

CHUYÊN ĐỀ 3
MÔI TRƯỜNG, DINH DƯỠNG, BỆNH KHÔNG LÂY NHIỄM

NHẬN THỨC VỀ CÁC YẾU TỐ NGUY CƠ ĐỘT QUỴ VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN CỦA NGƯỜI DÂN TẠI THÀNH PHỐ BUÔN MA THUỘT, TỈNH ĐẮK LẮK NĂM 2020

Đặng Thị Xuyên, Đinh Hữu Hùng
Khoa Y Dược, Trường ĐH Tây Nguyên

TÓM TẮT

Cơ sở: Đột quỵ là nguyên nhân hàng đầu gây tử vong và tàn tật trên toàn thế giới. Sự nhận thức về các yếu tố nguy cơ của đột quỵ góp phần làm giảm gánh nặng do đột quỵ gây ra.

Mục tiêu: Xác định tỉ lệ nhận thức không đạt về các yếu tố nguy cơ đột quỵ ở người trưởng thành tại Thành phố Buôn Ma Thuột, tỉnh Đắk Lắk và một số yếu tố liên quan với sự nhận thức về các yếu tố nguy cơ đột quỵ.

Phương pháp: Nghiên cứu mô tả cắt ngang 464 người trưởng thành ở Thành phố Buôn Ma Thuột, tỉnh Đắk Lắk. Chúng tôi đã sử dụng một bộ câu hỏi được soạn sẵn để thu thập các thông tin thông qua phỏng vấn trực tiếp.

Kết quả: Trong tháng 01/2020, chúng tôi đã thu thập 464 đối tượng nghiên cứu. Kết quả cho thấy 67,9% có nhận thức không đạt về yếu tố nguy cơ đột quỵ. Tăng huyết áp là yếu tố nguy cơ được kể đến nhiều nhất (36,4%). Các yếu tố liên quan đến sự nhận thức không đạt về yếu tố nguy cơ đột quỵ ở người trưởng thành là tuổi cao (≥ 65 tuổi), dân tộc thiểu số, trình độ học vấn thấp và nghề nông.

Kết luận: Nhận thức của người dân về yếu tố nguy cơ đột quỵ còn hạn chế. Các yếu tố ảnh hưởng đến sự nhận thức không đạt về yếu tố nguy cơ đột quỵ là tuổi cao (≥ 65 tuổi), dân tộc thiểu số, trình độ học vấn thấp và nghề nông.

Từ khóa: Nhận thức, yếu tố nguy cơ, đột quỵ

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Mặc dù đã có rất nhiều tiến bộ vượt bậc trong điều trị đột quỵ (ĐQ), song dự phòng ĐQ, bao gồm dự phòng nguyên phát vẫn là quan trọng nhất trong nỗ lực làm giảm gánh nặng do ĐQ gây ra. Trên toàn cầu, 90,5% gánh nặng của ĐQ là do các yếu tố nguy cơ (YTNC) có thể thay đổi được như tăng huyết áp, đái tháo đường, hút thuốc lá [4]. Tuy nhiên, sự nhận thức về các yếu tố này còn hạn chế. Do đó, sự gia tăng nhận thức của cộng đồng về các YTNC ĐQ là một trong những chiến lược dự phòng ĐQ có hiệu quả [6].

Trên thế giới đã có nhiều nghiên cứu về vấn đề này. Chẳng hạn, theo một bài tổng quan của Jones và cộng sự (cs) từ 39 nghiên cứu thì sự nhận thức về YTNC ĐQ và việc dự phòng đột quỵ còn ở mức thấp và các yếu tố ảnh hưởng là tuổi cao, dân tộc thiểu số và trình độ học vấn

thấp [5]. Tại Việt Nam, cũng có một số tác giả đề cập đến khía cạnh nói trên, chẳng hạn theo Lý Thị Kim Thương và cs thì có đến 51,3% có nhận thức không đạt về YTNC ĐQ [7]. Tuy nhiên, cho đến hiện nay, số nghiên cứu về nhận thức của người dân về các YTNC ĐQ trong cộng đồng còn khiêm tốn. Chính vì vậy, để góp phần làm giảm gánh nặng do ĐQ gây ra, chúng tôi đã tiến hành nghiên cứu này với hai mục tiêu cụ thể: (1) Xác định tỉ lệ nhận thức không đạt về các yếu tố nguy cơ đột quỵ ở người trưởng thành tại Thành phố Buôn Ma Thuột, tỉnh Đắk Lắk, và (2) xác định một số yếu tố liên quan đến sự nhận thức về các yếu tố nguy cơ đột quỵ tại thời điểm nghiên cứu.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP

2.1. Đối tượng nghiên cứu

- *Tiêu chuẩn chọn vào:* Là những người dân từ 18 tuổi trở lên, có hộ khẩu thường trú và đang sinh sống tại Thành phố Buôn Ma Thuột từ 6 tháng trở lên và đồng ý tham gia vào nghiên cứu.

- *Tiêu chuẩn loại ra:* Người mất năng lực hành vi, tâm thần, câm, điếc, không đi lại được,

Chịu trách nhiệm: Đặng Thị Xuyên
Email: dtxuyen@ttn.edu.vn
Ngày phản biện: 25/8/2020
Ngày xuất bản: 20/10/2020

không có khả năng giao tiếp; Người vắng mặt tại địa phương trong thời điểm nghiên cứu sau hai lần mời hoặc tiếp xúc mà không gặp được; Người là khách vắng lai.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: Mô tả cắt ngang

Cỡ mẫu: Tính theo công thức xác định tỉ lệ trong quần thể:

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

Với $\alpha=0,05$;

$d=0,05$;

$p=78,2\%$ (tỉ lệ nhận thức không đạt về YTNC đột quy của Olorukooba và cs [8]), ta được $n = 262$.

Vì chọn mẫu nhiều giai đoạn nên chúng tôi chọn hệ số thiết kế là 1,5 và có dự phòng trường hợp mất mẫu (khoảng 5%) nên cỡ mẫu cần có là: $262 \times 1,5 \times 1,05 \approx 413$.

- **Phương pháp chọn mẫu:** Gồm các giai đoạn: (1) chọn 7 cụm (xã/phường) thuộc Thành phố Buôn Ma Thuột, tỉnh Đắk Lắk bằng phương pháp PPS (để đảm bảo tính đại diện, chọn ít nhất 30 cụm trong 184 cụm (xã/phường/thị trấn) trên toàn tỉnh Đắk Lắk); vậy ứng với 21 xã/phường của Thành phố Buôn Ma Thuột,

chọn ít nhất 4 cụm để đảm bảo tính đại diện, (2) chọn hộ gia đình theo phương pháp ngẫu nhiên hệ thống từ mỗi cụm. Với ước tính mỗi hộ gia đình có 2 người thỏa mãn tiêu chuẩn chọn mẫu thì mỗi cụm sẽ cần chọn ra 31 hộ gia đình, và (3) chọn tất cả các thành viên trong hộ gia đình được chọn theo tiêu chuẩn chọn mẫu.

- **Phương pháp thu thập số liệu:** Số liệu được thu thập bằng bộ câu hỏi soạn sẵn. Tất cả các đối tượng tham gia nghiên cứu đều được phỏng vấn mặt đối mặt để ghi nhận các thông tin về: (1) Các yếu tố nhân khẩu học như tuổi, giới tính, dân tộc, trình độ học vấn, nghề nghiệp và tình trạng hôn nhân, và (2) sự nhận thức về các YTNC ĐQ (câu hỏi mở, không có gợi ý). Nhận thức không đạt khi kể tên được ít hơn 2 YTNC ĐQ, nhận thức đạt khi kể tên được từ 2 YTNC ĐQ trở lên [8]. Trước khi tiến hành thu thập số liệu tại thực địa, chúng tôi đã tiến hành một cuộc điều tra thử tại một cụm trên 30 người tham gia để thử nghiệm bộ công cụ và thực hành các hoạt động thu thập số liệu.

- **Phương pháp xử lý số liệu:** Số liệu được nhập bằng phần mềm Epidata 3.1 và được xử lý bằng phần mềm Stata 14.0. Thống kê mô tả (tần số, tỉ lệ %) và thống kê phân tích (Phép kiểm Chi bình phương) được sử dụng để phân tích số liệu.

III. KẾT QUẢ

3.1. Các đặc điểm nhân khẩu học của đối tượng nghiên cứu

Bảng 1: Đặc điểm nhân khẩu học của đối tượng nghiên cứu

| | Đặc điểm | N | Tỉ lệ % |
|---------------------|--------------------------|--------------|--------------|
| Giới tính | Nam | 145 | 31,2 |
| | Nữ | 319 | 68,8 |
| Tuổi | 18-44 | 123 | 26,5 |
| | 45-64 | 226 | 48,7 |
| | ≥ 65 | 115 | 24,8 |
| Tuổi trung bình | 54,03 (+ - 14,92) | Nhỏ nhất: 18 | Lớn nhất: 94 |
| Dân tộc | Dân tộc Kinh | 359 | 77,4 |
| | Dân tộc thiểu số | 105 | 22,6 |
| Trình độ học vấn | Từ tiểu học trở xuống | 127 | 27,4 |
| | Trung học cơ sở | 161 | 34,7 |
| | Trung học phổ thông | 90 | 19,4 |
| | Đại học/cao đẳng trở lên | 86 | 18,5 |
| Nghề nghiệp | Nông dân | 161 | 34,7 |
| | Nội trợ | 86 | 18,5 |
| | Công nhân viên chức | 58 | 12,5 |
| | Buôn bán | 33 | 7,1 |
| | Nghề khác | 126 | 27,16 |
| Tình trạng hôn nhân | Chưa kết hôn | 30 | 6,5 |
| | Đã kết hôn* | 434 | 93,5 |

Ghi chú: * Đã kết hôn gồm đang sống với vợ/chồng, ly hôn/ly thân, góa; Nghề khác bao gồm nghỉ hưu, bốc vác, nghề không cố định. Trong nghiên cứu này, nữ chiếm tỉ lệ 68,8%. Nhóm ≥ 65 tuổi chiếm 24,8%. Người dân tộc thiểu số là 22,6%. Tỉ lệ người tham gia có học vấn từ tiểu học trở xuống và trung học cơ sở lần lượt là 27,3%, 34,7%. Đối tượng là nông dân chiếm tỉ lệ cao nhất với 34,7%.

3.2. Nhận thức của đối tượng nghiên cứu về các yếu tố nguy cơ đột quy

Bảng 2: Tỉ lệ nhận thức không đạt về các yếu tố nguy cơ của đột quy

| Nhận thức | Tần số (n=464) | Tỉ lệ (%) |
|-----------|----------------|-----------|
| Không đạt | 315 | 67,9 |
| Đạt | 149 | 32,1 |

Bảng 3: Tỉ lệ các yếu tố nguy cơ của đột quy được nhận biết

| Yếu tố nguy cơ | Tần số (n=464) | Tỉ lệ % |
|---|----------------|---------|
| Không biết | 199 | 42,9 |
| Tăng huyết áp | 167 | 36,4 |
| Chế độ ăn không hợp lý | 73 | 15,7 |
| Đái tháo đường | 54 | 11,6 |
| Uống rượu/bia | 46 | 9,9 |
| Rối loạn lipid máu | 44 | 9,5 |
| Ít vận động | 43 | 9,3 |
| Lớn tuổi | 41 | 8,8 |
| Hút thuốc lá | 36 | 7,8 |
| Béo phì | 32 | 6,9 |
| Bệnh tim mạch | 28 | 6,0 |
| Stress/lo âu | 24 | 5,2 |
| Tiền sử gia đình có người thân bị đột quy | 19 | 4,1 |
| Tiền sử bị đột quy | 18 | 3,9 |

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỉ lệ nhận thức không đạt cao với 67,9%, không thể kể tên bất kỳ YTNC nào chiếm tỉ lệ 42,9%. YTNC được kể đến nhiều nhất là THA với tỉ lệ 36,4%; tiếp đến là chế độ ăn không hợp lý (ăn mặn, ăn ít rau và trái cây) với tỉ lệ 15,7%; Đái tháo đường

(ĐTĐ), Rối loạn lipid máu (RLLM), hút thuốc lá lần lượt được kể đến với tỉ lệ 11,6%, 9,5%, 7,8%.

3.3. Một số yếu tố liên quan đến tỉ lệ nhận thức không đạt về các yếu tố nguy cơ đột quy

Bảng 4: Bảng kết quả phân tích đơn biến của một số yếu tố liên quan với tỉ lệ nhận thức không đạt về các yếu tố nguy cơ đột quy

| Các yếu tố | OR | KTC 95% | Giá trị p | |
|---------------------|--------------------------|---------|--------------|------------|
| Tuổi | ≥ 65 | 1,83 | 1,05 – 3,2 | 0,033 |
| | 45 – 64 | 1,30 | 0,82 – 2,05 | p > 0,05 |
| | 18 – 44 | 1 | | Tham chiếu |
| Giới tính | Nữ | 1,17 | 0,77 – 1,74 | 0,461 |
| | Nam | 1 | | Tham chiếu |
| Dân tộc | Dân tộc thiểu số | 5,34 | 2,76 – 10,32 | < 0,001 |
| | Dân tộc kinh | 1 | | Tham chiếu |
| Trình độ học vấn | Từ tiểu học trở xuống | 21,84 | 9,98 – 47,8 | < 0,001 |
| | Trung học cơ sở | 4,03 | 2,31 – 7,01 | < 0,001 |
| | Trung học phổ thông | 3,38 | 1,82 – 6,28 | < 0,001 |
| | Đại học/cao đẳng trở lên | 1 | | Tham chiếu |
| Nghề nghiệp | Nông dân | 19,11 | 9,06 – 40,28 | < 0,001 |
| | Buôn bán | 5,73 | 2,26 – 14,56 | < 0,001 |
| | Nội trợ | 5,08 | 2,44 – 10,6 | < 0,001 |
| | Nghề khác | 5,53 | 2,76 – 11,07 | < 0,001 |
| | Công nhân viên chức | 1 | | Tham chiếu |
| Tình trạng hôn nhân | Đã kết hôn | 1,94 | 0,92 – 4,08 | p > 0,05 |
| | Chưa kết hôn | 1 | | Tham chiếu |

*Ghi chú: OR: Odds Ratio (tỷ suất chênh); KTC: khoảng tin cậy; * Đã kết hôn gồm đang sống với vợ/chồng, ly hôn/ly thân, góa; Nghề khác bao gồm nghỉ hưu, bốc vác, nghề không cố định.*

Có mối liên quan giữa tỉ lệ nhận thức không đạt về các YTNC ĐQ và một số yếu tố nhân khẩu học như nhóm tuổi ≥ 65 , dân tộc thiểu số, trình độ học vấn thấp và nghề nghiệp (nông dân, nội trợ, buôn bán, nghề khác). Không có mối liên quan giữa tỉ lệ nhận thức không đạt và giới tính, tình trạng hôn nhân.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Về nhận thức các yếu tố nguy cơ của đột quỵ

Trong nghiên cứu này, tỉ lệ người dân tuổi trưởng thành trong cộng đồng có nhận thức không đạt của về các YTNC đột quỵ ở mức cao (67,9%). Con số này tương đương với nghiên cứu của Sadeghi-Hokmabadi và cs ở Iran (64,9%) [9] và thấp hơn so với kết quả nghiên cứu của Olorukooba và cs ở Nigeria (78,2%) [8]. Tuy nhiên, kết quả của chúng tôi lại cao hơn khi so với một nghiên cứu trong cộng đồng tại Phường Tây Sơn, Thành phố Pleiku, tỉnh Gia Lai của Lý Thị Kim Thương và cs (51,3%) [7]. Bên cạnh đó, tỉ lệ người không có khả năng kể được tên bất kỳ một YTNC đột quỵ nào cũng ở mức cao (42,9%). Kết quả này tương tự với nghiên cứu trong cộng đồng của Chang và cs ở Sri Lanka (32 -46%) [2] nhưng lại cao hơn nghiên cứu của Chhabra tại Ấn Độ (28,85%) [3] và nghiên cứu của Sadeghi-Hokmabadi ở Iran (20,2%) [9].

Mặt khác, kết quả của chúng tôi cho thấy YTNC được kể đến nhiều nhất là THA (36,4%). Điều tương tự cũng thấy trong một số nghiên cứu khác trong cộng đồng [2], [3], [8]. Tuy nhiên, kết quả này lại thấp hơn so với nghiên cứu ở Ấn Độ (58,57%) [3], ở Sri Lanka (68%) [2], và ở Nigeria (59,4%) [8]. Cùng với đó, mặc dù ĐTD và RLLM là hai YTNC quan trọng của ĐQ [4], nhưng tỉ lệ nhận thức của người dân về hai yếu tố này trong nghiên cứu của chúng tôi lại rất thấp so với nghiên cứu ở Sri Lanka (53,3% và 64,5%) [2]. Ngoài ra, sự nhận thức đối với các YTNC về lối sống: chế độ ăn không hợp lý, hút thuốc lá và uống rượu, bia cũng ở mức thấp (với tỉ lệ lần lượt là: 15,7%, 7,8%, 9,9%), đặc biệt là khi so với một số tác giả khác như Chhabra

(43,71%, 22,28% và 14%) [3] và Chang (43,9%, 64,5%, 68,1%) [2]. Một số YTNC khác như ít vận động, bệnh tim mạch, béo phì cũng là những YTNC ĐQ hàng đầu (có thể thay đổi được) [4], song sự nhận thức các yếu tố này lại rất thấp (<10%) khi so với kết quả của một số nghiên cứu khác [2], [8]. Điều này cũng được Vũ Anh Nhị và cs quan tâm nghiên cứu [10].

Như vậy, nghiên cứu này chỉ ra rằng sự nhận thức của người dân trưởng thành trong cộng đồng về các YTNC ĐQ còn thấp. Rõ ràng, đây là một thách thức không nhỏ đối với nỗ lực dự phòng hiệu quả ĐQ [6]. Do đó, cần có những biện pháp thích hợp nhằm nâng cao nhận thức của người dân về tầm quan trọng và cách kiểm soát các YTNC này, góp phần làm giảm gánh nặng ĐQ cho gia đình và xã hội.

4.2. Về mối liên quan giữa một số yếu tố nhân khẩu học và nhận thức của người dân đối với các yếu tố nguy cơ của đột quỵ

Một số yếu tố liên quan đến nhận thức không đạt về YTNC ĐQ là nhóm tuổi ≥ 65 , dân tộc thiểu số, trình độ học vấn thấp (đặc biệt là nhóm có trình độ từ tiểu học trở xuống), nhóm người làm nghề nông.

Trong nghiên cứu này, nhóm người ≥ 65 tuổi có tỉ lệ nhận thức không đạt cao gấp gần 2 lần nhóm từ 18-45 tuổi. Thiếu nhận thức ở những người lớn tuổi cũng được chỉ ra trong nghiên cứu của Jones và cs. Cụ thể, có đến 70% người ≥ 65 tuổi có nhận thức không đạt về các YTNC ĐQ, cao hơn có ý nghĩa so với nhóm < 65 tuổi (50%) [5]. Thêm vào đó, nghiên cứu của Sadeghi-Hokmabadi ở Iran cũng cho thấy những người lớn tuổi có nhận thức về YTNC ĐQ kém hơn [9]. Như vậy, có sự đồng nhất giữa một số nghiên cứu về sự nhận thức kém đối với YTNC ĐQ ở người lớn tuổi. Theo y văn, đây cũng là nhóm đối tượng có nguy cơ cao bị ĐQ [4]. Chính vì vậy, chúng ta cần có chiến lược thích hợp nhằm nâng cao nhận thức song hành với việc kiểm soát tốt các YTNC ĐQ của nhóm đối tượng này.

Bên cạnh yếu tố tuổi, nghiên cứu của chúng tôi cho thấy tỉ lệ nhận thức không đạt về YTNC ĐQ ở người dân tộc thiểu số cao gấp 5 lần so với người Kinh. Điều tương tự cũng có trong một báo cáo tổng quan của Jones và cs [5]. Trong khi đó, theo kết quả tổng điều tra dân số và nhà ở năm 2019 thì tại tỉnh Đắk Lắk có hơn 35% người dân tộc thiểu số sinh sống [1]. Vì

thể, chúng ta cần có những giải pháp hợp lý và thiết thực nhất nhằm nâng cao nhận thức của người đồng bào dân tộc thiểu số về các YTNC ĐQ để góp phần làm giảm gánh nặng gây ra bởi các bệnh không lây nhiễm nói chung và ĐQ nói riêng.

Nghiên cứu này còn cho thấy trình độ học vấn của người dân càng thấp thì sự nhận thức không đạt về YTNC ĐQ càng cao. Theo y văn, đã có nhiều nghiên cứu trong và ngoài nước cho kết quả tương đồng. Chẳng hạn theo Chang và cs thì người dân có học vấn thấp hơn có nhận thức không đạt về YTNC ĐQ cao hơn với OR=1,7 (KTC 95%: 1,3–2,3) [2], và theo Lý Thị Kim Thương và cs thì những người có trình độ trung học phổ thông có nhận thức không đạt về YTNC ĐQ cao hơn những người có trình độ từ cao đẳng trở lên với OR=38,73 (KTC 95%; $p < 0,001$) [7].

Điều đáng nói thêm là trong nghiên cứu này, trình độ học vấn và nghề nghiệp của người dân có liên quan với nhau. Trong đó, đa số những người làm nghề nông dân có trình độ học vấn thấp (từ tiểu học trở xuống). Vì thế, những người làm nghề nông dân có nhận thức thấp hơn có ý nghĩa so với các nhóm nghề còn lại. Như vậy, cần đề ra những biện pháp phù hợp đối với nhóm đối tượng này nhằm nâng cao nhận thức về YTNC ĐQ.

V. KẾT LUẬN

Nhận thức của người dân về yếu tố nguy cơ đột quỵ còn thấp. Các yếu tố ảnh hưởng đến sự nhận thức không đạt về yếu tố nguy cơ đột quỵ là tuổi cao (≥ 65 tuổi), dân tộc thiểu số, trình độ học vấn thấp và nghề nông dân.

VI. KIẾN NGHỊ

Cần có những biện pháp cụ thể và phù hợp nhằm nâng cao nhận thức về yếu tố nguy cơ đột quỵ cho người dân, đặc biệt những người lớn tuổi, người đồng bào dân tộc thiểu số, người có trình độ học vấn thấp và nông dân. Chẳng hạn tổ chức các buổi nói chuyện, tuyên truyền hoặc thiết kế các pano, áp phích bằng hình ảnh trực quan sinh động, dễ hiểu để phát đến tận tay người dân hay làm các đoạn phim ngắn phát trên truyền hình/kênh truyền thông khác có nội dung dễ hiểu về sự nguy hiểm của các yếu tố nguy cơ đột quỵ cũng như cách kiểm soát các yếu tố đó.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Ban chỉ đạo tổng điều tra dân số và nhà ở Trung Ương (2019), Tổng điều tra dân số và nhà ở 2019-Tổ chức thực hiện và kết quả sơ bộ, Nhà xuất bản thống kê, tr. 45-61.
2. Chang Thashi et al. (2020), "Knowledge of Stroke, Its Warning Symptoms, Risk Factors and Treatment among the General Public and General Practitioners in a South Asian Population", *Journal of Stroke and Cerebrovascular Diseases*, pp. 104760.
3. Chhabra M. et al. (2019), "Assessment of Knowledge on Risk Factors, Warning Signs, and Early Treatment Approaches of Stroke among Community Adults in North India: A Telephone Interview Survey", *J Neurosci Rural Pract.* 10 (3), pp. 417-422.
4. Feigin Valery L. et al. (2016), "Global burden of stroke and risk factors in 188 countries, during 1990–2013: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013", *The Lancet Neurology.* 15 (9), pp. 913-924.
5. Jones S. P. et al. (2010), "Stroke knowledge and awareness: an integrative review of the evidence", *Age Ageing.* 39 (1), pp. 11-22.
6. Kalkonde Y. V. et al. (2018), "Stroke Prevention Strategies in the Developing World", *Stroke.* 49 (12), pp. 3092-3097.
7. Lý Thị Kim Thương và cs. (2019), "Nhận thức về các yếu tố nguy cơ và biểu hiện cảnh báo đột quỵ não của người dân tại phường Tây Sơn Thành phố Pleiku tỉnh Gia Lai năm 2016", *Nghiên cứu khoa học.* 2 (1), tr. 82-90.
8. Olorukooba Abdulhakeem Abayomi et al. (2018), "Awareness of stroke and knowledge of its risk factors among respondents in Shika community, Kaduna State, Nigeria", *Archives of Medicine and Surgery.* 3 (1), pp. 30.
9. Sadeghi-Hokmabadi E. et al. (2019), "Public knowledge of people visiting Imam Reza hospital regarding stroke symptoms and risk factors", *BMC Emerg Med.* 19 (1), pp. 36.
10. Vũ Anh Nhị và cs. (2003), "Nghiên cứu sự hiểu biết về tai biến mạch máu não trên thân nhân và bệnh nhân tai biến mạch máu não", *Tạp chí Y học TP. Hồ Chí Minh.* 7(1), tr.81-85.

SUMMARY

AWARENESS OF STROKE RISK FACTORS AND ASSOCIATED FACTORS IN COMMUNITY ADULTS AT BUON MA THUOT CITY, DAK LAK PROVINCE

*Dang Thi Xuyen, Dinh Huu Hung
Faculty of Medical and Pharmacy, Tay Nguyen Univesity*

Background: Stroke is the leading cause of death and disability worldwide. Awareness of risk factors for stroke decreases the burden of stroke.

Objectives: To identify the poor awareness of stroke risk factors among the adult population in Buon Ma Thuot city, Dak Lak province, and some associated factors with awareness of stroke risk factors.

Method: A cross-sectional study of 464 participants in Buon Ma Thuot city, Dak Lak province. We used a designed questionnaire to collect data from the subjects through direct interview

Results: In January 2020, we recruited 464 participants. The results indicated that 67.9% of participants had a poor awareness of risk factors for stroke. The most identified risk factor for stroke was hypertension (36.4%). Factors associated with poor awareness of stroke risk factors are older age (65 years old and more), ethnic minority, low education level, and farmers.

Conclusion: The perception of risk factors for stroke among the community is limited. Factors associated with the poor awareness of stroke risk factors are older age (65 years old and more), ethnic minority, low education level, and farmers.

Keywords: *Awareness, risk factor, stroke*

TÌNH TRẠNG DINH DƯỠNG CỦA HỌC SINH TẠI MỘT SỐ TRƯỜNG TRUNG HỌC CƠ SỞ TẠI THÀNH PHỐ PLEIKU, TỈNH GIA LAI, NĂM 2018

Nguyễn Thị Kim Ngân, Nguyễn Thị Kim Thảo, Đinh Minh An,
Nguyễn Thị Quỳnh Anh, Trần Thị Tuyết Lương
Trung tâm Kiểm soát Bệnh tật tỉnh Gia Lai

TÓM TẮT

Nghiên cứu được thực hiện trên 904 học sinh THCS thuộc 4 trường đại diện cho khu vực nội thành và ngoại thành thành phố Pleiku, nhằm xác định tình trạng dinh dưỡng của học sinh THCS thành phố Pleiku năm 2018. Với thiết kế nghiên cứu cắt ngang mô tả. Kết quả cho thấy: Tỷ lệ SDD thể gầy còm là 15,5% (trong đó đối tượng học sinh ở xã có tỷ lệ SDD cao hơn 18,7%; học sinh ở phường có tỷ lệ SDD 13%). Tỷ lệ SDD thể thấp còi là 18,1% (trong đó tỷ lệ học sinh ở xã SDD thấp còi là 22,5%; học sinh ở phường SDD thấp còi là 14,8%). Tỷ lệ thừa cân là 7,7% (trong đó học sinh ở phường thừa cân là 10,6%, học sinh ở xã là 4%); béo phì là 2,2%.

Khuyến Nghị: Cần nghiên cứu xây dựng các chương trình giáo dục dinh dưỡng thích hợp cho lứa tuổi học đường, góp phần giảm tình trạng thừa cân, béo phì có xu hướng tăng ở khu vực nội thành (phường) và SDD ở khu vực ngoại thành (xã)

Từ khoá: SDD thấp còi, SDD gầy còm, học sinh THCS

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Vị thành niên là giai đoạn chuyển tiếp từ trẻ con thành người lớn. Đây là giai đoạn trẻ có sự tăng trưởng và phát triển nhanh về cân nặng và chiều cao, được xem là giai đoạn cuối của quá trình tăng trưởng chiều cao hoàn chỉnh. Tỷ lệ suy dinh dưỡng cao ở trẻ nữ giai đoạn này không chỉ góp phần gia tăng tỷ lệ mắc bệnh và tử vong có liên quan tới việc mang thai và sinh con sau này mà còn làm tăng nguy cơ sinh con có cân nặng sơ sinh thấp. Bên cạnh đó thừa cân, béo phì làm kìm hãm sự tăng trưởng chiều cao của trẻ khi trưởng thành và làm gia tăng nguy cơ mắc các bệnh, làm giảm chất lượng cuộc sống và giảm tuổi thọ nếu không được phát hiện và điều trị sớm. Trong các chương trình can thiệp dinh dưỡng ở Việt Nam, hiện nay mới tập trung ưu tiên cho hai đối tượng là bà mẹ và trẻ em. Những năm gần đây, các nhà dinh dưỡng cũng đã có những nghiên cứu về trẻ vị thành niên. Theo nghiên cứu của Võ Thị Diệu Hiền tại một số trường THCS Thành phố Huế (2007) tỷ lệ suy dinh dưỡng của học sinh 11-15 tuổi khá cao là 19,7%, trong đó SDD nữ chiếm 15,5%, bên cạnh đó tỷ lệ thừa cân béo phì là 8,3% [2]. Theo nghiên cứu của Trần Thị Minh Hạnh và cộng sự trên học sinh THCS thành phố

Hồ Chí Minh năm 2009, cho thấy tỷ lệ suy dinh dưỡng thấp còi và gầy còm lần lượt là 6,6% và 7,4, tuy nhiên tỷ lệ béo phì rất cao là 22,5% [1]. Các kết quả cho thấy đây là vấn đề dinh dưỡng cần quan tâm. Tuy nhiên, tại tỉnh Gia Lai các hoạt động dinh dưỡng chỉ mới tập trung quan tâm đến trẻ em dưới 5 tuổi. Mục tiêu của bài báo là mô tả tình trạng dinh dưỡng ở học sinh THCS thành phố Pleiku năm 2018. Kết quả nghiên cứu góp phần đưa ra được các can thiệp dinh dưỡng phù hợp cho lứa tuổi này. Bài báo này được trích ra từ nghiên cứu “Mối liên quan giữa thói quen ăn uống và suy dinh dưỡng ở học sinh THCS thành phố Pleiku năm 2018”.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP

Đối tượng: Điều tra mô tả cắt ngang được thực hiện trên 904 học sinh 11-14 tuổi tại 04 trường THCS của thành phố Pleiku vào tháng 3/2018. Các trường được chọn bằng cách bốc thăm ngẫu nhiên chọn 02 trường THCS thuộc xã và 02 trường THCS thuộc phường. Các lớp được chọn theo cách chọn mẫu phân tầng ngang bằng. Mỗi lớp có trung bình 30-35 học sinh, do đó chọn toàn bộ học sinh có độ tuổi từ 11-14 trong các lớp được chọn.

Cỡ mẫu: Tính theo công thức tính

$$n = DE \frac{Z^2 p(1-p)}{d^2}$$

Trong đó: n: Cỡ mẫu nghiên cứu tối thiểu
DE: Lực mẫu, lấy DE = 2

Chịu trách nhiệm: Nguyễn Thị Kim Ngân
Email: kimnganytcc@gmail.com
Ngày phản biện: 28/8/2020
Ngày xuất bản: 20/10/2020

p: Tỷ lệ SDD của học sinh THCS tham khảo từ nghiên cứu của Võ Thị Diệu Hiền tại thành phố Huế [2], $p = 0,197$

d: độ chính xác kỳ vọng, chọn $d = 0,04$.

Z: hệ số tin cậy, với $\alpha = 0,05$, $Z_{(1-\alpha/2)} = 1,96$.

Theo công thức trên thì cỡ mẫu tối thiểu đưa vào nghiên cứu là 760 học sinh. Thêm 10% cỡ mẫu dự phòng, vì vậy cỡ mẫu cuối cùng là 836 học sinh. Tuy nhiên trên thực tế đã có 904 học sinh được đưa vào mẫu điều tra để phân tích xử lý số liệu.

Thu thập thông tin: Tất cả học sinh được đo cân nặng bằng cân điện tử SECA có độ chính xác 150g. Chiều cao được đo bằng thước đo gỗ với độ chính xác 1mm và được phỏng vấn bằng bộ câu hỏi soạn sẵn.

Đánh giá tình trạng dinh dưỡng: Tình trạng thấp còi, gầy còm và thừa cân, béo phì được đánh giá dựa vào Z-score chiều cao/tuổi < -2SD (thấp còi), Z-score chỉ số khối theo tuổi BMI/T < -2SD (gầy còm), BMI/T > +1SD (thừa cân), BMI/T > +2SD (béo phì) dựa vào quần thể tham khảo WHO 2007 [7].

Xử lý số liệu: Số liệu được nhập bằng phần mềm Epi-data, tính Z-score chiều cao/tuổi, Z-score chỉ số khối theo tuổi BMI/T bằng chương trình Who Anthro plus và xử lý số liệu bằng phần mềm SPSS16.0.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Qua việc phân tích số liệu nghiên cứu được tiến hành trên 904 học sinh trung học cơ sở thành phố Pleiku, tỉnh Gia Lai năm 2018, kết quả đã chỉ ra như sau:

3.1. Tình trạng dinh dưỡng của học sinh

Bảng 1. Cân nặng trung bình của học sinh theo nhóm tuổi và khu vực

| Nhóm Tuổi (năm) | Xã | | Phường | | Toàn bộ | | P (t-test) | |
|-----------------|-----|-----------|------------|-----------|-------------|-----------|------------|--------|
| | (n) | (TB ± SD) | (n) | (TB ± SD) | (n) | (TB ± SD) | | |
| Nam | 11 | 40 | 33,5 ± 6,7 | 69 | 38,4 ± 10,4 | 109 | 36,7 ± 9,5 | < 0,05 |
| | 12 | 41 | 38,7 ± 7,1 | 64 | 43 ± 9,7 | 105 | 41,3 ± 9,0 | < 0,05 |
| | 13 | 39 | 40,1 ± 7,8 | 57 | 47,1 ± 10,3 | 96 | 44,2 ± 9,9 | < 0,05 |
| | 14 | 45 | 48,6 ± 7,2 | 60 | 51,7 ± 11,1 | 105 | 50,4 ± 9,7 | < 0,05 |
| Nữ | 11 | 44 | 34,5 ± 7,7 | 74 | 37,9 ± 8,1 | 118 | 36,5 ± 8,1 | < 0,05 |
| | 12 | 64 | 39,6 ± 6,7 | 58 | 41,9 ± 9,0 | 122 | 40,7 ± 7,9 | > 0,05 |
| | 13 | 55 | 41,0 ± 6,8 | 69 | 42,9 ± 8,3 | 124 | 42,1 ± 7,7 | > 0,05 |
| | 14 | 68 | 44,4 ± 6,8 | 57 | 48,2 ± 7,3 | 125 | 46,1 ± 7,3 | < 0,05 |

Ở nam giới lứa tuổi 11,12, 13 và lứa tuổi 14, ở nữ giới lứa tuổi 11 và lứa tuổi 14 có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về trung bình cân nặng của học sinh ở hai khu vực xã và phường ($p < 0,05$; t- test).

Bảng 2. Chiều cao trung bình của học sinh theo nhóm tuổi và khu vực

| Nhóm Tuổi (năm) | Xã | | Phường | | Toàn bộ | | P (t-test) | |
|-----------------|-----|-----------|--------------|-----------|-------------|-----------|--------------|--------|
| | (n) | (TB ± SD) | (n) | (TB ± SD) | (n) | (TB ± SD) | | |
| Nam | 11 | 40 | 139,9 ± 6,8 | 69 | 141,6 ± 7,5 | 110 | 141,0 ± 7,2 | >0,05 |
| | 12 | 41 | 148,9 ± 7,0 | 64 | 149,9 ± 8,0 | 105 | 149,5 ± 7,6 | >0,05 |
| | 13 | 39 | 152,5 ± 7,2 | 57 | 156,8 ± 8,8 | 96 | 155,1 ± 8,4 | < 0,05 |
| | 14 | 45 | 159,8 ± 6,4 | 60 | 162,4 ± 6,6 | 105 | 161,3 ± 6,6 | < 0,05 |
| Nữ | 11 | 44 | 137,8 ± 20 | 74 | 144,6 ± 6,3 | 117 | 142,0 ± 13,6 | < 0,05 |
| | 12 | 64 | 146,6 ± 13,2 | 58 | 149,6 ± 7,6 | 122 | 148,0 ± 11,0 | >0,05 |
| | 13 | 55 | 150,3 ± 6,3 | 69 | 152,6 ± 5,5 | 124 | 151,6 ± 5,9 | < 0,05 |
| | 14 | 68 | 152 ± 13,5 | 57 | 153,9 ± 5,5 | 125 | 152,8 ± 10,6 | >0,05 |

Ở nam giới lứa tuổi 13, 14, ở nữ giới lứa tuổi 11 và lứa tuổi 13 có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về trung bình cân nặng của học sinh ở hai khu vực xã và phường ($p < 0,05$; t- test).

Bảng 3. Tình trạng dinh dưỡng chung của học sinh

| Trạng thái | n = 904 | |
|----------------------------|--------------|-----------|
| | Số lượng (n) | Tỷ lệ (%) |
| Suy dinh dưỡng thể gầy còm | 140 | 15,5 |
| Bình thường | 674 | 74,6 |
| Thừa cân | 70 | 7,7 |
| Béo phì | 20 | 2,2 |

Trong 904 học sinh được điều tra có 140 học sinh SDD thể gầy còm chiếm tỷ lệ 15,5%, 70 học sinh thừa cân chiếm tỷ lệ 7,7% và 20 học sinh béo phì chiếm tỷ lệ 2,2%.

Bảng 4. Tỷ lệ SDD thể gầy còm của học sinh theo tuổi, giới và địa dư

| Tên biến | Suy dinh dưỡng thể gầy còm | | Kiểm định χ^2 p |
|----------|----------------------------|-----|-------------------------|
| | n | % | |
| Tuổi | 11 (n= 227) | 31 | p >0,05 |
| | 12 (n= 227) | 31 | |
| | 13 (n= 220) | 47 | |
| | 14 (= 230) | 31 | |
| Giới | Nam | 66 | p >0,05 |
| | Nữ | 74 | |
| Địa dư | Xã | 74 | p <0,05 |
| | Phường | 66 | |
| Toàn bộ | n= 904 | 140 | 15,5 |

Tỷ lệ SDD thể gầy còm chung của học sinh là 15,5%, trong đó tỷ lệ học sinh ở lứa tuổi 13 cao hơn các lứa tuổi còn lại (21,4%). Tỷ lệ học sinh nam và nữ bị SDD gầy còm gần tương đồng nhau. Tỷ lệ học sinh ở xã bị SDD thể gầy còm (18,7%) cao hơn so với học sinh ở phường (13,0%) với p<0,05.

Bảng 5. Tỷ lệ SDD thể thấp còi của học sinh theo tuổi, giới và địa dư

| Tên biến | Suy dinh dưỡng thể thấp còi | | Kiểm định χ^2 p |
|----------|-----------------------------|-----|-------------------------|
| | n | % | |
| Tuổi | 11 (n= 227) | 44 | p >0,05 |
| | 12 (n= 227) | 30 | |
| | 13 (n= 220) | 46 | |
| | 14 (= 230) | 44 | |
| Giới | Nam | 69 | p >0,05 |
| | Nữ | 95 | |
| Địa dư | Xã | 89 | p <0,05 |
| | Phường | 75 | |
| Toàn bộ | n= 904 | 164 | 18,1 |

Tỷ lệ SDD thể thấp còi chung của học sinh là 18,1%, trong đó tỷ lệ học sinh ở lứa tuổi 12 bị SDD thể thấp còi (13,2%) thấp hơn các lứa tuổi còn lại, với p >0,05. Tỷ lệ học sinh nam bị SDD thấp còi là 16,6%, học sinh nữ bị SDD thể thấp còi là 19,5%, với p >0,05. Tỷ lệ học sinh ở xã bị SDD thể thấp còi (22,5%) cao hơn so với học sinh ở phường (14,8%) với p<0,05.

Bảng 6. Tỷ lệ thừa cân, béo phì của học sinh theo tuổi, giới và địa dư

| Tên biến | Thừa cân | | Béo phì | |
|----------|-------------|----------|----------|-----|
| | n | % | n | % |
| Tuổi | 11 (n= 227) | 26 | 10 | 4,4 |
| | 12 (n= 227) | 19 | 7 | 3,1 |
| | 13 (n= 220) | 14 | 1 | 0,5 |
| | 14 (= 230) | 11 | 2 | 0,9 |
| | | p <0,05 | p <0,05 | |
| Giới | Nam | 40 | 15 | 3,6 |
| | Nữ | 30 | 5 | 1,0 |
| | | p >0,05 | p <0,05 | |
| Địa dư | Xã | 16 | 2 | 0,5 |
| | Phường | 54 | 18 | 3,5 |
| | | p < 0,05 | p < 0,05 | |
| Toàn bộ | n= 904 | 70 | 20 | 2,2 |

Tỷ lệ thừa cân chung của học sinh là 7,7%, trong đó tỷ lệ học sinh nam bị thừa cân (9,6%) cao hơn học sinh nữ (6,1%). Tỷ lệ học sinh ở phường bị thừa cân (10,6%) cao hơn so với học sinh ở xã (4,0%), với $p < 0,05$. Tỷ lệ béo phì chung của học sinh là 2,2%, trong đó tỷ lệ học sinh bị béo phì thường ở lứa tuổi 11 là 4,4%, lứa tuổi 12 là 3,1%, với $p < 0,05$. Tỷ lệ học sinh nam bị béo phì (3,6%) cao hơn học sinh nữ (1,0%), với $p < 0,05$. Tỷ lệ học sinh ở phường bị béo phì (3,5%) cao hơn so với học sinh ở xã (0,5%), với $p < 0,05$.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Sự phát triển về thể lực

Theo kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy cân nặng và chiều cao của học sinh được tăng dần theo lứa tuổi ở cả 2 giới. Cân nặng trung bình của nam ở lứa tuổi 11 là 36,7kg, ở lứa tuổi 14 đạt 50,4kg, như vậy số chênh lệch giữa 14 và 11 tuổi là 13,7kg. Cân nặng trung bình ở nữ lứa tuổi 11 là 36,5kg, ở lứa tuổi 14 đạt 46,1kg, chênh lệch số cân giữa lứa tuổi 14 và 11 là 9,6kg (bảng 1). Cân nặng và chiều cao của học sinh nam ở độ tuổi 13-14 tăng nhanh và cao hơn học sinh nữ, trong đó lứa tuổi 14 nam tăng rất nhanh so với nữ cả về chiều cao và cân nặng sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

So sánh với nghiên cứu của Võ Thị Diệu Hiền tại thành phố Huế năm 2007 [2] thì cân nặng và chiều cao của học sinh THCS thành phố Pleiku cao hơn so với học sinh ở thành phố Huế. Tuy nhiên so với nghiên cứu của Trần Thị Minh Hạnh năm 2009 ở học sinh THCS thành phố Hồ Chí Minh [1] và nghiên cứu của Nguyễn Lâm, Trịnh Bảo Ngọc ở nội và ngoại thành Hà Nội năm 2010 [3] thì cân nặng và chiều cao của học sinh THCS thành phố Pleiku thấp hơn thành phố Hồ Chí Minh và Hà Nội. Lý giải cho sự khác biệt này có thể do điều kiện kinh tế giữa các vùng khác nhau. Thành phố Hồ Chí Minh và Hà Nội là nơi thành thị phát triển về kinh tế xã hội, do đó các em học sinh có chế độ dinh dưỡng tốt hơn nên chỉ số thể lực của học sinh ở Gia Lai thấp hơn so với kết quả đánh giá tại thành phố Hồ chí minh và Hà Nội.

4.2. Tình trạng suy dinh dưỡng

So với các nghiên cứu trước đây, kết quả suy dinh dưỡng thể gầy còm, từ nghiên cứu của chúng tôi cao hơn so với nghiên cứu của Trần Thị Xuân Ngọc nghiên cứu trên học sinh THCS tại Hà Nội công bố năm 2012 là 12,7% [5] và cao hơn nghiên cứu của Trần Thị Minh Hạnh và

cộng sự tiến hành năm 2009 tại các trường THCS thành phố Hồ Chí Minh SDD thể gầy còm là 7,4%, thấp còi là 6,6% [1]. Tỷ lệ SDD thể thấp còi từ nghiên cứu của chúng tôi cũng thấp hơn so với nghiên cứu của Trần Thị Lụa, Lê Thị Hợp, Bùi Tố Loan và cộng sự [4] ở cả hai khu vực thành thị và nông thôn. Kết quả từ nghiên cứu này cũng có tỷ lệ SDD thể gầy còm 15,5% thấp hơn so với nghiên cứu của Võ Thị Diệu Hiền ở học sinh THCS thành phố Huế năm 2007 là 19,7% [2]. Điều này có thể giải thích do sau hơn 10 năm, cùng với sự đổi mới phát triển của đất nước thì điều kiện kinh tế của thành phố Pleiku phát triển các em học sinh được chăm sóc dinh dưỡng tốt hơn, do đó tỷ lệ SDD thể gầy còm, thấp còi của học sinh THCS thành phố Pleiku thấp hơn so với các nghiên cứu trước.

4.3. Tình trạng thừa cân, béo phì

Trong nghiên cứu của chúng tôi, bên cạnh tình trạng SDD thì mức độ thừa cân béo phì cũng chiếm tỷ lệ khá cao, thừa cân 7,7% và béo phì 2,2%. Kết quả này cao hơn so với nghiên cứu của Trần Văn Toán ở học sinh THCS thành phố Bắc Giang năm 2011 là 6,8%, trong đó béo phì 2,0% [6]. Tuy nhiên tình trạng thừa cân, béo phì của học sinh trên địa bàn còn thấp hơn so với kết quả trong nghiên cứu của Trần Thị Xuân Hạnh và cộng sự về tình trạng dinh dưỡng ở học sinh THCS thành phố Hồ Chí Minh năm 2009 với tỷ lệ khá cao (22,5% trong đó có 6,8% là béo phì) [1], kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng thấp hơn so với nghiên cứu của Võ Thị Diệu Hiền tại thành phố Huế năm 2007, thừa cân là 8,3% [2].

Như vậy trong nghiên cứu của chúng tôi cho thấy học sinh THCS thành phố Pleiku đang phải đối mặt với tình trạng gánh nặng kép trong dinh dưỡng, bên cạnh tình trạng suy dinh dưỡng còn rất cao thì tình trạng thừa cân béo phì cũng cần phải quan tâm. Do đó cần sự chú trọng quan tâm của chính quyền, gia đình và nhà trường để cải thiện tốt hơn nữa tình trạng dinh dưỡng hiện tại.

V. KẾT LUẬN

- Tỷ lệ SDD thể gầy còm, thể thấp còi ở học sinh THCS thành phố Pleiku đang còn khá cao (tỷ lệ SDD thể gầy còm là 15,5%; SDD thể thấp còi là 18,1%)
- Tỷ lệ SDD thể gầy còm và thấp còi ở xã đều cao hơn so với ở phường (18,7%; 22,5% so với 13%; 14,8%).
- Thừa cân, béo phì ở học sinh THCS thành phố Pleiku cũng ghi nhận đã xuất hiện ở đối

tượng nghiên cứu (thừa cân là 7,7%, béo phì là 2,2%).

VI. KHUYẾN NGHỊ

Qua nghiên cứu 904 học sinh THCS thành phố Pleiku, tỉnh Gia Lai năm 2018, chúng tôi nhận thấy tỷ lệ SDD thể thấp còi và gầy còm còn rất cao, tình trạng thừa cân, béo phì cũng đã xuất hiện vì vậy chúng tôi đưa ra khuyến nghị như sau:

Cần nghiên cứu xây dựng các chương trình giáo dục dinh dưỡng thích hợp cho lứa tuổi học đường. Trung tâm Y tế thành phố cần phối hợp với Phòng giáo dục, trạm Y tế xã/phường và Nhà trường có kế hoạch triển khai các chương trình truyền thông giáo dục dinh dưỡng, nâng cao kiến thức phòng chống suy dinh dưỡng cho học sinh. Định kỳ khám sức khỏe cho học sinh để đánh giá tình trạng dinh dưỡng, phát hiện sớm các trường hợp SDD, thừa cân, béo phì để sớm có biện pháp cải thiện cho học sinh.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Trần Thị Minh Hạnh (2012), "Tình trạng dinh dưỡng học sinh trung học cơ sở thành phố Hồ Chí Minh", *Tạp chí Dinh dưỡng và thực phẩm.*, Tập 8, Số 3, tr. 39-45.

2. Võ Thị Diệu Hiền và Hoàng Khánh (2008), "Nghiên cứu tình trạng thừa cân béo phì của

học sinh từ 11-15 tuổi tại một số trường THCS thành phố Huế", *Tạp chí Y học thực hành*, 1, tr. 28-30.

3. Nguyễn Lâm và Trịnh Bảo Ngọc (2013), "Tình trạng dinh dưỡng ở học sinh 11-14 tuổi tại một số trường của hai quận trung tâm và quận ngoại thành Hà Nội", *Tạp chí Y học thực hành*, Số 10.

4. Trần Thị Lụa, Lê Thị Hợp và Bùi Tố Loan (2008), "Đánh giá tình trạng dinh dưỡng và xác định tuổi dậy thì ở trẻ gái vị thành niên tại hai vùng thành phố và nông thôn", *Tạp chí Dinh dưỡng và thực phẩm.*, Tập 4, Số 1.

5. Trần Thị Xuân Ngọc (2012), *Thực trạng và hiệu quả can thiệp thừa cân, béo phì của mô hình truyền thông giáo dục dinh dưỡng ở trẻ em 6 đến 14 tuổi tại Hà Nội*, Viện Dinh dưỡng, Luận án Tiến sĩ dinh dưỡng

6. Trần Văn Toán (2011), *Thực trạng thừa cân-béo phì và một số yếu tố liên quan ở học sinh trung học cơ sở thành phố Bắc Giang năm 2011*, Trường đại học Y tế Công cộng Hà Nội, Luận văn thạc sỹ Y tế Công cộng.

7. WHO Growth reference 5-19 years, tại trang web <http://www.who.int/growthref/en/>, truy cập ngày Dec 14- 2017.

SUMMARY

THE NUTRITIONAL STATUS OF SECONDARY STUDENTS IN PLEIKU, GIA LAI IN 2018

*Nguyen Thi Kim Ngan, Nguyen Thi Kim Thao,
Dinh Minh An, Nguyen Thi Quynh Anh,
Tran Thi Tuyet Luong
Gia Lai Center for Disease Control*

The study was conducted on 904 secondary students who were studying at the four representative urban and suburban schools of Pleiku city, Gia Lai. By using a cross-sectional study design, this study aimed at determining the nutritional status of secondary school students in Pleiku city in 2018. The results showed that the rate of wasting malnutrition was 15,5% (malnutrition rate among students studying at schools in the suburb was greater than 18,7%; malnutrition rate among students studying at urban secondary schools was 13,0%). Stunting is 18,1% (stunting rate among secondary students studying at suburb schools was 22,5%; this rate for secondary urban students was 14,8%). The rate of overweight is 7,7% (overweight rate among secondary students studying at suburb schools was 10,6%; this rate among secondary urban students was 4,0%). The obesity rate was 2,2%. Recommendations: It is necessary to study and develop nutrition education programs suitable for secondary school ages which contribute to reducing overweight and obesity tends to increase in the urban areas (wards) and malnutrition in the suburban areas (communes).

Keywords: *Malnutrition, stunting malnutrition, wasting malnutrition, Student, Secondary school.*

KHẢO SÁT TÌNH TRẠNG DINH DƯỠNG TRƯỚC MỔ VÀ MỐI LIÊN QUAN VỚI CÁC CHỈ SỐ CẬN LÂM SÀNG Ở BỆNH NHÂN PHẪU THUẬT Ổ BỤNG TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA VÙNG TÂY NGUYÊN NĂM 2019

Chu Thị Giang Thanh
Khoa Y dược, Đại học Tây Nguyên

TÓM TẮT

Dinh dưỡng rất quan trọng và cần thiết đối với người bệnh, đặc biệt đối với bệnh nhân ngoại khoa. Tình trạng thiếu hụt về dinh dưỡng trước phẫu thuật làm tăng nguy cơ nhiễm khuẩn, biến chứng sau phẫu thuật, kéo dài thời gian nằm viện, tăng chi phí điều trị, tăng tỉ lệ tử vong.

Mục tiêu: xác định tình trạng dinh dưỡng trước mổ của bệnh nhân phẫu thuật ổ bụng tại bệnh viện đa khoa vùng Tây Nguyên năm 2019 và mối liên quan với các chỉ số cận lâm sàng: hàm lượng Albumin (Alb)/máu, nồng độ hemoglobin (Hb)/máu, số lượng tế bào Lymphocyte/mm³. Đây là nghiên cứu mô tả cắt ngang được thực hiện trên 390 bệnh nhân nhập viện điều trị tại khoa Ngoại tổng hợp-Bệnh viện đa khoa vùng Tây Nguyên năm 2019. Số liệu được thu thập thông qua việc phỏng vấn với thông qua bộ câu hỏi đã được chuẩn bị sẵn, đo đặc chỉ số nhân trắc học và tra cứu hồ sơ bệnh án.

Kết quả: Tỉ lệ suy dinh dưỡng của bệnh nhân trước phẫu thuật ổ bụng là 50,5% theo BMI. Theo Nutrition Alert Form (NAF), 46.2% bệnh nhân suy dinh dưỡng mức độ nhẹ đến vừa; 16.9% bệnh nhân suy dinh dưỡng nặng. Tình trạng suy dinh dưỡng có liên quan với tình trạng giảm Albumin/máu ($p < 0.01$); giảm Hb/máu ($p < 0.001$). Sự suy giảm số lượng tế bào Lymphocyte/mm³ không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với tình trạng dinh dưỡng của người bệnh ($p > 0.05$).

Từ khóa: Dinh dưỡng, phẫu thuật ổ bụng, cận lâm sàng, mối liên quan.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Dinh dưỡng rất quan trọng và cần thiết đối với người bệnh. Đặc biệt hơn, đối với bệnh nhân ngoại khoa, người bệnh có vấn đề về dinh dưỡng làm gia tăng các biến chứng phẫu thuật như: nhiễm trùng vết mổ, bực xì miệng nổi, chậm lành vết thương... Bên cạnh đó, suy dinh dưỡng (SDD) còn liên quan đến các biến chứng khác như: viêm phổi, nhiễm trùng huyết... làm tăng thời gian nằm viện và chi phí cho chăm sóc- điều trị, tăng tỉ lệ tử vong (Álvarez-Hernández et al., 2012; Leiva et al., 2017; Phạm Văn Năng; 2006). Phát hiện sớm được các bệnh nhân có vấn đề về dinh dưỡng trước mổ để có biện pháp điều trị kịp thời chắc chắn sẽ làm giảm các biến chứng sau mổ.

Tại Việt Nam, có nhiều nghiên cứu về dinh dưỡng. Tuy nhiên, đa phần các nghiên cứu tập trung vào lĩnh vực dinh dưỡng trong cộng đồng, nhất là dinh dưỡng ở trẻ em. Về bệnh lý ngoại khoa và dinh dưỡng, có nghiên cứu của Phạm

Văn Năng (2006) cho thấy tỷ lệ SDD ở bệnh nhân tiền phẫu khá cao (55,7%). Năm 2010, Nguyễn Thùy An công bố kết quả nghiên cứu về tình trạng SDD trước mổ là 56,7%. Những năm gần đây, một số nghiên cứu ở các bệnh viện tuyến trung ương cho thấy tỷ lệ SDD cao ở bệnh nhân phẫu thuật, đặc biệt là phẫu thuật ổ bụng - tiêu hóa (Khiêm, 2011; Tân, 2016).

Xuất phát từ thực tế số lượng nghiên cứu về vấn đề dinh dưỡng của bệnh nhân ngoại khoa tại địa bàn Đắk Lắk còn ít. Nghiên cứu này được tiến hành nhằm mục tiêu: xác định tình trạng dinh dưỡng trước mổ của bệnh nhân phẫu thuật ổ bụng tại bệnh viện đa khoa vùng Tây Nguyên năm 2019 và mối liên quan với các chỉ số cận lâm sàng: hàm lượng Albumin (Alb)/máu, nồng độ hemoglobin (Hb)/máu, số lượng tế bào Lymphocyte/mm³. Từ đó, đưa ra những chiến lược can thiệp phù hợp nhằm góp phần nâng cao hiệu quả điều trị, rút ngắn thời gian nằm viện.

II. NỘI DUNG VÀ PHƯƠNG PHÁP

2.1. Nội dung nghiên cứu:

+ Khảo sát tình trạng dinh dưỡng trước mổ của bệnh nhân phẫu thuật ổ bụng tại bệnh viện đa khoa vùng Tây nguyên năm 2019

Chịu trách nhiệm: Chu Thị Giang Thanh

Email: giangthanhtn@gmail.com

Ngày phản biện: 17/8/2020

Ngày xuất bản: 20/10/2020

+ Tìm mối liên quan giữa kết quả cận lâm sàng (số lượng tế bào Lymphocyte, hàm lượng Alb/ máu, mức độ giảm Hb/ máu) với tình trạng dinh dưỡng trước mổ.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

- Thời gian nghiên cứu: Từ tháng 01/2019 đến tháng 12/2019.

- Địa điểm nghiên cứu: Khoa Ngoại tổng hợp

- Bệnh viện đa khoa vùng Tây Nguyên.

- Thiết kế nghiên cứu: Mô tả cắt ngang

- Cỡ mẫu: có 390 bệnh nhân tham gia vào nghiên cứu.

- Phương pháp chọn mẫu, thu thập số liệu:

Tiến hành chọn liên tiếp tất cả những bệnh nhân nhập viện trong vòng 48 giờ và có chỉ định

phẫu thuật ổ bụng tại khoa Ngoại tổng hợp bệnh viện đa khoa vùng Tây Nguyên.

- Công cụ thu thập số liệu: Là bộ câu hỏi được xây dựng sẵn để phỏng vấn trực tiếp. Ngoài ra, các công cụ thu thập các chỉ số nhân trắc học bao gồm: cân, thước dây. Các chỉ số cận lâm sàng được thu thập thông qua tra cứu hồ sơ bệnh án.

- Xử lý số liệu: bằng phần mềm SPSS 17.0. Mọi sự khác biệt được xem là có ý nghĩa thống kê khi $p < 0.05$ với độ tin cậy 95%.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU VÀ BÀN LUẬN

3.1. Đặc điểm về tình trạng dinh dưỡng theo BMI:

Bảng 1. Đặc điểm về tình trạng dinh dưỡng theo BMI:

| Tình trạng dinh dưỡng | Chỉ số BMI | Tần số | Tỷ lệ (%) |
|-----------------------|-------------|--------|-----------|
| SDD nặng | <17 | 42 | 10,8 |
| SDD nhẹ-vừa | 17 -18,5 | 155 | 39,7 |
| Bình thường/ Thừa cân | 18,5 – 29,9 | 184 | 47,2 |
| Béo phì | ≥ 30 | 9 | 2,3 |
| Tổng số | | 390 | 100,0 |

Kết quả nghiên cứu cho thấy có 50.5% bệnh nhân có chỉ số BMI dưới mức bình thường (BMI dưới 18.5). Khác với kết quả nghiên cứu của Nguyễn Thùy An (2010) chỉ 25,8% bệnh nhân có suy dinh dưỡng; của Lưu Ngân Tâm và cộng sự (2009) chỉ 24,5% bệnh nhân có tình trạng suy dinh dưỡng (BMI dưới 18,5). Điều này có thể do nhiều nguyên nhân, trong đó nhóm đối

tượng nghiên cứu có độ tuổi trung bình hơi cao (Mean= 53.19); dẫn đến có sự thay đổi chức năng tiêu hóa do nguyên nhân sinh lý. Đồng thời, sự tác động của các rối loạn bệnh lý: nôn, tiêu chảy, đau bụng...

3.2. Đặc điểm về tình trạng dinh dưỡng theo Nutrition Alert Form (NAF):

Bảng 2. Đặc điểm về tình trạng dinh dưỡng theo NAF

| Nội dung | Tần số | Tỷ lệ (%) |
|----------------|------------|--------------|
| Bình thường | 144 | 36,9 |
| SDD nhẹ - vừa | 180 | 46,2 |
| SDD nặng | 66 | 16,9 |
| Tổng số | 390 | 100,0 |

Có 36,9% bệnh nhân có tình trạng dinh dưỡng bình thường, 46,2% bệnh nhân có SDD mức độ nhẹ đến vừa, 16,9% bệnh nhân ở mức phân loại SDD nặng. Như vậy, tỉ lệ bệnh nhân có tình trạng SDD trong nghiên cứu này là 63,1% cao hơn so với nghiên cứu của tiến sĩ Phạm Văn Năng (2006) tại bệnh viện đa khoa trung ương Cần Thơ (55,7%); Đặng Trần Khiêm (2011) tại bệnh viện Chợ Rẫy (53,1%); của Đoàn Duy Tân (2016) là (55,2%). Kết quả nghiên cứu cũng cho thấy, so sánh với tỉ lệ suy dinh dưỡng theo chỉ số BMI, kết quả đánh giá bằng NAF cho ra tỉ lệ suy dinh dưỡng cao hơn.

Điều này cho thấy nếu đánh giá tình trạng dinh dưỡng bằng chỉ số BMI đơn thuần, đôi khi sẽ bị giới hạn, vì bỏ qua những đặc trưng khác ảnh hưởng đến tình trạng dinh dưỡng.

3.3. Các đặc điểm về chỉ số cận lâm sàng:

Kết quả trình bày ở bảng 3.3 cho thấy, không có BN nào có sự suy giảm Albumin đến mức nghiêm trọng ($< 2.5\text{g/dl}$). Có 23% bệnh nhân xảy ra tình trạng giảm Albumin/ máu ($\leq 3,5\text{g/dl}$). Đa số BN có chỉ số Albumin/ máu trong giới hạn bình thường ($> 3.5\text{g/dl}$) chiếm 77%. Nồng độ Albumin/ máu trước mổ không chỉ dùng để đánh giá tình trạng dinh dưỡng, độ

nặng của bệnh mà còn là một yếu tố có ý nghĩa trong tiên lượng biến chứng, và tử vong sau phẫu thuật. Nếu nồng độ Albumin/máu càng giảm thì nguy cơ biến chứng, nguy cơ tử vong càng tăng sau phẫu thuật. Kết quả nghiên cứu này (23%) cao hơn so với nghiên cứu của Nguyễn Thùy An (2010) là 18,3%; Putwatana và cộng sự (2005) là 18,9%. Theo nghiên cứu của Nguyễn Thị Thu Hà (2005) thì 27% bệnh nhân có chỉ số Alb <35g/l; của Nguyễn Thị Vân Anh (2010) là 32,3% NB có chỉ số Alb <35g/l).

Về số lượng Lymphocyte, 52,6% BN không có sự suy giảm số lượng tế bào (>1500 TB/mm³); 47,4% có sự suy giảm số lượng tế bào tự nhẹ đến nặng, trong đó có 2,0% BN có sự suy giảm số lượng tế bào mức độ nặng (<1000 TB/mm³).

Kết quả này thấp hơn so với nghiên cứu của Đoàn Duy Tân (2016) tại Bệnh viện Chợ Rẫy [3] với 61,5% BN có sự suy giảm số lượng tế bào tự nhẹ đến nặng, trong đó có đến 24 % BN có sự suy giảm số lượng tế bào mức độ nặng.

Thực hiện điều tra về chỉ số Hb/máu, kết quả cho thấy 41,5% bệnh nhân có chỉ số Hb trong máu < 13g/dl và 58,5% bệnh nhân có chỉ số Hb trong máu ≥ 13g/dl. Như vậy, tỉ lệ bệnh nhân có chỉ số Hb trong giới hạn bình thường vẫn chiếm ưu thế hơn. So sánh với nghiên cứu của Dương Thị Phượng và cộng sự (2017), tỉ lệ bệnh nhân bị thiếu máu (Hb/ máu <13g/dl) là 59,2% . Theo nghiên cứu của Trịnh Hồng Sơn và cộng sự (2013), tỷ lệ bệnh nhân có chỉ số Hb dưới mức bình thường là 70%.

Bảng 3. Kết quả về các chỉ số cận lâm sàng (CLS) trước phẫu thuật

| Kết quả CLS | Giá trị | Tần số | Tỷ lệ % |
|----------------------------|-------------------------------|--------|---------|
| Albumin/máu | < 2.5g/dl | 0 | 0,0 |
| | 2.6 - 2.9 g/dl | 22 | 5,6 |
| | 3.0 - 3.5 g/dl | 68 | 17,4 |
| | > 3.5 g/dl | 300 | 77,0 |
| Số lượng tế bào Lymphocyte | < 1000 TB/mm ³ | 8 | 2,0 |
| | 1001 -1200 TB/mm ³ | 95 | 24,4 |
| | 1201 -1500 TB/mm ³ | 82 | 21,0 |
| Hemoglobin | > 1500 TB/mm ³ | 205 | 52,6 |
| | ≥ 13 g/dl | 228 | 58,5 |
| | <13 g/dl | 162 | 41,5 |

3.4. Tổng hợp mối liên quan giữa các chỉ số CLS với tình trạng dinh dưỡng trước mổ:

Nghiên cứu cho thấy, tình trạng SDD có liên quan với mức độ giảm Albumin/ máu (p < 0.01; OR= 2,32 (1,49- 3,61)). Kết quả này tương đồng với kết quả nghiên cứu của Dương Thị Phượng và cộng sự năm 2017 (p= 0.003). Điều đó cho thấy xét nghiệm Alb/ máu phù hợp để đánh giá tình trạng dinh dưỡng tổng thể của người bệnh.

Bên cạnh đó, tình trạng SDD còn có mối liên

quan với chỉ số Hb trong máu, mức độ giảm Hb/máu (p < 0.001; OR= 5,98 (3,63- 9,86)). Kết quả của một vài nghiên cứu cũng khẳng định quan điểm này như: Đoàn Duy Tân năm 2016 (p < 0.001); Dương Thị Phượng và cộng sự năm 2017 (p= 0.01).

Tuy nhiên, không có sự liên quan giữa tình trạng SDD với sự thay đổi số lượng tế bào Lymphocyte trong máu (p= 0,068).

Bảng 4 Mối liên quan giữa các chỉ số CLS với tình trạng dinh dưỡng trước mổ

| Yếu tố | Tình trạng dinh dưỡng | | CI = 95% |
|---|-----------------------|----------------|------------------------------------|
| | Bình thường n (%) | Suy dinh dưỡng | |
| Giảm Alb ≤ 3.5g/dl >3.5 g/dl | 104 (44.4%) | 130 (55.6%) | p < 0.01 OR= 2,32 (1,49- 3,61) |
| | 40 (25.6%) | 116 (74.4%) | |
| Giảm Hb < 13g/dl ≥ 13 g/dl | 25 (15.4%) | 137 (84.6%) | p < 0.001 OR= 5,98 (3,63- 9,86) |
| | 119 (52.2%) | 109 (47.8%) | |
| Giảm SLTB lympho ≤ 1500 TB/mm ³ >1500 TB/mm ³ | 67 (32,7%) | 138 (67,3%) | p = 0,068 |
| | 77 (41,6%) | 108 (58,4%) | |

IV. KẾT LUẬN VÀ KIẾN NGHỊ

4.1. Kết luận

- Tỷ lệ SDD của bệnh nhân trước phẫu thuật ổ bụng theo BMI là 50,5%

- Theo NAF, tỷ lệ SDD mức độ nhẹ đến vừa là 46.2% ; SDD nặng là 16.9%.

- Tình trạng SDD có liên quan với mức độ giảm Albumin/ máu ($p < 0.01$); giảm Hb/máu ($p < 0.001$).

- Không có sự liên quan giữa tình trạng suy dinh dưỡng với sự thay đổi số lượng tế bào Lymphocyte trong máu ($p = 0,068$).

4.2. Kiến nghị

- Đối với bệnh nhân ngoại khoa, đặc biệt là phẫu thuật điều trị bệnh lý đường tiêu hóa, cần được quan tâm nhiều hơn về kiểm tra, đánh giá về tình trạng dinh dưỡng trước mổ. Đặc biệt là các bệnh nhân lớn tuổi, có thay đổi về chỉ số cận lâm sàng (Hb/ máu; Alb/máu); nhằm phát hiện sớm tình trạng dinh dưỡng kém để đề ra kế hoạch hỗ trợ dinh dưỡng kịp thời trước mổ nhằm giảm tỷ lệ biến chứng sau phẫu thuật, giảm chi phí điều trị cho bệnh nhân.

- Cần có sự phối hợp giữa bác sĩ điều trị lâm sàng và bác sĩ dinh dưỡng trong việc theo dõi tình trạng dinh dưỡng và điều trị cho bệnh nhân.

- Cần kết hợp điều tra khẩu phần ăn cho từng bệnh nhân cụ thể cũng như đánh giá tình trạng thiếu hụt vi chất để có hướng tư vấn dinh dưỡng thích hợp.

- Tuyên truyền giáo dục sức khỏe, nâng cao kiến thức người bệnh về vai trò của dinh dưỡng trong điều trị để phối hợp tuân thủ, nâng cao hiệu quả điều trị.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Dương Thị Phượng, Lê Thị Hương, Nguyễn Thùy Linh, Dương Thị Yến (2017). Tình trạng dinh dưỡng của bệnh nhân ung thư tại bệnh viện Đại học Y Hà Nội. *Tạp chí Nghiên cứu y học*, 106(1), tr. 163-169.

2. Đặng Trần Khiêm, Lưu Ngân Tâm, Nguyễn Tấn Cường (2013). Tình trạng dinh dưỡng chu phẫu và kết quả sớm sau mổ các bệnh gan mật tụy tại bệnh viện Chợ Rẫy. *Tạp chí Y Học TP. Hồ Chí Minh*, 17(1), trang 328 – 334.

3. Đoàn Duy Tân (2016). *Tình trạng dinh dưỡng trước mổ và các yếu tố liên quan ở bệnh nhân khoa ngoại tiêu hóa bệnh viện Nguyễn Tri Phương năm 2016*. Luận văn tốt nghiệp thạc sỹ điều dưỡng. Đại học Y dược thành phố Hồ Chí Minh, TP Hồ Chí Minh.

4. Lưu Ngân Tâm, Nguyễn Thị Quỳnh Hoa (2009). Tình trạng dinh dưỡng bệnh nhân lúc nhập viện tại bệnh viện Chợ Rẫy. *Tạp chí Y Học TP. Hồ Chí Minh*, số 13(1).

5. Nguyễn Thị Thu Hà (2005). *Bước đầu đánh giá tình trạng dinh dưỡng ở bệnh nhân lọc máu chu kỳ*. Luận văn bác sỹ chuyên khoa II, Đại học Y Hà Nội, Hà Nội.

6. Nguyễn Thị Vân Anh (2010). *Tình trạng dinh dưỡng của bệnh nhân suy thận mạn tính có lọc máu chu kỳ và các yếu tố liên quan tại khoa thận nhân tạo bệnh viện Bạch Mai*. Luận văn Cử nhân Y tế công cộng, Đại học Y Hà Nội, Hà Nội..

7. Nguyễn Thùy An (2010). *Tình trạng dinh dưỡng và biến chứng nhiễm trùng sau phẫu thuật trong bệnh lý gan mật tụy*. Luận văn tốt nghiệp thạc sỹ điều dưỡng. Đại học Y dược thành phố Hồ Chí Minh, TP Hồ Chí Minh.

8. Trịnh Hồng Sơn, Nguyễn Bá Anh, Lê Minh Hương, Nguyễn Thanh Long (2013). Đánh giá tình trạng dinh dưỡng của người bệnh trước mổ ung thư dạ dày. *Y học thực hành* (884), tr. 3-7.

9. Álvarez-Hernández J., Planas Vila M., León-Sanz M., García de Lorenzo A., Celaya-Pérez S., García-Lorda P., et al; PREDyCES researchers (2012). Prevalence and costs of malnutrition in hospitalized patients: The PREDyCES Study. *Nutr Hosp*, 27(4), 1049-1059.

10. Leiva Badosa E, Badia Tahull M, Virgili Casas N, Elguezabal Sangrador G, Faz Méndez C, Herrero Meseguer I, Izquierdo González A, López Urdiales R, de Oca Burguete FJ, Tubau Molas M, Vilarasau Farré C, Llop Talaveron JM; on behalf of the Clinical Nutrition Committee (2017). Hospital malnutrition screening at admission: malnutrition increases mortality and length of stay. *Nutricion Hospitalaria*, 34, 907-913

11. Putwatana P., Reodecha P., Sirapongam Y., Lertsithichai P., & Sumboonnanonda K. (2005). Nutrition screening tools and the prediction of postoperative infectious and wound complications: comparison of methods in presence of risk adjustment. *Nutrition*, 21, pp. 691-697

12. Pham V. N., Reijven C., Greve J. W., & Soeters P. B. (2006). Application of subjective global assessment as a screening tool for malnutrition in surgical in Viet Nam. *Clin Nutr.*; 25. p. 102- 10

SUMMARY

SURVEY ON NUTRITION STATUS AND ASSOCIATED WITH PARACLINICAL INDEX AMONG PREOPERATIVE ABDOMINAL PATIENTS IN TAY NGUYEN REGIONAL HOSPITAL 2019

Chu Thi Giang Thanh
Faculty of Medical and Pharmacy , Tay Nguyen Univesity

Nutrition is very important and necessary for patients, especially for surgical patients. Nutritional deficiency before surgery increases the risk of infection, postoperative complications, prolongs hospital stay, increases treatment costs, increases mortality. This study was conducted with the objectives: determining the nutritional status before surgery of abdominal surgery patients in Taynguyen Regional Hospital 2019 and the associated with paraclinical index, including: Albumin (Alb) concentration, hemoglobin (Hb) concentration in the blood, Lymphocyte cell count/mm³.

This is a cross-sectional study was conducted among 390 patients who admitted on Department of General Surgery, Taynguyen Regional Hospital. Data was collected through interviews with prepared questionnaires, anthropometric measurements and medical records.

Results: According to BMI, malnutrition rate of patients before abdominal surgery was 50.5%. According to the Nutrition Alert Form (NAF), 46.2% were mild to moderate malnutrition; 16.9% was severely malnourished. Malnutrition status was associated with the decreased of Albumin in blood ($p < 0.01$); decreased of Hb in blood ($p < 0.001$). The decreasing of lymphocyte cell count was not significantly different from the nutritional status of the patients ($p > 0.05$).

Keywords: *Nutrition, abdominal surgery, paraclinical, associated.*

THỰC TRẠNG VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN ĐẾN THỰC HÀNH VỀ AN TOÀN THỰC PHẨM CỦA NGƯỜI CHẾ BIẾN THỰC PHẨM TẠI CÁC BẾP ĂN TẬP THỂ TRƯỜNG HỌC, TỈNH KON TUM, NĂM 2019

Hoàng Minh Trí¹, Lê Trí Khải², Hoàng Chí Trung¹, Phan Thị Kiều Linh¹
¹Chi cục An toàn vệ sinh thực phẩm tỉnh Kon Tum
²Trường Cao đẳng Cộng đồng Kon Tum

TÓM TẮT

Nghiên cứu thực hiện với hai mục tiêu mô tả và phân tích các yếu tố liên quan đến thực hành của người chế biến thực phẩm (CBTP) tại các bếp ăn tập thể (BATT) trường học. Thiết kế nghiên cứu mô tả cắt ngang có phân tích, sử dụng phương pháp nghiên cứu định lượng. Kết quả nghiên cứu cho thấy kiến thức chung về an toàn thực phẩm (ATTP) của người CBTP đạt 88,1%, thực hành chung về ATTP của người CBTP tại BATT đạt 54,3%. Có mối liên quan giữa thực hành đạt đạt về ATTP với nhóm tuổi, trình độ học vấn, trình độ chuyên môn về ATTP, tiếp xúc với đoàn kiểm tra, tiếp nhận thông tin về ATTP, kiến thức về ATTP. Kết quả nghiên cứu này cho thấy để nâng cao thực hành của người CBTP tại BATT thì Ban giám hiệu nhà trường cần tổ chức cho người CBTP của mình được tập huấn kiến thức trong chế biến của cơ quan quản lý cho người chế biến thực phẩm; cơ quan quản lý tăng cường kiểm tra kết hợp tuyên truyền cho người CBTP về bảo đảm ATTP.

Từ khóa: An toàn thực phẩm, chế biến thực phẩm, bếp ăn tập thể trường học.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Hiện nay, ngoài các bệnh truyền nhiễm, bệnh không lây mới nổi thì vấn đề ATTP cũng là nỗi cộm trong sự nghiệp bảo vệ sức khỏe của người dân. Đặc biệt là vấn đề ATTP tại các BATT trường học nơi diễn ra bữa ăn tập trung số lượng lớn của các cháu học sinh, nếu ngộ độc thực phẩm xảy ra sẽ tác động tiêu cực đến sức khỏe của trẻ nhỏ, là đối tượng dễ bị tổn thương và ảnh hưởng đến thể hệ sau này. Theo ghi nhận lại từ các báo cáo hàng năm Chi cục An toàn vệ sinh thực phẩm tỉnh Kon Tum, thì từ năm 2012 đến nay trên toàn tỉnh Kon Tum ghi nhận 03 vụ ngộ độc thực phẩm (NĐTP) tại các BATT trường học làm 341 em học sinh bị NĐTP. Theo ghi nhận từ công tác kiểm tra định kỳ về ATTP tại các BATT ở trường học của Chi cục An toàn vệ sinh thực phẩm năm 2018 có đến 19,2% trường chưa thực hiện tốt các nội dung trong quy định bảo đảm ATTP có liên quan đến thực hành của người CBTP. Từ đó chúng tôi tiến hành nghiên cứu “Thực trạng và một số yếu tố liên quan đến thực hành về an toàn thực phẩm của người chế biến thực phẩm tại các bếp ăn tập thể trong trường học, tỉnh Kon Tum, năm

2019” với 2 mục tiêu: (1) Mô tả kiến thức, thực hành về an toàn thực phẩm của người chế biến thực phẩm tại các bếp ăn tập thể trường học và (2) Xác định một số yếu tố liên quan đến thực hành về an toàn thực phẩm của người chế biến thực phẩm tại các bếp ăn tập thể trường học trên địa bàn tỉnh Kon Tum, năm 2019.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Toàn bộ người CBTP tại 91 BATT trường học do nhà trường xây dựng và tổ chức tự nấu phục vụ cho học sinh ăn bán trú hoặc nội trú quy mô phục vụ từ 100 suất ăn trở lên được Sở Y tế phân cấp cho Chi cục An toàn vệ sinh thực phẩm quản lý.

2.2. Thiết kế nghiên cứu

Mô tả cắt ngang có phân tích, sử dụng phương pháp nghiên cứu định lượng.

- **Cỡ mẫu:** Chọn toàn bộ 302 người CBTP tại 91 BATT trường học thuộc tuyến tỉnh quản lý.

- **Phương pháp thu thập phân tích số liệu:** Phỏng vấn trực tiếp và quan sát thực hành của người CBTP theo bộ công cụ được xây dựng sẵn dựa trên: Nghị định số 15/2018/NĐ-CP, Nghị định số 155/2018/NĐ-CP, Nghị định số 67/2016/NĐ-CP, Quyết định số 37/QĐ – ATTP gồm: thông tin chung của ĐTN: tuổi, giới, TĐHV, đào tạo chuyên môn liên quan đến ATTP, tập huấn về ATTP, thời gian tham gia vào quá trình CBTP, tiếp xúc với đoàn kiểm tra,

Chịu trách nhiệm: Hoàng Minh Trí
Email: minhtrih2b@gmail.com
Ngày phản biện: 14/8/2020
Ngày xuất bản: 20/10/2020

tiếp nhận thông tin về ATTP; kiến thức trong CBTP: 20 biến số; thực hành trong quá trình CBTP: Điều kiện tham gia CBTP; vệ sinh cá nhân; vệ sinh trong quá trình CBTP; bảo quản thực phẩm, vận chuyển thực phẩm.

2.3. Xử lý số liệu

Số liệu được nhập bằng phần mềm Epi-data

3.1, kiểm tra làm sạch lỗi, mã hóa và được xử lý bằng phần mềm Stata 10.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Sau khi tiến hành nghiên cứu đối với 302 người CBTP tại BATT trường học trên địa bàn tỉnh Kon Tum chúng tôi đưa ra một số thông tin chính như sau:

Bảng 1. Thông tin về đối tượng nghiên cứu

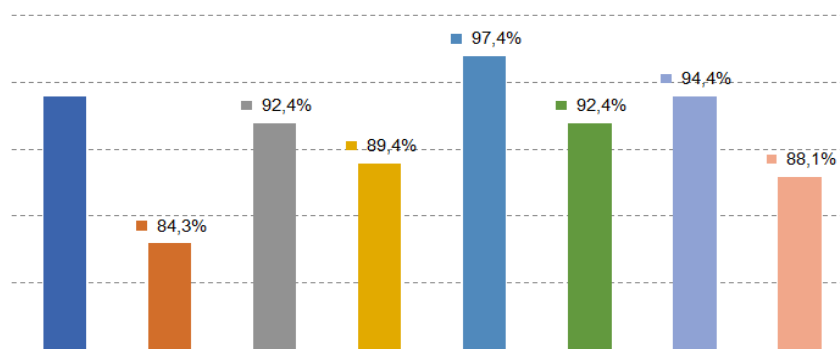
| | Các đặc điểm | Tần số | Tỷ lệ (%) |
|---|--|--------|-----------|
| Nhóm tuổi | <35 | 111 | 36,7 |
| | ≥35 | 191 | 63,3 |
| Giới tính | Nam | 0 | 0 |
| | Nữ | 302 | 100 |
| Trình độ học vấn | THCS trở xuống | 202 | 66,9 |
| | THPT | 100 | 33,1 |
| Trình độ chuyên môn liên quan đến ATTP | Chưa đào tạo | 261 | 86,4 |
| | Sơ cấp trở lên | 41 | 13,6 |
| Thời gian làm việc | Trên 5 năm | 199 | 65,9 |
| | Từ 5 năm trở xuống | 103 | 34,1 |
| Đoàn kiểm tra, giám sát về ATTP của cơ quan quản lý | 0 lần | 73 | 24,2 |
| | 1 lần | 68 | 22,5 |
| | 2 lần | 101 | 33,4 |
| | Trên 2 lần | 60 | 19,9 |
| Tập huấn ATTP của các ngành chức năng | Chưa được tập huấn | 92 | 30,5 |
| | 1 lần | 75 | 24,8 |
| | 2 lần trở lên | 135 | 44,7 |
| Tiếp nhận các nguồn thông tin liên quan đến ATTP | Có tiếp nhận thông tin | 278 | 92,1 |
| | Không muốn tiếp nhận thông tin về ATTP | 24 | 7,9 |

Kết quả nghiên cứu từ bảng 2 cho thấy, đặc điểm về nhóm tuổi của người CBTP tại BATT là 63,3% trên 35 tuổi, 35,7% là từ 35 tuổi trở xuống. Tất cả người CBTP trên địa bàn là nữ giới và không có nam giới tham gia vào quá trình CBTP tại BATT trường học trên địa bàn. Có 33,1% người CBTP có trình độ THPT và 66,9% có trình độ từ THCS trở xuống, 13,6% được đào tạo về chuyên môn liên quan đến ATTP 34,1% người CBTP có thời gian làm việc

từ 5 năm trở xuống và 65,9% có thời gian làm việc trên 5 năm. Tỷ lệ người CBTP được các ngành chức năng tập huấn về ATTP từ 2 lần trở lên là 44,7%, chưa được tập huấn về ATTP là 30,5%.

3.2. Kiến thức, thực hành về ATTP của người chế biến thực phẩm

3.2.1. Kiến thức về ATTP của người chế biến thực phẩm

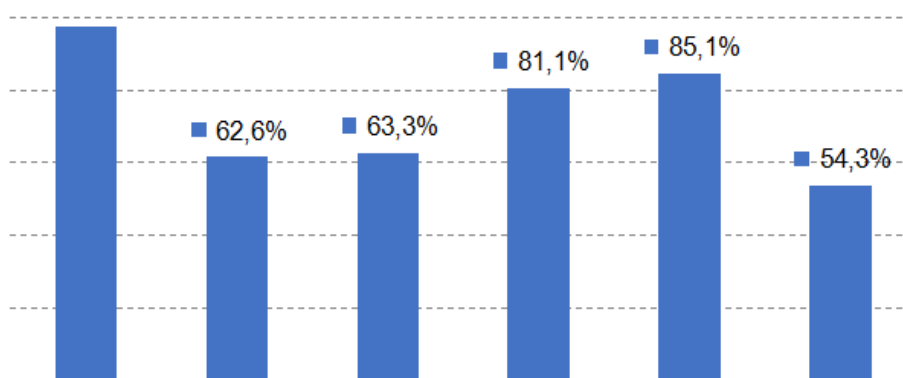


Hình 1. Tỷ lệ đạt kiến thức về an toàn thực phẩm của người chế biến thực phẩm

Với việc đánh giá kiến thức người CBTP đạt khi trả lời đạt 80% số câu hỏi được đưa ra, thì người CBTP tại BATT có kiến thức chung về ATTP đạt là 88,1% và 11,9% không đạt về kiến thức ATTP, trong đó kiến thức đạt cao nhất là nội dung cần thực hành trong CBTP đạt 97,4%, kiến thức đạt thấp nhất là điều kiện cơ sở vật chất tại BATT đạt 83,4%.

3.2.2. Thực hành về an toàn thực phẩm của người chế biến thực phẩm

Kết quả nghiên cứu cho thấy tỷ lệ chấp hành điều kiện khi tham gia CBTP là rất cao đạt 98,7%; tỷ lệ chấp hành về vệ sinh cá nhân của người CBTP chỉ đạt 62,6%; tỷ lệ chấp hành về vệ sinh trong quá trình CBTP là 63,3%; tỷ lệ chấp hành về bảo quản thực phẩm và vận chuyển thực phẩm lần lượt là 81,1% và 85,1%. Tỷ lệ thực hành đạt chung về ATTP của người CBTP tại BATT là 54,3%.



Hình 2: Tỷ lệ thực hành đạt về an toàn thực phẩm của người chế biến thực phẩm (Điều kiện cần thiết để tham gia CBTP)

3.3. Một số yếu tố liên quan đến thực hành về ATTP của người CBTP

Bảng 2: Một số yếu tố liên quan đến thực hành về ATTP

| Yếu tố liên quan | Thực hành | | OR | 95% CI | P | |
|---------------------|------------------------|-------------|-------------|--------|------------|--------|
| | Đạt | Không Đạt | | | | |
| Nhóm tuổi | >35 tuổi | 127 (66,5%) | 64 (33,5%) | 3,52 | 2,1 – 5,89 | p<0,01 |
| | 18 - 35 tuổi | 40 (36%) | 71 (64%) | | | |
| Trình độ chuyên môn | ≥ Sơ cấp | 36 (87,8%) | 5 (12,2%) | 7,14 | 2,62-19,46 | p<0,01 |
| | <Sơ cấp | 131 (50,2%) | 130 (49,8%) | | | |
| Tập huấn về ATTP | ≥ 2 lần | 106 (78,5%) | 29 (21,5%) | 6,35 | 3,58-11,24 | p<0,01 |
| | <2 lần | 61 (36,5%) | 106 (63,5%) | | | |
| Thâm niên làm việc | ≥5 năm | 150 (75,4%) | 49 (24,6%) | 15,48 | 7,38-32,48 | p<0,01 |
| | < 5 năm | 17 (16,5%) | 86 (83,5%) | | | |
| Kiểm tra ATTP | >1lần | 124 (77%) | 37 (23%) | 7,63 | 4,27-13,65 | p<0,01 |
| | ≤ 1lần | 43 (30,5%) | 98 (69,5%) | | | |
| Thông tin ATTP | Có tiếp nhận thông tin | 162 (58,3%) | 116 (41,7%) | 5,3 | 1,88-14,97 | p<0,01 |
| | Không quan tâm | 5 (20,8%) | 19 (79,2%) | | | |
| Kiến thức ATTP | Đạt | 165 (62%) | 101 (38%) | 27,8 | 5,8-132,1 | p<0,01 |
| | Không đạt | 2 (5,6%) | 34 (94,4%) | | | |

Kết quả thống kê từ bảng 2 cho thấy, các yếu tố về nhóm tuổi, trình độ học vấn, trình độ chuyên môn, tiếp xúc với đoàn kiểm tra, thời gian tham gia vào quá trình CBTP, tiếp nhận các nguồn thông tin, tập huấn, kiến thức chung về

ATTP có liên quan đến thực hành ATTP. Cụ thể:
 - Người CBTP có độ tuổi trên 35 tuổi có thực hành đạt về ATTP cao gấp 3,52 lần so với người CBTP có độ tuổi từ 18-35 tuổi;
 - Người CBTP có trình độ học vấn từ trung

học cơ sở trở lên có thực hành đạt về ATTP cao gấp 3,86 lần so với người CBTP có trình độ học vấn từ trung học cơ sở trở xuống

- Người CBTP được đào tạo chuyên môn về ATTP có thực hành đạt về ATTP cao gấp 7,14 lần so với người CBTP không có trình độ chuyên về ATTP

- Người CBTP được tập huấn ATTP từ 2 lần trở lên có thực hành đạt về ATTP cao gấp 6,35 lần so với người CBTP được tập huấn về ATTP 01 lần và chưa được tập huấn với

- Người CBTP có thâm niên làm việc về ATTP từ 5 năm trở lên có thực hành đạt về ATTP cao gấp 15,48 lần so với người CBTP có thâm niên làm việc dưới 5 năm

- Người CBTP có tiếp xúc với đoàn kiểm tra từ 2 lần trở lên có thực hành đạt về ATTP cao gấp 7,63 lần so với người CBTP tiếp xúc với đoàn kiểm tra từ 1 lần hoặc chưa tiếp xúc

- Người CBTP có quan tâm đến thông tin về ATTP có thực hành đạt về ATTP cao gấp 5,3 lần so với người CBTP không quan tâm đến thông tin về ATTP

- Người CBTP có kiến thức chung về ATTP đạt thì có thực hành chung về ATTP đạt cao gấp 27,8 lần so với người CBTP có kiến thức chung về ATTP không đạt

IV. BÀN LUẬN

Tỷ lệ người CBTP tại BATT trường học có kiến thức đạt về ATTP là 88,08%. Kết quả này cao hơn nghiên cứu của Đào Thị Thanh Thủy (2015) tại tỉnh Đồng Tháp 72,7%, nghiên cứu của Nguyễn Văn Phúc 73,1%, nghiên cứu của Nguyễn Thanh Bình (2016) 82,8% nhưng vẫn thấp hơn nghiên cứu của Lưu Thị Minh Lý (2018) 90,4% [1], [5], [6], [7]. Từ đó, cho thấy hiểu biết của đối tượng nghiên cứu về ATTP cần được cải thiện thêm, vì vậy việc tăng cường truyền thông, giáo dục kiến thức về ATTP cho người CBTP tại BATT là rất cần thiết.

Thực hành chung của người CBTP 54,3%, kết quả này thấp hơn với nghiên cứu của Nguyễn Thanh Bình (2016) 81,3%, nghiên cứu của Nguyễn Văn Phúc (2016) 71,2%, nghiên cứu của Đào Thị Thanh Thủy (2015) 63,6%, tuy nhiên cao hơn nghiên cứu của Lưu Thị Minh Lý (2018) 32,9% [1], [5], [6], [7].

Những người CBTP có độ trên 35 tuổi có thực hành đạt về ATTP đạt cao hơn 3,52 lần so với người từ 18- 35 tuổi. Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Đinh Trung Kiên người CBTP từ 26-55 tuổi có thực hành đạt cao gấp 4,6 lần so với những người từ 18-25 tuổi [4].

Người CBTP có trình độ học vấn từ trung học cơ sở trở lên có thực hành đạt về ATTP cao gấp

3,86 lần so với người CBTP có trình độ học vấn từ trung học cơ sở trở xuống. Kết quả này phù hợp với nghiên cứu của Nguyễn Văn Phúc (2015), nhóm trình độ học vấn trên trung học cơ sở có thực hành đạt về ATTP cao gấp 4,3 lần nhóm có trình độ học vấn từ trung học cơ sở trở xuống và nghiên cứu của Nguyễn Thanh Bình (2016) những người có trình độ trung học cơ sở trở lên có thực hành tốt về ATTP cao gấp 6,5 lần người có trình độ học vấn từ trung học cơ sở trở xuống [1], [6].

Những người CBTP có trình độ học vấn cao hơn thường có nhận thức về kiến thức ATTP tốt hơn từ đó ý thức chấp hành trong thực hành được tăng cao hơn những người CBTP có trình độ học vấn từ trung học cơ sở trở xuống.

Người CBTP được đào tạo chuyên môn về ATTP có thực hành đạt về ATTP cao gấp 7,14 lần so với người CBTP chưa được đào tạo chuyên môn về ATTP. Kết quả này phù hợp với nghiên cứu của Nguyễn Văn Phúc (2015) người được đào tạo chuyên môn về ATTP thực phẩm có thực hành cao gấp 5,1 lần người chưa được đào tạo về ATTP.

Người được đào tạo chuyên môn liên quan đến ATTP sẽ giúp cho việc nhận biết trình các tác nhân gây ô nhiễm thực phẩm một cách tốt hơn, từ đó có ý thức cao hơn trong việc thực hành các điều kiện bảo đảm ATTP.

Người CBTP được tập huấn ATTP từ 2 lần trở lên có thực hành đạt về ATTP cao gấp 6,35 lần so với người CBTP được tập huấn ATTP 1 lần, chưa tập huấn. Kết quả này phù hợp với nghiên cứu của Nguyễn Văn Phúc những người được tập huấn có thực hành đạt về ATTP cao gấp 7,22 lần so với người chưa được tập huấn [6]. Những người đã qua lớp tập huấn ATTP thì họ sẽ được cung cấp các kiến thức để lựa chọn thực phẩm hướng dẫn cách CBTP bảo đảm vệ sinh.

Người CBTP tham gia tập huấn cũng nhận thức tốt hơn việc thực hành không đảm bảo vệ sinh sẽ dẫn đến nguy cơ về NĐTP. Từ đó góp phần nâng cao việc chấp hành về thực hành trong CBTP hơn những người không được tập huấn ATTP.

Người CBTP có tiếp xúc với Đoàn kiểm tra từ 2 lần trở lên có thực hành đạt về ATTP cao gấp 7,63 lần so với người CBTP tiếp xúc với đoàn kiểm tra từ 1 lần trở xuống. Điều này chứng tỏ việc kết hợp hướng dẫn và tuyên truyền trực tiếp về công tác bảo đảm ATTP trong lúc kiểm tra ATTP thực phẩm sẽ giúp người CBTP hiểu rõ hơn về bảo đảm ATTP trong quá trình chế biến.

Người CBTP có kiến thức chung về ATTP đạt thì thực hành chung về ATTP đạt cao gấp 27,7 lần so với người CBTP có kiến thức chung về ATTP không đạt. Kết quả này cao hơn nghiên cứu của Nguyễn Văn Phúc người, người có kiến thức đạt sẽ có thực hành đạt ATTP cao gấp 7,49 lần người có kiến thức không đạt về ATTP, nghiên cứu của Lưu Thị Minh Lý (2018) người có kiến thức đạt sẽ có thực hành đạt ATTP cao gấp 4,34 lần người có kiến thức không đạt về ATTP [6].

V. KẾT LUẬN

Kiến thức chung về ATTP của người CBTP đạt khá cao 88,08%. Thực hành chung về ATTP của người CBTP tại BATT đạt vẫn còn thấp 54,3%, trong đó thực hiện trong quá trình chế biến là đạt thấp nhất 62,58%. Nghiên cứu cũng tìm ra mối liên quan giữa một số yếu tố như tuổi, trình độ học vấn, trình độ chuyên môn về ATTP, tiếp xúc đoàn kiểm tra về ATTP, tiếp nhận thông tin về ATTP, kiến thức về ATTP với thực hành chung về ATTP.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Thanh Bình (2016), *Kiến thức, thực hành về an toàn thực phẩm và một số yếu tố liên quan ở người chế biến thực phẩm tại các bếp ăn tập thể trường mầm non huyện Cao Lãnh, tỉnh Đồng Tháp năm 2016*, Luận văn Thạc sỹ Y tế công cộng, trường Đại học Y tế Công cộng Hà Nội.
2. Cục An toàn thực phẩm (2015), *Quyết định số 37/2015/QĐ-ATTP về việc ban hành "Tài liệu tập huấn kiến thức về an toàn thực phẩm; Bộ*

câu hỏi đánh giá kiến thức về an toàn thực phẩm cho chủ cơ sở, người trực tiếp chế biến, kinh doanh dịch vụ ăn uống và Đáp án trả lời".

3. Chính phủ (2018), Nghị định số 155/2018/NĐ-CP ngày 12/11/2018 của Chính phủ sửa đổi bổ sung một số quy định liên quan đến điều kiện đầu tư kinh doanh thuộc phạm vi quản lý của Bộ Y tế.

4. Đinh Trung Kiên (2014), *Thực trạng điều kiện an toàn thực phẩm và kiến thức, thực hành của người chế biến tại bếp ăn tập thể các trường mầm non thuộc huyện Yên Mô, Ninh Bình năm 2014*, Luận văn Thạc sỹ Y tế công cộng, trường Đại học Y tế Công cộng Hà Nội.

5. Lưu Thị Minh Lý (2018), *Thực trạng an toàn thực phẩm và một số yếu tố liên quan đến kiến thức, thực hành về an toàn thực phẩm của người chế biến tại khu công nghiệp tỉnh Tiền Giang năm 2018*, Luận văn thạc sĩ, Trường đại học Y tế công cộng Hà Nội.

6. Nguyễn Văn Phúc (2016), *Điều kiện bảo đảm an toàn thực phẩm và yếu tố liên quan đến kiến thức, thực hành của người chế biến tại bếp ăn tập thể các trường mầm non tại thành phố Sóc Trăng năm 2016*, luận văn thạc sĩ, Trường đại học Y tế công cộng Hà Nội.

7. Đào Thị Thanh Thủy (2015), *Kiến thức, thực hành về an toàn thực phẩm của người chế biến và điều kiện vệ sinh tại các bếp ăn tập thể trên địa bàn huyện Thanh Bình, Đồng Tháp năm 2015*, Luận văn Thạc sỹ Y tế công cộng, trường Đại học Y tế Công cộng Hà Nội.

SUMMARY

STATUS AND SOME FACTORS RELATED TO FOOD SAFETY PRACTICE OF COOKS IN SCHOOL KITCHENS IN KONTUM, 2019

Hoang Minh Tri¹, Le Tri Khai², Hoang Chi Trung¹, Phan Thi Kieu Linh¹

¹Sub-department of food safety and hygiene Kon Tum province

²Kon Tum Community College

This research was conducted with two objectives: 1/ to describe status on practice and 2/to analysis some factors related to practice of cooks in the school kitchens. Methodology is cross-sectional descriptive study design, using quantitative method. Results show that the rate of cooks at school kitchens having general knowledge about food safety is 88.1% while the rate of cooks having general practice about food is 54.3%. There is a relationship between practicing of food safety with age, educational level, qualification about food safety, contact with inspection team, information receives and knowledge about food safety. Research results also show that in order to improve the practice of food cooks at school kitchens, it is necessary for school administrators to organize training for cooks about food safety regulations, regulatory authorities should strengthen inspection, combining communicate cooks to guarantee food safety.

Keywords: Food safety, cooks, school kitchens

THỰC TRẠNG HÚT THUỐC LÁ VÀ KIẾN THỨC, THÁI ĐỘ PHÒNG CHỐNG TÁC HẠI CỦA THUỐC LÁ Ở HỌC SINH TRƯỜNG TRUNG HỌC PHỔ THÔNG PHÚ XUÂN, THÀNH PHỐ BUÔN MA THUỘT NĂM 2020

Đặng Thị Cường¹, Lê Thị Thanh Hương², Trịnh Thị Thu Hương¹
¹Viện Vệ sinh Dịch tễ Tây Nguyên
²Trường Đại học Y tế công cộng

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nghiên cứu “Thực trạng hút thuốc lá và kiến thức, thái độ phòng chống tác hại của thuốc lá của học sinh Trường Trung học Phổ thông Phú Xuân, thành phố Buôn Ma Thuột năm 2020” được thực hiện nhằm mô tả thực trạng hút thuốc lá (HTL), kiến thức và thái độ phòng chống tác hại của thuốc lá (PCTHTL) và một số yếu tố liên quan tới thực trạng HTL của học sinh Trường Trung học phổ thông (THPT) Phú Xuân, thành phố Buôn Ma Thuột năm 2020.

Phương pháp nghiên cứu (NC): NC được thực hiện từ tháng 01 đến tháng 7/2020, áp dụng thiết kế nghiên cứu cắt ngang phân tích. Số liệu được thu thập thông qua phiếu phát vấn tự điền cho 267 học sinh đang học từ lớp 10-12 của trường. Quản lý và phân tích số liệu bằng phần mềm SPSS 23, sử dụng tỉ số chênh để tìm mối liên quan với mức ý nghĩa $p < 0,05$.

Kết quả: Có 66 học sinh hút thuốc lá chiếm tỷ lệ 24,7%. 64% học sinh tham gia nghiên cứu có kiến thức đạt về PCTHTL; 78,3% học sinh có thái độ tích cực về PCTHTL.

Một số yếu tố có xu hướng làm tăng hành vi hút thuốc lá của học sinh: học sinh là nam giới, gia đình có bố mẹ/người thân hút thuốc, nhìn thấy hoặc tiếp xúc với giáo viên hút thuốc, bạn thân hút thuốc lá, thái độ chưa tích cực về PCTHTL.

Kết luận: Tỷ lệ học sinh Trường THPT Phú Xuân HTL khá cao

Từ khóa: hút thuốc lá, kiến thức, thái độ, trung học phổ thông, Buôn Ma Thuột

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Hút thuốc lá (HTL) có thể gây nên nhiều bệnh nguy hiểm ở cả người lớn và trẻ em. HTL gây nên nhiều loại bệnh như: bệnh ung thư, bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính (COPD), bệnh tim mạch, một số vấn đề viêm nhiễm đường hô hấp trên v.v. HTL còn làm giảm khả năng sinh dục, tăng nguy cơ gây vô sinh ở cả nam giới và nữ giới. Phụ nữ HTL trong thai kỳ và việc phơi nhiễm thụ động với khói thuốc lá của phụ nữ mang thai. HTL làm tăng nguy cơ sảy thai, thai chết lưu, trẻ đẻ non, trẻ đẻ nhẹ cân, các dị tật bẩm sinh ở trẻ cũng như nguy cơ đột tử bất thường ở trẻ sơ sinh [7].

Theo Tổ chức Y tế thế giới (WHO), Việt Nam nằm trong danh sách 15 nước có tỷ lệ nam giới trưởng thành HTL cao nhất trên thế giới, đứng

thứ 3 tại ASEAN sau Indonesia và Philippines [11]. Theo Điều tra toàn cầu về tình hình sử dụng thuốc lá ở người trưởng thành tại Việt Nam (GATS) năm 2015, tỷ lệ người hiện đang HTL tại Việt Nam chiếm 22,5% (nam chiếm 45,3% và nữ là 1,1%).

Theo kết quả điều tra toàn cầu về hút thuốc lá ở thanh thiếu niên (GYTS) Việt Nam năm 2014 thì tỷ lệ HTL ở học sinh trong độ tuổi từ 13 đến 15 tuổi ở Việt Nam chiếm khoảng 3,5% (6,3% ở nam và 0,9% ở nữ) [3].

Trường Trung học phổ thông (THPT) Phú Xuân nằm trên địa bàn phường Tân An thuộc thành phố Buôn Ma Thuột tỉnh Đắk Lắk [10], với tổng số 289 học sinh, trong đó tỉ lệ học sinh người dân tộc thiểu số chiếm 13,8%. Bài báo này được thực hiện với mục tiêu mô tả thực trạng HTL, kiến thức, thái độ về phòng chống tác hại của thuốc lá và một số yếu tố liên quan tới thực trạng hút thuốc lá của học sinh trường THPT trường Phú Xuân, thành phố Buôn Ma Thuột năm 2020.

Chịu trách nhiệm: Đặng Thị Cường
Email: dangthicuong83@gmail.com
Ngày phản biện: 18/8/2020
Ngày xuất bản: 20/10/2020

II. PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu cắt ngang phân tích

2.2. Địa điểm và thời gian nghiên cứu

Nghiên cứu được thực hiện từ tháng 01 đến tháng 7/2020 tại trường THPT Phú Xuân, thành phố Buôn Ma Thuột, tỉnh Đắk Lắk.

2.3. Đối tượng nghiên cứu

Học sinh đang học các lớp 10, 11 và 12 tại Trường THPT Phú Xuân, thành phố Buôn Ma Thuột, tỉnh Đắk Lắk niên khóa 2019-2020 đồng ý tham gia nghiên cứu và được bố mẹ/người giám hộ hợp pháp đồng ý cho tham gia nghiên cứu (nếu nhỏ hơn 18 tuổi).

- Thiết kế nghiên cứu cắt ngang phân tích.

2.4. Cỡ mẫu và chọn mẫu

Cỡ mẫu là toàn bộ học sinh đang theo học từ lớp 10 đến lớp 12 của Trường THPT Phú Xuân, với tổng số là 289 học sinh. Chọn toàn bộ học sinh theo danh sách trong từng lớp của trường do Ban Giám hiệu cung cấp qua kênh giáo viên chủ nhiệm lớp. Trên thực tế, có 267 phiếu hợp lệ được thu về, tỉ lệ phản hồi phiếu là 92,4%.

2.5. Biến số nghiên cứu

Biến số của nghiên cứu gồm các biến sau:

- Thực trạng HTL của học sinh (trong nghiên cứu này, chúng tôi áp dụng khái niệm HTL được sử dụng trong GYTS 2014 tại Việt Nam là những người vẫn còn đang hút thuốc hoặc đã bỏ dưới 2 năm tính đến thời điểm tham gia nghiên cứu hoặc là người đã từng hút từ 100 điếu thuốc trở lên trong cả đời và hiện nay hút từ 7 điếu thuốc trở lên trong một tuần) [13].

- Kiến thức của học sinh về PCTHTL: hiểu biết về tác hại của thuốc lá đối với của người HTL và người không HTL, hiểu biết về tác hại của thuốc lá đối với kinh tế, môi trường sống, hiểu biết về các nội dung trong Luật PCTHTL.

- Thái độ của học sinh về PCTHTL: Thái độ về thói quen HTL, thái độ khi người thân/bạn bè HTL, thái độ khi được tiếp cận các nguồn thông tin về PCTHTL, thái độ về các nhận định về tác hại mà thuốc lá mang đến.

- Nhóm biến số về đặc điểm nhân khẩu học của học sinh và đặc điểm gia đình của học sinh (tuổi, giới tính, dân tộc, lớp đang theo học, gia đình có bố mẹ/ người hút thuốc lá, có bạn thân hút thuốc lá, giáo viên hút thuốc lá).

2.6. Phương pháp thu thập số liệu

Sau khi liên hệ và được Ban Giám hiệu đồng ý cho triển khai nghiên cứu, nghiên cứu viên (NCV) thông qua các giáo viên chủ nhiệm lớp đã gửi trang thông tin về nghiên cứu và giấy

chấp thuận cho học sinh tham gia nghiên cứu cho phụ huynh học sinh. Đồng thời, NCV tiến hành tập huấn cho các điều tra viên (là thành viên Ban Chấp hành Công đoàn trường hoặc giáo viên chủ nhiệm các lớp) về cách điền phiếu và cách hướng dẫn học sinh điền phiếu. Sau khi tiến hành thử nghiệm thu thập số liệu trên 10 học sinh và chỉnh sửa bộ công cụ, các điều tra viên phát phiếu tự điền cho các học sinh vào giờ sinh hoạt lớp. Mỗi học sinh sẽ được phát một phiếu đã có mã hóa bằng một mã số đã được ĐTV đánh sẵn theo danh sách học sinh do Ban giám hiệu cung cấp. Trong quá trình điền phiếu, nếu học sinh có thắc mắc, ĐTV chịu trách nhiệm giải thích cho học sinh. Sau khi học sinh hoàn thành việc điền phiếu (khoảng 10 - 15 phút), ĐTV thu lại phiếu, kiểm tra các thông tin còn sót và yêu cầu học sinh bổ sung ngay.

2.7. Xử lý và phân tích số liệu

Trong nghiên cứu này, chúng tôi áp dụng tiêu chuẩn đánh giá kiến thức và thái độ của học sinh về PCTHTL như sau:

- Tổng số có 13 câu hỏi về kiến thức về PCTHTL, ĐTNCC trả lời đúng mỗi câu được 1 điểm, trả lời sai hoặc không trả lời được 0 điểm. Trả lời đúng tối đa được 13 điểm, tối thiểu được 0 điểm. ĐTNCC trả lời đạt ≥ 10 điểm thì được xếp loại kiến thức đạt, trả lời đúng dưới 10 điểm thì được coi kiến thức chưa đạt [9].

- Tổng số có 14 câu hỏi về thái độ PCTHTL, ĐTNCC trả lời đúng một câu được 1 điểm, câu nào trả lời sai hoặc không trả lời được 0 điểm. Trả lời đúng tối đa được 14 điểm, tối thiểu được 0 điểm. ĐTNCC trả lời đúng ≥ 11 điểm trở lên thì được xếp là có thái độ tích cực; trả lời đúng dưới 11 điểm thì được xếp loại là thái độ chưa tích cực [9].

Số liệu được làm sạch và mã hóa, nhập liệu số liệu bằng phần mềm Excel. Phân tích và xử lý số liệu bằng phần mềm SPSS 23, sử dụng tỉ số chênh (OR) để tìm các mối liên quan với mức ý nghĩa $p < 0,05$.

2.8. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu đã được Hội đồng đạo đức của Trường Đại học Y tế công cộng thông qua theo Quyết định số 11/2020/YTCC-HD3 ngày 31 tháng 01 năm 2020 về việc chấp thuận các vấn đề nghiên cứu y sinh học.

III. KẾT QUẢ

3.1. Thông tin chung của đối tượng nghiên cứu

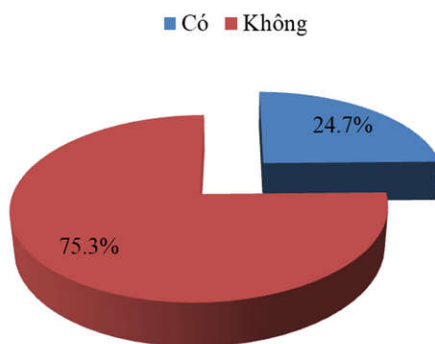
Trong tổng số 267 học sinh tham gia nghiên cứu, độ tuổi trung bình của đối tượng tham gia

ngiên cứu là 16,97 tuổi. Nhóm tuổi 17 chiếm tỷ lệ cao nhất (53,9%) tương đương với các em học lớp 11. Tỷ lệ nam giới cao hơn tỷ lệ nữ giới tương ứng là 65,5% và 34,5%. Học sinh là người dân tộc Kinh chiếm tỷ lệ cao (83,9%) và dân tộc khác bao gồm (Mường, Tày, Nùng, Hoa,

Khơ Me, Dao, Giarai) với tỷ lệ là 16,1%.

3.2. Thực trạng hút thuốc lá của học sinh

Thông tin về thực trạng hút thuốc lá của học sinh được trình bày ở Biểu đồ 1. Trong số 267 học sinh tham gia điền phiếu, tỉ lệ HTL chiếm 24,7%.



Biểu đồ 1. Thực trạng hút thuốc lá của đối tượng nghiên cứu

3.3. Kiến thức và thái độ của học sinh về phòng chống tác hại của thuốc lá

Kiến thức chung về PCTHTL của học sinh được trình bày ở Bảng 1. Điểm trung bình về

kiến thức PCTHTL của ĐTNC là 9,99/13, điểm thấp nhất là 5 và cao nhất là 13. Có 171 học sinh có kiến thức đạt (chiếm tỷ lệ 64,0%).

Bảng 1. Điểm kiến thức của học sinh về PCTHTL

| Chỉ tiêu | Tần số | Tỷ lệ % | Điểm trung bình | Max | Min |
|-------------------------|--------|---------|-----------------|-----|-----|
| Tổng số | 267 | 100 | 9,99 | 13 | 5 |
| Đạt (≥ 10 điểm) | 171 | 64 | 10,90 | 13 | 10 |
| Chưa đạt (< 10 điểm) | 96 | 36 | 8,35 | 9 | 5 |

Thái độ của học sinh về phòng chống tác hại của thuốc lá được trình bày ở Bảng 2. Điểm trung bình về thái độ phòng chống tác hại thuốc

lá của đối tượng nghiên cứu là 11,9/14, điểm thấp nhất là 4 và cao nhất là 14. Có 209 học sinh có thái độ tích cực chiếm tỷ lệ 78,3%.

Bảng 2. Điểm thái độ về phòng chống tác hại thuốc lá

| Chỉ tiêu | Tần số | Tỷ lệ % | Điểm trung bình | Max | Min |
|----------------------------|--------|---------|-----------------|-----|-----|
| Tổng số | 267 | 100 | 11,92 | 14 | 4 |
| Tích cực, ≥ 11 điểm | 209 | 78,3 | 8,9 | 14 | 4 |
| Chưa tích cực, < 11 điểm | 58 | 21,7 | 12,8 | 10 | 4 |

3.4. Một số yếu tố liên quan tới thực trạng hút thuốc lá của học sinh

Bảng 3 trình bày một số yếu tố liên quan tới thực trạng hút thuốc lá của học sinh. Học sinh nam có xu hướng HTL cao hơn gấp 6,176 lần so với học sinh nữ (95%CI: 2,688-14,192). Những học sinh có bố mẹ, người thân có HTL có nguy cơ hút thuốc lá cao hơn 9,36 lần (95%CI: 4,82-19,25; $p < 0,01$) so với những học sinh có bố/ mẹ, người thân không HTL. Nguy cơ

hút thuốc lá cũng cao hơn 2,23 lần (95%CI: 1,25-3,99; $p < 0,01$) ở những học sinh có giáo viên hút thuốc lá. Tương tự, những học sinh có bạn thân hút thuốc lá thì có khả năng hút thuốc cao gấp 5,8 lần (95%CI: 2,97-11,31; $p < 0,01$) so với những học sinh không có bạn thân hút thuốc. Học sinh có thái độ chưa tích cực của đối với PCTHTL có nguy cơ HTL cao hơn gấp 2,29 lần so với những học sinh có thái độ tích cực (95%CI: 1,23-4,29; $p < 0,01$).

Bảng 3. Một số yếu tố liên quan tới thực trạng hút thuốc lá của học sinh

| Nội dung | | Có HTL | | Không HTL | | OR (95%CI) | P |
|---------------------|---------------|--------|------|-----------|------|----------------|-------|
| | | n | % | n | % | | |
| Bố mẹ, người thân | Có HTL | 54 | 45,8 | 64 | 54,2 | 9,36 | 0,000 |
| | Không HTL | 12 | 8,1 | 137 | 91,9 | (4,82 - 19,25) | |
| Thầy cô | Có HTL | 44 | 31,7 | 95 | 68,3 | 2,23 | 0,006 |
| | Không HTL | 22 | 17,2 | 106 | 82,8 | (1,25-3,99) | |
| Bạn thân | Có HTL | 53 | 39 | 83 | 61 | 5,80 | 0,000 |
| | Không HTL | 13 | 10 | 118 | 90 | (2,97 - 11,31) | |
| Kiến thức về PCTHTL | Chưa đạt | 25 | 26 | 71 | 74 | 1,12 | 0,707 |
| | Đạt | 41 | 24 | 130 | 76 | (0,63-1,98) | |
| Thái độ về PCTHTL | Chưa tích cực | 22 | 38 | 36 | 62 | 2,29 | 0,008 |
| | Tích cực | 44 | 21 | 165 | 79 | (1,23-4,29) | |

IV. BÀN LUẬN

4.1. Thực trạng hút thuốc lá của đối tượng nghiên cứu

Nghiên cứu của chúng tôi phát hiện tỉ lệ học sinh trường THPT Phú Xuân HTL khá cao so với độ tuổi của các em là 24,7%, cao hơn nhiều so với tỉ lệ HTL được ghi nhận ở nhóm tuổi 13-15 trong nghiên cứu GYTS năm 2014 tại Việt Nam, với 3,5% trẻ vị thành niên độ tuổi 13-15 HTL [16] và bằng xấp xỉ một nửa tỉ lệ nam giới trưởng thành tại Việt Nam hút thuốc ở độ tuổi từ 15 trở lên trong điều tra GATS 2015 (45,3%) [4]. Một trong những lý do có thể lý giải cho tình trạng HTL trong nghiên cứu này cao hơn so với độ tuổi 13-15 tại GYTS Việt Nam 2014 có thể là do tỉ lệ bắt đầu thử hút thuốc ở vị thành niên tăng dần theo năm, chẳng hạn như một nghiên cứu điều tra trong quần thể người hút thuốc tại Hoa Kỳ cho thấy, có 11% bắt đầu thuốc ở độ tuổi 13-14 tuổi, trong khi tỉ lệ này ở độ tuổi 15-16 và 17-18 lần lượt là 24,2% và 24,5% [12]. Việc học sinh bắt đầu hút thuốc sớm, cũng như tình trạng lứa tuổi trẻ hút thuốc đã được nhiều nghiên cứu phát hiện rằng có liên quan mật thiết với cường độ hút và mức độ nghiện thuốc lá ở độ tuổi trưởng thành, chính vì vậy, các chương trình can thiệp, phòng ngừa tác hại của thuốc lá cần chú trọng định hướng quan tâm tới các nhóm trẻ tuổi, vị thành niên để có thể có kết quả PCTHTL tốt hơn và thông qua đó có thể góp phần giảm tỉ lệ HTL ở người trưởng thành [10].

4.2. Kiến thức, thái độ về phòng chống tác hại thuốc lá của học sinh

Trong tổng số 267 học sinh tham gia nghiên cứu, tỉ lệ có kiến thức đạt về PCTHTL chiếm 64,0%. Kết quả của chúng tôi phù hợp với các nghiên cứu của Khương Văn Duy và Trần Thị Minh Khánh, với đa số ĐTNC biết HTL có hại

cho sức khỏe (99,7%) [2], hay nghiên cứu của Trần Quỳnh Anh và Đỗ Minh Sơn với 95% đối tượng biết hút thuốc lá có hại cho sức khỏe [8]. Kết quả này cũng khá phù hợp với điều tra GYTS 2014, với tỉ lệ trẻ trong độ tuổi 13-15 biết rằng việc HTL hay ở cạnh người HTL có hại cho sức khỏe khá cao, lần lượt là 89,4% và 89,6% [14].

Đa số ĐTNC có thái độ tích cực về sự nguy hiểm của thuốc lá và việc phòng chống tác hại của thuốc lá với tỉ lệ 78,3% (Bảng 2). Kết quả này cũng tương tự với kết quả nghiên cứu của Tạ Văn Trọng năm 2016 với thái độ tích cực của học sinh đối với sự nguy hiểm của thuốc lá chiếm tỷ lệ 79,2% [9]. Kết quả NC của chúng tôi cho thấy tỉ lệ ĐTNC có thái độ tích cực về PCTHTL cao hơn so với phát hiện trong GYTS 2014 với chỉ hơn một nửa số học sinh độ tuổi 13-15 có thái độ phù hợp với tác hại của thuốc lá [14]. Ngoài độ tuổi lớn hơn có thể giúp cho học sinh có thái độ đúng đắn hơn, một trong những điểm có thể giải thích cho sự khác biệt này là nghiên cứu của chúng tôi chỉ thực hiện trên một quần thể nhỏ trong phạm vi một trường THPT, trong khi GYTS 2014 thực hiện trên một quần thể lớn, đại diện cho toàn quốc. Ngoài ra, trong khi nghiên cứu của chúng tôi và nghiên cứu của Tạ Văn Trọng (2016) [6] áp dụng cách đánh giá thái độ gần tương tự, thì nghiên cứu GYTS chỉ áp dụng 3 câu hỏi để đánh giá thái độ của học sinh (về cá nhân, về xã hội và về môi trường. Đây cũng có thể là một lý giải cho sự khác biệt về thái độ của ĐTNC.

4.3. Một số yếu tố liên quan đến thực trạng hút thuốc lá của học sinh

Nghiên cứu của chúng tôi phát hiện một số yếu tố có xu hướng làm tăng nguy cơ HTL của học sinh: học sinh là nam giới, gia đình có bố

mẹ/người thân hút thuốc, nhìn thấy hoặc tiếp xúc với thầy cô giáo HTL, bạn thân HTL, thái độ chưa tích cực về PCTHTL (Bảng 3). Nghiên cứu của Phạm Hồng Duy Anh cũng chỉ ra mối liên quan giữa gia đình có người HTL với hành vi HTL của đối tượng ($p = 0,003$) [1]. Tương tự, nghiên cứu của Nguyễn Văn Huy và Đào Thị Minh An cho thấy những đối tượng có người thân HTL trong gia đình thì có tỷ lệ HTL cao hơn rất nhiều so với các đối tượng không có đặc điểm này [5]. Có thể lý giải là những học sinh có người nhà, bạn thân HTL hay nhìn thấy giáo viên HTL đã tiếp xúc và quen thuộc với hình ảnh HTL, khói thuốc lá và do vậy có thể làm cho học sinh có xu hướng HTL cao hơn.

Nghiên cứu này không thu thập thông tin về việc phơi nhiễm với quảng cáo thuốc lá và nguy cơ HTL ở học sinh, tuy nhiên nghiên cứu GYTS 2014 tại Việt Nam cũng chỉ ra rằng có mối liên quan giữa việc phơi nhiễm với quảng cáo thuốc lá và hành vi HTL ở học sinh độ tuổi 13-15 [15]. Điều này gợi ý rằng những nghiên cứu tiếp theo có thể khai thác thông tin từ khía cạnh phơi nhiễm với quảng cáo thuốc lá và nguy cơ HTL ở độ tuổi vị thành niên để đưa ra những khuyến nghị phù hợp nhằm kiểm soát chặt chẽ việc sử dụng thuốc lá ở độ tuổi này.

4.4. Một số hạn chế của nghiên cứu

Nghiên cứu của chúng tôi tiến hành trên một trường trung học phổ thông trong thành phố; số lượng học sinh tại các khối không đồng đều nhau, trình độ học vấn cũng như nhận thức của học sinh không tương đồng. Ngoài ra, do một số điều kiện khách quan, nghiên cứu này chưa tìm hiểu được các thông tin về mối liên quan giữa phơi nhiễm với quảng cáo thuốc lá và thực trạng HTL ở học sinh để có thể đưa ra đề xuất phù hợp cho Ban Giám hiệu Trường THPT Phú Xuân cũng như các cấp có liên quan.

V. KẾT LUẬN

Kiến thức đạt về tác hại của thuốc lá của học sinh là 64,0%; Thái độ tích cực của học sinh về phòng chống tác hại của thuốc lá là 78,3%. Có 24,7% học sinh tham gia nghiên cứu có hút thuốc lá. Một số yếu tố liên quan tới thực trạng hút thuốc lá của học sinh gồm: học sinh là nam giới; gia đình có bố mẹ, người thân hút thuốc; nhìn thấy hoặc tiếp xúc với giáo viên hút thuốc; có bạn thân hút thuốc lá; thái độ chưa tích cực về PCTHTL.

Nghiên cứu khuyến nghị việc triển khai điều tra trên quy mô rộng hơn cũng như tìm hiểu thêm về một số yếu tố khác có thể làm tăng

nguy cơ HTL ở học sinh như việc phơi nhiễm với quảng cáo thuốc lá, từ đó đưa ra bằng chứng thuyết phục nhằm tăng cường việc thực thi quy định cấm hoàn toàn quảng cáo thuốc lá ở Việt Nam.

Lời cảm ơn:

Nhóm nghiên cứu xin chân thành cảm ơn Ban Giám hiệu trường Phổ thông Trung học Phú Xuân đã nhiệt tình giúp đỡ, tạo điều kiện thuận lợi để nghiên cứu có thể được thực hiện trong bối cảnh khó khăn do đại dịch COVID-19. Xin cảm ơn các bậc phụ huynh học sinh đã đồng ý cho con em mình tham gia nghiên cứu và cảm ơn các em học sinh trường THPT Phú Xuân đã nhiệt tình tham gia nghiên cứu này.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Phạm Hồng Duy Anh (2004), "Kiến thức, thái độ, hành vi về hút thuốc lá của sinh viên khoa Y, Đại học Y dược TP. HCM, 2003", *Tạp chí nghiên cứu Y học TP. HCM*. 8(1), tr. tr.78-81.
2. Khương Văn Duy (2005), "Nghiên cứu thực trạng hút thuốc lá ở trẻ vị thành niên tại hai thành phố Đà Nẵng và Hồ Chí Minh", *Tạp chí y học Thực Hành*. 8.
3. Le Thi Kim Anh và các cộng sự. (2016), "Tobacco Access and Availability for Vietnamese School Children (aged 13-15)", *Asian Pac J Cancer Prev*. 17(S1):25-9. doi: 10.7314/apjcp.2016.17.s1.25.
4. US CDC and WHO (2016) Ministry of Health of Vietnam (2015), *Global Adult Tobacco Survey, Factsheet, Vietnam 2015*. Available at: https://www.who.int/tobacco/surveillance/survey/gats/VN-2015_FactSheet_Standalone_E_Oct2016.pdf?ua=1, accessed on 24 August 2020., Hà Nội.
5. Đào Thị Minh An Nguyễn Văn Huy (2008), "Hút thuốc lá trong sinh viên Đại học Y Huế: thực trạng và một số yếu tố ảnh hưởng", *Tạp chí nghiên cứu Y học*. 54(2), tr. tr. 107-113.
6. Tạ Văn Trọng (2016), *Thực trạng hút thuốc lá, kiến thức, thái độ trong phòng chống tác hại thuốc lá và một số yếu tố liên quan ở học sinh phổ thông trung học huyện Hòn Đất, tỉnh Kiên Giang năm 2016*, Thạc sỹ Y tế công cộng, Đại học Y tế công cộng Hà Nội.
7. Thu Hiền (2016), *WHO thống kê một số tác hại của thuốc lá đến sức khỏe*, Viện khoa học thống kê.
8. Đỗ Minh Sơn Trần Huỳnh Anh (2009), "Quan điểm và nhu cầu của cộng đồng về nhà hàng không khói thuốc", *Tạp chí Y tế công cộng*. 20(20), tr. tr.43-49.
9. Tạ Văn Trọng (2016), *Thực trạng hút*

thuốc lá, kiến thức, thái độ trong phòng chống tác hại thuốc lá và một số yếu tố liên quan ở học sinh phổ thông trung học huyện Hòa Bình, tỉnh Kiên Giang năm 2016, Đại học Y tế công cộng Hà Nội.

10. Trường PTTH Phú Xuân (2019), *Trường phổ thông trung học Phú Xuân*, truy cập ngày 23/12/2019, tại trang web <http://thptphuxuan.edu.vn/lt.aspx?cid=109>.

11. WHO (2018), *Việt Nam nằm trong danh sách 15 nước có số người hút thuốc lá nhiều nhất thế giới.*, truy cập ngày, tại trang web <https://news.zing.vn/viet-nam-nam-trong-15-nuoc-hut-thuoc-la-nhieu-nhat-the-gioi-post846189.html>.

12. ManfredStommel Author links open overlay panelSeung HeeChoi (2017), "Impact of Age at Smoking Initiation on Smoking-Related Morbidity and All-Cause Mortality. *American Journal of Preventive Medicine*". 53, tr. 33-41

13. GYTS (2014), "Global Youth Tobacco Survey Report of Global Youth Tobacco Survey (GYTS 2014) In Vietnam, World Health Organization, Report of Global Youth Tobacco Survey (GYTS 2014) In Vietnam", *World Health*

Organization.

14. Nguyen Thanh Huong và các cộng sự. (2016), "Knowledge and attitudes towards tobacco smoking among 13-15 year-old school children in Vietnam – Findings from GYTS 2014", *Asian Pac. J. Cancer Prev.* Vol 17, Tobacco Prevention and Control in Vietnam Suppl, tr. 37-42

15. Tran Khanh Long và các cộng sự. (2016), "Exposure to Tobacco Advertising and Promotion among School Children Aged 13-15 in Vietnam - an Overview from GYTS 2014. ", *Asian Pac. J. Cancer Prev.* Vol 17, Tobacco Prevention and Control in Vietnam Suppl, tr. 49-53

16. US CDC and Vinacosh (2015). WHO (2014), *Global Youth Tobacco Survey - Factsheet, Vietnam 2014.*, World Health Organization, truy cập ngày 6/10/2019, tại trang web http://www.searo.who.int/tobacco/documents/ino_gyts_report_2014.pdf.

SUMMARY

PREVALENCE OF SMOKING AND KNOWLEDGE, ATTITUDES OF TOBACCO HARMFUL EFFECTS IN STUDENTS OF PHU XUAN HIGH SCHOOL, BUON MA THUOT CITY, 2020

Dang Thi Cuong¹, Le Thi Thanh Huong², Trinh Thi Thu Huong¹
¹Central Highland Institute of Hygiene and Epidemiology
²Hanoi University of Public Health

Objectives: The study "Prevalence of smoking and knowledge, attitudes of tobacco harmful effects in students of Phu Xuan High School, Buon Ma Thuot city, 2020" aimed at describing the prevalence of smoking, knowledge and attitudes of students on tobacco control and some factors that might have associated with the prevalence of smoking among high school students.

Methodology: The study was conducted from January to July 2020 and was a cross sectional study, using self-administered questionnaire to collect data from 267 students in grades 10 through grades 12 from the selected school. Data was managed and analyzed using SPSS version 23.0 software. Odds ratio and chi square were used to identify possible association at significant level of 0.05.

Results: There were 66 students who smoked, which accounted for 24.7% of the total study participants. 64% of the total participants had correct knowledge and 78.3% had correct attitudes about the harmful effects of tobacco. Factors associated to the smoking prevalence among students included male students, students living with smoking family members, students who observed or had contact with smoking teachers, students whose close friends were smokers, or students who had incorrect attitudes on tobacco harmful effects.

Conclusion: a relatively high prevalence of smoking was witnessed in high school children.

Keywords: smoking, knowledge, attitudes, high school, Buon Ma Thuot

THỰC TRẠNG NGỘ ĐỘC THỰC PHẨM XẢY RA TRÊN ĐỊA BÀN TỈNH GIA LAI TỪ NĂM 2017 ĐẾN NĂM 2019

Nguyễn Văn Đàng, Nguyễn Ngọc Thanh Trang,
Phạm Thị Hào, Trần Thị Cẩm Hằng
Chi cục An toàn vệ sinh thực phẩm tỉnh Gia Lai

TÓM TẮT

Nghiên cứu được tiến hành dựa trên các mẫu báo cáo điều tra ngộ độc thực phẩm xảy ra trên địa bàn tỉnh Gia Lai từ đầu năm 2017 đến hết năm 2019. Phương pháp: mô tả cắt ngang kết hợp với hồi cứu báo cáo các vụ ngộ độc xảy ra trên địa bàn. Kết quả: Ghi nhận trên địa bàn tỉnh Gia Lai, từ đầu năm 2017 đến hết năm 2019 xảy ra 07 vụ ngộ độc thực phẩm (trong đó 01 vụ do nhầm lẫn rễ cây thương lục là cây sâm dùng ngâm rượu; 01 vụ do ăn gia cầm (gà) tồn dư thuốc diệt chuột; 01 vụ do vi sinh vật; 02 vụ do ăn thịt cóc và nội tạng của cóc; 02 vụ ngộ độc thực phẩm không tìm ra căn nguyên gây ngộ độc thực phẩm) với 113 người ăn, 83 người mắc, 02 người chết, 81 người đi viện. Kết luận: Qua kết quả điều tra các vụ ngộ độc thực phẩm trên địa bàn tỉnh cho thấy số người tử vong do ngộ độc thực phẩm cóc.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Hiện nay, vấn đề an toàn thực phẩm (ATTP) đang được xem như một vấn đề có tầm quan trọng đặc biệt và được toàn xã hội quan tâm bởi nó không chỉ ảnh hưởng trực tiếp đến sức khỏe con người, phát triển kinh tế, xã hội, du lịch, quan hệ quốc tế, mà còn ảnh hưởng lâu dài đến giống nòi của dân tộc.

Mặc dù trong công tác quản lý về an toàn thực phẩm trên địa bàn được các cấp, các ngành đặc biệt quan tâm, chú trọng; trong công tác điều tra, giám sát và xử lý các vụ ngộ độc thực phẩm đặc biệt được chú trọng để tìm ra căn nguyên gây ngộ độc thực phẩm, từ đó đưa ra các đề xuất, kiến nghị và giải pháp để tránh lây lan trong cộng đồng. Tuy nhiên trên địa bàn tỉnh từ khi thành lập đến thời điểm hiện tại đã có số năm nào cũng có vụ ngộ độc thực phẩm xảy ra, chủ yếu ngộ độc thực phẩm xảy ra ở vùng sâu, vùng xa, vùng có điều kiện kinh tế khó khăn, vùng có nhiều dân tộc thiểu số sinh sống. Theo kết quả điều tra, xác minh các vụ ngộ độc thực phẩm cho thấy ngộ độc thực phẩm do vi sinh vật thường tỷ lệ người mắc cao nhưng tỷ lệ tử vong thấp, còn ngộ độc thực phẩm do độc tố tự nhiên thường tỷ lệ người mắc thấp nhưng tỷ lệ tử vong cao.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP

2.1. Đối tượng: Các bệnh nhân bị ngộ độc thực phẩm trên địa bàn tỉnh Gia Lai.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

- Phương pháp sử dụng nghiên cứu: mô tả cắt ngang kết hợp với hồi cứu báo cáo điều tra các vụ ngộ độc thực phẩm.

- Phương pháp chọn mẫu: Báo cáo kết quả điều tra, xác minh vụ ngộ độc thực phẩm xảy ra trên địa bàn từ đầu năm 2017 đến cuối năm 2019 của Chi cục An toàn vệ sinh thực phẩm tỉnh Gia Lai.

- Xử lý số liệu: Sử dụng phần mềm Excel.

2.3. Thời gian nghiên cứu: Từ đầu năm 2017 đến hết năm 2019.

2.4. Địa điểm nghiên cứu: Trên địa bàn tỉnh Gia Lai.

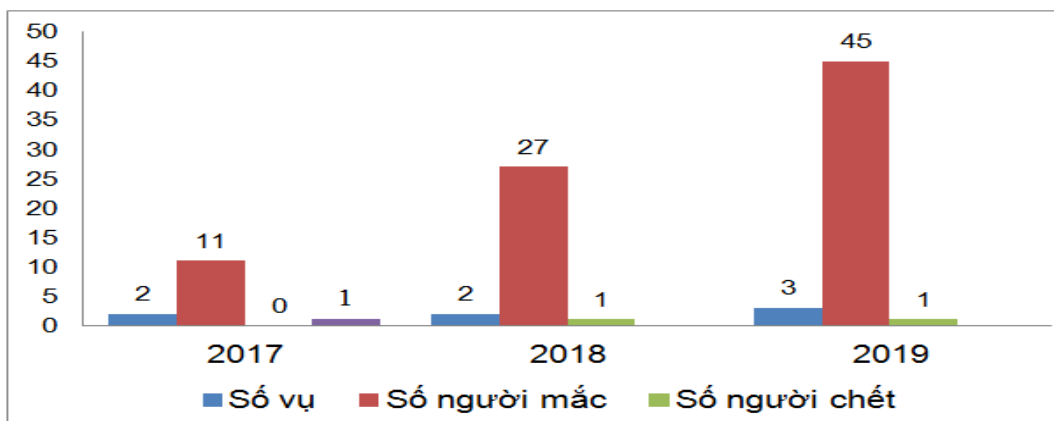
III. TÌNH HÌNH NGỘ ĐỘC THỰC PHẨM TỪ NĂM 2017 ĐẾN 2019

Từ năm 2017 đến hết năm 2019 trên địa bàn tỉnh xảy ra 07 vụ ngộ độc thực phẩm với 113 người ăn, 83 người mắc, 02 người chết, 81 người đi viện.

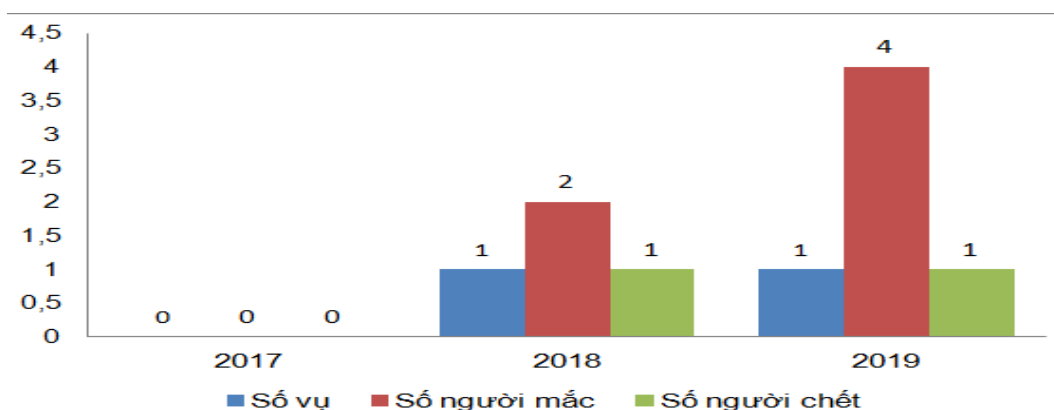
Chịu trách nhiệm: Nguyễn Văn Đàng
Email: chicuctaynguyen2@gmail.com
Ngày phản biện: 25/8/2020
Ngày xuất bản: 20/10/2020

Bảng 1: Số vụ, mắc, chết, đi viện trong các vụ ngộ độc thực phẩm

| Chỉ số | Đơn vị tính | Kết quả điều tra | | | Tổng số |
|------------------|-------------|------------------|------|------|---------|
| | | 2017 | 2018 | 2019 | |
| Số vụ | Vụ | 02 | 02 | 03 | 07 |
| Số người mắc | Người | 11 | 27 | 45 | 83 |
| Số người chết | Người | 0 | 1 | 1 | 02 |
| Số người đi viện | Người | 9 | 27 | 45 | 81 |



Biểu đồ 1. Tình hình ngộ độc 3 năm 2017 - 2019



Biểu đồ 2. Tình hình N ĐTP do độc tố tự nhiên

IV. ĐẶC ĐIỂM CÁC VỤ NGỘ ĐỘC THỰC PHẨM

4.1. Ngộ độc thực phẩm do độc tố tự nhiên

Bảng 2: Tình hình ngộ độc thực phẩm do độc tố tự nhiên

| Chỉ số | Đơn vị tính | Kết quả điều tra | | | Tổng số |
|------------------|-------------|------------------|------|------|---------|
| | | 2017 | 2018 | 2019 | |
| Số vụ | Vụ | 0 | 01 | 01 | 02 |
| Số người ăn | Người | 0 | 02 | 04 | 06 |
| Số người mắc | Người | 0 | 02 | 04 | 06 |
| Số người chết | Người | 0 | 01 | 01 | 02 |
| Số người đi viện | Người | 0 | 02 | 04 | 06 |

Từ năm 2017 đến năm 2019 xảy ra 02 vụ ngộ độc thực phẩm do cóc với tổng số người ăn 06 người, tổng số người mắc 06 người, tổng số người chết 02 người chiếm 33,33% tổng số người mắc, tổng số người đi viện 06 người.

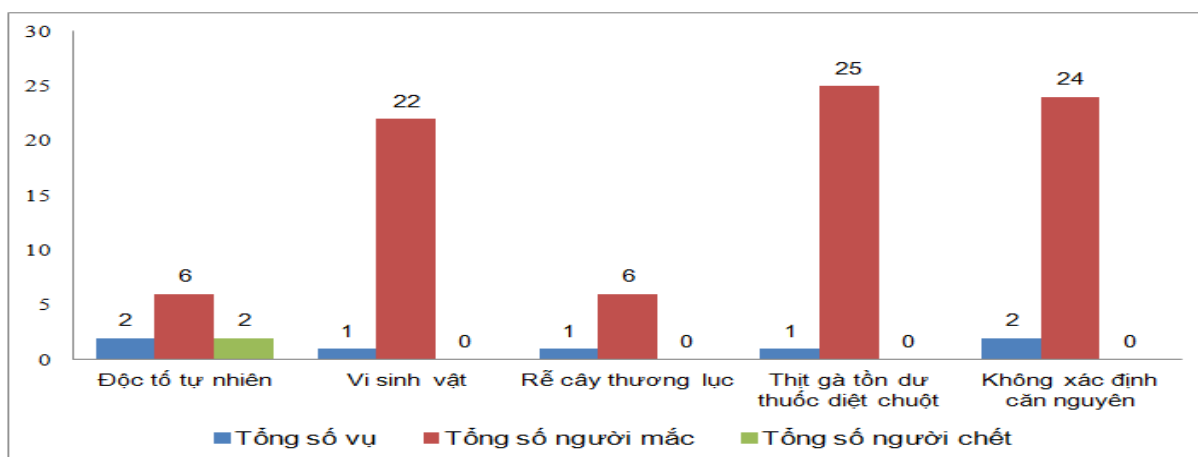
4.2. Ngộ độc thực phẩm do vi sinh vật, rễ cây thương lục, nghi ngờ thịt gà tồn dư thuốc diệt chuột, không xác định được căn nguyên

Bảng 3: Tình hình NĐTP do vi sinh vật, rễ cây thương lục, nghi ngờ thịt gà tồn dư thuốc diệt chuột, không xác định được căn nguyên

| Chỉ số | Đơn vị tính | Kết quả điều tra | | | Tổng số |
|------------------|-------------|------------------|------|------|---------|
| | | 2017 | 2018 | 2019 | |
| Số vụ | Vụ | 02 | 01 | 02 | 05 |
| Số người mắc | Người | 11 | 25 | 41 | 77 |
| Số người chết | Người | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Số người đi viện | Người | 09 | 25 | 41 | 75 |

Ngộ độc thực phẩm do vi sinh vật, rễ cây thương lục, nghi ngờ thịt gà tồn dư thuốc diệt chuột, không xác định được căn nguyên xảy ra 05 vụ, với tổng số người mắc 77 người, tổng số người đi viện 75 người, không có trường hợp tử vong.

V. NGUYÊN NHÂN TỬ VONG CỦA CÁC VỤ NGỘ ĐỘC THỰC PHẨM



Biểu đồ 3. Nguyên nhân tử vong của các vụ ngộ độc thực phẩm

Từ năm 2017 đến năm 2019 xảy ra 07 vụ ngộ độc thực phẩm. Tuy nhiên chỉ có 02 vụ ngộ độc thực phẩm do ăn thịt cóc và nội tạng của cóc dẫn đến tử vong (02 người).

VI. PHÂN TÍCH VỀ ĐỘ TUỔI, VỀ DÂN TỘC VÀ KHU VỰC ĐỊA LÝ DẪN ĐẾN NGỘ ĐỘC THỰC PHẨM

6.1. Về độ tuổi

Theo Giáo sư Đỗ Tất Lợi (2005): trong thịt cóc có giá trị dinh dưỡng rất cao có 53,37% protit – trong protit có nhiều axit amin, 12,66% lipit, rất ít glucit, 23,56% tro, 4,18% độ ẩm; nhựa cóc là nhựa tiết ở tuyến sau tai, tuyến trên mắt và các tuyến trên da của cóc; chất độc trong

tuyến mang tai, trong gan và buồng trứng có lượng độc tố rất cao. Tuy nhiên độ tuổi ngộ độc thực phẩm do cóc xảy ra ở nhóm tuổi 5 – 14 tuổi, ở độ tuổi thiếu hiểu biết về tác hại của cóc nên ăn cả gan và trứng cóc; Không biết cách chế biến để loại bỏ hết da, nội tạng cóc, làm cho độc tố lẫn vào cơ cóc nên ăn thịt cóc bị nhiễm độc tố gây ngộ độc.

6.2. Về dân tộc, khu vực địa lý

Từ năm 2017 đến năm 2019 trên địa bàn tỉnh xảy ra 02 vụ ngộ độc thực phẩm cóc xảy ra ở vùng sâu vùng xa, vùng có đông người dân tộc thiểu số sinh sống, trình độ hiểu biết thấp, đời sống kinh tế khó khăn.

VII. KẾT LUẬN VÀ KIẾN NGHỊ

7.1. Kết luận

Qua kết quả điều tra các vụ ngộ độc thực phẩm trên địa bàn tỉnh Gia Lai từ đầu năm 2017 đến hết năm 2019 cho thấy:

- Ngộ độc thực phẩm thường xảy ra ở vùng sâu vùng xa, vùng có điều kiện kinh tế khó khăn, vùng có nhiều người đồng bào sinh sống.

- 02 vụ ngộ độc thực phẩm do cóc xảy ra ở nhóm tuổi 5 – 14 tuổi, ở độ tuổi thiếu hiểu biết về tác hại của cóc nên ăn cả gan và trứng cóc; Không biết cách chế biến để loại bỏ hết da, nội tạng cóc, làm cho độc tố lẫn vào cơ cóc nên ăn thịt cóc bị nhiễm độc tố gây ngộ độc.

- 02/02 người chết do ngộ độc thực phẩm cóc.

7.2. Kiến nghị

- Nâng cao đời sống kinh tế cho các đơn vị vùng sâu vùng xa, vùng có nhiều dân tộc thiểu số sinh sống, vùng có điều kiện kinh tế khó khăn trên địa bàn tỉnh.

- Xây dựng tờ rơi, poster, áp phích, phóng sự về cóc để có tư liệu tuyên truyền.

- Ngộ độc thực phẩm do cóc xảy ra ở nhóm tuổi từ 5 – 14 tuổi là nhóm tuổi học sinh, xảy ra vùng có nhiều người đồng bào dân tộc thiểu số sinh sống nên đề xuất đưa một phần nội dung

an toàn thực phẩm vào sách giáo khoa làm chương trình giảng dạy cho học sinh, sinh viên. Và tùy vào tình hình từng địa phương có người đồng bào dân tộc thiểu số sinh sống chủ động trong công tác sao chép, in ấn, phiên dịch tiếng đồng bào dân tộc thiểu số để làm tư liệu tuyên truyền cho các đơn vị vùng sâu, vùng xa, vùng có nhiều người đồng bào dân tộc thiểu số sinh sống.

- Tăng cường tổ chức tuyên truyền, tổ chức các buổi học ngoại khóa và các cuộc thi tìm hiểu về an toàn thực phẩm trong các trường học cho học sinh, sinh viên.

- Chỉ đạo các cơ quan về truyền thông như Báo, Đài Phát thanh và Truyền hình...thường xuyên đưa tin về an toàn thực phẩm trên các phương tiện thông tin đại chúng để tuyên truyền đến các đơn vị vùng sâu, vùng xa.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Trần Đáng (2008). *An toàn thực phẩm*, Nhà xuất bản Hà Nội.
2. Đỗ Tất Lợi (2005). *Những cây thuốc và vị thuốc Việt Nam*, NXB Y học, Hà Nội.
3. Chi cục An toàn vệ sinh thực phẩm tỉnh Gia Lai. *Báo cáo 07 vụ ngộ độc thực phẩm xảy ra trên địa bàn tỉnh Gia Lai từ đầu năm 2017 đến hết năm 2019*.

SUMMARY

The study was conducted based on the report samples of food poisoning investigations occurring in Gia Lai province from the beginning of 2017 to the end of 2019. Methods: Using cross-sectional descriptive method in conjunction with the research association report poisoning cases occurring in the area. Results: Noted in Gia Lai province, from the beginning of 2017 to the end of 2019, there were 07 cases of food poisoning (of which 01 case was caused by mistaking the roots of the lance plant as a ginseng used in wine immersion; 01 case due to eating poultry (chicken) rat poison residues; 01 case caused by microorganisms; 02 cases due to eating toad meat and internal organs; 02 cases of food poisoning without finding the cause of food poisoning) with 113 people eating, 83 people were worn, 02 people died, 81 people were hospitalized. Conclusion: Through the survey results of food poisoning cases in the province showed the number of people dying from food poisoning toads.

TỶ LỆ TĂNG HUYẾT ÁP VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ NHÂN KHẨU HỌC LIÊN QUAN Ở NGƯỜI DÂN TỘC THIỂU SỐ TRONG CỘNG ĐỒNG TỈNH ĐẮC LẮK

Đình Hữu Hùng¹, Đỗ Văn Dũng², Vũ Anh Nhị²,
Lê Văn Tuấn², Thân Trọng Quang¹, Đặng Thị Xuyên¹,
Nguyễn Ngọc Như Khuê³, Vũ Thị Thu Hương¹,
Vũ Thị Lan Anh¹, Nguyễn Hoàng Anh Thư¹, Tào Thị Hoa¹

¹Khoa Y Dược, Trường Đại học Tây Nguyên;

²Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh;

³Bệnh viện Đa khoa vùng Tây Nguyên

TÓM TẮT

Cơ sở nghiên cứu: Tăng huyết áp là một vấn đề sức khỏe quan trọng trên toàn cầu. Tỷ lệ hiện mắc tăng huyết áp đang ngày càng gia tăng và có sự khác biệt giữa các nhóm dân tộc. *Mục tiêu:* Xác định tỷ lệ hiện mắc tăng huyết áp và một số yếu tố nhân khẩu học liên quan ở người dân tộc thiểu số trong cộng đồng tỉnh Đắk Lắk. *Phương pháp:* Nghiên cứu mô tả cắt ngang dựa vào cộng đồng đã được thực hiện từ 3/2019 đến 01/2020. Có 654 đối tượng nghiên cứu được chọn bằng phương pháp chọn mẫu nhiều giai đoạn. Chúng tôi đã sử dụng một bộ câu hỏi được soạn sẵn để thu thập các thông tin về nhân khẩu học thông qua phỏng vấn trực tiếp và đo huyết áp. Phép kiểm Chi bình phương được dùng để xác định mối liên quan giữa tỷ lệ hiện mắc tăng huyết áp và một số yếu tố nhân khẩu học. *Kết quả:* Trong số 654 đối tượng nghiên cứu, tỷ lệ hiện mắc tăng huyết áp là 34,6%. Kết quả phân tích đơn biến chỉ ra một số yếu tố nhân khẩu học liên quan đến tỷ lệ hiện mắc tăng huyết áp là tuổi (tuổi càng tăng thì tỷ lệ hiện mắc tăng huyết áp càng cao), giới nam (OR=2,6; KTC 95%: 1,86 - 3,62), trình độ học vấn thấp (OR=1,62; KTC 95%: 1,16-2,27), đã kết hôn (OR=2,47; KTC 95%: 1,00-6,07) và khu vực thành thị (OR=1,83; KTC 95%: 1,30-2,58). *Kết luận:* Tỷ lệ hiện mắc tăng huyết áp ở người dân tộc thiểu số trong cộng đồng tỉnh Đắk Lắk ở mức cao và có liên quan với một số yếu tố nhân khẩu học như lớn tuổi, giới nam, trình độ học vấn thấp, đã kết hôn và khu vực sống ở thành thị.

Từ khóa: Tỷ lệ hiện mắc, tăng huyết áp, dân tộc thiểu số, yếu tố, mối liên quan

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tăng huyết áp (THA) là một bệnh rất phổ biến trong cộng đồng, gây ra rất nhiều biến chứng nguy hiểm (xơ vữa động mạch, đột quỵ xuất huyết não, suy tim,...) và là nguyên nhân hàng đầu gây tử vong và tàn tật [8]. Quan trọng hơn khi tỷ lệ hiện mắc THA trong cộng đồng đang ngày càng gia tăng và có sự khác biệt giữa các chủng tộc/dân tộc [5], [8]. Tại tỉnh Đắk Lắk, cho đến nay đã có một số nghiên cứu về THA trong cộng đồng người đồng bào dân tộc thiểu số. Chẳng hạn, theo Trịnh Quang Trí, tỷ lệ hiện mắc THA năm 2008 ở người dân tộc Ê đê ≥ 25 tuổi tại Thành phố Buôn Ma Thuột là 21%.

Chịu trách nhiệm: Đình Hữu Hùng
Email: dhhung@ttn.edu.vn
Ngày phản biện: 27/8/2020
Ngày xuất bản: 20/10/2020

Trong đó, bệnh hay gặp ở nam giới và người lớn tuổi [9]. Bên cạnh đó, một nghiên cứu khác của Y Biểu trên nhóm đối tượng tương tự tại thị xã Buôn Hồ, Đắk Lắk (2014) cho thấy con số này ở mức cao hơn (26,7%) [3]. Tuy nhiên, số liệu của các nghiên cứu này đã được thu thập cách đây hơn 5 năm và không phải trên phạm vi toàn tỉnh. Vì vậy, chúng tôi nghĩ rằng việc tiến hành đề tài này có tính cấp thiết và ý nghĩa thực tiễn cao.

Mục tiêu nghiên cứu: (1) Xác định tỷ lệ hiện mắc tăng huyết áp ở người đồng bào dân tộc thiểu số trong cộng đồng tỉnh Đắk Lắk, (2) Xác định mối liên quan giữa một số yếu tố nhân khẩu học và tỷ lệ hiện mắc tăng huyết áp ở người đồng bào dân tộc thiểu số tại điểm nghiên cứu.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP

2.1. Địa điểm nghiên cứu

Trong cộng đồng tỉnh Đắk Lắk

2.2. Thời gian nghiên cứu

Thời gian thu thập số liệu: 3/2019 đến 01/2020.

2.3. Đối tượng nghiên cứu

- Tiêu chuẩn chọn vào: Là những người dân tộc thiểu số ≥ 18 tuổi, có hộ khẩu thường trú và đang sinh sống trên địa bàn tỉnh Đắk Lắk từ 6 tháng trở lên và đồng ý tham gia vào nghiên cứu.

- Tiêu chuẩn loại ra: (1) Người mất năng lực hành vi, tâm thần, câm, điếc, không đi lại được, không có khả năng giao tiếp, (2) người bị cụt tay trái; người gù vẹo, cổ trướng, phụ nữ mang thai, mắc một số bệnh khác ảnh hưởng đến việc đo vòng eo, (3) người vắng mặt tại địa phương trong thời điểm điều tra sau hai lần mời hoặc tiếp xúc mà không gặp được, và (4) người là khách vắng lai.

2.4. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: Mô tả cắt ngang.

Cỡ mẫu: Dữ liệu trong bài báo này là một phần của nghiên cứu "Tỷ lệ hiện mắc và một số yếu tố nguy cơ của đột quỵ não trong cộng đồng trên địa bàn tỉnh Đắk Lắk" ở những người dân ≥ 18 tuổi (có hộ khẩu thường trú và đang sinh sống tại tỉnh Đắk Lắk từ 6 tháng trở lên). Trong nghiên cứu này, chúng tôi đã tính cỡ mẫu theo công thức dành cho việc xác định một tỷ lệ trong quần thể, trong đó có yếu tố tăng huyết áp:

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

Sau tính toán chi tiết và cẩn thận, kết quả cỡ mẫu cần lấy trong nghiên cứu nói trên là 2053. Trên thực tế, chúng tôi đã thu thập được 2089 đối tượng. Trong số đó, có 654 người đồng bào dân tộc thiểu số.

Phương pháp chọn mẫu: áp dụng phương pháp chọn mẫu nhiều giai đoạn để có được 34 cụm: (1) chọn 34 cụm (xã/phường/thị trấn) từ tất cả các huyện/ thị xã/thành phố trong toàn tỉnh Đắk Lắk theo phương pháp chọn mẫu PPS (probability proportional to size - chọn mẫu xác suất tỷ lệ với kích thước quần thể), (2) chọn hộ gia đình theo phương pháp ngẫu nhiên hệ thống từ mỗi cụm, và (3) chọn tất cả các thành viên trong hộ gia đình được chọn theo tiêu chuẩn chọn mẫu.

2.5. Phương pháp thu thập số liệu

Số liệu được thu thập bằng bộ câu hỏi soạn sẵn bởi đội ngũ nhân viên y tế có kinh nghiệm và đã được tập huấn cẩn thận. Trong đó, có 2 nhân viên y tế tại địa phương của trạm xá/y tế

thôn buôn làm nhiệm vụ hướng dẫn người tham gia và thông dịch. Trước khi tiến hành thu thập chính thức, chúng tôi đã điều tra thử tại một cụm trên 30 người (cụm điều tra thử không thuộc 34 cụm nói trên và được chọn chủ đích). Những người dân có đủ tiêu chuẩn chọn mẫu sẽ được mời đến trạm y tế. Trước đó, nhân viên y tế của trạm xá/y tế thôn buôn đến từng hộ gia đình đã được chọn để gửi thư mời và dặn người được điều tra kiêng rượu, bia, cà phê và một số chất kích thích khác trước 1 ngày (so với ngày thu thập số liệu). Tại địa điểm thu thập số liệu, sau bước chào hỏi, hướng dẫn và phỏng vấn người tham gia nghiên cứu về các yếu tố nhân khẩu học, chúng tôi tiến hành đo huyết áp cẩn thận theo quy trình đo huyết áp của Bộ y tế bằng máy đo huyết áp điện tử chuẩn.

2.6. Phương pháp phân tích số liệu

Số liệu được nhập bằng phần mềm Epidata 3.1 và được xử lý bằng phần mềm thống kê STATA 14.0. Các biến số định tính được trình bày dưới dạng tần số và tỷ lệ phần trăm. Khi tiến hành phân tích mối liên quan, các biến số về nhân khẩu học (tuổi, giới, dân tộc, trình độ học vấn, tình trạng hôn nhân, và khu vực sống) được xem là biến số độc lập và THA được xem là biến số phụ thuộc. Mối liên quan giữa một số yếu tố nhân khẩu học và tỷ lệ hiện mắc THA được xác định qua phân tích đơn biến (dùng phép kiểm Chi bình phương), trong đó chúng tôi có tính giá trị OR và khoảng tin cậy 95% tương ứng.

III. KẾT QUẢ

3.1. Một số đặc điểm chung của mẫu nghiên cứu

Trong số 654 đối tượng là người đồng bào dân tộc thiểu số, tỷ lệ các nhóm tuổi 40-49, 50-59, 60-69 và ≥ 70 lần lượt là 22,8%, 22,2%, 14,7% và 9,6%; tỷ lệ nam giới chiếm 38,2%; người Ê đê chiếm 66,4% và còn lại là người dân tộc thiểu số khác; đã kết hôn chiếm 95%; tỷ lệ học vấn thấp (từ tiểu học trở xuống) chiếm 59,8%; và người dân tộc thiểu số sống ở thành thị chiếm 30,7%.

3.2. Tỷ lệ hiện mắc tăng huyết áp ở người dân tộc thiểu số trong cộng đồng tỉnh Đắk Lắk

Tỷ lệ hiện mắc THA ở người đồng bào dân tộc thiểu số ≥ 18 tuổi trong cộng đồng toàn tỉnh Đắk Lắk là 34,6% (THA được định nghĩa là huyết áp tâm thu ≥ 140 mmHg và/hoặc huyết áp tâm trương ≥ 90 mmHg hoặc đang dùng thuốc điều trị THA).

3.3. Mối liên quan giữa một số yếu tố nhân khẩu học và tỷ lệ hiện mắc tăng huyết áp

Bảng 1. Mối liên quan giữa một số yếu tố nhân khẩu học và tỷ lệ hiện mắc THA ở người đồng bào DTTS qua phân tích đơn biến

| Các yếu tố | OR | KTC 95% | Giá trị p | |
|---------------------|-----------------------|---------|--------------|------------|
| Tuổi | ≥ 70 | 14,47 | 7,39 - 28,33 | < 0,001 |
| | 60 – 69 | 9,03 | 5,07 - 16,08 | < 0,001 |
| | 50 – 59 | 4,89 | 2,88 - 8,28 | < 0,001 |
| | 40 – 49 | 2,55 | 1,48 - 4,41 | 0,001 |
| | < 40 | 1 | | Tham chiếu |
| Giới tính | Nam | 2,60 | 1,86 - 3,62 | < 0,001 |
| | Nữ | 1 | | Tham chiếu |
| Dân tộc | Dân tộc Ê đê | 1,28 | 0,90 - 1,81 | > 0,05 |
| | Dân tộc thiểu số khác | 1 | | Tham chiếu |
| Tình trạng hôn nhân | Đã kết hôn | 2,47 | 1,00 - 6,07 | 0,049 |
| | Chưa kết hôn | 1 | | Tham chiếu |
| Trình độ học vấn | Từ tiểu học trở xuống | 1,62 | 1,16 - 2,27 | 0,005 |
| | Trên tiểu học | 1 | | Tham chiếu |
| Khu vực sống | Thành thị | 1,83 | 1,30 - 2,58 | 0,001 |
| | Nông thôn | 1 | | Tham chiếu |

Chú thích: *Đã kết hôn bao gồm: đang sống với vợ/chồng hoặc ly thân/ly hôn hoặc góa; OR: Odds Ratio (tỷ suất chênh); KTC: khoảng tin cậy.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Tỷ lệ hiện mắc THA ở người DTTS trong cộng đồng tỉnh Đắk Lắk

Nghiên cứu chúng tôi cho thấy tỷ lệ hiện mắc THA ở người đồng bào dân tộc thiểu số trong cộng đồng tỉnh Đắk Lắk ở mức cao (34,6%). Điều này có nghĩa là cứ 3 người đồng bào dân tộc thiểu số ≥ 18 tuổi thì có 1 người bị THA. Trong đó, tỷ lệ hiện mắc THA ở người Ê đê là 36,4%.

Kết quả này cao hơn so với kết quả của một số nghiên cứu khác tại Đắk Lắk. Chẳng hạn như theo Trịnh Quang Trí, tỷ lệ hiện mắc THA năm 2008 ở người dân tộc Ê đê ≥ 25 tuổi tại Thành phố Buôn Ma Thuột là 21% [9]. Ngoài ra, con số này trong một nghiên cứu khác của Y Biều ở những đối tượng tương tự tại thị xã Buôn Hồ năm 2014 là 26,7% [3]. Qua đây ta thấy tỷ lệ hiện mắc THA ở người dân tộc thiểu số tại tỉnh Đắk Lắk gia tăng theo thời gian. Đây là một vấn đề thực sự quan trọng, được thế giới quan tâm nhiều, nhất là trong khoảng thời gian gần đây [6]

Nguy hiểm hơn khi THA gây ra rất nhiều biến chứng nguy hiểm và là nguyên nhân hàng đầu gây tử vong và tàn tật trên toàn cầu [6], [8]. Điều đáng đặc biệt quan tâm hơn nữa là sự nhận thức, điều trị và kiểm soát THA ở các quốc gia có thu nhập thấp và trung bình, nhất là ở người dân tộc thiểu số còn ở mức báo động [5], [6]. Do

đó, việc tầm soát, phát hiện THA trong cộng đồng người dân tộc thiểu số có vai trò quan trọng trong việc nâng cao sức khỏe người dân.

4.2. Mối liên quan giữa một số yếu tố nhân khẩu học và tỷ lệ hiện mắc tăng huyết áp ở người dân tộc thiểu số trong cộng đồng tỉnh Đắk Lắk

- Tuổi: Kết quả của nghiên cứu này chỉ ra rằng nguy cơ bị THA tăng dần theo nhóm tuổi. Đặc biệt là khi so với nhóm tuổi < 40 thì nguy cơ bị THA ở các nhóm tuổi 60 - 69 và ≥ 70 cao gấp lần lượt là 9 và 14 lần với p < 0,001. Điều tương tự cũng có trong nghiên cứu của Y Biều về THA ở người dân tộc Ê đê ≥ 25 tuổi tại thị xã Buôn Hồ, Đắk Lắk (2014) [3]. Bên cạnh đó, nghiên cứu của Trịnh Quang Trí về tỷ lệ hiện mắc THA ở người dân tộc Ê đê ≥ 25 tuổi tại Thành phố Buôn Ma Thuột cũng cho thấy tuổi cao là một yếu tố nguy cơ của THA [9]. Trên thế giới, luận điểm này cũng đã được nhiều tác giả nhấn mạnh [6], [7], [10]. Như vậy, đây là một vấn đề đáng phải hết sức chú ý khi tình trạng già hóa dân số ở Việt Nam ngày càng gia tăng [2]. Rõ ràng, gánh nặng do các bệnh không lây nhiễm nói chung và THA nói riêng ở người lớn tuổi cần được cải thiện bằng những giải pháp kịp thời và phù hợp hơn nữa.

- Giới tính: Kết quả cho thấy tỷ lệ hiện mắc THA ở nam cao hơn có ý nghĩa so với nữ giới

với OR=2,6 (KTC 95%: 1,86-3,62; p < 0,001). Trên thực tế, một số nghiên cứu khác cũng có kết quả tương tự [3], [7], [9]. Ví dụ, trong nghiên cứu của Y Biều thì nam có nguy cơ bị THA cao hơn nữ với OR=2,1 (KTC 95%: 1,37-3,23; p < 0,001) [3]. Mặt khác, nghiên cứu của Trịnh Quang Trí cũng cho kết quả tương đồng [9]. Tuy vậy, sự khác biệt này không có trong một số nghiên cứu khác và thậm chí có tác giả lại chỉ ra rằng tỷ lệ THA ở nữ cao hơn nam giới ở những người lớn tuổi [4]. Như vậy, mặc dù cần chú ý hơn đối với nam giới nhưng cũng được không quên đối với nữ giới, nhất là ở những người lớn tuổi trong việc phát hiện và kiểm soát THA.

- Dân tộc: Trong nghiên cứu này, tỷ lệ hiện mắc THA của người dân tộc Ê đê cao hơn so với các dân tộc thiểu số khác, song sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê. Trên thực tế, số lượng đề tài khảo sát về vấn đề trên còn khiêm tốn. Nếu như kết quả của một nghiên cứu tại Trung Quốc tương tự với chúng tôi [10] thì một nghiên cứu mới đây tại Mỹ lại khác (tỷ lệ hiện mắc THA ở người da đen không phải gốc Tây Ban Nha cao hơn người da trắng không phải gốc Tây Ban Nha hoặc người gốc Tây Ban Nha) [7]. Sự khác biệt này có thể do sự khác nhau về đối tượng giữa các nghiên cứu. Do đó, cần quan tâm nhiều đến người dân tộc thiểu số trong cộng đồng tỉnh Đắk Lắk. Trong tương lai, cần có những nghiên cứu sâu và rộng hơn về THA ở người dân tộc thiểu số tại Đắk Lắk bởi vì theo kết quả tổng điều tra dân số và nhà ở năm 2019, có hơn 35% người đồng bào dân tộc thiểu số sinh sống trên địa bàn này [2].

- Trình độ học vấn: Kết quả cho thấy tỷ lệ THA ở nhóm người đồng bào dân tộc thiểu số có trình độ học vấn thấp cao hơn có ý nghĩa so với nhóm còn lại (OR = 1,62; KTC 95%: 1,16 - 2,27). Luận điểm có ý nghĩa này cũng đã được báo cáo trong các nghiên cứu gần đây tại Mỹ (2020) [7] và tại Trung Quốc (2018) [10]. Điều đó trở nên quan trọng hơn khi kết quả tổng điều tra dân số và nhà ở năm 2019 chỉ ra tỷ lệ dân số ≥ 15 tuổi chưa bao giờ đi học ở khu vực Tây Nguyên đứng hàng thứ hai so với các khu vực khác trong cả nước [2]. Như vậy, để góp phần nâng cao sức khỏe, chúng ta cần thiết phải nâng cao trình độ học vấn và giáo dục cho người dân những kiến thức về THA.

- Khu vực sống: Nghiên cứu này cho thấy tỷ lệ THA ở người dân tộc thiểu số thuộc khu vực thành thị cao hơn so với khu vực nông thôn với OR = 1,83 (KTC 95%: 1,30 - 2,58; p = 0,001).

Một phân tích gộp tại Ấn Độ ở người dân ≥ 18 tuổi cũng cho kết quả tương tự [1]. Tuy nhiên, một số nghiên cứu khác chỉ ra rằng không có sự khác biệt giữa hai khu vực sống nói trên [4], thậm chí có nghiên cứu còn cho kết quả trái ngược [10]. Vì thế, khi tiếp cận về vấn đề THA, ngoài chú ý khu vực thành thị, chúng ta cũng cần quan tâm đến khu vực nông thôn.

- Tình trạng hôn nhân: Nghiên cứu này cho thấy người dân tộc thiểu số đã kết hôn có nguy cơ bị THA cao hơn so với nhóm còn lại. Điều tương tự cũng được báo cáo trong nghiên cứu của Wang và cs [10]. Theo y văn, số lượng nghiên cứu đề cập đến yếu tố này còn hạn chế. Hy vọng trong tương lai có nhiều thông tin hơn để làm sáng tỏ vấn đề này.

V. KẾT LUẬN

Tỷ lệ hiện mắc tăng huyết áp trong cộng đồng người đồng bào dân tộc thiểu số tại tỉnh Đắk Lắk ở mức cao. Một số yếu tố nhân khẩu học liên quan với tỷ lệ hiện mắc tăng huyết áp là lớn tuổi, giới nam, trình độ học vấn thấp, đã kết hôn và khu vực sống ở thành thị.

VI. KIẾN NGHỊ

Cần tầm soát, phát hiện sớm THA trong cộng đồng người dân tộc thiểu số ở tỉnh Đắk Lắk, nhất là những người: lớn tuổi, giới nam, trình độ học vấn thấp, đã kết hôn và sống ở thành thị. Đồng thời cần tuyên truyền và giáo dục cho những đối tượng này về tầm quan trọng của việc phát hiện sớm tăng huyết áp qua nhiều kênh thông tin khác nhau.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Anchala R. et al. (2014), "Hypertension in India: a systematic review and meta-analysis of prevalence, awareness, and control of hypertension", *J Hypertens*. 32 (6), pp. 1170-1177.
2. BAN CHỈ ĐẠO TỔNG ĐIỀU TRA DÂN SỐ VÀ NHÀ Ở TRUNG ƯƠNG (2019), *Tổng điều tra dân số và nhà ở 2019-Tổ chức thực hiện và kết quả sơ bộ*, Nhà xuất bản thống kê, pp. 45-61.
3. Biều Y (2014), *Thực trạng và một số yếu tố liên quan đến tăng huyết áp của người Ê Đê trên 25 tuổi tại thị xã Buôn Hồ, tỉnh Đắk Lắk, năm 2014.*, Luận văn thạc sĩ Y tế công cộng, Trường Đại học Y tế công cộng.
4. Bosu W. K., Reilly S. T. et al. (2019), "Hypertension in older adults in Africa: A systematic review and meta-analysis", *PLoS One*. 14 (4), pp. e0214934.
5. De Geest B., Aboumsallem J. P. et al.

(2018), "Racial/ethnic differences in hypertension prevalence: Public health impact versus clinical importance of baseline data of the HELIUS study", *Eur J Prev Cardiol.* 25 (18), pp. 1911-1913.

6. Mills K. T., Stefanescu A. et al. (2020), "The global epidemiology of hypertension", *Nat Rev Nephrol.* 16 (4), pp. 223-237.

7. Ostchega Y., Fryar C. D. et al. (2020), "Hypertension Prevalence Among Adults Aged 18 and Over: United States, 2017-2018", *NCHS Data Brief*(364), pp. 1-8.

8. Rahimi K., Emdin C. A. et al. (2015), "The epidemiology of blood pressure and its

worldwide management", *Circ Res.* 116 (6), pp. 925-936.

9. Trịnh Quang Trí (2008), *Tăng huyết áp ở người Ê Đê trưởng thành tại thành phố Buôn Ma Thuột, Đắk Lắk năm 2008 - Tỷ lệ hiện mắc và những hành vi liên quan*, Luận văn thạc sĩ y học, Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh.

10. Wang J., Sun W. et al. (2018), "Differences in prevalence of hypertension and associated risk factors in urban and rural residents of the northeastern region of the People's Republic of China: A cross-sectional study", *PLoS One.* 13 (4), pp. e0195340.

SUMMARY

Background: Hypertension is a major health problem worldwide. The prevalence of hypertension is increasing and varies among ethnic groups.

Objectives: We aimed to determine the prevalence of hypertension and identify some demographic factors associated with hypertension among ethnic minorities in Dak Lak province.

Methods: A community-based cross-sectional study was performed from March 2019 to January 2020. The study involved 654 subjects selected through a multistage sampling method. We used a designed questionnaire to collect demographic data from the subjects through direct interview and measurement of blood pressure. The chi-square test was used to determine the relationship between the prevalence of hypertension and some demographic factors.

Results: Of the 654 study subjects, the prevalence of hypertension was 34.6%. The univariate analysis showed that some demographic factors associated with the prevalence of hypertension were age (increased age was associated with a significant increase in the prevalence of hypertension), male sex (OR = 2.6; 95% CI: 1.86 - 3.62), low education level (OR = 1.62; 95% CI: 1.16 - 2.27), married (OR = 2.47; 95% CI: 1.00 - 6.07), and urban areas (OR = 1.83; 95% CI: 1.30 - 2.58).

Conclusion: The prevalence of hypertension among ethnic minorities in Dak Lak province is high. Some demographic factors associated with the prevalence of hypertension are older age, male sex, low education level, married and urban areas.

Keywords: prevalence, hypertension, ethnic minority, factor, relationship

TÌNH HÌNH NGỘ ĐỘC THỰC PHẨM TẠI TỈNH ĐẮK LẮK TỪ NĂM 2014 ĐẾN 2019

Trương Hữu Hoài, Lê Thị Châu
Chi cục An toàn vệ sinh thực phẩm tỉnh Đắk Lắk

TÓM TẮT

Thống kê tình hình ngộ độc thực phẩm tại tỉnh Đắk Lắk từ năm 2014 đến 2019 cho thấy trung bình mỗi năm có 4,5 vụ ngộ độc thực phẩm với 149 người mắc và 0,5 người tử vong. Số vụ ngộ độc thực phẩm có từ 30 người mắc trở lên hoặc có tử vong chiếm 25,9%. Các vụ ngộ độc thực phẩm xảy ra quanh năm, nhiều nhất là tháng 8. Có 59,3% vụ ngộ độc thực phẩm xảy ra tại các bữa ăn gia đình. Nguyên nhân gây vụ ngộ độc thực phẩm nhiều nhất là do vi sinh vật với 51,9%, tiếp đến là do độc tố tự nhiên (25,9%). Tỷ lệ mắc/ chết do ngộ độc thực phẩm trung bình/ 100.000 dân là 8,1/ 0,03.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ngộ độc thực phẩm (NĐTP) cấp tính trong những năm qua vẫn có chiều hướng gia tăng cả về số vụ và quy mô mắc. Theo thống kê của Cục An toàn thực phẩm trong 10 năm từ 2001 đến 2010 cả nước có 1934 vụ NĐTP, số mắc là 56.369 người, số chết là 524 người. Có nhiều nguyên nhân gây ra các vụ NĐTP trên toàn quốc như thực phẩm ô nhiễm, môi trường ô nhiễm, thực phẩm có độc, điều kiện sản xuất, chế biến thực phẩm không bảo đảm an toàn, nhận thức - hành vi đúng về phòng chống NĐTP của cộng đồng còn nhiều hạn chế...

Tại tỉnh Đắk Lắk trong những năm qua, công tác phòng, chống NĐTP đã được các cấp chính quyền và người dân quan tâm nhiều hơn. Các hoạt động tuyên truyền về bảo đảm an toàn thực phẩm (ATTP) ngày càng được đẩy mạnh với các hình thức phong phú, đa dạng nhằm nâng cao nhận thức, thay đổi hành vi cho mọi đối tượng. Tuy nhiên tình trạng NĐTP vẫn xảy ra, gây nên nỗi băn khoăn, lo lắng của mỗi người dân.

Việc nghiên cứu đánh giá tình hình NĐTP trong thời gian qua là rất cần thiết nhằm tìm hiểu nguyên nhân, hoàn cảnh xảy ra các vụ NĐTP, đồng thời đề xuất các giải pháp để hạn chế tình trạng NĐTP xảy ra, làm cơ sở cho việc xây dựng kế hoạch thực hiện công tác ATTP trên địa bàn tỉnh. Vì thế chúng tôi thực hiện đề tài "Tình hình ngộ độc thực phẩm tại tỉnh Đắk Lắk từ năm 2014 đến 2019".

Chịu trách nhiệm: Trương Hữu Hoài
Email: hoaitruonghuu@gmail.com
Ngày phản biện: 19/8/2020
Ngày xuất bản: 20/10/2020

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP

2.1. Đối tượng

Báo cáo các vụ NĐTP trên địa bàn tỉnh Đắk Lắk từ năm 2014 đến năm 2019.

2.2. Thời gian và địa điểm

- Thời gian: từ tháng 3 đến tháng 6 năm 2020.

- Địa điểm: Chi cục An toàn vệ sinh thực phẩm tỉnh Đắk Lắk.

2.3. Phương pháp nghiên cứu

2.3.1. Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu hồi cứu.

2.3.2. Cơ mẫu và phương pháp chọn mẫu

Tất cả các vụ NĐTP từ năm 2014 đến 2019 đều được chọn để thống kê, phân tích.

2.3.3. Phương pháp thu thập số liệu

Sử dụng Mẫu 2: Phiếu báo cáo vụ NĐTP (Ban hành kèm theo Quyết định số 01/2006/QĐ-BYT ngày 09/01/2006 của Bộ trưởng Bộ Y tế) [1].

2.3.4. Phân tích và xử lý số liệu

Số liệu được xử lý và phân tích theo phương pháp thống kê y sinh.

III. KẾT QUẢ VÀ BÀN LUẬN

3.1. Phân bố vụ ngộ độc thực phẩm tại tỉnh Đắk Lắk

Trung bình mỗi năm có 4,5 vụ NĐTP, 149 người mắc và 0,5 người chết. Kết quả này thấp hơn nghiên cứu của Nguyễn Văn Đăng, Nguyễn Ngọc Thanh Trang tại tỉnh Gia Lai từ năm 2010 - 2015 với 8,2 vụ/năm, 378 người mắc và 2 người chết [7].

Các vụ NĐTP xảy ra hàng năm, trong đó nhiều nhất là năm 2016 (9 vụ), ít nhất là các năm 2014, 2018 và 2019 (3 vụ/năm). Số người mắc cao nhất vào năm 2019 (355 người), thấp nhất là năm 2015 (17 người). Số chết xảy ra duy nhất năm 2015 (3 người).

Bảng 1. Phân bố vụ, số mắc, số chết trong các vụ NDTP tại Đắk Lắk theo các năm

| Năm | Số vụ | | Số mắc | | Số chết | |
|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|
| | Tổng số | Tỷ lệ % | Tổng số | Tỷ lệ % | Tổng số | Tỷ lệ % |
| 2014 | 3 | 11,1 | 43 | 4,8 | 0 | 0 |
| 2015 | 4 | 14,8 | 17 | 1,9 | 3 | 100,0 |
| 2016 | 9 | 33,3 | 154 | 17,2 | 0 | 0 |
| 2017 | 5 | 18,5 | 89 | 9,9 | 0 | 0 |
| 2018 | 3 | 11,1 | 238 | 26,6 | 0 | 0 |
| 2019 | 3 | 11,1 | 355 | 39,6 | 0 | 0 |
| Tổng số | 27 | - | 896 | - | 3 | - |
| TB/ năm | 4,5 | | 149 | | 0,5 | |

Bảng 2. Quy mô vụ NDTP tại tỉnh Đắk Lắk theo các năm

| Năm | Tổng số vụ | Vụ ≥ 30 người mắc hoặc có tử vong | | Vụ NDTP < 30 người mắc | |
|---------|------------|-----------------------------------|-------|------------------------|-------|
| | | Số vụ | Tỷ lệ | Số vụ | Tỷ lệ |
| 2014 | 3 | 0 | 0 | 3 | 100,0 |
| 2015 | 4 | 2 | 50,0 | 2 | 50,0 |
| 2016 | 9 | 1 | 11,1 | 8 | 88,9 |
| 2017 | 5 | 1 | 20,0 | 4 | 80,0 |
| 2018 | 3 | 1 | 33,3 | 2 | 66,7 |
| 2019 | 3 | 2 | 66,7 | 1 | 33,3 |
| Tổng số | 27 | 7 | 25,9 | 20 | 74,1 |

Số vụ NDTP có từ 30 người mắc trở lên hoặc có tử vong chiếm 25,9%, trong đó 2 vụ có tử vong, chiếm 7,4%. Kết quả này thấp hơn nghiên cứu của Đoàn Lê Thanh Phong tại tỉnh Tiền Giang từ năm 2006 đến năm 2015 với 36,7% [5].

Bảng 3. Phân bố các vụ NDTP theo tháng trong năm

| Năm | Số vụ | T1 | T2 | T3 | T4 | T5 | T6 | T7 | T8 | T9 | T10 | T11 | T12 |
|---------|-------|----|----|----|----|----|----|----|----|----|-----|-----|-----|
| 2014 | 3 | 1 | 1 | - | - | - | - | - | 1 | - | - | - | - |
| 2015 | 4 | - | - | - | - | - | - | - | 2 | - | - | 1 | 1 |
| 2016 | 9 | 1 | - | 1 | - | 1 | 2 | - | 3 | 1 | - | - | - |
| 2017 | 5 | - | 2 | - | - | 1 | - | - | - | - | - | 2 | - |
| 2018 | 3 | - | - | - | - | - | - | - | 1 | 1 | - | 1 | - |
| 2019 | 3 | - | - | - | - | - | - | 2 | - | - | 1 | - | - |
| Tổng số | 27 | 2 | 3 | 1 | 0 | 2 | 2 | 2 | 7 | 2 | 1 | 4 | 1 |

Các vụ NDTP xảy ra quanh năm, nhiều nhất là tháng 8 (25,9%). Có thể đây là mùa mưa ở Tây Nguyên nói chung và Đắk Lắk nói riêng, khí hậu nóng và ẩm là điều kiện tốt cho vi sinh vật phát triển. Bên cạnh đó, mùa mưa cũng là mùa nấm rùng xuất hiện nhiều nên các vụ ngộ độc do ăn phải thực phẩm ô nhiễm vi sinh vật gây bệnh và nấm độc xảy ra phổ biến hơn [4].

3.2. Đặc điểm các vụ ngộ độc thực phẩm tại tỉnh Đắk Lắk

Bảng 4. Hoàn cảnh xảy ra vụ ngộ độc thực phẩm

| Năm | Số vụ | Bữa ăn gia đình | | Đám cưới, giỗ, ma chay | | Bếp ăn tập thể | | Thực ăn đường phố | |
|---------|-------|-----------------|---------|------------------------|---------|----------------|---------|-------------------|---------|
| | | Số vụ | Tỷ lệ % | Số vụ | Tỷ lệ % | Số vụ | Tỷ lệ % | Số vụ | Tỷ lệ % |
| 2014 | 3 | 2 | 66,7 | - | - | 1 | 33,3 | - | - |
| 2015 | 4 | 4 | 100,0 | - | - | - | - | - | - |
| 2016 | 9 | 7 | 77,8 | 2 | 22,2 | - | - | - | - |
| 2017 | 5 | 2 | 40,0 | 1 | 20,0 | - | - | 2 | 40,0 |
| 2018 | 3 | - | - | - | - | 2 | 66,7 | 1 | 33,3 |
| 2019 | 3 | 1 | 33,3 | 2 | 66,7 | - | - | - | - |
| Tổng số | 27 | 16 | 59,3 | 5 | 18,5 | 3 | 11,1 | 3 | 11,1 |

Hoàn cảnh xảy ra vụ NĐTP chủ yếu là bữa ăn gia đình (59,3%). Kết quả này tương đương với nghiên cứu của Tiêu Văn Linh, Đinh Thị Ngân tại Bà Rịa - Vũng Tàu giai đoạn 2016 - 2018 với 55,6% [8].

Bảng 5. Nguyên nhân gây vụ NĐTP theo năm

| Năm | Vi sinh vật | Hóa chất | Độc tố tự nhiên | Thực phẩm biến chất | Tổng số |
|---------|-------------|----------|-----------------|---------------------|---------|
| 2014 | 2 | - | 1 | - | 3 |
| 2015 | 1 | - | 3 | - | 4 |
| 2016 | 6 | - | 2 | 1 | 9 |
| 2017 | 2 | 1 | - | 2 | 5 |
| 2018 | 1 | - | - | 2 | 3 |
| 2019 | 2 | - | 1 | - | 3 |
| Tổng số | 14 (51,9%) | 1 (3,7%) | 7 (25,9%) | 5 (18,5%) | 27 |

Nguyên nhân gây vụ NĐTP nhiều nhất là do vi sinh vật (51,9%). Kết quả này cao hơn nghiên cứu của Nguyễn Văn Đăng, Nguyễn Ngọc Thanh Trang tại tỉnh Gia Lai từ năm 2010 - 2015 với 34,7% [7].

Bảng 6. Tỷ lệ mắc và chết theo từng năm

| Năm | Dân số | Số mắc | | Số chết | |
|---------|-----------|---------|--------------------|---------|--------------------|
| | | Tổng số | Tỷ lệ /100.000 dân | Tổng số | Tỷ lệ /100.000 dân |
| 2014 | 1.800.000 | 43 | 2,4 | 0 | 0 |
| 2015 | 1.800.000 | 17 | 0,9 | 3 | 0,2 |
| 2016 | 1.850.000 | 154 | 8,3 | 0 | 0 |
| 2017 | 1.850.000 | 89 | 4,8 | 0 | 0 |
| 2018 | 1.900.000 | 238 | 12,5 | 0 | 0 |
| 2019 | 1.900.000 | 355 | 18,7 | 0 | 0 |
| TB/ năm | 1.850.000 | 149 | 8,1 | 0,5 | 0,03 |

Tỷ lệ mắc NĐTP trung bình/ 100.000 dân tại tỉnh Đắk Lắk giai đoạn 2014 - 2019 là 8,1. Kết quả này cao hơn giai đoạn 2004 - 2013 của tỉnh Đắk Lắk (4,2) [3], tuy nhiên lại thấp hơn khoảng 5 lần so với tỉnh Bình Dương giai đoạn 2000 - 2007 (41,0) [6]. Trong khi đó tỷ lệ tử vong trung bình/ 100.000 dân tại tỉnh Đắk Lắk giai đoạn 2014 - 2019 tương đương với giai đoạn 2004 - 2013 cũng của tỉnh Đắk Lắk (0,03) [3].

IV. KẾT LUẬN VÀ KHUYẾN NGHỊ

4.1. Kết luận

Trong giai đoạn từ năm 2014 - 2019, tại tỉnh Đắk Lắk:

- Trung bình mỗi năm có 4,5 vụ NĐTP, 149 người mắc và 0,5 người tử vong.

- Số vụ NĐTP có từ 30 mắc trở lên hoặc có tử vong chiếm 25,9%.

- Các vụ NĐTP xảy ra nhiều nhất trong tháng 8.

- 59,3% vụ NĐTP xảy ra tại bữa ăn gia đình.

- Nguyên nhân gây vụ NĐTP nhiều nhất là do vi sinh vật (51,9%), tiếp đến là độc tố tự nhiên (25,9%).

- Tỷ lệ mắc, chết do NĐTP trung bình/ 100.000 dân là 8,1 và 0,03.

4.2. Khuyến nghị

- Bộ Y tế cần sửa đổi chế độ báo cáo, mẫu báo cáo và các bước điều tra vụ NĐTP theo hướng đơn giản, dễ hiểu để cán bộ y tế tuyến

huyện và xã đều có thể thực hiện một cách dễ dàng khi có vụ NĐTP xảy ra.

- Tăng cường công tác truyền thông về ATTP, chú trọng các nội dung và đối tượng:

- Người nội trợ trong các gia đình về chế biến thực phẩm an toàn nhằm hạn chế các vụ NĐTP xảy ra tại các bữa ăn gia đình.

- Người tiêu dùng tự bảo vệ mình khi sử dụng thực phẩm, đặc biệt là người dân tộc thiểu số biết phân biệt nấm độc và các loại cây, quả độc để tránh sử dụng, nhằm hạn chế các vụ ngộ độc do nấm độc hoặc cây, quả độc có tỷ lệ tử vong cao đối với người sử dụng.

- Tăng cường công tác thanh tra, kiểm tra các cơ sở sản xuất, chế biến thực phẩm, kinh doanh dịch vụ ăn uống, kinh doanh thức ăn đường phố nhằm phát hiện, chấn chỉnh việc bảo đảm ATTP trong quá trình sản xuất, kinh doanh thực phẩm.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2006), Quyết định số 01/2006/QĐ-BYT ngày 09/01/2006 của Bộ trưởng Bộ Y tế về việc ban hành “Quy định chế độ báo cáo và mẫu báo cáo về vệ sinh an toàn thực phẩm”.

2. Chi cục An toàn vệ sinh thực phẩm tỉnh Đắk Lắk, Báo cáo kết quả thực hiện Chương trình mục tiêu quốc gia Vệ sinh an toàn thực phẩm các năm 2015, 2016, 2017, 2018 và 2019.

3. Bùi Quang Lộc, Trương Hữu Hoài (2014), Tình hình ngộ độc thực phẩm tại tỉnh Đắk Lắk từ năm 2004 đến 2013, Tạp chí Y học thực hành số 933+934, Hội nghị khoa học An toàn thực phẩm lần thứ 7 năm 2014, trang 213.

4. Đặng Oanh (2007), Nghiên cứu tình hình ngộ độc thực phẩm tại các tỉnh Tây Nguyên từ năm 2004 - 2007, Kỷ yếu Hội nghị khoa học Vệ sinh an toàn thực phẩm lần thứ 4 - 2007, trang 224.

5. Đoàn Lê Thanh Phong (2016), Đánh giá tình hình ngộ độc thực phẩm tại Tiền Giang từ

năm 2006 đến năm 2015, Tạp chí Dinh dưỡng và Thực phẩm tập 12 - số 6(1) - Tháng 11 năm 2016, Hội nghị khoa học An toàn thực phẩm lần thứ 8, trang 77.

6. Nguyễn Kiều Uyên và Cộng sự (2008), Nghiên cứu tình hình ngộ độc thực phẩm tại tỉnh Bình Dương từ năm 2000 đến năm 2007, Kỷ yếu Hội nghị khoa học An toàn vệ sinh thực phẩm lần thứ 5 - 2009, trang 204.

7. Nguyễn Văn Đăng, Nguyễn Ngọc Thanh Trang (2016), Đặc điểm dịch tễ học các vụ ngộ độc thực phẩm xảy ra trên địa bàn tỉnh Gia Lai từ năm 2010 - 2015, Tạp chí Dinh dưỡng và Thực phẩm tập 12 - số 6(1) - Tháng 11 năm 2016, Hội nghị khoa học An toàn thực phẩm lần thứ 8, trang 17.

8. Tiêu Văn Linh, Đinh Thị Ngân (2019), Đánh giá tình hình ngộ độc thực phẩm tại Bà Rịa - Vũng Tàu giai đoạn 2016 - 2018, Tạp chí Kiểm nghiệm và An toàn thực phẩm số 3.2019, Hội nghị khoa học An toàn thực phẩm 2019, trang 98

SUMMARY

Statistics on food poisoning situation in Dak Lak province from 2014 to 2019 show that, on average, each year, there are 4.5 cases of food poisoning with 149 infected people and 0.5 deaths. The number of cases of food poisoning with 30 or more people getting infected or fatal accounts for 25.9%. Food poisoning cases happen all year round, with the most in August. There are 59.3% of food poisoning cases occurring at home meals. The cause of food poisoning the most is microorganisms with 51.9%, followed by natural toxins (25.9%). The average rate of morbidity / mortality from food poisoning per 100,000 people is 8.1 / 0.03.

MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN ĐẾN SUY DINH DƯỠNG CẤP TÍNH NẶNG CỦA TRẺ 6–59 THÁNG TẠI HUYỆN KRÔNG PA VÀ KÔNG CHRO, TỈNH GIA LAI

Phạm Văn Doanh¹, Nguyễn Vũ Thuận¹,
Nguyễn Thị Thanh Mai¹, Đặng Thị Khuyên¹, Đào Thị Bình²
¹ Viện Vệ sinh Dịch tễ Tây Nguyên
² Trung tâm Kiểm soát bệnh tật tỉnh Gia Lai

TÓM TẮT

Tháng 9/2016 tại hai huyện Krông Pa và huyện Kông Chro tỉnh Gia Lai đã phát hiện có 97 trẻ suy dinh dưỡng cấp tính nặng (SDDCTN) có độ tuổi từ 6 tháng đến 59 tháng tại cộng đồng. Nhằm quản lý và kịp thời đưa ra các giải pháp trong công tác phòng chống SDDCTN. Chúng tôi tiến hành nghiên cứu bệnh chứng với tỉ lệ ghép cặp 1 trẻ bị SDDCTN và 2 trẻ không bị SDD tiêu chí là cùng tuổi, cùng giới, cùng dân tộc, cùng tình trạng kinh tế và cùng xã nơi trẻ sống, tại hai huyện Krông Pa và huyện Kông Chro tỉnh Gia Lai.

Kết quả: Mọi liên quan có ý nghĩa thống kê giữa nhóm trẻ ăn dặm sớm; Thời gian bú sữa mẹ của trẻ thấp; Trẻ không có cảm giác thèm ăn; Trẻ không được tẩy giun định kỳ; Không được tiêm chủng đầy đủ mũi vắc xin; không được uống Vitamin A trong các đợt chiến dịch; Trẻ bị tiêu chảy; Trẻ bị NKHHC; Trẻ thường quấy đêm; Cân nặng khi sinh thấp. Học vấn của bà mẹ thấp, bà mẹ không khám thai trong thời kỳ mang thai.

Từ khóa: Suy dinh dưỡng cấp tính nặng, Dân tộc Gia Rai, Tỉnh Gia Lai

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Nguy cơ tử vong của trẻ mắc bệnh suy dinh dưỡng cấp tính nặng cao gấp từ 5- 20 lần so với trẻ bình thường và có thể là nguyên nhân trực tiếp gây tử vong ở trẻ hoặc có thể đóng vai trò gián tiếp làm tăng nhanh nguy cơ tử vong ở những trẻ bị mắc các bệnh phổ biến như tiêu chảy và viêm phổi [1].

Năm 2015-2016, UBND tỉnh Gia Lai đã công bố tình trạng hạn hán với cấp độ rủi ro là cấp 1. Trong đó có 8/17 huyện thị, chịu ảnh hưởng nặng bởi đợt hạn hán. Tháng 9/2016, tại hai huyện Krông Pa và huyện Kông Chro dựa vào Chương trình cứu trợ khẩn cấp của tổ chức UNICEF chúng tôi đã phát hiện 97 trường hợp SDDCTN được điều trị tại cộng đồng. Để hiểu rõ

hơn đặc điểm dịch tễ của các trường hợp SDDCTN, các yếu tố liên quan nhằm phát hiện, điều trị và có hướng cho công tác quản lý trẻ SDD cấp tính, thực hiện theo Hướng dẫn quốc gia, ban hành theo Quyết định số 4487/QĐ-BYT ngày 18/8/2016 của Bộ Y tế. Chúng tôi tiến hành nghiên cứu bệnh chứng “Một số yếu tố liên quan đến suy dinh dưỡng cấp tính nặng của trẻ từ 6 tháng đến 59 tháng tại hai huyện Krông Pa và huyện Kông Chro tỉnh Gia Lai”.

II. PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Định nghĩa ca bệnh

Nhóm bệnh: SDDCTN là tình trạng bệnh lý mà cơ thể không nhận đủ năng lượng và đạm theo nhu cầu do cung cấp thiếu hoặc do bệnh lý, gây tình trạng trẻ bị giảm cân nhanh (gầy còm) hoặc bị phù thỏa điều kiện chu vi vòng cánh tay (MUAC) <11,5cm hoặc Z-score cân nặng/chiều cao <-3 hoặc % CN/CC của quần thể chuẩn <70% [1].

Nhóm chứng: Tình trạng trẻ hoàn toàn bình thường thỏa điều kiện chu vi vòng cánh tay (MUAC) ≥ 125 mm và Z-score cân nặng/chiều từ -2SD đến dưới +2SD.

Chịu trách nhiệm: Phạm Văn Doanh
Email: doanhpham1008@gmail.com
Ngày phản biện: 21/8/2020
Ngày xuất bản: 20/10/2020

Đối tượng tham gia trong nghiên cứu độ tuổi từ 6 tháng đến 59 tháng, có ngày sinh từ 28/8/2011 đến ngày 28/01/2016 đang sinh sống tại hai huyện.

2.2. Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu bệnh - chứng ghép cặp theo tỉ lệ 1:2, tức là 1 trẻ SDDCTN và hai trẻ không SDD. Các yếu tố được sử dụng ghép cặp ở đây là cùng tuổi, cùng giới, cùng dân tộc, cùng tình trạng kinh tế gia đình và cùng xã nơi trẻ sống.

2.3. Cỡ mẫu: Nhóm bệnh 97 trẻ SDDCTN đã được phát hiện, nhóm chứng là 194 không SDD.

2.4. Các chọn mẫu nghiên cứu: 97 trẻ đã được phát hiện bị SDDCTN thông qua khám sàng lọc, được điều trị tại cộng đồng, phù hợp với tiêu chuẩn nghiên cứu. Dựa vào 97 trẻ SDDCTN, nhóm nghiên cứu tiến hành chọn ngẫu nhiên hệ thống 194 trẻ không SDD theo tỉ lệ 1:2.

Tiêu chuẩn loại trừ: Bà mẹ hoặc người giám hộ không đồng ý ký cam kết tham gia nghiên cứu. Trẻ SDDCTN biến tính, bị bệnh như HIV, bị

Down....

2.5. Địa điểm và thời gian nghiên cứu: Thời gian triển khai từ tháng 9/2016 đến tháng 11/2016 tại hai huyện Krông Pa và Huyện Kông Chro tỉnh Gia Lai.

2.6. Cách thu tập và xử lý số liệu: Sử dụng bộ câu hỏi đã được thiết kế sẵn, tất cả các điều tra viên đã được tập huấn về mục đích, mục tiêu, phương pháp nghiên cứu và các kỹ thuật liên quan đến nghiên cứu như: Kỹ thuật phỏng vấn, kỹ thuật cân đo, đo vòng cánh tay trẻ, để xác định trẻ SDDCTN.

Nhóm nghiên cứu điền đầy đủ các thông tin vào phiếu khám sàng lọc, sau đó cán bộ phỏng vấn sử dụng bộ phiếu đã được thiết kế sẵn để phỏng vấn mẹ của trẻ tại hộ gia đình.

Số liệu được làm sạch và được mã hóa trước khi nhập vào máy tính, xử lý bằng phần mềm STATA 12. Sử dụng các test thống kê mô tả, so sánh và OR khoảng tin cậy 95% trong nghiên cứu bệnh-chứng ghép cặp để phân tích hồi qui logistic tìm mối quan hệ nhân quả, giữa các yếu tố nguy cơ liên quan đến SDDCTN.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung của các tiêu chí ghép cặp

Bảng 1: Các đặc điểm chung của tiêu chí ghép cặp

| Đặc điểm | Biến | Số cặp (n=97) | Tỉ lệ % |
|---------------------|-------------|---------------|---------|
| Giới | Nam | 45 | 46,4 |
| | Nữ | 52 | 53,6 |
| Nhóm tuổi | Năm 2016 | 5 | 5,2 |
| | Năm 2015 | 41 | 42,3 |
| | Năm 2014 | 26 | 26,8 |
| | Năm 2013 | 13 | 13,4 |
| | Năm 2012 | 10 | 10,3 |
| | Năm 2011 | 2 | 2,1 |
| Dân tộc | Kinh | 7 | 7,2 |
| | Ba Na | 22 | 22,7 |
| | Gia Rai | 68 | 70,1 |
| Kinh tế hộ gia đình | Không nghèo | 36 | 37,1 |
| | Nghèo | 61 | 62,9 |

Có 53,6% trẻ nữ và 46,4% trẻ nam. Nhóm tuổi chủ yếu là sinh năm 2015, với tỉ lệ 42,3%; 2014, với tỉ lệ 26,8%. Dân tộc Gia Rai chiếm 70,1%. Tỉ lệ hộ nghèo chiếm 62,9%.

3.2. Một số yếu tố liên quan đến tình trạng suy dinh dưỡng

Bảng 2: Một số đặc điểm của trẻ liên quan đến trẻ SDDCTN

| Đặc điểm | Biến | Nhóm bệnh | | Nhóm chứng | | OR (95%CI) | Giá trị p |
|-----------------------------------|-------------------------|-----------|------|------------|------|------------------------|-----------|
| | | n | % | n | % | | |
| Tiêu chảy trong 2 tuần qua | <i>Không</i> | 57 | 58,8 | 177 | 91,2 | 1 | 0,000 |
| | <i>Có</i> | 40 | 41,2 | 17 | 8,8 | 7,31 (3,85-13,87) | |
| Tình trạng NKHHC trong 2 tuần qua | <i>Không</i> | 24 | 24,7 | 160 | 82,5 | 1 | 0,000 |
| | <i>Có</i> | 73 | 75,3 | 34 | 17,5 | 14,31 (7,92-25,86) | |
| Tình trạng trẻ quấy đêm | <i>Không</i> | 38 | 39,2 | 155 | 79,9 | 1 | 0,000 |
| | <i>Có</i> | 59 | 60,8 | 39 | 20,1 | 6,17 (3,60 – 10,57) | |
| Cân nặng khi sinh | $\geq 2,5 \text{ kg}$ | 61 | 63,2 | 184 | 95,2 | 1 | 0,000 |
| | $< 2,5 \text{ kg}$ | 36 | 36,8 | 10 | 4,8 | 11,5 (4,66- 28,54) | |
| Hiện tại trẻ có cảm giác thèm ăn | <i>Có</i> | 31 | 32,0 | 148 | 76,3 | 1 | 0,000 |
| | <i>Không</i> | 66 | 68,0 | 46 | 23,7 | 6,85 (3,99-11,75) | |
| Thời gian bú sữa mẹ (*) | $\leq 12 \text{ tháng}$ | 16 | 28,1 | 10 | 9,2 | 1 | 0,000 |
| | $13-18 \text{ tháng}$ | 10 | 17,5 | 42 | 38,5 | 0,15 (0,05 – 0,42) | |
| | $>18 \text{ tháng}$ | 31 | 54,4 | 57 | 52,3 | 0,34 (0,14 – 0,83) | |
| Tẩy giun trong năm qua (**) | <i>Có</i> | 12 | 33,3 | 71 | 89,9 | 1 | 0,000 |
| | <i>Không</i> | 24 | 66,7 | 8 | 10,1 | 17,75 (6,48 – 48,6) | |
| Tiêm chủng đầy đủ vắc xin | <i>Có</i> | 54 | 55,7 | 152 | 78,4 | 1 | 0,000 |
| | <i>Không</i> | 43 | 44,3 | 42 | 21,7 | 2,88 (1,70- 4,88) | |
| Uống Vitamin A đầy đủ | <i>Có</i> | 70 | 72,2 | 174 | 89,7 | 1 | 0,000 |
| | <i>Không</i> | 27 | 27,8 | 20 | 10,3 | 3,35 (1,77-6,37) | |

(1: reference; (*) Trẻ > 18 tháng tuổi; (**) Trẻ >24 tháng tuổi)

Có mối liên quan giữa trẻ SDDCTN với các yếu tố như trẻ bị tiêu chảy, trẻ bị NKHHC trong hai tuần qua, thường xuyên quấy đêm, cân nặng khi sinh thấp, thời gian bú sữa mẹ của trẻ thấp; Trẻ không có cảm giác thèm ăn; Trẻ không được tẩy giun định kỳ trong năm qua; Tiêm chủng không đầy đủ; không uống Vitamin A trong các đợt chiến dịch sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê ($p < 0,001$).

Bảng 3. Một số đặc điểm của người mẹ liên quan đến tình trạng SDDCTN

| Đặc điểm | Biến | Nhóm bệnh | | Nhóm chứng | | OR (95%CI) | Giá trị p |
|-------------|------------------------|-----------|------|------------|------|--------------------|-----------|
| | | n | % | n | % | | |
| Nhóm tuổi | $\leq 20 \text{ tuổi}$ | 17 | 17,5 | 31 | 16,0 | 1 | 0,648 |
| | $21-30 \text{ tuổi}$ | 52 | 53,6 | 111 | 57,2 | 0,85 (0,43- 1,68) | |
| | $\geq 31 \text{ tuổi}$ | 28 | 28,9 | 52 | 26,8 | 0,98 (0,46 – 2,07) | |
| Học vấn | <i>Mù chữ</i> | 44 | 45,4 | 45 | 23,2 | 1 | 0,000 |
| | <i>lớp 1 – 5</i> | 15 | 15,5 | 54 | 27,8 | 0,28 (0,14 – 0,58) | |
| | <i>Lớp 6-9</i> | 29 | 29,9 | 70 | 36,1 | 0,42 (0,23 – 0,77) | |
| | $\geq \text{Lớp } 10$ | 9 | 9,3 | 25 | 12,9 | 0,37 (0,15- 0,88) | |
| Nghề nghiệp | <i>Nông dân</i> | 92 | 94,9 | 186 | 95,9 | 1 | 0,689 |
| | <i>Khác</i> | 5 | 5,2 | 8 | 4,1 | 1,26 (0,40- 3,97) | |
| Khám thai | <i>Không</i> | 23 | 23,7 | 32 | 16,5 | 1 | 0,906 |
| | $1-2 \text{ lần}$ | 31 | 32,0 | 45 | 23,2 | 0,95 (0,47 -1,94) | |
| | $\geq 3 \text{ lần}$ | 43 | 44,3 | 117 | 60,3 | 0,51 (0,27 – 0,97) | |

(1: reference)

Mẹ có học vấn càng cao, thì trẻ có nguy cơ bị SDDCTN càng giảm; Bà mẹ khám thai ≥ 3 lần trong thời kỳ mang thai trẻ, thì trẻ có nguy cơ bị SDDCTN giảm, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).

IV. BÀN LUẬN

Trẻ bị tiêu chảy, bị NKHHC chủ yếu là do yếu tố môi trường, nơi có điều kiện vệ sinh kém, thiếu nước sạch và vệ sinh thực phẩm không tốt. Ở những trẻ SDD thì hệ miễn dịch tế bào giảm sút, khả năng hấp thụ dinh dưỡng kém dễ bị mắc các bệnh nhiễm trùng đường tiêu hóa và hậu quả là trẻ bị SDD ngày một nặng thêm, làm tăng tỷ lệ tử vong đáng kể so với các yếu tố khác [2]. Bảng 2 cho thấy khi phân tích hồi quy đơn biến, trẻ bị tiêu chảy có nguy cơ bị SDDCTN cao gấp 3,8 lần so với trẻ không bị tiêu chảy, trẻ bị NKHHC có nguy cơ bị SDDCTN cao gấp 14,3 lần ($p < 0,001$). Nghiên cứu của Đinh Đạo cũng cho thấy kết quả tương tự [3].

Trẻ thường quấy đêm, có nguy cơ bị SDDCTN cao gấp 6,17 lần so với trẻ bình thường ($p < 0,001$). Trẻ quấy đêm có nhiều nguyên nhân, có thể do trẻ bị nhiễm giun, thiếu một số loại vi chất cần thiết dẫn đến làm trẻ khó ngủ. Trẻ ăn quá sớm dưới 6 tháng, trẻ không có cảm giác thèm ăn, trẻ có cân nặng khi sinh thấp dưới 2,5 kg, trẻ không được tẩy giun định kỳ, trẻ tiêm chủng không đầy đủ mũi vắc xin, trẻ không uống Vitamin A trong các đợt chiến dịch, trẻ có thời gian bú sữa mẹ thấp, đều có nguy cơ bị SDDCTN. Nguyên nhân chủ yếu là chăm sóc dinh dưỡng khi mang thai và khi nuôi con nhỏ kém, nhẹ cân sơ sinh nếu không được chăm sóc nuôi dưỡng đầy đủ, đúng cách, trẻ rất dễ tiếp tục bị SDD. Một nghiên cứu bệnh chứng tại Ấn Độ cũng cho thấy, tiêm chủng không đầy đủ, ăn bổ sung sớm là những yếu tố liên quan đến SDDCTN [4], thời gian bú sữa mẹ thấp, cho trẻ ăn bổ sung sớm là những nguyên nhân liên quan đến trẻ SDDCTN [5].

Bà mẹ có học vấn cao, khám thai nhiều lần trong thời kỳ mang thai thì trẻ có nguy cơ bị SDDCTN giảm ($p < 0,05$) (bảng 3). Tương tự nghiên cứu bệnh chứng tại Ấn Độ cho thấy, trình độ học vấn của người mẹ là yếu tố liên quan đến SDD cấp tính [6], tại Ethiopia nhận thấy rằng, học vấn người mẹ liên quan đến SDDCTN [7]. Chăm sóc người phụ nữ khi có thai nhằm đảm bảo thai nghén bình thường và sinh đẻ an toàn cho cả mẹ lẫn con. Vì thế, khi có thai người mẹ cần đến cơ sở y tế để được khám, theo dõi và tư vấn. Thực hiện việc khám

thai định kỳ, ít nhất 3 lần trong suốt thời kỳ thai nghén, nếu khám được nhiều lần hơn càng tốt, nhất là ba tháng cuối, mỗi tháng nên khám một lần [8].

V. KẾT LUẬN

Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa nhóm trẻ ăn dặm sớm; Thời gian bú sữa mẹ của trẻ thấp; Trẻ không có cảm giác thèm ăn; Trẻ không được tẩy giun định kỳ; Không được tiêm chủng đầy đủ; không được uống Vitamin A trong các đợt chiến dịch; bị tiêu chảy; bị NKHHC; thường quấy đêm; Cân nặng khi sinh thấp; Học vấn của bà mẹ thấp, bà mẹ không khám thai trong thời kỳ mang thai.

Cần sớm phát hiện, chẩn đoán và điều trị trẻ SDDCTN. Tăng cường công tác truyền thông chăm sóc và nuôi dưỡng trẻ SDD cấp tính tại cộng đồng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế. Quyết định 4487/QĐ-BYT, hướng dẫn chẩn đoán và điều trị suy dinh dưỡng cấp tính trẻ từ 0 đến 72 tháng tuổi.
2. Abel H Irena, Mwate Mwambazi, and Veronica Mulenga. "Diarrhea is a Major killer of Children with Severe Acute Malnutrition Admitted to Inpatient Set-up in Lusaka, Zambia". *Nutr J*. 2011; 10: 110; Published online 2011 Oct 11. doi:10.1186/1475-2891-10-110.
3. Đinh Đạo (2014). "Nghiên cứu thực trạng và kết quả can thiệp phòng chống suy dinh dưỡng trẻ em dưới 5 tuổi người dân tộc thiểu số tại huyện Bắc Trà My tỉnh Quảng Nam". Luận án tiến sĩ y học, trường trường đại học y dược Huế, tr. 55.
4. Mishra K, Kumar P, R. K. Basu S, et al (2014). "Risk factors for severe acute malnutrition in children below 5 y of age in India: a case-control study". *Indian J Pediatr*, 81 (8), 762-765.
5. M. R. Prashanth, Savitha M. R., Prashantha B. "Risk factors for severe acute malnutrition in under-five children attending nutritional rehabilitation centre of tertiary teaching hospital in Karnataka: a case control study" <http://dx.doi.org/10.18203/2349>.
6. Mishra K1, Kumar P, Basu S, Rai K, Aneja S (2013), "Risk factors for severe acute malnutrition in children below 5 y of age in India: a case-control study" *Indian J Pediatr*. 2014 Aug;81(8):762-5. doi: 10.1007/s12098-013-1127-3. Epub 2013 Jul 20.
7. Eskezyiaw Agedew "Determinant of Severe Acute Malnutrition among Children Aged 6-59 Months in Konso, Southern Ethiopia: Case Control Study" <http://primarycare.imedpub.com>.
8. <http://viendinhduong.vn/vi/dinh-duong-ba-me/cham-soc-nguoi-me-trong-thoi-ky-co-thai-va-nuoi-con-bu.html>.

SUMMARY

SOME FACTORS ASSOCIATED WITH SEVERE ACUTE MALNUTRITION AMONG CHILDREN (6-59 MONTHS) IN TWO DISTRICTS OF GIA LAI PROVINCE

Pham Van Doanh¹, Nguyen Vu Thuan¹, Nguyen Thi Thanh Mai¹,
Dang Thi Khuyen¹, Dao Thi Binh²

¹Central Highland Institute of Hygiene and Epidemiology

²Gia Lai Center for Disease Control

Ninety-seven children (5-59 months) were diagnosed with severe acute malnutrition from two districts (Krong Pa and Kong Chro) in Gia Lai province in September 2016. This study aimed to find out solutions for severe acute malnutrition in these districts. A matching case-control study was conducted in two these districts with a severe acute malnutrition child who was matched to two healthy children by age, gender, ethnicity, economic status, and commune where they live. The factors associated with the severe acute malnutrition status were child with early feeding, early breastfeeding stop, no appetite, no routine worming, not fully immunization, no fully vitamin A intake, diarrhea history, acute respiratory infection, crying at night and low weight at birth, low mother's education level, no pregnancy examination.

Keywords: Severe acute malnutrition, Ethnic Ja Rai, Gia Lai province

TÌNH TRẠNG THỪA CÂN, BÉO PHÌ Ở HỌC SINH MỘT SỐ TRƯỜNG TIỂU HỌC TỈNH ĐẮK LẮK NĂM 2020

Phạm Thị Lệ Hà¹, Bùi Thị Tú Quyên², Đặng Oanh¹
¹ Viện Vệ sinh Dịch tễ Tây Nguyên
² Trường Đại học Y tế Công cộng

TÓM TẮT

Thừa cân, béo phì là yếu tố nguy cơ chính của các bệnh mãn tính không lây đe dọa sức khỏe và tuổi thọ của con người. Đặc biệt là lứa tuổi 6-11 tuổi, thừa cân, béo phì trong giai đoạn này không những gây ảnh hưởng không tốt cho sức khỏe của trẻ về sau mà còn gây ra hệ quả tâm lý cho trẻ. Nếu không có sự quan tâm đúng mức, kịp thời về tình trạng dinh dưỡng của trẻ nhất là trẻ bị TC-BP sẽ dẫn tới những hậu quả không tốt cho trẻ khi trưởng thành. Mục tiêu: Xác định tỷ lệ thừa cân, béo phì của học sinh học ở một số trường tiểu học tỉnh Đắk Lắk. Phương pháp: Nghiên cứu cắt ngang mô tả trên 1029 học sinh tiểu học tại 8 trường tiểu học thuộc tỉnh Đắk Lắk. Đánh giá tình trạng dinh dưỡng dựa theo chuẩn tăng trưởng của WHO năm 2007. Kết quả: Kết quả nghiên cứu cho thấy tỷ lệ TC-BP ở học sinh tiểu học là 33,2%, trong đó tỷ lệ TC là 17,8% và BP là 15,4%. Tỷ lệ TC-BP ở học sinh nam (38,9%) cao hơn học sinh nữ (27,6%); học sinh là dân tộc kinh (36,8%) cao hơn dân tộc thiểu số (17,7%), ở thành thị (46,6%) cao hơn nông thôn (23,6%). Kết luận: Tỷ lệ TC-BP ở học sinh tại một số trường tiểu học tỉnh Đắk Lắk khá cao, đây là vấn đề sức khỏe đáng quan tâm, cần có các biện pháp truyền thông giáo dục sức khỏe về dinh dưỡng hợp lý và chế độ vận động phù hợp cho học sinh và phụ huynh nhằm góp phần giảm tỷ lệ TC-BP.

Từ khóa: thừa cân, béo phì, học sinh tiểu học, Đắk Lắk

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Theo số liệu của Tổ chức Y tế Thế giới (WHO), năm 2016 trên toàn thế giới có khoảng hơn 1,9 tỷ người từ 18 tuổi trở lên bị thừa cân (TC) chiếm 39%. Trong số đó, hơn 650 triệu người bị béo phì (BP). Nhìn chung khoảng 13% dân số trưởng thành trên thế giới bị béo phì. Năm 2016, ước tính có 41 triệu trẻ em dưới 5 tuổi và 340 triệu trẻ em từ 5 -19 tuổi bị thừa cân, béo phì [12]. Thừa cân, béo phì là yếu tố nguy cơ chính của các bệnh mãn tính không lây đe dọa sức khỏe và tuổi thọ của con người. Đặc biệt là lứa tuổi 6-11 tuổi, thừa cân, béo phì trong giai đoạn này không những gây ảnh hưởng không tốt cho sức khỏe của trẻ về sau mà còn gây ra hệ quả tâm lý cho trẻ. Nếu không có sự quan tâm đúng mức, kịp thời về tình trạng dinh dưỡng của trẻ nhất là trẻ bị TC-BP sẽ dẫn tới những hậu quả không tốt cho trẻ khi trưởng thành.

Tại Việt Nam, theo các cuộc điều tra dịch tễ học cho thấy trước năm 1995 tỷ lệ TC không đáng kể, BP hầu như không có nhưng sau năm 1995 tỷ lệ TC-BP ở trẻ em lứa tuổi tiểu học liên tục gia tăng đặc biệt là ở các thành phố lớn [3], [5], [9].

Tỉnh Đắk Lắk có mức đô thị hóa xếp thứ nhất của vùng Tây Nguyên, với nền kinh tế ngày càng phát triển triển làm phát sinh nhiều yếu tố liên quan đến tình trạng thừa cân, béo phì. Sự thay đổi về điều kiện kinh tế xã hội dẫn đến các thay đổi về thói quen ăn uống, hoạt động thể lực và các yếu tố liên quan khác có ảnh hưởng tới tình trạng TC-BP của trẻ hay không. Do đó tình trạng thừa cân, béo phì ở học sinh tiểu học đang diễn ra như thế nào cũng là một trong những mối quan tâm của ngành y tế nói riêng và cả nước nói chung. Mặt khác, trong những năm gần đây chưa có nghiên cứu nào đánh giá đến tình trạng TC-BP và dinh dưỡng ở trẻ em lứa tuổi tiểu học nên chúng tôi dự kiến tiến hành nghiên cứu “*Thực trạng thừa cân, béo phì ở học sinh một số trường tiểu học tỉnh Đắk Lắk năm 2020*” để có thể đưa ra những đề xuất và khuyến nghị kịp thời trong công tác chăm sóc sức khỏe ở học sinh tiểu học.

Chịu trách nhiệm: Phạm Thị Lệ Hà
Email: leha_vsdttn@yahoo.com
Ngày phản biện: 19/8/2020
Ngày xuất bản: 20/10/2020

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Học sinh 6 - 11 tuổi đang học ở 8 trường tiểu học thuộc tỉnh Đắk Lắk.

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu cắt ngang mô tả

Cỡ mẫu nghiên cứu: Sử dụng công thức tính cỡ mẫu một tỷ lệ.

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

- Trong đó:

+ n: Cỡ mẫu tối thiểu cần thiết của nghiên cứu

+ Z: Hệ số tin cậy. Với $\alpha = 0,05$ thì $Z_{1-\alpha/2} = 1,96$

+ p: Lấy $p = 0,091$, tỷ lệ học sinh thừa cân béo phì ở thành phố Buôn Ma Thuột tỉnh Đắk Lắk năm 2010 của tác giả Đặng Oanh [8].

+ d: Sai số dự kiến, $d = 0,03$

+ DE: hệ số thiết kế mẫu, lấy $DE = 2$

+ Thay các giá trị vào công thức tính được cỡ mẫu tối thiểu đưa vào nghiên cứu là 706 học sinh. Thêm 10 % cỡ mẫu dự phòng, như vậy cỡ mẫu cần lấy là: $N = 776$ học sinh, Trên thực tế, nghiên cứu đã thu thập liệu trên 1029 học sinh.

2.2. Phương pháp chọn mẫu

Sử dụng phương pháp chọn mẫu nhiều giai đoạn.

+ Bước 1: Chọn thành phố (thị xã) và huyện - ngẫu nhiên phân tầng

+ Bước 2: Chọn trường - ngẫu nhiên phân tầng

• Tại thành phố Buôn Ma Thuột lập danh sách các trường tiểu học và bốc thăm ngẫu nhiên 4 trường để nghiên cứu.

• Tại huyện Buôn Đôn lập danh sách các trường tiểu học và bốc thăm ngẫu nhiên 4 trường để nghiên cứu.

+ Bước 3: Chọn lớp - ngẫu nhiên phân tầng và chọn cụm

Coi mỗi khối là một tầng, mỗi khối của từng trường chọn ngẫu nhiên 1 lớp (cụm), như vậy mỗi khối của 8 trường lấy được 8 lớp. Tổng cộng 5 khối chọn được 40 lớp.

+ Bước 4: Chọn học sinh, tại mỗi lớp đã chọn, chọn tất cả học sinh có mặt tại buổi điều tra và đáp ứng các tiêu chí chọn mẫu.

2.3. Phương pháp thu thập số liệu: Thu thập số đo nhân trắc của trẻ gồm chiều cao, cân nặng, tuổi, giới, dân tộc.

2.4. Đánh giá tình trạng thừa cân, béo phì của học sinh

Tình trạng TC-BP của trẻ được tính theo chỉ số Z-Score BMI theo tuổi và giới, nếu chỉ số này vượt quá +1SD là thừa cân, nếu vượt quá +2SD là béo phì.

2.7. Xử lý và phân tích số liệu: Số liệu thu được được nhập bằng phần mềm Epidata 3.1. Phân tích và xử lý số liệu bằng phần mềm SPSS 18.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Bảng 1: Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

| | Đặc điểm | Tần số (n=1029) | Tỷ lệ (%) |
|-----------|----------|-----------------|-----------|
| Tuổi | 6 tuổi | 85 | 8,3 |
| | 7 tuổi | 210 | 20,4 |
| | 8 tuổi | 194 | 18,9 |
| | 9 tuổi | 214 | 20,8 |
| | 10 tuổi | 201 | 19,5 |
| | 11 tuổi | 125 | 12,1 |
| Giới tính | Nam | 512 | 49,8 |
| | Nữ | 517 | 50,2 |
| Dân tộc | Kinh | 837 | 81,3 |
| | Thiểu số | 192 | 18,7 |

Bảng 1 cho thấy có sự phân bố không đồng đều về tuổi của học sinh (HS) trong nghiên cứu, cụ thể: 6 tuổi chiếm 8,3%, 7 tuổi chiếm 20,4%, 8 tuổi chiếm 18,9%, 9 tuổi chiếm 20,8%, 10 tuổi chiếm 19,5% và 11 tuổi chiếm 12,1%. Sự phân

bố về giới tính của học sinh tương đối đồng đều, với 49,8% học sinh nam và 50,2% học sinh nữ. Học sinh là dân tộc kinh chiếm 81,3%, còn lại (18,7%) là dân tộc thiểu số.

3.2. Tình trạng thừa cân - béo phì của học sinh tiểu học

Bảng 2: Cân nặng và chiều cao trung bình của học sinh theo nhóm tuổi và giới (n=800)

| Tuổi | Nam | | Nữ | |
|------|---------------------------------|----------------------------------|---------------------------------|----------------------------------|
| | Cân nặng (kg) \bar{X} (SD) | Chiều cao (cm) \bar{X} (SD) | Cân nặng (kg) \bar{X} (SD) | Chiều cao (cm) \bar{X} (SD) |
| 6** | 24,2 (5,3) | 119,3 (4,9) | 22,0 (4,4) | 118,5 (5,9) |
| 7 | 25,4 (7,5) | 122,0 (6,3) | 24,3 (5,1) | 122,7 (5,2) |
| 8 | 29,5 (7,6) | 128,5 (6,0) | 26,8 (6,2) | 127,1 (5,8) |
| 9 | 31,2 (7,8) | 132,5 (6,8) | 30,4 (6,8) | 133,1 (6,5) |
| 10* | 36,6 (8,7) | 139,1 (6,7) | 34,9 (8,2) | 139,0 (7,0) |
| 11 | 38,6 (8,9) | 143,5 (6,1) | 37,7 (8,5) | 144,3 (7,8) |

(* $p<0,05$, ** $p<0,005$)

Kết quả bảng 2 cho thấy cân nặng và chiều cao trung bình của HS 6-11 tuổi không có sự khác biệt giữa giới nam và nữ ($p>0,05$), sự gia tăng về cân nặng và chiều cao tương đối đồng đều giữa các nhóm tuổi ở cả nam và nữ. Tuy nhiên ở nhóm HS 6 tuổi và 10 tuổi thì sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p<0,05$).

Bảng 3: Tỷ lệ thừa cân - béo phì của học sinh phân bố theo tuổi

| Tuổi | n | Không TC/BP n (%) | Thừa cân n (%) | Béo phì n (%) | P |
|------|------|----------------------|-------------------|------------------|-------|
| 6 | 85 | 60 (70,6) | 13 (15,3) | 12 (14,1) | 0,037 |
| 7 | 210 | 147 (70,0) | 26 (12,4) | 37 (17,6) | |
| 8 | 194 | 130 (67,0) | 31 (16,0) | 33 (17,0) | |
| 9 | 214 | 137 (64,0) | 39 (18,2) | 38 (17,8) | |
| 10 | 201 | 122 (60,7) | 49 (24,4) | 30 (14,9) | |
| 11 | 125 | 91 (72,8) | 25 (20,0) | 09 (7,2) | |
| Tổng | 1029 | 687 (66,8) | 183 (17,8) | 159 (15,4) | |

Bảng 3 cho thấy tỷ lệ TC-BP của học sinh là 33,2%, trong đó tỷ lệ TC là 17,8% và BP là 15,4%. Học sinh 10 tuổi có tỷ lệ TC-BP cao nhất với 39,3% và thấp nhất là HS 11 tuổi với 27,2%. Có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa tuổi của HS với tình trạng TC-BP ($p<0,05$).

Bảng 4: Tỷ lệ thừa cân - béo phì của học sinh phân bố theo giới tính, dân tộc và khu vực (n=1029)

| Yếu tố | n | Không TC/BP n (%) | Thừa cân n (%) | Béo phì n (%) | p |
|-----------|-----------|----------------------|-------------------|------------------|--------|
| Giới tính | Nam | 512 | 313 (61,1) | 84 (16,4) | <0,001 |
| | Nữ | 517 | 374 (72,3) | 99 (19,1) | |
| Dân tộc | Kinh | 837 | 529 (63,2) | 163 (19,5) | <0,001 |
| | Thiểu số | 192 | 158 (82,3) | 20 (10,4) | |
| Khu vực | Thành thị | 431 | 230 (53,4) | 103 (23,9) | <0,001 |
| | Nông thôn | 598 | 457 (76,4) | 80 (13,4) | |

Kết quả bảng 4 nhận thấy, HS nam có tỷ lệ TC-BP cao hơn HS nữ, với tỷ lệ tương ứng là 38,9% và 27,6%. HS dân tộc kinh có tỷ lệ TC-BP (TC: 19,5%, BP: 17,3%) cao hơn HS dân tộc thiểu số (TC: 10,4%, BP: 7,3%). HS sống ở thành thị có tỷ lệ TC- BP cao hơn ở HS sống ở nông thôn, với các tỷ lệ tương ứng là 46,6% (TC: 23,9%, BP: 22,7%) và 23,6% (TC: 13,4%, BP: 10,2%). Có mối liên quan có ý nghĩa thống kê về tỷ lệ TC-BP với các yếu tố như giới tính, dân tộc và khu vực sinh sống của HS ở thành thị và nông thôn ($p<0,0001$).

Bảng 5: Tỷ lệ thừa cân - béo phì của học sinh phân bố theo trường (n=1029)

| Tên trường | n | Không TC/BP n (%) | TC n (%) | BP n (%) | p |
|-----------------------|------|----------------------|-------------|-------------|--------|
| Trường Hoàng Văn Thụ | 111 | 93 (83,8) | 11 (9,9) | 7 (6,3) | <0,001 |
| Trường Lê Quý Đôn | 112 | 79 (70,5) | 22 (19,7) | 11 (9,8) | |
| Trường Lương Thế Vinh | 130 | 108 (83,1) | 10 (7,7) | 12 (9,2) | |
| Trường Nguyễn Du | 110 | 95 (86,4) | 10 (9,1) | 5 (4,5) | |
| Trường Nguyễn Trãi | 136 | 84 (61,8) | 25 (18,3) | 27 (19,9) | |
| Trường Phan Chu Trinh | 140 | 56 (40,0) | 47 (33,6) | 37 (26,4) | |
| Trường Trần Quốc Tuấn | 141 | 91 (64,5) | 23 (16,3) | 27 (19,2) | |
| Trường Võ Thị Sáu | 149 | 81 (54,4) | 35 (23,5) | 33 (22,1) | |
| Tổng | 1029 | 687 (66,8) | 183 (17,8) | 159 (15,4) | |

Kết quả bảng 5 cho thấy HS trường Phan Chu Trinh có tỷ lệ TC-BP cao nhất với 60,0% (TC: 33,6%, BP: 26,4%) và tỷ lệ TC-BP thấp nhất ở HS trường Nguyễn Du với 13,6% (TC: 9,1%, BP: 4,5%). Đa số học sinh các trường có tỷ lệ thừa cân cao hơn béo phì, riêng các trường Lương Thế Vinh, Nguyễn Trãi và Trần Quốc Tuấn lại có tỷ lệ học sinh bị béo phì cao hơn thừa cân. Có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về tỷ lệ TC-BP của HS giữa các trường nghiên cứu ($p < 0,001$).

IV. BÀN LUẬN

Kết quả nghiên cứu trên 1029 học sinh từ 6-11 tuổi tại 8 trường tiểu học thuộc tỉnh Đắk Lắk cho thấy, tỷ lệ TC-BP ở học sinh tiểu học là 33,2%, trong đó tỷ lệ TC là 17,8% và BP là 15,4%. Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Trần Thị Huyền Trang năm 2019 ở Thái Nguyên với tỷ lệ TC-BP là 33,6% (TC: 20,3%; BP: 13,3%) [10] hay nghiên cứu của Vương Thuận An năm 2009 ghi nhận tỷ lệ TC-BP học sinh tiểu học ở thị xã Tây Ninh là 34% [1]. Ngược lại, kết quả nghiên cứu của chúng tôi cao hơn một số nơi khác, tại thành phố Bắc Ninh năm 2016 là 27,3% [11], tỷ lệ TC-BP ở HS tiểu học TP Việt Trì và thị xã Phú Thọ (2015) là 13,1% [2] và tại TP Cà Mau năm 2016 tỷ lệ này là 19,17% [4]. Tuy nhiên, kết quả nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn so với các nghiên cứu ở các thành phố lớn: tại TP Hồ Chí Minh năm 2014 tỷ lệ TC-BP tiểu học là 41,4% [3], ở Hà Nội năm 2017 tỷ lệ này là 41,7% và năm 2018 là 44,7% [5] và nghiên cứu của Nguyễn Thị Hiền năm 2017 tại quận Bình Thủy, TP Cần Thơ tỷ lệ TC-BP của HS tiểu học là 46,2% [7].

Về nhóm tuổi, kết quả nghiên cứu cho thấy tỷ lệ TC-BP của HS thuộc các nhóm tuổi khác nhau thì khác nhau; tỷ lệ TC-BP cao nhất ở nhóm 10 tuổi với 39,3%; tiếp đến là nhóm 9 tuổi

với 36,0%; nhóm 8 tuổi với 33,0%; nhóm 6 tuổi (29,4%) và 7 tuổi (30,0%) gần tương đương nhau và thấp nhất là nhóm 11 tuổi với 27,2% tuy vậy sự sai khác này không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$).

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi nhận thấy có mối liên quan giữa giới tính với tình trạng TC-BP của học sinh. Tỷ lệ TC-BP của học sinh nam là 38,9% cao hơn học sinh nữ (27,6%), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,001$). Kết quả này tương tự với các nghiên cứu khác ở Bắc Ninh, Thái Nguyên, Cần Thơ và Hà Nội [5], [7], [10], [11]. Điều này có thể do hệ quả của tư tưởng phong kiến “trọng nam khinh nữ” của xã hội Phương Đông. Ảnh hưởng của quan niệm về cái đẹp xưa dẫn tới tình trạng con trai được chăm bẵm, cưng chiều hơn và ít được để ý đến việc giữ gìn vóc dáng hơn so với con gái.

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng tương đồng với các nghiên cứu khác về tỷ lệ TC-BP ở khu vực thành thị cao hơn, có ý nghĩa thống kê so với khu vực nông thôn (46,6% so với 23,6%). Quan sát tỷ lệ TC-BP của HS tại 8 trường nghiên cứu, kết quả trình bày tại bảng 5 cho thấy các trường tiểu học thuộc trung tâm thành phố như trường Phan Chu Trinh (60,0%), trường Võ Thị Sáu (45,6%) có tỷ lệ TC-BP khá cao và trường Nguyễn Du (13,6%) là trường cách xa trung tâm thành phố nhất trong 8 trường nghiên cứu và cũng là trường có tỷ lệ TC-BP của học sinh thấp nhất. Nghiên cứu này phù hợp với nghiên cứu của Trần Thị Xuân Ngọc (tỷ lệ TC-BP ở các trường tiểu học thuộc các quận trung tâm như Nguyễn Du (19%), Hoàng Diệu (15,5%) có tỷ lệ cao hơn các trường ở các quận/huyện xa trung tâm Hà Nội như trường Tứ Liên (2,8%) và Kim Chung (1,3%)) [6] và các nghiên cứu của Ngô Thị Xuân, Trần Thị Huyền Trang, Nguyễn Thị Hiền, Trần Thị Minh

Hạnh [3], [7], [10], [11] đều có tỷ lệ TC-BP ở khu vực thành thị/nội thành cao hơn khu vực nông thôn/ngoại thành. Lý giải điều này có thể do sự khác biệt về thành phần dinh dưỡng trong bữa ăn cho trẻ ở vùng thành thị khác với nông thôn. Trẻ em vùng nông thôn thường có bữa ăn cân bằng, đa dạng rau xanh hơn, ít ăn thức ăn đóng sẵn hơn so với trẻ em thành thị. Ngược lại trẻ em thành thị lại có xu hướng ăn đồ ăn nhanh hơn, dùng thức uống có đường nhiều hơn do sự bày bán sẵn có hơn nông thôn. Mặt khác, do sự khá giả về thu nhập nên trẻ em thành thị thường được cho tiền tiêu vặt nhiều hơn do vậy hay có những bữa ăn phụ, ăn vặt nhiều hơn trẻ nông thôn. Trong khi đó tại thành thị, trẻ em lại thiếu không gian cho các hoạt động vận động thể chất hơn so với ở nông thôn do vậy chúng thường hướng tới các hoạt động giải trí ít vận động như xem tivi, điện thoại, chơi điện tử, máy tính hơn do đó có nhiều nguy cơ gây TC-BP cho học sinh hơn khu vực nông thôn.)

V. KẾT LUẬN

- Tỷ lệ TC-BP là 33,2% (TC: 17,8%; BP: 15,4%). Tỷ lệ học sinh bị TC-BP cao nhất là trường Phan Chu Trinh (60,0%) và thấp nhất là trường Nguyễn Du (13,6%).

- Tỷ lệ TC-BP ở HS nam (38,9%) cao hơn HS nữ (27,6%), HS là dân tộc kinh bị TC-BP cao hơn dân tộc thiểu số (36,8% và 17,7%), tỷ lệ TC-BP khu vực thành thị (46,6%) cao hơn khu vực nông thôn (23,6%).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Vương Thuận An và Nguyễn Thị Bích Hồng Mai Thùy Linh, Cao Thị Kim Hoa (2010), "Tình trạng dinh dưỡng và một số yếu tố liên quan của trẻ lứa tuổi 6-11 tại trường tiểu học Kim Đồng, thị xã Tây Ninh, tỉnh Tây Ninh năm 2009", *Y học thành phố Hồ Chí Minh*. 14(2/2020), tr. 306-311.

2. Nguyễn Mỹ Hạnh và Nguyễn Anh Vũ Nguyễn Xuân Thủy, Lương Tất Thắng, Đỗ Cao Cường (2016), "Thực trạng thừa cân, béo phì ở học sinh tiểu học tại thành phố Việt Trì và thị xã Phú Thọ năm 2015", *Tạp chí Dinh dưỡng và thực phẩm*. 12(3).

3. Trần Thị Minh Hạnh và Phan Nguyễn Thanh Bình Đỗ Thị Ngọc Diệp, Phạm Ngọc Oanh, Vũ Quỳnh Hoa (2016), "Cảnh báo thừa cân, béo phì và tăng huyết áp ở trẻ tuổi học đường thành phố Hồ Chí Minh", *tạp chí Dinh dưỡng và thực phẩm*. 12(4).

4. Huỳnh Ngọc Linh (2018), "Khảo sát tình trạng dinh dưỡng ở trẻ em và vai trò của tỉ lệ vòng eo/chiều cao trong tầm soát tình trạng thừa cân, béo phì học sinh trường tiểu học Nguyễn Đình Chiểu phường 8, thành phố Cà Mau, tỉnh Cà Mau", *tạp chí Y học học Cần Thơ*. 11-12, tr. 225-231.

5. Nguyễn Thùy Linh và Dương Thị Phương Lê Thị Hương (2018), "Thực trạng thừa cân béo phì và bữa ăn học đường của học sinh một trường tiểu học Hà Nội năm 2017 và 2018", *Tạp chí Dinh dưỡng và thực phẩm*. 14(2).

6. Trần Thị Xuân Ngọc (2012), *Thực trạng và hiệu quả can thiệp thừa cân, béo phì của mô hình truyền thông giáo dục dinh dưỡng ở trẻ em từ 6 đến 14 tuổi tại Hà Nội*, Luận án tiến sĩ dinh dưỡng, Viện Dinh dưỡng.

7. Nguyễn Thị Hiền và Nguyễn Bá Nam Hồ Thị Diệu Hiền (2018), "Thực trạng thừa cân, béo phì và một số yếu tố liên quan ở học sinh tiểu học tại quận Bình Thủy, thành phố Cần Thơ năm 2017". *Tạp chí Y học* (số 12-2018), tr. 101-106.

8. Đặng Oanh và Nguyễn Thị Thùy Đặng Tuấn Đạt, Hoàng Xuân Hạnh, Nguyễn Vũ Thuận (2011), "Tình trạng thừa cân béo phì và một số yếu tố liên quan của học sinh tiểu học ở 4 thành phố/thị xã: Kon Tum, Pleiku, Buôn Ma Thuột và Gia Nghĩa năm 2010", *Tạp chí Y học thực hành*. 789+790, tr. 247-253.

9. Vũ Thị Thu và Lê Thị Hợp và Hoàng Thị Hoàn (2003), "Điều tra thực trạng thừa cân, béo phì và một số yếu tố liên quan ở học sinh tiểu học ở một số trường tiểu học tại Hà Nội", *Tạp chí Khoa học Kỹ thuật Nông nghiệp*. 1(3).

10. Trần Thị Huyền Trang và Trương Thị Thùy Dương (2020), "Thực trạng thừa cân, béo phì và một số yếu tố liên quan ở học sinh trường tiểu học Đội Cấn, thành phố Thái nguyên năm 2019", *Y học Việt Nam*. 1(1&2/2020), tr. 154-158.

11. Ngô Thị Xuân và Nguyễn Thị Lâm Nguyễn Thị Yến (2018), "Thực trạng thừa cân béo phì ở học sinh tiểu học tại thành phố Bắc Ninh năm 2016", *Y học dự phòng*. 28(6), tr. 116-124.

12. Who (2016), *Obesity and overweight*, truy cập ngày 11/7/2019, tại trang web <http://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>

SUMMARY

OVERWEIGHT AND OBESITY STATUS OF SOME PRIMARY SCHOOLS STUDENTS IN DAKLAK PROVINCE, 2020

Pham Thi Le Ha¹, Bui Thi Tu Quyen², Dang Oanh¹
¹Tay Nguyen Institute of Hygiene and Epidemiology
²Hanoi University of Public Health

Overweight and obesity are the main factors for chronic non-communicable diseases that threaten human health and longevity. Especially at the age of 6-11 years old, being overweight and obesity does not only affect the health of children in the future but also causes psychological consequences for children. Without proper and timely attention on the nutritional status of children, especially children with overweight and obesity will lead to negative consequences for children as adults. Objective: to determine the rates of overweight and obesity of students in some primary schools in Dak Lak province. Methods: the cross-sectional study was applied to describe and evaluate nutritional status over 1029 primary school students at 8 primary schools in Dak Lak province based on 2007 WHO growth standards. Results: the research results showed that the overweight and obesity rate in primary school students was 33,2%, of which the overweight rate was 17,8% and the obesity rate was 15,4%, the obesity in male students (38,9%) higher than female students (27,6%); students from Kinh ethnic group (36,8%) were higher than that of the ethnic minorities (17,7%), in urban areas (46,6%) higher than in rural areas (23,6%). Conclusion: the ratio of overweight and obesity among students at some primary schools in Dak Lak province was quite high. This is a remarkable health issue. Therefore, there should be measures on information education and communication about balance nutrition and appropriate physical exercises for students and parents in order to facilitate the reduction of the overweight and obesity rate.

Keywords: Overweight, obesity, primary school students, Dak Lak

KIẾN THỨC, THỰC HÀNH VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN VỀ PHÒNG CHỐNG TAI NẠN THƯƠNG TÍCH CHO TRẺ DƯỚI 16 TUỔI CỦA NGƯỜI CHĂM SÓC CHÍNH TẠI THÀNH PHỐ BUÔN MA THUỘT, TỈNH ĐẮKLẮK, NĂM 2020

Vũ Thị Quỳnh Hậu¹, Võ Minh Hùng¹, Phạm Việt Cường²

¹Trung tâm Y tế Thành phố Buôn Ma Thuột.

²TT NC Chính sách và PC Chấn thương - Trường Đại học Y tế công cộng Hà Nội

TÓM TẮT

Nghiên cứu cắt ngang mô tả tiến hành trên 386 người chăm sóc chính của trẻ dưới 16 tuổi về kiến thức, thực hành phòng chống tai nạn thương tích trẻ em (TNTTTE) tại thành phố Buôn Ma Thuột, tỉnh Đắk Lắk năm 2020. Kết quả nghiên cứu cho thấy kiến thức phòng chống TNTT của người chăm sóc chính của trẻ tại địa bàn TP Buôn Ma Thuột còn khá thấp. Kiến thức trong 12 nhóm nội dung chỉ đạt từ 13% đến 73%, tỷ lệ kiến thức chung đạt chỉ ở mức 42%. Thực hành của cha mẹ, người chăm sóc chính của trẻ đạt 69.7%, tỷ lệ thực hành trong các loại hình đạt từ 45.5% đến 79.5%; chỉ có 21.5% hộ gia đình có trẻ biết bơi. Có các mối liên quan đến kiến thức, thực hành của cha mẹ, người chăm sóc chính bao gồm các yếu tố cá nhân (tuổi, giới, hôn nhân), các yếu tố gia đình (qui mô gia đình, thu nhập). Nghiên cứu cũng đưa ra các khuyến nghị dựa trên kết quả nghiên cứu về định hướng tăng cường kiến thức của cha mẹ, người chăm sóc chính của trẻ về phòng chống TNTT.

Từ khóa: trẻ em, phòng chống tai nạn thương tích, kiến thức, thực hành

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tai nạn thương tích là một trong những nguyên nhân hàng đầu gây tử vong ở cả người lớn và trẻ nhỏ. Tai nạn có thể xảy ra ở bất cứ lứa tuổi nào vào nhiều hoàn cảnh khác nhau. Trong những thập kỷ gần đây, tỷ lệ tử vong do các bệnh truyền nhiễm giảm rõ rệt nhưng tỷ lệ tử vong do tai nạn thương tích đang tăng lên nhanh chóng và là nguyên nhân chính gây tử vong ở nhóm trẻ từ 5 đến 19 tuổi [3].

Số liệu thống kê của Bộ Y tế năm 2017 cho thấy, tại Việt Nam trung bình có hơn 370.000 trẻ bị tai nạn thương tích mỗi năm. Số trẻ em tử vong do tai nạn thương tích là 6.600 trường hợp một năm chiếm tỷ lệ 35,5% trong tổng số trẻ tử vong trong toàn quốc do tất cả các nguyên nhân [3, 6].

Thành phố Buôn Ma Thuột (TP BMT) là trung tâm của tỉnh Đắk Lắk, là đầu mối giao thông liên vùng giữa Tây Nguyên với các nơi khác trong cả nước và quốc tế. Nghiên cứu can thiệp phòng chống TNTT TE tại Thành phố Buôn Ma Thuột cũng chỉ ra tỷ lệ các yếu tố gây TNTT trẻ em tại các hộ gia đình khá cao, gồm có ngạt 68,7%; Điện giật 59,6%; Ngã 45,3%; Động vật cắn 45%; Bỏng 34,5%; Đuối nước 31,1%; Ngộ độc 28,4%; Vật sắc nhọn 18,9% [2] và nghiên cứu cũng đã chỉ ra vai trò của cha mẹ và người chăm sóc trong việc phòng TNTT cho con em mình rất quan trọng, việc nâng cao kiến thức cho cha mẹ và người chăm sóc trẻ là một điều cần thiết. Nghiên cứu này được tiến hành tại TP Buôn Ma Thuột, tỉnh Đắk Lắk năm 2020. Kết quả nghiên cứu cung cấp thêm các bằng chứng giúp cho các hoạt động phòng chống TNTT, đặc biệt cho các hoạt động nâng cao kiến thức và kỹ năng của cha mẹ trong việc đảm bảo an toàn cho trẻ ngày một tốt hơn.

II. PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu cắt ngang mô tả trên đối tượng là người chăm sóc chính của trẻ dưới 16 tuổi tại 386 hộ gia đình tại một số xã, phường tại thành phố Buôn Ma Thuột, tỉnh Đắk Lắk. Nghiên cứu

Chịu trách nhiệm: Vũ Thị Quỳnh Hậu

Email: quynhhau89@gmail.com

Ngày phản biện: 28/8/2020

Ngày xuất bản: 20/10/2020

được tiến hành từ tháng 2 đến tháng 8 năm 2020 bằng phương pháp phỏng vấn dựa trên bộ câu hỏi soạn sẵn.

Kiến thức, thực hành về phòng chống TNTTT của các đối tượng nghiên cứu được đánh giá dựa trên việc trả lời đúng trên 60% số điểm về cách phòng chống một số loại hình TNTT

thường gặp ở trẻ.

Số liệu được nhập và quản lý bằng phần mềm Epidata 3.1, phân tích và xử lý số liệu bằng phần mềm SPSS 18. Trình bày các số liệu mô tả theo bảng tần số, tỷ lệ, giá trị trung bình, độ lệch chuẩn. Dùng kiểm định t và Anova để so sánh và xác định các yếu tố liên quan

III. KẾT QUẢ

3.1. Một số đặc điểm của ĐTNC

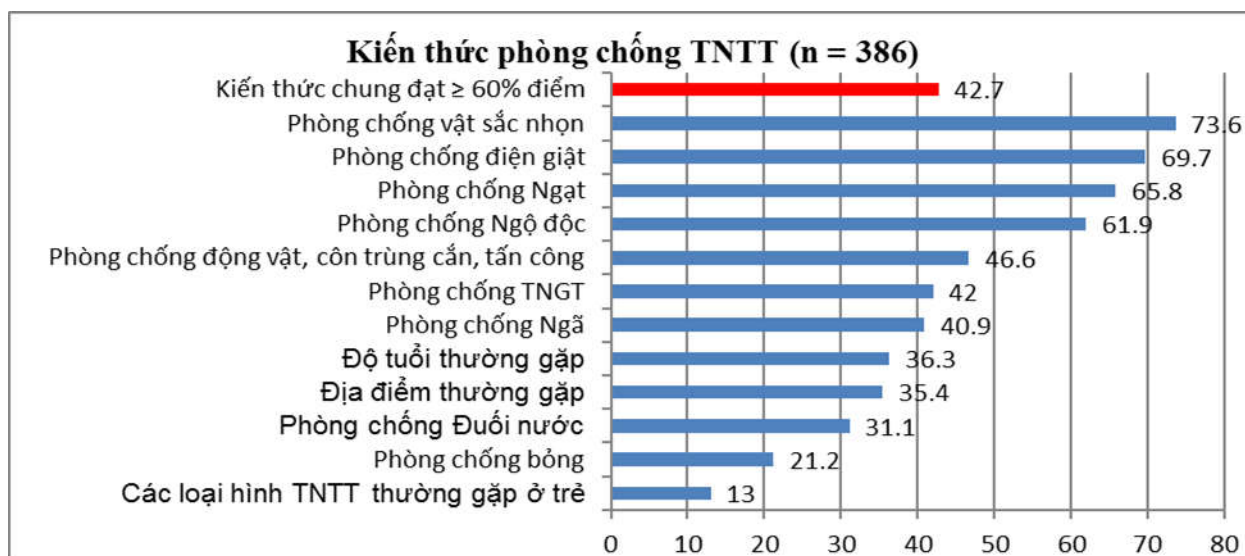
Bảng 1. Thông tin chung của đối tượng nghiên cứu (n=386)

| TT | Thông tin chung | | Tần số | Tỷ lệ % |
|----|-------------------------------|----------------------------|--------|---------|
| 1 | Nhóm tuổi (TB 35.64 ± 9.6) | 18-25 tuổi | 42 | 10.9 |
| | | 26-35 tuổi | 172 | 44.6 |
| | | 36-45 tuổi | 123 | 31.9 |
| | | > 45 tuổi | 49 | 12.7 |
| 2 | Giới tính | Nam | 92 | 23.8 |
| | | Nữ | 294 | 76.2 |
| 3 | Học vấn | Mù chữ/không đi học | 7 | 1.8 |
| | | Cấp 1 trở xuống | 21 | 5.4 |
| | | Cấp 2 | 99 | 25.6 |
| | | Cấp 3 | 133 | 34.5 |
| | | Trung cấp/Cao đẳng/Đại học | 126 | 32.6 |
| 4 | Dân tộc | Kinh | 266 | 68.9 |
| | | Ê đê, Tày, Nùng | 120 | 31.1 |
| 5 | Nghề nghiệp | CBVC | 81 | 21.0 |
| | | Công nhân lao động | 36 | 9.3 |
| | | Nông dân | 139 | 36.0 |
| | | Buôn bán | 88 | 22.8 |
| | | Nội trợ | 42 | 10.9 |
| 6 | Quan hệ với trẻ | Bố | 87 | 22.5 |
| | | Mẹ | 267 | 69.2 |
| | | Khác | 32 | 8.3 |
| 7 | Tình trạng hôn nhân | Đang sống chung | 364 | 94.3 |
| | | Ly dị/ly thân | 14 | 3.6 |
| | | Góa/đơn thân. | 8 | 2.1 |
| 8 | Thu nhập kinh tế | Khá | 191 | 49.5 |
| | | Trung bình | 113 | 29.3 |
| | | Nghèo, cận nghèo | 82 | 21.2 |
| 9 | Tổng số con trong gia đình | 1 con | 136 | 35.2 |
| | | 2 con | 205 | 53.1 |
| | | Từ 3 con trở lên | 45 | 11.7 |

Nghiên cứu tại 386 đối tượng là người chăm sóc chính của trẻ dưới 16 tuổi, ta thấy Nữ giới chiếm đa số có 294 người chiếm 76,2%, các đối tượng chủ yếu nằm trong độ tuổi 26-45 tuổi. Đối tượng nghiên cứu có trình độ học vấn từ cấp 3 trở lên chiếm đa số. Trên 2/3 đối tượng là người dân tộc kinh. Nghề nghiệp chủ yếu của đối tượng nghiên cứu chủ yếu là nông dân có 139 người chiếm 36%; Buôn bán, nghề tự do có 88 người chiếm 22,8%. Các đối tượng tham gia nghiên cứu chủ yếu là Mẹ có 267 người chiếm 69,2. Đa số là đang sống chung/kết hôn có 364 người chiếm 94,3.

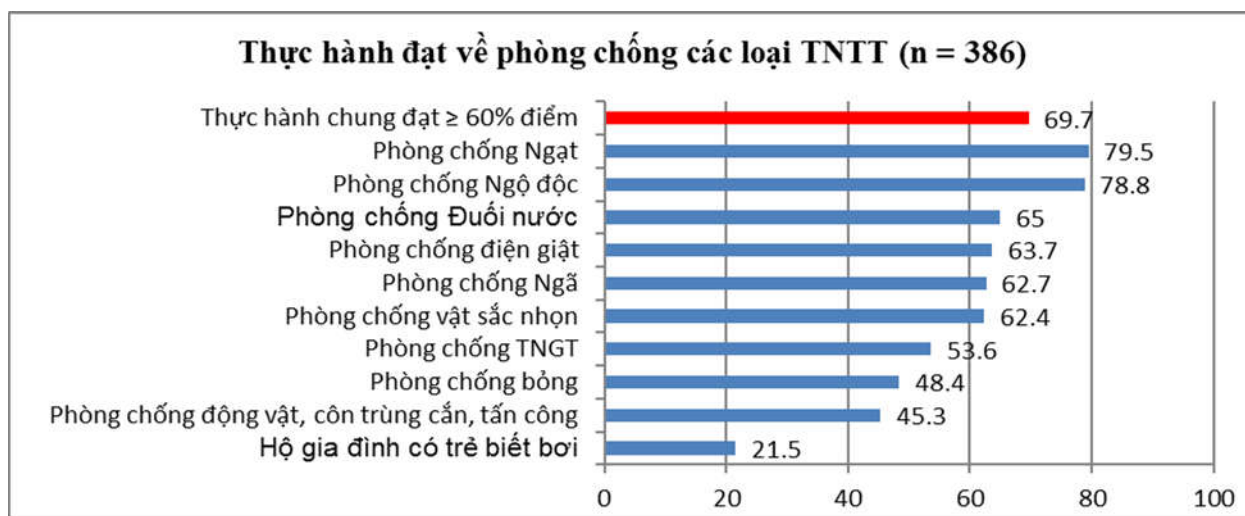
Mức thu nhập kinh tế của hộ gia đình chủ yếu ở mức khá có mức thu nhập trung bình từ 1.950.000đ/người trở lên là 191 người chiếm 49,5%; mức thu nhập trung bình từ 1.350.000đ đến 1.950.000đ/người là 113 người chiếm 29,3%; còn lại là mức nghèo và cận nghèo có 82 người chiếm 21,2%. Số con trong gia đình chủ yếu là từ 1-2 con, gia đình có 3 con trở lên có 45 hộ chiếm 11,7%.

Kiến thức, thực hành về phòng chống TNTT



Biểu đồ 1. Kiến thức về phòng chống TNTTTE

Kiến thức phòng chống TNTT trẻ em được đánh giá trong 12 lĩnh vực thông qua các bộ câu hỏi. Kiến thức đạt khi đối tượng nghiên cứu trả lời được 60% trở lên. Biểu đồ 1 trình bày tỷ lệ kiến thức đạt của các đối tượng nghiên cứu. Tỷ lệ kiến thức đạt ở mức khá thấp, chỉ từ 13% (các loại hình TNTT) và 73,6% phòng chống TNTT do vật sắc nhọn. Kiến thức chung chỉ đạt 42,7%.



Biểu đồ 2. Thực hành về phòng chống TNTTTE

Thực hành phòng chống TNTT trẻ em được đánh giá trong 10 lĩnh vực thông qua các bộ câu hỏi. Thực hành đạt khi đối tượng nghiên cứu trả lời được 60% trở lên. Biểu đồ 2 trình bày tỷ lệ thực hành đạt của các đối tượng nghiên cứu. Tỷ lệ thực hành đạt ở mức trung bình, chỉ từ 45,3% (PC ĐV, côn trùng cắn hoặc tấn công) và 79,5% phòng chống TNTT do Ngạt. Thực hành chung đạt ở mức 69,7%.

3.3. Một số yếu tố liên quan đến kiến thức, thực hành PC TNTTTE

Bảng 2. Một số yếu tố liên quan đến kiến thức, thực hành phòng chống TNTT

| TT | Thông tin chung của ĐTNC | | Kiến thức | | Thực hành | |
|----|--------------------------|------------------|--------------|---------|-------------|---------|
| | | | TB ± SD | p-value | TB ± SD | p-value |
| 1 | Nhóm tuổi | Dưới 35 tuổi | 30.56 ± 12.7 | 0.028* | 57.02±16.3 | 0.005* |
| | | ≥ 35 tuổi | 33.19 ± 10.7 | | 61.39±13.8 | |
| 2 | Học vấn | Cấp 1 trở xuống | 24.11 ± 15.1 | 0.001* | 50.18±18.6 | 0.002* |
| | | Cấp 2 | 30.59 ± 11.4 | | 58.05±15.3 | |
| | | Cấp 3 | 32.48 ± 12.4 | | 59.27±15.2 | |
| | | TC/CĐ/ĐH | 33.92 ± 9.7 | | 61.94±13.8 | |
| 3 | Dân tộc | Kinh | 35.45 ± 8.9 | 0.000** | 61.51±12.7 | 0.000** |
| | | Khác | 23.89 ±13.4 | | 53.99±18.9 | |
| 4 | Nghề nghiệp | CBVC | 35.63 ± 8.1 | 0.000** | 63.33±13.5 | 0.000** |
| | | Công nhân | 39.14 ± 8.8 | | 60.11±13.7 | |
| | | Nông dân | 25.78 ± 12.9 | | 54.14±17.0 | |
| | | Buôn bán | 34.68 ± 10.2 | | 60.86±13.5 | |
| | | Nội trợ | 32.52 ± 10.2 | | 63.43±12.8 | |
| 5 | Thu nhập kinh tế | Khá | 35.45 ± 8.7 | 0.000** | 63.71±13.1 | 0.000** |
| | | Trung bình | 30.56 ± 12.7 | | 57.55±15.0 | |
| | | Nghèo, cận nghèo | 25.29 ± 13.7 | | 50.83±16.6 | |
| 6 | Số con trong gia đình | ≤ 2 con | 32.65 ± 11.2 | 0.000** | 59.89±15.01 | 0.01* |
| | | > 2 con | 25.84 ± 14.3 | | 53.69±16.33 | |

Kiểm định t cho biến 2 phân loại và ANOVA cho biến nhiều phân loại. *p<0.05 **p<0.001

Có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa điểm trung bình của kiến thức, thực hành phòng chống TNTTTE với các yếu tố như: tuổi, học vấn, dân tộc, nghề nghiệp, thu nhập kinh tế và số con trong gia đình ($p < 0.05$ hoặc $p < 0.001$) của các đối tượng nghiên cứu

IV. BÀN LUẬN

Khảo sát về kiến thức về phòng chống từng loại hình TNTT ở trẻ của các ĐTNC khi đạt được trên 60% số điểm của từng mục, ta thấy: kiến thức về phòng chống Vật sắc nhọn; điện giật, ngạt, ngộ độc chiếm cao nhất là 73.6%, 69.7% , 65.8% và 61.9%. Chiếm tỷ lệ thấp dưới 50% bao gồm các kiến thức về biết các loại hình TNTT thường gặp ở trẻ chiếm 13%, phòng chống Bỏng chiếm 21.2%, phòng chống đuối nước chiếm 31.1%. Kiến thức chung chỉ đạt 42,7%, thấp hơn nhiều so với nghiên cứu của tác giả Nguyễn Văn Tiến và Vũ Minh Hải [5] phỏng vấn trực tiếp 1208 người chăm sóc, kết quả cho thấy 82.6% người chăm sóc có kiến thức đạt về phòng chống TNTT. Theo điều tra kết quả của nhân rộng mô hình cộng đồng an toàn [6], tại huyện Long Thành, Đồng Nai, tỷ lệ hộ gia đình có kiến thức đúng về phòng chống tai nạn thương tích đạt 82.1%, chênh lệch khá

lớn so với nghiên cứu này, vì tại đây đã có sự can thiệp của xây dựng mô hình cộng đồng an toàn nên kiến thức của người dân tăng cao là điều hợp lý, do đó tại thành phố Buôn Ma Thuột cũng cần thiết nên xây dựng các mô hình can thiệp trong phòng chống TNTTTE rộng rãi để người dân có thể nâng cao kiến thức và kỹ năng này, góp phần làm giảm thiểu tối đa các hậu quả do TNTT gây ra cho trẻ. Và nghiên cứu này cao hơn nhiều so với kết quả nghiên cứu của Mạc Đăng Tuấn [4] khảo sát về Thực trạng kiến thức về tai nạn thương tích của người dân xã Thi Sơn, huyện Kim Bảng, tỉnh Hà Nam có tỷ lệ người dân có kiến thức chung về phòng chống tai nạn thương tích ở mức đạt còn thấp 28,7%; vì do đặc thù của từng địa phương và tùy vào các tiêu chuẩn đánh giá mức đạt là khác nhau nên chênh lệch điểm còn tương đối cao như vậy, nghiên cứu này chỉ tập trung nghiên cứu chủ yếu vào các TNTT cho trẻ em, còn nghiên cứu của Mạc Đăng Tuấn lại nghiên cứu về TNTT chung.

Khảo sát về thực hành các loại hình phòng chống TNTT trẻ em trên 386 đối tượng là người chăm sóc chính, thực hành đạt trên 60% số điểm của từng mục, ta thấy: các đối tượng

ngiên cứu có thực hành đạt về phòng chống Ngạt và Ngộ độc cho trẻ cao nhất chiếm 79.5% và 78.8%, sau đó là phòng chống Đuối nước chiếm 65.0%; chiếm tỉ lệ thực hành thấp dưới 50% về phòng chống Bỏng chiếm 48.4%; Động vật côn trùng cắn hoặc tấn công chiếm 45.3%. Bên cạnh đó có 21.5% gia đình có trẻ biết bơi. Thực hành chung về phòng chống TNTT của các đối tượng nghiên cứu được đánh giá là đạt khi đạt 60% tổng điểm của phần thực hành, cho kết quả các đối tượng nghiên cứu có thực hành đạt là 69.7%; thấp hơn với nghiên cứu của tác giả Nguyễn Văn Tiến và Vũ Minh Hải [5] thực hành của đối tượng đạt là 85.9%, do đối tượng nghiên cứu này ở người chăm sóc trẻ dưới 5 tuổi nên khả năng thực hành sẽ khu trú tập trung cao hơn so với những đối tượng có con từ 0 đến dưới 16 tuổi; và kết quả nghiên cứu này cũng cao hơn so với nghiên cứu của tác giả Nguyễn Văn Hùng có thực hành của người chăm sóc chính đạt 42% [2]. Tùy từng tiêu chí đánh giá mà điểm thực hành của các đối tượng sẽ đạt ở các mức khác nhau, nhìn chung, điều quan trọng là cần có một tác động đến người chăm sóc chính của trẻ như việc bổ sung kiến thức để tăng thêm khả năng thực hành tốt đến mức có thể.

Có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa điểm trung bình kiến thức, thực hành của các đối tượng nghiên cứu có trình độ học vấn khác nhau, trong đó những đối tượng có trình độ học vấn từ cấp 1 trở xuống có điểm trung bình kiến thức, thực hành thấp hơn so với các cấp còn lại ($p=0.000 < 0.001$), kiến thức, thực hành cũng tăng dần ở các cấp học vấn. Như vậy, các đối tượng nghiên cứu có trình độ học vấn càng cao thì có điểm kiến thức càng cao, điều này cũng tương đồng với tác giả Nguyễn Thị Kim Yến bà cho kết quả những bà mẹ có trình độ học vấn trên cấp 3 có kiến thức đúng cao gấp 1,81 lần so với bà mẹ học dưới cấp 3, và có thể dễ tiếp nhận thông tin từ các nguồn khác nhau, tìm tòi các kiến thức mới [7]. Ngoài ra, cũng có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa điểm trung bình kiến thức, thực hành của các nhóm dân tộc Kinh và các dân tộc khác, dân tộc Kinh có kiến thức, thực hành cao hơn các dân tộc khác ($p=0.000 < 0.001$), chúng tôi chưa tìm ra được nghiên cứu cụ thể về kiến thức phòng chống TNTT của các nhóm dân tộc, tuy nhiên có nghiên cứu của tác giả Nguyễn Văn Hùng cũng chỉ ra được tỷ suất tai nạn thương tích ở trẻ dân tộc thiểu số cao hơn Kinh 1,67 lần ($p < 0,05$) [1, 2].

Có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa điểm trung bình kiến thức, thực hành của các nhóm nghề nghiệp, các ĐTNCL là nông dân sẽ có điểm trung bình kiến thức, thực hành thấp hơn các nhóm nghề khác ($p=0.000 < 0.001$). Và có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa điểm trung bình kiến thức, thực hành với các đối tượng nghiên cứu có thu nhập kinh tế khác nhau, các đối tượng có thu nhập khá có kiến thức, thực hành cao hơn so với các đối tượng có thu nhập trung bình, nghèo/cận nghèo ($p=0.000 < 0.001$); như vậy gánh nặng TNTTTE thường rơi vào những quốc gia có thu nhập thấp và trung bình, trẻ em trong các gia đình nghèo sẽ là đối tượng bị ảnh hưởng nhiều nhất [8]; mẫu nghiên cứu tập trung trên 50% là dân số có thu nhập trung bình trở xuống, nên việc kiến thức ở các đối tượng này chưa cao là hợp lý.

IV. KẾT LUẬN VÀ KHUYẾN NGHỊ

Nghiên cứu tiến hành tại TP Buôn Ma Thuột, tỉnh Đắk Lắk cho thấy kiến thức phòng chống TNTT của các đối tượng trong nghiên cứu đạt mức độ thấp. Các kiến thức về loại hình và cách thức phòng chống chỉ đạt ở mức chung là 42%. Thực hành đạt chung ở mức trung bình 69.7%. Có nhiều yếu tố liên quan từ khía cạnh gia đình, thông tin liên quan đến mức kiến thức đạt thấp này.

Kết quả nghiên cứu cũng cho thấy còn nhiều việc cần thiết phải làm để nâng cao kiến thức PC TNTT cho cha mẹ, và người chăm sóc. Từ đó có thể thay đổi thực hành và hình thành các thói quen an toàn trong gia đình và xã hội. Các cơ quan chức năng và các bên liên quan cần tiếp tục các hoạt động nâng cao kiến thức, duy trì các hoạt động an toàn cho cha mẹ và người chăm sóc trẻ. Góp phần giảm thiểu tai nạn thương tích ở trẻ em của TP Buôn Ma Thuột, tỉnh Đắk Lắk nói riêng và Việt nam nói chung.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Cục quản lý Môi trường Y tế Bộ Y tế (2018), Phòng chống tai nạn thương tích, chủ biên.
2. Nguyễn Văn Hùng (2019), "Nghiên cứu TNTT ở trẻ em <16 tuổi và hiệu quả can thiệp của mô hình cộng đồng an toàn tại các xã vùng ven TP.Buôn Ma Thuột, tỉnh ĐắkLắk", trong Luận án Tiến sỹ y học., chủ biên.
3. Cục quản lý Môi trường Y tế (2017), Phòng chống tai nạn thương tích chủ biên.
4. Đặng Đức Nhu, Mạc Đăng Tuấn, Nguyễn Thành Trung, Nguyễn Dương Truyền (2013),

"Thực trạng kiến thức về tai nạn thương tích của người dân xã Thi Sơn, huyện Kim Bảng, tỉnh Hà Nam năm 2012 - 2013", *Tạp chí y học dự phòng*.

5. Vũ Minh Hải, Nguyễn Văn Tiến (2015), "Đánh giá kiến thức, thực hành phòng tránh tai nạn thương tích cho trẻ em dưới 5 của người chăm sóc trẻ tại huyện Thanh Liêm, tỉnh Hà Nam năm 2015", *Tạp chí y học dự phòng*.

6. Bộ Y tế (2017), *Phòng chống tai nạn thương tích - Nhân rộng mô hình cộng đồng an toàn*, truy cập ngày 15/9/2019, tại trang web [https://www.moh.gov.vn/web/phong-phong-tai-nan-thuong-tich/cac-mo-hinh-an-](https://www.moh.gov.vn/web/phong-phong-tai-nan-thuong-tich/cac-mo-hinh-an-toan/asset_publisher/tCS2OQCoSkP9/content/nhan-rong-mo-hinh-hinh-cong-ong-an-toan)

[toan/asset_publisher/tCS2OQCoSkP9/content/nhan-rong-mo-hinh-hinh-cong-ong-an-toan](https://www.moh.gov.vn/web/phong-phong-tai-nan-thuong-tich/cac-mo-hinh-hinh-cong-ong-an-toan/asset_publisher/tCS2OQCoSkP9/content/nhan-rong-mo-hinh-hinh-cong-ong-an-toan).

7. Nguyễn Thị Kim Yến và Châu Liễu Trinh (2018), "Nghiên cứu kiến thức, thái độ, thực hành phòng chống tai nạn thương tích cho trẻ của bà mẹ có con dưới 5 tuổi tại phường Trường Lạc, quận Ô Môn, thành phố Cần Thơ năm 2015", *Tạp chí Y dược học Cần Thơ*. Số 11-12/2018.

8. Spady DW và các cộng sự (2004), "Các Mô hình thương tích ở trẻ em: phương pháp dựa trên cơ sở dân số. Nhi khoa, 2004".

SUMMARY

Descriptive cross-sectional study conducted on 386 primary caregivers of children under 16 years of age on knowledge and practice of children injury prevention (CIP) in Buon Ma Thuot city, Dak Lak province in 2020. Research results showed that CPI knowledge of the main caregivers of children in Buon Ma Thuot city was moderately low. Knowledge in 12 content groups was only from 13% to 73%, the percentage of general knowledge was only 42%. The practice rate of parents and main caregivers was 69.7%, the practice rate in all types was from 45.5% to 79.5%; only 21.5% of households had children who knew how to swim. There were references to knowledge and practices of parents, primary caregivers including individual factors (age, gender, marriage), and family factors (family size, income). The study also gave recommendations based on research results of the orientation to increase knowledge of parents, primary caregivers on CIP.

THỰC TRẠNG SUY GIẢM THÍNH LỰC NGHỀ NGHIỆP VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN CỦA CÔNG NHÂN PHƠI NHIỄM VỚI TIẾNG ÒN CAO Ở CÔNG TY CỔ PHẦN DỆT – MAY NHA TRANG NĂM 2018

Lương Thị Trong¹, Viên Chinh Chiến², Trần Thị Thu Thủy³
¹Trung tâm Kiểm soát bệnh tật tỉnh Khánh Hòa
²Viện Vệ sinh Dịch tễ Tây Nguyên
³Trường Đại học Y tế công cộng

TÓM TẮT

Nghiên cứu “Thực trạng suy giảm thính lực nghề nghiệp và một số yếu tố liên quan của công nhân phơi nhiễm với tiếng ồn cao ở Công ty CP Dệt-May Nha Trang năm 2018” được tiến hành bằng phương pháp mô tả cắt ngang, thu thập số liệu bằng phát vấn với 364 công nhân (CN) và hồi cứu số liệu thính lực đồ của họ cùng với 43 mẫu đo cường độ tiếng ồn năm 2018. Kết quả có 90,7% mẫu đo ồn vượt tiêu chuẩn cho phép; Tỷ lệ giảm thính lực (GTL) ít nhất một tai 19,5%, cả hai tai 12,1%; Tỷ lệ giảm thính lực nghề nghiệp (GTLNN) là 9,1% (33 người). Tỷ lệ GTLNN tăng tỷ lệ thuận với tuổi đời và tuổi nghề ($p < 0,05$), có liên quan đến nhà máy và những vị trí làm việc có cường độ tiếng ồn cao ($p < 0,05$); Nhóm ĐTNC không tuân thủ quy định dự phòng bệnh nghề nghiệp của công ty hoặc chịu ảnh hưởng của tiếng ồn lớn tại nơi ở cũng có tỷ lệ GTLNN cao hơn ($p < 0,05$). Nghiên cứu đã khuyến nghị Công ty cần tăng cường công tác quản lý công nhân tuân thủ các quy định dự phòng BNN và sớm điều chuyển vị trí làm việc cho những CN đã bị GTLNN.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Trên toàn thế giới có 16% (7% - 21%) GTL ở người trưởng thành do tiếp xúc với tiếng ồn. Tại Mỹ có đến 25% CN phơi nhiễm với tiếng ồn, trong đó có 12% đã GTL, ngành khai thác có tỷ lệ GTL là 17%, lĩnh vực sản xuất 14%, ngành an ninh công cộng là 7%. Tại Việt Nam, từ năm 2011- 2015, số mẫu đo tiếng ồn vượt TCCP chiếm 16,53%, năm 2016 là 14,7%; năm 2017 là 13,1% [4]. Ở Việt Nam bệnh Điếc nghề nghiệp (ĐNN) chiếm tỷ lệ cao nhất trong số các bệnh nghề nghiệp (BNN) được phát hiện: 67,68% năm 2014; 73,24% năm 2015 và 72,75% năm 2017 [3].

Tại Việt Nam, ngành Dệt may đứng thứ 9/11 ngành, nghề có nguy cơ cao về tai nạn lao động và BNN, đứng thứ 4/9 nghề, công việc thường gặp, yếu tố nguy cơ của bệnh ĐNN. Ô nhiễm tiếng ồn tại các nhà máy dệt đã có tác động xấu đến thính lực của công nhân. Công ty cổ phần (CP) Dệt - May Nha Trang là đơn vị có hơn 40 năm hoạt động, tiếng ồn chung đo được tại Công ty qua các năm đều vượt TCCP từ 1,6dBA –

12,3dBA, đó là lý do tiến hành nghiên cứu này với mục tiêu: *Mô tả thực trạng ô nhiễm tiếng ồn, tình trạng GTLNN và một số yếu tố liên quan của công nhân phơi nhiễm với tiếng ồn cao ở Công ty CP Dệt - May Nha Trang năm 2018.*

II. PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1 Đối tượng nghiên cứu

Công nhân đã được đo thính lực sơ bộ (TLSB), kết quả quan trắc Môi trường Lao động (MTLD), hồ sơ khám sức khỏe (KSK) của công nhân năm 2018.

2.2 Thời gian và địa điểm nghiên cứu

Nghiên cứu được thực hiện từ tháng 4 - 10/2019 tại Công ty CP Dệt - May Nha Trang.

2.3 Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu mô tả cắt ngang có phân tích.

2.4 Cỡ mẫu

Lấy mẫu toàn bộ những công nhân được đo TLSB năm 2018 (461 người, 97 người mất dấu, từ chối còn 364 người) để phát vấn, hồi cứu hồ sơ KSK của họ và kết quả quan trắc MTLD ở 43 vị trí có tiếng ồn bị ô nhiễm.

2.5 Xử lý số liệu: Bằng phần mềm SPSS 18.0

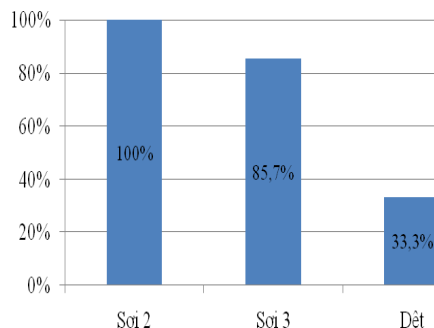
2.6. Đạo đức của nghiên cứu: Hội đồng đạo đức - Trường Đại học Y tế Công cộng đã thông qua (Quyết định số 240/2019/YTCC-HD3, ngày 24/4/2019).

Chịu trách nhiệm: Lương Thị Trong
Email: lchautrong@gmail.com
Ngày phản biện: 28/8/2020
Ngày xuất bản: 20/10/2020

III. KẾT QUẢ VÀ BÀN LUẬN

3.1. Thực trạng ô nhiễm tiếng ồn và GTLNN của ĐTNC :

3.1.1 Thực trạng ô nhiễm tiếng ồn



Biểu đồ 1: Phân bố tỷ lệ mẫu tiếng ồn vượt TCCP theo các nhà máy

Nhà máy Sợi 2 có 100% các mẫu đo vượt TCCP, cường độ tiếng ồn từ 86,6 - 97,3dBA, TB là 93,2dBA. Nhà máy Sợi 3 có cường độ tiếng ồn từ 77,3 - 105,2dBA, TB 90,2dBA. Nhìn chung ô nhiễm tiếng ồn của Công ty rất cao, cường độ vượt TCCP từ 1,6 - 20,2dBA, tỷ lệ mẫu có cường độ tiếng ồn vượt TCCP là 39/43 (chiếm 90,7%). Kết quả này tương đương với dệt ở Pakistan (88,4 dBA - 104dBA) [6] nhưng thấp hơn ở dệt Trung Quốc (80,1dBA - 113,5dBA), dệt Ấn Độ (102dBA - 114dBA). So với cùng ngành trong nước, cường độ này cao hơn dệt Phong Phú (73,9dBA - 96,1dBA), dệt Hà Đông (76,4dBA - 93,3dBA), vượt cả nhà máy thép Hải Phòng (76,9dBA - 96,1dBA) và tương đương với tiếng ồn của sân bay Nội Bài (70dBA - 108dBA).

3.1.2 Tình trạng GTLNN của ĐTNC phơi nhiễm với tiếng ồn cao năm 2018

Bảng 1: Thực trạng giảm thính lực qua kết quả đo năm 2018 (n=364)

| Vị trí tai | Tai phải | | Tai trái | | Ít nhất một tai | | Cả hai tai | |
|----------------|----------|---------|----------|---------|-----------------|---------|------------|---------|
| | Số lượng | Tỷ lệ % | Số lượng | Tỷ lệ % | Số lượng | Tỷ lệ % | Số lượng | Tỷ lệ % |
| Thính lực | | | | | | | | |
| Giảm thính lực | 55 | 15,1% | 60 | 16,5% | 71 | 19,5% | 44 | 12,1% |

Phân tích trên thính lực đồ và tham chiếu với tình trạng bệnh lý của ĐTNC tại thời điểm đo có 33/364 ĐTNC, chiếm tỷ lệ 9,1% bị GTLNN. Trong 33 ĐTNC bị GTLNN: tỷ lệ GTLNN ở những người có học vấn < lớp 6 là 20%, nhóm > lớp 12 thì có tỷ lệ GTLNN thấp nhất (5%). Các NC cắt ngang khác trong ngành Dệt thì cho thấy tỷ lệ GTLNN rất cao, từ 17,4% ở Pakistan [6], đến 24,4% ở Trung Quốc và ở dệt Tanzania là 58,5% [8]. Một số nghiên cứu khác trong nước về BNN ở ngành CN Dệt đã đưa ra các tỷ lệ khá khác biệt so với kết quả này, vì đó là tỷ lệ của ĐNN, chứ không phải là GTLNN như chúng tôi, do đó tỷ lệ thường rất thấp vì ĐNN là giai đoạn cuối của GTLNN. Tác giả H.L.Phương cho thấy tỷ lệ ĐNN là 4,59% ở dệt HCM, ở dệt Hà Nội, tỷ lệ chẩn đoán ĐNN là 7,4% [4] và ở dệt Long An là 14,83%.

Bảng 2: Tình trạng khuyết thính lực của đối tượng nghiên cứu

| Tình trạng KTL | Chưa rõ | | Rõ ràng | |
|----------------|----------|---------|----------|---------|
| | Số lượng | Tỷ lệ % | Số lượng | Tỷ lệ % |
| Vị trí tai | | | | |
| Tai phải | 29 | 8% | 131 | 36% |
| Tai trái | 24 | 6,6% | 140 | 38,5% |
| Ít nhất 1 tai | 50 | 13,7% | 171 | 47% |
| Cả hai tai | 3 | 0,8% | 100 | 27,5% |

Khuyết thính lực (KTL) rõ ràng ở tai phải, tai trái là rất cao, tỷ lệ khuyết tương ứng theo từng tai gần bằng nhau. Với tỷ lệ 47% khuyết rõ ràng ít nhất một tai cho thấy đa phần ĐTNC phơi nhiễm với tiếng ồn có cường độ vượt TCCP bị ảnh hưởng tác hại của tiếng ồn. KTL rõ ràng cả hai tai chiếm 27,5% cho thấy một tỷ lệ rất lớn có nguy cơ bị GTL do tác hại của tiếng ồn. Tỷ lệ KTL ở tần số 4000Hz là 5,88% ở CN dệt Hà Nội [4], và 10,6% ở ngành CN nặng. Các kết quả đó đều thấp hơn của chúng tôi.

3.2. Các yếu tố liên quan đến GTLNN của đối tượng nghiên cứu

3.2.1. Liên quan theo tuổi và giới:

Bảng 3: Mối liên quan giữa giảm thính lực nghề nghiệp với tuổi & giới

| Biến số | GTLNN | | Không giảm | | p. OR |
|----------------|----------|---------|------------|---------|--|
| | Số lượng | Tỷ lệ % | Số lượng | Tỷ lệ % | |
| Theo giới | | | | | |
| Nam | 23 | 15% | 130 | 85% | p =0,001 OR=3,56; |
| Nữ | 10 | 4,7% | 201 | 95,3% | |
| Theo tuổi đời | | | | | |
| 18-30 tuổi | 3 | 1,8% | 164 | 98,2% | $\chi^2= 40,932$; p (Fisher's Exact Test)=0,000 |
| 31-40 tuổi | 5 | 5,5% | 86 | 94,5% | |
| 41- 50 tuổi | 23 | 22,8% | 78 | 77,2% | |
| > 50 tuổi | 2 | 40% | 3 | 60% | |
| Theo tuổi nghề | | | | | |
| <10 năm | 4 | 1,7% | 230 | 98,3% | p=0,000 |
| Từ 10-20 năm | 6 | 11,8% | 45 | 88,2% | |
| > 20 năm | 23 | 29,1% | 56 | 70,9% | |

Tỷ lệ GTLNN tăng tỷ lệ thuận theo tuổi nghề, có mối liên quan rất rõ với $p < 0,001$. Nguy cơ giảm thính lực nghề nghiệp ở nam giới cao hơn 3,56 lần so với nữ giới. Kết quả này tương tự một số nghiên cứu trên thế giới như ở Jordan đã khẳng định tỷ lệ giảm thính lực tăng dần theo tuổi đời với OR=2,7 [7]. Trong NC tại Tanzania, tỷ lệ GTL ở nam CN dệt là 67,7% [8], tại Mỹ nguy cơ mắc theo giới (nam/nữ=5,5 lần) [5]. NC tại dệt Long An, tỷ lệ của nữ 10,22%, nam 21,89% [6].

Bảng 4: Mối liên quan giữa GTLNN với một số yếu tố liên quan khác

| Các yếu tố | GTLNN | | Không giảm | | p. OR | |
|-------------------------------|----------------|---------|------------|---------|----------|-----------------------------|
| | Số lượng | Tỷ lệ % | Số lượng | Tỷ lệ % | | |
| Nhà máy | Sợi 2 | 17 | 13,5% | 109 | 86,5% | 0,049 OR= 2,04 |
| | Sợi 3 | 16 | 7,1% | 209 | 92,9% | |
| Công việc | Vận chuyển | 2 | 33,3% | 4 | 66,7% | p(Fisher')=0,017 |
| | Bông chải | 3 | 16,7% | 15 | 83,3% | |
| | Bảo trì | 10 | 15,4% | 55 | 84,6% | |
| | Sợi con | 12 | 11% | 97 | 89% | |
| | Ghép sợi | 2 | 9,5% | 19 | 90,5% | |
| | Vệ sinh | 2 | 6,5% | 29 | 93,5% | |
| Phương tiện bảo vệ tai do: | Đánh ống | 2 | 2,4% | 82 | 71,6% | 0,006 OR= 3,35 |
| | Tự mua | 10 | 20,8 | 38 | 79,2 | |
| Tuyên truyền về PC BNN | Công ty cấp | 23 | 7,3 | 293 | 82,7 | 0,017 OR= 2,37 |
| | Không | 15 | 14,9 | 86 | 85,1 | |
| Dự phòng ĐNN | Có | 18 | 6,8 | 245 | 93,2 | 0,036 OR= 2,13 |
| | DP chưa đạt | 17 | 13,4% | 110 | 86,6% | |
| Cảm giác ồn nơi ở | DP đạt | 16 | 6,8% | 221 | 93,2% | p(Fisher')= 0,03 OR= 6,0 |
| | Khó chịu | 7 | 25,0 | 21 | 75,0 | |
| | Không khó chịu | 2 | 5,3 | 36 | 94,7 | |

Nhà máy có tiếng ồn càng cao, tỷ lệ GTLNN càng cao, GTLNN tại nhà máy Sợi 2 cao gấp đôi so với nhà máy sợi 3, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). Có mối liên quan rất rõ giữa GTLNN với công việc đang làm của ĐTNC, $p < 0,05$. ĐTNC làm ở các công việc: vận chuyển, bông chải, bảo trì có nguy cơ GTLNN càng cao.

Sử dụng phương tiện bảo vệ tai tự mua có

nguy cơ GTLNN cao gấp 3,3 lần nhóm sử dụng phương tiện do công ty cấp ($p < 0,01$). Nguy cơ GTLNN của nhóm không được tuyên truyền cao gấp 2,37 lần so với nhóm được tuyên truyền ($p < 0,05$). GTLNN càng cao khi hoạt động dự phòng của công ty chưa đạt ($p < 0,05$). Mức độ ồn tại nơi ở cao tới mức ĐTNC cảm giác khó chịu thì GTLNN cao gấp 6 lần so với nhóm đối

tượng phơi nhiễm với mức độ ồn nơi ở không gây khó chịu ($p < 0,05$).

V. KẾT LUẬN

- Tỷ lệ mẫu ồn vượt TCCP là 90,7%, cường độ vượt TCCP từ 1,6dBA – 20,2dBA, TB là 91,32dBA. Tỷ lệ GTL ít nhất một tai là 19,5%, cả hai tai là 12,1%; Tỷ lệ GTLNN của đối tượng nghiên cứu là 9,1%;

- Các yếu tố liên quan đến GTLNN là tuổi đời, tuổi nghề, tiếng ồn nơi cư trú, bộ phận và công việc đang làm. Nam giới GTLNN cao gấp 3,56 lần so với nữ giới;

- Công ty cần tăng cường hoạt động truyền thông, giám sát việc tuân thủ của công nhân đối với các biện pháp dự phòng ĐNN. Thực hiện chuyển công việc cho các đối tượng bị GTL và có nguy cơ GTLNN.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

Cục quản lý Môi trường Y tế (2016), *Báo cáo hoạt động Y tế Lao động và phòng chống Bệnh Nghề nghiệp năm 2015*.

Cục quản lý Môi trường Y tế (2018), *Báo cáo hoạt động Y tế Lao động và phòng chống Bệnh Nghề nghiệp năm 2017*.

Võ Thị Dế, Nguyễn Hoài Duyên, (2017), *Nghiên cứu tình hình bệnh Điếc nghề nghiệp và một số yếu tố có liên quan ở công nhân nhóm ngành Dệt, Sợi và chế biến Gối trên địa bàn tỉnh*

Long An năm 2015-2017, Tạp chí Y Dược học Cần Thơ, Đại học Y Dược Cần Thơ, số 10/2017.

Hoàng Thị Minh Hiền, Nguyễn Thị Vinh, Nguyễn Bích Liên, (2010), *Thực trạng sức khỏe công nhân Công ty Cổ phần dệt công nghiệp Hà Nội*, Tạp chí Bảo hộ Lao động, số 4, tr 23 – 25.

Yuri Arrawal; Elizabeth A. Platz; Jonh K. Niparko, (2008), *'Prevalence of Hearing Loss and Differences by Demographic Characteristics among Us Adults: Data from the National Health and Nutrition Examination Survey, 1999-2004'*, Arch Med Med 168(14): 1522-30.

Ashraf H.D., Younus M.A., Kumar P., Siddiqui M.T., Ali S.S., Siddiqui M.I., (2009), *'Frequency of Hearing Loss among Textile Industry Workers of Weaving Unit in Karachi, Pakistan'*, J Pak Med Assoc 59(8): 575–9.

Almaayeh M., Al-Musa A., Khader Y.S., (2018), *'Prevalence of noise induced hearing loss among Jordanian industrial workers and its associated factors'*, Work 61(2): 267-271

Abraham Z., Massawe E., Ntunaguzi D., Kahinga A., Mawala S., (2019), *'Prevalence of Noise-Induced Hearing Loss among Textile Industry Workers in Dar es Salaam, Tanzania'*, Ann Glob Health 85(1): 85

SUMMARY

CURRENT SITUATION OF OCCUPATIONAL HEARING LOSS AND SOME RELATED FACCTORS OF WORKERS EXPOSED TO HIGH NOISE AT NHA TRANG TEXTILE AND GARMENT JOINT STOCK COMPANY IN 2018

Luong Thi Trong¹, Vien Chinh Chien², Tran Thi Thu Thuy³

¹Khanh Hoa Center for Disease Control

²Central Highlands Hygiene and Epidemiology Institute

³University of Public Health

The study "Current situation of occupational hearing loss and some related factors of workers exposed to high noise at Nha Trang Textile and Garment Joint Stock Company in 2018" was conducted from April to October 2019. Research design was cross-sectional study. Carry out interview for 364 workers with retrospective their health examination results and noise measurement samples at 2018. There were 90,7% of noise measurement samples exceeded permissible standards; The prevalence of clear hearing loss at least one ear 19,5%, both ears 12,1%; The prevalence of occupational hearing loss (OHL) is 9,1% (33 workers). The prevalence of OHL increases proportional to the age and number of working years ($p < 0,05$), factories and workplaces with higher noise intensity. Occupational hearing loss of workers who are not only exposed to noise in excess of the permitted standards, but also related factors such as: age, gender, years of work, workplace, compliance with preventive activities, prevent occupational hearing loss and noise living place. Suggestions: Nha Trang Textile-Garment JSC needs to strengthen the provisions of occupational disease prevention and and immediate relocation to work for workers who have suffered from occupational hearing loss.

TÌNH TRẠNG CĂNG THẰNG Ở NHÂN VIÊN Y TẾ THỊ XÃ HƯƠNG THỦY, TỈNH THỪA THIÊN HUẾ NĂM 2019

Phan Văn Trọng¹, Đặng Văn Trí², Phan Hoàng Thái Bảo¹
¹Khoa Y Dược, Đại học Tây Nguyên,
²Bệnh viện Đa khoa vùng Tây Nguyên

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Căng thẳng ở nhân viên Y tế là vấn đề cần được chú trọng trong xã hội hiện tại, tuy nhiên chưa có nhiều nghiên cứu thực hiện trên nhóm đối tượng này. Nghiên cứu được tiến hành nhằm tìm hiểu tình trạng căng thẳng và một số yếu tố liên quan ở nhân viên Y tế thị xã Hương Thủy, tỉnh Thừa Thiên Huế. **Phương pháp:** Phương pháp mô tả cắt ngang với bộ câu hỏi thiết kế sẵn để phỏng vấn bệnh nhân, sử dụng bộ câu hỏi DASS-21 để đánh giá tình trạng căng thẳng ở nhân viên Y tế. **Kết quả:** 150 NVYT tham gia vào nghiên cứu, tỷ lệ căng thẳng là 29,3%. Các yếu tố làm tăng khả năng căng thẳng ở NVYT là thường xuyên đi làm vào cuối tuần, chăm sóc nhiều bệnh nhân trong mỗi tua trực và chịu những áp lực tiêu cực từ bệnh nhân, gia đình bệnh nhân. **Kết luận:** Từ đó đề xuất các giải pháp nhằm bảo vệ sức và giảm thiểu tình trạng căng thẳng ở khỏe nhân viên Y tế.

Từ khóa: căng thẳng, DASS21, nhân viên Y tế.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Xã hội ngày càng phát triển, cơ cấu kinh tế chuyển dịch theo hướng công nghiệp, dịch vụ, đòi hỏi người lao động phải không ngừng cố gắng để trang trải cho cuộc sống của mình. Môi trường làm việc thay đổi, áp lực, khối lượng công việc đang dần tăng lên nếu kéo dài liên tục có thể ảnh hưởng không chỉ đến thể chất mà còn tinh thần của người lao động. Bên cạnh trầm cảm và lo âu thì Stress (căng thẳng) là vấn đề thường gặp nhất trong xã hội ngày nay [1,2].

Tình trạng căng thẳng là vấn đề không thể tránh khỏi trong cuộc sống mỗi người nhưng tùy thuộc vào mức độ để đánh giá tình trạng này. Căng thẳng ở mức độ bình thường (Eustress) là phản ứng thích nghi của cơ thể trước những tác nhân từ môi trường sống, đồng thời là động cơ thúc đẩy sự phát triển cá nhân, đó là những căng thẳng có lợi. Tuy nhiên, nếu căng thẳng với cường độ cao, kéo dài, lặp đi lặp lại sẽ phá vỡ sự cân bằng sinh học của cơ thể, từ đó làm nảy sinh những vấn đề về sức khỏe thể chất cũng như tinh thần thì đó là những căng thẳng có hại hay stress bệnh lý (Disstress) [2]. Các nghiên cứu về tình trạng căng thẳng ở người lao động đã được tiến hành trong những năm gần đây, tuy nhiên nghiên cứu trên đối tượng nhân viên Y tế (NVYT) vẫn còn khá hạn chế tại

Việt Nam. Đây là nhóm đối tượng đảm nhận các công việc đặc thù liên quan trực tiếp đến bệnh nhân và tính mạng con bệnh nhân với cường độ công việc cao, thời gian làm việc kéo dài và đòi hỏi sự tập trung cao độ để hạn chế những sai sót đến mức tối đa. Bên cạnh đó, những khó khăn từ môi trường làm việc thiếu thốn, cơ sở vật chất chưa đáp ứng nhu cầu khám chữa bệnh, những áp lực từ bệnh nhân và người nhà bệnh nhân trong quá trình khám chữa bệnh... là những nguyên nhân khiến cho tình trạng căng thẳng ở NVYT tăng cao. Một số nghiên cứu đã chỉ ra NVYT làm việc trong lĩnh vực chăm sóc sức khỏe cho bệnh nhân có nguy cơ bị căng thẳng cao hơn so với các ngành nghề khác [3,5,6]. Đã có các nghiên cứu về tình trạng căng thẳng ở các thành phố lớn, các bệnh viện lớn, tuy nhiên chưa có nhiều nghiên cứu tiến hành trên đối tượng là NVYT ở miền Trung và đặc biệt là NVYT ở tuyến Y tế cơ sở. Chính vì những lý do trên, nhóm nghiên cứu tiến hành nghiên cứu "Tình trạng căng thẳng ở nhân viên Y tế thị xã Hương Thủy năm 2019" với những mục tiêu sau:

1. Mô tả tình trạng căng thẳng ở nhân viên Y tế thị xã Hương Thủy
2. Tìm hiểu một số yếu tố liên quan đến tình trạng căng thẳng ở nhân viên Y tế thị xã Hương Thủy

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

2.1.1. Đối tượng nghiên cứu: nhân viên Y

Chịu trách nhiệm: Phan Văn Trọng

Email: trongoanhbao@yahoo.com

Ngày phản biện: 03/9/2020

Ngày xuất bản: 20/10/2020

tế hiện đang công tác tại thị xã Hương Thủy năm 2019

2.1.2. Thời gian nghiên cứu

Thời gian nghiên cứu từ tháng 2/2019 – 10/2019

2.1.3. Địa điểm nghiên cứu

Nghiên cứu được tiến hành tại thị xã Hương Thủy, tỉnh Thừa Thiên Huế

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu được thực hiện theo thiết kế mô tả cắt ngang có phân tích.

2.2.2. Cỡ mẫu nghiên cứu

Sử dụng công thức tính ước tính tỷ lệ:

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

- Trong đó:

n: Số đối tượng nghiên cứu tối thiểu phải điều tra

p: Tỷ lệ căng thẳng ở nhân viên Y tế ở bệnh viện Việt Đức năm 2015 là 18,5% nên chúng tôi chọn p = 0,185 [3].

d: Là sai số tuyệt đối giữa mẫu và quần thể nghiên cứu, ở đây chúng tôi chọn d = 0,05.

Z(1-α/2) = giá trị giới hạn với Với α = 0,05 thì Z(1- α /2) = 1,96

Thay vào công thức, ta có n = 231

Áp dụng công thức điều chỉnh tỷ lệ với cỡ mẫu giới hạn với số lượng nhân viên Y tế đang công tác là 304 nhân viên cho cả trung tâm và các Trạm y tế:

$$N = n / (1 + (n/N)) = 231 / (1 + (231/304)) = 132.$$

Cộng thêm 10% dự phòng, cỡ mẫu dự kiến là 145 nhân viên Y tế, làm tròn thành 150 nhân viên Y tế tham gia vào nghiên cứu này.

2.2.3. Phương pháp thu thập số liệu:

Phòng vấn nhân viên Y tế bằng bộ câu hỏi thiết kế sẵn. Sử dụng 7 câu hỏi của cấu phần Stress (căng thẳng) trong bộ công cụ DASS-21 để đánh giá tình trạng căng thẳng ở nhân viên Y tế [4].

2.2.4. Biến số nghiên cứu:

2.2.3.1. Biến độc lập:

a. **Đặc điểm đối tượng nghiên cứu:** tuổi, giới tính, trình độ học vấn, trình độ chuyên môn, thu nhập.

b. **Đặc điểm, tính chất công việc:**

Đặc điểm công việc (điều trị, hành chính)

Loại hình lao động (hợp đồng, biên chế)

Thâm niên công tác

Khoa đang làm việc; số lượng bệnh nhân chăm sóc (1-10; 11 trở lên)

Trực đêm (có/không); đi làm cuối tuần (có; không)

Chịu áp lực tiêu cực từ bệnh nhân (thường xuyên/thỉnh thoảng hiếm khi)

Chịu áp lực tiêu cực từ gia đình bệnh nhân (thường xuyên/thỉnh thoảng hiếm khi)

2.2.3.2. Biến phụ thuộc: tình trạng căng thẳng ở nhân viên Y tế

Chúng tôi sử dụng bộ công cụ của DASS 21 để đánh giá 7 tiêu mục của stress và bộ câu hỏi thu thập thông tin các yếu tố liên quan. Cụ thể:

Thang đo lường mức độ stress DASS 07 câu hỏi

Thang điểm trả lời như sau:

0 Điều này tôi hoàn toàn không gặp phải.

1 Đúng với tôi một phần nào đó hay đôi khi gặp phải.

2 Tôi thường xuyên hoặc nhiều lần gặp phải.

3 Rất thường xảy ra với tôi hay hầu hết lúc nào cũng gặp.

| | | |
|---|--|---------|
| 1 | Tôi thấy khó mà thoải mái được | 0 1 2 3 |
| 2 | Tôi có xu hướng phản ứng thái quá với mọi tình huống | 0 1 2 3 |
| 3 | Tôi thấy mình đang suy nghĩ quá nhiều | 0 1 2 3 |
| 4 | Tôi thấy bản thân dễ bị kích động | 0 1 2 3 |
| 5 | Tôi thấy khó thư giãn được | 0 1 2 3 |
| 6 | Tôi không chấp nhận được việc có cái gì đó xen vào cản trở việc tôi đang làm | 0 1 2 3 |
| 7 | Tôi thấy mình khá dễ phật ý, tự ái | 0 1 2 3 |

Cách tính điểm: Điểm của Stress được tính bằng cách cộng điểm các đề mục thành phần, rồi nhân hệ số 2.

| Mức độ | Stress |
|-------------|---------|
| Bình thường | 0 - 14 |
| Nhẹ | 15 - 18 |
| Vừa | 19 - 25 |
| Nặng | 26 - 33 |
| Rất nặng | ≥34 |

Tình trạng căng thẳng của nhân viên Y tế sẽ được chia thành 2 nhóm: không căng thẳng (0-14 điểm) và căng thẳng (15 trở lên)

2.3. Phân tích số liệu

Xử lý số liệu bằng phần mềm SPSS 20. Sử dụng thống kê mô tả (tần số và tỷ lệ %), sử dụng test χ^2 ở mức ý nghĩa $\alpha = 0,05$ và mô hình hồi quy Logistic đa biến (phương pháp Enter) để tìm mối liên quan giữa tình trạng căng thẳng và các biến độc lập.

III. KẾT QUẢ

3.1. Đặc điểm đối tượng nghiên cứu

Bảng 1. Đặc điểm đối tượng nghiên cứu (n=150)

| Đặc điểm chung | Tần số | Tỷ lệ % |
|-----------------------------|--|---------|
| Tuổi | Trung bình \pm SD Khoảng (Min-max) 35,28 \pm 5,36 (26-59) | |
| Giới | Nam | 48 |
| | Nữ | 102 |
| Trình độ học vấn | Trung cấp, Cao đẳng, THPT | 69 |
| | Đại học, Sau đại học | 81 |
| Trình độ chuyên môn | Bác sỹ | 25 |
| | Điều dưỡng | 88 |
| | Dược sỹ, khác | 37 |
| Thu nhập cá nhân hàng tháng | 5 triệu trở xuống | 78 |
| | Trên 5 triệu | 72 |

Nhận xét: Có tổng cộng 150 nhân viên Y tế từ 26 đến 59 tham gia vào nghiên cứu của chúng tôi với độ tuổi trung bình là 35,28 \pm 5,36, tỷ lệ nữ là 68%. 54% có trình độ Đại học và SĐH, có 16,7% là bác sỹ. 48% nhân viên Y tế có thu nhập trên 5 triệu mỗi tháng.

Bảng 2. Đặc điểm công việc của đối tượng nghiên cứu (n=150)

| Đặc điểm | Tần số | Tỷ lệ % |
|---|----------------------------|---------|
| Đặc điểm công việc | Hành chính, khác | 75 |
| | Điều trị | 94 |
| Loại hình lao động | Biên chế | 139 |
| | Hợp đồng | 11 |
| Thâm niên công tác | Dưới 10 năm | 88 |
| | 10 năm trở lên | 62 |
| Khoa đang làm việc | Tiếp xúc với bệnh nhân | 126 |
| | Không tiếp xúc bệnh nhân | 24 |
| Công việc đi làm cuối tuần | Có | 75 |
| | Không | 75 |
| Trực đêm | Có | 135 |
| | Không | 15 |
| Số lượng bệnh nhân chăm sóc mỗi tua trực (n=135) | 1-10 bệnh nhân | 53 |
| | 11 trở lên | 82 |
| Chịu áp lực với những phản ứng tiêu cực từ bệnh nhân | Thỉnh thoảng, thường xuyên | 108 |
| | Không | 42 |
| Chịu áp lực với những phản ứng tiêu cực từ gia đình bệnh nhân | Thỉnh thoảng, thường xuyên | 128 |
| | Không | 22 |

2.4. Cách thu thập số liệu và khắc phục sai số

Nhóm điều tra viên là cán bộ Y tế ở các địa bàn được cán bộ nghiên cứu tập huấn về cách thức tiến hành điều tra và tiếp cận các đối tượng.

Phòng vấn trực tiếp các đối tượng được hỏi và giải thích cụ thể những thắc mắc mà người được hỏi có thể gặp phải.

2.5. Đạo đức nghiên cứu

Đối tượng nghiên cứu được giới thiệu mục đích của nghiên cứu trước khi phỏng vấn và sự tham gia là hoàn toàn tự nguyện. Trong suốt quá trình nghiên cứu đối tượng nghiên cứu có thể dừng trả lời bất cứ lúc nào và các thông tin cá nhân sẽ được giữ bí mật hoàn toàn.

Nhận xét: 62,7% nhân viên Y tế làm công tác điều trị tại các cơ sở Y tế trong đó 92,7% đã vào biên chế. 41,3% có thâm niên công tác trên 10 năm, 84% làm các công việc tiếp xúc trực tiếp với bệnh nhân. 90% có trực đêm và 64,6% CBYT phải chăm sóc trên 11 bệnh nhân cho mỗi tua trực của mình. 72% CBYT thỉnh thoảng hoặc thường xuyên chịu áp lực với những phản ứng

tiêu cực từ bệnh nhân và 85,3% chịu những áp lực tiêu cực từ gia đình bệnh nhân.

3.2. Tình trạng căng thẳng đối tượng nghiên cứu

29,3% CBYT có tình trạng căng thẳng và 70,7% không căng thẳng.

3.3. Một số yếu tố liên quan đến tình trạng căng thẳng:

Bảng 3. Mô hình hồi quy đa biến logistic về các yếu tố liên quan đến tình trạng căng thẳng ở nhân viên Y tế.

| Biến độc lập | OR | 95% CI | p |
|--|--------|--------------|--------|
| Tuổi | 1,009 | 0,930-1,095 | 0,828 |
| Giới tính | | | |
| Nữ | 1 | | |
| Nam | 1,532 | 0,630-3,722 | 0,347 |
| Số bệnh nhân chăm sóc | | | |
| 1-10 bệnh nhân | 1 | | |
| 11 bệnh nhân trở lên | 6,228 | 2,329-16,656 | <0,001 |
| Đi làm cuối tuần | | | |
| Không | 1 | | |
| Có | 2,672 | 1,148-6,222 | 0,023 |
| Chịu áp lực với phản ứng tiêu cực từ bệnh nhân | | | |
| Không | 1 | | |
| Thỉnh thoảng – thường xuyên | 3,655 | 1,151-11,604 | 0,028 |
| Chịu áp lực với phản ứng tiêu cực từ người nhà bệnh nhân | | | |
| Không | 1 | | |
| Thỉnh thoảng – thường xuyên | 10,158 | 2,095-49,263 | 0,004 |

$$R^2 = 0,272$$

Nhận xét: kết quả từ mô hình hồi quy logistic với hiệu chỉnh 2 biến tuổi và giới tính cho thấy NVYT chăm sóc 11 bệnh nhân trở lên có khả năng căng thẳng cao gấp 6,228 lần những NVYT chăm sóc 1-10 bệnh nhân ở mỗi tua trực. NVYT đi làm cuối tuần có khả năng căng thẳng cao gấp 2,672 NVYT không đi làm cuối tuần. NVYT chịu áp lực từ những phản ứng tiêu cực của bệnh nhân và người nhà bệnh nhân có khả năng căng thẳng cao gấp 3,655 lần và 10,158 lần so với NVYT không chịu áp lực.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Tình trạng căng thẳng ở đối tượng nghiên cứu

Dựa vào thang đo DASS-21, kết quả cho thấy 29,3% NVYT có tình trạng căng thẳng (biểu đồ 1). Với đặc điểm công việc có thời gian làm việc kéo dài, kèm theo trực đêm và đảm nhiệm các công việc liên quan đến sức khỏe, tính mạng con người nên tình trạng căng thẳng là vấn đề không thể tránh khỏi ở NVYT. Kết quả của nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn một số nghiên cứu tương tự trong nước, như nghiên

cứu của Nguyễn Thu Hà và cộng sự tiến hành năm 2016 với tỷ lệ căng thẳng là 10,7% ở mức độ rất cao và 37,9% có mức trung bình [5]. Sự khác biệt này được giải thích do đối tượng nghiên cứu của tác giả Nguyễn Thu Hà là các bệnh viện tuyến trung ương, trong khi đối tượng của chúng tôi là ở tuyến Y tế cơ sở (tuyến huyện và xã). Hay một số nghiên cứu khác cho thấy tỷ lệ nhân viên điều dưỡng bị stress nghề nghiệp tại BV đa khoa T.Ư Cần Thơ, BV đa khoa TP. Cần Thơ và BV đa khoa Châu Thành - Hậu Giang cho kết quả: 45,2% bị stress ở mức cao, 42,8% ở mức trung bình. Tại bệnh viện đa khoa T.Ư Cần Thơ, tỷ lệ stress cao nhất với 53,1% [6].

Kết quả của nghiên cứu chúng tôi cao hơn nghiên cứu của Trần Thị Thu Thủy thực hiện năm 2015 tại bệnh viện Hữu nghị Việt Đức sử dụng cùng thang đo DASS 21, kết quả cho thấy 18,5% điều dưỡng có biểu hiện căng thẳng [7]. Nguyên nhân của sự khác biệt này đến từ đối tượng nghiên cứu của chúng tôi là NVYT nói chung trong khi đối tượng nghiên cứu của tác giả Thu Thủy chỉ là đối tượng điều dưỡng.

4.2. Một số yếu tố liên quan đến tình trạng căng thẳng

Sử dụng mô hình hồi quy logistic đa biến với phương pháp Enter để tìm các yếu tố liên quan đến tình trạng căng thẳng ở nhân viên Y tế (bảng 3). Kết quả cho thấy mô hình giải thích được 27,2% mối liên quan giữa các biến độc lập và tình trạng căng thẳng. Kết quả cho thấy chăm sóc nhiều bệnh nhân sẽ khiến NVYT có nguy cơ căng thẳng cao hơn so với việc chăm sóc ít bệnh nhân. Với việc các bệnh viện ngày càng quá tải số lượng bệnh nhân, các Y bác sĩ cần phải làm việc nhiều hơn với cường độ công việc nặng hơn, bên cạnh đó là sự thiếu hụt về các trang thiết bị Y tế cũng góp phần gia tăng tình trạng này [8].

Bên cạnh đó, NVYT phải đi làm vào các ngày cuối tuần có nguy cơ căng thẳng cao gấp 2,672 (95% CI: 1,148-6,222) so với nhóm không đi làm cuối tuần. Điều này tương đồng với nghiên cứu của tác giả Salam và cộng sự ở một nghiên cứu năm 2015 tại Arap, kết quả cho thấy những người thỉnh thoảng làm việc cuối tuần sẽ có nguy cơ căng thẳng cao gấp 1,518 lần những người không làm vào cuối tuần và những người thường xuyên làm việc vào cuối tuần có nguy cơ căng thẳng cao gấp 3,6 lần so với những người không đi làm vào cuối tuần. Điều này đặt ra vấn đề cho các nhà quản lý trong việc điều chỉnh, sắp xếp thời gian làm việc hợp lý nhằm đảm bảo sức khỏe thể chất, tinh thần cho nhân viên Y tế [9].

Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy những nhân viên Y tế thỉnh thoảng và thường xuyên chịu các phản ứng tiêu cực từ bệnh nhân (OR=6,655; 95% CI: 1,151-11,604) và gia đình bệnh nhân (OR=10,158, 95% CI: 2,095-49,263) sẽ có khả năng căng thẳng cao hơn những NVYT không chịu các áp lực này. NVYT thường xuyên chịu những áp lực từ những phản ứng tiêu cực từ phía bệnh nhân và người nhà bệnh nhân trong quá trình làm việc như những hành vi bạo lực, hành hung, chửi bới, đe dọa ... đã ảnh hưởng đến tinh thần của các CBYT bên cạnh mối lo về các tổn thương do các hành vi đe dọa, bạo lực đó. Tác giả Lê Văn Tuấn và cộng sự cũng cho thấy có khoảng 70% CBYT gặp các thái độ không tốt từ bệnh nhân và người nhà, 61,4% không nhận được sự hợp tác của người bệnh trong quá trình điều trị [10].

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu về tình trạng căng thẳng trên 150 nhân viên Y tế thị xã Hương Thủy, tỉnh Thừa Thiên Huế cho thấy có 29,3% có tình trạng căng thẳng. Thường xuyên đi làm vào cuối tuần, số bệnh nhân chăm sóc nhiều trong mỗi tua trực và chịu các áp lực tiêu cực từ bệnh nhân, gia đình sẽ tăng nguy cơ mắc căng thẳng ở đối tượng nhân viên Y tế.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ môn Y Đức - Khoa học hành vi (2017), *Giáo trình Tâm lý Học Y học*, Trường Đại học Y Khoa Phạm Ngọc Thạch, Thành phố Hồ Chí Minh.
2. Đoàn Vương Diễm Khánh (2017), "Giáo trình Tâm lý Y học – Y đức", *Giáo trình Tâm lý Y học – Y đức*, Nhà xuất bản Đại học Huế, pp. 73-74.
3. Trần Thị Thu Thủy (2015), "Tình trạng căng thẳng và một số yếu tố nghề nghiệp liên quan đến căng thẳng ở điều dưỡng viên tại bệnh viện Hữu nghị Việt Đức năm 2015", *Tạp chí Y tế công cộng* (40).
4. Thang đánh giá Lo âu – Trầm cảm – Stress (DASS 21), truy cập từ <http://nimh.gov.vn/trac-nghiem-tam-ly/28-cac-trc-nghim/151-thang-anh-gia-lo-au-trm-cm-stress-dass-21.html> ngày 14/12/2019.
5. Nguyễn Thị Thu Hà (2017), "Điều tra stress Nghề nghiệp ở nhân viên Y tế", *Tạp chí y học Việt Nam*. 454(1), tr. 231-235.
6. Lê Thành Tài, Trần Ngọc Xuân và Trần Trúc Linh (2008), "Tình hình stress nghề nghiệp của nhân viên điều dưỡng", *Tạp chí Y học TP Hồ Chí Minh*. 12(4), tr. 216 - 220.
7. Trần Thị Thu Thủy (2015), "Tình trạng căng thẳng và một số yếu tố nghề nghiệp liên quan đến căng thẳng ở điều dưỡng viên tại bệnh viện Hữu nghị Việt Đức năm 2015", *Tạp chí Y tế công cộng* (40).
8. Lê Quang Cường và các cộng sự. (2011), "Nghiên cứu thực trạng quá tải, dưới tải của hệ thống bệnh viện các tuyến và đề xuất giải pháp khắc phục", *Bộ Y tế*.
9. Salam, Abdul (2016), "Job Stress and Job Satisfaction Among Health Care Professionals". 2016(1).
10. Lê Văn Tuấn (2017), Đánh giá thực trạng stress, lo âu của bác sĩ tại Bệnh viện E và một số yếu tố liên quan năm 2017.

SUMMARY

Introduction: Stress in healthcare workers (HCWs) is an issue that needs to be focused in modern society, but research in this field is limited. The study was conducted to investigate stress and related factors in HCWs of Huong Thuy district, Thua Thien Hue province. Methodology: A cross sectional study was conducted on 150 HCWs with structured questionnaires to interview patients, using the DASS-21 questionnaire to assess stress in healthcare workers. Result: The results showed stress prevalence among HCWs was 29.3%. Factors that increase the likelihood of stress in HCWs are regular work on weekends, taking care of many patients during each tour, and being under negative pressure from patients and their families. Conclusion: proposing solutions to protect health and minimize stress in health staff. Keywords: stress, DASS21, healthcare worker.

NGHIÊN CỨU RỐI LOẠN LIPID MÁU Ở BỆNH NHÂN ĐÁI THÁO ĐƯỜNG TYPE 2 TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA VÙNG TÂY NGUYÊN NĂM 2019

Đỗ Thị Thuộc, Dương Thị Hải Yến
Khoa Y Dược, Đại học Tây Nguyên

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nghiên cứu nhằm xác định tỷ lệ rối loạn lipid máu (RLLM) và một số yếu tố liên quan đến RLLM ở bệnh nhân đái tháo đường (ĐTĐ) type 2. *Phương pháp:* Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 180 bệnh nhân ĐTĐ type 2 được chẩn đoán theo tiêu chuẩn của Hiệp hội ĐTĐ Hoa Kỳ 2018, điều trị ngoại trú tại bệnh viện (BV) đa khoa vùng Tây Nguyên từ tháng 01/2019 đến tháng 06/2019. *Kết quả:* 73,9% có rối loạn lipid máu, 60% tăng triglycerid, 36,7% tăng cholesterol, 33,3% tăng LDL-C và 23,9% giảm HDL-C. RLLM ở bệnh nhân <60 tuổi cao hơn 2,9 lần bệnh nhân ≥ 60 tuổi ($p < 0,001$). Có mối liên quan thuận giữa tình trạng RLLM ở bệnh nhân ĐTĐ type 2 thừa cân-béo phì, béo bụng. RLLM ở bệnh nhân có tăng huyết áp (THA) cao hơn 1,66 lần BN không tăng huyết áp ($p < 0,05$). RLLM ở bệnh nhân không kiểm soát đường máu cao hơn 10,2 lần BN có kiểm soát đường máu ($p < 0,001$). RLLM ở bệnh nhân có uống rượu cao hơn 2 lần BN không uống rượu ($p < 0,05$). RLLM ở BN có hút thuốc lá cao hơn 9,4 lần BN không hút thuốc lá. Có mối liên quan thuận giữa RLLM với tăng Cholesterol, tăng Triglycerid ở bệnh nhân ĐTĐ type 2 có thừa cân béo phì ($p < 0,001$).

Từ khóa: Đái tháo đường type 2; Rối loạn lipid máu; Bệnh viện đa khoa vùng Tây Nguyên

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Đái tháo đường là một trong những bệnh không lây nhiễm phổ biến nhất hiện nay trên thế giới, là một bệnh nguy hiểm đe dọa đến tính mạng và gây ra nhiều biến chứng mạn tính [7]. Theo Hiệp hội ĐTĐ quốc tế tính đến năm 2017 có khoảng 425 triệu người hiện đang mắc bệnh ĐTĐ và dự báo năm 2045 sẽ có khoảng 629 triệu người [2],[5]. ĐTĐ type 2 thường đi kèm với các yếu tố nguy cơ tim mạch như tăng huyết áp (THA) và rối loạn lipid máu (RLLM) [7].

Rối loạn lipid máu là tình trạng thay đổi một hay nhiều thành phần lipid máu dẫn đến tăng nguy cơ mắc bệnh, chủ yếu là bệnh lý tim mạch. Các Lipoprotein chứa nhiều cholesterol như LDL xâm nhập qua lớp tế bào nội mạc mạch máu gây tổn thương thành mạch, là một trong những nguyên nhân chính gây ra Bệnh tim mạch xơ vữa, là nguyên nhân hàng đầu gây tử vong và tàn phế cho con người trên toàn thế giới [6]. Ở Việt Nam đã có nghiên cứu về vấn đề này của Tạ Văn Bình, Phạm Gia Khải, Nguyễn Thị Thu Hương. Kết quả nghiên cứu đều thấy có RLLM

ở bệnh nhân ĐTĐ type 2 dần dẫn đến các biến chứng về mạch máu làm ảnh hưởng đến chức năng nhiều cơ quan trong cơ thể [1], [3], [4]. Việc phát hiện và điều trị kịp thời RLLM có một ý nghĩa rất lớn trong dự phòng các biến chứng, kéo dài tuổi thọ ở bệnh nhân ĐTĐ type 2, cải thiện chất lượng cuộc sống, góp phần giảm gánh nặng cho gia đình và xã hội. Tuy nhiên, ở Tây Nguyên vấn đề này còn chưa được đề cập đến nhiều. Chính vì vậy, nghiên cứu được thực hiện với mục tiêu: Xác định tỷ lệ RLLM ở bệnh nhân đái tháo đường type 2 và một số yếu tố liên quan tại bệnh viện đa khoa vùng Tây Nguyên năm 2019.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

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

2.1.1. Đối tượng nghiên cứu

Bệnh nhân được chẩn đoán ĐTĐ type 2 đang điều trị ngoại trú tại khoa khám bệnh viện đa khoa vùng Tây Nguyên.

2.1.2. Địa điểm nghiên cứu: Khoa khám bệnh viện đa khoa vùng Tây Nguyên.

2.1.3 Thời gian: nghiên cứu được thực hiện từ tháng 02 đến tháng 06 năm 2019.

Tiêu chuẩn lựa chọn: Bệnh nhân được chẩn đoán xác định ĐTĐ type 2 theo tiêu chuẩn ĐTĐ

Chịu trách nhiệm: Đỗ Thị Thuộc

Email: thithuocdo@gmail.com

Ngày phản biện: 25/8/2020

Ngày xuất bản: 20/10/2020

của Hiệp Hội đái tháo đường Hoa Kỳ năm 2018 [8]; Bệnh nhân đồng ý tham gia nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ: ĐTĐ type 1; ĐTĐ ở phụ nữ mang thai; ĐTĐ phối hợp bệnh lý có rối loạn lipid máu thứ phát. Bệnh nhân bị rối loạn tâm thần, sa sút trí tuệ, không có khả năng giao tiếp

2.2. Phương pháp nghiên cứu:

2.1 Thiết kế nghiên cứu: mô tả cắt ngang.

2.2 Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu:

2.2.1 Cỡ mẫu được tính theo công thức:

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

Trong đó: n là cỡ mẫu nghiên cứu, chọn $\alpha = 0,05$ (tương ứng với độ tin cậy 95%), $Z = 1,96$; p là tỉ lệ bệnh nhân có rối loạn lipid máu, chọn $p = 65,2\%$ [4]; d: Sai số mong đợi, chọn $d = 0,07$; Từ công thức trên ta có $n = 178$ (lấy tròn $n = 180$ bệnh nhân)

2.2.2. Phương pháp chọn mẫu: Chọn mẫu liên tiếp trong khoảng thời gian nghiên cứu từ tháng 02 đến tháng 06 năm 2019.

Tiêu chuẩn lựa chọn: Bệnh nhân được chẩn đoán xác định ĐTĐ type 2 theo tiêu chuẩn ĐTĐ của Hiệp Hội đái tháo đường Hoa Kỳ năm 2018 [8]; Bệnh nhân đồng ý tham gia nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ: ĐTĐ type 1; ĐTĐ ở phụ nữ mang thai; ĐTĐ phối hợp bệnh lý có rối loạn lipid máu thứ phát. Bệnh nhân bị rối loạn tâm thần, sa sút trí tuệ, không có khả năng giao tiếp.

2.2.3 Thu thập số liệu: Theo mẫu bệnh án nghiên cứu thống nhất, bao gồm: tuổi, giới, trình độ học vấn, tiền sử đái tháo đường: thời gian phát hiện bệnh, tiền sử hút thuốc lá, uống rượu, chế độ tập luyện, các thuốc điều trị đái tháo

đường, các thuốc hạ lipid máu, hạ huyết áp đang sử dụng, Các chỉ số nhân trắc học: chỉ số khối cơ thể, vòng bụng. Các kết quả cận lâm sàng: xét nghiệm máu: Đường máu lúc đói, HbA1C, Cholesterol toàn phần, Triglycerid, LDL-C, HDL-C. Có rối loạn lipid máu: khi có ít nhất 1 trong 4 tiêu chuẩn sau: Cholesterol $\geq 5,2$ mmol/L, triglycerid $\geq 1,7$ mmol/L, LDL-C $\geq 3,4$ mmol/L, HDL-C $< 1,0$ mmol/L.

Thừa cân béo phì: Theo chỉ số BMI, xác định dựa vào cân nặng và chiều cao, phân loại chỉ số BMI theo khuyến cáo của WHO cho khu vực châu Á [15]: BMI $< 18,5$ (nhẹ cân); BMI = 18,5-22,9 (bình thường); BMI = 23-24,9 (thừa cân); BMI ≥ 25 (béo phì). Béo bụng: xác định đo vòng eo, theo tiêu chuẩn áp dụng đối với người châu Á trưởng thành [15]. Béo bụng khi vòng eo (nam) ≥ 90 cm, nữ ≥ 80 cm.

2.3 Xử lý và phân tích số liệu

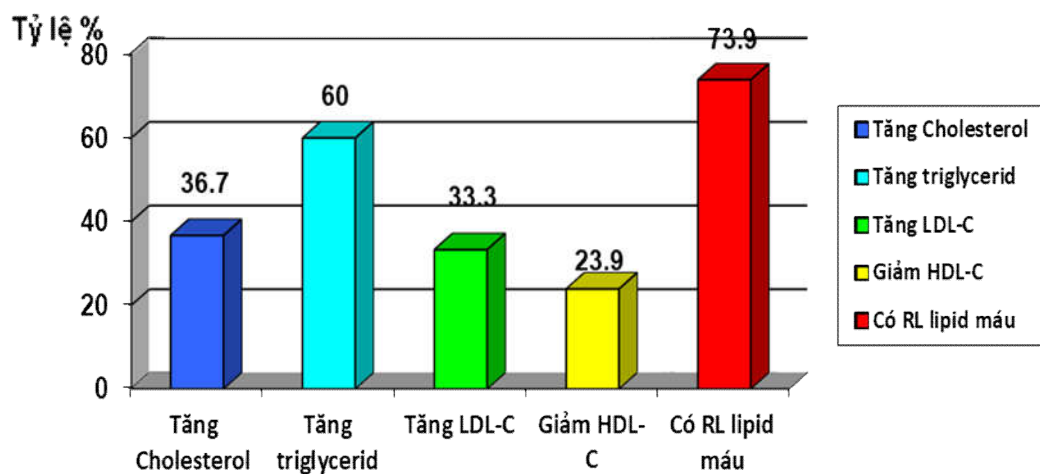
Sử dụng phần mềm EpiData 3.1 và SPSS 23.0. Tính tần số, tỷ lệ %, giá trị trung bình, Sử dụng test kiểm định χ^2 để phân tích mối liên quan giữa các biến. Tất cả các kết quả phân tích có ý nghĩa thống kê khi $p < 0,05$.

III. KẾT QUẢ

3.1. Đặc điểm chung

Trong tổng số 180 bệnh nhân nghiên cứu có nam 89 (49,4%), và nữ 91 (50,6%), tuổi trung bình $59,68 \pm 10,27$, tuổi thấp nhất 39, tuổi cao nhất 90. Số bệnh nhân ở độ tuổi từ 39-59 là 92 (51,1%), tuổi từ 60 trở lên là 88 (48,9%). Thời gian phát hiện bệnh trung bình $4,12 \pm 3,46$; Tỷ lệ BN có thời gian phát hiện bệnh < 5 năm (68,3%) và ≥ 5 năm (31,7%).

3.2. Tỷ lệ rối loạn lipid máu



Biểu đồ 1. Tỷ lệ rối loạn lipid máu

Tỷ lệ bệnh nhân ĐĐT type 2 có RLLM chiếm 73,9%; Trong đó 36,7% có Cholesterol \geq 5,2 mmol/l; 60% có Triglycerid \geq 1,7 mmol/l; 33,3% có HDL-C \leq 1,0 mmol/l; 23,9% có LDL-C \geq 3,4 mmol/l (Biểu đồ 1).

3.3. Một số yếu tố liên quan với rối loạn lipid máu

Bảng 1. Liên quan giữa rối loạn lipid máu với giới và tuổi

| Yếu tố liên quan | | Rối loạn lipid máu | | OR (95%CI) | p |
|------------------|----------------|--------------------|-----------|-------------------|--------|
| | | Có | Không | | |
| Giới n(%) | Nam | 69 (77,5) | 20 (22,5) | 1,4 0,74- 2,85 | 0,074 |
| | Nữ | 64 (70,3) | 27 (29,7) | | |
| Tuổi n(%) | < 60 tuổi | 77 (83,7) | 15 (16,3) | 2,9 1,45- 5,93 | <0,001 |
| | \geq 60 tuổi | 56 (63,6) | 32 (36,4) | | |

Tỷ lệ rối loạn lipid máu ở BN nam gấp 1,4 lần bệnh nhân nữ, không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$). Tỷ lệ rối loạn lipid máu ở bệnh nhân < 60 tuổi (83,7%) gấp 2,9 lần bệnh nhân \geq 60 tuổi (63,6%) có ý nghĩa thống kê ($p < 0,001$).

Bảng 2. Liên quan giữa rối loạn lipid máu với BMI, béo bụng(vòng bụng)

| Yếu tố liên quan | | Rối loạn lipid máu | | OR (95%CI) | p |
|-------------------|-----------------------------------|--------------------|-----------|-------------------|--------|
| | | Có | Không | | |
| Béo bụng n (%) | Nam \geq 90, nữ \geq 80cm. | 88 (88,0) | 12 (12,0) | 5,7 2,7- 12,0 | <0,001 |
| | Nam < 90, nữ < 80cm | 45 (56,3) | 35 (43,7) | | |
| BMI n (%) | BMI \geq 23 | 72 (90,0) | 8 (10,0) | 5,75 2,5- 13,2 | <0,001 |
| | BMI < 23 | 61 (61,0) | 39 (39,0) | | |

Tỷ lệ rối loạn lipid máu ở bệnh nhân ĐĐT type 2 có béo bụng (88,0%) gấp 5,7 lần BN không béo bụng (56,3%); Tỷ lệ RLLM ở bệnh nhân thừa cân-béo phì (90%) gấp 5,75 lần BN không thừa cân-béo phì (61,0%); có ý nghĩa thống kê ($p < 0,001$).

Bảng 3. Liên quan giữa rối loạn lipid máu với tăng huyết áp và kiểm soát đường máu

| Yếu tố liên quan | | Rối loạn lipid máu | | OR (95%CI) | p |
|-----------------------------|-------|--------------------|-----------|--------------------|--------|
| | | Có | Không | | |
| Tăng huyết áp n(%) | Có | 87 (77,7) | 25 (22,3) | 1,66 0,84-3,27 | 0,046 |
| | Không | 46 (67,6) | 22 (32,4) | | |
| Kiểm soát đường máu n(%) | Có | 60 (58,8) | 42(41,2) | 10,22 3,8-27,45 | <0,001 |
| | Không | 73 (93,6) | 5 (6,4) | | |

Tỷ lệ RLLM ở bệnh nhân ĐĐT type 2 có tăng huyết áp (77,7%) gấp 1,66 lần BN không tăng huyết áp (67,6%), có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). Tỷ lệ RLLM ở bệnh nhân chưa kiểm soát được đường máu (93,6%) gấp 10,2 lần BN có kiểm soát đường máu (58,8%), có ý nghĩa thống kê ($p < 0,001$).

Bảng 4. Liên quan giữa rối loạn lipid máu với uống rượu và hút thuốc lá

| Yếu tố liên quan | | Rối loạn lipid máu | | OR (95%CI) | p |
|----------------------|-------|--------------------|-----------|---------------------|--------|
| | | Có | Không | | |
| Uống rượu n(%) | Có | 68 (81,0) | 16 (19,0) | 2,0 1,01- 4,05 | 0,018 |
| | Không | 65 (67,7) | 31 (32,3) | | |
| Hút thuốc lá n(%) | Có | 62 (93,9) | 4 (6,1) | 9,38 3,19- 27,63 | <0,001 |
| | Không | 71 (62,3) | 43 (37,7) | | |

Tỷ lệ RLLM ở bệnh nhân ĐTĐ type 2 có uống rượu (81,0 %) gấp 2 lần BN không uống rượu (67,7%), có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). Tỷ lệ RLLM ở bệnh nhân ĐTĐ type 2 có hút thuốc lá (93,9%) gấp 9,4 lần bệnh nhân không hút thuốc lá (62,3%), có ý nghĩa thống kê ($p < 0,001$).

Bảng 5. Liên quan giữa thừa cân béo phì với các thành phần lipid máu

| Yếu tố liên quan | | Thừa cân béo phì | | OR (95%CI) | p |
|---------------------|------------|------------------|-----------|---------------|----------|
| | | Có | Không | | |
| Cholesterol n(%) | $\geq 5,2$ | 42 (63,6) | 24 (36,4) | 3,5 | $<0,001$ |
| | $< 5,2$ | 38 (33,3) | 76 (66,7) | 1,85-6,6 | |
| Triglycerid n(%) | $\geq 1,7$ | 60 (56,6) | 46 (43,4) | 3,52 | $<0,001$ |
| | $< 1,7$ | 20 (27,0) | 54 (73,0) | 1,85- 6,68 | |
| LDL-C n(%) | $\geq 3,4$ | 38 (63,3) | 22 (36,7) | 0,31 | $<0,001$ |
| | $< 3,4$ | 42 (35,0) | 78 (65,0) | 0,16- 0,59 | |
| HDL-C n(%) | $< 1,0$ | 24 (57,1) | 18 (49,2) | 1,75 | 0,024 |
| | $\geq 1,0$ | 56 (40,6) | 82 (59,4) | 0,97- 3,93 | |

Tỷ lệ tăng Cholesterol ở bệnh nhân ĐTĐ type 2 thừa cân béo phì (63,6%) gấp 3,5 lần BN thừa cân-béo phì không tăng Cholesterol (33,3%), có ý nghĩa thống kê ($p < 0,001$). Tỷ lệ tăng Triglycerid ở bệnh nhân thừa cân béo phì (56,6%) cao gấp 3,52 lần BN không tăng Triglycerid, có ý nghĩa thống kê ($p < 0,001$). Tỷ lệ giảm HDL-C ở bệnh nhân thừa cân béo phì (57,1%) cao gấp 1,75 lần BN không giảm HDL-C (40,6%), có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm chung

Nghiên cứu trên 180 bệnh nhân ĐTĐ type 2 cho thấy tỷ lệ BN nam (49,4%) tương đương với nữ (50,6%). Điều này phù hợp với tỷ lệ BN điều trị ngoại trú tại khoa khám BV đa khoa vùng Tây Nguyên. Tuổi trung bình của ĐTNC $59,68 \pm 10,27$ tuổi; tuổi thấp nhất là 39, tuổi cao nhất là 90; tỷ lệ bệnh nhân ≥ 60 tuổi chiếm 48,9%; Tương tự Kusum Bali và Amarjit Singh Vij^[14] tuổi trung bình $52,7 \pm 11,43$; Thấp hơn Nguyễn Thị Phi Nga và cộng sự^[4] tuổi trung bình $64,4 \pm 12,8$; Như vậy, so với những nghiên cứu trên chúng tôi nhận thấy độ tuổi mắc ĐTĐ type 2 có xu hướng ngày càng trẻ hóa, có thể có liên quan trực tiếp tới sự thay đổi môi trường sống, thói quen ăn uống và tập luyện.

4.2. Tỷ lệ rối loạn lipid máu

Tỷ lệ bệnh nhân ĐTĐ type 2 có RLLM trong nghiên cứu của chúng tôi 73,9%, thấp hơn tác giả Amarjit Singh Vij [12]; và cao hơn tác giả Nguyễn Thị Phi Nga và cộng sự [2], Yaru Li, and et al [9]. Điều này phụ thuộc vào cỡ mẫu và cách chọn mẫu trong mỗi nghiên cứu. Kết quả trên cho thấy tỷ lệ RLLM chiếm 2/3 tổng số bệnh nhân ĐTĐ type 2; và theo thang điểm nguy cơ ATP III Framingham (ATP III Framingham risk calculator) $\geq 10\%$ nguy cơ sau 10 năm về biến

cổ bệnh mạch vành (NMCT hoặc tử vong vì bệnh mạch vành) [4]; Đặc điểm RLLM trong nghiên cứu: tỷ lệ tăng Triglycerid cao nhất 60%, tăng Cholesterol 36,7%, tăng LDL-C 33,3%, và giảm HDL-C thấp nhất 23,9%; Thấp hơn tác giả Kusum Bali, Amarjit Singh Vij [12]; Cao hơn Nguyễn Thị Phi Nga và cộng sự [2]. Có sự khác biệt về tỷ lệ rối loạn từng thành phần lipid máu qua các nghiên cứu; Sở dĩ có sự khác nhau về kết quả giữa nghiên cứu của chúng tôi với các nghiên cứu khác có thể do khác cỡ mẫu trong mỗi nghiên cứu và thời điểm lấy mẫu nghiên cứu.

4.3. Một số yếu tố liên quan với rối loạn lipid máu

Liên quan với giới: RLLM ở bệnh nhân nam ĐTĐ type 2 cao hơn 1,4 lần so với nữ, không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$). Thấp hơn tác giả Hetal Pandya, JD Lakhani [13], Kusum Bali và Amarjit Singh Vij [14]. Các tác giả này cũng cho thấy chưa có mối quan hệ rõ ràng giữa yếu tố giới tính và tình trạng RLLM ở bệnh nhân ĐTĐ type 2.

Liên quan với tuổi: Tỷ lệ RLLM ở BN < 60 tuổi (83,7%) cao hơn 2,9 lần BN ≥ 60 tuổi (63,6%), có ý nghĩa thống kê ($p < 0,001$). Cao hơn Nguyễn Thị Phi Nga và cộng sự [4], Kusum Bali và Amarjit Singh Vij^[14] và Hetal Pandya, JD Lakhani [13] với ($p < 0,05$); Sự khác biệt này có thể do cỡ mẫu nghiên cứu của chúng tôi chưa đủ lớn, hoặc các đối tượng < 60 tuổi trong nghiên cứu của tôi chưa thật sự tuân thủ các biện pháp không dùng thuốc trong điều trị và phòng bệnh rối loạn lipid máu.

Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy RLLM có liên quan với thừa cân-béo phì, béo bụng: RLLM ở bệnh nhân ĐTĐ type 2 thừa cân-béo phì (BMI >23) cao hơn 5,7 lần BN không thừa cân-

béo phì, có ý nghĩa thống kê với ($p < 0,001$). Cao hơn tác giả Kusum Bali và Amarjit Singh Vij [14], Atanu Kumar Bal, Debasis Das [10], Nguyễn Thị Phi Nga và cộng sự [4], với ($p < 0,001$). Sự khác biệt này có thể do đối tượng nghiên cứu của chúng tôi chưa thực sự tuân thủ chế độ ăn tiết chế. Tỷ lệ RLLM ở bệnh nhân ĐTĐ type 2 có béo bụng cao hơn 5,7 lần so với BN không béo bụng, với ($p < 0,001$). Tương tự Nguyễn Thị Thu Hương và cộng sự [3], Nguyễn Thị Phi Nga và cộng sự^[4] với ($p < 0,05$); Tương tự Ritushri Samantaray and et al [10] và Yaru Li, and et al [11] với ($p < 0,001$). Các nghiên cứu trên đều cho thấy số đo vòng bụng ở bệnh nhân ĐTĐ type 2 có RLLM cao hơn so với bệnh nhân ĐTĐ type 2 không có RLLM. Do đó, cần phải điều chỉnh yếu tố này thông qua một số biện pháp bao gồm điều chỉnh lối sống, chế độ ăn, tập luyện và thuốc hạ lipid máu.

Liên quan với tăng huyết áp: RLLM ở bệnh nhân ĐTĐ type 2 có tăng huyết áp cao hơn 1,66 lần so với bệnh nhân ĐTĐ type 2 không THA, với ($p < 0,05$); Cao hơn tác giả Hetal Pandya, JD Lakhani [13] với ($p < 0,05$); Điều này có thể khẳng định rằng việc điều trị RLLM và tăng huyết áp luôn phải đi kèm với nhau ở bệnh nhân ĐTĐ type 2 có tăng huyết áp.

Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy RLLM có liên quan với kiểm soát đường máu: RLLM ở bệnh nhân ĐTĐ chưa được kiểm soát cao hơn 10,2 lần so với bệnh nhân đã được kiểm soát, có ý nghĩa thống kê với ($p < 0,001$). Cao hơn Hetal Pandya, JD Lakhani 4,65 lần [13], Ullasini Kolhar và Priyanka P [12], Nguyễn Thị Phi Nga và cộng sự [4] với ($p < 0,05$). Các nghiên cứu trên cũng cho thấy có mối liên quan giữa RLLM với việc kiểm soát ĐTĐ, RLLM phổ biến hơn ở những bệnh nhân ĐTĐ type 2 chưa kiểm soát được. Sự khác biệt này có thể là do bên cạnh yếu tố liên quan đến kiểm soát đường máu thì kiểm soát lipid máu có liên quan với nhiều yếu tố khác như chế độ ăn, tập luyện, thuốc hạ lipid máu. Việc kiểm soát tốt đường máu sẽ góp phần kiểm soát tình trạng RLLM ở bệnh nhân ĐTĐ tốt hơn, khi kiểm soát tốt bệnh ĐTĐ sẽ góp phần giảm nguy cơ rối loạn các thành phần lipid máu.

Liên quan với uống rượu và hút thuốc lá: RLLM ở bệnh nhân ĐTĐ type 2 có uống rượu gấp 2 lần BN không uống rượu, có ý nghĩa thống kê với ($p < 0,05$). RLLM ở bệnh nhân có hút thuốc lá cao hơn 9,4 lần BN không hút thuốc lá. Cao hơn Hetal Pandya, JD Lakhani^[13]

với ($p < 0,001$); Nguyễn Thị Thu Hương và cộng sự [3] tỷ lệ RLLM ở bệnh nhân ĐTĐ type 2 có hút thuốc lá cao hơn BN không hút thuốc lá, với ($p < 0,05$). Như vậy, có mối liên quan thuận giữa tình trạng RLLM với hút thuốc lá, vì vậy để cải thiện tình trạng RLLM ở bệnh nhân ĐTĐ type 2 nên ngừng hẳn việc hút thuốc lá.

4.4. Liên quan giữa thừa cân béo phì với các thành phần lipid máu

Mối liên quan giữa rối loạn lipid máu và thừa cân, béo phì có thể được giải thích bằng sự gia tăng số lượng và kích thước của các tế bào mỡ ở vùng bụng, điều đó làm thúc đẩy sự đề kháng insulin và góp phần giải phóng các axit béo tự do vào máu, dẫn đến việc tăng tổng hợp triacylglycerol trong gan, dẫn xuất làm tăng triglycerid máu, tăng VLDL trong máu. Tăng axit béo tự do và VLDL trong máu lại làm tăng hoạt tính của lipase gan enzym thủy phân triglycerid của LDL-C và HDL-C, khi đó hình thành LDL-C hạt nhỏ và có đặc tính gây xơ vữa động mạch [9]. Nghiên cứu cho thấy có mối liên quan thuận giữa tăng Cholesterol, tăng Triglycerid và giảm HDL-C với RLLM ở bệnh nhân ĐTĐ type 2 có thừa cân béo phì, có ý nghĩa thống kê với ($p < 0,001$). Tương tự Hetal Pandya, JD Lakhani [12], Có mối liên quan thuận giữa tăng Cholesterol, tăng Triglycerid và giảm HDL-C với RLLM ở bệnh nhân ĐTĐ type 2 có thừa cân béo phì. Do đó, cần phải điều chỉnh yếu tố này thông qua một số biện pháp bao gồm điều chỉnh lối sống, chế độ ăn, tập luyện và thuốc hạ lipid máu.

V. KẾT LUẬN

Tóm lại, có mối liên quan thuận giữa RLLM với tình trạng thừa cân – béo phì, tăng huyết áp, uống rượu, hút thuốc lá và mức độ kiểm soát đường máu. Đồng thời có mối liên quan thuận giữa RLLM ở bệnh nhân ĐTĐ type 2 thừa cân béo phì với tỷ lệ rối loạn các thành phần lipid máu. Chính vì vậy trong thực hành lâm sàng cần kiểm soát tốt RLLM, điều chỉnh lối sống, chế độ ăn uống, tập luyện và thuốc hạ lipid máu, góp phần ngăn ngừa các biến chứng, cải thiện chất lượng cuộc sống cho người bệnh ĐTĐ type 2.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Tạ Văn Bình (2006), "Nghiên cứu rối loạn lipid máu ở bệnh nhân ĐTĐ type 2 lần đầu tiên được phát hiện tại Bệnh viện Nội tiết Trung ương", *Kỷ yếu toàn văn hội nghị khoa học toàn quốc chuyên ngành nội tiết và chuyển hoá, Nhà xuất bản Y học 2006*, tr. 413 – 419.

2. Bộ Y tế (2017), Số 3319/QĐ-BYT-Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị đái tháo đường type 2, ngày 19 tháng 07 năm 2017.
3. Nguyễn Thị Thu Hương và Vũ Thị Thanh Huyền (2013), "Một số yếu tố liên quan đến rối loạn lipid ở bệnh nhân cao tuổi đái tháo đường type 2", *Tạp chí nghiên cứu y học*. số 94(2)-2015, tr. 72-79.
4. Nguyễn Thị Phi Nga và cộng sự (2015), "Nghiên cứu rối loạn lipid máu ở bệnh nhân ĐTĐ type 2 tại bệnh viện Quân y 17", *Tạp chí Y-Dược học quân sự* số 9/2015, tr. 99-106.
5. Thái Hồng Quang (2018), *Bệnh đái tháo đường dịch tễ, phân loại, chẩn đoán*, Hội Nội tiết-Đái tháo đường Việt Nam (Vietnam Association of Diabetes and Endocrinology (VADE)-2018, truy cập ngày 29-3-2019, <https://vade.org.vn/modules.php?name=News&op=viewst&sid=181>.
6. Nguyễn Hải Thủy (2018), *Chẩn đoán và điều trị rối loạn lipid máu ở bệnh nhân đái tháo đường*, Hội Nội tiết-Đái tháo đường Việt Nam (Vietnam Association of Diabetes and Endocrinology-VADE), truy cập ngày 29-3-2019, <https://vade.org.vn/modules.php?name=News&op=viewst&sid=225>.
7. Nguyễn Khoa Diệu Vân (2015), "Đái tháo đường", *Bệnh học nội khoa tập 2, Trường đại học Y Hà Nội*, Nhà xuất bản y học 2015, tr. 322-341.
8. American Diabetes Association (2018), "Standards of Medical Care in Diabetes - 2018", *Diabetes Care*. 41, Suppl 1, pp. S15-S35, S109-S110.
9. ADA Management of dyslipidemia in adults with diabetes. *Diabetes Care*.2003, 26, Suppl 1.
10. Ritushri Samantaray; Atanu Kumar Bal; Debasis Das (2017), "Pattern of Dyslipidemia in type 2 Diabetic Patients in Southern Odisha", *Scholars Journal of Applied Medical Sciences (SJAMS)*. 5(11B): pp.4397-4401.
11. Yaru Li; Liyun Zhao; Dongmei Yu; Gangqiang Ding (2018), "The prevalence and risk factors of dyslipidemia in different diabetic progression stages among middle-aged and elderly populations in China", *PLoS ONE* 13(10), pp.e0205709.
12. Ullasini Kolhar; Priyanka P (2017), "Study of serum lipid profile in type 2 diabetes mellitus patients and its association with diabetic nephropathy", *International Journal of Advances in Medicine*. 4(6): pp.1513-1516.
13. Hetal Pandya; Jd Lakhani; J Dadhania; A Trivedi (2012), "The Prevalence and Pattern of Dyslipidemia among Type 2 Diabetic Patients at Rural Based Hospital in Gujarat, India", *Indian Journal of Clinical Practice*. 22(12), pp.36-44.
14. Kusum Bali; Amarjit Singh Vij and Amarjit Singh Vij (2016), "Pattern of dyslipidemia in type 2 Diabetes Mellitus in Punjab", *International Journal of Research in Medical Sciences*, March 2016. Vol 4(Issue 3), pp. 809-812.
15. World Health Organization (2000), *The Asia-Pacific perspective: Redefining obesity and its treatment*.

SUMMARY

This study aimed to determine the rate of dyslipidemia and some factors related to dyslipidemia in type 2 diabetic patients. A cross-sectional descriptive study was conducted on 180 inpatients and outpatients with type 2 diabetes diagnosed according to Standards of the American Diabetes Association 2018 at Tay Nguyen General Hospital from January 2019 to June 2019. Results showed that the prevalence of dyslipidemia was 73,9%, hypertriglyceridemia represented 60%, hypercholesterolemia accounted for 36,7%, high LDL-C was 33,3% and low HDL-C was 23,9%. The prevalence of dyslipidemia has been reported to be 2,9 times higher in patients below 60 years than in patients over age 60 years ($p < 0,001$). There was a positive correlation between dyslipidemia in type 2 diabetic patients and overweight, obesity and central obesity. The prevalence of dyslipidemia in patients with hypertension was 1,66 times higher than patients without hypertension ($p < 0,05$). In poorly controlled diabetes patients, the prevalence of dyslipidemia was 10,2 times higher than well-controlled diabetes patients ($p < 0,001$). Drinkers had a 2-fold higher rate of dyslipidemia than non-drinkers ($p < 0,05$). The prevalence of dyslipidemia was 9,4 times higher for smoking patients than non-smoking patients. There was a positive association between dyslipidemia and elevated cholesterol, elevated triglyceride in overweight and obese patients with type 2 diabetes ($p < 0,001$).

Keywords: Type 2 diabetes, Dyslipidemia, Tay Nguyen General Hospital

ĐÁNH GIÁ TÌNH TRẠNG PHƠI NHIỄM TIẾNG ÒN VÀ MỐI LIÊN QUAN ĐẾN CHỈ SỐ HUYẾT ÁP Ở NGƯ DÂN TRÊN TÀU CÁ ĐÁNH BẮT XA BỜ TỈNH THỪA THIÊN HUẾ NĂM 2019

Nguyễn Phúc Thành Nhân¹, Thân Minh Trí², Nguyễn Đình Minh Mẫn³, Lê Đình Dương³, Tôn Nữ Nam Trân⁴, Trương Việt Trinh⁵, Nguyễn Vũ Thành⁶, Nguyễn Thị Thu Thủy⁷, Phan Văn Trọng⁸, Twisuk Pungpeng⁹

¹ Viện Nghiên cứu Sức khỏe Cộng đồng, Đại học Y Dược, Đại học Huế

² Trung tâm Y tế huyện Phú Vang, Thừa Thiên Huế

³ Khoa YTCC, Đại học Y Dược, Đại học Huế

⁴ Bộ môn Nội, trường Đại học Y Dược, Đại học Huế

⁵ Phòng CT-CTSV, Đại học Y Dược Huế, Đại học Huế

⁶ Phòng KT – ĐBCLGD, Đại học Y Dược, Đại học Huế

⁷ Phòng KHCN-HTQT, Đại học Y Dược, Đại học Huế

⁸ Khoa Y Dược, Đại học Tây Nguyên

⁹ Khoa YTCC, đại học Thammasat, Thái Lan

TÓM TẮT

Giới thiệu: Ngư dân làm việc trong môi trường làm việc không thuận lợi, đối mặt với điều kiện thời tiết khắc nghiệt. Thời gian làm việc kéo dài với đặc thù lao động nặng nhọc và bị ảnh hưởng bởi các tác nhân môi trường lao động bất lợi, trong đó tiếng ồn là tác nhân phổ biến nhất nhưng có rất ít nghiên cứu về ảnh hưởng tiếng ồn sức khỏe của ngư dân, đặc biệt là huyết áp. **Phương pháp:** Một nghiên cứu cắt ngang được thực hiện trên 159 ngư dân đang làm việc trên 14 tàu đánh bắt xa bờ ở tỉnh Thừa Thiên Huế, cường độ tiếng ồn được ghi lại và tính toán mức phơi nhiễm tiếng ồn được dựa trên thời gian làm việc trung bình trong 8 giờ. Sử dụng bộ câu hỏi soạn sẵn phỏng vấn; huyết áp được đo bởi các bác sĩ địa phương đã được đào tạo. **Kết quả:** 71,1% ngư dân đã tiếp xúc với tiếng ồn làm việc trên 85 dBA trong 8 giờ làm việc mỗi ngày. Mức âm thanh trung bình cao nhất được ghi lại trong phòng máy (min-max: 91.8-96.2 dBA), tiếp theo là buồng lái (min-max: 83.1-92.2 dBA). 28,9% ngư dân bị tăng huyết áp nhưng không có ý nghĩa thống kê giữa tăng huyết áp và tiếp xúc với tiếng ồn trong mô hình hồi quy đa biến. **Kết luận:** Mặc dù chưa tìm thấy mối liên quan giữa THA và phơi nhiễm tiếng ồn nhưng những nghiên cứu sâu hơn là cần thiết để có cách tiếp cận toàn diện hơn giữa tiếng ồn và tăng huyết áp. **Từ khóa:** ngư dân, tiếp xúc với tiếng ồn, TWA8, tăng huyết áp

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Môi trường lao động trên tàu biển ẩn chứa nhiều nguy cơ đối với sức khỏe người lao động. Lao động trong điều kiện thời tiết khắc nghiệt, ngư dân bị ảnh hưởng bởi sự kết hợp của rất nhiều yếu tố bất lợi như khí hậu trên biển, nắng, gió biển, sóng biển và những hiểm nguy luôn rình rập như giông bão là những yếu tố gây ảnh hưởng rất lớn đến sức khỏe của người lao động [1]. Tiếng ồn, rung lắc, không gian làm việc chật hẹp, thiếu vệ sinh,

điều kiện dinh dưỡng và chăm sóc sức khỏe có hạn tạo ra môi trường lao động có tính đặc thù riêng của ngành khai thác biển [2]. Thêm vào đó, một số nghiên cứu chỉ ra chế độ dinh dưỡng không hợp lý, thiếu các hoạt động thể lực cũng như các vấn đề liên quan đến ergonomic sẽ dẫn đến các tai nạn, các vấn đề về cơ – xương, stress mà ngư dân thường gặp phải [1],[3]. Trong các yếu tố đó, tiếng ồn là một trong những tác nhân ảnh hưởng nhiều nhất đến sức khỏe ngư dân.

Tiếp xúc với tiếng ồn trong một thời gian dài sẽ dẫn đến các ảnh hưởng bất lợi đến sức khỏe người lao động. Phơi nhiễm với tiếng ồn quá mức trong quá trình lao động là một vấn đề phổ biến trong các ngành công nghiệp, bao gồm cả ngành đánh bắt thủy hải sản [4]. Tiếng ồn xuất

Chịu trách nhiệm: Nguyễn Phúc Thành Nhân
Email: nguyenphucthanhnhan@gmail.com

Ngày phản biện: 07/9/2020

Ngày xuất bản: 20/10/2020

hiện thường xuyên, liên tục trong suốt hành trình và ngay cả khi đỗ tại bến tàu với nhiều cấp độ khác nhau. Một số vị trí trên tàu cá như buồng máy, phòng điều khiển có cường độ tiếng ồn cao hơn bình thường, chủ yếu ở dải tần số cao. Phơi nhiễm trong một thời gian dài sẽ ảnh hưởng không chỉ đến hiệu ứng thính giác như mất thính giác, điếc, gây ù tai mà còn các bệnh lý tim mạch, stress, rối loạn giấc ngủ [5-7]. Những tác động này ảnh hưởng đến sức khỏe ngư dân và làm giảm chất lượng cuộc sống ở nhóm đối tượng dễ tổn thương này [8]. Dưới ảnh hưởng của tiếng ồn, tuyến nội tiết sẽ có một số tác động dẫn đến việc huyết áp, nhịp tim tăng lên và cũng như sự gia tăng của các hormone như Cortisol, Norepinephrine, Adrenaline (Epinephrine)... [9-11].

Ở Việt Nam, đã có một số nghiên cứu về ô nhiễm tiếng ồn trong năm gần đây nhưng tập trung chủ yếu vào cường độ tiếng ồn hoặc gây ra mất thính giác ở một công ty hoặc khu công nghiệp. Chỉ đến những năm gần đây, nghiên cứu về tác động lên sức khỏe do tiếng ồn công nghiệp mới được chú trọng đến, nhưng vẫn còn rất ít và quy mô nhỏ lẻ. Bên cạnh đó, việc thực hiện nghiên cứu cũng như lấy mẫu ở các tàu cá đánh bắt xa bờ dài ngày là một cản trở đối với các nhà nghiên cứu khiến nguồn thông tin, dữ liệu vô cùng hạn chế ảnh hưởng đến các chính sách cũng như các biện pháp bảo vệ, chăm sóc sức khỏe cho ngư dân trong khi đây là nhóm đối tượng vô cùng quan trọng cho sự phát triển kinh tế - xã hội cũng như bảo vệ biển và chủ quyền đảo quốc gia. Điều đó đặt ra nhu cầu nghiên cứu những tác động của môi trường lao động lên sức khỏe của ngư dân nhằm cung cấp các bằng chứng cho các nhà làm chính sách để đưa ra các biện pháp hiệu quả hơn trong bảo vệ, chăm sóc sức khỏe ngư dân. Về tiếng ồn và ảnh hưởng của nó, xác định tỷ lệ người đánh cá đang làm việc dưới môi trường tiếng ồn cao (> 85 dBA) và những ảnh hưởng của lên sức khỏe sẽ cung cấp thông tin hữu ích cho các chương trình can thiệp tiếp theo.

Mục tiêu nghiên cứu:

1. Đánh giá mức độ phơi nhiễm tiếng ồn trên tàu đánh bắt xa bờ của ngư dân
2. Tìm hiểu mối liên quan giữa phơi nhiễm tiếng ồn và tăng huyết áp

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng:

- Đối với ngư dân: ngư dân trên 18 tuổi đang

sinh sống trên địa bàn huyện Phú Vang có ít nhất 6 tháng kinh nghiệm. Có đủ khả năng nhận thức, giao tiếp, trả lời câu hỏi và tình nguyện tham gia nghiên cứu.

- Đối với tàu cá: Các tàu đánh bắt xa bờ trong danh sách quản lý trên địa bàn huyện Phú Vang đồng ý tham gia vào nghiên cứu.

2.2. Thời gian nghiên cứu: Tháng 08/2019 – tháng 12/2019.

2.3. Địa bàn nghiên cứu: Nghiên cứu trên đối tượng ngư dân và tàu cá trên địa bàn huyện Phú Vang, tỉnh Thừa Thiên Huế.

2.4. Thiết kế nghiên cứu: nghiên cứu cắt ngang có phân tích.

2.5. Cỡ mẫu nghiên cứu:

Áp dụng công thức tính toán cỡ mẫu mong muốn, với:

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

$Z_{1-\alpha/2}$: Giới hạn khoảng tin cậy ở mức xác suất 95%, tương ứng 1,96.

$p = 0,126$, tỷ lệ người bị tăng huyết áp ở ngư dân theo nghiên cứu của Mingshan Tu và cộng sự năm 2016 [12].

ε : Sai số tương đối, $\varepsilon = 0.05$

Tính được $n = 170$. Mỗi tàu có 10-12 ngư dân nên nhóm nghiên cứu sẽ thu thập số liệu trên 14- 17 tàu cho đến khi đủ 170 người tham gia.

2.6. Phương pháp thu thập số liệu

2.6.1. Quy trình thu thập số liệu:

Bước 1: Sử dụng danh sách quản lý các tàu cá trên địa bàn huyện, chỉ chọn các tàu đánh bắt xa bờ, đánh số thứ tự các tàu.

Bước 2: Chọn ngẫu nhiên 14-17 tàu trong danh sách trên; Liệt kê các ngư dân làm việc trên các tàu đó.

Bước 3: Phỏng vấn ngư dân trên 14-17 tàu đã chọn với bộ câu hỏi chuẩn bị sẵn, đo huyết áp đối tượng nghiên cứu ở thời điểm trước các chuyến ra khơi.

2.6.2. Kỹ thuật thu thập số liệu:

2.6.2.1 Đo tiếng ồn:

Tiếng ồn nghề nghiệp thường là một tín hiệu phức tạp, cần phải đo cường độ tiếng ồn trung bình trong một thời gian tối thiểu. Thời gian lấy mẫu có thể ngắn tới vài phút nếu tiếng ồn ổn định hoặc lặp đi lặp lại trong một chu kỳ ngắn.

Cường độ tiếng ồn sẽ được đo trong khoảng thời gian 01 phút liên tục ở mỗi vị trí L_{ep} (dBA). Theo tiêu chuẩn ISO 9612 thì 5 phút đo liên tục là khoảng thời gian được khuyến nghị, mặc dù

theo tiêu chuẩn của IMO năm 1982 thì 10 giây cũng có thể chấp nhận được và đã được sử dụng trong nhiều nghiên cứu trước đó. Nghiên cứu này sử dụng máy đo tiếng ồn Rion NL-52 class 1, cài đặt theo thông số: Scale A, Slow response, Ex rate 3 dB, Duration: 60 seconds. Sử dụng lọc gió WS-16 để hạn chế sai số khi đo tiếng ồn trên biển.

2.6.2.2. Tính toán mức độ tiếp xúc/phơi nhiễm tiếng ồn:

Dựa theo khuyến cáo và tiêu chuẩn của NIOSH về tiếng ồn nghề nghiệp là 85 dBA trong 8 giờ làm việc và 3 dB điều chỉnh cho thời gian phơi nhiễm/tiếp xúc dài hơn.

Với cường độ âm thanh L_{eq} đo được từ các vị trí trên tàu, thời gian tối đa tiếp xúc ở mỗi vị trí (xem hình 1.1) được tính theo công thức sau:

$$T_p = \frac{8}{2^{(L_{eq}-85)/3}} \text{ giờ} \quad (1)$$

T_p : Thời gian tiếp xúc tối đa cho phép (theo giờ)

L_{eq} : Cường độ âm thanh đo được (dBA)

Mỗi ngư dân sẽ làm việc ở nhiều vị trí khác nhau trên tàu (xem hình 1.1), ứng với phơi

nhiễm cường độ âm thanh khác nhau. Theo tiêu chuẩn của NIOSH, cường độ âm thanh (L_{eq}) được tính theo công thức:

$$L_{eq,T} = 10 \cdot \log \left[\frac{1}{T} \cdot (t_1 \times 10^{0.1 \cdot L_{eq1}} + \dots + t_n \times 10^{0.1 \cdot L_{eqn}}) \right] \text{ dBA} \quad (2)$$

T: Tổng thời gian làm việc trong ngày

L_{eq} : Cường độ âm thanh đo được (dBA)

n: số lượng các vị trí làm việc (theo công việc)

Dựa vào các công việc ở các vị trí khác nhau trên tàu, liều lượng tiếng ồn (D) được tính theo công thức dưới đây:

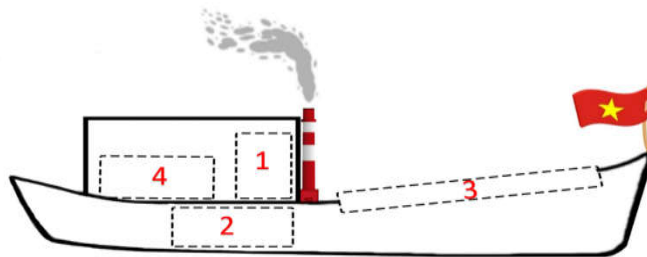
$$D = \frac{C_1}{T_1} + \frac{C_2}{T_2} + \dots + \frac{C_n}{T_n} * 100\% \quad (3)$$

C_n = Thời gian của mỗi công việc/vị trí trên tàu,

T_n = Thời gian tối đa cho phép ở mỗi công việc/vị trí trên tàu. (sử dụng công thức (1))

Có thể chuyển đổi giữa liều lượng tiếng ồn và cường độ tiếng ồn tiếp xúc theo công thức:

$$TWA = 10 \times \text{Log} \frac{Dose}{100} + 85 \quad (4)$$



Hình 1.1. Mô tả các vị trí làm việc chính của ngư dân: Buồng lái ; Phòng máy ; Boong tàu ; Khu vực nghỉ ngơi

Ví dụ cụ thể : trong 12 tiếng tiếp xúc với tiếng ồn. Ngư dân A sẽ ở khu vực 1 trong vòng 2 giờ, khu vực 2 trong vòng 30 phút, khu vực 3 trong vòng 6,5 giờ, khu vực 4 trong vòng 4 giờ. Cường độ tiếng ồn ở 4 khu vực (1),(2),(3),(4) sẽ được ghi lại. Các công thức ở mục 2.6.2 sẽ tính cường độ tiếng ồn mà mỗi ngư dân phải chịu trong tổng thời gian để quy về 8 giờ (TWA8) để so sánh với mức khuyến nghị 85 dBA.

2.6.3. Đo chỉ số huyết áp:

Đo bởi bác sĩ địa phương, huyết áp sẽ đo ở tư thế ngồi sau năm phút nghỉ ngơi. Chẩn đoán THA khi đo HA phòng khám có HATT \geq 140mmHg và/hoặc HATT_r \geq 90mmHg.

2.7. Phương pháp phân tích số liệu

Phân tích hồi quy đa biến logistic nhằm điều chỉnh tác động của tiếp xúc tiếng ồn. Mô hình hồi quy đa logistic với phương trình ước lượng tổng quát (GEE) đã được áp dụng để đánh giá mối liên quan giữa các yếu tố quan tâm và tăng huyết áp. Tính toán tỷ suất chênh OR và khoảng tin cậy 95% (CIs) để mô tả mối quan hệ giữa kết quả và yếu tố dự đoán.

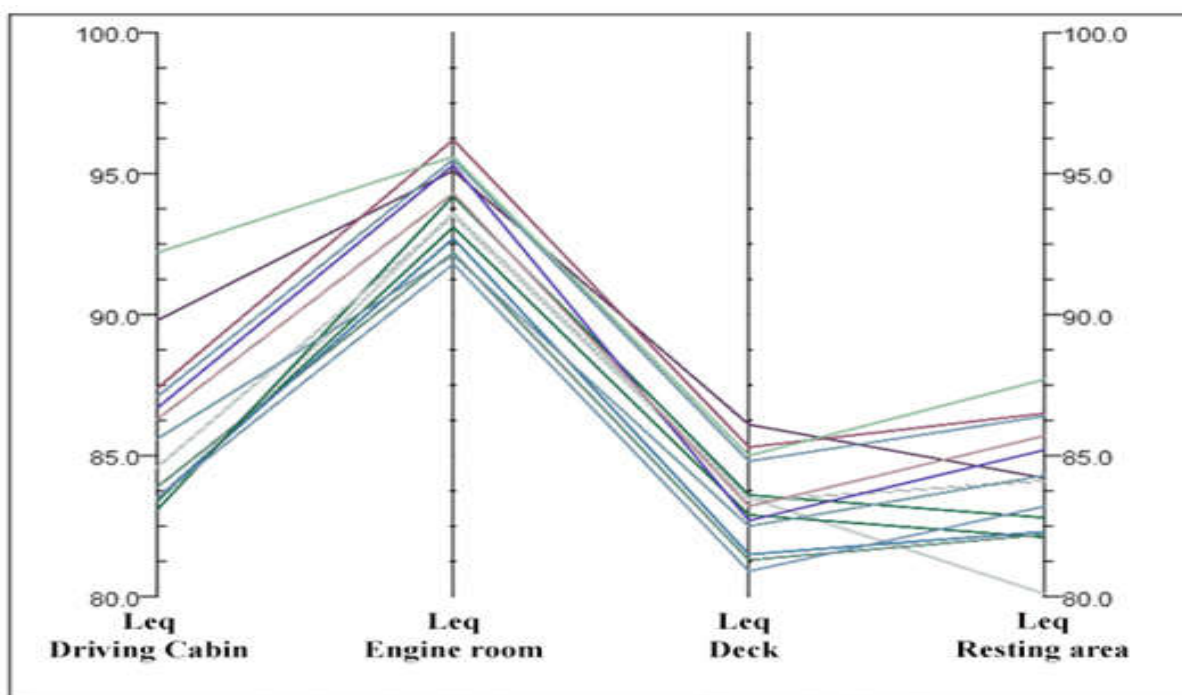
III. KẾT QUẢ

3.1. Đặc điểm đối tượng nghiên cứu:

Bảng 1. Đặc điểm đối tượng nghiên cứu (n=159)

| Biến số | Tần số (n) | Tỷ lệ % | |
|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------|------|
| Tuổi | Trung bình ± SD Khoảng (min – max) | 42,2 ± 5,4 31-58 | |
| Vai trò | Thuyền trưởng | 14 | 8.8 |
| | Thợ máy | 14 | 8.8 |
| | Ngư dân bình thường | 131 | 82.4 |
| Tuổi nghề (tính trên tàu cá hiện tại) | <10 năm | 28 | 23.9 |
| | 10-20 năm | 78 | 49.1 |
| | > 20 năm | 43 | 27.0 |

Nhận xét: Có 159 ngư dân tham gia vào nghiên cứu, trong đó có 14 thuyền trưởng, 14 thợ máy và 131 ngư dân bình thường từ 31 đến 58 tuổi và độ tuổi trung bình là 42,2 ± 5,4. Tỷ lệ ngư dân có tuổi nghề từ 10-20 chiếm tỷ lệ 49,1%.



Biểu đồ 1. Cường độ tiếng ồn ở các khu vực khác nhau của tàu cá

Nhận xét: Phòng máy là nơi có cường độ tiếng ồn cao nhất (91,8 – 96,2 dBA), tiếp đến là buồng lái (83,1 – 92,2 dBA). 2 khu vực có cường độ tiếng ồn thấp hơn và Boong tàu và khu vực nghỉ ngơi.

3.2. Tình trạng phơi nhiễm tiếng ồn của ngư dân

Bảng 2. Thời gian phơi nhiễm tiếng ồn của ngư dân

| Đặc điểm | n | Tỷ lệ % | |
|---|---|------------------------|------|
| Thời gian phơi nhiễm tiếng ồn hằng ngày | Trung bình ± SD (giờ) Khoảng (min – max) (giờ) | 12,3 ± 0,61 11 - 14 | |
| Phơi nhiễm tiếng ồn | TWA 8 giờ > 85 dBA | 113 | 71,1 |
| | TWA 8 giờ ≤ 85 dBA | 46 | 28,9 |

Nhận xét: ngư dân phơi nhiễm tiếng ồn trung bình 12,3 giờ mỗi ngày, thấp nhất là 11 giờ và cao nhất là 14 giờ. Có 113 ngư dân, chiếm 28,9% ngư dân đang phơi nhiễm tiếng ồn trên 85 dBA tính cho 8 tiếng làm việc.

Bảng 3. Tỷ lệ ngư dân phơi nhiễm tiếng ồn trên 85 dBA theo vị trí làm việc

| Vai trò | TWA-8 giờ | |
|---------------------|-----------|-----------|
| | > 85 dBA | ≤ 85 dBA |
| Thuyền trưởng | 12 (85.7) | 2 (14.3) |
| Thợ máy | 13 (92.9) | 1 (7.1) |
| Ngư dân bình thường | 88 (67.2) | 43 (32.8) |

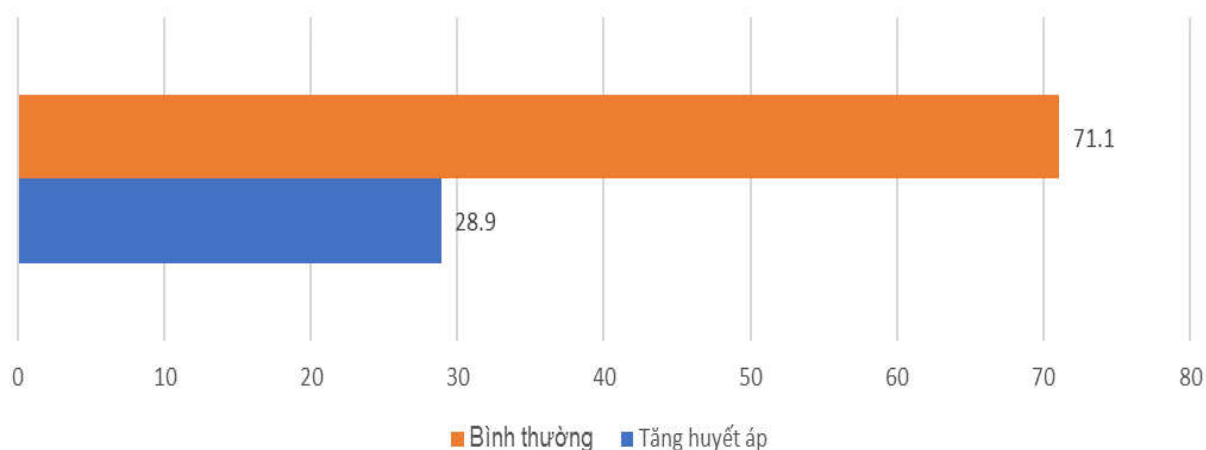
Nhận xét: 85,7% thuyền trưởng và 92,9% thợ máy phơi nhiễm tiếng ồn trên 85 dBA. Tỷ lệ ngư dân bình thường phơi nhiễm tiếng ồn trên 85 dBA là 67,2%.

3.3. Tình trạng tăng huyết áp ở ngư dân

Bảng 4. Một số yếu tố nguy cơ của THA trên đối tượng ngư dân

| Đặc điểm | n | Tỷ lệ % | |
|---|-------------------|---------|------|
| BMI | Bình thường | 87 | 54,7 |
| | Thừa cân | 72 | 45,3 |
| Hút thuốc lá | Không hút – đã bỏ | 63 | 39,6 |
| | Đang hút | 96 | 60,4 |
| Lạm dụng rượu bia (> 2 đơn vị cồn/ngày*) | Không | 130 | 81,8 |
| | Lạm dụng | 29 | 18,2 |
| Chế độ ăn mặn (>5g muối ~1 muỗng/ngày**) | Bình thường | 96 | 60,4 |
| | Ăn mặn | 63 | 39,6 |
| Tiền sử gia đình THA | Có | 37 | 23,3 |
| | Không | 122 | 76,7 |

Nhận xét: Ngư dân có thừa cân chiếm 45,3%, tỷ lệ đang hút thuốc lá là 60,4%, lạm dụng rượu bia chiếm 18,2% và có chế độ ăn mặn là 39,6%. Có 23,3% ngư dân có ba mẹ, anh chị có tiền sử THA.



Biểu đồ 2. Tỷ lệ THA của ngư dân

Nhận xét: Có 71,1% ngư dân được chẩn đoán THA.

Bảng 5. Một số yếu tố liên quan đến tình trạng THA của ngư dân

| Biến số | Tăng huyết áp n (%) | Bình thường n (%) | P |
|---------------------|--|-------------------|--------|
| | Tuổi nghề | | |
| <10 năm | 3(6.7) | 42(93.3) | <0.001 |
| 10-20 năm | 27(31.8) | 58(68.2) | |
| > 20 năm | 16(55.2) | 13(44.8) | |
| | TWA – 8 giờ | | |
| ≤ 85 dBA | 5 (10.9) | 41 (89.1) | 0.001 |
| > 85 dBA | 41 (36.3) | 72 (63.7) | |
| | Vai trò trên tàu | | |
| Ngư dân bình thường | 29 (22.1) | 102 (77.9) | 0.002 |
| Thuyền trưởng | 6 (42.9) | 8 (57.1) | |
| Thợ máy | 11 (78.6) | 3 (21.4) | |
| | Hút thuốc lá | | |
| Không hút | 9(13.0) | 60(87.0) | <0.001 |
| Đang hút | 37(41.1) | 53(58.9) | |
| | Lạm dụng rượu bia (>2 đơn vị cồn/ngày) | | |
| Không lạm dụng | 27(20.8) | 103(79.2) | <0.001 |
| Lạm dụng | 19(65.5) | 10(34.5) | |
| | Chế độ ăn mặn (>5g muối ~1 muỗng/ngày) | | |
| Bình thường | 14(14.6) | 82(85.4) | <0.001 |
| Ăn mặn | 32(50.8) | 31(49.2) | |

Nhận xét: Tuổi nghề, phơi nhiễm tiếng ồn trên 85 dBA – 8 giờ, hút thuốc lá, lạm dụng rượu bia và chế độ ăn mặn có mối liên quan với tình trạng THA của ngư dân.

3.4. Mối liên quan giữa phơi nhiễm tiếng ồn và tăng huyết áp

Bảng 6. Mô hình hồi quy GEE logistic để giải thích tình trạng THA của ngư dân.

| Yếu tố | Crude OR (95% CI) | Adj. OR (95% CI) | p |
|---------------------------|-----------------------|--------------------|-------|
| TWA-8 giờ | 1.403 (1.16 – 1.69) | 1.212 (0.98 -1.49) | 0.075 |
| Tuổi nghề (năm) | 1.129 (1.07 – 1.18) | 1.069 (1.01-1.13) | 0.028 |
| BMI (kg/m ²) | 1.190 (0.99 – 1.42) | 1.279 (1.02-1.59) | 0.029 |
| Chế độ ăn mặn | | | |
| Bình thường | Ref | ref | 0.051 |
| Ăn mặn | 6.046 (2.85 – 12.82) | 2.482 (0.99-6.18) | |
| Lạm dụng rượu bia | | | |
| Không lạm dụng | Ref | ref | 0.055 |
| Lạm dụng | 7.248 (3.02 – 17.39) | 2.827 (0.97-8.16) | |
| Tiền sử gia đình có THA | | | |
| Không | Ref | ref | 0.039 |
| Có | 7.071 (3.16-15.80) | 2.768 (1.05-7.26) | |

Nhận xét: Trong mô hình logistic, tuổi nghề, thừa cân và có tiền sử gia đình có THA là các yếu tố nguy cơ của tình trạng THA của ngư dân. Không có mối liên quan giữa tình trạng phơi nhiễm tiếng ồn với tình trạng THA.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Tình trạng phơi nhiễm tiếng ồn

Thời gian tiếp xúc với tiếng ồn của mỗi ngư dân là khác nhau, mỗi ngư dân có một đặc điểm công việc riêng, chính vì vậy nhóm nghiên cứu sử dụng công thức ở mục 2.6.2. để tính mức độ

phơi nhiễm tiếng ồn quy về 8 tiếng làm việc (TWA-8), nếu vượt quá giới hạn này sẽ dẫn đến các ảnh hưởng xấu cho sức khỏe con người như giảm thính lực, điếc, mất ngủ, bức bối, một số bệnh tim mạch... Kết quả cho thấy có 71,1% ngư dân phơi nhiễm với tiếng ồn ở mức độ có hại (> 85 dBA). Một số nghiên cứu cũng cho thấy ngư dân là đối tượng phơi nhiễm tiếng ồn cao, một số nghiên cứu khác cho rằng cường độ âm thanh mà ngư dân phơi nhiễm từ 90-92 dBA [13].

Cường độ âm thanh lớn nhất được tìm thấy ở phòng máy, đây cũng là nguồn phát ra tiếng ồn của con tàu. Với đặc điểm tàu cá Việt Nam, chỉ có các vách ngăn bằng gỗ mỏng giữa phòng máy và buồng lái, dẫn đến việc buồng lái là khu vực có cường độ tiếng ồn cao tiếp theo sau phòng máy. Điều này giải thích vì sao tỷ lệ thuyền trưởng và thợ máy phơi nhiễm với tiếng ồn trên 85 dBA cho 8 tiếng rất cao, chiếm lần lượt 85,7% và 92,9%.

4.2. Tình trạng THA của ngư dân

Tỷ lệ ngư dân được chẩn đoán THA trong nghiên cứu là 28,9% (biểu đồ 2). Tỷ lệ này cao hơn tỷ lệ THA chung của người Việt trưởng thành là 18,9%. Sự khác biệt này được giải thích do đối tượng ngư dân có nhiều yếu tố nguy cơ hơn so với người bình thường, như hút thuốc lá, lạm dụng rượu bia, bên cạnh đó là chế độ ăn người miền biển mặn hơn người bình thường (bảng 4). So sánh với một số nghiên cứu khác, tỷ lệ THA của chúng tôi cao hơn nghiên cứu trên ngư dân Ấn Độ là 24,5% hay Nigeria là 15% [14],[20]. Một số nghiên cứu khác cho tỷ lệ cao hơn như ở ngư dân Đan Mạch với 44,7% hay 70% ở Brazil [12],[21]. Một số khác biệt ở người châu Á và Bắc Âu, Nam Mỹ hay đối tượng của nghiên cứu này là ngư dân trên 40 tuổi được giải thích cho sự khác biệt về tỷ lệ này [15],[22].

4.3. Mối liên quan giữa THA và phơi nhiễm tiếng ồn

Bảng 5 cho kết quả một số yếu tố liên quan đến tình trạng THA của ngư dân, trong đó có tình trạng phơi nhiễm tiếng ồn trên 85 dBA cho 8 tiếng làm việc với $p=0,001$. Tuy nhiên khi đưa vào mô hình hồi quy đa biến hiệu chỉnh GEE để giải thích tình trạng THA của ngư dân thì yếu tố này không còn ý nghĩa thống kê. Các yếu tố giải thích tình trạng THA của ngư dân bao gồm tuổi nghề, chế độ ăn mặn và tiền sử gia đình có người THA.

Mặc dù một số giả thuyết đề cập đến việc tiếp xúc với tiếng ồn có liên quan đến việc chỉ số huyết áp và dẫn đến tăng huyết áp, nhưng những bằng chứng dịch tễ học vẫn còn hạn chế. Có nhiều quan điểm ủng hộ cũng như phản đối giả thuyết này với các nghiên cứu cụ thể [17],[23].

Nghiên cứu của chúng tôi bị giới hạn về cỡ mẫu vì những khó khăn về nguồn lực cũng như thời tiết. Bên cạnh đó, việc thiếu thiết bị đo tiếng ồn cá nhân (noise dosimeter), sai số nhớ lại về thời gian tiếp xúc với tiếng ồn làm tăng thêm

nguy cơ sai lệch có thể ảnh hưởng đến kết quả nghiên cứu. Trên thực tế, một số quan điểm cho rằng mối liên hệ giữa phơi nhiễm tiếng ồn và THA là một mối liên quan yếu. Phơi nhiễm tiếng ồn chỉ làm tăng chỉ số huyết áp chứ không gây ra tình trạng tăng huyết áp [18],[24]. Một số nghiên cứu khác thì cho rằng không có mối liên quan giữa phơi nhiễm tiếng ồn và THA. Gan và cộng sự cho rằng không có mối liên quan giữa 2 yếu tố này sau khi thực hiện nghiên cứu trên 4548 đối tượng nghiên cứu [18]. Hay một nghiên cứu tổng quan hệ thống khác trên 43 nghiên cứu dịch tễ học về phơi nhiễm tiếng ồn và các bệnh tim mạch, đã cho kết quả rằng mặc dù chúng ta có thể kết luận tiếp xúc với tiếng ồn có thể góp phần vào sự phổ biến của bệnh tim mạch nhưng bằng chứng về mối quan hệ này vẫn không thuyết phục vì những yếu tố gây nhiễu, sai lệch [19].

V. KẾT LUẬN

71,1% ngư dân phải chịu tiếng ồn tại nơi làm việc cao hơn 85 dBA trong tám giờ làm việc (TWA-8 giờ) mỗi ngày. Hầu hết các thợ máy và thuyền trưởng đều phải chịu tiếng ồn ở nơi làm việc cao hơn tiêu chuẩn, với 85,7% cho thuyền trưởng và 92,9% cho thợ máy.

Không có mối quan hệ đáng kể giữa tăng huyết áp và phơi nhiễm với tiếng ồn vượt quá 85 dBA trong 8 giờ (TWA-8 giờ) với mô hình hồi quy logistic phù hợp. Nghiên cứu cho thấy tuổi nghề, BMI cao và có cha mẹ, anh chị em bị tăng huyết áp làm tăng nguy cơ tăng huyết áp cho ngư dân.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Signe Annie Sønvisen, T. T., Ingunn M. Holmen, Anita Øren. (2017). Working environment and health in the fishing fleet results from a survey amongst Norwegian fisher. *Int Marit Health*, 68(4), 203–210.
2. ElSaadawy, M., Soliman, N., ElTayeb, I., & Hammouda, M. (2014). Some occupational health hazards among fishermen in Alexandria city. *Gaziantep Medical Journal*, 20(1), 71. doi:10.5455/gmj-30-44689
3. Helle Østergaard, J. R. J., Gabriele Berg-Beckhoff. (2016a). The workload of fishermen: a cross sectional survey among Danish commercial fishermen. *Int Marit Health*, 67(2), 97–103.
4. Tamrin, R. L. N. a. S. B. H. M. (2014). The Prevalence of Occupational Stress as a Non-Auditory Effect of Noise among Palm Oil Mill Workers in 7 Sections of Two Selected Mills.

Asian J. Med. Pharm. Res., 4(2), 78-84.

5. Anne Carroll, S. C., Frank Henry, Geoff Mellor, Adele Gliddon, Dick Langford, Geoff Davis. (2004). *The health effects of environmental noise – other than hearing loss*. Retrieved from Australia:

6. Mathias Basner, W. B., Adrian Davis, Mark Brink, Charlotte Clark, Sabine Janssen, Stephen Stansfeld (2014). Auditory and non-auditory effects of noise on health. *Lancet*, 383(9925), 1325–1332.

7. Ristovska, G., & Lekaviciute, J. (2013). Environmental noise and sleep disturbance: research in Central, Eastern and South-Eastern Europe and Newly Independent States. *Noise Health*, 15(62), 6-11. doi:10.4103/1463-1741.107147

8. Jack C. Westman, J. R. W. (1981). Noise and Stress: A Comprehensive Approach. *Environmental Health Perspectives*, 41, 291-309.

9. Babisch, W. (2002). Stress hormones in the research on cardiovascular effects of noise. *Noise and Health*, 5, 1-11.

10. Babisch, W. (2003). The noise/stress concept, risk assessment and research needs. *Noise and Health*, 5(18), 1-11.

11. Selander J, N. M., Bluhm G, Rosenlund M, Lindqvist M, Nise G. (2009). Long-Term Exposure to Road Traffic Noise and Myocardial Infarction. *Epidemiology*, 20(2), 272-279

12. Mingshan Tu, J. R. J. (2016). Hypertension among Danish seafarers. *Int Marit Health*, 67(4), 196–204.

13. Levin, J. L., Curry, W. F., 3rd, Shepherd, S., Nalbone, J. T., & Nonnenmann, M. W. (2016). Hearing Loss and Noise Exposure Among Commercial Fishermen in the Gulf Coast. *J Occup Environ Med*, 58(3), 306-313. doi:10.1097/JOM.0000000000000642

14. Zytoon, M. A. (2013). Occupational noise exposure of fishermen aboard small and medium-scale fishing vessels. *International Journal of Industrial Ergonomics*, 43(6), 487-494. doi:10.1016/j.ergon.2012.08.001

15. Ahmad Nadeem Aslami, A. J., Vincy Nelson, Sony Simon. (2015). Prevalence of hypertension in a fishermen colony of district Kollam, Kerala: A cross-sectional study. *Research Journal of Pharmaceutical, Biological and Chemical Sciences*, 6(4) 1029.

16. Borzecki AM, G. M., Kader B, Berlowitz

DR. (2006). The effect of age on hypertension control and management. *Am J Hypertens*, 19(5), 520-527.

17. Assunta, C., Ilaria, S., Simone, D. S., Gianfranco, T., Teodorico, C., Carmina, S., . . . Valeria, R. M. (2015). Noise and cardiovascular effects in workers of the sanitary fixtures industry. *International Journal of Hygiene and Environmental Health*, 218(1), 163-168. doi:https://doi.org/10.1016/j.ijheh.2014.09.007

18. Kalantary, S., Dehghani, A., Yekaninejad, M. S., Omid, L., & Rahimzadeh, M. (2015). The effects of occupational noise on blood pressure and heart rate of workers in an automotive parts industry. *ARYA Atherosclerosis*, 11(4), 215-219

19. Gan, W. Q., & Mannino, D. M. (2018). Occupational Noise Exposure, Bilateral High-Frequency Hearing Loss, and Blood Pressure. *Journal of occupational and environmental medicine*, 60(5), 462-468

20. Van Kempen, E. E., Kruize, H., Boshuizen, H. C., Ameling, C. B., Staatsen, B. A., & de Hollander, A. E. (2002). The association between noise exposure and blood pressure and ischemic heart disease: a meta-analysis. *Environmental Health Perspectives*, 110(3), 307-317.

21. Begossi B. Blood Pressure and Hypertension among Coastal Fishermen in South-east Brazil. *Journal of Community Medicine & Health Education* 2013; 04

22. Gurven M, Blackwell AD, Rodríguez DE, Stieglitz J, Kaplan H. Does blood pressure inevitably rise with age?: longitudinal evidence among forager-horticulturalists. *Hypertension (Dallas, Tex : 1979)* 2012; 60(1): 25-33

23. Dratva J, Phuleria HC, Foraster M, Gaspoz JM, Keidel D, Künzli N et al. Transportation noise and blood pressure in a population-based sample of adults. *Environmental health perspectives* 2012; 120(1): 50-55.

24. Sørensen M, Hvidberg M, Hoffmann B, Andersen ZJ, Nordsborg RB, Lillelund KG et al. Exposure to road traffic and railway noise and associations with blood pressure and self-reported hypertension: a cohort study. *Environmental health : a global access science source* 2011; 10: 92.

SUMMARY

Introduction: Fishermen work in an unfavorable working environment, face disadvantages such as harsh weather conditions, prolonged working time with hard labor and are effected by adverse environmental factors, in which noise is the most common agent but there are very few studies on the effects of noise to fishermen's health especially on blood pressure. Methodology: A crosssectional study was conducted on 159 fishermen who were working in 14 offshore ships, a sound level metter was used for noise measurement and the noise exposures were calculated based on the time weighted average in 8 hours working. Structured questionnaires were used for interviewing, blood pressure was measured by trained local doctors. Results: It was found that 71.1% fishermen were expose to the working noise which is over 85 dBA for eight working hours a day. The highest average sound level was recorded in the engine room (min-max: 91.8-96.2), follow by driving cabin (min-max: 83.1-92.2). Blood pressure measuments gave result with 28.9% hypertensive fishermen. There was not statistically significant between hypertension and exposure to noise. Conclusions: It can be concluded that almost three quarters of the fishermen exposed to noise in the working environment exceeds 85 dBA for 8 hours. Futher studies are required to provide comprehensive approach between noise and hypertension. Keywords: fishermen, noise exposure, TWA8, hypertension

TỶ LỆ THỪA CÂN – BÉO PHÌ Ở NGƯỜI TRƯỞNG THÀNH TẠI THÀNH PHỐ PLEIKU, TỈNH GIA LAI NĂM 2020

Nguyễn Thị Thanh Mai¹, Nguyễn Thanh Hà²,
Phạm Văn Doanh¹, Hoàng Xuân Hạnh¹, Nguyễn Thị Kim Ngân³
¹Viện Vệ sinh dịch tễ Tây Nguyên
²Trường Đại học Y tế công cộng Hà Nội
³Trung tâm Kiểm soát bệnh tật tỉnh Gia Lai

TÓM TẮT

Mục tiêu: Xác định tỷ lệ thừa cân - béo phì ở người trưởng thành tại thành phố Pleiku tỉnh Gia Lai năm 2020. **Phương pháp nghiên cứu:** nghiên cứu cắt ngang mô tả. Tiến hành cân đo nhân trắc và phỏng vấn 550 đối tượng người trưởng thành trên địa bàn thành phố Pleiku năm 2020. **Chọn mẫu:** trong 23 xã/ phường thuộc thành phố Pleiku, chọn 1 phường và 1 xã, bốc ngẫu nhiên 2 tổ dân phố của phường và 2 thôn/ buôn của xã. **Phương pháp thu nhập số liệu:** Thu thập số đo về cân nặng, chiều cao, phần trăm khối lượng mỡ cơ thể, vòng hông, vòng eo (VE), tỷ lệ vòng eo/vòng mông (VE/VM) và phỏng vấn tần suất, thói quen ăn uống của đối tượng để tìm mối liên quan. **Kết quả:** tỷ lệ thừa cân là 35,6%, béo phì chiếm 5,1%. Thừa cân – béo phì ở nam giới chiếm 32,6%, nữ giới là 37,2%. VE/VM ở nam giới chiếm tỷ lệ 18,9%; nữ giới là 20,3%. Khối lượng mỡ cơ thể cao ở nam chiếm tỷ lệ 24,5% và nữ là 19,4%. **Kết luận:** Thừa cân ở người trưởng thành ở thành phố Pleiku chiếm tỷ lệ cao, cần có những biện pháp truyền thông sức khỏe tới cộng đồng để hạn chế tình trạng thừa cân – béo phì đang gia tăng hiện nay.

Từ khóa: thừa cân – béo phì, người trưởng thành, thành phố Pleiku tỉnh Gia Lai.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Thừa cân - béo phì (TC – BP) là tình trạng tích lũy mỡ thái quá và không bình thường một cách cục bộ hay toàn thể tới mức ảnh hưởng xấu đến sức khỏe, hiện đang có xu hướng gia tăng ở nhiều nước trên thế giới ngay cả những nước đang phát triển khi tỷ lệ suy dinh dưỡng còn cao. Thừa cân - béo phì luôn đi đôi với bệnh tật đặc biệt là những bệnh không lây nhiễm như bệnh tim mạch, ung thư, đái tháo đường, tăng mỡ máu vì vậy việc phòng chống thừa cân - béo phì là một trong ưu tiên cấp bách hàng đầu của mỗi quốc gia [1].

Nghiên cứu được thực hiện nhằm mục tiêu xác định tỷ lệ thừa – cân béo phì ở các đối tượng thuộc độ tuổi trưởng thành tại thành phố Pleiku, tỉnh Gia Lai năm 2020. Từ đó đưa ra một số khuyến nghị nhằm hạn chế tình trạng thừa cân – béo phì trên địa bàn.

Chịu trách nhiệm: Nguyễn Thị Thanh Mai
Email: thanhmai.cns@gmail.com
Ngày phản biện: 09/8/2020
Ngày xuất bản: 20/10/2020

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng và địa điểm nghiên cứu

Người trưởng thành (độ tuổi từ 20 – 69 tuổi) hiện đang sinh sống, có hộ khẩu tại thành phố Pleiku, tỉnh Gia Lai, không phân biệt tuổi, giới, dân tộc; Người có khả năng trả lời câu hỏi phỏng vấn và đồng ý tham gia phỏng vấn.

Địa điểm: Nghiên cứu đã tiến hành tại phường Hội Thương và xã Chư Á của thành phố Pleiku.

2.2. Thiết kế nghiên cứu

Sử dụng nghiên cứu cắt ngang mô tả

2.3. Cỡ mẫu

Cỡ mẫu của nghiên cứu được tính theo công thức cỡ mẫu một tỷ lệ, theo đó điều tra là 550 người. Theo công thức cỡ mẫu cho mỗi tầng ta có số mẫu ở xã Chư Á là $n_x = 128$ người, số mẫu ở phường Hội Thương là $n_p = 422$ người

2.4. Phương pháp chọn mẫu

Sử dụng phương pháp lấy mẫu ngẫu nhiên phân tầng

Chọn xã/ phường: Thành phố Pleiku có 14 phường nội thành và 9 xã ngoại thành. Bốc thăm ngẫu nhiên chọn 2 xã/ phường là phường Hội Thương và xã Chư Á

- Chọn tổ dân phố/ thôn/ buôn: Lập danh sách các tổ dân phố/ thôn/ buôn từ phường Hội Thương và xã Chư Á. Bốc ngẫu nhiên chọn được tổ 5 và tổ 6 thuộc phường Hội Thương; thôn 1 và Mơ Nú của xã Chư Á

- Chọn đối tượng: Lập danh sách tất cả các đối tượng từ 20 – 69 tuổi hiện đang sống tại cụm dân cư đã chọn, sau đó chọn mẫu ngẫu nhiên đơn cho đến khi đủ số lượng đối tượng nghiên cứu theo cỡ mẫu mỗi tầng.

2.5. Phương pháp thu thập số liệu

Sử dụng phương pháp nhân trắc học để đánh giá tình trạng dinh dưỡng của đối tượng nghiên cứu. Thu thập số đo về cân nặng, chiều cao, phần trăm khối lượng mỡ cơ thể, vòng

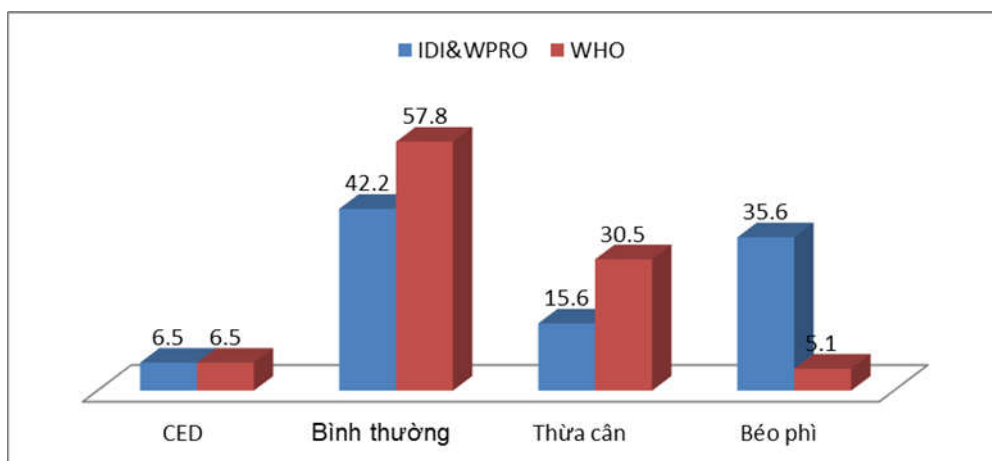
hông, vòng eo, tỷ lệ VE/VM và phỏng vấn tần suất, thói quen ăn uống của đối tượng để tìm mối liên quan.

2.6. Xử lý số liệu

Nhập và làm sạch số liệu bằng phần mềm nhập liệu Epi Data 3.1 và phân tích số liệu bằng phần mềm SPSS 22.0.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Mẫu điều tra là 550 đối tượng hiện đang sinh sống tại phường Hội Thương và xã Chư Á thành phố Pleiku. Theo khuyến nghị của Viện Dinh Dưỡng năm 2011 nên đề tài chúng tôi sử dụng thang phân loại tình trạng dinh dưỡng của WHO để đánh giá tình trạng thừa cân – béo phì(TC- BP) ở người trưởng thành.



Biểu đồ 1: Tỷ lệ hiện mắc TC-BP theo BMI (WHO và WPRO)

Theo phân loại của WPRO tỷ lệ thừa cân chiếm 15,6% (BMI ≥ 23), béo phì chiếm tỷ lệ 35,6% (BMI > 25). Còn theo phân loại của WHO tỷ lệ thừa cân chiếm 30,5% (BMI ≥ 25), béo phì chiếm tỷ lệ 5,1% (BMI > 30). Với tỷ lệ BMI của WHO thì hiện tại người trưởng thành tại khu vực nghiên cứu chủ yếu đang ở dạng thừa cân là chủ yếu.

Bảng 1: Tình trạng dinh dưỡng phân bố theo đặc điểm chung đối tượng nghiên cứu

| Đặc điểm | Tình trạng dinh dưỡng (n, %) | | | p_value |
|------------|------------------------------|-------------|-------------|---------|
| | ¹ CED | Bình thường | TC-BP | |
| Giới | | | | p = 0,5 |
| Nam | 15(7,9%) | 113(59,5%) | 62 (32,6%) | |
| Nữ | 23 (6,4%) | 203 (56,4%) | 134 (37,2%) | |
| Nhóm tuổi | | | | p=0,002 |
| 20-29 tuổi | 13(12,7%) | 67 (65,7%) | 22 (21,6%) | |
| 30-39 tuổi | 16 (9,4%) | 100 (58,8%) | 54 (31,7%) | |
| 40-49 tuổi | 2 (3,1%) | 35 (53,8%) | 28 (43,1%) | |
| 50-59 tuổi | 5 (3,8%) | 69 (52,3%) | 58(43,9%) | |
| 60-69 tuổi | 2 (2,5%) | 45 (55,6%) | 34 (42,0%) | |

| | | | | |
|------------------|-----------|-------------|-------------|---------|
| Nơi cư trú | | | | p=0,19 |
| Nội thành | 31 (7,3%) | 249 (59,0%) | 142 (33,6%) | |
| Ngoại thành | 7 (5,5%) | 67 (52,3%) | 54 (42,2%) | |
| Dân tộc | | | | p=0,7 |
| Kinh | 27 (6,5%) | 242 (58,5%) | 147 (35,3%) | |
| Gia Rai | 11 (8,2%) | 74 (44,2%) | 49 (36,6%) | |
| Nghề nghiệp | | | | p=0,3 |
| CBVC | 5 (9,6%) | 32 (61,55) | 15 (28,8%) | |
| Công nhân | 2 (4,8%) | 24 (57,1%) | 16 (38,1%) | |
| Nông dân | 8 (6,5%) | 70 (56,5%) | 46 (37,1%) | |
| Buôn bán | 9 (6,2%) | 74 (50,7%) | 63 (43,2%) | |
| Nội trợ | 5 (4,8%) | 67 (64,4 %) | 32 (30,7%) | |
| Khác | 9 (11,0%) | 49 (59,8%) | 24 (29,3%) | |
| Trình độ học vấn | | | | p=0,056 |
| Mù chữ | 5 (9,65) | 24 (46,2%) | 23 (44,2%) | |
| Tiểu học | 4 (3,1%) | 65 (51,2%) | 58 (45,7%) | |
| THCS | 19 (7,5%) | 154 (60,4%) | 82 (32,2%) | |
| THPT | 10 (8,8%) | 71 (62,3%) | 33 (28,9%) | |
| TC/CĐ/ĐH | 0 (0%) | 2 (100%) | 0 (0%) | |

¹CED: thiếu năng lượng trường diển Tổng số nam giới trong nghiên cứu có 190 đối tượng (chiếm 34,5%), trong đó 7,9% đối tượng CED (BMI < 18,5), 59,5% đối tượng có cân nặng bình thường; đối tượng bị thừa cân – béo phì chiếm 32,6% . Nữ giới có 360 đối tượng (65,5%) trong đó tỷ lệ đối tượng CED, bình thường, TC- BP lần lượt là 6,4%, 56,4% và 37,2%. Tỷ lệ thừa cân- béo phì ở nữ giới cao hơn so với nam giới. Sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê (p>0,05).

Nhóm tuổi thì 50 – 59 có tình trạng TC – Bp cao nhất chiếm tỷ lệ 43,9%, trong khi đó nhóm tuổi 20- 29 chiếm tỷ lệ thấp nhất 21,6%. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê (p<0,05).

Tỷ lệ thừa cân, béo phì ở khu vực ngoại thành là 42,2% cao hơn so với khu vực nội thành (33,6%). Sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê (p>0,05).

Thừa cân- béo phì ở dân tộc kinh chiếm tỷ lệ 35,3% thấp hơn so với dân tộc Gia Rai(36,6%). Sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê (p>0,05). Sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê (p>0,05).

Tỷ lệ thừa cân – béo phì ở nhóm đối tượng buôn bán chiếm tỷ lệ 43,2% cao nhất trong nhóm nghề nghiệp, thấp nhất là cán bộ công dân viên chức (28,8%). Sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê (p>0,05).

Đối tượng có trình độ học vấn bậc tiểu học có tỷ lệ TC- BP chiếm tỷ lệ cao 45,7%. Không có đối tượng TC-BP nào trong nhóm trình độ học vấn từ trung cấp trở lên. Sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê (p>0,05).

Bảng 2: Phân bố các đối tượng có tỷ lệ phần trăm lượng mỡ cơ thể theo giới tính, cư trú, BMI

| Yếu tố | Phần trăm mỡ cơ thể | | p_ value OR ; 95%CI |
|-------------|---------------------|-------------|------------------------|
| | Bình thường | Cao | |
| Giới | | | p= 0,2 |
| Nam | 314 (75,5%) | 102 (24,5%) | OR = 0,741 |
| Nữ | 108 (80,6%) | 26 (19,4%) | 95%CI= 0,457-1,201 |
| Cư trú | | | p= 0,6 |
| Nội thành | 322 (76,3%) | 100 (23,7%) | OR= 0,902 |
| Ngoại thành | 100 (78,1%) | 28 (21,9%) | 95%CI= 0,560- 1,450 |
| BMI | | | p= 0,000 |
| CED | 30 (85,7%) | 8 (21,1%) | |
| Bình thường | 194 (61,4%) | 122 (38,6%) | |
| TC –BP | 62 (31,6%) | 134 (68,4%) | |

Tỷ lệ mỡ phần trăm mỡ cơ thể cao ở nam giới chiếm tỷ lệ 24,5% cao hơn so với nữ giới (19,4%). Sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê ($p>0,05$).

Nội thành có tỷ lệ phần trăm mỡ cơ thể cao chiếm tỷ lệ 23,7% cao hơn so với ngoại thành (21,9%). Sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê ($p>0,05$).

Những đối tượng có phần trăm mỡ cơ thể cao có tình trạng dinh dưỡng bình thường chiếm tỷ lệ cao nhất (46,9%). Có sự khác biệt giữa phần trăm khối lượng mỡ cơ thể và chỉ số khối BMI. ($p<0,05$)

Bảng 3: Phân bố các đối tượng có tỷ lệ VE/VM và VE theo giới

| Giới | Bình thường | | Cao | | p_value ; OR; 95%CI |
|--------------------|-------------|------|-----|------|---|
| | N | % | n | % | |
| Vòng eo/ vòng hông | | | | | |
| Nam | 154 | 81,1 | 36 | 18,9 | p= 0,000 OR=7,3 95%CI= 4,848- 11,262 |
| Nữ | 132 | 36,7 | 228 | 63,3 | |
| Chung | 286 | 52,0 | 264 | 48,0 | |
| Vòng eo | | | | | |
| Nam | 186 | 97,9 | 4 | 2,1 | p= 0,000 OR=11,8 95%CI= 4,251- 32,907 |
| Nữ | 287 | 79,7 | 73 | 20,3 | |
| Chung | 473 | 86,0 | 77 | 14,0 | |

Tỷ lệ VE/VM của nữ giới (63,3%) cao gấp 7,3 lần so với tỷ lệ VE/VM ở nam giới (18,9%). Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p<0,05$).

Tỷ lệ VE cao ở nữ giới (20,3%) cao gấp 11,8 lần so với VE của nam giới (2,1%). Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p<0,05$).

IV. BÀN LUẬN

Chỉ số BMI (Body mas index) là một hệ thống phân loại cân nặng trung tính theo giới tính, BMI là thước đo cân nặng của một người so với chiều cao. Để đánh giá tình trạng thừa cân – béo phì tại thành phố Pleiku năm 2020, chúng tôi sử dụng bảng phân loại đánh giá của WHO (1998) BMI ≥ 25 được gọi là thừa cân và BMI > 30 được gọi là béo phì [2, 3]. Theo phân loại của WHO hiện nay thì Gia Lai đang ở mức độ thừa cân (30,5%) nhiều hơn là béo phì. Tình trạng thừa cân – béo phì ở thành phố Pleiku cao hơn hẳn so với kết quả nghiên cứu của Đặng Oanh tại Đăk Lăk (17%) và nghiên cứu của Nguyễn Nhật Cẩm năm 2016 tại Hà Nội (14,88%) [5] nhưng lại thấp hơn so với nghiên cứu của Võ Thị Hồng Phượng trên 386 cán bộ trong trường Đại học Quy Nhơn (47,15%) [6]. Nghiên cứu một số nhóm dân tộc sinh sống trên lãnh thổ Việt Nam năm 2012 – 2013 ở 2 nhóm tuổi 16 – 22 và 36 – 42, Dương Tuấn Linh và cộng sự cho thấy tỷ lệ thừa cân và béo phì lần lượt là 6,13% và 0,71%. Như vậy, thừa cân- béo phì không chỉ xuất hiện ở nhóm dân tộc chiếm đa số mà cũng đã xuất hiện cả ở những nhóm dân tộc thiểu số trên lãnh thổ Việt Nam ở độ tuổi bắt đầu trưởng thành. So sánh với một nghiên cứu được phân tích dữ liệu 68,5 triệu người

đánh giá tỷ lệ thừa cân – béo phì ở người trưởng thành từ năm 1980 đến năm 2015, cho thấy kể từ năm 1980 tỷ lệ béo phì đã tăng gấp đôi ở hơn 70 quốc gia và không ngừng gia tăng ở những quốc gia khác [7]. Điều này cho ta thấy ở Việt Nam cùng với điều kiện kinh tế xã hội phát triển tình trạng thừa cân – béo phì tăng theo từng năm không riêng gì những tỉnh thành lớn ngay cả những tỉnh lẻ cũng có xu hướng tăng nhanh, khó kiểm soát.

Tỷ lệ phần trăm mỡ cơ thể được xem như là chỉ tiêu có giá trị để nhận định tình trạng dinh dưỡng ở người trưởng thành. Điểm ngưỡng tỷ lệ mỡ cơ thể (đo bằng cân OMRON) khi béo phì là 30% ở nữ và $> 20\%$ ở nam. Kết quả điều tra cho thấy, tỷ lệ người trưởng thành có tỷ lệ mỡ cơ thể cao là 19,4% ở nữ và 24,5% ở nam. Kết quả này cũng tương đồng với nghiên cứu của Đặng Oanh tại ĐăkLăk khi tỷ lệ phần trăm lượng mỡ cơ thể cao ở nam giới chiếm tỷ lệ 25,17% cao hơn so với nữ giới (19,17%). Ở nội thành tỷ lệ phần trăm lượng mỡ cơ thể cao hơn ngoại thành (23,7% và 21,9%), tương đồng với nghiên cứu của Đặng Oanh. Khi so sánh giữa tỷ lệ phần trăm mỡ cơ thể và chỉ số BMI thì tỷ lệ phần trăm mỡ cơ thể luôn có xu hướng cao hơn so với tỷ lệ béo phì dựa vào chỉ số BMI.

Trong điều tra này, tỷ lệ VE/VM được dùng để đánh giá tình trạng béo bụng chiếm tỷ lệ 48% ($p<0,05$). Tình trạng béo bụng ở nữ giới chiếm tỷ lệ 63,3% cao hơn so với nam giới 18,9% và VE cũng cho thấy tỷ lệ nữ giới có số đo cao hơn nam giới lần lượt là 51,4% và 22,1% ($p<0,05$). So với nghiên cứu của Đặng Oanh thì tỷ lệ VE/VM

là 55% và VE/VM của nữ cũng cao hơn so với nam giới (36,67% và 18,33%). Một nghiên cứu ở Malaysia ở người trưởng thành cho thấy tỷ lệ béo bụng ở VE là 23,8% (nam) và 66,4% (nữ) và chỉ số VE/VM là 6,2% (nam) và 54,2% (nữ) [8]. Kết quả này tương đồng với nhiều nghiên cứu khác, điều này cũng phù hợp với thực tế vì ở phụ nữ lượng cơ thường chỉ bằng 2/3 lượng cơ ở nam giới nhưng lượng mỡ thường gấp đôi nam giới. Béo bụng làm tăng nguy cơ một số bệnh nghiêm trọng như ung thư vú, tiểu đường, tim mạch, tăng huyết áp và cũng làm tăng nguy cơ tử vong cao

IV. KẾT LUẬN VÀ KIẾN NGHỊ

4.1. Kết luận

Kết quả nghiên cứu cho thấy tỷ lệ thừa cân – béo phì theo phân loại của WHO chiếm tỷ lệ khá cao 30,5%. Tỷ lệ thừa cân – béo phì ở nữ giới (37,2%) chiếm tỷ lệ cao hơn nam giới (32,6%). Tỷ lệ thừa cân – béo phì ngoại thành chiếm tỷ lệ 42,2% cao hơn nội thành (33,6%). Thừa cân – béo phì tăng dần theo nhóm tuổi (21,6%; 31,7%; 43,1%; 43,9%) và giảm ở nhóm trên 60 tuổi (42,0%). Tỷ lệ phần trăm khối lượng mỡ cơ thể và tỷ lệ VE/VM cũng chiếm tỷ lệ cao.

4.2. Kiến nghị

Tăng cường các nội dung hoạt động truyền thông, nâng cao kiến thức về dinh dưỡng, các nguy cơ, tác nhân gây nên thừa cân – béo phì cho người trưởng thành trên địa bàn tỉnh Gia Lai.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. WHO. Obesity. 2015.
2. Obesity begins early, (2014).
3. Strasser B. Physical activity in obesity and metabolic syndrome. *Annals of the New York Academy of Sciences*. 2013;1281(1):141 - 59.
4. Đặng Oanh và cs. “Tình trạng thừa cân - béo phì của người trưởng thành ở tỉnh Đắk Lắk năm 2009”. Đề tài cấp cơ sở của Viện Vệ Sinh Dịch Tễ Tây Nguyên 2009
5. Nguyễn Nhật Cẩm NTTTT, Nguyễn Thị Kiều Anh Tình trạng dinh dưỡng và một số yếu tố liên quan đến tình trạng thiếu năng lượng trường diễn, thừa cân -béo phì ở người trưởng thành tại thành phố Hà Nội, năm 2016. *Tạp chí Y học dự phòng* 2017;Tập 27, phụ bản(số 6).
6. Võ Thị Hồng Phượng. “Thực trạng thừa cân – béo phì ở cán bộ và giáo viên trường đại học Quy Nhơn”. *Tạp chí khoa học* 2019;13(2):88.
7. GBD 2015 Obesity Collaborators; Ashkan Afshin MHF. Health Effects of Overweight and Obesity in 195 Countries over 25 Years. *National Library of Medicine*. 2017;377(1):13-27.
8. Norfazilah Ahmad SIMAaHFG. Abdominal Obesity Indicators: Waist Circumference or Waist-to-hip Ratio in Malaysian Adults Population. 2016;7(28).

SUMMARY

THE RATE OF OVERWEIGHT - OBESITY IN ADULTS IN PLEIKU CITY, GIA LAI PROVINCE BY 2020

Nguyễn Thị Thanh Mai¹, Nguyễn Thanh Hà², Phạm Văn Doanh¹,
Hoàng Xuân Hạnh¹, Nguyễn Thị Kim Ngân³

¹Tay Nguyen Institute of Hygiene and Epidemiology

²Hanoi University of Public Health

³Gia Lai Center for Disease Control

Target: Determine the rate of overweight - Obesity in adults in Pleiku City, Gia Lai province by 2020. Research Methods: descriptive cross-sectional study. In 2020, conduct anthropometric weighing and interviewing 550 adult subjects in Pleiku city. Sample selection: in 23 communes / wards of Pleiku city, choose 1 ward and 1 commune, randomly pick 2 population groups streets of the ward and 2 villages / hamlets of the commune. Data collection method: Collect measurements of weight, height, percent body fat mass, waist circumference, and interview the frequency and eating habits of subjects to find the relationship. The results: the rate of overweight was 35.6%, obesity accounted for 5.1%. Overweight - obesity in men accounts for 32.6%, and women 37.2%. VE / VM in men accounted for 18.9%; female is 20.3%. High body fat mass in men accounts for 24.5% and women 19.4%. Conclusion: Overweight among adults in Pleiku city accounts for a high proportion. There is a need for health communication measures to the community to limit the current increasing overweight - obesity situation.

Keywords: overweight - obesity, adults, Pleiku city, Gia Lai province

THỰC TRẠNG MỨC ĐỘ Ô NHIỄM HÓA HỌC TRONG NGUỒN NƯỚC NGẦM XUNG QUANH KHU VỰC MAI TÁNG TRÊN ĐỊA BÀN 4 TỈNH TÂY NGUYÊN, NĂM 2018 – 2019

Lê Trọng Hiếu, Phạm Thị Liên, Phạm Thị Kim Dung
Viện Vệ sinh Dịch tễ Tây Nguyên

TÓM TẮT

Nghiên cứu này nhằm đánh giá mức độ ô nhiễm về mặt hóa học trong nguồn nước ngầm xung quanh khu vực mai táng tại thuộc 4 tỉnh Tây Nguyên (Gia Lai, Kon Tum, Đắk Lắk và Đắk Nông). Nghiên cứu mô tả cắt ngang từ tháng 6/2018 đến tháng 6/2019, kết quả cho thấy tỷ lệ phần trăm các thông số không đạt Quy chuẩn nước ăn uống (QCVN 01:2009/BYT) là: 92,5% giá trị pH, 0,83% chỉ số Pecmanganat, 10,83% hàm lượng Nitrate, 2,5% hàm lượng Amoni và Chì, 3,33% hàm lượng Cadimi, 7,50% hàm lượng Sắt và 10,83% hàm lượng Mangan. Từ kết quả này, chúng tôi khuyến nghị người dân vệ sinh xung quanh, xử lý nguồn nước bị ô nhiễm và khai thác nguồn nước xung quanh khu vực mai táng để đảm bảo dùng cho mục đích sinh hoạt, ăn uống.

Từ khóa: Nước ngầm, ô nhiễm nước ngầm, mai táng

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Hiện nay, sự suy giảm và ô nhiễm nguồn nước ngầm do tốc độ đô thị hóa nhanh, các hoạt động công nghiệp, nông nghiệp, gia tăng dân số và nhiều nguyên nhân khác trong đó có hoạt động mai táng. Theo phong tục của người Việt Nam con người sau khi mất được an táng theo hình thức mai táng vẫn đang được áp dụng tại nhiều địa phương. Từ đó dẫn đến các hợp chất hữu cơ và các hợp chất vô cơ được tạo ra do quá trình phân hủy tử thi sẽ phân tán, thẩm thấu vào nguồn nước ngầm gây ô nhiễm nguồn nước. Ngoài ra, hóa chất sử dụng trong trường hợp mai táng người chết do mắc các bệnh truyền nhiễm sẽ gây ra ô nhiễm nguồn nước ngầm [8].

Hiện nay ở khu vực Tây Nguyên chưa có nghiên cứu nào về vấn đề ô nhiễm nguồn nước ngầm xung quanh khu vực mai táng. Để trả lời các vấn đề nguồn nước ngầm xung quanh khu vực mai táng đã bị ô nhiễm hay chưa? Nếu có thì mức độ ô nhiễm đến đâu?

Chúng tôi đã tiến hành nghiên cứu này với mục tiêu: Đánh giá mức độ ô nhiễm về mặt hóa học trong nguồn nước ngầm xung quanh khu vực mai táng.

Chịu trách nhiệm: Lê Trọng Hiếu
Email: hieuvsdtd@gmail.com
Ngày phản biện: 15/9/2020
Ngày xuất bản: 20/10/2020

II. PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Nguồn nước giếng đào xung quanh 4 khu vực mai táng.

2.2. Địa điểm nghiên cứu và thời gian nghiên cứu

Địa điểm nghiên cứu: 4 nghĩa trang thuộc 4 tỉnh Kon Tum, Gia Lai, Đắk Lắk và Đắk Nông.

Thời gian nghiên cứu: Từ tháng 6/2018 đến tháng 6/2019.

2.3. Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu mô tả cắt ngang

2.4. Cỡ mẫu và cách chọn cỡ mẫu nghiên cứu

2.4.1. Cỡ mẫu

Áp dụng công thức tính cỡ mẫu

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

n: Là cỡ mẫu cần cho nghiên cứu

z: 1,96 với độ tin cậy 95% $\alpha = 0,05$

p= 0,4333 (báo cáo tổng kết năm 2014 số 29a/VTN-KH của Viện Vệ sinh Dịch tễ Tây Nguyên cho thấy tỷ lệ ô nhiễm nguồn nước ngầm xung quanh một số khu vực mai táng thuộc tỉnh Đắk Nông là 43,33%).

d: Sai số mong muốn ở nghiên cứu này: $d = \epsilon \cdot p$, chọn $\epsilon = 0,25$ [2].

Ta được $n = 80$ mẫu

Chọn hệ số thiết kế = 1,5 để tăng độ tin cậy, vì vậy tổng số mẫu cần lấy là: $n = 80 \times 1,5 = 120$ mẫu.

2.4.2. Cách chọn mẫu

Tại mỗi tỉnh, bốc thăm ngẫu nhiên một khu vực mai táng của huyện, thị xã hoặc thành phố thuộc tỉnh đó. Lấy mẫu theo thứ tự ưu tiên từ mẫu gần khu mai táng nhất trước sau đó mới đến mẫu xa hơn và chỉ chọn mẫu nước giếng đào.

2.5. Phương pháp thu thập số liệu

Song song với việc lấy mẫu đã chọn chúng tôi tiến hành phỏng vấn thu thập số liệu về giếng

đào và quan sát vệ sinh xung quanh giếng của hộ gia đình đó. Việc lựa chọn người phỏng vấn ưu tiên chủ hộ để phỏng vấn. Nếu không có chủ hộ thì chọn những người thân khác đáng tin cậy để phỏng vấn kèm theo hỏi thêm những thông tin từ nhà bên cạnh để tham khảo thêm.

2.6. Phương pháp phân tích số liệu

Các thông tin về mẫu được mã hóa dưới dạng số trong phần mềm Excel và được phân tích bằng STATA 10.0

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Qua phỏng vấn, quan sát 120 hộ gia đình và phân tích 120 mẫu nước giếng đào của các hộ gia đình này xung quanh 4 khu vực mai táng được kết quả như sau:

Bảng 1: Tình trạng vệ sinh xung quanh giếng của các hộ gia đình

| Số hộ gia đình phỏng vấn | Tiêu chí | Số hộ gia đình đạt | Số hộ gia đình không đạt | Tỷ lệ đạt % |
|--------------------------|---|--------------------|--------------------------|-------------|
| 120 | Giếng cách nhà vệ sinh > 10m | 120 | 0 | 100 |
| 120 | Giếng cách nhà chuồng gia súc > 10m | 120 | 0 | 100 |
| 120 | Giếng cách bãi rác > 10m | 120 | 0 | 100 |
| 120 | Sân giếng bị nứt có nước chảy trực tiếp xuống giếng | 120 | 0 | 100 |

Bảng 2: Các thông số không đạt QCVN 01:2009/BYT

| STT | Thông số | Hàm lượng Min - Max | Hàm lượng trung bình | Số mẫu vượt QCCP | Tỷ lệ % mẫu vượt QCCP |
|-----|----------------|---------------------|----------------------|------------------|-----------------------|
| 1 | pH | 2,43 – 8,84 | 5,14 | 111/120 | 92,50 |
| 2 | COD (mg/l) | 0,08 – 3,21 | 0,34 | 01/120 | 0,83 |
| 3 | Nitrate (mg/l) | <0,01 - 104,02 | 17,81 | 13/120 | 10,83 |
| 4 | Amoni (mg/l) | <0,01 - 11,65 | 0,26 | 03/120 | 2,50 |
| 5 | Chì (mg/l) | <0,0005 - 0,1168 | 0,0026 | 03/120 | 2,50 |
| 6 | Cadimi (mg/l) | <0,0005 - 0,1342 | 0,0336 | 04/120 | 3,33 |
| 7 | Sắt (mg/l) | <0,10 - 2,59 | 0,09 | 09/120 | 7,50 |
| 8 | Mangan (mg/l) | <0,03 - 3,70 | 0,14 | 13/120 | 10,83 |

Bảng 3: Hàm lượng các thông số kim loại tương ứng với độ sâu của giếng

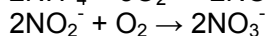
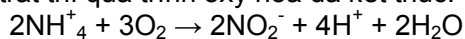
| Chỉ tiêu phân tích | Các chỉ số | Độ sâu giếng (m) | | | |
|--------------------|--------------|------------------|---------|---------|---------|
| | | 4 - 10 | 10 - 20 | 20 - 30 | 30 - 35 |
| Chì (mg/l) | Hàm lượng TB | 0,0026 | 0,0050 | 0,0003 | <0,0001 |
| | Số mẫu KĐ | 1/22 | 2/48 | 0/33 | 0/17 |
| | Tỷ lệ % KĐ | 4,55 | 4,17 | 0,00 | 0,00 |
| Cadimi (mg/l) | Hàm lượng TB | 0,0012 | 0,0029 | <0,0001 | <0,0001 |
| | Số mẫu KĐ | 2/22 | 2/48 | 0/33 | 0/17 |
| | Tỷ lệ % KĐ | 9,09 | 4,17 | 0,00 | 0,00 |
| Sắt (mg/l) | Hàm lượng TB | 0,09 | 0,03 | 0,17 | 0,07 |
| | Số mẫu KĐ | 1/22 | 2/48 | 4/33 | 2/17 |
| | Tỷ lệ % KĐ | 4,55 | 4,17 | 12,12 | 11,76 |
| Mangan (mg/l) | Hàm lượng TB | 0,34 | 0,19 | 0,01 | 0,01 |
| | Số mẫu KĐ | 7/22 | 6/48 | 0/33 | 0/17 |
| | Tỷ lệ % KĐ | 31,82 | 12,50 | 0,00 | 0,00 |

Qua bảng kết quả bảng 1, 2 và 3 ở trên cho thấy tình trạng vệ sinh xung quanh giếng đào của các hộ gia đình đạt yêu cầu và có 8 thông số không đạt Quy chuẩn nước ăn uống, trong đó lớn nhất là pH chiếm 92,50% và thấp nhất là COD chiếm 0,83%.

IV. BÀN LUẬN

Số mẫu có pH không đạt Quy chuẩn là 111/120 mẫu trong đó số mẫu có pH < 6,5 là 110 mẫu (95,20%) và 1/120 mẫu có pH > 8,5 chiếm tỷ lệ (0,83%). Điều này do trong nước ngầm có hàm lượng carbon dioxyt khá cao vì trước khi tới tầng ngậm nước, nước thấm qua vùng rễ cây thực vật là nơi có thể sục giảm oxy hòa tan và nạp khí carbon dioxyt do hoạt động của vi sinh vật.

Về sự chuyển hóa giữa Amoni, Nitrit, Nitrat là sản phẩm của quá trình phân hủy các hợp chất hữu cơ. Nguyên nhân nước ngầm có mặt Amoni, Nitrit, Nitrat là do các hiện tượng xói mòn, xâm thực, hiện tượng sét trong tự nhiên xảy ra tạo thành các hợp chất của Nitơ dẫn tới quá trình nitrat hóa, nitrit hóa rồi ngấm vào nước ngầm hoặc do quá trình phân hủy hợp chất hữu cơ có trong nước ngầm dẫn tới nước ngầm bị ô nhiễm Amoni, Nitrit, Nitrat. Khi nguồn nước ngầm bị nhiễm bẩn bởi các hợp chất hữu cơ thì sản phẩm phân hủy các hợp chất hữu cơ đầu tiên là Amoni tiếp đến là Nitrit và sau cùng là Nitrat. Như vậy nếu nước ngầm chứa Amoni thì coi như nước mới bị ô nhiễm, còn nếu nước ngầm chủ yếu có Nitrit thì nước ngầm bị ô nhiễm thời gian dài hơn và nếu nước ngầm chủ yếu có Nitrat thì quá trình oxy hóa đã kết thúc.



Kết quả phân tích 10 mẫu có hàm lượng Nitrat cao vượt quy chuẩn nước ăn uống thì trong đó có 4 mẫu vừa ô nhiễm Amoni vừa ô nhiễm Nitrat..

Mối tương quan giữa độ sâu của giếng và hàm lượng các kim loại nặng nhận thấy rằng hàm lượng các kim loại chì, cadimi và mangan cho thấy giếng có độ sâu càng lớn thì tỷ lệ ô nhiễm bởi các kim loại này càng giảm dần và độ sâu của giếng lớn hơn 20m thì không ghi nhận được hàm lượng các kim loại này cao hơn quy chuẩn nước ăn uống. Riêng hàm lượng sắt ở các độ sâu khác nhau đều xuất hiện nồng độ cao hơn quy chuẩn cho phép. Từ đó chúng tôi nhận thấy nguồn nước ngầm xung quanh khu vực mai táng bị ô nhiễm kim loại do từ nhiều

nguyên nhân khác nhau như do bản chất nguồn nước ngầm và do các nguyên nhân khác.

V. KẾT LUẬN

Tình trạng vệ sinh xung quanh giếng đào của 120 hộ gia đình đạt yêu cầu.

Có 8 thông số không đạt Quy chuẩn nước ăn uống gồm: pH, COD, Nitrat, Amoni, Chì, Sắt, Mangan và Cadimi.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Công ty THHH MTV Đô thị và môi trường (2014). Báo cáo đánh giá tác động môi trường dự án quy hoạch xây dựng mở rộng nghĩa trang thành phố Buon Ma Thuột, Trang 53-100.

2. Lưu Ngọc Hoạt (2014), Nghiên cứu khoa học trong y học, Nhà xuất bản Hà Nội, Sách có tổng số 282 trang.

3. Phạm Quý Nhân (9-2008), Nguồn gốc và sự phân bố Amoni và Asen trong các tầng chứa nước đồng bằng Sông Hồng, 81 tr.

4. Nguyễn Việt Kỳ, Lê Thị Tuyết Vân (2013). Ô nhiễm Mangan trong nước dưới đất tầng Pleistocen khu vực Thành phố Hồ Chí Minh, Tạp chí Các khoa học về trái đất, 35(1), 81-87.

5. Nghị định số 35/2008/NĐ-CP ngày 25 tháng 3 năm 2008 về xây dựng, quản lý và sử dụng nghĩa trang

6. QCVN 01:2009/BYT Quy chuẩn kỹ thuật quốc gia về nước ăn uống

7. Trần Duy Tạo (2006), Đánh giá ô nhiễm kim loại nặng tại một số nguồn nước trọng yếu khu vực Tây nguyên, 50 trang.

8. Thông tư số 02/2009/TT- BYT Thông tư hướng dẫn vệ sinh trong hoạt động mai táng và hỏa táng.

9. Antonio Amaya(2002), Asen in groundwater of alluvial aquifers in nawanparasi and Kathmandu districts of Nepan.

10. Benevolent Tomagole (2008). Survey of groundwater pollution at Stinkwater: Ditengtung Community within the City of Tshwane, 44p.

11. Engelbrecht JFP(1993): An assessment of health aspect on the impact of domestic and industrial waste disposal activities on groundwater resources. WRC Report no. 371/1/93. Pretoria, 5-8 p.

12. Science Group: Air, Land & Water. (April-2004). Assessing the Groundwater Pollution Potential of Cemetery Developments. Environment, 24p.

13. WHO (2015). Drinking – Water Fact sheet N0391

SITUATION OF CHEMICAL POLLUTION IN UNDERGROUND WATER SOURCES AROUND THE BURIAL ZONE IN 4 PROVINCES OF THE CENTRAL HIGHLANDS, 2018 - 2019.

*Le Trong Hieu, Pham Thi Lien, Pham Thi Kim Dung
Tay Nguyen Institute of Hygiene and Epidemiology*

The cross-sectional study was conducted to assess the chemical pollution level in groundwater around the burial areas in 4 provinces of the Central Highlands, from June 2018 to June 2019. The results showed that parameters that did not meet the standards of drinking water (QCVN 01: 2009 / BYT) were: Permanganate index, 10.83% of specimens 92.5% of the specimens did not reach pH value, 0.83% of specimens did not reach failed the Nitrate content, 2.5% of specimens did not reach of Ammonium and Lead content, 3.33% of specimens did not reach Cadmium content, 7.50% of specimens did not achieve Iron content and 10.83% of specimens was not satisfactory Manganese content. From the study, we strongly recommend that people should clean the surrounding area, treat polluted water and exploit water around the burial area to ensure the quality of fresh water for living and eating.

Keywords: *Groundwater, groundwater pollution, burial*