhân của bố mẹ, tình trạng bố mẹ, người sống cùng, mối quan hệ với bố mẹ, sự quan tâm từ bố mẹ, mất người thân/bạn rất thân trong 12 tháng qua, tiền sử gia đình về các bệnh lý tâm thần, áp lực học tập, mối quan hệ với bạn bè, hài lòng với kết quả học tập của bản thân, sự hài lòng của bố mẹ với kết quả học tập của con, chia sẻ với gia đình hoặc thầy cô khi gặp khó khăn, nhu cầu được hỗ trợ tư vấn tâm lý.

2.5. Thu thập số liệu

Sau khi được sự đồng ý của Ban Giám hiệu các trường THPT và phụ huynh học sinh, nghiên cứu viên sắp xếp thời gian gặp gỡ đối tượng nghiên cứu để tiến hành thu thập số liệu tại lớp học. Nghiên cứu viên và điều tra viên giải thích mục tiêu, quy trình nghiên cứu và hướng dẫn học sinh về phiếu đồng ý tham gia nghiên cứu. Chỉ những học sinh có phiếu đồng ý có chữ ký phụ huynh/người giám hộ mới được phát bộ câu hỏi. Các học sinh đồng ý tham gia sẽ tự điền vào phiếu câu hỏi soạn sẵn dưới sự giám sát của điều tra viên, đảm bảo độc lập trong trả lời câu hỏi.

2.6. Phân tích số liệu

Số liệu định lượng sau khi thu thập được tổng hợp, làm sạch và nhập liệu bằng phần mềm Epidata 3.1 và phân tích số liệu bằng phần mềm SPSS 22. Thống kê mô tả: tính tỷ lệ %, giá trị trung bình, độ lệch chuẩn. Thống kê suy luận: Phân tích đơn biến bằng kiểm định chi bình phương để khảo sát một số yếu tố liên quan đến stress. Các yếu tố có giá trị $p \leq 0,05$ trong phân tích đơn biến thì được chọn đưa vào

mô hình phân tích đa biến. Phân tích hồi quy đa biến Logistic được sử dụng để đánh giá các yếu tố liên quan đến stress ở học sinh.

2.7. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu được sự đồng ý của phụ huynh học sinh, Ban Giám hiệu nhà trường và học sinh. Đề cương nghiên cứu được đệ trình và phê duyệt tại Giấy chấp thuận số H2022/373 ngày 13 tháng 6 năm 2022 của Hội đồng đạo đức trong nghiên cứu Y sinh học của Trường Đại học Y – Dược, Đại học Huế

3. KẾT QUẢ

3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Tuổi trung bình của học sinh là $17,02 \pm 0,82$ (16–18 tuổi); nam giới chiếm 44,6%. Đa số không theo tôn giáo (67,0%), sống chủ yếu ở thành thị (52,9%) và thuộc hộ gia đình kinh tế từ trung bình trở lên (93,4%). Có 35,4% không sử dụng Internet, trong khi 25,0% sử dụng thường xuyên/rất thường xuyên. Hầu hết học sinh còn cả bố, mẹ (95,6%), sống cùng cả bố mẹ (87,7%) và hài lòng với mối quan hệ gia đình (92,8%) và bạn bè (92,1%). Tuy nhiên, 5,8% cảm thấy ít được bố mẹ quan tâm, 17,1% từng trải qua mất mát người thân trong năm qua, và 4,2% có tiền sử gia đình mắc bệnh tâm thần. Phần lớn cảm nhận áp lực học tập nặng, trong đó 17,7% rất nặng; 62,0% hài lòng với kết quả học tập của bản thân, 70,7% bố mẹ hài lòng với thành tích con. Có 26,9% học sinh có nhu cầu tư vấn tâm lý (2,5% rất cần), chủ yếu về học tập (54,0%); mong muốn được tư vấn bởi bác sĩ/nhân viên y tế (49,1%) hoặc bạn bè (36,4%).

3.2. Tỷ lệ stress ở học sinh tại một số trường trung học phổ thông trên địa bàn Thành phố

Huế bằng thang đo DASS-21

3.2.1. Tỷ lệ stress của đối tượng nghiên cứu và mức độ stress theo thang đo DASS-21

Bảng 3.1. Tỷ lệ stress của đối tượng nghiên cứu và mức độ stress theo thang đo DASS-21 (n=1.226)

Đặc điểm		Stress		95%CI
		n	%	
Tỷ lệ stress	Có	571	46,6	43,8% – 49,4%
	Không	655	53,4	
Mức độ stress	Bình thường	655	53,4	
	Nhẹ	203	16,6	14,5% – 8,6%
	Vừa	204	16,7	14,6% – 18,7%
	Nặng	128	10,4	8,7% – 12,15%
	Rất nặng	36	2,9	1,99% – 3,88%

Tỷ lệ stress ở học sinh là 46,6% với độ tin cậy 95% (95%CI) từ 43,8% đến 49,4%. Trong đó, có 30% đối tượng có biểu mức độ stress từ vừa đến rất nặng

3.2.2. Tỷ lệ stress phân bố theo nơi cư trú và khối lớp

Học sinh ở nông thôn là nơi có tỷ lệ stress cao nhất (51,3%). Trong khi đó học sinh ở vùng ven biển có tỷ lệ stress thấp nhất (42,1%). Tỷ lệ stress ở học sinh thuộc các khối lớp khá tương đương nhau, trong đó khối lớp 10 có tỷ lệ stress cao nhất (48,1%).

Bảng 3.2. Tỷ lệ stress phân bố theo nơi cư trú và khối lớp (n=571)

Đặc điểm		Stress	
		n	%
Nơi cư trú	Thành thị	303	46,7
	Nông thôn	115	51,3
	Vùng núi	84	44,4
	Vùng ven biển	69	42,1
Khối lớp	10	193	48,1
	11	183	45,4
	12	195	46,2

3.3. Một số yếu tố liên quan đến stress ở đối tượng nghiên cứu

Mô hình hồi quy đa biến logistic cho thấy các yếu tố liên quan có ý nghĩa thống kê đến tỷ lệ stress ($p < 0,05$). Cụ thể, nữ giới có khả năng biểu hiện stress cao gấp 1,79 lần so với nam giới (OR=1,79; 95%CI: 1,36 – 2,36). Nhóm có mức độ sử dụng internet trung bình có khả năng biểu hiện stress cao gấp 3,68 lần so với nhóm không sử dụng (OR=3,68; 95%CI: 2,69 – 5,04) và nhóm có mức độ sử dụng thường xuyên/rất thường xuyên có khả năng biểu hiện stress cao gấp 8,26 lần so với nhóm không sử dụng (OR=8,26; 95%CI: 5,70 – 11,98). Nhóm đối tượng với áp lực học tập nhẹ/vừa có khả năng biểu hiện stress cao gấp 1,84 lần so với nhóm bình thường (OR=1,84; 95%CI: 1,37 –

2,46) và có áp lực học tập nặng/rất nặng có khả năng biểu hiện stress cao gấp 3,51 lần so với nhóm bình thường (OR=3,51; 95%CI: 2,33 – 5,27). Nhóm không hài lòng với mối quan hệ với bạn bè có khả năng biểu hiện stress cao gấp 2,03 lần so với nhóm hài lòng với mối quan hệ này (OR=2,03; 95%CI: 1,18 – 3,50). Nhóm có nhu cầu được hỗ trợ tư vấn tâm lý có khả năng biểu hiện stress cao gấp 1,99 lần so với nhóm không có nhu cầu này (OR=1,99; 95%CI: 1,45 – 2,72). Nhóm muốn được tư vấn hỗ trợ tâm lý về vấn đề học tập và vấn đề mối quan hệ với bố mẹ và gia đình có khả năng biểu hiện stress cao gấp 1,49 lần (OR=1,49; 95%CI: 1,18 – 3,01) và 1,88 (OR=1,88; 95%CI: 1,03 – 2,16) lần so với nhóm muốn được tư vấn hỗ trợ tâm lý về vấn đề khác.

Bảng 3.3. Mô hình hồi quy logistic đa biến các yếu tố liên quan đến stress

Biến độc lập		OR (95%CI)	aOR (95%CI)	p
Giới tính	Nam	1	1	
	Nữ	2,15 (1,70 – 2,70)***	1,79 (1,36 – 2,36)	<0,001
Mức độ sử dụng Internet	Không sử dụng	1	1	
	Trung bình	4,13 (3,09 – 5,53)***	3,68 (2,69 – 5,04)	<0,001
	Thường xuyên/Rất thường xuyên	11,08 (7,84 – 15,65)***	8,26 (5,70 – 11,98)	<0,001
Áp lực học tập	Bình thường	1	1	
	Nhẹ/Vừa	2,32 (1,80 – 3,00)***	1,84 (1,37 – 2,46)	<0,001
	Nặng/Rất nặng	5,51 (3,89 – 7,82)***	3,51 (2,33 – 5,27)	<0,001
Mối quan hệ với bạn bè	Hài lòng	1	1	
	Không hài lòng	3,21 (2,04 – 5,07)***	2,03 (1,18 – 3,50)	0,010
Nhu cầu được hỗ trợ tư vấn tâm lý	Không	1	1	
	Có	3,15 (2,42 – 4,11)***	1,99 (1,45 – 2,72)	<0,001
Có các vấn đề khó khăn đang phải đối mặt	Khác	1	1	
	Mối quan hệ tình yêu, giới	1,19 (0,78 – 1,81)	1,31 (0,78 – 2,17)	0,306
	Mối quan hệ với bố mẹ và gia đình	2,22 (1,51 – 3,28)***	1,88 (1,18 – 3,01)	0,008
	Học tập	1,33 (0,98 – 1,79)*	1,49 (1,03 – 2,16)	0,035

Chú thích: * $p < 0,05$, *** $p < 0,001$

4. BÀN LUẬN

4.1. Tỷ lệ stress ở học sinh trung học phổ thông theo thang đo DASS-21

Kết quả trong nghiên cứu của chúng tôi cho thấy tỷ lệ học sinh THPT có biểu hiện stress là 46,6%, trong đó khoảng 30,0% học sinh có

biểu hiện stress từ mức độ vừa đến rất nặng. Tỷ lệ này khá tương đồng với nghiên cứu của Ngô Thị Diệu Hường và cộng sự (2022), với kết quả lần lượt là 49,6% và 32,4%.¹¹ Nghiên cứu của Nguyễn Văn Hùng và cộng sự (2020) lại cho thấy kết quả thấp hơn với 34,8% học sinh có biểu hiện stress và 22,8% học sinh có stress mức độ vừa đến rất nặng.⁶ Sự khác biệt này có thể được lý giải bởi sự đa dạng hơn trong mẫu nghiên cứu và thời điểm trước/sau đại dịch COVID-19. Nghiên cứu của chúng tôi có cỡ mẫu lớn hơn và phạm vi khảo sát bao phủ nhiều trường THPT ở các vùng có điều kiện kinh tế xã hội khác nhau của thành phố Huế.

Khi so sánh tỷ lệ phân bố stress theo nơi cư trú, chúng tôi nhận thấy tỷ lệ stress ở học sinh sống tại khu vực nông thôn cao hơn so với thành thị, lần lượt là 51,3% và 46,7%. Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Ngô Thị Diệu Hường, trong đó tỷ lệ stress ở học sinh nông thôn là 53,1%, cao hơn so với học sinh thành thị (48,9%).¹¹ Ngoài ra, mức độ stress giữa các khối lớp trong nghiên cứu của chúng tôi không có sự chênh lệch đáng kể. Tuy nhiên, học sinh khối 10 và khối 12 ghi nhận tỷ lệ stress cao hơn (48,1% và 46,2%) so với học sinh khối 11 (45,4%). Kết quả này cũng phù hợp với nghiên cứu của Ngô Thị Diệu Hường, cho thấy tỷ lệ biểu hiện stress giữa các khối lớp tương đối đồng đều.¹¹ Học sinh ở bất kỳ khối lớp nào cũng có thể gặp phải stress, tuy nhiên học sinh khối lớp 10 có thể cảm nhận stress cao hơn do có sự thay đổi môi trường học từ trung học cơ sở lên THPT. Trong khi đó, học sinh khối lớp 12 có thể phải chịu áp lực học tập và thi cử lớn hơn, áp lực định hướng nghề nghiệp và thi vào đại học. Do đó, việc hỗ trợ tư vấn cho học sinh để

vượt qua các khó khăn trong học tập, mối quan hệ gia đình, xã hội và định hướng đúng nghề nghiệp đóng vai trò vô cùng quan trọng giúp giảm stress, nâng cao chất lượng cuộc sống và sức khỏe tâm thần cho học sinh.

4.2. Một số yếu tố liên quan đến stress của đối tượng nghiên cứu

Từ kết quả phân tích hồi quy đa biến logistic của chúng tôi cho thấy các yếu tố nguy cơ làm tăng mức độ stress ở học sinh bao gồm: nữ giới, mức độ nghiện internet, áp lực học tập, có mối quan hệ không tốt với bạn bè, có nhu cầu được hỗ trợ và tư vấn tâm lý, đang phải đối mặt với những khó khăn trong mối quan hệ với bố mẹ hoặc khó khăn trong học tập. Học sinh nữ có nguy cơ bị stress cao gấp 1,79 lần so với học sinh nam (95%CI: 1,36 – 2,36, $p < 0,001$). Kết quả này cũng tương đồng với nghiên cứu của Trần Hồ Vĩnh Lộc (2024) tại thành phố Hồ Chí Minh và nghiên cứu của Anita Karki (2022) tại Kathmandu, Nepal.^{12,13} Nhiều nghiên cứu cũng đã ghi nhận rằng học sinh nữ có xu hướng cảm nhận stress và các vấn đề sức khỏe tâm thần cao hơn so với học sinh nam. Nghiên cứu của María-José del Pino (2024) đã đưa ra một quan điểm góp phần lý giải sự khác biệt này, nhấn mạnh rằng cách thức ứng phó với stress (coping styles) là một yếu tố then chốt và có liên hệ chặt chẽ với sức khỏe tâm thần ở học sinh.¹⁴ Có hai chiến lược ứng phó với stress phổ biến là ứng phó dựa vào cảm xúc (emotion-focused coping) và ứng phó dựa vào giải quyết vấn đề (problem-focused coping). Trong khi ứng phó dựa vào giải quyết vấn đề được xem là có hiệu quả hơn để giảm stress thì ứng phó dựa vào cảm xúc lại có nguy cơ làm tăng mức độ

stress. Mặc dù các nghiên cứu trong lĩnh vực này vẫn chưa thống nhất, tuy nhiên một số nghiên cứu đã chỉ ra rằng học sinh nam thường có xu hướng sử dụng cách ứng phó dựa vào giải quyết vấn đề, trong khi học sinh nữ lại có xu hướng sử dụng chiến lược ứng phó dựa vào cảm xúc.^{15,16} Đây là sự khác biệt tự nhiên về giới trong ứng phó với stress. Theo del Pino (2024), cách ứng phó chủ yếu dựa vào cảm xúc là yếu tố dự đoán chính các triệu chứng tâm thần ở cả hai giới.¹⁴ Việc nữ giới nhạy cảm hơn với cảm xúc có thể khiến họ dễ bị tổn thương hơn trước các tình huống căng thẳng, đặc biệt là khi cảm xúc không được quản lý một cách hiệu quả, từ đó làm tăng nguy cơ phát triển các rối loạn tâm thần.

Về mức độ sử dụng internet, đây là một trong những phát hiện quan trọng trong nghiên cứu của chúng tôi. Việc đánh giá sử dụng internet được đánh giá khá toàn diện bằng công cụ chuẩn hóa. Điều bất ngờ, trong nghiên cứu chúng tôi tỷ lệ sử dụng internet từ mức trung bình đến mức độ nặng là 64,6%. Học sinh sử dụng internet ở mức trung bình có nguy cơ stress cao gấp 3,68 lần (95%CI: 2,69 – 5,04; $p < 0,001$) so với nhóm không sử dụng. Đặc biệt, đối tượng có mức độ sử dụng internet nặng và rất nặng có nguy cơ stress cao hơn 8,26 lần (95%CI: 5,70 – 11,98; $p < 0,001$) so với nhóm không sử dụng. Kết quả này phù hợp với nghiên cứu của Hồ Thị Thúy Ngân (2017), hay của Aat Sriati (2022) đều cho thấy mức độ nghiện internet càng cao thì nguy cơ stress càng lớn và ngược lại.^{17,18} Kết quả này cũng tương đồng với các nghiên cứu trước đây. Nghiên cứu của Lê Quang Sơn (2024) và cộng sự cũng đã nhấn mạnh rằng việc hiểu rõ mối tương tác phức

tạp giữa việc sử dụng internet và sức khỏe tâm thần sẽ giúp các bên liên quan xây dựng các chiến lược hiệu quả để hỗ trợ sức khỏe tâm thần cho thanh thiếu niên trong một thế giới ngày càng số hóa.⁵ Ngoài ra, nghiên cứu của Batool Gholamian và cộng sự (2022) cũng đưa ra bằng chứng cho thấy trong bối cảnh đại dịch COVID-19, các yếu tố như giãn cách xã hội, hạn chế tương tác trực tiếp, thay đổi lối sống và việc chuyển sang học trực tuyến đã làm tăng thời gian sử dụng và phụ thuộc internet ở học sinh. Điều này góp phần làm gia tăng nguy cơ stress và các vấn đề sức khỏe tâm thần ở thanh thiếu niên do sử dụng internet quá mức.¹⁹ Trước những ảnh hưởng tiêu cực của việc sử dụng internet quá mức đối với sức khỏe tâm thần của học sinh, các nhà giáo dục, chuyên gia y tế và các bên liên quan cần xây dựng và triển khai các chiến lược can thiệp phù hợp. Các chiến lược này nên tập trung vào việc nâng cao nhận thức và thúc đẩy thói quen sử dụng internet một cách lành mạnh và kỹ năng số trong học đường. Đây là vấn đề vô cùng cấp thiết trong thời đại công nghệ số đang ngày càng phát triển.

Về áp lực học tập, kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy nhóm học sinh chịu áp lực học tập nhẹ/vừa có nguy cơ stress cao gấp 1,84 lần so với nhóm không chịu áp lực. Trong khi đó, nhóm áp lực học tập nặng/rất nặng có nguy cơ stress cao gấp 3,51 lần so với nhóm không chịu áp lực. Tương tự, nghiên cứu của Anita Karki cũng cho thấy nhóm học sinh có áp lực học tập có khả năng biểu hiện stress cao gấp 2,11 lần so với nhóm bình thường.¹³ Có nhiều bằng chứng đã chỉ ra áp lực học tập là một trong những tác nhân gây stress, bắt nguồn từ nhiều nguyên nhân khác nhau, bao gồm khối lượng bài tập

lớn, sự cạnh tranh với các bạn học khác, thất bại trong học tập và các mối quan hệ không tốt với bạn bè hoặc giáo viên cũng như sự kỳ vọng của bố mẹ.^{20,21} Nếu tình trạng này kéo dài, áp lực học tập có thể có những tác động tiêu cực đến khả năng tiếp thu kiến thức, động lực học tập, thành tích học tập, ảnh hưởng đến sự phát triển nghề nghiệp, chất lượng và thời lượng giấc ngủ, sức khỏe thể chất, sức khỏe tâm thần, thậm chí làm gia tăng nguy cơ sử dụng chất kích thích.²² Bên cạnh đó, nghiên cứu cũng phát hiện một số yếu tố liên quan khá tương đồng với một số nghiên cứu khác như không hài lòng trong mối quan hệ với bạn bè có khả năng làm tăng nguy cơ stress. Nghiên cứu của Juliyanti (2025) đề cập đến việc có được mối quan hệ bạn bè tích cực có thể tạo ra một lớp đệm tâm lý vững chắc, giúp cá nhân đối phó hiệu quả hơn với những căng thẳng trong giai đoạn vị thành niên. Ngược lại, các mối quan hệ tiêu cực như bị bắt nạt, cô lập xã hội hoặc xung đột bạn bè có thể dẫn đến cảm giác tự ti, tuyệt vọng và làm gia tăng nguy cơ mắc các vấn đề sức khỏe tâm thần như căng thẳng, lo âu và trầm cảm. Việc hiểu rõ ảnh hưởng của bạn bè đối với sức khỏe tâm thần có ý nghĩa quan trọng trong công tác nâng cao sức khỏe tâm thần và phòng ngừa các rối loạn ở thanh thiếu niên. Một môi trường hỗ trợ toàn diện sẽ giúp các em xây dựng được các mối quan hệ lành mạnh, từ đó cải thiện trạng thái cảm xúc và hành vi.²³ Vì vậy, nhà trường, gia đình, giáo viên và các bên liên quan cần có chiến lược thúc đẩy các mối quan hệ bè tích cực và can thiệp kịp thời các yếu tố tác động tiêu cực nhằm xây dựng bầu không khí học đường an toàn và lành mạnh, góp phần tạo nền tảng cho sự phát triển toàn diện về mặt thể chất và

tinh thần ở học sinh.

Một số hạn chế ghi nhận trong nghiên cứu như bản thân thiết kế của thiết kế cắt ngang nên không xác định được mối quan hệ nhân quả. Mẫu nghiên cứu chỉ giới hạn ở các trường công lập tại một thành phố nên kết quả chưa thể khái quát hóa cho toàn quốc. Việc kết quả thu được từ thang đo không có ý nghĩa chẩn đoán xác định mà chỉ đóng vai trò sàng lọc ban đầu các đối tượng có biểu hiện của stress.

5. KẾT LUẬN

Nghiên cứu cho thấy stress là vấn đề đáng lo ngại ở học sinh THPT tại Thành phố Huế, với 46,6% có biểu hiện stress, trong đó 30,0% ở mức vừa đến rất nặng. Các yếu tố liên quan đến stress gồm: giới tính, áp lực học tập, nghiện Internet, quan hệ bạn bè và nhu cầu hỗ trợ tâm lý. Kết quả nhấn mạnh cần xây dựng chính sách can thiệp tâm lý học đường toàn diện, tập trung vào tư vấn phù hợp theo giới, hỗ trợ kỹ năng học tập và quản lý stress, củng cố quan hệ bạn bè tích cực, định hướng sử dụng Internet lành mạnh, cũng như xây dựng mô hình tư vấn và hỗ trợ tâm lý phù hợp trong môi trường học đường.

6. XUNG ĐỘT LỢI ÍCH TÁC GIẢ

Các tác giả khẳng định không có xung đột lợi ích đối với các nghiên cứu, tác giả, và/hoặc xuất bản bài báo.

7. TÀI TRỢ

Đây là kết quả của đề tài khoa học và công nghệ cấp thành phố được ngân sách nhà nước thành phố Huế đầu tư.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Solmi M, Radua J, Olivola M, et al. Age at onset of mental disorders worldwide: large-scale meta-analysis of 192 epidemiological studies. *Molecular psychiatry*. 2022;27(1):281-295.
2. UNICEF. Nghiên cứu toàn diện về các yếu tố liên quan đến trường học ảnh hưởng đến sức khỏe tâm thần và sự phát triển toàn diện của trẻ em nam và nữ vị thành niên tại Việt Nam. 2025.
3. UNICEF. Sức khỏe tâm thần và tâm lý xã hội của trẻ em và thanh niên tại một số tỉnh và thành phố ở Việt Nam. 2025; <https://www.unicef.org/vietnam/vi/reports/ngghien-cuu-suc-khoe-tam-than-tam-ly-xa-hoi-tre-em-viet-nam>.
4. Mousikou M, Kyriakou A, Skordis N. Stress and growth in children and adolescents. *Hormone research in paediatrics*. 2023;96(1):25-33.
5. Le SQ, Bui DTT, Le DT, et al. The relationship between depression, anxiety, stress and internet use among high school students. *ASEAN Journal of Psychiatry*. 2024;25(5):1-16.
6. Nguyễn Văn Hùng, Đào Thị Việt Trinh. Nghiên cứu mối liên quan giữa nghiện Internet với chất lượng giấc ngủ và trầm cảm, lo âu, stress ở học sinh trung học phổ thông tại thành phố Huế năm 2019 [Luận văn tốt nghiệp Bác sĩ Y học Dự phòng], Trường Đại học Y-Dược, Đại học Huế; 2020.
7. Le MTH, Tran TD, Holton S, et al. Reliability, convergent validity and factor structure of the DASS-21 in a sample of Vietnamese adolescents. *PloS one*. 2017;12(7):1-14.
8. Viện Sức khỏe Tâm thần Quốc gia. Thang đánh giá Lo âu - Trầm cảm - Stress (DASS 21). 2025; <http://nimh.gov.vn/thang-danh-gia-lo-au-tram-cam-stress-dass-21/>.
9. Tran BX, Mai HT, Nguyen LH, et al. Vietnamese validation of the short version of internet addiction test. *Addictive behaviors reports*. 2017;6:45-50.
10. Young KS. Internet addiction: A new clinical phenomenon and its consequences. *American behavioral scientist*. 2004;48(4):402-415.
11. Ngô Thị Diệu Hương, Đào Thị Hồng Diễm, Võ Nữ Hồng Đức, và cs. Thực trạng trầm cảm, lo âu, stress ở học sinh trung học phổ thông thành phố Huế năm học 2020-2021. *Tạp chí Y học Dự phòng*. 2022;32(3):85-92.
12. Trần Hồ Vĩnh Lộc, Huỳnh Ngọc Vân Anh, Tô Gia Kiên. Trầm cảm, lo âu, căng thẳng và các yếu tố liên quan ở học sinh trung học phổ thông tại Thành phố Hồ Chí Minh. *Tạp chí Y học Thành phố Hồ Chí Minh*. 2024;27(5):100-110.
13. Karki A, Thapa B, Pradhan PMS, et al. Depression, anxiety and stress among high school students: A cross-sectional study in an urban municipality of Kathmandu, Nepal. *PLOS global public health*. 2022;2(5):1-15.
14. Del Pino M-J, Matud MP. Stress, mental symptoms and well-being in students: a gender analysis. *Frontiers in Psychology*. 2024;15:1-14.
15. Ramya N, Parthasarathy R. A study on coping patterns of junior college students. *Indian journal of psychological medicine*. 2009;31(1):45-47.
16. Graves BS, Hall ME, Dias-Karch C, et al. Gender differences in perceived stress and coping among college students. *PloS one*. 2021;16(8):1-12.
17. Hồ Thị Thúy Ngân, Nguyễn Văn Hùng. Nghiên cứu mối liên quan giữa nghiện Internet với trầm cảm, lo âu, stress ở học sinh trường

Trung học phổ thông Hai Bà Trưng tỉnh Thừa Thiên Huế năm 2016 [Luận văn tốt nghiệp Bác sĩ Y học Dự phòng], Trường Đại học Y-Dược, Đại học Huế; 2017.

18. Sriati A, Lukman M, Agustina HS. Relation of Academic Stress Levels and Internet Addiction in Adolescents: A Cross-Sectional Study. *Malaysian Journal of Medicine & Health Sciences*. 2022;18:110-114.

19. Gholamian B, Rajabi-Vardanjani H, Shagholian A. Prevalence of internet addiction and its association with anxiety, depression, and stress in high school students during the COVID-19 pandemic. *Journal of Shahrekord University of Medical Sciences*. 2024;26(4):135-139.

20. Kaur S. Impact of academic stress on mental health: A study of school going adolescents. *Global Journal for Research Analysis*. 2014;3(5):27-29.

21. Fairbrother K, Warn J. Workplace dimensions, stress and job satisfaction. *Journal of managerial psychology*. 2003;18(1):8-21.

22. Pascoe MC, Hetrick SE, Parker AG. The impact of stress on students in secondary school and higher education. *International journal of adolescence and youth*. 2020;25(1):104-112.

23. Juliyanti J. Relationship Between Peer Relationships and Mental Health Among High School Adolescents. *Open Access Health Scientific Journal*. 2025;6(1):48-53.

TÌNH TRẠNG DINH DƯỠNG VÀ THÓI QUEN ĂN UỐNG CỦA BỆNH NHÂN SUY TIM ĐANG ĐIỀU TRỊ TẠI BỆNH VIỆN TRƯỜNG ĐẠI HỌC Y - DƯỢC HUẾ

Hồ Uyên Phương¹, Bùi Thị Phương Anh¹, Đặng Thị Thanh Nhã¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả tình trạng dinh dưỡng, một số thói quen ăn uống của bệnh nhân ST đang điều trị tại Bệnh viện Trường Đại học Y - Dược Huế và tìm hiểu một số yếu tố liên quan đến tình trạng dinh dưỡng.

Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 217 bệnh nhân ST đang điều trị tại Bệnh viện Trường Đại học Y - Dược Huế.

Kết quả: Tỷ lệ bệnh nhân SDD theo đánh giá SGA và BMI lần lượt là 38,7% và 21,7%. Năng lượng trung bình khẩu phần ăn của bệnh nhân là $1592,4 \pm 371,4$ kcal/ngày. Các yếu tố liên quan đến tình trạng dinh dưỡng của bệnh nhân ST bao gồm: nhóm tuổi, giới tính, nghề nghiệp, tần suất sử dụng cà phê, uống rượu bia, nhu cầu năng lượng, người chế biến các bữa ăn cho bệnh nhân và việc nêm nếm thức ăn ($p < 0,05$).

Kết luận: Tình trạng SDD ở bệnh nhân ST đang điều trị tại Bệnh viện Trường Đại học Y - Dược Huế còn khá phổ biến. Cần tăng cường đánh giá nguy cơ SDD và cung cấp chế độ ăn phù hợp, bảo đảm nhu cầu dinh dưỡng cho bệnh nhân ST.

Từ khóa: tình trạng dinh dưỡng, thói quen ăn uống, suy tim.

NUTRITIONAL STATUS AND EATING HABITS OF HEART FAILURE PATIENTS UNDER TREATMENT AT HUE UNIVERSITY OF MEDICINE AND PHARMACY HOSPITAL

Ho Uyen Phuong¹, Bui Thi Phuong Anh¹, Dang Thi Thanh Nha¹

ABSTRACT

Objective: Describe the nutritional status, some eating habits of heart failure patients being treated at Hue University of Medicine and Pharmacy Hospital and study some factors related to nutritional

status.

Methods: Cross-sectional descriptive study on 217 heart failure patients being treated at Hue University of Medicine and Pharmacy Hospital.

Results: The rate of malnourished patients according to SGA and BMI assessment was 38.7% and 21.7%, respectively. The average energy intake of the patients was 1592.4 ± 371.4 kcal/day. Factors related to the nutritional status of heart failure patients include: age group, gender, occupation, frequency of coffee consumption, alcohol consumption, energy needs, who prepares meals for patients and food seasoning ($p < 0.05$).

Conclusion: Malnutrition in heart failure patients being treated at Hue University of Medicine and Pharmacy Hospital is still quite common. It is necessary to strengthen the assessment of malnutrition risk and provide appropriate diets to ensure nutritional needs for heart failure patients.

Keywords: nutritional status, eating habits, heart failure.

Tác giả:

1. Trường Đại học Y - Dược, Đại học Huế

Email: Uyenphuong12a2@gmail.com

Ngày nhận bài: 03/07/2025

Ngày gửi phản biện: 24/07/2025

Ngày duyệt bài: 25/09/2025

DOI: 10.53522/ytcc.vi72.07

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Suy tim (ST) hiện đang là một vấn đề sức khỏe được nhiều quốc gia hết sức quan tâm do số người mắc bệnh và tỷ lệ người bệnh chuyển nặng ngày càng gia tăng, ảnh hưởng đến hơn 64 triệu người trên toàn thế giới dù đã có nhiều tiến bộ điều trị.¹ ST liên quan đến tỷ lệ tử vong và bệnh tật cao, chất lượng cuộc sống và khả năng hoạt động kém, gây gánh nặng đáng kể cho hệ thống chăm sóc sức khỏe.¹

Suy dinh dưỡng (SDD) là một vấn đề rất phổ biến, được công nhận rộng rãi trong cộng đồng

nói chung cũng như ở những người nằm viện nói riêng. Khoảng ba bệnh nhân nhập viện thì có một người bị SDD, những bệnh nhân này khả năng có thời gian nằm viện dài hơn và nhiều khả năng phải nhập viện trở lại trong vòng 30 ngày.² Đối với những bệnh nhân ST, sụt cân và SDD là những biểu hiện rất hay gặp, SDD còn được xem là hậu quả của căn bệnh này, là yếu tố tiên lượng xấu về mặt lâm sàng và có liên quan đến tỷ lệ tử vong cao hơn với bất kể loại ST nào.

Tuy nhiên, tình trạng dinh dưỡng ở bệnh nhân ST thường bị bỏ qua, chưa được quan tâm và chú

trọng nhiều. Diễn hình cho việc này là sự gia tăng SDD ở bệnh nhân ST, ngày càng trở thành một vấn đề sức khỏe thường gặp đi kèm khi mắc bệnh ST.³ Ước tính khoảng 15% đến 90% bệnh nhân ST bị SDD và nếu có thì nguy cơ tử vong cao hơn.⁴ Một nghiên cứu vào năm 2022 tại Hà Nội ghi nhận rằng 56,2% bệnh nhân ST có nguy cơ SDD.⁵

Chăm sóc dinh dưỡng vừa là biện pháp dự phòng vừa là biện pháp điều trị, nhằm mục đích ngăn ngừa sự tiến triển của ST, cải thiện tiên lượng, phòng ngừa biến chứng. Những phát hiện gần đây cho thấy các can thiệp dinh dưỡng có khả năng cải thiện kết quả điều trị ở bệnh nhân ST bị SDD hoặc có nguy cơ SDD, từ đó ghi nhận sự kết hợp giữa can thiệp dinh dưỡng với phương pháp điều trị thông thường đã dẫn đến giảm tỷ lệ tử vong và tỷ lệ tái nhập viện.

Chính vì vậy cùng với hoạt động khám bệnh, kê đơn điều trị và chăm sóc điều dưỡng, việc đánh giá nguy cơ SDD và cung cấp chế độ ăn phù hợp, bảo đảm nhu cầu dinh dưỡng cho bệnh nhân ST là hết sức cần thiết. Nhằm góp phần trong đánh giá, cung cấp tư liệu khoa học để cải thiện tình trạng dinh dưỡng, nâng cao sức khỏe của bệnh nhân ST tại bệnh viện nói riêng và trên phạm vi cả nước nói chung, chúng tôi thực hiện đề tài “Tình trạng dinh dưỡng và thói quen ăn uống của bệnh nhân suy tim đang điều trị tại Bệnh viện Trường Đại học Y - Dược Huế” với 2 mục tiêu: (1) Đánh giá tình trạng dinh dưỡng của bệnh nhân suy tim đang điều trị ở Bệnh viện Trường Đại học Y - Dược Huế; (2) Mô tả một số thói quen ăn uống và một số yếu tố liên quan đến tình trạng dinh dưỡng của đối tượng nghiên cứu.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

- *Tiêu chuẩn lựa chọn*: Người bệnh đủ từ 18 tuổi trở lên, được bác sĩ chẩn đoán ST ở sở khám bệnh/bệnh án khi đến khám hoặc đang điều trị tại Bệnh viện Trường Đại học Y - Dược Huế, đồng ý tham gia nghiên cứu.

- *Tiêu chuẩn loại trừ*: Bệnh nhân đang trong tình trạng không tỉnh táo, khó tiếp xúc hoặc mất khả năng nghe nói, giao tiếp, có tiền sử bệnh lý tâm thần. Chỉ thu thập thông tin từ bệnh nhân lần đầu đến khám hoặc nhập viện trong thời gian nghiên cứu; loại trừ các trường hợp tái khám hoặc tái nhập viện đã tham gia nghiên cứu trước đó.

2.2. Thời gian và địa điểm nghiên cứu

Nghiên cứu được thực hiện tại Phòng Khám Nội và Khoa Nội Tim Mạch, Bệnh viện Trường Đại học Y - Dược Huế từ tháng 10/2024 đến tháng 01/2025.

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

2.4. Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu

Nghiên cứu áp dụng phương pháp chọn mẫu toàn bộ để đảm bảo tính đại diện, với cỡ mẫu ước tính ban đầu là 200 bệnh nhân.

Trong quá trình thu thập, tổng số bệnh nhân đáp ứng tiêu chí lựa chọn đạt 217 bệnh nhân.

2.5. Phương pháp thu thập số liệu

Đối tượng nghiên cứu đến khám/điều trị tại Bệnh viện Trường Đại học Y - Dược Huế thỏa mãn các tiêu chuẩn lựa chọn sẽ được mời tham gia vào nghiên cứu. Bệnh nhân tham gia nghiên cứu được giải thích cụ thể về nội dung, mục đích của nghiên cứu. Sau khi người bệnh đồng

ý tự nguyện tham gia nghiên cứu, điều tra viên tiến hành phỏng vấn trực tiếp và thu thập số liệu dựa vào bộ công cụ đã chuẩn bị sẵn.

2.6. *Biến số nghiên cứu*

- Thông tin về nhân khẩu - xã hội, một số thông tin về bệnh ST đang điều trị của bệnh nhân.
- Đánh giá tình trạng dinh dưỡng của bệnh nhân:

Đánh giá tình trạng dinh dưỡng bằng chỉ số khối cơ thể (BMI): Theo phân loại khuyến cáo của Tổ chức Y tế Thế giới (WHO) và Hiệp hội đại tháo đường các nước Châu Á (IDI & WPRO): BMI < 18,5 được tính là SDD.

Đánh giá tình trạng dinh dưỡng bằng công cụ Đánh giá chủ quan toàn diện (SGA): SGA gồm 2 phần chính là bệnh sử và khám lâm sàng. Phần bệnh sử bao gồm các tiêu mục: thay đổi cân nặng trong 6 tháng qua, thay đổi cân nặng trong 2 tuần qua, khẩu phần ăn, triệu chứng hệ tiêu hóa kéo dài trên 2 tuần, giảm chức năng, nhu cầu về chuyển hóa. Phần khám lâm sàng bao gồm mất lớp mỡ dưới da, teo cơ, phù, cổ chướng. Sàng lọc dinh dưỡng lâm sàng theo thang điểm SGA chấm điểm từ 0 – 12, phân loại: SGA A - tình trạng dinh dưỡng bình thường (9 – 12 điểm); SGA B - SDD nhẹ, vừa hoặc nghi ngờ (4 – 8 điểm) và SGA C - SDD nặng (0 – 3 điểm). Trong nghiên cứu của chúng tôi, bệnh nhân được xác định bị SDD khi tổng điểm SGA ≤ 8 điểm.

- Thói quen ăn uống

Tần suất tiêu thụ một số thực phẩm: gồm 17 biến số về một số thực phẩm thông thường và một số thực phẩm có hàm lượng natri cao, với 6 mức độ sử dụng là không bao giờ, hiếm

khi (<1 lần/tháng), thỉnh thoảng (1 – 3 lần/tháng), 1 – 3 lần/tuần, 4 – 6 lần/tuần và mỗi ngày. Trong phân tích liên quan chia thành ba mức độ: không bao giờ/hiếm khi, thỉnh thoảng và thường xuyên (bao gồm: 1 – 3 lần/tuần, 4 – 6 lần/tuần và mỗi ngày).

Lượng nước bệnh nhân uống mỗi ngày: là lượng nước bệnh nhân uống mỗi ngày bao gồm tất cả các loại nước lọc, trà, chè, canh, nước trái cây,....

Sở thích ăn mặn: được đánh giá chủ quan dựa vào sở thích ăn uống của bệnh nhân, bao gồm: Có; Không.

Các loại nước chấm trong bữa ăn của bệnh nhân: không có, muối, nước mắm, xì dầu, hạt nêm, bột canh, muối tôm, tương ớt, tương cà chế biến sẵn, khác (ghi rõ).

Tự đánh giá lượng muối tiêu thụ hàng ngày so với nhu cầu: dựa vào sự đánh giá chủ quan của bệnh nhân, bao gồm: Không biết; Ít hơn; Vừa đủ; Nhiều hơn.

Có thói quen ăn mặn: được đánh giá dựa vào sở thích ăn mặn, việc thường sử dụng nước chấm trong các bữa ăn và tự đánh giá lượng muối tiêu thụ hàng ngày nhiều hơn mức bình thường của bệnh nhân, nếu bệnh nhân có 2 – 3 yếu tố trên được đánh giá là “có thói quen ăn mặn” và ngược lại nếu chỉ có 1 trong 3 yếu tố hoặc không có cả 3 yếu tố thì được đánh giá là “không có thói quen ăn mặn”.

Số đơn vị trái cây sử dụng trong ngày: số đơn vị trái cây thường được bệnh nhân tiêu thụ mỗi ngày. Theo khuyến nghị của Viện Dinh dưỡng Quốc gia chia thành: Đủ theo khuyến nghị (≥ 3 đơn vị); Không đủ theo khuyến nghị

(< 3 đơn vị). Sử dụng hình ảnh để minh họa lượng trái cây tiêu thụ. 1 đơn vị trái cây = 1 miếng dưa hấu = 1 quả ổi cỡ nhỏ = 1 quả quýt = 1 quả chuối tiêu cỡ trung bình = 3 múi bưởi cỡ trung bình = 10 quả nho ngọt = 1 má xoài chín.

Lượng rau củ tiêu thụ trong ngày: lượng rau củ thường được bệnh nhân tiêu thụ mỗi ngày. Theo khuyến nghị của Viện Dinh dưỡng Quốc gia chia thành: Đủ theo khuyến nghị (≥ 3 đơn vị); Không đủ theo khuyến nghị (< 3 đơn vị). Sử dụng hình ảnh để minh họa lượng rau củ tiêu thụ. Đơn vị chuẩn tương đương với 80 gam rau củ, 1 đơn vị rau = một chén rau sống, lá xanh = nửa chén rau sống đã nấu chín hoặc cắt nhỏ = nửa chén nước ép rau.

Tình hình sử dụng rượu bia: đánh giá dựa vào tổng điểm 3 câu hỏi theo thang đo AUDIT – C, chia thành 3 nhóm: Không uống rượu bia (0 điểm); Uống ở mức nguy cơ thấp (1 – 7 điểm); Uống ở mức nguy cơ cao (≥ 8 điểm).

Khẩu phần ăn trong 24 giờ: hỏi tất cả những gì mà đối tượng đã ăn kể cả uống tính từ thời điểm buổi sáng ngày hôm qua thức dậy đến sáng hôm nay (trong 24 giờ). Khẩu phần ăn được phân tích theo năng lượng (kcal) và thành phần 3 nhóm chất sinh năng lượng (protein, lipid, glucid). Dựa theo khuyến nghị dinh dưỡng cho bệnh nhân ST, trong phân tích liên quan thì năng lượng, protein, lipid và glucid phân thành 2 nhóm: đạt và không đạt. Cụ thể, năng lượng đạt với 25 – 30 kcal/kg/ngày, glucid đạt khi chiếm 55 – 65% năng lượng tổng số, protein đạt với 1,2 – 1,5 g/kg/ngày và lipid đạt khi chiếm 15 – 20% năng lượng tổng số.⁶

Một số thói quen về nấu ăn: người đảm nhiệm các bữa ăn cho bệnh nhân; điều chỉnh

cách nêm nếm, lượng gia vị khi nấu ăn sau khi mắc bệnh; sử dụng muỗng (thìa) có vạch chia/ml để đo đếm gia vị khi nấu ăn; việc nêm nếm thức ăn; các loại gia vị thường dùng, loại dầu ăn đang sử dụng khi nấu ăn; sử dụng dầu ăn để chiên đi chiên lại; đọc nhãn thực phẩm khi mua thực phẩm từ cửa hàng; những thông tin thường đọc trên nhãn mác thực phẩm.

- Một số thói quen về sinh hoạt hàng ngày: hút thuốc, vận động thể lực ít nhất 30 phút/ngày, theo dõi cân nặng của mình.

2.7. Phương pháp xử lý số liệu

Số liệu đã thu thập được nhập bằng phần mềm Epidata 3.1. Xử lý số liệu bằng phần mềm SPSS 20.0. Sử dụng thống kê mô tả, sử dụng mô hình hồi quy đa biến logistic để kiểm định các yếu tố liên quan đến tình trạng dinh dưỡng ở đối tượng nghiên cứu.

2.8. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu được thông qua Hội đồng khoa học công nghệ Trường Đại học Y - Dược, Đại học Huế (số 3545/QĐ-ĐHYD, ngày 26 tháng 07 năm 2024). Tất cả đối tượng nghiên cứu được giải thích rõ ràng về mục đích, nội dung nghiên cứu và tham gia một cách tự nguyện. Nghiên cứu được thực hiện trên tinh thần tôn trọng bí mật riêng tư của đối tượng nghiên cứu.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

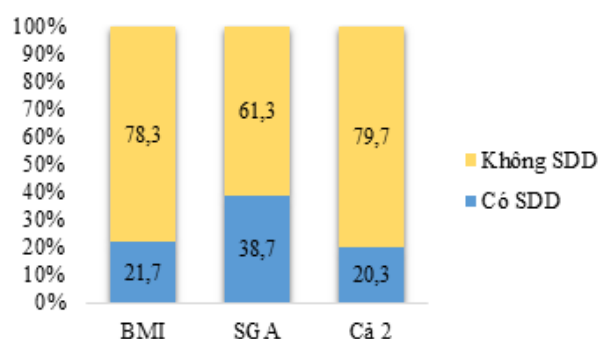
Bệnh nhân chủ yếu là người cao tuổi, chiếm 80,2%, với độ tuổi trung bình là $69,5 \pm 13,5$ tuổi. Hơn một nửa bệnh nhân là nam giới (55,8%), đa số bệnh nhân thuộc dân tộc kinh

(99,1%). Phần lớn bệnh nhân không theo tôn giáo (61,8%), bệnh nhân sống ở thành thị chiếm hơn 50%. Trình độ học vấn của bệnh nhân từ THCS – THPT chiếm ưu thế với 52,1%, bệnh nhân có nghề nghiệp với mức thu nhập ổn định chiếm tỷ lệ khá thấp (17,1%). Tỷ lệ bệnh nhân đã kết hôn là 74,7%, tỷ lệ bệnh nhân sống với gia đình, người thân chiếm 92,6%. Chỉ 8,8% bệnh nhân có tình trạng kinh tế thuộc hộ nghèo/cận nghèo và hầu hết bệnh nhân có đăng ký BHYT, chiếm 99,1%.

Hơn một nửa bệnh nhân điều trị ngoại trú (52,1%), với hoàn cảnh phát hiện bệnh chủ yếu là chủ động đi khám do nghi ngờ (53,0%). Thời gian mắc bệnh ST phần lớn là từ 1 đến 5 năm (52,1%), bệnh nhân không mắc bệnh kèm chỉ chiếm 39,6%. Hầu hết bệnh nhân có sử dụng thuốc để điều trị bệnh (98,6%), bệnh nhân đa số sử dụng thuốc do bác sĩ/NVYT kê đơn (97,2%), bệnh nhân điều trị liên tục chiếm tỷ lệ cao với 95,9%.

3.2. Tình trạng dinh dưỡng của đối tượng nghiên cứu

3.2.1. Tình trạng dinh dưỡng chung của đối tượng nghiên cứu



Biểu đồ 1. Tình trạng dinh dưỡng của đối tượng nghiên cứu

Tỷ lệ bệnh nhân bị SDD theo các phương pháp đánh giá BMI, SGA và kết hợp cả hai lần lượt là 21,7%; 38,7% và 20,3%.

3.2.2. Tình trạng dinh dưỡng của đối tượng nghiên cứu đánh giá bằng BMI so với SGA

Bảng 1. Tình trạng dinh dưỡng của đối tượng nghiên cứu đánh giá bằng BMI so với SGA

BMI	Không SDD		Có SDD		Tổng	χ^2 , p
	n	%	n	%		
SGA						
Không SDD	130	97,7	3	2,3	133	$\chi^2=54,434$ p < 0,001
Có SDD	40	47,6	44	52,4	84	

Tỷ lệ bệnh nhân vừa SDD theo BMI vừa SDD theo SGA khá cao (chiếm 52,4%); 47,6% bệnh nhân SDD theo SGA nhưng lại không SDD theo BMI và 2,3% bệnh nhân không bị SDD theo SGA nhưng lại SDD theo BMI (p<0,05).

3.3. Một số thói quen ăn uống của đối tượng nghiên cứu

3.3.1. Tần suất tiêu thụ một số thực phẩm

Kết quả nghiên cứu cho thấy những thực phẩm được bệnh nhân sử dụng nhiều với tần suất ít nhất 1 lần/tuần bao gồm cá, sữa/sữa chua, thịt đỏ, thịt trắng và trứng (với tỷ lệ lần lượt là 54,0%; 51,1%; 50,7%; 46,6% và 38,2%). Một số thực phẩm có hàm lượng natri cao như thịt chế biến sẵn; thịt/cá khô, gác bếp,...; đồ ăn ngâm muối; các loại mắm vẫn còn được bệnh nhân sử dụng với tần suất từ 1 lần/tuần trở lên, chiếm các tỷ lệ khá cao, lần lượt là 13,8%; 14,3%; 15,7% và 19,8%.

3.3.2. Khẩu phần ăn 24 giờ

Năng lượng trung bình khẩu phần ăn của bệnh nhân là $1592,4 \pm 371,4$ kcal/ngày. Lượng

| TỔNG QUAN & NGHIÊN CỨU |

protein, lipid, glucid trung bình mà bệnh nhân ăn vào lần lượt là $59,6 \pm 12,9$ g/ngày; $35,8 \pm 8,84$ g/ngày và $258,1 \pm 71,6$ g/ngày. Hơn 1/3 bệnh nhân không đạt nhu cầu năng lượng; 41,5% bệnh nhân không đạt nhu cầu protein; 54,4% bệnh nhân không đạt nhu cầu lipid và hơn 70% bệnh nhân không đạt nhu cầu glucid theo khuyến nghị.

Bảng 2. So sánh giá trị dinh dưỡng khẩu phần 24 giờ so với khuyến nghị dinh dưỡng cho bệnh nhân ST

Đặc điểm		Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Đạt nhu cầu năng lượng (kcal/ngày)	Đạt	139	64,1
	Không đạt	78	35,9
	Trung bình $\pm$ Độ lệch chuẩn	$1592,4 \pm 371,4$	
Đạt nhu cầu protein (g/ngày)	Đạt	127	58,5
	Không đạt	90	41,5
	Trung bình $\pm$ Độ lệch chuẩn	$59,6 \pm 12,9$	
Đạt nhu cầu lipid (g/ngày)	Đạt	102	45,6
	Không đạt	115	54,4
	Trung bình $\pm$ Độ lệch chuẩn	$35,8 \pm 8,84$	
Đạt nhu cầu glucid (g/ngày)	Đạt	61	28,1
	Không đạt	156	71,9
	Trung bình $\pm$ Độ lệch chuẩn	$258,1 \pm 71,6$	

3.4. Một số yếu tố liên quan đến tình trạng dinh dưỡng của đối tượng nghiên cứu

Kết quả từ mô hình hồi quy logistic đa biến cho thấy các yếu tố có liên quan đến tình trạng dinh

dưỡng theo phân loại SGA bao gồm nhóm tuổi, giới tính, nghề nghiệp, tần suất uống cà phê, uống rượu bia, đạt nhu cầu năng lượng theo khuyến nghị, người chế biến các bữa ăn cho bệnh nhân và việc nêm nếm thức ăn với $p < 0,05$.

Bảng 3. Mô hình hồi quy logistic đa biến kiểm định các yếu tố liên quan đến tình trạng dinh dưỡng theo phân loại SGA

Biến độc lập		OR	IC.95%	p
Nhóm tuổi	18 - 59	1	-	0,005
	≥ 60	12,01	2,15 – 67,00	
Giới tính	Nam	1	-	0,002
	Nữ	8,74	2,27 – 33,68	
Nghề nghiệp	Có thu nhập ổn định	1	-	0,417
	Có thu nhập không ổn định	2,16	0,34 – 13,89	
	Không có thu nhập	7,53	1,24 – 45,78	
Hoàn cảnh điều trị	Nội trú	1	-	0,808
	Ngoại trú	1,15	0,38 – 3,45	

Biến độc lập		OR	IC.95%	p
Bệnh kèm	Không	1	-	0,559
	Có	1,41	0,45 – 4,47	
Lượng nước bệnh nhân uống mỗi ngày	< 1 lít	1	-	0,186
	1 – < 1,5 lít	3,62	0,54 – 24,30	
	≥ 1,5 lít	1,05	0,18 – 6,29	
Sử dụng viên uống, TPCN bổ sung sắt	Không	1	-	0,082
	Có	0,20	0,03 – 1,23	
Được đánh giá là có thói quen ăn mặn	Không	1	-	0,056
	Có	3,06	0,97 – 9,62	
Lượng rau củ tiêu thụ trong ngày	≥ 5 khẩu phần rau	1	-	0,977
	< 5 khẩu phần rau	1,03	0,13 – 8,21	
Tần suất uống cà phê	Không bao giờ/hiếm khi	1	-	0,027
	Thỉnh thoảng	7,55	1,27 – 45,05	
	Thường xuyên/mỗi ngày	11,60	3,32 – 40,61	
Uống rượu bia	Không uống	1	-	0,007
	Uống ở mức nguy cơ thấp	4,69	1,52 – 14,45	
	Uống ở mức nguy cơ cao	11,96	1,49 – 96,08	
Đạt nhu cầu năng lượng theo khuyến nghị	Đạt	1	-	<0,001
	Không đạt	11,29	4,14 – 30,82	
Người chế biến các bữa ăn cho bệnh nhân	Tự chế biến	1	-	0,020
	Người khác chế biến	5,68	1,31 – 24,63	
Nằm nệm thức ăn dựa vào	Thói quen/Sở thích	1	-	0,044
	Đong đếm	0,10	0,01 – 0,94	
Vận động thể dục ít nhất 30 phút/ngày	Không bao giờ/hiếm khi	1	-	0,148
	Thỉnh thoảng	0,43	0,14 – 1,35	
	Thường xuyên/luôn luôn	0,36	0,09 – 1,50	

4. BÀN LUẬN

4.1. Đánh giá tình trạng dinh dưỡng của đối tượng nghiên cứu

Kết quả nghiên cứu cho thấy có 21,7% bệnh nhân ST bị SDD theo phương pháp đánh giá BMI. Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Nguyễn Thị Huế và cộng sự (2020) tại khoa Cấp cứu và Hồi sức tích cực Viện Tim Mạch Việt Nam với tỷ lệ bệnh nhân ST bị SDD là 20,4%.⁷ Tuy nhiên kết quả này cao hơn so

với nghiên cứu của Đỗ Thị Hiến và cộng sự năm 2022 tại Bệnh viện Trung ương Quân đội 108 (6,2%) và thấp hơn so với một nghiên cứu khác của Đỗ Bích Thủy và cộng sự năm 2018 tại Bệnh viện Tim Hà Nội (25,5%).^{5,8} Khi đánh giá tình trạng dinh dưỡng của bệnh nhân theo phương pháp SGA, nghiên cứu ghi nhận 38,7% bệnh nhân bị SDD. Kết quả tương tự nghiên cứu của Đỗ Bích Thủy và cộng sự năm 2018 tại bệnh viện tim Hà Nội (39,2%). Tỷ lệ SDD trong nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn so với

một số nghiên cứu trước đây, nghiên cứu của Đỗ Thị Hiền và cộng sự vào năm 2022 tại Bệnh viện Trung ương Quân đội 108 cho thấy 56,2% bệnh nhân bị SDD, nghiên cứu của Tạ Thị Như Quỳnh và cộng sự năm 2024 tại Trung tâm Tim mạch Bệnh viện E ghi nhận 57,3% bệnh nhân bị SDD.⁹ Bên cạnh đó, nghiên cứu của chúng tôi cũng cho thấy có 20,3% bệnh nhân bị SDD khi được đánh giá theo cả 2 phương pháp BMI và SGA.

Nghiên cứu của chúng tôi chỉ ra có mối liên quan có ý nghĩa thống kê (với $p < 0,001$) giữa tình trạng dinh dưỡng theo BMI và SGA. Kết quả cho thấy 47,6% bệnh nhân SDD theo SGA nhưng lại không SDD theo BMI; 2,3% bệnh nhân không bị SDD theo SGA nhưng lại SDD theo BMI và tỷ lệ bệnh nhân vừa SDD theo BMI vừa SDD theo SGA chiếm 52,4%. Sự khác biệt này có thể được lý giải do BMI chỉ phản ánh chỉ số khối cơ thể tại một thời điểm và khó phát hiện tình trạng sụt cân gần đây hoặc thay đổi thành phần cơ thể, đặc biệt ở bệnh nhân có phù hoặc giữ nước. Ngược lại, SGA là công cụ lâm sàng toàn diện, do đó có độ nhạy cao hơn trong phát hiện SDD nhất là ở giai đoạn sớm. Điều này cũng được ghi nhận trong nghiên cứu của của Đỗ Bích Thủy và cộng sự (2018) tại Bệnh viện Tim Hà Nội.⁸

4.2. Một số thói quen ăn uống của đối tượng nghiên cứu

Một số thực phẩm có hàm lượng natri cao như thịt chế biến sẵn; thịt/cá khô, gác bếp,...; đồ ăn ngâm muối; các loại mắm vẫn còn được bệnh nhân sử dụng nhiều với tần suất từ 1 lần/tuần trở lên, chiếm các tỷ lệ khá cao lần lượt là 13,8%; 14,3%; 15,7% và 19,8%. Điều này có

thể cho thấy rằng việc tuân thủ đối với khuyến nghị hạn chế natri ở bệnh nhân ST trong nghiên cứu của chúng tôi còn hạn chế. Theo khuyến cáo truyền thống về chế độ ăn uống để quản lý ST nên tập trung vào việc hạn chế natri, bằng chứng cho thấy bệnh nhân ST tiêu thụ nhiều natri có nguy cơ nhập viện sớm do ST mất bù cao hơn so với bệnh nhân tiêu thụ ít natri trong chế độ ăn uống.¹⁰ Mặc dù vậy, việc hạn chế natri nghiêm ngặt có thể dẫn đến giảm độ ngon miệng và lượng hấp thụ nói chung, do đó làm tăng nguy cơ thiếu hụt dinh dưỡng. Từ đó cho thấy việc cá nhân hóa theo khuyến nghị về natri cho bệnh nhân ST là rất quan trọng.

Kết quả phân tích cho thấy năng lượng trung bình khẩu phần ăn của bệnh nhân ST là $1592,4 \pm 371,4$ kcal/ngày. Kết quả thấp hơn so với nghiên cứu của Zhang Fang và cộng sự, với mức năng lượng trung bình khẩu phần ăn của bệnh nhân ST là 1617 kcal/ngày.¹¹ Mặt khác kết quả này lại cao hơn so với nghiên cứu của F. Donner Alves, với năng lượng trung bình khẩu phần ăn của bệnh nhân ST được ghi nhận là 1573 kcal/ngày.¹² Bên cạnh đó, so với kết quả nghiên cứu của F. Donner Alves, kết quả cho thấy lượng protein và lượng lipid mà bệnh nhân ăn vào có phần thấp hơn, trong khi đó lượng glucid mà bệnh nhân ăn vào có phần cao hơn nhiều.¹²

Khi so sánh các chất tạo năng lượng theo chế độ ăn 24 giờ theo mức tiêu thụ khuyến nghị, kết quả chỉ ra có hơn 1/3 bệnh nhân không không đạt nhu cầu năng lượng theo khuyến nghị. Tuy nhiên tình trạng mất cân bằng so với mức khuyến nghị được thể hiện rõ hơn ở các nhóm chất dinh dưỡng đa lượng sinh năng lượng, kết

qua chỉ ra rằng có đến 41,5% bệnh nhân không đạt nhu cầu protein, 54,4% bệnh nhân không đạt nhu cầu lipid và hơn 70% bệnh nhân không đạt nhu cầu glucid theo khuyến nghị. Việc cân bằng năng lượng và tỷ lệ hợp lý giữa các chất dinh dưỡng đa lượng theo khuyến nghị ở bệnh nhân ST giúp hạn chế tình trạng SDD, góp phần cải thiện bệnh lý, chất lượng cuộc sống và cần thiết xây dựng một chế độ ăn uống khoa học, đáp ứng đúng nhu cầu dinh dưỡng hàng ngày.

4.3. Một số yếu tố liên quan đến tình trạng dinh dưỡng của đối tượng nghiên cứu

Kết quả từ mô hình hồi quy logistic đa biến cho thấy các yếu tố liên quan đến tình trạng dinh dưỡng theo phân loại SGA của bệnh nhân ST bao gồm: nhóm tuổi, giới tính, nghề nghiệp, tần suất uống cà phê, uống rượu bia, nhu cầu năng lượng theo khuyến nghị, người chế biến/nấu các bữa ăn hàng ngày cho bệnh nhân và việc nêm nếm thức ăn với $p < 0,05$.

Trong nghiên cứu của chúng tôi bệnh nhân từ 60 tuổi trở lên có nguy cơ SDD cao gấp 12,01 lần so với nhóm bệnh nhân dưới 60 tuổi. Kết quả tương đồng với kết quả nghiên cứu của Shirley Sze MBBS và cộng sự.¹³ Nguy cơ SDD tăng theo tuổi tác, tình trạng suy nhược và bệnh đi kèm, nguy cơ này cao đến mức tỷ lệ mắc bệnh là khoảng 40% trong môi trường cộng đồng và có thể vượt quá 70% trong bối cảnh ST cấp mất bù. Bên cạnh đó, nghiên cứu của Takuro Abe và cộng sự cũng chỉ ra thêm SDD và suy nhược cơ thể có thể cùng tồn tại ở khoảng một phần tư bệnh nhân lớn tuổi nhập viện vì ST và có liên quan đến nguy cơ tử vong cao hơn.¹⁴

Nghiên cứu cho thấy bệnh nhân nữ có nguy cơ SDD cao gấp 8,74 lần so với bệnh nhân nam.

Điều này tương tự với một nghiên cứu tại Bệnh viện Trung ương Quân đội 108, ghi nhận tỷ lệ bệnh nhân nữ bị SDD cao hơn bệnh nhân nam.⁵ Nữ giới bị ST thường có nguy cơ SDD cao hơn so với nam giới, có thể giải thích cho điều này bởi sự thay đổi sinh lý, nội tiết tố, tình trạng sức khỏe và tâm lý. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi phù hợp với một số nghiên cứu trước đây như nghiên cứu của Noha M. Beleh, Shih-Chieh Chien.^{15,16}

SDD là một trong những nguyên nhân dẫn đến tàn tật và tử vong, đồng thời tạo ra gánh nặng đáng kể cho cộng đồng, đặc biệt ở những người thuộc tầng lớp kinh tế xã hội thấp. Nhiều nghiên cứu đã cho thấy nghèo đói và SDD có mối quan hệ mật thiết với nhau, với cả hai yếu tố vừa là nguyên nhân vừa là hậu quả của nhau. Mức thu nhập thấp góp phần đáng kể vào tình trạng SDD ở những bệnh nhân mắc bệnh lý tim mạch, thậm chí có thể đặt ra thêm những gánh nặng. Nghiên cứu của chúng tôi cũng chỉ ra rằng bệnh nhân không có thu nhập có nguy cơ SDD cao gấp 7,53 lần so với nhóm bệnh nhân có thu nhập ổn định.

Các nhóm dân số nhạy cảm như phụ nữ mang thai, trẻ em, người lớn tuổi và những người có tiền sử bệnh tim có thể gặp phải tác dụng không tốt khi tiêu thụ caffeine với liều lượng cao. Kết quả của chúng tôi ghi nhận tần suất uống cà phê có liên quan đến tình trạng SDD ở bệnh nhân ST, những bệnh nhân thỉnh thoảng uống cà phê, thường xuyên/mỗi ngày uống cà phê có nguy cơ SDD cao hơn lần lượt 7,55 và 11,60 lần so với những bệnh nhân không uống hoặc hiếm khi uống. Caffeine có thể gây ra tình trạng thiếu hụt chất dinh dưỡng quan trọng và cản trở sự hấp thụ chất dinh dưỡng của các khoáng chất

thiết yếu như canxi, sắt, magiê và vitamin B.

Rượu bia có tác động đáng kể đến quá trình tiêu hóa, hấp thụ và chuyển hóa chất dinh dưỡng, có thể dẫn đến thiếu hụt vi chất dinh dưỡng và phát triển bệnh mãn tính. Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy bệnh nhân uống rượu bia ở mức nguy cơ thấp có nguy cơ SDD cao gấp 4,69 lần và bệnh nhân uống rượu bia ở mức nguy cơ cao có nguy cơ SDD cao gấp 11,96 lần so với những bệnh nhân không uống. Kết quả tương đồng với một nghiên cứu trước đây tại khoa Nội tim mạch - Bệnh viện Trung ương Quân đội 108 năm 2022, ghi nhận người bệnh lạm dụng rượu bia có nguy cơ SDD vừa và nặng cao hơn nhóm không lạm dụng rượu bia (cao hơn 5,3 lần).⁵

Lượng thức ăn nạp vào giảm được xem là yếu tố nguyên nhân quan trọng nhất trong SDD liên quan đến bệnh tật. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi góp phần làm rõ mối quan hệ giữa nhu cầu năng lượng và SDD, cho thấy rằng bệnh nhân không đạt nhu cầu năng lượng theo khuyến nghị có nguy cơ SDD cao gấp 11,29 lần so với bệnh nhân đạt nhu cầu năng lượng theo khuyến nghị. Một cuộc khảo sát kéo dài được thực hiện tại một bệnh viện ở Đức cũng đã chỉ ra lượng thức ăn nạp vào thấp gần đây, hiện tại và cả trước khi nhập viện có liên quan nhiều hơn đến tình trạng SDD.¹⁷ Những bệnh nhân nạp vào không đủ calo có kết quả lâm sàng tệ hơn đáng kể, chất lượng cuộc sống giảm, nguy cơ tử vong và tái nhập viện tăng lên do ST nặng hơn.

Việc ăn các bữa ăn nấu tại nhà thường xuyên hơn có liên quan đến chất lượng chế độ ăn uống tốt hơn. Một nghiên cứu trước đây chỉ ra rằng tần suất tiêu thụ các bữa ăn nấu tại nhà tăng

lên có liên quan với các dấu hiệu của chế độ ăn uống lành mạnh hơn và các chỉ số cải thiện sức khỏe tim mạch chuyển hóa.¹⁸ Nghiên cứu của chúng tôi phát hiện so với bệnh nhân tự chế biến/nấu các bữa ăn hàng ngày thì bệnh nhân được người khác chế biến/nấu các bữa ăn hàng ngày có nguy cơ SDD cao gấp 5,68 lần và việc nếm nếm thức ăn dựa vào đồng đếm có nguy cơ SDD thấp hơn 0,10 lần so với việc nếm nếm thức ăn dựa vào thói quen và sở thích. Trong nghiên cứu của Marla Reicks và cộng sự, cũng ghi nhận rằng các can thiệp liên quan đến việc chuẩn bị và/hoặc nấu ăn tại nhà có thể dẫn đến kết quả tốt hơn về chế độ ăn uống và các kết quả liên quan đến sức khỏe.¹⁹

Nghiên cứu tồn tại một số hạn chế như nguy cơ sai số hồi cứu do thông tin thu thập từ trí nhớ bệnh nhân, một số biến số mang tính chủ quan phụ thuộc cảm nhận cá nhân, cỡ mẫu còn hạn chế vì thời gian nghiên cứu ngắn, đồng thời thiết kế cắt ngang chỉ phản ánh tình trạng dinh dưỡng tại một thời điểm nên chưa thể xác định mối quan hệ nhân quả giữa các yếu tố

5. KẾT LUẬN VÀ KHUYẾN NGHỊ

Nghiên cứu cho thấy SDD vẫn còn phổ biến ở bệnh nhân ST và chịu ảnh hưởng bởi nhiều yếu tố nhân khẩu học, nghề nghiệp và thói quen ăn uống. Điều này nhấn mạnh nhu cầu xây dựng chế độ dinh dưỡng khoa học, cân đối năng lượng và các chất dinh dưỡng, đồng thời hạn chế các thực phẩm bất lợi. Sự phối hợp giữa đội ngũ y tế và gia đình, đặc biệt là người trực tiếp chế biến bữa ăn, đóng vai trò quan trọng trong việc cải thiện tình trạng dinh dưỡng, nâng cao hiệu quả điều trị và chất lượng sống cho bệnh nhân.

6. XUNG ĐỘT LỢI ÍCH TÁC GIẢ

Các tác giả khẳng định không có xung đột lợi ích đối với các nghiên cứu, tác giả, và/hoặc xuất bản bài báo.

7. TÀI TRỢ

Nghiên cứu này không nhận được bất kỳ nguồn tài trợ nào từ bên ngoài.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Shahim B, Kapelios CJ, Savarese G, Lund LH. Global public health burden of heart failure: an updated review. *Cardiac Failure Review*. 2023;9.
2. Lengfelder L, Mahlke S, Moore L, Zhang X, Williams III G, Lee J. Prevalence and impact of malnutrition on length of stay, readmission, and discharge destination. *Journal of Parenteral Enteral Nutrition*. 2022;46(6):1335-1342.
3. Weidenhammer A, Prausmueller S, Spinka G, et al. Malnutrition in patients with chronic heart failure. *European Heart Journal*. 2022;43(Supplement_2):ehac544. 1056.
4. Lv S, Ru S. The prevalence of malnutrition and its effects on the all-cause mortality among patients with heart failure: A systematic review and meta-analysis. *PLoS One*. 2021;16(10):e0259300.
5. Đỗ Thị Hiên, Phạm Trường Sơn, Nguyễn Thanh Hải, et al. Tình trạng dinh dưỡng của bệnh nhân suy tim điều trị nội trú tại Khoa Nội tim mạch, Bệnh viện Trung ương Quân đội 108 năm 2022. *Journal of 108 - Clinical Medicine and Pharmacy*. 2022(17(DB8)).
6. Lê Thị Hương, Nguyễn Lâm Hiếu. Dinh dưỡng trong điều trị nội khoa. 2022.
7. Nguyễn Thị Huế, Phạm Minh Tuấn. Tình trạng dinh dưỡng và thực trạng nuôi dưỡng của bệnh nhân suy tim cấp tại Viện Tim mạch Việt Nam 2020. *Tạp chí Nghiên cứu Y học*. 2022(149(1)):50-59.
8. Thuỷ Đỗ Bích Thuỷ, Trần Thị Phúc Nguyệt, Chu Thị Tuyết. Tình trạng dinh dưỡng của bệnh nhân suy tim tại Bệnh viện Tim Hà Nội năm 2018. *Tạp chí Dinh dưỡng và Thực phẩm*. 2022;15, 2 (tháng 7 2022):35-41.
9. Tạ Thị Như Quỳnh, Phan Thảo Nguyên, Nguyễn Quang Dũng. Tình trạng dinh dưỡng và một số yếu tố liên quan ở người bệnh suy tim tại Trung tâm Tim mạch Bệnh viện E năm 2023-2024. *Tạp Chí Y học Cộng đồng*. 2024(65(CĐ 7)).
10. Arcand J, Ivanov J, Sasson A, et al. A high-sodium diet is associated with acute decompensated heart failure in ambulatory heart failure patients: a prospective follow-up study. *The American journal of clinical nutrition*. 2011;93(2):332-337.
11. Fang Z, Wang Z, Cao X, et al. Association between energy intake patterns and outcome in US heart failure patients. *Frontiers in Cardiovascular Medicine*. 2022;9:1019797.
12. Alves FD, Souza GC, Brunetto S, Perry IS, Biolo A. Nutritional orientation, knowledge and quality of diet in heart failure; randomized clinical trial. *Nutricion hospitalaria*. 2012;27(2):441-448.
13. Sze S, Pellicori P, Kazmi S, et al. Prevalence and prognostic significance of malnutrition using 3 scoring systems among outpatients with heart failure: a comparison with body mass index. *JACC: Heart Failure*. 2018;6(6):476-486.
14. Abe T, Jujo K, Fujimoto Y, et al. Overlap of frailty and malnutrition as prognosticators in older patients with heart failure. *American Heart Journal Plus: Cardiology Research Prac-*

tice. 2024;46:100467.

15. Beleh NM, Garg N, Humphrey L, et al. Malnutrition Risk In Patients With Heart Failure With Preserved Ejection Fraction. *Journal of Cardiac Failure*. 2020;26(10):S54.

16. Chien S-C, Chandramouli C, Lo C-I, et al. Associations of obesity and malnutrition with cardiac remodeling and cardiovascular outcomes in Asian adults: a cohort study. *PLoS medicine*. 2021;18(6):e1003661.

17. Böhne SEJ, Hiesmayr M, Sulz I, Tarantino S, Wirth R, Volkert D. Recent and current low food intake—prevalence and associated factors in hospital patients from different medical specialities. *European Journal of Clinical Nutrition*. 2022;76(10):1440-1448.

18. Mills S, Brown H, Wrieden W, White M, Adams J. Frequency of eating home cooked meals and potential benefits for diet and health: cross-sectional analysis of a population-based cohort study. *International Journal of Behavioral Nutrition Physical Activity*. 2017;14:1-11.

19. Reicks M, Trofholz AC, Stang JS, Laska MN. Impact of cooking and home food preparation interventions among adults: outcomes and implications for future programs. *Journal of nutrition education behavior*. 2014;46(4):259-276

TỶ LỆ NHIỄM VÀ KIẾN THỨC THÁI ĐỘ THỰC HÀNH VỀ PHÒNG CHỐNG ĐƠN BÀO ĐƯỜNG RUỘT CỦA HỌC SINH MỘT SỐ TRƯỜNG TRUNG HỌC CƠ SỞ TỈNH HÒA BÌNH, NĂM 2024

Vũ Thị Lâm Bình¹, Trần Thị Tuyền¹

TÓM TẮT:

Mục tiêu: Xác định tỷ lệ nhiễm và mô tả kiến thức, thái độ, thực hành về phòng chống nhiễm đơn bào đường ruột ở học sinh.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang thực hiện tháng 10 năm 2024 trên 575 học sinh từ lớp 6 đến lớp 9 tại 2 trường trung học cơ sở Tây Phong, huyện Cao Phong và Đù Sáng, huyện Kim Bôi, tỉnh Hòa Bình.

Kết quả: Tỷ lệ nhiễm ký sinh trùng đường ruột ở đối tượng nghiên cứu chỉ có 1,9 %. Tỷ lệ nhiễm đơn bào ở học sinh cũng rất thấp, có 1 học sinh nhiễm *Entamoeba*, tỷ lệ 0,17%, chưa phát hiện thấy học sinh nhiễm các loại đơn bào khác. Tỷ lệ học sinh có kiến thức về bệnh đơn bào đường ruột đạt yêu cầu là 5,9%, thực hành đạt là 70,3% và thái độ đạt là 40%. Tỷ lệ học sinh có kiến thức về nguyên nhân, thói quen dẫn đến nhiễm đơn bào, triệu chứng và cách phòng chống bệnh đơn bào đường ruột rất thấp, chỉ từ 5,7-6,6%. Ngược lại, số lượng học sinh thực hành tốt về phòng chống bệnh đơn bào chiếm tỷ lệ rất cao như đi vệ sinh vào nhà tiêu hợp vệ sinh 99,8%, rửa tay trước khi ăn 71,8%, rửa tay sau khi đi vệ sinh 73,6%, cắt móng tay thường xuyên 83,1%.

Kết luận: Tỷ lệ nhiễm giun sán, đơn bào đường ruột ở học sinh trung học cơ sở tại điểm nghiên cứu rất thấp. Mặc dù học sinh có thực hành tốt nhưng kiến thức của học sinh về phòng chống bệnh đơn bào đường ruột còn rất hạn chế. Cần tăng cường truyền thông, giáo dục sức khỏe nhằm cải thiện nhận thức học sinh về phòng chống đơn bào đường ruột.

Từ khóa: đơn bào đường ruột, học sinh, trung học cơ sở, KAP, Hòa Bình.

PREVALENCE AND KNOWLEDGE, ATTITUDE AND PRACTICE OF SECONDARY STUDENTS ON INTESTINAL PROTOZOA PREVENTION AT SOME SCHOOLS IN HOA BINH PROVINCE, 2024

Vu Thi Lam Binh¹, Tran Thi Tuyen¹

ABSTRACT:

Objective: The study aimed to determine the prevalence and describe the knowledge, attitudes, and practices (KAP) regarding the prevention of intestinal protozoan infections among students.

Materials and methods: A cross-sectional descriptive study was conducted in October 2024 on 575 students from grades 6 to 9 at two lower secondary schools namely Tay Phong (Cao Phong District) and Du Sang (Kim Boi District) in Hoa Binh province.

Results: The prevalence of intestinal parasitic infections among participants was low (1.9%). Prevalence of protozoa infection was very low, only 1 student had *Entamoeba* infection accounting for 0.17%. No other protozoan infections were detected. Only 5.9% of students had adequate knowledge about intestinal protozoan diseases, 70.3% had appropriate preventive practices, and 40% had positive attitudes. The proportion of students with knowledge about causes, risk behaviors, symptoms, and prevention methods was very low, ranging from 5.7% to 6.6%. In contrast, a high percentage of students practiced good hygiene behaviors, including using sanitary toilets (99.8%), washing hands before eating (71.8%), washing hands after using the toilet (73.6%), and trimming nails regularly (83.1%).

Conclusion: The prevalence of intestinal parasite and protozoan infections among students was very low. However, knowledge toward prevention remained limited, while preventive practices were relatively good. Strengthening health education is essential to improve students' awareness toward intestinal protozoan prevention.

Keywords: intestinal protozoa, students, secondary school, KAP, Hoa Binh.

Tác giả:

1. Viện Sốt rét - Ký sinh trùng - Côn trùng Trung ương

Email: drvulambinh@gmail.com

Ngày nhận bài: 13/05/2025

Ngày gửi phản biện: 20/05/2025

Ngày duyệt bài: 25/09/2025

DOI: 10.53522/ytcc.vi72.08

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Đơn bào là những sinh vật mà cơ thể có cấu tạo chỉ bởi một tế bào.¹ Đơn bào đường ruột là nguyên nhân quan trọng gây nên các bệnh đường tiêu hóa, suy dinh dưỡng và thậm chí có thể gây tử vong. Một số đơn bào gây bệnh

đường ruột phổ biến được nghiên cứu hiện nay là *Entamoeba histolytica* (amip), *Giardia lamblia* (*Giardia duodenalis*), *Cryptosporidium* spp, *Balantidium coli*... Đây là những loài phổ biến nhất hay gây bệnh tiêu chảy ở người trong khi các loài đơn bào đường ruột khác có phân

bố hẹp hơn và ít gây bệnh hơn.²

Việt Nam là nước nhiệt đới, khí hậu nóng ẩm, điều kiện vệ sinh môi trường tại một số địa phương còn thấp kém dẫn đến sự phát triển của các mầm bệnh ký sinh trùng trong đó có đơn bào đường ruột. Theo điều tra của Đặng Thanh Sơn năm 2005, tỷ lệ nhiễm đơn bào ở học sinh tiểu học là 19,01% trong đó tại Ninh Bình là 22,96%, Phú Thọ là 13,18%, Hà Giang là 21,07%. Loại đơn bào học sinh nhiễm nhiều nhất là *G.lamblia* 5,98%, tiếp đó là *E.coli* 5,8%, *E.hystolytica* 3,07%.³ Điều tra của Viện Sốt rét - Ký sinh trùng - Côn trùng TP Hồ Chí Minh ở xã Bảo Thuận, Huyện Di Linh, tỉnh Lâm Đồng năm 2021 cho thấy tỷ lệ nhiễm đơn bào ở người dân trong cộng đồng là 2,2%.⁴ Điều tra của Nguyễn Thị Hồng Liên (2012) đã xét nghiệm phân cho 1.288 học sinh tiểu học tại Hà Nội bằng cả 2 phương pháp xét nghiệm phân trực tiếp và Ether-Formaline, tỷ lệ nhiễm đơn bào là 5,12% trong đó *E.coli* là 2,25%, *E.hystolytica* 1,55%, *G.lamblia* 1,16%.⁵ Điều tra năm 2003 tại Hòa Bình, tổng số 526 hộ với 2522 người tham gia, đã phát hiện được 103 trường hợp nhiễm bào nang *Giardia lamblia* chiếm tỷ lệ 4,1%.⁶ Các nghiên cứu cho thấy loại đơn bào đường ruột thường gặp ở người là *Entamoeba histolytica*, *Entamoeba coli*, *Giardia lamblia* tuy nhiên có sự khác biệt về tỷ lệ nhiễm, phân bố tỷ lệ loài đơn bào ở các tỉnh có thể do sự khác nhau về điều kiện vệ sinh, phong tục tập quán và thời điểm điều tra.

Hòa Bình là miền núi phía Tây Bắc, điều kiện vệ sinh môi trường còn nhiều hạn chế, người dân còn nhiều tập quán ăn uống chưa hợp vệ sinh do đó tạo điều kiện thuận lợi cho việc

lây nhiễm các bệnh ký sinh trùng. Điều tra năm 2021 của Viện Sốt rét - Ký sinh trùng - Côn trùng Trung ương, xét nghiệm phân bằng phương pháp Kato-Katz cho 379 người dân, tỷ lệ nhiễm ít nhất một loại giun sán là 27,7% (Số liệu chưa xuất bản). Tỷ lệ nhiễm giun sán vẫn còn lưu hành cao tại đây đặt ra câu hỏi về tình hình nhiễm các loại đơn bào đường ruột như thế nào trong khi phương pháp Kato-Katz chỉ phát hiện được các loại giun sán đường ruột mà không sử dụng để xét nghiệm phát hiện đơn bào. Vì vậy chúng tôi tiến hành thực hiện đề tài “Đánh giá tình hình nhiễm đơn bào đường ruột và các yếu tố liên quan ở học sinh một số trường trung học cơ sở tại tỉnh Hòa Bình, năm 2024” với các mục tiêu sau:

1. Xác định tỷ lệ nhiễm đơn bào đường ruột ở học sinh trung học cơ sở 2 xã thuộc tỉnh Hòa Bình, năm 2024.

2. Mô tả kiến thức, thái độ thực hành về phòng chống nhiễm đơn bào đường ruột ở học sinh tại điểm nghiên cứu.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Học sinh trung học cơ sở (từ 12 - 15 tuổi)

- *Tiêu chuẩn lựa chọn:* Học sinh THCS tại địa điểm nghiên cứu, không phân biệt tuổi, giới, dân tộc. Được cha, mẹ hoặc người trực tiếp nuôi dưỡng đồng ý cho tham gia nghiên cứu và ký vào bản cam kết tham gia nghiên cứu.

- *Tiêu chuẩn loại trừ:* Không mắc các bệnh cấp tính tại thời điểm điều tra. Uống thuốc tẩy giun, tẩy sán trong vòng 2 tháng tính đến thời điểm nghiên cứu.

2.2. Thời gian và địa điểm nghiên cứu

Nghiên cứu được thực hiện vào tháng 10/2024 tại THCS Tây Phong và THCS Đú Sáng.

2.3. Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang.

2.4. Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu

Lấy mẫu toàn bộ những học sinh đồng ý tham gia nghiên cứu, có mẫu phân xét nghiệm và tham gia trả lời phỏng vấn.

Thực tế trường THCS Tây Phong có tổng số 364 học sinh, đã xét nghiệm được 249 học sinh. Trường THCS Đú Sáng có 449 học sinh, đã xét nghiệm được 326 học sinh.

Tổng số học sinh được xét nghiệm tại 2 trường là 575 học sinh.

2.5. Kỹ thuật áp dụng trong nghiên cứu

- Xác định tỷ lệ nhiễm giun, sán đường ruột bằng phương pháp Kato-Katz.⁷

- Xác định tỷ lệ nhiễm thể hoạt động đơn bào đường ruột trong phân bằng xét nghiệm trực tiếp và và thể bào nang của đơn bào bằng xét nghiệm Ether-Formalin.⁷

- Phát hiện kháng nguyên amip Entamoeba bằng test nhanh của hãng CerTest Biotec S.L, số lô EH-062-K, hạn sử dụng tháng 5/2026.

- Xác định một số yếu tố liên quan với nhiễm đơn bào đường ruột qua phỏng vấn bằng bộ câu hỏi thiết kế trước.

- Đánh giá KAP: Số câu hỏi phỏng vấn về kiến thức: 4 câu, số câu hỏi về thực hành: 6 câu, số câu hỏi về thái độ: 2 câu. Mỗi câu trả lời đúng tương đương với 1 điểm. Đánh giá Đạt

với kiến thức, thực hành khi học sinh trả lời đúng từ 50% số câu hỏi trở lên. Đánh giá đạt với thái độ nếu trả lời đúng 100% câu hỏi.

2.6. Xử lý số liệu

Số liệu được nhập bằng phần mềm Excel và xử lý bằng phần mềm SPSS 22.0. Sử dụng test chi bình phương để đánh giá sự khác biệt giữa 2 tỷ lệ.

2.7. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu được hội đồng khoa học của Viện Sốt rét-Ký sinh trùng - Côn trùng trung ương thông qua theo Quyết định số 455/QĐ-VSR ngày 17 tháng 06 năm 2024. Học sinh tự nguyện tham gia nghiên cứu, có bản cam kết đồng ý tham gia có chữ ký của cha mẹ. Tất cả các xét nghiệm trong nghiên cứu là hoàn toàn miễn phí. Học sinh khi xét nghiệm có nhiễm giun sán được điều trị miễn phí theo phác đồ được ban hành năm 2022 của Bộ Y tế. Học sinh nhiễm đơn bào sẽ được tư vấn đi khám và điều trị tại cơ sở y tế phù hợp.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu thực hiện trên 575 học sinh của 2 trường trung học cơ sở Đú Sáng (Kim Bôi) và Tây Phong (Cao Phong) tỉnh Hòa Bình. Xét nghiệm phân để xác định tỷ lệ nhiễm ký sinh trùng và phỏng vấn KAP để đánh giá kiến thức, thái độ và thực hành của học sinh về đơn bào đường ruột.

Tỷ lệ học sinh lớp 6 và lớp 7 tham gia điều tra là cao nhất tương ứng với 30,4% và 30,6%, học sinh lớp 9 tham gia với tỷ lệ thấp nhất 16,5%.

Học sinh là người dân tộc Mường chiếm đa số với tỷ lệ tới 72,7%.

Bảng 3.1: Đặc điểm chung của học sinh tham gia nghiên cứu (n=575)

Đặc điểm		Trường Tây Phong		Trường Đú Sáng		Tổng	
		Số XN	TL %	Số XN	TL %	Số XN	TL %
Giới	Nam	131	52,6	144	44,2	275	47,8
	Nữ	118	47,4	182	55,8	300	52,2
Lớp	6	83	33,3	92	28,2	175	30,4
	7	86	34,5	90	27,6	176	30,6
	8	40	16,1	89	27,3	129	22,4
	9	40	16,1	55	16,9	95	16,5
Dân tộc	Kinh	76	30,5	7	7,1	83	14,1
	Tày	1	0,4	0	0	1	0,17
	Dao	9	3,6	64	19,6	73	12,7
	Mường	163	65,5	255	78,2	418	72,7
Tổng		249	100	326	100	575	100

Bảng 3.2: Điều kiện vệ sinh của gia đình học sinh tham gia nghiên cứu (n=575)

Đặc điểm		Đú Sáng (326)		Tây Phong (249)		Tổng hai trường (575)	
		SL	TL (%)	SL	TL (%)	SL	TL (%)
Nguồn nước	Nước sạch	298	91,4	243	97,6	541	95,0
	Không sạch	28	8,6	6	2,4	34	5,0
		$\chi^2 = 66,932, p < 0,001$					
Nhà tiêu	Có	325	99,7	248	99,6	573	99,7
	Không	1	0,3	1	0,4	2	0,3
Loại nhà tiêu	HVS	251	77	180	72,3	431	75
	Không HVS	75	23	69	27,7	144	25
		$\chi^2 = 8,552, p > 0,05$					

Tỷ lệ gia đình sử dụng nước sạch của trường Đú Sáng là 91,4%, trường Tây Phong là 97,6%. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê.

Tỷ lệ gia đình có nhà tiêu lên tới 99,7%. Chỉ một số rất ít gia đình học sinh chưa có nhà vệ

sinh chiếm 0,3%.

Hầu hết gia đình sử dụng nhà tiêu hợp vệ sinh trong đó tỷ lệ nhà tiêu hợp vệ sinh (HVS) của xã Đú Sáng chiếm 77%, của Tây Phong 72,3%. Sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê.

Bảng 3.3: Tỷ lệ nhiễm các loại giun, sán và đơn bào đường ruột ở học sinh trung học cơ sở (n = 575)

Trường	Số HS điều tra	Nhiễm giun		Nhiễm sán		Nhiễm đơn bào		Nhiễm KST đường ruột	
		SL	TL%	SL	TL%	SL	TL%	SL	TL%
Đú Sáng	326	5	1,5	0	0	1	0,3	6	1,8
Tây Phong	249	4	1,6	1	0,4	0	0	5	2,0
Tổng	575	9	1,6	1	0,17	1	0,17	11	1,9

Tỷ lệ nhiễm KSTĐTR chung tại 2 trường là 1,9% trong đó tỷ lệ nhiễm giun là 1,6%, tỷ lệ nhiễm đơn bào Entamoeba và sán dây là 0,17%.

Bảng 3.4: Kiến thức của học sinh trung học cơ sở về bệnh đơn bào đường ruột (n=575)

Kiến thức		Số học sinh	Tỷ lệ %
Nguyên nhân dẫn đến nhiễm ĐBĐR	Biết	35	6,0
	Không biết	540	94,0
Thói quen dẫn đến nhiễm ĐBĐR	Biết	33	5,7
	Không biết	542	94,3
Triệu chứng khi nhiễm ĐBĐR	Biết	38	6,6
	Không biết	537	93,4
Cách phòng chống ĐBĐR	Biết	38	6,6
	Không biết	537	93,4

Tỷ lệ học sinh có kiến thức về nguyên nhân, thói quen dẫn đến nhiễm đơn bào, triệu chứng và cách phòng chống bệnh đơn bào đường ruột rất thấp, chỉ từ 5,7-6,6%.

Bảng 3.5: Thực hành của học sinh trung học cơ sở về phòng chống bệnh đơn bào đường ruột (n=575)

Kiến thức		Số học sinh	Tỷ lệ %
Sử dụng nhà tiêu hợp vệ sinh	Có	544	99,8
	Không	1	0,2
Rửa tay bằng xà phòng trước khi ăn	Có	413	71,8
	Không	162	28,2
Rửa tay bằng xà phòng sau khi đi vệ sinh	Có	423	73,6
	Không	152	26,4
Cắt móng tay	Có	478	83,1
	Không	97	16,9
Ăn rau sống	Có	54	9,4
	Không	521	90,6
Uống nước lã	Có	260	45,2
	Không	315	54,8

Học sinh có thực hành khá tốt về phòng chống bệnh đơn bào. Tỷ lệ học sinh sử dụng nhà tiêu hợp vệ sinh lên tới 99,8%. Tỷ lệ rửa tay trước khi ăn và sau khi đi vệ sinh lần lượt là 71,8% và 73,6%. Tỷ lệ học sinh ăn rau sống chỉ có 9,4%, tuy nhiên có tới 45,2% học sinh có uống nước lã.

Bảng 3.6: Thái độ của học sinh trung học cơ sở về bệnh đơn bào đường ruột (n = 575)

Thái độ		Số học sinh	Tỷ lệ %
Thái độ nếu bị nhiễm đơn bào	Lo lắng, đi khám	230	40,0
	Sợ hãi	161	28,0
	Bình thường	184	32,0
Có sẵn sàng uống thuốc nếu biết mình bị nhiễm ký sinh trùng đường ruột hay không	Có	575	100
	Không	0	0

Khi được phỏng vấn có chỉ có 40% (230/575) học sinh trả lời là cảm thấy lo lắng và sẽ đi khám nếu bị nhiễm đơn bào trong khi có tới 32% (184/575) cảm thấy bình thường và 20% cảm thấy sợ hãi.

Bảng 3.7: Đánh giá kiến thức, thái độ, thực hành của học sinh trung học cơ sở về bệnh đơn bào đường ruột (n=575)

Đặc điểm		Số học sinh	Tỷ lệ %
Kiến thức	Đạt	34	5,9
	Không đạt	541	94,1
Thực hành	Đạt	404	70,3
	Không đạt	171	29,7
Thái độ	Tốt	230	40,0
	Chưa tốt	345	60,0

Tỷ lệ học sinh có kiến thức đạt về bệnh đơn bào đường ruột rất thấp, chỉ 5,9% tuy nhiên số lượng các em thực hành đạt về phòng chống bệnh đơn bào đường ruột rất cao, chiếm 70,3%.

4. BÀN LUẬN

4.1. Tỷ lệ nhiễm đơn bào đường ruột ở học sinh trung học cơ sở 2 xã thuộc tỉnh Hòa Bình, năm 2024

Tổng số 575 học sinh từ lớp 6 đến lớp 9 tại 2 trường trung học cơ sở Đú Sáng huyện Kim Bôi và Tây Phong huyện Cao Phong tỉnh Hòa

Bình đã tham gia điều tra về nhiễm ký sinh trùng đường ruột. Học sinh được xét nghiệm phân bằng phương pháp Kato-Katz để xác định tình trạng nhiễm GTQĐ. Thực hiện phương pháp xét nghiệm xét nghiệm trực tiếp để phát hiện thể hoạt động của đơn bào, phương pháp Ether-formalin để phát hiện bào nang đơn bào và sử dụng test nhanh Entamoeba để phát hiện kháng nguyên Entamoeba trong phân. Tỷ lệ nhiễm ký sinh trùng đường ruột ở học sinh trung học cơ sở rất thấp, chỉ 1,9 % trong đó trường Đứ Sáng tỷ lệ nhiễm 1,8%, trường Tây Phong tỷ lệ nhiễm 2,0 %. Có duy nhất một trường hợp nhiễm đơn bào Entamoeba tại trường Đứ Sáng, tỷ lệ 0,17%.

Kết quả này của chúng tôi thấp hơn kết quả nghiên cứu trước đây của một số tác giả. Kết quả điều tra của Đặng Thanh Sơn năm 2005, xét nghiệm cho 652 học sinh tiểu học tại 3 tỉnh Ninh Bình, Phú Thọ, Hà Giang bằng phương pháp Ether-formalin cho thấy tỷ lệ nhiễm đơn bào chung là 19,01% trong đó tại Ninh Bình là 22,96%, Phú Thọ là 13,18%, Hà Giang là 21,07%.³ Điều tra của Nguyễn Thị Hồng Liên (2012) cho 1.288 học sinh tiểu học tại Hà Nội, xét nghiệm phân bằng cả 2 phương pháp trực tiếp và Ether-formalin, tỷ lệ nhiễm đơn bào là 5,12% trong đó E.coli là 2,25%, E.hystolytica 1,55%, G.lambliia 1,16%.⁵ Điều tra năm 2003 tại Hòa Bình cho 2522 người dân cho thấy tỷ lệ nhiễm ít nhất một loại ký sinh trùng đường ruột lên tới 88% trong đó có 103 trường hợp nhiễm bào nang Giardia lamblia chiếm tỷ lệ 4,1%.⁶ Nghiên cứu của Pehga (2016) trên 400 học sinh từ lớp 1 đến lớp 9 tại Iran cho thấy tỷ lệ nhiễm đơn bào lên tới 42,3%.⁸ Tỷ lệ nhiễm ký sinh trùng đường ruột cũng như đơn bào trong nghiên cứu này của chúng tôi thấp hơn rất nhiều so với nghiên cứu năm 2003 tại Hòa Bình cũng như các điều tra tại một số tỉnh khác.

Điều này cho thấy trong những năm gần đây, với sự cải thiện điều kiện kinh tế cũng như vệ sinh môi trường cùng với dẫn tới sự giảm mạnh tỷ lệ nhiễm các loại ký sinh trùng và đơn bào đường ruột tại Hòa Bình.

4.2. Kiến thức, thực hành của học sinh trung học cơ sở về bệnh đơn bào đường ruột

Kết quả trả lời phỏng vấn cho thấy chỉ có 5,9% học sinh có kiến thức đúng về bệnh đơn bào, có 70,3% học sinh thực hành tốt và có 40% học sinh có thái độ đúng về phòng chống bệnh đơn bào. Hầu hết các em có kiến thức chưa tốt về nguyên nhân, đường lây nhiễm, triệu chứng và cách phòng chống bệnh đơn bào với tỷ lệ hiểu biết chỉ từ 5,7%-6,6%. Ngược lại, các em thực hành khá tốt về các biện pháp phòng chống bệnh đơn bào đường ruột như sử dụng nhà tiêu hợp vệ sinh 99,8%, rửa tay bằng xà phòng trước khi ăn 71,3%, sau khi đi vệ sinh 73,8%, cắt móng tay 83,1%. Có khá nhiều em còn uống nước lã, tỷ lệ 45,1% và chỉ có 9,4% số học sinh có ăn rau sống. So sánh với các tác giả khác chúng tôi thấy, học sinh trong nghiên cứu của chúng tôi thực hành tốt hơn trong nghiên cứu của Pehga (2016) trên 400 học sinh từ lớp 1 đến lớp 9 tại Iran về bệnh đơn bào đường ruột cho thấy tỷ lệ rửa tay bằng xà phòng sau khi đi vệ sinh từ 42,8%-57,2%.⁸ Nghiên cứu của Melaku Wale (2022) cho 396 học sinh THCS cho thấy học sinh thực hành tốt rửa tay trước khi ăn và sau khi đi vệ sinh, tỷ lệ lần lượt là 99,2% và 92,2%.⁹ Như vậy, mặc dù chưa có nhiều học sinh biết về bệnh đơn bào đường ruột nhưng các em đã thực hành rất tốt về cách vệ sinh phòng chống bệnh, chính vì vậy tỷ lệ nhiễm ký sinh trùng đường ruột trong điều tra này chỉ có 1,7%, tỷ lệ nhiễm đơn bào Entamoeba 0,17%.

5. KẾT LUẬN VÀ KHUYẾN NGHỊ

Tỷ lệ nhiễm ký sinh trùng đường ruột trong điều tra này là 1,9%, trong đó tỷ lệ nhiễm giun là 1,6%, tỷ lệ nhiễm đơn bào Entamoeba 0,17%, tỷ lệ nhiễm sán dây là 0,17%. Tỷ lệ học sinh có kiến thức đạt về bệnh đơn bào đường ruột rất thấp, chỉ 5,9% tỷ lệ học sinh thực hành đạt về phòng chống bệnh đơn bào đường ruột rất cao, chiếm 70,3%. Tỷ lệ học sinh có thái độ tốt về phòng chống bệnh đơn bào đường ruột là 40%. Tỷ lệ học sinh sử dụng nhà tiêu hợp vệ sinh 99,8%, rửa tay bằng xà phòng trước khi ăn 71,3%, sau khi đi vệ sinh 73,8%, cắt móng tay 83,1%. Tỷ lệ uống nước lã là 45,1%, chỉ có 9,4% số học sinh có ăn rau sống.

6. HẠN CHẾ CỦA NGHIÊN CỨU

Tỷ lệ học sinh lớp 9 tham gia ít hơn so với khối 6,7 có thể ảnh hưởng đến sự sai khác về kết quả đánh giá kiến thức, thái độ, thực hành. Do hạn chế về nguồn lực nên chỉ thực hiện xét nghiệm mỗi học sinh 1 mẫu phân có thể dẫn đến giảm tỷ lệ phát hiện

7. XUNG ĐỘT LỢI ÍCH TÁC GIẢ

Công trình này không có bất kỳ sự xung đột về lợi ích nào giữa các tác giả trong bài và với tác giả khác.

8. TÀI TRỢ

Kinh phí thực hiện nghiên cứu do Viện Sốt rét-Ký sinh trùng-Côn trùng Trung ương cấp trong khuôn khổ chương trình Phòng chống dịch, Phòng chống giun sán năm 2024.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Trường đại học Y Hà Nội, (2013). Ký sinh trùng trong lâm sàng (Sách đào tạo cử nhân xét nghiệm Y học. Nhà xuất bản Y học, trang 101-118
2. World Health Organization (2010). Working to overcome the global impact of ne-

glected tropical diseases, First WHO report on neglected tropical diseases 2010

3. Đặng Thanh Sơn, Trương Quang Vinh, Nguyễn Thị Thu Hiền, Đặng Cẩm Thạch (2005). Điều tra nhiễm bào nang đơn bào đường ruột ở 3 trường tiểu học tại ba vùng đồng bằng, trung du, miền núi. Tạp chí Phòng chống bệnh sốt rét và các bệnh ký sinh trùng số 6-2005, trang 95-99.

4. Viện Sốt rét-Ký sinh trùng-Côn trùng Thành phố Hồ Chí Minh (2022). Tình trạng nhiễm ký sinh trùng đường ruột tại một số cộng đồng người dân tộc thiểu số. Link:

<https://www.impehcm.org.vn/noi-dung/tin-y-te/tinh-trang-nhiem-ky-sinh-trung-duong-ruot-tai-mot-so-cong-dong-nguoi-dan-toc-thieu-so.html>

5. Nguyễn Thị Hồng Liên, Nguyễn Thu Hương, Đặng Thị Thanh, Nguyễn Thu Hiền, Dương Thị Hồng (2012). Tình hình nhiễm ký sinh trùng đường ruột ở học sinh tiểu học tại một số quận huyện thành phố Hà Nội 2011-2012. Tạp chí Phòng chống bệnh sốt rét và các bệnh ký sinh trùng số 5-2012.

6. Verle P, Kongs A, De NV, Thieu NQ, Depraetere K, Kim HT, Dorny P (2003). Prevalence of intestinal parasitic infections in northern Vietnam. Trop Med Int Health 8:961-964.

7. World Health Organization (2019). Bench aids for the diagnosis of intestinal parasites, second edition. ISBN 978-92-4-151534-4.

8. Pegah Bahmani, Afshin Maleki, Shahram Sadeghi, Behzad Shahmoradi, Esmaeil Ghahremani (2021). Prevalence of Intestinal Protozoa Infections and Associated Risk Factors among Schoolchildren in Sanandaj City, Iran. Iran J Parasitol, <http://ijpa.tums.ac.ir>

9. Melaku Wale, Solomon Gedefaw (2022). Prevalence of Intestinal Protozoa and Soil Transmitted Helminths infections among School Children in Jaragedo Town, South Gondar Zone of Ethiopia. Journal of Tropical Medicine, Volume 2022, Article ID 5747978

XÁC ĐỊNH ĐIỂM CẮT CỬA CỦA CHU VI VÒNG CÁNҺ TAY TRONG SÀNG LỌC SUY DINH DƯỠNG, BÉO PHÌ Ở NGƯỜI TRƯỞNG THÀNH TẠI TRƯỜNG ĐẠI HỌC Y KHOA PHẠM NGỌC THẠCH, THÀNH PHỐ HỒ CHÍ MINH

Tăng Kim Hồng¹, Hà Võ Văn Anh¹, Nguyễn Phương Anh¹, Võ Hồng Thiên Ngọc¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Chúng tôi thực hiện nghiên cứu này để xác định ngưỡng MUAC phù hợp cho người trưởng thành tại TP.HCM, nhằm mục đích sàng lọc suy dinh dưỡng và béo phì.

Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu cắt ngang được thực hiện trên 458 người trưởng thành bao gồm sinh viên, học viên và nhân viên tại trường Đại học Y khoa Phạm Ngọc Thạch. Phương pháp chọn mẫu theo định mức được áp dụng. Sử dụng hồi quy tuyến tính để xây dựng phương trình ước tính BMI dựa vào các chỉ số nhân trắc. Xác định điểm cắt tối ưu dựa trên chỉ số Youden J cao nhất với AUROC cho diện tích lớn nhất.

Kết quả: Giá trị điểm cắt của MUAC để phân loại béo phì là 29,3 cm ở nam (AUROC = 84%) và 26,6 cm ở nữ (AUROC = 92,9%).

Kết luận: MUAC là một công cụ hữu ích trong việc sàng lọc béo phì ở người trưởng thành.

Từ khóa: Chu vi vòng cánh tay, MUAC; Obesity; Validation.

DETERMINING THE CUT-OFF POINT OF ARM CIRCUMSTANCE IN SCREENING FOR MALNUTRITION AND OBESITY AMONG ADULTS AT PHAM NGOC THACH UNIVERSITY OF MEDICINE, HO CHI MINH CITY

Tang Kim Hong¹, Ha Vo Van Anh¹, Nguyen Phuong Anh¹, Vo Hong Thien Ngoc¹

ABSTRACT

Objectives: This study was conducted at Pham Ngoc Thach University of Medicine to determine

the appropriate MUAC threshold for adults in Ho Chi Minh City, with the aim of screening for malnutrition and obesity under conditions of limited resources or for special populations.

Methods: *Cross-sectional study of 458 students and staff at Pham Ngoc Thach University of Medicine. We constructed a BMI estimation equation based on anthropometric indices using linear. Determine the optimal cutoff point based on the highest Youden J index with the largest AUROC area.*

Results: *The cut-off MUAC value for classifying obesity is 29.3 cm in males (AUROC = 84%) and 26.6 cm in females (AUROC = 92.9%).*

Conclusions: *MUAC is a useful tool for screening obesity in adults.*

Keywords: *Mid-upper arm circumference, MUAC; Obesity; Validation.*

Tác giả:

1. Khoa Y tế công cộng, Trường Đại học Y khoa Phạm Ngọc Thạch, TP.HCM

Email: vohongthienngoc93@gmail.com

Ngày nhận bài: 11/04/2025

Ngày gửi phản biện: 14/05/2025

Ngày duyệt bài: 25/09/2025

DOI: 10.53522/ytcc.vi72.09

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Chỉ số khối cơ thể (BMI) hiện đang là công cụ được sử dụng phổ biến trên toàn cầu để phân loại tình trạng dinh dưỡng ở cả trẻ em và người trưởng thành. Tuy nhiên, BMI tồn tại nhiều điểm hạn chế như là không thể phân biệt giữa khối lượng mỡ, cơ và xương. Hơn nữa BMI được tính bằng số đo chiều cao và cân nặng chưa xét đến sự khác biệt về tuổi tác, giới tính và mức độ hoạt động thể chất, đặc biệt ở người trưởng thành. Ngoài ra, bệnh nhân mắc các bệnh lý bị hạn chế khả năng vận động hay không thể đứng đúng tư thế sẽ gặp khó khăn trong việc thu thập chính xác số đo về cân nặng và chiều cao để tính BMI. Vì vậy, cần một công cụ có thể thay

thế BMI trong việc phân loại tình trạng dinh dưỡng với chi phí hợp lý và hiệu quả.

Một chỉ số hiện nay cũng đang được quan tâm là Chu vi vòng cánh tay (MUAC- Middle upper arm circumference). So với BMI thì MUAC ít tốn kém hơn, dễ đo lường và không yêu cầu về chuyên môn cao về người thu thập số đo. Nhiều nghiên cứu cho thấy BMI và MUAC có mối tương quan cao ở người trưởng thành.¹⁻³ Ngoài ra, một số trường hợp đặc biệt như phụ nữ mang thai hay những bệnh nhân nhập viện không thể đứng thẳng thì kết quả của BMI sẽ thiếu chính xác.² Khi đó, MUAC sẽ có hiệu quả hơn trong việc phân loại tình trạng dinh dưỡng vì khả năng phản ánh sự thay đổi về khối lượng

cơ chính xác hơn.⁴

Tổ chức y tế thế giới (WHO) đề xuất sử dụng điểm cắt MUAC < 23 cm ở nữ và MUAC < 24 cm ở nam để xác định tình trạng thiếu cân ở người trưởng thành.⁵ Bên cạnh đó, một số nghiên cứu cũng báo cáo kết quả về khả năng sàng lọc thừa cân, béo phì hiệu quả bằng MUAC.⁶⁻⁹ Tại Ethiopia, kết quả của một nghiên cứu đề xuất điểm cắt ở cả hai giới là MUAC > 26,91 để sàng lọc thừa cân, béo phì ở người trưởng thành.⁸ Một nghiên cứu khác ở phía Nam của Ấn Độ cho ra kết quả điểm cắt của MUAC xác định tình trạng thừa cân ở nam là 31,3 và ở nữ là 28,59. Như vậy, có thể thấy rằng điểm cắt MUAC có thể thay đổi tùy vào dân số khác nhau. Do đó, việc tìm điểm cắt MUAC cho mỗi dân tộc là cần thiết.

Tại Việt Nam, nghiên cứu về chỉ số MUAC để phân loại tình trạng dinh dưỡng ở người trưởng thành khỏe mạnh còn khá hạn chế. Hiện nay, Viện Dinh dưỡng Quốc gia vẫn khuyến cáo sử dụng điểm cắt của WHO để đánh giá tình trạng suy dinh dưỡng của người trưởng thành tại Việt Nam.⁵ Tuy nhiên, một nghiên cứu ở phía Bắc cho kết quả điểm cắt phù hợp để xác định tình trạng thiếu cân ở phụ nữ là MUAC < 23,5 cm.¹⁰ Do đó, chúng tôi thực hiện nghiên cứu với mong muốn xác định điểm cắt của MUAC ở người trưởng thành để phân loại tình trạng dinh dưỡng phù hợp với đặc điểm dân số Việt Nam và có thể áp dụng kết quả trên cộng đồng ở những nơi điều kiện về nguồn lực còn hạn chế hoặc trên một số đối tượng bệnh nhân đặc biệt. Với mong muốn đó, chúng tôi đặt ra câu hỏi “Điểm cắt chu vi vòng cánh tay để sàng lọc suy dinh dưỡng, béo phì ở người trưởng thành

tại thành phố Hồ Chí Minh là bao nhiêu?”.

Do điều kiện hạn chế về nguồn lực thực hiện đề tài, chúng tôi dự kiến sẽ thực hiện một nghiên cứu thí điểm trên người trưởng thành đang học tập và công tác tại trường Đại học Y khoa Phạm Ngọc Thạch vì ở đây đáp ứng được cơ sở vật chất để đảm bảo tính khả thi khi thực hiện đề tài. Bên cạnh đó, sinh viên của trường dù ở bất cứ ngành nào hay nhân viên ở các khoa, phòng đều là người trưởng thành và khỏe mạnh không có những khiếm khuyết hay dị tật bẩm sinh ảnh hưởng đến việc thu thập số liệu về cân nặng và chiều cao nên phù hợp tham gia nghiên cứu. Trên cơ sở đó, chúng tôi thực hiện nghiên cứu với mục đích xác định điểm cắt của Chu vi vòng cánh tay để sàng lọc suy dinh dưỡng, béo phì ở người trưởng thành tại trường Đại học Y khoa Phạm Ngọc Thạch năm 2024.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu:

Người trưởng thành đang học tập và làm việc tại trường Đại học Y Khoa Phạm Ngọc Thạch. Các trường hợp không đủ điều kiện tham gia nghiên cứu gồm: người không thể đứng thẳng, người mắc bệnh lý ảnh hưởng đến khối lượng cơ và phụ nữ đang mang thai.

2.2. Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang

2.3. Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu:

- *Cỡ mẫu:* Công thức ước tính cỡ mẫu cho tính diện tích dưới đường cong (AUC) của tác giả Hajian-Tilaki:

$$n = \frac{Z_{\frac{\alpha}{2}}^2 V(AUC)}{d^2}$$

Dựa vào nghiên cứu của Rahel Dereje⁹ và nghiên cứu của Alice Tang.³ Cỡ mẫu tối thiểu cho nghiên cứu là 366 đối tượng.

- *Chọn mẫu* định mức (Quota sampling) theo giới tính và nhóm tuổi (19 – 25 tuổi, 26 – 35 tuổi, 36 – 45 tuổi và trên 46 tuổi): mỗi nhóm tuổi bao gồm 46 nam và 46 nữ.

2.4. Phương pháp thu thập số liệu:

Các biến số thu thập: chiều cao, cân nặng, chu vi vòng cánh tay, chu vi vòng eo, chu vi vòng hông.

Công cụ thu thập số liệu: bảng thu thập số liệu, thước dây Seca 201, cân điện tử Tanita, thước đo chiều cao Seca.

2.5. Phương pháp thu thập, xử lý số liệu:

Dữ liệu được nhập vào phần mềm Excel và phân tích bằng phần mềm Stata 17. Biến số định lượng được mô tả trung bình và độ lệch

chuẩn, so sánh giữa các nhóm giới tính bằng phép kiểm Independent sample T-test. Biến số định tính mô tả bằng tần suất và tỷ lệ. Hệ số tương quan Pearson và biểu đồ Scatter được sử dụng để đánh giá mối liên quan giữa BMI và các chỉ số nhân trắc (WC, HC, MUAC).

Mô hình hồi quy tuyến tính đa biến để xây dựng phương trình dự đoán BMI và lựa chọn mô hình tối ưu dựa vào các chỉ số là hệ số xác định (R_{adj}^2) cao nhất và RMSE, AIC, BIC thấp nhất. Sử dụng đường cong ROC được sử dụng để đánh giá giá trị dự đoán của MUAC trong việc sàng lọc tình trạng suy dinh dưỡng và béo phì dựa trên BMI.

2.6. Đạo đức nghiên cứu:

Nghiên cứu đã được thông qua Hội đồng Khoa học và Hội đồng Đạo đức của trường Đại học Y khoa Phạm Ngọc Thạch theo Quyết định số 1143/TĐHYKPNT – HĐĐĐ ngày 20/09/2024.

3. KẾT QUẢ

3.1. Đặc điểm chung của đối tượng

Bảng 1: Đặc điểm nhân trắc của các đối tượng theo giới tính

Tên biến	Tổng (n = 458)	Nam (n = 223)	Nữ (n = 235)	Giá trị p ^a
	Trung bình (Độ lệch chuẩn)			
Tuổi (năm)	37,05 (13,70)	36,87 (13,89)	37,22 (13,55)	0,78
Chiều cao (cm)	160,85 (8,84)	167,50 (6,52)	154,54 (5,48)	p < 0,0001
Cân nặng (kg)	60,70 (12,02)	68,05 (10,75)	53,74 (8,51)	
WC (cm)	85,19 (10,15)	90,19 (9,21)	80,44 (8,61)	
HC (cm)	93,83 (6,73)	95,07 (6,65)	92,65 (6,61)	
MUAC (cm)	26,92 (3,52)	28,50 (3,12)	25,41 (3,21)	
BMI (kg/m2)	23,36 (3,59)	24,23 (3,39)	22,53 (3,58)	

^a Giá trị p của kiểm định t với mức ý nghĩa thống kê $p < 0,05$. WC: chu vi vòng eo, HC: chu vi vòng hông và MUAC: chu vi vòng cánh tay

Kết quả phân loại tình trạng dinh dưỡng của các đối tượng dựa trên BMI cho thấy nhóm có chỉ số BMI bình thường chiếm tỷ lệ cao nhất (40,2%), trong khi nhóm suy dinh dưỡng chiếm

tỷ lệ thấp nhất (7,4%). Tỷ lệ thừa cân và béo phì ở toàn bộ mẫu nghiên cứu tương đối tương đương, lần lượt là 27,3% và 25,1%.

Phân tích theo giới tính cho thấy sự khác biệt

có ý nghĩa thống kê giữa nam và nữ ở tất cả các tình trạng dinh dưỡng ($p < 0,001$). Nam giới ghi nhận tỷ lệ thừa cân (34,5%) và béo phì (32,3%) cao hơn rõ rệt so với nữ (thừa cân 20,4% và béo phì 18,4%). Ngược lại, nữ giới có tỷ lệ BMI trong giới hạn bình thường cao hơn nhiều (52,3%) so với nam (27,4%). Bên cạnh đó, tỷ lệ suy dinh dưỡng ở nữ (8,9%) cũng cao hơn so với nam (5,8%).

3.2 Giá trị tương quan của các chỉ số nhân trắc so với BMI

Bảng 2 Hệ số tương quan giữa BMI và các chỉ số nhân trắc

	Chung (n = 458)	Nam (n = 223)	Nữ (n = 235)
WC	0,87	0,91	0,87
HC	0,82	0,76	0,85
MUAC	0,77	0,72	0,81

Bảng 2 cho thấy kết quả hệ số tương quan Pearson giữa BMI và các chỉ số nhân trắc học theo giới tính. Nhìn chung, BMI và các chỉ số nhân trắc (WC, HC, và MUAC) đều có sự tương quan chặt chẽ và có ý nghĩa thống kê với p

$< 0,001$ ở tất cả các nhóm (chung, nam và nữ). Cụ thể, BMI có mối tương quan cao nhất với WC ($r = 0,91$ ở nam và $0,87$ ở nữ) và thấp nhất với MUAC ($r = 0,72$ ở nam và $0,81$ ở nữ).

3.3 Xây dựng phương trình ước tính BMI

Bảng 3 trình bày kết quả của mô hình hồi quy tuyến tính đa biến giữa BMI với WC, HC và MUAC theo giới tính. Khi phân tích hồi quy đơn biến ở cả nhóm nam và nữ, các biến số WC, HC và MUAC đều có ý nghĩa thống kê với $p < 0,01$. Phân tích hồi quy đa biến riêng cho nam và nữ với phương pháp Stepwise đều cho kết quả mô hình tốt nhất khi có cả 3 biến WC, HC và MUAC với hệ số xác định (R_{adj}^2) cao nhất, RMSE thấp nhất và AIC, BIC thấp nhất. Đối với mô hình ở nhóm nam, nếu chỉ có biến MUAC thì mô hình chỉ giải thích được 52,1% giá trị biến thiên của BMI. Tuy nhiên, khi thêm biến WC và HC mô hình giải thích được 85,7% sự biến thiên giá trị của BMI. Tương tự cho mô hình xây dựng ở nhóm nữ, mô hình cả 3 biến số nhân trắc (WC, HC và MUAC) giải thích được 87% sự biến thiên giá trị BMI.

Bảng 3 Các giá trị của mô hình hồi quy tuyến tính ước tính BMI dựa trên các chỉ số nhân trắc

		R_{adj}^2	RMSE	AIC	BIC
Nam (n = 223)	WC, HC, MUAC	0,857	1,282	747,50	761,12
	WC, MUAC	0,851	1,307	755,15	765,37
	MUAC	0,521	2,343	1014,52	1021,33
Nữ (n = 235)	WC, HC, MUAC	0,870	1,292	791,39	805,22
	WC, MUAC	0,830	1,475	852,43	862,81
	MUAC	0,650	2,117	1021,46	1028,38

R_{adj}^2 : hệ số xác định hiệu chỉnh; RMSE: độ lệch chuẩn của các phần dư (sai số dự đoán),

AIC: Akaike Information Criterion; BIC: Bayesian Information Criterion

Mô hình tối ưu ở nam:

$$BMI = -10,68 + 0,249WC + 0,063HC + 0,225MUAC$$

Mô hình tối ưu ở nữ:

$$BMI = -16,08 + 0,16WC + 0,183HC + 0,346MUAC$$

3.4 Điểm cắt của MUAC dựa vào BMI để phân loại béo phì

Bảng 4 trình bày kết quả phân tích đường cong ROC của biến MUAC trong việc phân loại béo phì và suy dinh dưỡng dựa trên BMI ở nam và nữ có sự khác biệt đáng kể. Đối với phân loại béo phì, giá trị điểm cắt của MUAC (tương ứng BMI ≥ 25 kg/m²) là 29,3 cm ở nam và 26,6 ở

nữ với diện tích dưới đường cong ROC lần lượt là 84,0% và 92,9%. Ngược lại với phân loại suy dinh dưỡng (BMI $\leq 18,5$ kg/m²), diện tích dưới đường cong ROC ở nam là 13% và nữ là 11,5% cho thấy khả năng phân loại suy dinh dưỡng của MUAC rất thấp (với AUROC < 0,5 cho kết quả dự đoán sai nhiều hơn đúng).

Bảng 4: Hiệu suất phân loại suy dinh dưỡng, béo phì của MUAC theo giới tính

Phân loại	Điểm cắt MUAC	AUROC	Độ nhạy	Độ đặc hiệu	Youden- J
Nam (n = 223)					
Béo phì (BMI ≥ 25 kg/m ²)	29,3	84,0	79,2	76,2	0,553
Suy dinh dưỡng (BMI $\leq 18,5$ kg/m ²)	-	13,0	-	-	-
Nữ (n = 235)					
Béo phì (BMI ≥ 25 kg/m ²)	26,6	92,9	88,4	82,8	0,712
Suy dinh dưỡng (BMI $\leq 18,5$ kg/m ²)	-	11,5	-	-	-

AUROC (Area under Receiver Operating Characteristic): Diện tích dưới đường cong.

4. BÀN LUẬN

Nghiên cứu của chúng tôi đã thu thập dữ liệu từ 458 đối tượng, bao gồm 223 nam (48,69%) và 235 nữ (51,31%), với sự phân bố tương đối đều ở các nhóm tuổi từ 18 đến 81. Kết quả nghiên cứu cho thấy trung bình các chỉ số nhân trắc (cân nặng, chiều cao, WC, HC, MUAC và BMI) ở nam giới cao hơn nữ giới, và sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê.

Tỷ lệ thừa cân, béo phì dựa trên BMI của tất cả đối tượng trong nghiên cứu này là 52,4%, trong đó tỷ lệ ở nhóm nam là 68,8%, cao hơn đáng kể so với tỷ lệ ở nữ là 38,7%. Một số nghiên cứu khác cũng cho thấy kết quả tương tự với nghiên cứu của chúng tôi.^{11,12} Tuy nhiên, nghiên cứu tại trường Đại học Mizan Tepi ở Ethiopia lại ghi

nhận tỷ lệ thừa cân, béo phì thấp hơn (22,9%) so với nghiên cứu của chúng tôi, và không có sự khác biệt đáng kể giữa hai giới (nam là 21% và nữ là 25,4%).⁸ Bên cạnh đó, tỷ lệ thừa cân, béo phì ở nhóm nữ giới trong nghiên cứu của chúng tôi cao hơn so với nghiên cứu của Dương Đông Nhật và cộng sự năm 2020 trên đối tượng là nhân viên nữ trường Đại học Y khoa Phạm Ngọc Thạch (27,28%).¹³ Mặc dù vậy, tỷ lệ suy dinh dưỡng ở nữ giới trong nghiên cứu của chúng tôi là 8,9%, gần với kết quả nghiên cứu của Dương Đông Nhật (8,6%).¹³ Điều này gợi ý rằng tỷ lệ thừa cân, béo phì ở nữ giới đang có xu hướng tăng lên, trong khi tỷ lệ suy dinh dưỡng không thay đổi đáng kể qua các năm.

Nghiên cứu của chúng tôi cũng chỉ ra rằng các chỉ số nhân trắc (WC, HC và MUAC) đều

có mức độ tương quan cao với BMI, trong đó MUAC có tương quan thấp nhất ($r = 0,77$) và WC có tương quan cao nhất ($r = 0,87$). Kết quả này tương đồng với một số nghiên cứu khác.^{2,8,10} Kết quả này cung cấp thêm bằng chứng về tính hiệu quả của việc sử dụng các chỉ số nhân trắc để sàng lọc tình trạng suy dinh dưỡng và béo phì ở người trưởng thành. Vì vậy, chúng tôi đã xây dựng phương trình ước tính BMI dựa trên WC, HC và MUAC, cho thấy khả năng ước tính BMI thấp nhất khi chỉ sử dụng MUAC (52,1% ở nam và 65% ở nữ). Kết quả của chúng tôi thấp hơn so với nghiên cứu của J. Powell-Tuck và cộng sự¹⁴ với khả năng ước tính BMI của phương trình là 76% ở cả hai giới. Một nghiên cứu khác của Néstor Benítez Brito xây dựng phương trình ước tính BMI từ MUAC chung cho cả nam và nữ với khả năng dự đoán là 60,9%.² Sự khác biệt này có thể là do nghiên cứu của J. Powell-Tuck¹⁴ và Néstor Benítez Brito² đều thực hiện trên bệnh nhân nhập viện nên có sự khác biệt với nghiên cứu của chúng tôi là xây dựng phương trình trên người trưởng thành khỏe mạnh. Mặt khác, kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy WC và HC có tương quan mạnh với BMI ở cả nam và nữ, điều này đã được chứng minh trong nhiều nghiên cứu trước đây.¹⁵ Do đó, nghiên cứu của chúng tôi đề xuất sử dụng kết hợp WC, HC và MUAC để ước tính BMI, với khả năng ước tính lần lượt là 85,7% ở nam và 87% ở nữ.

Chu vi vòng cánh tay đã được chứng minh là một chỉ số đo lường hiệu quả để sàng lọc về tình trạng dinh dưỡng ở nhiều đối tượng khác với chi phí thấp và dễ dàng thu thập.³ Nhiều nghiên cứu đã chứng minh MUAC có giá trị trong sàng lọc suy dinh dưỡng ở người trưởng

thành với điểm cắt khác nhau phụ thuộc vào đối tượng của từng nghiên cứu.^{2,3,10} Tuy nhiên, kết quả nghiên cứu của chúng tôi lại cho thấy MUAC không hiệu quả trong sàng lọc suy dinh dưỡng ở người trưởng thành với giá trị AUROC rất thấp với 13% ở nam và 11,5% ở nữ. Điều này có thể là do tỷ lệ đối tượng suy dinh dưỡng ($BMI < 18,5 \text{ kg/m}^2$) trong nghiên cứu của chúng tôi khá thấp (7,4%), dẫn đến việc khó xác định điểm cắt. Ngược lại, nghiên cứu về điểm cắt sàng lọc béo phì dựa vào MUAC ở người trưởng thành mới được quan tâm trong những năm gần đây và một số nghiên cứu cũng cho kết quả tốt về khả năng sàng lọc béo phì dựa vào MUAC.^{1,8,9} Kết quả điểm cắt của mỗi nghiên cứu cũng có sự khác biệt nhất định. Nghiên cứu của chúng tôi đã cho thấy MUAC có hiệu quả trong việc phân loại béo phì với điểm cắt ở nam là 29,3 cm (AUROC = 84%) và nữ là 26,6 cm (AUROC = 92%) tương ứng với $BMI \geq 25 \text{ kg/m}^2$. Nghiên cứu của Laila Eleraky cho điểm cắt MUAC cho thừa cân là $\geq 29 \text{ cm}$ (tương ứng với $BMI \geq 25 \text{ kg/m}^2$) và béo phì là $\geq 31,5 \text{ cm}$ (tương ứng với $BMI \geq 30 \text{ kg/m}^2$)¹⁶ cho cả nam và nữ. Sự khác biệt giữa nghiên cứu của chúng tôi và Laila Eleraky là do điểm cắt cho đối tượng thừa cân, béo phì theo BMI và đối tượng nghiên cứu của họ là nông dân. Một nghiên cứu khác ở miền Đông Sudan cũng lấy điểm cắt $BMI \geq 30 \text{ kg/m}^2$ cho đối tượng béo phì tương ứng với $MUAC \geq 29 \text{ cm}$ cho cả hai giới và đối tượng tham gia nghiên cứu là những người khỏe mạnh.¹⁷ Nghiên cứu của tác giả Kiran R sử dụng điểm cắt $BMI \geq 25 \text{ kg/m}^2$ cho kết quả điểm cắt MUAC ở nam và nữ lần lượt là 31,3 cm và 28,5 cm.⁹ Kết quả này cao hơn so với nghiên cứu của chúng tôi có thể do

đối tượng nghiên cứu của họ là sinh viên nên MUAC có sự khác biệt so với đối tượng nghiên cứu của chúng tôi. Một nghiên cứu khác của Rahel Dereje ở Ethiopia được thực hiện trên đối tượng là nhân viên của trường Đại học Mizan Tepi cho điểm cắt béo phì dựa vào MUAC ở cả nam và nữ là 26,91cm⁸, thấp hơn so với nghiên cứu của chúng tôi. Sự khác biệt này có thể là do sự khác biệt về đặc điểm dân số, thể hiện qua tỷ lệ thừa cân, béo phì trong nghiên cứu của chúng tôi (52,4%) cao hơn đáng kể so với nghiên cứu của Rahel Dereje (22,9%). Nghiên cứu của Andrew K Amegovu cũng thực hiện tại trường đại học và cho kết quả MUAC không sàng lọc được thừa cân ($25 \leq \text{BMI} \leq 30\text{kg/m}^2$) nhưng lại hiệu quả với các đối tượng béo phì ($\text{BMI} \geq 30\text{kg/m}^2$) với MUAC $\geq 31,1\text{cm}$.¹ Từ những kết quả trên cho thấy, sự khác biệt về điểm cắt BMI giữa các nghiên cứu cũng là một yếu tố cần cân nhắc khi xác định điểm cắt cho MUAC.

Nghiên cứu này có một số hạn chế. Thứ nhất, đối tượng tham gia nghiên cứu này là người trưởng thành (sinh viên, học viên nhân viên) của trường Đại học Y khoa Phạm Ngọc Thạch; vì vậy, không mang tính đại diện được cho dân số ở TP.HCM. Ngoài ra, trong nghiên cứu này, số lượng đối tượng của nhóm suy dinh dưỡng khá ít, nên không đánh giá được hiệu quả sàng lọc của MUAC ở nhóm này. Tuy nhiên, nghiên cứu cũng có một số điểm mạnh đáng ghi nhận như đa dạng về độ tuổi các đối tượng tham gia và phân bố đều ở cả hai giới. Kết quả nghiên cứu cung cấp thêm bằng chứng về khả năng sàng lọc béo phì của MUAC và làm cơ sở cho những nghiên cứu sau này.

5. KẾT LUẬN

MUAC là công cụ hữu ích thay thế BMI trong sàng lọc béo phì ở cộng đồng, đặc biệt ở những khu vực khó khăn về điều kiện kinh tế vì nó dễ dàng thực hiện với chi phí thấp. Nghiên cứu được thực hiện với mục đích xác định điểm cắt của MUAC để sàng lọc suy dinh dưỡng, béo phì ở người trưởng thành tại trường đại học Y khoa Phạm Ngọc Thạch. Tuy nhiên, nghiên cứu không xác định được điểm cắt phù hợp để sàng lọc suy dinh dưỡng. Chúng tôi đề xuất MUAC $\geq 29,3$ cm cho nam và MUAC $\geq 26,6$ cm cho nữ để sàng lọc béo phì cho người trưởng thành.

6. XUNG ĐỘT LỢI ÍCH

Các tác giả khẳng định không có xung đột lợi ích đối với các nghiên cứu, tác giả, và/hoặc xuất bản bài báo.

7. TÀI TRỢ

Trong nghiên cứu này, chúng tôi không sử dụng nguồn kinh phí tài trợ nào. Kinh phí thực hiện đề tài dựa vào nguồn lực sẵn có.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Amegovu A, Chewere T, Mawadri M. Mid-upper arm circumference (MUAC) cut-offs to diagnose overweight and obesity among adults. *Commun Med*. 2020;2(7)
2. Benítez Brito N, Suárez Llanos JP, Fuentes Ferrer M, et al. Relationship between Mid-Upper Arm Circumference and Body Mass Index in Inpatients. *PLOS ONE*. 2016;11(8):e0160480. doi:10.1371/journal.pone.0160480
3. Tang AM, Chung M, Dong KR, et al. Determining a global mid-upper arm circumference cut-off to assess underweight in adults (men and non-pregnant women). *Public Health Nutr*. Dec 2020;23(17):3104-3113. doi:10.1017/

s1368980020000397

4. Gibson RS. Principles of nutritional assessment. 2nd ed. Oxford University Press; 2005. <http://www.tandfonline.com/toc/rwhi20/>
5. World Health Organization. Physical status : the use of and interpretation of anthropometry, report of a WHO expert committee. In: Organization WH, ed. World Health Organization; 1995.
6. Reilly JJ. Mid-upper arm circumference (MUAC): new applications for an old measure. *Arch Dis Child*. Jan 2017;102(1):1-2. doi:10.1136/archdischild-2016-311682
7. Sisay BG, Haile D, Hassen HY, Gebreyesus SH. Performance of mid-upper arm circumference as a screening tool for identifying adolescents with overweight and obesity. *PLOS ONE*. 2020;15(6):e0235063. doi:10.1371/journal.pone.0235063
8. Dereje R, Girma A, Molla A, Simienh A. Mid upper arm circumference as screening tool of overweight or obesity among adult employees of Mizan Tepi University, Southwest Ethiopia. *Heliyon*. Oct 2022;8(10):e10793. doi:10.1016/j.heliyon.2022.e10793
9. R K, Harshitha, Bhargava M. Mid-upper arm circumference and neck circumference to screen for overweight-obesity in young adults in South India. *Heliyon*. Dec 2022;8(12):e12173. doi:10.1016/j.heliyon.2022.e12173
10. Nguyen P, Ramakrishnan U, Katz B, et al. Mid-upper-arm and calf circumferences are useful predictors of underweight in women of reproductive age in northern Vietnam. *Food Nutr Bull*. Sep 2014;35(3):301-11. doi:10.1177/156482651403500303
11. Ali N, Ahmed S, Mahmood S, Trisha AD, Mahmud F. The prevalence and factors associated with obesity and hypertension in university academic staff: a cross-sectional study in Bangladesh. *Sci Rep*. May 5 2023;13(1):7309. doi:10.1038/s41598-023-34574-1
12. He L, Ren X, Qian Y, Jin Y, Chen Y, Guo D, Yao Y. Prevalence of overweight and obesity among a university faculty and staffs from 2004 to 2010 in Wuhu, China. *Nutr Hosp*. May 1 2014;29(5):1033-7. doi:10.3305/nh.2014.29.5.7354
13. Dương ĐN, Trần MN, Trương XB, Đoàn TT, Trần QC. Thừa cân - béo phì và cấu trúc cơ thể của nữ viên chức trường đại học Y khoa Phạm Ngọc Thạch đánh giá bằng phương pháp phân tích kháng trở điện sinh học năm 2020. *Tạp chí Dinh dưỡng và Thực phẩm*. 06/11 2022;18(1):38-44. doi:10.56283/1859-0381/50
14. Powell-Tuck J, Hennessy EM. A comparison of mid upper arm circumference, body mass index and weight loss as indices of undernutrition in acutely hospitalized patients. *Clinical Nutrition*. 2003;22(3):307-312. doi:10.1016/S0261-5614(03)00009-8
15. Vazquez G, Duval S, Jacobs DR, Jr., Silventoinen K. Comparison of body mass index, waist circumference, and waist/hip ratio in predicting incident diabetes: a meta-analysis. *Epidemiol Rev*. 2007;29:115-28. doi:10.1093/epirev/mxm008
16. Eleraky L, Issa R, Maciel S, Mbwana H, Rybak C, Frank J, Stuetz W. High Prevalence of Overweight and Its Association with Mid-Upper Arm Circumference among Female and Male Farmers in Tanzania and Mozambique. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2021;18(17):9128.
17. Musa IR, Omar SM, Adam I. Mid-upper arm circumference as a substitute for body mass index in the assessment of nutritional status among adults in eastern Sudan. *BMC Public Health*. Nov 10 2022;22(1):2056. doi:10.1186/s12889-022-14536-4

Hội Y tế Công cộng Việt Nam
Phòng 201-202, nhà E2, Khu ngoại giao đoàn Trung Tự
6 Đặng Văn Ngữ, Đống Đa, Hà Nội.
Tel: (84-24) 3736 6265
E-mail: vpha@vpha.org.vn
Website: <http://www.vpha.org.vn>

