

BỘ GIÁO DỤC VÀ ĐÀO TẠO

BỘ Y TẾ

VIỆN VỆ SINH DỊCH TỄ TRUNG ƯƠNG

-----*-----

LƯU THỊ KIM OANH

**HIỆU QUẢ CAN THIỆP THAY ĐỔI
KIẾN THỨC, THÁI ĐỘ, THỰC HÀNH
PHÒNG CHỐNG NHIỄM KHUẨN ĐƯỜNG
SINH SẢN Ở HỌC SINH TUỔI VỊ THÀNH NIÊN
TẠI KIM BẢNG, HÀ NAM, 2015 - 2016**

LUẬN ÁN TIẾN SĨ Y TẾ CÔNG CỘNG

HÀ NỘI - 2017

BỘ GIÁO DỤC VÀ ĐÀO TẠO

BỘ Y TẾ

VIỆN VỆ SINH DỊCH TỄ TRUNG ƯƠNG

-----*-----

LƯU THỊ KIM OANH

**HIỆU QUẢ CAN THIỆP THAY ĐỔI
KIẾN THỨC, THÁI ĐỘ, THỰC HÀNH
PHÒNG CHỐNG NHIỄM KHUẨN ĐƯỜNG
SINH SẢN Ở HỌC SINH TUỔI VỊ THÀNH NIÊN
TẠI KIM BẢNG, HÀ NAM, 2015 - 2016**

Chuyên ngành: **Y tế công cộng**

Mã số: **62.72.03.01**

LUẬN ÁN TIẾN SĨ Y TẾ CÔNG CỘNG

Người hướng dẫn khoa học:

1. PGS.TS. Hoàng Văn Minh

2. GS.TS. Vũ Sinh Nam

HÀ NỘI - 2017

LỜI CAM ĐOAN

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

Tác giả luận án

Lưu Thị Kim Oanh

LỜI CẢM ƠN

Trước hết, tôi xin bày tỏ lòng biết ơn sâu sắc đối với hai thầy hướng dẫn là PGS.TS.Hoàng Văn Minh và GS.TS.Vũ Sinh Nam đã tận tình hướng dẫn, giúp đỡ và động viên tôi trong suốt quá trình học tập và viết luận án.

Tôi xin trân trọng cảm ơn Lãnh đạo Viện Vệ sinh Dịch tễ Trung ương, các cán bộ của phòng Đào tạo Sau đại học - Khoa Đào tạo và Quản lý khoa học, cán bộ của các khoa, phòng khác trong Viện đã giúp đỡ tôi trong quá trình học tập tại Cơ sở Đào tạo Viện.

Tôi xin trân trọng cảm ơn PGS.TS. Trần Thanh Dương - Viện trưởng Viện Sốt rét - Ký sinh trùng - Côn trùng Trung ương, PGS.TS. Nguyễn Mạnh Hùng- Nguyên Viện trưởng Viện Sốt rét - Ký sinh trùng- Côn trùng Trung ương, PGS.TS. Cao Bá Lợi cùng toàn thể các cán bộ Phòng Khoa học - Đào tạo, bạn bè, đồng nghiệp đã ủng hộ tôi dự tuyển nghiên cứu sinh, tạo mọi điều kiện thuận lợi nhất giúp tôi hoàn thành chương trình học tập và luận án nghiên cứu sinh.

Tôi xin trân trọng cảm ơn Lãnh đạo và nhân viên Sở Y tế, Trung tâm Y tế, Sở Giáo dục và đào tạo tỉnh Hà Nam đã tạo điều kiện thuận lợi giúp tôi triển khai nghiên cứu tại địa phương. Đồng thời, xin chân thành cảm ơn Ban Giám hiệu, giáo viên, cộng tác viên và toàn thể học sinh của 6 trường trung học tại huyện Kim Bảng, Hà Nam đã tích cực hỗ trợ, hợp tác tham gia nghiên cứu.

Để có được những thành quả ngày hôm nay không thể không kể đến bố, mẹ hai bên gia đình tôi đã sinh thành, chăm sóc, ủng hộ, động viên, tạo điều kiện hết mực để tôi không ngừng học tập. Xin chân thành cảm ơn anh, chị, em hai bên gia đình đã hỗ trợ, động viên giúp tôi vượt qua khó khăn. Tôi rất biết ơn chồng và con tôi đã bên cạnh tôi, là động lực to lớn cho tôi trong hành trình dài tìm tòi khám phá khoa học nhiều gian nan, thách thức nhưng vô cùng lý thú và cao quý.

Hà Nội, ngày tháng năm 2017

Lưu Thị Kim Oanh

MỤC LỤC

LỜI CAM ĐOAN	i
LỜI CẢM ƠN	ii
MỤC LỤC	iii
DANH MỤC CÁC TỪ VIẾT TẮT	viii
DANH MỤC BẢNG	x
DANH MỤC HÌNH	xiii
ĐẶT VẤN ĐỀ	1
MỤC TIÊU NGHIÊN CỨU	3
CHƯƠNG 1: TỔNG QUAN TÀI LIỆU	4
1.1. Một số khái niệm sử dụng trong nghiên cứu	4
<i>1.1.1. Nhiễm khuẩn đường sinh sản và nhiễm khuẩn lây truyền qua đường tình dục</i>	4
<i>1.1.2. Vị thành niên</i>	5
<i>1.1.3. Chi phí</i>	5
<i>1.1.4. QALY</i>	5
<i>1.1.5. Phân tích chi phí - hiệu quả</i>	6
1.2. Dịch tễ học và lâm sàng các bệnh nhiễm khuẩn đường sinh sản	6
<i>1.2.1. Dịch tễ học</i>	6
<i>1.2.2. Lâm sàng</i>	8
1.3. Kiến thức, thái độ, thực hành phòng chống nhiễm khuẩn đường sinh sản của vị thành niên	8
<i>1.3.1. Trên thế giới</i>	8
<i>1.3.2. Tại Việt Nam</i>	13
1.4. Một số yếu tố liên quan đến kiến thức, thái độ, thực hành phòng chống nhiễm khuẩn đường sinh sản của vị thành niên	15

1.4.1. Giới tính	15
1.4.2. Tuổi, khối lớp	16
1.4.3. Tôn giáo.....	16
1.4.4. Học lực	16
1.4.5. Trình độ học vấn, biết chữ	17
1.4.6. Tình trạng kinh tế gia đình, số người sống trong gia đình	17
1.4.7. Học vấn bố, học vấn mẹ, nghề nghiệp mẹ.....	18
1.4.8. Nơi cư trú	18
1.4.9. Môi liên quan giữa các yếu tố kiến thức, thái độ, thực hành	19
1.5. Các can thiệp cải thiện kiến thức, thái độ, thực hành phòng chống nhiễm khuẩn đường sinh sản của vị thành niên	19
1.5.1. Trên thế giới.....	19
1.5.2. Tại Việt Nam	26
1.6. Chi phí, chi phí - hiệu quả các can thiệp cải thiện kiến thức, thái độ, thực hành phòng chống nhiễm khuẩn đường sinh sản của vị thành niên.....	29
1.6.1. Các nghiên cứu chi phí can thiệp phòng chống nhiễm khuẩn đường sinh sản ở vị thành niên trên thế giới và Việt Nam	29
1.6.2. Các nghiên cứu chi phí - hiệu quả can thiệp phòng chống nhiễm khuẩn đường sinh sản ở vị thành niên trên thế giới và Việt Nam.....	31
CHƯƠNG 2: ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU.....	40
2.1. Phần 1. Nghiên cứu can thiệp cộng đồng có đối chứng	44
2.1.1. Điều tra thực trạng kiến thức, thái độ, thực hành của vị thành niên trước can thiệp	44
2.1.2. Phỏng vấn sâu đối tượng nghiên cứu	52
2.1.3. Cơ sở xây dựng can thiệp.....	54
2.1.4. Thực hiện can thiệp.....	57

2.1.5. <i>Đánh giá hiệu quả can thiệp</i>	58
2.2. Phần 2. Nghiên cứu chi phí, chi phí - hiệu quả của can thiệp	62
2.2.1. <i>Phân tích chi phí can thiệp</i>	62
2.2.2. <i>Phân tích chi phí - hiệu quả can thiệp</i>	65
2.3. Đạo đức trong nghiên cứu	69
CHƯƠNG 3: KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU	70
3.1. Kiến thức, thái độ, thực hành phòng chống nhiễm khuẩn đường sinh sản của vị thành niên và một số yếu tố liên quan	70
3.1.1. <i>Đặc điểm chung của mẫu nghiên cứu</i>	70
3.1.2. <i>Kiến thức phòng chống nhiễm khuẩn đường sinh sản của vị thành niên và một số yếu tố liên quan</i>	72
3.1.3. <i>Thái độ phòng chống nhiễm khuẩn đường sinh sản của vị thành niên và một số yếu tố liên quan</i>	80
3.1.4. <i>Thực hành phòng chống nhiễm khuẩn đường sinh sản của vị thành niên và một số yếu tố liên quan</i>	84
3.2. Hiệu quả can thiệp cộng đồng có đối chứng	90
3.2.1. <i>Đặc điểm đối tượng nghiên cứu của nhóm can thiệp và nhóm chứng</i>	90
3.2.2. <i>Kết quả phỏng vấn sâu đối tượng nghiên cứu</i>	92
3.2.3. <i>Kết quả triển khai các hoạt động can thiệp</i>	100
3.2.4. <i>Hiệu quả can thiệp thay đổi kiến thức, thái độ, thực hành phòng chống nhiễm khuẩn đường sinh sản của vị thành niên</i>	101
3.3. Chi phí, chi phí - hiệu quả can thiệp	110
3.3.1. <i>Chi phí can thiệp</i>	110
3.3.2. <i>Chi phí - hiệu quả can thiệp</i>	117
CHƯƠNG 4: BÀN LUẬN	121
4.1. Đặc điểm chung đối tượng nghiên cứu	121

4.2. Thực trạng kiến thức, thái độ, thực hành phòng chống nhiễm khuẩn đường sinh sản của vị thành niên	121
4.2.1. Kiến thức.....	121
4.2.2. Thái độ	124
4.2.3. Thực hành	124
4.3. Các yếu tố liên quan đến kiến thức, thái độ, thực hành phòng chống nhiễm khuẩn đường sinh sản của vị thành niên	125
4.3.1. Giới tính	125
4.3.2. Cấp học, trình độ học vấn, tuổi.....	126
4.3.3. Học lực	127
4.3.4. Điều kiện kinh tế gia đình	128
4.3.5. Tổng số người sống trong gia đình	128
4.3.6. Quan tâm của cha mẹ, người thân.....	129
4.3.7. Mối liên quan giữa kiến thức, thái độ, thực hành phòng chống nhiễm khuẩn đường sinh sản của vị thành niên.....	129
4.4. Lựa chọn, kết quả triển khai và hiệu quả can thiệp	130
4.4.1. Lựa chọn can thiệp dựa trên trường học	130
4.4.2. Lựa chọn các phương pháp truyền thông - giáo dục sức khỏe dựa trên các can thiệp trên thế giới và Việt Nam	131
4.4.3. Kết quả triển khai các phương pháp truyền thông - giáo dục sức khỏe .	134
4.4.4. Hiệu quả can thiệp đối với thay đổi kiến thức, thái độ, thực hành phòng chống nhiễm khuẩn đường sinh sản của vị thành niên.....	135
4.5. Chi phí, chi phí - hiệu quả can thiệp	139
4.5.1. Chi phí can thiệp	139
4.5.2. Chi phí - hiệu quả can thiệp.....	141
4.6. Những đóng góp và hạn chế của luận án	144
4.6.1. Đóng góp của luận án	144

4.6.2. Hạn chế của luận án	145
KẾT LUẬN	146
KHUYẾN NGHỊ	148
DANH MỤC CÁC CÔNG TRÌNH LIÊN QUAN ĐẾN LUẬN ÁN	
ĐÃ CÔNG BỐ	149
TÀI LIỆU THAM KHẢO	150
Phụ lục 1: Phiếu chấp thuận tham gia nghiên cứu	163
Phụ lục 2: Phiếu điều tra kiến thức, thái độ, thực hành phòng chống nhiễm khuẩn đường sinh sản của vị thành niên	164
Phụ lục 3: Cách tính điểm kiến thức, thái độ, thực hành phòng chống nhiễm khuẩn đường sinh sản của vị thành niên	169
Phụ lục 4: Bộ câu hỏi phỏng vấn sâu vị thành niên	173
Phụ lục 5: Bộ câu hỏi phỏng vấn sâu ban giám hiệu nhà trường và giáo viên	174
Phụ lục 6: Bộ câu hỏi phỏng vấn sâu cha, mẹ học sinh	175
Phụ lục 7: Quy trình triển khai can thiệp	176
Phụ lục 8: Kế hoạch thực hiện các hoạt động can thiệp	177
Phụ lục 9: Mẫu phiếu thu thập thông tin chi phí.....	179
Phụ lục 10: Khung phương pháp phân tích chi phí - hiệu quả của Who-Choice...	180

DANH MỤC CÁC TỪ VIẾT TẮT

AIDS	: Hội chứng suy giảm miễn dịch mắc phải (<i>Acquired Immuno Deficiency Syndrome</i>)
AUD	: Đô la Úc (Australian Dollar)
ACER	: Tỷ số chi phí hiệu quả trung bình (Average Cost effectiveness ratio)
BCS	: Bao cao su
BPSD	: Bộ phận sinh dục
ĐTNC	: Đối tượng nghiên cứu
EEK	: Đơn vị tiền tệ Estonia (Estonian krooni)
EUR	: Đồng Euro
EWA	: Chương trình Khám phá thế giới của vị thành niên trên cơ sở giới (The gender-based program Exploring the World of Adolescents).
GBP	: Bảng Anh (British Pound)
HIV	: Virut gây Hội chứng suy giảm miễn dịch ở người (<i>Human Immuno deficiency virus</i>)
ICER	: Tỷ số chi phí hiệu quả tăng thêm (Incremental cost-effectiveness ratio)
IDR	: Đơn vị tiền tệ Indonesia (Indonesian Rupiah)
INR	: Đơn vị tiền tệ Ấn Độ (Indian Rupee)
KAP	: Kiến thức, thái độ, thực hành
KES	: Đơn vị tiền tệ Kenya (Kenyan Shilling)
KTC	: Khoảng tin cậy
NGN	: Đơn vị tiền tệ Nigeria (Nigeria naira).
QALY	: Số năm sống điều chỉnh theo chất lượng cuộc sống.

QHTD	: Quan hệ tình dục
RHIYA	: Sáng kiến sức khỏe sinh sản thanh niên châu Á (Reproductive Health Initiative for Youth in Asia).
RTIs	: Nhiễm khuẩn đường sinh sản (Reproductive tract infections)
SAVY	: Điều tra Quốc gia về Vị thành niên và Thanh niên Việt Nam (Survey Assessment of Vietnamese Youth)
STIs	: Nhiễm khuẩn lây truyền qua đường tình dục (Sexually transmitted infections).
SKSS	: Sức khỏe sinh sản
SKTD	: Sức khỏe tình dục
THCS	: Trung học cơ sở
THPT	: Trung học phổ thông
TN	: Thanh niên
TT-GDSK	: Truyền thông - giáo dục sức khỏe
UNESCO	: Tổ chức Giáo dục, Khoa học và Văn hóa Liên Hiệp Quốc (The United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization)
USD	: Đô-la Mỹ
VFOK	: Tập trung cho trẻ em Việt Nam (Vietnamese Focus on Kids)
VSKN	: Vệ sinh kinh nguyệt
VTN	: Vị thành niên

DANH MỤC BẢNG

Bảng 2.1. Tóm tắt các nội dung nghiên cứu	41
Bảng 2.2. Các biến về kiến thức phòng chống nhiễm khuẩn đường sinh sản của vị thành niên.	46
Bảng 2.3. Các biến về thái độ phòng chống nhiễm khuẩn đường sinh sản của vị thành niên	47
Bảng 2.4. Các biến về thực hành phòng chống nhiễm khuẩn đường sinh sản của vị thành niên	48
Bảng 2.5. Các biến về thông tin chung của đối tượng nghiên cứu	49
Bảng 2.6. Các chỉ số đánh giá kiến thức, thái độ, thực hành phòng chống nhiễm khuẩn đường sinh sản của vị thành niên	50
Bảng 2.7. Các biến về tiếp cận can thiệp truyền thông - giáo dục sức khỏe của vị thành niên	59
Bảng 2.8. Các chỉ số đánh giá hiệu quả can thiệp	61
Bảng 2.9. Các chỉ số đánh giá chi phí can thiệp	63
Bảng 2.10. Các chỉ số đánh giá chi phí - hiệu quả can thiệp	67
Bảng 3.1. Phân bố đối tượng nghiên cứu theo giới tính, cấp học, khối lớp và học lực.....	70
Bảng 3.2. Phân bố đối tượng nghiên cứu theo một số đặc điểm hộ gia đình ...	71
Bảng 3.3. Kiến thức về triệu chứng, hành vi nguy cơ và hậu quả nhiễm khuẩn đường sinh sản của vị thành niên	73
Bảng 3.4. Tỷ lệ vị thành niên đạt số điểm kiến thức theo một số đặc điểm cá nhân	76
Bảng 3.5. Kết quả phân tích đơn biến và đa biến mối liên quan giữa kiến thức phòng chống nhiễm khuẩn đường sinh sản của vị thành niên và một số yếu tố liên quan	78
Bảng 3.6. Thái độ phòng chống nhiễm khuẩn đường sinh sản của vị thành niên.	80

Bảng 3.7. Tỷ lệ vị thành niên đạt số điểm thái độ theo một số đặc điểm cá nhân	81
Bảng 3.8. Kết quả phân tích đơn biến và đa biến mối liên quan giữa thái độ phòng chống nhiễm khuẩn đường sinh sản của vị thành niên và một số yếu tố liên quan	82
Bảng 3.9. Thực hành vệ sinh sinh dục và xử lý khi thấy triệu chứng nhiễm khuẩn đường sinh sản của vị thành niên.	85
Bảng 3.10. Tỷ lệ vị thành niên đạt số điểm thực hành theo một số đặc điểm cá nhân.....	87
Bảng 3.11. Kết quả phân tích đơn biến và đa biến mối liên quan giữa thực hành phòng chống nhiễm khuẩn đường sinh sản của vị thành niên và một số yếu tố liên quan	88
Bảng 3.12. Phân bố vị thành niên ở nhóm can thiệp và nhóm chứng theo một số đặc điểm cá nhân và nguồn tiếp cận thông tin sức khỏe sinh sản	91
Bảng 3.13. Kết quả triển khai các hoạt động can thiệp	100
Bảng 3.14. Sự thay đổi kiến thức phòng chống nhiễm khuẩn đường sinh sản của vị thành niên trước và sau can thiệp.....	101
Bảng 3.15. Sự thay đổi kiến thức đạt của vị thành niên trước và sau can thiệp.....	102
Bảng 3.16. Kết quả phân tích đa biến về tác động của can thiệp đối với thay đổi kiến thức phòng chống nhiễm khuẩn đường sinh sản của vị thành niên	103
Bảng 3.17. Sự thay đổi thái độ phòng chống nhiễm khuẩn đường sinh sản của vị thành niên trước và sau can thiệp.....	104
Bảng 3.18. Sự thay đổi thái độ đạt của vị thành niên trước và sau can thiệp	105

Bảng 3.19. Kết quả phân tích đa biến về tác động của can thiệp đối với thay đổi thái độ phòng chống nhiễm khuẩn đường sinh sản của vị thành niên	106
Bảng 3.20. Sự thay đổi thực hành phòng chống nhiễm khuẩn đường sinh sản của vị thành niên trước và sau can thiệp.....	107
Bảng 3.21. Sự thay đổi thực hành đạt của vị thành niên trước và sau can thiệp.....	108
Bảng 3.22. Kết quả phân tích đa biến về tác động của can thiệp đối với thay đổi thực hành phòng chống nhiễm khuẩn đường sinh sản của vị thành niên	109
Bảng 3.23. Chi phí can thiệp theo các hạng mục chi	111
Bảng 3.24. Chi phí can thiệp theo các hoạt động được triển khai	112
Bảng 3.25. Chi phí tại nhóm chứng theo các hạng mục chi	114
Bảng 3.26. Chi phí tại nhóm chứng theo các hoạt động được triển khai .	115
Bảng 3.27. So sánh chi phí tại nhóm can thiệp và nhóm chứng.....	116
Bảng 3.28. Tỷ số chi phí hiệu quả trung bình để thay đổi kiến thức, thái độ, thực hành ở nhóm can thiệp	117
Bảng 3.29. Tỷ số chi phí hiệu quả tăng thêm để thay đổi kiến thức, thái độ, thực hành của nhóm can thiệp và nhóm chứng.....	118
Bảng 3.30. Tỷ số chi phí hiệu quả tăng thêm với đơn vị hiệu quả quy ra QALY	119

DANH MỤC HÌNH

Hình 2.1. Sơ đồ nghiên cứu	42
Hình 2.2. Vị trí địa lý các trường trung học được chọn vào nghiên cứu tại huyện Kim Bảng, Hà Nam.....	43
Hình 2.3. Ước tính tác động can thiệp dựa trên chỉ số DD	60
Hình 2.4. Khung phương pháp phân tích chi phí - hiệu quả.....	65
Hình 3.1. Tỷ lệ tiếp cận các nguồn thông tin liên quan đến sức khỏe sinh sản của vị thành niên	72
Hình 3.2. Tỷ lệ vị thành niên nêu được tên các bệnh nhiễm khuẩn đường sinh sản	73
Hình 3.3. Tỷ lệ vị thành niên nêu được các biện pháp phòng chống nhiễm khuẩn đường sinh sản	75
Hình 3.4. Tỷ lệ vị thành niên nêu được các tác dụng của bao cao su.....	75
Hình 3.5. Thực hành vệ sinh sinh dục hàng ngày của vị thành niên	84
Hình 3.6. Phân bố vị thành niên ở nhóm can thiệp và nhóm chứng theo giới tính	90

ĐẶT VẤN ĐỀ

Nhiễm khuẩn đường sinh sản (RTIs) được xem là một đại dịch “thầm lặng” do nhiều trường hợp nhiễm khuẩn không triệu chứng. Đây là nguồn truyền bệnh nguy hiểm cho cộng đồng, đồng thời chính người mắc cũng bị những biến chứng do không được điều trị kịp thời. Đặc biệt, nếu mắc RTIs ở lứa tuổi vị thành niên (VTN) mà không được điều trị kịp thời, những biến chứng của bệnh sẽ xuất hiện khi các em trưởng thành, gây hậu quả nghiêm trọng cả về thể chất, tinh thần và xã hội của VTN.

Tuổi VTN là một lứa tuổi đặc biệt trong cuộc đời mỗi người. Đây là giai đoạn chuyển tiếp từ tuổi ấu thơ sang tuổi trưởng thành. Ở lứa tuổi này cơ thể chưa phát triển hoàn chỉnh về mặt tâm sinh lý nên rất dễ có những kiến thức lệch lạc, thái độ tiêu cực và hành vi nguy cơ đối với sức khỏe. RTIs càng trở thành mối đe dọa lớn đối với sức khỏe sinh sản (SKSS) khi VTN thiếu kiến thức về phòng chống RTIs, có thái độ và thực hành phòng chống RTIs kém. Nghiên cứu của Nguyễn Thị Tuyên cho thấy có 68,1% học sinh có kiến thức chưa đạt về triệu chứng các bệnh nhiễm khuẩn lây truyền qua đường tình dục (STIs) [24]. Nghiên cứu của Nguyễn Thị Huyền Thương và cộng sự chỉ ra có 68,5% học sinh nữ thực hành vệ sinh bộ phận sinh dục (BPSD) không đúng cách [18]. Ngoài ra, các nghiên cứu tại Ấn Độ cho thấy đa số nữ sinh viên thực hành vệ sinh kinh nguyệt (VSKN) không đạt yêu cầu [31], [36].

Để góp phần cải thiện KAP phòng chống RTIs của VTN, các can thiệp truyền thông - giáo dục sức khỏe (TT - GDSK) đã được áp dụng ở nhiều nơi trên thế giới cũng như tại Việt Nam. Các can thiệp đều được đánh giá hiệu quả đối với thay đổi KAP phòng chống RTIs với những tiêu chuẩn đánh giá khác nhau [16], [21], [27], [56], [85], [79], [92]. Tuy nhiên, cho đến nay rất ít nghiên cứu tiến hành phân tích chi phí - hiệu quả của các can thiệp mặc dù có một nhu cầu rất lớn về loại thông tin này. Những thông tin về chi phí, chi phí - hiệu quả

có vai trò rất quan trọng giúp các nhà hoạch định chính sách, những nhà xây dựng chương trình có thể lựa chọn giải pháp can thiệp tối ưu nhất.

Kim Bảng là một trong 6 huyện và thành phố của tỉnh Hà Nam. Huyện có tiềm năng phát triển kinh tế cao với vị trí địa lý và điều kiện khí hậu thủy văn thuận lợi, nguồn nhân lực dồi dào và hạ tầng kinh tế - xã hội phát triển. Một số năm trở lại đây, công tác y tế của huyện đạt được những bước tiến trên nhiều lĩnh vực như phòng bệnh, khám chữa bệnh, an toàn vệ sinh thực phẩm và đào tạo cán bộ. Tại huyện, các chương trình TT - GDSK về SKSS có bao hàm nội dung phòng chống RTIs được tổ chức nhỏ lẻ tại một số trường học trên địa bàn huyện và chưa được báo cáo đầy đủ.

Xuất phát từ thực tế đó, chúng tôi tiến hành đề tài “*Hiệu quả can thiệp thay đổi kiến thức, thái độ, thực hành phòng chống nhiễm khuẩn đường sinh sản ở học sinh tuổi vị thành niên tại huyện Kim Bảng, Hà Nam, 2015 - 2016*”.

MỤC TIÊU NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu bao gồm 3 mục tiêu:

1- Mô tả kiến thức, thái độ, thực hành phòng chống nhiễm khuẩn đường sinh sản ở học sinh tuổi vị thành niên và một số yếu tố liên quan tại 6 trường trung học thuộc huyện Kim Bảng, Hà Nam năm 2015.

2- Đánh giá hiệu quả can thiệp truyền thông - giáo dục sức khỏe trong việc thay đổi kiến thức, thái độ, thực hành phòng chống nhiễm khuẩn sinh sản ở học sinh tuổi vị thành niên tại địa bàn nghiên cứu.

3- Phân tích chi phí và chi phí - hiệu quả của can thiệp được áp dụng tại địa bàn nghiên cứu.

CHƯƠNG 1

TỔNG QUAN TÀI LIỆU

1.1. Một số khái niệm sử dụng trong nghiên cứu

1.1.1. Nhiễm khuẩn đường sinh sản và nhiễm khuẩn lây truyền qua đường tình dục

Theo Hướng dẫn Quốc Gia về các dịch vụ chăm sóc SKSS, RTIs gồm ba loại [7]:

1) Các STIs như nhiễm Chlamydia, bệnh lậu, trùng roi sinh dục, bệnh giang mai, bệnh hạ cam, herpes sinh dục, sùi mào gà sinh dục và nhiễm HIV...

(2) Nhiễm khuẩn nội sinh do tăng sinh quá mức các vi sinh vật có trong âm đạo của phụ nữ như viêm âm đạo do vi khuẩn, viêm âm hộ - âm đạo do nấm men.

(3) Nhiễm khuẩn y sinh là các nhiễm khuẩn do thủ thuật y tế không vô khuẩn.

RTIs là một thuật ngữ rộng bao gồm STIs và các RTIs khác không lây truyền qua đường tình dục. STIs là những nhiễm khuẩn hoặc bệnh lây truyền chủ yếu qua quan hệ tình dục, bao gồm quan hệ tình dục qua đường âm đạo, hậu môn và miệng. Một số STIs cũng có thể lây lan qua các phương tiện không liên quan đến tình dục như máu hoặc các sản phẩm từ máu. Nhiều bệnh lây truyền qua đường tình dục - bao gồm chlamydia, lậu, chủ yếu là viêm gan B, HIV và giang mai - cũng có thể truyền từ mẹ sang con trong khi mang thai và sinh đẻ.

Đa số các trường hợp STIs đều để lại hậu quả về mặt sức khỏe nặng nề hơn so với RTIs. Các RTIs gây ra bởi các vi sinh vật thường có mặt tại đường sinh sản hoặc do các vi sinh vật từ bên ngoài vào thông qua hoạt động tình dục hoặc qua các thủ thuật y tế. Không phải tất cả các STIs đều là các RTIs và cũng không phải tất cả các RTIs đều có thể lây truyền qua đường tình dục. STIs nói đến cách thức lây truyền trong khi đó RTIs lại đề cập đến vị trí nơi các nhiễm khuẩn tiến triển [7]. Thuật ngữ STIs được dùng từ đầu những năm 90 của thế kỷ XX để chỉ sự nhiễm trùng do vi khuẩn, vi rút và ký sinh trùng,

chủ yếu lây qua quan hệ tình dục không an toàn, không được bảo vệ. Các nhiễm trùng này có thể có triệu chứng hay không có triệu chứng lâm sàng, có thể không gây thương tổn các cơ quan.

1.1.2. Vị thành niên

VTN là giai đoạn chuyển tiếp từ trẻ em thành người trưởng thành. VTN có đặc điểm tâm sinh lý đặc thù như thích thử nghiệm, thích khám phá năng lực bản thân, năng động, sáng tạo [7]. Theo Tổ chức Y tế thế giới (WHO), VTN là các cá nhân trong độ tuổi 10 -19 tuổi. VTN được chia làm 3 nhóm tuổi:

- VTN sớm: 10 - 14 tuổi.
- VTN trung bình: 15 - 17 tuổi.
- VTN muộn: 18 - 19 tuổi.

1.1.3. Chi phí

Chi phí hay còn gọi là giá thành của một loại hàng hóa, dịch vụ hay hoạt động nào đó là giá trị (thường quy ra tiền) của tất cả các nguồn lực cần thiết tạo ra của một loại hàng hóa, dịch vụ hay hoạt động đó [4].

Chi phí của người cung cấp dịch vụ y tế bao gồm các chi phí để tạo ra dịch vụ y tế đó như lương nhân viên, vật tư, hóa chất, máy móc, thiết bị, tài liệu truyền thông...

Chi phí của người sử dụng các dịch vụ y tế là chi phí mà người thụ hưởng dịch vụ y tế và gia đình họ phải trả trong quá trình tham gia vào dịch vụ y tế và chi phí cho thu nhập mất đi của họ do tham vào dịch vụ y tế.

Chi phí của người sử dụng dịch vụ bao gồm [4]:

- Chi phí trực tiếp: Chi phí y tế (Khám, xét nghiệm, thuốc điều trị...), chi phí ngoài y tế (đi lại, ăn ở, bồi dưỡng...).
- Chi phí gián tiếp: Chi phí gián tiếp do người sử dụng dịch vụ gánh chịu được tính bằng thu nhập mất đi của họ khi họ dành thời gian tham gia dịch vụ.

1.1.4. QALY

QALY (Quality- Adjusted life years) được tạm dịch là “Năm sống hiệu chỉnh theo chất lượng cuộc sống”. QALY- năm sống hiệu chỉnh theo chất

lượng cuộc sống là chỉ số kết hợp được đồng thời “tử vong” và “tàn tật” để phản ánh hiệu quả của các can thiệp chăm sóc sức khỏe [4].

Để tính được QALY của một tình trạng sức khỏe, điều quan trọng nhất là xác định được trọng số chất lượng cuộc sống của tình trạng đó (được gọi là trọng số chất lượng cuộc sống). Trọng số này dao động trong khoảng từ 0 đến 1, với 0 tương ứng với tử vong hoặc tình trạng sức khỏe tồi tệ nhất và 1 tương ứng với chất lượng cuộc sống khi hoàn toàn khỏe mạnh (tình trạng sức khỏe tối ưu).

1.1.5. Phân tích chi phí - hiệu quả

Phân tích chi phí - hiệu quả là phương pháp so sánh các chương trình can thiệp với nhau cả về chi phí và hiệu quả của chúng. Phương pháp phân tích chi phí hiệu quả được vận dụng rất phổ biến trong công tác y tế, đặc biệt là đối với các chương trình y tế. Theo lý thuyết, một phân tích chi phí - hiệu quả có năm bước [4]: Xác định mục tiêu của chương trình; xác định chi phí của từng phương án; xác định và đo lường hiệu quả của từng phương án; xác định chi phí - hiệu quả của từng phương án và so sánh kết quả này giữa các phương án; phân tích độ nhạy

1.2. Dịch tễ học và lâm sàng các bệnh nhiễm khuẩn đường sinh sản

1.2.1. Dịch tễ học

❖ Tác nhân gây bệnh

Có nhiều loại tác nhân gây RTIs bao gồm vi khuẩn, virus và ký sinh trùng. Cho đến nay, người ta đã biết có tới trên 20 tác nhân gây RTIs [7]. Một số tác nhân chủ yếu gây RTIs bao gồm:

* Nhóm vi khuẩn: *Neisseria gonorrhoeae* (Lậu cầu khuẩn); *Chlamydia trachomatis*; *Treponema pallidum* (Xoắn khuẩn giang mai); *Haemophilus ducrey* (Trực khuẩn hạ cam); *Gardnerella vaginalis* ; *Streptococcus agalactiae*.

* Nhóm virus: *Herpes virus*; *Virus sùi mào gà*; *HIV virus*; *Cytomegalo virus*.

* Nhóm ký sinh trùng: *Trichomonas vaginalis*; Nấm *Candida spp*.

❖ *Nguồn truyền nhiễm*: Người là nguồn truyền nhiễm chủ yếu và là ổ chứa mầm bệnh của hầu hết các RTIs, gồm người bệnh và người mang mầm

bệnh. Động vật (Một số loài chim và thú gần người) là ổ chứa và là nguồn truyền nhiễm của một số nhiễm khuẩn do tụ cầu, liên cầu, nấm... Các vật vô sinh như đất, nước, đồ dùng sinh hoạt, dụng cụ y tế... là nguồn truyền nhiễm của một số mầm bệnh có đặc điểm ký sinh tùy ngộ như nấm, trùng roi...[6].

❖ *Cơ chế lây truyền:*

Quá trình truyền nhiễm gồm 3 pha là pha thải, pha ngoại môi và pha xâm nhập [6]:

- Pha thải: Mầm bệnh thải ra từ người dưới dạng dịch tiết, tinh dịch, máu, huyết tương, vẩy khô của các tổ chức viêm ở da, niêm mạc...

- Pha ngoại môi: Tác nhân sau khi được thải ra từ người, chúng tiếp tục sống ở môi trường ngoại môi như đồ dùng cá nhân, dụng cụ y tế, đất, nước, rác thải... Với các STIs thường không có pha này mà tác nhân đi thẳng từ người này qua người khác qua QHTD không được bảo vệ.

- Pha xâm nhập: Có thể xâm nhập trực tiếp hoặc gián tiếp. Xâm nhập trực tiếp qua QHTD, từ mẹ sang con; xâm nhập gián tiếp qua môi trường tự nhiên, đồ dùng cá nhân, dụng cụ y tế...

Một số bệnh NKĐSS có đủ 3 pha của quá trình truyền nhiễm, một số lây truyền trực tiếp từ người sang người (Nhóm STIs) và cũng có những bệnh do viêm nhiễm tự phát ở bộ phận sinh dục do những vi sinh vật vốn có ở đây bình thường không gây bệnh, khi gặp các điều kiện thuận lợi hoặc sức đề kháng của cơ thể giảm sút thì phát triển thành bệnh.

❖ *Khối cảm thụ và miễn dịch:* Cơ thể có bị bệnh nhiễm trùng hay không phụ thuộc vào sự tương quan giữa vi sinh vật gây bệnh và sự đề kháng của cơ thể. Sự đề kháng của cơ thể gồm hai hệ thống đặc hiệu và không đặc hiệu (Tự nhiên và thu được). Hai hệ thống này bổ sung hỗ trợ nhau và không thể tách rời nhau. Sự đề kháng của cơ thể còn phụ thuộc vào tình trạng sinh lý (chủ yếu là tuổi tác), vào điều kiện sống và di truyền cá thể. Mọi cơ thể chưa có miễn dịch đều có thể cảm nhiễm, đặc biệt là những người có hành vi nguy cơ cao, bao gồm những người có sinh hoạt tình dục không an toàn, những người thường xuyên

tiếp xúc với các vật dụng, môi trường chứa mầm bệnh RTIs, những người có cơ địa không bình thường ở hệ thống da, niêm mạc, suy giảm miễn dịch tiên phát hoặc thứ phát thường dễ mắc một số bệnh như nấm, Herpes...[6].

1.2.2. Lâm sàng

Giống như hầu hết các bệnh lý sản phụ khoa khác, các RTIs biểu hiện bằng 4 triệu chứng chính: Khí hư, viêm loét, chảy máu bất thường và đau bụng dưới. Trong đó, khí hư và viêm loét là 2 triệu chứng quan trọng nhất [22]:

– Khí hư: Khi bị viêm, niêm mạc đường sinh dục phản ứng lại tác nhân gây bệnh bằng phản ứng viêm. Khí hư chính là dịch viêm của đường sinh dục. Số lượng, màu sắc và mùi khí hư khác nhau phụ thuộc đặc điểm riêng của tác nhân và mức độ viêm.

– Viêm loét cơ quan sinh dục: Biểu hiện lâm sàng của viêm đường sinh dục là tình trạng tấy đỏ, ngứa và có thể có loét. Các triệu chứng này khác nhau tùy căn nguyên gây bệnh.

1.3. Kiến thức, thái độ, thực hành phòng chống nhiễm khuẩn đường sinh sản của vị thành niên

1.3.1. Trên thế giới

1.3.1.1. Kiến thức phòng chống nhiễm khuẩn đường sinh sản của vị thành niên

Các nghiên cứu điều tra về kiến thức RTIs ở VTN được thực hiện nhiều nhất ở một số nước có thu nhập thấp và trung bình ở châu Á và châu Phi bao gồm Ai Cập, Ấn Độ, Nigeria, Iran, Pakistan, Bangladesh.

Các nghiên cứu có những nhận định chưa thống nhất khi đánh giá kiến thức RTIs của VTN. Một số nghiên cứu cho biết một tỷ lệ cao VTN có kiến thức RTIs đạt yêu cầu. Ngược lại, một số nghiên cứu khác nhận định hầu hết ĐTNC có kiến thức RTIs chưa đạt yêu cầu. Sự khác nhau về ĐTNC (giới tính, nhóm tuổi), địa điểm nghiên cứu (thành thị, nông thôn, khu vực hành chính) và phương pháp thu thập số liệu (phỏng vấn trực tiếp, phát bộ câu hỏi tự điền) có thể là lý do dẫn đến các nghiên cứu có kết quả khác nhau.

Các nghiên cứu đánh giá về nhiều nội dung kiến thức liên quan đến RTIs, trong đó các nội dung chủ yếu bao gồm nghe nói đến RTIs/STIs; biết tên các bệnh RTIs; triệu chứng RTIs; hậu quả RTIs; hành vi nguy cơ RTIs; biện pháp phòng chống RTIs; kiến thức về vệ sinh sinh dục và VSKN ở nữ VTN; kiến thức về tác dụng của bao cao su (BCS).

Tỷ lệ VTN nghe nói về RTIs/STIs có sự dao động lớn giữa các nghiên cứu. Nghiên cứu của Monica và cộng sự thực hiện trên 410 nữ VTN từ 17 - 19 tuổi tại các trường Đại học thuộc khu đô thị Udupi Taluk, Ấn Độ nhằm đánh giá kiến thức và thái độ về STIs của ĐTNC trong đó có HIV/AIDS. Nghiên cứu cho biết 27% VTN đã nghe nói đến STIs và chỉ có khoảng 14,6% VTN nghe nói đến RTIs [91]. Tỷ lệ này thấp hơn nghiên cứu của Aggarwal được thực hiện năm 1996 và nghiên cứu của Jain được thực hiện năm 2009 với tỷ lệ VTN nghe nói đến RTIs lần lượt là 57,4% và 31,8% [30], [75].

Hầu hết các nghiên cứu đều cho thấy tỷ lệ VTN biết đến các bệnh STIs cao hơn rất nhiều so với các bệnh RTIs, cụ thể là các nhiễm khuẩn nội sinh. Các bệnh STIs được nhắc đến chủ yếu là HIV, lậu và giang mai. Trùng roi sinh dục được nhắc đến rất ít. Ngoài ra, các nhiễm khuẩn nội sinh ít được nhắc đến bao gồm viêm âm đạo, nấm âm đạo.

Amira và cộng sự tiến hành một nghiên cứu trên 362 sinh viên nữ từ 18 đến 21 tuổi tại Đại học Benha, Ai Cập. Nghiên cứu cho biết có 70,2% ĐTNC có kiến thức không đạt về triệu chứng của RTIs [35]. Nghiên cứu của Ranjan và cộng sự sử dụng số liệu chăm sóc SKSS của phụ nữ tuổi 15 - 49 đã kết hôn trong cuộc điều tra hộ gia đình cấp huyện từ năm 2007 đến năm 2008 tại Ấn Độ nhằm xác định tỷ lệ ĐTNC có triệu chứng RTIs và hành vi xử lý khi thấy triệu chứng RTIs của phụ nữ. 75% ĐTNC không nhận thức được bất kỳ triệu chứng nào của RTIs/STIs. Trong đó, tỷ lệ này ở nữ VTN nông thôn cao hơn nữ VTN tại thành thị (76% so với 69%) [101].

Các hành vi nguy cơ của RTIs được đề cập đến chủ yếu là vệ sinh kém. Hành vi nguy cơ của STIs là quan hệ tình dục (QHTD) không an toàn, ngoài

ra nạo phá thai không an toàn và đặt dụng cụ tử cung không an toàn cũng được đề cập đến. Nghiên cứu của Orji và cộng sự cho biết 38% nữ VTN và sinh viên tin rằng vệ sinh sinh dục kém là lý do dẫn đến RTIs. Những người không biết bất kỳ lý do hoặc hành vi nguy cơ nào của RTIs chiếm 2,5%. Về biện pháp phòng chống RTIs, 39,9% VTN tin rằng việc thay đổi đồ lót mỗi sáu giờ sẽ giúp ngăn chặn RTIs; 44,6% được hỏi cho rằng tránh ẩm ướt ở âm hộ và làm sạch BPSD với nước, đồng thời lau khô sau khi đi tiểu sẽ ngăn ngừa nhiễm trùng [94]. Nghiên cứu của Monica và cộng sự cho biết có 87% ĐTNC có kiến thức kém về các biện pháp phòng chống STIs [91]. Ngoài ra, theo một điều tra hộ gia đình và các cơ sở y tế tại Ấn Độ, đa số ĐTNC không biết BCS có thể giúp phòng tránh bệnh STIs [74].

Đối với kiến thức về VSKN, một nghiên cứu được thực hiện trên 323 nữ VTN ở một trường Đại học tư nhân tại Pune, Ấn Độ cho biết có 86,65% ĐTNC có kiến thức về kinh nguyệt trước khi có kinh nguyệt [78].

1.3.1.2. Thái độ phòng chống nhiễm khuẩn đường sinh sản của vị thành niên

Các nghiên cứu tìm hiểu thái độ về phòng chống RTIs khá hạn chế về cả số lượng và nội dung nghiên cứu, mức độ sâu của sự tìm hiểu. Những thái độ được các nghiên cứu đề cập đến bao gồm thái độ về việc sử dụng BCS, thái độ đối với vệ sinh phụ khoa, thái độ đối với phòng chống RTIs, thái độ về việc đi khám phụ khoa và thái độ đối với người có HIV.

Jamileh và cộng sự thực hiện nghiên cứu trên 305 phụ nữ từ 15 - 49 tuổi tại các trung tâm chăm sóc sức khỏe của thành phố Kerman, Iran nhằm khảo sát KAP phòng chống các STIs thường gặp. Nghiên cứu chỉ ra hầu hết phụ nữ có thái độ tích cực đối với việc phòng chống RTIs. Điểm trung bình thái độ của mẫu nghiên cứu là 4,03/4,66 điểm [77].

Trong một nghiên cứu thực hiện trên 471 bệnh nhân đến phòng khám vì lý do STIs tại Nairobi, Kenya, Fonck và cộng sự phát hiện ra rằng sự sợ hãi và xấu hổ là nguyên nhân của việc không điều trị RTIs khi thấy triệu chứng của nó [65]. Kết quả nghiên cứu chỉ ra nhiều phụ nữ cho rằng đi khám phụ khoa là đau đớn

và xấu hổ. Lý do cho thái độ này có lẽ bởi vì phụ nữ có trải nghiệm không tốt từ lần khám đầu tiên.

Nhìn chung, các ĐTNC đã có thái độ tích cực đối với những người sống chung với HIV/AIDS (người có HIV). 85% số sinh viên cảm thấy rằng họ cần giúp đỡ người nhiễm HIV. Những người tham gia đã nhận thức được rằng họ có thể duy trì một mối quan hệ bình thường nhưng cần thận trọng để bảo vệ bản thân [91].

1.3.1.3. Thực hành phòng chống nhiễm khuẩn đường sinh sản của vị thành niên

VTN - TN nói chung có nguy cơ cao của việc lựa chọn lối sống không lành mạnh ảnh hưởng đến sức khỏe của họ. Họ có xu hướng chấp nhận những hành vi không lành mạnh được hình thành trong quá trình trưởng thành có thể có một tác động xấu đến cuộc sống sau này. Trong đó, những hành vi nguy cơ của RTIs cần đặc biệt chú trọng vì những hậu quả tức thời cũng như lâu dài đối với SKSS VTN - TN.

Nghiên cứu của Amira và cộng sự cho biết có đến 93% nữ sinh viên có thực hành phòng chống RTIs không đạt yêu cầu [35]. Tỷ lệ này cao hơn rất nhiều so với kết quả nghiên cứu của Marin thực hiện trên 530 phụ nữ điều trị RTIs ở một bệnh viện chuyên khoa tại Úc nhằm điều tra thực hành vệ sinh cá nhân và hành vi tự điều trị RTIs của ĐTNC. Nghiên cứu cho thấy 68% phụ nữ có thực hành không đạt yêu cầu [87].

Thụt rửa âm đạo từ lâu đã được chỉ ra không giúp phụ nữ phòng tránh RTIs, ngược lại có thể có hại. Nghiên cứu của Amira và cộng sự cho biết có 58% sinh viên đã kết hôn thực hiện hành vi thụt rửa âm đạo sau khi QHTD, 62% trong số họ thực hiện thụt rửa với mục đích làm sạch âm đạo. Phát hiện này cho thấy rằng tất cả các sinh viên đã lập gia đình có thói quen vệ sinh âm đạo không lành mạnh liên quan đến QHTD [35]. Kết quả này tương tự với phát hiện của Hull và cộng sự trong một nghiên cứu nhằm xác định tỷ lệ và động lực của hành vi thụt rửa âm đạo của phụ nữ từ 18 - 60 tuổi tại một số

nước ở châu Phi và châu Á [72]. Nhóm tác giả cho biết làm sạch âm đạo là thói quen phổ biến nhất trong số phụ nữ được nghiên cứu.

Nhìn chung, thông tin về hành vi thụt rửa âm đạo và thực hành vệ sinh sinh dục trước và sau khi QHTD ở đối tượng VTN còn hạn chế do không có nhiều nghiên cứu về vấn đề này. Thực tế, có một số lượng VTN - TN có QHTD trước hôn nhân, tuy nhiên để điều tra những hành vi vệ sinh sinh dục liên quan đến QHTD vẫn không mấy dễ dàng, đặc biệt tại những đất nước có nền văn hóa phương Đông.

Các nghiên cứu tại Ấn Độ cho thấy đa số nữ VTN - TN thực hành vệ sinh trong thời kỳ kinh nguyệt không đạt yêu cầu [31], [55], [66], [80]. Điều này có thể do sự hiểu biết chưa đầy đủ và thiếu nhận thức về thực hành VSKN. Trong một nghiên cứu trên đối tượng nữ VTN 10 - 19 tuổi tại một vùng nông thôn huyện Karimnagar, Ấn Độ, Ahmed cho rằng phần lớn các cô gái VTN có thực hành vệ sinh tầng sinh môn trong thời kỳ kinh nguyệt không đúng cách [31].

Một nghiên cứu của El-Gilany và cộng sự thực hiện tại thành phố Mansoura, Ai Cập trên 664 học sinh trong độ tuổi 14 - 18 cho biết các khía cạnh khác nhau về vệ sinh cá nhân cũng được tìm thấy là kém [61]. Kết quả tương tự được báo cáo trong nghiên cứu của Hassanen và cộng sự. Nghiên cứu cho biết gần 2/3 các cô gái thực hành VSKN kém [70]. Đây có thể là do thực tế là các bà mẹ ít có khả năng nói chuyện với con cái của họ về chủ đề này và thiếu các chương trình giáo dục sức khỏe phù hợp trong các trường học. Ngoài ra, Mubarak và cộng sự báo cáo rằng các cô gái phải tuân thủ và thực hiện một số tập quán trong thời kỳ kinh nguyệt như hạn chế đến thăm nơi thờ phụng, phải ngủ riêng, một số cấm kỵ trong nấu ăn, công việc gia đình và tham gia các hoạt động xã hội [93]. Nghiên cứu của Amira cũng cho kết quả tương tự các nghiên cứu tại Ấn Độ với 8,6% sinh viên có VSKN tốt [35].

Đối với sử dụng các vật liệu thấm hút, Anna Maria và cộng sự cho biết sử dụng các loại băng vệ sinh thương mại phổ biến hơn ở đô thị so với các cô gái

nông thôn. Việc sử dụng băng vệ sinh ngày càng phổ biến theo thời gian. Vấn đề tài chính dường như là lý do chính để sử dụng vải thay vì băng vệ sinh. Những lý do khác bao gồm khó khăn khi xử lý hoặc sở thích cá nhân [36]. Sử dụng vải là ít phổ biến hơn trong các nghiên cứu ở trường học so với các nghiên cứu cộng đồng. Một số cô gái kết hợp băng vệ sinh và sử dụng vải (Khoảng 13%). Sản phẩm kinh nguyệt như cốc nguyệt san và băng vệ sinh dạng que đặt âm đạo rất hiếm khi được đề cập đến trong các nghiên cứu, mặc dù có những nhà sản xuất tại địa phương. Cốc nguyệt san có thể có lợi về mặt kinh tế vì một cốc có thể có thời gian sử dụng lên đến 10 năm. Những sản phẩm đặt trong âm đạo được chấp nhận ở học sinh nữ tại Nepal [95] và Kenya [88]. Việc sử dụng thấp các sản phẩm này có thể liên quan đến mối quan tâm về trinh tiết.

1.3.2. Tại Việt Nam

1.3.2.1. Kiến thức phòng chống nhiễm khuẩn đường sinh sản của vị thành niên

Nghiên cứu của Đỗ Ngọc Tấn và cộng sự chỉ ra có hơn một nửa VTN nghe nói đến các STIs [15]. Một khảo sát kiến thức về SKSS tiền hôn nhân cho VTN - TN từ 15 - 24 tuổi tại Việt Nam chỉ ra 19% ĐTNC có kiến thức chung đúng về các tổn thương cơ quan sinh dục và các bệnh STIs [25].

Nghiên cứu của Nguyễn Thị Ái Thơ về kiến thức SKSS của sinh viên tại trường Đại học Đồng Nai cho thấy có 21,8% ĐTNC biết triệu chứng tiểu buốt; 41,9% biết triệu chứng ngứa BPSD; 36,3% ĐTNC biết triệu chứng loét; 31,1% biết triệu chứng ra nhiều khí hư, có mùi hôi và 15,7% biết triệu chứng đau bụng dưới ở nữ. Ngoài ra, có gần một nửa số sinh viên không biết bất kỳ triệu chứng nào của RTIs/STIs (47,4%) [17].

Nguyễn Minh Quang và Ngô Văn Toàn cho biết có 10% VTN không biết hậu quả nào của RTIs; 66,9% VTN biết hậu quả vô sinh; 59,2% VTN biết hậu quả tăng nguy cơ nhiễm HIV; 32,9% VTN biết có thể ung thư tử cung; 47% VTN biết hậu quả sảy thai, đẻ non; 48,7% VTN biết có thể lây nhiễm sang trẻ sơ sinh; 37,5% biết hậu quả chửa ngoài tử cung; 14,7% biết ít nhất 1 hậu quả và 68% biết từ 3 hậu quả trở lên [13].

Nghiên cứu của Nguyễn Văn Nghị cho thấy VTN có hiểu biết hạn chế về đường lây truyền và cách phòng tránh bệnh STIs. Mặc dù tỷ lệ khá cao VTN đã nghe về HIV/AIDS nhưng hiểu biết các cách phòng tránh lây truyền HIV/AIDS còn thấp [12]. Chỉ có 18,4% VTN biết 1 cách phòng tránh HIV/AIDS trở lên (14% nam và 23% nữ), thấp hơn nhiều so với điều tra SAVY I so sánh cùng độ tuổi (99,8% VTN) [3].

Nghiên cứu của Nguyễn Thị Nga và cộng sự thực hiện trên đối tượng VTN 12 - 15 tuổi, phụ nữ 15 - 49 tuổi, cán bộ y tế và giáo viên môn sinh học tại huyện Na Rì, Bắc Kạn nhằm đánh giá KAP của phụ nữ và VTN về chăm sóc SKSS - SKTD. Nghiên cứu báo cáo có 50,9% học sinh biết cả hai tác dụng phòng tránh bệnh STIs và phòng tránh thai của BCS [10]. Ngoài ra, theo SAVY I nhận định đa số người trẻ tuổi biết BCS có tác dụng phòng tránh các bệnh STIs bao gồm HIV/AIDS đồng thời phòng tránh thai [3].

1.3.2.2. Thái độ phòng chống nhiễm khuẩn đường sinh sản của vị thành niên

Nghiên cứu của Nguyễn Thị Nga và cộng sự chỉ ra VTN có quan niệm khá cởi mở về việc sử dụng BCS. Một tỷ lệ thấp học sinh cho rằng một người phụ nữ (15%) hoặc đàn ông (19,8%) mang theo BCS là người “không đứng đắn”. Người có định kiến cho rằng BCS chỉ dành cho người mua bán dâm hay không chung thủy cũng khá thấp (10%) [10]. Tuy nhiên, kết quả SAVY I chỉ ra điều ngược lại. Kết quả SAVY I cho biết hầu hết thanh thiếu niên đều biết được tác dụng của BCS nhưng thái độ đối với BCS còn khá tiêu cực, đồng nhất BCS với những quan hệ không ràng buộc và vấn đề mại dâm [3]. Sự không thống nhất này do sự khác nhau về địa điểm nghiên cứu và quy mô (một nghiên cứu tại 4 xã đặc biệt khó khăn tại Bắc Kạn và một nghiên cứu trên 42 tỉnh/thành trên cả nước), cỡ mẫu và ĐTNC (Một nghiên cứu trên 208 VTN và một nghiên cứu trên 7.600 VTN - TN). Mặt khác, hai nghiên cứu được thực hiện cách nhau 8 năm do vậy có thể thái độ về sử dụng BCS đã cởi mở hơn theo thời gian. Ngoài ra, phương pháp thu thập số liệu cũng có thể là yếu tố dẫn tới kết quả nghiên cứu khác nhau.

Một nghiên cứu trên học sinh THCS và THPT tại Huế cho biết có 75,8% ĐTNC có thái độ tích cực về vệ sinh phụ khoa. Một tỷ lệ nhỏ (12%) học sinh cho rằng không cần thiết phải tìm hiểu kiến thức về vệ sinh phụ khoa [18].

1.3.2.3. Thực hành phòng chống nhiễm khuẩn đường sinh sản của vị thành niên

Đối với thực hành vệ sinh sinh dục, 68,5% học sinh nữ thực hành vệ sinh sinh dục không đúng cách được chỉ ra trong một nghiên cứu của Nguyễn Thị Huyền Thương và cộng sự. Ngoài ra, nghiên cứu cho biết có 16,8% học sinh vệ sinh 4 lần trở lên/ngày; 30% học sinh vệ sinh 3 lần/ngày; 43% học sinh vệ sinh 2 lần/ngày và 10,2% học sinh vệ sinh 1 lần/ngày. Tuy nhiên, nghiên cứu không nêu cụ thể mỗi lần vệ sinh là vệ sinh với nước hay vệ sinh với sản phẩm làm sạch. Nghiên cứu báo cáo 43,2% học sinh không sử dụng dung dịch vệ sinh vào bất cứ lúc nào [18].

Nghiên cứu của Lê Vũ Anh, Bùi Thị Thu Hà và cộng sự ở 5 trường trung học tại một số tỉnh Việt Nam cho thấy đại đa số học sinh nữ có thể tự thực hiện các hành động VSKN lần đầu. Phần lớn các học viên sử dụng băng vệ sinh trong thời kỳ có kinh (87,5%), một số lượng ít hơn sử dụng vải xô màn (16,3%) [2].

1.4. Một số yếu tố liên quan đến kiến thức, thái độ, thực hành phòng chống nhiễm khuẩn đường sinh sản của vị thành niên

1.4.1. Giới tính

Một nghiên cứu tiến hành trên đối tượng thanh thiếu niên thuộc một bộ lạc ở huyện Mandal và Kesarigutta tại Ấn Độ vào năm 2003 chỉ ra có mối liên quan giữa giới tính và KAP phòng chống STIs, trong đó kiến thức và thực hành của nam giới đều tốt hơn nữ giới [84]. Nghiên cứu của Nguyễn Thị Tuyền trên 614 học sinh tại một trường THPT tại thành phố Huế vào năm 2014 cho thấy điều ngược lại khi chỉ ra nữ giới có KAP tốt hơn nam giới [24]. Ngoài ra, nghiên cứu của Lê Bá Tường ở một trường THPT tại Huế chỉ ra giới tính có mối liên quan đến thái độ về SKSS của học sinh. Điều tra SAVY 1 chỉ ra nam VTN đã nghe về HIV gấp 1,8 lần nữ VTN [23].

1.4.2. Tuổi, khối lớp

Nghiên cứu của Kumari trên thanh thiếu niên ở 2 huyện tại Ấn Độ cho biết tuổi có ảnh hưởng nhiều đến kiến thức và thực hành phòng chống STIs của VTN [84]. Một nghiên cứu khác tại Ấn Độ chỉ ra tuổi là yếu tố quyết định quan trọng của hành vi tìm kiếm điều trị RTIs của nữ VTN đã lập gia đình. Trong đó, nữ VTN 19 tuổi có khả năng tìm kiếm điều trị RTIs gấp 2 lần nữ VTN 15 tuổi [101].

Nghiên cứu của Nguyễn Thị Tuyền chỉ ra tuổi có mối liên quan đến kiến thức và thái độ về SKSS của học sinh; khối lớp có mối liên quan đến KAP về SKSS của học sinh. Trong đó, học sinh ở nhóm tuổi lớn hơn và khối lớp cao hơn có KAP tốt hơn [24]. Nghiên cứu của Lê Bá Tường cũng chỉ ra điều tương tự khi cho rằng tuổi, khối lớp có mối liên quan đến kiến thức và thái độ về SKSS của học sinh. Tuy nhiên, nghiên cứu chỉ ra học sinh thuộc nhóm tuổi thấp hơn (nhóm 16 - 17 tuổi) có thái độ tốt hơn nhóm tuổi cao hơn (nhóm 18 - 22 tuổi) [23].

Nghiên cứu của Nguyễn Văn Nghị cho biết học sinh nhóm 15 - 19 tuổi có hiểu biết về STIs tốt hơn nhóm 10 - 14 tuổi (Nam: OR = 3,21, KTC 95% = 2,63 - 3,91; Nữ: OR= 2,70, KTC 95% = 2,22 - 3,29) [12].

1.4.3. Tôn giáo

Nghiên cứu của Ranjan Kumar Prusty báo cáo có mối liên quan giữa tôn giáo và hành vi tìm kiếm điều trị RTIs của nữ VTN 15 - 19 tuổi đã lập gia đình. Người Hồi giáo có nhiều khả năng tìm kiếm điều trị RTIs hơn người Hindu (OR = 1,45, $p < 0,05$) [101]. Ngoài ra, nghiên cứu của Nguyễn Đình Sơn tại một số trường THPT huyện Vũ Quang, tỉnh Hà Tĩnh chỉ ra có mối liên quan giữa tôn giáo và kiến thức về SKSS của học sinh [14].

1.4.4. Học lực

Nghiên cứu của Nguyễn Thị Tuyền chỉ ra học lực có mối liên quan đến KAP về SKSS của học sinh. Trong đó, học sinh có xếp loại học lực cao hơn có KAP tốt hơn [24]. Nghiên cứu của Nguyễn Đình Sơn chỉ ra điều tương tự khi cho biết học lực có mối liên quan đến kiến thức về SKSS. Trong đó, nhóm học lực giỏi có kiến thức tốt hơn nhóm học lực khá, trung bình và yếu [14].

1.4.5. Trình độ học vấn, biết chữ

Trong nghiên cứu của Hashima trên nhóm VTN 12 - 19 tuổi tại Bangladesh, kết quả phân tích hồi quy logistic chỉ ra biết chữ là chỉ báo có ảnh hưởng nhất đến kiến thức về STIs (OR= 3,3, KTC 95%: 1,16 - 9,38) [69].

Nghiên cứu của Kumari báo cáo trẻ VTN đã hoàn thành bậc trung học có kiến thức và thực hành về SKSS tốt hơn học sinh có trình độ học vấn thấp hơn [84]. Ngoài ra, nghiên cứu của Ranjan Kumar Prusty cho biết VTN có bậc giáo dục trung học có nhiều khả năng tìm kiếm điều trị STIs hơn VTN không học trung học (OR = 1,28, p < 0,05) [101].

Nghiên cứu của Nguyễn Văn Nghị cho thấy có mối liên quan giữa trình độ học vấn và hiểu biết về STIs. Học sinh THPT, THCS có hiểu biết về STIs tốt hơn học sinh Tiểu học [12]. Nghiên cứu của Nguyễn Thị Huyền Thương tại một số trường trung học tại Huế cho biết có mối liên quan giữa trình độ học vấn và KAP vệ sinh phụ khoa của nữ học sinh. Trong đó, học sinh THPT có KAP vệ sinh phụ khoa tốt hơn học sinh THCS [18].

1.4.6. Tình trạng kinh tế gia đình, số người sống trong gia đình

Nghiên cứu của Hashima phát hiện có mối liên quan giữa số kiến thức cao và tình trạng kinh tế gia đình tốt hơn [69]. Đối với hành vi tìm kiếm điều trị RTIs, tác giả Ranjan Kumar Prusty chỉ ra có mối liên quan giữa tình trạng kinh tế gia đình với khả năng thực hiện hành vi này. Theo đó, nghiên cứu này cho biết những VTN thuộc nhóm gia đình giàu nhất có cơ hội cao hơn tìm cách chữa trị RTIs so với nhóm gia đình nghèo nhất (OR = 1,39, p < 0,05) [101]. Tuy nhiên, nghiên cứu của Hashima cho thấy điều ngược lại khi chỉ ra rằng nhóm ĐTNC ở tầng lớp kinh tế thấp hơn có nhiều khả năng để tìm cách điều trị hơn nhóm ở tầng lớp kinh tế cao hơn [69].

Nghiên cứu của Nguyễn Đình Sơn chỉ ra có mối liên quan giữa tình trạng kinh tế gia đình và kiến thức về SKSS của học sinh. Theo đó, hộ không nghèo có kiến thức tốt hơn hộ cận nghèo và hộ nghèo. Ngoài ra, nghiên cứu cho biết số người sống trong gia đình có mối liên quan đến kiến thức về

SKSS của VTN. Trong đó, nhóm sống trong gia đình có từ 1 - 4 người có kiến thức tốt hơn nhóm gia đình có từ 5 người trở lên [14].

1.4.7. Học vấn bố, học vấn mẹ, nghề nghiệp mẹ

Nghiên cứu của Amira tại Đại học Benha, Ai Cập cho biết có mối liên quan giữa nghề nghiệp mẹ với kiến thức phòng chống RTIs của nữ sinh viên và trình độ học vấn của mẹ với kiến thức, thực hành phòng chống RTIs của nữ sinh viên [35]. Kết quả tương tự được báo cáo trong nghiên cứu của Busari, tác giả chỉ ra có mối liên quan giữa trình độ học vấn của mẹ với thực hành vệ sinh sinh dục của học sinh [43].

Tại Việt Nam, nghiên cứu của Nguyễn Thị Tuyền cho biết có mối liên quan giữa trình độ học vấn của mẹ, trình độ học vấn của bố với kiến thức, thái độ về SKSS của VTN. Học sinh thuộc nhóm cha mẹ có trình độ học vấn từ bậc THPT trở lên có kiến thức và thái độ tốt hơn nhóm cha mẹ có trình độ học vấn dưới bậc THPT. Nghiên cứu cho thấy không có mối liên quan giữa trình độ học vấn của mẹ, trình độ học vấn của bố với thực hành về SKSS của VTN [24]. Ngoài ra, nghiên cứu của Nguyễn Đình Sơn cũng chỉ ra mối liên quan giữa trình độ học vấn của bố, mẹ với kiến thức về SKSS của học sinh [14].

1.4.8. Nơi cư trú

Theo nghiên cứu của Ranjan Kumar Prusty, so với VTN ở khu vực phía Bắc, VTN ở khu vực phía Nam có nhiều khả năng tìm kiếm điều trị RTIs hơn (OR = 1,25), trong khi VTN ở khu vực phía Đông Bắc có ít khả năng thực hiện hành vi này hơn (OR = 0,54) [101].

Nghiên cứu của Amira báo cáo một mối quan hệ rất có ý nghĩa thống kê giữa kiến thức và thực hành về RTIs với nơi cư trú của sinh viên. Những sinh viên ở khu vực nông thôn có kiến thức về RTIs kém hơn sinh viên ở khu vực đô thị [35]. Kết quả này tương tự với phát hiện trong nghiên cứu của Slave và cộng sự. Nhóm tác giả báo cáo có mối liên quan giữa thực hành về RTIs với nơi cư trú của VTN [104]. Ngoài ra, nghiên cứu của Nguyễn Văn Nghị chỉ ra học sinh ở

khu vực đô thị có kiến thức tốt hơn học sinh ở khu vực nông thôn (Nam: OR = 1,42, KTC 95% = 1,21- 1,68; nữ: OR = 1,69, KTC 95%: 1,44 - 1,99) [12].

1.4.9. Mối liên quan giữa các yếu tố kiến thức, thái độ, thực hành

Nghiên cứu của Clark và cộng sự tại Philadelphia và Khandwalla cho thấy có mối liên quan giữa kiến thức và thái độ phòng chống RTIs. Theo đó, những người có kiến thức tốt có nhiều mong muốn phòng chống RTIs hơn những người có kiến thức kém [46].

Tác giả Ranjan Kumar Prusty đã chỉ ra trong một nghiên cứu về RTIs trên đối tượng thanh thiếu niên là kiến thức là yếu tố quyết định quan trọng trong việc tìm kiếm điều trị RTIs [101]. Ngoài ra, một mối tương quan thuận với mức độ tương quan chặt chẽ giữa điểm kiến thức và điểm thực hành của học sinh được phát hiện trong nghiên cứu của Amira và cộng sự [35]. Tương tự, Bobhate và Shrivastana cũng kết luận trong một nghiên cứu trên nữ VTN tại Mumbai là có mối liên quan giữa kiến thức và thực hành VSKN [40].

Nghiên cứu của Trương Thị Vân Anh ở 5 trường THCS tại quận Ninh Kiều, thành phố Cần Thơ chỉ ra học sinh có hiểu biết tốt về VSKN sẽ thực hành VSKN đúng gấp 5,17 lần so với học sinh có kiến thức kém [1]. Tương tự, nghiên cứu của Nguyễn Thị Huyền Thương cho biết có mối liên quan giữa kiến thức và thực hành vệ sinh phụ khoa của học sinh nữ [18].

1.5. Các can thiệp cải thiện kiến thức, thái độ, thực hành phòng chống nhiễm khuẩn đường sinh sản của vị thành niên

1.5.1. Trên thế giới

1.5.1.1. Can thiệp dựa vào trường học (School-based interventions)

❖ Trung tâm y tế trường học (School-based health centers)

Vào thế kỷ 20, một nhà hoạt động xã hội tại Mỹ dẫn đầu phong trào phục vụ nhu cầu của những người trẻ sống trong các cộng đồng thiệt thòi bằng cách cung cấp dịch vụ y tế và xã hội thông qua trường học [60]. Trong thời gian đó, hai nhận thức quan trọng khiến hoạt động này nổi lên đó là: (1) Tình trạng sức khỏe của thanh thiếu niên và thành tựu giáo dục của họ có liên quan chặt

chẽ và (2) sự cần thiết phải cung cấp các chương trình cho thanh thiếu niên theo định hướng dịch vụ [42].

Trong những năm gần đây, dịch vụ y tế chính thức đã được phát triển trong các trường học thông qua các Trung tâm y tế trường học. Trung tâm y tế trường học cung cấp một dịch vụ sức khỏe toàn diện tích hợp, trong đó bao gồm phòng ngừa y tế, cung cấp y tế, điều dưỡng, chăm sóc SKSS và các vấn đề về sức khỏe tâm thần cho học sinh [42]. Các Trung tâm này được tìm thấy trong y văn như một tổng thể gồm nhiều loại hình dịch vụ được đặt trong trường học, có thể là trên sân trường [34], [51], [68], [73].

Mô hình này đã trở nên rất phổ biến tại Hoa Kỳ. Quốc hội về chăm sóc sức khỏe dựa trên trường học đã tìm thấy gần 2.000 Trung tâm y tế trường học đang được triển khai trên toàn nước Mỹ trong năm 2008. Trong đó, 70% Trung tâm y tế trường học tiến hành chẩn đoán và điều trị STIs. Các nghiên cứu cũng cho biết Trung tâm y tế trường học cung cấp dịch vụ tư vấn phòng ngừa STIs cho VTN - TN [82], [105]. Bằng chứng cho thấy rằng Trung tâm y tế trường học cũng phổ biến ở Anh, nhưng dịch vụ này được phân bố không đều và kết quả hiếm được ghi nhận [34]. Ở các nước khác, đặc biệt là các nước có thu nhập thấp và trung bình, hầu như không có tài liệu đề cập đến Trung tâm y tế trường học. Quốc gia Nam Phi hiện đang bắt tay vào sự phát triển của Trung tâm y tế trường học như là một phần của chương trình chăm sóc sức khỏe VTN [47].

❖ *Giáo dục và tư vấn đồng đẳng*

Nhiều chương trình SKSS bao gồm phòng chống RTIs/STIs trong trường học sử dụng cách tiếp cận giáo dục hoặc tư vấn đồng đẳng. Năm 2010, một nghiên cứu tổng quan hệ thống được thực hiện để kiểm tra các can thiệp nhằm giảm thiểu nguy cơ STIs và nâng cao sức khỏe thực hiện trong các trường học, bệnh viện và trong cộng đồng từ năm 1995 - 2005. Các tác giả xem xét thiết kế nghiên cứu và phương pháp can thiệp để khám phá cách các yếu tố ảnh hưởng đến kết quả trong 19 nghiên cứu. Mười trong số 19 nghiên cứu nhằm thay đổi hành vi tình dục nguy cơ và 3 nghiên cứu báo cáo giảm

đáng kể trong một khía cạnh cụ thể của hành vi tình dục nguy cơ. Hai trong số các mô hình/biện pháp can thiệp có tác động thay đổi hành vi sử dụng đồng đẳng viên là người cùng trang lứa với đối tượng đích, can thiệp còn lại đồng đẳng viên là giáo viên hướng dẫn. Đồng đẳng viên là người cùng trang lứa được chấp nhận hơn là giáo viên hướng dẫn. Can thiệp đồng đẳng được đánh giá là thành công hơn trong việc nâng cao kiến thức tình dục và không có sự khác biệt rõ ràng về hiệu quả của phương pháp trong việc thay đổi hành vi. Các tác giả cho rằng sự cải thiện về kiến thức SKTD không nhất thiết dẫn đến thay đổi hành vi [85].

Trong 19 nghiên cứu được xem xét, có 6 nghiên cứu sử dụng đồng đẳng viên là giáo viên. Chỉ có 1 trong các nghiên cứu này cho thấy sự cải thiện trong hành vi tình dục [56]. Can thiệp này được tiến hành trong các trường THCS tại Tây Ban Nha trên 1.215 học sinh lớp 10 và 11. Nghiên cứu báo cáo có một sự cải thiện nhỏ hành vi sử dụng BCS trong nhóm can thiệp (22% ở nhóm chứng so với 26% trong nhóm can thiệp, $p < 0,05$, OR = 1,51). 8 can thiệp sử dụng đồng đẳng viên là bạn cùng trang lứa, trong đó 6 can thiệp có tác động nâng cao kiến thức và thái độ tình dục của VTN, 2 can thiệp báo cáo có sự cải thiện trong hành vi.

Ngoài ra, một can thiệp giáo dục đồng đẳng của Canada đã chứng minh cải thiện thái độ, niềm tin và kiểm soát hành vi với hành vi tự bảo vệ, chẳng hạn như trì hoãn tuổi bắt đầu QHTD và sử dụng BCS [44].

❖ *Các can thiệp quản lý vệ sinh kinh nguyệt cho nữ vị thành niên*

Quản lý VSKN tốt giúp phụ nữ nói chung và nữ VTN nói riêng phòng chống các bệnh RTIs. Hiệu quả quản lý VSKN bao gồm việc sử dụng các vật liệu thấm hút sạch sẽ trong thời kỳ hành kinh, có khu vực riêng để thay vật liệu thấm hút đặc biệt khi ở trường học, vứt bỏ vật liệu thấm hút khi cần thiết và sử dụng dung dịch vệ sinh để làm sạch BPSD [106]. Quản lý VSKN không tốt và không hiệu quả đã được ghi nhận tại các khu vực nguồn lực thấp và liên kết đến những hậu quả tiêu cực đối với phụ nữ và trẻ em gái

[28], [55], [61], [63], [80]. Các hậu quả của quản lý VSKN kém bao gồm cảm giác xấu hổ, sợ hãi (sợ bị kỳ thị), lo lắng và mất tập trung đã được mô tả trong một loạt các ngữ cảnh [52], [107]. Một số nghiên cứu chỉ ra một tỷ lệ cao các cô gái cảm thấy không được chuẩn bị và cảm thấy lo lắng, sợ hãi vào thời kỳ này [32], [57], [83].

Các can thiệp giải quyết quản lý VSKN được phân loại thành hai nhóm bao gồm can thiệp phần cứng và can thiệp phần mềm. Can thiệp phần cứng được thiết kế để giải quyết sự thiếu thốn về vật chất như việc cung cấp các vật liệu thấm hút hay cải thiện việc cung cấp nước, vệ sinh môi trường và thiết bị vệ sinh. Can thiệp phần mềm giải quyết sự thiếu hụt kiến thức về kinh nguyệt và quản lý VSKN bằng cách TT - GDSK.

Can thiệp phần cứng và phần mềm đã được sử dụng bởi Chính phủ các nước, các tổ chức quốc tế và các tổ chức từ thiện địa phương để giải quyết vấn đề quản lý VSKN kém và những hậu quả liên quan [58], [66], [90]. Tuy nhiên, các chương trình này đã được ban hành trong trường hợp chưa có bằng chứng về hiệu quả của chúng.

- *Can thiệp phần cứng*

Chi phí và tính sẵn có của các sản phẩm vệ sinh là một rào cản cơ bản đối với quản lý VSKN tốt [53], [71], [92], [98]. Tại những nước có thu nhập thấp và trung bình, nhìn chung, sản phẩm băng vệ sinh thương mại thường không sẵn có hoặc quá tốn kém [52], [54], [66], [98]. Việc cung cấp các vật liệu thấm hút sạch sẽ ở những nơi thiếu thốn được cho là sẽ làm giảm sự khó chịu và bớt lo lắng về việc làm bẩn quần áo bên ngoài. Đồng thời cũng có thể làm giảm sự kỳ thị và chế giễu, điều đã liên quan đến việc phụ nữ và trẻ em gái nghỉ làm hoặc nghỉ học.

Tại Ghana, Dolan và cộng sự chỉ ra rằng hơn ba phần tư số nữ sinh được khảo sát báo cáo làm bẩn quần áo bên ngoài trong kỳ kinh nguyệt gần đây nhất của họ [59]. Đồng thời nghiên cứu cho thấy, với việc cung cấp băng vệ

sinh dùng một lần, tỷ lệ nữ sinh đi học trong thời kỳ kinh nguyệt tăng lên khoảng 9% sau 5 tháng [92].

- *Can thiệp phần mềm*

Tại nhiều quốc gia, nữ VTN được tìm thấy thiếu kiến thức về sinh lý và quản lý VSKN [28], [32], [45]. Trong một nghiên cứu ở Pakistan, Ali và Rizvi đã báo cáo rằng ít hơn 50% các cô gái được khảo sát nhận được thông tin về kinh nguyệt trước khi có kinh nguyệt [32]. Vấn đề văn hóa tén ngưỡng và những điều cấm kỵ có thể đóng góp cho quản lý VSKN kém. Các nghiên cứu cho biết những điều cấm kỵ xung quanh việc VSKN làm cho VTN hạn chế việc tắm rửa và ngăn cản họ tham gia các hoạt động xã hội [57], [83], [98], [103], [107].

Abedian và cộng sự tìm thấy một tác động tích cực của giáo dục về kiến thức kinh nguyệt [27]. Tính trung bình, điểm số trên các bài kiểm tra 10 hạng mục tăng 3,86 - 8,99. Fetohy đã cho thấy tác động tích cực lớn của giáo dục về thái độ kinh nguyệt của nhóm can thiệp so với nhóm chứng. Tác giả cho biết có một sự khác biệt lớn trong kiến thức kinh nguyệt trước và sau can thiệp ở nhóm chủ cứu, đồng thời khác nhau giữa nhóm chủ cứu và nhóm chứng. Mức độ khác nhau khoảng 10 điểm trên bài kiểm tra với thang điểm từ 0 đến 33. Tương tự như vậy, có sự khác biệt trung bình chuẩn hóa lớn giữa học sinh ở nhóm can thiệp so với nhóm chứng trong thực hành VSKN [64].

1.5.1.2. *Can thiệp dựa vào cộng đồng (Community-based interventions)*

- ❖ *Phương pháp dựa trên nhà cung cấp dịch vụ*

Những can thiệp này chủ yếu tập trung vào việc ngăn ngừa và điều trị STIs. Nhiều Chính phủ các nước có thu nhập thấp và trung bình đang hợp tác hiệu quả với các tổ chức y tế và khu vực y tế tư nhân để nâng cao cách tiếp cận của họ đối với sức khỏe VTN, đặc biệt là SKSS. Các dự án thường có sự tham gia của các Bộ liên quan nhằm tạo ra các chính sách và chiến dịch. Ngoài ra, các tổ chức phi chính phủ cũng tham gia và có vai trò đào tạo, tập huấn về chuyên môn cho các nhân viên tham gia dự án. Tổ chức Y tế thế giới cung cấp một loạt các bộ công cụ để giúp các tổ chức phi chính phủ nâng cao kỹ năng cho nhân viên.

❖ *Phương pháp dựa vào các tổ chức cộng đồng*

Phương pháp này thực hiện dựa trên việc tổ chức các câu lạc bộ hoặc trung tâm thanh thiếu niên trong cộng đồng hoặc liên kết với trường học. Giải pháp này nhằm nâng cao nhận thức về SKSS cho thanh thiếu niên và thông báo cho họ về những hành vi nguy cơ.

Các trung tâm thanh thiếu niên thân thiện của cách tiếp cận này được coi là một phần của mạng lưới y tế cộng đồng. Trung tâm này thu hút cả những thanh thiếu niên trong hoặc ngoài trường học.

Các kiến thức, kỹ năng về phòng chống RTIs/STIs được phổ biến rộng rãi và lâu dài. Việc cung cấp thông tin sớm cho lứa tuổi VTN, thậm chí trước tuổi VTN là điều rất quan trọng vì nó mang lại một giá trị khởi đầu, đồng thời giúp VTN kiểm soát được hành vi sức khỏe của họ, giúp họ có thể lập kế hoạch ngắn hạn hoặc trung hạn cho tương lai của mình.

Một đánh giá các chương trình can thiệp tại Cameroon, Madagascar và Rwanda để ngăn ngừa bệnh STIs, HIV/AIDS trong VTN - TN sử dụng phương pháp tiếp thị xã hội và thương mại. Ở Cameroon, kiến thức về cách sử dụng và địa điểm mua BCS tăng lên trong số những người đã tiếp cận với các chương trình ở cả hai giới. Đồng thời, hành vi sử dụng BCS tăng lên đối với nam giới trẻ. Ở Rwanda, những người tham gia chương trình tin rằng BCS là một cách hiệu quả để phòng chống HIV/AIDS. Những người trẻ tiếp xúc với các chương trình cũng có nhiều khả năng sử dụng dịch vụ tư vấn và xét nghiệm HIV. Ở Madagascar, nhiều thanh thiếu niên tìm kiếm các dịch vụ SKSS tại các phòng khám bạn của TN tăng lên đáng kể [79].

❖ *Phương pháp dựa trên đồng đẳng viên*

Phương pháp này được coi là thành phần thiết yếu trong các can thiệp cải thiện sức khỏe VTN, đặc biệt những can thiệp hướng đến sự thay đổi hành vi. Tuy nhiên, các tài liệu luôn nhấn mạnh tầm quan trọng của các chương trình tổng thể với tầm ảnh hưởng lớn. Trong một số trường hợp, người lớn sẽ

phù hợp hơn và mang lại hiệu quả cao hơn vì người lớn có tầm hiểu biết và có kinh nghiệm trong các vấn đề liên quan đến SKSS - SKTD.

Một dự án tại Ghana đào tạo gần 497 nhà giáo dục đồng đẳng, 297 người từ các trường học hoặc cộng đồng, 200 người làm việc trong các cửa hàng mà khách hàng là đối tượng VTN như tiệm làm tóc, cửa hàng thời trang tuổi VTN, cửa hàng đồ lưu niệm. Vai trò của họ là chia sẻ tài liệu truyền thông và phân phối BCS. Vào cuối năm dự án, mặc dù có ít đồng đẳng viên, họ đã phân phối 58% của tổng số BCS (hơn 750.000 BCS) [96].

Vào năm 2009, Medley và các đồng nghiệp đã tiến hành một tổng quan hệ thống và phân tích gộp các can thiệp giáo dục đồng đẳng ở các nước đang phát triển được công bố từ tháng 1 năm 1990 đến tháng 11 năm 2006. Ba mươi nghiên cứu được xác định. Trong phân tích, can thiệp giáo dục đồng đẳng liên quan đáng kể với gia tăng kiến thức HIV và gia tăng sử dụng BCS. Chương trình giáo dục đồng đẳng có ảnh hưởng không đáng kể đến thay đổi kiến thức STIs. Các tác giả kết luận rằng chương trình giáo dục đồng đẳng ở các nước đang phát triển không có nhiều hiệu quả trong việc cải thiện hành vi [89].

❖ *Phương pháp dựa trên gia đình*

Những thành viên trong gia đình, đặc biệt là cha mẹ có vai trò quan trọng trong việc bảo vệ và thúc đẩy sức khỏe VTN. Gia đình là nơi các vấn đề ủng hộ hay đối đầu được thảo luận công khai. Đây cũng là nơi khởi đầu cho mọi tâm lý VTN từ lòng tự trọng, sự tự tin, xấu hổ, cô đơn hay vui vẻ.

Trong các y văn, bà mẹ nổi bật hơn so với những người cha trong vai trò là cố vấn cho con cái của họ, đặc biệt là con gái. Kết quả xuất sắc đã được báo cáo khi bà mẹ đi cùng con gái tuổi VTN tham dự các buổi giáo dục kiến thức phòng chống STIs [33]. Đối với con gái lớn tuổi hơn, các bà mẹ tham dự các lớp học giáo dục giới tính song song nhưng riêng biệt, cho phép các cơ hội để thảo luận sau đó tại nhà [67], [116]. Một dự án mời những người mẹ góp ý cho nội dung chương trình giảng dạy dựa trên những gì các bà mẹ nghĩ con gái họ cần biết và họ không biết làm thế nào để nói với con họ. Những

phương pháp tiếp cận nâng cao kỹ năng cho các em gái VTN về VSKN, STIs và kế hoạch hóa gia đình đã được chứng minh làm tăng sự giao tiếp và kết nối đáng tin cậy giữa mẹ và con gái.

Vai trò của người cha đã được đề cập ít hơn trong y văn. Chủ yếu là trong các buổi hòa nhạc với một loạt các vai diễn thông qua đó truyền thông thay đổi hành vi cho VTN. Nhìn chung, vai trò của người cha trong việc nâng cao KAP về phòng chống RTIs được đề cập rất ít trong các tài liệu, thấp hơn đáng kể so với vai trò của các bà mẹ.

1.5.2. Tại Việt Nam

Từ năm 1960 đến cuối những năm 1980, các chương trình phòng chống STIs tại nước ta chủ yếu tập trung vào các cặp vợ chồng đã kết hôn [40]. VTN được tiếp cận hạn chế với các dịch vụ SKSS. Kể từ Hội nghị Quốc tế về Dân số và Phát triển năm 1994, nhiều sáng kiến nhằm giảm các hành vi nguy cơ sức khỏe và hỗ trợ các nhu cầu SKSS của những người trẻ đã được thực hiện.

Nhiều cách tiếp cận khác nhau được sử dụng trong các can thiệp tại Việt Nam, tuy nhiên những cách tiếp cận này không hoàn toàn giống như các cách tiếp cận trên thế giới. Tại Việt Nam, có ba cách tiếp cận phòng chống RTIs/STIs cho VTN bao gồm tạo môi trường thuận lợi; cải thiện kiến thức, thái độ, kỹ năng, năng lực tự thân; cải thiện hành vi tìm kiếm dịch vụ chăm sóc sức khỏe và tình dục an toàn [9]. Trong đó, tạo môi trường thuận lợi bằng cách thực hiện các công tác/chiến dịch vận động trong cộng đồng nhằm huy động sự ủng hộ, chấp nhận của cộng đồng. Cải thiện kiến thức, thái độ, kỹ năng và năng lực của VTN thông qua việc cung cấp thông tin và TT - GDSK ở các địa điểm như trường học, cộng đồng dân cư, nơi làm việc và nhóm thanh thiếu niên.

Tương tự nhiều nơi trên thế giới, các dự án giáo dục đồng đẳng là một cách tiếp cận được sử dụng phổ biến, tuy nhiên còn nhiều lo ngại về hiệu quả của nó đối với việc cung cấp kiến thức một cách chính xác. Theo đó, cần phải

nắm bắt sở thích, thị hiếu, thói quen, nhu cầu đặc biệt là nhu cầu về tính riêng tư, bảo mật của VTN để xây dựng, triển khai các dịch vụ phù hợp.

Dự án “Nâng cao nhận thức về giới và các vấn đề SKSS cho các gia đình nông thôn Việt Nam (2003 - 2006)” do Trung tâm nghiên cứu Giới, Gia đình và Môi trường trong phát triển và Hội Kế hoạch hóa gia đình Đan Mạch thực hiện đã rất thành công khi áp dụng mô hình truyền thông thay đổi hành vi và đã đạt được những kết quả khả quan. Dự án được triển khai tại 4 xã trên các vùng miền khác nhau của đất nước. Báo cáo tổng kết dự án cho biết sau 3 năm triển khai dự án, VTN đã có thay đổi nhận thức và hành vi về phòng chống STIs. Về thái độ phòng chống STIs, có sự thay đổi theo chiều hướng tích cực: từ nghi ngờ, ngần ngại chuyển sang đồng tình và ủng hộ” [21].

Sáng kiến SKSS TN châu Á (RHIYA) do Liên minh châu Âu và Quỹ dân số Liên hợp quốc tài trợ với mục đích thúc đẩy việc thực hiện chương trình hành động của Hội nghị Quốc tế về Dân số và Phát triển tại bảy nước Nam và Đông Nam Á. Tại Việt Nam, mục tiêu tổng thể của chương trình RHIYA là nâng cao tình trạng SKSS của VTN - TN trong độ tuổi từ 10 đến 24, ở trong và ngoài trường học, từ thành thị đến nông thôn. RHIYA đã thiết lập và triển khai bước đầu có hiệu quả “Mô hình cung cấp dịch vụ thân thiện SKSS VTN toàn diện dựa vào cộng đồng”. Mô hình này có tên gọi là “Góc dịch vụ thân thiện”. Sau 3 năm triển khai, đã có 71.397 lượt VTN - TN đến 22 “Góc dịch vụ thân thiện” ở 7 tỉnh để nhận thông tin, tư vấn và dịch vụ lâm sàng về SKSS VTN. Trong đó, khoảng 33.940 lượt đối tượng đã sử dụng các dịch vụ lâm sàng và thăm khám. Kết quả của Điều tra ban đầu và kết thúc chương trình đã cho thấy có sự cải thiện một cách đáng kể về hiểu biết, đặc biệt là hành vi của VTN - TN đối với các vấn đề phòng chống RTIs/STIs ở VTN tại các địa bàn triển khai. Tỷ lệ VTN - TN hiểu biết đúng về chu kỳ kinh nguyệt tăng 8,4% trước can thiệp so với sau can thiệp (12,9% so với 21,3%). Tỷ lệ VTN - TN sử dụng BCS trong lần QHTD gần đây nhất tăng 13,1%

(35,2% và 48,2%). Quan trọng hơn cả, VTN - TN đã có nhiều thay đổi đáng kể trong thái độ tiếp nhận thông tin liên quan đến SKSS - SKTD, từ thái độ e ngại đến chủ động tìm hiểu, tiếp nhận thông tin [16].

Năm 2012, một đánh giá chương trình can thiệp SKTD trên đối tượng VTN - TN chưa lập gia đình từ 15 - 20 tuổi đã được thực hiện tại 12 xã ở Hà Nội và Khánh Hòa. Nghiên cứu sử dụng “Lý thuyết Động lực bảo vệ” để đánh giá các can thiệp. Ba mô hình/biện pháp can thiệp được đánh giá bao gồm (1) Tập trung cho trẻ em Việt Nam (Vietnamese Focus on Kids - VFOK), (2) Chương trình Khám phá thế giới của VTN trên cơ sở giới (The gender-based program Exploring the World of Adolescents - EWA), và (3) EWA cộng với sự tham gia của phụ huynh và nhà cung cấp giáo dục sức khỏe (EWA +). Kết quả đánh giá cho thấy các chương trình EWA+ so với VFOK cho thấy sự gia tăng lớn hơn đáng kể về nhận thức. EWA+ so với VFOK cũng cho thấy giảm đáng kể ý định QHTD không được bảo vệ lúc trước can thiệp so với sau can thiệp. Hiểu biết về bệnh STIs, HIV/AIDS và tự tin sử dụng BCS có sự thay đổi đáng kể ở cả 3 can thiệp. Điểm trung bình hiểu biết về bệnh STIs với thang điểm 0 - 100 của 3 can thiệp VFOK, EWA, EWA+ trước và sau khi triển khai can thiệp 3 tháng lần lượt là 57,35 và 65,35 ($p < 0,05$); 54,36 và 64,29 ($p < 0,05$); 57,14 và 67,14 ($p < 0,05$). Những phát hiện này cho thấy rằng các chương trình cộng đồng dựa trên lý thuyết góp phần thay đổi bền vững trong kiến thức và thái độ về nguy cơ tình dục trong VTN - TN Việt Nam [97].

Các nghiên cứu điều tra thực trạng KAP và can thiệp TT – GDSK phòng chống RTIs cho VTN tại Hà Nam rất hạn chế. Các chương trình TT- GDSK về SKSS có bao hàm nội dung phòng chống RTIs được tổ chức nhỏ lẻ, rời rạc, không có hệ thống và không được báo cáo đầy đủ. Các hoạt động được tìm thấy thường là các buổi tuyên truyền tập trung được tổ chức một lần thông qua các cuộc thi hoặc cán bộ y tế phổ biến kiến thức về các vấn đề SKSS, trong đó có phòng chống các RTIs.

1.6. Chi phí, chi phí - hiệu quả các can thiệp cải thiện kiến thức, thái độ, thực hành phòng chống nhiễm khuẩn đường sinh sản của vị thành niên

1.6.1. Các nghiên cứu chi phí can thiệp phòng chống nhiễm khuẩn đường sinh sản ở vị thành niên trên thế giới và Việt Nam

1.6.1.1. Mô tả các nghiên cứu và phương pháp tính toán chi phí đã được sử dụng

Vào cuối năm 2007, UNESCO bắt đầu một chương trình làm việc về giáo dục giới tính để tăng cường nỗ lực phòng chống HIV cho VTN - TN và giải quyết các mục tiêu SKSS - SKTD bao gồm phòng chống các STIs. Các nghiên cứu về chi phí của chương trình giáo dục giới tính trong trường học được thực hiện tại sáu quốc gia (Nigeria, Kenya, Indonesia, Ấn Độ, Estonia và Hà Lan). Nghiên cứu này được ủy quyền bởi UNESCO và thực hiện bởi Trung tâm y tế Nijmegen, Đại học Radboud, phối hợp chặt chẽ với các Viện trong sáu quốc gia [110].

Phân tích chi phí theo phương pháp WHO-CHOICE - một tiêu chuẩn quốc tế cho phân tích kinh tế các chương trình y tế ở nước có thu nhập thấp và trung bình. Nghiên cứu đánh giá chi phí của các chương trình giáo dục giới tính từ quan điểm chương trình. Chi phí này bao gồm tất cả các chi phí từ các tổ chức chính phủ, phi chính phủ và các tổ chức quốc tế hỗ trợ chương trình.

Nghiên cứu ước tính chi phí trên cơ sở thống kê chi tiết tất cả các nguồn lực được sử dụng cho chương trình giáo dục giới tính ở các nước nghiên cứu. Tiến hành kiểm tra chi tiết các hồ sơ tài chính sẵn có và phỏng vấn cán bộ chương trình và giáo viên để thu thập thông tin. Chi phí trong bốn giai đoạn chương trình liên tiếp được thu thập: phát triển, thích ứng, cập nhật và thực hiện. Mỗi một giai đoạn bao gồm năm loại chi phí tiêu chuẩn hóa bao gồm lương giáo viên, tài liệu giảng dạy, tuyên truyền, đào tạo và các hoạt động [110].

Các tác giả sử dụng cách tiếp cận thành phần để phân tích chi phí. Tất cả các chi phí được tính với giá năm 2009. Chi phí ở những năm trước được điều chỉnh theo tỷ lệ lạm phát. Tất cả các chi phí được phân tích bằng đồng nội tệ và quy đổi ra USD theo tỷ giá hối đoái tỷ giá hối đoái năm 2009.

1.6.1.2. Kết quả phân tích chi phí

Tổng chi phí của các chương trình, bao gồm cả chi phí phát triển hoặc thích ứng, cập nhật và thực hiện, khoảng từ 1,19 triệu USD tại Indonesia lên 12,1 triệu USD tại Hà Lan. Trong mỗi quốc gia, phần lớn của tất cả các chi phí này là chi phí thực hiện và chi phí của các chương trình phát triển, thích ứng và cập nhật là không đáng kể. Khi xem xét chi phí nhà trường phải bỏ ra cho mỗi học sinh thì có sự thay đổi lớn về mức độ cao thấp giữa các nước so với việc xem xét tổng chi phí. Các chương trình giáo dục giới tính trong trường học tại Nigeria, Ấn Độ, Estonia và Hà Lan được đánh giá tương đối rẻ về chi phí nhà trường phải bỏ ra cho mỗi học sinh. Chi phí này là 7 USD, 14 USD, 33 USD và 33 USD tương ứng tại các nước trên. Các chương trình tại Kenya và Indonesia tốn kém hơn với chi phí cho mỗi học sinh lần lượt là 50 USD và 160 USD [110].

Các chương trình tại Kenya và Indonesia đang trong giai đoạn thí điểm. Ở giai đoạn này, các chương trình có giới hạn về việc tiếp cận số lượng học sinh với khoảng 1.800 và 7.300 học sinh mỗi năm. Trong khi đó, tại các nước khác độ tiếp cận đạt từ 25.000 đến 250.000 học sinh hàng năm. Ngoài ra, các chương trình này có một số khoản chi phí tốn kém bao gồm lương và chi phí cho hoạt động du lịch. Tại Nigeria, Ấn Độ, Estonia và Hà Lan, những chi phí này thấp hơn rất nhiều, và phần lớn nhất của chi phí là lương giáo viên. Chi phí cho mỗi học sinh có thể sẽ giảm đáng kể nếu các chương trình này qua giai đoạn thí điểm và được nhân rộng [110].

Chi phí vận động và chi phí phát triển chương trình khác nhau giữa các quốc gia, nhưng mỗi loại chi phí này không bao giờ chiếm hơn 20% của tổng chi phí. Chi phí vận động là một phần chi phí đáng kể ở tất cả các nước, dao động từ 4% của tổng chi phí ở Kenya đến 13% của tổng chi phí ở Indonesia. Ngoại lệ duy nhất là Hà Lan, nơi có chi phí vận động là 0,1%. Do đó, chi phí vận động dường như là cao nhất, đặc biệt là những nơi giáo dục giới tính còn là vấn đề nhạy cảm [110].

Tại Việt Nam, bằng chứng về chi phí liên quan đến phòng chống RTIs nói chung và phòng chống RTIs cho đối tượng VTN rất hạn chế. Một vài nghiên

cứu nhỏ được tìm thấy có tính toán chi phí can thiệp điều trị RTIs hoặc chi phí các chương trình sàng lọc một số bệnh RTIs như *Chlamydia trachomatis*, lậu cho phụ nữ tuổi sinh đẻ. Thông tin chi phí các can thiệp phòng chống RTIs ở đối tượng VTN dường như không tìm thấy trong các tài liệu.

1.6.2. Các nghiên cứu chi phí - hiệu quả can thiệp phòng chống nhiễm khuẩn đường sinh sản ở vị thành niên trên thế giới và Việt Nam

1.6.2.1. Trên thế giới

❖ Mô tả các nghiên cứu

Trong số các nghiên cứu được xem xét, một số nghiên cứu đánh giá tác động của các biện pháp can thiệp chỉ nhằm mục tiêu HIV, một số nghiên cứu đánh giá ảnh hưởng của các can thiệp khác nhau đối với RTIs/STIs nói chung. Ngoài ra, nghiên cứu của L.Y. Wang và cộng sự tiến hành đánh giá những tác động của can thiệp tập trung vào STIs và mang thai ngoài ý muốn đối với nữ VTN - TN [111]. Các nghiên cứu này chủ yếu tiến hành phân tích chi phí - hiệu quả của các biện pháp can thiệp trong trường học.

Thời gian của các can thiệp thay đổi từ một ngày đến bảy năm. Các can thiệp chủ yếu là dựa trên lý thuyết và bao gồm nhiều thành phần. Các can thiệp nhằm nâng cao kiến thức của người tham gia phòng chống HIV/AIDS (bao gồm cả sử dụng BCS đúng cách), giảm QHTD không an toàn và có thai ngoài ý muốn, cải thiện chất lượng của các mối QHTD.

Các kỹ thuật đánh giá kinh tế y tế chính được sử dụng trong các nghiên cứu bao gồm kỹ thuật chuẩn về phân tích chi phí - lợi ích, phân tích chi phí - hiệu quả sử dụng cách tiếp cận lợi ích ròng tiền tệ được sử dụng trong hai nghiên cứu.

Trong tất cả các nghiên cứu, quan điểm phân tích chi phí được xác định rõ ràng bao gồm quan điểm từ xã hội [99], [102], [111] và nhà cung cấp dịch vụ [38], [50]. Tất cả các nghiên cứu xác định rõ ràng các câu hỏi nghiên cứu và giải thích những lựa chọn thay thế cạnh tranh một cách cẩn thận. Các nghiên cứu mô tả sự can thiệp và tham gia có mục tiêu rõ ràng.

Wang và các cộng sự đã đánh giá một chương trình giáo dục trong trường học có tên “Sự lựa chọn an toàn hơn” (Safer Choices). Chương trình được thiết kế để ngăn chặn STIs bao gồm cả HIV/AIDS của học sinh trung học. “Sự lựa chọn an toàn hơn” là một can thiệp dựa trên lý thuyết, đa thành phần và kéo dài trong 2 năm. Mục đích chính là để giảm số lượng học sinh tham gia vào QHTD không lành mạnh bằng cách giảm số lượng học sinh hoạt động tình dục, tăng sử dụng BCS và biện pháp tránh thai [111].

❖ *Tính toán chi phí*

Các nghiên cứu ước tính chi phí can thiệp và chi phí y tế phòng ngừa bệnh bởi sự giảm kết quả SKSS kém. Về chi phí can thiệp, tất cả các nghiên cứu tính toán các chi phí trực tiếp và không bao gồm chi phí gián tiếp. Wang và cộng sự ước tính các chi phí can thiệp, trong đó bao gồm chi phí chương trình và các chi phí BCS, thuốc tránh thai, sử dụng một phân tích chi phí hồi cứu. Tuy nhiên, chi phí phát triển các chương trình và tiến hành thẩm định, chi phí ngầm không được tính toán. Tổng chi phí can thiệp là 105.243 USD hoặc khoảng 26 USD mỗi người tham gia.

Rosenthal và các cộng sự đã tính toán các chi phí vận hành trung bình hàng năm của chương trình hơn 7 năm (1997 - 2003), trong đó bao gồm tiền lương và những lợi ích cho nhân viên hành chính và nhân viên chương trình, chi phí thuê mướn, bảo dưỡng, thực phẩm, chi phí cho các hoạt động gây quỹ, chi phí thiết lập, các chương trình đào tạo và các chi phí khác. Doanh thu từ các quỹ từ thiện đã được coi là một bù đắp cho chi phí vận hành chương trình. Tất cả các chi phí đã được điều chỉnh theo lạm phát và được ghi vào tháng 12 năm 2006. Kết quả cho thấy tổng chi phí vận hành chương trình điều chỉnh lạm phát trung bình là 469.304 USD mỗi năm hoặc 3.285.128 USD trong 7 năm và 9.386 USD/học sinh/năm, 65.702 USD/học sinh/7 năm [102].

Pinkerton và cộng sự ước tính chi phí can thiệp hồi cứu và điều chỉnh theo lạm phát là USD năm 1997. Nhóm tác giả sử dụng chỉ số giá tiêu dùng của Chính phủ Hoa Kỳ, bao gồm cả các chi phí liên quan đến nhân viên, giao thông, vật liệu, cơ sở vật chất và các ưu đãi cho người tham gia. Đây là một sự can thiệp quy mô nhỏ với tổng chi phí can thiệp của 7.548 USD hoặc khoảng 89 USD cho mỗi người tham gia [99].

Ateka và cộng sự chỉ ước tính các chi phí trực tiếp của chương trình. Chi phí chương trình tổng thể được ước tính bằng cách cộng thêm 30% chi phí trực tiếp. Tất cả các chi phí dựa trên giá trị USD năm 2005 và không cần thiết phải điều chỉnh lạm phát. Các chi phí can thiệp trực tiếp là 352.057 USD; các chi phí hành chính là 105.617 USD và tổng chi phí chương trình là 457.674 USD hoặc khoảng 1,66 USD cho mỗi người tham gia [38].

Wang và cộng sự đã tính đến cả chi phí y tế và xã hội cho mỗi trường hợp để điều trị HIV, chlamydia, phương pháp điều trị bệnh lậu, mỗi trường hợp bệnh viêm khung chậu và mỗi ca sinh sống từ quan điểm khu vực tư nhân. Chi phí từ quan điểm khu vực công sau đó được tính toán dựa trên một số giả định. Tất cả dữ liệu để tính chi phí được thu thập từ các tài liệu được công bố, sau đó điều chỉnh về USD năm 1994. Tổng chi phí y tế phòng ngừa là 139.806 USD và tổng chi phí xã hội phòng ngừa là 139.713 USD [111].

Cooper và cộng sự ước tính các chi phí của can thiệp dựa trên giáo viên hướng dẫn và can thiệp giáo dục tình dục dựa trên đồng đẳng viên. Tuy nhiên, dữ liệu có sẵn của cả hai phương pháp đều hạn chế, vì vậy hầu hết các nguồn lực đã được ước tính bằng cách trích xuất có hệ thống dữ liệu từ các ấn phẩm nghiên cứu mà không có bất kỳ tuyên bố điều chỉnh lạm phát nào. Đối với các can thiệp giáo dục sử dụng giáo viên hướng dẫn, tổng chi phí là 108.193 EUR hoặc khoảng 5,16 EUR/học sinh/mỗi năm. Đối với các can thiệp giáo dục đồng đẳng, tổng chi phí ước tính là 73.154 EUR hoặc 18 EUR/học sinh/ năm. Chi phí y tế

phòng ngừa của can thiệp cũng được ước tính trong mỗi nghiên cứu. Hầu hết các nghiên cứu tính toán chi phí y tế phòng ngừa bằng việc giảm STIs [50].

Phương pháp thu thập số liệu của Cooper và cộng sự không giống với các nghiên cứu khác vì nó sử dụng nguồn dữ liệu chi phí sẵn có. Các dữ liệu được thu thập từ nhiều nguồn sơ cấp và thứ cấp. Chi phí đơn vị cho các biến chứng của STIs, chi phí điều trị HIV, chi phí năm đầu tiên của ung thư cổ tử cung và chi phí cho điều trị mụn cóc sinh dục được đưa vào tính toán [50].

Các hạng mục chi phí và nguồn dữ liệu để tính chi phí đã được mô tả rõ ràng trong tất cả các nghiên cứu. Khi dữ liệu để tính toán chi phí bị hạn chế hoặc không có sẵn, tất cả các giả định được nêu chi tiết. Hơn nữa, việc điều chỉnh lạm phát đã được đề cập trong bốn nghiên cứu [38], [99], [102], [111]. Với chi phí y tế, chi phí xã hội phòng ngừa STIs hoặc mang thai VTN trong tương lai, lãi suất chiết khấu được áp dụng trong tất cả các nghiên cứu. Do đó, những phát hiện của các thành phần chi phí trong mỗi nghiên cứu để chứng minh cho độ tin cậy.

❖ *Đo lường kết quả của các biện pháp can thiệp*

Thời gian đo lường hiệu quả can thiệp của các nghiên cứu thường là sau 1 năm thực hiện can thiệp. Nghiên cứu của Rosenthal và cộng sự có thời gian kéo dài 7 năm [102]. Một số nghiên cứu điều chỉnh một mô hình thống kê Bernoulli đã được phát triển trước đó để ước tính ảnh hưởng của những thay đổi trong hành vi tình dục về phòng chống STIs. Mô hình Bernoulli lây nhiễm bệnh STIs nào đó là một phương trình xác suất tích lũy mô tả xác suất mắc bệnh STIs dựa trên tỷ lệ mắc bệnh STIs (π), xác suất lây truyền hành vi đơn thuần (α), hiệu quả BCS (e) và sử dụng BCS (f), số lần QHTD (n), số lượng bạn tình (m) và p là xác suất nhiễm bệnh ước tính của một người chưa bị nhiễm bệnh:

$$P = 1 - [(1 - \pi) + \pi | 1 - \alpha (1 - ef) | n] m$$

Mô hình này ước lượng xác suất lây nhiễm cho các nhóm can thiệp và so sánh theo những thay đổi của các thông số do đáp ứng với sự can thiệp, chẳng hạn như sử dụng BCS, số lượng bạn tình và số lần QHTD.

Hai nghiên cứu bao gồm các tác động của những thay đổi trong hành vi tình dục trong điều kiện ngăn chặn nhiễm STI khác. Wang và các cộng sự; Cooper và các cộng sự đã sử dụng các phương trình được trình bày để ước tính phòng ngừa các trường hợp mắc STIs, ví dụ: Chlamydia, bệnh lậu và bệnh viêm khung chậu [50], [111]. Các nghiên cứu đã sử dụng một loạt các giá trị cho các tham số đầu vào. Wang và các cộng sự đã sử dụng một tỷ lệ mắc bệnh Chlamydia trung bình 0,078 và tỷ lệ mắc bệnh lậu trung bình 0,006 trong tính toán của họ [111]. Cooper và các cộng sự đã sử dụng một phạm vi tương đối rộng của tỷ lệ điểm kiến thức STIs; từ 0,16% đến 12% cho nữ VTN - TN; từ 0,03% đến 1,5% đối với nam VTN - TN [50].

❖ *Ước lượng hiệu quả can thiệp*

Ba trong số các nghiên cứu sử dụng cùng một đơn vị hiệu quả là chỉ số QALY vì sử dụng cách tiếp cận chi phí - thỏa dụng [38], [50], [99]. Các nghiên cứu còn lại thực hiện phân tích chi phí - hiệu quả sử dụng cách tiếp cận lợi ích ròng tiền tệ [102], [111]; do đó, họ đã sử dụng thuật ngữ tiền tệ để báo cáo hiệu quả.

Pinkerton và cộng sự ước tính rằng sự can thiệp ngăn chặn 0,8% của một nhiễm trùng, tỷ lệ này quy đổi được 1 phần 10 của một QALY (khoảng 0,8% x 13,98) [99]. Ateka và các cộng sự báo cáo số QALY cho mỗi ca nhiễm HIV phòng ngừa được là 28,2, 18,6 và 14,7 với tỷ lệ giảm giá 0%, 3% và 5% tương ứng [38]. Cooper và cộng sự tính toán trên 1000 chàng trai và 1000 cô gái 15 tuổi, kết quả cho thấy hai trường hợp STI sẽ được ngăn chặn và 0,35 QALY giữ được do can thiệp [50].

Wang và các cộng sự áp dụng phân tích chi phí - hiệu quả sử dụng một cách tiếp cận lợi ích ròng tiền tệ. Một ước tính khoảng 0,12 trường hợp nhiễm HIV; 24,37 trường hợp nhiễm chlamydia; 2,77 trường hợp bệnh lậu, 5,86 trường hợp bệnh viêm khung chậu đã được ngăn ngừa bằng can thiệp. Tổng chi phí can thiệp là 279.519 USD, bao gồm cả chi phí y tế (139.806 USD) và

chi phí xã hội (139.713 USD) [111]. Rosenthal và các cộng sự cũng báo cáo tổng chi phí xã hội của can thiệp là 52.297 USD [102].

❖ *Tính toán tỷ lệ chi phí - hiệu quả*

Một số nghiên cứu tính toán tỷ lệ chi phí - thỏa dụng [38], một số nghiên cứu khác tính toán lợi ích ròng hoặc tỷ lệ chi phí - lợi ích [102], [111]. Để tính toán các tỷ lệ chi phí - thỏa dụng, Pinkerton, Ateka, Cooper và các cộng sự (2012) dựa trên ước tính số nhiễm trùng ngăn chặn (A) và chi phí chương trình (C) bằng phương trình sau đây:

$$R = (C - AT) / AQ.$$

Trong đó: T là chi phí điều trị suốt đời nhiễm HIV và Q là QALY cho từng ca nhiễm phòng ngừa được. Pinkerton và các cộng sự báo cáo tỷ lệ chi phí - thỏa dụng khoảng 57.000 USD mỗi QALY bao gồm chi phí đào tạo và 41.000 USD mỗi QALY không bao gồm chi phí đào tạo [99]. Ateka và các cộng sự đã kết luận tỷ lệ chi phí - thỏa dụng là 32.755 USD mỗi QALY cho nam giới và 292.046 USD mỗi QALY cho nữ giới [38]. Cooper và các cộng sự báo cáo rằng so với giáo dục tiêu chuẩn, gia tăng chi phí - hiệu quả của các biện pháp can thiệp với giáo viên hướng dẫn và đồng đẳng viên lần lượt là 24.268 EUR và 96.938 EUR mỗi QALY đạt được [50].

Ngược lại, Wang, Rosenthal và các cộng sự đã tính toán lợi ích ròng của các can thiệp bằng cách sử dụng phương trình sau:

$$\text{Lợi ích ròng}_{\text{can thiệp}} = (C_{\text{phòng ngừa}} + B_{\text{Can thiệp}}) - C_{\text{Can thiệp}}$$

Trong đó, $C_{\text{phòng ngừa}}$ là chi phí xã hội phòng ngừa STIs cho những người tham gia can thiệp, B là giá trị kinh tế tham gia can thiệp và $C_{\text{Can thiệp}}$ là tổng chi phí hoạt động can thiệp. Wang và các cộng sự đã báo cáo lợi ích ròng của can thiệp là 174.276 USD [111]. Rosenthal và các cộng sự cho thấy lợi ích ròng của toàn bộ can thiệp là 559.677 USD hoặc 1.599 USD/VTN/năm [102]. Trong phân tích suy luận của họ, lợi ích cho xã hội vượt quá chi phí 10.474 USD/VTN/năm với độ tuổi trung bình là 30. Hơn nữa, Wang và các

cộng sự đã tính toán tỷ lệ chi phí - hiệu quả bằng cách lấy tổng chi phí tiết kiệm được chia cho chi phí hoạt động can thiệp. Họ báo cáo cho mỗi USD đầu tư vào các chương trình, 2,65 USD trong tổng chi phí y tế và xã hội đã được tiết kiệm [111].

❖ *Ngưỡng chi phí - hiệu quả*

Nghiên cứu của Rosenthal và nghiên cứu của Wang phân tích chi phí - hiệu quả sử dụng cách tiếp cận lợi ích ròng tiền tệ, do đó, miễn là lợi ích ròng của các can thiệp vượt quá 0, can thiệp có thể được coi là chi phí - hiệu quả [102], [111]. Các nghiên cứu khác sử dụng phương pháp phân tích chi phí - lợi ích, tỷ lệ chi phí - thỏa dụng cần thiết so sánh với một ngưỡng chi phí thỏa dụng. Các nghiên cứu sử dụng các ngưỡng khác nhau cho kết luận của họ. Trong nghiên cứu Pinkerton, tỷ lệ chi phí - thỏa dụng ít hơn 40.000 USD đến 60.000 USD/QALY thường được coi là chương trình có chi phí - hiệu quả. Trong khi tỷ lệ này vượt quá 180.000 USD/QALY là các vấn đề chi phí - hiệu quả so với chi phí y tế liên quan khác. Ateka và các cộng sự đã sử dụng các ngưỡng thông thường trong việc xem xét các chương trình dịch vụ y tế, với tỷ lệ chi phí - tiện ích từ 30.000 USD đến 140.000 USD cho mỗi QALY được coi là chi phí - hiệu quả [38]. Cooper và các cộng sự hoàn thành việc đánh giá theo quan điểm của Dịch vụ Y tế Quốc gia Anh và Dịch vụ xã hội cá nhân [50]. Theo đó, ngưỡng cho một can thiệp chi phí - hiệu quả ít hơn 30.000 bảng (36.000 EUR) cho mỗi QALY.

❖ *Kết quả phân tích chi phí - hiệu quả*

Nghiên cứu của Pinkerton và cộng sự cho thấy tỷ lệ chi phí - thỏa dụng là khoảng 57.000 USD/QALY trong đó chi phí đào tạo đã được bao gồm, và 41.000 USD/QALY khi chi phí đào tạo bị loại trừ. Nhóm tác giả kết luận can thiệp phòng chống HIV/AIDS có chi phí - hiệu quả vừa phải so với các chương trình chăm sóc sức khỏe khác. Chọn lọc thực hiện can thiệp trên những nhóm có nguy cơ cao và với VTN - TN đã có QHTD có thể nâng cao chi phí - hiệu quả [99].

Cooper và cộng sự đưa ra kết quả chi phí cung cấp can thiệp hành vi giáo viên hướng dẫn và đồng đẳng viên tương ứng là 5,16 EUR và 18 EUR mỗi học sinh. Các mô hình ước tính rằng các biện pháp can thiệp hành vi sẽ ngăn chặn hai trường hợp STI và tiết kiệm 0,35 QALY. So với giáo dục tiêu chuẩn, chi phí - hiệu quả gia tăng của các biện pháp can thiệp giáo viên hướng dẫn và đồng đẳng viên tương ứng là 24.268 EUR và 96.938 EUR mỗi QALY đạt được. Nhóm tác giả cho biết có sự không chắc chắn về kết quả nghiên cứu do tác dụng hạn chế của can thiệp đối với thay đổi hành vi và số lượng dữ liệu hạn chế của các thông số đầu vào khác [50].

Nhìn chung, các nghiên cứu cho thấy một loạt các dự toán chi phí - hiệu quả phụ thuộc vào các giả định và các giá trị tham số được sử dụng. Cooper và các cộng sự cho thấy sự không chắc chắn về kết quả do tác dụng hạn chế của can thiệp vào thay đổi hành vi và dữ liệu cho các thông số đầu vào khác có số lượng ít ỏi. Pinkerton và các cộng sự cho thấy sự can thiệp phòng chống HIV là chi phí - hiệu quả vừa phải so với các chương trình chăm sóc sức khỏe khác [102]. Rosenthal và các cộng sự đã có kết luận về chi phí - hiệu quả của can thiệp với điều kiện người tham gia phải là TN [102]. Ngược lại, Wang và các cộng sự đã kết luận rằng chương trình “Lựa chọn an toàn hơn” là chi phí - hiệu quả và chi phí tiết kiệm trong hầu hết các tình huống được xem xét [111]. Ateka và các cộng sự cũng kết luận rằng can thiệp đã làm giảm nguy cơ nhiễm HIV, đặc biệt là giữa các thành viên nữ với một chi phí tương đối thấp [38].

1.6.2.2. Tại Việt Nam

Nghiên cứu của Nguyễn Quỳnh Anh thực hiện một phân tích chi phí - hiệu quả của can thiệp giáo dục SKSS bao gồm giáo dục phòng chống STIs cho VTN tại Chí Linh, Hải Dương [37]. Nghiên cứu này được coi là nghiên cứu đầu tiên tiến hành đánh giá chi phí - hiệu quả can thiệp SKSS cho VTN tại Việt Nam. Trong can thiệp này, bảy xã và thị trấn của địa bàn nghiên cứu

được chia thành ba địa điểm (A, B và C). Khu vực A bao gồm một thị xã và hai xã, các khu vực B và C bao gồm một thị xã và một xã. Khu vực A là nhóm chứng, do vậy không nhận được bất kỳ sự can thiệp nào. Khu vực B nhận được các can thiệp dựa trên trường học và can thiệp dựa trên cơ sở y tế. Khu vực C nhận được các can thiệp dựa trên trường học, can thiệp dựa trên cơ sở y tế và can thiệp dựa trên cộng đồng.

Nghiên cứu cung cấp bằng chứng ở mức độ mạnh cho thấy các can thiệp giáo dục SKSS cho VTN được thực hiện tại địa điểm nghiên cứu là chi phí - hiệu quả. Kết quả phân tích chỉ ra rằng can thiệp giáo dục có chi phí tương đối thấp. Do đó, nếu hiệu quả của các can thiệp được duy trì, chúng có thể xứng đáng với số tiền bỏ ra. Theo tiêu chuẩn của WHO, ngưỡng chi phí - hiệu quả trong phạm vi 1.755 Đô-la Úc (AUD) đến 5.265 AUD mỗi QALY đạt được. Khi sử dụng các định mức chi tiêu của Quỹ Ford, phân tích tiết lộ rằng việc thực hiện can thiệp B so với can thiệp A là có chi phí - hiệu quả. Các tỷ số chi phí - hiệu quả tăng thêm ở can thiệp B so với can thiệp A là 4.772 AUD/QALY đạt được, 2.988 AUD/QALY đạt được, 3.727 AUD/QALY đạt được cho từng nhóm nam VTN, nữ VTN và cả nam, nữ VTN tương ứng. Thực hiện can thiệp C so với can thiệp B chỉ có chi phí - hiệu quả trên nhóm nữ VTN và nhóm cả nam, nữ VTN. Khi sử dụng các định mức chi tiêu của Chính phủ Việt Nam, phân tích cho thấy rằng việc thực hiện can thiệp của B so với can thiệp A được đánh giá có chi phí - hiệu quả cao. Dựa trên bằng chứng này, các nhà ra quyết định tại Việt Nam bao gồm các nhóm can thiệp, Bộ Y tế, Bộ Giáo dục và Đào tạo có thể thay đổi các giải pháp cải thiện SKSS - SKTD cho VTN - TN hiện hành để lựa chọn phương án tốt hơn [37].

CHƯƠNG 2

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu bao gồm 2 phần:

(1) Phần 1. Nghiên cứu can thiệp cộng đồng có đối chứng, gồm 3 giai đoạn:

Giai đoạn 1: Điều tra thực trạng KAP phòng chống RTIs của VTN trước can thiệp và chuẩn bị can thiệp;

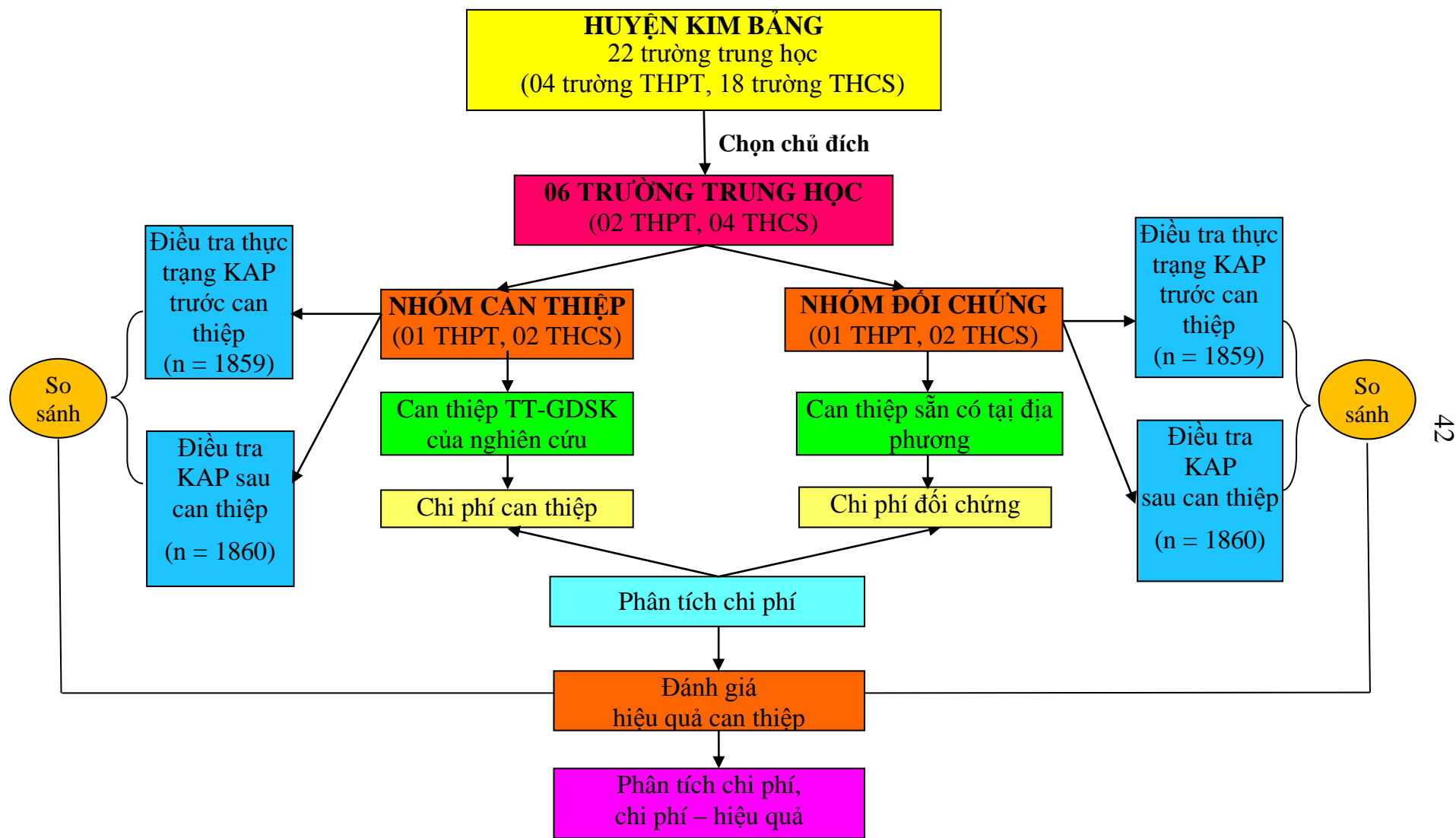
Giai đoạn 2: Thực hiện can thiệp cộng đồng có đối chứng;

Giai đoạn 3: Đánh giá hiệu quả can thiệp.

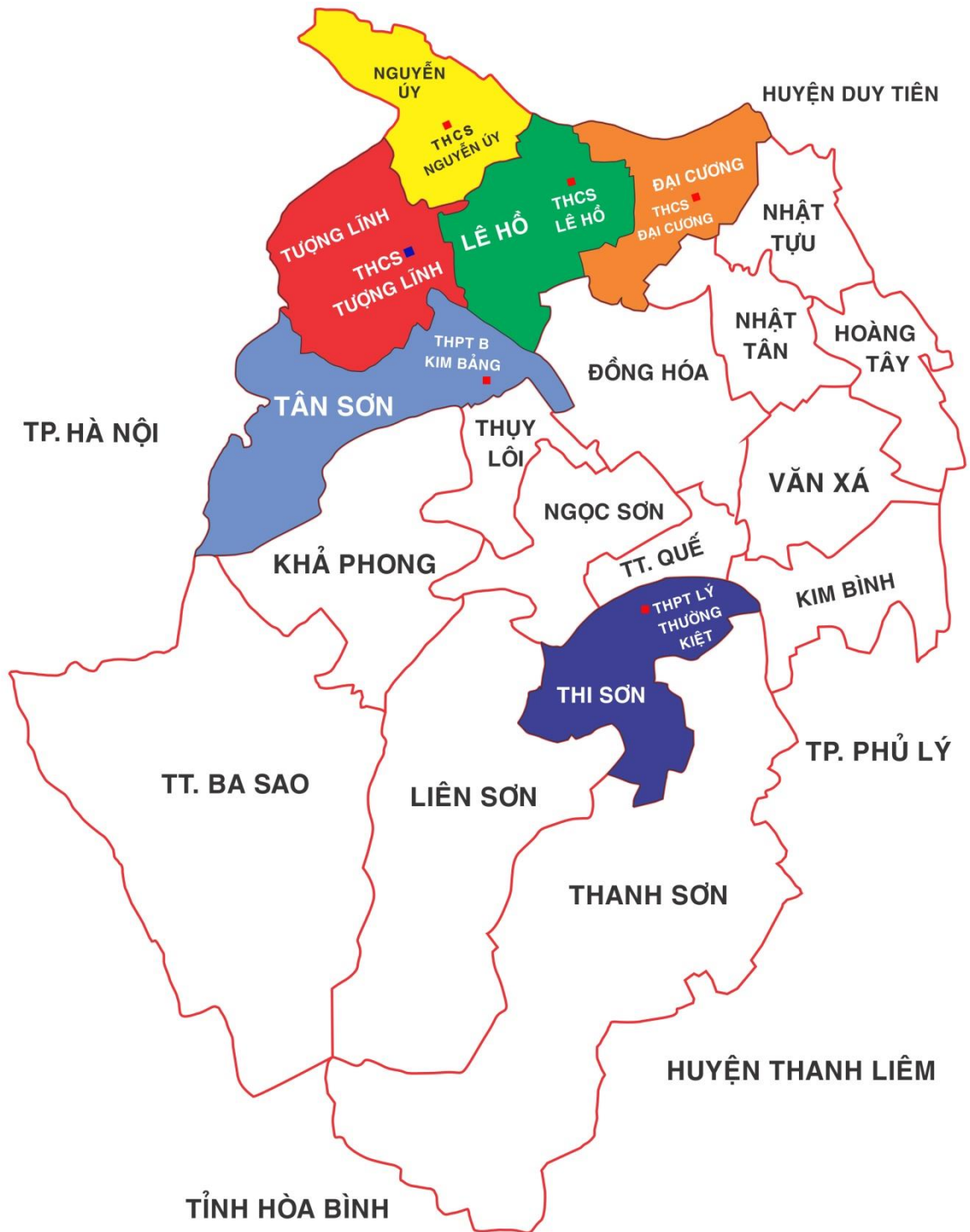
(2) Phần 2. Nghiên cứu chi phí, chi phí - hiệu quả can thiệp được áp dụng.

Bảng 2.1. Tóm tắt các nội dung nghiên cứu

TT	Cấu phần nghiên cứu	Giai đoạn nghiên cứu	Nội dung thực hiện	Thời gian thực hiện	Đối tượng nghiên cứu	Địa điểm nghiên cứu	Mục tiêu nghiên cứu
1	Nghiên cứu can thiệp cộng đồng có đối chứng	Điều tra thực trạng KAP của VTN trước can thiệp và chuẩn bị can thiệp	Nghiên cứu cắt ngang điều tra thực trạng KAP phòng chống RTIs của VTN trước can thiệp.	Tháng 5/2015	VTN lớp 8 đến lớp 12, tuổi từ 14 - 19	6 trường trung học, Kim Bảng, Hà Nam	Mục tiêu 1, Mục tiêu 2
			Phỏng vấn sâu tìm hiểu thông tin làm cơ sở xây dựng can thiệp TT – GDSK.	Tháng 5/2015	VTN, cha mẹ VTN, Ban Giám hiệu, giáo viên.	3 trường thuộc nhóm can thiệp	
		Thực hiện can thiệp	Tiến hành can thiệp TT - GDSK thay đổi KAP phòng chống RTIs cho VTN	Tháng 9/2015 - Tháng 5/2016	VTN lớp 8 đến lớp 12	3 trường thuộc nhóm can thiệp	
		Đánh giá hiệu quả can thiệp	Nghiên cứu cắt ngang lặp lại điều tra KAP phòng chống RTIs của VTN sau can thiệp	Tháng 5/2016	VTN lớp 8 đến lớp 12, tuổi từ 14 - 19	6 trường THCS và THPT, huyện Kim Bảng, Hà Nam	
2	Nghiên cứu chi phí, chi phí - hiệu quả can thiệp	Thu thập thông tin chi phí, hiệu quả can thiệp	Thu thập thông tin chi phí, hiệu quả can thiệp	Tháng 6/2015 đến tháng 6/2016	Chi phí can thiệp tại nhóm can thiệp; chi phí chương trình sẵn có tại nhóm chứng	06 trường nhóm can thiệp và nhóm chứng	Mục tiêu 3
		Phân tích chi phí, chi phí - hiệu quả can thiệp	Phân tích chi phí, chi phí – hiệu quả can thiệp	Tháng 6/2016			



Hình 2.1. Sơ đồ nghiên cứu



Hình 2.2. Vị trí địa lý các trường trung học được chọn vào nghiên cứu tại huyện Kim Bång, Hà Nam

2.1. Phần 1. Nghiên cứu can thiệp cộng đồng có đối chứng

2.1.1. Điều tra thực trạng kiến thức, thái độ, thực hành của vị thành niên trước can thiệp

2.1.1.1. Thiết kế nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu được sử dụng là nghiên cứu cắt ngang.

2.1.1.2. Thời gian, đối tượng, địa điểm nghiên cứu

❖ Thời gian nghiên cứu: Tháng 5 năm 2015.

❖ Đối tượng nghiên cứu

- Tiêu chuẩn lựa chọn: VTN trong độ tuổi 14 - 19, đang đi học thuộc khối lớp 8 đến lớp 12.

- Tiêu chuẩn loại trừ: Không có khả năng trả lời phỏng vấn.

❖ Địa điểm nghiên cứu

Nghiên cứu tiến hành tại 06 trong tổng số 22 trường trung học tại huyện Kim Bảng, tỉnh Hà Nam (Hình 2.2). Trong đó có 04 trường THCS và 02 trường THPT bao gồm: THCS Nguyễn Úy, THCS Lê Hồ, THCS Tượng Lĩnh, THCS Đại Cương; THPT B Kim Bảng, THPT Lý Thường Kiệt.

2.1.1.3. Cỡ mẫu, chọn mẫu

❖ Cỡ mẫu

Cỡ mẫu cho ước tính một tỷ lệ trong quần thể được áp dụng [5]:

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

n: Cỡ mẫu tối thiểu (Số VTN được lựa chọn vào mẫu).

p: Tỷ lệ kiến thức/thái độ/thực hành phòng chống RTIs đạt yêu cầu ước tính của quần thể, p= 0,5.

$Z_{1-\alpha/2}$: Hệ số tin cậy, ứng với độ tin cậy 95% thì $Z_{1-\alpha/2} = 1,96$.

d: Sai số tuyệt đối mong muốn, chọn $d = 3\% = 0,03$.

DE: Hệ số thiết kế (do kỹ thuật chọn mẫu cụm được áp dụng), $DE = 1,5$.

Cỡ mẫu tối thiểu được tính là 1.600 VTN. Dự phòng những trường hợp từ chối tham gia nghiên cứu là 15%, do đó cỡ mẫu được chọn là 1.840. Trên thực tế, do áp dụng chọn mẫu theo các lớp, chúng tôi thu thập mẫu ở 1.859 VTN.

❖ *Chọn mẫu*

- Bước 1: Chọn chủ đích 06 trường trung học tại huyện Kim Bảng, Hà Nam dựa trên ý kiến tham vấn của Sở Giáo dục và Đào tạo tỉnh Hà Nam. Các trường được chọn ở mỗi cấp (cấp THCS, cấp THPT) có điều kiện cơ sở vật chất, số lượng học sinh mỗi khối, mặt bằng học lực của học sinh, vị trí địa lý, tình trạng kinh tế - xã hội khu vực dân cư tương đồng nhau.

- Bước 2: Chọn mẫu phân tầng.

VTN được chọn vào nghiên cứu là học sinh khối lớp 8 đến lớp 12 (5 khối lớp). Để đảm bảo học sinh ở cả 5 khối lớp đều được chọn vào mẫu nghiên cứu, sử dụng phương pháp chọn mẫu phân tầng theo khối lớp (5 tầng tương ứng với 5 khối lớp 8 đến 12).

Tính toán số lượng học sinh lấy vào mẫu nghiên cứu ở mỗi khối lớp (n_i) bằng cách chia đều n cho 5:

$$n_i = \frac{n}{5} = \frac{1840}{5} = 368$$

- Bước 3: Chọn mẫu cụm

Ở mỗi khối lớp, sử dụng phương pháp bốc thăm để chọn ra các lớp tham gia nghiên cứu. Số lớp tham gia nghiên cứu ở mỗi khối sao cho tổng số học sinh ở các lớp bằng hoặc lớn hơn n_i . Lấy toàn bộ học sinh của các lớp đã chọn tham gia nghiên cứu.

2.1.1.4. Các biến số, chỉ số

- Các biến về kiến thức phòng chống RTIs được thể hiện trong Bảng 2.2.

Bảng 2.2. Các biến về kiến thức phòng chống nhiễm khuẩn đường sinh sản của vị thành niên.

TT	Tên biến	Định nghĩa	Giá trị	Loại biến
1	Tên bệnh RTIs	Nêu tên các bệnh RTIs	1. HIV/AIDS; 2. Lậu; 3. Giang mai; 4. Nấm âm đạo; 5. Trùng roi âm đạo; 6. Viêm cổ tử cung; 7. Viêm phần phụ; 8. Sùi mào gà; 98. Khác; 99. Không biết	Định tính
2	Triệu chứng RTIs của nữ	Nêu các biểu hiện, triệu chứng phụ nữ gặp phải khi mắc RTIs	1. Ra nhiều khí hư, có màu hoặc mùi khác thường; 2. Ngứa BPSD; 3. Đau bụng dưới; đau khi QHTD; 4. Ra máu bất thường; 5. Vết loét, vết chọt vùng âm đạo/quanh hậu môn; 98. Khác; 99. Không biết.	Định tính
3	Triệu chứng RTIs của nam	Nêu các biểu hiện, triệu chứng của nam giới khi mắc RTIs	1. Ra mủ/dịch nhầy ở dương vật 2. Đái buốt, đái rắt hoặc đái khó 3. Có vết loét, vết trợt quanh dương vật hoặc quanh hậu môn 4. Sưng, đau dương vật, bìu 5. Hạch bẹn sưng to; 98. Khác; 99. Không biết	Định tính
4	Hậu quả RTIs	Nêu các hậu quả trực tiếp, biến chứng lâu dài do RTIs gây ra	1. Không gây hậu quả gì; 2. Vô sinh; 3. Ung thư; 4. Sảy thai, đẻ non; 5. Tử vong; 98. Khác; 99. Không biết.	Định tính
5	Hành vi nguy cơ RTIs	Nêu những hành vi nguy cơ của RTIs	1. Không vệ sinh BPSD hàng ngày; 2. VSKN kém 3. Không vệ sinh BPSD trước khi QHTD; 4. Không vệ sinh BPSD trước/sau khi QHTD; 5. Không dùng nước sạch để vệ sinh BPSD; 6. Phơi đồ lót nơi ít ánh nắng; 7. Không dùng BCS khi QHTD; 8. QHTD với nhiều người; 98. Khác; 99. Không biết.	Định tính
6	Biện pháp phòng chống RTIs	Nêu những biện pháp phòng chống RTIs.	1. Vệ sinh BPSD hàng ngày; 2. VSKN tốt; 3. Vệ sinh BPSD trước khi QHTD; 4. Vệ sinh BPSD sau khi QHTD; 5. Dùng nước sạch để vệ sinh BPSD; 6. Phơi đồ lót nơi có ánh nắng; 7. Dùng BCS khi QHTD; 8. Không QHTD với nhiều người; 98. Khác; 99. Không biết.	Định tính

7	Dùng thuốc điều trị	Trả lời có nên dùng thuốc điều trị khi thấy hết triệu chứng của RTIs không	1. Có nên 2. Không nên	Định tính
8	Tác dụng của BCS	Nêu các tác dụng khi sử dụng BCS trong QHTD	1. Phòng tránh STIs 2. Phòng tránh thai 3. Cả hai tác dụng 99. Không biết	Định tính
9	Điểm kiến thức	Tổng điểm phần kiến thức phòng chống RTIs của VTN	0 - 52	Định lượng
10	Xếp loại kiến thức	Xếp loại kiến thức dựa trên điểm kiến thức của VTN	1. Đạt 2. Không đạt	Định tính

- Các biến về thái độ phòng chống RTIs được thể hiện trong Bảng 2.3.

Bảng 2.3. Các biến về thái độ phòng chống nhiễm khuẩn đường sinh sản của vị thành niên

TT	Tên biến	Định nghĩa	Giá trị	Loại biến
1	Cần thiết phòng chống RTIs	Việc phòng chống RTIs có cần thiết hay không	1. Có 2. Không	Định tính
2	Nguy hiểm của RTIs	Các bệnh RTIs có nguy hiểm hay không	1. Có 2. Không	Định tính
3	Khả năng mắc RTIs ở tuổi VTN	Lứa tuổi VTN có khả năng mắc RTIs không	1. Có 2. Không	Định tính
4	Cảm giác xấu hổ	Cảm giác của VTN khi bản thân có triệu chứng RTIs hoặc khi nói chuyện với người khác về RTIs	1. Ngại, xấu hổ 2. Bình thường	Định tính
5	Điểm thái độ	Tổng điểm phần thái độ phòng chống RTIs của VTN	0 - 4	Định lượng
6	Xếp loại thái độ	Xếp loại thái độ dựa trên điểm thái độ của VTN	1. Đạt 2. Không đạt	Định tính

- Các biện về thực hành phòng chống RTIs được thể hiện trong Bảng 2.4.

Bảng 2.4. Các biện về thực hành phòng chống nhiễm khuẩn đường sinh sản của vị thành niên

TT	Tên biện	Định nghĩa	Giá trị	Loại biện
1	Vệ sinh sinh dục hàng ngày	Số lần vệ sinh BPSD hàng ngày của VTN	1. Ngày 2 lần trở lên. 2. Ngày 1 lần 3. 2-3 ngày 1 lần 4. Trên 3 ngày 1 lần	Định tính
2	Lau khô BPSD	Thực hiện lau khô BPSD sau mỗi lần vệ sinh sinh dục	1. Thường xuyên 2. Thỉnh thoảng 3. Không bao giờ	Định tính
3	Sản phẩm vệ sinh sinh dục hàng ngày	Sản phẩm thương mại/tự làm sử dụng để vệ sinh BPSD hàng ngày	1. Xà phòng, xà bông 2. Dung dịch vệ sinh phụ nữ 3. Chỉ vệ sinh với nước 98. Khác	Định tính
4	Thay đồ lót hàng ngày	Thực hiện thay đồ lót đều đặn hàng ngày	1. Có 2. Không	
5	Nắng chiếu ở nơi phơi đồ lót	Mức độ ánh nắng chiếu ở nơi thường xuyên phơi đồ lót	1. Có nắng chiếu toàn bộ 2. Có nắng chiếu một phần 3. Nắng chiếu ít 4. Không có nắng chiếu	Định tính
6	Thụt rửa âm đạo	Thực hiện hành vi thụt rửa âm đạo của nữ VTN	1. Có 2. Không	Định tính
7	Vệ sinh sinh dục trong thời kỳ kinh nguyệt	Số lần thay rửa vệ sinh 1 ngày trong thời kỳ kinh nguyệt của học sinh nữ	1. 1-2 lần/ngày 2. 3-4 lần/ngày 3. > 4 lần/ngày	Định tính
8	Xử lý khi thấy triệu chứng RTIs	Cách xử lý khi thấy triệu chứng RTIs của VTN	1. Đi khám tại các cơ sở y tế 2. Nói với cha, mẹ, người lớn 3. Nói với bạn bè, người yêu 4. Mua thuốc tự chữa 5. Không làm gì 98. Khác	Định tính

9	Thời gian xử lý	Khoảng thời gian xử lý sau khi thấy triệu chứng RTIs	1. Ngay lập tức 2. Khoảng vài ngày sau 3. Khoảng 1 tuần sau 4. Trên 2 tuần sau	Định tính
10	Điểm thực hành	Tổng điểm phần thực hành phòng chống RTIs của VTN	0 - 11	Định lượng
11	Xếp loại thực hành	Xếp loại thực hành dựa trên điểm thực hành của VTN	1. Đạt 2. Không đạt	Định tính

- Các biến về đặc điểm cá nhân, học tập, gia đình của VTN được thể hiện trong Bảng 2.5.

Bảng 2.5. Các biến về thông tin chung của đối tượng nghiên cứu

TT	Tên biến	Định nghĩa	Giá trị	Loại biến
1	Giới tính	Giới tính của VTN	1. Nam 2. Nữ	Định tính
2	Cấp học	Cấp học của VTN	1. THCS 2. THPT	Định tính
3	Học lực	Xếp loại học lực của VTN trong học kỳ gần nhất	1. Yếu/kém; 2. Trung bình; 3. Khá; 4. Giỏi, xuất sắc	Định tính
4	Tổng số người trong gia đình	Tổng số người đang cùng sống trong gia đình của VTN	1. ≥ 6 người; 2. 5 người; 3. 4 người; 5. ≤ 3 người	Định tính
5	Điều kiện kinh tế	Gia đình thuộc diện hộ nghèo hoặc không theo chứng nhận của địa phương	1. Nghèo 2. Không nghèo	Định tính
6	Quan tâm của cha mẹ, người thân	Mức độ quan tâm của cha mẹ hoặc người sống cùng với VTN	1. Không quan tâm.; 2. Ít quan tâm; 3. Quan tâm vừa; 4. Rất quan tâm	Định tính
7	Nguồn tiếp cận thông tin SKSS	Nguồn thông tin liên quan đến SKSS mà VTN đã được tiếp cận	1. Thầy, cô, nhà trường; 2. Bạn bè; 3. Người thân; 4. Sách, báo; 5. Ti vi; 6. Internet; 7. Cán bộ y tế; 98. Khác	Định tính

- Các chỉ số đánh giá KAP phòng chống RTIs của VTN được thể hiện trong Bảng 2.6 (Cách tính điểm KAP tại Phụ lục 3).

Bảng 2.6. Các chỉ số đánh giá kiến thức, thái độ, thực hành phòng chống nhiễm khuẩn đường sinh sản của vị thành niên

TT	Tên chỉ số	Định nghĩa
1	Điểm kiến thức trung bình	Điểm kiến thức trung bình mẫu nghiên cứu
2	Điểm thái độ trung bình	Điểm thái độ trung bình mẫu nghiên cứu
3	Điểm thực hành trung bình	Điểm thực hành trung bình mẫu nghiên cứu
4	Tỷ lệ VTN có kiến thức đạt	Tỷ lệ VTN đạt số điểm kiến thức $\geq 50\%$ tổng số điểm kiến thức ($\geq 26/52$ điểm)
5	Tỷ lệ VTN có thái độ đạt	Tỷ lệ VTN đạt số điểm thái độ $\geq 50\%$ tổng số điểm thái độ ($\geq 2/4$ điểm)
6	Tỷ lệ VTN có thực hành đạt	Tỷ lệ VTN đạt số điểm thực hành $\geq 50\%$ tổng số điểm thực hành ($\geq 5,5/11$ điểm)

2.1.1.5. Thu thập số liệu

❖ *Vật liệu, công cụ thu thập số liệu:*

Công cụ thu thập số liệu bao gồm:

- Phiếu chấp thuận tham gia nghiên cứu (Phụ lục 1).
- Phiếu câu hỏi tự điền điều tra KAP (Phụ lục 2).

❖ *Cách tiến hành các kỹ thuật, người thực hiện*

- Phát phiếu câu hỏi tự điền:

+ Thời gian: 15 phút đầu tiết học.

+ Địa điểm; Tại lớp học.

- *Người thực hiện:*

+ Giới thiệu về nghiên cứu, hướng dẫn tham gia nghiên cứu và cách điền phiếu: Trưởng nhóm nghiên cứu.

+ Phát phiếu và giám sát học sinh điền phiếu: Giáo viên có giờ giảng vào thời gian phát phiếu.

2.1.1.6. Sai số và biện pháp khống chế

Trong nghiên cứu này, các loại sai số có thể gặp bao gồm:

– Sai số ngẫu nhiên: Sai số do các yếu tố may rủi nên rất khó có thể không chế. Trong nghiên cứu này, sai số ngẫu nhiên được chấp nhận ở mức dưới 0,05 (Ngưỡng xác suất $\alpha = 0,05$).

– Sai số hệ thống:

+ Sai số chọn mẫu: Bao gồm bất kỳ sai số nào nảy sinh trong quá trình chọn các cá thể vào nghiên cứu. Sai số này được khống chế bằng cách chọn mẫu ngẫu nhiên.

+ Sai số thu thập thông tin: sai số xuất hiện trong quá trình thu thập thông tin bằng hình thức phát phiếu tự điền. Sai số này có thể được khống chế bằng các cách sau:

- Xây dựng phiếu điều tra chuẩn mực, rõ ràng, dễ hiểu, sử dụng những thuật ngữ đơn giản, gần gũi.

- ĐTNC được giải thích rõ ràng về cách điền phiếu, giải thích cụ thể từng câu hỏi, các thuật ngữ trong phiếu điều tra. ĐTNC được giải đáp các thắc liên quan đến các câu hỏi, thuật ngữ trong phiếu điều tra trước khi điền phiếu.

- Quá trình điền phiếu của ĐTNC được giám sát chặt chẽ bởi các giáo viên và nhóm nghiên cứu.

+ Sai số do nhập liệu viên: Hạn chế sai số khi nhập liệu bằng cách phiếu điều tra được nhập vào máy tính 2 lần bởi 2 nhập liệu viên độc lập.

2.1.1.7. Phương pháp quản lý xử lý, phân tích số liệu

- ❖ Quản lý số liệu bằng phần mềm Epidata 3.1. Làm sạch, xử lý và phân tích số liệu bằng phần mềm STATA 10.0:

- Sử dụng kiểm định Z để kiểm định sự khác biệt 2 tỷ lệ.

- Sử dụng kiểm định χ^2 để kiểm định sự khác biệt cho biến định tính của trên 1 nhóm.

- Tính toán các chỉ số OR và khoảng tin cậy 95% của OR để xác định mối liên quan và cường độ mối liên quan hai biến định tính.

- Sử dụng mô hình hồi quy logistic để xác định mối liên quan đa biến định tính.

- ❖ Đánh giá kiến thức, thái độ, thực hành phòng chống RTIs của VTN:

- Phần đánh giá kiến thức phòng chống RTIs bao gồm 8 nội dung, tương đương với 8 câu hỏi. Trong đó, 2 nội dung đánh giá quan trọng nhất là kiến thức về hành vi nguy cơ của RTIs và biện pháp phòng chống RTIs. Mỗi ý trả lời đúng trong 2 phần này được 2 điểm. Tất cả các ý trả lời trong các câu hỏi còn lại đều được 1 điểm. Dựa trên đáp án chi tiết của các câu hỏi, tổng điểm đánh giá kiến thức tính được là 52. Do đó, thang điểm kiến thức là 0 - 52 điểm (Phụ lục 3). VTN đạt số điểm kiến thức $\geq 50\%$ tổng số điểm ($\geq 26/52$ điểm) được đánh giá là có kiến thức đạt.

- Phần đánh giá thái độ phòng chống RTIs của VTN bao gồm 4 nội dung, tương ứng với 4 câu hỏi. Mỗi nội dung đánh giá có vai trò quan trọng như nhau do đó mỗi câu đều được tính 1 điểm. Như vậy, thang điểm thái độ là 0 - 4 điểm (Phụ lục 3). VTN đạt số điểm thái độ $\geq 50\%$ tổng số điểm ($\geq 2/4$ điểm) được đánh giá là có thái độ đạt.

- Phần đánh giá thực hành phòng chống RTIs của VTN bao gồm 9 nội dung, tương đương với 9 câu hỏi. Trong đó, 2 nội dung đánh giá quan trọng nhất là thực hành vệ sinh sinh dục hàng ngày và sản phẩm sử dụng khi vệ sinh sinh dục. 2 phần này mỗi ý trả lời đúng được 2 điểm, các ý trả lời trong các câu hỏi còn lại được 0,5 - 1 điểm. Dựa trên đáp án chi tiết của các câu hỏi, tổng điểm đánh giá thực hành tính được là 11. Như vậy, thang điểm thực hành là 0 - 11 điểm (Phụ lục 3). VTN đạt số điểm thực hành $\geq 50\%$ tổng số điểm ($\geq 5,5/11$ điểm) được đánh giá là có thực hành đạt.

2.1.2. Phỏng vấn sâu đối tượng nghiên cứu

Trước khi tiến hành nghiên cứu can thiệp, nhóm nghiên cứu thực hiện phỏng vấn sâu các ĐTNC (VTN, cha mẹ VTN, Ban Giám hiệu, giáo viên) nhằm thu thập thông tin làm cơ sở xây dựng can thiệp TT - GDSK.

❖ Đối tượng và lựa chọn đối tượng tham gia phỏng vấn

- VTN: Lựa chọn ngẫu nhiên 07 lớp trong 07 khối lớp tại 03 trường nhóm can thiệp bằng hình thức bốc thăm. Mỗi khối chọn ra 1 lớp. Như vậy sẽ chọn được 03 lớp (Tương ứng với 03 khối 10, 11,12) ở trường THPT B Kim Bảng, 02 lớp (Tương ứng với 02 khối lớp 8,9) ở trường THCS Nguyễn Úy, 02

lớp (Tương ứng với 02 khối lớp 8,9) ở trường THCS Lê Hồ. Tại mỗi lớp, lựa chọn ngẫu nhiên 5 học sinh trong danh sách lớp. Phỏng vấn sâu tất cả 35 học sinh trong 7 lớp học. Những trường hợp học sinh từ chối phỏng vấn sẽ lựa chọn ngẫu nhiên học sinh khác tham gia.

- Cha mẹ học sinh: Phỏng vấn cha hoặc mẹ của 35 học sinh trong danh sách được phỏng vấn sâu. Những trường hợp cha và mẹ học sinh từ chối tham gia phỏng vấn hoặc không thể tham gia phỏng vấn sẽ lựa chọn cha mẹ của học sinh khác thay thế.

- Ban Giám hiệu: Phỏng vấn sâu 01 Hiệu trưởng hoặc 01 Phó Hiệu trưởng của mỗi trường trong nhóm can thiệp.

- Giáo viên: Phỏng vấn 02 giáo viên tại mỗi trường thuộc nhóm can thiệp. 02 giáo viên được phỏng vấn bao gồm 01 giáo viên bộ môn Sinh học và 01 giáo viên Tổng Phụ trách Đội Thiếu niên Tiền Phong Hồ Chí Minh tại trường THCS hoặc Bí thư Đoàn Thanh niên tại trường THPT.

❖ *Công cụ thu thập dữ liệu*

- Bộ câu hỏi phỏng vấn sâu VTN (Phụ lục 4).

- Bộ câu hỏi phỏng vấn sâu Ban Giám hiệu, giáo viên (Phụ lục 5).

- Bộ câu hỏi phỏng vấn sâu cha, mẹ học sinh (Phụ lục 6).

❖ *Cách tiến hành, người thực hiện*

- Phỏng vấn VTN: 35 VTN trong danh sách được hỏi chấp thuận tham gia nghiên cứu và thông báo đến trường học vào buổi các em không có tiết học. Các em học sinh đến tham gia phỏng vấn tập trung tại 01 phòng học trong trường, 01 phòng bên cạnh là nơi nhóm nghiên cứu tiến hành phỏng vấn từng học sinh. Trong phòng phỏng vấn chỉ có 2 thành viên nhóm nghiên cứu và 01 học sinh được phỏng vấn.

- Phỏng vấn cha mẹ học sinh: Phỏng vấn cha mẹ học sinh tại hộ gia đình. Trong khi phỏng vấn sâu học sinh ở trường học, hỏi về thời gian thuận tiện để phỏng vấn cha mẹ học sinh, thống nhất thời gian đến phỏng vấn cha mẹ học sinh để học sinh thông báo với gia đình.

- Phỏng vấn Ban giám hiệu và giáo viên: Sắp xếp lịch phỏng vấn với Hiệu trưởng. Sau đó, Hiệu trưởng thông báo cho các giáo viên đến tham gia phỏng vấn tại trường học

- Người thực hiện:

+ Người trực tiếp phỏng vấn sâu ĐTNC: Trưởng nhóm nghiên cứu.

+ Người ghi chép trong quá trình phỏng vấn: Trưởng nhóm nghiên cứu và 01 thành viên nhóm nghiên cứu. 01 người tiến hành phỏng vấn và 02 người cùng ghi chép.

❖ *Xử lý thông tin thu thập được*

Tổng hợp thông tin từ 02 tài liệu ghi chép của 2 nghiên cứu viên. Những thông tin trùng khớp nhau sẽ được tổng hợp và báo cáo trong kết quả nghiên cứu, những thông tin mâu thuẫn nhau sẽ kiểm tra lại bằng cách liên hệ trực tiếp với ĐTNC.

2.1.3. Cơ sở xây dựng can thiệp

❖ Phương pháp TT - GDSK (hay kênh truyền thông), quy trình can thiệp và thông điệp truyền thông được xây dựng dựa trên:

(1) Kết quả nghiên cứu cắt ngang về thực trạng KAP phòng chống RTIs của VTN và một số yếu tố liên quan: Dựa trên thực trạng KAP phòng chống RTIs của VTN và một số yếu tố liên quan để xây dựng nội dung tài liệu truyền thông và lựa chọn phương pháp truyền thông phù hợp.

Kết quả nghiên cứu cắt ngang cho thấy VTN có kiến thức về hành vi nguy cơ và biện pháp phòng chống RTIs rất kém mặc dù đây là hai nội dung kiến thức rất quan trọng trong phòng chống RTIs (74,4% VTN không biết bất kỳ hành vi nguy cơ nào của RTIs và 65,6% VTN không biết bất kỳ biện pháp phòng chống nào của RTIs). Do đó, hai nội dung kiến thức này được đặc biệt nhấn mạnh ở các phương pháp TT - GDSK, đặc biệt là phương pháp phát tờ rơi cho cha mẹ học sinh và cán bộ y tế tuyên truyền tại lớp học.

Về thái độ phòng chống RTIs, hơn một nửa VTN trong mẫu nghiên cứu cảm thấy xấu hổ nếu bản thân bị mắc RTIs hoặc nói chuyện với người khác về RTIs. Do đó, cán bộ y tế tuyên truyền tại lớp học được lưu ý khi tập huấn về việc tạo không khí cởi mở, thoải mái, sử dụng các biện pháp cần thiết giúp

phá vỡ sự rụt rè, xấu hổ của các em, lôi kéo các em mạnh dạn tham gia buổi tuyên truyền.

Về thực hành phòng chống RTIs, mặc dù VTN thực hành vệ sinh sinh dục hàng ngày tốt, tuy nhiên thực hành thay đồ lót thường xuyên, lau khô BPSD sau mỗi lần vệ sinh sinh dục và thực hành VSKN ở học sinh nữ tương đối kém. Do vậy, những nội dung thực hành này được cán bộ y tế nhấn mạnh khi tuyên truyền cũng như được đề cập rõ ràng trong tờ rơi của cha mẹ VTN.

Quan tâm của cha mẹ, người thân được xác định là yếu tố liên quan đến kiến thức và thái độ phòng chống RTIs. Do vậy, phương pháp phát tờ rơi cho cha mẹ học sinh được lựa chọn để tiến hành can thiệp. Trên tờ rơi, ngoài những nội dung cung cấp kiến thức phòng chống RTIs ở VTN, còn có những nội dung mang tính chất khích lệ, động viên, kêu gọi sự quan tâm của cha mẹ VTN đối với vấn đề phòng chống RTIs của con cái họ.

(2) Kết quả phỏng vấn sâu Ban Giám hiệu và giáo viên các trường học: Lấy ý kiến tham vấn về nội dung, kênh truyền thông và cách tổ chức thực hiện can thiệp thông qua phỏng vấn sâu Ban Giám hiệu, một số giáo viên tại các trường THCS và THPT. Ngoài ra, thông tin về các chương trình TT - GDSK phòng chống SKSS sẵn có tại trường học cũng được thu thập (Kết quả phỏng vấn sâu Ban Giám hiệu và giáo viên tại Mục 3.2.2.1).

(3) Kết quả phỏng vấn sâu VTN: Phỏng vấn sâu VTN để tìm hiểu tâm tư, nguyện vọng, sở thích, thị hiếu đối với can thiệp TT - GDSK phòng chống RTIs; đồng thời tìm hiểu vai trò của gia đình, nhà trường trong việc TT - GDSK phòng chống RTIs cho VTN. Hầu hết VTN thích được nhận thông tin về phòng chống RTIs từ cán bộ y tế vì các em cảm thấy có sự yên tâm, tin tưởng về các thông tin được cung cấp (Kết quả phỏng vấn sâu VTN tại Mục 3.2.2.2).

(4) Kết quả phỏng vấn sâu cha mẹ học sinh: Tiến hành phỏng vấn sâu cha mẹ học sinh để tìm hiểu việc tiếp cận thông tin phòng chống RTIs, những rào cản đối với việc tiếp cận các thông tin này và việc thực hành phòng chống RTIs của VTN. Ngoài ra, tìm hiểu vai trò của cha mẹ học sinh trong việc giáo dục phòng chống RTIs cho VTN, đồng thời lấy ý kiến đóng góp của cha mẹ

học sinh đối với can thiệp TT - GDSK phòng chống RTIs cho VTN (Kết quả phỏng vấn sâu cha mẹ học sinh tại Mục 3.2.2.3).

(5) Các biện pháp can thiệp đã thực hiện trước đó: Các phương pháp TT - GDSK được lựa chọn dựa trên hai tiêu chí. Một là, tính hiệu quả: Can thiệp đã cho thấy có hiệu quả theo các nghiên cứu trước đó. Hai là, tính khả thi: Can thiệp có thể triển khai tại địa bàn nghiên cứu, có thể thực hiện được trong phạm vi nguồn lực của nghiên cứu. Thông tin về tính hiệu quả và khả thi của một số phương pháp TT - GDSK được tham khảo qua các can thiệp đã thực hiện trước đó.

Các can thiệp đã được thực hiện trong các nghiên cứu trước thường có sự phối hợp nhiều phương pháp TT - GDSK khác nhau để đạt được hiệu quả cao nhất. Các phương pháp đã được thực hiện rất đa dạng bao gồm truyền thông trên LPT, phát tờ rơi, truyền thông trên vô tuyến truyền hình, tư vấn giáo dục sức khỏe cho cá nhân, tổ chức các buổi nói chuyện, thảo luận nhóm, tổ chức TT - GDSK tại hộ gia đình. Do vậy, nghiên cứu này lựa chọn phối hợp nhiều phương pháp TT - GDSK khác nhau, trong đó bao gồm cả hình thức truyền thông trực tiếp và hình thức truyền thông gián tiếp.

Ngoài ra, các can thiệp đã thực hiện trước đây nhấn mạnh vai trò của cha mẹ học sinh đối với thay đổi KAP của VTN [33], [67], [115]. Những thành viên trong gia đình, đặc biệt là cha mẹ có vai trò quan trọng trong việc bảo vệ và thúc đẩy sức khỏe VTN. Gia đình là nơi các vấn đề ủng hộ hay đối đầu được thảo luận công khai. Đây cũng là nơi khởi đầu cho mọi tâm lý VTN từ lòng tự trọng, sự tự tin, xấu hổ, cô đơn hay vui vẻ. Kết quả xuất sắc đã được báo cáo khi bà mẹ đi cùng con gái tuổi VTN tham dự các buổi giáo dục kiến thức phòng chống STIs. Đối với con gái lớn tuổi hơn, các bà mẹ tham dự các lớp học giáo dục giới tính song song nhưng riêng biệt, cho phép các cơ hội để thảo luận sau đó tại nhà. Do vậy, nghiên cứu này lựa chọn một phương pháp TT - GDSK thông qua cha mẹ nhằm tác động để cải thiện KAP cho VTN.

Một số can thiệp đã được áp dụng trên thế giới cũng như Việt Nam như trung tâm y tế trường học, giáo dục đồng đẳng, trung tâm thanh thiếu niên... [34], [51], [68], [73], [89], [96]. Những can thiệp này đòi hỏi đầu tư đa dạng nguồn lực cũng như phức tạp khi triển khai thực hiện. Tuy nhiên, bằng

chứng về hiệu quả không được ghi nhận nhiều qua các nghiên cứu. Do vậy, vì xem xét đến tính hiệu quả cũng như khả thi, nghiên cứu này không lựa chọn các phương pháp TT - GDSK này mặc dù nó khá phổ biến ở một số nơi trên thế giới.

❖ Các phương pháp TT-GDSK được lựa chọn triển khai can thiệp:

Dựa trên các cơ sở trên, các phương pháp TT - GDSK thay đổi KAP phòng chống RTIs cho VTN bao gồm 4 phương pháp sau:

- (1) Truyền thông trên loa phát thanh tại trường học.
- (2) Treo áp phích tại lớp học.
- (3) Phát tờ rơi cho cha mẹ học sinh trong buổi họp phụ huynh đầu năm.
- (4) Cán bộ y tế tuyên truyền trong giờ sinh hoạt lớp tại lớp học.

2.1.4. Thực hiện can thiệp

2.1.4.1. Thời gian, đối tượng, địa điểm nghiên cứu

❖ *Thời gian nghiên cứu*

Thời gian triển khai can thiệp: Từ tháng 9 năm 2015 đến tháng 5 năm 2016.

❖ *Đối tượng nghiên cứu*

Đối tượng đích của can thiệp là VTN trường học từ lớp 8 đến lớp 12.

❖ *Địa điểm nghiên cứu*

06 trường học đã chọn được chia làm 2 nhóm gồm nhóm can thiệp và nhóm chứng. Mỗi nhóm gồm 1 trường THPT và 2 trường THCS. Các trường được phân chia sao cho 2 nhóm có điều kiện cơ sở vật chất; phân bố học sinh theo giới tính, khối lớp, học lực, điều kiện kinh tế gia đình tương đương nhau:

- Nhóm can thiệp bao gồm 03 trường: THPT B Kim Bảng, THCS Nguyễn Úy, THCS Lê Hồ.

- Nhóm đối chứng bao gồm 03 trường: THPT Lý Thường Kiệt, THCS Đại Cường, THCS Tượng Lĩnh.

Tiến hành triển khai can thiệp tại 03 trường thuộc nhóm can thiệp. Đối với nhóm chứng, các chương trình can thiệp sẵn có tại địa phương vẫn được thực hiện.

2.1.4.2. Tổ chức thực hiện

Sau khi lựa chọn các phương pháp TT - GDSK, nhóm xây dựng quy trình triển khai can thiệp (Phụ lục 7) và kế hoạch thực hiện các hoạt động can thiệp (Phụ lục 8).

2.1.5. Đánh giá hiệu quả can thiệp

2.1.5.1. Thời gian, đối tượng, địa điểm nghiên cứu

❖ Thời gian nghiên cứu

Nghiên cứu cắt ngang lặp lại về KAP phòng chống RTIs sau can thiệp được tiến hành vào tháng 5 năm 2016.

❖ Đối tượng nghiên cứu

Tiêu chuẩn lựa chọn: VTN trong độ tuổi từ 14 - 19, đang đi học thuộc khối lớp 8 đến lớp 12.

Tiêu chuẩn loại trừ: Không có khả năng trả lời phỏng vấn.

❖ Địa điểm nghiên cứu:

Nghiên cứu được tiến hành tại 06 trường trung học đã chọn trong nghiên cứu cắt ngang.

2.1.5.2. Cỡ mẫu, chọn mẫu

❖ Cỡ mẫu

Cỡ mẫu cho kiểm định sự khác biệt giữa 2 tỷ lệ [5]:

$$n_1 = n_2 = \frac{\{Z_{1-\alpha/2}\sqrt{2p(1-p)} + Z_{1-\beta}\sqrt{p_1(1-p_1) + p_2(1-p_2)}\}^2}{(p_1 - p_2)^2} \text{ DE} \quad (2)$$

Trong đó:

n_1, n_2 : Cỡ mẫu tối thiểu của mỗi nhóm can thiệp và nhóm chứng.

p_1 : sự thay đổi thực hành tuyệt đối mong đợi ở nhóm can thiệp= 13% [16],

p_2 : sự thay đổi thực hành tuyệt đối mong đợi ở nhóm đối chứng= 7%,

$p = (p_1 + p_2)/2 = 10\%$

$Z_{1-\alpha/2}$: Hệ số z tương ứng với độ tin cậy mong muốn, ứng với độ tin cậy 95% thì $Z_{1-\alpha/2} = 1,96$.

$Z_{1-\beta}$: Hệ số z tương ứng với lực mẫu mong muốn, ứng với lực mẫu là 95% thì $Z_{1-\beta} = 1,64$.

DE: Hệ số thiết kế (do kỹ thuật chọn mẫu cụm được áp dụng), $DE = 1,5$.

Các nghiên cứu về thực trạng KAP cho thấy sự thay đổi tỷ lệ VTN có thực hành đạt thường thấp hơn sự thay đổi tỷ lệ VTN có kiến thức đạt và thái độ đạt. Do vậy, công thức trên được tính toán dựa trên sự thay đổi tỷ lệ thực hành đạt để cỡ mẫu tính được lớn nhất. Cỡ mẫu tính được ở mỗi nhóm là 920 VTN. Trên thực tế, do chọn mẫu theo các lớp, chúng tôi thu thập mẫu ở nhóm can thiệp là 938 VTN và nhóm chứng là 922 VTN.

❖ Chọn mẫu: Sử dụng phương pháp chọn mẫu tương tự phân nghiên cứu cắt ngang (Mục 2.1.1.3).

2.1.5.3. Biến số, chỉ số

❖ *Biến số*: Các biến số tương tự nghiên cứu cắt ngang (Bảng 2.2; Bảng 2.3; Bảng 2.4; Bảng 2.5). Các biến bổ sung về can thiệp TT - GDSK phòng chống RTIs ở VTN được thể hiện trong Bảng 2.7.

Bảng 2.7. Các biến về tiếp cận can thiệp truyền thông - giáo dục sức khỏe của vị thành niên

TT	Tên biến	Định nghĩa biến	Giá trị của biến	Loại biến
1	Được tuyên truyền phòng chống RTIs	Được tuyên truyền về phòng chống RTIs	1. Có 2. Không	Định tính
2	Phương pháp TT - GDSK được tiếp cận	Phương pháp TT - GDSK mà VTN đã được tiếp cận	1. Loa phát thanh của trường 2. Áp phích tại lớp học 3. Tờ rơi của cha mẹ 4. Cán bộ y tế tuyên truyền trong giờ sinh hoạt lớp	Định tính

❖ Các chỉ số

Các chỉ số bao gồm chỉ số đánh giá hoạt động truyền thông và chỉ số đánh giá hiệu quả can thiệp:

- Chỉ số đánh giá thực hiện các hoạt động TT - GDSK bao gồm:

+ Loa phát thanh tại trường học: Số buổi đã phát tại mỗi trường; tổng số buổi đã phát; tỷ lệ số buổi đã phát trên số buổi dự kiến phát theo kế hoạch; số bài đã phát; số lần phát lặp lại của một bài; thời lượng trung bình mỗi lần phát.

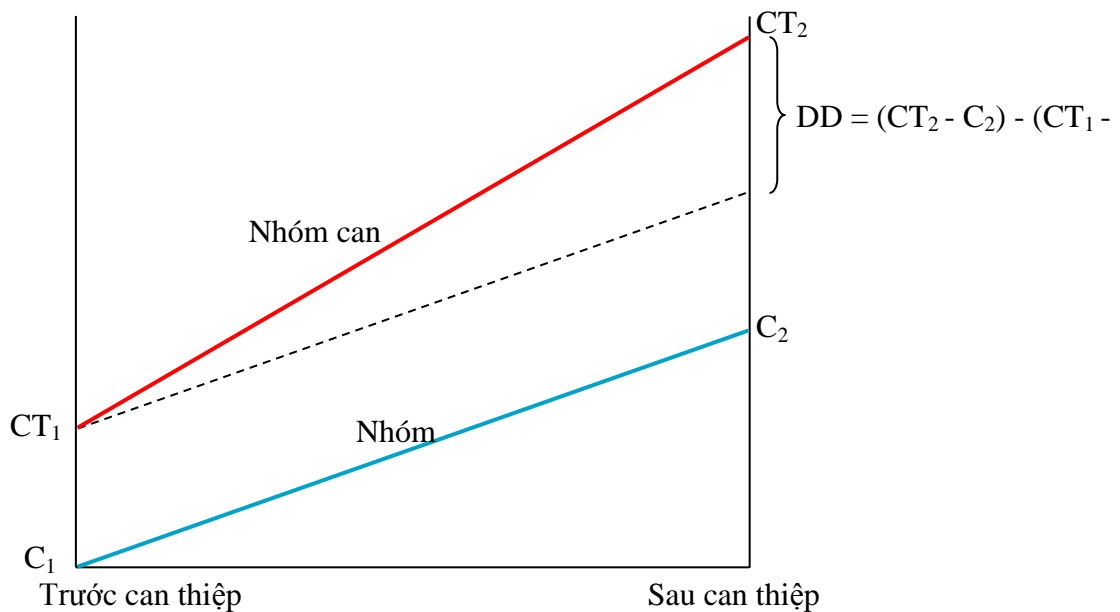
+ Áp phích tại lớp học: Số áp phích được treo; tỷ lệ áp phích được treo trên tổng số lớp của nhóm can thiệp; số áp phích còn nguyên vẹn tại vị trí được treo sau can thiệp; số áp phích bị hư hỏng hoặc không còn ở vị trí được treo; số áp phích mới được treo thay thế.

+ Cán bộ y tế tuyên truyền tại lớp học: Số buổi tuyên truyền đã thực hiện tại mỗi lớp; tổng số buổi tuyên truyền đã thực hiện tại nhóm can thiệp; thời lượng tuyên truyền trung bình của mỗi buổi; số học sinh không tham gia buổi tuyên truyền nào; tỷ lệ học sinh tham gia ít nhất 1 buổi tuyên truyền.

+ Phát tờ rơi cho cha mẹ học sinh: Tổng số tờ rơi được phát;; số tờ rơi được phát trực tiếp cho cha mẹ học sinh; tỷ lệ tờ rơi phát trực tiếp cho cha/mẹ học sinh; số tờ rơi gửi qua học sinh hoặc người đi họp phụ huynh thay; tỷ lệ số tờ rơi được phát trên tổng số học sinh nhóm can thiệp.

- Ước tính hiệu quả của can thiệp dựa trên các biến: Xếp loại kiến thức, xếp loại thái độ và xếp loại thực hành phòng chống RTIs.

- Đánh giá hiệu quả can thiệp dựa trên chỉ số DD (Difference in Difference); chỉ số hiệu quả của nhóm can thiệp và chỉ số hiệu quả của nhóm chứng (Bảng 2.8). Trong đó, chỉ số DD là hiệu số thay đổi tỷ lệ VTN có kiến thức đạt/thái độ đạt/thực hành đạt trước - sau can thiệp của nhóm can thiệp so với nhóm chứng. Cách tính toán chỉ số DD được mô tả cụ thể trong một số tài liệu [49], [108] và áp dụng trong các nghiên cứu đánh giá tác động can thiệp y tế [26], [29], [100]. Cách tính DD được thể hiện trong hình sau:



Hình 2.3. Ước tính tác động can thiệp dựa trên chỉ số DD

Áp dụng trong nghiên cứu này, Hình 2.3 cho thấy CT_1 , CT_2 là tỷ lệ VTN có kiến thức/thái độ/thực hành đạt trước và sau can thiệp của nhóm can thiệp. C_1 , C_2 là tỷ lệ VTN có kiến thức/thái độ/thực hành đạt trước và sau can thiệp của nhóm chứng. Chỉ số DD được tính toán như sau:

$$DD = (CT_2 - C_2) - (CT_1 - C_1) \text{ hoặc } DD = (CT_2 - CT_1) - (C_2 - C_1)$$

Bảng 2.8. Các chỉ số đánh giá hiệu quả can thiệp

TT	Tên chỉ số	Cách tính
Chỉ số đánh giá thay đổi kiến thức		
1	Thay đổi kiến thức đạt trước - sau can thiệp của nhóm can thiệp	$\Delta K_{CT} = K_{2CT} - K_{1CT}$
2	Thay đổi kiến thức đạt trước - sau can thiệp của nhóm chứng	$\Delta K_C = K_{2C} - K_{1C}$
3	Hiệu số thay đổi tỷ lệ kiến thức đạt trước - sau can thiệp của nhóm can thiệp so với nhóm chứng (DD - Difference in Difference)	$DD = \Delta K_{CT} - \Delta K_C$
4	Chỉ số hiệu quả thay đổi kiến thức đạt của nhóm can thiệp	$CSHQ_{CT} = \Delta K_{CT} / K_{1CT}$
5	Chỉ số hiệu quả thay đổi kiến thức đạt của nhóm chứng	$CSHQ_C = \Delta K_C / K_{1C}$
Chỉ số đánh giá thay đổi thái độ		
1	Thay đổi thái độ đạt trước - sau can thiệp của nhóm can thiệp	$\Delta A_{CT} = A_{2CT} - A_{1CT}$
2	Thay đổi thái độ đạt trước - sau can thiệp của nhóm chứng	$\Delta A_C = A_{2C} - A_{1C}$
3	Hiệu số thay đổi thái độ đạt trước - sau can thiệp của nhóm can thiệp so với nhóm chứng (DD - Difference in Difference)	$DD = \Delta A_{CT} - \Delta A_C$
4	Chỉ số hiệu quả thay đổi thái độ đạt của nhóm can thiệp	$CSHQ_{CT} = \Delta A_{CT} / A_{1CT}$
5	Chỉ số hiệu quả thay đổi thái độ đạt của nhóm chứng	$CSHQ_C = \Delta A_C / A_{1C}$
Chỉ số đánh giá thay đổi thực hành		
1	Thay đổi thực hành đạt trước - sau can thiệp của nhóm can thiệp	$\Delta P_{CT} = P_{2CT} - P_{1CT}$
2	Thay đổi kiến thực hành trước - sau can thiệp của nhóm chứng	$\Delta P_C = P_{2C} - P_{1C}$

3	Hiệu số thay đổi tỷ lệ thực hành đạt trước - sau can thiệp của nhóm can thiệp so với nhóm chứng (DD - Difference in Difference)	$DD = \Delta P_{CT} - \Delta P_C$
4	Chỉ số hiệu quả thay đổi thực hành đạt của nhóm can thiệp	$CSHQ_{CT} = \Delta P_{CT} / P_{1CT}$
5	Chỉ số hiệu quả thay đổi thực hành đạt của nhóm chứng	$CSHQ_C = \Delta P_C / P_{1C}$

Ghi chú: K_{1CT} , A_{1CT} , P_{1CT} - Tỷ lệ VTN có kiến thức, thái độ, thực hành đạt trước can thiệp của nhóm can thiệp; K_{1C} , A_{1C} , P_{1C} - Tỷ lệ VTN có kiến thức, thái độ, thực hành đạt trước can thiệp của nhóm chứng; K_{2CT} , A_{2CT} , P_{2CT} - Tỷ lệ VTN có kiến thức, thái độ, thực hành đạt sau can thiệp của nhóm can thiệp; K_{2C} , A_{2C} , P_{2C} - Tỷ lệ VTN có kiến thức, thái độ, thực hành đạt sau can thiệp của nhóm chứng.

2.2. Phần 2. Nghiên cứu chi phí, chi phí - hiệu quả của can thiệp

2.2.1. Phân tích chi phí can thiệp

2.2.1.1. Đối tượng nghiên cứu

Chi phí can thiệp TT - GDSK phòng chống RTIs tại nhóm can thiệp và chi phí các chương trình sẵn có tại nhóm chứng theo chương trình mục tiêu quốc gia hoặc các hoạt động liên quan đến phòng chống RTIs sẵn có khác trong trường học. Các chương trình TT - GDSK liên quan đến phòng chống RTIs sẵn có tại nhóm chứng bao gồm:

- (1) TT- GDSK phòng chống STIs bao gồm HIV/AIDS trên loa phát thanh xã (Xã Đại Cương, Xã Tượng Lĩnh và 05 xã thuộc khu vực THPT Lý Thường Kiệt);
- (2) Cán bộ y tế TT - GDSK về tuổi dậy thì bao gồm những vấn đề VSKN cho học sinh nữ lớp 9 theo từng lớp (THCS Đại Cương, THCS Tượng Lĩnh);
- (3) Tổ chức cuộc thi tại sân trường tìm hiểu về STIs bao gồm HIV/AIDS cho học sinh toàn trường (THPT Lý Thường Kiệt).

2.2.1.2. Địa điểm và thời gian nghiên cứu

- Nghiên cứu chi phí được thực hiện tại cả nhóm can thiệp và nhóm chứng:
- + Nhóm can thiệp: THCS Nguyễn Úy, THCS Lê Hồ, THPT B Kim Bảng.
- + Nhóm chứng: 07 xã, thị trấn thuộc khu vực 03 trường nhóm chứng.
- Thời gian thu thập số liệu là 01 năm: Từ tháng 6/2015 - Tháng 6/2016.

2.2.1.3. Quan điểm nghiên cứu

Nghiên cứu chi phí được thực hiện từ quan điểm của người cung cấp dịch vụ (chi phí của các bên thực hiện can thiệp).

2.2.1.4. Phạm vi nghiên cứu

Chi phí được tính toán không bao gồm chi phí cơ hội và chi phí khấu hao trang thiết bị.

2.2.1.5. Phương pháp tính toán chi phí

Chi phí được tính toán theo phương pháp tính toán chi phí dựa trên hoạt động (Activity based costing - ABC) [76]. Các bước tính toán chi phí như sau:

Bước 1: Xác định các hoạt động đã được thực hiện trong khoảng thời gian can thiệp.

Bước 2: Xác định các hạng mục chi phí cho từng hoạt động.

Các hạng mục gồm: (1) Thuê khoán chuyên môn; (2) Nguyên vật liệu, năng lượng; (3) Thuê mượn cơ sở vật chất, trang thiết bị, (4) Công tác phí, (5) Đi lại tại địa phương.

Bước 3: Thu thập dữ liệu liên quan tới chi phí của các hoạt động.

Bước 4: Tính toán chi phí các hoạt động và bổ sung các thông tin mới.

2.2.1.6. Thu thập số liệu

Phương pháp thu thập số liệu là tiến cứu. Nguồn số liệu bao gồm báo cáo hoạt động và báo cáo tài chính; thông tin phỏng vấn các cán bộ có liên quan.

2.2.1.7. Các chỉ số đánh giá

Các chỉ số đánh giá chi phí can thiệp được thể hiện trong Bảng 2.9:

Bảng 2.9. Các chỉ số đánh giá chi phí can thiệp

TT	Tên chỉ số	Định nghĩa	Nguồn số liệu
1	Tổng chi phí can thiệp (C_{CT}).	Là tổng chi phí các phương pháp TT - GDSK đã thực hiện tại nhóm can thiệp	Báo cáo hoạt động và báo cáo tài chính; Phỏng vấn
2	Tổng chi phí tại nhóm đối chứng (C_C).	Là chi phí của các chương trình liên quan đến phòng chống RTIs sẵn có tại nhóm đối chứng.	Báo cáo hoạt động và báo cáo tài chính; Phỏng vấn
3	Chi phí theo hạng mục chi	Là chi phí của từng mục chi: Thuê khoán chuyên môn; nguyên vật liệu năng lượng; thuê mượn cơ sở vật chất, trang thiết bị; công tác phí; chi phí đi lại tại nhóm can thiệp/nhóm chứng.	Báo cáo hoạt động và báo cáo tài chính; Phỏng vấn

4	Tỷ lệ chi phí theo hạng mục chi	Là tỷ lệ phần trăm chi phí của từng hạng mục chi trong tổng chi phí tại nhóm can thiệp/nhóm chứng.	Tính toán
5	Chi phí theo hoạt động	Là chi phí của từng hoạt động được thực hiện tại nhóm can thiệp/nhóm chứng	Báo cáo hoạt động và báo cáo tài chính; Phỏng vấn
6	Tỷ lệ chi phí theo hoạt động	Là tỷ lệ phần trăm chi phí của từng hoạt động trong tổng chi phí tại nhóm can thiệp/nhóm chứng.	Tính toán
7	Chi phí trên mỗi học sinh	Là chi phí phải bỏ ra trên mỗi đơn vị học sinh tại nhóm can thiệp/nhóm chứng	Tính toán

2.2.1.8. Bộ công cụ nghiên cứu

Phiếu thu thập thông tin chi phí do nhóm nghiên cứu thiết kế (Phụ lục 9).

2.2.1.9. Quản lý, xử lý và phân tích số liệu

Số liệu về chi phí sẽ được nhập, quản lý và phân tích bằng phần mềm Excel. Các thuật toán thống kê mô tả sẽ được áp dụng.

Một dự án hay chương trình kinh tế y tế thường có hiệu lực ít nhất 2 năm, ngoài ra có thể có hiệu lực 3 năm, 5 năm hoặc 10 năm. Can thiệp trong nghiên cứu này được giả định có hiệu lực trong thời gian 2 năm, 3 năm hoặc 5 năm. Chi phí được tính toán ở 2 giai đoạn bao gồm chi phí chuẩn bị và chi phí thực hiện. Do vậy, chi phí chuẩn bị can thiệp được tính bằng 1/2; 1/3 và 1/5 tổng chi tiêu trong giai đoạn chuẩn bị tương ứng với 3 tình huống giả định 2 năm, 3 năm và 5 năm.

Chi phí được thu thập vào năm 2015 sẽ được điều chỉnh đến thời điểm kết thúc thu thập số liệu là tháng 6 năm 2016 thông qua chỉ số giá tiêu dùng [19] theo công thức tính:

$$\text{Chi phí năm 2015 điều chỉnh} = \text{Chi phí năm 2015} * \frac{\text{Chỉ số giá năm 2016}}{\text{Chỉ số giá năm 2015}}$$

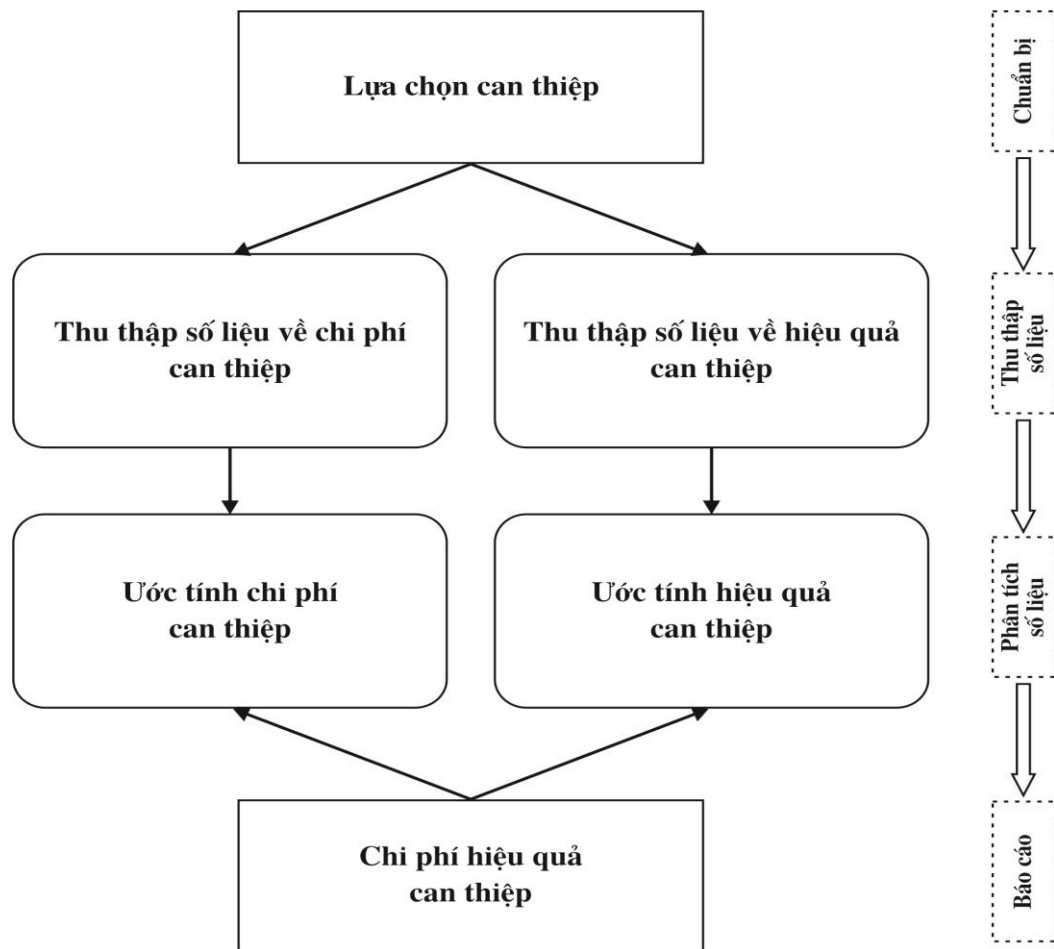
$$\text{Chi phí năm 2015 điều chỉnh} = \text{Chi phí năm 2015} * 1,0266$$

Đơn vị tiền tệ là Việt Nam Đồng (VNĐ).

2.2.2. Phân tích chi phí - hiệu quả can thiệp

- Dựa trên kết quả của các nghiên cứu chi phí và hiệu quả nêu trên, phân tích chi phí - hiệu quả sẽ được thực hiện.

- Dựa theo khung phương pháp của WHO-CHOICE [113] (Phụ lục 10), chúng tôi xây dựng khung phương pháp phù hợp với bối cảnh của nghiên cứu (Hình 2.4).



Hình 2.4. Khung phương pháp phân tích chi phí - hiệu quả

- Nghiên cứu sử dụng hai loại đơn vị hiệu quả là tỷ lệ VTN có kiến thức, thái độ, thực hành phòng chống RTIs đạt và số QALY tăng thêm dưới tác động của can thiệp. Trong đó, tỷ lệ VTN có kiến thức, thái độ, thực hành phòng chống RTIs đạt được lấy từ kết quả nghiên cứu. Số QALY tăng thêm được bổ sung thông qua phương pháp tổng quan hệ thống tài liệu.

+ *Bối cảnh thực hiện phương pháp tổng quan hệ thống*: So với các can thiệp lâm sàng, việc đánh giá chi phí - hiệu quả các can thiệp y tế công cộng còn nhiều thách thức, đặc biệt là về phương pháp đánh giá [112]. Đánh giá kinh tế đòi hỏi phải tính toán các kết quả lâu dài với kết quả y tế thường được đo lường là QALY. QALY thường rất khó định lượng trong bối cảnh y tế công cộng. Do đó, các nghiên cứu chi phí - hiệu quả của các can thiệp y tế công cộng có tính toán chỉ số QALY là khan hiếm. Một số lượng ít các nghiên cứu đánh giá chi phí - hiệu quả các can thiệp này dựa trên việc quy đổi số QALY tiết kiệm được. Do vậy, nghiên cứu sử dụng phương pháp tổng quan hệ thống tài liệu nhằm đánh giá chi phí - hiệu quả can thiệp TT-GDSK phòng chống RTIs cho VTN dựa trên kết quả cuối cùng là số QALY tiết kiệm được.

+ *Phương pháp*: Các cơ sở dữ liệu được sử dụng cho việc tìm kiếm tài liệu bao gồm PubMed, HINARI. Thời gian tìm kiếm là từ tháng 01 năm 2007 đến tháng 01 năm 2017. Các nghiên cứu được lựa chọn là nghiên cứu có tiến hành đánh giá chi phí - hiệu quả dựa trên số QALY tiết kiệm được của can thiệp TT-GDSK phòng chống RTIs/STIs hoặc các vấn đề liên quan đến SKSS ở đối tượng VTN. Để xác định các nghiên cứu liên quan, các thuật ngữ tìm kiếm được sử dụng bao gồm “chi phí - hiệu quả”, “đánh giá kinh tế y tế”, “vị thành niên”, “can thiệp giáo dục sức khỏe sinh sản”, “phòng chống nhiễm khuẩn đường sinh sản”, “phòng chống nhiễm khuẩn lây truyền qua đường tình dục”, “cost - effectiveness”, “economic evaluation”, “adolescent”, “reproductive health education interventions”, “reproductive tract infections prevention”, “sexually transmitted infections prevention”, “QALY”.

+ *Kết quả*: Tổng cộng có 120 nghiên cứu được tìm thấy ban đầu. Sau đó, 100 nghiên cứu bị loại ở vòng đầu khi sàng lọc theo tiêu đề và tóm tắt của các nghiên cứu. 96 nghiên cứu tiếp tục bị loại sau vòng 2 khi kiểm tra toàn văn nghiên cứu. Còn lại 4 nghiên cứu [37], [38], [50], [99] được xem xét kỹ về

địa điểm thực hiện nghiên cứu, loại can thiệp được sử dụng, vấn đề sức khỏe của can thiệp và cách quy đổi số QALY tiết kiệm được từ tác động của can thiệp. Trong 4 nghiên cứu được xem xét ở vòng cuối, nghiên cứu của Nguyễn Quỳnh Anh [37] và nghiên cứu của Cooper [50] là phù hợp nhất để tham khảo. Trong nghiên cứu của Nguyễn Quỳnh Anh, tác giả báo cáo can thiệp giáo dục SKSS cho VTN giúp tiết kiệm 11,83 QALY. Nghiên cứu của Cooper và cộng sự cho biết can thiệp có hiệu quả đối với thay đổi hành vi phòng chống STIs của VTN ước tính sẽ ngăn chặn được 2 trường hợp nhiễm STIs và tiết kiệm được 0,19 đến 0,35 QALY [50]. Như vậy, qua tham khảo các nghiên cứu, số QALY tiết kiệm quy đổi có 3 mức thấp, trung bình và cao tương ứng là 0,19; 0,35 và 11,83.

- Các chỉ số đánh giá chi phí - hiệu quả can thiệp được thể hiện trong Bảng 2.10.

Bảng 2.10. Các chỉ số đánh giá chi phí - hiệu quả can thiệp

TT	Tên chỉ số	Định nghĩa	Cách tính
1	Tỷ số chi phí hiệu quả trung bình để tăng thêm 1% VTN có kiến thức đạt ở nhóm can thiệp (ACER_K).	Chi phí để tăng thêm 1% VTN có kiến thức đạt của nhóm can thiệp	$\frac{C_{CT}}{\Delta K_{CT}}$
2	Tỷ số chi phí hiệu quả trung bình để tăng thêm 1% VTN có thái độ đạt ở nhóm can thiệp (ACER_A).	Chi phí để tăng thêm 1% VTN có thái độ đạt của nhóm can thiệp	$\frac{C_{CT}}{\Delta A_{CT}}$
3	Tỷ số chi phí hiệu quả trung bình để tăng thêm 1% VTN có thực hành đạt ở nhóm can thiệp (ACER_P).	Chi phí để tăng thêm 1% VTN có thực hành đạt của nhóm can thiệp	$\frac{C_{CT}}{\Delta P_{CT}}$

4	Tỷ số chi phí hiệu quả tăng thêm để thay đổi kiến thức của nhóm can thiệp và nhóm chứng (ICER_K)	Chi phí để tăng thêm 1% VTN có kiến thức đạt của nhóm can thiệp so với nhóm chứng	$\frac{ C_{CT} - C_C }{ \Delta K_{CT} - \Delta K_C }$
5	Tỷ số chi phí hiệu quả tăng thêm để thay đổi thái độ của nhóm can thiệp và nhóm chứng (ICER_A)	Chi phí để tăng thêm 1% VTN có thái độ đạt của nhóm can thiệp so với nhóm chứng	$\frac{ C_{CT} - C_C }{ \Delta A_{CT} - \Delta A_C }$
6	Tỷ số chi phí hiệu quả tăng thêm để thay đổi thực hành của nhóm can thiệp và nhóm chứng (ICER_P)	Chi phí để tăng thêm 1% VTN có thực hành đạt của nhóm can thiệp so với nhóm chứng	$\frac{ C_{CT} - C_C }{ \Delta P_{CT} - \Delta P_C }$
7	Tỷ số chi phí hiệu quả tăng thêm thấp nhất với đơn vị hiệu quả quy ra QALY (ICER_{Q1})	Chi phí thấp nhất để tăng thêm một năm sống hoàn toàn khỏe mạnh theo phương pháp can thiệp đã được áp dụng	$\frac{ C_{CT} - C_C }{\Delta Q_1}$
8	Tỷ số chi phí hiệu quả tăng thêm trung bình với đơn vị hiệu quả quy ra QALY (ICER_{Q2})	Chi phí trung bình để tăng thêm một năm sống hoàn toàn khỏe mạnh theo phương pháp can thiệp đã được áp dụng	$\frac{ C_{CT} - C_C }{\Delta Q_2}$
9	Tỷ số chi phí hiệu quả tăng thêm cao nhất với đơn vị hiệu quả quy ra QALY (ICER_{Q3})	Chi phí cao nhất để tăng thêm một năm sống hoàn toàn khỏe mạnh theo phương pháp can thiệp đã được áp dụng	$\frac{ C_{CT} - C_C }{\Delta Q_3}$

Ghi chú: C_{CT} , C_C - Tổng chi phí can thiệp, tổng chi phí nhóm chứng; ΔK_{CT} , ΔA_{CT} , ΔP_{CT} - Hiệu số tỷ lệ kiến thức, thái độ, thực hành đạt trước và sau can thiệp ở nhóm can thiệp; ΔK_C , ΔA_C , ΔP_C - Hiệu số tỷ lệ kiến thức, thái độ, thực hành đạt trước và sau can thiệp ở nhóm chứng; ΔQ_1 , ΔQ_2 , ΔQ_3 - Số QALY tiết kiệm được cao nhất, trung bình và thấp nhất.

Đánh giá mức độ chi phí - hiệu quả của can thiệp dựa trên chuẩn chi phí - hiệu quả (Cost effectiveness thresholds) được đề xuất bởi Ủy ban Kinh tế vĩ mô và Y tế của WHO [114]:

- ICER < GDP bình quân đầu người/năm: Rất có chi phí - hiệu quả.
- ICER = 1- 3 lần GDP bình quân đầu người/năm: Có chi phí - hiệu quả.
- ICER > 3 lần GDP bình quân đầu người/năm: Không có chi phí - hiệu quả

2.3. Đạo đức trong nghiên cứu

Nghiên cứu được tiến hành sau khi đã được các cấp chính quyền địa phương thông qua. ĐTNC được quyền chấp nhận tham gia nghiên cứu hoặc không sau khi biết rõ thông tin về nghiên cứu. Ngoài ra, thông tin về đặc điểm nhân khẩu học và câu trả lời trong phiếu điều tra của ĐTNC được giữ bí mật. Đề tài luận án đã được Hội đồng đánh giá đạo đức trong nghiên cứu y - sinh học của Viện Sốt rét - Ký sinh trùng - Côn trùng Trung ương thông qua.

CHƯƠNG 3

KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Kiến thức, thái độ, thực hành phòng chống nhiễm khuẩn đường sinh sản của vị thành niên và một số yếu tố liên quan

3.1.1. Đặc điểm chung của mẫu nghiên cứu

Bảng 3.1. Phân bố đối tượng nghiên cứu theo giới tính, cấp học, khối lớp và học lực

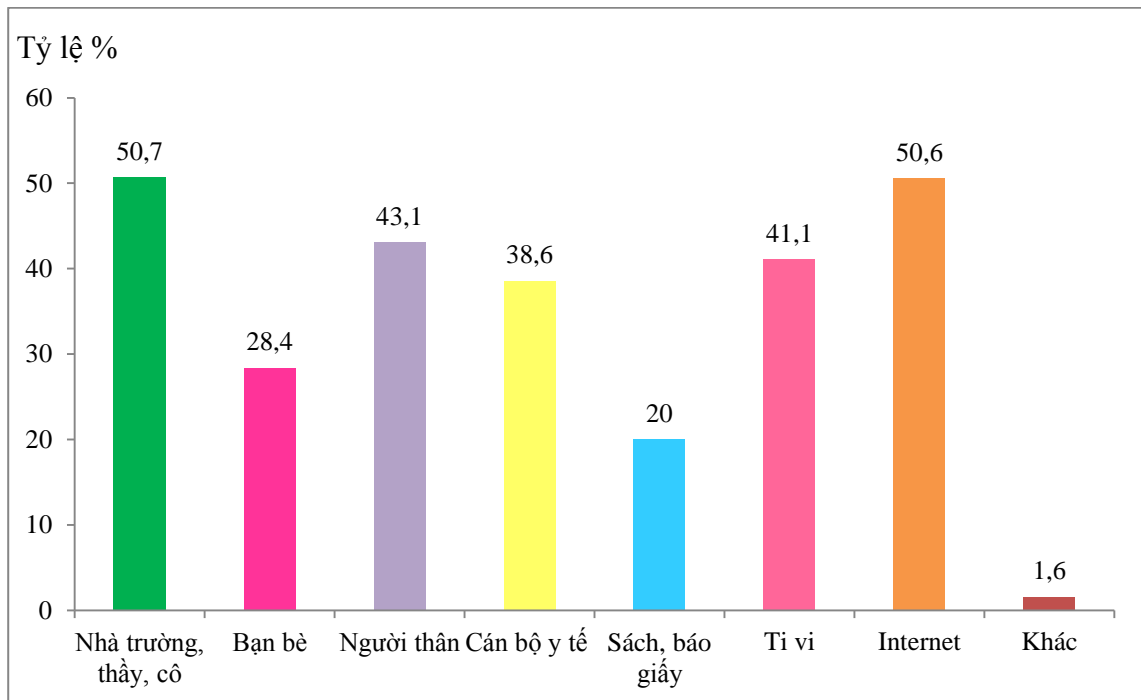
Đặc điểm	Tần số	Tỷ lệ %	
Giới tính	Nam	749	40,3
	Nữ	1110	59,7
	Tổng	1859	100
Cấp học	THCS	743	39,9
	THPT	1116	60,1
	Tổng	1859	100
Khối lớp	Lớp 8	370	19,9
	Lớp 9	373	20,1
	Lớp 10	380	20,4
	Lớp 11	368	19,8
	Lớp 12	368	19,8
	Tổng	1859	100
Học lực	Yếu, kém	33	1,8
	Trung bình	452	24,3
	Khá	961	51,7
	Giỏi, xuất sắc	413	22,2
	Tổng	1859	100

Bảng 3.1 cho thấy tỷ lệ học sinh nam và học sinh nữ của mẫu nghiên cứu lần lượt là 40,3% và 59,7%. Tỷ lệ học sinh THCS và học sinh THPT lần lượt là 39,9% và 60,1%. Tỷ lệ học sinh khối 8, khối 9, khối 10, khối 11 và khối 12 tương ứng là 19,9%; 20,1%; 20,4%; 19,8% và 19,8%. Tỷ lệ học sinh xếp loại học lực yếu, kém; trung bình; khá; giỏi, xuất sắc lần lượt là 1,8%; 24,3%; 51,7% và 22,2%.

Bảng 3.2. Phân bố đối tượng nghiên cứu theo một số đặc điểm hộ gia đình

	Đặc điểm	Tần số	Tỷ lệ %
Tổng số người trong gia đình	≥ 6 người	151	8,1
	5 người	632	34,0
	4 người	976	52,5
	≤ 3 người	100	5,4
	Tổng	1859	100
Điều kiện kinh tế	Nghèo	158	8,5
	Không nghèo	1701	91,5
	Tổng	1859	100
Quan tâm của cha mẹ, người thân	Không quan tâm	120	6,4
	Ít quan tâm	131	7,0
	Quan tâm vừa	661	35,6
	Rất quan tâm	947	51,0
	Tổng	1859	100

Bảng 3.2 cho thấy tỷ lệ học sinh thuộc nhóm tổng số người sống trong gia đình ≥ 6 người; 5 người; 4 người và ≤ 3 người của mẫu nghiên cứu lần lượt là 8,1%; 34%; 52,5% và 5,4%. Tỷ lệ học sinh thuộc nhóm hộ nghèo và không thuộc nhóm hộ nghèo tương ứng là 8,5% và 91,5%. Tỷ lệ học sinh không được cha mẹ, người thân quan tâm; ít quan tâm; quan tâm vừa và rất quan tâm lần lượt là 6,4%; 7%; 35,6% và 51%.

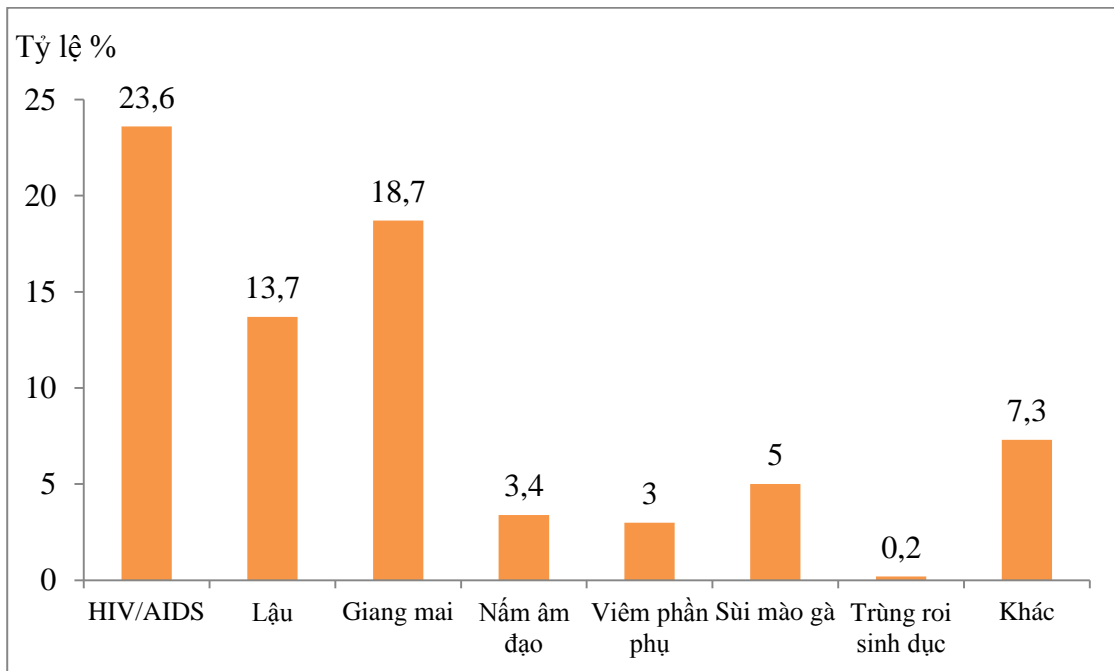


Hình 3.1. Tỷ lệ tiếp cận các nguồn thông tin liên quan đến sức khỏe sinh sản của vị thành niên

Hình 3.1 cho thấy tỷ lệ VTN tiếp cận thông tin liên quan đến SKSS từ nhà trường, thầy, cô giáo; internet; người thân trong gia đình của mẫu nghiên cứu lần lượt là 50,7%; 50,6% và 43,1%. Tỷ lệ VTN tiếp cận từ các nguồn khác thấp hơn bao gồm ti vi (41,1%); cán bộ y tế (38,6%); bạn bè (28,4%); sách, báo, giấy (20%) và nguồn khác (1,6%).

3.1.2. Kiến thức phòng chống nhiễm khuẩn đường sinh sản của vị thành niên và một số yếu tố liên quan

❖ Vị thành niên nêu được tên các bệnh nhiễm khuẩn đường sinh sản



Hình 3.2. Tỷ lệ vị thành niên nêu được tên các bệnh nhiễm khuẩn đường sinh sản

Hình 3.2 cho thấy 23,6% VTN nêu được tên bệnh HIV; 18,7% nêu được tên bệnh giang mai và 13,7% nêu được tên bệnh lậu. Tỷ lệ VTN biết đến các bệnh khác thấp hơn, ví dụ như sùi mào gà (5%), nấm âm đạo (3,4%), viêm phần phụ (3%), viêm cổ tử cung (0,9%), trùng roi sinh dục (0,2%), các bệnh khác (7,3%). Có 59,9% VTN không nêu được bất kỳ tên bệnh RTIs nào.

Bảng 3.3. Kiến thức về triệu chứng, hành vi nguy cơ và hậu quả nhiễm khuẩn đường sinh sản của vị thành niên

TT	Kiến thức	Tần số	Tỷ lệ %
1	Triệu chứng RTIs của nữ		
	Biết ít nhất 1 triệu chứng	242	21,8
	Không biết triệu chứng nào	868	78,2
	Tổng	1110	100
2	Triệu chứng RTIs của nam		
	Biết ít nhất 1 triệu chứng	75	10
	Không biết triệu chứng nào	674	90
	Tổng	749	100

3	Hành vi nguy cơ của RTIs	Biết ít nhất 1 hành vi nguy cơ	476	25,6
		Không biết hành vi nào	1383	74,4
		Tổng	1859	100
4	Hậu quả của RTIs	Biết ít nhất 1 hậu quả	892	48
		Không biết hậu quả nào	967	52
		Tổng	1859	100

❖ *Vị thành niên nêu được các triệu chứng nhiễm khuẩn đường sinh sản*

Đối với triệu chứng RTIs của nữ, 18,8% nữ VTN nêu được triệu chứng ngứa BPSD và 7,3% nêu được triệu chứng ra nhiều khí hư. Tỷ lệ nữ VTN biết đến các triệu chứng khác thấp hơn, ví dụ như đau bụng dưới (1,7%), có vết loét vùng âm hộ (0,9%) và đau khi QHTD (0,5%). Có 78,2% nữ VTN không nêu được bất kỳ triệu chứng nào của RTIs (Bảng 3.3).

Đối với triệu chứng RTIs của nam, 4,3% nam VTN nêu được triệu chứng ra mủ/dịch nhầy ở dương vật và 4,5% nêu được triệu chứng sưng, đau BPSD. Tỷ lệ nam VTN biết đến các triệu chứng khác thấp hơn, ví dụ như có vết loét, vết trợt ở BPSD (3,5%); đái buốt, đái rắt, đái khó (2,5%) và hạch bẹn sưng to (0,1%). Có 90% nam VTN không nêu được bất kỳ triệu chứng nào của RTIs (Bảng 3.3).

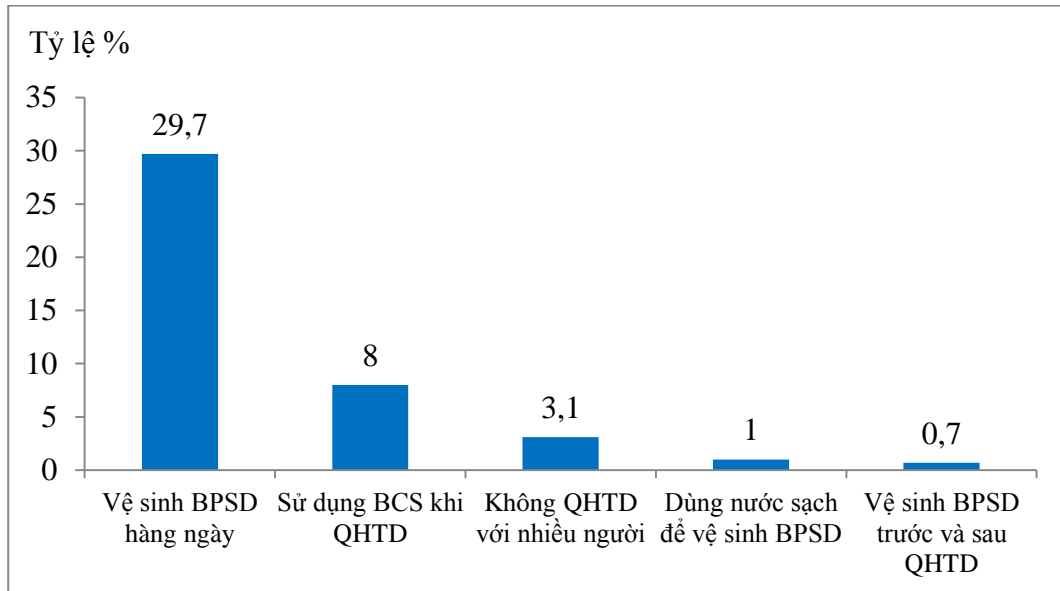
❖ *Vị thành niên nêu được các hành vi nguy cơ của nhiễm khuẩn đường sinh sản*

Có 23,2% VTN nêu được hành vi không vệ sinh sinh dục hàng ngày và 5,9% nêu được hành vi không sử dụng BCS khi QHTD. Tỷ lệ VTN nêu được các triệu chứng khác thấp hơn, ví dụ như có nhiều bạn tình (3,3%), không sử dụng nước sạch khi vệ sinh sinh dục (2,9%) và không vệ sinh sinh dục trước hoặc sau khi QHTD (0,5%). Có 74,4% VTN không nêu được bất kỳ hành vi nguy cơ nào của RTIs (Bảng 3.3).

❖ *Vị thành niên nêu được các hậu quả nhiễm khuẩn đường sinh sản*

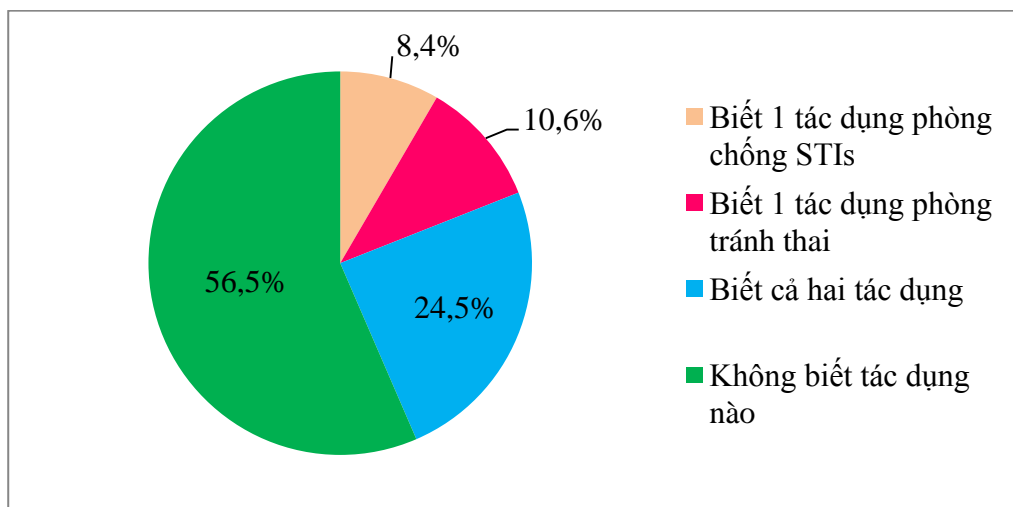
Có 46,8% VTN nêu được hậu quả vô sinh; 3,5% nêu được hậu quả tử vong; 1,4% nêu được hậu quả ung thư và 0,6% nêu được hậu quả sảy thai, đẻ non. Có 52% VTN không nêu được bất kỳ hậu quả nào của RTIs (Bảng 3.3).

❖ *Vị thành niên nêu được các biện pháp phòng chống nhiễm khuẩn đường sinh sản*



Hình 3.3. Tỷ lệ vị thành niên nêu được các biện pháp phòng chống nhiễm khuẩn đường sinh sản

Hình 3.3 cho thấy 29,7% VTN nêu được biện pháp vệ sinh sinh dục hàng ngày và 8% nêu được biện pháp dùng BCS khi QHTD. Tỷ lệ VTN nêu được các biện pháp khác thấp hơn, ví dụ như không QHTD với nhiều người (3,1%), dùng nước sạch để vệ sinh sinh dục (1%), vệ sinh sinh dục trước hoặc sau khi QHTD (0,7%). 65,6% VTN không nêu được bất kỳ biện pháp phòng chống RTIs nào.



Hình 3.4. Tỷ lệ vị thành niên nêu được các tác dụng của bao cao su

Hình 3.4 cho thấy 8,4% VTN chỉ nêu được tác dụng phòng tránh STIs của BCS; 10,6% chỉ nêu được tác dụng phòng tránh thai và 24,5% nêu được cả 2 tác dụng. Có 56,5% VTN không biết bất kỳ tác dụng nào của BCS.

❖ *Điểm kiến thức và đánh giá kiến thức phòng chống nhiễm khuẩn đường sinh sản của vị thành niên*

Giá trị trung bình điểm kiến thức là 4,9 (KTC 95%: 4,7 – 5,1). Giá trị trung vị và độ lệch chuẩn điểm kiến thức lần lượt là 4 và 4,2.

Bảng 3.4. Tỷ lệ vị thành niên đạt số điểm kiến thức theo một số đặc điểm cá nhân

	Đặc điểm	Tần số	Tỷ lệ %	p của χ^2 test
Giới tính	Nam	27	3,6	< 0,05
	Nữ	56	5,0	
Cấp học	THCS	23	3,1	< 0,05
	THPT	60	5,4	
Học lực	Yếu, trung bình	15	3,1	< 0,05
	Khá	47	4,9	
	Giỏi, xuất sắc	21	5,1	
Tổng số người trong gia đình	≥ 6 người	5	3,3	> 0,05
	5 người	28	4,4	
	4 người	38	3,9	
	≤ 3 người	12	12,0	
Điều kiện kinh tế	Nghèo	7	4,4	> 0,05
	Không nghèo	76	4,5	
Quan tâm của cha mẹ, người thân	Không quan tâm	4	3,3	> 0,05
	Ít quan tâm	6	4,6	
	Quan tâm vừa	9	1,4	
	Rất quan tâm	64	6,7	
Chung		83	4,5	-

Bảng 3.4 cho thấy tỷ lệ VTN đạt điểm kiến thức ($\geq 50\%$ số điểm) là 4,5% (KTC 95%: 3,5 - 5,4). Tỷ lệ kiến thức đạt ở nam VTN và nữ VTN tương ứng là 3,6% và 5%, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê (p của χ^2 test $< 0,05$).

Tỷ lệ kiến thức đạt của học sinh THCS và THPT tương ứng là 3,1% và 5,4%, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê (p của χ^2 test $< 0,05$) (Bảng 3.4).

Tỷ lệ kiến thức đạt của học sinh xếp loại học lực yếu, trung bình; khá; giỏi, xuất sắc tương ứng là 3,1%; 4,9% và 5,1%. Có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê tỷ lệ này giữa các nhóm học lực (p của χ^2 test $< 0,05$) (Bảng 3.4).

Tỷ lệ kiến thức đạt của các nhóm học sinh có tổng số người sống trong gia đình ≥ 6 người; 5 người; 4 người; ≤ 3 người lần lượt là 3,3%; 4,4%; 3,9% và 12%. Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê tỷ lệ này giữa các nhóm tổng số người sống trong gia đình (p của χ^2 test $> 0,05$) (Bảng 3.4).

Tỷ lệ kiến thức đạt của học sinh thuộc nhóm hộ nghèo và không thuộc nhóm hộ nghèo tương ứng là 4,4% và 4,5%, sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê (p của χ^2 test $> 0,05$) (Bảng 3.4).

Tỷ lệ kiến thức đạt của nhóm không được cha mẹ, người thân quan tâm; ít được quan tâm; quan tâm vừa và rất quan tâm lần lượt là 3,3%; 4,6%; 1,4% và 6,7%. Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê tỷ lệ này giữa các nhóm mức độ quan tâm của cha mẹ, người thân (p của χ^2 test $> 0,05$) (Bảng 3.4).

❖ *Các yếu tố liên quan đến kiến thức phòng chống nhiễm khuẩn đường sinh sản của vị thành niên*

Bảng 3.5. Kết quả phân tích đơn biến và đa biến mối liên quan giữa kiến thức phòng chống nhiễm khuẩn đường sinh sản của vị thành niên và một số yếu tố liên quan

TT	Đặc điểm		Đơn biến		Đa biến*	
			OR thô	KTC 95%	OR hiệu chỉnh	KTC 95%
1	Giới tính	Nam	1,0	.	1,0	.
		Nữ	1,4	1,2 - 2,3	1,3	0,7 - 1,8
2	Cấp học	THCS	1,0	.	1,0	.
		THPT	1,78	1,2 - 2,9	1,75	1,2 - 2,7
3	Học lực	Yếu, trung bình	1	.	1,0	.
		Khá	1,4	0,7 - 2,6	1,55	1,1 - 2,9
		Giỏi, xuất sắc	2,3	1,2 - 4,4	2,2	1,2 - 4,2
4	Tổng số người sống trong gia đình	≥ 6 người	1	.	1,0	.
		5 người	1,4	0,5 - 2,1	1,3	0,4 - 1,9
		4 người	1,2	0,2 - 1,7	1,2	0,2 - 1,8
		≤ 3 người	3,8	0,7 - 5,2	3,8	0,7 - 5,3
5	Điều kiện kinh tế	Nghèo	1	.	1,0	.
		Không nghèo	1,01	0,35 - 1,75	0,9	0,4 - 1,5
6	Quan tâm của cha mẹ, người thân	Không quan tâm	1	.	1,0	.
		Ít quan tâm	1,4	0,9 - 2,3	1,3	0,9 - 2,2
		Quan tâm vừa	0,4	0,3 - 1,2	0,5	0,4 - 1,2
		Rất quan tâm	2,1	1,5 - 3,5	2,2	1,6 - 3,6

*Ghi chú: Phân tích đa biến dựa trên mô hình hồi quy logistic.

Kết quả phân tích đơn biến trong Bảng 3.5 cho thấy kiến thức phòng chống RTIs của VTN liên quan có ý nghĩa thống kê với 4 yếu tố bao gồm giới tính; cấp học; học lực và quan tâm của cha mẹ, người thân.

Khả năng học sinh nữ có kiến thức phòng chống RTIs tốt cao gấp 1,4 lần so với học sinh nam (OR = 1,4; KTC 95% = 1,2 - 2,3). Khả năng học sinh THPT có kiến thức phòng chống RTIs tốt cao gấp 1,78 lần so với học sinh THCS (OR = 1,78; KTC 95%: 1,2 - 2,9). Khả năng học sinh giỏi, xuất sắc có kiến thức phòng chống RTIs tốt cao gấp 2,3 lần so với học sinh trung bình (OR = 2,3; KTC 95%: 1,2 - 4,4). Khả năng học sinh được cha mẹ, người thân rất quan tâm có kiến thức phòng chống RTIs tốt cao gấp 2,1 lần so với học sinh không được quan tâm (OR = 2,1; KTC 95%: 1,5 - 3,5) (Bảng 3.5).

Kết quả phân tích đa biến trong Bảng 3.5 cho thấy, sau khi không chế các biến số khác trong mô hình, kiến thức phòng chống RTIs của VTN liên quan có ý nghĩa thống kê với 3 yếu tố bao gồm cấp học; học lực và quan tâm của cha mẹ, người thân.

Khả năng học sinh THPT có kiến thức phòng chống RTIs tốt cao gấp 1,75 lần so với học sinh THCS (OR = 1,75; KTC 95%: 1,2 - 2,7). Khả năng học sinh khá có kiến thức phòng chống RTIs tốt cao gấp 1,55 lần so với học sinh yếu, trung bình (OR = 1,55; KTC 95%: 1,1 - 2,9). Khả năng học sinh giỏi, xuất sắc có kiến thức phòng chống RTIs tốt cao gấp 2,2 lần so với học sinh yếu, trung bình (OR = 2,2; KTC 95%: 1,2 - 4,2). Khả năng học sinh được cha mẹ, người thân rất quan tâm có kiến thức phòng chống RTIs tốt cao gấp 2,2 lần so với học sinh không được quan tâm (OR = 2,2; KTC 95%: 1,6 - 3,6) (Bảng 3.5).

Mối liên quan giữa kiến thức phòng chống RTIs của VTN với điều kiện kinh tế gia đình, tổng số người sống trong gia đình là không có ý nghĩa thống kê (Bảng 3.5).

3.1.3. Thái độ phòng chống nhiễm khuẩn đường sinh sản của vị thành niên và một số yếu tố liên quan

❖ *Thái độ phòng chống nhiễm khuẩn đường sinh sản của vị thành niên*

Bảng 3.6. Thái độ phòng chống nhiễm khuẩn đường sinh sản của vị thành niên.

TT	Thái độ	Tần số	Tỷ lệ %	
1	Cần thiết phòng chống RTIs	Có	1818	97,8
		Không	41	2,2
		Tổng	1859	100
2	Nguy hiểm của RTIs	Có	1783	95,9
		Không	76	4,1
		Tổng	1859	100
3	Khả năng mắc RTIs ở tuổi VTN	Có	1483	79,8
		Không	376	20,2
		Tổng	1859	100
4	Cảm giác xấu hổ	Ngại, xấu hổ	1089	58,6
		Bình thường	770	41,4
		Tổng	1859	100

Bảng trên cho thấy có 97,8% VTN cho rằng phòng chống RTIs là việc cần thiết; 95,9% cho rằng RTIs là những bệnh nguy hiểm, ảnh hưởng nhiều đến cuộc sống của người mắc. 79,8% VTN cho rằng lứa tuổi VTN có khả năng mắc RTIs và 41,4% VTN không cảm thấy ngại, xấu hổ nếu bản thân bị mắc RTIs hoặc trao đổi, nói chuyện với người khác về RTIs (Bảng 3.6).

❖ *Điểm thái độ và đánh giá thái độ phòng chống nhiễm khuẩn đường sinh sản của vị thành niên*

Giá trị trung bình điểm thái độ là 2,8 (KTC 95%: 2,77 - 2,83). Giá trị trung vị và độ lệch chuẩn điểm thái độ lần lượt là 3 và 0,6.

Bảng 3.7. Tỷ lệ vị thành niên đạt số điểm thái độ theo một số đặc điểm cá nhân

Đặc điểm		Tần số	Tỷ lệ %	p của χ^2 test
Giới tính	Nam	637	85,0	< 0,05
	Nữ	984	88,6	
Cấp học	THCS	624	84,0	< 0,05
	THPT	997	89,3	
Học lực	Yếu, kém	28	84,8	> 0,05
	Trung bình	389	86,1	
	Khá	830	86,4	
	Giỏi, xuất sắc	374	90,5	
Tổng số người trong gia đình	≥ 6 người	127	84,1	> 0,05
	5 người	544	86,1	
	4 người	862	88,3	
	≤ 3 người	88	88,0	
Điều kiện kinh tế	Nghèo	131	83,0	> 0,05
	Không nghèo	1488	87,5	
Quan tâm của cha mẹ, người thân	Không quan tâm	88	73,3	> 0,05
	Ít quan tâm	111	84,7	
	Quan tâm vừa	580	87,7	
	Rất quan tâm	842	88,9	
Chung		1621	87,2	-

Bảng 3.7 cho thấy tỷ lệ VTN đạt điểm thái độ ($\geq 50\%$ số điểm) là 87,2% (KTC 95%: 85,7 - 88,7). Tỷ lệ thái độ đạt ở nam VTN và nữ VTN tương ứng là 85% và 88,6%, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê (p của χ^2 test < 0,05).

Tỷ lệ thái độ đạt của học sinh THCS và THPT tương ứng là 84% và 89,3%, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê (p của χ^2 test < 0,05) (Bảng 3.7).

Tỷ lệ thái độ đạt của học sinh xếp loại học lực yếu, kém; trung bình; khá; giỏi, xuất sắc tương ứng là 84,8%; 86,1%; 86,4% và 90,5%. Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê tỷ lệ này giữa các nhóm học lực (p của χ^2 test > 0,05) (Bảng 3.7).

Tỷ lệ thái độ đạt của các nhóm học sinh có tổng số người sống trong gia đình ≥ 6 người; 5 người; 4 người; ≤ 3 người lần lượt là 84,1%; 86,1%; 88,3% và 88%. Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê tỷ lệ này giữa các nhóm tổng số người trong gia đình (p của χ^2 test > 0,05) (Bảng 3.7).

Tỷ lệ thái độ đạt của học sinh thuộc nhóm hộ nghèo và không thuộc nhóm hộ nghèo tương ứng là 83% và 87,5%, sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê (p của χ^2 test > 0,05) (Bảng 3.7).

Tỷ lệ thái độ đạt của nhóm không được cha mẹ, người thân quan tâm; ít được quan tâm; quan tâm vừa và rất quan tâm lần lượt là 73,3%; 84,7%; 87,7% và 88,9%. Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê tỷ lệ này giữa các nhóm mức độ quan tâm của cha mẹ, người thân (p của χ^2 test > 0,05) (Bảng 3.7).

❖ *Các yếu tố liên quan đến thái độ phòng chống nhiễm khuẩn đường sinh sản của vị thành niên*

Bảng 3.8. Kết quả phân tích đơn biến và đa biến mối liên quan giữa thái độ phòng chống nhiễm khuẩn đường sinh sản của vị thành niên và một số yếu tố liên quan

TT	Đặc điểm		Đơn biến		Đa biến*	
			OR thô	KTC 95%	OR hiệu chỉnh	KTC 95%
1	Giới tính	Nam	1,0	.	1,0	.
		Nữ	1,4	1,1 - 1,9	1,6	1,1 - 2,2
2	Cấp học	THCS	1,0	.	1,0	.
		THPT	1,6	1,25 - 2,1	1,5	1,2 - 1,9
3	Học lực	Yếu, kém	1	.	1,0	.
		Trung bình	1,1	0,4 - 4,1	1,1	0,3 - 4,1
		Khá	1,13	0,4 - 4,5	1,2	0,4 - 4,6
		Giỏi, xuất sắc	1,85	0,5 - 5,6	1,7	0,5 - 5,4

4	Tổng số người trong gia đình	≥ 6 người	1	.	1,0	.
		5 người	1,2	0,7 - 2,0	1,1	0,7 - 1,9
		4 người	1,43	0,8 - 2,3	1,3	0,7 - 2,1
		≤ 3 người	1,4	0,8 - 2,2	1,3	0,7 - 2,0
5	Điều kiện kinh tế	Nghèo	1	.	1,0	.
		Không nghèo	1,4	0,9 - 2,2	1,45	0,9 - 2,2
6	Quan tâm của cha mẹ, người thân	Không quan tâm	1	.	1,0	.
		Ít quan tâm	2,0	0,6 - 5,4	1,7	0,4 - 4,5
		Quan tâm vừa	2,6	1,1 - 7,0	2,1	0,7 - 6,4
		Rất quan tâm	2,9	1,2 - 7,6	2,2	0,9 - 6,7
7	Kiến thức RTIs	Không đạt	1	.	1,0	.
		Đạt	2,5	1,3 - 3,8	2,4	1,2 - 3,8

*Ghi chú: Phân tích đa biến dựa trên mô hình hồi quy logistic

Kết quả phân tích đơn biến trong Bảng 3.8 cho thấy thái độ phòng chống RTIs của VTN liên quan có ý nghĩa thống kê với 4 yếu tố bao gồm giới tính; cấp học; quan tâm của cha mẹ, người thân và kiến thức phòng chống RTIs.

Khả năng học sinh nữ có thái độ phòng chống RTIs tốt cao gấp 1,4 lần so với học sinh nam (OR = 1,4; KTC 95%: 1,1 - 1,9). Khả năng học sinh THPT có thái độ phòng chống RTIs tốt cao gấp 1,6 lần so với học sinh THCS (OR = 1,6; KTC 95%: 1,25 - 2,1). Khả năng học sinh được cha mẹ, người thân quan tâm vừa có thái độ phòng chống RTIs tốt cao gấp 2,6 lần so với học sinh không được quan tâm (OR = 2,6; KTC 95%: 1,1 - 7,0). Khả năng học sinh được cha mẹ, người thân rất quan tâm có thái độ phòng chống RTIs tốt cao gấp 2,9 lần so với học sinh không được quan tâm (OR = 2,9; KTC 95%: 1,2 - 7,6). Khả năng VTN có kiến thức phòng chống RTIs đạt có thái độ tốt cao gấp 2,5 lần so với học sinh có kiến thức không đạt (OR = 2,5; KTC 95%: 1,3 - 3,8) (Bảng 3.8).

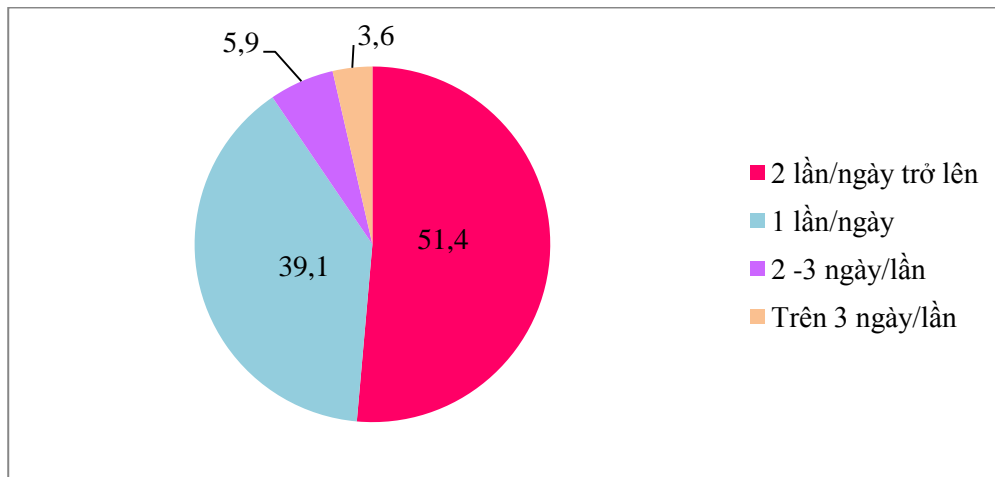
Kết quả phân tích đa biến trong Bảng 3.8 cho thấy, sau khi không chế các biến số khác trong mô hình, thái độ phòng chống RTIs của VTN liên quan

có ý nghĩa thống kê với 3 yếu tố bao gồm giới tính, cấp học và kiến thức phòng chống RTIs.

Khả năng học sinh nữ có thái độ phòng chống RTIs tốt cao gấp 1,6 lần so với học sinh nam (OR = 1,6; KTC 95%: 1,1 - 2,2). Khả năng học sinh THPT có thái độ phòng chống RTIs tốt cao gấp 1,5 lần so với học sinh THCS (OR = 1,5; KTC 95%: 1,2 - 1,9). Khả năng VTN có kiến thức phòng chống RTIs đạt có thái độ tốt cao gấp 2,4 lần so với học sinh có kiến thức không đạt (OR = 2,4; KTC 95%: 1,2 - 3,8) (Bảng 3.8).

Mối liên quan giữa thái độ phòng chống RTIs của VTN với học lực, tổng số người sống trong gia đình và điều kiện kinh tế gia đình là không có ý nghĩa thống kê (Bảng 3.8).

3.1.4. Thực hành phòng chống nhiễm khuẩn đường sinh sản của vị thành niên và một số yếu tố liên quan



Hình 3.5. Thực hành vệ sinh sinh dục hàng ngày của vị thành niên

Hình 3.5 cho thấy 51,4% VTN thực hành vệ sinh sinh dục 2 lần/ngày trở lên; 39,1% vệ sinh 1 lần/ngày; 5,9% vệ sinh 2 - 3 ngày 1 lần; 3,6% trên 3 ngày vệ sinh 1 lần.

Bảng 3.9. Thực hành vệ sinh sinh dục và xử lý khi thấy triệu chứng nhiễm khuẩn đường sinh sản của vị thành niên.

TT	Thực hành	Tần số	Tỷ lệ %	
1	Lau khô BPSD	Thường xuyên	362	19,5
		Thỉnh thoảng	1309	70,4
		Không bao giờ	188	10,1
		Tổng	1859	100
2	Thay đồ lót hàng ngày	Có	389	20,9
		Không	1470	79,1
		Tổng	1859	100
3	Nắng chiếu ở nơi phơi đồ lót	Có nắng chiếu toàn bộ	1301	70
		Có nắng chiếu một phần	340	18,3
		Nắng chiếu ít	165	8,9
		Không có nắng chiếu	53	2,8
		Tổng	1859	100
4	Vệ sinh sinh dục trong thời kỳ kinh nguyệt	1-2 lần/ngày	370	19,9
		3-4 lần/ngày	1158	62,3
		> 4 lần/ngày	331	17,8
		Tổng	1859	100
5	Xử lý khi thấy triệu chứng RTIs (Câu hỏi nhiều lựa chọn)	Đi khám tại các cơ sở y tế	47	51,1
		Nói với cha, mẹ, người lớn	52	56,5
		Nói với bạn bè, người yêu	11	11,9
		Mua thuốc tự chữa	10	10,9
		Không làm gì	25	27,2
		Tổng	92	-

Bảng trên cho thấy có 19,5% VTN thường xuyên lau khô BPSD sau khi vệ sinh; 70,4% thỉnh thoảng và 10,1% không bao giờ thực hiện hành vi này (Bảng 3.9).

Có 22,7% VTN chỉ vệ sinh sinh dục với nước thông thường và 26,8% sử dụng xà phòng để vệ sinh sinh dục. Trong số học sinh nữ, có 69,7% sử dụng dung dịch vệ sinh phụ nữ khi vệ sinh sinh dục. Ngoài ra, 0,6% VTN sử dụng các sản phẩm khác để vệ sinh sinh dục, ví dụ như sữa tắm, nước lá, nước muối.v.v... (Bảng 3.9).

Có 79,1% VTN không thay đồ lót đều đặn hàng ngày. 70% VTN thường xuyên phơi đồ lót ở nơi có nắng chiếu toàn bộ; 18,3% phơi ở nơi có nắng chiếu một phần; 8,9% phơi ở nơi nắng chiếu ít và 2,8% phơi ở nơi không có nắng chiếu (Bảng 3.9).

Có 62,3% học sinh nữ thay vật liệu thấm hút và vệ sinh sinh dục trong thời kỳ kinh nguyệt 3 - 4 lần/ngày; 19,9% thực hiện 1 - 2 lần/ngày; 17,8% thực hiện >4 lần/ngày. Có 18,9% học sinh nữ thực hiện hành vi thụt rửa âm đạo (Bảng 3.9).

Có 4,9% VTN cho biết đã từng có triệu chứng của RTIs. Trong đó, 56,5% VTN nói với cha mẹ, người lớn tuổi sau khi thấy các triệu chứng; 51,1% đi khám tại các cơ sở y tế; 11,9% nói với bạn bè, người yêu; 10,9% mua thuốc tự chữa và 27,2% không làm gì. Trong số VTN đi khám tại các cơ sở y tế, 36,7% đối tượng đi khám ngay lập tức sau khi thấy triệu chứng; 37,8% đi khám trong vòng vài ngày sau; 8,9% đi khám trong khoảng 1 tuần sau; 16,7% đi khám trong khoảng 2 tuần sau (Bảng 3.9).

❖ *Điểm thực hành và đánh giá thực hành phòng chống nhiễm khuẩn đường sinh sản của vị thành niên*

Giá trị trung bình điểm thực hành là 3,9 (KTC 95%: 3,8 - 3,95). Giá trị trung vị và độ lệch chuẩn điểm thực hành lần lượt là 4 và 1,1.

Bảng 3.10. Tỷ lệ vị thành niên đạt số điểm thực hành theo một số đặc điểm cá nhân

Đặc điểm		Tần số	Tỷ lệ %	p của χ^2 test
Giới tính	Nam	117	15,6	< 0,05
	Nữ	383	34,5	
Cấp học	THCS	143	19,2	< 0,05
	THPT	357	32,0	
Học lực	Yếu, kém	7	22,6	> 0,05
	Trung bình	113	25,1	
	Khá	271	28,2	
	Giỏi, xuất sắc	109	26,4	
Tổng số người trong gia đình	≥ 6 người	41	27,1	> 0,05
	5 người	180	28,5	
	4 người	252	25,8	
	≤ 3 người	27	27,0	
Điều kiện kinh tế	Nghèo	40	25,3	> 0,05
	Không nghèo	460	27,0	
Quan tâm của cha mẹ, người thân	Không quan tâm	25	20,8	> 0,05
	Ít quan tâm	29	22,1	
	Quan tâm vừa	173	26,2	
	Rất quan tâm	273	28,8	
Chung		500	26,9	-

Bảng 3.10 cho thấy tỷ lệ VTN đạt điểm thực hành ($\geq 50\%$ số điểm) là 26,9% (KTC 95%: 24,9 - 28,9). Tỷ lệ thực hành đạt ở nam VTN và nữ VTN tương ứng là 15,6% và 34,5%, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê (p của χ^2 test < 0,05).

Tỷ lệ thực hành đạt của học sinh THCS và THPT tương ứng là 19,2% và 32%, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê (p của χ^2 test < 0,05) (Bảng 3.10).

Tỷ lệ thực hành đạt của học sinh xếp loại học lực yếu, kém; trung bình; khá; giỏi, xuất sắc tương ứng là 22,6%; 25,1%; 28,2% và 26,4%. Không có sự

khác biệt có ý nghĩa thống kê tỷ lệ này giữa các nhóm học lực (p của χ^2 test $> 0,05$) (Bảng 3.10).

Tỷ lệ thực hành đạt của các nhóm học sinh có tổng số người sống trong gia đình ≥ 6 người; 5 người; 4 người; ≤ 3 người lần lượt là 27,1%; 28,5%; 25,8% và 27%. Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê tỷ lệ này giữa các nhóm tổng số người trong gia đình (p của χ^2 test $> 0,05$) (Bảng 3.10).

Tỷ lệ thực hành đạt của học sinh thuộc nhóm hộ nghèo và không thuộc nhóm hộ nghèo tương ứng là 25,3% và 27%, sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê (p của χ^2 test $> 0,05$) (Bảng 3.10).

Tỷ lệ thực hành đạt của nhóm không được cha mẹ, người thân quan tâm; ít được quan tâm; quan tâm vừa và rất quan tâm lần lượt là 20,8%; 22,1%; 26,2% và 28,8%. Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê tỷ lệ này giữa các nhóm mức độ quan tâm của cha mẹ, người thân (p của χ^2 test $> 0,05$) (Bảng 3.10).

❖ *Các yếu tố liên quan đến thực hành phòng chống nhiễm khuẩn đường sinh sản của vị thành niên*

Bảng 3.11. Kết quả phân tích đơn biến và đa biến mối liên quan giữa thực hành phòng chống nhiễm khuẩn đường sinh sản của vị thành niên và một số yếu tố liên quan

TT	Đặc điểm		Đơn biến		Đa biến	
			OR thô	KTC 95%	OR hiệu chỉnh	KTC 95%
1	Giới tính	Nam	1,0	.	1,0	.
		Nữ	2,8	2,2 - 3,6	3,3	2,4 - 4,0
2	Cấp học	THCS	1,0	.	1,0	.
		THPT	1,97	1,56 - 2,47	1,85	1,4 - 2,3
3	Học lực	Yếu, kém	1,0	.	1,0	.
		Trung bình	1,2	0,5 - 2,7	0,7	0,2 - 2,1
		Khá	1,4	0,6 - 3,2	0,8	0,3 - 2,4
		Giỏi, xuất sắc	1,3	0,5 - 3,0	0,7	0,2 - 2,3

4	Điều kiện kinh tế	Nghèo	1,0	.	1,0	.
		Không nghèo	1,1	0,6 - 1,3	0,85	0,5 - 1,3
5	Quan tâm của cha mẹ, người thân	Không quan tâm	1,0	.	1,0	.
		Ít quan tâm	1,1	0,6 - 1,5	1,1	0,75 - 1,4
		Quan tâm vừa	1,3	0,8 - 1,9	1,2	0,8 - 1,7
		Rất quan tâm	1,5	0,9 - 2,1	1,3	0,8 - 1,9
6	Tổng số người sống trong gia đình	≥ 6 người	1,0	.	1,0	.
		5 người	1,1	0,4 - 1,5	0,9	0,3 - 1,3
		4 người	0,9	0,6 - 1,3	1,1	0,7 - 1,4
		≤ 3 người	0,9	0,6 - 1,9	1,15	0,7 - 1,9
7	Kiến thức RTIs	Không đạt	1,0	.	1,0	.
		Đạt	2,6	1,7 - 4,2	2,8	1,8 - 4,5
8	Thái độ RTIs	Không đạt	1,0	.	1,0	.
		Đạt	1,65	1,2 - 2,2	1,7	1,3 - 2,3

*Ghi chú: Phân tích đa biến dựa trên mô hình hồi quy logistic

Kết quả phân tích đơn biến trong Bảng 3.11 cho thấy thực hành phòng chống RTIs của VTN liên quan có ý nghĩa thống kê với 4 yếu tố bao gồm giới tính, cấp học, kiến thức và thái độ phòng chống RTIs.

Khả năng học sinh nữ có thực hành phòng chống RTIs tốt cao gấp 2,8 lần so với học sinh nam (OR = 2,8; KTC 95%: 2,2 - 3,6). Khả năng học sinh THPT có thực hành phòng chống RTIs tốt cao gấp 1,97 lần so với học sinh THCS (OR = 1,97; KTC 95%: 1,56 - 2,47). Khả năng VTN có kiến thức phòng chống RTIs đạt có thực hành tốt cao gấp 2,6 lần so với học sinh có kiến thức không đạt (OR = 2,6; KTC 95%: 1,7 - 4,2). Khả năng VTN có thái độ phòng chống RTIs đạt có thực hành tốt cao gấp 1,65 lần so với học sinh có thái độ không đạt (OR = 1,65; KTC 95%: 1,2 - 2,2) (Bảng 3.11).

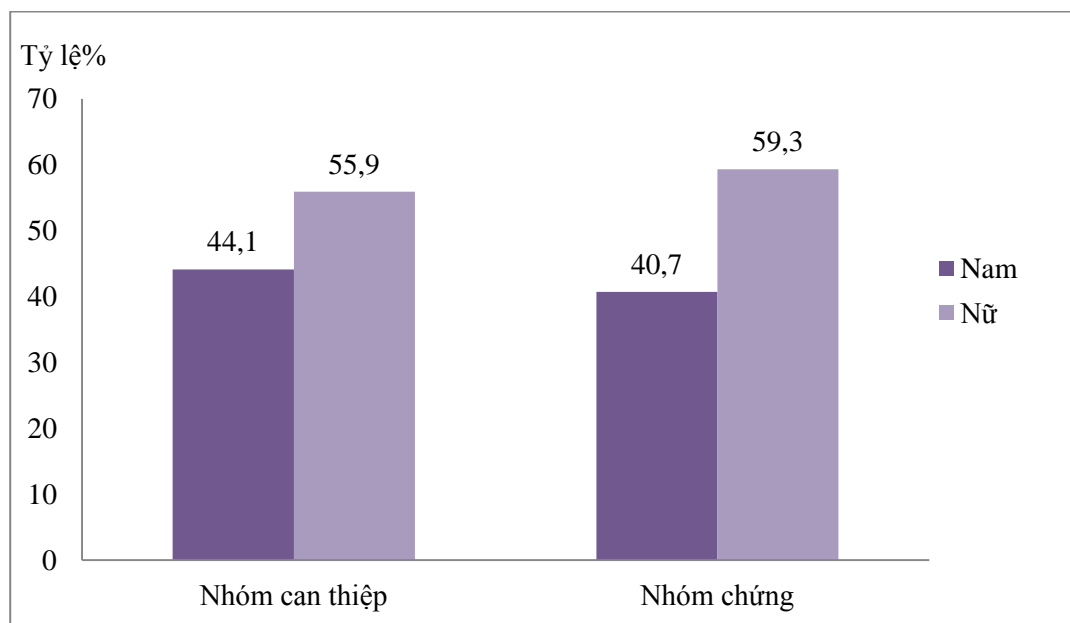
Kết quả phân tích đa biến trong Bảng 3.11 cho thấy, sau khi khống chế các biến số khác trong mô hình, thực hành phòng chống RTIs của VTN liên quan có ý nghĩa thống kê với 4 yếu tố bao gồm giới tính, cấp học, kiến thức và thái độ phòng chống RTIs.

Khả năng học sinh nữ có thực hành phòng chống RTIs tốt cao gấp 3,3 lần so với học sinh nam (OR = 3,3; KTC 95%: 2,4 - 4,0). Khả năng học sinh THPT có thực hành phòng chống RTIs tốt cao gấp 1,85 lần so với học sinh THCS (OR = 1,85; KTC 95%: 1,4 - 2,3). Khả năng VTN có kiến thức phòng chống RTIs đạt có thực hành tốt cao gấp 2,8 lần so với học sinh có kiến thức không đạt (OR = 2,8; KTC 95%: 1,8 - 4,5). Khả năng VTN có thái độ phòng chống RTIs đạt có thực hành tốt cao gấp 1,7 lần so với học sinh có thái độ không đạt (OR = 1,7; KTC 95%: 1,3 - 2,3) (Bảng 3.11).

Mối liên quan giữa thực hành phòng chống RTIs của VTN với học lực; tổng số người sống trong gia đình; điều kiện kinh tế gia đình và quan tâm của cha mẹ, người thân là không có ý nghĩa thống kê (Bảng 3.11).

3.2. Hiệu quả can thiệp cộng đồng có đối chứng

3.2.1. Đặc điểm đối tượng nghiên cứu của nhóm can thiệp và nhóm chứng



Hình 3.6. Phân bố vị thành niên ở nhóm can thiệp và nhóm chứng theo giới tính

Hình 3.6 cho thấy tỷ lệ học sinh nam ở nhóm can thiệp và nhóm chứng lần lượt là 44,1% và 40,7%. Tỷ lệ học sinh nữ ở nhóm can thiệp và nhóm chứng lần lượt là 55,9% và 59,3%. Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về tỷ lệ giới tính ở nhóm can thiệp và nhóm chứng (p của χ^2 test > 0,05).

Bảng 3.12. Phân bố vị thành niên ở nhóm can thiệp và nhóm chứng theo một số đặc điểm cá nhân và nguồn tiếp cận thông tin sức khỏe sinh sản

Đặc điểm		Nhóm can thiệp		Nhóm đối chứng		p của χ^2 test
		Tần số	Tỷ lệ %	Tần số	Tỷ lệ %	
Cấp học	THCS	378	40,3	365	39,6	> 0,05
	THPT	560	59,7	557	60,4	
	Tổng	938	100	922	100	
Khối lớp	Khối 8	194	20,7	206	22,3	> 0,05
	Khối 9	184	19,6	159	17,2	
	Khối 10	204	21,7	209	22,7	
	Khối 11	192	20,5	156	16,9	
	Khối 12	164	17,5	192	20,8	
	Tổng	938	100	922	100	
Học lực	Yếu/kém	17	1,8	16	1,7	> 0,05
	Trung bình	250	26,6	203	22,0	
	Khá	466	49,7	496	53,8	
	Giỏi, xuất sắc	205	21,9	207	22,5	
	Tổng	938	100	922	100	
Điều kiện kinh tế	Nghèo	85	9	75	8,1	> 0,05
	Không nghèo	853	91	847	91,9	
	Tổng	938	100	922	100	
Nguồn tiếp cận thông tin SKSS	Thầy, cô, nhà trường	565	60,2	528	57,3	> 0,05
	Bạn bè	256	27,3	277	30,0	
	Người thân	428	45,6	380	41,2	
	Cán bộ y tế	329	35,1	367	39,8	
	Sách, báo	232	24,7	261	28,3	
	Ti vi	371	39,5	378	40,9	
	Internet	545	58,1	556	60,3	
	Khác	19	2,0	16	1,7	
Tổng	938	100	922	100		

Bảng 3.12 cho thấy tỷ lệ học sinh THCS ở nhóm can thiệp và nhóm chứng lần lượt là 40,3% và 39,6%. Tỷ lệ học sinh THPT ở nhóm can thiệp và nhóm

chúng lần lượt là 59,7% và 60,4%. Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê tỷ lệ học sinh theo cấp học ở nhóm can thiệp và nhóm chứng (p của χ^2 test $> 0,05$).

Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê tỷ lệ học sinh theo khối lớp, học lực, điều kiện kinh tế gia đình ở nhóm can thiệp và nhóm chứng (p của χ^2 test $> 0,05$) (Bảng 3.12).

3.2.2. Kết quả phỏng vấn sâu đối tượng nghiên cứu

3.2.2.1. Kết quả phỏng vấn sâu Ban Giám hiệu và giáo viên

❖ *Các chương trình truyền thông - giáo dục sức khỏe phòng chống nhiễm khuẩn đường sinh sản cho vị thành niên tại trường học.*

Các chương trình TT-GDSK tập trung về phòng chống RTIs cho VTN chưa được thực hiện tại các trường học. Các trường học chưa chú trọng và quan tâm đến vấn đề TT - GDSK phòng chống RTIs cho VTN. Ở hầu hết các trường học được phỏng vấn, một số chương trình đã được thực hiện chủ yếu là các chương trình giáo dục giới tính trong đó bao gồm một số nội dung liên quan đến phòng chống RTIs. Tại hai trong sáu trường học được phỏng vấn, Ban Giám hiệu và giáo viên trả lời rằng nhà trường đã từng phối hợp với Trạm y tế xã tổ chức tuyên truyền kiến thức về SKSS và giáo dục giới tính cho học sinh. Trong đó, nội dung tuyên truyền có đề cập đến biện pháp phòng tránh các RTIs/STIs, cụ thể là vệ sinh sinh dục đúng cách và QHTD lành mạnh. Tuy nhiên, đối tượng được tuyên truyền chỉ bao gồm học sinh nữ và nội dung tuyên truyền chủ yếu đề cập đến biện pháp tránh thai và vấn đề kinh nguyệt.

Tại những trường học còn lại, các chương trình/hoạt động phòng chống RTIs chưa được thực hiện. Khi được hỏi về các chương trình/hoạt động phòng chống RTIs được thực hiện tại trường, Ban Giám hiệu và giáo viên tại các trường thường trả lời học sinh được cung cấp kiến thức về phòng chống RTIs/STIs trong chương trình môn Sinh học. Tuy nhiên, qua tìm hiểu sách giáo khoa môn Sinh học lớp 8 đến lớp 12,..., chúng tôi thấy rằng kiến thức phòng chống RTIs không được đề cập đến nhiều, nội dung SKSS được đề cập đến chủ yếu gồm kiến thức giải phẫu học BPSD, biện pháp tránh thai... Ban

Giám hiệu và giáo viên tại các trường học này cho rằng việc giảng dạy kiến thức SKSS trong chương trình môn Sinh học cho học sinh cũng là một chương trình/hoạt động TT-GDSK phòng chống RTIs mà trường đã thực hiện. Tuy nhiên, theo nhóm nghiên cứu, một chương trình/hoạt động TT-GDSK phòng chống RTIs cần cung cấp nhiều nội dung về phòng chống RTIs hơn.

❖ *Tham vấn triển khai can thiệp truyền thông - giáo dục sức khỏe phòng chống nhiễm khuẩn đường sinh sản cho vị thành niên tại trường học*

Các phương pháp TT-GDSK truyền thông như phát tờ rơi, treo áp phích, cán bộ y tế tuyên truyền là những phương pháp được gợi ý nhiều nhất. Một số ít ý kiến gợi ý các phương pháp TT-GDSK hiện đại như tuyên truyền phòng chống RTIs thông qua ứng dụng trên điện thoại thông minh; lập trang web cung cấp thông tin, trao đổi, giải đáp thắc mắc về phòng chống RTIs.

Ở hầu hết các trường học, phương pháp TT-GDSK trực tiếp là các phương pháp được nhắc đến nhiều nhất, bao gồm: Cán bộ y tế tuyên truyền trực tiếp tại lớp học hoặc sân trường, tổ chức cuộc thi tìm hiểu về phòng chống RTIs. Ngoài ra, treo áp phích tại lớp học và phát tờ rơi là phương pháp truyền thông gián tiếp thường được đề xuất.

Về phương pháp tổ chức cuộc thi, hầu như các ý kiến của các giáo viên cho rằng chỉ tổ chức một lần duy nhất. Các giáo viên cho rằng tập trung mọi nguồn lực tổ chức một lần thật hay, thật ấn tượng hơn là tổ chức nhiều lần dễ gây nhàm chán và không cần thiết. Đối với phương pháp treo áp phích, các giáo viên cho rằng nên treo bên trong lớp học, phía bên phải bảng treo tường, gần cửa lớp. Một số giáo viên cho ý kiến cần quản lý chặt chẽ và đảm bảo áp phích treo tại mỗi lớp được nguyên vẹn, có thể đánh vào thi đua nếu lớp nào làm rách, bong áp phích.

Ngoài ra, một số ý kiến của giáo viên rất có ý nghĩa và đáng lưu tâm. Ý kiến của một giáo viên trường THCS Nguyễn Úy về việc lựa chọn phương pháp TT-GDSK: *“Theo mình, các bạn nên thực hiện truyền thông trong các tiết sinh hoạt lớp và cán bộ y tế sẽ là người chủ trì buổi tuyên truyền. Tuy nhiên, cần*

lưu ý 2 vấn đề, thứ nhất là nên truyền thông dưới hình thức tổ chức cuộc thi giữa các tổ với nhau và phải có phần thưởng cho học sinh, thứ hai là kỹ năng khuấy động phong trào và thu hút học sinh tham gia của người chủ trì”. Khi được hỏi về cách giải quyết vấn đề thứ hai, cô giáo Tú trả lời: “Các bạn có thể tổ chức một buổi tập huấn về kỹ năng khuấy động phong trào và làm thế nào để thu hút học sinh tham gia cho người chủ trì buổi tuyên truyền”.

Ngoài ra, một số ý kiến giáo viên cho rằng nên tổ chức truyền thông cho học sinh nam riêng, học sinh nữ riêng để các em không xấu hổ. Tuy nhiên, một giáo viên khác lại cho rằng: “Không nên tổ chức truyền thông riêng đối với nam và nữ mà nên tổ chức chung. Vì các em bây giờ không như ngày xưa, các em mạnh dạn và có nhu cầu tìm hiểu thông tin lớn. Nếu tổ chức truyền thông chung thì các em sẽ không chỉ biết được vấn đề của mình mà còn biết được vấn đề của các bạn khác giới. Tôi nghĩ điều đó rất hữu ích” (Cô Uyên - Hiệu trưởng Trường THCS Lê Hồ).

Ý kiến của Phó Hiệu trưởng Trường THPT B Kim Bảng: “Theo tôi, thời gian dành cho can thiệp của các bạn không cần thiết phải kéo dài quá, 12-18 tháng là không cần thiết. Tôi nghĩ chỉ kéo dài trong khoảng 4-6 tháng là đủ. Vì phòng chống bệnh viêm nhiễm đường sinh sản chủ yếu liên quan đến vấn đề vệ sinh. Tôi nghĩ việc thực hành vệ sinh là việc dễ thay đổi, dễ thực hiện, không như những hành vi khác như uống rượu, hút thuốc... Hơn nữa, đa phần tôi nghĩ các em chưa thực hành đúng là vì thiếu kiến thức thôi chứ không có nguyên nhân đặc biệt nào khác” (Cô Hiền, Phó Hiệu trưởng, giáo viên môn Ngữ Văn, THPT B Kim Bảng). Đa phần các giáo viên còn lại có ý kiến tương tự ý kiến của cô Hiền. Họ thường không đưa ra những tư vấn cụ thể về quy trình triển khai can thiệp TT-GDSK. Về mặt thời gian, họ cũng đưa ra ý kiến tương tự rằng can thiệp chỉ nên kéo dài từ 4-6 tháng.

❖ *Những rào cản đối với việc tiếp cận thông tin phòng chống nhiễm khuẩn đường sinh sản của vị thành niên tại trường học*

Khi được hỏi về những rào cản đối với việc tiếp cận thông tin phòng chống RTIs thì nhóm nghiên cứu thường nhận được câu trả lời giống nhau từ

đôi tượng phỏng vấn là: “*Do đây là vấn đề nhạy cảm, khó nói nên học sinh ngại tiếp nhận thông tin về vấn đề này*”. Ngoài ra, theo đánh giá của Ban Giám hiệu cũng như giáo viên tại các trường, học sinh thường chủ quan trước những bệnh RTIs, do vậy các em không chú ý tìm hiểu thông tin để nâng cao kiến thức cho mình, xa hơn nữa việc thực hành phòng chống lại càng khó được các em chú ý, quan tâm.

❖ *Những rào cản đối với việc thực hành phòng chống nhiễm khuẩn đường sinh sản của vị thành niên*

Thiếu kiến thức về cách phòng chống RTIs, coi bệnh RTIs là bình thường, điều kiện kinh tế gia đình khó khăn là những yếu tố được cho là rào cản đối với việc thực hành phòng chống RTIs của VTN.

Một giáo viên bộ môn Sinh học tại trường THPT B Kim Bảng cho rằng: “*Theo tôi, chính việc các em chủ quan đối với các bệnh viêm nhiễm đường sinh sản nên dù có biết cách phòng chống bệnh các em cũng không thực hiện. Tôi nghĩ các bạn nên chú trọng nhấn mạnh phần hậu quả về lâu dài của các bệnh RTIs để các em hiểu được sâu sắc, tránh chủ quan*”.

Ngoài ra, một cô giáo là Bí thư Đoàn Thanh niên tại trường THPT Lý Thường Kiệt bày tỏ ý kiến của mình: “*Tôi nghĩ việc vệ sinh đúng thì dễ thay đổi hơn. Còn đối với việc quan hệ tình dục lành mạnh tránh các bệnh lây nhiễm thì không phải là việc dễ. Vì nó phụ thuộc vào nhiều yếu tố lắm, đặc biệt nó liên quan đến yếu tố tình yêu. Các em ở lứa tuổi này đã có những đôi yêu nhau ở trong lớp, trong trường...*”.

Nhìn chung, nhóm nghiên cứu đánh giá những thông tin thu được sau khi phỏng vấn sâu Ban Giám hiệu và giáo viên tại các trường đều rất hữu ích. Nhóm nghiên cứu nhận thấy các phương pháp truyền thông cũng như cách tổ chức thực hiện không nhất thiết được áp dụng giống nhau tại mỗi trường, ngược lại có thể áp dụng phương pháp khác nhau phù hợp với điều kiện cơ sở vật chất, nền tảng, truyền thống, đặc điểm học sinh và các điểm đặc thù khác tại mỗi trường.

3.2.2.2. *Kết quả phỏng vấn sâu học sinh*

❖ *Nguồn tiếp nhận thông tin phòng chống nhiễm khuẩn đường sinh sản*

Hầu hết các em học sinh được phỏng vấn chia sẻ rằng nguồn tiếp nhận thông tin phòng chống RTIs chủ yếu là internet. Một số em trả lời các em được giảng dạy kiến thức về SKSS tại trường học, trong đó có kiến thức về cách phòng chống RTIs bao gồm vệ sinh sinh dục và sử dụng BCS khi QHTD. Ngoài ra, một số em nữ trả lời đã từng được mẹ hướng dẫn về cách vệ sinh vùng kín hàng ngày và vệ sinh trong thời kỳ kinh nguyệt.

Như vậy, có thể thấy rằng nguồn thông tin về phòng chống RTIs các em được tiếp nhận khá hạn chế. Các em trả lời thường chủ động tìm hiểu thông tin qua internet. Đây là nguồn thông tin khá phong phú, đa dạng, dễ tiếp cận, tuy nhiên nó cũng có không ít nhược điểm. Internet không chỉ có những thông tin chính thống, đáng tin cậy mà nó còn có những thông tin sai lệch, không chính xác, không đáng tin cậy. Vấn đề là khi các em chủ động tìm kiếm thông tin trên internet, liệu các em có may mắn hoặc đủ kỹ năng, hiểu biết để tìm đến được những thông tin đáng tin cậy.

Qua đây, cũng thấy rằng nhu cầu tìm hiểu thông tin về SKSS nói chung cũng như thông tin về phòng chống RTIs nói riêng của các em rất lớn. Các em muốn biết, muốn tìm hiểu và đã tự mình tìm hiểu. Kiến thức cung cấp tại trường học là chưa đủ so với nhu cầu tiếp nhận thông tin của các em.

❖ *Tham vấn triển khai can thiệp truyền thông - giáo dục sức khỏe phòng chống nhiễm khuẩn đường sinh sản cho vị thành niên tại trường học.*

Nhìn chung, các em bày tỏ khá cởi mở về những sở thích, quan điểm của mình về các phương pháp TT-GDSK và cách tiến hành các phương pháp này. Những phương pháp truyền thông được đa số các em lựa chọn bao gồm cán bộ y tế tuyên truyền tại trường, treo áp phích tại lớp học và tổ chức cuộc thi.

Với phương pháp tổ chức cuộc thi, các em có chung suy nghĩ rằng tổ chức cuộc thi là phương pháp có thể lôi cuốn sự tham gia của đông đảo VTN vì sự hấp dẫn của nó. Tuy nhiên, có một ý kiến của một em học sinh cho rằng “*Theo em, tổ chức cuộc thi chắc các bạn sẽ thích tham gia. Nhưng em nghĩ các bạn sẽ ngại trả lời các câu hỏi trước đám đông*” (Em Hà, lớp 11A2, Trường

THPT B Kim Bảng). Nếu chọn phương pháp tổ chức cuộc thi, đây cũng là một vấn đề cần phải lưu ý để thiết kế câu hỏi, chương trình cũng như cách thức tổ chức sao cho phù hợp.

Với phương pháp cán bộ y tế tuyên truyền, các em cho rằng sẽ tổ chức những buổi tọa đàm toàn trường để cán bộ tuyên truyền và học sinh có thể nêu lên những thắc mắc của mình. Khi được hỏi *“Nếu lựa chọn giữa giáo viên và cán bộ y tế các em thích ai sẽ là người tuyên truyền cho các em?”*, hầu hết học sinh trả lời *“Thích cán bộ y tế tuyên truyền hơn vì họ có kiến thức về y học hơn là giáo viên”*.

Với phương pháp treo áp phích tại lớp học, các em cho rằng đây là một phương pháp hay, tuy nhiên một số em bày tỏ lo ngại các bạn học sinh cá biệt sẽ xé áp phích. Ngoài ra, có một ý kiến học sinh cho rằng; *“Em sợ treo áp phích các bạn sẽ không dám đọc vì xấu hổ”*. Ngoài ra, em học sinh này đưa ra một ý tưởng về phát động một cuộc thi toàn trường, cuộc thi viết về những vấn đề liên quan đến phòng chống RTIs. Em nói rằng: *“Các bạn sẽ được phát tài liệu tham khảo, sau đó sẽ viết thành những bài tiểu luận và nộp lại cho lớp, sau đó trường sẽ chọn ra các giải để trao thưởng”*. Em nói thêm: *“Tổ chức cuộc thi như vậy các bạn có thể giải bày thoải mái những tâm tư, suy nghĩ của mình mà không còn ngại nữa. Khi tổ chức cuộc thi như vậy, các bạn cũng sẽ chăm chỉ đọc và tìm hiểu tài liệu tham khảo mà trường phát, các bạn sẽ rất nhớ nếu tự mình chủ động đọc tài liệu”*.

❖ *Những rào cản đối với việc tiếp cận thông tin phòng chống nhiễm khuẩn đường sinh sản.*

Qua phỏng vấn các em học sinh, rào cản duy nhất được hầu hết các em nhắc đến đó là: *“Do đây là vấn đề nhạy cảm”*. Một em học sinh cho biết: *“Khi lên mạng tìm hiểu cũng không dám đọc công khai mà phải kín đáo. Việc hỏi người lớn thì càng khó, không bao giờ em dám hỏi”*. Ngoài ra, có hai em học sinh nữ chia sẻ rằng các em không cảm thấy có rào cản gì cả và các em thường được mẹ chia sẻ, bảo ban về các vấn đề VSKN, vệ sinh thân thể và giới tính.

❖ *Những rào cản đối với việc thực hành phòng chống nhiễm khuẩn đường sinh sản.*

Nhìn chung, các em cho rằng việc thiếu kiến thức chính là rào cản đối với việc thực hành phòng chống RTIs. Ngoài ra, chỉ có một em học sinh cho rằng: “*Có thể do điều kiện kinh tế gia đình*”. Khi cán bộ phỏng vấn bày tỏ muốn được giải thích rõ hơn thì em học sinh trả lời: “*Do kinh tế gia đình khó khăn nên không đủ tiền mua dung dịch vệ sinh và không có nước sạch để vệ sinh*”. Như vậy, có hai rào cản được các em học sinh nhắc đến đó là thiếu kiến thức và điều kiện kinh tế gia đình khó khăn.

3.2.2.3. *Kết quả phỏng vấn sâu cha mẹ học sinh*

❖ *Trò chuyện, giáo dục con về phòng chống nhiễm khuẩn đường sinh sản*

Nhìn chung, cha mẹ chưa chú trọng và quan tâm đến việc trò chuyện, giáo dục phòng chống RTIs cho con cái họ. Đối với hầu hết cha mẹ được phỏng vấn, họ đều trả lời rằng họ hầu như không bao giờ trao đổi, hướng dẫn các con về cách phòng chống hay xử lý khi có triệu chứng RTIs. Khi được hỏi về lý do, hầu hết họ có cùng câu trả lời: do họ cũng không biết nên không bảo được các cháu và họ không được chỉ bảo điều này ở đâu. Một số cha mẹ thừa nhận rằng họ cũng không quan tâm đến vấn đề này.

Một bà mẹ tâm sự rằng: “*Tôi cũng chỉ nhắc nhở, hướng dẫn con gái tôi về cách vệ sinh trong kỳ kinh nguyệt*”. Khi được hỏi về những sự chỉ dẫn này là chị được đọc, được học ở đâu hay từ kinh nghiệm bản thân, bà mẹ trả lời: “*Tôi chỉ dẫn như những gì tôi đã từng làm và tôi thấy mình không vấn đề gì nên tôi nghĩ nó đúng*”. Bà mẹ hướng dẫn con gái mình một cách chung chung là khi nào cảm thấy vật liệu thấm hút bị ướt nhiều thì thay. Bà mẹ cũng không hướng dẫn rõ bao nhiêu tiếng thì thay vật liệu 1 lần, mỗi lần thay cần phải vệ sinh như thế nào, xử lý vật liệu thấm hút ra sao.

Có thể thấy hầu hết cha mẹ không tâm sự, giáo dục con cái của họ về những vấn đề SKSS nói chung và phòng chống RTIs nói riêng, đặc biệt là những người cha. Lý do phổ biến vì cha mẹ cho rằng mình thiếu hiểu biết nên

không bảo được con và chưa thật sự quan tâm đến vấn đề này nên không chú trọng chỉ bảo các cháu.

❖ *Những rào cản đối với việc tiếp cận thông tin phòng chống nhiễm khuẩn đường sinh sản của vị thành niên*

Khi được hỏi về những rào cản đối với việc tiếp cận thông tin phòng chống RTIs thì cha mẹ học sinh có những câu trả lời tương tự với các giáo viên là: “*Do đây là vấn đề nhạy cảm, khó nói*”. Ngoài ra, nhiều ý kiến của các bậc phụ huynh cho rằng: hiện nay vấn đề phòng chống các bệnh viêm nhiễm đường sinh sản cho học sinh chưa được nhà trường và các cơ quan y tế chú trọng, do đó các em khó tiếp cận được với các thông tin này.

❖ *Những rào cản đối với việc thực hành phòng chống nhiễm khuẩn đường sinh sản của vị thành niên.*

Các yếu tố được cha mẹ học sinh cho là rào cản đối với việc thực hành phòng chống RTIs của VTN là thiếu kiến thức về cách phòng chống RTIs, chủ quan với bệnh RTIs. Ý kiến của một phụ huynh cho rằng: “*Tôi nghĩ cháu nhà tôi chẳng biết về những bệnh này, Cháu nghĩ nó không nguy hiểm, cháu nghĩ các vấn đề vệ sinh cũng không quan trọng, không phải giữ gìn...*”.

❖ *Tham vấn triển khai can thiệp truyền thông - giáo dục sức khỏe phòng chống nhiễm khuẩn đường sinh sản cho vị thành niên*

Cha mẹ học sinh cho rằng khi TT-GDSK cho các em cần nhấn mạnh hậu quả của bệnh để các em lưu ý và tránh thái độ chủ quan. Ngoài ra, hầu hết cha mẹ học sinh bày tỏ ý kiến muốn được có thêm kiến thức để hướng dẫn, bảo ban các cháu. Một ông bố bày tỏ: “*Con trai tôi cũng đã lớn. Nhiều lúc cũng muốn trò chuyện với cháu về những vấn đề của tuổi mới lớn và những vấn đề về sức khỏe sinh sản của cháu. Nhưng bản thân tôi không nắm rõ kiến thức nên không tự tin để trao đổi với cháu...*”. Ngoài ra, một bà mẹ chia sẻ thêm: “*Tôi thấy con gái tôi có nói về mấy bệnh AIDS, còn các bệnh viêm nhiễm nó bảo chỉ phụ nữ lớn tuổi mới bị thôi. Tôi không biết nó nghĩ vậy đúng không*”.

3.2.3. Kết quả triển khai các hoạt động can thiệp

Bảng 3.13. Kết quả triển khai các hoạt động can thiệp

TT	Phương pháp TT - GDSK	Chỉ số đánh giá	Kết quả
1	Loa phát thanh tại trường học	Số buổi đã phát tại mỗi trường	24
		Tổng số buổi đã phát	72
		Tỷ lệ số buổi đã phát trên số buổi dự kiến phát theo kế hoạch	100%
		Số bài đã phát	02
		Số lần phát lặp lại của một bài	04
		Thời lượng mỗi lần phát	7 - 10 phút
2	Áp phích tại lớp học	Số áp phích được treo	40
		Tỷ lệ áp phích được treo trên tổng số lớp của nhóm can thiệp	100%
		Số áp phích còn nguyên vẹn tại vị trí được treo sau can thiệp	36
		Số áp phích bị hư hỏng hoặc không còn ở vị trí được treo	04
3	Cán bộ y tế tuyên truyền tại lớp học	Số buổi tuyên truyền đã thực hiện tại mỗi lớp	02
		Tổng số buổi tuyên truyền đã thực hiện tại nhóm can thiệp	80
		Thời lượng tuyên truyền trung bình của mỗi buổi	25 phút
		Số học sinh không tham gia buổi tuyên truyền nào	93
		Tỷ lệ học sinh tham gia ít nhất 1 buổi tuyên truyền	95,2
4	Phát tờ rơi cho cha mẹ học sinh	Tổng số tờ rơi được phát	1962
		Số tờ rơi được phát trực tiếp cho cha/mẹ học sinh	1917
		Tỷ lệ số tờ rơi được phát trực tiếp cho cha/mẹ học sinh	97,7%
		Số tờ rơi gửi qua học sinh hoặc người đi họp phụ huynh thay	45
		Tỷ lệ số tờ rơi được phát trên tổng số học sinh nhóm can thiệp	100%

Bảng 3.13 cho thấy tổng số buổi phát thanh tại mỗi trường là 72, tổng số áp phích được treo là 40, tổng số buổi cán bộ y tế tuyên truyền tại lớp học là 80 và tổng số tờ rơi được phát là 1962 tờ. Tỷ lệ số buổi đã phát trên số buổi dự kiến phát theo kế hoạch; tỷ lệ áp phích được treo trên tổng số lớp của nhóm can thiệp; tỷ lệ số tờ rơi được phát trên tổng số học sinh nhóm can thiệp đều đạt 100%. Tỷ lệ học sinh tham gia ít nhất 1 buổi tuyên truyền và tỷ lệ số tờ rơi được phát trực tiếp cho cha/mẹ học sinh lần lượt là 95,2% và 97,7%.

3.2.4. Hiệu quả can thiệp thay đổi kiến thức, thái độ, thực hành phòng chống nhiễm khuẩn đường sinh sản của vị thành niên

3.2.4.1. Hiệu quả can thiệp thay đổi kiến thức phòng chống nhiễm khuẩn đường sinh sản của vị thành niên

Bảng 3.14. Sự thay đổi kiến thức phòng chống nhiễm khuẩn đường sinh sản của vị thành niên trước và sau can thiệp

Kiến thức	Nhóm can thiệp			Nhóm chứng			DD
	Trước CT (n = 940)	Sau CT (n = 938)	Thay đổi	Trước CT (n= 919)	Sau CT (n =922)	Thay đổi	
Tỷ lệ VTN biết ít nhất 1 hành vi nguy cơ RTIs (%)	26,9	79,4	52,5	24,3	27,3	3	49,5
p của z test	< 0,05		-	> 0,05		-	-
Tỷ lệ VTN biết ít nhất 1 hậu quả RTIs (%)	51,0	88,5	37,5	45	47,8	2,8	34,7
p của z test	< 0,05		-	> 0,05		-	-
Tỷ lệ VTN biết ít nhất 1 biện pháp phòng chống RTIs (%)	35,1	86,2	51,1	33,7	38,5	4,8	46,3
p của z test	< 0,05		-	> 0,05		-	-

Ghi chú: DD- Difference in Difference - Hiệu số thay đổi tỷ lệ kiến thức đạt trước - sau can thiệp của nhóm can thiệp so với nhóm chứng; Trước CT - Trước can thiệp; Sau CT - Sau can thiệp.

Bảng 3.14 cho thấy tỷ lệ VTN biết ít nhất 1 hành vi nguy cơ của RTIs ở nhóm can thiệp tăng lên đáng kể sau can thiệp so với trước can thiệp (79,4% so với 26,9%), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê (p của z test $< 0,05$). Hiệu số thay đổi tỷ lệ này trước - sau can thiệp của nhóm can thiệp so với nhóm chứng (DD) là 49,5%.

Tỷ lệ VTN biết ít nhất 1 hậu quả của RTIs ở nhóm can thiệp tăng lên đáng kể sau can thiệp (88,5% so với 51%), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê (p của z test $< 0,05$). Hiệu số thay đổi tỷ lệ này trước - sau can thiệp của nhóm can thiệp so với nhóm chứng (DD) là 34,7% (Bảng 3.14).

Tỷ lệ VTN biết ít nhất 1 biện pháp phòng chống RTIs ở nhóm can thiệp tăng lên đáng kể sau can thiệp (86,2% so với 35,1%), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê (p của z test $< 0,05$). Hiệu số thay đổi tỷ lệ này trước - sau can thiệp của nhóm can thiệp so với nhóm chứng (DD) là 46,3% (Bảng 3.14).

Bảng 3.15. Sự thay đổi kiến thức đạt của vị thành niên trước và sau can thiệp

Chỉ số	Nhóm can thiệp			Nhóm chứng			DD
	Trước CT (n = 940)	Sau CT (n = 938)	Thay đổi	Trước CT (n= 919)	Sau CT (n =922)	Thay đổi	
Tỷ lệ VTN có kiến thức đạt (%)	4,6	52,6	48	4,3	7,7	3,4	44,6
p của z test	$< 0,05$		-	$> 0,05$		-	-
Chỉ số hiệu quả	10,4		-	0,8		-	-

Bảng 3.15 cho thấy tỷ lệ VTN có kiến thức đạt ở nhóm can thiệp tăng lên đáng kể sau can thiệp so với trước can thiệp (52,6% so với 4,6%), sự khác biệt có

ý nghĩa thống kê (p của z test $< 0,05$). Hiệu số thay đổi tỷ lệ này trước - sau can thiệp của nhóm can thiệp so với nhóm chứng (DD) là 44,6%. Chỉ số hiệu quả thay đổi kiến thức đạt ở nhóm can thiệp và nhóm chứng tương ứng là 10,4 và 0,8.

Bảng 3.16. Kết quả phân tích đa biến về tác động của can thiệp đối với thay đổi kiến thức phòng chống nhiễm khuẩn đường sinh sản của vị thành niên

TT	Đặc điểm	OR	KTC 95%	
1	Nhóm	Chứng	1,0	
		Can thiệp	13,4	10,0 - 17,8
2	Giới tính	Nam	1,0	
		Nữ	1,6	1,2 - 2,0
3	Cấp học	THCS	1,0	
		THPT	1,75	1,3 - 2,3
4	Học lực	Yếu, kém	1	
		Trung bình	1,7	0,7 - 4,4
		Khá	1,7	1,2 - 2,3
		Giỏi, xuất sắc	2,0	1,4 - 2,9
5	Tổng số người trong gia đình	≥ 6 người	1	
		5 người	0,9	0,6 - 2,3
		4 người	1,25	0,7 - 2,4
		≤ 3 người	1,4	0,8 - 2,5
6	Điều kiện kinh tế	Nghèo	1	
		Không nghèo	1,1	0,7 - 1,7
7	Quan tâm của cha mẹ, người thân	Không quan tâm	1	
		Ít quan tâm	1,2	0,8 - 1,5
		Quan tâm vừa	1,3	1,0 - 1,8
		Rất quan tâm	1,2	0,9 - 1,53

Kết quả phân tích hồi quy logistic đa biến thể hiện trong Bảng 3.16 cho thấy, sau khi không chế các biến số khác trong mô hình, khả năng VTN ở nhóm can thiệp đạt được yêu cầu về kiến thức phòng chống RTIs cao gấp 13,4 lần so với nhóm chứng, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê (OR = 13,4; KTC 95%: 10,0 - 17,8).

Mô hình cũng cho thấy sự thay đổi kiến thức phòng chống RTIs liên quan có ý nghĩa thống kê với 1) Giới tính: Khả năng nữ VTN đạt được yêu cầu về kiến thức phòng chống RTIs cao gấp 1,6 lần so với nam VTN (OR = 1,6; KTC 95%: 1,2 - 2,0); 2) Cấp học: Khả năng học sinh THPT đạt được yêu cầu về kiến thức phòng chống RTIs cao gấp 1,75 lần so với học sinh THCS (OR = 1,75; KTC 95%: 1,3 - 2,3); 3) Học lực: Khả năng VTN có học lực khá đạt được yêu cầu về kiến thức phòng chống RTIs cao gấp 1,7 lần so với học sinh yếu, kém (OR = 1,7; KTC 95%: 1,2 - 2,3); khả năng VTN có học lực giỏi, xuất sắc đạt được yêu cầu về kiến thức phòng chống RTIs cao gấp 2 lần so với học sinh yếu, kém (OR = 2,0; KTC 95%: 1,4 - 2,9) (Bảng 3.16)

3.2.4.2. Hiệu quả can thiệp thay đổi thái độ phòng chống nhiễm khuẩn đường sinh sản của vị thành niên

Bảng 3.17. Sự thay đổi thái độ phòng chống nhiễm khuẩn đường sinh sản của vị thành niên trước và sau can thiệp

Thái độ	Nhóm can thiệp			Nhóm chứng			DD
	Trước CT (n = 940)	Sau CT (n = 938)	Thay đổi	Trước CT (n= 919)	Sau CT (n =922)	Thay đổi	
Tỷ lệ VTN cho rằng tuổi VTN có khả năng mắc RTIs	80,9	96,6	15,7	78,7	79,0	0,3	15,4
p của z test	< 0,05		-	> 0,05		-	-
Tỷ lệ VTN không xấu hổ khi nói chuyện về RTIs	39,6	53,8	14,2	43,2	47,3	4,1	10,1
p của z test	< 0,05		-	> 0,05		-	-

Ghi chú: DD- Difference in Difference - Hiệu số thay đổi tỷ lệ thái độ đạt trước - sau can thiệp của nhóm can thiệp so với nhóm chứng; Trước CT - Trước can thiệp; Sau CT - Sau can thiệp.

Bảng 3.17 cho thấy tỷ lệ VTN cho rằng lứa tuổi VTN có khả năng mắc RTIs ở nhóm can thiệp tăng lên vừa phải sau can thiệp so với trước can thiệp (96,6% và 80,9%), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê (p của z test $< 0,05$). Hiệu số thay đổi tỷ lệ này trước - sau can thiệp của nhóm can thiệp so với nhóm chứng (DD) là 15,4%.

Tỷ lệ VTN không có cảm giác xấu hổ khi bản thân bị mắc hoặc nói chuyện với người khác về RTIs ở nhóm can thiệp tăng lên vừa phải sau can thiệp so với trước can thiệp (53,8% và 39,6%), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê (p của z test $< 0,05$). Hiệu số thay đổi tỷ lệ này trước - sau can thiệp của nhóm can thiệp so với nhóm chứng (DD) là 10,1% (Bảng 3.17).

Bảng 3.18. Sự thay đổi thái độ đạt của vị thành niên trước và sau can thiệp

Chỉ số	Nhóm can thiệp			Nhóm chứng			DD
	Trước CT (n = 940)	Sau CT (n = 938)	Thay đổi	Trước CT (n = 919)	Sau CT (n = 922)	Thay đổi	
Tỷ lệ VTN có thái độ đạt (%)	86,9	97,3	10,4	87,5	88,7	1,2	9,2
p của z test	$< 0,05$		-	$> 0,05$		-	-
Chỉ số hiệu quả	0,12		-	0,01		-	-

Bảng 3.18 cho thấy tỷ lệ VTN có thái độ đạt ở nhóm can thiệp tăng lên vừa phải sau can thiệp so với trước can thiệp (97,3% so với 86,9%), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê (p của z test $< 0,05$). Hiệu số thay đổi tỷ lệ này trước - sau can thiệp của nhóm can thiệp so với nhóm chứng (DD) là 9,2%. Chỉ số hiệu quả thay đổi thái độ đạt ở nhóm can thiệp và nhóm chứng tương ứng là 0,12 và 0,01.

Bảng 3.19. Kết quả phân tích đa biến về tác động của can thiệp đối với thay đổi thái độ phòng chống nhiễm khuẩn đường sinh sản của vị thành niên

TT	Đặc điểm	OR	KTC 95%
1	Nhóm	Chứng	1,0
		Can thiệp	4,6 2,9 - 7,4
2	Giới tính	Nam	1,0
		Nữ	1,1 0,6 - 1,7
3	Cấp học	THCS	1,0
		THPT	4,6 2,9 - 7,2
4	Học lực	Yếu, kém	1
		Trung bình	0,7 0,1 - 3,5
		Khá	1,2 0,7 - 2,2
		Giỏi, xuất sắc	1,0 0,6 - 1,7
5	Tổng số người trong gia đình	≥ 6 người	1
		5 người	1,6 0,6 - 4,4
		4 người	1,1 0,4 - 2,7
		≤ 3 người	1,4 0,5 - 3,6
6	Điều kiện kinh tế	Nghèo	1
		Không nghèo	1,9 1,1 - 3,7
7	Quan tâm của cha mẹ, người thân	Không quan tâm	1
		Ít quan tâm	1,02 0,7 - 1,6
		Quan tâm vừa	1,1 0,4 - 2,9
		Rất quan tâm	4,2 1,1 - 15,5

Kết quả phân tích hồi quy logistic đa biến thể hiện trong Bảng 3.19 cho thấy, sau khi không chế các biến số khác trong mô hình, khả năng VTN ở nhóm can thiệp đạt được yêu cầu về thái độ phòng chống RTIs cao gấp 4,6 lần so với nhóm chứng, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê (OR = 4,6; KTC 95%: 2,9 - 7,4).

Mô hình cũng cho thấy sự thay đổi thái độ phòng chống RTIs liên quan có ý nghĩa thống kê với 1) Cấp học: Khả năng học sinh THPT đạt được yêu cầu về

thái độ phòng chống RTIs cao gấp 4,6 lần so với học sinh THCS (OR = 4,6; KTC 95%: 2,9 - 7,2); 2) Điều kiện kinh tế gia đình: Khả năng học sinh không thuộc nhóm hộ nghèo đạt được yêu cầu về thái độ phòng chống RTIs cao gấp 1,9 lần so với học sinh thuộc nhóm hộ nghèo (OR = 1,9; KTC 95%: 1,1 - 3,7); 3) Quan tâm của cha mẹ, người thân: Khả năng VTN được cha mẹ, người thân rất quan tâm đạt được yêu cầu về thái độ phòng chống RTIs cao gấp 4,2 lần so với học sinh không được quan tâm (OR = 4,2; KTC 95%: 1,1 - 15,5) (Bảng 3.19).

3.2.4.3. Hiệu quả can thiệp thay đổi thực hành phòng chống nhiễm khuẩn đường sinh sản của vị thành niên

Bảng 3.20. Sự thay đổi thực hành phòng chống nhiễm khuẩn đường sinh sản của vị thành niên trước và sau can thiệp

Thực hành	Nhóm can thiệp			Nhóm chứng			DD
	Trước CT (n = 940)	Sau CT (n = 938)	Thay đổi	Trước CT (n= 919)	Sau CT (n=922)	Thay đổi	
Tỷ lệ VTN vệ sinh sinh dục ít nhất 1 lần/ngày	91,6	98,5	6,9	89,4	91,2	1,8	5,1
p của z test	< 0,05		-	> 0,05		-	-
Tỷ lệ VTN sử dụng sản phẩm vệ sinh sinh dục đạt yêu cầu	49,7	59,9	10,2	55,1	56,8	1,7	8,5
p của z test	< 0,05		-	> 0,05		-	-

Ghi chú: DD- Difference in Difference - Hiệu số thay đổi tỷ lệ thực hành đạt trước - sau can thiệp của nhóm can thiệp so với nhóm chứng; Trước CT - Trước can thiệp; Sau CT - Sau can thiệp.

Bảng 3.20 cho thấy tỷ lệ VTN thực hành vệ sinh sinh dục ít nhất 1 lần/ngày ở nhóm can thiệp tăng lên vừa phải sau can thiệp so với trước can

thiếp (98,5% so với 91,6%), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê (p của z test $< 0,05$). Hiệu số thay đổi tỷ lệ này trước - sau can thiệp của nhóm can thiệp so với nhóm chứng (DD) là 5,1%.

Tỷ lệ VTN sử dụng sản phẩm vệ sinh sinh dục đạt yêu cầu (đạt 2 điểm trong câu hỏi sản phẩm sử dụng vệ sinh sinh dục - Phụ lục 3) ở nhóm can thiệp tăng lên vừa phải sau can thiệp so với trước can thiệp (59,9% so với 49,7%), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê (p của z test $< 0,05$). Hiệu số thay đổi tỷ lệ này trước - sau can thiệp của nhóm can thiệp so với nhóm chứng (DD) là 8,5% (Bảng 3.20).

Bảng 3.21. Sự thay đổi thực hành đạt của vị thành niên trước và sau can thiệp

Chỉ số	Nhóm can thiệp			Nhóm chứng			DD
	Trước CT (n = 940)	Sau CT (n = 938)	Thay đổi	Trước CT (n= 919)	Sau CT (n =922)	Thay đổi	
Tỷ lệ VTN có thực hành đạt (%)	27,3	34	6,7	26,5	27,6	1,1	5,6
p của z test	$< 0,05$		-	$> 0,05$		-	-
Chỉ số hiệu quả	0,2		-	0,04		-	-

Bảng 3.21 cho thấy tỷ lệ VTN có thực hành đạt trước và sau can thiệp ở nhóm can thiệp tương ứng là 27,3% và 34%, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê (p của z test $< 0,05$). Hiệu số thay đổi tỷ lệ này trước - sau can thiệp của nhóm can thiệp so với nhóm chứng (DD) là 5,6%. Chỉ số hiệu quả thay đổi thực hành đạt ở nhóm can thiệp và nhóm chứng tương ứng là 0,2 và 0,04.

Bảng 3.22. Kết quả phân tích đa biến về tác động của can thiệp đối với thay đổi thực hành phòng chống nhiễm khuẩn đường sinh sản của vị thành niên

TT	Đặc điểm	OR	KTC 95%	
1	Nhóm	Chứng	1,0	
		Can thiệp	1,3	1,1 - 1,6
2	Giới tính	Nam	1,0	
		Nữ	2,05	1,67 - 2,6
3	Cấp học	THCS	1,0	
		THPT	1,1	0,9 - 1,4
4	Học lực	Yếu, kém	1	
		Trung bình	1,3	0,5 - 3,5
		Khá	1,35	0,5 - 3,5
		Giỏi, xuất sắc	1,7	0,7 - 4,3
5	Tổng số người trong gia đình	≥ 6 người	1	
		5 người	1,02	0,6 - 1,7
		4 người	1,1	0,7 - 1,8
		≤ 3 người	1,4	0,8 - 2,7
6	Điều kiện kinh tế	Nghèo	1	
		Không nghèo	1,25	0,8 - 1,85
7	Quan tâm của cha mẹ, người thân	Không quan tâm	1	
		Ít quan tâm	0,9	0,3 - 2,6
		Quan tâm vừa	1,2	0,7 - 2,0
		Rất quan tâm	1,03	0,8 - 1,3

Kết quả phân tích hồi quy logistic đa biến thể hiện trong Bảng 3.22 cho thấy, sau khi không chế các biến số khác trong mô hình, khả năng VTN ở nhóm can thiệp đạt được yêu cầu về thực hành phòng chống RTIs cao gấp 1,3 lần so với nhóm chứng và sự khác biệt có ý nghĩa thống kê (OR = 1,3; KTC 95%: 1,1 - 1,6).

Mô hình cũng cho thấy sự thay đổi thực hành phòng chống RTIs liên quan có ý nghĩa thống kê với giới tính. Khả năng nữ VTN đạt được yêu cầu về thực hành phòng chống RTIs cao gấp 2,05 lần so với nam VTN (OR = 2,05; KTC 95%: 1,67 - 2,6) (Bảng 3.22).

3.3. Chi phí, chi phí - hiệu quả can thiệp

3.3.1. Chi phí can thiệp

3.3.1.1. Chi phí tại nhóm can thiệp

Với tình huống hiệu lực giai đoạn chuẩn bị là 2 năm, chi phí can thiệp năm 2015 là 33.207.600 VNĐ. Chi phí năm 2015 được điều chỉnh đến năm 2016 theo chỉ số giá tiêu dùng là 34.091.000 VNĐ. Chi phí can thiệp trong năm 2016 là 23.129.000 VNĐ. Như vậy, tổng chi phí can thiệp được điều chỉnh đến năm 2016 là 57.220.000 VNĐ. Áp dụng tỷ giá USD/VNĐ ngày 30 tháng 6 năm 2016, 1 USD = 21.873 VNĐ [11], tổng chi phí can thiệp (tính theo giá năm 2016) là 2.616 USD.

Với tình huống hiệu lực giai đoạn chuẩn bị là 3 năm, chi phí can thiệp năm 2015 là 29.393.000 VNĐ. Chi phí năm 2015 được điều chỉnh đến năm 2016 theo chỉ số giá tiêu dùng là 30.175.000 VNĐ. Chi phí can thiệp trong năm 2016 là 23.129.000 VNĐ. Như vậy, tổng chi phí can thiệp được điều chỉnh đến năm 2016 là 53.304.000 VNĐ. Áp dụng tỷ giá USD/VNĐ ngày 30 tháng 6 năm 2016, 1 USD = 21.873 VNĐ [11], tổng chi phí can thiệp (tính theo giá năm 2016) là 2.437 USD.

Với tình huống hiệu lực giai đoạn chuẩn bị là 5 năm, chi phí can thiệp năm 2015 là 26.340.000 VNĐ. Chi phí năm 2015 được điều chỉnh đến năm 2016 theo chỉ số giá tiêu dùng là 27.041.000 VNĐ. Chi phí can thiệp trong năm 2016 là 23.129.000 VNĐ. Như vậy, tổng chi phí can thiệp được điều chỉnh đến năm 2016 là 50.170.000 VNĐ. Áp dụng tỷ giá USD/VNĐ vào ngày 30 tháng 6 năm 2016 [11], tổng chi phí can thiệp (tính theo giá năm 2016) là 2.294 USD.

Bảng 3.23. Chi phí can thiệp theo các hạng mục chi*Đơn vị tính chi phí: 1.000 VNĐ*

TT	Mục chi	Tình huống 2 năm		Tình huống 3 năm		Tình huống 5 năm	
		Chi phí	Tỷ lệ (%)	Chi phí	Tỷ lệ (%)	Chi phí	Tỷ lệ (%)
		1	Thuê khoán chuyên môn	30.776	53,8	29.238	54,9
2	Nguyên vật liệu, năng lượng	5.194	9,1	3.633	6,8	2.384	4,8
3	Thuê mượn cơ sở vật chất, trang thiết bị	12.250	21,4	12.100	22,7	11.980	23,9
4	Công tác phí	8.100	14,1	7.500	14,1	7.020	14,0
5	Đi lại tại địa phương	900	1,6	833	1,6	780	1,6
	Tổng	57.220	100	53.304	100	50.170	100

Bảng 3.23 cho thấy tổng chi phí của can thiệp ở các tình huống 2 năm, 3 năm và 5 năm tương ứng là 57.220.000 VNĐ, 53.304.000 VNĐ và 50.170.000 VNĐ. Trong đó, chi phí dành cho thuê khoán chuyên môn chiếm tỷ lệ cao nhất. Chi phí dành cho thuê khoán chuyên môn ở 3 tình huống lần lượt là 30.776.000 VNĐ, 29.238.000 VNĐ và 28.007.000 VNĐ, chiếm tỷ lệ tương ứng là 53,8%, 54,9% và 55,8%. Chi phí thuê mượn cơ sở vật chất, trang thiết bị chiếm tỷ lệ cao thứ hai. Chi phí dành cho nguyên vật liệu, năng lượng; công tác phí chiếm tỷ lệ thấp hơn.

Bảng 3.24. Chi phí can thiệp theo các hoạt động được triển khai*Đơn vị tính chi phí: 1.000 VNĐ*

TT	Hoạt động	Tình huống 2 năm		Tình huống 3 năm		Tình huống 5 năm	
		Chi phí	Tỷ lệ %	Chi phí	Tỷ lệ %	Chi phí	Tỷ lệ %
I. Giai đoạn chuẩn bị							
1	Họp triển khai nghiên cứu	7.573	13,2	5.049	9,5	3.029	6,1
2	Biên soạn bài phát thanh	150	0,3	100	0,2	60	0,1
3	Thiết kế và in áp phích	1.525	2,7	1.017	1,9	610	1,2
4	Thiết kế và in tờ rơi	2.325	4,0	1.550	2,9	930	1,9
5	Biên soạn tài liệu cán bộ y tế tuyên truyền	176	0,3	117	0,2	70	0,1
	<i>Tổng chi phí giai đoạn chuẩn bị</i>	<i>11.749</i>	<i>20,5</i>	<i>7.833</i>	<i>14,7</i>	<i>4.699</i>	<i>9,4</i>
II. Giai đoạn thực hiện							
6	Tiến hành phát thanh	4.350	7,6	4.350	8,2	4.350	8,7
7	Tiến hành treo và bảo quản áp phích	1.490	2,6	1.490	2,8	1.490	3,0
8	Tiến hành phát tờ rơi	471	0,8	471	0,9	471	0,9
9	Cán bộ y tế thực hiện tuyên truyền tại lớp học	31.160	54,5	31.160	58,4	31.160	62,1
10	Giám sát triển khai can thiệp	8.000	14,0	8.000	15,0	8.000	15,9
	<i>Tổng chi phí giai đoạn thực hiện</i>	<i>45.471</i>	<i>79,5</i>	<i>45.471</i>	<i>85,3</i>	<i>45.471</i>	<i>90,6</i>
	Tổng chi phí can thiệp	57.220	100	53.304	100	50.170	100

Bảng 3.24 cho thấy can thiệp bao gồm 10 hoạt động. Trong đó, chi phí cho hoạt động cán bộ y tế tuyên truyền tại lớp học ở cả 3 tình huống là 31.160.000 VNĐ, chiếm tỷ lệ cao nhất (54,5%, 58,4% và 62,1% tương ứng với mỗi tình huống 2 năm, 3 năm và 5 năm). Chi phí hoạt động giám sát triển khai can thiệp và tiến hành treo, bảo quản áp phích lần lượt là 8.000.000 VNĐ và 1.490.000 VNĐ. Một số hoạt động khác chiếm tỷ lệ thấp bao gồm biên soạn tài liệu cho cán bộ y tế tuyên truyền và biên soạn bài phát thanh (0,1% đến 0,3%).

Tổng số học sinh lớp 8 đến lớp 12 năm học 2015 - 2016 của 3 trường thuộc nhóm can thiệp là 1962 học sinh (100%). Như vậy, chi phí can thiệp trên mỗi học sinh ở tình huống 2 năm, 3 năm và 5 năm tương ứng là 29.164 VNĐ, 27.168 VNĐ và 25.570 VNĐ.

3.3.1.2. Chi phí tại nhóm chứng

Với tình huống hiệu lực giai đoạn chuẩn bị là 2 năm, chi phí các chương trình tại nhóm chứng năm 2015 là 8.879.000 VNĐ. Chi phí năm 2015 được điều chỉnh đến năm 2016 theo chỉ số giá tiêu dùng là 9.115.000 VNĐ. Chi phí năm 2016 là 6.135.000 VNĐ. Như vậy, tổng chi phí được điều chỉnh đến năm 2016 là 15.250.000 VNĐ. Áp dụng tỷ giá USD/VNĐ ngày 30 tháng 6 năm 2016 [11], tổng chi phí tại nhóm chứng (tính theo giá năm 2016) là 697,2 USD.

Với tình huống hiệu lực giai đoạn chuẩn bị là 3 năm, chi phí các chương trình tại nhóm chứng năm 2015 là 8.587.000 VNĐ. Chi phí năm 2015 được điều chỉnh đến năm 2016 theo chỉ số giá tiêu dùng là 8.815.000 VNĐ. Chi phí năm 2016 là 6.135.000 VNĐ. Như vậy, tổng chi phí được điều chỉnh đến năm 2016 là 14.950.000 VNĐ. Áp dụng tỷ giá USD/VNĐ ngày 30 tháng 6 năm 2016 [11], tổng chi phí tại nhóm chứng (tính theo giá năm 2016) là 683,5 USD.

Với tình huống hiệu lực giai đoạn chuẩn bị là 5 năm, chi phí các chương trình tại nhóm chứng năm 2015 là 8.353.000 VNĐ. Chi phí năm 2015 được điều chỉnh đến năm 2016 theo chỉ số giá tiêu dùng là 8.575.000 VNĐ. Chi phí năm 2016 là 6.135.000 VNĐ. Như vậy, tổng chi phí được điều chỉnh đến năm 2016 là 14.710.000 VNĐ. Áp dụng tỷ giá USD/VNĐ vào ngày 30 tháng 6 năm 2016, tổng chi phí tại nhóm chứng (tính theo giá năm 2016) là 672,5 USD.

Bảng 3.25. Chi phí tại nhóm chứng theo các hạng mục chi

Đơn vị tính chi phí: 1.000 VNĐ

TT	Mục chi	Tình huống 2 năm		Tình huống 3 năm		Tình huống 5 năm	
		Chi phí	Tỷ lệ (%)	Chi phí	Tỷ lệ (%)	Chi phí	Tỷ lệ (%)
1	Thuê khoán chuyên môn	7.984	52,3	7.793	52,1	7.640	51,9
2	Nguyên vật liệu, năng lượng	3.165	20,8	3.090	20,7	3.030	20,6
3	Thuê mướn cơ sở vật chất, trang thiết bị	3.075	20,2	3.050	20,4	3.030	20,6
4	Công tác phí, đi lại	1.026	6,7	1.017	6,8	1.010	6,9
	Tổng	15.250	100	14.950	100	14.710	100

Bảng 3.25 cho thấy tổng chi phí tại nhóm chứng ở các tình huống 2 năm, 3 năm và 5 năm tương ứng là 15.250.000 VNĐ, 14.950.000 VNĐ và 14.710.000 VNĐ. Trong đó, chi phí dành cho thuê khoán chuyên môn chiếm tỷ lệ cao nhất. Chi phí dành cho thuê khoán chuyên môn ở các tình huống 2 năm, 3 năm và 5 năm lần lượt là 7.984.000 VNĐ, 7.793.000 VNĐ và 7.640.000 VNĐ, chiếm tỷ lệ tương ứng là 52,3%, 52,1% và 51,9%. Chi phí nguyên vật liệu, năng lượng chiếm tỷ lệ cao thứ hai. Chi phí dành cho thuê mướn cơ sở vật chất, trang thiết bị; công tác phí chiếm tỷ lệ thấp hơn.

Bảng 3.26. Chi phí tại nhóm chứng theo các hoạt động được triển khai
Đơn vị tính chi phí: 1.000 VNĐ

TT	Hoạt động	Tình huống 2 năm		Tình huống 3 năm		Tình huống 5 năm	
		Chi phí	Tỷ lệ %	Chi phí	Tỷ lệ %	Chi phí	Tỷ lệ %
I. Giai đoạn chuẩn bị							
1	Họp triển khai cuộc thi	385	2,5	257	1,7	154	1,0
2	Biên soạn bài phát thanh	124	0,8	83	0,6	50	0,3
3	Biên soạn tài liệu tuyên truyền cho học sinh nữ	116	0,8	77	0,5	46	0,3
4	Biên soạn chương trình, câu hỏi cuộc thi	275	1,8	183	1,2	110	0,7
	<i>Tổng chi phí giai đoạn chuẩn bị</i>	900	5,9	600	4,0	360	2,4
II. Giai đoạn thực hiện							
5	Tiến hành phát thanh	4.290	28,1	4.290	28,7	4.290	29,2
6	Tiến hành tuyên truyền cho học sinh nữ	4.520	29,6	4.520	30,2	4.520	30,7
7	Tiến hành cuộc thi	5.540	36,4	5.540	37,1	5.540	37,7
	<i>Tổng chi phí giai đoạn thực hiện</i>	14.350	94,1	14.350	96,0	14.350	97,6
	Tổng chi phí can thiệp	15.250	100	14.950	100	14.710	100

Bảng 3.26 cho thấy các chương trình sẵn có tại nhóm chứng bao gồm 7 hoạt động. Trong đó, Chi phí hoạt động tiến hành cuộc thi ở cả 3 tình huống là 5.540.000 VNĐ, chiếm tỷ lệ cao nhất (36,4%, 37,1% và 37,7% tương ứng với mỗi tình huống 2 năm, 3 năm và 5 năm). Chi phí cho hoạt động tiến hành phát thanh và hoạt động tuyên truyền cho học sinh nữ lần lượt là 4.290.000 VNĐ và 4.520.000 VNĐ. Các hoạt động biên soạn tài liệu tuyên truyền là những hoạt động ít tốn kém nhất.

Tổng số học sinh lớp 8 đến lớp 12 năm học 2015 - 2016 của 3 trường thuộc nhóm chứng là 1899 học sinh (100%). Như vậy, chi phí can thiệp trên mỗi học sinh ở tình huống 2 năm, 3 năm và 5 năm tương ứng là 8.030 VNĐ, 7.872 VNĐ và 7.746 VNĐ.

3.3.1.3. So sánh chi phí tại nhóm can thiệp và nhóm chứng

Bảng 3.27. So sánh chi phí tại nhóm can thiệp và nhóm chứng

Đơn vị tính: 1.000 VNĐ

TT	Chi phí	Nhóm can thiệp	Nhóm chứng	Chi phí tăng thêm
I. Tình huống 2 năm				
1	Chi phí chuẩn bị	11.749	900	10.849
2	Chi phí thực hiện	45.471	14.350	31.121
3	Tổng chi phí	57.220	15.250	41.970
4	Chi phí trên mỗi học sinh	29,164	8,030	21,134
II. Tình huống 3 năm				
1	Chi phí chuẩn bị	7.833	600	7.233
2	Chi phí thực hiện	45.471	14.350	31.121
3	Tổng chi phí	53.304	14.950	38.354
4	Chi phí trên mỗi học sinh	27,168	7,872	19,296
III. Tình huống 5 năm				
1	Chi phí chuẩn bị	4.699	360	4.339
2	Chi phí thực hiện	45.471	14.350	31.121
3	Tổng chi phí	50.170	14.710	35.460
4	Chi phí trên mỗi học sinh	25,57	7,746	17,824

Bảng 3.27 cho thấy chi phí tăng thêm trong giai đoạn chuẩn bị của nhóm can thiệp so với nhóm chứng ở tình huống 2 năm, 3 năm và 5 năm lần lượt là 10.849.000 VNĐ, 7.233.000 VNĐ và 4.339.000 VNĐ. Chi phí tăng thêm trong giai đoạn thực hiện của nhóm can thiệp so với nhóm chứng ở cả 3 tình huống là 31.121.000 VNĐ. Chênh lệch tổng chi phí của 2 nhóm ở mỗi tình huống trên lần lượt là 41.970.000 VNĐ, 38.354.000 VNĐ và 35.460.000 VNĐ. Đối với chi phí trên mỗi học sinh, chi phí tăng thêm của nhóm can thiệp so với nhóm chứng tương ứng với mỗi tình huống là 21.134 VNĐ, 19.296 VNĐ và 17.824 VNĐ.

3.3.2. Chi phí - hiệu quả can thiệp

Bảng 3.28. Tỷ số chi phí hiệu quả trung bình để thay đổi kiến thức, thái độ, thực hành ở nhóm can thiệp

TT	Chỉ số	Công thức tính	Chi phí hiệu quả trung bình (ACER)		
			Tình huống 2 năm	Tình huống 3 năm	Tình huống 5 năm
1	Tỷ số chi phí hiệu quả trung bình để tăng thêm 1% VTN có kiến thức đạt ở nhóm can thiệp	$\frac{C_{CT}}{\Delta K_{CT}}$	1.192.083	1.110.500	1.045.208
2	Tỷ số chi phí hiệu quả trung bình để tăng thêm 1% VTN có thái độ đạt ở nhóm can thiệp	$\frac{C_{CT}}{\Delta A_{CT}}$	5.501.923	5.125.385	4.824.038
3	Tỷ số chi phí hiệu quả trung bình để tăng thêm 1% VTN có thực hành đạt ở nhóm can thiệp	$\frac{C_{CT}}{\Delta P_{CT}}$	8.540.298	7.955.820	7.488.059

Ghi chú: C_{CT} - Tổng chi phí can thiệp; ΔK_{CT} , ΔA_{CT} , ΔP_{CT} - Hiệu số tỷ lệ kiến thức, thái độ, thực hành đạt trước và sau can thiệp ở nhóm can thiệp.

Kết quả nghiên cứu cho thấy hiệu số tỷ lệ VTN có kiến thức đạt trước - sau can thiệp ở nhóm can thiệp (ΔK_{CT}) là 48%. Hiệu số tỷ lệ VTN có thái độ đạt trước - sau can thiệp ở nhóm can thiệp (ΔA_{CT}) là 10,4%. Hiệu số tỷ lệ VTN có thực hành đạt trước - sau can thiệp ở nhóm can thiệp (ΔP_{CT}) là 6,7%.

Bảng 3.28 cho thấy tỷ số chi phí hiệu quả trung bình để thay đổi kiến thức ($ACER_K$) ở nhóm can thiệp với tình huống 2 năm, 3 năm và 5 năm lần lượt là 1.192.083, 1.110.500, 1.045.208. Như vậy, để tăng thêm 1% VTN có kiến thức đạt ở nhóm can thiệp tương ứng với mỗi tình huống cần chi phí là 1.192.083 VNĐ, 1.110.500 VNĐ, 1.045.208 VNĐ.

Tỷ số chi phí hiệu quả trung bình để thay đổi thái độ ($ACER_A$) ở nhóm can thiệp với mỗi tình huống trên lần lượt là 5.501.923, 5.125.385, 4.824.038. Như vậy, để tăng thêm 1% VTN có thái độ đạt ở nhóm can thiệp tương ứng với mỗi tình huống cần chi phí là 5.501.923 VNĐ, 5.125.385 VNĐ, 4.824.038 VNĐ.

Tỷ số chi phí hiệu quả trung bình để thay đổi thực hành ($ACER_P$) ở nhóm can thiệp với với mỗi tình huống trên lần lượt là 8.540.298, 7.955.820, 7.488.059. Như vậy, để tăng thêm 1% VTN có thái độ đạt ở nhóm can thiệp tương ứng với mỗi tình huống cần chi phí là 8.540.298 VNĐ, 7.955.820 VNĐ, 7.488.059 VNĐ.

Bảng 3.29. Tỷ số chi phí hiệu quả tăng thêm để thay đổi kiến thức, thái độ, thực hành của nhóm can thiệp và nhóm chứng

TT	Chỉ số	Công thức tính	Chi phí hiệu quả tăng thêm (ICER)		
			Tình huống 2 năm	Tình huống 3 năm	Tình huống 5 năm
1	Tỷ số chi phí hiệu quả tăng thêm để thay đổi kiến thức của nhóm can thiệp và nhóm chứng	$\frac{ C_{CT} - C_C }{ \Delta K_{CT} - \Delta K_C }$	941.031	859.955	795.067
2	Tỷ số chi phí hiệu quả tăng thêm để thay đổi thái độ của nhóm can thiệp và nhóm chứng	$\frac{ C_{CT} - C_C }{ \Delta A_{CT} - \Delta A_C }$	4.561.956	4.168.913	3.854.347
3	Tỷ số chi phí hiệu quả tăng thêm để thay đổi thực hành của nhóm can thiệp và nhóm chứng	$\frac{ C_{CT} - C_C }{ \Delta P_{CT} - \Delta P_C }$	7.494.642	6.848.928	6.332.143

Ghi chú: C_{CT} , C_C - Tổng chi phí can thiệp, tổng chi phí nhóm chứng; ΔK_{CT} , ΔA_{CT} , ΔP_{CT} - Hiệu số tỷ lệ kiến thức, thái độ, thực hành đạt trước và sau can thiệp ở nhóm can thiệp; ΔK_C , ΔA_C , ΔP_C - Hiệu số tỷ lệ kiến thức, thái độ, thực hành đạt trước và sau can thiệp ở nhóm chứng.

Kết quả nghiên cứu cho thấy hiệu số tỷ lệ VTN có kiến thức đạt trước - sau can thiệp ở nhóm can thiệp (ΔK_{CT}) và nhóm chứng (ΔK_C) tương ứng là 48% và 3,4%. Hiệu số tỷ lệ VTN có thái độ đạt trước - sau can thiệp ở nhóm can thiệp (ΔA_{CT}) và nhóm chứng (ΔA_C) tương ứng là 10,4% và 1,2%. Hiệu số tỷ lệ VTN có thực hành đạt trước - sau can thiệp ở nhóm can thiệp (ΔP_{CT}) và nhóm chứng (ΔP_C) tương ứng là 6,7% và 1,1%.

Bảng 3.29 cho thấy chi phí để tăng thêm 1% VTN có kiến thức đạt với tình huống 2 năm, 3 năm và 5 năm của nhóm can thiệp so với nhóm chứng lần lượt là 941.031 VNĐ, 859.955 VNĐ, 795.067 VNĐ. Chi phí để tăng thêm 1% VTN có thái độ đạt với mỗi tình huống trên của nhóm can thiệp so với nhóm chứng lần lượt là 4.561.956 VNĐ, 4.168.913 VNĐ, 3.854.347 VNĐ. Chi phí để tăng thêm 1% VTN có thực hành đạt với mỗi tình huống trên của nhóm can thiệp so với nhóm chứng lần lượt là 7.494.642 VNĐ, 6.848.928 VNĐ, 6.332.143 VNĐ.

Bảng 3.30. Tỷ số chi phí hiệu quả tăng thêm với đơn vị hiệu quả quy ra QALY

TT	Chỉ số	Công thức tính	Chi phí hiệu quả tăng thêm (ICER)		
			Tình huống 2 năm	Tình huống 3 năm	Tình huống 5 năm
1	Tỷ số chi phí hiệu quả tăng thêm thấp nhất với đơn vị hiệu quả quy ra QALY (mức tăng QALY cao)	$\frac{ C_{CT} - C_C }{\Delta Q_1}$	3.547.760	3.242.096	2.997.464
2	Tỷ số chi phí hiệu quả tăng thêm trung bình với đơn vị hiệu quả quy ra QALY (mức tăng QALY trung bình)	$\frac{ C_{CT} - C_C }{\Delta Q_2}$	119.914.286	109.582.857	101.314.286
3	Tỷ số chi phí hiệu quả tăng thêm cao nhất với đơn vị hiệu quả quy ra QALY (mức tăng QALY thấp)	$\frac{ C_{CT} - C_C }{\Delta Q_3}$	220.894.737	201.863.158	186.631.579

Ghi chú: ΔQ_1 - Số QALY tiết kiệm được cao nhất; ΔQ_2 - Số QALY tiết kiệm trung bình; ΔQ_3 - Số QALY tiết kiệm được thấp nhất.

Dựa trên tổng quan tài liệu, số QALY tăng thêm do tác động của can thiệp được quy đổi là 0,19 - 0,35 [50] và 11,83 [37]. Như vậy, số QALY tăng thêm ở 3 mức cao, trung bình và thấp tương ứng là: 11,83; 0,35 và 0,19.

Bảng 3.30 cho thấy tỷ số chi phí hiệu quả tăng thêm thấp nhất với đơn vị hiệu quả QALY tương ứng với các tình huống 2 năm, 3 năm và 5 năm lần lượt là 3.547.760, 3.242.096, 2.997.464. Nói cách khác, chi phí thấp nhất để tăng thêm một năm sống hoàn toàn khỏe mạnh theo phương pháp can thiệp đã được áp dụng tương ứng với mỗi tình huống trên lần lượt là 3.547.760 VNĐ, 3.242.096 VNĐ, 2.997.464 VNĐ.

Tỷ số chi phí hiệu quả tăng thêm trung bình với đơn vị hiệu quả QALY tương ứng với các tình huống 2 năm, 3 năm và 5 năm lần lượt 119.914.286, 109.582.857, 101.314.286. Như vậy, chi phí trung bình để tăng thêm một năm sống hoàn toàn khỏe mạnh theo phương pháp can thiệp đã được áp dụng tương ứng với mỗi tình huống trên lần lượt là 119.914.286 VNĐ, 109.582.857 VNĐ, 101.314.286 VNĐ.

Tỷ số chi phí hiệu quả tăng thêm cao nhất với đơn vị hiệu quả QALY tương ứng với các tình huống 2 năm, 3 năm và 5 năm lần lượt 220.894.737, 201.863.158, 186.631.579. Như vậy, chi phí cao nhất để tăng thêm một năm sống hoàn toàn khỏe mạnh theo phương pháp can thiệp đã được áp dụng tương ứng với mỗi tình huống trên lần lượt là 220.894.737 VNĐ, 201.863.158 VNĐ, 186.631.579 VNĐ.

CHƯƠNG 4

BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm chung đối tượng nghiên cứu

Đối tượng điều tra KAP phòng chống RTIs là VTN 14 - 19 tuổi thuộc khối 8 đến khối 12 tại 6 trường trung học thuộc huyện Kim Bảng, Hà Nam. VTN được điều tra KAP trong 2 đợt gồm đợt điều tra trước can thiệp và đợt điều tra sau can thiệp. Hai đợt điều tra thực hiện trên hai mẫu nghiên cứu khác nhau. Mẫu nghiên cứu của lần điều tra trước can thiệp được chọn ngẫu nhiên trong quần thể học sinh lớp 8 đến lớp 12 của năm học 2014 - 2015. Mẫu nghiên cứu của lần điều tra sau can thiệp được chọn ngẫu nhiên trong quần thể học sinh lớp 8 đến lớp 12 của năm học 2015 - 2016.

Cỡ mẫu tính toán trong cả 2 lần điều tra là 1.840 VTN. Tuy nhiên, trên thực tế, ở cả hai lần điều tra số VTN được lấy vào nghiên cứu lớn hơn cỡ mẫu tính toán do chọn mẫu theo lớp. Tổng số VTN tham gia nghiên cứu trong lần điều tra KAP trước can thiệp và sau can thiệp lần lượt là 1859 và 1860 học sinh. Phân bố học sinh theo cấp học, khối lớp, học lực, điều kiện kinh tế gia đình của nhóm can thiệp và nhóm chứng ở mẫu điều tra sau can thiệp là tương đương nhau.

4.2. Thực trạng kiến thức, thái độ, thực hành phòng chống nhiễm khuẩn đường sinh sản của vị thành niên

4.2.1. Kiến thức

Kết quả nghiên cứu cho thấy tỷ lệ VTN biết đến các bệnh STIs cao hơn rất nhiều so với tỷ lệ VTN biết đến các bệnh RTIs, cụ thể là các nhiễm khuẩn nội sinh. Các bệnh STIs được nhắc đến chủ yếu là HIV, giang mai và lậu. Tỷ lệ VTN kể tên bệnh giang mai và lậu lần lượt là 18,7% và 13,7%. Kết quả này cao hơn so với kết quả của một số nghiên cứu khác. Nghiên cứu của Monica và cộng sự trên 410 nữ VTN 17 - 19 tuổi tại các trường Đại học thuộc khu đô thị Udipi Taluk, Ấn Độ chỉ ra tỷ lệ VTN kể tên bệnh lậu và giang mai lần lượt là 7,8% và 14,1% [91]. Một nghiên cứu khác của Nguyễn Văn Nghị tại huyện Chí Linh, Hải Dương cho biết tỷ lệ

biết đến bệnh lậu và giang mai lần lượt là 12,9% và 17,5% [12]. Mặt khác, tỷ lệ kể tên trùng roi sinh dục ở nghiên cứu này thấp hơn khoảng 12 lần so với nghiên cứu của Monica và cộng sự (0,2% và 2,4%). Trong nghiên cứu của Monica và cộng sự, VTN còn nhắc đến một số bệnh RTIs khác như herpes sinh dục (13,4%), mụn cóc sinh dục (3,9%), u hạt bẹn (2,9%), tuy nhiên trong nghiên cứu này thì không [91].

Đối với kiến thức về triệu chứng RTIs, tỷ lệ học sinh nữ đề cập đến các triệu chứng ra nhiều khí hư, đau bụng dưới và có vết loét vùng âm hộ lần lượt là 7,3%, 1,7% và 0,9%. Kết quả này thấp hơn rất nhiều so với nghiên cứu của Monica và cộng sự với tỷ lệ đề cập đến 3 triệu chứng trên lần lượt là 63,3%, 40% và 38,3% [91]. Nghiên cứu của Nguyễn Thị Ái Thơ cũng cho thấy tỷ lệ sinh viên biết đến các triệu chứng ra nhiều khí hư, đau bụng dưới và có vết loét BPSD cao hơn nghiên cứu này với tỷ lệ lần lượt là 31,1%; 15,7% và 36,3% [17].

Ngoài ra, kết quả nghiên cứu cho thấy có 78,2% học sinh nữ và 90% học sinh nam không kể được bất kỳ triệu chứng nào của RTIs. Tỷ lệ VTN có kiến thức chưa đạt về triệu chứng RTIs của nghiên cứu này cao hơn một số nghiên cứu khác. Nghiên cứu của Nguyễn Thị Tuyên tại một trường THPT ở thành phố Huế cho biết có 68,1% học sinh có kiến thức chưa đạt về triệu chứng các bệnh STIs [24]. Nghiên cứu của Nguyễn Thị Ái Thơ chỉ ra có gần một nửa số sinh viên không biết bất kỳ triệu chứng nào của RTIs/STIs (47,4%) [17].

Không vệ sinh sinh dục hàng ngày là hành vi nguy cơ được 25,1% học sinh nữ đề cập đến. Tỷ lệ này thấp hơn nghiên cứu của Orji và cộng sự với 38% nữ VTN và sinh viên tin rằng vệ sinh sinh dục kém là lý do dẫn đến RTIs. Ngoài ra, 70,5% học sinh nữ không biết bất kỳ hành vi nguy cơ nào của RTIs. Tỷ lệ này ở nghiên cứu của Orji thấp hơn rất nhiều với 2,5% cô gái trả lời không biết bất kỳ hành vi nguy cơ nào của RTIs [94].

Tỷ lệ VTN tại Kim Bảng, Hà Nam không biết hậu quả nào của RTIs là 52%. Tỷ lệ này cao hơn nhiều so với nghiên cứu của Nguyễn Minh Quang và Ngô Văn Toàn (10%) [13]. Ngoài ra, có 46,8% VTN cho biết vô sinh là hậu quả của RTIs. Tỷ lệ VTN đề cập đến ung thư và sảy thai, đẻ non lần lượt là

1,4% và 0,6%. Tỷ lệ VTN đề cập đến những hậu quả này trong nghiên cứu của Nguyễn Minh Quang và Ngô Văn Toàn đều cao hơn nhiều với 66,9% VTN biết hậu quả vô sinh; 32,9% VTN biết có thể ung thư tử cung; 47% VTN biết hậu quả sảy thai, đẻ non [13]. Nghiên cứu của Amira và cộng sự cũng báo cáo một tỷ lệ cao hiểu biết về hậu quả đối với mang thai và sinh đẻ của nữ VTN. Các tác giả cho biết 90,6% VTN trả lời bệnh RTIs/STIs có thể ảnh hưởng đến mang thai ở phụ nữ [35]. Tỷ lệ VTN biết đến hậu quả của RTIs ở nghiên cứu này thấp hơn rất nhiều so với các nghiên cứu khác trên thế giới và Việt Nam có thể lý giải do nghiên cứu này sử dụng phương pháp điều tra phát phiếu câu hỏi tự điền, trong khi đó các nghiên cứu khác sử dụng phương pháp phỏng vấn trực tiếp ĐTNC.

Trong nghiên cứu này, 65,6% VTN không biết bất kỳ biện pháp phòng chống RTIs nào. Tỷ lệ này cao hơn kết quả nghiên cứu của Nguyễn Thị Tuyên với 40% học sinh có kiến thức chưa tốt về biện pháp phòng chống các bệnh STIs [24]. Mặt khác, tỷ lệ này thấp hơn nghiên cứu của Monica và cộng sự với tỷ lệ VTN có kiến thức không đạt về biện pháp phòng chống STIs là 87% [91]. Không QHTD với nhiều người được 3,1% VTN đề cập đến. Tỷ lệ này thấp hơn nhiều so với nghiên cứu của Ranjan và cộng sự khi có đến 60% VTN trả lời QHTD không an toàn với người có nhiều bạn tình là hành vi nguy cơ của RTIs/STIs [101].

Khoảng gần một phần tư VTN biết cả hai tác dụng phòng tránh STIs và phòng tránh thai của BCS (24,5%). Tỷ lệ này chỉ bằng một nửa so với kết quả nghiên cứu của Nguyễn Thị Nga và cộng sự thực hiện trên đối tượng VTN 12 - 15 tuổi tại huyện Na Rì, Bắc Kạn. Nghiên cứu báo cáo có 50,9% học sinh biết cả hai tác dụng phòng tránh bệnh STIs và phòng tránh thai của BCS [10]. Ngoài ra, theo SAVY I nhận định đa số người trẻ tuổi biết BCS có tác dụng phòng tránh các bệnh STIs bao gồm HIV/AIDS đồng thời phòng tránh thai [3]. Ngoài ra, nghiên cứu này cho biết có 63,3% học sinh nữ không biết tác dụng phòng tránh STIs của BCS. Tỷ lệ này cao gấp gần 3 lần so với kết quả của một cuộc điều tra tại một số trường học ở Ấn Độ với 22% cô gái VTN không nhận thức được rằng những người luôn luôn sử dụng BCS có thể được bảo vệ khỏi các bệnh STIs [86].

Nhìn chung, các nghiên cứu có những kết quả không thống nhất với nghiên cứu này khi đánh giá kiến thức RTIs của VTN. Sự khác nhau về ĐTNC (giới tính, nhóm tuổi), địa điểm nghiên cứu (thành thị, nông thôn, khu vực hành chính) và phương pháp thu thập số liệu (phỏng vấn trực tiếp, phát bộ câu hỏi tự điền) có thể là lý do dẫn đến các nghiên cứu có kết quả khác nhau.

4.2.2. Thái độ

Hầu hết VTN có thái độ tích cực đối với việc phòng chống RTIs với 96% học sinh nam và 99% học sinh nữ cho rằng phòng chống RTIs là việc cần thiết. Jamileh và cộng sự thực hiện nghiên cứu trên 305 phụ nữ từ 15 - 49 tuổi tại các trung tâm chăm sóc sức khỏe của thành phố Kerman, Iran chỉ ra hầu hết phụ nữ có thái độ tích cực đối với việc phòng chống RTIs. Điểm trung bình thái độ của mẫu nghiên cứu là 4,03/4,66 điểm [77].

Kết quả nghiên cứu cho thấy 60,8% học sinh nữ cảm thấy ngại, xấu hổ nếu bị mắc RTIs hoặc trao đổi, nói chuyện với người khác về RTIs/STIs. Trong khi đó, một nghiên cứu thực hiện trên 471 bệnh nhân đến phòng khám vì lý do STIs tại Nairobi - Kenya, Fonck và cộng sự phát hiện ra rằng sự sợ hãi và xấu hổ là nguyên nhân của việc không điều trị STIs khi thấy triệu chứng của nó [65]. Kết quả nghiên cứu chỉ ra nhiều phụ nữ cho rằng đi khám phụ khoa là đau đớn và xấu hổ.

Về thái độ phòng chống RTIs, kết quả của nghiên cứu này khá thống nhất với một số nghiên cứu khác trên thế giới. Nhìn chung, ĐTNC có thái độ tích cực đối với phòng chống RTIs. Ngoài ra, RTIs được xem là vấn đề nhạy cảm đối với ĐTNC, đặc biệt là nữ giới, do vậy hầu hết ĐTNC có cảm giác ngại, xấu hổ khi thấy triệu chứng của bệnh hoặc khi trao đổi, nói chuyện về RTIs.

4.2.3. Thực hành

Hầu hết VTN thực hành vệ sinh sinh dục hàng ngày đạt yêu cầu (90,5%). Ngược lại, theo nghiên cứu của El-Gilany và cộng sự thực hiện tại thành phố Mansoura, Ai Cập trên 664 học sinh trong độ tuổi 14 - 18 cho biết các khía cạnh khác nhau về vệ sinh cá nhân được tìm thấy là kém [61].

Kết quả nghiên cứu cho thấy có 55,4% học sinh nữ thực hành vệ sinh sinh dục 2 lần/ngày trở lên và 43,6% học sinh nữ vệ sinh 1 lần/ngày. Theo kết quả nghiên cứu của Nguyễn Thị Huyền Thương và cộng sự trên học sinh nữ 11 - 19 tuổi tại thành phố Huế, tỷ lệ VTN thực hành vệ sinh sinh dục 2 lần/ngày trở lên cao hơn nghiên cứu này (89,8%) [18]. Mặt khác, tỷ lệ nữ VTN thực hành vệ sinh 1 lần/ngày thấp hơn nghiên cứu này (10,2%).

Ngoài ra, có 30,3% học sinh nữ không sử dụng dung dịch vệ sinh phụ nữ khi vệ sinh sinh dục. Kết quả này thấp hơn nghiên cứu của Nguyễn Thị Huyền Thương với 43,2% học sinh nữ không sử dụng dung dịch vệ sinh vào bất cứ lúc nào.

Kết quả nghiên cứu cho thấy có 18,9% học sinh nữ đã từng thực rửa âm đạo. Kết quả này thấp hơn nhiều so với nghiên cứu của Amira và cộng sự trên nữ sinh viên ở một trường Đại học tại Ai Cập với 62% ĐTNC đã từng thực rửa âm đạo [35]. Điều này có thể lý giải do ĐTNC trong nghiên cứu này (VTN) ở độ tuổi nhỏ hơn so với ĐTNC trong nghiên cứu của Amira (Sinh viên) nên hành vi QHTD trước hôn nhân là ít phổ biến hơn, từ đó hành vi thực rửa âm đạo cũng hạn chế hơn.

Có 19,9% học sinh nữ thực hành thay thấm hút và vệ sinh sinh dục trong thời kỳ kinh nguyệt không đạt yêu cầu. Tỷ lệ này thấp hơn so với một số nghiên cứu khác. Nghiên cứu của Hassanen và cộng sự cho biết gần hai phần ba các cô gái thực hành vệ sinh kém trong thời kỳ kinh nguyệt [70]. Ngoài ra, nghiên cứu của Amira và cộng sự chỉ ra có đến 91,4% nữ sinh viên có VSKN kém [35].

4.3. Các yếu tố liên quan đến kiến thức, thái độ, thực hành phòng chống nhiễm khuẩn đường sinh sản của vị thành niên

4.3.1. Giới tính

Kết quả nghiên cứu cho thấy có mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa giới tính với KAP phòng chống RTIs của VTN. Trong đó, nữ VTN có KAP phòng chống RTIs tốt hơn nam VTN. Điều này được giải thích do nữ giới thường để ý, quan tâm, lo lắng hơn về những vấn đề sức khỏe trên cơ thể

mình hơn nam giới. Do vậy, có thể họ chủ động tìm hiểu kiến thức về RTIs nhiều hơn hoặc ghi nhớ nhiều hơn khi được cung cấp những kiến thức này. Ngoài ra, họ hay lo lắng về sức khỏe hơn so với nam giới nên có thái độ và thực hành tốt hơn.

Một số nghiên cứu điều tra KAP về SKSS VTN bao gồm KAP phòng chống STIs/RTIs cũng chỉ ra có mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa giới tính với KAP về SKSS VTN nói chung.

Một số nghiên cứu báo cáo kết quả tương đồng với nghiên cứu này khi chỉ ra nữ giới có KAP tốt hơn nam giới [23], [24]. Ngược lại, một số nghiên cứu chỉ ra nam giới có kiến thức và thực hành tốt hơn nữ giới [3], [84].

4.3.2. Cấp học, trình độ học vấn, tuổi

Nghiên cứu này chỉ ra có mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa cấp học với KAP phòng chống RTIs của VTN. Ở hầu hết các nội dung kiến thức, học sinh THPT đều có kiến thức tốt hơn học sinh THCS. Tuy nhiên, đối với hiểu biết về thực rửa âm đạo, học sinh THPT có kiến thức kém hơn học sinh THCS. Đối với thái độ phòng chống RTIs, học sinh THPT có thái độ tốt hơn học sinh THCS. Tương tự, học sinh THPT có thực hành tốt hơn học sinh THCS.

Có nhiều nghiên cứu báo cáo kết quả tương tự khi chỉ ra rằng học sinh ở những khối lớp lớn hơn, nhóm tuổi lớn hơn và trình độ học vấn cao hơn có KAP về SKSS bao gồm KAP phòng chống STIs/RTIs tốt hơn học sinh khối lớp nhỏ hơn, nhóm tuổi nhỏ hơn và trình độ học vấn thấp hơn [12], [18], [24], [84].

Nghiên cứu của Kumari báo cáo trẻ VTN đã hoàn thành bậc trung học có kiến thức và thực hành về SKSS ở tất cả các nội dung điều tra tốt hơn học sinh có trình độ học vấn thấp hơn [84].

Ngoài ra, nghiên cứu của Ranjan Kumar Prusty cho biết VTN có bậc giáo dục trung học có khả năng tìm kiếm điều trị STIs cao hơn 1,28 lần so với VTN không học trung học [101].

Nghiên cứu của Nguyễn Văn Nghị thực hiện trên đối tượng nam, nữ VTN 10-19 tuổi chưa kết hôn tại huyện Chí Linh, tỉnh Hải Dương từ năm

2006 - 2009 cho thấy có mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa trình độ học vấn và hiểu biết về STIs. Học sinh THPT, THCS có hiểu biết về STIs tốt hơn học sinh Tiểu học [12].

Ngoài ra, nghiên cứu của Nguyễn Thị Huyền Thương tại một số trường trung học tại Huế cho biết có mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa trình độ học vấn và KAP vệ sinh phụ khoa của nữ học sinh. Trong đó, học sinh THPT có KAP vệ sinh phụ khoa tốt hơn học sinh THCS [18].

Thêm vào đó, nghiên cứu của Nguyễn Thị Tuyền chỉ ra tuổi có mối liên quan có ý nghĩa thống kê với kiến thức và thái độ về SKSS của học sinh; khối lớp có mối liên quan đến KAP về SKSS của học sinh. Trong đó, học sinh ở nhóm tuổi lớn hơn và khối lớp cao hơn có KAP tốt hơn [24].

Nhìn chung, học sinh ở cấp học, trình độ học vấn cao hơn, tuổi lớn hơn có KAP về phòng chống RTIs/STIs tốt hơn học sinh ở cấp học, trình độ học vấn thấp hơn, tuổi nhỏ hơn. Học sinh ở cấp học, trình độ học vấn cao hơn, tuổi lớn hơn có nhiều thời gian và cơ hội tiếp cận các thông tin, hướng dẫn về KAP phòng chống RTIs hơn. Do vậy, họ có KAP phòng chống RTIs tốt hơn.

4.3.3. Học lực

Kết quả nghiên cứu cho thấy có mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa học lực với kiến thức phòng chống RTIs của VTN. Khả năng học sinh giỏi, xuất sắc có kiến thức phòng chống RTIs tốt cao gấp 2,3 lần so với học sinh trung bình. Điều này có thể lý giải do học sinh thuộc nhóm học lực cao hơn thường có ý thức kỷ luật cũng như khả năng ghi nhớ, chú ý tốt hơn học sinh thuộc nhóm học lực thấp hơn. Ngoài ra, khi trả lời câu hỏi trong phiếu tự điền, học sinh thuộc nhóm học lực cao hơn có thể có sự hợp tác cũng như nghiêm túc hơn để cung cấp thông tin một cách đầy đủ và trung thực nhất.

Một số nghiên cứu cho biết điều tương tự khi chỉ ra học sinh có xếp loại học lực cao hơn có KAP về SKSS bao gồm KAP phòng chống STIs/RTIs tốt hơn. Nghiên cứu của Nguyễn Thị Tuyền chỉ ra học lực có mối liên quan có ý nghĩa thống kê với KAP về SKSS của học sinh. Trong đó, học sinh có xếp loại học lực cao hơn có KAP tốt hơn [24].

Nghiên cứu của Nguyễn Đình Sơn chỉ ra điều tương tự khi cho biết học lực có mối liên quan có ý nghĩa thống kê với kiến thức về SKSS. Trong đó, nhóm học lực giỏi có kiến thức tốt hơn nhóm học lực khá, trung bình và yếu [14].

4.3.4. Điều kiện kinh tế gia đình

Kết quả nghiên cứu cho biết không có mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa điều kiện kinh tế gia đình với KAP phòng chống RTIs. Mặt khác, nghiên cứu của Hashima phát hiện có mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa kiến thức và điều kiện kinh tế gia đình. Theo đó, học sinh có điều kiện kinh tế gia đình cao hơn có kiến thức tốt hơn so với học sinh có điều kiện kinh tế gia đình thấp hơn [69].

Thêm vào đó, nghiên cứu của Nguyễn Đình Sơn chỉ ra có mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa điều kiện kinh tế gia đình và kiến thức về SKSS của học sinh. Theo đó, hộ không nghèo có kiến thức tốt hơn hộ cận nghèo và hộ nghèo [14].

Kết quả nghiên cứu cho thấy không có mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa điều kiện kinh tế gia đình với hành vi xử lý khi thấy triệu chứng của RTIs. Tuy nhiên, tác giả Ranjan Kumar Prusty chỉ ra có mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa điều kiện kinh tế gia đình với khả năng thực hiện hành vi tìm kiếm điều trị RTIs. Tác giả cho biết những VTN thuộc nhóm gia đình giàu nhất có cơ hội cao hơn tìm cách chữa trị RTIs so với nhóm gia đình nghèo nhất (OR = 1,39, $p < 0,05$) [101].

Mặt khác, nghiên cứu của Hashima cho thấy điều ngược lại khi chỉ ra rằng nhóm ĐTNC ở tầng lớp kinh tế thấp hơn có nhiều khả năng để tìm cách điều trị hơn nhóm ở tầng lớp kinh tế cao hơn [69].

4.3.5. Tổng số người sống trong gia đình

Kết quả nghiên cứu cho thấy không có mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa tổng số người sống trong gia đình với KAP phòng chống RTIs. Tuy nhiên, có mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa tổng số người sống trong gia đình với kiến thức nêu tên bệnh RTIs. Nhóm học sinh sống trong gia đình có 3 hoặc ít hơn 3 người có kiến thức nêu tên bệnh RTIs tốt hơn nhóm có tổng số người trong gia đình có 4 người trở lên.

Nghiên cứu tại một số trường THPT huyện Vũ Quang, tỉnh Hà Tĩnh cho biết số người sống trong gia đình có mối liên quan có ý nghĩa thống kê với kiến thức về SKSS của VTN. Trong đó, nhóm sống trong gia đình có từ 1 - 4 người có kiến thức tốt hơn nhóm gia đình có từ 5 người trở lên [14].

4.3.6. Quan tâm của cha mẹ, người thân

Sự quan tâm của cha mẹ, người thân được chỉ ra có mối liên quan có ý nghĩa thống kê với kiến thức và thái độ phòng chống RTIs của VTN. Khả năng học sinh được cha mẹ, người thân rất quan tâm có kiến thức phòng chống RTIs tốt cao gấp 2,1 lần so với học sinh không được quan tâm. Khả năng học sinh được cha mẹ, người thân rất quan tâm có thái độ phòng chống RTIs tốt cao gấp 2,9 lần so với học sinh không được quan tâm. Như vậy, học sinh được cha mẹ, người thân rất quan tâm có kiến thức và thái độ phòng chống RTIs tốt hơn so với học sinh không được cha mẹ, người thân quan tâm. Đối với học sinh lứa tuổi VTN, sự quan tâm của cha mẹ, người thân có vai trò hết sức quan trọng trong mọi mặt đời sống của các em. Nếu được cha mẹ, người thân quan tâm, học sinh sẽ có những kiến thức nhất định cũng như có được thái độ phù hợp và ý thức thực hành những hành vi lành mạnh. Điều này có thể giải thích tại sao học sinh được cha mẹ, người thân quan tâm thường có KAP về các vấn đề sức khỏe nói chung và KAP phòng chống RTIs nói riêng tốt hơn học sinh ít hoặc không được quan tâm.

Kết quả nghiên cứu cho thấy không có mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa quan tâm của cha mẹ, người thân với thực hành phòng chống RTIs của VTN. Như vậy, việc thực hành phòng chống RTIs của VTN không phụ thuộc vào mức độ quan tâm của cha mẹ, người thân trong gia đình.

4.3.7. Mối liên quan giữa kiến thức, thái độ, thực hành phòng chống nhiễm khuẩn đường sinh sản của vị thành niên

Kết quả nghiên cứu cho thấy có mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa kiến thức và thái độ phòng chống RTIs của VTN. Khả năng VTN có kiến thức phòng chống RTIs đạt có thái độ tốt cao gấp 2,5 lần so với học sinh có kiến thức không đạt.

Nghiên cứu của Clark và cộng sự tại Philadelphia và Khandwalla chỉ ra điều tương tự khi báo cáo có mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa kiến thức và thái độ phòng chống RTIs. Theo đó, những người có kiến thức tốt có nhiều mong muốn phòng chống RTIs hơn những người có kiến thức kém.

Ngoài ra, kết quả nghiên cứu cho thấy có mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa kiến thức và thực hành phòng chống RTIs. Khả năng VTN có kiến thức phòng chống RTIs đạt có thực hành tốt cao gấp 2,6 lần so với học sinh có kiến thức không đạt.

Nghiên cứu của Trương Thị Vân Anh ở 5 trường THCS tại quận Ninh Kiều cho biết điều tương tự khi chỉ ra học sinh có hiểu biết tốt về VSKN sẽ thực hành VSKN đúng gấp 5,17 lần so với học sinh có kiến thức kém [1].

Nghiên cứu của Nguyễn Thị Huyền Thương cho biết có mối liên quan giữa kiến thức và thực hành vệ sinh phụ khoa của học sinh nữ [18]. Tác giả Ranjan Kumar Prusty cũng chỉ ra trong một nghiên cứu về RTIs trên đối tượng thanh thiếu niên là kiến thức là yếu tố quyết định quan trọng trong việc tìm kiếm điều trị RTIs [101].

Ngoài ra, một mối tương quan thuận với mức độ tương quan chặt chẽ giữa điểm kiến thức và điểm thực hành của học sinh được phát hiện trong nghiên cứu của Amira và cộng sự [35]. Tương tự, Bobhate và Shrivastana cũng kết luận trong một nghiên cứu trên nữ VTN tại Mumbai là có mối liên quan giữa kiến thức và thực hành VSKN [40].

Kết quả nghiên cứu cho thấy có mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa thái độ và thực hành phòng chống RTIs của VTN. Khả năng VTN có thái độ phòng chống RTIs đạt có thực hành tốt cao gấp 1,65 lần so với học sinh có thái độ không đạt.

4.4. Lựa chọn, kết quả triển khai và hiệu quả can thiệp

4.4.1. Lựa chọn can thiệp dựa trên trường học

Loại hình can thiệp được lựa chọn là can thiệp dựa trên trường học. Thông qua nhà trường, thực hiện các phương pháp TT - GDSK phòng chống

RTIs cho VTN. Việc phòng chống RTIs VTN thông qua nhà trường là một phương tiện quan trọng có ảnh hưởng lớn đến VTN. Với số lượng trẻ em đi học ngày càng nhiều, trường học là một cách hữu hiệu để tiếp cận với VTN độ tuổi đi học và gia đình của họ một cách có tổ chức. Ngoài ra, trường học là nơi có thể cung cấp một dịch vụ y tế toàn diện, được sự tin tưởng của học sinh, gia đình và cộng đồng.

Trường học có cơ sở hạ tầng, cơ sở vật chất sẵn có với đầy đủ trang thiết bị, dụng cụ phục vụ công việc giảng dạy và học tập. Giáo viên là một đội ngũ nhân lực tốt để thực hiện các chương trình can thiệp bởi họ có nhiều kỹ năng và kinh nghiệm cần thiết. Hơn nữa, giáo viên thường được học sinh tôn trọng và coi là những tấm gương để noi theo.

Trong nhiều trường hợp, trường học có thể là nơi duy nhất để thanh thiếu niên nhận được thông tin đáng tin cậy về sức khỏe. VTN thường không hài lòng khi nói chuyện với bạn bè vì bạn bè cũng thiếu thông tin, kiến thức cần thiết. Các thành viên trong gia đình thường không thể hoặc không sẵn sàng cung cấp kiến thức và hướng dẫn thực hành phòng chống RTIs cho VTN.

Thêm vào đó, trường học có thể hợp tác với các tổ chức cộng đồng cũng như liên kết, phối hợp với gia đình học sinh một cách dễ dàng để xây dựng những chương trình can thiệp có hiệu quả cao.

4.4.2. Lựa chọn các phương pháp truyền thông - giáo dục sức khỏe dựa trên các can thiệp trên thế giới và Việt Nam

Các chương trình phòng chống RTIs ở VTN chủ yếu là cấu phần nằm trong các chương trình SKSS - SKTD nói chung. Các chương trình này bao gồm chương trình dựa trên trường học và chương trình dựa trên cộng đồng. Các chương trình được thực hiện ở nhiều khu vực trên thế giới với các mô hình/ biện pháp can thiệp cụ thể bao gồm Trung tâm y tế trường học, trung tâm thanh thiếu niên tại cộng đồng, giáo dục đồng đẳng, tiếp cận dựa trên gia đình.

Trung tâm y tế trường học được coi là một trong những chiến lược hiệu quả nhất cho cung cấp dịch vụ SKSS và phòng ngừa bệnh tật toàn diện cho

VTN - TN, đặc biệt là những VTN - TN ít được tiếp cận các dịch vụ y tế [41], [61]. Một số báo cáo cho thấy VTN có mức độ hài lòng cao đối với Trung tâm y tế trường học [39],[105]. Trung tâm y tế trường học thường không tiếp cận được những VTN - TN không đi học hoặc đã bỏ học, những VTN - TN vô gia cư, hoặc đang bị giam giữ [81]. Tuy nhiên, Trung tâm y tế trường học áp dụng với những chương trình phòng chống SKSS VTN bao gồm đa loại hình dịch vụ như phòng ngừa y tế, cung cấp y tế, điều dưỡng, chăm sóc SKSS và các vấn đề về sức khỏe tâm thần cho học sinh [42]. Với những chương trình cung cấp đa loại hình dịch vụ như Trung tâm y tế trường học, cần đầu tư nguồn lực tương đối để triển khai thực hiện và duy trì. Do vậy, chương trình này có thể là không phù hợp với can thiệp về một vấn đề sức khỏe bao hàm trong SKSS VTN như RTIs.

Ngoài ra, các can thiệp giải quyết quản lý VSKN cũng được thực hiện ở nhiều nơi trên thế giới, đặc biệt là các nước có thu nhập thấp và trung bình. Các can thiệp giải quyết quản lý VSKN được phân loại thành hai nhóm bao gồm can thiệp phần cứng và can thiệp phần mềm. Can thiệp phần cứng được thiết kế để giải quyết sự thiếu thốn về vật chất như việc cung cấp các vật liệu thấm hút hay cải thiện việc cung cấp nước, vệ sinh môi trường và thiết bị vệ sinh. Can thiệp phần mềm giải quyết sự thiếu hụt kiến thức về kinh nguyệt và quản lý VSKN bằng cách TT- GDSK. Các can thiệp này chỉ tập trung vào vấn đề VSKN ở học sinh nữ, là một khía cạnh nhỏ trong phòng chống RTIs ở VTN. Tuy nhiên, có thể tham khảo các phương pháp TT-GDSK trong các can thiệp phần mềm, cách thức và quy trình triển khai các phương pháp này.

Nhiều chương trình SKSS bao gồm phòng chống RTIs/STIs trong trường học sử dụng cách tiếp cận giáo dục hoặc tư vấn đồng đẳng. Đồng đẳng viên thường là những người cùng tuổi hoặc lớn tuổi hơn một chút. Họ có thể làm việc cùng với các giáo viên, thực hiện hoạt động giáo dục của mình hoặc tự đứng ra tổ chức và thực hiện các hoạt động trong trường học [109]. Để

thúc đẩy phòng chống RTIs/STIs, giáo dục đồng đẳng thường bao gồm các cuộc thảo luận không chính thức, video, thuyết trình lồng ghép trong phim truyền hình, nói chuyện riêng đồng thời cung cấp BCS. Các hoạt động không giới hạn trong phạm vi lớp học khi giáo viên đang ở đó, mà có thể thực hiện trong những khoảng thời gian không chính thức khác như lúc ăn uống, trò chuyện và chơi thể thao [109].

Thông tin định tính cho thấy giáo dục đồng đẳng và tư vấn đồng đẳng là những tài sản có giá trị cho các chương trình y tế học đường ở các nước trên toàn thế giới. Lý do được cho rằng đồng đẳng viên ở độ tuổi cũng tương đương nên có thể trao đổi thông tin bằng ngôn ngữ thông tục, dễ hiểu, dễ đồng cảm và có thể tận dụng rất nhiều thời gian, địa điểm khác nhau. Không nghi ngờ gì về việc mang lại lợi ích cho các đồng đẳng viên và người nhận thông tin của các dự án đồng đẳng viên. Tuy nhiên, việc đồng đẳng viên thường xuyên phải được đào tạo lại là thách thức sự bền vững của can thiệp nếu lựa chọn phương pháp này. Ngoài ra, đồng đẳng viên phải được hỗ trợ với mạng lưới giới thiệu mạnh để VTN có thể tiếp cận. Thay vào đó, phương pháp cán bộ y tế tuyên truyền tại lớp học là phương pháp TT-GDSK trực tiếp được lựa chọn để tiến hành can thiệp.

Các trung tâm thanh thiếu niên thân thiện được coi là một phần của mạng lưới y tế cộng đồng. Trung tâm này thu hút cả những thanh thiếu niên trong hoặc ngoài trường học. Tuy nhiên, những đối tượng tiếp cận với những trung tâm này chủ yếu là những TN ngoài lứa tuổi học sinh.

Phương pháp dựa trên gia đình được đánh giá là quan trọng đối với TT-GDSK cho VTN về những vấn đề liên quan đến SKSS. Những thành viên trong gia đình, đặc biệt là cha mẹ có vai trò quan trọng trong việc bảo vệ và thúc đẩy sức khỏe VTN. Gia đình là nơi các vấn đề ủng hộ hay đối đầu được thảo luận công khai. Đây cũng là nơi khởi đầu cho mọi tâm lý VTN từ lòng tự trọng, sự tự tin, xấu hổ, cô đơn hay vui vẻ.

Nhiều nghiên cứu lưu ý rằng các rào cản đối với sự hòa nhập của cha mẹ và VTN đó là sự thiếu hiểu biết của cha mẹ, sự nhút nhát, tâm lý xấu hổ của VTN và khoảng cách thế hệ dẫn đến nhiều quan điểm không đồng nhất. Trong các y văn, bà mẹ nổi bật hơn so với những người cha trong vai trò là cố vấn cho con cái của họ, đặc biệt là con gái.

Dự án “Nâng cao nhận thức về giới và các vấn đề SKSS cho các gia đình nông thôn Việt Nam (2003 - 2006)” được thực hiện bởi Trung tâm nghiên cứu Giới, Gia đình và Môi trường trong phát triển và Hội Kế hoạch hóa gia đình Đan Mạch. Trước khi triển khai dự án, nghiên cứu cơ bản được tiến hành. Nghiên cứu chỉ ra có nhiều vấn đề mà các bậc cha mẹ còn chưa hiểu biết hoặc có hiểu biết rất sơ sài và cũng đang có nhu cầu nhận thức cao như các vấn đề về phòng chống STIs VTN, các kỹ năng trao đổi với con cái về các vấn đề này [21]. Do vậy, việc cung cấp kiến thức cũng như khích lệ, động viên cha mẹ hướng dẫn, trao đổi với con cái về các vấn đề SKSS trong đó có phòng chống RTIs là rất quan trọng. Nghiên cứu lựa chọn phương pháp phát tờ rơi cho cha mẹ học sinh tại buổi sinh hoạt lớp. Ngoài cung cấp kiến thức về phòng chống RTIs, tờ rơi còn bao gồm nội dung khích lệ, động viên cha mẹ quan tâm, chia sẻ và trao đổi với con cái về phòng chống RTIs.

4.4.3. Kết quả triển khai các phương pháp truyền thông - giáo dục sức khỏe

Nhìn chung, các phương pháp TT-GDSK được triển khai phù hợp khả năng tiếp cận của đối tượng đích. Hầu hết đối tượng đích dễ dàng tiếp cận với các phương pháp được triển khai, đặc biệt là phương pháp treo áp phích tại lớp học, học sinh có thể tiếp cận hàng ngày trong một thời gian dài. Phương pháp cán bộ y tế tuyên truyền tại lớp học được lồng ghép trong giờ sinh hoạt lớp, do vậy hầu hết học sinh đều được tham gia vào phương pháp này (95,2% học sinh tham gia).

Nội dung tài liệu tuyên truyền được nhóm nghiên cứu trực tiếp biên soạn dựa trên những tài liệu tham khảo cập nhật, tin cậy. Các vật liệu truyền thông

bao gồm áp phích, tờ rơi được thiết kế bởi các chuyên gia thiết kế tài liệu truyền thông, quảng cáo. Cán bộ tuyên truyền trong giờ sinh hoạt lớp là các bác sỹ của Trung tâm chăm sóc SKSS tỉnh Hà Nam và Trung tâm y tế huyện Kim Bảng có trình độ chuyên môn sâu về sản phụ khoa cũng như có nhiều kinh nghiệm tuyên truyền, giáo dục sức khỏe cho cộng đồng. Do vậy, các phương pháp TT - GDSK được thực hiện đảm bảo chất lượng tốt để đạt được mục tiêu đề ra.

Qua hai đợt giám sát triển khai can thiệp, hầu hết các phương pháp TT-GDSK được triển khai theo đúng tiến độ và nội dung theo kế hoạch. Tuy nhiên, một số vấn đề đã được phát hiện trong các lần giám sát triển khai can thiệp. Chất lượng loa phát thanh của 01 trường trong nhóm can thiệp không ổn định, do vậy ảnh hưởng đến chất lượng một số buổi phát thanh. Số học sinh tham dự các buổi tuyên truyền không đạt 100% do buổi tuyên truyền được tổ chức cuối giờ sinh hoạt lớp nên một số học sinh không ở lại tham dự và rủ nhau về theo nhóm.

Thêm vào đó, một số lớp có những học sinh học sinh cá biệt không hợp tác với cán bộ y tế trong các buổi tuyên truyền. Trong một số trường hợp, Hiệu trưởng nhà trường phải trực tiếp xuống lớp học để can thiệp.

Ngoài ra, có 04 áp phích tại 4 lớp học được bảo quản chưa tốt nên bị hư hỏng và bị bóc khỏi vị trí được treo. 4 áp phích này đã được treo thay thế ngay sau khi nhà trường thông báo sự việc với nhóm nghiên cứu.

4.4.4. Hiệu quả can thiệp đối với thay đổi kiến thức, thái độ, thực hành phòng chống nhiễm khuẩn đường sinh sản của vị thành niên

4.4.4.1. Hiệu quả đối với thay đổi kiến thức

Can thiệp đã giúp cải thiện rõ rệt kiến thức phòng chống RTIs của VTN với hiệu số thay đổi tỷ lệ kiến thức đạt trước - sau can thiệp của nhóm can thiệp so với nhóm chứng (DD) là 44,6%. Việc thay đổi kiến thức là rất quan trọng vì nó sẽ có ảnh hưởng đến việc thay đổi thái độ và thực hành phòng chống RTIs của VTN.

Một số nghiên cứu khác cũng cho thấy hiệu quả của các can thiệp tăng cường KAP về SKSS bao gồm KAP phòng chống RTIs/STIs đã triển khai. Dự án “Nâng cao nhận thức về giới và các vấn đề SKSS cho các gia đình nông thôn Việt Nam” do Trung tâm nghiên cứu Giới, Gia đình và Môi trường trong phát triển và Hội Kế hoạch hóa gia đình Đan Mạch thực hiện đã đạt được những kết quả khả quan sau 3 năm triển khai dự án. Báo cáo tổng kết dự án cho biết VTN đã có thay đổi nhận thức về phòng chống STIs [21].

Ngoài ra, kết quả của Điều tra ban đầu và kết thúc chương trình RHIYA Việt Nam đã cho thấy có sự cải thiện một cách đáng kể về hiểu biết của VTN-TN đối với các vấn đề phòng chống RTIs/STIs ở VTN tại các địa bàn triển khai. Tỷ lệ VTN-TN hiểu biết đúng về chu kỳ kinh nguyệt tăng 8,4% trước can thiệp so với sau can thiệp (12,9% so với 21,3%) [16].

Tuy nhiên, trong một nghiên cứu tổng quan hệ thống và phân tích gộp các can thiệp giáo dục đồng đẳng ở các nước đang phát triển, Medley và các đồng nghiệp chỉ ra chương trình giáo dục đồng đẳng có ảnh hưởng không đáng kể đến thay đổi kiến thức STIs của VTN [89].

Tại nhóm chứng, các chương trình can thiệp sẵn có tại địa phương được thực hiện. Tuy nhiên, hiệu quả của các chương trình này là không đáng kể. Sự thay đổi tỷ lệ VTN có kiến thức đạt trước - sau can thiệp của nhóm chứng là 3,4%. Điều này có thể giải thích do các can thiệp này không hoàn toàn tập trung vào nội dung phòng chống RTIs mà còn những nội dung khác nằm trong SKSS VTN. Ngoài ra, đối tượng đích trong các chương trình không phải là toàn bộ VTN khối lớp 8 đến lớp 12 mà có chương trình chỉ dành cho học sinh THCS, có chương trình dành cho học sinh THPT, có chương trình chỉ dành cho học sinh nữ lớp 9.

4.4.4.2. Hiệu quả đối với thay đổi thái độ

So với thay đổi kiến thức, can thiệp có tác động vừa phải đối với thay đổi thái độ phòng chống RTIs của VTN. Hiệu số thay đổi tỷ lệ VTN có thái độ đạt trước - sau can thiệp của nhóm can thiệp so với nhóm chứng (DD) là

9,2%. Sự thay đổi thái độ sẽ có những tác động nhất định đến sự thay đổi thực hành phòng chống RTIs của VTN.

Ở nhóm can thiệp, tỷ lệ VTN có thái độ đạt sau can thiệp cao hơn tỷ lệ có kiến thức đạt sau can thiệp rất nhiều (97,3% so với 52,6%). Tuy nhiên, chỉ số hiệu quả thay đổi thái độ đạt của nhóm can thiệp thấp hơn nhiều so với chỉ số hiệu quả thay đổi kiến thức đạt của nhóm can thiệp (10,4 và 0,12). Điều này có thể lý giải do tỷ lệ VTN có kiến thức đạt trước can thiệp ở nhóm can thiệp rất thấp (4,6%), thấp hơn nhiều so với tỷ lệ VTN có thái độ đạt trước can thiệp (86,9%). Do vậy, tỷ lệ có thái độ đạt sau can thiệp ở nhóm can thiệp tuy rất cao (97,3%) nhưng chỉ số hiệu quả chỉ là 0,12.

Can thiệp có hiệu quả đối với thay đổi cảm giác e ngại, xấu hổ khi có triệu chứng RTIs hoặc nói chuyện về RTIs của VTN. Hiệu số thay đổi tỷ lệ này trước - sau can thiệp của nhóm can thiệp so với nhóm chứng (DD) là 10,1%. Một số nghiên cứu khác báo cáo kết quả tương tự đối với sự chuyển biến thái độ e ngại, xấu hổ của VTN. Chương trình RHIYA Việt Nam cho biết VTN - TN đã có nhiều thay đổi đáng kể trong thái độ tiếp nhận thông tin liên quan đến SKSS - SKTD từ thái độ e ngại đến chủ động tìm hiểu, tiếp nhận thông tin. Chương trình này cũng cho biết mức độ e ngại, xấu hổ của VTN - TN khi tiếp cận với can thiệp đã giảm dần [16].

Ngoài ra, Dự án “Nâng cao nhận thức về giới và các vấn đề SKSS cho các gia đình nông thôn Việt Nam (2003 - 2006)” báo cáo kết quả về sự chuyển biến thái độ đối với phòng chống STIs của ĐTNC. Báo cáo tổng kết dự án cho biết có sự thay đổi theo chiều hướng tích cực đối với thái độ phòng chống STIs của ĐTNC từ nghi ngờ, ngần ngại chuyển sang đồng tình và ủng hộ [21].

Một số nghiên cứu khác có mô tả thái độ phòng chống RTIs/STIs của VTN. Tuy nhiên, các nghiên cứu này đánh giá thái độ đối với thực hành VSKN lành mạnh mà không diễn tả thái độ chung đối với phòng chống RTIs. Do vậy, khó có thể đưa ra so sánh với thay đổi thái độ của VTN trong nghiên cứu này.

4.4.4.3. Hiệu quả đối với thay đổi thực hành

Đối với tất cả các can thiệp TT - GDSK nói chung, sự thay đổi thực hành/hành vi sức khỏe của ĐTNC luôn là mục tiêu quan trọng nhất. Tuy nhiên, so với sự thay đổi kiến thức và thái độ, sự thay đổi thực hành luôn là khó khăn hơn.

Can thiệp đã đạt được những kết quả nhất định đối với việc thay đổi thực hành phòng chống RTIs của VTN. Hiệu số thay đổi tỷ lệ thực hành đạt trước - sau can thiệp của 2 nhóm là 5,6%. So với thay đổi kiến thức và thái độ phòng chống RTIs, can thiệp có hiệu quả thấp hơn đối với thay đổi thực hành.

Điều này là phù hợp với nhiều nghiên cứu trên thế giới. Năm 2010, một nghiên cứu tổng quan hệ thống được thực hiện để kiểm tra các can thiệp nhằm giảm thiểu nguy cơ STIs và nâng cao sức khỏe thực hiện trong các trường học, bệnh viện và trong cộng đồng từ năm 1995 và 2005. Trong số 8 can thiệp sử dụng đồng đẳng viên là bạn cùng trang lứa, 6 can thiệp có tác động nâng cao kiến thức và thái độ tình dục của VTN, chỉ có 2 can thiệp báo cáo có sự cải thiện trong hành vi [85].

Kết quả của điều tra ban đầu và kết thúc chương trình RHIYA Việt Nam đã cho thấy có sự cải thiện đáng kể về hành vi của VTN - TN đối với các vấn đề phòng chống RTIs/STIs ở VTN tại các địa bàn triển khai [16].

Báo cáo tổng kết Dự án Nâng cao nhận thức về giới và các vấn đề SKSS cho các gia đình nông thôn Việt Nam cho biết VTN đã có sự chuyển biến về hành vi phòng chống STIs [21].

Tuy nhiên, Medley và các đồng nghiệp báo cáo một kết luận khác khi cho rằng chương trình giáo dục đồng đẳng phòng - chống STIs ở các nước đang phát triển không có nhiều hiệu quả trong việc cải thiện hành vi [89].

Kết quả nghiên cứu cho thấy có một sự chuyển biến lớn về hành vi sử dụng sản phẩm vệ sinh sinh dục. Tỷ lệ VTN sử dụng sản phẩm vệ sinh sinh dục đạt sau can thiệp ở nhóm can thiệp tăng lên nhiều so với trước can thiệp (59,9% so với 49,7%). Hiệu số thay đổi hành vi này trước - sau can thiệp của

2 nhóm (DD) là 8,5%. Tuy nhiên, đối với hành vi phơi đồ lót ở nơi có ánh nắng, chỉ số này thấp hơn rất nhiều (4,2%).

Kết quả nghiên cứu cho thấy can thiệp có hiệu quả đối với thay đổi hành vi VSKN của học sinh nữ. Fetohy báo cáo một kết quả nghiên cứu tương tự khi chỉ ra có một sự khác biệt trung bình chuẩn hóa lớn giữa học sinh ở nhóm can thiệp so với nhóm chứng trong thực hành VSKN [64].

4.5. Chi phí, chi phí - hiệu quả can thiệp

4.5.1. Chi phí can thiệp

Tổng chi phí của can thiệp điều chỉnh đến năm 2016 tương ứng với 3 tình huống giả định 2 năm, 3 năm và 5 năm là 57.220.000 VNĐ (2.616 USD), 53.304.000 VNĐ (2.437 USD) và 50.170.000 VNĐ (2.294 USD). Như vậy, chi phí bỏ ra cho can thiệp là không quá tốn kém. Điều này cho thấy can thiệp có thể dễ dàng áp dụng ở những địa phương tương tự.

Mặc dù được thực hiện trước nhiều năm, các can thiệp giáo dục sức khỏe phòng chống STIs/RTIs hoặc giáo dục giới tính trên thế giới có chi phí rất lớn so với chi phí của can thiệp. Ateka và các cộng sự đã tính toán chi phí chương trình phòng chống STIs cho VTN từ quan điểm người cung cấp dịch vụ tại thành phố Houston, bang Texas. Tổng chi phí chương trình là 457.674 USD hoặc khoảng 1,66 USD mỗi người [38]. Cooper và các cộng sự ước tính các chi phí của can thiệp dựa trên giáo viên hướng dẫn và can thiệp giáo dục tình dục dựa trên đồng đảng viên ở một số trường học tại Vương Quốc Anh. Đối với các can thiệp giáo dục sử dụng giáo viên hướng dẫn, tổng chi phí là 108.193 EUR hoặc khoảng 5,16 EUR mỗi học sinh đã nhận được chương trình mỗi năm. Đối với các can thiệp giáo dục đồng đảng, tổng chi phí ước tính là 73.154 EUR hoặc 18 EUR cho mỗi học sinh mỗi năm [50]. Một số chương trình giáo dục giới tính trên thế giới ước tính tổng chi phí khoảng từ 1,19 triệu USD tại Indonesia lên 12,1 triệu USD tại Hà Lan [110]. Các chương trình giáo dục giới tính tại Kenya và Indonesia đang trong giai đoạn thí điểm, do vậy các chương trình có giới hạn về việc tiếp cận số lượng học

sinh với khoảng 1.800 và 7.300 học sinh mỗi năm. Trong khi đó, tại các nước khác độ tiếp cận đạt từ 25.000 đến 250.000 học sinh hàng năm.

Chi phí can thiệp phải bỏ ra cho mỗi học sinh tương ứng với 3 tình huống giả định 2 năm, 3 năm và 5 năm là 29.164 VNĐ, 27.168 VNĐ và 25.570 VNĐ. Chi phí trên mỗi học sinh có sự thay đổi lớn về mức độ cao thấp giữa các nước. Các chương trình giáo dục giới tính trong trường học tại Nigeria, Ấn Độ, Estonia và Hà Lan được đánh giá tương đối rẻ về chi phí trên mỗi học sinh, tuy nhiên chi phí này cao hơn so với nghiên cứu rất nhiều. Chi phí này là 7 USD, 14 USD, 33 USD và 33 USD tương ứng tại các nước trên. Các chương trình tại Kenya và Indonesia tốn kém hơn với chi phí cho mỗi học sinh lần lượt là 50 USD và 160 USD.

Như vậy, tổng chi phí can thiệp và chi phí bỏ ra cho mỗi học sinh của nghiên cứu này thấp hơn rất nhiều so với các nghiên cứu trên thế giới. Các chương trình trên thế giới được tìm thấy hầu hết là các chương trình ở cấp quốc gia, có quy mô rất lớn và được thực hiện trong nhiều năm, do vậy chi phí cho các chương trình là rất lớn. Ngoài ra, một số chương trình dựa trên máy tính, và điều này làm tốn kém chi phí do chi phí đầu tư trang thiết bị, đồng thời phải giảm quy mô lớp học.

Chi phí của can thiệp được tính theo các hoạt động. Trong mỗi hoạt động, chi phí được tính theo 4 hạng mục chi phí bao gồm thuê khoán chuyên môn; nguyên vật liệu năng lượng; thuê mượn cơ sở vật chất, trang thiết bị; công tác phí; chi đi lại tại địa phương. Chi phí của chương trình giáo dục giới tính ở một số nước trên thế giới được thu thập trong bốn giai đoạn chương trình bao gồm phát triển, thích ứng, cập nhật và thực hiện. Trong mỗi giai đoạn bao gồm năm loại chi phí tiêu chuẩn hóa bao gồm lương giáo viên, tài liệu giảng dạy, tuyên truyền, đào tạo và các hoạt động.

Trong tổng chi phí của can thiệp, chi phí dành cho thuê khoán chuyên môn chiếm tỷ lệ cao nhất. Chi phí dành cho thuê mượn cơ sở vật chất, trang thiết bị chiếm tỷ lệ cao thứ hai. Tương tự như kết quả của nghiên cứu, chương trình giáo dục giới tính ở một số nước trên thế giới có chi phí dành cho thuê

khoán chuyên môn (lương giáo viên, cộng tác viên...) chiếm tỷ lệ cao nhất [110]. Tại Estonia, một phân tích tổng chi phí được thực hiện từ năm 1997 đến năm 2009 cho thấy chi phí lương giáo viên là một thành phần quan trọng. Các giáo viên trung bình bỏ ra 3,9% thời gian làm việc hàng năm để giảng dạy và chuẩn bị bài giảng. Tổng số tiền lương giảng dạy là 4,19 triệu USD, chiếm 75%. Tại Hà Lan, một phân tích tổng chi phí thực hiện từ năm 2002 đến năm 2009. Các giáo viên trung bình bỏ ra 1,67% thời gian làm việc hàng năm của họ để giảng dạy và chuẩn bị bài giảng. Bình quân tiền lương cơ bản mỗi tháng của giáo viên trung học là 4.137 USD (3.092 EUR) trong năm 2009. Tổng số tiền lương dạy học là 9,3 triệu USD, chiếm 82%.

4.5.2. Chi phí - hiệu quả can thiệp

4.5.2.1. Đánh giá chi phí - hiệu quả can thiệp

So với các can thiệp lâm sàng, việc đánh giá chi phí - hiệu quả các can thiệp y tế công cộng còn nhiều thách thức, đặc biệt là về phương pháp đánh giá [112]. Những nhà ra quyết định, chẳng hạn Viện Y tế Quốc gia về Chất lượng điều trị, Vương Quốc Anh, quan tâm đến các bằng chứng của các phương án lựa chọn từ các thử nghiệm có phân bố ngẫu nhiên (Randomized controlled trials - RCT). Tuy nhiên, các can thiệp y tế công cộng có ít các thử nghiệm phân bố ngẫu nhiên hơn và có xu hướng không đồng nhất và thời gian theo dõi ngắn. Đánh giá kinh tế đòi hỏi phải tính toán các kết quả lâu dài với kết quả y tế thường được đo lường là QALY. QALY thường rất khó định lượng trong bối cảnh y tế công cộng. Can thiệp y tế công cộng thường được thực hiện trên phạm vi rộng với các chi phí và lợi ích gắn liền với can thiệp trên nhiều bộ phận của khu vực công (ví dụ như giáo dục và dịch vụ y tế). Do vậy, dữ liệu được dùng để xây dựng mô hình kinh tế trong các can thiệp y tế công cộng thường khan hiếm và các giả định phải được thực hiện, chẳng hạn như giả định rằng các RTIs/STIs có hậu quả y tế như nhau. Do đó, việc so sánh chi phí - hiệu quả của các can thiệp y tế công cộng, trong đó có can thiệp phòng chống RTIs/STIs gặp nhiều khó khăn và có những hạn chế nhất định [112].

GDP bình quân đầu người của Việt Nam năm 2016 ước tính đạt 48.600.000 VNĐ, 3 lần GDP bình quân đầu người là 145.800.000 VNĐ [20]. Như vậy, đối với mức tăng QALY cao, can thiệp rất có chi phí - hiệu quả trong cả 3 tình huống giả định 2 năm, 3 năm và 5 năm ($ICER < GDP$ bình quân đầu người). Đối với mức tăng QALY trung bình, can thiệp có chi phí - hiệu quả với cả 3 tình huống giả định trên ($ICER < 3$ lần GDP bình quân đầu người). Với trường hợp mức tăng QALY thấp nhất, can thiệp không có chi phí - hiệu quả trong cả 3 tình huống giả định ($ICER > 3$ lần GDP bình quân đầu người).

Như vậy, chỉ trong trường hợp mức tăng QALY thấp nhất thì can thiệp không có chi phí - hiệu quả. Đối với mức tăng QALY trung bình hoặc cao thì can thiệp có chi phí - hiệu quả hoặc rất có chi phí - hiệu quả. Điều này gợi ý cho những nhà lãnh đạo cộng đồng, những nhà nghiên cứu có thể áp dụng can thiệp này ở những địa bàn tương tự. Can thiệp sử dụng những phương pháp TT-GDSK truyền thống, dễ thực hiện và có chi phí - hiệu quả. Do đó, có thể áp dụng cả 4 phương pháp TT-GDSK của can thiệp theo đúng thời gian, quy trình đã thực hiện ở những trường học khác để đạt được hiệu quả cũng như chi phí - hiệu quả cao nhất.

4.5.2.2. So sánh chi phí - hiệu quả can thiệp

Trong cả 3 tình huống giả định, tỷ số chi phí - hiệu quả tăng thêm cao nhất của can thiệp là 220.894.737 VNĐ mỗi QALY đạt được. Kết quả này thấp hơn rất nhiều so với một số nghiên cứu khác trên thế giới. Nghiên cứu của Cooper và cộng sự cho biết chi phí - hiệu quả tăng thêm của biện pháp giáo viên hướng dẫn và đồng đẳng viên là 24.268 EUR và 96.938 EUR mỗi QALY đạt được [50]. Pinkerton và các cộng sự báo cáo tỷ lệ chi phí - thỏa dụng khoảng 57.000 USD mỗi QALY [99]. Ateka và các cộng sự đã kết luận tỷ lệ chi phí - thỏa dụng là 32.755 USD mỗi QALY cho nam giới và 292.046 USD mỗi QALY cho nữ giới [38]. Tại Việt Nam, nghiên cứu của Nguyễn Quỳnh Anh thực hiện một phân tích chi phí - hiệu quả của can thiệp giáo dục SKSS bao gồm giáo dục phòng chống STIs cho VTN tại Chí Linh, Hải Dương [37]. Các tỷ số chi phí - hiệu quả tăng thêm ở can thiệp B so với can thiệp A là 4.772

AUD/QALY đạt được và 2.988 AUD/QALY đạt được; 3.727 AUD/QALY đạt được cho từng nhóm nam VTN, nữ VTN và cả nam, nữ VTN tương ứng.

Can thiệp được đánh giá là rất có chi phí - hiệu quả trong trường hợp mức tăng QALY cao nhất, có chi phí - hiệu quả trong trường hợp mức tăng QALY trung bình và không có chi phí - hiệu quả trong trường hợp mức tăng QALY thấp nhất. Các kết luận về đánh giá chi phí - hiệu quả của các nghiên cứu trên thế giới rất khác nhau. Pinkerton và cộng sự kết luận can thiệp phòng chống HIV/AIDS có chi phí - hiệu quả vừa phải so với các chương trình chăm sóc sức khỏe khác. Chọn lọc thực hiện can thiệp trên những nhóm có nguy cơ cao và với VTN - TN đã có QHTD có thể nâng cao chi phí - hiệu quả [99]. Rosenthal và các cộng sự cho rằng can thiệp có chi phí - hiệu quả với điều kiện người tham gia phải là TN [102]. Mặt khác, Wang và các cộng sự đã kết luận rằng chương trình “Lựa chọn an toàn hơn” là chi phí - hiệu quả trong hầu hết các tình huống được xem xét [111]. Ateka và các cộng sự cũng kết luận rằng can thiệp đã làm giảm nguy cơ nhiễm HIV, đặc biệt là giữa các thành viên nữ với một chi phí tương đối thấp [38]. Ngoài ra, nghiên cứu của Cohen và cộng sự báo cáo can thiệp phòng chống HIV đã không cho thấy có chi phí - hiệu quả [48]. Tại Việt Nam, Nghiên cứu của Nguyễn Quỳnh Anh cung cấp bằng chứng ở mức độ mạnh cho thấy các can thiệp giáo dục SKSS cho VTN được thực hiện tại địa điểm nghiên cứu là chi phí - hiệu quả. Kết quả phân tích chỉ ra rằng can thiệp giáo dục có chi phí tương đối thấp. Do đó, nếu hiệu quả của các can thiệp được duy trì, chúng có thể xứng đáng với số tiền bỏ ra [37].

Sự khác biệt trong kết quả giữa các nghiên cứu có thể được giải thích một phần bởi thực tế rằng các nghiên cứu sử dụng đơn vị đo lường hiệu quả đầu ra của can thiệp là khác nhau. Một số can thiệp sử dụng đơn vị đo lường đầu ra là số lượng hoặc tỷ lệ mắc bệnh, một số ít nghiên cứu sử dụng QALY là đơn vị hiệu quả. Mặt khác, mặc dù đều là các can thiệp phòng chống STIs/RTIs, nhưng các nghiên cứu tập trung vào các tình trạng sức khỏe khác nhau thuộc STIs/RTIs. Một số nghiên cứu đánh giá tác động của các biện pháp can thiệp chỉ nhắm mục tiêu HIV, một số nghiên cứu đánh giá ảnh hưởng của các can thiệp

khác nhau đối với RTIs/STIs nói chung. Nghiên cứu của Wang và cộng sự tiến hành đánh giá những tác động của can thiệp tập trung vào STIs và mang thai ngoài ý muốn đối với nữ VTN - TN [111].

Ngoài ra, các nghiên cứu sử dụng các ngưỡng chi phí - hiệu quả khác nhau để đánh giá. Trong nghiên cứu Pinkerton, tỷ lệ chi phí - thỏa dụng ít hơn 40.000 USD đến 60.000 USD/QALY thường được coi là chương trình có chi phí - hiệu quả. Trong khi tỷ lệ này vượt quá 180.000 /QALY là các vấn đề chi phí - hiệu quả so với chi phí y tế liên quan khác. Ateka và các cộng sự đã sử dụng các ngưỡng thông thường trong việc xem xét các chương trình dịch vụ y tế, với tỷ lệ chi phí - tiện ích từ 30.000 USD đến 140.000 USD cho mỗi QALY được coi là chi phí - hiệu quả [38]. Cooper và các cộng sự (2012) hoàn thành việc đánh giá theo quan điểm của Dịch vụ Y tế Quốc gia Anh và Dịch vụ xã hội cá nhân [50]. Theo đó, ngưỡng cho một can thiệp chi phí - hiệu quả ít hơn 30.000 GBP (36.000 EUR) cho mỗi QALY. Nghiên cứu của Nguyễn Quỳnh Anh sử dụng ngưỡng chi phí - hiệu quả của WHO [37].

4.6. Những đóng góp và hạn chế của luận án

4.6.1. Đóng góp của luận án

- Cung cấp thông tin về thực trạng KAP phòng chống RTIs của học sinh ở 6 trường trung học tại huyện Kim Bảng, Hà Nam năm 2015. Những thông tin này là cơ sở để xây dựng các can thiệp phòng chống RTIs/STIs áp dụng cho huyện Kim Bảng cũng như các địa bàn tương tự.

- Xác định mối liên quan đến KAP phòng chống RTIs ở VTN trường học của một số yếu tố bao gồm: giới tính; cấp học; học lực; điều kiện kinh tế gia đình; quan tâm của cha mẹ, người thân; tổng số người sống trong gia đình. Đây cũng là những thông tin quan trọng phục vụ cho việc xây dựng can thiệp phòng chống RTIs/STI hiệu quả.

- Cung cấp đầy đủ thông tin về can thiệp TT- GDSK thay đổi KAP phòng chống RTIs của VTN bao gồm cơ sở lựa chọn các phương pháp TT- GDSK, tài liệu truyền thông, quy trình, kế hoạch triển khai và hiệu quả can

thiệt. Những thông tin này có thể sử dụng tham khảo để xây dựng các can thiệp tương tự trên các địa bàn khác.

- Cung cấp thông tin về chi phí, chi phí - hiệu quả các can thiệp TT-GDSK được áp dụng. Từ đó, giúp các nhà lãnh đạo cộng đồng, các nhà nghiên cứu và hoạch định chính sách có cơ sở lựa chọn, ra quyết định về các giải pháp, mô hình can thiệp áp dụng tại địa phương trong việc xem xét mối tương quan giữa hiệu quả can thiệp với nguồn lực đầu vào.

4.6.2. Hạn chế của luận án

- Nghiên cứu sử dụng phương pháp chọn chủ đích 6 trường trong 22 trường trung học tại huyện Kim Bảng, Hà Nam. Do vậy, tính đại diện cho tất cả VTN trường học tại huyện Kim Bảng, Hà Nam của mẫu nghiên cứu có thể là hạn chế.

- Nghiên cứu thực hiện trên đối tượng VTN trường học. Do vậy, kết quả nghiên cứu chỉ đại diện cho nhóm VTN trường học và không bao gồm nhóm VTN ngoài trường học.

- Đây là nghiên cứu đầu tiên về chi phí, chi phí - hiệu quả can thiệp TT - GDSK phòng chống RTIs ở VTN nên sử dụng phương pháp phân tích chi phí, chi phí - hiệu quả đơn giản nhất. Một số kỹ thuật phân tích chi phí, chi phí - hiệu quả nâng cao không được áp dụng trong nghiên cứu.

- Việc so sánh kết quả các nghiên cứu trên thế giới cũng như ở Việt Nam có những hạn chế nhất định do vấn đề sức khỏe nghiên cứu không hoàn toàn giống nhau (SKSS, giáo dục giới tính, STIs, RTIs...) và độ tuổi của ĐTNC cũng khác nhau. Đồng thời, các nghiên cứu có sự khác nhau về phương pháp thu thập số liệu, các tiêu chuẩn đánh giá KAP, cách chọn mẫu, thời gian địa điểm thực hiện nghiên cứu.

- Không tiến hành ghi âm các cuộc phỏng vấn sâu nên hạn chế trong việc kiểm tra lại các thông tin.

KẾT LUẬN

1. Thực trạng kiến thức, thái độ, thực hành phòng chống nhiễm khuẩn đường sinh sản của vị thành niên và một số yếu tố liên quan

1.1. Thực trạng kiến thức, thái độ, thực hành phòng chống nhiễm khuẩn đường sinh sản của vị thành niên

Học sinh vị thành niên tại huyện Kim Bảng, tỉnh Hà Nam, 2015 có kiến thức, thái độ và thực hành phòng chống nhiễm khuẩn đường sinh sản ở mức độ thấp, đặc biệt là kiến thức và thực hành. Tỷ lệ vị thành niên có kiến thức, thái độ và thực hành phòng chống nhiễm khuẩn đường sinh sản đạt yêu cầu tương ứng là 4,5%, 87,2% và 26,9%.

1.2. Các yếu tố liên quan đến kiến thức, thái độ, thực hành phòng chống nhiễm khuẩn đường sinh sản của vị thành niên

Kết quả phân tích đa biến cho thấy có 3 yếu tố liên quan có ý nghĩa thống kê với kiến thức phòng chống nhiễm khuẩn đường sinh sản của học sinh vị thành niên bao gồm cấp học (OR = 1,75), học lực (OR = 1,55; OR = 2,2 ứng với các mức học lực) và quan tâm của cha mẹ, người thân (OR = 2,2; ứng với mức độ rất quan tâm và không quan tâm); có 2 yếu tố liên quan có ý nghĩa thống kê với thái độ phòng chống nhiễm khuẩn đường sinh sản của học sinh vị thành niên bao gồm giới tính (OR = 1,6) và cấp học (OR = 1,5); có 2 yếu tố liên quan có ý nghĩa thống kê với thực hành phòng chống nhiễm khuẩn đường sinh sản của học sinh vị thành niên bao gồm giới tính (OR = 3,3) và cấp học (OR = 1,85); kiến thức (OR = 2,4) có mối liên quan có ý nghĩa thống kê với thái độ phòng chống nhiễm khuẩn đường sinh sản; kiến thức (OR = 2,8) và thái độ (OR = 1,7) có mối liên quan có ý nghĩa thống kê với thực hành phòng chống nhiễm khuẩn đường sinh sản vị thành niên.

Học sinh cấp THPT; có học lực tốt hơn; điều kiện kinh tế khá hơn; được cha mẹ, người thân quan tâm hơn và số người sống trong gia đình ít hơn có kiến thức, thái độ, thực hành phòng chống nhiễm khuẩn đường sinh sản tốt hơn.

2. Hiệu quả can thiệp truyền thông - giáo dục sức khỏe

Can thiệp truyền thông – giáo dục sức khỏe đã cải thiện đáng kể kiến thức, thái độ và thực hành phòng chống nhiễm khuẩn đường sinh sản của học sinh vị thành niên tại huyện Kim Bảng, tỉnh Hà Nam, trong đó hiệu quả nhất đối với kiến thức của vị thành niên. Hiệu số thay đổi tỷ lệ vị thành niên có kiến thức đạt ở nhóm can thiệp so với nhóm chứng (DD) là 44,6%. Hiệu số thay đổi tỷ lệ vị thành niên có thái độ đạt ở nhóm can thiệp so với nhóm chứng (DD) là 9,2%. Hiệu số thay đổi tỷ lệ vị thành niên có thực hành đạt ở nhóm can thiệp so với nhóm chứng (DD) là 5,6%.

3. Chi phí, chi phí - hiệu quả can thiệp truyền thông - giáo dục sức khỏe

3.1. Chi phí can thiệp

Chi phí cho can thiệp là không quá tốn kém. Tổng chi phí của can thiệp tính theo giá năm 2016 ở tình huống 2 năm, 3 năm và 5 năm tương ứng là 57.220.000 VNĐ, 53.304.000 VNĐ và 50.170.000 VNĐ. Chi phí can thiệp trên mỗi học sinh ở tình huống 2 năm, 3 năm và 5 năm tương ứng là 29.164 VNĐ, 27.168 VNĐ và 25.570 VNĐ. Tổng chi phí tại nhóm chứng ở các tình huống 2 năm, 3 năm và 5 năm tương ứng là 15.250.000 VNĐ, 14.950.000 VNĐ và 14.710.000 VNĐ. Chi phí can thiệp trên mỗi học sinh ở tình huống 2 năm, 3 năm, 5 năm tương ứng là 8.030 VNĐ, 7.872 VNĐ, 7.746 VNĐ.

3.2. Chi phí - hiệu quả của can thiệp

Chi phí để tăng thêm 1% vị thành niên có kiến thức đạt với tình huống 2 năm, 3 năm và 5 năm của nhóm can thiệp so với nhóm chứng lần lượt là 941.031 VNĐ, 859.955 VNĐ, 795.067 VNĐ. Chi phí để tăng thêm 1% vị thành niên có thái độ đạt với mỗi tình huống trên của nhóm can thiệp so với nhóm chứng lần lượt là 4.561.956 VNĐ, 4.168.913 VNĐ, 3.854.347 VNĐ. Chi phí để tăng thêm 1% vị thành niên có thực hành đạt với mỗi tình huống của nhóm can thiệp so với nhóm chứng lần lượt là 7.494.642 VNĐ, 6.848.928 VNĐ, 6.332.143 VNĐ.

Can thiệp rất có chi phí - hiệu quả trong trường hợp mức tăng QALY cao nhất, có chi phí - hiệu quả trong trường hợp mức tăng QALY trung bình và không có chi phí - hiệu quả trong trường hợp mức tăng QALY thấp nhất.

KHUYẾN NGHỊ

1. Cần mở rộng nghiên cứu thực trạng đối với nhóm học sinh ngoài trường học để có bức tranh tổng thể về kiến thức, thái độ và thực hành phòng chống RTIs VTN, là cơ sở xây dựng chiến lược phòng chống hiệu quả.

2. Đề xuất áp dụng mô hình can thiệp bằng TT - GDSK cho học sinh ở các trường khác trong tỉnh, chú trọng nâng cao hiệu quả thay đổi về thực hành phòng chống RTIs của học sinh.

3. Tiếp tục và mở rộng nghiên cứu đánh giá kinh tế y tế can thiệp phòng - chống RTIs cho VTN đề xuất giải pháp đầu tư hiệu quả phòng chống RTIs cho VTN.

DANH MỤC
CÁC CÔNG TRÌNH LIÊN QUAN ĐẾN LUẬN ÁN ĐÃ CÔNG BỐ

1. Lưu Thị Kim Oanh, Hoàng Văn Minh, Vũ Sinh Nam, Vũ Văn Du (2015), “Kiến thức và thái độ phòng, chống nhiễm khuẩn đường sinh sản ở vị thành niên tại một số trường trung học của huyện Kim Bảng, Hà Nam, 2015”, *Tạp chí Y học dự phòng*, 186 (13), tr.69-78.
2. Lưu Thị Kim Oanh, Vũ Văn Du (2015), “Thực hành phòng, chống nhiễm khuẩn đường sinh sản ở vị thành niên tại một số trường học của huyện Kim Bảng, Hà Nam, 2015”, *Tạp chí Y học dự phòng*, 186 (13), tr.79-86.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

Tiếng Việt:

1. Trương Thị Vân Anh, Nguyễn Tấn Đạt (2016), “Thực trạng kiến thức và thực hành về chăm sóc sức khỏe sinh sản của học sinh trung học cơ sở tại quận Ninh Kiều thành phố Cần Thơ, năm 2014”, *Tạp chí Y dược học Cần Thơ*, 3(4), tr.39-46.
2. Lê Vũ Anh, Bùi Thị Thu Hà, Phạm Việt Cường (2002), “Thực hành vệ sinh kinh nguyệt và sức khỏe sinh sản vị thành niên”, *Tạp chí Y học thực hành*, 3, tr.44-45.
3. Bộ Y tế (2006), “Báo cáo chuyên đề: Một số vấn đề sức khỏe tình dục và sinh sản của vị thành niên và thanh niên Việt Nam”, *Điều tra quốc gia về vị thành niên và thanh niên Việt Nam*.
4. Bộ Y tế (2007), *Kinh tế y tế và bảo hiểm y tế*, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội.
5. Bộ Y tế (2007), *Xác định cỡ mẫu trong các nghiên cứu y tế*, Sách đào tạo đại học, sau đại học, NXB Y học, Hà Nội, Tr.32-39.
6. Học viện quân y (1998), *Dịch tễ học*, NXB Quân đội nhân dân.
7. Bộ Y tế (2009), *Hướng dẫn chuẩn Quốc gia về các dịch vụ chăm sóc sức khỏe sinh sản*, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội.
8. Bộ Y tế (2011), *Chiến lược dân số và sức khỏe sinh sản Việt Nam giai đoạn 2011-2020*, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội.
9. Nguyễn Thanh Hương, Hoàng Khánh Chi (2008), “Sức khỏe sinh sản và tình dục của vị thành niên và thanh niên Việt Nam: Tình hình và các chính sách”, *Tạp chí Y tế Công Cộng*, 2008, (10), tr.4-11.
10. Nguyễn Thị Nga, Hứa Thanh Thủy, Nguyễn Thái Quỳnh Chi (2012), "Kiến thức, thái độ và thực hành về sức khỏe sinh sản và sức khỏe tình dục của vị thành niên và phụ nữ 15-49 tại huyện Na Rì, Bắc Kạn", *Tạp chí Y tế Công cộng*, (26), tr.4-9.
11. Ngân hàng Nhà nước Việt Nam, Tỷ giá trung tâm của Đồng Việt Nam với Đô La Mỹ áp dụng tháng 6 năm 2016. <http://www.sbv.gov.vn/>

12. Nguyễn Văn Nghị (2009), *Nghiên cứu quan niệm, hành vi tình dục và sức khỏe sinh sản ở vị thành niên huyện Chí Linh, tỉnh Hải Dương 2006 - 2009*, Luận án tiến sỹ y học.
13. Nguyễn Minh Quang, Ngô Văn Toàn (2010), “Hiểu biết của người dân về các bệnh nhiễm khuẩn đường sinh sản và lây truyền qua đường tình dục”, *Tạp chí y học thực hành*, (5), tr.10-12
14. Nguyễn Đình Sơn (2011), *Nghiên cứu kiến thức, thái độ, hành vi về sức khỏe sinh sản của học sinh trường THPT huyện Vũ Quang, tỉnh Hà Tĩnh*, Luận văn thạc sỹ, Trường Đại học Y Dược Huế.
15. Đỗ Ngọc Tân, Nguyễn Văn Thắng (2004), *Tổng quan các nội dung nghiên cứu về sức khỏe, sức khỏe sinh sản vị thành niên ở Việt Nam từ năm 1995 - 2003*, Nhà xuất bản thanh niên.
16. Nguyễn Thị Thiêng, Lưu Bích Ngọc (2010), “Kiến thức và hành vi liên quan đến phòng chống HIV/AIDS và các bệnh lây truyền qua đường tình dục của thanh niên Việt Nam: Hiệu quả từ chương trình can thiệp RHIYA”, *Tạp chí Y học thực hành*, (742), tr.228-230.
17. Nguyễn Thị Ái Thơ (2012), *Nhận thức về sức khỏe sinh sản của sinh viên hệ Cao đẳng trường Đại học Đồng Nai*, Luận văn thạc sỹ Tâm lý học.
18. Nguyễn Thị Huyền Thương, Lê Hoàng Thiệu, Trần Thanh Thúy, Hoàng Thu Thảo, Nguyễn Hoàng Thùy Linh (2014), “Kiến thức, thái độ và thực hành vệ sinh phụ khoa của học sinh nữ trong độ tuổi 11-19 ở một số trường trung học cơ sở tại Thừa Thiên Huế năm 2013”, *Tạp chí Y học cộng đồng*, (6), tr.38-42.
19. Tổng Cục thống kê, Chỉ số giá tiêu dùng.
<https://www.gso.gov.vn/default.aspx?tabid=628&ItemID=12091>
20. Tổng Cục thống kê, *Báo cáo tình hình kinh tế xã hội năm 2016*.
21. Trung tâm nghiên cứu Giới, Gia đình và Môi trường trong phát triển (2006), *Báo cáo tổng kết dự án Nâng cao nhận thức về giới và các vấn đề sức khỏe sinh sản cho các gia đình nông thôn Việt Nam (2003 - 2006)*, tr.55-57.

22. Trường Đại học Y Hà Nội (2006), *Bài giảng sản phụ khoa tập 1*, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội.
23. Lê Bá Tường (2011), *Nghiên cứu kiến thức, thái độ, thực hành về sức khỏe sinh sản của học sinh trường THPT huyện Nam Đông, tỉnh Thừa Thiên Huế*, Luận văn thạc sĩ Y học, Trường Đại học Y Dược Huế.
24. Nguyễn Thị Tuyền (2014), *Nghiên cứu kiến thức, thái độ và hành vi về sức khỏe sinh sản c học sinh trường Trung học phổ thông Hai Bà Trưng, Thành phố Huế*, Luận văn thạc sĩ Y tế công cộng.
25. Đặng Phi Yến (2015), "Khảo sát kiến thức về sức khỏe sinh sản - tiền hôn nhân cho nhóm đối tượng là vị thành niên - thanh niên và các cặp nam, nữ chuẩn bị kết hôn năm 2011", *Báo cáo Hội nghị Hội Y tế công cộng Thành phố Hồ Chí Minh*.

Tiếng Anh:

26. Abadie, A., A. Diamond, and J. Hainmüller (2007), "Synthetic control methods for comparative case studies: Estimating the effect of California's tobacco control program", *Journal of the American Statistical Association*, 105(490).
27. Abedian Z, Kabirian M, Mazlom SR, Mahram B (2011), "The effects of peer education on health behaviors in girls with dysmenorrhea", *Journal of American Science*, 7(1), pp.431-438.
28. Adinma ED, Adinma J (2009), "Perceptions and practices on menstruation amongst Nigerian secondary school girls", *African Journal of Reproductive Health*, 12, pp.74-83.
29. Afendulis, Christopher et al (2011), "The impact of medicare part D on hospitalization rates", *Health Services Research*, 46(4), 1022-1038.
30. Aggarwal A, Kumar R (1996), "Awareness of AIDS among school children in Haryana", *Indian Journal of Public Health*, 40, pp.38-45.

31. Ahmed S. (2009), "Urinary Tract Infections (UTI) among Adolescent Girls in Rural Karimangar District, Indian", *J.Prev.Soc.Med*, 40 (1), pp.7
32. Ali TS, Rizvi SN (2010), "Menstrual knowledge and practices of female adolescents in urban Karachi, Pakistan", *Journal of adolescence*, 33, pp.531-541.
33. Allison G., Magnolia S., Suzanne P. (2014), "Understanding the Adolescent Family Planning evidence base", *International Centre for Research on Women/Gates Foundation publications*.
34. Amaral G, Geierstanger S, Soleimanpour S, Brindis C (2011), "Mental Health Characteristics and Health-Seeking Behaviors of Adolescent School-Based Health Center Users and Nonusers", *Journal of School Health*, 81(3), pp.138-145.
35. Amira A. El-Beih, Abd El- Moniem A. Dawah., Ebtisam M. Abd- El Aal, Heba A. Mohamed (2013), *Health Practices among Female University Students Regarding Prevention of Reproductive Tract Infections*, Master thesis in nursing science.
36. Anna Maria van Eijk, M Sivakami, Mamita Bora Thakkar, Ashley Bauman, Kayla F Laserson, Susanne Coates, Penelope A Phillips-Howard (2016), "Menstrual hygiene management among adolescent girls in India: a systematic review and meta-analysis", *BMJ Open*, 6(3), e010290.
37. Anh N. Q. (2014), *Economic evaluation of adolescent reproductive health education interventions in Chiling, Vietnam*, PhD thesis.
38. Ateka G. K., Lairson, D. R. (2008), "School-Based HIV/STD Prevention Programs", *Journal of the International Association of Physicians in AIDS Care (JIAPAC)*, 7(1), pp.46-51.
39. Benkert R, George N, Tanner C, Barkauskas VH, Pohl JM, Marszalek A. (2007), "Satisfaction with a school-based teen health center: A report card on care", *Pediatr Nurs.*, 33, pp.103-109.

40. Bobhate, P., and Shrivastava, S. (2011), "Across Sectional Study of Knowledge & Practices about Reproductive Health among Female Adolescents In urban Mumbai", *Journal of Family & Reproductive Health*, 5(4), pp.123.
41. Brindis CD, Klein J, Schlitt J, Santelli J, Juszczak L, Nystrom RJ (2003), "Schoolbased health centers: accessibility and accountability", *The Journal of adolescent health : official publication of the Society for Adolescent Medicine*, 32(6), pp.98-107.
42. Bruininks R, Frenzel M, Kelly A (1994), "Integrating services: The case for better links to schools", *Journal of School Health*, 64(6), pp.242-248.
43. Busari, A. (2012), "Menstrual Knowledge & Health Care Behavior among Adolescent Girls in Rural Nigeria", *International Journal of Applied Science and Technology*, 2(4), pp.150-153.
44. Caron F. et al. (2004), "Evaluation of a Theoretically Based AIDS/STD Peer Education Program on Postponing Sexual Intercourse and on Condom Use Among Adolescents Attending High School", *Health Education Research*, 19(2), pp.185-197.
45. Chothe V, Khubchandani J, Seabert D, Asalkar M, Rakshe S, Firke A, et al. (2014), "Students' Perceptions and Doubts About Menstruation in Developing Countries A Case Study From India", *Health promotion practice*, 15(3), pp.319-326.
46. Clark, L R., Jackson, M., Taylor, L A. (2002), "Adolescent knowledge about sexually transmitted diseases", *J sex Transm Dis*, 29(8) , pp.439-443.
47. Clayton S, Chin T, Blackburn S, Echeverria C (2010), "Different Setting, Different Care: Integrating Prevention and Clinical Care in School-Based health centers", *Am J Public Health*, 100(9), pp.1592-1596.
48. Cohen DA, Wu SY, Farley TA (2004), "Comparing the cost-effectiveness of HIV prevention interventions (DARE structured abstract)", *J Acquir Immune Defic Syndr*, 37, pp.1404-1414.

49. Columbia University Mailman School of Public Health (2013), “Difference-in-difference estimation”. <https://www.mailman.columbia.edu/research/population-health-methods/difference-difference-estimation>
50. Cooper K., Shepherd J., Picot J., Jones J., Kavanagh J., Harden A., Frampton G. (2012), “An economic model of school-based behavioral interventions to prevent sexually transmitted infections”, *International journal of technology assessment in health care*, 28(4), pp.407.
51. Coyne-Beasley T, Ford C, Waller M, Adimora A, Resnick M. (2003), “Sexually active students' willingness to use school-based health centers for reproductive health care services in North Carolina”, *Ambulatory Pediatrics*, 3(4), pp.196- 202.
52. Crichton J, Okal J, Kabiru CW, Zulu EM. (2013),” Emotional and Psychosocial Aspects of Menstrual Poverty in Resource-Poor Settings: A Qualitative Study of the Experiences of Adolescent Girls in an Informal Settlement in Nairobi”, *Health Care for Women International*, 34, pp.891-916.
53. Crofts T, Fisher J. (2012), “Menstrual hygiene in Ugandan schools: an investigation of low-cost sanitary pads”, *Journal of Water, Sanitation and Hygiene for Development*, 2, pp.50-58.
54. Das P, Baker KK, Dutta A, Swain T, Sahoo S, Das BS, et al. (2015), “Menstrual Hygiene Practices, WASH Access and the Risk of Urogenital Infection in Women from Odisha, India”, *Plos one*, 10(6).
55. Dasgupta A, Sarkar M. (2008), “Menstrual hygiene: How hygienic is the adolescent girl? Indian journal of community medicine”, *Indian J Community Med*, 33 (2), pp.77-80.
56. Dehne K, Riedner G. (1999), “Integrating STI prevention and care into reproductive health services in Eastern Europe”, *Copenhagen: WHO Regional Office for Europe*.

57. Deo D, Ghattargi C. (2005), "Perceptions and practices regarding menstruation: a comparative study in urban and rural adolescent girls", *Indian J Community Med*, 30(1), pp.33-34.
58. Djalalinia S., Tehrani F.R., Afzali H.M., Hejazi F., Peykari N. (2012), "Parents or School Health Trainers, which of them is Appropriate for Menstrual Health Education?", *International journal of preventive medicine*, 3(9), pp.622-627.
59. Dolan C.S., Ryus C.R., Dopson S., Montgomery P., Scott L. (2013), "A blind spot in girls education: menarche and its webs of exclusion in Ghana", *Journal of International Development*, 26, pp.643-657.
60. Dryfoos JG (1995), "Full Service Schools: Revolution or Fad?", *Journal of research on adolescence*, 5(2), pp.147-172.
61. El-Gilany, A., Badawi, K., and El-Fedawy, S. (2005), "Menstrual Hygiene among Adolescent School Girls in Mansoura, Egypt", *Reprod Health Matters*, 13(26), pp.147-152.
62. Ethier K.A., Dittus P.J., DeRosa C.J., Chung E.Q., Martinez E., Kerndt P.R. (2010), "School-Based Health Center Access, Reproductive Health Care, and Contraceptive Use Among Sexually Experienced High School Students", *The Journal of adolescent health : official publication of the Society for Adolescent Medicine*, 48(6), pp.562- 565.
63. Fakhri M., Hamzehgardeshi Z., Golchin N.A.H., Komili A. (2012), "Promoting menstrual health among Persian adolescent girls from low socioeconomic backgrounds: a quasi-experimental study", *BMC Public health*, 12, pp.193.
64. Fetohy EM.(2007), "Impact of a health education program for secondary school Saudi girls about menstruation at Riyadh city", *J Egypt Public Health Assoc.*,82, pp.105-126.
65. Fonck K., Mwai c H., Rakwar J., Kirui P., Ndinya A J. (2001), "Health care seeking behavior and sexual behavior of patients with sexually", *Sex Transm Dis*, 28(7), pp.367-371.

66. Garg R., Goyal S., Gupta S. (2012), “India moves towards menstrual hygiene: subsidized sanitary napkins for rural adolescent girls— issues and challenges”, *Maternal and child health journal*, 16, pp.767-774.
67. Gottschalk L. & Ortayli N. (2014), “Interventions to improve adolescents' contraceptive behaviours in LMIS”, *A review of the evidence base, Contraception*, 90, pp.211-225
68. Guo J., Wade T., Keller K. (2008), “Impact of school-based health centers on students with mental health problems”, *Public Health Reports*, 123(6), pp.768-780.
69. Hashima-E-Nasreen (2011), *Reproductive tract infections and sexually transmitted diseases in a rural area of bangladesh: insights for action from research*, Masters thesis.
70. Hassanen R., Tosson M., Abdel-Kareem H. (2004), “Effect of Health Education on Training Program for Secondary School Students on Menstruation at Assuit Governorate”, *Bulletin of High Institute of Public Health*, 34(3), pp.575-594.
71. House S., Mahon T., Cavill S. (2012), “Menstrual hygiene matters: a resource for improving menstrual hygiene around the world”, *WaterAid*.
72. Hull T., Hibber A., Chersich M. (2010), “Prevalence, Motivations & Adverse Effects of Vaginal Practices in Africa & Asia: Finding from a Multicounty Household Survey”, *Journal of Women's Health*, 20(7), pp.1097-1109.
73. Ingram J., Salmon D. (2010), “Young people's use and views of a school-based sexual health drop-in service in areas of high deprivation”, *Health Education Journal*, 69(3), pp.227-235.
74. International Institute of Population Sciences (2010), *District Level Household and Facility Survey (DLHS-3) 2007-2008 Karnataka*.

75. Jain K, Garg S.K, Singh J.V, Bhatnagar M, Chopra H, Bajpai S.K. (2009), "Reproductive health of adolescent girls in an urban population of Meerut, Uttar Pradesh", *Health and Population: Perspectives and Issues*, 32(4), pp.204-209.
76. James Raftery, "Costing in economic evaluation", *BMJ* 2000, pp.320-1597.
77. Jamileh F., Parvin M. S. (2014), "Survey of women's knowledge, attitude and practice regarding prevention of common genital tract infection", *Nahid mozaffari, Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 136, pp.381 - 384
78. Jayashree S Gothankar , Reshma S Patil , Sonali H Plkar (2015), "Knowledge and practices related to reproductive health amongst adolescent girls ", *Med J DY Patil Univ*, 8, pp.719-723
79. Josselyn N., Lori A. (2003), "Changing Youth Behavior Through Social Marketing: Program Experiences and Research Findings From Cameroon, Madagascar, and Rwanda", *Washington, Population Services International and Population Reference Bureau*.
80. Khanna A, Goyal R, Bhawsar R. (2005), "Menstrual Practices and Reproductive Problems A Study of Adolescent Girls in Rajasthan", *Journal of health management*, 7, pp.91-107.
81. Kisker EE, Brown RS (1996), "Do school-based health centers improve adolescents' access to health care, health status, and risk-taking behavior?", *Journal of Adolescent Health*, 18(5), pp.335-343.
82. Klein J.D., Handwerker L., Sesselberg T.S., Sutter E., Flanagan E., Gawronski B. (2007), "Measuring quality of adolescent preventive services of health plan enrollees and school-based health center users", *J Adolesc Health*, 41, pp.153-160.
83. Kumar A., Srivastava K. (2011), "Cultural and social practices regarding menstruation among adolescent girls", *Social work in public health*, 26, pp.594-604.

84. Kumari , P. Vasantha . And Obulesv , MC (2003), “Knowledge and practices of reproductive health among tribal adolescents”, *Indian Journal of Population Education*, (20), pp. 8-12.
85. Lazarus J. V., Sihvonen-Riemenschneider H., Laukamm-Josten U., Wong F., Liljestrand J. (2010), “Systematic review of interventions to prevent the spread of sexually transmitted infections, including HIV, among young people in Europe”, *Croatian medical journal*, 51(1), pp.74-84.
86. Manus A, Dhar LA (2008), “Cross sectional survey of urban adolescents school girls in South Delhi, India”, *BMC Women's Health*, 8, pp.12.
87. Marin M G., King R., Sfameni S., Denner stein J D (2000), “Adverse behavioral and sexual Factors in chronic Vulvar disease”, *Obested Gynecol*, 183, pp.34 - 38.
88. Mason L, Laserson K, Oruko K, et al.(2015), ”Adolescent schoolgirls’ experiences of menstrual cups and pads in rural western Kenya: a qualitative study”, *Waterlines*, 34 (1), pp.15
89. Medley A., Kennedy C., O’Reilly K., Sweat M. (2009), “Effectiveness of peer education interventions for HIV prevention in developing countries: a systematic review and meta-analysis”, *AIDS education and prevention: official publication of the International Society for AIDS Education*, 21(3), pp.181.
90. Ministry of Health and Family Welfare, Government of India (2012), *Two year (2009-2011) achievements of Ministry of Health and Family Welfare unveiled.*
91. Monica R., Ramachandra K., Lena A., Bharatesh S., Vasudev G., Varalakshmi C. (2015), “Knowledge and attitude regarding STIs including HIV and RTIs among college adolescent girls in urban Udipi Taluk”, *Global Journal of Medicine and Public health*, 4(1).
92. Montgomery P, Ryus CR, Dolan CS, Dopson S, Scott L. (2012), “Sanitary Pad Interventions for Girls' Education in Ghana: A Pilot Study”, *PloS one*,7, e48274.

93. Mubarak E., Mohey A., Kishk N. (2004), "Experience of Menarche among Girls in Alexandria: Community -Based Study, Alexandria 2003", *Bulletin of High Institute of Public Health*, 34(2), pp.335-356.
94. Orji N, Muoebolam V, Opara KN (2014), "Assessment of the awareness of reproductive tract infections among female adolescents women in Uli Community, Ihiala local government area, Anambra State Nigeria", *Sky Journal of Microbiology Research*, 2(4), pp.22 -27.
95. Oster E, Thornton R (2012), "Determinants of technology adoption: peer effects in menstrual cup up-take", *J Eur Econ Assoc*, 10, pp.1263-1293.
96. Pathfinder (2006), "Improving Reproductive Health through Community-Based Services: 25 Years of Pathfinder International Experience", *Pathfinder international*.
97. Pham V, Nguyen H, Tho le H, Minh TT, Lerdboon P, Riel R, Green MS, Kaljee LM (2012), "Evaluation of three adolescent sexual health programs in Ha Noi and Khanh Hoa province, Vietnam", *AIDS Res Treat*.
98. Pillitteri SP (2011), "School menstrual hygiene management in Malawi: more than toilets", *WaterAid report*.
99. Pinkerton S. D., Holtgrave D. R., Jemmott III J. B. (2000), "Economic evaluation of HIV risk reduction intervention in African-American male adolescents", *JAIDS Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 25(2), pp.164-172.
100. Puhani, P. (2012), "The treatment effect, the cross difference, and the interaction term in nonlinear "difference-in-difference" models", *Economic letter*, 115(1), pp.85-87.
101. Ranjan KP., Sayeed U. (2014), "Reproductive tract infections and treatment seeking behavior among married adolescent women in India", *Journal of Microbiology Research*, 2(4), pp.022 - 027.

102. Rosenthal M. S., Ross J. S., Bilodeau R., Richter R. S., Palley J. E., Bradley E. H. (2009), "Economic evaluation of a comprehensive teenage pregnancy prevention program: pilot program", *American journal of preventive medicine*, 37(6), S280-S287.
103. Santina T, Wehbe N, Ziade F (2012), "Exploring dysmenorrhoea and menstrual experiences among Lebanese female adolescents", *Eastern Mediterranean Health Journal*, 18(8), pp.857-862.
104. Slave, S., Dase, R., Mahjan, S., and Adchitre, S. (2012), "Assessment of Knowledge & Practices about Menstrual Hygiene amongst Rural & Urban Adolescent Girls", *International Journal of Recent Trends in Science & Technology*, 3(3), pp.65-70.
105. Soleimanpour S, Geierstanger SP, Kaller S, McCarter V, Brindis CD (2010), "The role of school health centers in health care access and client outcomes", *Am J Public Health*, 100, pp.1597-603.
106. Sommer M (2011), "An Early Window of Opportunity for Promoting Girls' Health: Policy Implications of the Girl's Puberty Book Project in Tanzania", *International Electronic Journal of Health Education*, 14, pp.77-92.
107. Sommer M, Ackatia-Armah N, Connolly S, Smiles D (2014), "A comparison of the menstruation and education experiences of girls in Tanzania, Ghana, Cambodia and Ethiopia", *Journal of Comparative and International Education*, 45(4), pp.589-609.
108. The World Bank (2011), Impact Evaluation in Practice. https://siteresources.worldbank.org/EXTHD OFFICE/Resources/5485726-1295455628620/Impact_Evaluation_in_Practice.pdf
109. Tolli MV (2012), "Effectiveness of peer education interventions for HIV prevention, adolescent pregnancy prevention and sexual health promotion for young people: a systematic review of European studies", *Health Educ Res*, 27(5), pp.904-913.

110. UNESCO (2011), *Cost and cost effectiveness analysis of school-based sexuality education programmes in six countries*.
111. Wang L. Y., Davis M. L., Robin J. C., Coyle K., Baumler E. (2000), “Economic Evaluation of Safer Choices: School-based Human Immunodeficiency Virus, Other Sexually Transmitted Diseases and Pregnancy Prevention Program”, *Archives of Pediatric and Adolescent Medicine*, 154, pp.1017-1024.
112. Weatherly H, Drummond M, Claxton K, et al (2009), “Methods for assessing the cost-effectiveness of public health interventions: Key challenges and recommendations”, *Health Policy*, 93, pp.85-92
113. WHO, “Generalized Cost-Effectiveness Analysis”.
<http://www.who.int/choice/cost-effectiveness/generalized/en/>.
114. WHO Commission on Macroeconomics and Health (2001), “Macroeconomics and health: investing in health for economic development”, *Report of the Commission on Macroeconomics and Health*.
115. WHO (2007), *Helping parents in developing countries improve adolescent health*.
116. Wilson E, Reeve J, Pitt A (2014), “Education. Period. Developing an acceptable and replicable menstrual hygiene intervention”, *Development in Practice*, 24 (1), pp.63-80.

PHỤ LỤC 1

PHIẾU CHẤP THUẬN THAM GIA NGHIÊN CỨU

Phần 1. Giới thiệu về nghiên cứu

Tên nghiên cứu: *“Hiệu quả can thiệp thay đổi kiến thức, thái độ, thực hành phòng chống nhiễm khuẩn đường sinh sản ở học sinh tuổi vị thành niên tại huyện Kim Bảng, Hà Nam, 2015 - 2016”*.

Đây là nghiên cứu do Viện Sốt rét - Ký sinh trùng - Côn trùng Trung ương phối hợp với Trung tâm y tế tỉnh Hà Nam, Sở Giáo dục và Đào tạo tỉnh Hà Nam thực hiện nhằm tìm hiểu thông tin về kiến thức, thái độ, thực hành phòng chống nhiễm khuẩn đường sinh sản của vị thành niên ở một số trường trung học tại huyện Kim Bảng. Các nội dung triển khai nghiên cứu bao gồm phát phiếu câu hỏi tự điền cho học sinh và triển khai can thiệp truyền thông - giáo dục sức khỏe tăng cường kiến thức, thái độ, thực hành phòng chống nhiễm khuẩn đường sinh sản cho vị thành niên.

Nghiên cứu kéo dài trong 1 năm, bao gồm 2 đợt phát phiếu câu hỏi tự điền và triển khai các can thiệp truyền thông - giáo dục sức khỏe phòng chống nhiễm khuẩn đường sinh sản tại trường học. Tổng thời gian trả lời câu hỏi trong phiếu điều tra khoảng 20 phút.

Khi tham gia vào nghiên cứu, bạn sẽ không gặp phải bất cứ tổn thất nào về sức khỏe cũng như tiền bạc. Ngược lại, bạn còn có được kiến thức cũng như lợi ích lâu dài về sức khỏe.

Ngoài ra, toàn bộ thông tin bạn cung cấp cùng với thông tin thu được từ những người khác sẽ được bảo mật và giữ kín. Tất cả những thông tin bạn cung cấp chỉ nhằm phục vụ cho mục đích nghiên cứu.

Sự tham gia của bạn vào nghiên cứu sẽ góp phần quan trọng giúp chúng tôi xây dựng các chương trình, dự án can thiệp bảo vệ sức khỏe sinh sản cho vị thành niên tại địa phương. Nếu bạn không tham gia vào nghiên cứu, chúng tôi bảo đảm sẽ không có bất cứ sự khó chịu hoặc phân biệt đối xử nào xảy ra với bạn.

Chúng tôi rất mong bạn đồng ý tham gia nghiên cứu.

Phần 2. Lấy ý kiến chấp thuận tham gia nghiên cứu

Bạn đã đọc/nghe đọc thông tin về nghiên cứu

Bạn đã hiểu rõ thông tin về nghiên cứu

Bạn có đồng ý tham gia nghiên cứu? Đồng ý Không đồng ý

Chữ ký đối tượng nghiên cứu:

PHỤ LỤC 2
PHIẾU ĐIỀU TRA
KIẾN THỨC, THÁI ĐỘ, THỰC HÀNH PHÒNG CHỐNG NHIỄM
KHUẨN ĐƯỜNG SINH SẢN CỦA VỊ THÀNH NIÊN

Mã trường: Mã số phiếu: Lần điều tra: Trước can thiệp Sau can thiệp

Trường:.....

Lớp:.....

Họ và tên học sinh:.....

Giới tính: Nam Nữ

Em hãy đọc kỹ câu hỏi, sau đó viết câu trả lời hoặc khoanh tròn vào chữ số trước câu trả lời của em.

A. THÔNG TIN CHUNG

TT	Câu hỏi	Trả lời
A1	Em bao nhiêu tuổi?tuổi (dương lịch).
A2	Xếp loại học lực của em trong học kỳ vừa rồi?	1. Yếu/Kém 2. Trung bình 3. Khá 4. Giỏi 5. Xuất sắc
A3	Gia đình em có thuộc diện hộ nghèo hay không?	1. Có 2. Không
A4	Số người sống cùng trong gia đình em?	1. ≤3 người 2. 4 người 3. 5 người 4. ≥ 6 người
A5	Cha mẹ hoặc người sống cùng quan tâm đến em như thế nào?	1. Rất quan tâm 2. Quan tâm vừa 3. Ít quan tâm 4. Không quan tâm

TT	Câu hỏi	Trả lời
A6	Em tiếp nhận thông tin về sức khỏe sinh sản vị thành niên từ những nguồn nào?	1. Thầy, cô, nhà trường 2. Bạn bè 3. Người thân 4. Sách, báo 5. Ti vi 6. Internet 7. Cán bộ y tế 98. Khác (Ghi rõ).....

B. CÁC CÂU HỎI VỀ KIẾN THỨC PHÒNG CHỐNG RTIs

TT	Câu hỏi và trả lời
B1	Em có thể kể tên một số bệnh nhiễm khuẩn đường sinh sản (RTIs) mà em biết?
B2	Theo em, những biểu hiện hoặc dấu hiệu khi nữ giới mắc RTIs là gì? <i>(Câu hỏi này chỉ dành cho học sinh nữ)</i>
B3	Theo em, những biểu hiện hoặc dấu hiệu khi nam giới mắc RTIs là gì? <i>(Câu hỏi này chỉ dành cho học sinh nam).</i>
B4	Theo em, RTIs có thể gây ra những hậu quả gì?
B5	Theo em, những hành vi hoặc việc làm nào làm cho VTN dễ bị mắc bệnh RTIs?

TT	Câu hỏi và trả lời	
B6	Theo em, RTIs có phòng được không?	1. Có 2. Không
B7	Nếu RTIs có thể phòng chống được thì những biện pháp phòng chống RTIs là gì?	
B8	Để phòng tránh nhiễm khuẩn đường sinh sản, nữ giới có nên rửa sâu bên trong âm đạo không?	1. Có 2. Không
B9	Khi điều trị RTIs, có thể dùng thuốc khi thấy hết triệu chứng của bệnh mà không cần dùng hết thuốc theo đơn của bác sỹ không?	1. Có 2. Không
B10	Đã bao giờ em nghe nói đến Bệnh lây truyền qua đường tình dục hoặc Nhiễm khuẩn lây truyền qua đường tình dục chưa?	1. Rồi 2. Chưa
B11	Theo em, tác dụng của bao cao su là gì?	

C. CÁC CÂU HỎI VỀ THÁI ĐỘ PHÒNG CHỐNG RTIs

TT	Câu hỏi	Trả lời
C1	Theo em, lứa tuổi VTN có khả năng mắc nhiễm khuẩn đường sinh sản không?	1. Có 2. Không
C2	Theo em, đối với lứa tuổi VTN, phòng chống RTIs có cần thiết không?	1. Có 2. Không
C3	Theo em, RTIs có nguy hiểm và ảnh hưởng nhiều đến sức khỏe, cuộc sống của VTN không?	1. Có 2. Không
C4	Nếu bản thân em có bệnh RTIs hoặc khi nói chuyện về RTIs em cảm thấy thế nào?	1. Ngại/xấu hổ 2. Bình thường

D. CÁC CÂU HỎI VỀ THỰC HÀNH PHÒNG CHỐNG RTIs

TT	Câu hỏi	Trả lời
D1	Em có thường xuyên vệ sinh bộ phận sinh dục không?	1. Ngày 2 lần trở lên 2. Ngày 1 lần 3. 2-3 ngày 1 lần 4. Trên 3 ngày 1 lần
D2	Em có thường xuyên lau khô bộ phận sinh dục sau khi vệ sinh không?	1. Thường xuyên 2. thỉnh thoảng 3. Không bao giờ
D3	Em thường sử dụng loại dung dịch/sản phẩm nào để vệ sinh bộ phận sinh dục?	1. Xà phòng, xà bông 2. Dung dịch vệ sinh phụ nữ 3. Chỉ vệ sinh với nước dùng trong tắm giặt hàng ngày. 98. Khác (Ghi rõ).....
D4	Em có thay đồ lót đều đặn hàng ngày không?	1. Có 2. Không
D5	Em thường phơi đồ lót ở đâu?	
D6	Mức độ ánh nắng chiếu ở nơi em thường xuyên phơi đồ lót như thế nào?	1. Có nắng chiếu toàn bộ 2. Có nắng chiếu một phần 3. Nắng chiếu ít 4. Không có nắng chiếu
D7	Em có rửa sâu vào bên trong âm đạo khi vệ sinh bộ phận sinh dục không? (Câu hỏi này chỉ dành cho học sinh nữ)	1. Có 2. Không
D8	Em đã có kinh nguyệt chưa? (Câu hỏi này chỉ dành cho học sinh nữ)	1. Rồi 2. Chưa
D9	Nếu đã có kinh nguyệt, trong thời kỳ kinh nguyệt em thay vật liệu thấm hút và vệ sinh bộ phận sinh dục mấy lần một ngày? (Câu hỏi này chỉ dành cho học sinh nữ)	1. 1-2 lần/ngày 2. 3 - 4 lần/ngày 3. > 4 lần/ngày

TT	Câu hỏi	Trả lời
D10	Em đã từng có triệu chứng của RTIs chưa?	1. Rồi 2. Chưa
D11	Nếu đã từng có triệu chứng của RTIs, cách xử lý của em là gì? (<i>Câu hỏi nhiều lựa chọn</i>)	1. Đi khám tại các cơ sở y tế 2. Nói với cha, mẹ, người lớn tuổi. 3. Nói với bạn bè, người yêu 4. Mua thuốc tự chữa 5. Không làm gì
D12	Nếu đã từng đi khám sau khi có triệu chứng của RTIs, quãng thời gian em đi khám sau khi thấy triệu chứng RTIs là bao lâu?	1. Ngay lập tức 2. Khoảng vài ngày sau 3. Khoảng 1 tuần sau 4. Trên 2 tuần sau

E. Phần câu hỏi dành cho lần điều tra sau can thiệp

E1	Trong 1 năm qua, em có được tuyên truyền về phòng chống nhiễm khuẩn đường sinh sản tại trường học không?	1. Có 2. Không
E2	Nếu có, em đã được tiếp cận phương pháp truyền thông nào?	1. Loa phát thanh tại trường học. 2. Áp phích tại lớp học 3. Tờ rơi của cha mẹ 4. Cán bộ y tế tuyên truyền trong giờ sinh hoạt lớp

PHỤ LỤC 3
CÁCH TÍNH ĐIỂM
KIẾN THỨC, THÁI ĐỘ, THỰC HÀNH PHÒNG CHỐNG NHIỄM
KHUẨN ĐƯỜNG SINH SẢN CỦA VỊ THÀNH NIÊN

I. Cách tính và thang điểm đánh giá kiến thức

TT	Nội dung đánh giá	Điểm	
		Nữ	Nam
	Tên bệnh RTIs	8 điểm	8 điểm
	1. HIV/AIDS	1 điểm	1 điểm
	2. Lậu	1 điểm	1 điểm
	3. Giang mai	1 điểm	1 điểm
	4. Nấm âm đạo	1 điểm	1 điểm
	5. Trùng roi sinh dục	1 điểm	1 điểm
	6. Viêm CTC	1 điểm	1 điểm
	7. Viêm phần phụ	1 điểm	1 điểm
	8. Sùi mào gà	1 điểm	1 điểm
	99. Không biết	0 điểm	0 điểm
	Triệu chứng RTIs nữ	5 điểm	0
	1. Ra nhiều khí hư, có màu hoặc mùi khác thường	1 điểm	
	2. Ngứa bộ phận sinh dục	1 điểm	
	3. Đau bụng dưới; đau khi QHTD	1 điểm	
	4. Ra máu bất thường	1 điểm	
	5. Vết loét, vết chợt vùng âm đạo/quanh hậu môn	1 điểm	
	99. Không biết	0 điểm	
	Triệu chứng RTIs nam	0	5 điểm
	1. Ra mủ/dịch nhầy ở dương vật		1 điểm
	2. Đái buốt, đái rắt hoặc đái khó		1 điểm
	3. Có vết loét, vết chợt quanh dương vật/hậu môn		1 điểm
	4. Sưng, đau dương vật, bìu		1 điểm
	5. Hạch bẹn sưng to		1 điểm
	99. Không biết		0 điểm

	Hậu quả RTIs	4 điểm	4 điểm
	1. Không gây hậu quả gì 2. Vô sinh 3. Ung thư 4. Sảy thai, đẻ non 5. Tử vong 99. Không biết	0 điểm 1 điểm 1 điểm 1 điểm 1 điểm 0 điểm	0 điểm 1 điểm 1 điểm 1 điểm 1 điểm 0 điểm
	Hành vi nguy cơ của RTIs	16 điểm	16 điểm
	1. Không vệ sinh sinh dục hàng ngày 2. Vệ sinh thời kỳ kinh nguyệt kém 3. Không vệ sinh sinh dục trước khi QHTD 4. Không vệ sinh sinh dục sau khi QHTD 5. Không dùng nước sạch để vệ sinh sinh dục 6. Phơi đồ lót nơi thiếu ánh nắng 7. Không dùng BCS khi QHTD 8. QHTD với nhiều người 99. Không biết	2 điểm 2 điểm 2 điểm 2 điểm 2 điểm 2 điểm 2 điểm 2 điểm 0 điểm	2 điểm 2 điểm 2 điểm 2 điểm 2 điểm 2 điểm 2 điểm 2 điểm 0 điểm
	Biện pháp phòng chống RTIs	16 điểm	16 điểm
	1. Vệ sinh sinh dục hàng ngày 2. Vệ sinh thời kỳ kinh nguyệt tốt 3. Vệ sinh sinh dục trước khi QHTD 4. Vệ sinh sinh dục sau khi QHTD 5. Dùng nước sạch để vệ sinh sinh dục 6. Phơi đồ lót nơi có ánh nắng 7. Dùng BCS khi QHTD 8. Không QHTD với nhiều người 99. Không biết	2 điểm 2 điểm 2 điểm 2 điểm 2 điểm 2 điểm 2 điểm 2 điểm 0 điểm	2 điểm 2 điểm 2 điểm 2 điểm 2 điểm 2 điểm 2 điểm 2 điểm 0 điểm
	Dùng thuốc khi điều trị RTIs khi thấy hết triệu chứng	1 điểm	1 điểm
	1. Có nên 2. Không nên	0 điểm 1 điểm	0 điểm 1 điểm
	Tác dụng của BCS	2 điểm	2 điểm
	1. Phòng tránh STIs 2. Phòng tránh thai 3. Cả hai tác dụng 99. Không biết	1 điểm 1 điểm 2 điểm 0 điểm	1 điểm 1 điểm 2 điểm 0 điểm
	Tổng điểm	52	52

Thang điểm kiến thức được áp dụng là 0 - 52 điểm. VTN có kiến thức đạt khi có tổng số điểm kiến thức ≥ 26 ; kiến thức không đạt khi có số điểm < 26 .

II. Cách tính và thang điểm đánh giá thái độ

T	Nội dung đánh giá	Điểm	
		Nữ	Nam
	Khả năng mắc RTIs ở lứa tuổi VTN	1 điểm	1 điểm
	1. Có	1 điểm	1 điểm
	2. Không	0 điểm	0 điểm
	Cần thiết phòng chống RTIs	1 điểm	1 điểm
	1. Có	1 điểm	1 điểm
	2. Không	0 điểm	0 điểm
	Nguy hiểm của RTIs	1 điểm	1 điểm
	1. Có	1 điểm	1 điểm
	2. Không	0 điểm	0 điểm
	Cảm giác khi có triệu chứng RTIs/ nói chuyện về RTIs	1 điểm	1 điểm
	1. Ngại, xấu hổ	1 điểm	1 điểm
	2. Bình thường	0 điểm	0 điểm
	Tổng điểm	4	4

Thang điểm thái độ là 0 - 4. VTN có thái độ đạt khi có số điểm ≥ 2 ; thái độ không đạt khi có số điểm < 2 .

III. Cách tính và thang điểm đánh giá thực hành

T	Nội dung đánh giá	Điểm	
		Nữ	Nam
	Vệ sinh sinh dục hàng ngày	2 điểm	2 điểm
	1. Ngày 2 lần trở lên	2 điểm	2 điểm
	2. Ngày 1 lần	2 điểm	2 điểm
	3. 2-3 ngày 1 lần	0 điểm	0 điểm
	4. Trên 3 ngày 1 lần	0 điểm	0 điểm
	Lau khô bộ BPSD sau khi vệ sinh	1 điểm	1 điểm
	1. Thường xuyên	1 điểm	1 điểm
	2. thỉnh thoảng	0 điểm	0 điểm
	3. Không bao giờ	0 điểm	0 điểm
	Sản phẩm sử dụng để vệ sinh sinh dục	2 điểm	2 điểm
	1. Xà phòng, xà bông	0 điểm	2 điểm
	2. Dung dịch vệ sinh phụ nữ	2 điểm	0 điểm
	3. Chỉ vệ sinh với nước dùng trong tắm giặt	0 điểm	0 điểm

	Thay đồ lót hàng ngày	1 điểm	1 điểm
	1. Có 2. Không	1 điểm 0 điểm	1 điểm 0 điểm
	Mức độ nắng chiếu ở nơi thường xuyên phơi đồ lót	1 điểm	1 điểm
	1. Có nắng chiếu toàn bộ 2. Có nắng chiếu một phần 3. Nắng chiếu ít 4. Không có nắng chiếu	1 điểm 0,5 điểm 0 điểm 0 điểm	1 điểm 0,5 điểm 0 điểm 0 điểm
	Thụt rửa âm đạo	1 điểm	0
	1. Có 2. Không	0 điểm 1 điểm	
	Thay rửa thời kỳ kinh nguyệt của học sinh nữ	1 điểm	0
	1. 1-2 lần/ngày 2. 3 - 4 lần/ngày 3. > 4 lần/ngày	0 điểm 0 điểm 1 điểm	
	Xử lý khi thấy triệu chứng của RTIs	1 điểm	1 điểm
	1. Đi khám tại các cơ sở y tế 2. Nói với cha, mẹ, người lớn tuổi. 3. Nói với bạn bè, người yêu 4. Mua thuốc tự chữa 5. Không làm gì	1 điểm 1 điểm 0 điểm 0 điểm 0 điểm	1 điểm 1 điểm 0 điểm 0 điểm 0 điểm
	Khoảng thời gian xử lý	1 điểm	1 điểm
	5. Ngay lập tức 6. Khoảng vài ngày sau 7. Khoảng 1 tuần sau 8. Trên 2 tuần sau	1 điểm 0,5 điểm 0 điểm 0 điểm	1 điểm 0,5 điểm 0 điểm 0 điểm
	Tổng điểm	11	9

Thang điểm thực hành được áp dụng là 0 - 11. VTN có xếp loại thực hành đạt khi có số điểm $\geq 5,5$; thực hành không đạt khi có số điểm < 5 .

PHỤ LỤC 4
BỘ CÂU HỎI PHÒNG VẤN SÂU VỊ THÀNH NIÊN

1. Em đã từng biết đến thông tin về các bệnh RTIs/STIs và cách phòng chống chưa?
2. Em biết được những thông tin này từ nguồn nào? Em có thích nguồn truyền thông tin này không? Tại sao?
3. Trong các phương pháp TT-GDSK dưới đây em thích được tiếp nhận thông tin về các bệnh RTIs và cách phòng chống theo phương pháp nào? Tại sao em thích phương pháp truyền thông này?

Phương pháp TT-GDSK gián tiếp	Phương pháp TT-GDSK trực tiếp
1. Truyền thông trên loa phát thanh	1. Giáo viên tuyên truyền tại lớp học
2. Tờ rơi	2. Cán bộ y tế tuyên truyền tại lớp học
3. Áp phích	3. Thảo luận nhóm
4. Khác:.....	4. Cuộc thi tìm hiểu về RTIs
	5. Khác:

4. Theo em, các phương pháp truyền thông này nên được thực hiện như thế nào?
 - a) Đối tượng: ai phụ trách, thực hiện cho học sinh khối lớp nào?
 - b) Địa điểm, cách tiến hành: lồng ghép trong các tiết học chính khóa hay hoạt động ngoại khóa?
 - c) Thời gian thực hiện?
 - d) Phương pháp thực hiện? Phương tiện hỗ trợ ? (Băng hình, tranh, ảnh,...)
 - e) Vật liệu truyền thông nên được thiết kế như thế nào để thu hút sự quan tâm của VTN? Cần lưu ý những điểm gì?
5. Theo em, TT-GDSK nói chung cũng như TT-GDSK phòng chống RTIs cho đối tượng VTN cần đặc biệt lưu ý những vấn đề gì? Tại sao?
6. TT-GDSK phòng chống RTIs cho VTN nên tập trung vào những nội dung gì?
7. Theo em, rào cản nào khiến cho VTN khó tiếp nhận được các thông tin về SKSS nói chung và phòng chống RTIs nói riêng không?
8. Theo em, rào cản nào khiến VTN khó thực hiện các hành vi phòng chống RTIs hay các STIs?

PHỤ LỤC 5
BỘ CÂU HỎI PHÒNG VẤN SÂU
BAN GIÁM HIỆU NHÀ TRƯỜNG VÀ GIÁO VIÊN

1. Hiện nay, tại trường có thực hiện các chương trình giáo dục phòng chống RTIs cho VTN không?
2. Nếu có, chương trình này được thực hiện như thế nào?
 - a) Đối tượng: ai phụ trách, thực hiện cho học sinh khối lớp nào?
 - b) Địa điểm, cách tiến hành: lồng ghép trong các tiết học chính khóa hay hoạt động ngoại khóa?
 - c) Thời gian thực hiện?
 - d) Phương pháp thực hiện? Phương tiện hỗ trợ ? (Băng hình, tranh, ảnh,...)
 - e) Kết quả?
 - f) Thuận lợi? Khó khăn? Bài học kinh nghiệm?
3. Nghiên cứu của chúng tôi tiến hành can thiệp TT-GDSK phòng chống RTIs cho các em học sinh khối lớp 8 đến lớp 12. Theo anh/chị, nên sử dụng phương pháp TT-GDSK để đảm bảo tính khả thi và đạt được hiệu quả cao? Tại sao?
4. Những phương pháp này được thực hiện cụ thể như thế nào?
 - a) Đối tượng: ai phụ trách, thực hiện cho học sinh khối lớp nào?
 - b) Địa điểm, cách tiến hành: lồng ghép trong các tiết học chính khóa hay hoạt động ngoại khóa?
 - c) Thời gian thực hiện?
 - d) Phương pháp thực hiện? Phương tiện hỗ trợ ? (Băng hình, tranh, ảnh,...)
 - e) Vật liệu truyền thông nên được thiết kế như thế nào để thu hút sự quan tâm của VTN?
 - f) Những vấn đề cần lưu ý ?
5. Theo anh (chị), TT-GDSK nói chung cũng như TT-GDSK phòng chống RTIs cho đối tượng VTN cần đặc biệt lưu ý những vấn đề gì? Tại sao?
6. TT-GDSK phòng chống RTIs cho VTN nên đề cập đến những nội dung gì?
7. Theo anh (chị), có rào cản nào khiến cho VTN khó tiếp nhận được các thông tin về SKSS nói chung và phòng chống RTIs nói riêng không?
8. Theo anh (chị), có rào cản nào khiến VTN khó thực hiện các hành vi phòng chống RTIs hay các STIs hay không?

PHỤ LỤC 6
BỘ CÂU HỎI PHÒNG VẤN SÂU CHA, MẸ HỌC SINH

1. Anh/chị đã bao giờ nói chuyện với con mình về các vấn đề sức khỏe sinh sản, bệnh RTIs/STIs cũng như cách phòng chống chưa?
2. Nếu có, anh/chị đã chủ động nói chuyện với con hay cháu hỏi anh/chị? Anh/chị đã nói chuyện với cháu về vấn đề gì? Nội dung của cuộc trò chuyện đó như thế nào?
3. Những điều mà anh/chị chỉ bảo cho con là anh/chị có được từ kinh nghiệm bản thân hay đã được đọc hay được học ở đâu?
4. Theo anh (chị), có rào cản nào khiến cho VTN khó tiếp nhận được các thông tin về SKSS nói chung và phòng chống RTIs nói riêng không?
5. Theo anh (chị), có rào cản nào khiến VTN khó thực hiện các hành vi phòng chống RTIs hay các STIs hay không?
6. Theo anh (chị), TT-GDSK nói chung cũng như TT-GDSK phòng chống RTIs cho đối tượng VTN cần lưu ý những vấn đề gì? Tại sao?

PHỤ LỤC 7
QUY TRÌNH TRIỂN KHAI CAN THIỆP

TT	Nội dung	Thời gian	Địa điểm	Người tham gia/người thực hiện
1	Xây dựng kế hoạch can thiệp	Tháng 6/2015	Hà Nội	Trưởng nhóm nghiên cứu
2	Họp đóng góp ý kiến, thống nhất kế hoạch can thiệp	-THCS Nguyễn Úy: 11/8/2015 -THCS Lê Hồ: 11/8/2015. -THPT B Kim Bảng: 12/8/2015	Phòng Hội đồng tại các trường học	Nhóm nghiên cứu, Hiệu trưởng, giáo viên chủ nhiệm, giáo viên Tổng phụ trách Đội, Bí thư đoàn TN, cán bộ Trung tâm TT - GDSK tỉnh Hà Nam.
3	Chỉnh sửa, bổ sung kế hoạch can thiệp theo nội dung đã thống nhất sau khi họp	13/8 - 16/8/2015	Hà Nội	Trưởng nhóm nghiên cứu
4	Họp phổ biến kế hoạch can thiệp, hướng dẫn triển khai can thiệp.	-THCS Nguyễn Úy: 17/8/2015 -THCS Lê Hồ: 17/8/2015. -THPT B Kim Bảng:18/8/2015	Phòng Hội đồng của các trường học	Nhóm nghiên cứu, Hiệu trưởng, giáo viên chủ nhiệm, giáo viên Tổng phụ trách Đội, Bí thư đoàn TN, cán bộ Trung tâm CSSKSS tỉnh Hà Nam, TTYT huyện Kim Bảng
5	Chuẩn bị tài liệu, công cụ, vật liệu TT-GDSK	19/8 - 30/8/2015	Hà Nội	Nhóm nghiên cứu
6	Triển khai can thiệp và giám sát triển khai can thiệp	-Triển khai can thiệp: Tháng 9/2015 đến Tháng 5/2016. - Giám sát triển khai can thiệp đợt 1: 12/11/2015. - Giám sát triển khai can thiệp đợt 2: 20/1/2016 - Giám sát triển khai can thiệp đợt 3: 11/4/2016	Địa bàn triển khai can thiệp	Nhóm nghiên cứu, người tham gia thực hiện can thiệp.

PHỤ LỤC 8
KẾ HOẠCH THỰC HIỆN CÁC HOẠT ĐỘNG CAN THIỆP

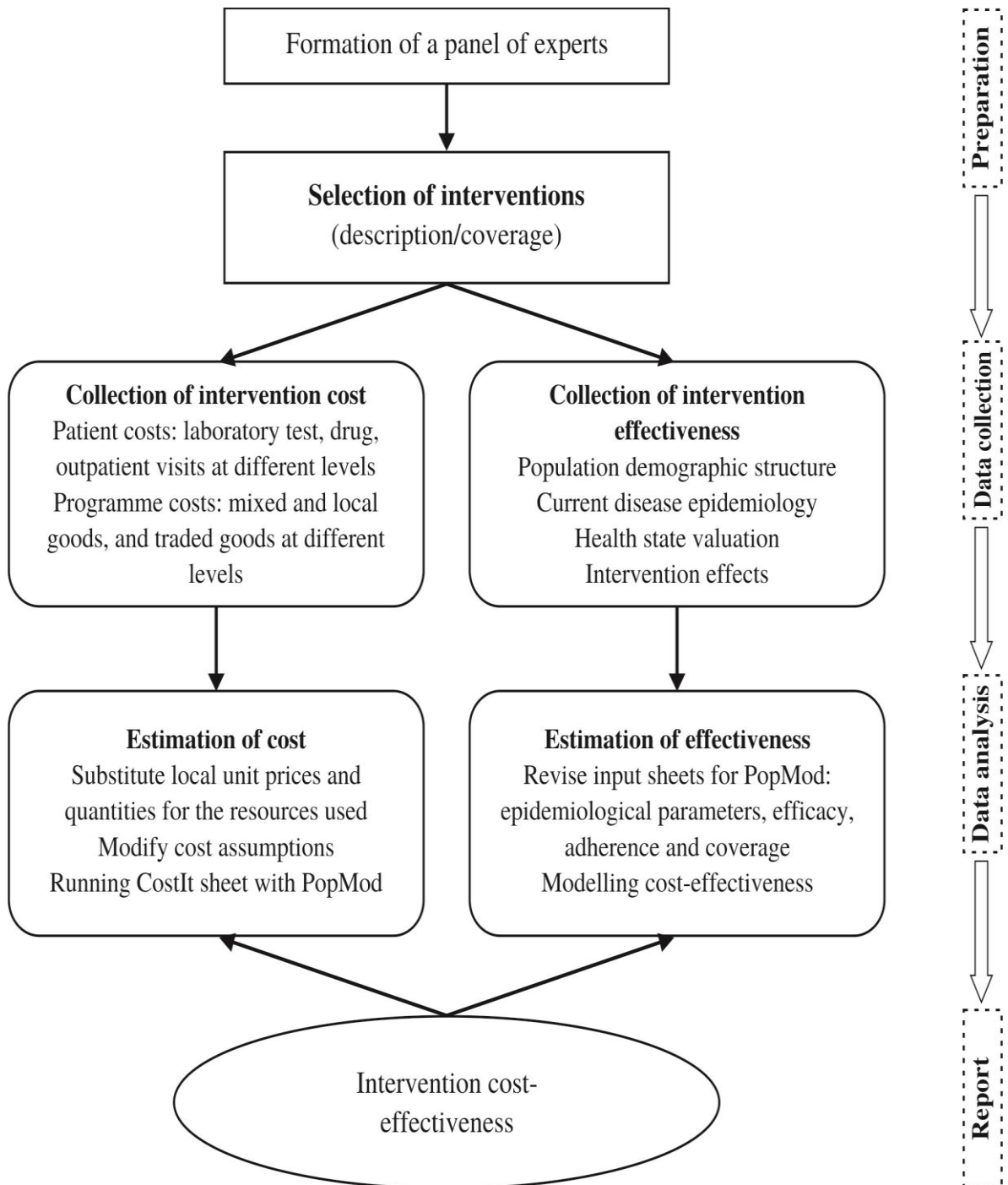
TT	Tên phương pháp TT-GDSK	Vật liệu, công cụ	Địa điểm	Thời gian thực hiện	Cách tiến hành, người thực hiện
1	Loa phát thanh trường	Bài phát thanh, loa, micro, các thiết bị khác.	03 trường học trong nhóm can thiệp	<ul style="list-style-type: none"> - Đợt 1: Tháng 9/2015. - Đợt 2: Tháng 12/2015. - Đợt 3: Tháng 3 /2016. 	<ul style="list-style-type: none"> - Người phát thanh đọc nội dung phát thanh đã được biên soạn sẵn. -Tiến hành phát thanh 2 lần/tuần trong 4 tuần liên tiếp/đợt trong 3 đợt. - Phát thanh vào giờ nghỉ giải lao của học sinh. - Thời lượng mỗi lần phát thanh kéo dài 7 - 10 phút. - Người thực hiện: <ul style="list-style-type: none"> +Biên soạn tài liệu phát thanh: Trưởng nhóm nghiên cứu. +Trực tiếp phát thanh: Tổng phụ trách Đội Thiếu niên (tại THCS), Bí thư Đoàn TN (tại THPT).
2	Áp phích tại lớp học	Áp phích	Tại các lớp học	Từ tháng 9/2015 đến khi kết thúc can thiệp.	<ul style="list-style-type: none"> - Treo áp phích bên trong các lớp học. - Người thực hiện: <ul style="list-style-type: none"> + Chuẩn bị áp phích: Trưởng nhóm nghiên cứu. + Thực hiện treo áp phích: Đoàn TN trường THPT, Đội thiếu niên trường THCS. + Quản lý áp phích: Giáo viên chủ nhiệm mỗi lớp là người trực tiếp quản lý áp phích, nếu áp phích bị hư hại, lớp đó sẽ bị trừ điểm thi đua; áp phích mới sẽ được treo thay thế vào vị trí cũ nếu áp phích bị hư hại.

3	Cán bộ y tế tuyên truyền trong giờ sinh hoạt lớp	Tài liệu tuyên truyền	Lớp học	Từ tháng 9/2015 đến tháng 5/2016	<ul style="list-style-type: none"> - Mỗi buổi tuyên truyền kéo dài trong 20 - 30 phút cuối giờ sinh hoạt lớp. - Mỗi lớp tổ chức 2 buổi, mỗi buổi cách nhau 2 tuần: Buổi 1 cung cấp, hướng dẫn KAP; buổi 2 giải đáp thắc mắc. - Mỗi nhóm tuyên truyền gồm 2 cán bộ: 01 cán bộ y tế tuyên truyền, 01 giáo viên chủ nhiệm hỗ trợ tại mỗi lớp. Có tất cả 4 nhóm tuyên truyền: nhóm 1, nhóm 2, nhóm 3, nhóm 4. - Trường THCS Nguyễn Úy: Nhóm 1 phụ trách; THCS Lê Hồ: nhóm 2; THPT B Kim Bảng: nhóm 3 và nhóm 4.
4	Tờ rơi cho cha mẹ học sinh	Tờ rơi	Lớp học	Buổi họp phụ huynh đầu năm	<p>Vào cuối giờ họp phụ huynh, giáo viên chủ nhiệm phổ biến thông tin cơ bản về nghiên cứu, động viên cha mẹ học sinh đọc tờ rơi và thực hiện những nội dung trên tờ rơi, sau đó cán bộ lớp phát tờ rơi cho cha/mẹ học sinh tại lớp học. Những trường họp học sinh không có cha mẹ đi họp, tờ rơi sẽ được gửi cho học sinh hoặc người đi họp thay để chuyển cho cha mẹ học sinh.</p>

PHỤ LỤC 9
MẪU PHIẾU THU THẬP THÔNG TIN CHI PHÍ

TT	Tên hoạt động	Hạng mục chi	Diễn giải cách tính	Thành tiền	Thời gian thu thập
1	Thuê khoán chuyên môn			
		Năng lượng, vật liệu			
		Thuê mướn cơ sở vật chất, trang thiết bị			
		Công tác phí			
		Đi lại tại địa phương			
2	Thuê khoán chuyên môn			
		Năng lượng, vật liệu			
		Thuê mướn cơ sở vật chất, trang thiết bị			
		Công tác phí			
		Đi lại tại địa phương			
3	Thuê khoán chuyên môn			
		Năng lượng, vật liệu			
		Thuê mướn cơ sở vật chất, trang thiết bị			
		Công tác phí			
		Đi lại tại địa phương			
...			

PHỤ LỤC 10
KHUNG PHƯƠNG PHÁP PHÂN TÍCH CHI PHÍ - HIỆU QUẢ
CỦA WHO-CHOICE





Hướng dẫn học sinh trả lời câu hỏi trong phiếu điều tra

**Đệ sinh đúng cách
Không lo viêm nhiễm**

**Một số bệnh NKĐSS: Lậu, giang mai, sùi mào gà,
HIV/AIDS, nấm âm đạo, viêm cổ tử cung...**

**Bệnh nhiễm khuẩn đường sinh sản có thể gây ra
những hậu quả rất nghiêm trọng:**

- * Vô sinh
- * Ung thư
- * Sảy thai, đẻ non
- * Tử vong

**Vi vậy, cần vệ sinh bộ phận sinh dục hàng ngày
và dùng cách để phòng chống NKĐSS.**

Hình ảnh áp phích của can thiệp



Áp phích treo bên trong lớp học

Mặt 1

Nhắc nhở con yêu
Vệ sinh đúng cách
Không lo viêm nhiễm

CÁC BẠCH CHA, MẸ CÓ BIẾT?

Bệnh nhiễm khuẩn đường sinh sản (NKĐSS) không loại trừ một ai, kể cả các em trong độ tuổi vị thành niên. Do vậy, vị thành niên, dù là chưa lập gia đình, vẫn có thể mắc bệnh nhiễm khuẩn đường sinh sản.

Một số bệnh NKĐSS thường gặp: Lậu, giang mai, sùi mào gà, HIV/AIDS, nấm âm đạo, trùng roi âm đạo, viêm cổ tử cung, nhiễm chlamydia...

NKĐSS CÓ THỂ GÂY RA NHỮNG HẬU QUẢ RẤT NGHIÊM TRỌNG ĐÓ LÀ:


- Vô sinh**
- Ung thư**
- Sảy thai, đẻ non**
- Tử vong**



Mặt 2

TRIỆU CHỨNG CÁC BỆNH NKĐSS:

1. Ra mủ hoặc dịch nhầy ở dương vật (nam)
2. Đái buốt, đái rắt hoặc đái khó (nam)
3. Sưng, đau dương vật, bìu (nam)
4. Ra nhiều khí hư, có màu hoặc mùi khác thường (nữ)
5. Ngứa bộ phận sinh dục (nữ)
6. Đau bụng dưới (nữ)
7. Ra máu bất thường (nữ)
8. Có vết loét, vết sùi hoặc nổi những nốt bất thường quanh bộ phận sinh dục hoặc quanh hậu môn
9. Hạch bẹn sưng to
10. Đau khi quan hệ tình dục



Kích thước: A4 gấp đôi

Mặt 3

CÁCH PHÒNG - CHỐNG NKĐSS

1. Vệ sinh bộ phận sinh dục hàng ngày.
2. Khi vệ sinh bộ phận sinh dục, cần vệ sinh bên trong lẫn bên ngoài bao quy đầu (nam)
3. Thay rửa vệ sinh trong thời kỳ kinh nguyệt
3 - 4 tiếng/lần (nữ)
4. Vệ sinh bộ phận sinh dục bằng dung dịch vệ sinh phụ nữ (nữ)
5. Không rửa sâu bên trong âm đạo (nữ)
6. Vệ sinh bộ phận sinh dục trước và sau khi quan hệ tình dục
7. Lau khô bộ phận sinh dục sau khi vệ sinh
8. Dùng nước sạch để vệ sinh bộ phận sinh dục
9. Dùng bao cao su khi quan hệ tình dục
10. Thay đồ lót hàng ngày và phơi đồ lót ở nơi có nhiều ánh nắng
11. Không quan hệ tình dục với nhiều người
12. Không dùng chung bơm kim tiêm

Mặt 4

CẦN LÀM GÌ KHI THẤY TRIỆU CHỨNG NKĐSS?

Khi thấy triệu chứng NKĐSS, cần đi khám tại các cơ sở y tế đáng tin cậy càng sớm càng tốt. Khi điều trị NKĐSS, cần tuyệt đối tuân thủ đơn của thầy thuốc và quá trình điều trị.

Hành vi đơn giản
Khuyến bảo các con
Thực hành tuân thủ
Tránh xa viêm nhiễm!



Hình ảnh tờ rơi dành cho cha mẹ của can thiệp