BỘ GIÁO DỤC VÀ ĐÀO TẠO
ĐẠI HỌC THÁI NGUYÊN

NÔNG THỊ THU TRANG

NGHIÊN CỨU MỘT SỐ ĐẶC ĐIỂM DỊCH TỄ HỌC VIÊM NHIỄM ĐƯỜNG SINH DỤC DƯỚI Ở PHỤ NỮ NÔNG THÔN MIỀN NÚI TỈNH THÁI NGUYÊN VÀ HIỆU QUẢ GIẢI PHÁP CAN THIỆP

LUẬN ÁN TIẾN SĨ Y HỌC

THÁI NGUYÊN - 2015

BỘ GIÁO DỤC VÀ ĐÀO TẠO
ĐẠI HỌC THÁI NGUYÊN

NÔNG THỊ THU TRANG

NGHIÊN CỨU MỘT SỐ ĐẶC ĐIỂM DỊCH TỄ HỌC VIÊM NHIỄM ĐƯỜNG SINH DỤC DƯỚI Ở PHỤ NỮ NÔNG THÔN MIỀN NÚI TỈNH THÁI NGUYÊN VÀ HIỆU QUẢ GIẢI PHÁP CAN THIỆP

Chuyên ngành: Vệ sinh Xã hội học và Tổ chức Y tế
Mã số: 62.72.01.64

LUẬN ÁN TIẾN SĨ Y HỌC

Người hướng dẫn khoa học:
1. PGS.TS. Đàm Khải Hoàn
2. PGS.TS. Nguyễn đức Hinh

THÁI NGUYÊN - 2015

LỜI CAM ĐOAN

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

Thái Nguyên, tháng 08 năm 2015

Nông Thị Thu Trang

LỜI CẢM ƠN

Để có được những kết quả như ngày hôm nay, tôi xin trân trọng cảm ơn Đảng ủy, Ban Giám hiệu, Phòng kế hoạch đào, các Phòng, Ban, các Bộ môn và các thầy giáo, cô giáo, cán bộ Trường Đại học Y Dược - Đại học Thái Nguyên đã trang bị cho tôi kiến thức, tạo mọi điều kiện giúp đỡ tôi trong suốt quá trình học tập, nghiên cứu và hoàn thành Luận án!

Với lòng kính trọng và biết ơn sâu sắc, tôi xin được bày tỏ lòng biết ơn chân thành tới PGS.TS. Đàm Khải Hoàn - Trường Đại học Y Dược - Đại học Thái Nguyên ; PGS.TS. Nguyễn Đức Hinh - Hiệu trưởng Trường Đại học Y Hà Nội, là những người thầy đã dành nhiều thời gian hướng dẫn, tận tình chỉ bảo và định hướng cho tôi trong suốt quá trình nghiên cứu và hoàn thành Luận án!

Tôi xin trân trọng cảm ơn Ban giám đốc, cán bộ y bác sĩ Trung tâm y tế huyện Phổ Yên, Đồng Hỷ, Võ Nhai và cán bộ các trạm y tế xã Thành Công, Phúc Thuận, Linh Sơn, Văn Lăng, Lâu Thượng, Phú Thượng đã giúp đỡ và tạo điều kiện thuận lợi cho tôi trong suốt thời gian học tập, nghiên cứu đề tài luận án !

Tôi xin trân trọng cảm ơn Ban Chủ nhiệm khoa Y Dược - Đại học Quốc gia Hà Nội đã tạo mọi điều kiện để tôi tham gia chương trình học tập và nghiên cứu !

Tôi xin trân trọng cảm ơn các thầy cô trong Hội đồng bảo vệ Luận án cấp Đại học đã đọc và chỉ bảo cho tôi nhiều ý kiến quý báu để luận án của tôi đạt được mục tiêu đã đề ra và hoàn chỉnh.

Trong quá trình nghiên cứu hoàn thành Luận án, tôi đã nhận được sự động viên, chia sẻ, giúp đỡ của gia đình, anh em, bạn bè, đồng nghiệp, những người thân. Tôi xin phép được bày tỏ lòng biết ơn sâu sắc!

Xin trân trọng cảm ơn!

Thái Nguyên, tháng 8 năm 2015

Nông Thị Thu Trang

DANH MỤC CHỮ VIẾT TẮT

CBYT:	Cán bộ y tế
CSSKBĐ:	Chăm sóc sức khỏe ban đầu
CSSKSS:	Chăm sóc sức khỏe sinh sản
CSHQ:	Chỉ số hiệu quả
CTC:	Cổ tử cung
CTVDS:	Cộng tác viên dân số
DTTS:	Dân tộc thiểu số
HQCT:	Hiệu quả can thiệp
KAP:	Kiến thức, thái độ, thực hành
KCB:	Khám chữa bệnh
KHHGĐ:	Kế hoạch hóa gia đình
LTQĐTD:	Lây truyền qua đường tình dục
NVYTTB:	Nhân viên y tế thôn bản
PKĐKKV:	Phòng khám đa khoa khu vực
SKSS:	Sức khỏe sinh sản
VNĐSD:	Viêm nhiễm đường sinh dục
THCS:	Trung học cơ sở
THPT:	Trung học phổ thông
TTYT:	Trung tâm y tế
TYT:	Trạm y tế
TT - GDSK:	Truyền thông giáo dục sức khỏe
VNĐSD:	Viêm nhiễm đường sinh dục
VSMT:	Vệ sinh môi trường
WHO:	World Health Organization - Tổ chức Y tế Thế giới

MỤC LỤC

LỜI CAM ĐOAN i
LỜI CẢM ƠN ii
DANH MỤC CHỮ VIẾT TẮT iii
MỤC LỤC iv
DANH MỤC BẢNG vii
DANH MỤC HÌNH vii
DANH MỤC HỘP THOẠI x
ĐẶT VẤN ĐỀ 1
Chương 1. TỔNG QUAN 3
1.1. Khái quát về bệnh viêm nhiễm đường sinh dục 3
1.1.1. Khái niệm về viêm nhiễm đường sinh dục 3
1.1.2. Phân loại viêm nhiễm đường sinh dục 3
1.1.3. Nguyên nhân gây một số viêm nhiễm đường sinh dục thường gặp 3
1.1.4. Đặc điểm viêm nhiễm đường sinh dục ở phụ nữ 4
1.2. Đặc điểm dịch tễ viêm nhiễm đường sinh dục ở phụ nữ 5
1.2.1. Viêm nhiễm đường sinh dục ở phụ nữ độ tuổi sinh đẻ trên thế giới 5
1.2.2. Thực trạng viêm nhiễm đường sinh dục dưới ở phụ nữ độ tuổi sinh đẻ tại Việt Nam 8
1.3. Một số yếu tố nguy cơ viêm nhiễm đường sinh dục ở phụ nữ 12
1.3.1. Nhóm yếu tố về hành vi sức khỏe người phụ nữ 12
1.3.2. Nhóm yếu tố môi trường và xã hội 13
1.3.3. Nhóm yếu tố về hệ thống y tế 15
1.3.4. Yếu tố nhân khẩu học và một số yếu tố khác 17
1.4. Mô hình phòng chống viêm nhiễm đường sinh dục 20
1.4.1. Một số mô hình phòng chống viêm nhiễm đường sinh dục trên thế giới 20
1.4.2. Phương pháp huy động cộng đồng 22
1.4.3. Một số mô hình truyền thông giáo dục sức khỏe để phòng chống bệnh viêm nhiễm đường sinh dục / lây truyền qua đường tình dục tại Việt Nam 26

Chương 2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU 29
2.1. Đối tượng, địa điểm và thời gian nghiên cứu.....29
2.1.1. Đối tượng nghiên cứu.....29
2.1.2. Địa điểm nghiên cứu 29
2.1.3. Thời gian nghiên cứu 32
2.2. Phương pháp nghiên cứu.....32
2.2.1 Thiết kế nghiên cứu.....32
2.2.2. Cỡ mẫu, phương pháp chọn mẫu định lượng.....33
2.2.3. Phương pháp chọn mẫu định tính 37
2.3. Nội dung can thiệp cộng đồng 38
2.3.1. Các bước tiến hành can thiệp 38
2.3.2. Giải pháp can thiệp (Sơ đồ 2.2. Khung lý thuyết nghiên cứu).....39
2.4. Chỉ số nghiên cứu.....43
2.4.1. Phân nhóm các chỉ số nghiên cứu 43
2.4.2. Tiêu chuẩn đánh giá các biến số 45
2.5. Phương pháp thu thập thông tin 50
2.5.1. Phần định lượng 50
2.5.2. Phần định tính 52
2.5.3. Vật liệu nghiên cứu 52
2.6. Phương pháp xử lý số liệu.....53
2.6.1. Kỹ thuật phân tích số liệu.....53
2.6.2. Phương pháp khống chế sai số.....53
2.7. Đạo đức trong nghiên cứu.....54
Chương 3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU 55
3.1. Dịch tễ học viêm nhiễm đường sinh dục ở phụ nữ nông thôn miền núi độ tuổi sinh đẻ có chồng Thái Nguyên.....55
3.1.1. Tỉ lệ bệnh.....55
3.1.2. Phân bố bệnh 56
3.2. Các yếu tố liên quan đến bệnh viêm nhiễm đường sinh dục 60
3.2.1. Một số yếu tố ảnh hưởng đến bệnh viêm nhiễm đường sinh dục 60

3.2.2. Một số yếu tố nguy cơ với bệnh viêm nhiễm đường sinh dục.....66
3.3. Kết quả can thiệp.....72
3.3.1. Thực hiện các bước tiến hành can thiệp.....72
3.3.2. Kết quả các giải pháp can thiệp 76
3.4. Hiệu quả các giải pháp can thiệp 80
Chương 4. BÀN LUẬN.....90
4.1. Đặc điểm dịch tễ học viêm nhiễm đường sinh dục của phụ nữ tuổi sinh đẻ có chồng ở nông thôn miền núi tỉnh Thái Nguyên 90
4.1.1. Tỉ lệ bệnh.....90
4.1.2. Phân bố bệnh.....91
4.2. Yếu tố liên quan đến bệnh viêm nhiễm đường sinh dục.....93
4.2.1. Yếu tố kiến thức, thái độ, thực hành phòng chống bệnh viêm nhiễm đường sinh dục của đối tượng nghiên cứu 93
4.2.2. Yếu tố nguy cơ của bệnh viêm nhiễm đường sinh dục.....98
4.3. Hiệu quả can thiệp.....103
4.3.1. Kênh tiếp cận thông tin và chất lượng dịch vụ khám chữa bệnh VNĐSD tại trạm y tế xã trước can thiệp.....104
4.3.2. Hiệu quả sau can thiệp 106
KẾT LUẬN.....112
KHUYẾN NGHỊ.....114
TÀI LIỆU THAM KHẢO.....115
PHỤ LỤC.....128

DANH MỤC BẢNG

Bảng 2.1. Tiêu chuẩn chẩn đoán một số bệnh viêm nhiễm đường sinh dục hay gặp .49
Bảng 3.1. Phân bố tỉ lệ bệnh viêm nhiễm đường sinh dục theo lứa tuổi 56
Bảng 3.2. Phân bố tỉ lệ bệnh viêm nhiễm đường sinh dục theo trình độ học vấn 56
Bảng 3.3. Phân bố tỉ lệ bệnh viêm nhiễm đường sinh dục theo dân tộc.....57
Bảng 3.4. Phân bố tỉ lệ bệnh viêm nhiễm đường sinh dục theo nghề nghiệp, điều kiện kinh tế 57
Bảng 3.5. Phân bố tỉ lệ bệnh viêm nhiễm đường sinh dục theo qui mô gia đình và khu vực sống.....58
Bảng 3.6. Kiến thức của phụ nữ về bệnh viêm nhiễm đường sinh dục 60
Bảng 3.7. Thái độ của đối tượng nghiên cứu với bệnh viêm nhiễm đường sinh dục (n = 1200) 62
Bảng 3.8. Thực hành phòng chống viêm nhiễm đường sinh dục của phụ nữ.....64
Bảng 3.9. Nguồn truyền thông về phòng chống bệnh viêm nhiễm đường sinh dục mà phụ nữ tiếp cận được.....65
Bảng 3.10. Tỉ lệ phụ nữ được tư vấn và hài lòng với chất lượng dịch vụ khám chữa bệnh viêm nhiễm đường sinh dục tại trạm y tế xã.....65
Bảng 3.11. Mối liên quan giữa một số yếu tố thuộc về bản thân với bệnh viêm nhiễm đường sinh dục 66
Bảng 3.12. Mối liên quan giữa kiến thức, thái độ, thực hành phòng chống bệnh với bệnh viêm nhiễm đường sinh dục.....67
Bảng 3.13. Mối liên quan giữa một số dịch vụ với bệnh viêm nhiễm đường sinh dục của người phụ nữ 68
Bảng 3.14. Tổng hợp các yếu tố nguy cơ đến bệnh VNĐSD ở người phụ nữ nông thôn Thái Nguyên.....69
Bảng 3.15. Thái độ của các phụ nữ với một số giải pháp dự kiến xây dựng để phòng chống bệnh viêm nhiễm đường sinh dục (n = 1200).....73
Bảng 3.16. Kết quả cải thiện năng lực cho cán bộ tham gia mô hình phòng chống viêm nhiễm đường sinh dục trước và sau tập huấn 77

Bảng 3.17. So sánh sự thay đổi kiến thức, thái độ, thực hành tốt của phụ nữ về phòng chống bệnh viêm nhiễm đường sinh dục ở 2 xã nghiên cứu 83
Bảng 3.18. So sánh hiệu quả can thiệp đối với kiến thức, thái độ, thực hành của phụ nữ về phòng chống bệnh viêm nhiễm đường sinh dục ở 2 xã nghiên cứu 84
Bảng 3.19. Sự thay đổi tình trạng vệ sinh phòng bệnh viêm nhiễm đường sinh dục của phụ nữ ở xã can thiệp (xã Thành Công).....84
Bảng 3.20. Sự thay đổi tình trạng vệ sinh phòng bệnh viêm nhiễm đường sinh dục của phụ nữ ở xã đối chứng (xã Phúc Thuận).....85
Bảng 3.21. Hiệu quả can thiệp đối với tình trạng vệ sinh phòng bệnh viêm nhiễm đường sinh dục của phụ nữ ở 2 xã nghiên cứu 85
Bảng 3.22. Sự thay đổi chất lượng dịch vụ khám chữa bệnh viêm nhiễm đường sinh dục tại trạm y tế xã can thiệp (xã Thành Công).....86
Bảng 3.23. Sự thay đổi chất lượng dịch vụ khám chữa bệnh viêm nhiễm đường sinh dục tại trạm y tế xã đối chứng (xã Phúc Thuận).....86
Bảng 3.24. Hiệu quả can thiệp đối với chất lượng dịch vụ khám chữa bệnh VNĐSD của phụ nữ ở 2 xã nghiên cứu 87
Bảng 3.25. Sự thay đổi tỉ lệ hiện mắc bệnh viêm nhiễm đường sinh dục của phụ nữ 2 xã nghiên cứu.....87

DANH MỤC SƠ ĐỒ VÀ HÌNH VẼ

Hình 2.1. Bản đồ địa lý tỉnh Thái Nguyên 31
Sơ đồ 2.1. Mô hình thiết kế nghiên cứu 33
Sơ đồ 2.2. Khung lý thuyết nghiên cứu..... 40
Hình 3.1. Biểu đồ tình hình bệnh VNĐSD của phụ nữ tham gia nghiên cứu 55
Hình 3.2. Biểu đồ căn nguyên bệnh VNĐSD của phụ nữ nông thôn 55
Hình 3.3. Biểu đồ phân loại mức độ kiến thức về phòng chống bệnh viêm nhiễm đường sinh dục..... 62
Hình3.4. Biểu đồ phân loại mức độ thái độ về phòng chống bệnh viêm nhiễm đường sinh dục..... 63
Hình 3.5. Biểu đồ phân loại mức độ thực hành về phòng chống bệnh viêm nhiễm đường sinh dục..... 64
Hình 3.6. Sơ đồ mô hình phòng chống bệnh viêm nhiễm đường sinh dục 79
Hình 3.7. Biểu đồ so sánh mức độ kiến thức về phòng chống viêm nhiễm đường sinh dục trước và sau can thiệp tại xã can thiệp (xã Thành Công)..... 80
Hình 3.8. Biểu đồ so sánh mức độ kiến thức về phòng chống viêm nhiễm đường sinh dục trước và sau can thiệp tại xã đối chứng (xã Phúc Thuận)..... 81
Hình 3.9. Biểu đồ so sánh mức độ thái độ về phòng chống viêm nhiễm đường sinh dục trước và sau can thiệp tại xã can thiệp (xã Thành Công)..... 81
Hình 3.10. Biểu đồ so sánh mức độ thái độ về phòng chống viêm nhiễm đường sinh dục trước và sau can thiệp tại xã đối chứng (xã Phúc Thuận)..... 82
Hình 3.11. Biểu đồ so sánh mức độ thực hành về phòng chống viêm nhiễm đường sinh dục trước và sau can thiệp tại xã can thiệp (xã Thành Công)..... 82
Hình 3.12. Biểu đồ so sánh mức độ thực hành về phòng chống viêm nhiễm đường sinh dục trước và sau can thiệp tại xã đối chứng (xã Phúc Thuận)..... 83

DANH MỤC HỘP THOẠI

Hộp 3.1. Thực trạng bệnh viêm nhiễm đường sinh dục hiện nay.....59
Hộp 3.2. Hành vi phòng chống bệnh viêm nhiễm đường sinh dục của người phụ nữ chưa tốt 70
Hộp 3.3. Công tác phòng chống bệnh viêm nhiễm đường sinh dục tại địa phương.....70
Hộp 3.4. Yếu tố vệ sinh môi trường chống bệnh viêm nhiễm đường sinh dục tại địa phương 71
Hộp 3.5. Hiệu quả của mô hình can thiệp ở xã Thành Công 88

ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm nhiễm đường sinh dục là một trong những bệnh hay gặp ở phụ nữ lứa tuổi sinh đẻ và là bệnh gặp nhiều nhất trong các bệnh phụ khoa [65], [115]. Bệnh gây ra nhiều ảnh hưởng xấu tới sức khỏe sinh sản, lao động và chất lượng cuộc sống của phụ nữ. Viêm nhiễm đường sinh dục còn là nguyên nhân vô sinh, chửa ngoài tử cung, sẩy thai và nhiều biến chứng khác. Bệnh cũng là yếu tố gây cản trở việc thực hiện kế hoạch hóa gia đình, là yếu tố làm tăng nguy cơ lây nhiễm HIV và bệnh lây truyền qua đường tình dục [7], [50].

Theo Tổ chức Y tế Thế giới, ước tính có khoảng 50% phụ nữ tuổi sinh đẻ trên thế giới bị viêm nhiễm đường sinh dục, tập trung nhiều ở các nước đang phát triển trong đó có Việt Nam [96], [115], [103]. Vì vậy, Tổ chức Y tế Thế giới đã khuyến cáo ưu tiên kiểm soát và khống chế bệnh viêm nhiễm đường sinh dục, bệnh lây truyền qua đường tình dục và HIV [116].

Tại Việt Nam, tỉ lệ hiện mắc viêm nhiễm đường sinh dục chiếm tương đối cao, dao động từ 40 - 80% theo từng nghiên cứu [110], [111]. Theo một số nghiên cứu trước đây cho thấy: tỉ lệ viêm nhiễm đường sinh dục ở phụ nữ khu vực biển đảo thành phố Hải Phòng là 46,5% [68]; ở Hà Nội là 37,0% [92]; ở Thừa Thiên Huế là 23,3% [41]. Điều đáng chú ý là tỉ lệ viêm nhiễm đường sinh dục ở phụ nữ nông thôn thường tăng cao hơn so với một số vùng khác, ví dụ như ở vùng nông thôn chiêm trũng Hà Nam (58,4%); vùng nông thôn đồng bằng Hải Dương (52,0%); thậm chí ở phụ nữ dân tộc Thái vùng nông thôn miền núi Nghệ An (64,1%) [51].

Ở nước ta, chương trình phòng chống bệnh viêm nhiễm đường sinh dục, bệnh lây truyền qua đường tình dục và HIV đã được thực hiện từ lâu [8], [9], [11], [57] nhưng nhìn chung hiệu quả của các chương trình này còn thấp, đặc biệt là tại các vùng nông thôn miền núi, vùng sâu vùng xa [65]. Tại các vùng này, phụ nữ là đối tượng có nguy cơ cao mắc bệnh viêm nhiễm đường sinh dục, do những yếu tố bất lợi về điều kiện vệ sinh, điều kiện lao động, mức sống thấp [12], [65], [92]. Bên cạnh đó, khả năng tiếp cận dịch vụ y tế còn hạn chế [12], [65], kiến thức về viêm nhiễm đường sinh dục chưa cao [65], [63], [111] và sự tồn tại của bất bình đẳng giới [65] đã làm gia tăng tỉ lệ viêm nhiễm đường sinh dục ở phụ nữ trong độ tuổi sinh đẻ tại khu vực này.

Thái Nguyên là tỉnh trung du miền núi, đời sống kinh tế - văn hóa - xã hội của người nông dân ở mức trung bình [14]; công tác chăm sóc sức khỏe nói chung và chăm sóc sức khỏe sinh sản còn gặp nhiều khó khăn. Chính vì thế mà tỉ lệ viêm nhiễm đường sinh dục ở phụ nữ có thể cao và có thể cần có những giải pháp phòng chống viêm nhiễm đường sinh dục hiệu quả dành cho phụ nữ nông thôn miền núi. Câu hỏi đặt ra là: Thực trạng bệnh viêm nhiễm đường sinh dục của phụ nữ độ tuổi sinh đẻ ở nông thôn miền núi tỉnh Thái Nguyên hiện nay ra sao? Yếu tố nguy cơ nào tác động đến tỉ lệ bệnh viêm nhiễm đường sinh dục ở phụ nữ độ tuổi sinh đẻ? Giải pháp nào để phòng chống bệnh viêm nhiễm đường sinh dục cho phụ nữ độ tuổi sinh đẻ ở nông thôn miền núi Thái Nguyên hiệu quả? Xuất phát từ những câu hỏi trên, chúng tôi tiến hành thực hiện đề tài: ***"Nghiên cứu một số đặc điểm dịch tễ học viêm nhiễm dường sinh dục dưới ở phụ nữ nông thôn miền núi tỉnh Thái Nguyên và hiệu quả giải pháp can thiệp***". Với các mục tiêu sau:

1. Mô tả một số đặc điểm dịch tễ học viêm nhiễm đường sinh dục dưới của phụ nữ nông thôn miền núi độ tuổi sinh đẻ có chồng tỉnh Thái Nguyên năm 2012.

2. Xác định một số yếu tố viêm nhiễm đường sinh dục dưới của phụ nữ độ tuổi sinh đẻ có chồng ở nông thôn miền núi tỉnh Thái Nguyên.

3. Đánh giá hiệu quả một số giải pháp phòng chống viêm nhiễm đường sinh dục của phụ nữ nông thôn xã Thành Công, huyện Phổ Yên, tỉnh Thái Nguyên sau 2 năm can thiệp.

Chương 1.
TỔNG QUAN

1.1. Khái quát về bệnh viêm nhiễm đường sinh dục

1.1.1. Khái niệm về viêm nhiễm đường sinh dục

Viêm nhiễm đường sinh dục (VNĐSD) là một bệnh lý do viêm nhiễm tại bộ phận sinh dục nữ, từ âm hộ, âm đạo, cổ tử cung (CTC), tử cung, phần phụ sinh dục và tiểu khung [10], [18], [69].

Khoảng 1/2 các trường hợp phụ nữ đến khám tại các phòng khám phụ khoa là vì những triệu chứng có liên quan đến bệnh lý VNĐSD. Trong các bệnh phụ khoa nói chung, gần 90% phụ nữ bị VNĐSD [18], [27], [69], [79].

1.1.2. Phân loại viêm nhiễm đường sinh dục

Dựa vào vị trí viêm nhiễm về mặt giải phẫu mà VNĐSD được chia thành 2 loại, bao gồm: VNĐSD dưới và VNĐSD trên.

-*VNĐSD dưới,* bao gồm: Viêm âm hộ, Viêm âm đạo, Viêm CTC.

-*VNĐSD trên,* bao gồm: viêm nhiễm ở tử cung, vòi tử cung, buồng trứng, phúc mạc vùng chậu và tiểu khung [7], [27], [69], [79].

Dựa theo hình thái viêm nhiễm mà VNĐSD được chia thành: VNĐSD cấp tính và VNĐSD mạn tính.

-*VNĐSD cấp tính:* với các dấu hiệu, triệu chứng ở các mức độ khác nhau, như sưng nóng, đau, sốt, khí hư nhiều và hôi bẩn… Nếu được phát hiện sớm, điều trị kịp thời sẽ có kết quả tốt hơn. Tuy nhiên các VNĐSD cấp tính ít gặp hơn so với viêm mạn tính.

-*VNĐSD mạn tính:* thường chỉ với các dấu hiệu nghèo nàn như ra khí hư nhiều hơn bình thường và hôi, đau dấm dứt không thường xuyên… VNĐSD mạn tính ít được quan tâm thăm khám, điều trị cũng kéo dài và kết quả hạn chế [7], [18], [69], [76], [79].

1.1.3. Nguyên nhân gây một số viêm nhiễm đường sinh dục thường gặp

Các VNĐSD gây ra bởi các vi sinh vật thường có mặt tại đường sinh sản hoặc do các vi sinh vật từ bên ngoài vào thông qua hoạt động tình dục

hoặc qua các thủ thuật y tế [10], [76]. Nguyên nhân VNĐSD ở phụ nữ nhìn chung chủ yếu liên quan tới nhiễm khuẩn sau đẻ, sau sẩy thai và nạo hút thai, do vệ sinh trong lao động, vệ sinh kinh nguyệt và vệ sinh giao hợp chưa hợp lý… Nguyên nhân VNĐSD thường gặp do nhiễm trực khuẩn, cầu khuẩn, liên cầu khuẩn, tụ cầu khuẩn, trực khuẩn coli, trực khuẩn lao, ký sinh trùng nấm, trùng roi và các tạp khuẩn khác [7], [18]. Nếu được phát hiện và điều trị kịp thời, được tư vấn phòng bệnh tốt, bệnh VNĐSD sẽ khỏi hoàn toàn và không ảnh hưởng gì cho sức khỏe sinh sản (SKSS) [76].

1.1.4. Đặc điểm viêm nhiễm đường sinh dục ở phụ nữ

VNĐSD là một bệnh thường gặp nhất ở phụ nữ, đặc biệt là phụ nữ trong độ tuổi sinh đẻ. VNĐSD ở phụ nữ gồm 3 loại: (1) Các nhiễm khuẩn LTQĐTD như nhiễm Chlamydia, bệnh lậu, trùng roi sinh dục, bệnh giang mai, herpes sinh dục, sùi mào gà sinh dục và nhiễm HIV...; (2) Nhiễm khuẩn nội sinh do tăng sinh quá mức các vi sinh vật có trong âm đạo của phụ nữ như viêm âm đạo do vi khuẩn và viêm âm hộ - âm đạo do nấm men; (3) Nhiễm khuẩn y sinh là các nhiễm khuẩn do thủ thuật y tế không vô khuẩn. Các VNĐSD trên có thể dự phòng hoặc có thể chữa khỏi được [16].

Hướng dẫn quốc gia về chăm sóc SKSS đã đưa ra các chỉ dẫn cụ thể để khám phát hiện bệnh [10], trong đó khám lâm sàng cần phải chú ý đến:

- Khám bộ phận sinh dục ngoài phát hiện dịch âm đạo: màu sắc, mùi, đặc điểm dịch (dịch nhiều hay ít, trong hay đục, vàng, xanh, có mủ, có bọt, có dính vào thành âm đạo không, lẫn máu không).

- Khám trong để đánh giá tính chất khí hư (màu, số lượng, mùi). Đánh giá dịch ở trong ống CTC: dịch trong, dịch mủ hoặc mủ có lẫn máu. Phát hiện các các tổn thương loét, hột hoặc sùi trong CTC và thành âm đạo [10].

Về lâm sàng, khó có thể phân biệt được đâu là VNĐSD do bệnh phụ khoa thông thường, đâu là VNĐSD do bệnh LTQĐTD. Muốn xác định rõ loại bệnh lý VNĐSĐ thì cần dựa vào các hội chứng chính gây VNĐSD. Đây là phương pháp tiếp cận được Bộ y tế hướng dẫn sử dụng [10]. Phương pháp này chia các biểu hiện lâm sàng của VNĐSD thành 5 hội chứng chính. Nhân viên y tế dựa vào 5 hội chứng này để chẩn đoán, điều trị sớm các VNĐSD ở phụ nữ thường gặp một cách hiệu quả nhất. Các hội chứng bao gồm:

- Hội chứng tiết dịch âm đạo bao gồm: viêm âm đạo do trùng roi, nấm nem, vi khuẩn kỵ khí, viêm CTC mủ nhầy do lậu cầu khuẩn...
- Bệnh sùi mào gà sinh dục ở nữ do virút gây u nhú ở người.
- Hội chứng đau bụng dưới ở phụ nữ do: lậu cầu, Chlamydia trachomatis, Gardnerella vaginalis và các vi khuẩn kỵ khí âm đạo.
- Hội chứng loét sinh dục ở nữ do các tác nhân: Xoắn khuẩn giang mai, trực khuẩn hạ cam Herpes sinh dục.
- Hội chứng sưng hạch bẹn

Các thể lâm sàng thường gặp trong VNĐSD ở phụ nữ bao gồm:

- Viêm âm hộ
- Viêm âm đạo do trùng roi (Trichomonas vaginalis)
- Viêm âm đạo do nấm
- Viêm âm đạo do vi khuẩn
- Bệnh lậu ở phụ nữ (viêm CTC và viêm niệu đạo do lậu)
- Viêm CTC và niệu đạo do Chlamydia ở nữ

1.2. Đặc điểm dịch tễ viêm nhiễm đường sinh dục ở phụ nữ

1.2.1. Viêm nhiễm đường sinh dục ở phụ nữ độ tuổi sinh đẻ trên thế giới

VNĐSD là một trong những bệnh hay gặp ở phụ nữ lứa tuổi sinh đẻ trên khắp thế giới [65], [115], [117]. Theo Tổ chức Y tế Thế giới (WHO), các VNĐSD bao gồm các VNĐSD không lây truyền qua đường tình dục và các bệnh lây truyền qua đường tình dục (LTQĐTD). Trong đó mỗi ngày có gần một triệu ca nhiễm mới thuộc các nhiễm khuẩn LTQĐTD. Các VNĐSD không LTQĐTD còn phổ biến hơn. Theo WHO, ước tính có khoảng 50% phụ nữ tuổi sinh đẻ trên thế giới bị VNĐSD, tập trung nhiều ở các nước đang phát triển [96], [103], [115]. Các nghiên cứu về VNĐSD trên thế giới gần đây, đều cho thấy tỉ lệ hiện mắc VNĐSD cao nhất tập trung ở các quốc gia thuộc châu Phi, nam châu Á đến châu Mỹ La tinh; các nước châu Âu và bắc Mỹ có tỉ lệ hiện mắc VNĐSD thấp nhất [76], [116]. Trong các bệnh lý VNĐSD dưới ở phụ nữ tuổi sinh đẻ thì 90% các trường hợp viêm âm đạo là do 3 tác nhân chính: tạp khuẩn, nấm và trùng roi; trong đó tạp khuẩn là chủ yếu. Ước tính trên thế giới có khoảng 180 triệu phụ nữ mắc trùng roi, trong đó 50% phụ nữ tuổi sinh đẻ ngoài thời kỳ có thai và 20% phụ nữ mang thai. Theo báo cáo của

WHO, ở các nước đang phát triển có tỉ lệ VNĐSD với lậu cầu, Chlamydia và giang mai chiếm từ 6 - 40% [116].

VNĐSD là một vấn đề đã và đang nhận được sự quan tâm lớn trong các vấn đề sức khỏe của toàn cầu. Đã có nhiều nghiên cứu khác nhau được thực hiện về tình hình VNĐSD trên thế giới [107]. Tuy nhiên, các nghiên cứu xác định tỉ lệ mắc chung của mỗi quốc gia về các VNĐSD thường ít được báo cáo mà phổ biến là các nghiên cứu ở một số vùng của mỗi quốc gia với các đối tượng nghiên cứu cũng khác nhau, và thường cho các kết quả khác nhau [107]. Nghiên cứu ở nước phát triển như nghiên cứu ở Italia của Boselli F. và cộng sự (cs) (2004) [75], trên 1644 phụ nữ Italia thì tỉ lệ VNĐSD khá cao: tỉ lệ phụ nữ bị nấm âm hộ - âm đạo chiếm tới 51,3%; viêm âm đạo do vi khuẩn là 19,9%; do trùng roi chiếm 6,7%; viêm âm đạo không đặc hiệu chiếm 6,1%. Nghiên cứu về tình trạng VNĐSD do *Chlamydia* ở các nước châu Âu cho tỉ lệ viêm nhiễm ở phụ nữ độ tuổi sinh đẻ chiếm từ 1,1% (Norway) tới 6,9% (Estonia). Tỉ lệ này ở các nước Đức là 2,11%; Đan Mạch là 6,7% và Thụy Điển là 2,70%. Tỉ lệ VNĐSD do Chlamydia ở những phụ nữ thường xuyên quan hệ tình dục chiếm thấp nhất ở Tây Ban Nha với 0,2% và cao nhất ở Đan Mạch, Vương Quốc Anh với 8,0% [80].

Ở các quốc gia đang phát triển, cũng có nhiều nghiên cứu về VNĐSD đã được báo cáo với tỉ lệ mắc cao. Theo một nghiên cứu trên 2325 phụ nữ có chồng trong độ tuổi sinh đẻ tại vùng nông thôn Harryana, Ấn độ thì có tới 61,0% phụ nữ mắc ít nhất một triệu chứng của VNĐSD, trong tổng số phụ nữ bị VNĐSD; tỉ lệ phụ nữ bị viêm âm đạo là 32,0%, viêm CTC 21,0%; nhiễm khuẩn khung chậu chiếm 19,0% [72]. Nghiên cứu về các vấn đề phụ khoa ở 3600 bà mẹ ở bang Karnataka, Ấn Độ cho kết quả khoảng 1/3 số phụ nữ được phỏng vấn có các biểu hiện yếu và mệt mỏi (gợi ý đến tình trạng thiếu máu); rối loạn kinh nguyệt; âm đạo có chất thải có màu hoặc màu trắng (dấu hiệu tình trạng VNĐSD dưới); đau bụng dưới và thải khí hư kèm theo sốt (gợi ý tình trạng viêm khung chậu cấp) [74]. Nghiên cứu ở Hubli, Karnataka trên phụ nữ độ tuổi sinh đẻ cho tỉ lệ 40,4% phụ nữ có triệu chứng của VNĐSD; tỉ lệ phụ nữ được chẩn đoán VNĐSD thông qua xét nghiệm là 37,4% với phần lớn phụ nữ bị viêm âm đạo; tỉ lệ phụ nữ phát hiện bị nhiễm nấm *Candida*s

cũng chiếm tới 34,3% [73]. Một nghiên cứu khác tại bang Uttar Pradesh, Ấn Độ đã tiến hành trên 18.506 phụ nữ có chồng, mang thai trong vòng 3 năm trở lại cho thấy cứ 4 phụ nữ thì có khoảng hơn 1 phụ nữ có các biểu hiện về một trong các triệu chứng của VNĐSD; với biểu hiện phổ biến nhất là có khí hư bất thường và đau trong quá trình đi tiểu. Biểu hiện VNĐSD có mối liên quan tăng dần đến thời gian mang thai, tuổi của phụ nữ và tình trạng kinh tế kém. Tuy nhiên chỉ có 1/3 số phụ nữ có các biểu hiện VNĐSD tìm kiếm các dịch vụ y tế để điều trị bệnh [97].

Nghiên cứu ở phụ nữ trong độ tuổi từ 12 - 49 tuổi vùng nông thôn phía Bắc Brazil (2007) cho tỉ lệ hiện mắc Trichomoniasis là 4,1%, Gonorrhoea là 1,2%; tỉ lệ viêm âm đạo do vi khuẩn và do nấm *Candida* lần lượt là 20% và 12,5%. Ở Trung Quốc, nghiên cứu của Zhang X. J. (2009) [120], trên 53.652 phụ nữ có chồng ở miền núi tỉnh Anhui, Trung Quốc cho thấy tỉ lệ VNĐSD chiếm tới 58,1%. Ba hình thức VNĐSD phổ biến nhất là viêm trong CTC, viêm âm đạo do vi khuẩn và bị viêm âm đạo do trùng roi chiếm tỉ lệ lần lượt là 41,7%; 12,0% và 4,5%. Bên cạnh đó, tỉ lệ phụ nữ bị VNĐSD do nhiều loại hình thái khác nhau cũng tương đối cao: 20,4% phụ nữ bị 2 loại VNĐSD; 8,8% phụ nữ có ít nhất 3 loại VNĐSD [120].

Một nghiên cứu sàng lọc ở Kenya, Rwanda và Nam Phi đối với các phụ nữ vùng ngoại ô (2014) cho thấy tỉ lệ phụ nữ bị nhiễm khuẩn âm đạo chiếm tới 38,0%; trong tổng số phụ nữ bị VNĐSD thì có 64,0% phụ nữ bị VNĐSD từ 2 hình thức trở lên (N. gonorrhoea, C. trachomatis, T. vaginalis, syphilis) và/hoặc nhiễm nấm *Candida* [88]. Trong một cuộc khảo sát khác trên 2929 phụ nữ miền núi của Bangladesh cho thấy có 22,0% phụ nữ được hỏi có các biểu hiện của VNĐSD; trong tổng số 472 phụ nữ có biểu hiện VNĐSD được làm xét nghiệm thì có 68,0% có kết quả dương tính với tình trạng nhiễm khuẩn/nấm ở đường sinh dục. Kết quả này đã cho thấy tỉ lệ cao phụ nữ ở miền núi bị VNĐSD và sẽ có những ảnh hưởng lớn tới sức khỏe người dân trong cộng đồng [113]. Nghiên cứu về VNĐSD đối với phụ nữ độ tuổi sinh đẻ ở bệnh nhân nội trú và ngoại trú thuộc bệnh viện tuyến tỉnh của thành phố Benin, Nigeria cho tỉ lệ VNĐSD ở bệnh nhân nội trú là 52,48%; ở bệnh nhân ngoại trú là 47,02% và tỉ lệ mắc chung là 48,17%. Nhiễm nấm *Candida*

ablicans là nguyên nhân hàng đầu trong các VNĐSD ở bệnh nhân ngoại trú; trong khi đó nhiễm Staphylococcus aureus là nguyên nhân gây VNĐSD hàng đầu ở bệnh nhân nội trú [102].

Tóm lại, VNĐSD nói chung hiện nay rất phổ biến trên thế giới với tỉ lệ mắc bệnh qua các nghiên cứu đều tương đối cao [107], [117]. Các nguyên nhân và hình thái VNĐSD cũng đa dạng, khác nhau tùy theo nghiên cứu; có những bệnh nhân chỉ bị một hình thái viêm và có những bệnh nhân bị nhiều hình thái viêm khác nhau (viêm CTC, viêm âm đạo, viêm âm hộ - âm đạo...). Bệnh VNĐSD ảnh hưởng rất lớn đến sức khỏe của phụ nữ, nhất là phụ nữ ở độ tuổi sinh đẻ. Bệnh làm tăng gánh nặng bệnh tật của mỗi quốc gia và toàn cầu, ảnh hưởng không nhỏ đến sự phát triển và an sinh xã hội của từng quốc gia.

1.2.2. Thực trạng viêm nhiễm đường sinh dục dưới ở phụ nữ độ tuổi sinh đẻ tại Việt Nam

Ở Việt Nam, VNĐSD là một trong những bệnh rất hay gặp ở phụ nữ nói chung và là bệnh phụ khoa thường gặp nhất ở phụ nữ thuộc độ tuổi sinh hoạt tình dục. Các bệnh VNĐSD gây ra những hậu quả không tốt tới sức khỏe của người phụ nữ, chính vì thế, bệnh VNĐSD là một vấn đề đang được quan tâm trong công tác chăm sóc sức khỏe sinh sản (CSSKSS) [7], [18], [50]. Nghiên cứu cho thấy, tỉ lệ hiện mắc VNĐSD tại Việt Nam chiếm tương đối cao, dao động từ 40 - 80% theo từng nghiên cứu [110], [111].

Tại Hà Nội, nghiên cứu của Viện Da liễu Trung ương năm 1999 cho thấy tỉ lệ mắc bệnh VNĐSD là 70,6% trong đó viêm cổ tử cung 29,2%, viêm âm đạo 14,4%, nguyên nhân chủ yếu là nấm *Candida* (17,4%). Một nghiên cứu trên diện rộng nhằm nghiên cứu tìm hiểu căn nguyên VNĐSD ở phụ nữ trong độ tuổi sinh đẻ của Lê Thị Oanh và cs (2001) [51], cho thấy ở nội thành Hà Nội có 41,5% phụ nữ bị VNĐSD; ngoại thành Hà Nội có tới 59,4% bị VNĐSD; vùng ven biển Thái Bình có 56,9% bị VNĐSD; vùng chiêm trũng Hà Nam có 58,4% bị VNĐSD và vùng núi Nghệ An với tỉ lệ mắc bệnh VNĐSD ở phụ nữ dân tộc Thái rất cao: 64,1%; vùng đồng bằng Hải Dương có 52,0% bị VNĐSD. Căn nguyên chủ yếu gây VNĐSD là nấm *Candida* (dao động từ 14.0 - 42,8%).

Nghiên cứu của Đinh Thanh Huề và Lê Văn Tế (2004) [39], về tình hình VNĐSD dưới ở phụ nữ có chồng, độ tuổi sinh đẻ ở xã Quảng Thọ huyện Quảng Trạch Quảng Bình cho thấy tỉ lệ hiện mắc VNĐSD là 41,9%; với nguyên nhân hàng đầu là do nấm *Candida* (16,2%), tiếp theo là trùng roi (11,5%)…. Lê Thanh Sơn, Trần Thị Trung Chiến, Đoàn Huy Hậu (2004) [54], tiến hành nghiên cứu đặc điểm tác nhân vi sinh vật gây VNĐSD ở phụ nữ tuổi sinh đẻ đã có chồng tại một số xã phường tỉnh Hà Tây cho thấy tỉ lệ mắc VNĐSD rất cao (64,24%); phụ nữ nông thôn mắc cao hơn thành thị. Căn nguyên chủ yếu là nấm *Candida*. Nghiên cứu của Trần Thị Lợi (2009) [45], trên phụ nữ tuổi sinh đẻ đến khám phụ khoa tại phòng khám phụ khoa Bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ cho kết quả tỉ lệ viêm âm đạo là 34,1% trong đó nhiễm khuẩn âm đạo là 25,7%, viêm âm đạo do nấm *Candida* là 10% và viêm âm đạo do T. vaginalis là 2,7%.

Nghiên cứu của Vũ Bá Hoè (2008) [38], trên 800 phụ nữ trong độ tuổi sinh đẻ tại huyện Vĩnh Bảo - Hải Phòng năm 2008 cho tỉ lệ mắc bệnh VNĐSD là 62,9%, VNĐSD có viêm âm đạo là nhiều nhất, chiếm 90,8%; viêm CTC chiếm 88,9%, do tạp khuẩn chiếm 42,0%, nấm chiếm 7,4 và trùng roi chiếm 4%. Nghiên cứu của Đỗ Mai Hoa (2009) [25], về bệnh VNĐSD của phụ nữ tại Chí Linh, Hải Dương năm 2009 cho thấy tỉ lệ mắc bệnh là 42,6%. Theo kết quả nghiên cứu của Ngô Đức Tiệp (2011) [61] trên phụ nữ 19 - 49 tuổi có chồng tại Hải Phòng năm 2011, có 70% phụ nữ từ 19 - 49 tuổi mắc bệnh VNĐSD, trong đó: tỉ lệ phụ nữ nghiên cứu được phát hiện có viêm âm hộ là 10,6%, viêm âm đạo đơn thuần là 31,1%, viêm lộ tuyến cổ tử cung là 55,7%, viêm tuyến Bartholin và Skene là 2,3%. Theo nghiên cứu của Nguyễn Văn Học (2011) [36], thì tỉ lệ VNĐSD dưới ở phụ nữ có chồng huyện Thanh Hà là 41,3%; trong đó cao nhất là viêm âm đạo với tỉ lệ 44,2%; và tác nhân chính gây VNĐSD cho phụ nữ tại địa bàn nghiên cứu là do tạp khuẩn.

Nghiên cứu của Nguyễn Thị Huệ và Lâm Đức Tâm (2010) [40], tại Bệnh viện Đa khoa Cần Thơ cho tỉ lệ viêm âm đạo ở phụ nữ đến khám là 37,1%; trong đó phần lớn bệnh nhân ở độ tuổi từ 26 - 30 (23,0%); tiếp theo là bệnh nhân ở độ tuổi từ 31 - 35 (20,4%); tổng số bệnh nhân bị viêm âm đạo ở độ tuổi từ 19 - 35 là 68,0%. Tỉ lệ phụ nữ bị viêm âm đạo có trình độ học vấn

từ tiểu học trở xuống là 48,3%; tiếp theo là trình độ học vấn trung học cơ sở (THCS) với 33,9% và thấp nhất là trình độ đại học với 3,7%. Hơn một nửa bệnh nhân viêm âm đạo có nghề nghiệp là làm ruộng với 55,1%.

Nghiên cứu của Bùi Thị Thu Hà (2007) [20], trên 380 phụ nữ từ 18 - 49 tuổi ở Hà Nội cũng nhận thấy tỉ lệ mắc VNĐSD rất cao 62,1%, trong đó viêm âm đạo do vi khuẩn chiếm chủ yếu: 50,0%, do *C. trachomatis* là 45,8%, nấm *C. albicans* là 31,8% và thấp nhất là *T. vaginalis* là 3,8%. Trong nghiên cứu về VNĐSD dưới ở phụ nữ Hà Nội từ 18-49 tuổi đã có chồng năm 2010 của tác giả Nguyễn Duy Ánh (2010) [1], cho kết quả: tỉ lệ phụ nữ có biểu hiện VNĐSD dưới trên lâm sàng là 58,7%; tỉ lệ không có biểu hiện lâm sàng là 41,3%. Kết quả xét nghiệm xác định có VNĐSD dưới ở đối tượng nghiên cứu là 78,4%. Trong tổng số các trường hợp VNĐSD, viêm nhiễm tại âm hộ chiếm 16,7%; tại âm đạo là 36,3%; và viêm CTC là 26,5%. Các hình thái viêm kết hợp: viêm âm hộ - âm đạo có tỉ lệ 3,7%; viêm âm đạo - viêm lộ tuyến CTC có tỉ lệ 19,6%; viêm âm hộ - âm đạo - lộ tuyến CTC chiếm 7,0%. Nguyên nhân VNĐSD hay gặp nhất là do *Bacterial vaginosis* chiếm 47,1%; tiếp theo đó là do *Candida* với 30,7% và *Chlamydia trachomatis* với 22,1%.

Nghiên cứu cắt ngang về tình hình VNĐSD dưới ở phụ nữ 18 - 49 tuổi có chồng tại huyện Thới Bình, tỉnh Cà Mau được tiến hành từ tháng 3/2009 - 09/2010 cho kết quả: tỉ lệ VNĐSD dưới ở phụ nữ 18 - 49 tuổi là 47,3%; các hình thái VNĐSD hay gặp bao gồm: viêm âm đạo - CTC có tỉ lệ mắc chiếm cao nhất với 56,1%, viêm âm đạo đơn thuần là 22,2%, viêm CTC đơn thuần là 19,3%, viêm âm hộ âm đạo và viêm âm hộ đơn thuần 0,4% cho mỗi hình thái, VNĐSD không có tổn thương thực thể là 1,6%. Các trường hợp VNĐSD do nhiễm một tác nhân đơn thuần chiếm đa số (96,14%), trong đó nhiễm tạp trùng 62,8%, nhiễm *Candida albicans* 20,7%, nhiễm *Trichomonas vaginalis* 12,64%; đồng nhiễm 3,86% trong đó tạp trùng và *Candida albicans* là 2,8%, tạp trùng và *Trichomonas vaginalis* là 1,06% [6].

Nghiên cứu của Đỗ Thị Uyên (2012) [68], tại Hải Phòng về thực trạng bệnh VNĐSD dưới và tổn thương tế bào học ở phụ nữ nhóm tuổi từ 19 - 65 năm 2012, cho kết quả: tỉ lệ VNĐSD của nhóm đối tượng nghiên cứu là

46,5%, trong đó viêm âm đạo đơn thuần là 45,7%; viêm CTC là 26,3%; và tỉ lệ viêm âm hộ của các đối tượng trong nghiên cứu là 2,7%. Năm 2012 tác giả Trần Uy Lực (2012) [46], đã tiến hành nghiên cứu về thực trạng VNĐSD của phụ nữ đến khám phụ khoa tại Bệnh viện Phụ sản Hải Phòng, kết quả cho thấy tỉ lệ VNĐSD của phụ nữ đến khám là 94,5%, trong đó viêm âm hộ chiếm 3,2%, viêm âm đạo chiếm 43,6%, viêm CTC chiếm 40%.

Nguyễn Minh Quang (2013) [52], nghiên cứu thực trạng mắc bệnh VNĐSD ở phụ nữ bán dâm tại Trung tâm chữa bệnh, giáo dục và lao động số 2 Hà Nội năm 2013 cho thấy tỉ lệ rất cao (67,1%). Các hình thái viêm nhiễm phổ biến nhất là viêm cả âm hộ và âm đạo (49,9%), viêm âm đạo đơn thuần (21,9%), viêm cổ tử cung đơn thuần (8,8%). Đặc biệt có 7,9% viêm lộ tuyến cổ tử cung. Tỉ lệ nhiễm tạp khuẩn là cao nhất tới 44,7%, tiếp theo là nhiễm nấm, chiếm 10,1%, *Trichomonas* chiếm 4,4%, giang mai chiếm 2,5% và thấp nhất là nhiễm lậu cầu khuẩn chiếm 0,5%.

Nghiên cứu của Phạm Thu Xanh (2014) [70], ở người phụ nữ tại một số khu vực biển đảo thành phố Hải Phòng cho thấy tỉ lệ bệnh VNĐSD khá cao (60,8%), phổ biến nhất là viêm âm đạo đơn thuần (37,9%), tiếp đến là viêm cổ tử cung đơn thuần (23,6%). Cơ cấu nguyên nhân gây bệnh nhiễm khuẩn đường sinh dục dưới trong tổng số các ca bệnh: phổ biến nhất là nấm *Candida* (31,3%), tiếp đến là tạp khuẩn (29,2%). Trong nghiên cứu này tác giả cũng cho thấy tỉ lệ VNĐSD ở phụ nữ từ 18 - 29 tuổi (65,1%) cao hơn so với phụ nữ từ 30 - 49 tuổi (59,8%); tỉ lệ VNĐSD ở phụ nữ có trình độ học vấn THCS và thấp hơn (62,6%) cao hơn so với phụ nữ có trình độ học vấn trung học phổ thông (THPT) trở lên; tỉ lệ phụ nữ có nghề nghiệp tiếp xúc với môi trường nước nhiều (nuôi trồng, chế biến và đánh bắt hải sản) bị VNĐSD (66,1%) chiếm cao hơn so với phụ nữ làm nghề khác (57,9%) [70].

Nhìn chung các nghiên cứu ở Việt Nam cho tỉ lệ VNĐSD ở phụ nữ độ tuổi sinh đẻ dao động từ 40% đến 80% tùy theo vùng nghiên cứu, điều đó chứng minh rằng cần có những tác động tích cực hơn để làm giảm tỉ lệ VNĐSD ở phụ nữ. Bên cạnh đó, những nghiên cứu mang tính chuyên biệt hay đặc thù cho nhóm phụ nữ nông thôn miền núi ở Việt Nam còn khiêm tốn, ít được đề cập tới.

1.3. Một số yếu tố nguy cơ viêm nhiễm đường sinh dục ở phụ nữ

1.3.1. Nhóm yếu tố về hành vi sức khỏe người phụ nữ

Hành vi sức khoẻ là "*những thuộc tính cá nhân như niềm tin, sự mong đợi, động lực thúc đẩy, giá trị, nhận thức và kinh nghiệm; những đặc điểm và tính cách bao gồm tình cảm, cảm xúc, các loại hình hành vi hành động và thói quen có liên quan đến sự duy trì, phục hồi và cải thiện sức khoẻ*" [31], [87]. Hành vi sức khoẻ của cá nhân rất quan trọng trong chăm sóc sức khoẻ nói chung, đặc biệt là SKSS nói riêng. Hành vi sức khỏe của người phụ nữ, đặc biệt là những hành vi có liên quan đến SKSS đều có ảnh hưởng tới VNĐSD.

Tỉ lệ mắc VNĐSD ở nhóm phụ nữ thực hiện hành vi vệ sinh sinh dục hằng ngày, vệ sinh kinh nguyệt và vệ sinh giao hợp kém cao hơn một cách có ý nghĩa thống kê so với những phụ nữ thực hiện tốt việc vệ sinh và đảm bảo các điều kiện về vệ sinh. Nghiên cứu của Zhang X. J. và cs (2009) [120], ở Trung Quốc cho thấy hành vi vệ sinh bộ phận sinh dục trước khi quan hệ tình dục với chồng có liên quan có ý nghĩa thống kê với bệnh VNĐSD (OR = 1,021, 95% CI: 1,005 - 1,037, p = 0,009). Một nghiên cứu khác tại Trung Quốc (2014) [95], cũng cho thấy hành vi thay quần lót thường xuyên mỗi ngày là yếu tố phòng VNĐSD với OR = 0,847, (95% CI: 0,805 - 0,891), p < 0,001); việc thường xuyên quan hệ tình dục/tháng cũng được xác định là hành vi tốt cho việc phòng chống VNĐSD [95], [120]. Nghiên cứu của Jespers V. và cs (2014) [88], cho thấy: nhóm phụ nữ dùng nước sạch và cho ngón tay vào âm đạo có nguy cơ mắc VNĐSD cao hơn 2,87 lần so với nhóm phụ nữ không cho gì vào âm đạo trong quá trình vệ sinh âm đạo (OR = 2,87; 95% CI: 1,33 - 6,17); nhóm phụ nữ dùng nước và xà phòng cho vào âm đạo có nguy cơ mắc VNĐSD cao hơn 3,47 lần so với nhóm phụ nữ không cho gì vào âm đạo (OR = 3,47; 95% CI: 1,37 - 8,78); nhóm phụ nữ dùng vải hoặc vật khác cho vào âm đạo có nguy cơ mắc VNĐSD cao hơn 3,34 lần so với nhóm phụ nữ không cho gì vào âm đạo (OR = 3,34; 95% CI: 1,33 - 8,38).

Một số nghiên cứu ở Việt Nam cũng cho thấy yếu tố nguy cơ của VNĐSD chủ yếu là do tập quán, thói quen vệ sinh sinh dục, vệ sinh phụ nữ không hợp lý, sự hiểu biết về bệnh VNĐSD và nạo hút thai còn hạn chế [34],

[37]. Nghiên cứu của Lâm Đức Tâm và Nguyễn Thị Huệ (2011) [55], cho thấy các hành vi vệ sinh có ảnh hưởng đến bệnh VNĐSD như: thụt rửa âm hộ hàng ngày bằng dung dịch vệ sinh phụ nữ, đặt thuốc âm đạo khi có khí hư và hôi, điều trị bệnh theo nguyên nhân, sử dụng bao cao su khi nghi ngờ chồng bị bệnh LTQĐTD.... Một số hành vi khác có liên quan đến VNĐSD như: hành vi sử dụng băng vệ sinh trong chu kỳ kinh nguyệt; hành vi tìm kiếm dịch vụ y tế (không điều trị sớm, tự mua thuốc về điều trị, không theo chỉ dẫn của bác sỹ và không tuân thủ theo một qui trình nào) [25].

Các yếu tố kiến thức, thái độ và thực hành trong việc phòng chống bệnh cũng có liên quan đến khả năng mắc bệnh nói chung và bệnh VNĐSD nói riêng [27], [87]. Trên thực tế, nhiều nghiên cứu đã cho thấy kiến thức phòng chống bệnh VNĐSD và bệnh LTQĐTD của phụ nữ, đặc biệt là phụ nữ vùng sâu vùng xa còn chưa cao [110], [111], [118]. Kiến thức, thái độ và thực hành phòng bệnh VNĐSD chưa tốt sẽ làm gia tăng nguy cơ mắc bệnh VNĐSD. Nghiên cứu ở Hải Phòng cho thấy có 70% phụ nữ trả lời để phòng bệnh phải vệ sinh bộ phận sinh dục; 64% trả lời dùng nước sạch; trên 54% trả lời cần khám phụ khoa định kỳ và trên 44% trả lời cần phải vệ sinh kinh nguyệt [70]. Nghiên cứu của Yang Li Rong và cs (2006) [118], cho thấy có 80% phụ nữ có kiến thức yếu và thiếu kinh nghiệm về phòng chống bệnh VNĐSD, và tỉ lệ VNĐSD ở nhóm phụ nữ có kiến thức yếu và thiếu kinh nghiệm này cao hơn nhóm phụ nữ có kiến thức đúng về VNĐSD. Một số nghiên cứu khác trên thế giới cũng chứng minh rõ mối liên quan giữa kiến thức với bệnh VNĐSD: nhóm phụ nữ có điểm kiến thức về bệnh VNĐSD càng cao thì càng ít có nguy cơ mắc bệnh VNĐSD [94], [95], [120].

1.3.2. Nhóm yếu tố môi trường và xã hội

Môi trường xung quanh đã, đang và sẽ tiếp tục đóng một vai trò hết sức quan trọng quyết định tình trạng sức khoẻ của bất cứ một cộng đồng nào. Các báo cáo nghiên cứu về bệnh tật và tử vong đều có sự khác biệt mang tính khu vực đối với bệnh tật nói chung và SKSS của phụ nữ nói riêng [114]. Sự khác biệt mang tính khu vực này phần lớn là do sự khác biệt về môi trường sống.

Việc thực hiện vệ sinh cá nhân, vệ sinh phụ nữ hàng ngày cùng với các điều kiện đảm bảo cho vệ sinh như nước sạch, nhà tắm, có vai trò quan trọng trong việc phòng VNĐSD. Nghiên cứu của Jespers và cs (2014) [88], cho kết quả: mỗi vùng miền thì tỉ lệ mắc bệnh VNĐSD lại khác nhau, tùy thuộc vào mức độ ô nhiễm và phong tục tập quán về SKSS ở vùng đó. Nghiên cứu cho thấy, nhóm phụ nữ ở khu vực Nam Phi có nguy cơ mắc VNĐSD do nấm *Candida* cao gấp 3,57 lần so với nhóm phụ nữ ở Kenya, có ý nghĩa thống kê (95% CI: 2,08 - 6,15). Ngay kể cả khi sống trong cùng một khu vực, việc sử dụng loại nước vệ sinh bộ phận sinh dục và cách sử dụng cũng liên quan tới bệnh VNĐSD. Nghiên cứu của Zhang X. J. và cs (2009) [120], cho thấy nhóm phụ nữ không sử dụng chung chậu đựng nước rửa chân và chậu đựng nước vệ sinh âm đạo riêng biệt có nguy cơ mắc VNĐSD cao gấp 1,251 lần (95% CI: 1,203 - 1,301) so với nhóm phụ nữ có sử dụng chậu đựng nước rửa chân và chậu đựng nước vệ sinh âm đạo riêng biệt.

Ở Việt Nam, phụ nữ nông thôn Việt Nam dễ mắc VNĐSD, do thường xuyên phải lao động trên đồng ruộng nước, trong điều kiện nắng, mưa và mồ hôi thấm ướt quần áo thường xuyên, thậm chí phải ngâm người dưới nước hồ ao hay đồng chiêm trũng; trong khi đó thông thường không có bất kỳ trang thiết bị phòng hộ lao động nào. Nghiên cứu của Nguyễn Trọng Bài và Võ Văn Thắng (2009) [6], chỉ ra một số yếu tố nguy cơ đến VNĐSD bao gồm nguồn nước tắm, giặt: nếu dùng nước giếng tỉ lệ mắc bệnh sẽ cao hơn so với dùng nước máy. Nghiên cứu của Đỗ Mai Hoa (2009) [25], cho thấy bệnh liên quan với điều kiện lao động ngâm mình dưới nước. Nghiên cứu của tác giả Phạm Thu Xanh (2014) [70], tại khu vực biển, đảo thành phố Hải Phòng khi cho rằng phụ nữ sử dụng nguồn nước không hợp vệ sinh hoặc không có nhà tắm riêng, vệ sinh có nguy cơ mắc VNĐSD cao gấp 1,4 lần so với phụ nữ được sử dụng nguồn nước hợp vệ sinh hoặc có nhà tắm riêng, vệ sinh.

Một yếu tố khác cũng tác động đến tình trạng sức khỏe của phụ nữ đó là môi trường xã hội. Những yếu tố xã hội như thu nhập, trình độ học vấn... cũng có tác động mạnh mẽ đến tình trạng sức khoẻ. Theo Tổ chức Y tế Thế giới, bệnh VNĐSD là một bệnh phổ biến, tập trung nhiều ở các nước đang phát triển [96], [103], [115]. Ở mỗi quốc gia cũng thấy có sự khác biệt về tỉ lệ

VNĐSD giữa các tầng lớp dân cư. Nghiên cứu của Phạm Thị Lan và cs (2008) [92], cho thấy: nhóm phụ nữ nghèo nhất có nguy cơ mắc VNĐSD do nấm *Candida*s cao gấp 2,10 lần (95% CI: 1,25 - 3,51) so với nhóm phụ nữ khác. Nghiên cứu của Phạm Thu Xanh (2014) [70], cho thấy nhóm phụ nữ nghèo có nguy cơ mắc VNĐSD cao gấp 1,7 lần so với nhóm phụ nữ có điều kiện kinh tế trung bình và khá giả, có ý nghĩa thống kê (95% CI: 1,01 - 2,98). Nghiên cứu của Nguyễn Khắc Minh (2009) [47], cho kết quả tỉ lệ mắc VNĐSD dưới ở nhóm phụ nữ thuộc hộ nghèo là 44,0%; cao hơn ở nhóm phụ nữ đủ ăn (36,2%), có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).

Môi trường xã hội còn bao gồm cả các phong tục tập quán. Việc bị ảnh hưởng bởi các phong tục tập quán, đặc biệt là những phong tục tập quán có liên quan đến SKSS đều có liên quan đến vấn đề VNĐSD. Đã có nhiều nghiên cứu cho thấy việc chăm sóc thai sản, VNĐSD ở nhóm phụ nữ Mông, Gia Rai, Ba Na còn nhiều hạn chế mà nguyên nhân chính là một số phong tục tập quán chăm sóc SKSS cho phụ nữ còn lạc hậu [66], [67]. Nghiên cứu của Li X. D. và cs (2014) [95], tại Trung Quốc trên 53652 phụ nữ cho kết quả: phụ nữ dân tộc thiểu số có nguy cơ mắc viêm âm đạo cao hơn 1,805 lần (95% CI: 1,270 - 2,564) so với nhóm phụ nữ người Hán.

1.3.3. Nhóm yếu tố về hệ thống y tế

Hệ thống y tế có ảnh hưởng mạnh mẽ đến tình trạng sức khoẻ của người dân. Chất lượng chăm sóc, khả năng tiếp cận dịch vụ y tế, trình độ và thái độ của cán bộ y tế (CBYT), chất lượng, hiệu quả của chương trình chăm sóc sức khỏe là những yếu tố ảnh hưởng đến sức khoẻ của cộng đồng nói chung và bệnh VNĐSD nói riêng [12], [13], [104]. Ở nước ta, chương trình phòng chống bệnh VNĐSD, bệnh LTQĐTD và HIV thuộc nội dung CSSKSS đã được thực hiện từ lâu [8], [9], [11], [57] và là một trong các mục tiêu của Đảng nhà nước về dân số SKSS trong giai đoạn tới [59], [62]. Trên thực tế, các nghiên cứu về nhu cầu và khả năng tiếp cận dịch vụ CSSKSS của phụ nữ cho thấy nhu cầu thực hiện dịch vụ CSSKSS/kế hoạch hóa gia đình (KHHGĐ) của phụ nữ là rất cao. Các địa chỉ thường được lựa chọn để thực hiện dịch vụ CSSKSS/KHHGĐ là trạm y tế (TYT) xã, phường và phòng

khám tư nhân với lý do chính là gần nhà, tiếp theo là do đã từng đến thực hiện dịch vụ thấy hiệu quả và tin tưởng chuyên môn [24], [84], [90].

Thực tế cho thấy, hoạt động CSSKSS trong hệ thống y tế Việt Nam dành cho phụ nữ vẫn còn có những hạn chế nhất định. Nghiên cứu ở 7 vùng sinh thái khác nhau trên cả nước cho thấy việc tư vấn các bệnh VNĐSD được thực hiện tại 14/24 cơ sở y tế nhưng chỉ có 10/14 cơ sở y tế có khả năng chẩn đoán và điều trị bệnh; tỉ lệ này nhìn chung vẫn còn thấp [64], [112]. Trên thực tế, dịch vụ KHHGĐ/CSSKSS không được tổ chức thường xuyên tại TYT xã/phường mà thường tổ chức theo chiến dịch thông qua các Trung tâm y tế (TTYT) huyện/Trung tâm chăm sóc sức khỏe sinh sản tỉnh; đây là một trong những yếu tố ảnh hưởng rất lớn đến khả năng tiếp cận dịch vụ y tế của phụ nữ trong độ tuổi sinh đẻ tại cộng đồng [25].

Nghiên cứu của Đỗ Mai Hoa (2009) [25], cho thấy trong tổng số phụ nữ được chẩn đoán bị bệnh VĐSD, thì chỉ có 36% phụ nữ đi khám chữa bệnh (KCB). Nghiên cứu của Go V. F. và cs (2002) [82], cũng cho tỉ lệ phụ nữ không tìm kiếm dịch vụ KCB trong tổng số phụ nữ bị VNĐSD là 36,0%; trong số các phụ nữ không đi KCB thì chủ yếu là phụ nữ bỏ qua các triệu chứng của bệnh hoặc là tự điều trị. Yếu tố chính làm cho phụ nữ không điều trị bệnh sớm là do họ không nhận biết được các dấu hiệu bệnh hoặc họ cho rằng các dấu hiệu của bệnh VNĐSD như khí hư âm đạo hoặc đau hạ vị là những dấu hiệu bình thường tự nhiên [25], [82]. Bên cạnh đó, các đợt chiến dịch KHHGĐ được tiến hành sáu tháng một lần cũng làm cho phụ nữ trở nên thụ động với bệnh mà mình đang mắc vì họ thường cố chờ đến các đợt chiến dịch để nhận thuốc và khám phụ khoa không mất tiền [25].

Ngoài ra, còn rất nhiều yếu tố ảnh hưởng đến khả năng tiếp cận dịch vụ y tế để thực hiện hoạt động CSSKSS, trong đó có hoạt động phòng chống bệnh VNĐSD, đặc biệt là đối với các dân tộc thiểu số vùng sâu vùng xa. Nghiên cứu trên phụ nữ đồng bào dân tộc Mông ở tỉnh Hà Giang cho thấy có nhiều yếu tố tác động đến việc tiếp cận và sử dụng các dịch vụ khám chữa các bệnh VNĐSD, bao gồm: các yếu tố về văn hoá xã hội (giáo dục, tôn giáo, tập tục, truyền thông, mạng lưới cộng đồng) và các yếu tố liên quan đến dịch vụ

(khoảng cách/giao thông đi lại, bất đồng ngôn ngữ, thái độ kỳ thị của nhân viên y tế, thiếu trang thiết bị và thuốc men, các vấn đề về chẩn đoán và kê đơn, chi phí điều trị và chi phí gián tiếp) [67].

VNĐSD là một vấn đề mang tính đặc thù bệnh lý, mặc dù tỉ lệ phụ nữ mắc bệnh rất cao, nhưng ít được và không ai muốn nêu ra. Đó là yếu tố tâm lý né tránh, bất lợi cho người bệnh và là rào cản cho người bệnh đi KCB và tiếp xúc với các nguồn thông tin phòng chống bệnh [86], [98]. Mặt khác vấn đề truyền thông giáo dục đại chúng cũng khó đề cập một cách cụ thể, để thực hiện công tác truyền thông giáo dục sức khỏe (TT - GDSK) về phòng chống VNĐSD chi tiết đòi hỏi tiết cần thiết có người chuyên trách, với trình độ và kỹ năng chuyên môn tốt. Nghiên cứu cắt ngang về công tác truyền thông trên 1.459 cặp vợ chồng tuổi từ 15- 49 tại 7 tỉnh trong toàn quốc cho kết quả: kiến thức hiểu biết của người dân về các bệnh VNĐSD. Các nguồn cung cấp thông tin cho người dân chủ yếu là ti vi chiếm 71,3%, tiếp theo là từ đội ngũ CTVDS và NVYTTB (60,6%), còn lại các nguồn thông tin khác chiếm tỉ lệ thấp dưới 50% [64].

Sự hiểu biết của khách hàng có tầm quan trọng trong việc phòng và điều trị bệnh. Vai trò của truyền thông qua thông tin đại chúng và cơ sở y tế là rất quan trọng. TT-GDSK, nhất là truyền thông thay đổi hành vi cho người dân rất quan trọng trong việc dự phòng và điều trị VNĐSD [53]. Một số nghiên cứu trước đã cho thấy có mối liên quan giữa kênh tiếp nhận TT - GDSK về phòng chống bệnh VNĐSD với kiến thức phòng chống bệnh của phụ nữ, những phụ nữ được nghe truyền thông về bệnh VNĐSD có mức kiến thức cao hơn những phụ nữ không được nghe truyền thông [4], [70].

1.3.4. Yếu tố nhân khẩu học và một số yếu tố khác

Nhóm yếu tố này bao gồm các yếu tố về nhân khẩu học như tuổi, nghề nghiệp, trình độ học vấn… [81], [100]; và một số yếu tố về sản khoa như số lần sinh, sử dụng biện pháp tránh thai, đang có thai... hay tiền sử nạo hút, tiền sử mắc các bệnh VNĐSDD... đều có liên quan chặt chẽ với VNĐSD [7], [27], [31]. Nhiều nghiên cứu nhận thấy VNĐSD có liên quan đến tuổi và mô tả VNĐSD là một bệnh phụ khoa thường gặp nhất ở độ tuổi hoạt động tình dục [70], [83], [95].

Đối với các VNĐSD do tác nhân gây BLTQĐTD thường gặp ở người trẻ trong tuổi hoạt động tình dục hơn những đối tượng khác. Tuy nhiên, trong từng nghiên cứu, việc mô tả các yếu tố này cũng khác nhau.

Nghiên cứu của Go V. F. và cs (2006) [83], cho thấy phụ nữ nhóm tuổi từ 18 - 29 có nguy cơ mắc VNĐSD cao hơn 2,52 lần so với nhóm phụ nữ từ 30 tuổi trở lên, có ý nghĩa thống kê (95% CI: 1,1 - 5,8). Nghiên cứu của Li X. D. và cs (2014) [95], cho kết quả nhóm phụ nữ dưới 24 tuổi và từ 35 tuổi trở lên có nguy cơ mắc VNĐSD cao hơn 1,229 và 1,301 lần (theo thứ tự) so với nhóm phụ nữ từ 25 - 34 tuổi, có ý nghĩa thống kê. Nghiên cứu của Nguyễn Văn Học (2011) [35], đã chỉ ra rằng phụ nữ trong độ tuổi sinh đẻ có tỉ lệ mắc bệnh VNĐSD cao gấp 6,2 lần so với phụ nữ nhóm tuổi tiền mãn kinh hay mãn kinh. Nghiên cứu của tác giả Nguyễn Thị Huệ và Lâm Đức Tâm (2010) [40], cho tỉ lệ viêm âm đạo ở nhóm phụ nữ từ 19 - 35 là 58,0%; cao hơn có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$) so với nhóm phụ nữ có độ tuổi từ 36 trở lên (42,0%).

Nghề nghiệp là một trong những yếu tố có ảnh hưởng đến tình trạng VNĐSD ở phụ nữ. Nghiên cứu Phạm Thị Lan (2008) [92], cho kết quả nhóm phụ nữ làm công chức nhà nước có nguy cơ mắc VNĐSD do nấm *Candida*s thấp hơn 0,24 lần (95% CI: 0,06 - 0,91) so với nhóm phụ nữ làm ruộng (tiếp xúc với môi trường nước). Nghiên cứu của Phạm Thu Xanh (2014) [70], cho thấy nhóm phụ nữ làm nghề nuôi trồng, chế biến và đánh bắt hải sản có nguy cơ mắc VNĐSD cao hơn 1,4 lần so với nhóm phụ nữ làm nghề còn lại. Nghiên cứu của Nguyễn Thị Huệ và Lâm Đức Tâm (2010) [40], cũng cho kết quả tương tự với nhận định là nghề nghiệp có liên quan với tình trạng VNĐSD ở phụ nữ. Nghề nghiệp có mối tương quan chặt chẽ với tình trạng nhiễm khuẩn do ảnh hưởng trực tiếp đến điều kiện làm việc người phụ nữ. Công việc phải ngồi nhiều hay tiếp xúc với môi trường không sạch sẽ tăng nguy cơ mắc VNĐSD. Kết luận của Nguyễn Duy Ánh (2009) về mối liên quan đến VNĐSDD cũng có đề cập đến hai yếu tố này [2].

Trình độ học vấn là một trong những yếu tố liên quan rõ rệt đến VNĐSD ở phụ nữ. Điều này được lý giải do trình độ học vấn thấp thì các hành vi về phòng chống VNĐSD cũng thấp, bên cạnh đó trình độ học vấn cũng liên quan đến việc tiếp thu các thông tin TT - GDSK về VNĐSD của phụ nữ. Nghiên

cứu của Li X. D. và cs (2014) [95], cho thấy phụ nữ có trình độ học vấn càng cao thì nguy cơ mắc VNĐSD càng thấp (tỉ số chênh OR = 0,900; 95% CI: 0,875 - 0,927; p < 0,05); nghiên cứu của Zhang X. J. và cs (2009) [120], cũng cho kết quả tương tự với tỉ số chênh OR = 0,853; 95% CI: 0,837 - 0,870; p < 0,05). Nghiên cứu của Nguyễn Thị Huệ và Lâm Đức Tâm (2010) [40], cho kết quả tỉ lệ VNĐSD ở nhóm phụ nữ có trình độ học vấn THCS trở xuống cao hơn nhóm phụ nữ có trình độ học vấn THPT trở lên, có ý nghĩa thống kê. Điều này được chỉ rõ trong nghiên cứu của Phạm Thu Xanh (2014) [70], với tỉ số chênh OR giữa nhóm phụ nữ có trình độ học vấn THCS trở xuống với nhóm phụ nữ có trình độ học vấn THPT trở lên là 1,5 (95% CI: 1,02 - 2,13).

Một số yếu tố khác như tiền sử sản khoa, tiền sử sinh đẻ, tiền sử nạo phá thai hay tình trạng hôn nhân… cũng liên quan đến tình trạng VNĐSD ở phụ nữ. Nghiên cứu của Go V. F. và cs (2006) [83], cho thấy tỉ lệ phụ nữ có tiền nử nạo phá thai bị VNĐSD cao hơn 9,21 lần (95% CI: 1,1 - 427,0) so với nhóm phụ nữ không có tiền sử nạo phá thai. Điều này cũng được chứng minh tương tự như trong nghiên cứu của Zhang X. J. và cs (2009) [120]. Tương tự như vậy, số lần mang thai và số lần sinh đẻ của phụ nữ cũng liên quan đến tình trạng VNĐSD: phụ nữ mang thai hoặc sinh nở từ 2 lần trở lên có nguy cơ mắc VNĐSD cao hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm phụ nữ chỉ mang thai hoặc sinh nở từ 1 lần trở xuống [95], [120]. Một số nghiên cứu khác đã chỉ ra tiền sử sinh đẻ, tiền sử nạo hút thai, đặt dụng cụ tử cung cũng liên quan đến VNĐSD [5], [6], [42]. Ngoài ra còn có một số yếu tố khác cũng liên quan đến tình trạng VNĐSD ở phụ nữ như thời gian quan hệ tình dục sau nạo hút thai, nghề nghiệp của chồng, trình độ học vấn của chồng, tình trạng hôn nhân, việc sử dụng biện pháp tránh thai, các đặc điểm về kinh nguyệt. Tuy nhiên kết quả cụ thể thì có sự khác nhau tùy từng nghiên cứu.

Tóm lại các nghiên cứu trên thế giới và Việt Nam về nguy cơ mắc bệnh VN ĐSD đều tập trung vào 04 nhóm đó là yếu tố thuộc về hành vi phòng chống bệnh của người phụ nữ, yếu tố môi trường sống có cả môi trường tự nhiên lẫn môi trường xã hội, yếu tố thuộc về hệ thống y tế và yếu tố thuộc về nhân khẩu học và một số yếu tố khác…Hiểu biết về các yếu tố nguy cơ sẽ giúp chúng ta phân tích vấn đề bệnh VNĐSD của phụ nữ ở cộng đồng để lựa chọn giải pháp can thiệp phù hợp.

1.4. Mô hình phòng chống viêm nhiễm đường sinh dục

1.4.1. Một số mô hình phòng chống viêm nhiễm đường sinh dục trên thế giới

Phòng chống VNĐSD là một nhu cầu cấp thiết để đảm bảo chất lượng cuộc sống và SKSS cho phụ nữ. Bên cạnh việc thực hiện các chương trình SKSS theo từng quốc gia thì việc đề xuất và thực hiện các mô hình can thiệp nhằm giảm tỉ lệ VNĐSD đã được tiến hành ở nhiều nơi. Nhìn chung, các mô hình này đều có hiệu quả cụ thể trong việc phòng chống và kiểm soát VNĐSD.

Năm 1995, Schopper D. và cs [106], nghiên cứu mô hình can thiệp truyền thông thôn bản nhằm nâng cao nhận thức, thái độ và hành vi của người dân trong khuôn khổ của một chương trình phòng chống HIV/AIDS ở Uganda. Chương trình được thực hiện tại thôn bản bằng cách sử dụng cán bộ thuộc TTYT huyện phổ biến kiến thức và thúc đẩy sử dụng bao cao su về thôn bản. Kết quả sau 18 tháng can thiệp, mô hình này có sự thay đổi rõ rệt: kiến thức về AIDS tăng lên 98%; số người biết thời gian ủ bệnh có thể kéo dài trên 1 năm tăng từ 29 - 40%; kiến thức về việc chấp nhận sống và chăm sóc người bệnh AIDS tăng từ 60 - 77%. Kiến thức về bao cao su tăng từ 26% lên tới 63% ở phụ nữ và 57% tới 91% ở nam giới. Tỉ lệ sử dụng bao cao su trong những lần quan hệ tình dục "đột xuất" ở những người đã kết hôn (quan hệ tình dục mà chưa chuẩn bị các biện pháp tránh thai hoặc với bạn tình khác) từ 6% lên đến 33% ở phụ nữ và 27% lên tới 48% ở nam giới.

Năm 2000, Steen R. và cs [109], nghiên cứu can thiệp làm giảm các bệnh LTQĐTD cho phụ nữ ở cộng đồng dân cư sống xung quanh vùng mỏ ở Nam Phi. Nghiên cứu tiến hành điều trị định kỳ bằng Azithromycin và truyền thông phòng chống VNĐSD cho một nhóm "phụ nữ hạt nhân" (nhóm phụ nữ có nguy cơ cao bị bệnh LTQĐTD sống xung quanh vùng mỏ) trong 9 tháng. Sau can thiệp, tỉ lệ phụ nữ trong nhóm can thiệp bị VNĐSD do lậu cầu và Chlamydial giảm từ 69,0% xuống còn 12,3%. Tỉ lệ lưu hành vi khuẩn lậu và Chlamydial trong cộng đồng cư dân mỏ giảm từ 10,9% xuống còn 6,2%. Tỉ lệ viêm loét bộ phận sinh dục thông qua khám phụ khoa tại cộng đồng dân cư cũng giảm từ 5,8% xuống 1,3%. Tỉ lệ bệnh nhân có triệu chứng bệnh LTQĐTD ở những công nhân mỏ ở gần vùng can thiệp giảm hẳn so với ở những công nhân ở xa vùng can thiệp.

Nghiên cứu của Aggarwal A. K. và cs (2004) [71], tiến hành TT - GDSK tại cộng đồng nhằm nâng cao nhận thức của nam giới và nữ giới trong độ tuổi sinh đẻ về phòng chống VNĐSD và HIV/AIDS. Quá trình truyền thông kết hợp giữa TT - GDSK tại TYT xã, tại hộ gia đình và tổ chức các buổi hội thảo về VNĐSD. Sau quá trình can thiệp, kiến thức và sự tiếp cận dịch vụ y tế có thay đổi rõ rệt: điểm kiến thức về bệnh VNĐSD và bệnh LTQĐTD đã tăng từ 0 đến 2 ở nam giới và từ 0 đến 3 ở nữ giới. Tỉ lệ người dân sử dụng dịch vụ y tế khi bị VNĐSD đã tăng 8 lần so với trước nghiên cứu.

Tác giả Jiang Z. M. và cs (2007) [89], nghiên cứu áp dụng mô hình can thiệp tại cộng đồng nhằm phòng chống các bệnh VNĐSD ở phụ nữ có chồng trong độ tuổi sinh đẻ thông qua chiến lược TT - GDSK. Nghiên cứu được tiến hành trên 2 nhóm: nhóm can thiệp được truyền thông đại chúng về VNĐSD và cung cấp dịch vụ, so sánh với nhóm chứng chỉ tiến hành các hoạt động KHHGĐ như thường lệ. Sau triển khai can thiệp, kết quả đánh giá cho thấy hiệu quả rõ rệt của chương trình can thiệp dựa vào cộng đồng: kiến thức về các bệnh VNĐSD của nhóm can thiệp tăng 9,22 lần; hành vi cá nhân đúng tăng hơn 1,6 lần và việc sử dụng bao cao su tăng hơn 1,84 lần ở nhóm can thiệp so với nhóm chứng. Đặc biệt tỉ lệ mắc các bệnh VNĐSD ở nhóm can thiệp giảm 7,45% so với nhóm chứng chỉ giảm 0,96% với tỉ số chênh OR = 0,68 (95% CI: 0,49 - 0,95).

Nghiên cứu can thiệp của Esere M. O (2008) [78], bằng cách TT - GDSK tại trường học đã cho thấy giải pháp can thiệp đã nâng cao kiến thức, thái độ về SKSS và cải thiện hành vi nguy cơ trong nhóm can thiệp đối với các bệnh VNĐSD ở nhóm can thiệp so với nhóm chứng; nghiên cứu đã làm giảm rõ các hành vi tình dục nguy cơ đối với thanh niên ở nhóm can thiệp. Mô hình can thiệp TT - GDSK dựa vào hoạt động đưa chương trình giáo dục về sức khỏe sinh sản vào trong chương trình giảng dạy là một mô hình hiệu quả trong việc giảm các hành vi tình dục nguy cơ [91].

Một nghiên cứu can thiệp cộng đồng phòng chống VNĐSD và bệnh LTQĐTD thông qua TT - GDSK và cung cấp bao cao su cho phụ nữ mới cưới chồng ở khu vực tái định cư thuộc Delhi, Ấn Độ (2010) cho thấy: sau 9 tháng can thiệp, hành vi vệ sinh sinh dục cải thiện rõ rệt ở nhóm can thiệp so với

nhóm chứng (p < 0,05); 25,68% phụ nữ ở nhóm can thiệp có biểu hiện VNĐSD so với 30,99% ở nhóm đối chứng (p = 0,478) trong thời gian nghiên cứu. Tỉ lệ phụ nữ đi tư vấn về VNĐSD/bệnh LTQĐTD ở nhóm can thiệp (57,89%) cao hơn so với nhóm chứng (18,18%) (p < 0,05). Qua đó tác giả kết luận rằng nâng cao nhận thức và cung cấp các can thiệp từ lúc ban đầu có cuộc sống tình dục ở phụ nữ mới cưới sẽ thay đổi một số hành vi nguy cơ, qua đó giảm VNĐSD và bệnh LTQĐTD [108].

1.4.2. Phương pháp huy động cộng đồng

Sự tham gia của cộng đồng đã được vận dụng thành công trong nhiều chương trình chăm sóc sức khỏe ban đầu (CSSKBĐ) ở nước ta cũng như nhiều nước khác trên thế giới. Cộng đồng luôn có những tiềm năng to lớn, có nhiều sáng kiến, sáng tạo trong tham gia xây dựng kế hoạch và thực hiện các chương trình CSSK [28], [101]. Nếu biết khai thác các nguồn lực của cộng đồng sẽ tạo nên sức mạnh tổng hợp giải quyết được nhiều vấn đề sức khỏe, bệnh tật quan trọng. Nhiều bài học kinh nghiệm quý báu đã được rút ra từ sự tham gia của cộng đồng giải quyết các vấn đề sức khỏe như cung cấp nước sạch, vệ sinh môi trường (VSMT), dinh dưỡng, CSSKSS... [28], [29], [33]. Hiện nay huy động cộng đồng rất phù hợp với chủ trương xã hội hoá công tác y tế. Huy động cộng đồng chính là giải pháp thích hợp để tiếp tục huy động tiềm năng to lớn của cộng đồng và các tổ chức xã hội tham gia giải quyết các vấn đề bệnh tật, sức khỏe cộng đồng một cách chủ động, có tổ chức, có kế hoạch [28], [31], [33], [101].

1.4.2.1. Huy động cộng đồng phòng chống bệnh viêm nhiễm đường sinh dục

Huy động cộng đồng phòng chống bệnh VNĐSD là một quá trình hoạt động do người CBYT tham mưu cho chính quyền địa phương thực hiện các hoạt động để tạo ra sự ủng hộ, hỗ trợ, nhất trí từ các bên liên quan trong cộng đồng, nhằm tạo ra một môi trường mọi người đều có trách nhiệm để đạt được những mục tiêu của chương trình phòng chống bệnh VNĐSD.

1.4.2.2. Các bên liên quan trong phòng chống bệnh VNĐSD

- Các tổ chức đang có ở địa phương: tổ chức Đảng, chính quyền, các ban ngành, đoàn thể ở địa phương (xã, thôn/xóm)... đều là những tổ chức hoạt

động tích cực tại địa phương. Hoạt động của những tổ chức này có liên quan rất nhiều đến vấn đề phòng chống bệnh trên địa bàn; vì vậy cần huy động sự tham gia phối hợp của các tổ chức này với TYT xã để phòng chống bệnh VNĐSD. Muốn huy động được các tổ chức này CBYT cần phải truyền thông cho các cán bộ lãnh đạo các tổ chức, để họ hiểu rõ nội dung phòng chống bệnh VNĐSD và tác hại của nó với sức khỏe cộng đồng. Họ phải có quan điểm ủng hộ tích cực, có trách nhiệm cao khi tham gia. Họ tìm mọi cách để tham gia, từ đó họ sẽ triển khai việc tham gia chương trình bằng các hoạt động cụ thể như ra các văn bản, nghị quyết (Đảng ủy, Ủy ban, các ban ngành…). Họ đưa việc phòng chống bệnh VNĐSD vào nhiệm vụ cho các thành viên trong các tổ chức ở địa phương…

- Các hội ở địa phương như Hội nông dân, Hội phụ nữ, Đoàn thanh niên.... Hoạt động của các hội này ít nhiều có liên quan đến các hoạt động phòng chống bệnh VNĐSD, vì thế chúng ta cần vận động họ phối hợp chặt chẽ với Y tế để TT - GDSK thực hiện phòng chống bệnh VNĐSD cho phụ nữ.

- Ban chăm sóc sức khoẻ: Hiện nay ở nước ta, hầu hết các xã đều có các ban chăm sóc sức khỏe như: ban CSSKBĐ, ban Dân số - KHHGĐ, ban chỉ đạo an toàn vệ sinh thực phẩm... Các ban này thường do đại diện lãnh đạo chính quyền (chủ tịch hoặc phó chủ tịch xã) làm trưởng ban; trưởng TYT xã làm phó ban thường trực phụ trách về công tác chuyên môn. Ngoài ra các thành viên của các ban là cán bộ phụ trách các ban, ngành của xã. Để ban chăm sóc sức khỏe hoạt động có hiệu quả, CBYT phải là người tham mưu giỏi cho người lãnh đạo để sử dụng thật tốt ban này vào thực hiện công tác phòng chống bệnh VNĐSD cho phụ nữ. Phòng chống bệnh VNĐSD kém chính là nguyên nhân chính ảnh hưởng đến sức khỏe của phụ nữ nông thôn hiện nay. Trên thực tế, trong các nội dung CSSK thì phòng chống bệnh VNĐSD là vấn đề sức khỏe ít khi được ưu tiên vì thái độ của người dân, của các nhà lãnh đạo… chưa coi trọng đúng đắn về vấn đề này. Chúng ta cần TT - GDSK cho chính các lãnh đạo các ban này, để huy động các ban ngành cùng tham gia chung tay phòng chống bệnh VNĐSD thì các nguy cơ dịch bệnh mới được khống chế và người phụ nữ mới được bảo vệ sức khỏe.

- Người dân trong cộng đồng: Không phải bao giờ người ta cũng hiểu tại sao mình lại cần phải cố gắng nâng cao sức khoẻ bằng những nỗ lực của chính mình. Đôi khi họ cảm thấy rằng chăm sóc sức khoẻ là trách nhiệm của Nhà nước. Việc nâng cao lòng tin của người dân vào các lợi ích của dịch vụ chăm sóc sức khỏe là nhiệm vụ TT - GDSK của CBYT. Truyền thông để mọi thành viên trong cộng đồng nhận thức được tầm quan trọng của vấn đề phòng chống bệnh VNĐSD để họ tự nguyện tham gia. Sự hợp tác tích cực và sự tham gia của cộng đồng thể hiện từ bước thảo luận bàn bạc tại sao phải xây dựng các công trình vệ sinh hay xây dựng các công trình VSMT ở địa phương như thế nào đến việc tổ chức thực hiện phòng chống bệnh VNĐSD. Thu hút sự tham gia của cộng đồng đòi hỏi một sự đầu tư rất lớn về nguồn nhân lực, cũng như thời gian và công sức. Các cán bộ y tế vụ phải nhận thức được việc huy động cộng đồng hiểu điều đó có giá trị hơn nhiều so với khả năng chuyên môn và kiến thức kỹ thuật. Mọi người cần phải cam kết thực hiện chương trình. Khi mọi người nhận ra điều đó và tham gia phòng chống bệnh VNĐSD, thì việc triển khai hoạt động phòng chống bệnh sẽ đạt hiệu quả rất cao. Chúng ta muốn huy động người dân trước tiên chúng ta phải huy động những người có trách nhiệm trước; đó là các Đảng viên, các cán bộ địa phương từ lãnh đạo xã đến thôn xóm... Mọi cán bộ đều gương mẫu tham gia trước thì tất nhiên người dân sẽ tin tưởng và hoạt động theo…

- Những người có uy tín ở cộng đồng: Những người có uy tín ở cộng đồng tuy họ không phải là những người lãnh đạo chính quyền hay các tổ chức xã hội song họ rất có trách nhiệm với mọi người và được mọi người kính trọng. Khi những người này nói thì mọi người sẵn sàng nghe theo, những người này còn được gọi là "*Người lãnh đạo dư luận*". Những người lãnh đạo dư luận thường được nhiều người ủng hộ. Mỗi khu vực hoặc mỗi nhóm dân cư đều có người lãnh đạo dư luận riêng của mình. Một số người lãnh đạo dư luận có danh tiếng rất dễ nhận ra họ như già làng, trưởng tộc, trưởng họ... Sau khi nói chuyện với một số người trong cộng đồng, chúng ta thấy người nào được nhiều người biết đến và kính trọng nhất, đó chính là người lãnh đạo dư luận của cộng đồng đó. Những người lãnh đạo dư luận nói gì thì mọi người dân, con cháu đều nghe theo vì họ có uy tín rất lớn trong cộng đồng; phòng

chống bệnh VNĐSD, cũng là vấn đề nhạy cảm và khó thực hiện nên rất cần huy động sự tham gia nhiệt tình của những người lãnh đạo dư luận [28].

1.4.2.3. Phân nhóm các bên liên quan trong thực hiện phòng chống bệnh viêm nhiễm đường sinh dục

Một trong những nguyên tắc của huy động cộng đồng thực hiện phòng chống bệnh VNĐSD là việc tiếp cận được nhiều bên liên quan, vì vậy ngay từ đầu phải xác định được các bên liên quan giữ vai trò quan trọng đối với chương trình huy động cộng đồng. Dựa trên kết quả phân tích các bên liên quan, người cán bộ có thể tạo dựng được sự hỗ trợ từ họ nhằm giúp đạt được mục tiêu đề ra. Các bên liên quan có thể chia thành 4 nhóm:

- Những người ra quyết định, hoạch định chính sách, lập pháp: đây là những người có quyền lực, có thẩm quyền để ra các quyết định và tổ chức thực hiện nhằm tạo ra những thay đổi mong muốn. Những người ra quyết định là những đối tượng quan trọng nhất trong chương trình. Họ có tác động rất lớn đến chương trình vận động. Đó là lãnh đạo xã (Bí thư, Chủ tịch), những người có thể ra các văn bản nghị quyết hay quyết định huy động nguồn lực cho chương trình. Mục đích của huy động cộng đồng là nhằm đạt được sự thay đổi các quyết định có lợi với chương trình phòng chống bệnh VNĐSD. Do đó, những người ra quyết định cần phải được huy động đầu tiên và tham gia tích cực thì khả năng thực hiện thành công chương trình mới cao.

- Các đối tác và người ủng hộ: bao gồm các cá nhân, các nhóm và các tổ chức cam kết cùng giải quyết vấn đề trên cùng quan điểm, sẵn sàng giành thời gian và nguồn lực cho việc thúc đẩy thực hiện mục tiêu của chương trình phòng chống bệnh VNĐSD. Đó là các cơ quan, doanh nghiệp đóng trên địa bàn, ít nhiều họ cũng có thể chia sẻ những khó khăn với chúng ta. Quan trọng là đặt vấn đề thế nào để họ ủng hộ giúp đỡ hay tài trợ cho các hoạt động phòng chống bệnh VNĐSD ở địa phương. Đó cũng là nhiệm vụ của người CBYT ở cộng đồng.

- Những người hưởng lợi: là những người thừa hưởng lợi ích trực tiếp từ kết quả của chương trình. Nếu biết cách huy động, những người hưởng lợi sẽ trở thành người đi vận động thuyết phục đáng tin cậy, đó chính là người dân. Người dân cũng cần được huy động tích cực vào các hoạt động phòng chống bệnh VNĐSD. Đóng góp của họ có thể là công sức lao động, lớn hơn nữa đó

là tiền bạc. Cần phải TT - GDSK để người dân hiểu được phòng chống bệnh VNĐSD là gì? Ý nghĩa của phòng chống bệnh VNĐSD với sức khỏe chính người dân và gia đình họ ra sao? Sự cần thiết, tầm quan trọng của việc tham gia phòng chống bệnh VNĐSD, từ đó người dân có thái độ, có trách nhiệm phòng chống bệnh VNĐSD tốt hơn.

- Nhóm đối lập: họ là những cá nhân, những nhóm có quan điểm khác biệt hoặc đối lập về chương trình phòng chống bệnh VNĐSD. Số này không nhiều, không nên xem họ là đối thủ cạnh tranh, mà nên coi họ là những người có nhận thức và niềm tin khác về vấn đề này. Một người phản đối về vấn đề này nhưng có thể tán thành những vấn đề khác. Điều quan trọng là xác định những người phản đối là ai, tìm hiểu quan điểm của họ thế nào để có cơ sở đối thoại, trao đổi với họ. Để đảm bảo các quan điểm đối lập không có tác động tiêu cực đến vấn đề chúng ta đang huy động, người CBYT phải sẵn sàng trình bày những lập luận có tính thuyết phục, có bằng chứng để tác động đến họ [101].

1.4.3. Một số mô hình truyền thông giáo dục sức khỏe để phòng chống bệnh viêm nhiễm đường sinh dục/lây truyền qua đường tình dục tại Việt Nam

1.4.3.1. Mô hình huy động giáo viên cắm bản vào tham gia chăm sóc sức khỏe cộng đồng

Đó là huy động giáo viên "*cắm bản*" vào TT - GDSK để CSSKSS bao gồm các hoạt động chính: thành lập Ban chỉ đạo thực hiện mô hình lồng ghép ở xã Văn Lăng - xã can thiệp; và tập huấn cho giáo viên các vấn đề cơ bản về CSSKSS và phương pháp hoạt động trong mô hình. Hướng dẫn cách làm việc: Mỗi tuần người giáo viên sẽ truyền thông một vấn đề sức khoẻ cho học sinh của bản một lần. Sau đó giao nhiệm vụ cho học sinh về truyền thông lại cho gia đình. Mỗi tuần một lần giáo viên đến thăm 3 - 5 gia đình phụ huynh học sinh để kiểm tra việc thực hiện nhiệm vụ học tập của học sinh đồng thời tiến hành TT - GDSK cho các thành viên trong gia đình. Cứ hai tháng một lần giáo viên tham gia sinh hoạt với chi đoàn thanh niên bản để tiến hành TT - GDSK cho thanh niên về một nội dung CSSKSS. Các hoạt động của mô hình diễn ra trong một năm. Kết quả sau một năm có sự thay đổi rõ rệt về các chỉ số CSSKSS cho người dân ở cộng đồng [33].

1.4.3.2. Mô hình truyền thông phòng chống một số bệnh LTQĐTD cho công nhân một số nhà máy may công nghiệp

Đây là hoạt động truyền thông phòng chống bệnh LTQĐTD cho công nhân một số nhà máy may công nghiệp tại tỉnh Bình Dương và thành phố Hồ Chí Minh. Hoạt động đầu tiên là tiến hành xây dựng nhóm giáo dục viên đồng đẳng (đều là những nữ công nhân), các nữ công nhân được chọn được tập huấn nhiều lần để trở thành Giáo dục viên đồng đẳng. Nội dung tập huấn bao gồm những kiến thức cơ bản về tránh thai và các bệnh lây truyền qua đường tình dục (các phương pháp tránh thai, giang mai, HIV / AIDS, mụn cóc, bệnh lậu, mụn rộp, viêm gan siêu vi), các kĩ năng truyền thông trực tiếp như tư vấn, nói chuyện và thảo luận nhóm. Tiếp theo đó, các giáo dục viên đồng đẳng sau đó trong quá trình làm việc tại các phân xưởng thường xuyên thực hiện tư vấn cá nhân với bạn đồng nghiệp, hàng tháng tổ chức nói chuyện với công nhân các phân xưởng, thực hiện phát thanh vào các giờ ăn trưa của công nhân [19].

Kết quả, sau một năm thực hiện dự án đã có gần 2000 lượt công nhân được tư vấn trực tiếp và đã có hơn 50 cuộc thảo luận nhóm được thực hiện tại các địa điểm can thiệp. Kiến thức được cải thiện nhiều nhất là về bệnh mụn sùi (tăng 59,3%), bệnh lậu (tăng 58,9%), bệnh viêm gan siêu vi B và C (53%). Hiểu biết về HIV/AIDS có tỷ lệ tăng thấp nhất (6,2%). Sự cải thiện đối với kiến thức về biện pháp phòng tránh cũng có ý nghĩa thống kê và dao động trong khoảng 38% đến 58% [19]. Đây là mô hình phát triển mạng lưới giáo dục viên đồng đẳng là công nhân được lựa chọn từ các nhà mày; là một chiến lược hợp lý trong can thiệp truyền thông và là mô hình đạt hiệu quả cao. Tuy nhiên, mô hình này chưa huy động được tổ chức công đoàn và đoàn thanh niên trong cơ quan cùng tham gia nâng cao; bên cạnh đó là việc gặp phải một số bất cập nhất định khi giáo dục viên đồng đẳng tiến hành tư vấn trong quá trình làm việc tại phân xưởng.

1.4.3.3. Mô hình truyền thông phòng chống bệnh VNĐSD dưới cho phụ nữ có chồng khu vực biển, đảo thành phố Hải Phòng

Mô hình tiến hành truyền thông liên tục tại cộng đồng nhằm cung cấp thông tin theo định kỳ, liên tục với mục tiêu nâng cao kiến thức, hiểu biết, thái độ liên quan đến việc phòng chống VNĐSD cho phụ nữ có chồng khu vực biển, đảo thành phố Hải Phòng trong 12 tháng. Mô hình bao gồm truyền

thông gián tiếp qua hệ thống đài truyền thanh xã 2 lần/tuần và truyền thông trực tiếp thông qua thảo luận nhóm, tư vấn tại hộ gia đình. Hoạt động thảo luận nhóm được thực hiện bởi NVYTTB định kỳ 01 tháng 01 lần, lồng ghép vào các đợt sinh hoạt của phụ nữ thôn. Hoạt động tư vấn tại hộ gia đình được tiến hành bởi NVYTTB tiến hành thăm hộ gia đình đối tượng phụ nữ thuộc diện nghiên cứu và được lồng ghép và hoạt động của các chương trình y tế khác do NVYTTB phụ trách [70]. Kết quả sau 01 năm truyền thông: Tỉ lệ phụ nữ ở địabàn can thiệp biết nguyên nhân, triệu chứng, đường lây bệnh, hậu quả, cách phòng bệnh; biết nguồn thông tin, nơi điều trị phù hợp, vệ sinh sinh dục và kinh nguyệt sau can thiệp đã tăng nhiều, có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$) so với trước can thiệp. Tỉ lệ phụ nữ ở địa bàn can thiệp có thái độ đúng đối với bệnh VNĐSD dưới sau can thiệp (77,5%) tăng nhiều, có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$) so với trước can thiệp (64,4%). Tỉ lệ phụ nữ ở địa bàn can thiệp khám phụ khoa ít nhất 2 lần/năm sau can thiệp tăng nhiều hơn, có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$) so với trước can thiệp [70]. Mô hình mặc dù đã đạt hiệu quả cao, song mới chỉ huy động được sự tham gia của hội phụ nữ và NVYTTB mà chưa thật sự huy động được sự tham gia của các ban ngành khác tại địa phương vào cuộc trong công tác TT - GDSK phòng chống bệnh VNĐSD tại địa bàn nghiên cứu.

Tóm lại: Huy động cộng đồng là giải pháp huy động mọi người tham gia vào các hoạt động chăm sóc sức khỏe cộng đồng trong đó có phòng chống bệnh VNĐSD cho người phụ nữ. Giải pháp huy động cộng đồng là giải pháp khả thi, dễ làm, kinh tế và có tính bền vững cao.

Chương 2.
ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng, địa điểm và thời gian nghiên cứu

2.1.1. Đối tượng nghiên cứu

- Phụ nữ nông thôn miền núi trong độ tuổi sinh đẻ từ 18 - 49 tuổi, có chồng ở các địa điểm nghiên cứu.

- Cán bộ TTYT huyện, cán bộ TYT xã, nhân viên y tế thôn bản (NVYTTB), CTVDS.

- Lãnh đạo cộng đồng: lãnh đạo chính quyền, lãnh đạo các ban ngành, các đoàn thể ở xã và thôn bản.

2.1.2. Địa điểm nghiên cứu

2.1.2.1. Tỉnh Thái Nguyên

Thành phố Thái Nguyên (2012) gồm 9 huyện thành thị bao gồm: thành phố Thái Nguyên, thị xã Sông công, các huyện trung du miền núi: Phổ Yên, Phú Bình; các huyện miền núi: Đồng Hỷ, Đại Từ, Phú Lương; các huyện miền núi vùng cao: Võ Nhai, Định Hóa. Tỉnh Thái Nguyên có dân số 1,1 triệu người với nghề nông nghiệp là chủ yếu [14]. Nhìn chung yếu tố môi trường, kinh tế và điều kiện sinh hoạt giữa các huyện có sự khác nhau. Nông thôn khu vực trung du miền núi của huyện Phú Bình và Phổ Yên có kinh tế năng động và phát triển trội hơn, so với kinh tế nông thôn của các huyện miền núi Thái Nguyên. Tuy nhiên vấn đề rác và chất thải chưa được quan tâm giải quyết đúng mức, dẫn tới ô nhiễm đất, nước và không khí thường xuyên xảy ra [32]. Ở khu vực nông thôn miền núi, nhìn về tổng thế đó là những vùng có diện tích vườn đồi rộng rãi, không gian thông thoáng. Tuy nhiên, tại các bản làng, thôn xóm vẫn còn những bấp cập về mất VSMT ngoại cảnh. Tập quán và thói quen chăn thả gia súc, gia cầm còn phổ biến… Nông thôn chưa quan tâm quản lý và xử lý phân, rác, nước thải. Hộ gia đình có hố xí hợp vệ sinh chiếm tỉ lệ thấp. Đây chính là những yếu tố gây mất vệ sinh đất, nước; qua đó có thể làm gia tăng nguy cơ mắc VNĐSD [7], [27], [32].

Nghiên cứu được tiến hành tại khu vực nông thôn của 3 huyện miền núi Phổ Yên, Đồng Hỷ và Võ Nhai (đại diện cho 03 khu vực trung du miền núi, miền núi và miền núi vùng cao), tỉnh Thái Nguyên.

2.1.2.2. Huyện Đồng Hỷ

Đồng Hỷ là huyện miền núi của tỉnh Thái Nguyên. Phía Tây Nam tiếp giáp với Thành phố Thái Nguyên, phía Bắc giáp huyện Võ Nhai. Phía Tây

giáp với huyện Phú Lương. Phía Đông giáp với tỉnh Bắc Giang. Huyện có diện tích là 508,2 km^2, với dân số khoảng 11 vạn người gồm 8 dân tộc khác nhau sinh sống. Toàn huyện có 20 xã với 280 thôn bản và khoảng 23.000 hộ trong đó có 4 xã vùng cao, vùng sâu, 18 xã miền núi. Nghề chủ yếu là trồng cây lương thực, trồng chè, cây ăn quả. Tỉ lệ hộ đói nghèo là 7,3 %. Về y tế: Tổ chức mạng lưới y tế từ huyện đến cơ sở được tăng cường số CBYT. Tỉ lệ chung là 14,7 người /10.000 dân, trong đó bác sĩ là 3,8 người, y sĩ là 6,7 người /10.000 dân. Cơ sở vật chất cho 20 TYT xã của huyện trong năm 2009 đã được xây dựng, sửa chữa và tăng cường về trang thiết bị y tế. Đội ngũ CBYT của cả TTYT huyện và TYT xã là 165 người, trong đó: bác sĩ gồm 43 người, y sĩ đa khoa: 29, y sỹ sản nhi: 26, y sỹ y học dân tộc: 21, nữ hộ sinh: 2, y tá điều dưỡng: 32, đặc biệt 100% số xã của huyện đều có bác sĩ.

2.1.2.3. Huyện Phổ Yên

Là huyện trung du miền núi, nằm ở cửa ngõ phía Nam của tỉnh Thái Nguyên, phía Nam giáp huyện Sóc Sơn (Hà Nội), phía Đông giáp huyện Hiệp Hòa (Bắc Giang), phía Tây giáp tỉnh Vĩnh Phúc, phía Bắc giáp thị xã Sông Công và thành phố Thái Nguyên. Diện tích tự nhiên của huyện Phổ Yên là 256,67 km^2. Huyện có 18 xã - thị trấn, trong đó có 15 xã, 3 thị trấn, trong 15 xã có 5 xã miền núi. Dân số huyện Phổ Yên là 145.205 người với tổng số 35.131 hộ gia đình, phân bố dân cư không đều giữa các xã, thị trấn. Huyện Phổ Yên có 7 dân tộc anh em sinh sống trong đó chủ yếu là dân tộc Kinh chiếm 91,5%. Số phụ nữ độ tuổi sinh đẻ (15-49 tuổi): 40.543 người, trong đó số phụ nữ độ tuổi sinh đẻ có chồng: 28.276 người. Nghề nghiệp chính là sản xuất nông nghiệp, trong đó trồng lúa và chè là chính.

2.1.2.4. Huyện Võ Nhai

Huyện Võ Nhai là một huyện miền núi vùng cao, nằm ở phía đông bắc của tỉnh Thái Nguyên, bao gồm 1 thị trấn và 14 xã. Dân số của huyện là 64.241 người (năm 2009). Trong huyện có nhiều dân tộc anh em cùng chung sống như Kinh, Nùng, Tày, Mông, Sán Chay, Hoa. Võ Nhai là một trong số huyện nghèo của cả nước, nguồn thu nhập chủ yếu là từ lúa nước, trồng chè và chăn nuôi gia súc, gia cầm. Huyện có 1 bệnh viện đa khoa, trung tâm y tế dự phòng huyện, trung tâm dân số và 15 TYT xã, thị trấn Tại Võ Nhai. Các hoạt động y tế được duy trì thường xuyên đảm bảo việc KCB, CSSKBĐ cho nhân dân. Thực hiện tốt các chương trình y tế quốc gia, phòng chống dịch bệnh, tiêm chủng mở rộng đạt kết quả 95% - 100%. Phát huy và duy trì tốt đội ngũ NVYTTB, đảm bảo hoạt động có hiệu quả. Cơ sở vật chất phục vụ cho CB đã được đầu tư xây dựng, đội ngũ cán bộ được biên chế đầy đủ, có trình độ chuyên môn, đáp ứng nhu cầu KCB cho nhân dân.

2.1.2.5. Xã Thành Công.

Xã Thành Công nằm ở phía tây nam của huyện Phổ Yên cách trung tâm huyện 8 km về phía tây nam. Tổng diện tích toàn xã là 32,8 km2. Phía đông giáp xã Vạn Phái và phía Tây giáp huyện Mê Linh tỉnh Vĩnh Phúc. Phía nam giáp xã Bắc Sơn huyện Sóc Sơn Hà Nội; Phía bắc giáp xã Minh Đức, xã Phúc Thuận. Về dân số có 14.464 người, trong đó trẻ em <1 tuổi là 296, trẻ em <5 tuổi có 1.351, phụ nữ độ tuổi sinh đẻ là 4.233 người, trong đó phụ nữ độ tuổi sinh đẻ có chồng là 2.972 người. Thành Công là xã miền núi địa bàn rộng và đông dân nhất huyện, giao thông đi lại còn khó khăn, tỉ lệ đường bê tông hoá chỉ thấp khoảng 7%. Lao động nông nghiệp là 93,5%, phi nông nghiệp 6,5%. Điện nước sinh hoạt về cơ bản đáp ứng nhu cầu cho nhân dân. Hệ thống nước sinh hoạt chủ yếu khai thác từ mạch nước ngầm khai thác qua giếng khoan và giếng khơi. Tỉ lệ hộ nghèo năm 2011 có 1.066/3.615 hộ, chiếm 29,5 %. Đây là xã can thiệp cộng đồng.

Hình 2.1. Bản đồ địa lý tỉnh Thái Nguyên

2.1.2.5. Xã Phúc Thuận

Đặc điểm địa lý: Xã Phúc Thuận nằm ở phía Tây Nam của huyện Phổ Yên, cách trung tâm huyện 14km về phía Tây Nam. Tổng diện tích toàn xã là 53,2 km^2. Phía Đông giáp thị trấn Bắc Sơn; Phía Tây giáp Tỉnh Vĩnh Phúc, Phía Nam giáp xã Thành Công; Phía Bắc giáp xã Bình Sơn. Về dân số: Dân số 13.552 người, trong đó trẻ < 1 tuổi là 230 cháu, trẻ < 5 tuổi có 979 cháu, số phụ nữ độ tuổi sinh đẻ là 4.035 người, trong đó Phụ nữ độ tuổi sinh đẻ có chồng là 2.389 người. Đây là xã đối chứng.

2.1.3. Thời gian nghiên cứu

Từ tháng 01 năm 2012 đến 30 tháng 12 năm 2014.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1 Thiết kế nghiên cứu

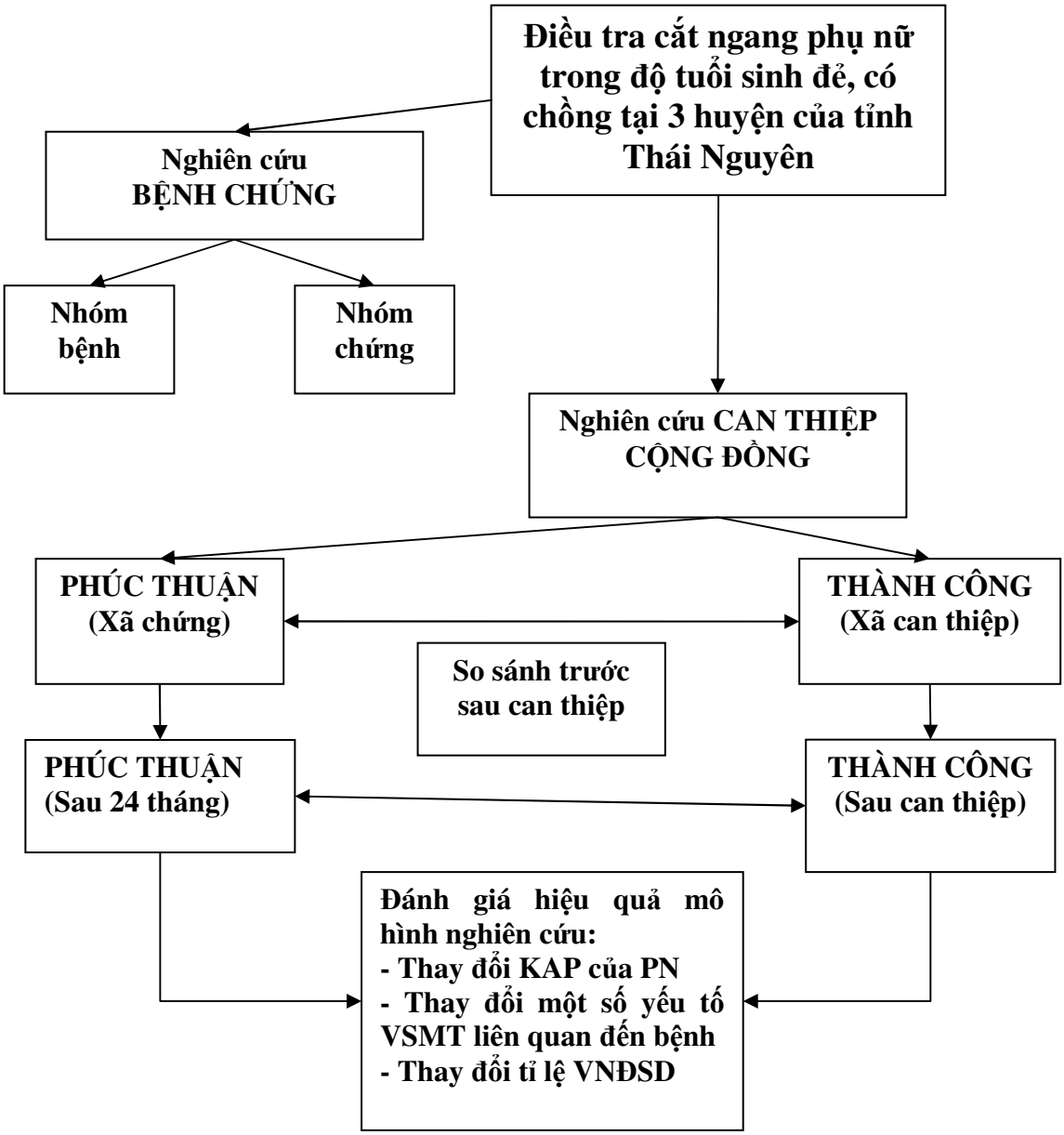
Thiết kế theo mô hình nghiên cứu kết hợp tiến trình giải thích.

Nghiên cứu định lượng có 3 thiết kế nghiên cứu dịch tễ học: Mô tả cắt ngang, bệnh chứng và can thiệp cộng đồng trước sau có đối chứng. Thiết kế nghiên cứu được mô hình hóa ở Sơ đồ 2.1.

Nghiên cứu được chia làm 2 giai đoạn như sau:

- Giai đoạn 1: Từ tháng 1 năm 2012 đến 31 tháng 03 năm 2012, thực hiện nghiên cứu dịch tễ học mô tả cắt ngang kết hợp với nghiên cứu bệnh chứng. Tiến hành điều tra ban đầu ở 6 xã của huyện Đồng Hỷ, Võ Nhai và Phổ Yên (xã Thành Công và Phúc Thuận huyện Phổ Yên là xã điều tra ban đầu). *Bước 1* thực hiện nghiên cứu dịch tễ học mô tả cắt ngang nhằm xác định tỉ lệ bệnh VNĐSD. *Bước 2* dựa trên kết quả xác định bệnh VNĐSD, kết hợp đồng thời nghiên cứu bệnh chứng nhằm xác định yếu tố nguy cơ gây bệnh VNĐSD ở phụ nữ nông thôn miền núi. Trong giai đoạn 1 cũng tiến hành chuẩn bị chọn địa điểm can thiệp và địa điểm đối chứng để chuẩn bị tiến hành can thiệp cộng đồng vào giai đoạn 2.

- Giai đoạn 2: Từ 01/04/2012 đến 31/03/2014, thực hiện nghiên cứu can thiệp cộng đồng, với thiết kế can thiệp trước sau có đối chứng. Tháng 04/2014 là thời điểm điều tra đánh giá sau can thiệp ở xã Thành Công (xã Can thiệp) và điều tra lần sau ở xã Phúc Thuận (xã đối chứng).



Sơ đồ 2.1. Mô hình thiết kế nghiên cứu

2.2.2. Cỡ mẫu, phương pháp chọn mẫu định lượng

2.2.2.1. Chọn mẫu cho nghiên cứu mô tả

**Áp dụng công thức tính cỡ mẫu cho một tỉ lệ [22], [93]*

$$n = Z^2_{(1-\alpha/2)} \frac{p(1-p)}{d^2} \text{ x DE}$$

Trong đó: n là cỡ mẫu tối thiểu, $Z_{(1-\alpha/2)}$ với độ tin cậy 95%. $Z_{(1-\alpha/2)} = 1{,}96$; p là tỉ lệ bệnh viêm nhiễm phụ khoa ở phụ nữ nông thôn từ nghiên cứu trước.

Với p = 0,465 (tỉ lệ VNĐSD ở An Lão, Hải Phòng là 46,5% [68]); chọn d = 0,04, DE= 2 (hệ số thiết kế = 2 do chọn mẫu nhiều bậc) thay số: ta có n = 1196, làm tròn = 1200 (mỗi huyện chọn 400).

** Kỹ thuật chọn mẫu*

- Chọn chủ đích 3 huyện nông thôn của tỉnh Thái Nguyên, gồm có huyện Phổ Yên đại diện cho các huyện trung du miền núi, huyện Đồng Hỷ đại diện cho các huyện miền núi Thái Nguyên, huyện Võ Nhai đại diện cho các huyện miền núi vùng cao của tỉnh Thái Nguyên.

- Chọn xã: Mỗi huyện chọn chủ đích 2 xã đại diện cho các vùng nông thôn của huyện, đó là: xã Thành Công, Phúc Thuận huyện Phổ Yên; xã Linh Sơn, Văn Lăng huyện Đồng Hỷ, xã Lâu Thượng, Phú Thượng huyện Võ Nhai.

- Chọn đơn vị mẫu nghiên cứu: qua các bước như: liệt kê, lập danh sách số phụ nữ 18 - 49 tuổi có chồng của các xã, dựa vào bảng phân tích cơ cấu dân số của cán bộ chuyên trách dân số xã cung cấp. Chọn các đối tượng bằng phương pháp chọn mẫu ngẫu nhiên hệ thống theo khoảng cách mẫu, lấy đến khi đạt đủ cỡ mẫu cho nghiên cứu ở mỗi xã (200/mỗi xã).

** Tiêu chuẩn chọn phụ nữ vào mẫu nghiên cứu*

- Phụ nữ trong độ tuổi sinh đẻ từ 18 - 49 tuổi, có chồng, đang cư trú tại các xã nghiên cứu.

- Phụ nữ tự nguyện tham gia nghiên cứu.

** Tiêu chuẩn loại trừ*

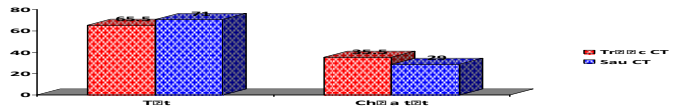
Không nhận vào mẫu những đối tượng không đồng ý tham gia nghiên cứu hoặc có tâm thần kinh không ổn định.

**Chọn mẫu xét nghiệm*

Chọn các đối tượng mắc VNĐSD qua khám lâm sàng sàng lọc để khám phụ khoa, xét nghiệm soi tươi và nhuộm khí hư, thử pH âm đạo, Chlamydia test (các phụ nữ sau tiến hành khám lâm sàng có dấu hiệu lâm sàng cho tiến hành thực hiện các xét nghiệm).

2.2.2.2. Chọn mẫu cho nghiên cứu bệnh chứng

** Áp dụng công thức tính cỡ mẫu cho nghiên cứu bệnh chứng [22], [93].*



Trong đó:

n: số mẫu của mỗi nhóm

ε: mức độ chính xác mong đợi của OR là 0,25

α: mức sai lầm loại 1 là 0,05 vậy $Z_{1-\alpha/2} = 1,96$

p_0: Tỉ lệ các cá thể phơi nhiễm với yếu tố nguy cơ được ước lượng cho nhóm không mắc VNĐSD.

p_1: Tỉ lệ các cá thể phơi nhiễm với yếu tố nguy cơ được ước lượng cho nhóm VNĐSD.

Cỡ mẫu được tính toán dựa trên kết quả của nghiên cứu trước với tỉ lệ phụ nữ có chồng 18 - 49 tuổi vùng biển, đảo không có nhà tắm riêng, vệ sinh trong nhóm bị VNĐSD chiếm 48,47% ($p_1 = 0,4847$) và tỉ lệ phụ nữ có không có nhà tắm riêng, vệ sinh ở nhóm không bị VNĐSD là 40% ($p_0 = 0,40$) [70].

Thay vào công thức tính; làm tròn ta được n = 400. Trong nghiên cứu này, chọn nhóm chứng và nhóm bệnh theo tỉ lệ 1:1. Như vậy, cỡ mẫu cho mỗi nhóm là 400 phụ nữ.

* *Kỹ thuật chọn mẫu:* mẫu nghiên cứu được chia thành hai nhóm

- Chọn nhóm bệnh: Phụ nữ mắc VNĐSD qua điều tra cắt ngang là 425 người. Sau khi loại trừ 25 đối tượng VNĐSD đã có sự can thiệp của y tế và những người không hợp tác nghiên cứu, chọn toàn bộ 400 phụ nữ VNĐSD đủ tiêu chuẩn tham gia vào nhóm bệnh.

- Chọn nhóm chứng: Chọn những phụ nữ không mắc VNĐSD, theo tỷ lệ 1:1 từ danh sánh phụ nữ không mắc VNĐSD đã được xác định qua nghiên cứu mô tả cắt ngang ban đầu. Cách chọn: từ danh sách phụ nữ mắc VNĐSD tại xã nghiên cứu, đối chiếu với danh sách phụ nữ không mắc VNĐSD cũng tại xã đó, chọn các phụ nữ không mắc VNĐSD có độ tuổi tương đồng với phụ nữ mắc VNĐSD trên cùng xã. Lập danh sách các phụ nữ không mắc VNĐSD có độ tuổi tương đồng và cùng xã với những phụ nữ mắc VNĐSD. Chọn ngẫu

nhiên các phụ nữ không mắc VNĐSD theo danh sách bằng phương pháp chọn mẫu ngẫu nhiên đơn.

- Chọn đối tượng nhóm bệnh và nhóm chứng tương đồng về tuổi và xã.

2.2.2.3. Chọn mẫu cho nghiên cứu can thiệp

* *Cỡ mẫu*: Cỡ mẫu tính theo công thức [22], [93]

$$n = Z^2(\alpha\beta)\ \frac{p_1(1 - p_1) + p_2(1 - p_2)}{(p_1 - p_2)^2}$$

Trong đó:

+ p_1: Tỉ lệ thực hành tốt về phòng bệnh VNĐSD của phụ nữ trong độ tuổi sinh đẻ theo kết quả điều tra trước là: 0,3 [20].

+ p_2:Tỉ lệ mong muốn đạt được thực hành tốt về phòng bệnh VNĐSD của phụ nữ trong độ tuổi sinh đẻ. Tỉ lệ này dự kiến đạt được là 0,7.

+ α: Mức ý nghĩa thống kê, là xác suất của sai lầm loại I, ở đây là 0,1.

+ β: Xác suất của sai lầm loại II, ở đây lấy là: 0,1

Như vậy lực mẫu ở đây là 90%.

$Z^2(\alpha\beta)$: Tra từ bảng ứng với giá trị $\alpha\beta$ được 8,6.

Thay số vào công thức tính được n = 194, để tăng tính đại diện chúng tôi lấy tròn là 200. Vậy số cần lấy vào mẫu điều tra ở xã can thiệp là 200 phụ nữ, xã chứng là 200.

* *Phương pháp chọn mẫu*

- Chọn xã: Chúng tôi chọn xã Thành Công làm địa điểm can thiệp và xã Phúc Thuận làm địa điểm đối chứng vì các lý do sau:

+ Hai xã có tỷ lệ bệnh VNĐSD cao nhất (>70%).

+ Hai xã cách nhau khoảng 10 km, độc lập với nhau

+ Hai xã đều là xã trung du miền núi của huyện

+ Các chỉ số dân số, kinh tế văn hóa xã hội ở 02 xã tương đối đồng đều.

- Chọn phụ nữ: Lập danh sách phụ nữ tại các xã nghiên cứu; chọn phụ nữ tham gia vào mẫu điều tra trước sau can thiệp theo phương pháp chọn mẫu ngẫu nhiên đơn.

Tuy nhiên tại xã can thiệp – xã Thành Công chúng tôi không chỉ can thiệp vào 200 bà mẹ mà để đảm bảo đạo đức nghiên cứu chúng tôi can thiệp toàn bộ các thôn xóm và các bà mẹ trong xã.

2.2.3. Phương pháp chọn mẫu định tính

** Chọn mẫu nghiên cứu định tính trước can thiệp*

- Chọn đối tượng nghiên cứu định tính: chọn chủ đích.

- Đối tượng phỏng vấn sâu:

+ Giám đốc TTYT huyện.

+ Thư ký chương trình phòng chống các bệnh đường sinh sản của TTYT huyện.

+ Thư ký chương trình phòng chống các bệnh đường sinh sản của xã.

- Đối tượng thảo luận nhóm:

+ 10 cán bộ lãnh đạo trong Đảng ủy, Ủy ban nhân dân, trưởng các ban ngành và trạm trưởng TYT ở 3 xã thuộc 3 huyện, mỗi xã có 1 cuộc thảo luận nhóm (3 cuộc).

+ 3 cuộc thảo luận nhóm với đại diện Trưởng xóm, NVYTTB và CTVDS ở các xóm của 3 xã đã được chọn để tiến hành thảo luận nhóm.

+ 3 cuộc thảo luận nhóm với đại diện phụ nữ bị bệnh VNĐSD.

** Chọn mẫu nghiên cứu định tính sau can thiệp*

- Chọn đối tượng nghiên cứu định tính: chọn chủ đích.

- Đối tượng phỏng vấn sâu CBYT phụ trách chương trình huyện xã (Giám đốc TTYT huyện, Thư ký chương trình của TTYT và 2 xã nghiên cứu): 4 cuộc x 2 lần

- Đối tượng thảo luận nhóm

+ Thảo luận nhóm với 10 cán bộ lãnh đạo trong Đảng ủy, Ủy ban nhân

dân, trưởng các ban ngành và Trạm trưởng TYT tại hai xã Thành Công (xã can thiệp) và Phúc Thuận huyện Phổ Yên (2 cuộc, 2 lần trước sau can thiệp).

+ Thảo luận nhóm với 10 cán bộ, nhân viên của TYT xã, NVYTTB và CTV dân số tại hai xã Thành Công (xã can thiệp) và Phúc Thuận huyện Phổ Yên (2 cuộc, 2 lần trước sau can thiệp).

+ Thảo luận nhóm với 10 phụ nữ đại diện ở hai xã Thành Công (xã can thiệp) và Phúc Thuận huyện Phổ Yên (2 cuộc, 2 lần trước sau can thiệp).

2.3. Nội dung can thiệp cộng đồng

2.3.1. Các bước tiến hành can thiệp

Bước 1: Phân tích vấn đề xác định nội dung can thiệp: Can thiệp vào vấn đề nào sẽ phải thông qua kết quả nghiên cứu ở giai đoạn 1, gồm 2 bước, bước 1 (mô tả cắt ngang) và bước 2 (xác định yếu tố nguy cơ). Từ các nguy cơ của bệnh VNĐSD, lập bảng tổng hợp xác định các yếu tố nguy cơ gây bệnh. Đồng thời tiến hành phỏng vấn, thảo luận nhóm xác định rõ các yếu tố cần can thiệp để làm giảm VNĐSD. Sử dụng các phương pháp thông thường trong chẩn đoán cộng đồng là kỹ thuật Delphy để xác định yếu tố nguy cơ (vấn đề) và lựa chọn vấn đề ưu tiên để tiến hành can thiệp [30], [31], [105].

Bước 2: Phân tích nguyên nhân của vấn đề ưu tiên và thu thập thông tin cho xây dựng kế hoạch can thiệp cộng đồng: Sử dụng các kết quả thăm dò nhu cầu của cộng đồng để xây dựng giải pháp huy động cộng đồng giải quyết vấn đề cần can thiệp. Tiến hành thăm dò thái độ của 1.200 phụ nữ ở các điểm điều tra (Phụ lục 1: c46 - c50) về các hoạt động phòng chống bệnh VNĐSD (nghiên cứu giai đoạn 1) kết hợp với thảo luận nhóm và phỏng vấn sâu 62 người tại xã can thiệp và xã đối chứng về các hoạt động phòng chống bệnh VNĐSD (Phụ lục 4, 5, 6).

Bước 3: Xây dựng các mục tiêu chung, mục tiêu cụ thể để huy động cộng đồng giải quyết vấn đề ưu tiên.

Bước 4: Xác định các giải pháp và các hoạt động cụ thể thực hiện chương trình can thiệp cộng đồng. Căn cứ vào mục tiêu chung và cụ thể, tiến hành xây dựng giải pháp can thiệp cộng đồng, tập trung vào: khám, điều trị kết hợp tư vấn tại chỗ; nâng cao năng lực phòng chống bệnh VNĐSD và truyền thông phòng chống bệnh VNĐSD

Bước 5: Xây dựng các công cụ theo dõi/giám sát và đánh giá để đo lường kết quả các hoạt động can thiệp [77].

2.3.2. Giải pháp can thiệp (Sơ đồ 2.2. Khung lý thuyết nghiên cứu)

2.3.2.1. Giải pháp 1: Điều trị kết hợp với tư vấn tại chỗ

Trong quá trình điều tra, khám phát hiện VNĐSD kết hợp với điều trị tại chỗ bằng các thủ thuật, cấp thuốc điều trị bệnh VNĐSD mà đối tượng hiện mắc. Tư vấn về nội dung liên quan tới bệnh VNĐSD đối tượng hiện mắc (ngay sau khi khám và điều trị bệnh) tại TYT xã.

2.3.2.2. Giải pháp 2: Nâng cao năng lực cho cán bộ y tế xã

Thực hiện đào tạo, tập huấn nâng cao năng lực cho CBYT xã, NVYTTB; cán bộ phụ nữ xã, xóm, trưởng ban ngành đoàn thể tại xã, xóm.

- Mở lớp tập huấn cho CBYT xã về kỹ năng khám lâm sàng phát hiện bệnh, phác đồ điều trị bệnh, phương pháp quản lý bệnh VNĐSD theo hướng dẫn của Bộ Y tế. Người thực hiện là các bác sỹ sản phụ khoa thuộc Khoa CSSKSS của TTYT huyện.

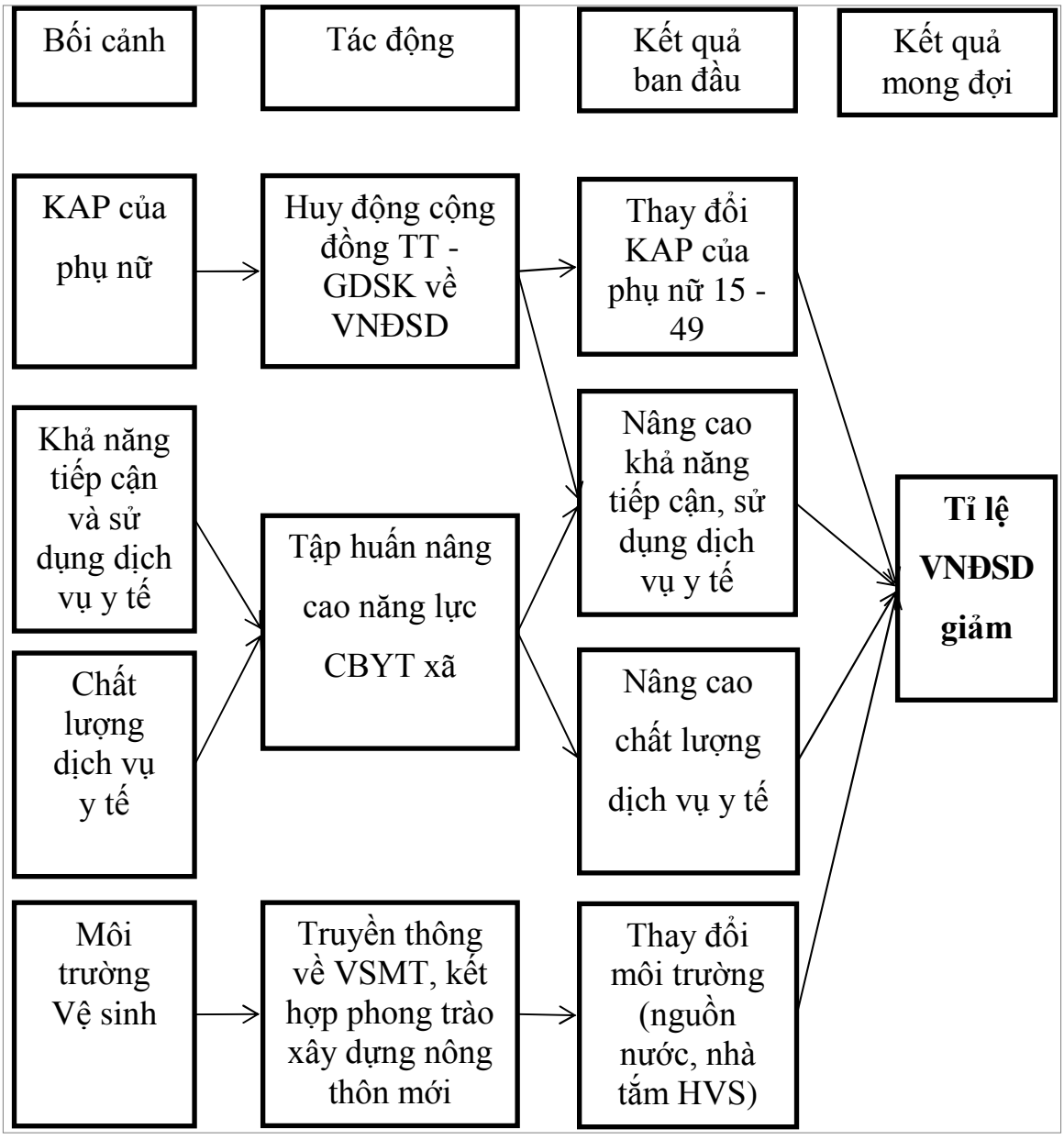
- Định kỳ thực hiện giám sát kết hợp với hỗ trợ kỹ thuật cho các TYT xã 1 tháng/1 lần. Nội dung giám sát, hỗ trợ kỹ thuật theo hướng dẫn quốc gia về các dịch vụ CSSKSS. Người thực hiện là các bác sỹ sản phụ khoa thuộc Khoa CSSKSS của TTYT huyện.

- Mở lớp tập huấn cho CBYT xã kỹ năng truyền thông GDSK phòng chống bệnh, đặc biệt là kỹ năng tư vấn sức khỏe (theo phương thức TOT = Training for Trainers = đào tạo cho giảng viên). Người thực hiện là các bác sỹ sản phụ khoa thuộc Khoa CSSKSS của TTYT huyện.

- Mở lớp tập huấn cho NVYTTB/CTVDS và Hội trưởng hội phụ nữ xóm về phương pháp, kỹ năng truyền thông GDSK và nội dung phòng chống bệnh VNĐSD và quản lý sức khỏe tại nhà. Người thực hiện là CBYT của TYT xã.

- Mở lớp tập huấn cho NVYTTB/CTVDS và Hội trưởng hội phụ nữ xóm về phương pháp, kỹ năng và nội dung TT - GDSK về VSMT (bao gồm vệ sinh nguồn nước và vệ sinh nhà tắm). Người thực hiện là CBYT của TYT xã.

- Mở lớp tập huấn cho trưởng các ban ngành đoàn thể tại xã, xóm về phương pháp, kỹ năng và nội dung TT - GDSK về VSMT (nguồn nước, nhà tắm). Người thực hiện là CBYT của TYT xã.



Sơ đồ 2.2. Khung lý thuyết nghiên cứu

2.3.2.3. Giải pháp 3: Truyền thông giáo dục sức khỏe phòng chống bệnh viêm nhiễm đường sinh dục cho cộng đồng

** Xây dựng mô hình can thiệp truyền thông tại cộng đồng*

Xây dựng mô hình truyền thông phòng chống bệnh VNĐSD tại xã can thiệp đồng thời đề xuất nhiệm vụ và cách thức hoạt động của mô hình.

Tên mô hình là: ***Huy động cộng đồng tham gia phòng chống bệnh viêm nhiễm đường sinh dục cho phụ nữ nông thôn xã Thành Công huyện Phổ Yên Thái Nguyên.*** Mô hình được xây dựng như sau:

a) Tổ chức nguồn lực cho mô hình

** Xây dựng Ban chỉ đạo:*

Ban chỉ đạo lồng ghép với Ban CSSKBĐ của xã bao gồm Chủ tịch UBND, Trưởng các ban ngành chủ chốt và các tổ chức xã hội như hội phụ nữ, thanh niên, cựu chiến binh, nông dân... Tùy thuộc vào kết quả nghiên cứu mà chúng tôi chọn tổ chức nào làm nòng cốt cho Ban chỉ đạo, nhưng định hướng sẽ là Hội phụ nữ vì đây là vấn đề sức khỏe của phụ nữ.

** Nhiệm vụ:*

- Tổ chức các hoạt động, chỉ đạo, hướng dẫn thực hiện phòng chống bệnh VNĐSD cho phụ nữ ở xã.

- Đôn đốc, kiểm tra giám sát các hoạt động phòng chống bệnh VNĐSD cho phụ nữ ở xã.

- Ban chỉ đạo, dưới sự lãnh đạo của Trưởng ban - Chủ tịch xã, 3 tháng giao ban 1 lần để đánh giá kết quả làm được trong 3 tháng qua và xây dựng kế hoạch thực hiện trong 2 tháng tới.

- Xây dựng nhiệm vụ của từng thành viên trong Ban chỉ đạo ở xã.

- Xây dựng nhiệm vụ của các thành viên ở tuyến thôn bản.

** Tập huấn cho các thành viên của mô hình*

Các thành viên được tập huấn về nhiệm vụ, phương pháp thực hiện (chú trọng đến TT - GDSK) phòng chống bệnh VNĐSD cho phụ nữ.

** Cơ sở vật chất cho mô hình*

- Tài liệu tập huấn về phòng chống bệnh VNĐSD cho phụ nữ.

- Tài liệu truyền thông giáo dục sức khỏe.

b) Thực hiện các hoạt động can thiệp cộng đồng

- TYT xã tăng cường quản lý, điều trị người bệnh và giám sát các hoạt động TT - GDSK ở cộng đồng.

- Các ban ngành, tổ chức quần chúng tham gia TT - GDSK cho phụ nữ lồng ghép vào các hoạt động của tổ chức mình.

- Điều hành các hoạt động can thiệp theo kế hoạch.

- Thực hiện theo dõi giám sát chặt chẽ theo kế hoạch.

Các hoạt động can thiệp cộng đồng diễn ra liên tục trong 2 năm.

** Thực hiện hoạt động truyền thông phòng chống VNĐSD tại cộng đồng*

- Truyền thông theo nhóm qua kênh Hội phụ nữ xã - Chi hội phụ nữ thôn - Phụ nữ và gia đình: (1) Các chi hội phụ nữ thôn xóm khi họp chi hội thì dành một thời gian để truyền thông, đôn đốc nhắc nhở phụ nữ phòng chống bệnh VNĐSD; (2) Tổ chức những buổi thảo luận chuyên đề phòng chống VNĐSD trong các cuộc họp chi hội phụ nữ xóm; đặc biệt trước khi có chiến dịch khám của TTYT huyện Phổ Yên và Trung tâm chăm sóc SKSS tỉnh hàng năm; (3) Tổ chức vận động chị em xây dựng các vở kịch đóng vai tình huống phòng chống VNĐSD để thực hiện tuyên truyền vào các ngày kỷ niệm: Ngày quốc tế phụ nữ 08/03 và Ngày phụ nữ Việt Nam 20/10 (trong vòng 02 năm can thiệp, tổng số 04 đợt/1 thôn/2 năm).

- Truyền thông thông qua các cuộc họp ở thôn xóm: NVYTTB/CTVDS lồng ghép vào các cuộc họp thôn xóm để truyền thông phòng chống bệnh; Trưởng thôn thông qua các cuộc họp xóm để phát động phong trào xây dựng nguồn nước, nhà tắm hợp vệ sinh kết hợp cùng phong trào xây dựng nông thôn mới của xã.

- Truyền thông gián tiếp qua kênh loa truyền thanh từ xã đến các thôn xóm (phối hợp với cán bộ phụ trách văn hóa xã và các trưởng ban ngành xóm); theo tiêu chí quốc gia TYT xã với chỉ tiêu 01 lần/tháng/thôn.

2.3.2.4. Giải pháp 4: Quản lý, theo dõi, giám sát, đánh giá hoạt động can thiệp tại cộng đồng

** Hoạt động giám sát*

Hoạt động giám sát được thực hiện theo sự phân công trong mô hình

+ Tuyến xã giám sát các hoạt động ở thôn bản.

+ Nhóm nghiên cứu 3 tháng/lần tham gia giao ban cùng Ban chỉ đạo.

Công việc này diễn ra liên tục trong 2 năm.

** Hoạt động đánh giá:* theo các nhóm chỉ tiêu can thiệp cộng đồng.

- Nhóm can thiệp về đào tạo:

+ Kết quả tập huấn TT - GDSK cho CBYT xã, NVYTTB, lãnh đạo cộng đồng và Hội phụ nữ xã, chi hội phụ nữ thôn xóm.

+ Kết quả tập huấn nâng cao năng lực khám, điều trị và quản lý bệnh VNĐSD cho cán bộ TYT xã và NVYTTB.

- Nhóm can thiệp về tổ chức: một số chỉ tiêu về điều hành, giám sát các hoạt động can thiệp cộng đồng của các đối tượng tham gia.

- Nhóm chỉ số đánh giá hiệu quả mô hình:

Thay đổi kiến thức, thái độ và thực hành phòng chống bệnh VNĐSD của người dân, thay đổi về VSMT phòng chống bệnh VNĐSD, thay đổi về tỉ lệ bệnh VNĐSD cũng như đánh giá tính bền vững, khả năng duy trì mô hình và hiệu quả kinh tế của mô hình nghiên cứu.

2.4. Chỉ số nghiên cứu

2.4.1. Phân nhóm các chỉ số nghiên cứu

** Nhóm chỉ số liên quan đến dịch tễ bệnh VNĐSD*

- Tỉ lệ phụ nữ bị mắc bệnh VNĐSD.

- Căn nguyên gây bệnh VNĐSD.

- Phân bố bệnh VNĐSD theo độ tuổi.

- Phân bố bệnh VNĐSD theo trình độ học vấn.

- Phân bố bệnh VNĐSD theo dân tộc.

- Phân bố bệnh VNĐSD theo nghề nghiệp.

- Phân bố bệnh VNĐSD theo tình trạng kinh tế.

- Phân bố bệnh VNĐSD theo qui mô gia đình.

- Phân bố bệnh VNĐSD theo khu vực sống.

** Nhóm chỉ số về kiến thức, thái độ, thực hành, truyền thông và chất lượng dịch vụ y tế liên quan đến VNĐSD*

- Kiến thức phòng chống VNĐSD.

- Thái độ phòng chống VNĐSD.

- Thực hành phòng chống VNĐSD.

- Nguồn truyền thông phòng chống VNĐSD.

- Số phụ nữ KCB phụ khoa tại TYT xã.

- Hài lòng khi đến KCB phụ khoa tại TYT xã.

- Được tư vấn khi KCB phụ khoa tại TYT xã.

** Nhóm chỉ số nguy cơ gây viêm nhiễm đường sinh dục*

Mối liên quan giữa các yếu tố: trình độ học vấn, dân tộc, nghề nghiệp, kinh tế hộ gia đình, số con, nguồn truyền thông, kiến thức phòng chống VNĐSD, thái độ phòng chống VNĐSD, thực hành phòng chống VNĐSD, dịch vụ tư vấn, nguồn nước sinh hoạt, tình trạng nhà tắm, khám phụ khoa định kỳ với bệnh VNĐSD của phụ nữ.

** Nhóm chỉ số liên quan tới can thiệp cộng đồng*

- Các chỉ số đầu vào:

+ Mô hình huy động cộng đồng.

+ Tham gia của cán bộ địa phương.

+ Số cán bộ TTYT huyện, TYT xã, NVYTTB và lãnh đạo cộng đồng được tập huấn mô hình.

+ Kết quả các lớp tập huấn.

+ Số cơ sở vật chất, trang thiết bị được huy động vào can thiệp.

+ Kinh phí được huy động cho hoạt động can thiệp.

- Các chỉ số hoạt động:

+ Số tổ chức, thành viên tham gia truyền thông phòng chống VNĐSD.

+ Số buổi, nội dung truyền thông phòng chống VNĐSD.

+ Số người, lượt người được truyền thông phòng chống bệnh VNĐSD.

+ Số cán bộ đã tham gia phòng chống bệnh VNĐSD.

+ Số bệnh nhân VNĐSD được phát hiện tại TYT xã.

+ Số bệnh nhân điều trị bệnh VNĐSD tại TYT xã.

+ Số bệnh nhân VNĐSD được quản lý tại TYT xã.

+ Năng lực phòng chống bệnh VNĐSD của CBYT tại TTYT huyện, TYT xã và NVYTTB) được cải thiện.

- Các chỉ số đầu ra:

+ Kiến thức (biểu hiện, nguyên nhân, hậu quả, xử trí và phòng bệnh) về phòng chống bệnh VNĐSD.

+ Thái độ phòng chống bệnh VNĐSD.

+ Thực hành phòng chống bệnh VNĐSD.

+ Hài lòng về dịch vụ KCB tại TYT xã.

+ Tư vấn về phòng chống VNĐSD.

+ Nguồn nước của hộ gia đình có phụ nữ tham gia nghiên cứu.

+ Nhà tắm của các hộ gia đình có phụ nữ tham gia nghiên cứu.

+ Số phụ nữ bị mắc bệnh VNĐSD.

2.4.2. Tiêu chuẩn đánh giá các biến số

** Chỉ tiêu về trình độ học vấn*

- Mù chữ là phụ nữ không biết đọc, không biết viết.
- Biết đọc, biết viết là phụ nữ có học chưa hết 4/10 hoặc 5/12.
- Tiểu học là phụ nữ đã học hết lớp 4/10 hoặc 5/12 và có bằng tốt nghiệp tiểu học.
- Trung học cơ sở là phụ nữ đã học hết lớp 7/10 hoặc 9/12 và có bằng tốt nghiệp THCS.
- Trung học phổ thông là phụ nữ học hết lớp 10/10 hoặc 12/12 và có bằng tốt nghiệp THPT.

** Nghề nghiệp:* chia 2 nhóm:

- Làm ruộng: công việc có thu nhập chính tính thời điểm tham gia nghiên cứu là làm ruộng, chăn nuôi, trồng trọt (chè…).

- Nghề khác: là những phụ nữ không làm ruộng, bao gồm các viên chức, công chức, kinh doanh, công nhân, bộ đội…

** Điều kiện kinh tế:*

- Hộ nghèo: Theo Quyết định số 09/2011/QĐ-TTg ngày 30/1/2011 của Thủ tướng Chính phủ về việc ban hành chuẩn hộ nghèo, hộ cận nghèo áp dụng cho giai đoạn 2011 - 2015, hộ nghèo ở nông thôn miền núi là hộ có mức thu nhập bình quân từ 400.000đồng/ người/ tháng (từ 4.800.000 đồng/ người/ năm) trở xuống [58].

- Hộ đủ ăn: là hộ có mức thu nhập bình quân trên 400.000đồng/ người/ tháng (từ 4.800.000 đồng/ người/ năm).

** Nguồn nước*

- Nguồn nước hợp vệ sinh: là nước từ các công trình cấp nước tập trung (tự chảy, bơm dẫn), các nguồn cấp nước nhỏ lẻ (giếng đào, giếng khoan hợp vệ sinh) hoặc các nguồn nước hợp vệ sinh khác (nước máy, nước máng lần...), được sử dụng trực tiếp hoặc sử dụng sau khi xử lý thỏa mãn các điều kiện: trong, không mầu, không mùi, không vị [15].

- Nguồn nước không hợp vệ sinh: không đảm bảo các tiêu chuẩn nước sạch hợp vệ sinh [15].

** Nhà tắm:*

- Nhà tắm vệ sinh: kín, khô, sạch, thoáng

- Nhà tắm chưa vệ sinh: không đảm bảo tiêu chuẩn nhà tắm vệ sinh.

** Yếu tố về dịch vụ chăm sóc sức khỏe: khám phụ khoa, dịch vụ tư vấn.*

- Khám phụ khoa:

+ Khám định kỳ: 6 tháng/lần [27]

+ Không khám định kỳ.

- Dịch vụ tư vấn:

+ Được tư vấn: được CBYT tư vấn về phòng chống VNĐSD.

+ Không được tư vấn: không được CBYT tư vấn về VNĐSD.

** Cách đánh giá hành vi chung về phòng chống bệnh VNĐSDD.*

Kiến thức, thái độ và thực hành (KAP) trong nghiên cứu được phân ra làm 3 loại biến, đó là các biến kiến thức (K), thái độ (A) và thực hành (P).

- *Đánh giá kiến thức:* Dựa vào 24 câu hỏi; mỗi câu trả lời dúng được 1 điểm, câu trả lời sai hoặc không trả lời được 0 điểm, tính tổng điểm của 24 câu, sau đó đánh giá phân loại theo tiêu chuẩn Bloom như sau:

Phần trăm (điểm)	**Giải thích**
≥ 80% (≥ 19,2 điểm):	Xếp loại tốt.
> 60% - < 80% (> 14,4 - 19,2 điểm):	Xếp loại trung bình.
≤ 60% (≤ 14,4 điểm):	Xếp loại yếu.

- *Đánh giá thái độ:* Thái độ về phòng chống bệnh VNĐSD được đánh giá bởi 10 câu hỏi. Mỗi câu hỏi được đánh giá bởi thang điểm Likert (1 - Rất đồng ý, 2 - Đồng ý, 3 - Không rõ ràng, 4 - Không đồng ý, 5 - Rất không đồng ý. Các câu hỏi được cho điểm như sau: Rất đồng ý (5 điểm), Đồng ý (4 điểm), Không rõ ràng (3 điểm), Không đồng ý (2 điểm), Rất không đồng ý (1 điểm). Tính tổng điểm của 10 câu hỏi sau đó đánh giá thái độ ở 2 mức độ Tốt (Rất đồng ý, đồng ý) và Chưa tốt (mức độ còn lại) như sau:

Phần trăm	**Giải thích**
< 80% (< 40 điểm)	Chưa tốt
≥ 80% (≥ 40 điểm)	Tốt

- *Đánh giá thực hành:* Để đánh giá thực hành chung về phòng chống bệnh VNĐSDD sử dụng 06 câu hỏi. Mỗi hành vi đúng nhất được 2 điểm, hành vi đúng được 1 điểm, hành vi sai hoặc không thực hiện hành vi đó được 0 điểm. Tính tổng điểm của 06 câu hỏi sau đó đánh giá hành vi ở 2 mức độ (Tốt, Chưa tốt) như sau:

Phần trăm	**Giải thích**
< 80% (<9,6 điểm)	Chưa tốt
≥ 80% (≥ 9,6 điểm)	Tốt

** Qui mô gia đình*

+ Gia đình đông con: > 2 con
+ Gia đình ít con: ≤ 2 con

** Đánh giá thực hành vệ sinh phụ nữ hàng ngày*

+ Tốt: mỗi ngày vệ sinh ít nhất 2 lần.

+ Chưa tốt: không vệ sinh hoặc chỉ 1 lần.

** Đánh giá thực hành vệ sinh phụ nữ khi có kinh nguyệt*

+ Tốt: mỗi ngày vệ sinh ít nhất 3 lần.

+ Chưa tốt: không vệ sinh hoặc vệ sinh dưới 3 lần.

** Đánh giá thực hành vệ sinh sau khi giao hợp*

+ Tốt: vệ sinh sau khi giao hợp

+ Chưa tốt: không vệ sinh sau khi giao hợp.

** Đánh giá thực hành khám phụ khoa định kỳ*

+ Tốt: mỗi năm khám ít nhất 2 lần.

+ Chưa tốt: không đi khám hoặc chỉ khám 1 lần.

** Đánh giá hành vi đúng vệ sinh sinh dục*

+ Thói quen tắm hợp vệ sinh là đứng hoặc ngồi tắm dưới vòi nước, hoặc dội nước. Ngồi ngâm mình vào chậu nước để tắm là không hợp vệ sinh.

+ Rửa lau khô, không dùng tay hoặc khăn hay bơm thụt nước vào âm đạo là hợp vệ sinh, ngược lại là mất vệ sinh và phản khoa học (trừ khi có chỉ định cụ thể của bác sỹ chuyên khoa).

+ Đặt thuốc, hoặc uống thuốc tùy tiện khi có khí hư bất thường ở cơ quan sinh dục, không có chỉ định của bác sỹ là không phù hợp.

** Cách đánh giá tình trạng viêm nhiễm*

- Chẩn đoán viêm âm hộ, âm đạo lâm sàng dựa vào tính chất khí hư có màu, có mùi, số lượng nhiều, ra kéo dài không có quy luật, gây ngứa rát, khó chịu. Nhìn xét niêm mạc âm hộ, âm đạo và CTC không bóng, mà đỏ nề, nhiều khí hư bẩn bám vào CTC. Có thể dễ chảy máu khi thăm khám.

- Chẩn đoán viêm theo xét nghiệm, căn cứ vào kết quả có loại vi trùng nào, có kết luận chẩn đoán đó.

- Chẩn đoán loét sinh dục, viêm loét CTC, với loét trợt mất lớp biểu mô, gây lộ tuyến, các tuyến lộ ra có hình ảnh như chùm nho khi bôi acid axetic, vùng lộ tuyến không bắt màu Iod, Iod (-).

- Viêm phần phụ, viêm sinh dục trên, thường xuyên đau bụng dưới rốn 2 bên hố chậu, kèm theo ra khi hư và sốt nhẹ. Việc chẩn đoán và đánh giá tình trạng VNĐSD có thể dựa theo bảng dưới đây:

Bảng 2.1. Tiêu chuẩn chẩn đoán một số bệnh viêm nhiễm đường sinh dục hay gặp

Bệnh	**Triệu chứng cơ năng**	**Triệu chứng lâm sàng**	**Triệu chứng cận lâm sàng**
Nấm *Candida*	Ngứa âm đạo, đau rát	Khí hư trắng đục như váng sữa bám chặt vào thành âm đạo	Soi tươi với dung dịch KOH thấy sợi nấm, bào tử nấm nhuộm Gram, cấy có sợi nấm
Trichomonas	Ngứa rát âm hộ, âm đạo, giao hợp đau	Khí hư vàng, trắng có bọt, mùi tanh, âm đạo viêm đỏ khi bôi lugol có hình ảnh đêm sao	Soi tươi có trùng roi di động
G-Vaginalis	Khó chịu, có mùi hôi sau giao hợp	Khí hư nhiều, lỏng, màu vàng xám, có mùi hôi tanh, niêm mạc âm đạo đỏ	Sniff-test (nhỏ 1 giọt KOH 10%) có mùi cá thối. Nhuộm Gram thấy Clue-cell
Chlamydia	50,0 - 75,0% không có triệu chứng, có thể ra khí hư	20% có lộ tuyến CTC, có thể viêm âm hộ, âm đạo, viêm phần phụ cấp, bán cấp	Có mặt của kháng nguyên Chlamydia, huyết thanh, cấy tế bào
Lậu cầu	50,0% không có triệu chứng	Khí hư nhiều, vàng, đặc, xanh từ CTC ra mùi hôi, niêm mạc âm đạo phù nề, chạm vào dễ chảy máu	Lấy bệnh phẩm nhuộm Gram, thấy song cầu Gram âm nội tế bào

2.5. Phương pháp thu thập thông tin

2.5.1. Phần định lượng

** Tại hộ gia đình*

- Phỏng vấn trước can thiệp (nghiên cứu giai đoạn 1): Phỏng vấn trực tiếp với phụ nữ có chồng, trong độ tuổi sinh đẻ từ 18 - 49, ở các xã của 3 huyện Phổ Yên, Đồng Hỷ và Võ Nhai, dựa vào bộ câu hỏi đã được phát triển sẵn theo mục tiêu nghiên cứu (Phụ lục 1), kết hợp quan sát trực tiếp điều kiện môi trường sống, nhà ở và các công trình vệ sinh như giếng nước, nhà tắm của các hộ gia đình (Phụ lục 2). Điều tra viên là những: (1) cán bộ, giảng viên chuyên ngành y tế công cộng, trường Đại học Y Dược Thái Nguyên; (2) Các cán bộ y tế thuộc TTYT các huyện điều tra; (3) sinh viên năm cuối trường Đại học Y Dược Thái Nguyên. Tất cả các điều tra viên được tập huấn kỹ trước khi tiến hành điều tra.

- Phỏng vấn sau can thiệp (kết thúc giai đoạn 2): Phỏng vấn trực tiếp với phụ nữ có chồng, trong độ tuổi sinh đẻ từ 18 - 49, ở xã can thiệp và đối chứng (xã Thành Công và xã Phúc Thuận, theo thứ tự, của huyện Phổ Yên) theo vào bộ câu hỏi đã được phát triển sẵn theo mục tiêu nghiên cứu (Phụ lục 1), kết hợp quan sát trực tiếp điều kiện môi trường sống, nhà ở và các công trình vệ sinh như giếng nước, nhà tắm của các hộ gia đình (Phụ lục 2). Điều tra viên là những: (1) cán bộ, giảng viên chuyên ngành y tế công cộng, trường Đại học Y Dược Thái Nguyên; (2) Các cán bộ y tế thuộc TTYT huyện Phổ Yên; (3) sinh viên năm cuối trường Đại học Y Dược Thái Nguyên; đã tham gia phỏng vấn trước can thiệp.

** Tại trạm y tế xã*

- Tiến hành khám lâm sàng trước can thiệp (nghiên cứu giai đoạn 1) để phát hiện bệnh VNĐSD và xét nghiệm (soi tươi và nhuộm khí hư, thử pH âm đạo, Chlamydia test) các phụ nữ ở các xã của 3 huyện Phổ Yên, Đồng Hỷ và Võ Nhai. Sau khi khám phát hiện VNĐSD, tiến hành điều trị tại chỗ bằng các thủ thuật, cấp thuốc điều trị bệnh VNĐSD mà đối tượng hiện mắc và thực hiện tư vấn về nội dung liên quan tới bệnh VNĐSD đối tượng hiện mắc. Kết quả khám lâm sàng, xét nghiệm được thu thập bằng phiếu khám lâm sàng (Phụ lục 3).

- Tiến hành khám lâm sàng sau can thiệp (kết thúc giai đoạn 2) để phát hiện bệnh VNĐSD và xét nghiệm (soi tươi và nhuộm khí hư, thử pH âm đạo, Chlamydia test) các phụ nữ ở 2 xã can thiệp và đối chứng (xã Thành Công và xã Phúc Thuận, theo thứ tự, của huyện Phổ Yên). Sau khi khám phát hiện

VNĐSD, tiến hành điều trị tại chỗ bằng các thủ thuật, cấp thuốc điều trị bệnh VNĐSD mà đối tượng hiện mắc và thực hiện tư vấn về nội dung liên quan tới bệnh VNĐSD đối tượng hiện mắc. Kết quả khám lâm sàng, xét nghiệm được thu thập bằng phiếu khám lâm sàng (Phụ lục 3).

- Khám phụ khoa; chẩn đoán, điều trị và tư vấn về bệnh VNĐSD cho đối tượng mắc phải được thực hiện bởi sự phối hợp giữa các bác sỹ chuyên khoa Phụ Sản của Bộ môn Phụ Sản trường Đại học Y Dược Thái Nguyên; các bác sỹ chuyên khoa Phụ Sản của khoa CSSKSS TTYT huyện Phổ Yên và với các bác sỹ của TYT các xã. Các bác sỹ TYT các xã được tiến hành tập huấn thống nhất, nâng cao năng lực trước khi tiến hành khám chữa bệnh VNĐSD.

- Lấy bệnh phẩm xét nghiệm (khí hư) trong khi khám phụ khoa. Bệnh phẩm được làm tại chỗ, bởi kít xét nghiệm có kính hiển vi quang học, các hóa chất và trang thiết bị cần thiết mang theo, do các bác sỹ và kỹ thuật viên chuyên khoa Vi sinh của Khoa xét nghiệm Bệnh viện Trường Đại học Y khoa thực hiện. Các bước và kỹ thuật tiến hành xét nghiệm được thực hiện theo các hướng dẫn của Bộ Y tế về quy trình lấy mẫu; các xét nghiệm được áp dụng tiến hành và đánh giá theo tiêu chuẩn hiện đang được áp dụng. Các bác sỹ, kỹ thuật viên được tập huấn kỹ trước khi điều tra khám lâm sàng xét nghiệm. Quá trình xét nghiệm: cán bộ điều tra tiến hành lấy bệnh phẩm làm các xét nghiệm soi tươi, nhuộm soi dịch âm đạo để tìm nguyên nhân gây bệnh. Mỗi phụ nữ trong nghiên cứu được khám và làm xét nghiệm để xác định bệnh (nếu có), cụ thể như sau:

- ✓ Một tăm bông bệnh phẩm dàn và cố định trên tiêu bản để nhuộm Gram để tìm hình thể và tính chất bắt màu của nấm *Candida*, vi khuẩn, tế bào các loại có trong bệnh phẩm.
- ✓ Một tăm bông làm test Sniff: phết khí hư lên lam kính, nhỏ KOH 10% rồi trộn đều, ngửi ngay có mùi cá ươn là dương tính (nhiễm khuẩn Gardnerella vaginalis).
- ✓ Một tăm bông lấy giọt khí hư, nhỏ thêm dung dịch NaCL 0,9%, soi tươi tìm hình ảnh: *T. vaginalis*, nấm.
- ✓ Một tăm bông lấy dịch làm xét nghiệm tìm *Chlamydia* bằng phương pháp que thử nhanh.
- ✓ Một tăm bông lấy dịch ở tuyến Skene, tuyến Bactholin để xét nghiệm tìm lậu cầu khuẩn bằng phương pháp nhuộm Gram.

- ✓ Mã số và thông tin cá nhân của đối tượng trên phiếu xét nghiệm được ghi trùng với mã số và thông tin cá nhân của đối tượng ở phiếu phỏng vấn trước đó để phục vụ việc thu thập số liệu.

- Hoạt động tổ chức khám phụ khoa và lấy bệnh phẩm tại TYT xã, các đối tượng được thông báo rõ các quy định cụ thể từ những ngày trước đó.

- Khai thác số liệu thứ cấp từ sổ sách, báo cáo của TTYT huyện và TYT xã về VNĐSD ở địa bàn nghiên cứu.

2.5.2. Phần định tính

Tiến hành phỏng vấn sâu, thảo luận nhóm với các cá nhân và nhóm liên quan ở các xã trong nghiên cứu giai đoạn 1: xã Thành Công và Phúc Thuận thuộc huyện Phổ Yên, xã Linh Sơn và Hóa Thượng thuộc huyện Đồng Hỷ, xã Lâu Thượng và Phú Thượng thuộc huyện Võ Nhai.

Tiến hành phỏng vấn sâu, thảo luận nhóm với các cá nhân và nhóm liên quan ở các xã trong nghiên cứu giai đoạn 2: xã Thành Công và Phúc Thuận thuộc huyện Phổ Yên. Mục tiêu là nhằm đánh giá tính hiệu quả, bền vững của các giải pháp phòng chống VNĐSD.

Người tham gia phỏng vấn sâu, thảo luận nhóm là các giảng viên chuyên ngành y tế công cộng, có kinh nghiệm nhiều năm làm nghiên cứu của Trường Đại hoc Y Dược Thái Nguyên.

2.5.3. Vật liệu nghiên cứu

- Phiếu phỏng vấn đối tượng nghiên cứu (Phụ lục 1).

- Phiếu điều tra nước và nhà tắm hợp vệ sinh (Phụ lục 2).

- Phiếu khám lâm sàng bệnh VNĐSD (Phụ lục 3).

- Phiếu thu thập ý kiến phỏng vấn sâu (Phụ lục 4).

- Hướng dẫn phỏng vấn sâu, hướng dẫn thảo luận nhóm về phòng chống VNĐSD (Phụ lục 4, 5 và 6).

- Trang thiết bị khám, xét nghiệm về VNĐSD.

- Tài liệu vệ sinh phụ nữ, phòng chống VNĐSD và nội dung bài truyền thông phát trên loa phóng thanh của thôn/xómvề VNĐSD (Phụ lục 9).

- Tờ rơi VNĐSD, Pano về VNĐSD

- Bảng kiểm đánh giá năng lực truyền thông (Phụ lục 10).

2.6. Phương pháp xử lý số liệu

2.6.1. Kỹ thuật phân tích số liệu

Số liệu được thu thập và nhập liệu bằng phần mềm Epidata 3.1; sau đó được xử lý theo các thuật toán thống kê bằng phần mềm SPSS 18.0.

Mô tả tần số (số lượng), tỷ lệ % với các biến định tính; mô tả giá trị trung bình và độ lệch chuẩn với các biến định lượng.

Kiểm định Chi-square test để so sánh các tỉ lệ %; sự khác biệt có ý nghĩa thống kê khi $p < 0,05$.

Mối liên quan được đo lường bằng tỷ suất chênh (Odds ratio: OR) với khoảng tin cậy 95% (95% Confidence interval: 95% CI) của OR.

-Đánh giá kết quả can thiệp dựa vào chỉ số hiệu quả (CSHQ) và hiệu quả can thiệp (HQCT). Các tỉ lệ được tính theo công thức:

+ $\text{CSHQ\%} = \frac{|p1 - p2|}{p1} \times 100$

Trong đó: p1 là kết quả (số lượng hoặc tỉ lệ) của chỉ số nghiên cứu thu được vào thời điểm trước can thiệp, p2 là kết quả (số lượng hoặc tỉ lệ) của chỉ số nghiên cứu thu được vào thời điểm sau can thiệp.

+ HQCT % = CSHQ% Can thiệp - CSHQ% Chứng.

2.6.2. Phương pháp khống chế sai số

- Thiết kế các phiếu điều tra: Các phiếu điều tra được nhóm nghiên cứu thiết kế theo đúng qui trình xây dựng công cụ nghiên cứu, trước khi sử dụng đã được thử nghiệm để kiểm định tính phù hợp với yêu cầu thu thập thông tin nghiên cứu tại thực tế của địa phương.

- Đội ngũ điều tra viên là các cán bộ giảng dạy, sinh viên năm cuối Trường Đại học Y Dược và cán bộ TTYT huyện Phổ Yên tỉnh Thái Nguyên. Đội ngũ cán bộ được tập huấn thống nhất về phương pháp trước khi đi điều tra.

- Phiếu điều tra được kiểm tra tại chỗ ngay sau khi thu thập thông tin để đảm bảo tính đầy đủ và chính xác của thông tin.

- Khám phụ khoa được thực hiện bởi sự phối hợp giữa các bác sỹ chuyên khoa Phụ Sản của Bộ môn Phụ Sản trường Đại học Y Dược Thái Nguyên; các bác sỹ chuyên khoa Phụ Sản của khoa CSSKSS TTYT huyện

Phổ Yên. Tất cả các bác sỹ được tiến hành tập huấn thống nhất quy trình kỹ thuật theo Hướng dẫn quốc gia về CSSKSS của Bộ Y tế trước khi tiến hành khám chữa bệnh VNĐSD tại các xã nghiên cứu.

- Xét nghiệm cận lâm sàng: được làm tại chỗ bởi các bác sỹ và kỹ thuật viên chuyên khoa Vi sinh của Khoa xét nghiệm Bệnh viện Trường Đại học Y khoa thực hiện. Các bước và kỹ thuật tiến hành xét nghiệm được thực hiện theo các hướng dẫn của Bộ Y tế về quy trình lấy mẫu. Các bác sỹ, kỹ thuật viên được tập huấn kỹ trước khi điều tra khám lâm sàng xét nghiệm.

- Số liệu được mã hóa, nhập liệu và quản lý số liệu bằng phần Epidata 3.1 và được nhập bởi 2 nhóm nhập độc lập khác nhau nhằm phát hiện và xử lý những sai số do quá trình nhập liệu.

2.7. Đạo đức trong nghiên cứu

- Đây là một nghiên cứu thử nghiệm cộng đồng nhằm mục đích thử nghiệm mô hình phòng chống bệnh VNĐSD. Quá trình nghiên cứu không làm ảnh hưởng tới sức khoẻ con người và môi trường, được cộng đồng chấp nhận.

- Mọi thông tin về bệnh và sức khỏe của đối tượng nghiên cứu được giữ bí mật, chỉ phục vụ cho mục đích điều trị cho bệnh nhân và nghiên cứu.

- Các nội dung tập huấn nâng cao chất lượng khám chữa bệnh VNĐSD, các biện pháp khám sàng lọc, tiêu chí, phương pháp và phạm vi điều trị được tuân theo Hướng dẫn quốc gia về chăm sóc sức khỏe sinh sản của Bộ Y tế, được thông qua và thẩm định của Sở Y tế Thái Nguyên và Trung tâm Y tế huyện Phổ Yên trước khi tiến hành nghiên cứu.

- Nghiên cứu được thông qua Hội đồng khoa học Trường đại học Y Dược Thái Nguyên, Hội đồng khoa học Sở Y tế Thái Nguyên trước khi tiến hành.

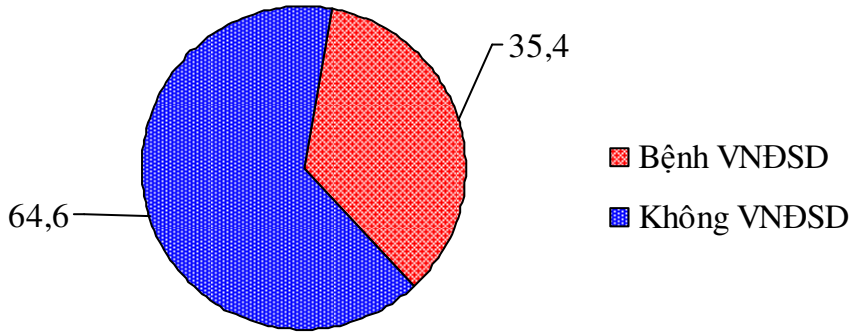
- Đối tượng tham gia nghiên cứu là tự nguyện, họ có thể từ chối tham gia nghiên cứu ở bất cứ thời gian nào.

Chương 3.
KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Dịch tễ học viêm nhiễm đường sinh dục ở phụ nữ nông thôn miền núi độ tuổi sinh đẻ có chồng Thái Nguyên

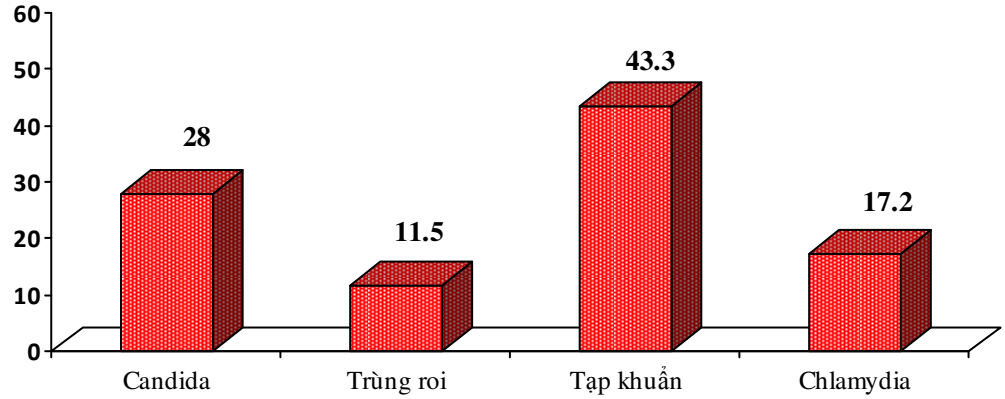
3.1.1. Tỉ lệ bệnh

Điều tra 1.200 phụ nữ nông thôn ở độ tuổi sinh đẻ, có chồng tại 6 xã của 3 huyện Võ Nhai, Đồng Hỷ, Phổ Yên của tỉnh Thái Nguyên chúng tôi thu được các kết quả sau:



Hình 3.1. Biểu đồ tình hình bệnh VNĐSD của phụ nữ tham gia nghiên cứu

Nhận xét: Tình hình bệnh VNĐSD của phụ nữ nông thôn ở các điểm điều tra khá cao (35,4%).



Hình 3.2. Biểu đồ căn nguyên bệnh VNĐSD của phụ nữ nông thôn

Nhận xét: Căn nguyên bệnh hàng đầu gây VNĐSD của phụ nữ nông thôn Thái Nguyên là tạp khuẩn (43,3%); tiếp theo là VNĐSD do *Candida* 28,0% và thấp nhất là do trùng roi với 11,5%.

3.1.2. Phân bố bệnh

Bảng 3.1. Phân bố tỉ lệ bệnh viêm nhiễm đường sinh dục theo lứa tuổi

Nhóm tuổi	SL	Số mắc	Tỉ lệ %
≤ 24 tuổi	221	46	20,8
25 - 34 tuổi	521	227	43,6
35 - 49 tuổi	458	152	33,2
Tổng	***1.200***	***425***	***35,4***

Nhận xét: Tỉ lệ mắc bệnh VNĐSD ở lứa tuổi 25 - 34 cao nhất (43,6%), tiếp theo là lứa tuổi 35 - 49 (33,2%), thấp nhất là lứa tuổi ≤ 24 (20,8%).

Bảng 3.2. Phân bố tỉ lệ bệnh viêm nhiễm đường sinh dục theo trình độ học vấn

Trình độ học vấn	SL	Số mắc	Tỉ lệ %
≤ Tiểu học	664	287	43,2
THCS	320	103	32,2
≥ THPT	216	35	16,2
Tổng	***1200***	***425***	***35,4***

Nhận xét: Bảng trên cho thấy, tỉ lệ mắc bệnh VNĐSD ở phụ nữ trình độ học vấn thấp (≤ tiểu học) cao nhất (43,2%), tiếp theo là trình độ THCS (32,2%); tỉ lệ mắc bệnh VNĐSD ở phụ nữ trình độ học vấn cao (từ THPT trở lên) thấp (16,2%).

Bảng 3.3. Phân bố tỉ lệ bệnh viêm nhiễm đường sinh dục theo dân tộc

Dân tộc	SL	Số mắc	Tỉ lệ %
Kinh	510	200	39,2
Tày	126	49	38,9
Nùng	189	76	40,2
Sán dìu	188	67	35,6
Dao và dân tộc khác	187	33	17,7
Tổng	***1200***	***425***	***35,4***

Nhận xét: Tỉ lệ mắc bệnh VNĐSD ở phụ nữ người Nùng cao nhất (40,2%), tiếp theo là phụ nữ người Kinh (39,2%); tỉ lệ mắc bệnh VNĐSD ở phụ nữ người Dao và dân tộc thiểu số khác thấp nhất (17,7%).

Bảng 3.4. Phân bố tỉ lệ bệnh viêm nhiễm đường sinh dục theo nghề nghiệp, điều kiện kinh tế

Chỉ số	Số lượng	Số mắc	Tỉ lệ %
Nghề nghiệp			
Làm ruộng	776	319	41,1
Nghề khác	424	106	25,0
Điều kiện kinh tế			
Hộ nghèo	157	97	61,8
Đủ ăn	1043	328	31,5
Tổng	***1.200***	***425***	***35,4***

Nhận xét: Tỉ lệ mắc bệnh VNĐSD ở phụ nữ làm ruộng (41,1%) cao hơn so với phụ nữ làm nghề khác (25,0%) và ở phụ nữ thuộc hộ nghèo (61,8%) cao hơn so với phụ nữ thuộc hộ gia đình đủ ăn (31,5%).

Bảng 3.5. Phân bố tỉ lệ bệnh viêm nhiễm đường sinh dục theo qui mô gia đình và khu vực sống

Chỉ số	SL	Số mắc	Tỉ lệ %
Qui mô gia đình			
Ít con (≤ 2 con)	901	229	25,4
Đông con (> 2 con)	299	196	65,6
Khu vực sinh sống			
Miền núi trung du (Phổ Yên)	400	201	50,3
Miền núi (Đồng Hỷ)	400	137	34,3
Miền núi vùng cao (Võ Nhai)	400	87	21,8
Tổng	***1.200***	***425***	***35,4***

Nhận xét: Phụ nữ đông con có tỉ lệ mắc bệnh cao hơn (65,6%) phụ nữ có từ 2 con trở xuống (25,4%). Tỉ lệ mắc bệnh VNĐSD ở miền núi trung du cao nhất (50,3%) và thấp nhất là khu vực miền núi vùng cao (21,8%).

Kết quả định tính: Qua các cuộc thảo luận nhóm và phỏng vấn sâu với tổng số 99 người tham gia (tại cả 3 huyện) chúng tôi thu được các ý kiến về việc bệnh VNĐSD cao, có xu hướng gia tăng và giảm chậm như sau:

- Bệnh VNĐSD là bệnh phổ biến ở người phụ nữ nông thôn miền núi. Phụ nữ hiện nay đã thường xuyên đi khám hơn do công tác KCB tốt hơn 93/99 ý kiến.

- Tuy bệnh không gây chết người song ảnh hưởng nhiều đến sức khỏe, cuộc sống vợ chồng 81/99 ý kiến.

- Bệnh VNĐSD là bệnh có từ lâu nhưng xu hướng giảm rất chậm do mặc cảm của một số chị em phụ nữ 74/99 ý kiến.

Tiêu biểu cho các nhận định trên có một số ý kiến trong hộp 3.1 sau:

Hộp 3.1. Thực trạng bệnh viêm nhiễm đường sinh dục hiện nay

"...Trong mấy năm qua tôi thấy bệnh VNĐSD ngày càng có nhiều chị em mắc. Tỉ lệ này theo các báo cáo đều cao mà không có xu hướng giảm. Theo tôi tỉ lệ chị em mắc tăng có thể một phần do công tác KCB ở TYT xã đã tốt hơn hoặc do chị em đã không còn e ngại trong việc đi KCB phụ khoa như trước kia do đó dẫn đến số lượng chị em đi khám và phát hiện bệnh cao hơn. Bên cạnh đó, có những xã trên địa bàn sau khi phối hợp với Trung tâm CSSKSS tỉnh triển khai hoạt động KCB phụ khoa theo chiến dịch thì lại còn thấy tỉ lệ bệnh tăng lên. Lý do cho vấn đề này theo tôi là do tỉ lệ bị bệnh trong cộng đồng cao, do số chị em phụ nữ còn ngại đi KCB cao, nên thường đợi đến chiến dịch, có nhiều người cùng đi khám thì mình cũng đi khám...".

Thư ký chương trình CSSKSS TTYT huyện Võ Nhai

"…Nhiều chị em mắc bệnh lắm; tôi để ý xung quanh xóm tôi có nhiều chị bị VNĐSD nhưng cũng có những chị không chịu đi khám. Mà chả hiểu tại sao các chị em lại bị nhiều vậy? Nói chung khi bị bệnh này thì ngại đi khám mà cũng ngại nói với người khác…"

Bà Nguyễn Thị T - một phụ nữ mắc bệnh tại xã Phúc Thuận, Phổ Yên

"*...Mắc bệnh VNĐSD thì không chết ngay được đâu; nhưng mà bệnh này gây khó chịu, ảnh hưởng sức khỏe chị em phụ nữ, làm ảnh hưởng tới quan hệ tình dục; làm lây bệnh cho bạn tình. Nhiều khi vì việc quan hệ tình dục có vấn đề mà nhiều gia đình mất hạnh phúc; ảnh hưởng không nhỏ tới xã hội...".*

Thư ký CT CSSKSS tại TTYT huyện Phổ Yên

"…Mắc bệnh thì mình xấu hổ lắm, lúc đầu ngại còn chẳng đi khám, mà đi khám thì lại sợ các chị ở TYT xã kể cho người khác. Nhiều khi ông xã sờ đến thì không dám, cũng sợ ông ý bị lây. Nhưng để lâu lâu mà không cho ông ý sờ thì nguy hiểm, ông ý đi sờ chỗ khác mất (cười), đôi khi có những lần cố cho ông ý sờ mà chỉ thấy đau, chẳng vui gì cả…"

Bà Lê Thị M - Một phụ nữ mắc bệnh tại xã Linh Sơn, Đồng Hỷ.

3.2. Các yếu tố liên quan đến bệnh viêm nhiễm đường sinh dục

3.2.1. Một số yếu tố ảnh hưởng đến bệnh viêm nhiễm đường sinh dục

Bảng 3.6. Kiến thức của phụ nữ về bệnh viêm nhiễm đường sinh dục

Kiến thức	SL (n=1200)	Tỉ lệ %
Dấu hiệu bệnh		
Ra nhiều khí hư, khí hư bất thường	671	55,9
Đau bụng dưới	238	19,8
Ngứa ở "*cửa mình"*	816	68,0
Đau khi quan hệ tình dục	127	10,6
Nguyên nhân gây bệnh		
Thiếu nước sạch vệ sinh	454	37,8
Mặc quần áo ẩm ướt thường xuyên	219	18,3
Vệ sinh kinh nguyệt kém	448	37,3
Không chú ý vệ sinh khi quan hệ vợ chồng	212	17,7
Do thường phải ngâm dưới nước	101	8,4
Quan hệ tình dục với nhiều người mà không dùng bao cao su	114	9,5
Phòng bệnh		
Phải dùng nước sạch để vệ sinh	611	50,9
Vệ sinh khi quan hệ tình dục	330	27,5
Vệ sinh kinh nguyệt sạch sẽ	523	43,6
Chung thuỷ một vợ một chồng	227	18,9
Hậu quả		
Ảnh hưởng quan hệ vợ chồng	558	46,5
Vô sinh, chửa ngoài tử cung	427	35,6

Lây bệnh cho chồng	313	26,1
Ảnh hưởng đến thai nhi	227	18,9
Tăng nguy cơ ung thư CTC	236	19,7
Sử dụng dịch vụ khi bị bệnh		
Tự mua thuốc về nhà chữa	147	12,3
Đến khám, chữa ở ông lang	6	0,5
Tự chữa bằng thuốc nam	18	1,5
Mời thầy thuốc về chữa	12	1,0
Đến khám y tế thôn bản	109	9,1
Đến khám TYT xã	898	74,8
Đến khám thày thuốc tư	70	5,8
Đến PKĐKKV/bệnh viện huyện	381	31,8

Nhận xét: Bảng 3.6 cho thấy kiến thức của phụ nữ nông thôn Thái Nguyên về bệnh VNĐSD như sau:

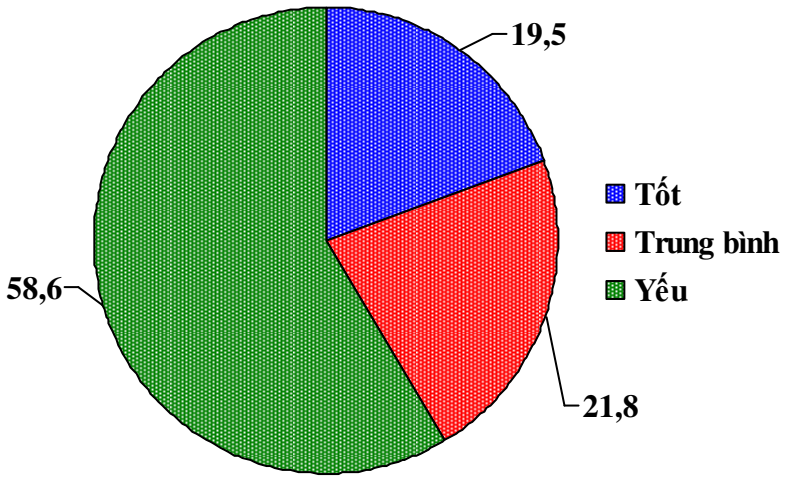
- Về dấu hiệu bệnh, tỉ lệ phụ nữ biết dấu hiệu ngứa ở *cửa mình* cao nhất (68,0%), tiếp theo là dấu hiệu ra khí hư, khí hư nhiều bất thường (55,9%).

- Về nguyên nhân gây bệnh hàng đầu biết là do thiếu nước sạch để vệ sinh (37,8%), tiếp theo là do vệ sinh kinh nguyệt kém (37,3%).

- Về phòng bệnh tỉ lệ phụ nữ biết cần phải dùng nước sạch để vệ sinh chiếm cao nhất (50,9%), tiếp theo là vệ sinh kinh nguyệt sạch sẽ (43,6%). Tỉ lệ phụ nữ biết vệ sinh khi quan hệ tình dục thấp (27,5%).

- Về hậu quả của bệnh VNĐSD, hàng đầu biết làm ảnh hưởng quan hệ vợ chồng (46,5%), tiếp theo là vô sinh, chửa ngoài tử cung (35,6%).

- Về sử dụng dịch vụ khi bị bệnh: Hàng đầu là phụ nữ biết đến khám tại TYT xã (74,8%), tiếp theo là đến phòng khám đa khoa khu vực/ bệnh viên huyện (31,8%). Tỉ lệ phụ nữ biết đến khám ở y tế thôn bản thấp (9,1%).



Hình 3.3. Biểu đồ phân loại mức độ kiến thức về phòng chống bệnh viêm nhiễm đường sinh dục

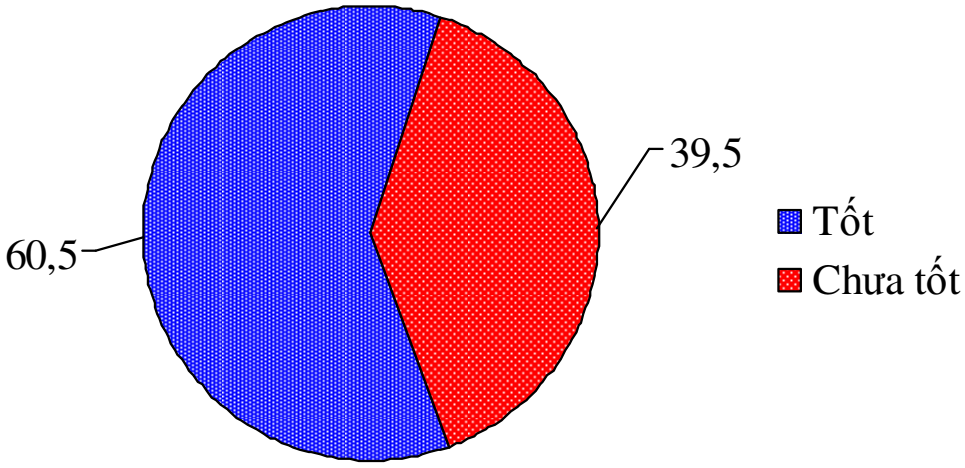
Nhận xét: Phân loại kiến thức mức độ tốt của phụ nữ nông thôn miền núi Thái Nguyên về phòng chống bệnh VNĐSD còn thấp (19,5%); kiến thức mức độ trung bình là 21,8% và kiến thức mức độ yếu cao (58,6%).

Bảng 3.7. Thái độ của đối tượng nghiên cứu với bệnh viêm nhiễm đường sinh dục (n = 1200)

Thái độ	Tỉ lệ (%) theo mức độ				
	1	*2*	*3*	*4*	*5*
Bệnh VNĐSD là một bệnh nguy hiểm	21,4	73,6	3,1	1,9	0
Bệnh VNĐSD có thể phòng được	15,5	58,5	24,6	1,3	0
Phòng bệnh VNĐSD là một việc làm giá trị	16,4	35,9	47,1	0,5	1,0
Bệnh VNĐSD có thể chữa được khỏi hoàn toàn	17,1	23,7	55,8	3,2	0,1
Vệ sinh bộ phận sinh dục hàng ngày, đúng phương pháp là một biện pháp phòng chống bệnh VNĐSD hiệu quả	19,2	77,4	2,7	0,6	0,1
Sử dụng nước sạch sẽ phòng được bệnh VNĐSD	19,1	77,7	1,8	1,3	0,1

Sử dụng nước bẩn gây nguy hiểm đối với bệnh VNĐSD	27,4	70,2	2,2	0,1	0,1
Xây dụng nhà tắm góp phần phòng bệnh VNĐSD cho người phụ nữ.	11,9	80,0	5,1	2,8	0,2
Bệnh VNĐSD có thể tự chữa tại nhà theo đơn và hướng dẫn của CBYT	7,8	77,7	10,6	3,5	0,4
Giá trị của việc tự chữa bệnh VNĐSD tại nhà theo đơn và hướng dẫn của CBYT	6,8	78,9	11,7	2,2	0,4
Ghi chú: 1. Rất nguy hiểm/Rất tin tưởng 2. Nguy hiểm/Tin tưởng 3. Không ý kiến gì 4. Không nguy hiểm/ Không tin tưởng 5. Phản đối					

Nhận xét: Nhìn chung thái độ về bệnh tương đối tốt như tỉ lệ phụ nữ đồng ý và rất đồng ý với việc sử dụng nước sạch để phòng chống bệnh cao (96.8%), hay vệ sinh bộ phận sinh dục hàng ngày để phòng chống bệnh (96.6%), mức độ nguy hiểm của bệnh là 95%, cần xây dụng nhà tắm để phòng bệnh VNĐSD cho người phụ nữ (91,9%). Thái độ tốt thấp nhất là bệnh VNĐSD có thể chữa khỏi hoàn toàn (40,8%).



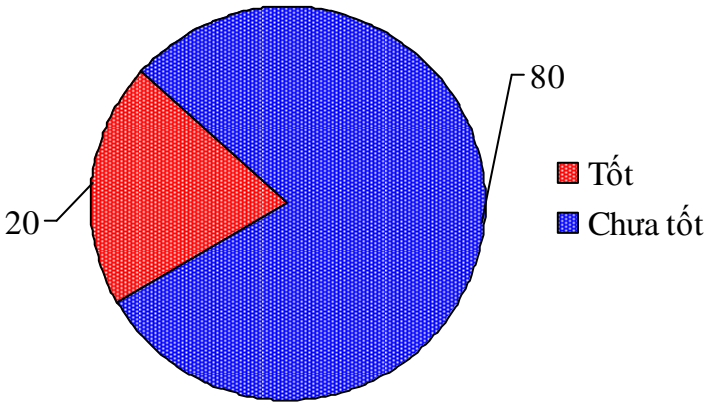
Hình3.4. Biểu đồ phân loại mức độ thái độ về phòng chống bệnh viêm nhiễm đường sinh dục

Nhận xét: Thái độ phòng chống VNĐSD mức độ tốt của người phụ nữ nông thôn miền núi chiếm 60,5% và thái độ chưa tốt chiếm 39,5%.

Bảng 3.8. Thực hành phòng chống viêm nhiễm đường sinh dục của phụ nữ

Thực hành	SL (n = 1200)	%
Số lần vệ sinh hàng ngày		
≤ 1 lần	918	76,5
≥ 2 lần	282	23,5
Khi hành kinh, nơi vệ sinh kinh nguyệt		
Nhà tắm	859	71,6
Chỗ kín đáo	341	28,4
Số lần vệ sinh khi hành kinh		
1- 2 lần/ngày	269	22,4
≥ 3 lần/ngày	931	77,6
Có rửa vệ sinh sau khi quan hệ tình dục	737	61,4
Khám phụ khoa		
Đi khám theo định kỳ	356	29,7
Khi có dấu hiệu bị bệnh	120	10,0
Sử dụng dịch vụ TYT xã	710	59,2

Nhận xét: Hành vi của phụ nữ nông thôn Thái Nguyên trong phòng chống bệnh VNĐSD: Tỉ lệ phụ nữ vệ sinh khi hành kinh trên 3 lần/ ngày (77,6%), tiếp theo là vệ sinh từ ≤ 1 lần/ngày chiếm tỉ lệ cao nhất (76,5%), hành vi đi khám phụ khoa định kỳ còn thấp (29.7%), sử dụng dịch vụ TYT xã cũng thấp (59.2%).



Hình 3.5. Biểu đồ phân loại mức độ thực hành về phòng chống bệnh viêm nhiễm đường sinh dục

Nhận xét: Tỉ lệ phụ nữ thực hành phòng chống bệnh VNĐSD mức độ tốt đạt 20,0%; mức độ chưa tốt là 80,0%.

Bảng 3.9. Nguồn truyền thông về phòng chống bệnh viêm nhiễm đường sinh dục mà phụ nữ tiếp cận được

Nguồn truyền thông	SL (n = 1200)	Tỉ lệ %
Không có	43	3,5
Sách, báo	178	14,8
Đài, vô tuyến	596	49,7
CBYT xã	449	37,4
NVYTTB	242	20,2
Cán bộ phụ nữ	222	18,5
Bạn bè	71	5,9
Nguồn khác	9	0,8

Nhận xét: Nguồn truyền thông hàng đầu là phụ nữ tiếp cận qua thông tin đài, vô tuyến (49,7%), tiếp theo là kênh từ CBYT xã (37,4%), tỉ lệ tiếp nhận thông tin của YTTB (20,2%), cán bộ phụ nữ (18.5%).

Bảng 3.10. Tỉ lệ phụ nữ được tư vấn và hài lòng với chất lượng dịch vụ khám chữa bệnh viêm nhiễm đường sinh dục tại trạm y tế xã

Dịch vụ	SL	Tỉ lệ %
Số phụ nữ đã từng đến KCB phụ khoa tại TYT xã (n = 1200)	710	59,2
Số phụ nữ hài lòng khi đến KCB phụ khoa (n = 710)	511	72,0
Số phụ nữ được tư vấn về VNĐSD khi KCB phụ khoa (n=710)	370	52,1
Đánh giá chất lượng dịch vụ KCB phụ khoa (n = 710)		
Chất lượng tốt	395	55,6
Chất lượng chưa tốt	315	44,4

Nhận xét: Bảng 3.10 cho thấy chất lượng dịch vụ KCB VNĐSD cho phụ nữ tại các TYT xã. Tỉ lệ phụ nữ đã từng đến KCB phụ khoa tại TYT xã là 59,2%; trong đó: tỉ lệ hài lòng là 72,0%; tỉ lệ được tư vấn là 52,1%; tỉ lệ đánh giá chất lượng dịch vụ KCB VNĐSD ở TYT mức độ tốt chiếm 55,6%.

3.2.2. Một số yếu tố nguy cơ với bệnh viêm nhiễm đường sinh dục

Điều tra 400 phụ nữ bị bệnh VNĐSD và 400 phụ nữ không bị bệnh, chúng tôi thu được các yếu tố nguy cơ với bệnh VNĐSD như sau:

Bảng 3.11. Mối liên quan giữa một số yếu tố thuộc về bản thân với bệnh viêm nhiễm đường sinh dục

Bệnh / Chỉ số	Bệnh VNĐSD (n = 400)		Không VNĐSD (n = 400)		OR (95% CI)
	SL	%	SL	%	
Trình độ học vấn					
Tiểu học trở xuống	272	68,0	228	57,0	1,6 (1,2 - 2,1)
THCS trở lên	128	32,0	172	43,0	
Dân tộc					
Kinh	211	52,7	157	39,2	1,7 (1,3 - 2,3)
Dân tộc thiểu số	189	47,3	243	60,8	
Nghề nghiệp					
Làm ruộng	319	79,8	257	64,3	2,2 (1,6 - 3,0)
Nghề khác	81	20,2	143	35,7	
Kinh tế					
Nghèo	97	24,3	26	6,5	4,6 (2,8 - 7,5)
Đủ ăn	303	75,7	374	93,5	
Qui mô gia đình					
Đông con (> 2)	101	25,3	74	18,5	1,5 (1,1 - 2,1)
Ít con (≤ 2)	299	74,7	326	81,5	
Nguồn truyền thông					
Không có	23	5,7	20	5,0	1,2 (0,6 - 2,3)
Có	377	94,3	380	95,0	

Nhận xét:

Phụ nữ trình độ văn hóa thấp (từ tiểu học trở xuống) có nguy cơ mắc bệnh cao gấp 1,6 lần những phụ nữ có trình độ học vấn từ THCS trở lên (95% CI: 1,2 - 2,1)

Phụ nữ dân tộc Kinh có nguy cơ mắc bệnh VNĐSD cao hơn so với dân tộc thiểu số với tỉ suất chênh OR = 1,7 (95% CI: 1,3 - 2,3).

Phụ nữ làm ruộng có nguy cơ mắc bệnh cao gấp 2,2 lần (95% CI: 1,6 - 3,0) những phụ nữ làm các nghề nghiệp khác.

Phụ nữ ở gia đình nghèo có nguy cơ mắc bệnh cao gấp 4,6 lần những phụ nữ ở gia đình đủ ăn với 95% CI: 2,8 - 7,5.

Bà mẹ đông con có nguy cơ mắc bệnh VNĐSD cao hơn các bà mẹ ít con với tỉ số chênh OR = 1,5 (95% CI: 1,1 - 2,1).

Chưa thấy mối liên quan nguồn truyền thông phòng chống bệnh với bệnh VNĐSD của phụ nữ ở các điểm điều tra với tỉ số chênh OR = 1,2 (95% CI: 0,6 - 2,3).

Bảng 3.12. Mối liên quan giữa kiến thức, thái độ, thực hành phòng chống bệnh với bệnh viêm nhiễm đường sinh dục

Bệnh / Các yếu tố	Bệnh VNĐSD (n = 400)		Không VNĐSD (n = 400)		OR (95% CI)
	SL	%	SL	%	
Kiến thức					
Chưa tốt	365	91,2	251	62,7	6,2 (4,1 - 9,3)
Tốt	35	8,8	149	37,3	
Thái độ					
Chưa tốt	188	47,0	86	21,5	3,2 (2,4 - 4,4)
Tốt	212	53,0	314	78,5	
Thực hành					
Chưa tốt	375	93,7	235	58,8	10,5 (6,7 - 16,5)
Tốt	25	6,3	165	41,2	

Nhận xét:

Phụ nữ có kiến thức chưa tốt thì có nguy cơ mắc bệnh VNĐSD cao hơn phụ nữ có kiến thức tốt gấp 6,2 lần (95% CI: 4,1 - 9,3).

Phụ nữ có thái độ chưa tốt thì có nguy cơ mắc bệnh VNĐSD cao hơn phụ nữ có thái độ tốt gấp 3,2 lần (95% CI: 2,4 - 4,4).

Phụ nữ thực hành phòng chống bệnh chưa tốt có nguy cơ mắc VNĐSD cao hơn phụ nữ có thực hành tốt gấp 10,5 lần (95% CI: 6,7 - 16,5).

Bảng 3.13. Mối liên quan giữa một số dịch vụ với bệnh viêm nhiễm đường sinh dục của người phụ nữ

Bệnh / Các yếu tố	Bệnh VNĐSD (n = 400)		Không VNĐSD (n = 400)		OR (95% CI)
	SL	%	SL	%	
Tư vấn					
Chưa được tư vấn	283	70,8	169	42,3	3,3 (2,4 - 4,5)
Tư vấn	117	29,3	231	57,8	
Nguồn nước					
Không hợp vệ sinh	190	47,5	50	12,5	6,3 (4,4 - 9,0)
Nước hợp vệ sinh	210	52,5	350	87,5	
Nhà tắm					
Chưa vệ sinh	314	78,5	120	30,0	2,5 (1,9 - 3,4)
Vệ sinh	186	46,5	180	45,0	
Khám phụ khoa					
Không khám định kỳ	344	86,0	216	54,0	5,2 (3,7 - 7,4)
Khám định kỳ	56	14,0	184	46,0	

Nhận xét:

Phụ nữ chưa được tư vấn có nguy cơ mắc bệnh VNĐSD cao gấp 3,3 lần những phụ nữ được tư vấn (95% CI: 2,4 - 4,5).

Phụ nữ sử dụng nguồn nước không hợp vệ sinh có nguy cơ mắc bệnh VNĐSD cao gấp 6,3 lần những phụ nữ được sử dụng nguồn nước hợp vệ sinh, có ý nghĩa thống kê (95% CI: 4,4 - 9,0).

Phụ nữ sử dụng nhà tắm chưa hợp vệ sinh có nguy cơ mắc bệnh VNĐSD cao gấp 2,5 lần những phụ nữ được sử dụng nhà tắm chưa hợp vệ sinh, có ý nghĩa thống kê (95% CI: 1,9 - 3,4).

Phụ nữ không đi khám phụ khoa định kỳ có nguy cơ mắc bệnh VNĐSD cao gấp 5,2 lần những phụ nữ đi khám phụ khoa định kỳ, có ý nghĩa thống kê (95% CI: 3,7 - 7,4).

Bảng 3.14. Tổng hợp các yếu tố nguy cơ đến bệnh VNĐSD ở người phụ nữ nông thôn Thái Nguyên

TT	Yếu tố	OR (95% CI)
1	Thực hành chưa tốt	10,5 (6,7 - 16,5)
2	Nguồn nước chưa hợp vệ sinh	6,3 (4,4 - 9,0)
3	Kiến thức phòng bệnh chưa tốt	6,2 (4,1 - 9,3)
4	Không đi khám phụ khoa định kỳ	5,2 (3,7 - 7,4)
5	Kinh tế hộ gia đình nghèo	4,6 (2,8 - 7,5)
6	Không được tư vấn phòng chống bệnh	3,3 (2,4 - 4,5)
7	Thái độ về bệnh chưa tốt	3,2 (2,4 - 4,4)
8	Nhà tắm chưa hợp vệ sinh	2,5 (1,9 - 3,4)
9	Phụ nữ làm ruộng	2,2 (1,6 - 3,0)
10	Phụ nữ dân tộc Kinh	1,7 (1,3 - 2,3)
11	Trình độ học vấn thấp	1,6 (1,2 - 2,1)
12	Gia đình đông con	1,5 (1,1 - 2,1)

Nhận xét: Sắp xếp các nguy cơ theo thứ tự cao thấp cho thấy: Hàng đầu là thực hành phòng chống bệnh VNĐSD không tốt, tiếp theo hành vi sử dụng nguồn nước chưa vệ sinh, kiến thức phòng chống bệnh chưa tốt, không đi khám chữa bệnh phụ khoa định kỳ.

Kết quả định tính về yếu tố nguy cơ mắc bệnh viêm nhiễm đường sinh dục

Qua các cuộc thảo luận nhóm và phỏng vấn sâu về các yếu tố nguy cơ mắc bệnh VNĐSD với tổng số 99 người tham gia chúng tôi thu được các ý

kiến tập trung cho rằng nguy cơ hàng đầu mắc bệnh VNĐSD ở người phụ nữ nông thôn miền núi Thái Nguyên là do hành vi phòng chống bệnh không tốt (79/99 ý kiến), tiêu biểu có một số ý kiến trong hộp 3.2.

Hộp 3.2. Hành vi phòng chống bệnh viêm nhiễm đường sinh dục của người phụ nữ chưa tốt

"…Tôi cho rằng tôi bị bệnh VNĐSD hành vi phòng chống VNĐSD không tốt; thiếu kiến thức; thái độ và thực hành phòng chống VNĐSD làm cho chị em dễ mắc bệnh hơn…" (Bà Trần Thị H., huyện Phổ Yên)

"...Chúng tôi có biết gì đâu, chẳng biết gì mà phòng tránh, thi thoảng có nghe trên ti vi nhưng bận suốt ngày, chẳng để ý mà còn quên luôn, cũng biết không tốt cho sức khỏe, cho gia đình nhưng mà vì công việc, vì thời gian mà đôi khi còn chưa lưu tâm cho lắm..." (Bà Phạm Thị D. xã Thành Công).

Các yếu tố nguy mắc bệnh VNĐSD ở người phụ nữ nông thôn miền núi Thái Nguyên tiếp theo là do công tác phòng chống bệnh ở các địa phương còn chưa tốt (70/99 ý kiến), tiêu biểu có một số ý kiến trong hộp 3.5.

Hộp 3.3. Công tác phòng chống bệnh viêm nhiễm đường sinh dục tại địa phương

"…Theo tôi, trong công tác phòng chống VNĐSD thì CBYT xã và NVYTTB chưa phát huy vai trò trong việc chủ động phát hiện bệnh tại cộng đồng, việc tư vấn cách phòng tránh, KCB cho phụ nữ bị VNĐSD còn chưa hiệu quả…".

Thư ký chương trình CSSKSS TTYT huyện Đồng Hỷ

"…TYT xã như một túi rác của các chương trình, chương trình nào cũng đổ về đây, kinh phí thực hiện thì không có, đã thế một cán bộ như tôi phải phụ trách đến 7 chương trình, lấy đâu thời gian mà thực hiện tốt được? Tập

huấn thì năm chưa được 1 lần, từ ngày ra trường đến giờ tôi mới chỉ được đi học lại có 1 lần về tăng huyết áp, đã được học lại về KCB phụ khoa bao giờ đâu? Mặc dù Đảng ủy, Ủy ban có quan tâm đến công tác y tế, nhưng họ cũng còn quá nhiều việc, việc truyền thông phòng chống VNĐSD đôi khi cũng chưa có thời gian phối hợp sâu với ngành y tế…"

Thư ký chương trình CSSKSS tại TYT xã Văn Lăng - Đồng Hỷ

Ý kiến chị em phụ nữ: "...Đi khám ngại lắm, ra đến nơi, CBYT bận, khám xong chỉ nói qua loa mà cho đơn về, lắm chị đến khám cứ bị mắng xơi xơi là sao để bây giờ mới ra khám? Có chị khám xong thì bảo cần thuốc không có trong BHYT, phải đi mua, mà quên mang tiền, thế là lại về…"

Bà H Người bệnh tai xã Lâu Thượng Võ Nhai

Nhóm yếu tố nguy mắc bệnh VNĐSD ở người phụ nữ nông thôn miền núi Thái Nguyên tiếp theo là do môi trường sống của người phụ nữ ở các địa phương còn chưa tốt (65/99 ý kiến), tiêu biểu có một số ý kiến trong hộp 3.6.

Hộp 3.4. Yếu tố vệ sinh môi trường chống bệnh viêm nhiễm đường sinh dục tại địa phương

"…Muốn phòng chống tốt thì theo tôi chị em phải được sử dụng nguồn nước sạch, dùng nhà tắm sạch và không tiếp xúc với nguồn nước bị ô nhiễm. Nhưng nguồn lực y tế chúng tôi có hạn, chúng tôi lấy đâu ra tiền mà lo nguồn nước, lo nhà tắm hay bảo chị em đừng làm việc liên quan đến tiếp xúc nguồn nước ô nhiễm?…" Ông T - TYT xã Thành Công - Phổ Yên

"…Theo tôi, một trong những lý do chính là do nguồn nước, nhà tắm. Nhiều chị em trên địa bàn chúng tôi chẳng có điều kiện xây nhà tắm, nước thì phần lớn dùng nước ở suối chảy từ trên núi xuống…".

Bà T Hội trưởng hội phụ nữ xã Linh Sơn - Đồng Hỷ

3.3. Kết quả can thiệp

3.3.1. Thực hiện các bước tiến hành can thiệp

3.3.1.1. Bước 1. Phân tích vấn đề

Kết quả nghiên cứu cắt ngang (giai đoạn 1) thu được kết quả như sau: Tỉ lệ bệnh VNĐSD của phụ nữ nông thôn tỉnh Thái Nguyên là 35,4%. Phân bố bệnh: Theo lứa tuổi: Phụ nữ lứa tuổi 25 - 34 có tỉ lệ mắc cao nhất (43,6%); Theo dân tộc: Người Nùng, Kinh, Tày có số người mắc bệnh cao, thấp nhất là người Dao và DTTS khác; Theo nghề nghiệp: phụ nữ làm ruộng có tỉ lệ mắc cao nhất (41,1%). Theo đời sống kinh tế: phụ nữ ở các hộ nghèo bị mắc bệnh cao hơn (61,8%). Theo khu vực: Phụ nữ ở vùng thấp của Thái Nguyên (trung du) có tỉ lệ mắc bệnh VNĐSD cao nhất (50,3%), thấp nhất là ở khu vực vùng cao (21,8%). Qua nghiên cứu chúng tôi rút ra một số kết luận sau: Thực trạng kiến thức, thái độ, thực hành phòng chống bệnh VNĐSD dưới của phụ nữ nông thôn độ tuổi 18 - 49 có chồng ở Thái Nguyên còn chưa tốt**.**

3.3.1.2. Bước 2: Phân tích nguyên nhân của vấn đề ưu tiên và thu thập thông tin cho xây dựng kế hoạch can thiệp cộng đồng

Đã xác định được 12 yếu tố nguy cơ như sau:

1) Thực hành phòng chống bệnh chưa tốt,

2) Nguồn nước chưa hợp vệ sinh,

3) Kiến thức phòng chống bệnh chưa tốt,

4) Không đi khám phụ khoa định kỳ,

5) Nghèo đói,

6) Không được tư vấn phòng chống bệnh,

7) Thái độ phòng chống bệnh chưa tốt,

8) Nhà tắm không vệ sinh,

9) Phụ nữ làm ruộng,

10) Phụ nữ người Kinh,

11) Phụ nữ trình độ học vấn thấp,

12) Gia đình đông con.

Những nguy cơ này sẽ là những vấn đề được đưa vào trong các cuộc thảo luận ở cộng đồng để tìm ra giải pháp can thiệp. Kết quả nghiên cứu tiến hành thăm dò thái độ của 1.200 phụ nữ ở các điểm điều tra về các hoạt động phòng chống bệnh VNĐSD (nghiên cứu giai đoạn 1 - phần 2.3.1 - Bước 2) được trình bày ở bảng 3.15; cụ thể như sau:

Bảng 3.15. Thái độ của các phụ nữ với một số giải pháp dự kiến xây dựng để phòng chống bệnh viêm nhiễm đường sinh dục (n = 1200)

Thái độ	**Tỉ lệ (%) theo mức độ**				
	1	**2**	**3**	**4**	**5**
Tổ chức/tham dự xây dựng các hoạt động phòng chống bệnh VNĐSD tại cộng đồng	9,6	54,4	26,0	5,4	
Tổ chức xây dựng câu lạc bộ phòng chống bệnh VNĐSD cho phụ nữ nông thôn miền núi ở thôn xóm	1,0	9,3	63,8	17,8	
Tham gia vào các hoạt động của câu lạc bộ phòng chống bệnh VNĐSD tại cộng đồng,	0,9	8,2	70,9	15,8	
Tham dự/thực hiện các buổi truyền thông phòng chống bệnh VNĐSD tại cộng đồng	19,5	64,0	13,8	3,8	
Phổ biến cách phòng chống bệnh VNĐSD cho người thân và hàng xóm	10,1	36,4	37,1	8,1	
Ghi chú: 1. Rất ủng hộ 2. Ủng hộ 3. Không ý kiến gì 4. Không ủng hộ 5. Phản đối					

Kết quả nghiên cứu cho thấy dự định xây dựng câu lạc bộ phòng chống bệnh VNĐSD cho phụ nữ nông thôn ở các thôn/xóm không được ủng hộ. Có lẽ ở nông thôn miền núi - địa bàn nghiên cứu đã có nhiều tổ chức, nhiều buổi sinh hoạt rồi cho nên người dân trong cộng đồng không muốn tham gia nữa. Nhưng những hoạt động tham gia truyền thông hay chia sẻ cho mọi người hay các hoạt động phòng chống bệnh VNĐSD cho phụ nữ nông thôn ở thôn xóm rất được các phụ nữ ủng hộ.

Để xây dựng giải pháp can thiệp phòng chống bệnh, chúng tôi sử dụng phương pháp lập kế hoạch dựa vào cộng đồng: Cung cấp bằng chứng, thông tin và cùng cộng động phân tích, thảo luận lựa chọn vấn đề ưu tiên để can thiệp. Qua các cuộc thảo luận nhóm và phỏng vấn sâu ở TTYT huyện Phổ Yên và xã Thành Công, xã Phúc Thuận với tổng số 62 người tham gia chúng tôi thu được các ý kiến tập trung như sau:

- Để giải quyết nguy cơ hành vi phòng chống bệnh VNĐSD ở người phụ nữ nông thôn miền núi Thái Nguyên thì giải pháp hàng đầu là tăng cường TT - GDSK. Huy động cộng đồng truyền thông là giải pháp được thống nhất cao, các ý kiến đều tập trung nhấn mạnh vai trò truyền thông của Hội Phụ nữ ở xã, thôn xóm (60/62 ý kiến).

- Để thực hiện tốt chương trình phòng chống bệnh VNĐSD cho phụ nữ ở các địa phương, giải pháp tập trung vào vấn đề ưu tiên là nâng cao năng lực cho CBYT xã, thôn bản về chuyên môn và kỹ năng truyền thông phòng chống bệnh VNĐSD (58/62 ý kiến).

- Trong yếu tố môi trường sống nguy cơ mắc bệnh VNĐSD ở người phụ nữ nông thôn miền núi Thái Nguyên, các ý kiến đều cho là yếu tố nguồn nước chưa sạch và thiếu nhà tắm vệ sinh là hàng đầu cho nên cần phải cải thiện vấn đề này. Phương pháp ngoài tuyên truyền vận động, chính quyền sẽ hỗ trợ ủng hộ các hộ gia đình xây dựng nguồn nước, nhà tắm lồng ghép vào phòng trào xây dựng nông thôn mới hiện nay đang diễn ra ở địa phương (50/62 ý kiến).

3.3.1.3. Bước 3: Xây dựng các mục tiêu cụ thể để huy động cộng đồng giải quyết vấn đề phòng chống bệnh VNĐSD xã Thành Công như sau

1. 100% các tổ chức phụ nữ ở xã (xã, thôn/xóm) tham gia truyền thông GDSK phòng chống bệnh VNĐSD cho phụ nữ và các đối tượng liên quan.

2. 100% phụ nữ lứa tuổi sinh đẻ thay đổi hành vi phòng chống VNĐSD.

3. 100% CBYT xã (TYT xã và NVYTTB) được tập huấn nâng cao năng lực phòng chống bệnh VNĐSD: (i) năng lực KCB và (ii) năng lực truyền thông (chú trọng kỹ năng tư vấn).

4. Tăng tỉ lệ hộ gia đình sử dụng nước sạch và có nhà tắm hợp vệ sinh

5. Có sự chuyển biến rõ rệt và hiệu quả trong công tác phòng chống bệnh VNĐSD cho phụ nữ ở xã Thành Công.

3.3.1.4. Bước 4: Xác định các giải pháp và các hoạt động cụ thể thực hiện can thiệp cộng đồng

Qua kết quả nghiên cứu kết hợp với kết quả thảo luận với các chuyên gia ở cộng đồng như giám đốc TTYT huyện, thư ký chương trình phòng chống bệnh VNĐSD huyện và xã, Trạm trưởng TYT xã, Phó chủ tịch xã, Hội trưởng phụ nữ xã. Đồng thời các kết quả nghiên cứu thăm dò chính 1200 phụ nữ ở các điểm điều tra chúng tôi đưa ra các giải pháp chính để can thiệp vào cộng đồng như sau:

Giải pháp 1: Điều trị kết hợp tư vấn tại chỗ: khám, chẩn đoán, điều trị, cấp phát thuốc và tư vấn cho những bệnh nhân VNĐSD tại TYT xã.

Giải pháp 2. Nâng cao năng lực phòng chống bệnh VNĐSD ở xã Thành Công: tập trung nâng cao năng lực điều trị, quản lý bệnh và truyền thông phòng chống bệnh.

Giải pháp 3. Truyền thông: Xây dựng mô hình Huy động cộng đồng truyền thông phòng chống bệnh VNĐSD ở xã Thành Công với nòng cốt là Hội Phụ nữ xã; kết hợp truyền thông về VSMT.

3.3.1.5. Bước 5: Xây dựng các công cụ theo dõi/giám sát và đánh giá để đo lường kết quả các hoạt động can thiệp

- CBYT xã phối hợp với cán bộ phụ nữ xã xây dựng bảng kiểm về TT - GDSK phòng chống bệnh VNĐSD theo nội dung được đào tạo.

- CBYT xã xây dựng kế hoạch giám sát và thực hiện giám sát các hoạt động truyền thông của NVYTTB mỗi tháng 1 lần theo bảng kiểm.

- Cán bộ phụ nữ xã giám sát các hoạt đồng truyền thông của các chi hội phụ nữ thôn xóm mỗi tháng 1 lần theo bảng kiểm.

- TTYT huyện và nghiên cứu sinh cùng Ban chỉ đạo dự phòng bệnh VNĐSD họp và giám sát các hoạt động can thiệp 3 tháng/1 lần.

3.3.2. Kết quả các giải pháp can thiệp

3.3.2.1. Giải pháp 1: Điều trị kết hợp với tư vấn tại chỗ

Trong quá trình điều tra dịch tễ học mô tả cắt ngang (giai đoạn 1) đã tiến hành khám phát hiện, kết hợp với điều trị tại chỗ bằng các thủ thuật, cấp thuốc điều trị cho 425 phụ nữ nông thôn miền núi mắc bệnh VNĐSD tại 6 xã điều tra. Đồng thời kết hợp với tư vấn về nội dung liên quan tới bệnh VNĐSD đối tượng hiện mắc (ngay sau khi khám và điều trị bệnh) tại TYT xã.

Trong quá trình can thiệp (giai đoạn 2: 01/04/2012 - 31/03/2014) đã thực hiện khám, điều trị, cấp phát thuốc và tư vấn cho 275 phụ nữ nông thôn miền núi mắc bệnh VNĐSD tại xã Thành Công (báo cáo của TYT xã và TTYT huyện Phổ Yên).

Kết thúc quá trình can thiệp (đánh giá kết thúc giai đoạn 2) đã thực hiện khám, điều trị, cấp phát thuốc và tư vấn cho 86 phụ nữ nông thôn miền núi tại 2 xã Thành Công và Phúc Thuận tham gia đánh giá kết quả sau can thiệp.

3.3.2.2. Giải pháp 2: Nâng cao năng lực cho cán bộ y tế xã

Thực hiện đào tạo, tập huấn nâng cao năng lực cho CBYT xã, NVYTTB; cán bộ phụ nữ xã, xóm ; trưởng ban ngành đoàn thể tại xã, xóm. (Nội dung tập huấn - phần 2.3.2.2)

Bảng 3.16. Kết quả cải thiện năng lực cho cán bộ tham gia mô hình phòng chống viêm nhiễm đường sinh dục trước và sau tập huấn

Kỹ năng	Trước		Sau		p (test χ^2)
	SL	%	SL	%	
Kỹ năng TT - GDSK phòng chống VNĐSD của ban chỉ đạo (n = 15)					
Khá, giỏi	5	33,3	12	80,	<0,05
Trung bình	10	67,7	3	20,	
Yếu	0				
Kỹ năng quản lý, điều trị VNĐSD của cán bộ TYT và NVYTTB (n = 30)					
Khá giỏi	5	16,7	24	80,	<0,05
Trung bình	15	50,	6	20,	
Yếu	10	33,3	0		
Kỹ năng TT - GDSK phòng chống VNĐSD của CBYT, NVYTTB (n = 35)					
Khá giỏi	10	28,6	28	80,	<0,05
Trung bình	8	22,9	5	14,3	
Yếu	17	48,5	2	5,7	
Kỹ năng TT -GDSK phòng chống VNĐSD của cán bộ Hội phụ nữ xã và thôn xóm (n = 30)					
Khá giỏi	0		19	63,3	<0,05
Trung bình	10	33,3	7	23,4	
Yếu	20	67,7	4	13,3	
Kỹ năng TT -GDSK về VSMT của cán bộ Hội phụ nữ xã, YTTB và trưởng xóm xóm (n = 35)					
Khá giỏi	5	9,1	28	50,9	<0,05
Trung bình	20	36,4	24	43,6	
Yếu	30	54,5	3	5,5	

Ghi chú: Số lượng thành viên các lớp tập huấn khác nhau do đối tượng được lựa chọn tập huấn từng lớp khác nhau và do thực tế số người tham dự tập huấn

Bảng trên cho thấy có sự thay đổi rõ rệt sau tập huấn: tỉ lệ khá giỏi tăng, tỉ lệ yếu kém giảm về: (1) Kỹ năng TT - GDSK phòng chống VNĐSD của ban chỉ đạo; (2) Kỹ năng quản lý, điều trị VNĐSD của cán bộ TYT và NVYTTB; (3) Kỹ năng về TT - GDSK phòng chống VNĐSD của CBYT và NVYTTB; (4) Kỹ năng TT -GDSK phòng chống VNĐSD của cán bộ Hội phụ nữ xã và thôn xóm; (5) Kỹ năng TT -GDSK về VSMT của cán bộ Hội phụ nữ xã, YTTB và trưởng xóm.

3.3.2.3. Giải pháp 3: Truyền thông giáo dục sức khỏe phòng chống bệnh viêm nhiễm đường sinh dục cho cộng đồng

** Xây dựng mô hình can thiệp truyền thông tại cộng đồng*

Xây dựng mô hình: ***Huy động cộng đồng tham gia phòng chống bệnh viêm nhiễm đường sinh dục cho phụ nữ nông thôn xã Thành Công huyện Phổ Yên Thái Nguyên.*** (Sơ đồ 3.1)

- Xây dựng nguồn lực cho mô hình

Thành lập Ban chỉ đạo dự phòng bệnh VNĐSD Ban chỉ đạo lồng ghép với Ban CSSKBĐ của xã bao gồm Phó chủ tịch UBND, Trưởng các ban ngành chủ chốt và các tổ chức xã hội như Hội phụ nữ, thanh niên, cựu chiến binh, nông dân... Mô hình hoạt động được xây dựng từ Ban chỉ đạo phòng chống bệnh VNĐSD xã xuống tận thôn/xóm; ở đây chúng tôi chọn Hội phụ nữ làm nòng cốt vì đây là vấn đề sức khỏe của người phụ nữ.

- Thực hiện nhiệm vụ của Ban chỉ đạo dự phòng bệnh VNĐSD theo đúng kế hoạch đề ra như:

+ Tổ chức các hoạt động, chỉ đạo, hướng dẫn thực hiện phòng chống bệnh viêm nhiễm đường sinh dục cho phụ nữ ở xã.

+ Đôn đốc, kiểm tra giám sát các hoạt động phòng chống bệnh viêm nhiễm đường sinh dục cho phụ nữ ở xã.

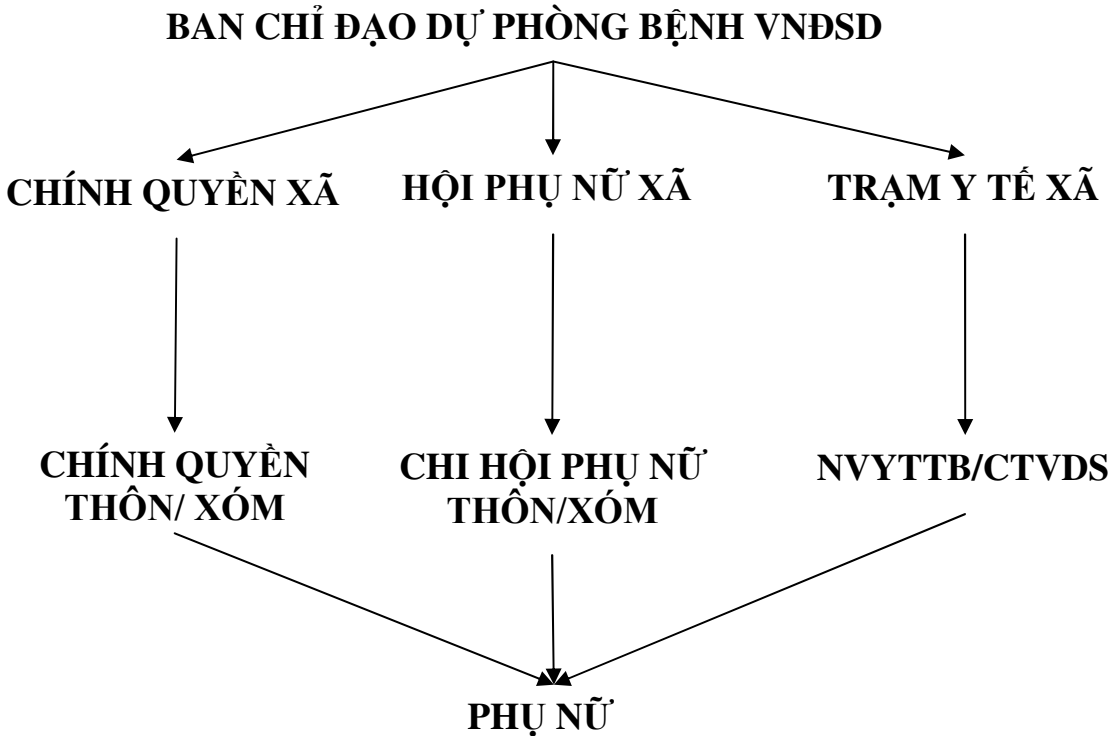
+ Ban chỉ đạo, dưới sự lãnh đạo của Trưởng ban - Phó chủ tịch xã, 3 tháng giao ban 1 lần để đánh giá kết quả làm được trong 3 tháng qua và xây dựng kế hoạch thực hiện trong 3 tháng tới.

+ Xây dựng nhiệm vụ của từng thành viên trong Ban chỉ đạo ở xã.

+ Xây dựng nhiệm vụ của các thành viên ở tuyến thôn bản.

+ Lập kế hoạch triển khai hoạt động truyền thông phòng chống bệnh VNĐSD trên địa bàn và truyền thông về VSMT (nguồn nước, nhà tắm)

+ Lập kế hoạch triển khai các hoạt động liên quan.



Hình 3.6. Sơ đồ mô hình phòng chống bệnh viêm nhiễm đường sinh dục

** Cơ sở vật chất cho mô hình:*

- Chuẩn bị tài liệu tập huấn về phòng chống bệnh VNĐSD cho phụ nữ: 50 cuốn tài liệu về phòng chống bệnh VNĐSD cho phụ nữ (Theo hướng dẫn quốc gia về các dịch vụ chăm sóc sức khỏe sinh sản - Phụ lục 9).

- Chuẩn bị tài liệu tập huấn về VSMT: nguồn nước, nhà tắm hợp vệ sinh: 50 cuốn tài liệu về VSMT.

- Tài liệu về Kỹ năng truyền thông - giáo dục sức khỏe: 50 cuốn sách về kỹ năng truyền thông.

- Tờ rơi về các nội dung liên quan đến truyền thông: 2000 tờ

**Kinh phí:* Huy động được 20 triệu (từ một số nhà hảo tâm ở địa phương, hãng thuốc và cá nhân nghiên cứu viên) để chi cho hoạt động tập huấn, hội thảo, điều hành, giám sát thực hiện mô hình nghiên cứu. Còn lại các hoạt động tại cộng đồng cơ bản là lồng ghép nên không sử dụng đến nhiều kinh phí.

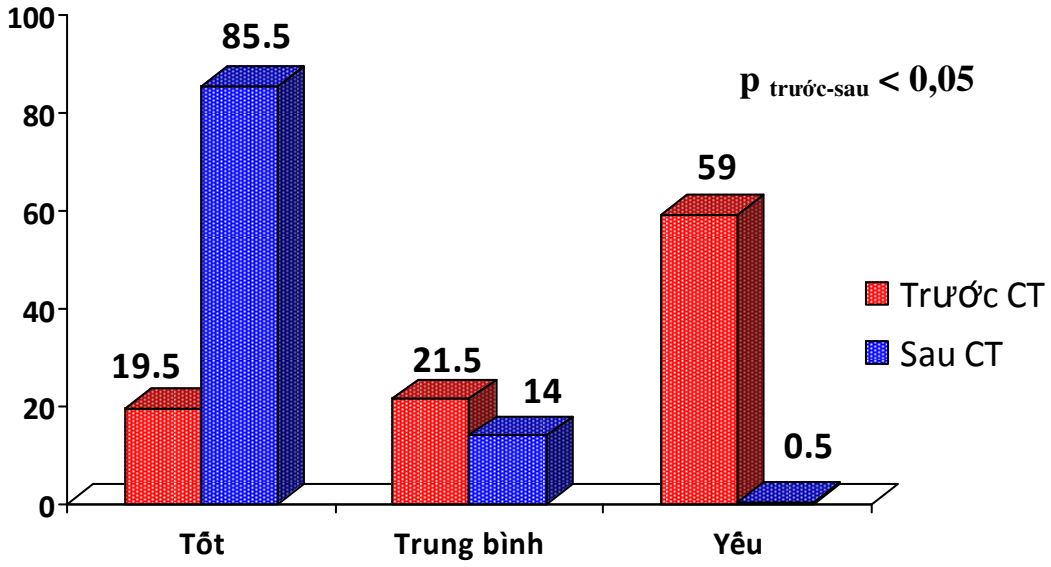
3.3.2.4. Giải pháp 4: Quản lý, theo dõi, giám sát, đánh giá hoạt động can thiệp tại cộng đồng

** Hoạt động giám sát:* Hoạt động giám sát được thực hiện theo sự phân công trong mô hình: (1) Tuyến xã giám sát các hoạt động ở thôn bản hàng tháng; (2) Nhóm nghiên cứu 3 tháng/lần tham gia giao ban cùng Ban chỉ đạo với tổng số 8 cuộc giao ban trong thời gian nghiên cứu.

** Giai đoạn đánh giá:* theo các nhóm chỉ tiêu can thiệp cộng đồng (phần 3.4. Hiệu quả can thiệp).

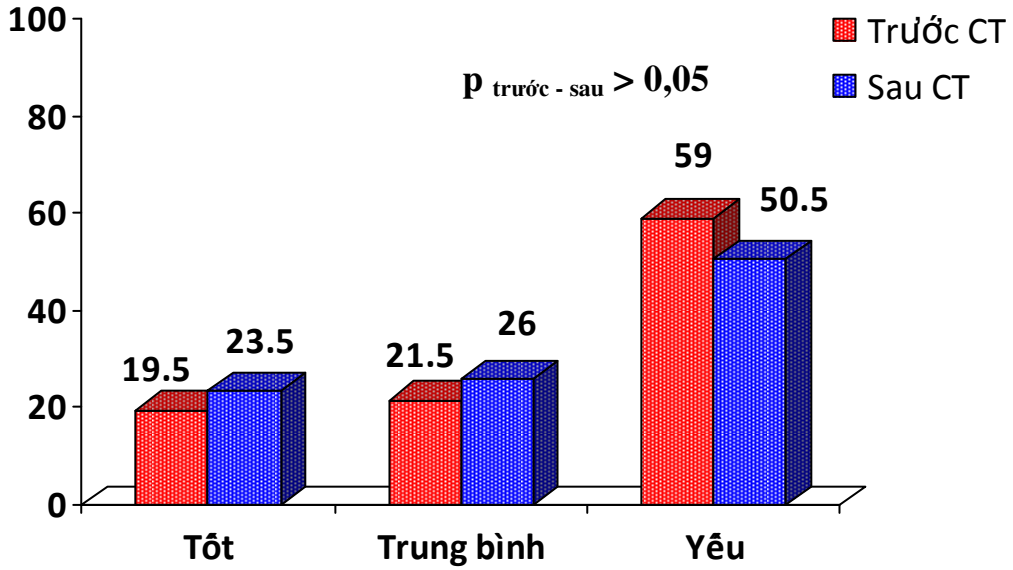
Trên cơ sở lý thuyết và kế hoạch thực hiện mô hình can thiệp, nghiên cứu này đã triển khai thực hiện mô hình và đánh giá hiệu quả sau 2 năm can thiệp tại xã Thành Công, huyện Phổ Yên, tỉnh Thái Nguyên.

3.4. Hiệu quả các giải pháp can thiệp



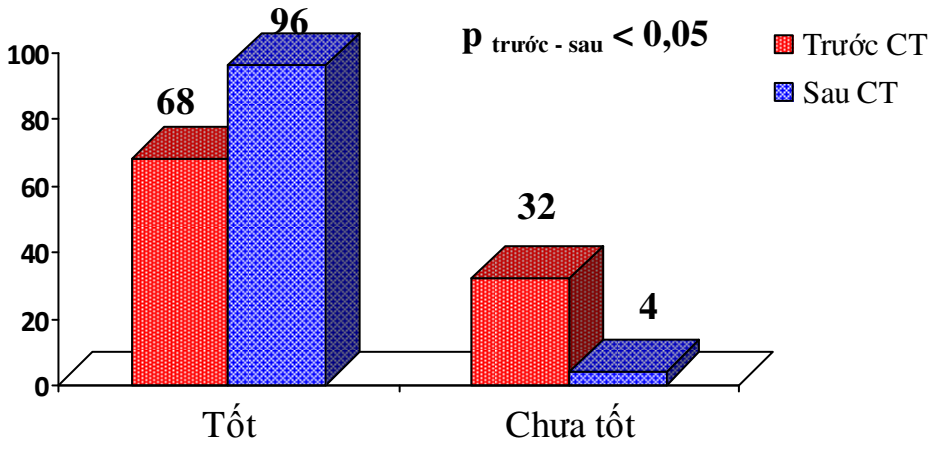
Hình 3.7. Biểu đồ so sánh mức độ kiến thức về phòng chống viêm nhiễm đường sinh dục trước và sau can thiệp tại xã can thiệp (xã Thành Công)

Nhận xét: *Sau can thiệp,* , kiến thức chung mức độ tốt tại xã can thiệp tăng từ 19,5% lên tới 85,5%; kiến thức chung mức độ trung bình và kiến thức chung mức độ yếu giảm xuống còn 14,0% và 0,5% (theo thứ tự). Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).



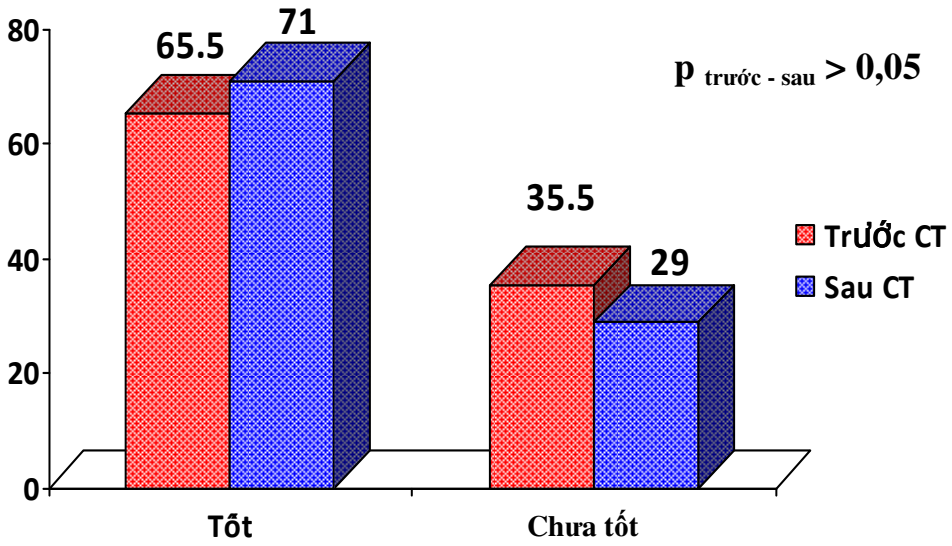
Hình 3.8. Biểu đồ so sánh mức độ kiến thức về phòng chống viêm nhiễm đường sinh dục trước và sau can thiệp tại xã đối chứng (xã Phúc Thuận)

Nhận xét: Sau can thiệp, kiến thức chung mức độ tốt và trung bình của phụ nữ tham gia nghiên cứu tăng lên 23,5% và 26,0% (theo thứ tự); kiến thức chung mức độ yếu giảm từ 59,0% xuống 50,5%. Sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê (p > 0,05).



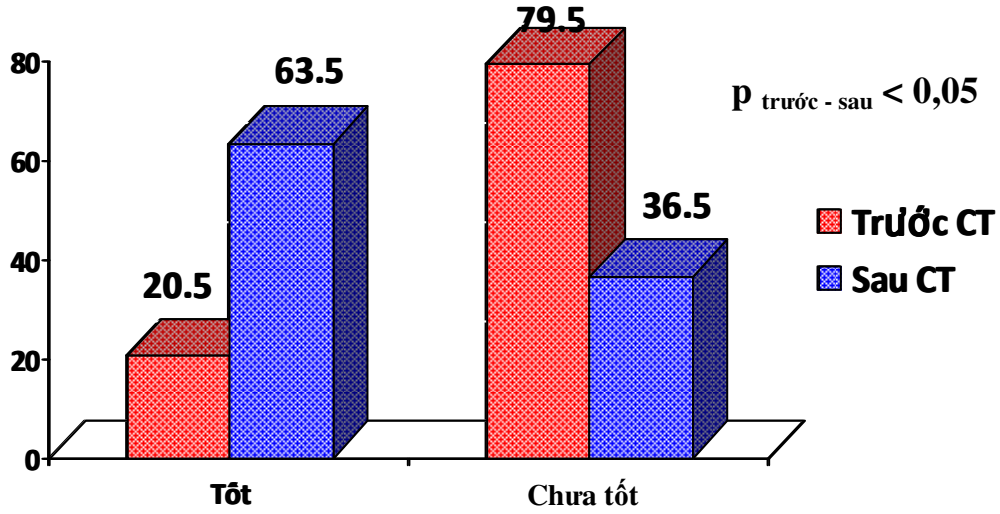
Hình 3.9. Biểu đồ so sánh mức độ thái độ về phòng chống viêm nhiễm đường sinh dục trước và sau can thiệp tại xã can thiệp (xã Thành Công)

Nhận xét: Sau can thiệp, thái độ chung mức độ tốt của phụ nữ tham gia nghiên cứu tăng từ 68,0% lên 96,0%; thái độ chung mức độ chưa tốt giảm từ 32,0% xuống 4,0%. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với p > 0,05.



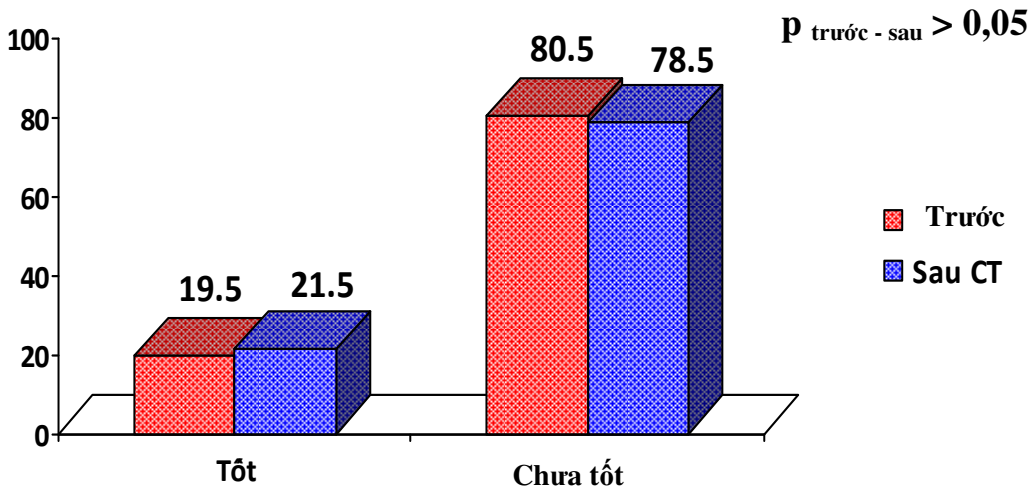
Hình 3.10. Biểu đồ so sánh mức độ thái độ về phòng chống viêm nhiễm đường sinh dục trước và sau can thiệp tại xã đối chứng (xã Phúc Thuận)

Nhận xét: Sau can thiệp, mức độ thái độ chung tốt tăng từ 65,5% đến 71,0%; không có ý nghĩa thống kê (p > 0,05).



Hình 3.11. Biểu đồ so sánh mức độ thực hành về phòng chống viêm nhiễm đường sinh dục trước và sau can thiệp tại xã can thiệp (xã Thành Công)

Nhận xét: Sau can thiệp, tỉ lệ phụ nữ thực hành phòng chống VNĐSD mức độ tốt tăng từ 20,5% lên tới 63,5%; sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với p < 0,05.



Hình 3.12. Biểu đồ so sánh mức độ thực hành về phòng chống viêm nhiễm đường sinh dục trước và sau can thiệp tại xã đối chứng (xã Phúc Thuận)

Nhận xét: Sau can thiệp; các hành vi dự phòng bệnh VNĐSD tại xã đối chứng đã tăng lên nhưng sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê (p >0,05). Sự chênh lệch về tỉ lệ thực hành tốt trước sau can thiệp chỉ chiếm 2,0%.

Bảng 3.17. So sánh sự thay đổi kiến thức, thái độ, thực hành tốt của phụ nữ về phòng chống bệnh viêm nhiễm đường sinh dục ở 2 xã nghiên cứu

KAP \ Thời điểm		Trước CT (n = 200)		Sau CT (n = 200)		Chênh lệch (%)	p (test χ^2)
		SL	%	SL	%		
Kiến thức tốt	Xã can thiệp	39	19,5	171	85,5	66,0	< 0,05
	Xã đối chứng	39	19,5	47	23,5	4,0	> 0,05
Thái độ tốt	Xã can thiệp	136	68,0	192	96,0	28,0	< 0,05
	Xã đối chứng	131	65,5	142	71,0	5,5	> 0,05
Thực hành tốt	Xã can thiệp	41	20,5	127	63,5	43,0	< 0,05
	Xã đối chứng	39	19,5	43	21,5	2,0	> 0,05

Nhận xét: Sau can thiệp tại xã can thiệp: kiến thức tốt tăng thêm 66,0%, thái độ tốt tăng thêm 28,0%, và thực hành tốt tăng thêm 43,0%; có ý nghĩa thống kê. Trong khi đó ở các xã đối chứng, kiến thức, thái độ, thực hành của phụ nữ cũng tăng tương ứng là 4,0%; 5,5% và 2,0%; nhưng không có ý nghĩa thống kê.

Bảng 3.18. So sánh hiệu quả can thiệp đối với kiến thức, thái độ, thực hành của phụ nữ về phòng chống bệnh viêm nhiễm đường sinh dục ở 2 xã nghiên cứu

Hiệu quả đối với KAP	CSHQ (%)		HQCT (%)
	Xã can thiệp	Xã đối chứng	
Kiến thức tốt	338,5	20,5	317,9
Thái độ tốt	41,2	8,4	32,8
Thực hành tốt	209,8	10,3	199,5

Nhận xét: Kết quả cho thấy các giải pháp can thiệp đã đem lại hiệu quả đối với kiến thức về dự phòng VNĐSD ở phụ nữ nông thôn miền núi là 317,9%, hiệu quả đối với thái độ là 32,8% và đặc biệt là đối với thực hành là 199,5%.

Bảng 3.19. Sự thay đổi tình trạng vệ sinh phòng bệnh viêm nhiễm đường sinh dục của phụ nữ ở xã can thiệp (xã Thành Công)

Thời điểm / Chỉ số	Trước CT		Sau CT		Chênh lệch (%)	p (test χ^2)
	SL	%	SL	%		
Nguồn nước						
Hợp vệ sinh	144	72,0	189	94,5	22,5	< 0,05
Chưa hợp vệ sinh	56	28,0	11	5,5	-22,5	
Nhà tắm						
Hợp vệ sinh	86	43,0	134	67,0	24	< 0,05
Chưa hợp vệ sinh	114	57,0	66	33,0	-24	
Tổng	***200***	*100,0*	***200***	*100,0*		

Nhận xét: Sau can thiệp tỉ lệ phụ nữ được sử dụng nguồn nước và nhà tắm hợp vệ sinh tăng thêm 22,5% và 24,0%; theo thứ tự. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Bảng 3.20. Sự thay đổi tình trạng vệ sinh phòng bệnh viêm nhiễm đường sinh dục của phụ nữ ở xã đối chứng (xã Phúc Thuận)

Thời điểm / Chỉ số	Trước CT		Sau CT		Chênh lệch (%)	p (test $\chi 2$)
	SL	%	SL	%		
Nguồn nước						
Hợp vệ sinh	142	71,0	158	79,0	8,0	>0,05
Chưa hợp vệ sinh	58	29,0	42	21,0	-8,0	
Nhà tắm						
Hợp vệ sinh	89	44,5	102	51,0	6,5	>0,05
Chưa hợp vệ sinh	111	55,5	98	49,0	-6,5	
Tổng	***200***	***100,0***	***200***	***100,0***		

Nhận xét: Sau can thiệp; tỉ lệ phụ nữ được sử dụng nguồn nước và nhà tắm hợp vệ sinh tăng thêm 8,0% và 6,5%; theo thứ tự; tuy nhiên sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với p > 0,05.

Bảng 3.21. Hiệu quả can thiệp đối với tình trạng vệ sinh phòng bệnh viêm nhiễm đường sinh dục của phụ nữ ở 2 xã nghiên cứu

Hiệu quả dự phòng bệnh	CSHQ (%)		HQCT (%)
	Xã can thiệp	Xã đối chứng	
Nguồn nước			
Hợp vệ sinh	31,3	11,3	20,0
Chưa hợp vệ sinh	80,4	27,6	52,8
Nhà tắm			
Hợp vệ sinh	55,8	14,6	41,2
Chưa hợp vệ sinh	42,1	11,7	30,4

Nhận xét: Bảng trên cho thấy các giải pháp can thiệp đã đem lại hiệu quả đối với nguồn nước hợp vệ sinh là 20,0% và nhà tắm hợp vệ sinh là 41,2%.

Bảng 3.22. Sự thay đổi chất lượng dịch vụ khám chữa bệnh viêm nhiễm đường sinh dục tại trạm y tế xã can thiệp (xã Thành Công)

Thời điểm / Chỉ số	Trước CT		Sau CT		Chênh lệch (%)	p (test χ^2)
	SL	%	SL	%		
Số phụ nữ hài lòng khi đến KCB phụ khoa tại TYT						
Có	144	72,0	189	94,5	22,5	< 0,05
Không	56	28,0	11	5,5	-22,5	
Số phụ nữ được tư vấn về phòng chống VNĐSD						
Có	111	55,5	197	98,5	43	< 0,05
Không	89	44,5	3	1,5	-43	
Tổng	***200***	***100,0***	***200***	***100,0***		

Nhận xét: Sau can thiệp; hầu hết phụ nữ đều hài lòng khi đi KCB phụ khoa tại TYT xã và đều được tư vấn về phòng chống VNĐSD với tỉ lệ hài long và tư vấn tăng thêm 22,5% và 43,0%; theo thứ tự. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với p < 0,05.

Bảng 3.23. Sự thay đổi chất lượng dịch vụ khám chữa bệnh viêm nhiễm đường sinh dục tại trạm y tế xã đối chứng (xã Phúc Thuận)

Thời điểm / Chỉ số	Trước CT		Sau CT		Chênh lệch (%)	p (test χ^2)
	SL	%	SL	%		
Số phụ nữ hài lòng khi đến KCB phụ khoa tại TYT						
Có	139	69,5	152	76	6,5	> 0,05
Không	61	30,5	48	24	-6,5	
Số phụ nữ được tư vấn về phòng chống VNĐSD						
Có	115	57,5	129	64,5	7	> 0,05
Không	85	42,5	71	35,5	-7	
Tổng	***200***	***100,0***	***200***	***100,0***		

Nhận xét: Sau can thiệp; tỉ lệ phụ nữ đều hài lòng khi đi KCB phụ khoa tại TYT xã và được tư vấn về phòng chống VNĐSD tăng thêm 6,5% và 7,0%; theo thứ tự; nhưng sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với p < 0,05.

Bảng 3.24. Hiệu quả can thiệp đối với chất lượng dịch vụ khám chữa bệnh VNĐSD của phụ nữ ở 2 xã nghiên cứu

Hiệu quả dự phòng bệnh	**CSHQ (%)**		**HQCT (%)**
	Xã can thiệp	Xã đối chứng	
Số phụ nữ hài lòng khi đến KCB phụ khoa tại TYT			
Có	31,3	9,4	21,9
Không	80,4	21,3	59,0
Số phụ nữ được tư vấn về phòng chống VNĐSD			
Có	77,5	12,2	65,3
Không	96,6	16,5	80,2

Nhận xét: Kết quả cho thấy các giải pháp can thiệp đã đem lại hiệu quả đối với việc hài lòng khi KCB phụ khoa và được tư vấn là 21,9% và 65,3%; theo thứ tự.

Bảng 3.25. Sự thay đổi tỉ lệ hiện mắc bệnh viêm nhiễm đường sinh dục của phụ nữ 2 xã nghiên cứu

Thời điểm / Xã	**Trước CT (n = 200)**		**Sau CT (n = 200)**		**Chênh lệch (%)**	**CSHQ**
	SL	**%**	**SL**	**%**		
Xã can thiệp	71	35,5	25	12,5	-23	64,8
Xã đối chứng	69	34,5	61	30,5	-4	11,6
p, HQCT	$p_{xã\ can\ thiệp} < 0,05$; $p_{xã\ đối\ chứng} > 0,05$; HQCT = 53,2					

Nhận xét: Kết quả cho thấy tỉ lệ phụ nữ mắc VNĐSD tại xã can thiệp ở thời điểm sau can thiệp đã giảm so với tỉ lệ tương ứng trước can thiệp (12,5% so với 35,5%; có ý nghĩa thống kê) trong khi tỉ lệ tương ứng ở địa bàn đối chứng cũng giảm từ 34,5% xuống còn 30,5%; không có ý nghĩa thống kê. Các giải pháp can thiệp đem lại hiệu quả là 53,2%.

Kết quả định tính: Tại xã Thành Công sau can thiệp, chúng tôi tiến hành thảo luận nhóm và phỏng vấn sâu 34 đối tượng về hiệu quả của mô hình can thiệp cộng đồng, chúng tôi thu được các ý kiến tập trung như sau:

- Hoạt động can thiệp của đề tài đã làm thay đổi các hành vi dự phòng bệnh VNĐSD của người phụ nữ xã Thành Công khá tốt (31/34 ý kiến): Sau can thiệp phụ nữ ở xã có hiểu biết tốt hơn về bệnh, thái độ phòng chống bệnh tốt hơn và thực hành giữ gìn vệ sinh cá nhân và phòng chống bệnh tốt hơn (31/34 ý kiến).

- Mô hình can thiệp của đề tài dễ thực hiện, phù hợp với nhu cầu cộng đồng nên được người dân ủng hộ nhất là phụ nữ và thanh niên (29/34 ý kiến).

- Khả năng duy trì mô hình nghiên cứu thuận lợi vì tính dễ dàng, phù hợp, không tốn kém (32/34 ý kiến).

Tiêu biểu là các ý kiến trong hộp thoại 3.5 sau:

Hộp 3.5. Hiệu quả của mô hình can thiệp ở xã Thành Công

"*…Theo tôi, hoạt động can thiệp phòng chống bệnh đường sinh sản cho phụ nữ ở xã Thành Công trong thời gian qua là rất tốt. Chính quyền, tổ chức xã hội vào cuộc, người dân hưởng ứng tham gia rất tích cực... kết quả thực hiện chương trình tốt hơn trước rõ rệt. TYT xã và Khoa CSSKSS cho biết tỉ lệ phụ nữ mắc bệnh phụ khoa giảm đi nhiều…*"

Ông Nguyễn Văn V - Lãnh đạo TTYT huyện Phổ Yên

"*…Dự án tiến hành ở xã đạt kết quả tốt: Được lãnh đạo địa phương và nhân dân ủng hộ. Tổ chức phụ nữ xã, thôn xóm hoạt động rất tích cực phối hợp chặt chẽ với y tế trong các hoạt động truyền thông vận động phụ nữ giữ gìn vệ sinh, làm các công trình vệ sinh tại các hộ gia đình. Tổ chức thực hiện mô hình dự án dễ dàng thuận lợi cho nên theo chúng tôi là có khả năng duy trì được…*"

BS Nguyễn Văn Th - Lãnh đạo TYT xã Thành Công

"*…Trong thời gian qua việc tuyên truyền giáo dục, tư vấn khám điều trị cho chị em phụ nữ độ tuổi sinh đẻ của đề tài đã luôn được quan tâm của cộng đồng, sự nỗ lực từ các cơ sở y tế. Việc giáo dục, tiếp cận cộng đồng đề tài đã thúc đẩy việc phòng ngừa bệnh tật, người phụ nữ đã giữ gìn sức khỏe tốt hơn,*

TYT xã quan lý và điều trị cho bà con tốt hơn….Đề tài nghiên cứu thực sự đem lợi ích sức khỏe cho phụ nữ địa phương, cho cộng đồng. Chúng tôi rất hoan nghênh và cảm ơn các đồng chí…"

Ông B - lãnh đạo xã Thành Công

"*…Giải pháp huy động phụ nữ tham gia phòng chống bệnh cho người phụ nữ của các đồng chí là rất hay, dễ làm, không tốn kém. Người dân rất đồng tình ủng hộ và sẽ duy trì. Phụ nữ địa phương đã biết cách phòng chống bệnh phụ khoa nói riêng và các bệnh tật nói chung để chăm sóc sức khỏe…"*

Bà L lãnh đạo Hội phụ nữ xã Thành Công

"*…Giải pháp phòng chống bệnh phụ khoa triển khai ở xã trong thời gian qua rất tốt. Thanh niên ủng hộ và tham gia tích cực. Các hoạt động truyền thông phòng chống bệnh làm tích cực hơn. Theo tôi kết quả là CSSK cho phụ nữ ở xã là rất tốt…"*

Ông Nguyễn Văn Th - Bí thư Đoàn thanh niên xã Thành Công

"*…Nhìn chung các giải pháp phòng chống bệnh sinh sản cho phụ nữ nông thôn địa phương thời gian qua rất tốt: Chương trình phòng chống bệnh sinh sản cho phụ nữ nông thôn ở địa phương đã hoạt động khá hiệu quả, tỉ lệ phụ nữ đi khám sức khỏe định kỳ cao. Thôn xóm tổ chức các buổi nói chuyện về sinh sản, cách phòng bệnh đã được thực hiện với tỉ lệ tham gia cao. TYT xã tổ chức các hoạt động tư vấn sức khỏe thường xuyên nhất là chiến dịch lồng ghép CSSKSS và KHHGĐ…*"

Bà Hoàng Thị N - Cán bộ phụ nữ thôn

"*…CBYT xã đã tăng cường tư vấn phòng chống bệnh phụ khoa cho phụ nữ khi đến khám bệnh tại trạm. TYT xã đã tổ chức khám định kỳ 1 năm 3 lần về CSSKSS cho phụ nữ 19-49 tuổi có chồng. Ngoài ra còn tuyên truyền giáo dục SKSS trong những cuộc họp phụ nữ xóm làm cho chị em nhận thức thay đổi hành vi có hại thực hiện hành vi tốt cho SKSS và thường xuyên khám, điều trị bệnh phụ khoa tại trạm…*"

Một NVYTTB ở xã Thành Công

Chương 4.
BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm dịch tễ học viêm nhiễm đường sinh dục của phụ nữ tuổi sinh đẻ có chồng ở nông thôn miền núi tỉnh Thái Nguyên

4.1.1. Tỉ lệ bệnh

Kết quả nghiên cứu cho thấy rằng tỉ lệ bệnh VNĐSD của phụ nữ Thái Nguyên là 35,4%. Kết quả như vậy là không cao vì khi so sánh với các kết quả khác chúng tôi thấy đa số đều cao hơn kết quả của nghiên cứu này. Nghiên cứu của Trần Thị Đức và Cao Ngọc Thành (2006) [17], ở phụ nữ nông thôn từ 15 - 49 tuổi tại một số xã ở huyện Thọ Xuân, Thanh Hóa có tỉ lệ VNĐSD là 47,92%. Kết quả nghiên cứu của Lê Thanh Sơn, Trần Thị Trung Chiến ở Hà Tây (2005) [54], cho thấy tỉ lệ VNĐSD ở phụ nữ tuổi sinh đẻ là 64,45%. Nghiên cứu của Nguyễn Duy Ánh (2009) [2], ở phụ nữ có chồng lứa tuổi sinh đẻ ở quận Cầu Giấy (Hà Nội), cho thấy tỉ lệ mắc VNĐSD là 70,1%. Kết quả nghiên cứu của Trần Thị Lài (2011) [43], về tình hình bệnh VNĐSD ở phụ nữ có chồng trong diện tuổi sinh đẻ tỉnh Hậu Giang năm 2011 cho thấy tỉ lệ mắc là 57,7%. So với các kết quả trên, kết quả trong nghiên cứu này cơ bản đều thấp hơn, có lẽ các nghiên cứu trên chủ yếu ở đồng bằng, đô thị, vùng thấp, còn của chúng tôi ở miền núi. Phụ nữ ở đồng bằng đối mặt rất nhiều nguy cơ mắc VNĐSD hơn rất nhiều miền núi như các vấn đề môi trường bị ô nhiễm (môi trường tự nhiên như thiếu nước sạch, môi trường xã hội như vấn đề quan hệ tình dục, nạo phá thai… chính vì thế tỉ lệ mắc cao hơn. Tuy nhiên, khi so sánh với một số nghiên cứu khác thì kết quả của nghiên cứu này lại cao hơn; chẳng hạn như nghiên cứu ở Cần Thơ cho kết quả tỉ lệ viêm âm đạo là 34,1% [45]; hay nghiên cứu ở Thừa Thiên Huế là 23,3% [41]. Kết quả nghiên cứu này và những kết quả nghiên cứu đã trình bày ở phần trên hoàn toàn phù hợp với nhận định của UNFPA với tỉ lệ hiện mắc VNĐSD tại Việt Nam tương đối cao, dao động từ 40 - 80% theo từng nghiên cứu [111]. Nhìn một cách toàn diện, mặc dù kết quả nghiên cứu cho thấy tỉ lệ VNĐSD thấp hơn một số nghiên cứu nhưng kết quả này cũng cho thấy tỉ lệ mắc VNĐSD tương đối cao. Lý giải điều này có lẽ là do phụ nữ nông thôn miền núi có những yếu tố bất lợi như điều kiện vệ sinh, lao động và mức sống thấp, khả năng tiếp cận

dịch vụ y tế còn hạn chế [92]. Bên cạnh đó, kiến thức về VNĐSD của phụ nữ chưa cao, sự tồn tại của bất bình đẳng giới [65] đã làm gia tăng tỉ lệ VNĐSD ở phụ nữ trong độ tuổi sinh đẻ tại khu vực này.

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi tỉ lệ nhiễm tạp khuẩn cao nhất (43,3%); tiếp theo là nhiễm nấm *Candida* (28,0%); nhiễm *Chlamydia* (17,2%) và trùng roi (11,5%) (Biểu đồ 3.2). Tuy nhiên kết quả nghiên cứu lại phù hợp với kết quả nghiên cứu của Bùi Thị Thu Hà (2007) [43], ở 380 phụ nữ từ 18 - 49 tuổi ở Hà Nội với tỉ lệ mắc VNĐSD do tạp khuẩn chiếm chủ yếu (50,0%), do *C. trachomatis* là 45,8%; nấm *Candida albicans* là 31,8% và thấp nhất là *T. vaginalis* là 3,8%; đồng thời cũng phù hợp với nghiên cứu của Trần Thị Lài (2011) [43], tại Hậu Giang với nguyên nhân chủ yếu gây VNĐSDD ở phụ nữ là do vi khuẩn (35,7%), tiếp theo là nấm (16,3%) và do *Trichomonas* (5,7%); nghiên cứu của Nguyễn Trọng Bài và Võ Văn Thắng (2011) [6], tại Cà Mau cũng cho thấy nguyên nhân phần lớn là do nhiễm tạp khuẩn (62,8%), tiếp theo là nhiễm *Candida albicans* (20,7%) và nhiễm *Trichomonas vaginalis* (12,64%). Lý giải sự tương đối phù hợp này là do đặc điểm mẫu và địa bàn nghiên cứu. Nghiên cứu này và nghiên cứu của Nguyễn Trọng Bài (2011), Bùi Thị Thu Hà (2007), Trần Thị Lài (2011) đều được tiến hành ở vùng thành phố, vùng nông thôn miền núi.

4.1.2. Phân bố bệnh

Kết quả nghiên cứu bảng 3.1 cho thấy tuổi 25 - 34 có tỉ lệ mắc bệnh VNĐSD cao nhất (43,6%). Nghiên cứu của Nguyễn Thị Huệ và Lâm Đức Tâm (2010) [40] tại Bệnh viện đa khoa Cần Thơ cho tỉ lệ viêm âm đạo cao nhất trên bệnh nhân ở độ tuổi từ 26 - 30 (23,0%); tiếp theo là bệnh nhân ở độ tuổi từ 31 - 35 (20,4%); tổng số bệnh nhân bị viêm âm đạo ở độ tuổi từ 19 - 35 là 68,0%. Nghiên cứu của Nguyễn Thị Huệ (2010) [40], cho kết quả số bệnh nhân bị viêm âm đạo ở độ tuổi từ 19 - 35 là 68,0%. Nghiên cứu của Nguyễn Duy Ánh (2009) [2], cũng cho thấy phần lớn bệnh nhân VNĐSD tập trung ở nhóm tuổi 25 - 40 tuổi (48,3%). Các kết quả trên cho thấy xu thế mắc bệnh VNĐSD theo lứa tuổi rất rõ với tỉ lệ mắc bệnh tập trung ở nhóm tuổi 25-34. Kết quả này theo chúng tôi là do phụ nữ ở độ tuổi này đã/đang sinh đẻ cho nên tỉ lệ mắc bệnh cao hơn, còn nhóm phụ nữ tuổi trẻ hơn, thường có ít con, rất chú ý đến vệ sinh phụ nữ cho nên tỉ lệ mắc thấp.

Nhóm phụ nữ có trình độ học vấn thấp (từ tiểu học trở xuống) có số người mắc bệnh VNĐSD cao nhất (43,2%). Điều này cũng tương đồng với nghiên cứu ở khu vực biển đảo Hải Phòng với tỉ lệ VNĐSD ở phụ nữ có trình độ học vấn thấp (từ THCS trở xuống) cao hơn so với phụ nữ có trình độ học vấn từ THPT trở lên [70]. Nghiên cứu tại Cần Thơ cho kết quả: tỉ lệ phụ nữ bị viêm âm đạo có trình độ học vấn từ tiểu học trở xuống là 48,3%; tiếp theo là trình độ học vấn THCS với 33,9% và thấp nhất là trình độ đại học với 3,7% [40]. Lý giải kết quả này theo chúng tôi là do phụ nữ có trình độ học vấn thấp có khả năng ít có những hiểu biết về bệnh VNĐSD so với những phụ nữ có trình độ học vấn cao.

Kết quả cũng cho thấy tỉ lệ mắc bệnh VNĐSD khác nhau ở các dân tộc: Nhóm các dân tộc Nùng, Kinh, Tày có tỉ lệ mắc cao hơn (khoảng 39-40%), thấp nhất là nhóm phụ nữ dân tộc Dao và DTTS khác (17,7%). Các dân tộc có tỉ lệ mắc cao là các dân tộc có các điều kiện sống tốt hơn, song họ lại sống ở những khu vực ô nhiễm nhiều hơn, có nhiều yếu tố gây bệnh hơn dẫn đến tỉ lệ mắc cao hơn. Người Dao, Mông (DTTS khác) có tỉ lệ mắc thấp theo chúng tôi có nhiều nguyên nhân, có lẽ là họ thường sống ở vùng sâu, tuy kinh tế văn hóa xã hội chưa phát triển nhưng bù lại họ có môi trường tự nhiên rất tốt (nước sạch), ít ô nhiễm. Tuy nhiên một nghiên cứu ở Nghệ An cho thấy tỉ lệ VNĐSD cao nhất là phụ nữ dân tộc Thái ở nông thôn miền núi Nghệ An tới 64,1% [51]. Phải chăng tỉ lệ bệnh VNĐSD của người Thái cao vì phụ nữ Thái thường có tập quán tắm suối cùng nhau sau khi đi làm hoặc buổi tối. Các dân tộc thiểu số trong nghiên cứu của chúng tôi không có tập quán này.

Nghề nghiệp của phụ nữ khác nhau thì tỉ lệ mắc bệnh VNĐSD cũng khác nhau. Nghiên cứu của Nguyễn Thị Huệ (2010) [40], cho thấy hơn một nửa (55,1%) bệnh nhân viêm âm đạo có nghề nghiệp là làm ruộng. Nghiên cứu của chúng tôi cũng phù hợp với kết quả của nghiên cứu trước khi cho kết quả: Tỉ lệ mắc bệnh VNĐSD ở phụ nữ làm ruộng (41,1%) cao hơn so với phụ nữ làm nghề khác (25,0%). Phụ nữ làm ruộng có tỉ lệ mắc bệnh VNĐSD cao nhất là vì họ phải lao động thường xuyên trên cánh đồng, tiếp xúc nhiều với các nguy cơ gây bệnh như nước vệ sinh không sạch, ít chú ý vệ sinh phụ nữ, có bệnh thì không có thời gian đi khám và chữa bệnh … chính vì thế mà họ có tỉ lệ bệnh cao hơn.

Ngoài ra, kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng cho thấy tỉ lệ VNĐSD ở phụ nữ thuộc hộ nghèo cao hơn phụ nữ thuộc hộ gia đình đủ ăn. Phụ nữ đông con thì tỉ lệ mắc bệnh cao hơn tỉ lệ phụ nữ ít con. Khu vực vùng thấp (trung du) có tỉ lệ mắc bệnh VNĐSD cao nhất (50,3%), tiếp theo là khu vực miền núi, thấp nhất là khu vực vùng cao (21,8%). Những kết quả này phù hợp với các lý luận và kết quả nghiên cứu ở phần trên và cũng phù hợp với kết quả một số nghiên cứu trước đây [2], [47], [54].

4.2. Yếu tố liên quan đến bệnh viêm nhiễm đường sinh dục

4.2.1. Yếu tố kiến thức, thái độ, thực hành phòng chống bệnh viêm nhiễm đường sinh dục của đối tượng nghiên cứu

4.2.1.1. Kiến thức phòng chống bệnh viêm nhiễm đường sinh dục của đối tượng nghiên cứu

Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy, tỉ lệ phụ nữ có kiến thức về phòng chống bệnh VNĐSD tương đối thấp (Bảng 3.6). Việc biết một số triệu chứng của bệnh VNĐSD chiếm chưa cao; cao nhất là biết biểu hiện "Ngứa ở cửa mình" với 68,0%; tiếp theo là ra khí hư, khí hư bất thường (55,9%); ngoài ra biết các biểu hiện khác như đau bụng dưới hay đau khi quan hệ tình dục chiếm thấp. Điều này cũng được khẳng định trong nghiên cứu của Đỗ Mai Hoa (2009) [25], với nhận định nhiều phụ nữ không nhận biết được các dấu hiệu bệnh hoặc cho rằng các dấu hiệu của bệnh VĐSD như ra khí hư âm đạo hoặc đau hạ vị là những dấu hiệu bình thường tự nhiên. Kết quả của chúng tôi cũng phù hợp với kết quả tổng hợp các nghiên cứu về SKSS của UNFPA (2012) cho rằng chỉ có 25% tổng số phụ nữ được nghe về VNĐSD; trong số đó có 1/3 phụ nữ không kể được tên các triệu chứng của bệnh VNĐSD [111]. Tỉ lệ phụ nữ trong nghiên cứu của chúng tôi biết các yếu tố nguy cơ gây VNĐSD như do thường xuyên phải ngâm dưới nước hay do mặc quần áo ẩm ướt thường xuyên thấp (8,4% và 18,3%, theo thứ tự); thấp hơn so với nghiên cứu trước với tỉ lệ biết nguyên nhân VNĐSD do thường xuyên ngâm mình dưới nước là 47,5% [40]. Kết quả khảo sát của trung tâm nghiên cứu và phát triển y tế cộng đồng (2004) cũng cho kết quả thấp với 60% các đối tượng nghiên cứu nhận thức được về dấu hiệu hoặc triệu chứng của VNĐSD trong khi 31% trong số họ không có kiến thức về các nguyên nhân dẫn tới VNĐSD [64]. Tỉ lệ

phụ nữ trong nghiên cứu của chúng tôi biết hành vi đơn giản để phòng bệnh như vệ sinh bộ phận sinh dục sau khi quan hệ tình dục chỉ chiếm 27,5%; thấp hơn so với nghiên cứu của Nguyễn Thị Huệ (2010) [40] với tỉ lệ 55,6%.

Kết quả nghiên cứu cho thấy tỉ lệ phụ nữ có kiến thức chung mức độ tốt về phòng chống bệnh VNĐSD chiếm 19,5%; chủ yếu là có kiến thức ở mức độ kém (58,6%). Kết quả của chúng tôi thấp hơn kết quả nghiên cứu của Trần Trọng Nghĩa (2011) [49], với tỉ lệ 53,75% đối tượng có kiến thức tốt. So sánh với nghiên cứu của Lưu Thị Kim Thanh (2012) [56], tại Phú Bình có 32% phụ nữ có hiểu biết đạt yêu cầu; nghiên cứu của Nguyễn Văn Học, Đào Văn Lân (2009) [37], tại Hải Phòng thì nhóm phụ nữ có hiểu biết tốt về nguy cơ gây bệnh VNĐSD là 56,7%; nghiên cứu của Nguyễn Thị Kim Hoa (2010) [26], tại Thừa Thiên Huế với 72,6% phụ nữ hiểu biết đúng về bệnh VNĐSD. Phụ nữ độ tuổi sinh đẻ ở địa bàn nghiên cứu của chúng tôi có trình độ học vấn chưa cao, phần lớn (57,5%) là người phụ nữ dân tộc thiểu số, nghề nghiệp chủ yếu là làm ruộng, do tính chất công việc hàng ngày họ phải lao động nặng nhọc ngoài đồng ruộng, điều kiện vệ sinh không tốt, ít có thời gian tiếp cận với thông tin dich vụ chăm sóc sức khỏe của y tế cho nên kiến thức phòng chống bệnh VNĐSDD chưa tốt. Điều này cũng hoàn toàn phù hợp với báo cáo của UNFPA (2012) cho rằng kiến thức phòng chống bệnh VNĐSD ở phụ nữ Việt Nam còn thấp, đặc biệt là ở các phụ nữ trẻ, chưa chồng và phụ nữ vùng nông thôn miền núi, vùng sâu vùng xa [111].

Trên thực tế, việc thiếu kiến thức là do nhiều yếu tố làm cho người phụ nữ dân tộc nông thôn miền núi không có điều kiện tiếp cận với truyền thông giáo dục sức khỏe phòng chống bệnh VNĐSD như: thiếu nguồn truyền thông, thiếu thời gian, do đặc điểm tâm lý… Ngay kể cả khi có các chương trình truyền thông, khám chữa bệnh định kỳ của Trung tâm CSSKSS tỉnh mà cũng không phải phụ nữ nào cũng tham dự được. Nghiên cứu định tính cho thấy việc hạn chế trong tiếp cận với nguồn truyền thông giáo dục sức khỏe là một trong những yếu tố gây ra tình trạng thiếu kiến thức về phòng chống VNĐSD ở phụ nữ độ tuổi sinh đẻ nông thôn miền núi tại địa bàn nghiên cứu: *"...Chúng tôi có biết gì đâu, chẳng biết gì mà phòng tránh, thi thoảng có nghe trên ti vi nhưng bận suốt ngày, chẳng để ý mà còn quên luôn… vì công việc, vì thời gian mà đôi khi còn chưa lưu tâm cho lắm..."*.

4.2.1.2. Thái độ phòng chống bệnh viêm nhiễm đường sinh dục của phụ nữ

Phần lớn đối tượng có thái độ đồng ý hoặc rất đồng ý theo các chỉ số đánh giá thái độ đề ra, ngoại trừ nhận thức tốt về việc bệnh VNĐSD có thể chữa khỏi hoàn toàn chiếm 40,8%. Kết quả này thấp hơn nghiên cứu của Nguyễn Thị Kim Hoa (2010) [26], với tỉ lệ phụ nữ có thái độ rằng bệnh có thể điều trị được chiếm 81,7%. Việc tin tưởng bệnh VNĐSD có thể chữa khỏi hoàn toàn là một điều hết sức cần thiết có liên quan đến việc đi KCB ở phụ nữ. Tuy nhiên, tỉ lệ này trong nghiên cứu của chúng tôi thấp có thể lý giải do nhiều phụ nữ không nghĩ đến việc đi KCB, bởi họ cho rằng VNĐSD là một phần hay gặp trong cuộc sống của người phụ nữ và họ không nhận thức được hậu quả của việc không điều trị VNĐSD [85], [111].

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy, tỉ lệ phụ nữ rất đồng ý và đồng ý rằng vệ sinh bộ phận sinh dục hàng ngày, đúng phương pháp là một biện pháp hiệu quả để phòng bệnh chiếm cao (96,6%). Tương tự như vậy, thái độ đồng ý và rất đồng ý về việc sử dụng nước sạch sẽ phòng được bệnh VNĐSD cũng chiếm rất cao (96,8%). Tuy nhiên trên thực tế, thái độ về việc vệ sinh bộ phận sinh dục hàng ngày tốt chưa chắc đã giúp nâng cao khả năng phòng chống VNĐSD tốt cho phụ nữ nếu họ không có kiến thức về vệ sinh bộ phận sinh dục đúng. Nhiều nghiên cứu đã thấy rằng phụ nữ sẵn sàng thực hiện vệ sinh bộ phận sinh dục hàng ngày theo cách mà họ tin rằng đảm bảo vệ sinh và phòng chống VNĐSD, mặc dù thực tế cách vệ sinh đó lại làm gia tăng nguy cơ VNĐSD [85], [111]. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi về thái độ đối với việc vệ sinh bộ phận sinh dục hàng ngày và sử dụng nước sạch trong nghiên cứu của chúng tôi cao hơn so với nghiên cứu của Hoàng Minh Hằng (2011) [23] với tỉ lệ 64,0%. Đối với các vùng nông thôn, đặc biệt là vùng sâu vùng xa thì trước đây người dân thường quan niệm bệnh phụ khoa là bệnh của nữ giới, nam giới ít liên quan. Do đó, phụ nữ rất ngại đi KCB khi có các vấn đề về phụ khoa [85], [110], [111]. Đó chính là lý do lý giải tại sao trong nghiên cứu của chúng tôi lại cho kết quả thái độ đồng ý và rất đồng ý về việc bệnh VNĐSD có thể chữa tại nhà theo đơn và hướng dẫn của CBYT và giá trị của việc này chiếm rất cao.

Tỉ lệ phụ nữ có thái độ chung mức độ tốt trong nghiên cứu của chúng tôi chiếm tương đối cao (60,5%), thái độ chưa tốt là 39,5%. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi tương đương với kết quả của tác giả Trần Trọng Nghĩa [49],

nhưng lại cao hơn kết quả của Nguyễn Văn Học (2011) [34], với tỉ lệ phụ nữ có thái độ đạt là 38,2%. Tuy nhiên kết quả nghiên cứu của chúng tôi lại tương đương với nghiên cứu của Nguyễn Duy Ánh (2009) [1], tại Đông Anh, Hà Nội với tỉ lệ phụ nữ có thái độ phòng chống VNĐSD đạt yêu cầu chiếm 57,7%. Việc có thái độ phòng chống bệnh VNĐSD tốt là một trong những yếu tố thuận lợi cho việc thực hiện các hành vi phòng chống bệnh VNĐSD của phụ nữ nói chung và cho phụ nữ độ tuổi sinh đẻ trên địa bàn nghiên cứu nói riêng, góp phần thuận lợi không nhỏ cho quá trình tiến hành can thiệp làm giảm tỉ lệ VNĐSD trên địa bàn.

Mặc dù thái độ tốt trong phòng chống bệnh VNĐSD trong nghiên cứu của chúng tôi khá cao; phụ nữ độ tuổi sinh đẻ luôn tích cực quan tâm đến sức khỏe sinh sản của mình. Tuy nhiên, trên thực tế thì luôn có khoảng cách giữa việc muốn đi khám/đồng ý đi khám với việc đi khám thật sự. Nghiên cứu định tính cho thấy những ý kiến chỉ ra tâm lý ảnh hưởng tới việc đi khám của phụ nữ, điển hình như: *"...Đi khám ngại lắm, ra đến nơi, CBYT bận, khám xong chỉ nói qua loa mà cho đơn về, lắm chị đến khám cứ bị mắng xơi xơi là sao để bây giờ mới ra khám?…"*. Với tâm lý e dè, ngại ngùng khi đi khám bệnh; kèm theo một số bất cập nhỏ về chất lượng dịch vụ y tế sẽ làm cho chị em phụ nữ không đi khám bệnh. Những bất cập có thể gặp ở dịch vụ y tế do chị em phụ nữ đề cập như do thái độ của cán bộ y tế tuyến xã trong việc tiếp xúc với bệnh nhân hoặc do nguồn cung ứng thuốc và chính sách bảo hiểm y tế. Thậm chí, trong nghiên cứu định tính chúng tôi cũng tìm thấy những lý do dẫn đến sự thiếu nhiệt tình của cán bộ y tế trong hoạt động khám chữa bệnh VNĐSD, chẳng hạn như do phải thực hiện quá nhiều hoạt động với số nhân lực ít ỏi tại trạm y tế hoặc do thiếu trình độ hay sự kết hợp lỏng lẻo của y tế với các ban ngành trong ban chăm sóc sức khỏe tại xã: *"…TYT xã như một túi rác của các chương trình, chương trình nào cũng đổ về đây… Tập huấn thì năm chưa được 1 lần, từ ngày ra trường đến giờ tôi mới chỉ được đi học lại có 1 lần về tăng huyết áp, đã được học lại về KCB phụ khoa bao giờ đâu? …"*

4.2.1.3. Thực hành phòng chống bệnh viêm nhiễm đường sinh dục của đối tượng nghiên cứu

Kết quả cho thấy việc thực hành phòng chống VNĐSD ở phụ nữ độ tuổi sinh đẻ trong nghiên cứu của chúng tôi chưa tốt. Hành vi đơn giản để phòng

bệnh VNĐSD như vệ sinh sau khi quan hệ tình dục chỉ đạt 61,4%. Kết quả trong nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn so với báo cáo chung về sức khỏe sinh sản tại Việt Nam giai đoạn 2006 - 2010 với khoảng 1/3 số phụ nữ không thực hành (2/3 có thực hành) hành vi vệ sinh bộ phận sinh dục trước và sau khi quan hệ tình dục [111]. Tỉ lệ phụ nữ thực hành khám phụ khoa định kỳ trong nghiên cứu của chúng tôi chiếm thấp (29,7%). Kết quả này thấp hơn nghiên cứu của Nguyễn Hoàng Nam (2010) [48], với tỉ lệ phụ nữ thực hành khám phụ khoa định kỳ là 43,0%. Thậm chí tỉ lệ phụ nữ đi khám khi có dấu hiệu bị bệnh trong nghiên cứu của chúng tôi (10,0%) thấp hơn rất nhiều so với nghiên cứu của Nguyễn Thị Kim Hoa (2010) [26], với 91,8% phụ nữ đến khám tại các cơ sở y tế khi có dấu hiệu nghi ngờ triệu chứng bệnh VNĐSD. Tuy nhiên, kết quả nghiên cứu của chúng tôi lại cao hơn nghiên cứu của Nguyễn Khắc Minh và cs (2009) [47], với tỉ lệ đi khám phụ khoa từ 2 lần trở lên trong năm là 44,9% nhưng trong đó chỉ có 5,4% là đi khám định kỳ. Có sự khác biệt giữa những kết quả trên chủ yếu là do sự khác biệt về địa bàn nghiên cứu và đặc điểm mẫu. Nghiên cứu của chúng tôi được tiến hành ở vùng nông thôn miền núi với tỉ lệ phụ nữ người dân tộc thiểu số chiếm cao. Thực hành khám phụ khoa định kỳ là một hành vi tốt giúp phòng chống VNĐSD, tuy nhiên trên thực tế, tỉ lệ thực hiện hành vi này không cao, thậm chí có tới 20,8% số phụ nữ chưa bao giờ đi khám phụ khoa [47].

Kết quả nghiên cứu cho thấy tỉ lệ phụ nữ thực hành vệ sinh phụ nữ hàng ngày tốt là 23,5% và vệ sinh phụ nữ khi có kinh nguyệt tốt là 77,6%. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi tương đương với nghiên cứu của Nguyễn Khắc Minh và cs (2009) [47], với tỉ lệ phụ nữ thực hành vệ sinh kinh nguyệt đúng cách là 72,4%. So sánh với kết quả nghiên cứu của của Lê Thanh Thúy (2005) [60], cho thấy tỉ lệ phụ nữ vệ sinh kinh nguyệt đạt yêu cầu là 64,0%, vệ sinh sinh dục hàng ngày tốt là 43,3%, vệ sinh giao hợp đúng là 66,7% thì nghiên cứu của chúng tôi cho kết quả thấp hơn. So sánh với nghiên cứu của Lưu Thị Kim Thanh (2012) [56], có kết quả tỉ lệ phụ nữ vệ sinh sinh dục hàng ngày tốt (24,0%), vệ sinh kinh nguyệt hợp lý (16,3%), vệ sinh giao hợp hợp lý chiếm 29,79% thì nghiên cứu của chúng tôi cho kết quả tương đương. Khi đời sống xã hội nâng cao, nhu cầu chăm sóc sức khỏe ngày càng được nhiều người quan tâm hơn, nhất là chị em phụ nữ, trong đó việc khám sức khỏe định kỳ

phát hiện sớm bệnh VNĐSDD đặc biệt được chú trọng. Tuy nhiên, vẫn còn một số chị em phụ nữ có tâm lý e ngại, không đi khám định kỳ hoặc khi bệnh nặng mới đến cơ sở y tế, điều đó gây khó khăn trong việc phát hiện sớm và điều trị bệnh. VNĐSD nếu không được chẩn đoán sớm, điều trị kịp thời, sẽ ảnh hưởng đến chất lượng cuộc sống và sức khỏe của người phụ nữ, đặc biệt là sức khỏe sinh sản. Do đó, phụ nữ cần thực hiện những hành vi đơn giản nhưng giúp phòng chống VNĐSD rất tốt như vệ sinh vùng sinh dục đúng cách hàng ngày, vệ sinh kinh nguyệt đúng, rửa vệ sinh sau khi quan hệ tình dục hay khám phụ khoa định kỳ… Tuy nhiên, trên thực tế nghiên cứu của chúng tôi cho thấy, việc thực hành các hành vi phòng chống VNĐSD đúng chiếm tỉ lệ thấp. Tỉ lệ phụ nữ có thực hành chung mức độ tốt về phòng chống bệnh VNĐSD chiếm 20,0%; còn lại là thực hành ở mức độ chưa tốt (trung bình và kém). So sánh với nghiên cứu của Lưu Thị Kim Thanh (2012) [56], thì tỉ lệ phụ nữ thực hành tốt phòng chống bệnh VNĐSD là 24,0%; nghiên cứu của Trần Thị Lài (2011) [43], với tỉ lệ phụ nữ có thực hành đúng về phòng chống bệnh VNĐSD là 25,7%; nghiên cứu của chúng tôi cho kết quả thấp hơn đôi chút. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng thấp hơn so với nghiên cứu của Nguyễn Duy Ánh (2009) [1] tại Đông Anh, Hà Nội với tỉ lệ phụ nữ thực hành đúng là 26,9%. Phụ nữ trong nghiên cứu của chúng tôi thuộc vùng nông thôn miền núi, bên cạnh đó thì hơn một nửa là người dân tộc thiểu số, phần lớn có nghề nghiệp làm ruộng và có trình độ học vấn từ tiểu học trở xuống; đó chính là lý do khiến cho tỉ lệ phụ nữ thực hành phòng chống VNĐSD mức độ tốt trong nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn đôi chút so với một số nghiên cứu trước đã trình bày ở trên.

4.2.2. Yếu tố nguy cơ của bệnh viêm nhiễm đường sinh dục

4.2.2.1. Nhóm một số yếu tố thuộc về bản thân với bệnh viêm nhiễm đường sinh dục

Với thiết kế nghiên cứu bệnh chứng theo tỉ lệ 1:1 và các nhóm được chọn tương đồng về tuổi và địa điểm. Do đó nghiên cứu của chúng tôi không đi tìm các yếu tố nguy cơ với bệnh VNĐSD như tuổi và địa điểm. Tuy nhiên mối liên quan giữa tuổi và VNĐSD đã được khẳng định qua một số nghiên cứu trước [70], [83], [95]. Đối với các VNĐSD do tác nhân gây bệnh lây

truyền qua đường tình dục thường gặp ở người trẻ trong tuổi hoạt động tình dục hơn những đối tượng khác. Nghiên cứu của Go V. F. và cs (2006) [83], cho thấy phụ nữ nhóm tuổi từ 18 - 29 có nguy cơ mắc VNĐSD cao hơn 2,52 lần so với nhóm phụ nữ từ 30 tuổi trở lên, có ý nghĩa thống kê (95% CI: 1,1 - 5,8). Nghiên cứu của Li X. D. và cs (2014) [95], cho kết quả nhóm phụ nữ dưới 24 tuổi và từ 35 tuổi trở lên có nguy cơ mắc VNĐSD cao hơn 1,229 và 1,301 lần (theo thứ tự) so với nhóm phụ nữ từ 25 - 34 tuổi, có ý nghĩa thống kê. Nghiên cứu của Nguyễn Văn Học (2011) [35], đã chỉ ra rằng phụ nữ trong độ tuổi sinh đẻ có tỉ lệ mắc bệnh VNĐSD cao gấp 6,2 lần so với phụ nữ nhóm tuổi tiền mãn kinh hay mãn kinh. Nghiên cứu của tác giả Nguyễn Thị Huệ và Lâm Đức Tâm (2010) [40], cho tỉ lệ viêm âm đạo ở nhóm phụ nữ từ 19 - 35 là 58,0%; cao hơn có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$) so với nhóm phụ nữ có độ tuổi từ 36 trở lên (42,0%).

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy có mối liên quan giữa trình độ học vấn với bệnh VNĐSD của phụ nữ. Phụ nữ trình độ thấp (từ tiểu học trở xuống) nguy cơ mắc VNĐSD cao gấp 1,6 lần phụ nữ có trình độ học vấn từ THCS trở lên (95% CI: 1,2 - 2,1). Điều này được lý giải do trình độ học vấn thấp thì các hành vi về phòng chống VNĐSD cũng thấp, bên cạnh đó trình độ học vấn cũng liên quan đến việc tiếp thu các thông tin TT - GDSK về VNĐSD và CSSKSS của phụ nữ. Nghiên cứu của Li X. D. và cs (2014) [95], cho thấy phụ nữ có trình độ học vấn càng cao thì nguy cơ mắc VNĐSD càng thấp (tỉ số chênh OR = 0,900; 95% CI: 0,875 - 0,927; $p < 0,05$); nghiên cứu của Zhang X. J. và cs (2009) [120], cũng cho kết quả tương tự. Nghiên cứu của Nguyễn Thị Huệ và Lâm Đức Tâm (2010) [40] và nghiên cứu của Phạm Thu Xanh (2014) [70] cũng chỉ rõ mối liên quan giữa trình độ học vấn và VNĐSD.

Phụ nữ dân tộc Kinh có nguy cơ mắc bệnh VNĐSD cao hơn so với phụ nữ dân tộc thiểu số với tỉ số chênh OR = 1,7 (95% CI: 1,3 - 2,3) (Bảng 3.11). Kết quả nghiên cứu của chúng tôi không phù hợp với nghiên cứu của Li X. D. và cs (2014) [95], tại Trung Quốc trên 53652 phụ nữ cho kết quả: phụ nữ dân tộc thiểu số có nguy cơ mắc viêm âm đạo cao hơn 1,805 lần (95% CI: 1,270 - 2,564) so với nhóm phụ nữ người Hán. Lý giải điều này theo chúng tôi là do địa điểm và đặc điểm mẫu nghiên cứu của chúng tôi. Phụ nữ dân tộc Kinh chủ yếu sống ở vùng thấp, có nguy cơ tiếp xúc với môi trường ô nhiễm khói bụi,

hóa chất… nhiều hơn so với dân tộc thiểu số, những phụ nữ thường ít phải tiếp xúc với môi trường ô nhiễm hơn. Bên cạnh đó nghiên cứu của chúng tôi có tỉ lệ người phụ nữ dân tộc thiểu số chiếm hơn một nửa (57,5%) cũng là một đặc điểm của mẫu khiến cho tỉ lệ VNĐSD ở phụ nữ người dân tộc thiểu số thấp đi.

Có mối liên quan giữa nghề nghiệp với bệnh VNĐSD: những phụ nữ làm ruộng có nguy cơ mắc bệnh cao gấp 2,2 lần (95% CI: 1,6 - 3,0) những phụ nữ làm các nghề nghiệp khác (Bảng 3.8). Nghiên cứu của Phạm Thị Lan (2008) [92], cho kết quả nhóm phụ nữ làm công chức nhà nước có nguy cơ mắc VNĐSD do nấm *Candida*s thấp hơn so với nhóm phụ nữ làm ruộng (OR = 0,24; 95% CI: 0,06 - 0,91). Nghiên cứu của Phạm Thu Xanh (2014) [70], cho kết quả nhóm phụ nữ làm nghề nuôi trồng, chế biến và đánh bắt hải sản có nguy cơ mắc VNĐSD cao hơn 1,4 lần so với nhóm phụ nữ làm nghề còn lại. Nghiên cứu của Nguyễn Thị Huệ và Lâm Đức Tâm (2010) [40], cũng khẳng định mối liên quan giữa nghề nghiệp với tình trạng VNĐSD ở phụ nữ. Kết luận của Nguyễn Duy Ánh (2009) [2] về mối liên quan đến VNĐSDD cũng có đề cập đến hai yếu tố này. Lý giải điều này theo chúng tôi là do nghề nghiệp có mối tương quan chặt chẽ với tình trạng nhiễm khuẩn do ảnh hưởng trực tiếp đến điều kiện làm việc người phụ nữ. Công việc phải ngồi nhiều hay tiếp xúc với môi trường không sạch sẽ tăng nguy cơ mắc VNĐSD. Điều này càng được khẳng định rõ ràng hơn bởi kết quả nghiên cứu ở bảng 3.10.

Luôn có sự khác biệt có ý nghĩa về tỉ lệ bệnh tật và tử vong giữa những quốc gia giàu và những quốc gia nghèo, bao gồm cả vấn đề SKSS. Các chỉ số về SKSS, bao gồm VNĐSD cho phụ nữ ở những quốc gia kinh tế phát triển tốt hơn những quốc gia có kinh tế đang và kém phát triển. Đó là ở cấp quốc gia, còn ở trong một quốc gia thì có sự khác biệt giữa các tầng lớp dân cư. Nghiên cứu của chúng tôi cũng chứng minh được mối liên quan giữa kinh tế hộ gia đình với bệnh VNĐSD của phụ nữ. Phụ nữ nghèo có nguy cơ mắc bệnh VNĐSD cao hơn phụ nữ trong các hộ gia đình có điều kiện kinh tế đủ ăn trở lên gấp 7,5 lần với 95% CI = 4,3 - 13,0. Nghiên cứu của chúng tôi cũng tương đương với các nghiên cứu được liệt kê dưới đây: Nghiên cứu của Phạm Thị Lan và cs (2008) [92], cho thấy: nhóm phụ nữ nghèo nhất có nguy cơ mắc VNĐSD do nấm *Candida*s cao gấp 2,10 lần (95% CI: 1,25 - 3,51) so với nhóm phụ nữ nghèo. Nghiên cứu của Phạm Thu Xanh (2014) [70], chỉ ra rằng

phụ nữ nghèo có nguy cơ mắc VNĐSD cao gấp 1,7 lần so với nhóm phụ nữ có điều kiện kinh tế trung bình và khá giả (95% CI: 1,01 - 2,98). Nghiên cứu của Nguyễn Khắc Minh (2009) [47], cũng chứng minh mối liên quan giữa kinh tế hộ gia đình và VNĐSD.

Số lần mang thai và số lần sinh đẻ của phụ nữ cũng liên quan đến tình trạng VNĐSD. Nghiên cứu của Zhang X. J. và cs (2009) [120], đã chỉ ra rằng phụ nữ mang thai và sinh nở từ 2 lần trở lên có nguy cơ mắc VNĐSD cao hơn 1,541 (95% CI: 1,458 - 1,572) và 1,350 (95% CI: 1,305 - 1,398) (theo thứ tự) so với nhóm phụ nữ chỉ mang thai và sinh nở từ 1 lần trở xuống. Nghiên cứu của Li X. D. và cs (2014) [95], cũng cho kết quả tương tự. Nghiên cứu của Phạm Thị Khanh (2010) [42], cho kết quả tỉ lệ phụ nữ sinh con từ 3 lần trở lên bị VNĐSD chiếm cao gấp 4,8 lần so với phụ nữ chưa có con. Nghiên cứu của Nguyễn Trọng Bài và Võ Văn Thắng cũng chứng minh số lần mang thai cũng liên quan có ý nghĩa thống kê với tình trạng VNĐSD [5], [6]. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi hoàn toàn phù hợp với các nghiên cứu trên khi chứng minh được mối liên quan giữa số con của bà mẹ với bệnh VNĐSD. Bà mẹ đông con có nguy cơ mắc bệnh VNĐSD cao hơn các bà mẹ ít con với tỉ số chênh OR = 1,5 (95% CI: 1,1 - 2,1) (Bảng 3.11).

TT - GDSK về phòng chống VNĐSD chắc chắn là yếu tố có liên quan đến VNĐSD. Khi người dân trong cộng đồng được truyền thông một cách có hiệu quả (bao gồm cả chất lượng và số lượng) thì kiến thức phòng chống bệnh sẽ tăng lên, qua đó góp phần giảm tỉ lệ mắc bệnh trong cộng đồng. Tuy nhiên nghiên cứu của chúng tôi chưa chứng minh được điều này. Kết quả bảng 3.18 của chúng tôi cho thấy chưa có mối liên quan giữa nguồn truyền thông phòng chống bệnh với bệnh VNĐSD của phụ nữ ở các điểm điều tra với tỉ số chênh OR = 1,2 (95% CI: 0,6 - 2,3). Lý giải điều này theo chúng tôi là do thực tế nghiên cứu của chúng tôi không đánh giá số lượng và chất lượng truyền thông tiến hành trên địa bàn nghiên cứu mà chúng tôi chỉ đánh giá nguồn truyền thông trên địa bàn. Việc có nguồn truyền thông sẽ không khẳng định được việc nâng cao được KAP phòng chống bệnh của phụ nữ trong cộng đồng.

4.2.2.2. Nhóm yếu tố kiến thức, thái độ, thực hành phòng chống viêm nhiễm đường sinh dục

KAP trong việc phòng chống bệnh cũng có liên quan đến khả năng mắc bệnh. Kết quả nghiên cứu cho thấy có mối liên quan giữa KAP phòng chống

bệnh với bệnh VNĐSD của phụ nữ. Phụ nữ có KAP chưa tốt thì có nguy cơ mắc bệnh VNĐSD cao hơn nhóm phụ nữ còn lại (tương ứng) là 6,2 lần (95% CI: 4,1 - 9,3); 3,2 lần (95% CI: 2,4 - 4,4) và 10,5 lần (95% CI: 6,7 - 16,5) (theo thứ tự) (Bảng 3.9). Nghiên cứu của Lâm Đức Tâm, Nguyễn Thị Huệ (2011) [55], tại Cần Thơ cho thấy hành vi vệ sinh là một yếu tố nguy cơ đến bệnh phụ khoa. Nghiên cứu của Đinh Thanh Huề, Lê Văn Tế (2004) [31], tại xã Quảng Thọ huyện Quảng Trạch Quảng Bình rút ra kết luận bệnh liên quan chặt chẽ với các yếu tố nghề nghiệp, kinh tế hộ gia đình và KAP về dự phòng bệnh. Nghiên cứu của Nguyễn Duy Ánh (2009) [1], tại Đông Anh, Hà Nội cũng rút ra kết luận về mối liên quan giữa KAP dự phòng bệnh với bệnh VNĐSD. Một số nghiên cứu khác trên thế giới cũng chứng minh rõ mối liên quan giữa kiến thức, thái độ, hành vi với bệnh VNĐSD. Nghiên cứu của Zhang X. J. và cs (2009) [120]; của Li X. D. và cs (2014) [95] đều cho thấy nhóm phụ nữ có điểm kiến thức về bệnh VNĐSD càng cao thì càng ít có nguy cơ mắc bệnh VNĐSD. Việc chứng minh mối liên quan rõ ràng giữa KAP phòng chống VNĐSD với bệnh VNĐSD là cơ sở vững chắc cho các hoạt động can thiệp truyền thông nhằm phòng chống bệnh trên địa bàn cho chị em phụ nữ trong độ tuổi sinh đẻ.

4.2.2.3. Nhóm yếu tố về một số dịch vụ y tế và chăm sóc sức khỏe khác

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy có mối liên quan giữa việc tư vấn của CBYT xã với bệnh VNĐSD: những phụ nữ chưa được tư vấn có nguy cơ mắc bệnh VNĐSD cao gấp 3,3 lần những phụ nữ được tư vấn (95% CI: 2,4 - 4,5). Như vậy kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng phù hợp với kết quả nghiên cứu của Phạm Thu Xanh (2014) [70], với mối liên quan giữa tư vấn và VNĐSD: nhóm phụ nữ chưa được tư vấn có nguy cơ mắc VNĐSD cao gấp 5,1 lần (95% CI: 3,69 - 7,11) phụ nữ được tư vấn về VNĐSD. Tư vấn tốt thì việc phòng chống bệnh VNĐSD sẽ được thực hiện tốt và tỉ lệ mắc bệnh thấp. Kết quả này cũng được các tác giả Lê Thanh Sơn, Trần Thị Trung Chiến, Đoàn Huy Hậu (2007) [54], đưa ra khi nghiên cứu đặc điểm nhiễm khuẩn đường sinh sản ở phụ nữ tuổi sinh đẻ và hiệu quả mô hình can thiệp tại tỉnh Hà Tây.

Kết quả nghiên cứu cho thấy phụ nữ sử dụng nguồn nước không hợp vệ sinh và sử dụng nhà tắm không vệ sinh có nguy cơ mắc bệnh VNĐSD cao gấp

6,3 và 2,5 lần những phụ nữ được sử dụng nguồn nước hợp vệ sinh, được sử dụng nhà tắm vệ sinh (có ý nghĩa thống kê). Nghiên cứu của Nguyễn Trọng Bài và Võ Văn Thắng (2011) [6], chỉ ra rằng có nguồn nước tắm, giặt có liên quan đến VNĐSD. Nghiên cứu của Cấn Hải Hà (2014) [21], cũng chỉ ra mối liên quan giữa nhà vệ sinh/nhà tắm, nguồn nước với VNĐSD. Nghiên cứu của Phạm Thu Xanh (2014) [70] cho kết quả phụ nữ sử dụng nguồn nước không hợp vệ sinh và không có nhà tắm riêng đều có nguy cơ mắc VNĐSD cao gấp 1,4 lần so với phụ nữ được sử dụng nguồn nước hợp vệ sinh, nhà tắm riêng. Ngay chính những người phụ nữ độ tuổi sinh đẻ trong cộng đồng cũng nhận thức được lý do gây VNĐSD là do môi trường nguồn nước và nhà tắm: *"…Theo tôi, một trong những lý do chính là do nguồn nước, nhà tắm. Nhiều chị em trên địa bàn chúng tôi chẳng có điều kiện xây nhà tắm…"*. Nhưng câu hỏi luôn được đặt ra đối với phụ nữ nông thôn miền núi, phụ nữ nghèo là kinh phí ở đâu để giải quyết vấn đề này?

Bên cạnh đó kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng cho thấy có mối liên quan giữa việc đi khám phụ khoa định kỳ với bệnh VNĐSD: những phụ nữ không đi khám phụ khoa định kỳ có nguy cơ mắc bệnh VNĐSD cao gấp 5,2 lần những phụ nữ đi khám phụ khoa định kỳ, có ý nghĩa thống kê (95% CI: 3,7 - 7,4). Nghiên cứu của Phạm Thu Xanh (2014) [70], cũng rút ra kết luận: việc không được khám phụ khoa có liên quan đến bệnh VNĐSD (OR = 1,7; 95% CI: 1,21 - 2,39).

Nhìn chung, các kết quả nghiên cứu về yếu tố nguy cơ gây VNĐSD trong nghiên cứu của chúng tôi cũng phù hợp với các kết quả nghiên cứu của Phạm Thu Xanh và một số tác giả khác [5], [55], [60], [70], [92], [95], [120].

4.3. Hiệu quả can thiệp

Nhằm mục tiêu làm giảm tỉ lệ VNĐSD cho phụ nữ nông thôn miền núi một cách bền vững, chúng tôi đã tiến hành xây dựng mô hình huy động cộng đồng can thiệp phòng chống VNĐSD với nòng cốt là hội phụ nữ tại xã Thành Công, huyện Phổ Yên, tỉnh Thái Nguyên. Mô hình bao gồm nhiều nội dung hoạt động, trong đó có hoạt động truyền thông nhằm nâng cao KAP phòng chống bệnh VNĐSD trên địa bàn xã Thành Công cho phụ nữ trong độ tuổi sinh đẻ. Kết quả thu được từ các biện pháp truyền thông đã được áp dụng trong mô hình nghiên cứu của chúng tôi mang lại hiệu quả cao.

4.3.1. Kênh tiếp cận thông tin và chất lượng dịch vụ khám chữa bệnh VNĐSD tại trạm y tế xã trước can thiệp

Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy, trước can thiệp, nguồn truyền thông phòng chống VNĐSD phần lớn là thông qua đài, vô tuyến (49,7%); tiếp theo là từ CBYT xã với 37,4% và NVYTTB (20,2%) và cán bộ phụ nữ (18,5%). Tuy nhiên, nguồn thông tin nhận được từ sách báo chiếm thấp (14,8%) và từ tờ rơi, tranh ảnh truyền thông cũng chiếm tỉ lệ rất thấp (0,8%). Mặc dù có đôi chút khác biệt xong kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng phù hợp với nghiên cứu Nguyễn Thị Liên (2010) [44], của về nguồn cung cấp thông tin về VNĐSD mà phụ nữ được tiếp cận cao nhất là qua ti vi (76,2%); trong đó nguồn thông tin từ sách báo/tạp chí chiếm thấp (1,6%) và nguồn từ nhân viên y tế là 60,3%. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng tương đương với nghiên cứu của Nguyễn Minh Quang và Ngô Văn Toàn (2010) [53], được thực hiện trên 1459 cặp vợ chồng tuổi từ 15-49 và 1464 vị thành niên tuổi từ 15-19 tại 7 tỉnh trong toàn quốc về các bệnh VNĐSD và LTQĐTD cho thấy nguồn thông tin cho người dân chủ yếu là vô tuyến và đài.

Cùng với sự phát triển của đất nước, đời sống kinh tế, văn hóa của người dân nói chung và người dân nông thôn miền núi Thái Nguyên ngày càng nâng cao. Điều đó sẽ là điều kiện thuận lợi cho việc chú trọng hơn vai trò của phương tiện thông tin đại chúng trong công tác truyền thông về phòng chống bệnh VNĐSDD. Tuy nhiên có mộ số đặc điểm cần lưu ý:

- Nguồn thông tin đài, ti vi là những nguồn thông tin đại chúng, có khả năng phổ biến trên diện rộng, nhanh chóng tiếp cận được với đối tượng truyền thông nhưng hiệu quả truyền thông không cao [31];

- Đối với phụ nữ, đặc biệt là phụ nữ nông thôn miền núi, phụ nữ dân tộc thiểu số thì họ còn có những ngại ngùng khi trao đổi về các vấn đề SKSS, trong đó có VNĐSD. Không như những vấn đề sức khỏe khác, VNĐSDD là một vấn đề mang tính đặc thù bệnh lý, mặc dù tỉ lệ phụ nữ mắc bệnh rất cao, nhưng ít được và không ai muốn nêu ra, ngay cả người mang bệnh. Đó là yếu tố tâm lý né tránh, bất lợi cho người bệnh, thậm chí là rào cản cho người bệnh đến với truyền thông giáo dục đại chúng và đi KCB phù hợp.

- Hình thức truyền thông trực tiếp (như tư vấn…) luôn là hình thức có hiệu quả cao [31] và phù hợp với những "*vấn đề tế nhị*". Bên cạnh đó, truyền

thông giáo dục đại chúng cũng khó đề cập một cách cụ thể, để thực hiện thật chi tiết thiết nghĩ rằng cần có người chuyên trách, với trình độ và kỹ năng chuyên môn tốt. Vì thế, nghiên cứu của chúng tôi tập trung vào xây dựng TT - GDSK phòng chống VNĐSD với hình thức truyền thông trực tiếp là chính; kết hợp với nhóm nòng cốt là cán bộ hội phụ nữ cùng với sự tham gia của y tế thôn bản (2 nhóm đối tượng có tỉ lệ truyền thông tương đối cao trong kết quả nghiên cứu tại bảng 3.6).

Kết quả nghiên cứu ở bảng 3.10 cho thấy số phụ nữ đã từng đến KCB phụ khoa tại TYT xã là 59,2%. Trong số này có 72,0% phụ nữ cảm thấy hài lòng khi KCB ở TYT xã. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn nghiên cứu của Nguyễn Thị Liên (2010) [44], với tỉ lệ khám VNĐSD tại TYT xã chiếm cao nhất (65,8%). Mặt khác, kết quả nghiên cứu của chúng tôi lại cao hơn của Đỗ Mai Hoa (2009) [25], khi công bố tỉ lệ đi KCB ở những phụ nữ bị VNĐSD là 36%. Đối với phụ nữ nông thôn miền núi, tỉ lệ đi khám tại TYT xã chưa đạt cao không phải là do họ lựa chọn các hình thức khám khác như khám tại phòng khám tư hay tại bệnh viện huyện mà chủ yếu là họ ngại không đi KCB. Ngoài ra, tỉ lệ KCB phụ khoa tại TYT xã thấp có thể là do các đợt chiến dịch KHHGĐ được tiến hành sáu tháng một lần cũng làm cho phụ nữ trở nên thụ động với bệnh mà mình đang mắc vì họ thường cố chờ đến các đợt chiến dịch để nhận thuốc và khám phụ khoa không mất tiền, hơn nữa lại được KCB bởi bác sỹ tuyến huyện với trình độ chuyên môn cao hơn [25]. Tuy nhiên, hình thức KCB VNĐSD tại TYT xã là hình thức chiếm tỉ lệ cao nhất [111]. Bởi lẽ, phụ nữ bận rộn với công việc gia đình, ngại đi xa và họ sợ tốn kém nên chọn dịch vụ gần nhất, tiện lợi nhất. Vì thế, các CBYT tuyến xã, tuyến huyện và các nhà quản lý phải biết quan tâm tới tâm lý chung của phụ nữ, phải đảm bảo đầy đủ 10 quyền của khách hàng trong CSSKSS để nâng cao khả năng thu hút phụ nữ đến với dịch vụ KCB VNĐSD tại TYT xã.

Một vấn đề quan trọng mà nghiên cứu chúng tôi tìm ra đó là chỉ có hơn một nữa (52,1%) phụ nữ được tư vấn về phòng chống VNĐSD khi đi KCB về VNĐSD tại TYT xã. Trong số phụ nữ được tư vấn, có gần một nửa (44,4%) cho rằng chất lượng dịch vụ tư vấn tại TYT xã chưa tốt. Trong kết quả nghiên cứu về khảo sát thực trạng bệnh nhiễm khuẩn đường sinh sản, u vú, ung thư cổ tử cung của phụ nữ Việt Nam của Trung tâm nghiên cứu và phát triển y tế

cộng đồng (2004) cũng cho thấy: việc tư vấn về các bệnh VNĐSD hay các bệnh lây lan qua đường tình dục được thực hiện tại 14/24 cơ sở y tế nhưng chỉ có 10/14 cơ sở y tế có khả năng chuẩn đoán và chữa trị những bệnh này. Bên cạnh đó, trong tổng số cán bộ phụ trách về SKSS thì có 27% của đội ngũ CBYT là nữ hộ sinh trung cấp và khoảng 63% trong số họ được đào tạo về phụ khoa và nhi khoa [64]. Những con số trên cho thấy những bất cập của hệ thống y tế cơ sở trong công tác phòng chống VNĐSD và là bằng chứng xác đáng cung cấp cho các nhà hoạch định chính sách cũng như thực hiện các can thiệp phòng chống VNĐSD tại cộng đồng.

4.3.2. Hiệu quả sau can thiệp

4.3.2.1. Thay đổi kiến thức, thái độ, thực hành phòng chống viêm nhiễm đường sinh dục

Sau can thiệp; tỉ lệ phụ nữ có kiến thức tốt chiếm 85,5%; tăng 66,0% so với trước can thiệp; sự khác biệt trước - sau can thiệp có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05\%$ với CSHQ là 338,5% và HQCT là 317,9%. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng tương đương với kết quả nghiên cứu của tác giả Nguyễn Minh Quang (2013) [52], với tỉ lệ phụ nữ ở địa bàn can thiệp biết các nguyên nhân gây bệnh nhiễm khuẩn đường sinh dục sau can thiệp là 88,8% và tăng có ý nghĩa thống kê so với trước can thiệp. Nghiên cứu của Aggarwal A. K. và cs (2004) [71], tiến hành TT - GDSK tại cộng đồng nhằm nâng cao nhận thức của nam giới và nữ giới trong độ tuổi sinh đẻ về phòng chống VNĐSD và HIV/AIDS cũng rút ra kết luận sau quá trình truyền thông thì điểm kiến thức về bệnh VNĐSD và bệnh LTQĐTD đã tăng một cách rõ rệt. Nghiên cứu của cũng cho thấy việc TT - GDSK có tác dụng tốt để nâng cao kiến thức phòng chống VNĐSD và bệnh LTQĐTD về: tác nhân gây bệnh, yếu tố nguy cơ, biểu hiện, quản lý và phòng bệnh [119]. Nghiên cứu của Jiang Z. M. và cs (2007) [89], nghiên cứu áp dụng mô hình can thiệp tại cộng đồng nhằm phòng chống các bệnh VNĐSD ở phụ nữ có chồng trong độ tuổi sinh đẻ thông qua chiến lược TT - GDSK cũng cho kết quả tăng kiến thức về các bệnh VNĐSD của nhóm can thiệp tăng 9,22 lần. Nghiên cứu ở Việt Nam của tác giả Kim Bảo Giang and Hoàng Văn Minh (2011) [19], cũng cho thấy hiệu quả của truyền thông trong việc cải thiện kiến thức về phòng chống một số bệnh LTQĐTD. Việc có kiến thức tốt về bệnh VNĐSD sẽ giúp người phụ nữ sớm

phát hiện được bệnh, giúp họ có thể khám và điều trị kịp thời, bên cạnh đó họ sẽ thực hiện tốt các hành vi phòng chống bệnh và mang lại hiệu quả cao trong công tác phòng chống bệnh VNĐSD.

Thái độ của phụ nữ đối với phòng chống bệnh VNĐSD là một trong những yếu tố quan trọng liên quan đến việc thực hành các hành vi dự phòng VNĐSD. Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy thái độ tốt về phòng chống VNĐSD tăng từ 68,0% lên tới 96,0%; với CSHQ là 41,2%; HQCT là 32,8% và $p < 0,05$. Nghiên cứu của tại Hà Nội (2013) cũng cho thấy; khi áp dụng TT-GDSK thì thái độ về việc QHTD chung thủy và luôn sử dụng bao cao su khi QHTD nhằm phòng chống VNĐSD đều tăng lên tới 99,3%; có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$ và CSHQ lần lượt là 32,6% và 30,0% [52]. Nghiên cứu của tác giả Phạm Thu Xanh (2014) [70], cũng cho thấy sự thay đổi thái độ đúng về điều trị sớm và ứng xử đúng khi bị VNĐSD tăng lên có ý nghĩa thống kê sau can thiệp TT - GDSK. Điều này minh chứng cho tác dụng tốt của công tác TT - GDSK trong mô hình can thiệp của chúng tôi.

Khám phụ khoa định kỳ ở phụ nữ là một trong những việc làm được khuyến cáo thực hiện để giúp cho phụ nữ kịp thời phát hiện bệnh VNĐSD, điều trị kịp thời và cho hiệu quả cao, tránh những biến chứng đáng tiếc có thể xảy ra. Một năm, người phụ nữ được khuyến cáo đi khám phụ khoa định kỳ ít nhất 2 lần, ngay cả khi họ không có biểu hiện nghi ngờ mắc bệnh. Nghiên cứu của tác giả Phạm Thu Xanh (2014) [70], cho kết quả tăng tỉ lệ khám phụ khoa định kỳ sau can thiệp có ý nghĩa thống kê. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng tương tự kết quả trên với tỉ lệ phụ nữ khám phụ khoa định kỳ tăng thêm 64,0% so với trước can thiệp. Đây chính là một trong những hành vi tốt cho việc phòng chống bệnh VNĐSD. Ngoài ra, nghiên cứu của chúng tôi cũng cho thấy tỉ lệ phụ nữ thực hành tốt các hành vi phòng chống VNĐSD tăng lên đáng kể; có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$) sau can thiệp ở tại xã can thiệp. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng tương tự nghiên cứu của Jiang Z. M. và cs (2007) [89] với sự thay đổi rõ rệt hành vi phòng chống VNĐSD sau can thiệp: nghiên cứu áp dụng mô hình can thiệp tại cộng đồng thông qua chiến lược TT - GDSK cho kết quả hành vi cá nhân đúng tăng hơn 1,6 lần và việc sử dụng bao cao su tăng hơn 1,84 lần ở nhóm can thiệp so với nhóm chứng. Với các kết quả này có thể thấy các biện pháp can thiệp được áp dụng trong nghiên cứu của chúng tôi đã cho hiệu quả tốt. Có thể coi đó làm căn cứ để áp dụng rộng rãi sau này ở các địa bàn khác.

4.3.2.2. Thay đổi về vệ sinh môi trường liên quan đến phòng chống viêm nhiễm đường sinh dục

Việc được sử dụng nguồn nước hợp vệ sinh và nhà tắm hợp vệ sinh chính là một trong những biện pháp quan trọng nhằm làm giảm tỉ lệ VNĐSD cho phụ nữ trong độ tuổi sinh đẻ. Nghiên cứu định tính cho thấy quan điểm của người dân là muốn thay đổi môi trường để làm giảm tình trạng VNĐSD: *"…Muốn phòng chống tốt thì theo tôi chị em phải được sử dụng nguồn nước sạch, dùng nhà tắm sạch và không tiếp xúc với nguồn nước bị ô nhiễm. Nhưng nguồn lực y tế chúng tôi có hạn, chúng tôi lấy đâu ra tiền mà lo nguồn nước, lo nhà tắm…"* Mô hình can thiệp của chúng tôi không chỉ tập trung vào truyền thông phòng chống bệnh VNĐSD mà còn tiến hành truyền thông về VSMT; phối hợp với phong trào xây dựng làng văn hóa trên địa bàn nghiên cứu. Đó chính là lý do sau 02 năm can thiệp; tỉ lệ số phụ nữ được dùng nguồn nước hợp vệ sinh tại xã can thiệp tăng lên tới 94,5% và tỉ lệ phụ nữ được dùng nhà tắm hợp vệ sinh tăng lên 67,0%; có ý nghĩa thống kê. Kết quả này cao hơn kết quả ở xã đối chứng với hiệu quả can thiệp là 20,0% cho chỉ tiêu nguồn nước hợp vệ sinh và 41,2% cho chỉ tiêu nhà tắm hợp vệ sinh. Đây chính là một trong những điểm mạnh của mô hình huy động cộng đồng can thiệp phòng chống VNĐSD của chúng tôi, bởi lẽ việc thay đổi tình trạng VSMT cho phụ nữ sẽ tạo điều kiện cho phụ nữ được sinh hoạt trong một môi trường trong sạch; có tác dụng phòng ngừa bệnh lâu dài; hoạt động này vừa tạo nên tính toàn diện và vừa tạo nên tính bền vững của mô hình. Kết quả này được minh chứng rõ ràng trong nghiên cứu định tính: "*…Dự án tiến hành ở xã đạt kết quả tốt. Tổ chức phụ nữ xã, thôn xóm hoạt động tích cực phối hợp chặt chẽ với y tế trong truyền thông vận động phụ nữ giữ gìn vệ sinh, làm các công trình vệ sinh tại các hộ gia đình. Tổ chức thực hiện mô hình dự án dễ dàng thuận lợi cho nên theo chúng tôi là có khả năng duy trì được…"*.

4.3.2.3. Thay đổi về hệ thống y tế cơ sở liên quan đến viêm nhiễm đường sinh dục

Một trong những điểm yếu của y tế tuyến cở sở tại các xã miền núi đó là khả năng cung ứng dịch vụ còn yếu và thiếu. Việc có các biện pháp hỗ trợ cho hoạt động cung ứng dịch vụ của y tế cơ sở sẽ tạo điều kiện cho phụ nữ có khả năng tiếp cận tốt dịch vụ KCB nói chung và KCB VNĐSD nói riêng. Không chỉ với hoạt động về đào tạo nâng cao năng lực chuyên môn đối với

việc KCB VNĐSD; chúng tôi còn tập trung tiến hành nâng cao thái độ; kỹ năng tiếp xúc, tư vấn cho bệnh nhân của cán bộ TYT. Bởi lẽ; phụ nữ nông thôn miền núi thường có những mặc cảm/xấu hổ nhất định khi đi KCB phụ khoa. Với tỉ lệ bệnh nhân hài lòng khi KCB tại TYT xã can thiệp tăng lên tới 94,5% (sau can thiệp) và tỉ lệ phụ nữ được tư vấn về phòng chống VNĐSD (sau can thiệp) tăng tới 98,5% đã minh chứng hiệu quả can thiệp của chúng tôi. Việc nâng cao khả năng tiếp cận dịch vụ y tế cho phụ nữ nông thôn miền núi vừa có tác dụng điều trị bệnh tốt hơn và vừa có tác dụng tăng tỉ lệ khám phụ khoa định kỳ cho chị em trên địa bàn nghiên cứu. Khi nâng cao được chất lượng dịch vụ y tế và khả năng tiếp cận dịch vụ y tế thì điều hiển nhiên là kiến thức, thái độ và thực hành phòng chống bệnh VNĐSD của phụ nữ tăng lên kèm theo ngay chính trình độ chuyên môn của cán bộ y tế cũng tăng lên. Minh chứng rõ ràng cho kết quả thay đổi ở hệ thống y tế tuyến xã được thể hiện rõ trong nghiên cứu định tính của chúng tôi: "*…CBYT xã đã tăng cường tư vấn phòng chống bệnh phụ khoa cho phụ nữ khi đến khám bệnh tại trạm. TYT xã đã tổ chức khám định kỳ 1 năm 3 lần về CSSKSS cho phụ nữ 19-49 tuổi có chồng. Ngoài ra còn tuyên truyền giáo dục SKSS trong những cuộc họp phụ nữ xóm làm cho chị em nhận thức thay đổi hành vi có hại thực hiện hành vi tốt cho SKSS và thường xuyên khám, điều trị bệnh phụ khoa tại trạm…*". VNĐSD là một vấn đề quan trọng đối với sức khỏe của người phụ nữ vì nó là nguyên nhân gây ra nhiều rối loạn ảnh hưởng đến sức khỏe, từ đó ảnh hưởng đến khả năng lao động, đời sống và hoạt động tình dục của phụ nữ và người chồng. Đôi khi bệnh này gây ra nhiều biến chứng nặng nề nếu như người phụ nữ không được chẩn đoán và điều trị kịp thời và triệt để. Chính vì vậy việc giảm tỉ lệ mắc VNĐSD là kết quả mong đợi của các biện pháp can thiệp trong mô hình nghiên cứu của chúng tôi.

4.3.2.4. Kết quả phòng chống bệnh viêm nhiễm đường sinh dục

Bên cạnh đó, để đánh giá chính xác hiệu quả của mô hình thì việc đánh giá kết quả tỉ lệ VNĐSD trên địa bàn là hoạt động đánh giá chính xác nhất. Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy; sau can thiệp tỉ lệ bị VNĐSD tại xã Thành Công đã giảm 23,0%; có ý nghĩa thống kê; giảm nhiều so với xã đối chứng với HQCT là 53,2%. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng tương đương nghiên cứu của Phạm Thu Xanh (2014) [70],

với mô hình truyền thông giảm tỉ lệ VNĐSD trước can thiệp là 60,7% xuống còn 30,7% sau can thiệp; có ý nghĩa thống kê. Kết quả nghiên cứu của Jiang Z. M. và cs (2007) [89], cũng cho thấy tỉ lệ mắc các bệnh VNĐSD ở nhóm can thiệp giảm 7,45% so với nhóm chứng chỉ giảm 0,96% với tỉ số chênh OR = 0.68 (95% CI: 0,49 - 0,95). Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng phù hợp với nghiên cứu can thiệp cộng đồng của Manoj K. G. và cs (2015) [99], khi tiến hành can thiệp bằng phương pháp TT - GDSK, thành lập các nhóm phụ nữ tham gia truyền thông và phát triển tài liệu truyền thông sau 01 năm cho thấy tỉ lệ phụ nữ bị bất kỳ biểu hiện bất thường nào của khí hư tại địa bàn can thiệp giảm từ 16,8% xuống còn 13,2%, có ý nghĩa thống kê; trong khi đó, kết quả này tại xã địa bàn đối chứng giảm xuống ít, không có ý nghĩa thống kê.

So sánh với một số mô hình khác như: (1) *Mô hình huy động giáo viên cắm bản vào tham gia chăm sóc sức khỏe cộng đồng* [33] thì mô hình này chỉ huy động được sự tham gia chủ yếu của NVYTTB và giáo viên. Vấn đề đặt ra là: (i) giáo viên cắm bản thật sự không có kiến thức chuyên sâu về SKSS; (ii) giáo viên cắm bản có thể là cô giáo vùng xuôi lên công tác, cuối tuần thường có xu hướng về thăm gia đình, như vậy hoạt động có thể chưa thể sát sao; (iii) mô hình này mới chỉ dừng ở việc truyền thông mà không có các hoạt động khám chữa bệnh và nâng cao hệ thống y tế tuyến xã đi kèm. (2) *Mô hình truyền thông phòng chống một số bệnh LTQĐTD cho công nhân một số nhà máy may công nghiệp* [19] cũng không cho thấy sự huy động đầy đủ các ban ngành đoàn thể trong công tác truyền thông giáo dục sức khỏe. Mô hình chưa huy động được tổ chức công đoàn và đoàn thanh niên trong cơ quan cùng tham gia nâng cao; bên cạnh đó là việc gặp phải một số bất cập nhất định khi giáo dục viên tiến hành tư vấn trong quá trình làm việc tại phân xưởng. (3) *Mô hình truyền thông phòng chống bệnh VNĐSD dưới cho phụ nữ có chồng khu vực biển, đảo thành phố Hải Phòng* là mô hình tiến hành truyền thông liên tục tại cộng đồng nhằm cung cấp thông tin theo định kỳ, liên tục với mục tiêu nâng cao kiến thức, hiểu biết, thái độ liên quan đến việc phòng chống VNĐSD cho phụ nữ. Mô hình mặc dù đã đạt hiệu quả cao, song mới chỉ huy động được sự tham gia của hội phụ nữ và NVYTTB mà chưa thật sự huy động được sự tham gia của các ban ngành khác tại địa phương vào cuộc trong

công tác TT - GDSK phòng chống bệnh VNĐSD tại địa bàn nghiên cứu. Bên cạnh đó mô hình này không có những hoạt động can thiệp về vệ sinh môi trường để đảm bảo môi trường sạch cho phụ nữ.

Như vậy, khi so sánh với các mô hình nói trên thì rõ ràng các biện pháp can thiệp trong mô hình nghiên cứu của tôi đã can thiệp một cách toàn diện, đã huy động được toàn bộ cộng đồng tham gia, nâng cao được kiến thức, thái độ và thực hành của phụ nữ về phòng chống bệnh VNĐSD; nâng cao chất lượng và khả năng tiếp cận dịch vụ y tế, nâng cao chất lượng môi trường sống cho phụ nữ cũng như giảm tỉ lệ VNĐSD tại địa bàn nghiên cứu và đã mang lại hiệu quả như mong đợi. Đây chính là cơ sở cho các nhà quản lý, các nhà hoạch định chính sách và địa phương tham khảo và áp dụng, góp phần nâng cao chất lượng CSSKSS cho các phụ nữ khác trên địa bàn tỉnh Thái Nguyên và nhân rộng.

Kết thúc giai đoạn can thiệp, nhóm nghiên cứu đã tiến hành phỏng vấn sâu, thảo luận nhóm các phụ nữ trong độ tuổi sinh đẻ, cán bộ phụ nữ, CTVDS, NVYTTB, CBYT xã, lãnh đạo cộng đồng để: Đánh giá sự chấp nhận của cộng đồng với mô hình can thiệp được thực hiện tại địa phương, kết quả thu được như sau: Mô hình can thiệp phòng chống VNĐSD cho phụ nữ có chồng trong độ tuổi sinh đẻ được cộng đồng chấp nhận. Qua phỏng vấn sâu và thảo luận nhóm chúng tôi nhận được sự đồng thuận của cán bộ lãnh đạo cộng đồng, của CBYT tuyến cơ sở, của các ban ngành đoàn thể… và của chính phụ nữ trong độ tuổi sinh đẻ. Họ cho rằng, khi tham gia vào chương trình, đã nhận được những hiệu quả thiết thực là kiến thức, thực hành về phòng chống VNĐSD được nâng cao. Bên cạnh đó là sự phù hợp, dễ thực hiện mà không tốn kém của mô hình đã thúc đẩy cộng đồng, đặc biệt là chị em phụ nữ đón nhận và tích cực tham gia.

KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu về viêm nhiễm đường sinh dục ở phụ nữ nông thôn miền núi tại Thái Nguyên, chúng tôi rút ra một số kết luận sau:

1) Dịch tễ học bệnh viêm nhiễm đường sinh dục ở phụ nữ nông thôn miền núi độ tuổi sinh đẻ có chồng

- Tỉ lệ bệnh viêm nhiễm đường sinh dục của phụ nữ nông thôn miền núi độ tuổi sinh đẻ có chồng tại Thái Nguyên là 35,4%.

- Phân bố bệnh: Phụ nữ lứa tuổi 25 - 34 có tỉ lệ mắc cao nhất (43,6%); Người Nùng, Kinh, Tày có số người mắc bệnh cao (38 - 41%), thấp nhất là người Dao và dân tộc thiểu số khác (chủ yếu là người Mông) (7,8%). Phụ nữ làm ruộng có tỉ lệ mắc cao nhất (41,1%). Số phụ nữ ở các hộ nghèo bị mắc bệnh cao hơn. Phụ nữ ở vùng thấp của Thái Nguyên (trung du) có tỉ lệ mắc bệnh viêm nhiễm đường sinh dục cao nhất (50,3%), thấp nhất là khu vực vùng cao (21,8%).

2) Một số yếu tố viêm nhiễm đường sinh dục của phụ nữ độ tuổi sinh đẻ có chồng ở nông thôn miền núi tỉnh Thái Nguyên

Đã xác định được 12 yếu tố nguy cơ như sau: 1) Thực hành phòng chống bệnh chưa tốt (OR = 10,5, 95% CI: 6,7 - 16,5). 2) Nguồn nước chưa hợp vệ sinh (OR = 6,3, 95% CI: 4,4 – 9,0). 3) Kiến thức phòng bệnh chưa tốt (OR = 6,2, 95% CI: 4,1 – 9,3). 4) Không đi khám phụ khoa định kỳ (OR = 5,2, 95% CI: 3,7 – 7,4), 5) Thuộc hộ gia đình nghèo (OR = 4,6, 95% CI: 2,8 - 7,5). 6) Không được tư vấn phòng chống bệnh (OR = 3,3, 95% CI: 2,4 - 4,5). 7) Thái độ phòng chống bệnh chưa tốt (OR = 3,2, 95% CI: 2,4 - 4,4). 8) Nhà tắm chưa hợp vệ sinh (OR = 2,5, 95% CI: 1,9 - 3,4). 9) Phụ nữ làm ruộng (OR = 2,2, 95% CI: 1,6 - 3,0). 10) Phụ nữ người Kinh (OR = 1,7, 95% CI: 1,3 - 2,3). 11) Phụ nữ trình độ học vấn thấp (OR = 1,6, 95% CI: 1,2 - 2,1). 12) Gia đình đông con (OR = 1,5, 95% CI: 1,2 - 2,1).

3) Hiệu quả giải pháp phòng chống bệnh viêm nhiễm đường sinh dục của phụ nữ nông thôn xã Thành Công huyện Phổ Yên tỉnh Thái Nguyên sau 2 năm can thiệp:

- Hiệu quả can thiệp đối với kiến thức thái độ thực hành của phụ nữ nông thôn về phòng chống bệnh là kiến thức: 317,9%, thái độ: 32,8%, thực hành là 199,5%.

- Hiệu quả can thiệp đối với sử dụng nguồn nước sạch là 20,0% và nhà tắm hợp vệ sinh là 41,2%.

- Hiệu quả can thiệp đối với chất lượng dịch vụ khám chữa bệnh viêm nhiễm đường sinh dục là mức độ hài lòng của phụ nữ đến khám chữa bệnh là 21,9%, tư vấn về phòng chống bệnh là 65,3%.

- Hiệu quả can thiệp đối với chất lượng dịch vụ khám chữa bệnh viêm nhiễm đường sinh dục là mức độ hài lòng của phụ nữ đến khám chữa bệnh là 21,9%, tư vấn về phòng chống bệnh là 65,3%.

- Tỉ lệ phụ nữ mắc VNĐSD tại xã can thiệp ở thời điểm sau can thiệp đã giảm xuống còn 12,5% so với trước can thiệp là 35,5% ($p < 0,05$). Các giải pháp can thiệp đem lại hiệu quả là 53,2%.

- Các giải pháp can thiệp cộng đồng phòng chống viêm nhiễm đường sinh dục tiến hành ở xã Thành Công dễ làm, không tốn kém, người dân đồng tình ủng hộ và sẵn sàng tiếp tục duy trì.

KHUYẾN NGHỊ

1) Trung tâm Y tế huyện Phổ Yên và Sở Y tế Thái Nguyên cần tiếp tục tăng cường công tác Truyền thông giáo dục sức khỏe về bệnh VNĐSD, nhằm cung cấp các kiến thức về CSSKSS, đặc biệt là kiến thức, thái độ, thực hành về vệ sinh phụ nữ, vệ sinh kinh nguyệt, vệ sinh khi quan hệ vợ chồng, khám phụ khoa định kỳ để phát hiện bệnh sớm cho phụ nữ trong độ tuổi sinh đẻ. Định kỳ duy trì hoạt động tập huấn nâng cao năng lực khám chữa bệnh VNĐSD cho CBYT tại các TYT xã. Tăng cường hoạt động giám sát dịch vụ CSSKSS cho y tế tuyến xã nhằm nâng cao chất lượng các dịch vụ y tế liên quan đến công tác khám chữa bệnh VNĐSD.

2) Đối với chính quyền địa phương ở Thái Nguyên cần đẩy mạnh thực hiện chương trình nông thôn mới, chú ý cải thiện các công trình vệ sinh như nước sạch và nhà tắm hợp vệ sinh. Qua đó giúp cho người phụ nữ cải thiện các điều kiện sinh hoạt, điều kiện chăm sóc sức khoẻ, thực hiện có hiệu quả các biện pháp phòng chống bệnh viêm nhiễm đường sinh dục và tiếp tục phát huy mô hình.

3) Các giải pháp can thiệp và mô hình truyền thông *Huy động cộng đồng phòng chống bệnh viêm nhiễm đường sinh dục cho phụ nữ nông thôn xã Thành Công huyện Phổ Yên Thái Nguyên* đã đem lại hiệu quả cao. Chính quyền địa phương; Trung tâm y tế huyện; Sở y tế Thái Nguyên và các nhà hoạch định chính sách cần có những biện pháp thiết thực nhằm nhân rộng mô hình, đặc biệt là vùng nông thôn miền núi; qua đó nâng cao chất lượng chăm sóc sức khỏe sinhh sản cho phụ nữ miền núi.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

TIẾNG VIỆT

1. Nguyễn Duy Ánh (2009), "Nhiễm khuẩn đường sinh dục dưới và mối liên quan với kiến thức, thái độ, thực hành của phụ nữ có chồng tại Đông Anh", *Tạp chí Y học thực hành*, 8 (668), tr. 53-55.
2. Nguyễn Duy Ánh (2009), "Thực trạng và yếu tố liên quan đến nhiễm khuẩn đường sinh dục dưới của phụ nữ có chồng độ tuổi 18 - 49 tại quận Cầu Giấy", *Tạp chí Y học thực hành*, 8 (669), tr. 21-24.
3. Nguyễn Duy Ánh (2010), *Nghiên cứu một số yếu tố nguy cơ của viêm nhiễm đường sinh dục dưới ở phụ nữ Hà Nội từ 18-49 tuổi đã có chồng*, Luận án tiến sĩ Y học, Trường Đại học Y Hà Nội.
4. Nguyễn Thị Ánh (2013), *Thực trạng kiến thức, thái độ, thực hành phòng chống bệnh VNĐSDD của phụ nữ độ tuổi 18 - 49, có chồng tại xã Thành Công, huyện Phổ Yên, tỉnh Thái Nguyên*, Khóa luận tốt nghiệp Bác sỹ Y học dự phòng, Trường Đại học Y Dược, Đại học Thái Nguyên.
5. Nguyễn Trọng Bài, Võ Văn Thắng (2011), "Các yếu tố liên quan đến viêm nhiễm đường sinh dục dưới ở phụ nữ 18-49 tuổi có chồng tại huyện Thới Bình, tỉnh Cà Mau năm 2009", *Tạp chí Y học dự phòng*, 121 (3), tr. 15-19.
6. Nguyễn Trọng Bài, Võ Văn Thắng (2011), "Tình hình viêm nhiễm đường sinh dục dưới ở phụ nữ 18-49 tuổi có chồng tại huyện Thới Bình, tỉnh Cà Mau năm 2009", *Tạp chí Y học dự phòng*, 121 (3), tr. 33-36.
7. Bộ môn Sản (2014), *Sản phụ khoa*, Tài liệu giảng dạy sau đại học, Trường Đại học Y Dược, Đại học Thái Nguyên.
8. Bộ Y tế 2000, *Chiến lược quốc gia về chăm sóc sức khỏe sinh sản 2001 - 2010*, Hà Nội.
9. Bộ Y tế (2002), *Kế hoạch tổng thể quốc gia về Làm mẹ an toàn giai đoạn 2003 - 2010*, *Bộ Y tế, Hà Nội*.

10. Bộ Y tế (2009), "Hướng dẫn quốc gia về các dịch vụ chăm sóc sức khỏe sinh sản", *Bộ Y tế, Hà Nội*.

11. Bộ Y tế (2012), "Quyết định về việc phê duyệt Kế hoạch hành động quốc gia về chăm sóc sức khỏe sinh sản, tập trung vào làm mẹ an toàn và chăm sóc sơ sinh giai đoạn 2011-2015", *Bộ Y tế, Hà Nội*.

12. Bộ Y tế, Nhóm đối tác Y tế (2012), *Báo cáo chung tổng quan ngành y tế năm 2012: Nâng cao chất lượng dịch vụ khám, chữa bệnh*, Bộ Y tế, Hà Nội.

13. Bộ Y tế, Nhóm đối tác Y tế (2013), *Báo cáo chung tổng quan ngành y tế năm 2013: Hướng tới bao phủ chăm sóc sức khỏe toàn dân*, Bộ Y tế, Hà Nội.

14. Cục thống kê Thái Nguyên (2013), *Niên giám thống kê 2012*, Nhà xuất bản thống kê, Hà Nội.

15. Cục Y tế dự phòng và Môi Trường - Bộ Y tế (2009), *Quy chuẩn kỹ thuật quốc gia về chất lượng nước sinh hoạt*, Bộ Y tế, Hà Nội.

16. Dương Thị Cương (2004), *Bài giảng Sản phụ khoa*, Tập I, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội.

17. Trần Thị Đức, Cao Ngọc Thành (2007), "Tình hình viêm nhiễm đường sinh dục dưới ở phụ nữ trong độ tuổi sinh đẻ (15-49) tại một số xã của huyện Thọ Xuân, tỉnh Thanh Hóa", *Tạp chí Phụ sản*, Số đặc biệt, tr. 181-193.

18. Phan Trường Duyệt, Đinh Thế Mỹ (2004), *Lâm sàng Sản phụ khoa*, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội.

19. Kim Bảo Giang, Hoàng Văn Minh (2011), "Sự cải thiện kiến thức về một số bệnh lây truyền qua đường tình dục của công nhân một số nhà máy may công nghiệp tại tỉnh Bình Dương và thành phố Hồ Chí Minh sau một năm can thiệp truyền thông", *Tạp chí Y học thực hành*, 759 (4), tr. 20-23.

20. Bùi Thị Thu Hà (2007), "Nhiễm khuẩn đường sinh sản ở phụ nữ từ 19-49 tuổi phường Mai Dịch, Hà Nội năm 2005", *Tạp chí Y học thực hành*, 12, tr. 93-96.

21. Cấn Hải Hà (2014), *Thực trạng viêm nhiễm đường sinh dục ở phụ nữ 15-49 tuổi có chồng tại xã Kim Quan - Thạch Thất - Hà Nội và một số yếu tố liên quan*, Luận văn thạc sĩ y học dự phòng, Trường Đại học Y Dược, Đại học Thái Nguyên.

22. Đỗ Hàm (2011), *Phương pháp nghiên cứu khoa học trong lĩnh vực y học*, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội.

23. Hoàng Minh Hằng (2011), *Đánh giá nhận thức của phụ nữ 15-49 tuổi về viêm nhiễm đường sinh dục của phụ nữ Vĩnh Bảo, Hải Phòng*, Luận văn thạc sĩ Y học, Trường Đại học Y Hà Nội.

24. Đoàn Huy Hậu, Nguyễn Văn Ba, Hoàng Văn Lương (2007), "Nghiên cứu nhu cầu và khả năng tiếp cận dịch vụ chăm sóc sức khỏe sinh sản của phụ nữ trong nhóm dân cư vạn chài du canh tại một số địa bàn khu vực phía Bắc Hà Nội", *Tạp chí Y học thực hành*, 4 (816), tr. 13-18.

25. Đỗ Mai Hoa (2009), "Hành vi tìm kiếm các hình thức khám chữa bệnh VNĐSD của phụ nữ tại Chí Linh, Hải Dương", *Tạp chí Y tế công cộng*, 4 (4), tr. 11-17.

26. Nguyễn Thị Kim Hoa (2010), "Khảo sát kiến thức, thái độ, thực hành về phòng chống bệnh nhiễm trùng đường tiểu", *Tạp chí Y học thực hành*, 763 (4), tr. 115-117.

27. Đàm Khải Hoàn (2010), *Dân số - chăm sóc sức khỏe sinh sản*, Nhà xuất bản Đại học Quốc gia, Hà Nội.

28. Đàm Khải Hoàn (2010), *Huy động cộng đồng truyền thông ở miền núi phía Bắc*, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội.

29. Đàm Khải Hoàn (2010), *Nghiên cứu thực trạng chăm sóc sản khoa thiết yếu tại tuyến xã thuộc huyện Đồng Hỷ tỉnh Thái Nguyên và đề xuất các giải pháp can thiệp*, Đề tài cấp Đại học, Đại Học Thái Nguyên, mã số 2012 - TN05-10, Thái Nguyên.

30. Đàm Khải Hoàn (2013), *Chẩn đoán cộng đồng*, Tài liệu giảng dạy sau đại học, Trường Đại học Y Dược, Đại học Thái Nguyên.

31. Đàm Khải Hoàn (2013), *Khoa học hành vi & Giáo dục nâng cao sức khỏe*, Tài liệu giảng dạy sau đại học, Trường Đại học Y Dược, Đại học Thái Nguyên.

32. Đàm Khải Hoàn, Nguyễn Thành Trung (2001), "Thực trạng chăm sóc sức khoẻ ban đầu ở miền núi phía Bắc", *Kỷ yếu hội thảo Nâng cao năng lực chăm sóc sức khoẻ cho đồng bào các dân tộc những vùng khó khăn ở khu vực miền núi phía Bắc*, 12/2001, tr. 205-212.

33. Đàm Khải Hoàn, Hạc Văn Vinh, Đàm Thị Tuyết (2003), *Nghiên cứu mô hình huy động giáo viên "cắm bản" tham gia công tác truyền thông - giáo dục sức khỏe sinh sản cho người dân vùng cao huyện Đồng Hỷ, tỉnh Thái Nguyên*, Đề tài cấp bộ, Trường Đại học Y Dược, Đại học Thái Nguyên.

34. Nguyễn Văn Học (2011), "Một số yếu tố liên quan đến viêm nhiễm đường sinh dục dưới ở phụ nữ trong độ tuổi sinh đẻ có chồng tại huyện Thanh Hà - Hải Dương năm 2007", *Tạp chí Y học Việt Nam*, tr. 67-70.

35. Nguyễn Văn Học (2011), "Một số yếu tố liên quan tới bệnh viêm nhiễm đường sinh dục dưới của phụ nữ từ 19 - 53 tuổi có chồng tại quận Hồng Bàng năm 2010", *Tạp chí Y học Việt Nam*, 4 (1), tr. 50-53.

36. Nguyễn Văn Học, Vũ Quang Khải (2011), "Tình hình viêm nhiễm đường sinh dục dưới ở phụ nữ trong độ tuổi sinh đẻ có chồng tại huyện Thanh Hà, tỉnh Hải Dương năm 2007", *Tạp chí Y học Việt Nam*, 5 (1), tr. 34-37.

37. Nguyễn Văn Học, Đào Văn Lân (2009), "Một số yếu tố liên quan chính tới bệnh viêm nhiễm đường sinh dục dưới của phụ nữ từ 18-52 tuổi tại quận Kiến An, Hải Phòng năm 2009", *Tạp chí Y học thực hành*, (789) 4, tr. 110-115.

38. Vũ Bá Hòe (2008), *Xác định tỉ lệ mắc và nhận thức, thái độ, thực hành của phụ nữ 15-49 tuổi về viêm nhiễm đường sinh dục dưới tại huyện Vĩnh Bảo thành phố Hải Phòng năm 2008*, Luận án bác sỹ chuyên khoa II, Trường Đại học Y Thái Bình.

39. Đinh Thanh Huề, Lê Văn Tế (2004), "Nghiên cứu tình hình viêm nhiễm đường sinh dục dưới ở phụ nữ có chồng, độ tuổi sinh đẻ ở xã Quảng Thọ, huyện Quảng Trạch, Quảng Bình", *Tạp chí Y học thực hành*, (658) 3, tr. 65-67.

40. Nguyễn Thị Huệ, Lâm Đức Tâm (2010), "Khảo sát kiến thức về vệ sinh phụ nữ với tình trạng viêm âm đạo tại bệnh viện đa khoa Cần Thơ", *Tạp chí Y học thực hành*, 12 (745), tr. 16-19.

41. Phạm Đình Hùng, Đinh Thanh Huề (2004), "Nghiên cứu tình hình viêm nhiễm đường sinh dục dưới ở phụ nữ có chồng trong độ tuổi sinh đẻ xã Hương Long thành phố Huế", *Tạp chí nghiên cứu Y học*, 27 (1), tr. 127-132.

42. Phạm Thị Khanh (2010), *Nghiên cứu tình hình nhiễm khuẩn đường sinh dục dưới và các yếu tố liên quan của phụ nữ tuổi từ 18 đến 45 tại Bệnh viện Phụ sản Thanh Hóa*, Luận văn bác sỹ chuyên khoa cấp II, Trường Đại học Y Hà Nội.

43. Trần Thị Lài (2011), *Nghiên cứu tình hình viêm nhiễm đường sinh dục dưới ở phụ nữ có chồng trong diện tuổi sinh đẻ tỉnh Hậu Giang năm 2011*, Đề tài nghiên cứu khoa học cấp tỉnh, Hậu Giang.

44. Nguyễn Thị Liên (2010), *Thực trạng và các yếu tố liên quan đến viêm nhiễm đường sinh dục dưới ở phụ nữ có chồng từ 15 - 49 tuổi tại xã Đồng Tĩnh, huyện Tam Dương, Vĩnh Phúc năm 2009*, Luận văn Chuyên khoa I - Y tế công cộng, Trường Đại học Y tế công cộng, Hà Nội.

45. Trần Thị Lợi (2009), "Tỷ lệ viêm âm đạo và các yếu tố liên quan ở phụ nữ đến khám phụ khoa tại bệnh viện Đa khoa trung ương Cần Thơ", *Tạp chí Y học thành phố Hồ Chí Minh*, 13 (Phụ bản 1), tr. 11-16.

46. Trần Uy Lực (2012), *Thực trạng viêm nhiễm đường sinh dục của phụ nữ đến khám phụ khoa tại Bệnh viện Phụ sản Hải Phòng năm 2012*, Luận văn thạc sĩ y tế công cộng, Trường Đại học Y Hải Phòng.

47. Nguyễn Khắc Minh, Đinh Thanh Huề, Cao Ngọc Thành (2009), "Nghiên cứu một số yếu tố liên quan đến bệnh viêm nhiễm đường sinh dục dưới ở phụ nữ có chồng trong độ tuổi sinh đẻ tại huyện Tiên Phước-Quảng Nam 2007", *Tạp chí Y học thực hành*, 662 (5), tr. 15-19.

48. Nguyễn Hoàng Nam (2010), *Nghiên cứu tình hình viêm nhiễm đường sinh dục dưới ở phụ nữ 18-49 tuổi có chồng tại huyện Ngã Năm, tỉnh Sóc Trăng năm 2010*, Luận án bác sỹ chuyên khoa II, Trường Đại học Y Dược Huế.

49. Trần Trọng Nghĩa (2011), *Tìm hiểu về hiểu biết, thái độ, hành vi phòng chống viêm nhiễm đường sinh dục dưới ở phụ nữ có chồng trong độ tuổi 18-49 tại Tam An - Phú Ninh - Quảng Nam*, Luận văn thạc sĩ Y học, Trường Đại học Y Dược Huế.

50. Phạm Bá Nha (2012), *Viêm nhiễm đường sinh dục*, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội.

51. Lê Thị Oanh, Lê Hồng Hinh (2001), "Tìm hiểu các căn nguyên vi khuẩn và ký sinh trùng gây viêm nhiễm đường sinh dục dưới ở phụ nữ trong độ tuổi sinh đẻ", *Tạp chí Y học thực hành*, 865 (7), tr. 32-37.

52. Nguyễn Minh Quang (2013), *Thực trạng mắc các bệnh nhiễm trùng đường sinh dục dưới ở phụ nữ bán dâm tại trung tâm chữa bệnh - giáo dục - lao động xã hội số II Hà Nội và đánh giá hiệu quả can thiệp*, Luận án tiến sĩ Y học, Viện Vệ sinh dịch tễ trung ương, Hà Nội.

53. Nguyễn Minh Quang, Ngô Văn Toàn (2010), "Hiểu biết của người dân về các bệnh nhiễm khuẩn đường sinh sản và bệnh lây truyền qua đường tình dục", *Tạp chí Y học thực hành*, 751 (2), tr. 44-46.

54. Lê Thanh Sơn, Trần Thị Chung Chiến, Đoàn Huy Hậu (2007), "Đặc điểm nhiễm khuẩn đường sinh sản ở phụ nữ tuổi sinh đẻ và hiệu quả mô hình can thiệp tại tỉnh Hà Tây", *Tạp chí Y Dược học quân sự*, 32, tr. 14-17.

55. Lâm Đức Tâm, Nguyễn Thị Huệ (2011), "Khảo sát hành vi về vệ sinh phụ nữ với tình trạng Viêm âm đạo tại bệnh viện đa khoa Cần Thơ", *Tạp chí Y học thực hành*, 748 (5), tr. 39-41.

56. Lưu Thị Kim Thanh (2012), "Nghiên cứu bệnh nhiễm trùng sinh dục dưới của phụ nữ nông thôn huyện Phú Bình, tỉnh Thái Nguyên", *Báo cáo kết quả nghiên cứu khoa học, Bệnh viện Đa khoa Trung ương Thái Nguyên*, tr. 50-60.

57. Thủ tướng chính phủ 2000, *Quyết định số: 136/2000/QĐ-TTg, Quyết định phê duyệt chiến lược quốc gia về chăm sóc sức khỏe sinh sản giai đoạn 2001 - 2010*, Hà Nội.

58. Thủ tướng chính phủ 2011, *Quyết định số: 09/2011/QĐ-TTg, Quyết định về việc ban hành chuẩn hộ nghèo, hộ cận nghèo áp dụng cho giai đoạn 2011 - 2015*, Hà Nội.

59. Thủ tướng chính phủ 2011, *Quyết định số: 2013/QĐ-TTg, Quyết định phê duyệt chiến lược dân số và sức khỏe sinh sản Việt Nam giai đoạn 2011 - 2020*, Hà Nội.

60. Lê Thanh Thúy (2005), *Thực trạng và một số yếu tố liên quan đến viêm nhiễm đường sinh dục dưới của phụ nữ có chồng tuổi 18 - 49 tai phường Mai Dịch quận Cầu Giấy Hà nội năm 2005*, Luận văn thạc sĩ Y tế công cộng, Trường Đại học Y tế công cộng, Hà Nội.

61. Ngô Đức Tiệp (2011), *Thực trạng viêm nhiễm đường sinh dục dưới và các yếu tố liên quan ở phụ nữ 19 - 49 tuổi có chồng tại quận Lê Chân, Hải Phòng năm 2011*, Luận án bác sỹ chuyên khoa II Quản lý y tế, Trường Đại học Y Hải Phòng.

62. Tổng cục dân số - kế hoạch hóa gia đình and Quỹ dân số liên hợp quốc 2011, *Nội dung chủ yếu về chiến lược dân số và sức khỏe sinh sản Việt Nam giai đoạn 2011 - 2020*, Hà Nội.

63. Tổng cục Thống kê (2011), *Điều tra đánh giá các mục tiêu trẻ em và phụ nữ 2011*, Báo cáo kết quả, Bộ Kế hoạch và Đầu tư, Hà Nội, tr. 137-140.

64. Trung tâm nghiên cứu và phát triển y tế cộng đồng (2004), *Kết quả nghiên cứu: Khảo sát thực trạng bệnh nhiễm khuẩn đường sinh sản, u vú, ung thư cổ tử cung của phụ nữ Việt Nam*, Trung tâm nghiên cứu và phát triển y tế cộng đồng, Hà Nội.

65. Trường Đại học Y tế công cộng (2009), *Báo cáo đánh giá thực hiện chiến lược chăm sóc sức khỏe sinh sản tại Việt Nam 2001 - 2010*, Hà Nội.

66. UNFPA (2008), *Sinh đẻ của cộng đồng Dân tộc thiểu số - Nghiên cứu định tính tại tỉnh Bình Định*, UNFPA, Hà Nội.

67. UNFPA (2008), *Sức khỏe sinh sản của đồng bào Hmông tỉnh Hà Giang: Nghiên cứu nhân học y tế*, UNFPA, Hà Nội.

68. Đỗ Thị Uyên (2012), *Thực trạng nhiễm khuẩn đường sinh dục dưới và tổn thương tế bào học ở phụ nữ nhóm tuổi từ 19 - 65 tại 4 xã huyện An Lão, Hải Phòng năm 2012*, Luận văn thạc sĩ Y tế công cộng, Trường Đại học Y Hải Phòng.

69. Nguyễn Đức Vy (2006), *Sản phụ khoa*, Tài liệu giảng dạy sau đại học, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội.

70. Phạm Thu Xanh (2014), *Thực trạng nhiễm khuẩn đường sinh dục dưới ở phụ nữ có chồng trong độ tuổi 18 - 49 tại khu vực biển, đảo thành phố Hải Phòng và hiệu quả một số giải pháp can thiệp*, Luận án tiến sĩ Y học, Trường Đại học Y Dược Thái Bình.

TIẾNG ANH

71. Aggarwal A. K. and Duggal M. (2004), "Knowledge of men and women about reproductive tract infections and AIDS in a rural area of north India: impact of a community-based intervention", *J. Health Popul. Nutr.*, 22 (4), pp. 413-419.

72. Aggarwal A. K., Kumar R., Gupta V., Sharma M. (1999), "Community based study of reproductive tract infections among ever married women of reproductive age in a rural area of Haryana, India", *J. Commun. Dis.*, 31 (4), pp. 223-228.

73. Balamurugan S. S. and Bendigeri N. (2012), "Community-based study of reproductive tract infections among women of the reproductive age group in the urban health training centre area in hubli, karnataka", *Indian J. Community Med.*, 37 (1), pp. 34-38.

74. Bhatia J. C. and Cleland J. (1995), "Self-reported symptoms of gynecological morbidity and their treatment in south India", *Stud. Fam. Plann*, 26 (4), pp. 203-216.

75. Boselli F., Chiossi G., Garutti P., Matteelli A., Montagna M. T., Spinillo A., (2004), "Preliminary results of the Italian epidemiological study on vulvo-vaginitis", *Minerva Ginecol.*, 56 (2), pp. 149-153.

76. Centers for Disease Control and Prevention (2006), *Sexually transmitted diseases: Treatment guidelines 2006*, Centers for Disease Control and Prevention, NewYork.

77. Darnton Andrew (2008), *Practical guide: An overview of behaviour change models and their uses*, Government Social Research Unit, London, England.

78. Esere M. O. (2008), "Effect of Sex Education Programme on at-risk sexual behaviour of school-going adolescents in Ilorin, Nigeria", *Afr. Health Sci.*, 8 (2), pp. 120-125.

79. European Association of Urology (2008), Guidelines on the management of urinary and male genital tract infections, EAU, Netherlands.

80. European Centre for Disease Prevention and Control (2014), *Chlamydia control in Europe: literature review*, ECDC, Stockholm.

81. Garcia P. J., Carcamo C. P., Chiappe M., Holmes K. K. (2007), "Sexually transmitted and reproductive tract infections in symptomatic clients of pharmacies in Lima, Peru", *Sex Transm. Infect.*, 83 (2), pp. 142-146.

82. Go V. F., Quan V. M., Zenilman J. M., Moulton L. H., Celentano D. D. (2002), "Barriers to reproductive tract infection (RTI) care among Vietnamese women: implications for RTI control programs", *Sex Transm. Dis.*, 29 (4), pp. 201-206.

83. Go V. F., Quan V. M., Celentano D. D., Moulton L. H., Zenilman J. M. (2006), "Prevalence and risk factors for reproductive tract infections among women in rural Vietnam", *Southeast Asian J. Trop. Med. Public Health*, 37 (1), pp. 185-189.

84. Hien T. T. D, Anna Z, and Gavin H (2007), "Healthcare-seeking behaviours for sexually transmitted infections among women attending the National Institute of Dermatology and Venereology in Vietnam", *Sexually Transmitted Infections*, 83, pp. 406-410.

85. Huong N. M., Gammeltoft T., and Rasch V. (2008), "Strategies for the prevention and treatment of reproductive tract infections among women in Vietnam", *Cult. Health Sex*, 10 Suppl pp. S111-21.

86. Hussain M. A., Mishra R., Kansal S., Mishra C. P., Jha S. K., Hasan H. (2011), "Treatment seeking in reproductive age women with RTIs/STIs: a community based cross-sectional study", *J. Commun. Dis.*, 43 (1), pp. 39-49.

87. Institute of Medicine (US) Committee on Health and Behavior: Research Practice and Policy (2001), *Health and Behavior: The Interplay of Biological, Behavioral, and Societal Influences*, National Academies Press, Washington.

88. Jespers V. Crucitti T., Menten J., Verhelst R., Mwaura M., Mandaliya K., Ndayisaba G. F., Delany-Moretlwe S., Verstraelen H., Hardy L., Buve A., Van de Wijgert J. (2014), "Prevalence and correlates of bacterial vaginosis in different sub-populations of women in sub-Saharan Africa: a cross-sectional study", *PLoS One*, 9 (10), pp. e109670.

89. Jiang Zong-min, Li Yu-yan, Wu Jun-qing, Li Wen-ying, Wen Zeng-yu, Gao Er-sheng, Zhou Xiao-ping, Zhou Ben-cheng (2007), "An Intervention Study of Reproductive Tract Infections among Married Women of Reproductive Age in Shanghai", *Journal of Reproduction and Contraception*, 18 (2), pp. 110-120.

90. Kim Le, Lien Pham, Lan Vu, Schelling Esther (2012), "Health services for reproductive tract infections among female migrant workers in industrial zones in Ha Noi, Viet Nam: an in-depth assessment", *Reproductive Health*, 9 (1), pp. 4-15.

91. Kirby D., Obasi A., and Laris B. A. (2006), "The effectiveness of sex education and HIV education interventions in schools in developing countries", *World Health Organ. Tech. Rep. Ser.*, 938 pp. 317-341.

92. Lan P. T., Lundborg C. S., Phuc H. D., Sihavong A., Unemo M., Chuc N. T., Khang T. H., Mogren I. (2008), "Reproductive tract infections including sexually transmitted infections: a population-based study of women of reproductive age in a rural district of Vietnam", *Sex Transm. Infect.*, 84 (2), pp. 126-132.

93. Lemeshow Stanley, Hosmer Jr David W, Klar Janelle, Lwanga Stephen K. (2013), *Adequacy of Sample Size in Health studies*, John Wiley & Sons, Chichester, England.

94. Li Chunyu, Han Hae-Ra, Lee Jong-Eun, Lee Myungken, Lee Youngja, Kim Miyong T. (2010), "Knowledge, Behaviors and Prevalence of Reproductive Tract Infections: A Descriptive Study on Rural Women in Hunchun, China", *Asian Nursing Research*, 4 (3), pp. 122-129.

95. Li X. D., Wang C. C., Zhang X. J., Gao G. P., Tong F., Li X., Hou S., Sun L., Sun Y. H. (2014), "Risk factors for bacterial vaginosis: results from a cross-sectional study having a sample of 53,652 women", *Eur J Clin Microbiol Infect. Dis.*, 33 (9), pp. 1525-1532.

96. Low N., Broutet N., Adu-Sarkodie Y., Barton P., Hossain M., Hawkes S. (2006), "Global control of sexually transmitted infections", *Lancet*, 368 (9551), pp. 2001-2016.

97. Maitra K., Degraft-Johnson J., Singh K. K., Tsui A. O. (2001), "Prevalence of self-reported symptoms of reproductive tract infections among recently pregnant women in Uttar Pradesh, India", *J. Biosoc. Sci.*, 33 (4), pp. 585-601.

98. Makuch M. Y., Botega N. J., and Bahamondes L. (2000), "Physician-patient communication in the prevention of female reproductive tract infections: some limitations", *Cad. Saude. Publica.*, 16 (1), pp. 249-253.

99. Manoj Gupta Kumar, Reshmi R. S., Dhirendra Kumar, Fehmida Visengrawala (2015), "Empowerment and engagement of SHGs against RTI/STI in Karnataka, India: an interventional study", *Int. J. Res. Med. Sci.*, 3 (3), pp. 680-687.

100. Mbizvo E. M., Msuya S. E., Stray-Pedersen B., Sundby J., Chirenje Z. M., Hussain A. (2001), "Determinants of reproductive tract infections among asymptomatic women in Harare, Zimbabwe", *Cent. Afr. J. Med.*, 47 (3), pp. 57-64.

101. McLeroy Kenneth R., Norton Barbara L., Kegler Michelle C., Burdine James N., Sumaya Ciro V. (2003), "Community-Based Interventions", *American Journal of Public Health*, 93 (4), pp. 529-533.

102. Omoregie R., Egbe C. A., Igbarumah I. O., Ogefere H., Okorie E. (2010), "Prevalence and etiologic agents of female reproductive tract infection among in-patients and out-patients of a tertiary hospital in Benin city, Nigeria", *N. Am. J. Med. Sci.*, 2 (10), pp. 473-477.

103. Patel A. Divya, Nancy M. Burnett, Kathryn M. Curtis (2003), *Reproductive tract infections*, Reproductive health epidemiology series: Module 3, Centers for Disease Control and Prevention (CDC), Georgia, USA.

104. Rashid Sabina Faiz, Owasim Akram, and Hilary Standing (2011), "The sexual and reproductive health care market in Bangladesh: where do poor women go?", *Reproductive Health Matters*, 19 (37), pp. 21-31.

105. Rieger Wilfred G. (1986), "Directions in Delphi developments: Dissertations and their quality", *Technological Forecasting and Social Change*, 29 (2), pp. 195-204.

106. Schopper D., Doussantousse S., Ayiga N., Ezatirale G., Idro W. J., Homsy J. (1995), "Village-based AIDS prevention in a rural district in Uganda", *Health Policy Plan*, 10 (2), pp. 171-180.

107. Shireen Jejeebhoy, Koenig Michael, and Elias Christiopher (2003), *Investigating reproductive tract infections and other gynaecological disorders*, Cambridge university press, Cambridge.

108. Singh S., Chaturvedi S., Kumar A., Kannan A. T. (2010), "Impact of health education and condom distribution on incidence of RTI/STI among the newly married urban poor women in Delhi", *J. Commun. Dis.*, 42 (1), pp. 53-61.

109. Steen R., Vuylsteke B., DeCoito T., Ralepeli S., Fehler G., Conley J., Bruckers L., Dallabetta G., Ballard R. (2000), "Evidence of declining STD prevalence in a South African mining community following a core-group intervention", *Sex. Transm. Dis.*, 27 (1), pp. 1-8.

110. UNFPA (2007), *Research on reproductive health in Vietnam: A review for the period 2000 - 2005*, UNFPA, Hà Nội.

111. UNFPA (2012), *Compendium of Research on Reproductive Health in Viet Nam for the Period 2006-2010*, UNFPA, Hà Nội.

112. UNFPA, MOH, and RCRPH 2006, *Baseline survey report: provision and utilization of reproductive health care services in seven UNFPA-supported provinces in the 7th country program*, Hanoi.

113. Wasserheit J. N., Harris J. R., Chakraborty J., Kay B. A., Mason K. J. (1989), "Reproductive tract infections in a family planning population in rural Bangladesh", *Stud. Fam. Plann.*, 20 (2), pp. 69-80.

114. Woodruff Tracey J., Carlson Alison, Schwartz Jackie M., Giudice Linda C. (2008), "Proceedings of the Summit on Environmental Challenges to Reproductive Health and Fertility: Executive Summary", *Fertility and sterility*, 89 (2), pp. 281-300.

115. World Health Organization (2005), *Sexually transmitted and other reproductive tract infection: A guide to essential practice*, World Health Organization, Geneva, Switzerland.

116. World Health Organization (2007), *Global strategy for prevention and control of sexually transmitted infections 2006-2015*, World Health Organization, Geneva.

117. World Health Organization (2012), *Baseline report on global sexually transmitted infection surveillance 2012*, World Health Organization,

Geneva.

118. Yang Rong Li, Zhao Hong, Wang He Ping, Li Yai, Niu Jing Ping, Su Ke Jian, Mao Hui Qing, Yang Hua, Wei Chang Nian, Ueda Atsushi (2006), "Improving ability of married women to prevent reproductive tract infections in rural western China", *Environmental Health and Preventive Medicine*, 11 (5), pp. 233-240.
119. Zhang T., Wu Y. Q., Wang Y. P., Zhao G. L., Yin F., Chen M. H. (2003), "Effects of a comprehensive health education program on reproductive tract infections/sexually transmitted diseases intervention among reproductive age population in the rural areas of China", *Zhonghua Liu Xing Bing Xue Za Zhi*, 24 (10), pp. 908-912.
120. Zhang X. J., Shen Q., Wang G. Y., Yu Y. L., Sun Y. H., Yu G. B., Zhao D., Ye D. Q. (2009), "Risk factors for reproductive tract infections among married women in rural areas of Anhui Province, China", *Eur. J. Obstet. Gynecol. Reprod. Biol.*, 147 (2), pp. 187-191.

PHỤ LỤC

Phụ lục 1

TRƯỜNG ĐHYD TN
KHOA Y TẾ CÔNG CỘNG

PHIẾU ĐIỀU TRA BỆNH VIÊM NHIỄM ĐƯỜNG SINH DỤC PHỤ NỮ NÔNG THÔN MIỀN NÚI

Mã phiếu.....

THÔN/BẢN:……...XÃ:……HUYỆN:……TỈNH THÁI NGUYÊN

Họ, tên phụ nữ được phỏng vấn: ……..

Điện thoại liên hệ:.....

I. THÔNG TIN CƠ BẢN

Câu 1. Năm nay chị bao nhiêu tuổi: ……

Câu 2. Chị là người dân tộc gì? 1. Kinh 2. Tày 3. Nùng
4. Dao 5. Mông 6. Sán Dìu 7. Khác

Câu 3. Chị đã học hết lớp mấy? 1. Không biết chữ 2. Biết đọc biết viết
2. Tiểu học 3. Trung học cơ sở 4. Trung học phổ thông
5 Trung học chuyên nghiệp, Đại học trở lên

Câu 4. Chồng chị làm nghề gì? 1. Làm ruộng 2. Buôn bán
3. Công nhân viên 4. Khác (ghi rõ……)

Câu 5. Hiện có mấy con:……

Câu 6. Kinh tế hộ gia đình: 1. Nghèo 2. Không nghèo

II. KIẾN THỨC THÁI ĐỘ THỰC HÀNH VNĐSD

Câu 7. Chị đã nghe nói về VNĐSD chưa? 1. Có 2. Chưa

Câu 8. (nếu có) Chị nghe được từ đâu: 1. Sách báo
2. Nghe đài, xem vô tuyến 3. Từ cán bộ y tế

Câu 9. Bệnh VNĐSD có biểu hiện sau: (ĐTV đọc, yêu cầu ĐT trả lời)

TT	Biểu hiện	Đúng	Sai
1.	Ra nhiều khí hư, khí hư bất thường		
2.	Ngứa ở "*cửa mình*"		
3.	Đau đầu		
4.	Đau khi quan hệ tình dục		
5.	Đau bụng dưới		
6.	Ra máu ở bộ phận sinh dục		
7.	Đau khi quan hệ tình dục		

Câu 10. Theo chị vì sao bị VNĐSD*? (ĐTV không đọc, đối tượng tự trả lời)*

1. Thiếu nước sạch vệ sinh 2. Mặc quần áo ẩm ướt thường xuyên
3. Không giữ vệ sinh bộ phận sinh dục 4. Vệ sinh kinh nguyệt kém
5. Không chú ý vệ sinh khi quan hệ vợ chồng
6. Do thường phải ngâm dưới nước
7. Quan hệ tình dục với nhiều người mà không dùng bao cao su
8. Khác …….. (ghi rõ) 9. Không biết

Câu 11. Yếu tố nào sau gây đây gây nên VNĐSD? *(ĐTV đọc từng câu)*

TT	Yếu tố	Đúng	Sai
	Mặc chung quần áo		
	Thiếu nước sạch vệ sinh		
	Mặc quần áo ẩm ướt thường xuyên		
	Cơ thể dễ mắc bệnh hơn người bình thường		
	Vệ sinh kinh nguyệt kém		
	Không chú ý vệ sinh khi quan hệ vợ chồng		
	Môi trường xung quanh bị ô nhiễm		
	Quan hệ tình dục với nhiều người mà không dùng bao cao su		
	Do thường phải ngâm dưới nước		
	Không giữ vệ sinh bộ phận sinh dục		

Câu 12. Theo chị, làm gì để phòng bệnh VNĐSD?

(ĐTV không đọc, để ĐT tự trả lời)

1. Phải dùng nước sạch để vệ sinh 2. Vệ sinh cơ thể sạch sẽ hàng ngày
3. Vệ sinh khi quan hệ tình dục 4. Vệ sinh kinh nguyệt sạch sẽ
5. Không mặc quần áo ẩm ướt 6. Chung thuỷ một vợ một chồng
7. Khác……..(ghi rõ)

Câu 13. Theo chị, những việc làm nào sau đây để phòng bệnh VNĐSD?

(ĐTV đọc, yêu cầu ĐT trả lời)

TT	Hành động	Đúng	Sai
1.	Phải dùng nước sạch để vệ sinh		
2.	Tự mua thuốc về uống dự phòng		
3.	Vệ sinh cơ thể sạch sẽ hàng ngày		
4.	Vệ sinh sau khi quan hệ tình dục		
5.	Sử dụng dụng cụ tránh thai		
6.	Vệ sinh kinh nguyệt sạch sẽ		
7.	Không mặc quần áo ẩm ướt		
8.	Vệ sinh trước khi quan hệ tình dục		
9.	Chung thuỷ một vợ một chồng		

Câu 14. Theo chị khi bị bệnh VNĐSD thì sẽ phải gì?

(ĐTV không đọc, để ĐT tự trả lời)

1. Không xử lý gì, để tự khỏi 2. Tự mua thuốc về nhà chữa
3. Đến khám,chữa ở ông lang 4. Tự chữa bằng thuốc nam
5. Mời thầy thuốc về chữa 6. Đến khám y tế thôn bản
7. Đến khám trạm y tế xã 8. Đến khám thày thuốc tư
9. Đến PKĐKKV/bệnh viện huyện 10. Cúng bái
11. Xử lý khác

Câu 15. Theo chị khi bị bệnh VNĐSD thì sẽ phải xử lý như thế nào?

(ĐTV đọc, yêu cầu ĐT trả lời)

TT	Xử trí	Đúng	Sai
1.	Để tự khỏi		
2.	Tự mua thuốc về nhà chữa		
3.	Đến khám,chữa ở ông lang		
4.	Tự chữa bằng thuốc nam		
5.	Mời thầy thuốc về chữa		
6.	Đến khám y tế thôn bản		
7.	Đến khám trạm y tế xã		
8.	Đến khám thày thuốc tư		
9.	Đến PKĐKKV/bệnh viện huyện		
10.	Cúng bái		

Câu 16. Theo chị, hậu quả VNĐSD là gì? *(ĐTV không đọc)*

1. Ảnh hưởng quan hệ vợ chồng 2. Ảnh hưởng đến thai nhi
3. Vô sinh, chửa ngoài tử cung 4. Tăng nguy cơ ung thư CTC
5. Lây bệnh cho chồng 6. Khác…… (ghi rõ)

Câu 17. Theo chị, hậu quả VNĐSD là gì? *(ĐTV đọc, yêu cầu ĐT trả lời)*

TT	Hậu quả	Đúng	Sai
1.	Ảnh hưởng quan hệ vợ chồng		
2.	Không ảnh hưởng gì		
3.	Ảnh hưởng đến thai nhi		
4.	Vô sinh, chửa ngoài tử cung		
5.	Tăng nguy cơ ung thư CTC		
6.	Gây đái buốt đái dắt		
7.	Lây bệnh cho chồng		

Câu 18. Theo chị, bệnh VNĐSD nguy hiểm như thế nào?

1. Rất nguy hiểm 2. Nguy hiểm 3. Không ý kiến gì
4. Không nguy hiểm 5. Phản đối

Câu 19. Bệnh VNĐSD có thể phòng được.

1. Rất tin tưởng 2. Tin tưởng 3. Không ý kiến gì
4. Không tin 5. Rất không tin

Câu 20. Giá trị của việc phòng được bệnh VNĐSD như thế nào?

1. Rất giá trị 2. Giá trị 3. Không ý kiến gì
4. Không giá trị 5. Phản đối

Câu 21. Bệnh VNĐSD có thể chữa được khỏi hoàn toàn.

1. Rất tin tưởng 2. Tin tưởng 3. Không ý kiến gì
4. Không tin 5. Phản đối

Câu 22. Vệ sinh bộ phận sinh dục hàng ngày, đúng phương pháp là một biện pháp phòng chống bệnh VNĐSD hiệu quả.

1. Rất tin tưởng 2. Tin tưởng 3. Không ý kiến gì
4. Không tin 5. Phản đối

Câu 23. Sử dụng nước sach sẽ phòng được bệnh VNĐSD

1. Rất tin tưởng 2. Tin tưởng 3. Không ý kiến gì
4. Không tin 5. Rất không tin

Câu 24. Mức độ nguy hiểm như thế nào đối với bệnh VNĐSD khi sử dụng nước bẩn phòng được bệnh VNĐSD?

1. Rất nguy hiểm 2. Nguy hiểm 3. Không ý kiến gì
4. Không nguy hiểm 5. Phản đối

Câu 25. Xây dụng nhà tắm góp phần phòng bệnh VNĐSD cho người phụ nữ.

1. Rất tin tưởng 2. Tin tưởng 3. Không ý kiến gì
4. Không tin 5. Phản đối

Câu 26. Bệnh VNĐSD có thể tự chữa tại nhà theo đơn và hướng dẫn của CBYT

1. Rất tin tưởng 2. Tin tưởng 3. Không ý kiến gì

4. Không tin 5. Phản đối

Câu 27. Giá trị của việc tự chữa bệnh VNĐSD tại nhà theo đơn và hướng dẫn của CBYT?

1. Rất giá trị 2. Giá trị 3. Không ý kiến gì

4. Không giá trị 5. Phản đối

Câu 28. Hiện chị đang dùng biện pháp tránh thai nào?

1. Không sử dụng 2. Bao cao su 3. Đình sản vợ

4. Đình sản chồng 5. Dụng cụ tử cung 6. Xuất tinh ngoài AĐ

7. Dựa vào vòng kinh 8. Khác ……. (ghi rõ)

Câu 29. Chị đã nạo, hút thai hoặc bị sẩy?

1. Chưa lần nào 2. 1-2 lần 3 ≥ 3 lần

Câu 30. Hàng ngày chị vệ sinh mấy lần?

1. Không thường xuyên 2. 1 lần 3 ≥ 2 lần

Câu 31. Nhà chị dùng nguồn nước nào để sinh hoạt ?

1. Nước giếng 2. Nước mưa 3. Khác

Quan sát nguồn nước có đảm bảo vệ sinh không ? *(bảng kiểm)*

1. Vệ sinh 2. Không hợp vệ sinh

Câu 32. Nhà chị có nhà tắm không*?*

1. Không có nhà tắm 2. Có nhà tắm

Quan sát nhà tắm

1. Hợp vệ sinh 2. Không hợp vệ sinh

Câu 33. Khi hành kinh chị thường vệ sinh kinh nguyệt ở đâu? (kết hợp quan sát nơi vệ sinh) 1. Tại nhà tắm 2. Chỗ khác nhưng kín đáo

3 Chỗ khác nhưng không kín đáo

Câu 34. Chị thường vệ sinh mấy lần khi có kinh?

1. 1-2 lần 2. 2 ≥ 3 lần

Câu 35. Chị có rửa vệ sinh trước khi quan hệ vợ chồng không?

1. Có 2. Không

Câu 36. Chị có rửa vệ sinh sau khi quan hệ vợ chồng không?

1. Có 2. Không

Câu 37. Chị có thường xuyên đi khám phụ khoa không?

1. Có 2. Không

Câu 38. Nếu đi khám, chị đi khám khi nào?

1. Đi khám theo định kỳ 2. Khi có dấu hiệu bị bệnh

3. Khác……..

Câu 39. Chị đã bị viêm nhiễm phụ khoa lần nào chưa?

1. Chưa lần nào 2. 1 lần 3. ≥ 2lần

Câu 40. Chị đã bao giờ đi khám chữa bệnh VNĐSD ở TYT xã chưa ?

1. Có 2. Không, khám ở cơ sở y tế khác 3. Không khám

Câu 41. Nếu đến khám chữa bệnh VNĐSD ở TYT xã thì chị có hài lòng không ? 1. Có 2. Không

Câu 42. Nếu chị hài lòng thì cho biết mức độ:

1. Rất hài lòng 2. Hài lòng 3. Không có ý kiến

4. Không hài lòng 5. Phản đối

Câu 43. Khi đến khám chữa bệnh VNĐSD ở TYT xã chị có được tư vấn kỹ càng về phòng và chữa bệnh không ? 1. Có 2. Không

Câu 44. Ở thôn xóm của chị, có bao giờ thấy CB truyền thông phòng chống bệnh VNĐSD là:

1. CBTYT xã 2. NVYTTB 3. CB của TTYT huyện

4. CB phụ nữ xã 5. CB khác

Câu 45. Chị có thể cho biết phong tục tập quán nào của cộng đồng ảnh hưởng đến bệnh VNĐSD của phụ nữ ?.....

……..……..

Câu 46. Nếu chị được CBYT hoặc Phụ nữ mời tham dự cùng tổ chức các hoạt động phòng chống bệnh VNĐSD tại cộng đồng, quan điểm của chị như thế nào ?

1. Rất ủng hộ 2. Ủng hộ 3. Không ý kiến gì
4. Không ủng hộ 5. Phản đối

Câu 47. Ý kiến của chị có nên xây dựng câu lạc bộ phòng chống bệnh VNĐSD cho phụ nữ nông thôn ở thôn xóm để chia sẽ hiểu biết và giúp nhau phòng chống bệnh hay không ?

1. Rất nên 2. Nên 3. Không ý kiến gì
4. Không nên 5. Phản đối

Câu 48. Nếu chị được mời tham gia vào các hoạt động của câu lạc bộ phòng chống bệnh VNĐSD tại cộng đồng, suy nghĩ của chị như thế nào ?

1. Rất ủng hộ 2. Tham gia 3. Không ý kiến gì
4. Không tham gia 5. Phản đối

Câu 49. Nếu chị được CBYT hoặc Phụ nữ mời tham dự /tổ chức thực hiện các buổi truyền thông phòng chống bệnh VNĐSD tại cộng đồng, quan điểm của chị như thế nào ?

1. Rất ủng hộ 2. Ủng hộ 3. Không ý kiến gì
4. Không ủng hộ 5. Phản đối

Câu 50. Nếu được đề nghị phổ biến cách phòng chống bệnh VNĐSD cho người thân và hàng xóm thì chị thấy thế nào ?

1. Rất sẵn sàng 2. Sẵn sàng 3. Không ý kiến gì
4. Không muốn 5. Phản đối

Xin cảm ơn sự tham gia của Chị

Ngày tháng năm 201

Xác nhận của địa phương	***Người được điều tra***	***Người điều tra***
(Ký, đóng dấu, ghi họ tên)	*(Ký và ghi rõ tên)*	*(Ký và ghi rõ tên)*

Phụ lục 2

PHIẾU ĐIỀU TRA NƯỚC VÀ NHÀ TẮM HỢP VỆ SINH

XÃ……..…..HUYỆN …….. THÁNG /201

TT	Họ và tên	Tuổi	Thôn/ xóm	Nguồn nước		Nhà tắm	
				Vệ sinh	Chưa	Vệ sinh	Chưa
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							
11							
12							
13							
14							
15							
16							
17							
18							
19							
20							
21							
22							

XÁC NHẬN CỦA TRẠM Y TẾ XÃ *Ngày tháng năm 201*

Người điều tra

Phụ lục 3

PHIẾU KHÁM LÂM SÀNG

Họ và tên: ……..…Tuổi…….

Địa chỉ, thôn……...

KẾT QUẢ KHÁM

1. Các dấu hiệu lâm sàng

Biểu hiện ở Âm hộ:…….

……..

Biểu hiện ở Âm đạo:……...

……..

Biểu hiện ở CTC:…….....

……..

2. Chẩn đoán

Viêm nhiễm đường sinh dục ☐ Bình thường ☐

Viêm âm hộ ☐

Viêm âm đạo ☐

Viêm cổ tử cung ☐

Khác (ghi rõ):

3. Kết quả xét nghiệm

Candida ☐

Trùng roi ☐

Tạp khuẩn ☐

Chlamydia ☐

Khác (ghi rõ):

Ngày tháng năm 201

Y, Bác sỹ khám

Phụ lục 4

BẢN HƯỚNG DẪN PHỎNG VẤN SÂU CÁN BỘ TTYT HUYỆN VÀ TYT XÃ VỀ PHÒNG CHỐNG BỆNH NHIỄM ĐƯỜNG SINH DỤC

I. Hành chính

1) Họ và tên: ……...…….....

2) Chức vụ: ……...…….....

3) Địa chỉ: xã…….huyện……Thái Nguyên

(Đối tượng: GĐ TTYT huyện, trưởng/phó Khoa CSSKSS, Trạm trưởng TYT xã/hoặc thư ký CT phòng chống bệnh đường SS của xã)

II. Mục tiêu: Đánh giá tình hình thực hiện chương trình phòng chống các bệnh viêm nhiễm đường sinh dục cho phụ nữ ở địa phương.

III. Nội dung

1. Tình hình bệnh viêm nhiễm đường sinh dục của phụ nữ nông thôn miền núi ở tuổi sinh đẻ có chồng ở địa phương hiện nay ra sao? Nhiều hay ít? tỉ lệ ở địa phương khoảng bao nhiêu? Đối tượng mắc như thế nào? Diễn biến bệnh so với vài năm lại đây ra sao?

2. Yếu tố nào ảnh hưởng đến bệnh viêm nhiễm đường sinh dục của phụ nữ tuổi sinh đẻ có chồng ở nông thôn miền núi ở địa phương hiện nay? Yếu tố làm tăng hoặc giảm mắc bệnh như hành vi của người phụ nữ? Môi trường sống (tự nhiên, xã hội)? Công tác CSSK của y tế địa phương…ra sao?

3. Theo anh/chị giải pháp nào để phòng chống bệnh viêm nhiễm đường sinh dục cho phụ nữ nông thôn địa phương khả thi và hiệu quả? VD như củng cố chương trình, GDSK cho phụ nữ, cải thiện môi trường….chú ý vai trò của chính người phụ nữ làm gì để phòng chống bệnh???

Điều tra viên tốc ký hoặc ghi âm, kèm theo chụp ảnh làm tư liệu.

Phụ lục 5

BẢN HƯỚNG DẪN THẢO LUẬN NHÓM VỚI LÃNH ĐẠO CỘNG ĐỒNG VỀ PHÒNG CHỐNG BỆNH VIÊM NHIỄM ĐƯỜNG SINH DỤC

I. Hành chính

1) Hướng dẫn viên:……

2) Thư ký:……

3) Thời gian:……..

4) Địa điểm:……

5) Thành viên:

II. Mục tiêu: Đánh giá tình hình thực hiện chương trình phòng chống các bệnh viêm nhiễm đường sinh dục cho phụ nữ ở địa phương.

III. Nội dung

1. Tình hình bệnh viêm nhiễm đường sinh dục của phụ nữ nông thôn miền núi ở tuổi sinh đẻ có chồng ở địa phương hiện nay ra sao? Nhiều hay ít? tỉ lệ ở địa phương khoảng bao nhiêu? Đối tượng mắc như thế nào? Diễn biến bệnh so với vài năm lại đây ra sao?

2. Yếu tố nào ảnh hưởng đến bệnh viêm nhiễm đường sinh dục của phụ nữ tuổi sinh đẻ có chồng ở nông thôn miền núi ở địa phương hiện nay? Yếu tố làm tăng hoặc giảm mắc bệnh như hành vi của người phụ nữ? Môi trường sống (tự nhiên, xã hội)? Công tác CSSK của y tế địa phương…ra sao?

3. Theo anh/chị giải pháp nào để phòng chống bệnh viêm nhiễm đường sinh dục cho phụ nữ nông thôn địa phương khả thi và hiệu quả? VD như củng cố chương trình, GDSK cho phụ nữ, cải thiện môi trường….chú ý vai trò của chính người phụ nữ làm gì để phòng chống bệnh???

Điều tra viên tốc ký hoặc ghi âm, kèm theo chụp ảnh làm tư liệu

Phụ lục 6

BẢN HƯỚNG DẪN THẢO LUẬN NHÓM VỚI PHỤ NỮ BỊ BỆNH VỀ PHÒNG CHỐNG BỆNH VIÊM NHIỄM ĐƯỜNG SINH DỤC

I. Hành chính

1) Hướng dẫn viên:……

2) Thư ký:……

3) Thời gian:……..

4) Địa điểm:……

5) Thành viên:

II. Mục tiêu: Đánh giá tình hình thực hiện chương trình phòng chống các bệnh viêm nhiễm đường sinh dục cho phụ nữ ở địa phương.

III. Nội dung

1. Tình hình bệnh viêm nhiễm đường sinh dục của phụ nữ nông thôn miền núi ở tuổi sinh đẻ có chồng ở địa phương hiện nay ra sao? Nhiều hay ít? tỉ lệ ở địa phương khoảng bao nhiêu? Đối tượng mắc như thế nào? Diễn biến bệnh so với vài năm lại đây ra sao?

2. Yếu tố nào ảnh hưởng đến bệnh viêm nhiễm đường sinh dục của phụ nữ tuổi sinh đẻ có chồng ở nông thôn miền núi ở địa phương hiện nay? Yếu tố làm tăng hoặc giảm mắc bệnh như hành vi của người phụ nữ? Môi trường sống (tự nhiên, xã hội)? Công tác CSSKSS của y tế địa phương…ra sao?

3. Theo anh/chị giải pháp nào để phòng chống bệnh viêm nhiễm đường sinh dục cho phụ nữ nông thôn địa phương khả thi và hiệu quả? VD như củng cố chương trình, GDSK cho phụ nữ, cải thiện môi trường….chú ý vai trò của chính người phụ nữ làm gì để phòng chống bệnh???

Điều tra viên tốc ký hoặc ghi âm, kèm theo chụp ảnh làm tư liệu

Phụ lục 7

BẢNG ĐIỂM KAP VỀ BỆNH VNĐSD

Bảng 1. Bảng điểm kiến thức về bệnh VNĐSD

Nội dung trả lời đúng	Điểm qui định	Điểm đạt
Dấu hiệu bệnh		
Ra nhiều khí hư, khí hư bất thường	1	
Đau bụng dưới	1	
Ngứa ở "cửa mình"	1	
Đau khi quan hệ tình dục	1	
Nguyên nhân gây bệnh		
Thiếu nước sạch vệ sinh	1	
Vệ sinh kinh nguyệt kém	1	
Không chú ý vệ sinh khi quan hệ tình dục	1	
Do thường phải ngâm dưới nước	1	
Quan hệ tình dục với nhiều người mà không dùng bao cao su	1	
Phòng bệnh		
Phải dùng nước sạch để vệ sinh	1	
Vệ sinh khi quan hệ tình dục	1	
Vệ sinh kinh nguyệt sạch sẽ	1	
Chung thuỷ một vợ một chồng	1	
Hậu quả		
Ảnh hưởng quan hệ vợ chồng	1	
Vô sinh, chửa ngoài tử cung	1	
Lây bệnh cho chồng	1	
Ảnh hưởng đến thai nhi	1	

Tăng nguy cơ ung thư CTC	1	
Xử lý khi bị bệnh		
Tự mua thuốc về nhà chữa	1	
Đến khám,chữa ở ông lang	1	
Tự chữa bằng thuốc nam	1	
Mời thầy thuốc về chữa	1	
Đến khám y tế thôn bản	1	
Đến khám trạm y tế xã	1	
Đến khám thày thuốc tư	1	
Đến PKĐKKV/bệnh viện huyện	1	
Tổng	24	
Phân loại		
Tốt	≥ 19,2 điểm	
Trung bình	> 14,4 - < 19,2	
Yếu	≤ 14,4 điểm	

Bảng 2. Bảng điểm thái độ của đối tượng đối với bệnh

Thái độ	Phân loại mức độ				
Mức độ	1	2	3	4	5
Thang điểm	5	4	3	2	1
Mức độ nguy hiểm của bệnh VNĐSD					
Bệnh VNĐSD có thể phòng được					
Giá trị của việc phòng được bệnh VNĐSD					
Bệnh VNĐSD có thể chữa được khỏi hoàn toàn					
Vệ sinh bộ phận sinh dục hàng ngày, đúng phương pháp là một biện pháp phòng chống					

bệnh VNĐSD hiệu quả					
Sử dụng nước sach sẽ phòng được bệnh VNĐSD					
Mức độ nguy hiểm đối với bệnh VNĐSD khi sử dụng nước bẩn					
Xây dụng nhà tắm góp phần phòng bệnh VNĐSD cho người phụ nữ.					
Bệnh VNĐSD có thể tự chữa tại nhà theo đơn và hướng dẫn của CBYT					
Giá trị của việc tự chữa bệnh VNĐSD tại nhà theo đơn và hướng dẫn của CBYT					
Tổng	50 điểm				
Phân loại					
Tốt	≥ 40 điểm				
Chưa tốt	< 40 điểm				

Bảng 3. Bảng điểm Hành vi của phụ nữ phòng chống bệnh VNĐSD

Hành vi	Điểm qui định	Điểm đạt
Hàng ngày vệ sinh		
Không thường xuyên	0	
1 lần	1	
≥ 2 lần	2	
Khi hành kinh thường vệ sinh kinh nguyệt ở		
Chỗ khác nhưng không kín đáo	0	
Chỗ khác nhưng kín đáo	1	
Nhà tắm	2	
Số lần vệ sinh khi hành kinh		

1- 2 lần	1	
≥ 3 lần	2	
Có rửa vệ sinh sau khi quan hệ vợ chồng	1	
Có	2	
Không	0	
Khám phụ khoa		
Đi khám theo định kỳ	2	
Khi có dấu hiệu bị bệnh	1	
Đến TYT xã KCB khi bị bệnh VNĐSD	1	
Có	2	
Không, ở cơ sở y tế khác	1	
Không đi khám	0	
Tổng	12	
Phân loại mức độ thực hành		
Tốt	≥ 9,6 điểm	
Chưa tốt	< 9,6 điểm	

Phụ lục 8

ỦY BAN NHÂN DÂN **XÃ THÀNH CÔNG**	**CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM** **Độc lập - Tự do - Hạnh phúc**
Số: ……/QD-UBND	*Thành Công, ngày 29 tháng 05 năm 2012*

QUYẾT ĐỊNH
V/v: Thành lập Ban chỉ đạo phòng chống bệnh phụ khoa xã Thành Công

ỦY BAN NHÂN DÂN XÃ THÀNH CÔNG

- Căn cứ luật tổ chức HĐND và UBND ngày 26/11/2003;
- Căn cứ vào tình hình mắc bệnh phụ khoa ở phụ nữ;
- Xét đề nghị của Ông Trạm trưởng Trạm y tế xã;
- Được sự đồng ý của Đảng ủy - HĐND xã Thành Công;

QUYẾT ĐỊNH

Điều 1. Thành lập Ban chỉ đạo phòng chống bệnh phụ khoa xã Thành Công gồm các Ông (Bà) có tên sau:

1. Ông: Dương Văn Bẩy - Phó chủ tịch UBND xã - Trưởng Ban.
2. Ông: Trần Văn Thao - Trạm trưởng Trạm y tế - Phó Ban.
3. Bà: Nông Thu Trang - CB nghiên cứu Trường ĐHYD Thái Nguyên - Phó Ban.
4. Bà: Vũ Thị Lan - Chủ tịch phụ nữ xã - phó Ban.
5. Ông: Đàm Khải Hoàn - Phó khoa YTCC - Trường ĐHYD Thái Nguyên - Cố vấn.
6. Ông: Nguyễn Đức Vượng - GĐ Trung tâm y tế huyện Phổ Yên - Cố vấn.
7. Các ông (Bà) thành viên có danh sách kèm theo.

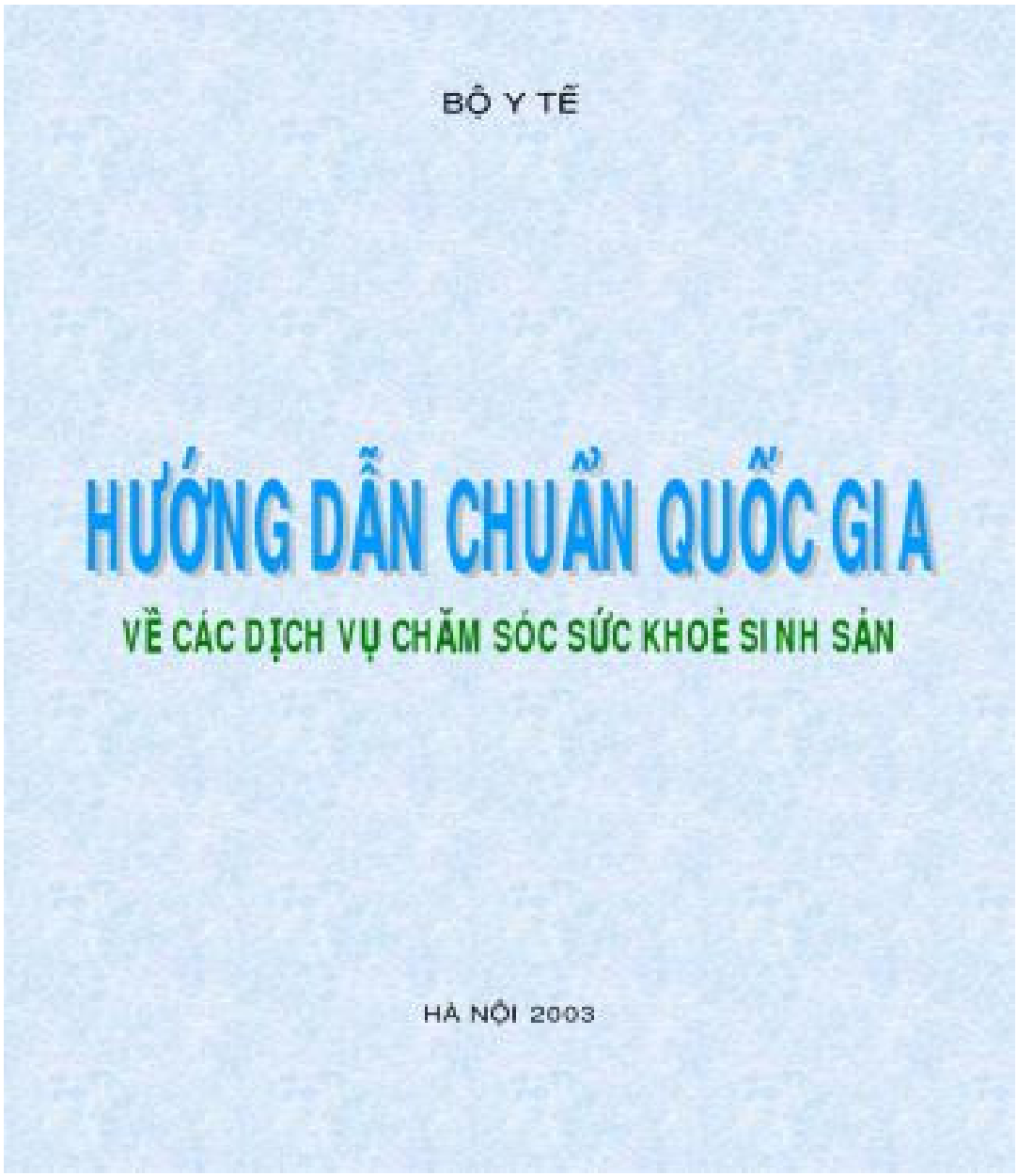
Điều 2. Ban chỉ đạo có trách nhiệm xây dựng kế hoạch, tổ chức triển khai, tập huấn chuyên môn và tổ chức thực hiện chương trình phòng chống bệnh phụ khoa tại địa phương.

Điều 3. Văn phòng UBND và các ông (Bà) có tên ở điều 1 chịu trách nhiệm thi hành quyết định này./.

T/M ỦY BAN NHÂN DÂN XÃ
CHỦ TỊCH
NGUYỄN ĐỨC THỊNH

Phụ lục 9

SÁCH TRUYỀN THÔNG VỀ SỨC KHỎE SINH SẢN VÀ VIÊM NHIỄM ĐƯỜNG SINH DỤC



Phụ lục 10

BẢNG KIỂM KỸ NĂNG
GIÁO DỤC SỨC KHỎE THÔNG QUA TƯ VẤN

Giám sát viên sử dụng bảng kiểm này để giám sát kỹ năng tư vấn sức khỏe. Đề nghị dấu (X) vào ô trống cho đánh giá phù hợp dưới đây.

STT	Nội dung	Mức độ			
		Rất đạt yêu cầu (4)	Đạt yêu cầu (3)	Chưa đạt yêu cầu (1)	Không làm (0)
1.	Tiếp đón đối tượng niềm nở ngay từ đầu				
2.	Chào hỏi, giới thiệu về mình				
3.	Hỏi thăm, giải đáp các vấn đề liên quan đến sự lo lắng của đối tượng				
4.	Ân cần hướng dẫn các biện pháp để giải quyết vấn đề cần được tư vấn.				
5.	Nhẫn nại giúp đối tượng lựa chọn cách giải quyết phù hợp nhất đối với vấn đề cần được tư vấn.				
6.	Khuyên đối tượng an tâm thực hiện các biện pháp giải quyết vấn đề cần tư vấn đã thống nhất.				
7.	Giải thích cho đối tượng biết khi nào phải trở lại				

Cán bộ tiến hành tư vấn
(Ký, ghi rõ họ tên)

Trạm Y tế xã
(Ký, đóng dấu)

BẢNG KIỂM KỸ NĂNG
GIÁO DỤC SỨC KHỎE THÔNG QUA THẢO LUẬN NHÓM

Hướng dẫn: Giám sát viên sử dụng bảng kiểm này để giám sát kỹ năng giáo dục sức khỏe thông qua thảo luận nhóm. Đề nghị dấu (X) vào ô trống cho đánh giá phù hợp dưới đây.

STT	Nội dung	Mức độ		
		Đạt yêu cầu (3)	**Chưa đạt yêu cầu (1)**	**Không làm (0)**
1.	Chào hỏi, giới thiệu bản thân và người tham gia			
2.	Trình bày lý do cuộc nói chuyện sức khỏe			
3.	Trình bày mục tiêu, nội dung và thời gian cuộc thảo luận			
4.	Tiến hành thảo luận lần lượt theo từng nội dung đề ra			
5.	Đặt câu hỏi thảo luận rõ ràng			
6.	Khuyến khích mọi thành viên trong nhóm tham gia thảo luận			
7.	Giải đáp rõ ràng, mạch lạc những câu hỏi của đối tượng			
8.	Thư ký quan sát, ghi chép các ý kiến thảo luận			
9.	Sử dụng các phương tiện TT - GDSK			
10.	Ngôn ngữ trong sáng, rõ ràng, mạch lạc, dễ hiểu			
11.	Nhận xét tóm tắt kết quả cuộc thảo luận trước khi kết thúc			
12.	Cảm ơn đối tượng và hẹn gặp lại			

Cán bộ tiến hành thảo luận nhóm
(Ký, ghi rõ họ tên)

Trạm Y tế xã
(Ký, đóng dấu)

BẢNG KIỂM
ĐÁNH GIÁ KỸ NĂNG NÓI CHUYỆN SỨC KHỎE

Hướng dẫn: Giám sát viên sử dụng bảng kiểm này để giám sát cuộc nói chuyện sức khỏe. Đề nghị dấu (X) vào ô trống cho đánh giá phù hợp dưới đây.

STT	Nội dung	Mức độ		
		Đạt yêu cầu (3)	**Chưa đạt yêu cầu (1)**	**Không làm (0)**
1.	Chào hỏi, giới thiệu bản thân và người tham gia			
2.	Trình bày lý do cuộc nói chuyện sức khỏe			
3.	Trình bày mục tiêu, nội dung và thời gian cuộc nói chuyện sức khỏe			
4.	Cung cấp các thông tin đầy đủ, khoa học, chính xác sát mục tiêu đề ra			
5.	Sử dụng ngôn từ đơn giản, dễ hiểu phù hợp với đối tượng			
6.	Minh hoạ bằng các ví dụ thực tế			
7.	Sử dụng các phương tiện truyền thông thích hợp			
8.	Khuyến khích đối tượng tham gia			
9.	Đề nghị người tham gia nhắc lại một số nội dung chính vừa trình bày và đánh giá sự hiểu biết của họ?			
10.	Tóm tắt, kết luận cuộc nói chuyện, và khuyến khích người tham gia thực hiện và duy trì hành vi sức khỏe			
11.	Nói lời cảm ơn và hẹn gặp.			

CBYT nói chuyện sức khỏe
(Ký, ghi rõ họ tên)

Trạm Y tế xã
(Ký, đóng dấu)