

**ĐẠI HỌC HUẾ  
TRƯỜNG ĐẠI HỌC Y - DƯỢC**

**ĐÀO NGUYỄN DIỆU TRANG**

**NGHIÊN CỨU THỰC TRẠNG SỨC KHỎE SINH SẢN  
VÀ ĐÁNH GIÁ HIỆU QUẢ CỦA MÔ HÌNH CAN THIỆP  
Ở NỮ VỊ THÀNH NIÊN HUYỆN MIỀN NÚI A LƯỚI,  
TỈNH THỪA THIÊN HUẾ**

**LUẬN ÁN TIẾN SĨ Y HỌC**

**HUẾ, 2021**

**ĐẠI HỌC HUẾ**  
**TRƯỜNG ĐẠI HỌC Y - DƯỢC**

**ĐÀO NGUYỄN DIỆU TRANG**

**NGHIÊN CỨU THỰC TRẠNG SỨC KHỎE SINH SẢN  
VÀ ĐÁNH GIÁ HIỆU QUẢ CỦA MÔ HÌNH CAN THIỆP  
Ở NỮ VỊ THÀNH NIÊN HUYỆN MIỀN NÚI A LƯỚI,  
TỈNH THỪA THIÊN HUẾ**

**LUẬN ÁN TIẾN SĨ Y HỌC**

**Ngành : Y TẾ CÔNG CỘNG**

**Mã số : 9 72 07 01**

**Người hướng dẫn khoa học:**

- 1. TS.BS. PHAN THỊ BÍCH NGỌC**
- 2. GS.TS. NGUYỄN VŨ QUỐC HUY**

**HUẾ, 2021**

## Lời Cảm Ơn

Để hoàn thành luận án này, tôi xin chân thành cảm ơn Đại học Huế, Ban Giám hiệu, Phòng Đào tạo Sau đại học Trường Đại học Y Dược Huế đã tạo mọi điều kiện cho tôi học tập và nghiên cứu.

Tôi xin tỏ lòng biết ơn sâu sắc tới TS. BS Phan Thị Bích Ngọc, GS. TS Nguyễn Vũ Quốc Huy, GS. TS Cao Ngọc Thành là những Thầy Cô đã rất tận tình hướng dẫn, giúp đỡ tôi trong suốt quá trình nghiên cứu.

Tôi xin chân thành cảm ơn các thầy cô, các giảng viên, nhân viên khoa Y tế Công cộng, Khoa Điều dưỡng, Bộ môn Vi sinh Trường Đại học Y Dược Huế và Khoa Phụ sản Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Huế đã giúp đỡ tôi tận tình, chu đáo trong suốt thời gian học tập và nghiên cứu.

Tôi xin gửi lời cảm ơn chân thành đến lãnh đạo huyện, lãnh đạo phòng Giáo dục, Ban giám đốc Trung tâm Y tế huyện A Lưới, các cán bộ y tế tại các Trạm y tế xã thuộc huyện A Lưới, Ban Giám hiệu cùng thầy cô giáo các trường Trung học cơ sở Hương Lâm, Hương Nguyên, Trung học phổ thông Hương Lâm, quý vị phụ huynh và các em vị thành niên đã hợp tác, giúp đỡ tôi trong thời gian nghiên cứu.

Cuối cùng, xin được gửi tấm chân tình tới gia đình, bạn bè, người thân đã luôn sát cánh, cảm thông, chia sẻ, động viên, giúp đỡ tôi rất nhiều trong quá trình hoàn thành luận án này.

Tác giả luận án  
Đào Nguyễn Diệu Trang

## **LỜI CAM ĐOAN**

Tôi xin cam đoan, đây là công trình nghiên cứu của riêng tôi. Các số liệu, các kết quả trong luận án này là trung thực và chưa từng được công bố trong bất kỳ công trình nào khác. Nếu có điều gì sai sót, tôi xin hoàn toàn chịu trách nhiệm.

**Tác giả luận án**

**Đào Nguyễn Diệu Trang**

## DANH MỤC NHỮNG CHỮ VIẾT TẮT

AIDS	: Acquired Immune Deficiency Syndrome : Hội chứng suy giảm miễn dịch mắc phải
ASRHE	: Adolescent Sexual Reproductive Health Education : Giáo dục sức khỏe sinh sản và tình dục ở vị thành niên
BCS	: Bao cao su
BLTQĐTD	: Bệnh lây truyền qua đường tình dục
BPTT	: Biện pháp tránh thai
BYT	: Bộ y tế
CBYT	: Cán bộ y tế
CTV	: Cộng tác viên
DTTS	: Dân tộc thiểu số
ĐHKN	: Điều hòa kinh nguyệt
ĐTV	: Điều tra viên
GDSK	: Giáo dục sức khỏe
GSV	: Giám sát viên
HIV	: Human Immunodeficiency Virus : Vi rút gây suy giảm miễn dịch ở người
KHHGD	: Kế hoạch hóa gia đình
KHS	: Kết hôn sớm
NKĐSS	: Nhiễm khuẩn đường sinh sản
QHTD	: Quan hệ tình dục
SAVY	: Survey Assessment of Vietnam Youth : Điều tra Quốc gia về vị thành niên và thanh niên Việt Nam
SKSS	: Sức khỏe sinh sản
SKSSVTN	: Sức khỏe sinh sản vị thành niên

SKTD	: Sức khỏe tình dục
TCYTTG	: Tổ chức y tế thế giới
THCS	: Trung học cơ sở
THPT	: Trung học phổ thông
TTYT	: Trung tâm y tế
TT-GDSK	: Truyền thông giáo dục sức khỏe
TYT	: Trạm y tế
UNESCO	: United Nations Educational Scientific and Cultural Organization
	: Tổ chức giáo dục, khoa học và văn hóa của Liên Hợp Quốc
UNFPA	: United Nations Population Fund
	: Quỹ Dân số Liên Hợp Quốc
UNICEF	: United Nations Children's Fund
	: Quỹ Nhi đồng Liên hiệp quốc
VTN	: Vị thành niên
VTN/TN	: Vị thành niên / thanh niên
YTTB	: Y tế thôn bản
WHO	: World Health Organization: Tổ chức y tế thế giới

## MỤC LỤC

<b>ĐẶT VẤN ĐỀ</b> .....	1
<b>Chương 1: TỔNG QUAN TÀI LIỆU</b> .....	3
1.1. Khái niệm về sức khỏe sinh sản .....	3
1.2. Khái niệm về sức khỏe sinh sản vị thành niên .....	3
1.3. Các vấn đề sức khỏe sinh sản nữ vị thành niên.....	7
1.4. Thực trạng sức khỏe sinh sản nữ vị thành niên người dân tộc thiểu số trên thế giới, tại Việt Nam.....	10
1.5. Các yếu tố liên quan đến kiến thức và thực hành sức khỏe sinh sản nữ vị thành niên .....	16
1.6. Các mô hình, phương pháp can thiệp và hiệu quả thực hiện các giải pháp can thiệp cải thiện sức khỏe sinh sản vị thành niên trên thế giới và tại Việt Nam .....	18
1.7. Một số đặc điểm về kinh tế, văn hóa, xã hội của Huyện A Lưới.....	32
<b>Chương 2: ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU</b> .....	34
2.1. Đối tượng, địa điểm và thời gian nghiên cứu.....	34
2.2. Phương pháp nghiên cứu.....	34
<b>Chương 3: KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU</b> .....	57
3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu.....	57
3.2. Thực trạng sức khỏe sinh sản nữ vị thành niên tại huyện a lưới.....	58
3.3. Xây dựng mô hình, tiến hành và đánh giá các kết quả can thiệp tại 4 xã can thiệp....	82
<b>Chương 4: BÀN LUẬN</b> .....	93
4.1. Thực trạng sức khỏe sinh sản nữ vị thành niên tại huyện a lưới.....	93
4.2. Các yếu tố liên quan đến kiến thức, thực hành chung.....	103
4.3. Xây dựng mô hình, tiến hành và đánh giá các kết quả can thiệp tại 4 xã can thiệp .....	105
<b>KIẾN NGHỊ</b> .....	120
<b>DANH MỤC CÁC CÔNG TRÌNH NGHIÊN CỨU KHOA HỌC ĐÃ CÔNG BỐ TÀI LIỆU THAM KHẢO</b>	
<b>PHỤ LỤC</b>	

## DANH MỤC CÁC BẢNG

Bảng 2.1: Thang điểm Nugent .....	47
Bảng 3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu .....	57
Bảng 3.2. Kiến thức về việc mang thai .....	59
Hiểu biết về thời điểm dễ có thai nhất .....	59
Bảng 3.3. Kiến thức về các biện pháp tránh thai .....	60
Bảng 3.4. Kiến thức về các bệnh lây truyền qua đường tình dục .....	61
Bảng 3.5. Kiến thức về HIV .....	62
Bảng 3.6. Kiến thức về viêm nhiễm đường sinh dục dưới .....	63
Bảng 3.7. Phân loại kiến thức chung.....	64
Bảng 3.8. Nguồn thông tin .....	65
Bảng 3.9. Nguồn thông tin phù hợp .....	66
Bảng 3.10. Cách truyền thông phù hợp.....	66
Bảng 3.11. Thực hành vệ sinh kinh nguyệt.....	67
Bảng 3.12. Môi quan hệ nam nữ.....	67
Bảng 3.13. Về quan hệ tình dục .....	68
Bảng 3.14. Tình hình sinh đẻ .....	71
Bảng 3.15. Tình trạng hôn nhân.....	71
Bảng 3.16. Tình trạng kết hôn sớm (tảo hôn) .....	71
Bảng 3.17. Môi quan hệ hôn nhân .....	72
Bảng 3.18. Tình hình thủ dâm.....	73
Bảng 3.19. Thực hành về vệ sinh đường sinh dục .....	74
Bảng 3.20. Tình hình viêm nhiễm và phân bố viêm nhiễm đường sinh dục dưới....	75
Bảng 3.21. Những yếu tố về khả năng tiếp cận dịch vụ y tế.....	76
Bảng 3.22. Các yếu tố liên quan đến kiến thức.....	78
Bảng 3.23. Các yếu tố liên quan đến kiến thức chưa tốt theo phân tích hồi quy đa biến....	79
Bảng 3.24. Các yếu tố liên quan đến thực hành.....	80
Bảng 3.25. Các yếu tố liên quan đến thực hành chưa tốt qua phân tích hồi quy đa biến .....	81



Bảng 3.26: Bảng tóm tắt các hoạt động can thiệp đã thực hiện .....	85
Bảng 3.27. Thay đổi kiến thức trước - sau ở nhóm can thiệp và nhóm không can thiệp....	86
Bảng 3.28. Thay đổi kiến thức ở nhóm chứng - nhóm can thiệp ở thời điểm trước và sau can thiệp .....	87
Bảng 3.29. Thay đổi thực hành trước – sau ở nhóm can thiệp và nhóm không can thiệp .....	88
Bảng 3.30. Thay đổi thực hành ở nhóm chứng - nhóm can thiệp ở thời điểm trước và sau can thiệp .....	89
Bảng 3.31. Thay đổi tỷ lệ tảo hôn trước – sau ở nhóm can thiệp và nhóm không can thiệp .....	89
Bảng 3.32. Thay đổi tỷ lệ tảo hôn ở nhóm chứng - nhóm can thiệp ở thời điểm trước và sau can thiệp .....	90
Bảng 3.33. Thay đổi tỷ lệ viêm nhiễm đường sinh dục dưới trước – sau ở nhóm can thiệp và nhóm không can thiệp .....	91
Bảng 3.34. Thay đổi tỷ lệ viêm nhiễm đường sinh dục dưới ở nhóm chứng - nhóm can thiệp ở thời điểm trước và sau can thiệp.....	92
Bảng 4.1. Tỷ lệ kết hôn sớm trong nghiên cứu so sánh với một số nước trên thế giới có tỷ lệ kết hôn sớm cao nhất .....	100

## **DANH MỤC CÁC BIỂU ĐỒ**

Biểu đồ 3.1: Hiểu biết về dấu hiệu cho thấy bạn gái đang ở tuổi dậy thì .....	58
Biểu đồ 3.2: Hiểu biết về độ tuổi được kết hôn theo đúng pháp luật .....	64
Biểu đồ 3.3: Sự cần thiết phải truyền thông GDSK.....	65
Biểu đồ 3.4. Tình hình mang thai.....	69
Biểu đồ 3.5. Tình hình nạo phá thai .....	70
Biểu đồ 3.6. Quan hệ tình dục trước hôn nhân .....	72
Biểu đồ 3.7. Phân loại thực hành chung.....	76

## **DANH MỤC CÁC SƠ ĐỒ**

Sơ đồ 1.1. Mô hình thiết kế và đánh giá chương trình.....	20
Sơ đồ 2.1. Sơ đồ nghiên cứu .....	35
Sơ đồ 2.2. Khung lý thuyết cho nghiên cứu cắt ngang .....	43
Sơ đồ 2.3. Khung lý thuyết cho nghiên cứu can thiệp cụ thể .....	44

## ĐẶT VẤN ĐỀ

Vị thành niên là giai đoạn chuyển tiếp từ trẻ em thành người trưởng thành, là nhóm đối tượng có sự thay đổi nhiều về thể chất, tinh thần [2], [3], [94]. Vị thành niên cũng là nhóm đối tượng dễ bị tổn thương nhất, đặc biệt là vị thành niên nữ người dân tộc thiểu số. Sự thiếu hiểu biết về sức khỏe sinh sản của vị thành niên chính là nguy cơ đối với sức khỏe ở lứa tuổi vị thành niên.

Vị thành niên nữ ở các nước trên thế giới cũng như tại Việt Nam đang phải đối mặt với rất nhiều vấn đề liên quan đến sức khỏe sinh sản. Theo Tổ chức y tế thế giới (WHO), hàng năm có khoảng 16 triệu nữ vị thành niên từ 15 – 19 tuổi sinh con, chiếm tỷ lệ 11% trên toàn thế giới. Trong số các em vị thành niên này có những em mang thai và sinh con xảy ra ngoài mong muốn. Ước tính có khoảng 2 triệu – 4,4 triệu trường hợp phá thai trong độ tuổi 15 – 19 mỗi năm [95].

Nghiên cứu của Lori De Ravello (2014) ở các em vị thành niên người dân tộc thiểu số Mỹ gốc Ấn Độ và thổ dân Alaska cho thấy 48,9% em có quan hệ tình dục, 8,3% em có quan hệ tình dục lần đầu tiên trước 13 tuổi. 16,6% em có quan hệ tình dục với trên 4 bạn tình [36]. Nghiên cứu của Jane Dimmitt Champion (2015) ở nữ vị thành niên người Mỹ gốc Phi và người Mỹ gốc Mexico cho thấy: 98,2% vị thành niên nữ quan hệ tình dục không sử dụng bao cao su, 21,8% quan hệ tình dục qua đường hậu môn, 7,5% quan hệ tình dục theo nhóm [33].

Nghiên cứu của Sah Rb, (2014) ở Nepal cho thấy tỷ lệ kết hôn sớm ở vùng miền núi Dhankuta Municipality – Nepal là 53,3%, tỷ lệ vị thành niên mang thai ngoài ý muốn là 59,3% [80].

Kết quả điều tra thực trạng kinh tế, xã hội của 53 dân tộc thiểu số năm 2015 tại Việt Nam cho thấy tỷ lệ kết hôn sớm là 26,6% [26]. Việt Nam là 1 trong 3 nước có tỷ lệ phá thai cao nhất thế giới, trong đó 20% là lứa tuổi vị thành niên, trên cả nước có 5% vị thành niên nữ sinh con trước 18 tuổi [5].

Nghiên cứu của Vũ Văn Hoàn (2010) trên các em vị thành niên người dân tộc Thái ở tỉnh Sơn La cho thấy 36,9% em có quan hệ tình dục trước khi kết hôn, 29,5% em kể tên được 2 loại bệnh lây truyền qua đường tình dục, 15,2% em biết được

3 đường lây truyền chính của vi rút HIV, 25,3% biết đến bệnh giang mai, 33,1% em không biết các triệu chứng của bệnh lây truyền qua đường tình dục [5].

Các chương trình can thiệp cải thiện tình hình sức khỏe sinh sản vị thành niên ở một số nước trên thế giới đã mang lại kết quả khả quan. Tỷ lệ kiến thức, thực hành gia tăng sau can thiệp có ý nghĩa thống kê [76]. Hiểu biết về thời điểm dễ mang thai trong chu kỳ kinh sau can thiệp tăng từ 30,0% lên 44,0%, thực hành sử dụng thuốc uống tránh thai sau can thiệp tăng từ 33,0% lên 50,0% [27]. Kiến thức về bệnh lây truyền qua đường tình dục sau can thiệp tăng từ 50% lên 94%, kiến thức về HIV/AIDS sau can thiệp tăng từ 78% lên 96%. Thực hành quan hệ tình dục sau can thiệp giảm từ 28% xuống 13% [32]. Tỷ lệ các em đã sử dụng bao cao su sau can thiệp tăng từ 67% lên 100% [34].

Chiến lược quốc gia về chăm sóc sức khỏe sinh sản giai đoạn 2011 – 2020 của Việt Nam đã nhấn mạnh mục tiêu “cải thiện sức khỏe sinh sản của người chưa thành niên và thanh niên, giảm 20% số người chưa thành niên có thai ngoài ý muốn vào năm 2015 và 50% vào năm 2020”[21].

Huyện A Lưới là một huyện miền núi của tỉnh Thừa Thiên Huế với đa số là người dân tộc thiểu số đang sinh sống, đặc biệt các em vị thành niên nữ là nhóm đối tượng dễ bị tổn thương cần được quan tâm. Trong thời gian qua cũng đã có một số nghiên cứu về sức khỏe sinh sản tại huyện A Lưới nhưng chưa có nghiên cứu, can thiệp cụ thể nào nhằm vào đối tượng nữ vị thành niên người dân tộc thiểu số ở huyện này.

Chính vì vậy để góp phần cải thiện tình hình sức khỏe sinh sản cho nữ vị thành niên người dân tộc thiểu số tại huyện A Lưới, chúng tôi thực hiện đề tài: **“Nghiên cứu thực trạng sức khỏe sinh sản và đánh giá hiệu quả của mô hình can thiệp ở nữ vị thành niên huyện miền núi A Lưới, tỉnh Thừa Thiên Huế”**, nhằm các mục tiêu:

1. *Mô tả thực trạng và một số yếu tố liên quan đến sức khỏe sinh sản nữ vị thành niên dân tộc thiểu số tại huyện A Lưới, tỉnh Thừa Thiên Huế năm 2015.*
2. *Xây dựng, thử nghiệm và đánh giá hiệu quả của mô hình can thiệp cải thiện thực trạng sức khỏe sinh sản nữ vị thành niên dân tộc thiểu số tại địa điểm nghiên cứu.*

## **Chương 1**

### **TỔNG QUAN TÀI LIỆU**

#### **1.1. KHÁI NIỆM VỀ SỨC KHỎE SINH SẢN**

Sức khỏe sinh sản là trạng thái thoải mái về thể chất, tinh thần và xã hội của tất cả những gì liên quan đến hoạt động và chức năng của bộ máy sinh sản chứ không phải là không có bệnh hay khuyết tật của bộ máy đó. Điều này cũng hàm ý là tất cả mọi người kể cả nam và nữ đều có cuộc sống tình dục thỏa mãn và an toàn, họ có khả năng sinh sản và tự do quyết định khi nào sinh và khoảng cách giữa các lần sinh. Có quyền được nhận thông tin và tiếp cận các dịch vụ chăm sóc sức khỏe, các biện pháp kế hoạch hóa gia đình (KHHGD) an toàn, hiệu quả và chấp nhận được theo sự lựa chọn của mình, cũng như có khả năng lựa chọn các biện pháp phá thai phù hợp, không trái với pháp luật nhằm đảm bảo cho phụ nữ trải qua quá trình thai nghén và sinh đẻ an toàn, tạo cho các cặp vợ chồng cơ may tốt nhất để sinh được đứa con khỏe mạnh [1], [30], [87].

#### **1.2. KHÁI NIỆM VỀ SỨC KHỎE SINH SẢN VỊ THÀNH NIÊN**

##### **1.2.1. Khái niệm vị thành niên**

Vị thành niên (VTN) là người trong độ tuổi 10 -19. Khái niệm vị thành niên và thanh niên (VTN/TN) dùng để chỉ người trong độ tuổi 10 -24 [2], [89], [92]. 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. Với những đặc điểm này, VTN liên tục đối mặt với những thách thức cũng như nguy cơ. Để chinh phục thách thức của cuộc sống và phòng tránh nguy cơ, VTN cần được đáp ứng nhu cầu cơ bản gồm môi trường an toàn, gần gũi, dễ tiếp cận, thông tin chính xác, kỹ năng sống, được tư vấn và hỗ trợ dịch vụ y tế phù hợp.

Tuổi VTN là thời kỳ phát triển đặc biệt, thời kỳ xảy ra đồng thời hàng loạt những biến đổi nhanh chóng về cơ thể cũng như những biến đổi về tâm lý và các mối quan hệ xã hội. Người cung cấp dịch vụ cần hiểu rõ về các đặc điểm tâm sinh

lý và những thay đổi trong độ tuổi này thì mới tiếp cận, tư vấn và cung cấp dịch vụ được cho các em một cách phù hợp, thân thiện và hiệu quả.

Lứa tuổi VTN là từ 10 -19 tuổi và được chia làm 3 giai đoạn: VTN sớm: từ 10 -13 tuổi, VTN giữa: từ 14 -15 tuổi, VTN muộn: từ 16 -19 tuổi [96].

#### ***1.2.1.1. Những thay đổi về giải phẫu và sinh lý trong thời kỳ vị thành niên ở nữ***

Sự phát triển cơ thể rõ rệt và dễ nhận thấy nhất là dấu hiệu dậy thì. Tuổi dậy thì ở các em nữ thường sớm hơn nam và trong khoảng từ 10 -15 tuổi.

**Các biểu hiện dậy thì ở các em nữ:** Phát triển núm vú, quầng vú, mọc lông sinh dục như: lông mu, lông nách. Tử cung, âm đạo, buồng trứng phát triển to ra, xương hông nở ra, phát triển chiều cao nhanh chóng, xuất hiện kinh nguyệt, các tuyến bã hoạt động mạnh, xuất hiện trứng cá [2].

***1.2.1.2. Những biến đổi về tâm lý trong thời kỳ vị thành niên:*** tùy theo từng giai đoạn phát triển của thời kỳ VTN mà có những biến đổi về tâm lý khác nhau:

- Thời kỳ VTN sớm: các em bắt đầu ý thức mình không còn là trẻ con, muốn được độc lập, muốn được tôn trọng, muốn được đối xử bình đẳng như người lớn. Các em cũng đã chú trọng đến các mối quan hệ bạn bè, quan tâm đến hình thức bên ngoài và những thay đổi về cơ thể. Các em đã có những biểu hiện tò mò, thích khám phá, thử nghiệm. Bắt đầu phát triển tư duy, trừu tượng, có những hành vi mang tính thử nghiệm, bốc đồng [2].

- Thời kỳ VTN giữa: Các em tiếp tục quan tâm nhiều hơn đến hình dáng cơ thể. Tỏ ra độc lập hơn, thích tự mình quyết định, có xu hướng tách ra khỏi sự kiểm soát của gia đình. Phát triển mạnh cá tính, sở thích cá nhân, chịu ảnh hưởng nhiều của bạn bè đồng trang lứa. Quan tâm đến bạn khác giới, dễ ngộ nhận tình bạn khác giới với tình yêu. Các em tiếp tục phát triển tư duy trừu tượng, phát triển kỹ năng phân tích, bắt đầu nhận biết hậu quả của hành vi. Bắt đầu thử thách các qui định, các giới hạn mà gia đình hay xã hội đặt ra [2].

- Thời kỳ VTN muộn: Các em đã biết khẳng định sự độc lập và tạo dựng hình ảnh bản thân tương đối ổn định. Khả năng đánh giá và giải quyết vấn đề tốt

hơn. Cách suy nghĩ, nhận xét và ứng xử chín chắn hơn. Ảnh hưởng của nhóm bạn bè giảm dần, quay lại chú trọng các mối quan hệ gia đình, chú trọng tới mối quan hệ riêng tư, tin cậy giữa hai người hơn quan hệ theo nhóm. Định hướng cuộc sống, nghề nghiệp rõ ràng hơn. Biết phân biệt tình bạn và tình yêu, cách nhìn nhận tình yêu mang tính thực tế hơn [2].

### **1.2.2. Khái niệm về sức khỏe sinh sản vị thành niên**

Sức khỏe sinh sản VTN là những nội dung nói chung của SKSS nhưng được áp dụng phù hợp cho lứa tuổi VTN. Để đảm bảo thực hiện tốt việc chăm sóc SKSS cho VTN cần phải cung cấp đầy đủ thông tin và các dịch vụ chăm sóc SKSS [2].

#### ***1.2.2.1. Những chủ đề cần tư vấn cho VTN nữ***

- Đặc điểm phát triển cơ thể, tâm sinh lý tuổi VTN.
- Kinh nguyệt bình thường và bất thường tuổi VTN.
- Thai nghén và sinh đẻ tuổi VTN.
- Các biện pháp tránh thai ở tuổi VTN.
- Tiết dịch âm đạo ở VTN.
- Thủ dâm.
- Nhiễm khuẩn đường sinh sản và nhiễm khuẩn bệnh lây truyền qua đường tình dục kể cả HIV/AIDS.
- Tình dục an toàn và lành mạnh [2].

#### ***1.2.2.2. Những điểm cần lưu ý khi tư vấn sức khỏe sinh sản cho vị thành niên***

- Cán bộ tư vấn cần hiểu các đặc điểm tâm sinh lý của lứa tuổi VTN để đảm bảo tính riêng tư, đồng cảm, tế nhị và không phán xét. Tư vấn qua điện thoại hoặc internet có thể được thực hiện ở những nơi có điều kiện.
- Các cơ sở y tế cần sử dụng nhiều loại tài liệu truyền thông, quảng bá, cung cấp thông tin, rõ ràng, chính xác và phù hợp.
- VTN thường lo sợ bị tiết lộ thông tin nên miễn cưỡng khi chia sẻ điều riêng tư và vì quan hệ tình dục khi chưa kết hôn hiện không được xã hội chấp nhận. VTN sợ phải thừa nhận có quan hệ tình dục (QHTD). Do đó việc bảo mật và hạn chế chia sẻ thông tin cá nhân rất quan trọng.



- Cán bộ tư vấn cần nhiều thời gian, giải thích cặn kẽ vì VTN ít hiểu biết về cơ thể, SKSS/SKTD.

- Cán bộ tư vấn cần chú ý hỗ trợ một số kỹ năng sống cần thiết để VTN có thể có thái độ, hành vi đúng mực, thực hành an toàn [2].

### ***1.2.2.3. Khái niệm dịch vụ sức khỏe thân thiện với vị thành niên***

Theo Tổ chức y tế thế giới, dịch vụ sức khỏe thân thiện với VTN là các dịch vụ có thể tiếp cận được và phù hợp với VTN. Dịch vụ sức khỏe thân thiện với VTN cần đảm bảo các tiêu chuẩn như địa điểm, giá cả phù hợp, an toàn, phục vụ theo phương cách mà VTN chấp nhận được nhằm đáp ứng nhu cầu của VTN và khuyến khích các em trở lại cơ sở y tế khi cần cũng như giới thiệu về dịch vụ với bạn bè. Dịch vụ sức khỏe thân thiện với VTN có các đặc điểm sau:

- Về cơ sở: Có vị trí thuận tiện đối với VTN, có sơ đồ, biển chỉ dẫn rõ ràng. Dành đủ diện tích và đảm bảo tính riêng tư, kín đáo. Giờ mở cửa thuận tiện với VTN. Môi trường thoải mái và an toàn với VTN: bài trí nhẹ nhàng, phù hợp với sở thích của VTN, cảnh quang xung quanh khu vực dịch vụ... [2].

- Về cán bộ cung cấp dịch vụ: Được đào tạo chuyên biệt để làm việc với VTN. Có thái độ tôn trọng và đồng cảm với VTN, có thái độ tích cực và ủng hộ VTN. Đảm bảo tính riêng tư, bảo mật khi tiếp xúc và cung cấp dịch vụ cho VTN. Được bố trí và sắp xếp đủ thời gian tiếp xúc với khách hàng. Có sự cam kết cao, có sự tham gia của tư vấn viên đồng đẳng (có sự tham gia của VTN) [2].

- Về tổ chức cung cấp dịch vụ: Giảm thời gian chờ đợi, phí dịch vụ hợp lý. Có đầy đủ và đồng bộ các dịch vụ. Sẵn sàng đón tiếp cả nam và nữ VTN. Chú trọng đặc biệt tới tư vấn, chú trọng yếu tố giới và bình đẳng giới. Sẵn có các tài liệu được thiết kế phù hợp với các nhu cầu của VTN để họ có thể mang về một cách thuận tiện và dễ dàng. Tạo niềm tin cho VTN, tạo điều kiện cho VTN có thể sử dụng tối đa các dịch vụ. Có các chương trình vận động cộng đồng ủng hộ cho việc chăm sóc SKSS/SKTD cho VTN. Khuyến khích sự tham gia của VTN trong quá trình thông tin, quảng bá, tư vấn và thiết kế, đánh giá giám sát chương trình. Khuyến khích các hoạt động thảo luận nhóm, sinh hoạt câu lạc bộ, nói chuyện chuyên đề [2].

### **1.3. CÁC VẤN ĐỀ SỨC KHỎE SINH SẢN NỮ VỊ THÀNH NIÊN**

#### **1.3.1. Quan hệ tình dục và hôn nhân**

##### ***1.3.1.1. Quan hệ tình dục***

Quan hệ tình dục trước hôn nhân phổ biến ở nhiều khu vực trên thế giới và ngày càng có xu hướng tăng lên. Các nghiên cứu ở châu Á và châu Phi cho thấy phụ nữ trẻ chịu áp lực xã hội và các nhóm đồng đẳng rất lớn trong quan hệ tình dục trước hôn nhân. Tuổi kết hôn trung bình đã tăng lên tại nhiều nước nên thời gian có nguy cơ quan hệ tình dục trước hôn nhân ngày càng cao. Nhiều yếu tố xã hội dẫn tới quan hệ tình dục trước hôn nhân ngày càng tăng, ví dụ tiếp cận với các phương tiện truyền thông, di dân, phân cấp giàu nghèo trong xã hội ngày càng lớn...

Việc có con ngoài hôn nhân là một gánh nặng về tinh thần và vật chất đối với những người mẹ trẻ VTN. Họ có nguy cơ phải nuôi dạy con một mình mà không có sự hỗ trợ của gia đình và người nam giới [1].

##### ***1.3.1.2. Kết hôn sớm và kết hôn cận huyết thống***

###### ***\* Kết hôn sớm***

Kết hôn sớm (KHS) hay còn gọi tảo hôn được định nghĩa là khi một hoặc hai người kết hôn trước tuổi 18 [46], [57], [70], [91].

Theo ước tính mỗi năm trên toàn thế giới có khoảng 13,5 triệu bé gái kết hôn trước tuổi 18, nếu tình trạng KHS vẫn tiếp tục thì 142 triệu bé gái trên toàn thế giới sẽ kết hôn sớm trong thập kỷ này (2011 – 2020) và trung bình sẽ là 14,2 triệu mỗi năm [99]. Theo ước tính ở các nước đang phát triển, một trong bảy bé gái kết hôn trước tuổi 15, ở Nam Á có đến 48% phụ nữ từ 15 – 24 tuổi kết hôn trước tuổi 18 [31].

Tại Việt Nam, KHS được định nghĩa là việc lấy vợ, lấy chồng khi một bên hoặc cả hai bên chưa đủ tuổi kết hôn theo quy định của pháp luật, điều này đã được quy định tại Luật Hôn nhân và Gia đình năm 2014. Luật này cũng quy định điều kiện để kết hôn là: Nam từ đủ 20 tuổi trở lên, nữ từ đủ 18 tuổi trở lên. KHS là hành vi vi phạm pháp luật. Việc kết hôn sẽ không được pháp luật công nhận. Các quyền lợi trước pháp luật của vợ - chồng sẽ không được tính đến [17].

Theo kết quả điều tra năm 2015, tỉ lệ KHS của người dân tộc thiểu số là 26,6%, trong đó cao nhất là các dân tộc thiểu số sinh sống ở những vùng khó khăn. Có tới 40/53 dân tộc thiểu số có tỉ lệ KHS từ 20% trở lên và có 6 dân tộc thiểu số có tỉ lệ KHS từ 50 - 60% [26].

Kết hôn sớm làm mất đi cơ hội học tập, việc làm, giảm chất lượng dân số, sức khỏe bà mẹ và trẻ em. KHS làm ảnh hưởng nghiêm trọng đến nòi giống, phát triển trí tuệ, chất lượng dân số và nguồn lực. KHS vừa là nguyên nhân và cũng chính là hậu quả của sự nghèo đói, sự phát triển thiếu toàn diện. KHS xảy ra sẽ gây ảnh hưởng xấu đến sức khỏe sinh sản của nữ, do bộ máy sinh dục vẫn chưa hoàn thiện. Mang thai và sinh đẻ trong lứa tuổi vị thành niên khi cơ thể người mẹ chưa phát triển hoàn thiện, chưa đủ sức khỏe để nuôi dưỡng bào thai sẽ ảnh hưởng lớn tới sự phát triển của thai nhi và là một trong những nguyên nhân chính dẫn đến tử vong chu sinh và sơ sinh, trẻ sinh thiếu cân hoặc dị dạng, dị tật. Đối với xã hội hành vi KHS mang lại những hậu quả rất nặng nề cho xã hội, trẻ em sinh ra bị suy dinh dưỡng với tỷ lệ cao, chậm phát triển về thể chất tinh thần trí tuệ, ảnh hưởng trực tiếp đến chất lượng dân số [31], [43], [70], [75].

*\* Kết hôn cận huyết thống*

Kết hôn cận huyết thống là hôn nhân giữa nam và nữ trong cùng họ hàng thân thuộc chưa quá 3 thế hệ. Theo quy định của Luật Hôn nhân và gia đình thì những người trong phạm vi ba đời là: Đời thứ nhất- cha mẹ; đời thứ hai- anh chị em cùng cha mẹ, cùng cha khác mẹ, cùng mẹ khác cha; đời thứ ba- anh chị em con chú con bác, con cô con cậu con dì [17]. Theo kết quả điều tra năm 2015, tỷ lệ kết hôn cận huyết trung bình là 6,5‰, nhưng đáng chú ý là ở một số dân tộc tỷ lệ này rất cao. Kết hôn cận huyết thống có thể gây ra nhiều hậu quả trong đó có tỷ lệ tử vong trẻ sơ sinh cao và nguy cơ thu hẹp quy mô dân số và cũng là một trong những nguyên nhân sâu xa làm giảm tuổi thọ của các dân tộc và có liên quan đến tình trạng nghèo đói trong một số dân tộc [26].

### **1.3.2. Mang thai và sinh con ở lứa tuổi vị thành niên**

Có thai và sinh con trong tuổi VTN có ảnh hưởng xấu đến sức khỏe, bao gồm cả nguy cơ liên quan đến thai nghén, biến chứng do nạo phá thai không an toàn và tử vong mẹ cũng như những tác hại xấu đến việc học hành và hậu quả kinh tế [1], [58].

Nguy cơ sức khỏe ở VTN có thai trước 18 tuổi rất cao do cơ thể phát triển chưa hoàn chỉnh. Hiểu biết về sinh lý thụ thai và các biện pháp tránh thai còn chưa đầy đủ hoặc chưa được hướng dẫn cẩn thận. VTN từ 14 – 18 tuổi có thai thì nguy cơ tử vong cao hơn từ 20 – 24 tuổi là 5 lần [1], [48]. Những đứa trẻ được sinh ra từ các em VTN từ 15 – 19 tuổi chiếm hơn 10% các trường hợp sinh con trên toàn thế giới [93], [95].

### **1.3.3. Phá thai**

Trên thế giới, ước tính có khoảng 3 triệu nữ VTN từ 15 - 19 tuổi phá thai hàng năm [52], ở các nước đang phát triển tình trạng phá thai hàng năm ước tính có khoảng 2 triệu nữ VTN và có khoảng 1/3 số phụ nữ dưới 20 tuổi phải đi điều trị tại các bệnh viện do tai biến nạo phá thai. Nguy cơ tai biến sau nạo phá thai của VTN cao hơn bình thường do VTN không có kinh nghiệm trong việc nhận định tình trạng có thai của mình, thường cố lùi thời điểm phá thai vào giai đoạn muộn. Tai biến do nạo phá thai có thể là nhiễm trùng, chấn thương trong quá trình nạo phá thai như thủng tử cung, băng huyết. Tai biến lâu dài có thể là nguy cơ có thai ngoài tử cung, nhiễm khuẩn đường sinh dục mạn tính và vô sinh [1].

### **1.3.4. Kiến thức và sử dụng các biện pháp tránh thai**

Hiểu biết về cách sử dụng các biện pháp tránh thai (BPTT) ở VTN còn rất hạn chế. Kiến thức về nơi cung cấp BPTT cũng rất hạn chế ở VTN. VTN ở nông thôn thường ít hiểu biết về nơi cung cấp BPTT hơn là VTN ở thành thị.

Một số BPTT được sử dụng tương đối phổ biến ở VTN là viên uống tránh thai, thuốc tiêm, cấy, và vòng tránh thai. Rất ít VTN sử dụng bao cao su (BCS), mặc dù thông tin về HIV/AIDS được phổ biến rộng rãi. Rất nhiều người không hiểu thế nào là tình dục an toàn, thường có nhiều hiểu biết và quan điểm không chính xác về các BPTT, đặc biệt là thuốc viên tránh thai và viên tránh thai khẩn cấp [1].

### **1.3.5. Các bệnh viêm nhiễm đường sinh dục, bệnh lây truyền qua đường tình dục và HIV/AIDS**

Khả năng nhiễm BLTQĐTD của VTN cao hơn bình thường do họ có ít kháng thể hơn, đường sinh dục chưa hoàn chỉnh nên khả năng lây bệnh cao hơn. Các hậu quả của BLTQĐTD là vô sinh, con sinh ra nhẹ cân, đẻ non... Điều kiện vệ sinh kém, nghèo đói, không có khả năng tiếp cận các dịch vụ y tế làm tăng nguy cơ mắc các BLTQĐTD. Những người mắc BLTQĐTD thường có nguy cơ nhiễm HIV/AIDS cao hơn bình thường. VTN có nguy cơ cao lây nhiễm HIV. Có khoảng 50% số trường hợp mới nhiễm HIV là VTN ở lứa tuổi 15 – 24 [1].

## **1.4. THỰC TRẠNG SỨC KHỎE SINH SẢN NỮ VỊ THÀNH NIÊN NGƯỜI DÂN TỘC THIỂU SỐ TRÊN THẾ GIỚI, TẠI VIỆT NAM**

### **1.4.1. Trên thế giới**

Theo Tổ chức y tế thế giới (WHO), hàng năm có khoảng 16 triệu nữ VTN từ 15 – 19 tuổi sinh con, chiếm tỷ lệ 11% trên toàn thế giới, trong đó 95% trường hợp này xảy ra ở các nước đang phát triển. Trong số các em VTN này có những em mang thai và sinh con xảy ra ngoài mong muốn. Một số em chịu áp lực phải kết hôn và sinh con sớm do đó các em chưa có đầy đủ sự giáo dục về SKSS cũng như chưa có công ăn việc làm. Ở một số nước có thu nhập thấp và trung bình, biến chứng mang thai và sinh con có thể dẫn đến tử vong ở các bà mẹ trẻ từ 15 – 19 tuổi, mang thai không mong muốn thường kết thúc bằng việc phá thai và thường là phá thai không an toàn trong lứa tuổi này. Ước tính có khoảng 3 triệu trường hợp phá thai trong độ tuổi 15 – 19 vào năm 2007 [93].

Theo báo cáo của Bộ y tế về sức khỏe sinh sản và tình dục tuổi VTN ở New Zealand vào năm 2001, chúng tôi nhận thấy rằng tỷ lệ sinh đẻ ở tuổi VTN là rất cao, đặc biệt là VTN ở vùng dân tộc thiểu số Maori. Tỷ lệ sinh đẻ tuổi VTN ở New Zealand 27,3/1000, tỷ lệ này xếp hàng thứ 3 trong số 28 quốc gia, sau nước Mỹ và Vương quốc Anh. Đặc biệt tỷ lệ này ở VTN vùng dân tộc thiểu số Maori là 74/1000 [67].

Nghiên cứu của Shamsar Sinha (2007) về sức khỏe tình dục tuổi VTN người

dân tộc thiểu số ở phía đông Luân Đôn cho thấy: Tỷ lệ thanh thiếu niên Châu Phi da đen (25%) và người Anh da trắng (24%) có quan hệ tình dục, và tỷ lệ quan hệ tình dục này cao hơn ở người Anh da đen (31%) và người da đen Caribe (34%). Các nhóm Bangladesh, Ấn Độ và Pakistan có quan hệ tình dục nhưng tỷ lệ thấp hơn [84].

Nghiên cứu của Okonta Patrick I. vào năm 2007 ở vùng Niger Delta – Nigeria nơi có trên 40 nhóm dân tộc khác nhau sinh sống: ở bang Rivers cho thấy có đến 62% VTN nữ có quan hệ tình dục, trong đó 43,6% là VTN nữ từ 12- 17 tuổi, 80,1% là VTN nữ từ 17 -19 tuổi, khoảng 14% bé gái QHTD lần đầu tiên ở độ tuổi 10 – 14. Nghiên cứu khác cũng ở bang Rivers ở học sinh trung học cơ sở thì chỉ có 6,2% là có sử dụng bao cao su khi QHTD. Ở bang Abia cho thấy 12,4% VTN có sử dụng bao cao su trong lần quan hệ tình dục đầu tiên, 9,5% VTN nữ bị mắc bệnh lậu và bệnh giang mai, khoảng 10% VTN có quan hệ tình dục, nạo phá thai hơn 3 lần. 11,3% phụ nữ sinh con trong độ tuổi 15 -19. Nghiên cứu ở bang Delta, 71,8% VTN biết BLTQĐTD có thể ngăn ngừa bằng cách sử dụng bao cao su, 89,3% VTN biết về bệnh HIV/AIDS, 46,6% biết bệnh HIV/AIDS có thể ngăn ngừa bằng cách sử dụng bao cao su (BCS) [73]. Qua các nghiên cứu này đã cho chúng ta thấy thực trạng sức khỏe sinh sản ở nữ VTN tại Nigeria thật đáng báo động, nó không chỉ ảnh hưởng lớn đến việc học tập, sinh hoạt và chất lượng cuộc sống của các em mà còn là gánh nặng về kinh tế cho gia đình và toàn xã hội.

Theo báo cáo của Family Planning NSW (2013) về sức khỏe sinh sản và tình dục VTN ở Úc vào năm 2010 đặc biệt ở vùng dân tộc thiểu số (người bản địa) cho thấy có hơn 1.800 trẻ được sinh ra từ các bà mẹ VTN vào năm 2005 sau đó tăng gần 2.400 trẻ vào năm 2010 [41]. Theo nghiên cứu của Schultz Andre và Skinner S Rachel ở Úc vào năm 2011 về tình hình mang thai tuổi vị thành niên cho thấy khoảng 11.344 trẻ được sinh ra từ các bà mẹ tuổi vị thành niên. Đặc biệt ở người dân tộc thiểu số (người bản địa) tỷ suất sinh là 69 bé/1000 bà mẹ VTN nhiều hơn gấp 5 lần so với VTN không phải là người dân tộc thiểu số (người bản địa) [82]. Như vậy qua các nghiên cứu này cho chúng ta thấy rằng tình hình mang thai lứa

tuổi VTN ở Úc đặc biệt là VTN người dân tộc thiểu số so với cộng đồng đa số là một tình trạng đáng báo động cần được xã hội quan tâm.

Nghiên cứu của Lori De Ravello và cộng sự (2014) về hành vi tình dục nguy cơ ở các em VTN người Mỹ gốc Ấn Độ và thổ dân Alaska cho thấy 48,9% em có quan hệ tình dục, 8,3% em có QHTD lần đầu tiên trước tuổi 13. 16,6% em có QHTD với trên 4 bạn tình, 32,8% em hiện tại có hoạt động quan hệ tình dục và trong số này có 57,3% em có sử dụng bao cao su trong lần QHTD gần nhất [36]. Nghiên cứu này đã cho chúng ta thấy rằng quan hệ tình dục ở lứa tuổi VTN sớm đã xảy ra ở vùng DTTS này. Hệ quả của việc QHTD sớm là dẫn đến việc có con ngoài hôn nhân, đây là một gánh nặng về tinh thần và vật chất đối với những người mẹ trẻ VTN.

Nghiên cứu của Sah Rb, (2014) ở Nepal cho thấy tỷ lệ kết hôn sớm ở vùng miền núi Dhankuta Municipality – Nepal là 53,3%, tỷ lệ VTN mang thai ngoài ý muốn là 59,3% [80].

Nghiên cứu của Asrese Kerebih (2014) ở vùng miền núi Amhara - Ethiopia, tỷ lệ kết hôn sớm nữ là 83%. Trong đó, ở East Gojjam có 65% nữ kết hôn ở độ tuổi dưới 15 và 87% nữ kết hôn ở độ tuổi dưới 18, ở South Wollo có 36% nữ kết hôn ở độ tuổi dưới 15 và 80% nữ kết hôn ở độ tuổi dưới 18 [29].

Qua hai nghiên cứu này cho thấy tỷ lệ kết hôn sớm và mang thai trước 18 tuổi ở các vùng miền núi Nepal và Ethiopia rất cao, điều này sẽ ảnh hưởng đến sức khỏe của các em VTN nữ do cơ thể phát triển chưa hoàn chỉnh và VTN từ 14 – 18 tuổi có thai thì nguy cơ tử vong cao hơn từ 20 – 24 tuổi là 5 lần. Do đó cần quan tâm đến các đối tượng này để có những biện pháp giáo dục sức khỏe để các em có được kiến thức và thực hành tốt trong việc chăm sóc và bảo vệ sức khỏe cho chính bản thân mình.

Nghiên cứu của Rajapaksa-Hewageegana Neelamani ở Srilanka vào năm 2014 trên nhóm người dân tộc thiểu số Sinhalese, Tamil và Moor cho thấy: 100% vị thành niên không trả lời đúng thời điểm trong chu kỳ kinh nguyệt có thể mang thai nếu có quan hệ tình dục. 83,7% VTN có nghe về bệnh AIDS, 79,1%

có nghe về bệnh lậu, 23,4% có nghe về bệnh giang mai, 5% có nghe về nhiễm trichomonas. 57% vị thành niên có sử dụng biện pháp tránh thai trong lần quan hệ tình dục đầu tiên [77].

Theo nghiên cứu của Jane Dimmitt Champion (2014) về các hành vi tình dục qua đường hậu môn của các dân tộc thiểu số ở khu vực người Mỹ gốc Phi và người Mỹ gốc Mehico cho thấy: Có nhiều phụ nữ có quan hệ tình dục qua đường hậu môn có tiền sử mắc bệnh lây truyền qua đường tình dục (STI), bao gồm HPV và Chlamydia. Hơn 98% phụ nữ đã từng sử dụng một hình thức tránh thai. Phụ nữ có quan hệ tình dục qua đường hậu môn bị bạo lực nhiều hơn đáng kể (94,3% so với 85,1%) so với phụ nữ không quan hệ tình dục qua đường hậu môn. Độ tuổi của phụ nữ khi trải nghiệm lần đầu tiên của quan hệ tình dục qua đường hậu môn là 15,85 tuổi. Chỉ có 38% phụ nữ cho biết đã từng sử dụng bao cao su cho quan hệ tình dục qua đường hậu môn. Các yếu tố liên quan đến lý do có quan hệ tình dục qua đường hậu môn: Quan hệ tình dục qua đường hậu môn làm họ hài lòng (4,1%), quan hệ tình dục qua đường hậu môn làm bạn tình họ hài lòng (24,0%), không thể mang thai với quan hệ tình dục qua đường hậu môn (0,8%), có quan hệ tình dục qua đường hậu môn vì kinh nguyệt (2,5%) [35].

Cũng theo nghiên cứu của Jane Dimmitt Champion (2015) ở phụ nữ tuổi vị thành niên các dân tộc thiểu số ở khu vực người Mỹ gốc Phi và người Mỹ gốc Mexico cho thấy: 98,2% vị thành niên nữ quan hệ tình dục không sử dụng bao cao su, 21,8% QHTD qua đường hậu môn, 7,5% QHTD theo nhóm [33].

Nghiên cứu của Sanjuan-Meza Xiomara Sarahi (2019) ở người bản địa (Indigenous) ở Mexico cho thấy 57% vị thành niên có quan hệ tình dục, 13% em không sử dụng bất kỳ biện pháp tránh thai nào trong lần quan hệ tình dục đầu tiên [81].

Quan hệ tình dục không sử dụng bao cao su đặc biệt là quan hệ tình dục qua đường hậu môn, QHTD theo nhóm sẽ dễ dẫn đến các BLTQĐTĐ, đây là tình trạng đáng báo động vì nguy cơ gia tăng tỷ lệ mắc bệnh HIV/AIDS, do đó cần có các biện pháp giáo dục sức khỏe cho các em để kịp thời ngăn chặn những tình trạng này xảy ra.



### 1.4.2. Tại Việt Nam

Trong những năm gần đây, có nhiều thay đổi trong xã hội Việt Nam, tạo ra những thách thức mới đối với sức khỏe VTN. Kết hôn sớm làm tăng nguy cơ về sức khỏe ở phụ nữ trẻ, đặc biệt là những phụ nữ sống ở vùng sâu, vùng xa, miền núi do ít được tiếp cận các dịch vụ y tế hơn so với các vùng khác trong nước. So với các nước đang phát triển khác, tình trạng có thai và sinh con sớm ở tuổi VTN không phổ biến ở Việt Nam.

Theo điều tra đánh giá về thanh thiếu niên Việt Nam (SAVY 2) năm 2008 chúng tôi nhận thấy rằng độ tuổi trung bình sinh hoạt tình dục lần đầu tiên ở nữ nông thôn là 18 tuổi, ở nữ người dân tộc thiểu số là 17,9 tuổi [5]. Tỷ lệ nữ người DTTS đã từng có quan hệ tình dục trước hôn nhân ở SAVY 1 là 2,6%, ở SAVY 2 là 1,1%. Tỷ lệ có bạn tình ở SAVY 1 là 30,2% và ở SAVY 2 là 31,3% [5]. Tỷ lệ nạo phá thai ở SAVY 1 là 7,2% [4].

Kết quả nghiên cứu ở SAVY 1 cho thấy 17% thanh thiếu niên người DTTS trả lời đúng về thời điểm dễ có thai trong chu kỳ kinh [4]. Ở SAVY 2 tỷ lệ này là 13% [5]. Ở SAVY 2 tỷ lệ hiểu biết về bao cao su là 95%, tỷ lệ hiểu biết về BLTQĐTD là 66%. Tỷ lệ thanh thiếu niên người DTTS biết dịch vụ tư vấn về SKSS sẵn có đối với họ là 62% [5].

Theo báo cáo của Quỹ dân số Liên hợp quốc về sức khỏe sinh sản của người dân tộc thiểu số H'Mong tại tỉnh Hà Giang năm 2007 cho thấy thanh thiếu niên H'Mong thường theo phong tục tập quán cưới nhau và đính hôn ở độ tuổi rất trẻ, nữ giới ở độ tuổi 14 đã kết hôn. Tình trạng ly hôn hiếm xảy ra trong khi đó quan hệ tình dục trước hôn nhân và ngoài hôn nhân là phổ biến. Nhiều phụ nữ chấp nhận người chồng của họ đã có quan hệ tình dục với những người phụ nữ khác. Thêm vào đó có nhiều phỏng vấn cho thấy rằng quan hệ tình dục trước hôn nhân được cho phép ở dân tộc H'Mong. Ở Mèo Vạc, những người trẻ thường tìm kiếm bạn đời vào ngày thứ bảy hoặc ngày chủ nhật hoặc tại các phiên “chợ tình” nơi mà họ có thể dấu giếm cha mẹ họ [88].

Nghiên cứu của Nguyễn Văn Trường năm 2007 trên 976 em học sinh trung học phổ thông ở huyện miền núi Đại Từ, tỉnh Thái Nguyên, tỷ lệ hiểu biết về dấu hiệu dậy thì khá cao (46,7 – 80%), tỷ lệ biết về các BPTT truyền thống là 80%, tỷ lệ các em có bạn tình là 17,8%, trong số các em có bạn tình thì có 6,3% em có QHTD [24].

Nghiên cứu của Vũ Văn Hoàn và cộng sự (2010) trên 465 em thanh thiếu niên người dân tộc Thái của huyện Thuận Châu, tỉnh Sơn La cho thấy có 60,9% em từng nghe nói đến BLTQĐTD trong đó có 40,2% em kể tên được 1 loại bệnh, 29,5% em kể tên được 2 loại bệnh. 82,9% biết đến bệnh HIV nhưng chỉ có 15,2% em biết được 3 đường lây truyền chính, 49,5% biết đến bệnh lậu, 25,3% biết đến bệnh giang mai. 33,1% em không biết các triệu chứng của BLTQĐTD, 70,5% em hiểu đúng về nguyên nhân mắc bệnh là do QHTD với người bệnh mà không dùng BCS. 36,9% em có QHTD trước khi kết hôn. Tuổi QHTD lần đầu trung bình là 16,4 tuổi. khoảng 70% em có sử dụng BCS trong lần QHTD gần đây nhất nhưng chỉ 30% em cho biết là để phòng [9].

Nghiên cứu của Nguyễn Đình Sơn năm 2012 trên 784 em học sinh trung học phổ thông tại huyện miền núi Vũ Quang, tỉnh Hà Tĩnh năm 2012 thì có đến 54,5% em không đạt khi khảo sát kiến thức chung về chăm sóc SKSS, 51,3% em đồng ý việc phá thai khi lỡ mang thai. 6,1% em có QHTD [18].

Nghiên cứu của Cao Thị Hoài Hương (2014) trên 400 học sinh của trường THPT tại tỉnh miền núi KonTum cho thấy thái độ của học sinh không đồng ý đối với hành vi quan hệ tình dục khi còn ở tuổi học sinh (85,5%), có thai trước hôn nhân (91%) và quan hệ tình dục để thể hiện tình yêu (72,5%). Hiểu biết của học sinh về sử dụng biện pháp tránh thai bao cao su (83,5%), thuốc uống tránh thai (77,5%), vòng tránh thai (70,5%). Hiểu biết của học sinh về các bệnh lây truyền qua đường tình dục: HIV/AIDS (99,5%), bệnh lậu (78,5%), bệnh giang mai (74%) [10].

## **1.5. CÁC YẾU TỐ LIÊN QUAN ĐẾN KIẾN THỨC VÀ THỰC HÀNH SỨC KHỎE SINH SẢN NỮ VỊ THÀNH NIÊN**

### **1.5.1. Các yếu tố liên quan nhân khẩu học**

Theo nghiên cứu của Jane Dimmitt Champion (2013 - 2014) về các hành vi tình dục qua đường hậu môn của các dân tộc thiểu số ở khu vực người Mỹ gốc Phi và người Mỹ gốc Mehico chúng tôi nhận thấy rằng: Phụ nữ Mỹ gốc Mexico đã có quan hệ tình dục qua đường hậu môn thường xuyên hơn phụ nữ Mỹ gốc Phi [35].

Một nghiên cứu của Hội đồng nghiên cứu Y khoa Ấn Độ cho thấy kiến thức về chăm sóc sức khỏe sinh sản ở các em VTN từ 15 – 19 tuổi tốt hơn kiến thức của các em VTN từ 10 – 14 tuổi, cụ thể các em VTN từ 10 – 14 tuổi nhận thức thấp về tuổi dậy thì, kinh nguyệt, thay đổi thể chất trong cơ thể, sinh sản, tránh thai, mang thai, sinh đẻ, nhiễm khuẩn đường sinh sản, bệnh lây truyền qua đường tình dục và HIV, 40% có ít kiến thức về cơ quan sinh dục và hầu hết các em gái đã không được thông báo về việc có kinh nguyệt trước khi nó khởi phát. Khoảng 50% VTN không biết về bao cao su và đã lẫn lộn về các hình thức khác nhau của sự lây truyền HIV / AIDS [44].

Nghiên cứu của Situmorang Augustina ở Indonesia vào năm 2000 cho thấy có một sự khác biệt lớn trong độ tuổi kết hôn lần đầu ở phụ nữ thành thị và nông thôn. Tuổi trung bình trong lần kết hôn đầu tiên ở phụ nữ thành thị trong độ tuổi 25 – 29 là 22,7, trong khi đó ở phụ nữ nông thôn là 18,9. Nghiên cứu cũng đã chỉ ra rằng vị thành niên ở nông thôn thì tỷ lệ mang thai và sinh con cao gấp 3 lần vị thành niên ở thành thị [85].

Nghiên cứu ở Sudan năm 2014 cũng đã chỉ ra các yếu tố ảnh hưởng đến kết hôn sớm ở một số vùng của quốc gia này đó là kết hôn sớm xảy ra nhiều ở các vùng nông thôn [28].

Nghiên cứu của Marie Klingberg- Allin về nhu cầu chăm sóc sức khỏe và bối cảnh xã hội của vị thành niên mang thai ở Việt Nam từ năm 2002 - 2005 cho thấy trong 926 vị thành niên mang thai có 17% VTN mang thai < 18 tuổi, trong đó tỷ lệ mang thai ở VTN người dân tộc thiểu số là 12,4%, có mối liên quan giữa dân tộc, tình trạng hôn nhân với tình trạng mang thai của vị thành niên. Nghiên cứu cũng

cho thấy tỷ lệ kết hôn sớm ở VTN là 29% trong đó kết hôn sớm ở VTN người dân tộc thiểu số là 10,6%, có mối liên quan giữa dân tộc với tình trạng kết hôn sớm [56].

Nghiên cứu của Nguyễn Đình Sơn năm 2012 trên 784 em học sinh trung học phổ thông tại huyện miền núi Vũ Quang, tỉnh Hà Tĩnh năm 2012 cho thấy có mối liên quan giữa môi trường sống với thực hành quan hệ tình dục của VTN [18].

### **1.5.2. Các yếu tố liên quan kinh tế, văn hóa, xã hội**

Nghiên cứu của Sarker Obaida Nassin năm 2012 tại thành phố Raishahi, Bangladesh về các yếu tố ảnh hưởng đến kết hôn sớm đã chỉ ra rằng thu nhập hàng tháng trong gia đình là yếu tố có ảnh hưởng nhiều nhất [69].

Nghiên cứu ở Sudan năm 2014 cũng đã chỉ ra các yếu tố ảnh hưởng đến kết hôn sớm ở một số vùng của quốc gia này đó là kết hôn sớm xảy ra nhiều ở những người có trình độ học vấn thấp dưới mức trung học cơ sở (71%), trình độ học vấn của cha và mẹ thấp (79,9% và 83,9%) và xảy ra ở các gia đình có trên 5 người con (67,7%) [28].

Nghiên cứu của Hotchkiss, (2016) về các yếu tố ảnh hưởng đến việc kết hôn sớm ở phụ nữ sống trong các khu định cư Roma ở Serbia đã tìm thấy yếu tố ảnh hưởng phổ biến nhất là các cô gái sống trong các hộ gia đình nghèo và những người sống ở các vùng nông thôn [47].

Theo nghiên cứu của Vũ Văn Hoàn và cộng sự (2010) trên 465 em thanh thiếu niên người dân tộc Thái của huyện Thuận Châu, tỉnh Sơn La cho thấy có mối liên quan giữa trình độ học vấn với kiến thức, thực hành phòng chống BLTQĐTD và HIV/AIDS. Những người có trình độ học vấn cao hơn thì kiến thức, thực hành phòng chống BLTQĐTD và HIV/AIDS tốt hơn. Ngoài ra những người nói thành thạo tiếng phổ thông và những người thường xuyên xem tivi, nghe đài có kiến thức, thực hành phòng chống BLTQĐTD và HIV/AIDS cao hơn những người nói không thành thạo tiếng phổ thông và những người ít xem tivi [9].

Nghiên cứu của Nguyễn Ngọc Chon năm 2010 tại thành phố Mỹ Tho, trên 150 VTN nữ nạo phá thai tại tỉnh này thì có đến 79,3% trường hợp phá thai 1 lần, 18,7%

phá thai 2 lần và 2% trường hợp phá thai trên 2 lần. Cũng theo nghiên cứu này có đến 78,9% VTN hiểu biết chưa tốt và không hiểu biết về các dấu hiệu của tuổi dậy thì, 59,9% VTN hiểu biết chưa tốt và không hiểu biết về các biện pháp tránh thai. 70% VTN hiểu biết chưa tốt và không hiểu biết về cách phòng chống lây nhiễm HIV/AIDS. Nghiên cứu cũng cho thấy có mối liên quan giữa nghề nghiệp, trình độ học vấn với kiến thức về sức khỏe sinh sản và thực hành sử dụng các biện pháp tránh thai [6].

Nghiên cứu của Nguyễn Đình Sơn năm 2012 trên 784 em học sinh trung học phổ thông tại huyện miền núi Vũ Quang, tỉnh Hà Tĩnh năm 2012 cho thấy có mối liên quan giữa điều kiện kinh tế gia đình với kiến thức chung về sức khỏe sinh sản của VTN [18].

### **1.5.3. Yếu tố liên quan phong tục tập quán**

Nghiên cứu của Hossein Matlabi năm 2013 về các yếu tố ảnh hưởng đến kết hôn sớm tại Iran cho thấy các yếu tố quan trọng nhất ảnh hưởng đến kết hôn sớm là do áp lực phong tục tập quán, văn hóa. Họ cho rằng các cô gái nên kết hôn ở tuổi 15, những cô gái không lấy chồng là có những vấn đề về thể chất và giới tính. Các vấn đề về kinh tế cũng là một trong những nguyên nhân gây nên tình trạng kết hôn sớm, những gia đình có kinh tế tốt thường muốn có một người con dâu có sức khỏe từ các gia đình khỏe mạnh, các gia đình nghèo thường mong muốn con gái được làm dâu ở các gia đình giàu có [62].

## **1.6. CÁC MÔ HÌNH, PHƯƠNG PHÁP CAN THIỆP VÀ HIỆU QUẢ THỰC HIỆN CÁC GIẢI PHÁP CAN THIỆP CẢI THIỆN SỨC KHỎE SINH SẢN VỊ THÀNH NIÊN TRÊN THẾ GIỚI VÀ TẠI VIỆT NAM**

### **1.6.1. Mô hình thiết kế và đánh giá chương trình nâng cao sức khỏe cộng đồng Precede và Proceed**

Mô hình Precede và Proceed được Green và các cộng sự phát triển vào năm 1980 và được sử dụng để tăng cường trong các hoạt động can thiệp giáo dục nâng cao sức khỏe, còn được gọi là mô hình “Diễn tiến”, có các giai đoạn nối tiếp nhau.

Precede là chữ viết tắt của các từ tiếng anh: Predisposing, Reinforcing and Enabling Causes in Education Diagnosis and Evaluation (yếu tố tiền đề, yếu tố tăng cường, các yếu tố làm dễ trong chẩn đoán giáo dục và đánh giá).

Proceed là chữ viết tắt của các từ tiếng anh: Policy Regulatory and Organizational Constructs in the Education and Enviromental Development (chính sách luật lệ và cấu trúc tổ chức trong giáo dục và phát triển môi trường) [8] [63].

Sơ đồ mô hình Precede và Proceed được trình bày qua 8 giai đoạn sau:

Giai đoạn 1: Là chẩn đoán xã hội, xác định dân số có liên quan và các vấn đề liên quan đến chất lượng cuộc sống của họ.

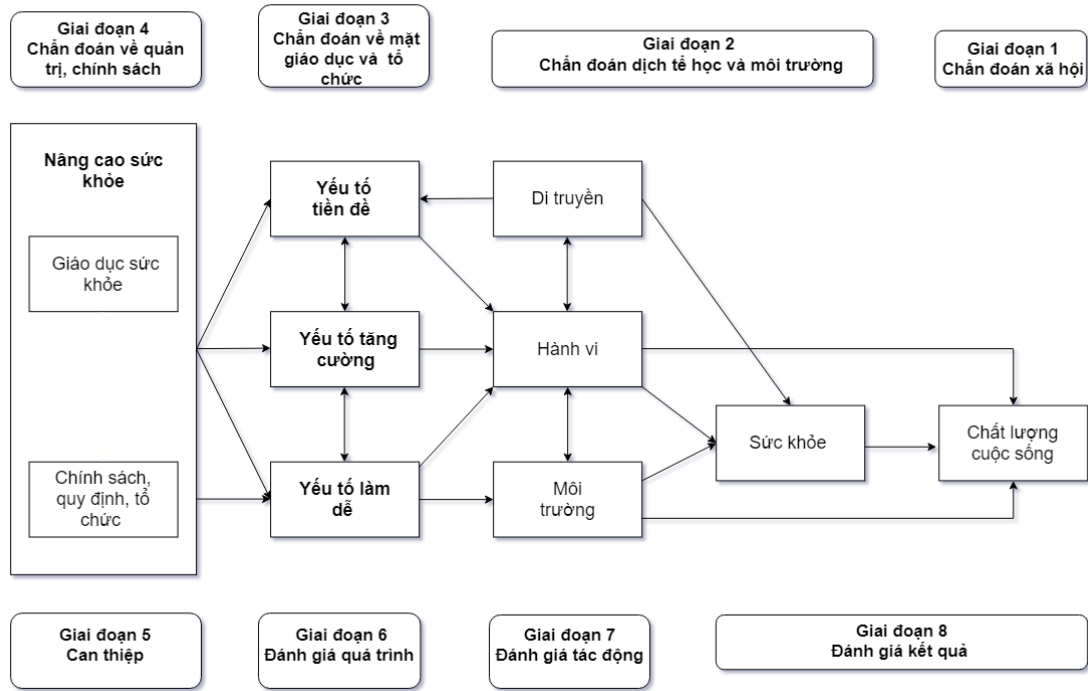
Giai đoạn 2: Là chẩn đoán dịch tễ, xác định và tách các vấn đề sức khỏe khỏi các vấn đề xã hội khác.

Giai đoạn 3: Là chẩn đoán về mặt giáo dục và tổ chức. Các nguyên nhân do hành vi cần phải được xác định cẩn thận và xếp loại để dẫn đến giai đoạn 4, đó là xác định 3 loại yếu tố ảnh hưởng đến hành vi. Các yếu tố tiền đề là niềm tin của con người, các giá trị và thái độ có tác động thúc đẩy thay đổi. Các yếu tố làm dễ đề cập đến các kỹ năng và nguồn lực cần thiết cho phép thực hiện hành vi được thúc đẩy. Các yếu tố xã hội, ví dụ như thu nhập, khả năng tiếp cận với các dịch vụ cũng là các yếu tố có thể. Các yếu tố tăng cường đề cập đến các phản hồi được tiếp nhận từ những người có ý nghĩa khác, có thể giúp đỡ hoặc cản trở quá trình thay đổi hành vi.

Giai đoạn 4: Là chẩn đoán về quản trị và chính sách. Trong giai đoạn này những người làm kế hoạch quyết định nguồn lực và khả năng sẵn có để phát triển và thực hiện chương trình.

Giai đoạn 5: Thực hiện can thiệp: với các nguồn lực phù hợp, các nhà lập kế hoạch chọn lựa các phương pháp và chiến lược để can thiệp và bắt đầu thực hiện can thiệp.

Giai đoạn 6 đến giai đoạn 8: là giai đoạn đánh giá can thiệp bao gồm đánh giá tiến trình, đánh giá tác động và đánh giá kết quả can thiệp trong suốt quá trình lập kế hoạch [8], [63].



**Sơ đồ 1.1. Mô hình thiết kế và đánh giá chương trình nâng cao sức khỏe cộng đồng Precede và Proceed**

Sơ đồ 1.1. đã cho chúng ta thấy rằng việc sử dụng mô hình PRECEDE và PROCEED sẽ hướng dẫn cho người làm công tác giáo dục và nâng cao sức khỏe về một loại hình có hiệu quả nhất về can thiệp. Sử dụng các kiến thức rút ra từ các nghiên cứu dịch tễ, tâm lý xã hội, giáo dục và quản lý, cán bộ giáo dục sức khỏe có thể đạt tới được một can thiệp tối ưu. Mô hình có thể nói là đã dựa trên cơ sở sự hòa hợp bổ sung về các kinh nghiệm được rút ra từ các nguyên tắc khác nhau. Mô hình PRECEDE và PROCEED là một mô hình lập kế hoạch có cấu trúc cao, nó đảm bảo rằng các vấn đề nhất định được cân nhắc. Nếu mục tiêu là thay đổi hành vi thì PRECEDE và PROCEED là mô hình thuận lợi để thực hiện thay đổi.

**1.6.2. Truyền thông giáo dục sức khỏe**

**1.6.2.1. Vai trò của Truyền thông - Giáo dục sức khỏe**

Truyền thông là quá trình trao đổi, chia sẻ thông tin, kiến thức, thái độ và tình cảm giữa con người với nhau với mục đích làm tăng kiến thức, làm thay đổi thái độ và hành vi cá nhân, của nhóm người và của cộng đồng [8].

Giáo dục sức khỏe (GDSK) là thuật ngữ để mô tả công việc của những người làm thực hành, những người làm việc với cộng đồng về nâng cao sức khỏe [8].

Truyền thông – Giáo dục sức khỏe (TT – GDSK) giúp người dân nâng cao kiến thức, hướng dẫn những kỹ năng cần thiết, giúp lựa chọn những giải pháp thích hợp nhất để có những hành vi đúng đắn. Giúp người dân duy trì lối sống lành mạnh, từ bỏ thói quen có hại góp phần bảo vệ sức khỏe cho họ và cộng đồng làm giảm tỷ lệ bệnh tật [8].

### ***1.6.2.2. Các nguyên tắc truyền thông giáo dục sức khỏe***

#### *Nguyên tắc khoa học trong truyền thông giáo dục sức khỏe*

Nguyên tắc khoa học trong truyền thông giáo dục sức khỏe thể hiện trong việc xác định nội dung, lựa chọn phương pháp, phương tiện truyền thông giáo dục sức khỏe một cách khoa học. Nguyên tắc khoa học còn thể hiện trong việc đảm bảo tính hệ thống, tính logic của lập kế hoạch và triển khai các hoạt động truyền thông giáo dục sức khỏe [8].

#### *Nguyên tắc đại chúng*

Truyền thông giáo dục sức khỏe không những được thực hiện vì sức khỏe của tất cả mọi người và vì lợi ích của mọi người trong cộng đồng mà còn cần được mọi người tham gia thực hiện.

Mọi nội dung, phương tiện, phương pháp giáo dục sức khỏe phải mang tính phổ cập, phù hợp với từng loại đối tượng.

Truyền thông giáo dục sức khỏe là một nhu cầu không thể thiếu của cộng đồng. Tiến hành TT – GDSK phải xuất phát từ nhu cầu bảo vệ và nâng cao sức khỏe, phù hợp với nguồn lực của cộng đồng có thể đáp ứng được nhu cầu đó [8].

#### *Nguyên tắc trực quan*

Mọi yếu tố tác động vào con người trước hết trực tiếp vào các giác quan như: tai, mắt, mũi... Trên cơ sở nguyên tắc trực quan khi lựa chọn nội dung TT – GDSK cần chú ý đến minh họa những nội dung bằng những hình tượng cụ thể, sinh động, trực tiếp tác động vào giác quan của đối tượng. [8].



### *Nguyên tắc thực tiễn*

Nguyên tắc thực tiễn được thể hiện trong quá trình tự giáo dục sức khỏe. chính nhân dân phải bắt tay vào làm những công việc nhằm cải thiện sức khỏe, chất lượng cuộc sống của họ và của cộng đồng.

Nguyên tắc thực tiễn còn được thể hiện trong việc lấy các kết quả của hoạt động giáo dục chăm sóc sức khỏe cho các nhân và cộng đồng trong thực tiễn để giáo dục, đánh giá và cải tiến toàn bộ hoạt động TT – GDSK [8].

### *Nguyên tắc lồng ghép*

Lồng ghép trong TT – GDSK là sự phối hợp các mặt hoạt động trong quá trình GDSK, phối hợp một số hoạt động của chương trình GDSK có những tính chất giống nhau hoặc có liên quan mật thiết với nhau nhằm tạo điều kiện hỗ trợ và bổ sung cho nhau để đạt hiệu quả chung tốt hơn. Lồng ghép trong GDSK còn là phối hợp các hoạt động của GDSK với các lĩnh vực hoạt động khác của ngành y tế và các ngành khác, các tổ chức và các đoàn thể nhân dân thành một quá trình chung nhằm tạo được những lối sống, hành vi sức khỏe lành mạnh, từ bỏ được hành vi sức khỏe lạc hậu, có hại cho sức khỏe của mọi người [8].

### *Các nguyên tắc khác*

Nguyên tắc vừa sức và vững chắc: Nội dung và phương pháp GDSK phải thích hợp với đặc điểm tâm sinh lý của từng loại đối tượng, ở từng lứa tuổi. Cần nghiên cứu rõ đối tượng để thực hiện các nội dung, phương pháp, sử dụng phương tiện sao cho họ có thể tiếp thu được.

Nguyên tắc đối xử cá biệt và đảm bảo tính tập thể: Phải tìm cách tiếp cận và tác động khác nhau đối với từng cá nhân và từng nhóm, từng tập thể khác nhau, đặc biệt chú ý đến những cá nhân và những cộng đồng có những đặc điểm riêng biệt. Phải biết tận dụng vai trò và uy tín của cá nhân đối với tập thể, đồng thời phải biết dựa vào công luận tiến bộ để giáo dục những cá nhân chậm tiến.

Nguyên tắc phát huy cao độ tính tích cực, tự giác và chủ động sáng tạo của cá nhân và cộng đồng: Nguyên tắc này nhằm biến quá trình TT – GDSK thành quá

trình tự giáo dục sức khỏe để mỗi người không ngừng nâng cao chất lượng cuộc sống của chính mình bằng những nỗ lực thực hiện hành vi sức khỏe và lối sống lành mạnh [8].

### **1.6.3. Các phương pháp can thiệp**

Theo một số báo cáo về hiệu quả của các chương trình giáo dục SKSS và tình dục VTN, việc áp dụng nhiều phương pháp can thiệp lồng ghép với nhau sẽ mang lại những tác động tích cực trong việc cải thiện kiến thức, thái độ và thực hành về chăm sóc sức khỏe sinh sản vị thành niên (SKSSVTN) [39], [42], [49], [51], [64], [71], [97]. Các phương pháp can thiệp đó bao gồm:

#### ***1.6.3.1. Chương trình giáo dục SKSSVTN dựa vào trường học***

Chương trình giáo dục tình dục được đưa vào giảng dạy ở nhà trường, bao gồm các biện pháp tránh thai, bệnh lây truyền qua đường tình dục và HIV [38], những thông tin về tình bạn, tình bạn khác giới, tình yêu, tình dục, các biện pháp tránh thai, bệnh lây truyền qua đường tình dục và HIV, không kết hôn sớm [12]. Ở một số nơi các chuyên gia về sức khỏe sinh sản sẽ tổ chức tập huấn cho các thầy cô về vấn đề này, sau đó các thầy cô giáo sẽ là người trực tiếp giảng dạy cho các em học sinh.

Ưu điểm:

- Các chương trình giáo dục ở trường học tiếp cận được một số lượng lớn trẻ em và thanh thiếu niên và ảnh hưởng đến kiến thức, giá trị và kỹ năng liên quan đến chăm sóc sức khỏe sinh sản vị thành niên.

- Giúp giáo viên tôn trọng nội dung sách giáo khoa, quảng bá các khái niệm và hành vi chính, sử dụng các phương pháp học tập tích cực và tránh quá tải học sinh với thông tin [12].

Nhược điểm:

- Các chương trình dựa vào trường học thường được tích hợp vào các môn học: sinh học, công dân, địa lý, hoặc các hoạt động ngoại khóa của học sinh từ lớp 8 trở lên, nhưng chương trình tập trung chủ yếu vào các lớp 10-12. Mặc dù các chương trình đã được đánh giá tích cực, việc mở rộng các chương trình này để tiếp cận nhiều với giới trẻ hơn vẫn còn khó khăn.

- Hầu hết các giáo viên cảm thấy không thoải mái khi nói về giới tính và tình dục với học sinh. Nhiều giáo viên nghĩ rằng trường học không phải là một môi trường thích hợp để nói về những vấn đề này và muốn cha mẹ chịu trách nhiệm thảo luận về những vấn đề này với con cái của họ. Sách hướng dẫn dành cho giáo viên và sách giáo khoa dành cho học sinh đang còn thiếu và huấn luyện viên được đào tạo kém và ít nhận được sự quan tâm [12] [38].

### ***1.6.3.2. Chương trình giáo dục SKSSVTN dựa vào cộng đồng***

Chương trình này dựa vào vai trò của các nhà lãnh đạo cộng đồng, các thành viên có uy tín trong cộng đồng để nói chuyện với các em về vấn đề SKSS [78], [86], [100].

Ưu điểm:

- Tạo môi trường thuận lợi cho thanh thiếu niên tiếp cận thông tin và dịch vụ sức khỏe sinh sản cần thiết bằng cách làm việc với các thành viên gia đình và cộng đồng có sức ảnh hưởng để nâng cao nhận thức về nhu cầu và quyền lợi sức khỏe thanh thiếu niên [78].

- Giải pháp được tiến hành qua các câu lạc bộ, trung tâm tư vấn, các nhóm di động, các chương trình phân phối thông tin, phát triển và phân phối các loại thông tin khác, và các chương trình IEC (thông tin, giáo dục và truyền thông).

Nhược điểm:

- Phương tiện truyền thông còn hạn chế, một số nơi đi lại còn khó khăn ảnh hưởng đến chất lượng truyền thông.

### ***1.6.3.3. Chương trình giáo dục SKSSVTN dựa vào giáo dục đồng đẳng***

Giáo dục đồng đẳng là một cách tiếp cận linh hoạt có thể được sử dụng trong nhiều bối cảnh khác nhau như: trường học, câu lạc bộ thanh thiếu niên và cộng đồng. Các em vị thành niên cùng tuổi, cùng sở thích, cùng hoàn cảnh xã hội sẽ chia sẻ những kinh nghiệm sống giống nhau, tương đồng với nhau để cùng nhau cải thiện kiến thức, thay đổi hành vi của mình theo hướng tích cực nhất [78].

### ***1.6.3.4. Chương trình giáo dục SKSSVTN dựa vào truyền thông đại chúng***

Sử dụng các phương tiện truyền thông đại chúng như đài phát thanh, truyền hình, phân phối tài liệu truyền thông... để cung cấp các thông tin về SKSS và tình dục cho các em VTN [78].

#### **1.6.3.5. Chương trình giáo dục SKSSVTN dựa vào cơ sở y tế**

Chương trình được thực hiện bởi nhân viên y tế hoặc được thực hiện trong cơ sở y tế [50]. Cung cấp “Dịch vụ y tế thân thiện vị thành niên” tại các cơ sở y tế của địa phương [27],[86].

Ưu điểm:

- Khuyến khích sự tham gia của VTN/TN trong quá trình thông tin, quảng bá, tư vấn và thiết kế, đánh giá giám sát chương trình.
- Khuyến khích các hoạt động thảo luận nhóm, sinh hoạt câu lạc bộ, nói chuyện chuyên đề.
- Đảm bảo sự bảo mật, riêng tư.

Nhược điểm:

- Cần có kinh phí để đầu tư.
- Nhân lực y tế còn thiếu không đủ để đảm bảo hoạt động [50].

#### **1.6.4. Hiệu quả thực hiện các giải pháp can thiệp cải thiện sức khỏe sinh sản vị thành niên trên thế giới và tại Việt Nam**

##### **1.6.4.1. Trên thế giới**

Trên khắp thế giới các chương trình giáo dục giới tính, HIV/BLTQĐTD đã dựa vào các chương trình được viết, được thực hiện ở các nhóm tuổi VTN ở các trường học, phòng khám và cộng đồng là một sự can thiệp hứa hẹn làm giảm những hành vi nguy cơ về tình dục ở VTN. Các chương trình này được thiết kế để thực hiện ở trường học nơi có nhiều VTN, tuy nhiên chương trình này cũng có thể thực hiện ở các phòng khám và cộng đồng nơi có nhiều VTN khác. Các chương trình giáo dục về giới tính và HIV/BLTQĐTD đã mang lại các kết quả khả quan: gia tăng kiến thức về giới tính, kiến thức về HIV/BLTQĐTD, tăng tỷ lệ sử dụng bao cao su và các biện pháp tránh thai, giảm các nguy cơ tình dục và bạo lực tình dục [54], [55].

Tại Mỹ: Năm 2010, Jane Dimmit Champion đã thực hiện một chương trình can thiệp dựa vào cộng đồng thay đổi hành vi nhận thức của các em vị thành niên nữ người dân tộc thiểu số ở Mỹ, thiết kế chương trình can thiệp so sánh kết quả

trước và sau can thiệp. Chương trình can thiệp này chúng tôi nhận thấy chủ yếu dựa vào cộng đồng thông qua việc tổ chức các buổi hội thảo, thảo luận nhóm, lấy mẫu xét nghiệm bệnh LTQĐTD, xét nghiệm thử thai, tư vấn các biện pháp tránh thai... và đã mang lại những kết quả rất tốt: sau can thiệp 5% em báo cáo không có triệu chứng bệnh LTQĐTD so với 32% em trước can thiệp, 68% em cảm thấy thoải mái khi nói chuyện về quan hệ tình dục với nam giới so với 27% em lúc trước can thiệp, 100% em đã sử dụng bao cao su so với 67% em trước can thiệp, 98% em biết cách sử dụng bao cao su đúng cách so với 58% trước can thiệp [34]. Chúng tôi nhận thấy rằng chương trình can thiệp qua truyền thông, tư vấn và giáo dục sức khỏe này đã mang lại kết quả rất tốt trong việc cải thiện kiến thức và thực hành về sức khỏe sinh sản cho các em VTN nữ người dân tộc thiểu số ở Mỹ.

Tại New Zealand: Chúng tôi nhận thấy có rất nhiều chương trình can thiệp để làm giảm bệnh lây truyền qua đường tình dục và mang thai ngoài ý muốn cho VTN dân tộc thiểu số Maori, đó là chương trình can thiệp dựa vào cơ sở y tế: phổ biến rộng rãi về nơi cung cấp thông tin CSSKSS cho VTN để VTN biết đến, cung cấp dịch vụ sức khỏe thân thiện cho VTN, cung cấp tranh ảnh, tờ rơi ở trường học, cung cấp tranh ảnh về tình dục ở những nơi mà VTN có thể đi đến, giúp cho phụ huynh cập nhật những thông tin về lựa chọn tình dục an toàn để họ có thể giúp đỡ cho con cái của họ [67]. Đây là một hoạt động truyền thông gián tiếp mang lại kết quả tốt trong việc cải thiện kiến thức và thực hành về SKSS cho các em VTN.

Ở các nước vùng cận Sahara Châu Phi: Chúng tôi nhận thấy các nghiên cứu đã được tiến hành ở 10 quốc gia cận Sahara là những quốc gia đa sắc tộc nghèo nàn và lạc hậu. Tất cả các nghiên cứu tác giả đều có sử dụng các nhóm can thiệp và nhóm đối chứng. Đánh giá trước can thiệp và đánh giá sau can thiệp đã được hoàn thành để đo lường hiệu quả của các chương trình giáo dục SKSS và tình dục ở VTN (ASRHE). Các kết quả đạt được chúng tôi nhận thấy như sau:

*Chương trình ASRHE dựa vào nhà trường*

VTN trong nhóm can thiệp báo cáo các hành vi tình dục có nguy cơ ít hơn so với các VTN trong nhóm không can thiệp. Kiến thức về sức khỏe sinh sản và tình

dục, kế hoạch hóa gia đình, lây truyền và phòng ngừa bệnh lây truyền qua đường tình dục và AIDS được tìm thấy ở nhóm can thiệp cao hơn đáng kể so với nhóm không can thiệp [50].

#### *Chương trình ASRHE đồng đẳng*

Giáo dục đồng đẳng là một cách tiếp cận linh hoạt có thể được sử dụng trong nhiều bối cảnh khác nhau như: trường học, câu lạc bộ thanh thiếu niên và cộng đồng. Nhóm can thiệp được tiếp xúc với tư vấn, giáo dục về SKSS và tình dục ở VTN (ASRH), giới thiệu đến các phòng khám thân thiện với giới trẻ và thông tin, giáo dục và truyền thông (IEC). Tuy nhiên khi thực hiện chương trình này kết quả cho thấy chỉ có một nghiên cứu cho thấy tác động tích cực của can thiệp vào việc sử dụng bao cao su và giảm số lượng bạn tình. Hai nghiên cứu khác trong nhóm này cho thấy không có sự khác biệt đáng kể trong việc sử dụng bao cao su và biện pháp tránh thai hiện đại giữa các nhóm can thiệp và nhóm không can thiệp [50].

#### *Chương trình truyền thông đại chúng ASRHE*

Việc sử dụng các phương tiện truyền thông bao gồm nhiều cách tiếp cận khác nhau, từ việc phân phối tài liệu truyền thông in tại các trung tâm y tế, trường học, nơi làm việc và các địa điểm khác đến các chiến dịch truyền thông đại chúng toàn diện bằng truyền hình và đài phát thanh. So sánh đánh giá trước và sau can thiệp cho thấy nhóm can thiệp có tác động tích cực đối với khả năng nhận thức của VTN nữ về hoạt động tình dục có nguy cơ mang thai và lợi ích của việc kiêng hoặc sử dụng bao cao su. Kết quả của các nghiên cứu này cũng cho thấy các can thiệp có tác động tích cực nhỏ đến các rào cản nhận thức đối với việc thực hành tình dục an toàn [50].

#### *Chương trình ASRHE dựa trên cơ sở y tế*

Chương trình được thực hiện bởi nhân viên y tế hoặc được thực hiện trong cơ sở y tế. Kết quả của hai nghiên cứu cho thấy VTN trong các nhóm can thiệp đã báo cáo những cải thiện đáng kể về kiến thức và thái độ đối với việc phòng ngừa BLTQĐTD, sử dụng bao cao su, thông báo đối tác BLTQĐTD và tìm kiếm điều trị [50].

Tại Công Gô: Ủy ban tị nạn phụ nữ và Tổ chức bảo vệ trẻ em (Save the Children) đã thực hiện một dự án thí điểm ở Goma, Cộng hòa Dân chủ Congo nơi có nhiều bộ tộc của dân tộc Bantu sinh sống. Dự án nhằm cải thiện kiến thức, thái độ và hành vi của thanh thiếu niên (10-19 tuổi) xung quanh các vấn đề về sức khỏe sinh sản và tình dục được lựa chọn.

Dự án tập trung vào cải thiện năng lực của Trung tâm Y tế Murara nhằm cung cấp dịch vụ sức khỏe sinh sản và tình dục chất lượng cao cho thanh thiếu niên, nâng cao kiến thức của thanh thiếu niên và thái độ tích cực đối với các vấn đề ASRH và hành vi sức khỏe sinh sản và tình dục lành mạnh. Dự án thực hiện trên hai nhóm thanh thiếu niên: một nhóm bao gồm thanh thiếu niên mang thai và bà mẹ vị thành niên thông qua các phiên họp nhóm tương hỗ; và các đối tượng khác, thanh thiếu niên trong trường cấp hai thông qua giáo dục đồng đẳng. Mặc dù thời gian dự án ngắn, hạn chế khả năng đánh giá kết quả hành vi, nhưng kết quả chương trình đã ghi nhận sự cải thiện về kiến thức và thái độ, bao gồm sự tự tin trong việc sử dụng bao cao su đúng cách và tự tin tìm kiếm thông tin sức khỏe sinh sản và tình dục và các dịch vụ khi cần, đặc biệt là ở thanh thiếu niên đi học trong độ tuổi 12-14 tuổi [66].

#### ***1.6.4.2. Tại Việt Nam***

Nghiên cứu của Khuất Thu Hồng (2003) về thực trạng, chính sách, các chương trình và các vấn đề về SKSS vị thành niên tại Việt Nam cho thấy các chương trình sức khỏe sinh sản vị thành niên Quốc gia chưa được phát triển và thể chế hoá. Tuy nhiên, kể từ đầu những năm 1990, các chương trình và hoạt động sức khỏe sinh sản vị thành niên khác nhau, bao gồm các chương trình và hoạt động dựa vào trường học và cộng đồng đã được xây dựng và triển khai ở các khu vực khác nhau của Việt Nam. Hầu hết các chương trình và hoạt động này đều tập trung chủ yếu vào thông tin, giáo dục và truyền thông nhưng chưa bao gồm việc cung cấp các biện pháp tránh thai hoặc các dịch vụ sinh sản khác.

***Các chương trình và hoạt động dựa vào trường học:*** Kể từ năm 1988, Bộ Giáo dục và Đào tạo đã thực hiện chương trình “Đời sống Gia đình và Giáo dục tình dục và Giáo dục Dân số” với sự hỗ trợ của UNFPA và UNESCO tại 17 trong số 61

tỉnh của cả nước. Giai đoạn đầu tiên, chương trình “Đời sống gia đình và giáo dục tình dục” diễn ra giữa năm 1988 và năm 1993 và là một thí điểm. Năm 1994, chương trình được mở rộng ra cả nước và thuật ngữ “giáo dục dân số” được đưa vào chương trình. Giai đoạn 1998–2000, được gọi là “Giáo dục Sức khỏe Dân số và Sinh sản”. Các chương trình này thường được tích hợp vào các môn học: sinh học, công dân, địa lý, hoặc các hoạt động ngoại khóa của học sinh từ lớp 8 trở lên, nhưng chương trình tập trung chủ yếu vào các lớp 10-12. Mặc dù các chương trình đã được đánh giá tích cực, việc mở rộng các chương trình này để tiếp cận nhiều với giới trẻ hơn vẫn còn khó khăn. Hầu hết các giáo viên cảm thấy không thoải mái khi nói về giới tính và tình dục với học sinh. Nhiều giáo viên nghĩ rằng trường học không phải là một môi trường thích hợp để nói về những vấn đề này và muốn cha mẹ chịu trách nhiệm thảo luận về những vấn đề này với con cái của họ. Sách hướng dẫn dành cho giáo viên và sách giáo khoa dành cho học sinh đang còn thiếu và huấn luyện viên được đào tạo kém và ít nhận được sự quan tâm [53].

Kể từ năm 1997, Bộ GD & ĐT, với sự hỗ trợ của UNFPA, đã thực hiện chương trình Giáo dục và Đào tạo Quốc gia về sức khỏe sinh sản và phát triển dân số. Ngoài các vấn đề quy hoạch gia đình rộng lớn hơn, dự án còn giải quyết các vấn đề khác bao gồm dạy cho giới trẻ về các vấn đề sức khỏe sinh sản, thực hiện một khóa học đào tạo từ xa cho tất cả giáo viên để cung cấp thông tin về sức khỏe sinh sản và dân số và tiến hành một khóa học khác cho giáo viên trung học để giúp họ giảng dạy những chủ đề nhạy cảm này [53].

***Các chương trình và hoạt động dựa vào cộng đồng:*** Một số chương trình và hoạt động dựa vào cộng đồng được đặt ra bao gồm các câu lạc bộ, trung tâm tư vấn, các nhóm di động, các chương trình phân phối thông tin, phát triển và phân phối các loại thông tin khác, các chương trình thông tin, giáo dục và truyền thông.

***Các câu lạc bộ, trung tâm tư vấn, nhóm di động:*** Nhiều mô hình thử nghiệm cho các hoạt động thông tin, giáo dục và truyền thông đã được xây dựng và triển khai theo các chương trình thí điểm quy mô nhỏ do các nhà tài trợ quốc tế tài trợ.



Những mô hình này bao gồm các câu lạc bộ cho thanh thiếu niên chưa lập gia đình, câu lạc bộ cho các cặp vợ chồng trẻ, và các cuộc thi về quy hoạch dân số và gia đình. Việc sử dụng các mô hình và hoạt động can thiệp khác, bao gồm các trung tâm tư vấn, đường dây nóng và các nhóm di động, sau đó được phát triển và áp dụng ở 6 tỉnh trên cả nước theo dự án do UNFPA tài trợ trong giai đoạn 1996-2000, “Hỗ trợ cải thiện Sức khỏe sinh sản vị thành niên” [50].

*Phát triển và phân phối các tài liệu in:* Theo dự án “Hỗ trợ cải thiện Sức khỏe sinh sản vị thành niên” do UNFPA tài trợ, đoàn thanh niên Việt Nam (VYU) đã sản xuất và phổ biến các tài liệu thông tin, giáo dục và truyền thông khác nhau bao gồm áp phích, tờ rơi và tập tài liệu. Trong số các tài liệu này, một tập sách nhỏ, bao gồm “Tâm lý học và sinh lý học của thanh thiếu niên”, “Bạn bè và tình yêu” và “Những điều mà những người trẻ tuổi nên biết về HIV / AIDS” đã được xuất bản để phân phối quy mô lớn cho giới trẻ [53].

Nghiên cứu của Trần Thị Nga và cộng sự (2010) trên 400 em VTN ở huyện miền núi Phú Lương, tỉnh Thái Nguyên. Thiết kế nghiên cứu can thiệp cộng đồng có nhóm đối chứng. Nghiên cứu đã đánh giá hiệu quả của chương trình can thiệp giáo dục sức khỏe sinh sản VTN tại các trường THPT ở huyện Phú Lương, tỉnh Thái Nguyên, có ba hoạt động can thiệp được tiến hành gồm truyền thông GDSK cho nhóm nhỏ do các CBYT của trung tâm y tế huyện thực hiện, tư vấn SKSS do các giáo viên, cán bộ đoàn thanh niên của trường trực tiếp tư vấn, cung cấp tài liệu giáo dục SKSS cho học sinh như tài liệu phát tay, tờ rơi... Kết quả sau can thiệp hiểu biết về các dấu hiệu tuổi dậy thì, kiến thức đúng về thời điểm dễ mang thai trong chu kỳ kinh nguyệt, biết ít nhất một biện pháp tránh thai, biết đủ ba đường lây truyền HIV, biết cách phòng chống BLTQĐTD biết đủ các tác hại của việc nạo hút thai tăng lên rõ rệt và sự khác biệt có ý nghĩa thống kê so với trước can thiệp và so với nhóm chứng. Sau can thiệp tỷ lệ VTN biết cách sử dụng BCS đúng tăng có ý nghĩa thống kê so với trước can thiệp và so với nhóm chứng [15]. Nghiên cứu này đã cho thấy rằng các hoạt động truyền thông giáo dục sức khỏe trực tiếp cũng như gián tiếp đã mang lại hiệu quả cao trong việc cải thiện kiến thức và thực hành về sức khỏe sinh sản cho các em VTN.

Nghiên cứu của Mai Văn Hùng và cộng sự năm 2019 trên 400 học sinh người dân tộc thiểu số tại một trường trung học phổ thông tỉnh Điện Biên, thiết kế nghiên cứu can thiệp cộng đồng có nhóm đối chứng đã cho thấy các hoạt động chương trình ngoại khóa đã cải thiện kiến thức về sức khỏe sinh sản cho các em. Các hoạt động chương trình ngoại khóa này gồm ba seminar đã cung cấp kiến thức các nội dung về SKSS cho VTN bao gồm: giải phẫu, sinh lý hệ sinh sản, dấu hiệu dậy thì, các biện pháp tránh thai, phá thai, BLTQĐTD. Mỗi seminar được tổ chức một lần/tuần và kéo dài khoảng 45 phút. 200 học sinh trong nhóm can thiệp được chia thành năm lớp. Các em được giảng dạy một bài học về sức khỏe sinh sản trong khoảng 15 phút bằng cách sử dụng video, tranh ảnh và những tình huống thực tế để thu hút sự chú ý của các em, sau đó lớp học được chia ra làm năm nhóm nhỏ để thảo luận nhóm về các tình huống mà giáo viên đưa ra. Cuối buổi đại diện các nhóm trình bày kết quả thảo luận của nhóm mình và giáo viên đưa ra nhận xét trong vòng 15 phút còn lại. 200 học sinh còn lại trong nhóm chứng sẽ không được tham gia các hoạt động ngoại khóa này. Sau sáu tháng tổ chức các hoạt động chương trình ngoại khóa, tất cả các em học sinh sẽ tham dự buổi kiểm tra viết về các kiến thức sức khỏe sinh sản, kết quả cho thấy các em trong nhóm can thiệp có tỷ lệ hiểu biết về dấu hiệu dậy thì, thời điểm rụng trứng, các biện pháp tránh thai và BLTQĐTD tăng cao có ý nghĩa thống kê so với nhóm chứng [59].

Chiến lược dân số của Việt Nam và chiến lược quốc gia về SKSS giai đoạn 2001-2010 bao gồm chăm sóc SKSS VTN và cung cấp các dịch vụ cho thanh thiếu niên. Lần đầu tiên phụ nữ trong độ tuổi sinh sản, nam giới, thanh niên và VTN đều trở thành đối tượng của hoạt động thay đổi hành vi. Chiến lược này nhấn mạnh nâng cao chất lượng giáo dục và đào tạo về dân số, KHHGD, SKSS và giới tính cả trong và ngoài trường học. Chất lượng của các dịch vụ chăm sóc SKSS và hệ thống cung ứng dịch vụ sẽ được cải thiện nhằm giảm tỷ lệ có thai ngoài ý muốn và giảm số ca nạo phá thai đặc biệt ở VTN [20], [25].

Chiến lược quốc gia về chăm sóc sức khỏe sinh sản giai đoạn 2011 – 2020 của Việt Nam cũng đã nhấn mạnh mục tiêu “cải thiện sức khỏe sinh sản của người

chưa thành niên và thanh niên, tăng tỷ lệ điểm cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe sinh sản thân thiện với người chưa thành niên và thanh niên lên 50% tổng số điểm cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe sinh sản vào năm 2015 và 75% vào năm 2020. Giảm 20% số người chưa thành niên có thai ngoài ý muốn vào năm 2015 và 50% vào năm 2020” [21].

### **1.7. MỘT SỐ ĐẶC ĐIỂM VỀ KINH TẾ, VĂN HÓA, XÃ HỘI CỦA HUYỆN A LƯỚI**

A Lưới là huyện vùng cao phía Tây của tỉnh Thừa Thiên Huế có diện tích tự nhiên 1.225,21 km<sup>2</sup>. A Lưới có vị trí địa lý kinh tế, quốc phòng vô cùng quan trọng của tỉnh Thừa Thiên Huế và khu vực Bắc Trung Bộ. Toàn huyện có 21 đơn vị hành chính, bao gồm thị trấn A Lưới và 20 xã là: Hồng Thủy, Hồng Vân, Hồng Trung, Hồng Kim, Hồng Hạ, Bắc Sơn, Hồng Bắc, Hồng Quảng, A Ngo, Sơn Thủy, Nhâm, Phú Vinh, Hồng Thái, Hồng Thượng, Hương Phong, Hương Lâm, Hương Nguyên, Đông Sơn, A Đót, A Roàng. Thị trấn A Lưới là trung tâm huyện, cách thành phố Huế khoảng 70 km về phía Tây. Dân số huyện A Lưới theo niên giám thống kê năm 2019 hơn 51.619 người, mật độ dân số bình quân 41,18 người/ km<sup>2</sup>; có 5 dân tộc chủ yếu sinh sống ở đây: Pa Kô, Tà Ôi, Ka Tu, Pa Hy, Kinh, trong đó dân tộc Kinh chiếm 21,9%. Toàn huyện có tất cả 17 trường Tiểu học, 05 trường Trung học cơ sở và 04 trường Trung học phổ thông [7]. Theo số liệu tổng điều tra dân số của Tỉnh Thừa Thiên Huế năm 2019, tổng số vị thành niên từ 10 – 19 tuổi trong toàn huyện là 8199 em, trong đó có 3927 em vị thành niên nữ. Là vùng đất có nhiều dân tộc anh em cùng sinh sống đã tạo cho A Lưới những bản sắc văn hóa riêng của từng tộc người từ tiếng nói đến ăn, ở, mặc, phong tục...đồng hành bên cạnh những nét văn hóa chung của toàn tỉnh. Tuy nhiên do tỷ lệ người dân tộc thiểu số ở huyện chiếm đa số, trình độ dân trí còn thấp nên tình trạng tảo hôn và mang thai ở tuổi vị thành niên ở đây vẫn còn cao. Tỷ lệ tảo hôn ở huyện A Lưới trong thời gian từ năm 2014 – 2018 dao động từ 3,8% – 7,6% (trên tổng số cặp kết hôn) [19], tỷ lệ vị thành niên nữ mang thai theo báo cáo tổng kết của Trung tâm chăm sóc sức khỏe sinh sản tỉnh

Thừa Thiên Huế năm 2016 tại huyện này là 6,64% cao nhất so với các huyện khác trong toàn tỉnh [22]. Tại huyện A Lưới có rất ít chương trình chăm sóc sức khỏe sinh sản được triển khai, đặc biệt là chăm sóc sức khỏe sinh sản vị thành niên. Hầu hết các chương trình chăm sóc sức khỏe sinh sản được lồng ghép vào chương trình khác chứ không có chương trình tách biệt. Qua nghiên cứu tài liệu, chúng tôi đã lựa chọn mô hình chẩn đoán hành vi PRECEDE – PROCEED và ứng dụng mô hình vào can thiệp thay đổi hành vi, kết hợp phương pháp truyền thông tích cực can thiệp để nâng cao kiến thức, thực hành về chăm sóc sức khỏe sinh sản, giảm tỷ lệ kết hôn sớm, giảm tỷ lệ viêm nhiễm đường sinh dục dưới ở các em nữ vị thành niên tại huyện A Lưới, Tỉnh Thừa Thiên Huế.

## **Chương 2**

### **ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU**

#### **2.1. ĐỐI TƯỢNG, ĐỊA ĐIỂM VÀ THỜI GIAN NGHIÊN CỨU**

##### **2.1.1. Đối tượng nghiên cứu**

###### **2.1.1.1. Nhóm đối tượng đích:**

- Vị thành niên nữ người dân tộc thiểu số từ 10 – 19 tuổi (tính đến ngày phỏng vấn điều tra)

###### **2.1.1.2. Nhóm đối tượng hỗ trợ/tăng cường:**

- Mẹ của các em nữ vị thành niên.
- Cán bộ lãnh đạo xã, cán bộ làm quản lý ở Trung tâm y tế (TTYT) huyện và các trạm y tế (TYT) xã, các cán bộ chuyên trách SKSS đồng ý tham gia nghiên cứu.
- Giáo viên, cán bộ đoàn thanh niên, già làng hoặc trưởng bản của các xã đồng ý tham gia nghiên cứu.

###### **\* Tiêu chuẩn chọn mẫu:**

- Vị thành niên nữ người dân tộc thiểu số từ 10 – 19 tuổi có khả năng giao tiếp được, được cha mẹ hoặc người giám hộ đồng ý cho tham gia nghiên cứu.
- Các đối tượng khác tham gia nghiên cứu đều đồng ý tham gia.

###### **\* Tiêu chuẩn loại trừ:**

- Vị thành niên nữ bị câm, điếc không thể giao tiếp được.
- VTN nữ không có mặt tại địa bàn trong thời gian nghiên cứu.

##### **2.1.2. Địa điểm nghiên cứu**

Tại huyện A Lưới, tỉnh Thừa Thiên Huế.

##### **2.1.3. Thời gian nghiên cứu:**

- Nghiên cứu mô tả cắt ngang (6/2015 – 8/2015)
- Xử lý số liệu, xác định các yếu tố liên quan để xây dựng mô hình can thiệp (9/2015 – 2/2016)
- Xây dựng, thử nghiệm, tiến hành can thiệp và đánh giá hiệu quả can thiệp (3/2016 – 6/2018)

#### **2.2. PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU**

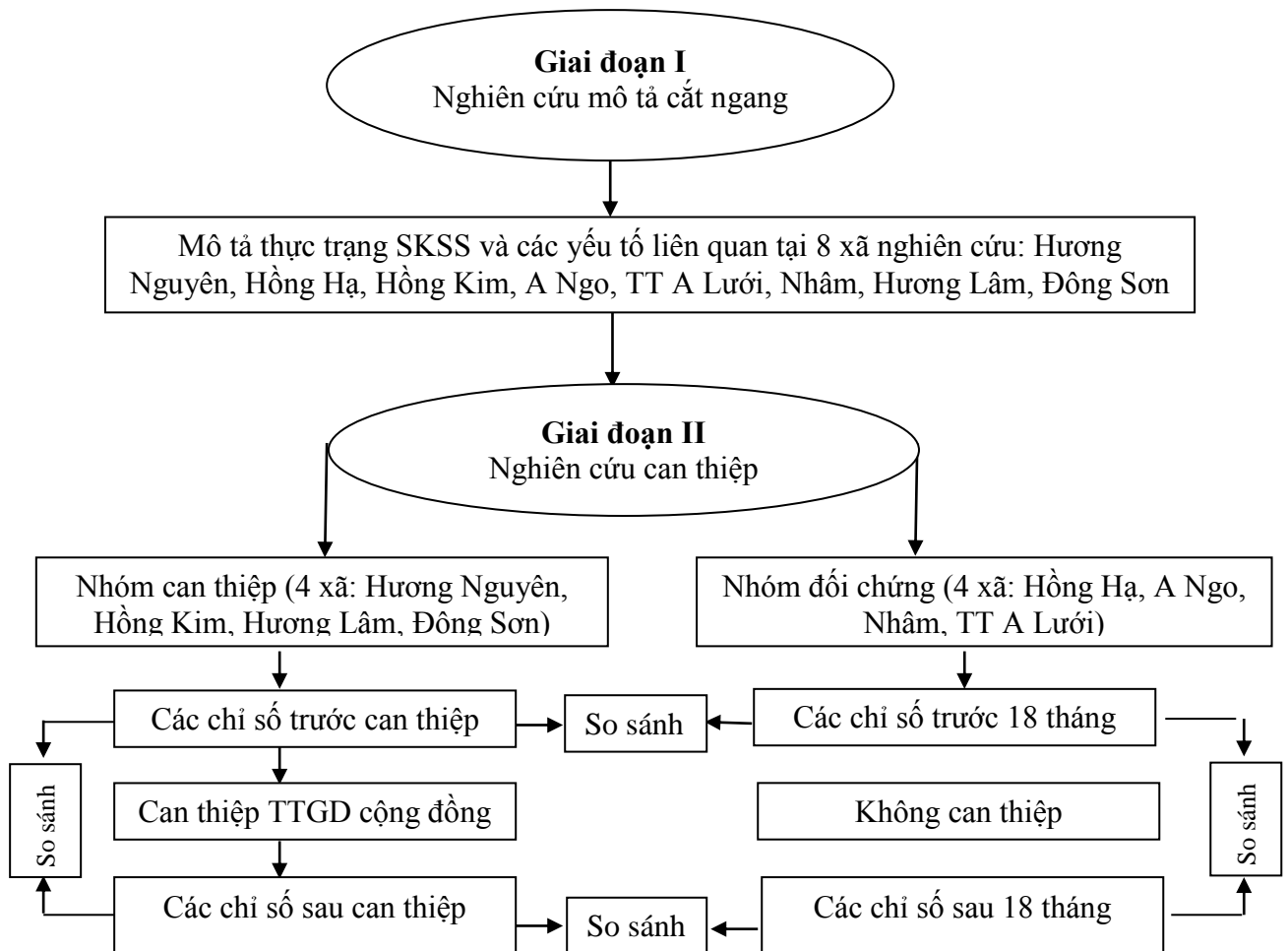
##### **2.2.1. Thiết kế nghiên cứu:**

Nghiên cứu được thực hiện qua 2 giai đoạn, sử dụng 2 phương pháp nghiên cứu khác nhau gồm: nghiên cứu mô tả cắt ngang và nghiên cứu can thiệp cộng đồng so sánh nhóm đối chứng.

- Giai đoạn 1: sử dụng thiết kế nghiên cứu mô tả cắt ngang trên mẫu để thực hiện mục tiêu 1: mô tả thực trạng sức khỏe sinh sản và một số yếu tố liên quan đến sức khỏe sinh sản nữ vị thành niên tại huyện A Lưới, tỉnh Thừa Thiên Huế. Phối hợp nghiên cứu định lượng và nghiên cứu định tính. Nghiên cứu định tính được tiến hành sau khi có kết quả nghiên cứu định lượng nhằm mục đích tìm hiểu, làm rõ thêm một số thông tin, nội dung trong nghiên cứu định lượng.

- Giai đoạn 2: sử dụng thiết kế nghiên cứu can thiệp cộng đồng trước sau có đối chứng để thực hiện mục tiêu 2: Xây dựng, thử nghiệm và đánh giá hiệu quả của mô hình can thiệp cải thiện thực trạng sức khỏe sinh sản nữ vị thành niên tại địa điểm nghiên cứu bao gồm lập kế hoạch, xây dựng mô hình can thiệp, tiến hành can thiệp và điều tra đánh giá hiệu quả can thiệp.

Thiết kế nghiên cứu có thể tóm tắt theo sơ đồ 2.1 dưới đây:



Sơ đồ 2.1. Sơ đồ nghiên cứu

## 2.2.2. Cỡ mẫu và kỹ thuật chọn mẫu

### 2.2.2.1. Cỡ mẫu và kỹ thuật chọn mẫu giai đoạn điều tra mô tả cắt ngang

- Cỡ mẫu: Áp dụng công thức [11]

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

Trong đó:

- n: cỡ mẫu tối thiểu cần thiết
- $Z_{(1-\alpha/2)}$ : Hệ số tin cậy, với  $\alpha = 5\%$  (khoảng tin cậy 95%) thì  $Z_{(1-\alpha/2)} = 1,96$
- p: tỷ lệ kiến thức, thực hành về SKSS vị thành niên chưa tốt theo nghiên cứu của Nguyễn Ngọc Chon năm 2010, giá trị p lần lượt là:  $p_1 = 59,9\%$ ,  $p_2 = 39,5\%$ .

- d: sự chính xác của nghiên cứu trên mẫu (sai số lựa chọn); chấp nhận  $d = 0,05$

- Lần lượt thay các giá trị p vào công thức, tính được cỡ mẫu là  $n_1 = 370$  và  $n_2 = 368$ . Vậy cỡ mẫu chọn là  $n = 370$ .

- Do chọn mẫu cụm, phân tầng nên cỡ mẫu nhân với hệ số thiết kế  $DE = 2$ , vậy cỡ mẫu là:  $370 \times 2 = 740$  người

- Dự trừ thêm 10% nên cỡ mẫu được chọn là: 814 người. Thực tế chúng tôi nghiên cứu cỡ mẫu là 960 người.

- Kỹ thuật chọn mẫu: [11]

+ Bước 1: Chọn ngẫu nhiên 8 xã trong số 21 xã, thị trấn theo 4 vị trí địa lý của huyện A Lưới vào nghiên cứu. Mỗi vị trí địa lý chọn ngẫu nhiên 2 xã. Kết quả 8 xã đó là: Hồng Hạ, Hương Nguyên, A Ngo, Hồng Kim, Nhâm, Đông Sơn, Hương Lâm và thị trấn A Lưới.

+ Bước 2: Dùng phương pháp chọn mẫu ngẫu nhiên hệ thống để chọn đủ số đối tượng từ 8 xã điều tra vào mẫu bằng cách:

\* Lập danh sách vị thành niên nữ 10 – 19 tuổi người dân tộc thiểu số hiện đang có mặt tại các thôn trong mỗi xã của 8 xã cần điều tra. Tổng cộng có 965 vị thành niên nữ đang có mặt và sinh sống tại 8 xã này trong đó có 960 VTN phù hợp với tiêu chuẩn chọn nên chúng tôi chọn toàn bộ 960 đối tượng này vào nghiên cứu.

### 2.2.2.2. *Cỡ mẫu và kỹ thuật chọn mẫu giai đoạn can thiệp, điều tra đánh giá hiệu quả can thiệp*

- Chọn quần thể can thiệp và quần thể đối chứng:

Có 4 vị trí địa lý, tại mỗi vị trí có hai xã tham gia nghiên cứu, chúng tôi chọn ngẫu nhiên một xã vào nhóm can thiệp, một xã vào nhóm chứng bằng phương pháp bốc thăm, kết quả như sau:

+ Quần thể can thiệp: tất cả vị thành niên nữ người dân tộc thiểu số tuổi từ 10 – 19 tuổi ở 4 xã Hương Nguyên, Hồng Kim, Hương Lâm, Đông Sơn.

+ Quần thể đối chứng: tất cả vị thành niên nữ người dân tộc thiểu số tuổi từ 10 – 19 tuổi ở 4 xã Hồng Hạ, A Ngo, thị trấn A Lưới, Nhâm.

- Cỡ mẫu và kỹ thuật chọn mẫu cho giai đoạn đánh giá can thiệp

Sử dụng công thức [14]:

$$n_1 = \kappa n_2$$

$$n_2 = \frac{(z_{\alpha/2} + z_{\beta})^2}{\epsilon^2} \left[ \frac{p_1(1-p_1)}{\kappa} + p_2(1-p_2) \right]$$

Trong đó:

$\epsilon = p_1 - p_2$ : tỷ lệ khác biệt về kết quả giữa nhóm can thiệp so với nhóm chứng

$p_1$ : tỷ lệ đáp ứng của nhóm can thiệp

$p_2$ : tỷ lệ đáp ứng của nhóm chứng

$\alpha, \beta$ : lần lượt là xác suất chọn sai lầm loại I và loại II

$\kappa$  : tỷ số giữa 2 nhóm can thiệp và nhóm chứng. Chọn  $\kappa = 1$  [14]

$p_1$ : tỷ lệ kiến thức về SKSS vị thành niên chưa tốt của nhóm can thiệp giảm 20% và  $p_2$  là tỷ lệ kiến thức về SKSS vị thành niên chưa tốt của nhóm chứng giảm 10%.

Chọn:  $\alpha = 0,05$  ,  $\beta = 0,2$

Thay vào công thức tính được cỡ mẫu là 196

Chọn hệ số thiết kế  $DE = 2$  nên cỡ mẫu mỗi nhóm là  $196 \times 2 = 392$



$p_1$ : tỷ lệ thực hành về SKSS vị thành niên chưa tốt của nhóm can thiệp giảm 15% và  $p_2$  là tỷ lệ thực hành về SKSS vị thành niên chưa tốt của nhóm chứng giảm 5%.

Chọn:  $\alpha = 0,05$  ,  $\beta = 0,2$

Thay vào công thức tính được cỡ mẫu là 137

Chọn hệ số thiết kế  $DE = 2$  nên cỡ mẫu mỗi nhóm là  $137 \times 2 = 274$

Để đảm bảo cỡ mẫu đại diện, chúng tôi chọn cỡ mẫu mỗi nhóm là 392

Dự phòng thêm 10%, vậy cỡ mẫu mỗi nhóm là 432.

Lập danh sách vị thành niên nữ 10 – 19 tuổi người dân tộc thiểu số hiện đang có mặt tại các thôn trong mỗi xã của 8 xã cần điều tra. Tổng cộng có 1012 vị thành niên nữ đang có mặt và sinh sống tại 8 xã này phù hợp với tiêu chuẩn chọn, trong đó tổng số VTN ở 4 xã can thiệp là 522 em, tổng số VTN ở 4 xã chứng là 490 em nên chúng tôi chọn hết 490 em ở 4 xã chứng và ở 4 xã can thiệp chúng tôi dùng phương pháp chọn mẫu ngẫu nhiên đơn để chọn 490 em trong tổng số 522 em.

### **2.2.2.3. Cỡ mẫu của nghiên cứu định tính**

*Cỡ mẫu của nghiên cứu định tính trước can thiệp*

- Thảo luận nhóm:

+ Số lượng thành viên tham gia thảo luận nhóm: Tổng cộng có 80 thành viên tham gia 10 thảo luận nhóm được tổ chức ở 4 xã được chọn can thiệp: Hương Nguyên, Hương Lâm, Hồng Kim và Đông Sơn để làm rõ thêm một số nội dung đã được thực hiện ở nghiên cứu định lượng và làm cơ sở để lập kế hoạch can thiệp tại 4 xã này. Mỗi xã có 02 nhóm bao gồm 01 nhóm có 8 vị thành niên nữ từ 14 – 19 tuổi và 01 nhóm có 8 phụ huynh của các em VTN nữ tuổi từ 14 đến 19 tuổi. Ngoài ra tại 4 xã can thiệp có tổng cộng có 3 trường THCS và THPT nên chúng tôi chọn 2 trường THCS Hương Nguyên và THCS Hương Lâm để thực hiện 2 cuộc thảo luận nhóm từ các giáo viên, mỗi nhóm có 8 giáo viên.

- Phỏng vấn sâu:

+ Số lượng thành viên được phỏng vấn: 2 lãnh đạo xã, 1 thành viên trong Ban giám đốc TTYT huyện, 4 trưởng trạm và 4 cán bộ chuyên trách về sức khỏe sinh sản vị thành niên, 2 thành viên trong Ban giám hiệu Trường THCS và Trường

THPT Hương Lâm, 1 thành viên là trưởng bản, 2 cán bộ đoàn thanh niên, 5 VTN kết hôn sớm. Tổng cộng có 21 người tham gia phỏng vấn sâu.

*Cỡ mẫu của nghiên cứu định tính sau can thiệp*

Tổng cộng có 16 vị thành niên nữ tham gia 2 thảo luận nhóm được tổ chức ở 2 xã Hương Lâm và Đông Sơn và 3 VTN nữ tham gia phỏng vấn sâu để làm rõ thêm các nội dung đánh giá hiệu quả của chương trình can thiệp.

### **2.2.3. Nội dung và biến số nghiên cứu**

Nội dung và biến số nghiên cứu được xây dựng dựa trên cơ sở nội dung của hướng dẫn chuẩn quốc gia về sức khỏe sinh sản vị thành niên năm 2009 [2] và nội dung của điều tra quốc gia về vị thành niên và thanh niên Việt Nam lần thứ 1 và lần thứ 2 [4], [5].

#### **2.2.3.1. Giai đoạn nghiên cứu điều tra mô tả cắt ngang**

- Biến số nghiên cứu

+ Nhóm biến số về đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu: tuổi, dân tộc, nghề nghiệp, tôn giáo, tình trạng chung sống trong gia đình, mức kinh tế...

\* Tuổi: chia ra theo 3 nhóm tuổi: VTN sớm: 10 – 13 tuổi, VTN giữa: 14 – 15 tuổi, VTN muộn: 16 – 19 tuổi [96]

\* Dân tộc: Tà Ôi, Pa Cô, Ca Tu, dân tộc khác: Vân Kiều, Pahy

\* Nghề nghiệp: chia theo 2 nhóm: đang đi học, đã đi làm

\* Trình độ học vấn: Tiểu học, Trung học cơ sở, Trung học phổ thông

\* Điều kiện kinh tế: Mức kinh tế được đo lường theo quyết định số 59/2015/QĐ-TTg của thủ tướng chính phủ ban hành đối với vùng nông thôn như sau [16]:

Hộ nghèo: có thu nhập bình quân đầu người/tháng từ đủ 700.000 đồng trở xuống.

Hộ cận nghèo: có thu nhập bình quân đầu người/tháng trên 700.000 đồng đến 1.000.000 đồng.

Hộ có mức sống trung bình: có thu nhập bình quân đầu người/tháng trên 1.000.000 đồng đến 1.500.000 đồng.

\* Tình trạng chung sống: sống với bố mẹ, chỉ sống với bố, chỉ sống với mẹ, sống với những người khác: ông, bà, cô, dì, chú, bác...

\* Tôn giáo: theo tôn giáo, không theo tôn giáo

+ Nhóm biến số kiến thức về sức khỏe sinh sản vị thành niên nữ: Kiến thức về dấu hiệu dậy thì, kiến thức về việc mang thai, dấu hiệu thai nghén, kiến thức về các biện pháp tránh thai, bệnh lây truyền qua đường tình dục, HIV/AIDS, viêm nhiễm đường sinh dục dưới, kiến thức về độ tuổi kết hôn.

+ Nhóm biến số thực hành về sức khỏe sinh sản vị thành niên nữ: thực hành vệ sinh kinh nguyệt, tuổi có người yêu, quan hệ tình dục, thủ dâm, sử dụng các biện pháp tránh thai, tình hình mang thai, nạo phá thai, tình hình sinh con, tình hình kết hôn sớm, tình hình viêm nhiễm đường sinh dục dưới.

+ Nhóm biến số về các yếu tố tiếp cận dịch vụ y tế: nơi chọn khám chữa bệnh, lý do chọn nơi khám chữa bệnh, thái độ phục vụ của cán bộ y tế, tính riêng tư của phòng khám, tần suất tổ chức truyền thông tư vấn của CBYT, chi phí khám chữa bệnh, thời gian chờ đợi khám, vật liệu truyền thông sẵn có tại trạm

- Nội dung nghiên cứu, các chỉ số đánh giá:

\* *Kiến thức về sức khỏe sinh sản vị thành niên.*

+ Tỷ lệ % VTN hiểu biết các dấu hiệu của tuổi dậy thì ở bạn gái.

+ Tỷ lệ % VTN hiểu về khả năng mang thai trong lần đầu tiên quan hệ tình dục.

+ Tỷ lệ % VTN hiểu biết về thời điểm dễ có thai trong chu kỳ kinh.

+ Tỷ lệ % VTN hiểu biết về các dấu hiệu có thai.

+ Tỷ lệ % VTN hiểu biết về các biện pháp tránh thai.

+ Tỷ lệ % VTN biết nơi cung cấp dịch vụ tránh thai.

+ Tỷ lệ % VTN hiểu biết các triệu chứng, nguyên nhân của viêm nhiễm đường sinh dục.

+ Tỷ lệ % VTN biết cách phòng tránh viêm nhiễm đường sinh dục.

+ Tỷ lệ % VTN hiểu biết các BLTQĐTD.

+ Tỷ lệ % VTN hiểu biết các triệu chứng của BLTQĐTD.

+ Tỷ lệ % VTN hiểu biết cách phòng tránh BLTQĐTD.

+ Tỷ lệ % VTN hiểu biết cần phải làm gì khi mắc bệnh viêm nhiễm đường sinh dục và BLTQĐTD.

- + Tỷ lệ % trẻ VTN hiểu biết các đường lây truyền của HIV.
- + Tỷ lệ % VTN hiểu biết cách phòng tránh lây nhiễm HIV/AIDS.
- + Tỷ lệ % VTN hiểu biết độ tuổi kết hôn theo pháp luật của nước Việt Nam.

*\* Thực hành và tình trạng sức khỏe sinh sản vị thành niên.*

- + Tỷ lệ % VTN vệ sinh kinh nguyệt kém.
- + Tỷ lệ % VTN vệ sinh vùng sinh dục kém.
- + Tỷ lệ % VTN có bạn trai.
- + Tỷ lệ % VTN sử dụng biện pháp tránh thai.
- + Tỷ lệ % VTN thực hiện thủ dâm và tần suất thực hiện.
- + Tỷ lệ % VTN đã kết hôn.
- + Tỷ lệ % VTN đã có quan hệ tình dục.
- + Tỷ lệ % VTN đã từng mang thai và nạo phá thai.
- + Tỷ lệ % VTN kết hôn sớm.
- + Tỷ lệ % VTN bị viêm nhiễm đường sinh dục dưới

*\* Các yếu tố tiếp cận dịch vụ y tế.*

- + Tỷ lệ % VTN chọn cơ sở y tế khám chữa bệnh.
- + Tỷ lệ % lý do các em chọn cơ sở y tế làm nơi khám chữa bệnh.
- + Tỷ lệ % VTN nhận xét về thái độ phục vụ của CBYT.
- + Tỷ lệ % VTN nhận xét về tính kín đáo và riêng tư của phòng khám.
- + Tỷ lệ % VTN nhận xét về tần suất thực hiện truyền thông tư vấn của CBYT về SKSSVTN.
- + Tỷ lệ % VTN nhận xét về chi phí khám chữa bệnh tại cơ sở y tế.
- + Tỷ lệ % VTN nhận xét về thời gian chờ đợi khám chữa bệnh tại cơ sở y tế.
- + Tỷ lệ % VTN nhận xét về vật liệu truyền thông tại TYT.

*\* Các yếu tố liên quan liên quan đến kiến thức và thực hành chung: tuổi, nghề nghiệp, trình độ học vấn, dân tộc, mức kinh tế, tình trạng chung sống trong gia đình.*

*\* Cách tính điểm như sau:*

+ 21 câu hỏi về kiến thức, trong mỗi câu hỏi về kiến thức các ý trả lời đúng sẽ cho từ 1 – 2 điểm tùy theo tầm quan trọng hoặc độ khó của ý trả lời.

+ 28 câu hỏi về thực hành: nếu các em thuộc vào các trường hợp sau sẽ được xếp vào phân loại thực hành chưa tốt: Có quan hệ tình dục, có kết hôn sớm, có

hôn nhân cận huyết, bị viêm nhiễm sinh dục, không vệ sinh vùng sinh dục hàng ngày. Nếu các em không thuộc những trường hợp trên sẽ tiến hành cho điểm, mỗi câu hỏi các ý trả lời đúng sẽ cho điểm từ 1-2 điểm tùy theo tầm quan trọng của mỗi ý. (phụ lục 2)

\* Cách đánh giá: (phụ lục 2)

Kiến thức tốt: Nếu trả lời  $\geq 75\%$  số điểm

Kiến thức chưa tốt: Nếu trả lời  $< 75\%$  số điểm

Thực hành tốt: Nếu trả lời  $\geq 75\%$  số điểm

Thực hành chưa tốt: Nếu trả lời  $< 75\%$  số điểm

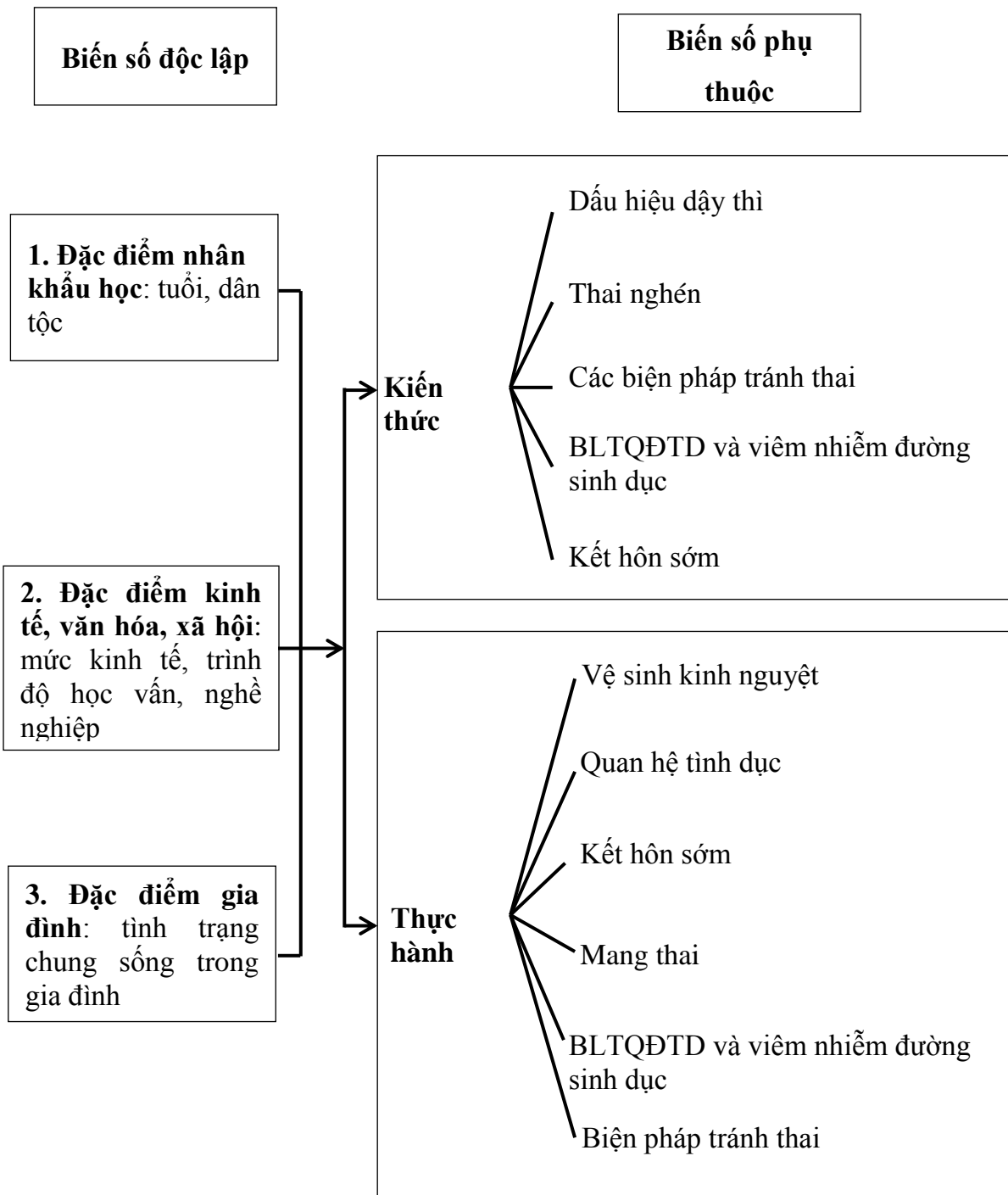
### **2.2.3.2. Giai đoạn nghiên cứu đánh giá hiệu quả can thiệp**

- Nội dung nghiên cứu: như đã điều tra ở giai đoạn mô tả cắt ngang
- Các chỉ số đánh giá
  - + So sánh tỷ lệ thay đổi kiến thức chung của VTN nữ trước và sau can thiệp.
  - + So sánh tỷ lệ thay đổi thực hành chung của VTN nữ trước và sau can thiệp.
  - + So sánh tỷ lệ thay đổi về kết hôn sớm của VTN nữ trước và sau can thiệp.
  - + So sánh tỷ lệ thay đổi viêm nhiễm đường sinh dục dưới của VTN nữ trước và sau can thiệp.
- + Đánh giá hiệu quả can thiệp.

### **2.2.3.3. Khung lý thuyết nghiên cứu**

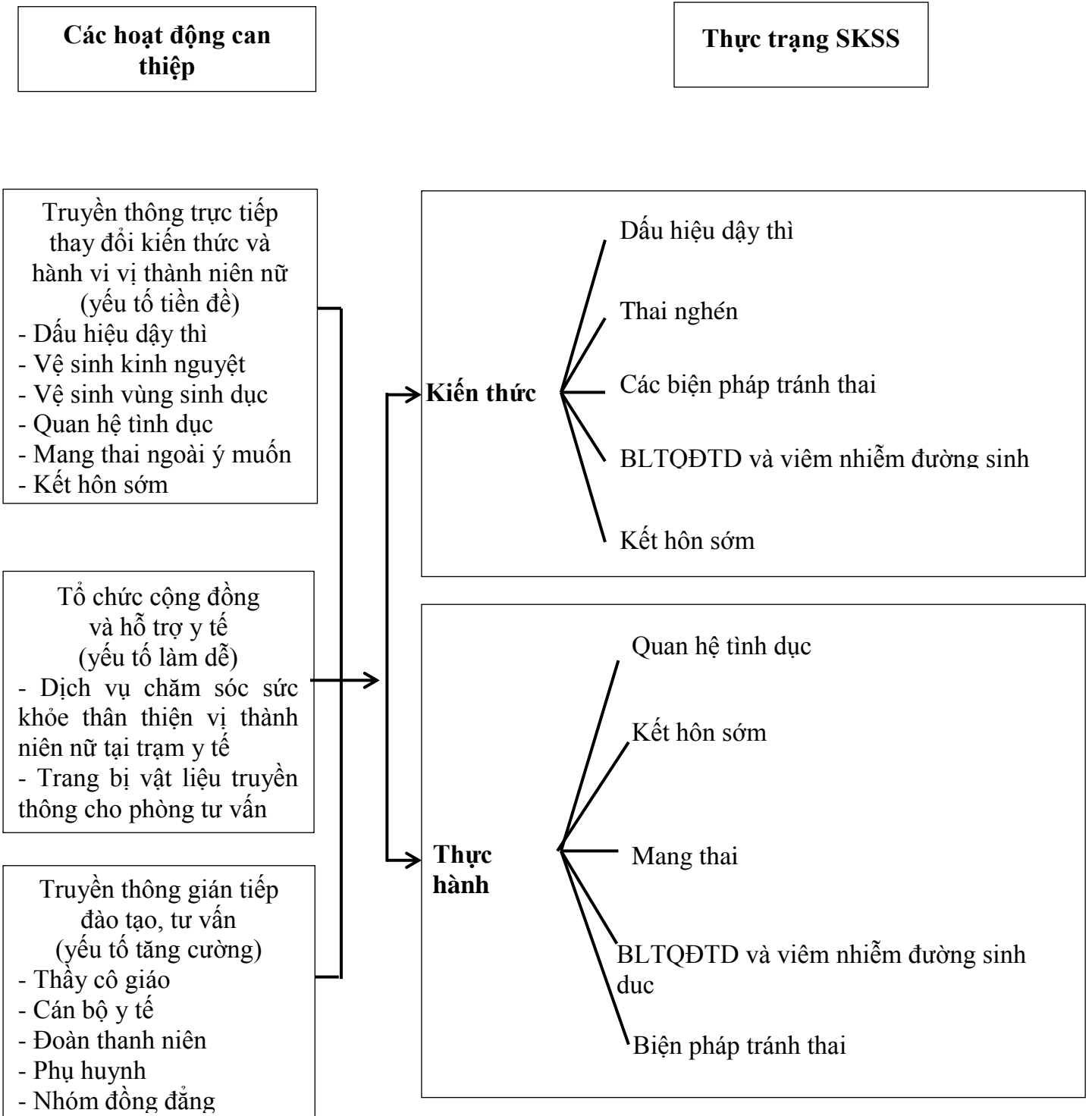
Dựa vào mô hình thiết kế và đánh giá chương trình nâng cao sức khỏe cộng đồng Precede và Proceed [63], khung lý thuyết nghiên cứu được áp dụng như sau:

- *Khung lý thuyết cho nghiên cứu cắt ngang* [63]



Sơ đồ 2.2. Khung lý thuyết cho nghiên cứu cắt ngang

- Khung lý thuyết cho nghiên cứu can thiệp cụ thể [63]



Sơ đồ 2.3. Khung lý thuyết cho nghiên cứu can thiệp cụ thể

#### **2.2.4. Phương pháp thu thập thông tin**

- Có 8 điều tra viên (ĐTV), 2 giám sát viên (GSV) và 16 cộng tác viên (CTV) là các cán bộ giảng dạy thuộc khoa Y tế công cộng, khoa Điều dưỡng trường Đại học Y Dược Huế và cán bộ y tế tại các trạm y tế của 8 xã nghiên cứu được tập huấn thành thạo trước khi tiến hành điều tra.

- Tiến hành điều tra thử nghiệm trên 30 em nữ VTN người dân tộc thiểu số tại huyện A Lưới trước khi tiến hành điều tra thực địa để đảm bảo độ tin cậy.

- Tiến hành gửi giấy mời các em VTN nữ đến TYT để tham gia phỏng vấn điều tra. Những em không đến được cán bộ y tế tại Trạm sẽ sắp xếp để phỏng vấn tại nhà.

- Thời điểm điều tra được tiến hành vào khoảng thời gian các em được nghỉ hè để các em có thể sắp xếp tham gia.

- Khám, lấy mẫu khí hư được thực hiện tại buồng khám phụ khoa của TYT do nghiên cứu sinh và bác sĩ chuyên khoa Phụ Sản bệnh viện Trường Đại học Y Dược Huế thực hiện.

- Hàng ngày, ngay sau khi thu thập số liệu, các ĐTV sẽ gửi phiếu đến GSV.

- GSV sẽ kiểm tra chất lượng các thông tin thu thập trên phiếu điều tra (đủ/thiếu, đúng/sai, thừa/thiếu...) đảm bảo đủ, đúng, chính xác theo yêu cầu điều tra.

#### **2.2.5. Các bước tiến hành**

##### ***2.2.5.1. Bước 1: Điều tra thực trạng sức khỏe sinh sản vị thành niên người dân tộc thiểu số tại 8 xã, huyện A Lưới.***

Nghiên cứu các chỉ số SKSS vị thành niên nữ tại 8 xã thuộc huyện A Lưới được chuẩn bị và thông báo kế hoạch điều tra với lãnh đạo chính quyền địa phương, ban giám đốc TTYT huyện và CBYT của 8 xã nghiên cứu. Điều tra được tiến hành từ tháng 6/2015 sau khi nhóm nghiên cứu đi tiền trạm và thống nhất với địa phương kế hoạch tiến hành. Lực lượng điều tra bao gồm 8 nghiên cứu viên là cán bộ giảng dạy thuộc khoa Y tế công cộng, khoa Điều dưỡng trường Đại học Y Dược Huế và 16 cán bộ y tế tại các trạm y tế của 8 xã nghiên cứu. Về phía chính quyền địa phương có sự hỗ trợ chỉ đạo của lãnh đạo chính quyền huyện và lãnh đạo của TTYT huyện. Khi hoàn tất điều tra, qui trình làm sạch, nhập số liệu, phân tích và viết báo cáo được tiến hành tại Huế.



Để tiến hành điều tra thực trạng sức khỏe sinh sản vị thành niên tại 8 xã dân tộc thiểu số, chúng tôi phối hợp 2 phương pháp nghiên cứu định lượng và định tính: điều tra mô tả cắt ngang bằng các kỹ thuật phỏng vấn vị thành niên nữ từ 10 – 19 tuổi, nội dung điều tra chủ yếu dựa theo hướng dẫn chuẩn quốc gia về SKSS vị thành niên và nội dung của điều tra quốc gia về vị thành niên và thanh niên Việt Nam lần thứ 1 và lần thứ 2, tìm hiểu kiến thức, thực hành của VTN nữ trong việc tự bảo vệ và CSSK. Thực hiện các dịch vụ lâm sàng và cận lâm sàng như khám phụ khoa và lấy mẫu khí hư làm xét nghiệm để xác định tỷ lệ viêm nhiễm đường sinh dục dưới của các vị thành niên nữ có triệu chứng nghi ngờ bị viêm nhiễm đường sinh dục dưới như: âm đạo ra khí hư nhiều, có mùi, ngứa, đau rát vùng âm hộ, âm đạo. Phỏng vấn sâu cán bộ làm quản lý ở các xã, Trung tâm y tế huyện và các TYT xã, các cán bộ chuyên trách SKSS, trưởng ban, ban giám hiệu, cán bộ đoàn thanh niên. Thảo luận nhóm thầy cô giáo, nữ VTN và phụ huynh của các em nữ VTN.

- Phỏng vấn vị thành niên nữ từ 10 – 19 tuổi:

+ Công cụ thu thập thông tin

Sử dụng bộ câu hỏi phỏng vấn được cấu trúc sẵn

- Khám, lấy mẫu khí hư xét nghiệm để xác định tỷ lệ viêm nhiễm đường sinh dục dưới ở những đối tượng có nghi ngờ bị viêm nhiễm đường sinh dục dưới như: âm đạo ra khí hư nhiều, có mùi, ngứa, đau rát vùng âm hộ, âm đạo..

+ Cách lấy bệnh phẩm để xét nghiệm:

Dùng tăm bông đã được hấp vô khuẩn, lấy dịch khí hư ở âm hộ đối với VTN chưa có quan hệ tình dục, lấy dịch cùng đồ sau của âm đạo qua mỏ vịt khi khám đối với VTN đã có quan hệ tình dục, cho vào ống đựng tăm bông xét nghiệm đã vô khuẩn

+ Kỹ thuật xét nghiệm:

Thực hiện kỹ thuật nhuộm Gram.

*Phương pháp nhuộm gram:*

Bệnh phẩm được nhuộm và đọc kết quả tại Bộ môn vi sinh Trường Đại học Y Dược Huế.

Kết quả nhuộm được phân tích để chẩn đoán viêm nhiễm đường sinh dục dưới theo thang điểm của Nugent (Tiêu chuẩn vàng để chẩn đoán viêm âm đạo do tạp khuẩn) [68], [72].

**Bảng 2.1: Thang điểm Nugent**

<b>Điểm</b>	<b>Lactobacillus</b>	<b>Gardnerella</b>	<b>Trực trùng hình cong</b>
0	>30	0	0
1	5-30	<1	1-5
2	1-4	1-4	>5
3	<1	5-30	
4	0	>30	

Đánh giá:

Nếu 0-3 điểm: Dịch âm đạo bình thường.

Nếu 4-6 điểm: trung gian (rối loạn các vi khuẩn thường trú trong âm đạo)

Nếu 7-10 điểm: Nhiễm khuẩn âm đạo.

Nhiễm nấm candida albicans: Kết quả dương tính ++ trở lên là bệnh

- Thảo luận nhóm:

+ Các cuộc thảo luận nhóm được tổ chức tại 4 xã được chọn can thiệp để làm rõ thêm một số nội dung đã được thực hiện ở nghiên cứu định lượng và làm cơ sở để lập kế hoạch can thiệp tại 4 xã này đồng thời làm rõ thêm nội dung đánh giá hiệu quả sau can thiệp. Có tổng cộng 12 cuộc thảo luận nhóm với sự tham gia của 96 thành viên là giáo viên, phụ huynh và các em VTN nữ trong đó có 6 thảo luận nhóm bao gồm các em VTN nữ từ 14 đến 19 tuổi, 4 thảo luận nhóm phụ huynh của các em VTN nữ từ 14 đến 19 tuổi, và 2 thảo luận nhóm giáo viên của 2 trường THCS Hương Nguyên và THCS Hương Lâm.

+ Công cụ: sử dụng máy ghi âm và ghi chép kết quả thảo luận dựa vào bản hướng dẫn

+ Nội dung thảo luận:

Nhóm biến số định tính về phong tục tập quán và quan niệm của thầy cô giáo, phụ huynh và vị thành niên nữ về sức khỏe sinh sản tại một số xã nghiên cứu để làm rõ thêm một số nội dung đã được thực hiện ở nghiên cứu định lượng.

+ Địa điểm thảo luận nhóm: thảo luận nhóm VTN nữ và phụ huynh tại trạm y tế xã, thảo luận nhóm giáo viên tại 2 trường THCS.

- Phỏng vấn sâu:

+ Có 24 thành viên tham gia phỏng vấn bao gồm lãnh đạo xã, ban giám đốc TTYT huyện, trưởng trạm, cán bộ chuyên trách về sức khỏe sinh sản vị thành niên, Ban giám hiệu nhà trường, trưởng bản, cán bộ đoàn thanh niên và các em nữ VTN kết hôn sớm.

+ Công cụ: Sử dụng máy ghi âm và ghi chép kết quả phỏng vấn dựa vào bản hướng dẫn phỏng vấn sâu các thành viên tham gia.

+ Nội dung phỏng vấn:

\* Nhóm biến số về hoạt động kỹ thuật và quản lý SKSSVTN tại huyện, xã về chất lượng và số lượng cán bộ chuyên trách về SKSSVTN. Nhóm biến số về tình hình sức khỏe sinh sản của các em nữ VTN kết hôn sớm.

+ Địa điểm phỏng vấn: Phỏng vấn Ban giám đốc TTYT huyện tại TTYT huyện, các đối tượng còn lại được mời đến trạm y tế để phỏng vấn.

+ Người phỏng vấn: nghiên cứu sinh và các nghiên cứu viên là cán bộ giảng dạy thuộc khoa Điều dưỡng trường Đại học Y Dược Huế.

#### ***2.2.5.2. Bước 2: Xây dựng mô hình can thiệp truyền thông giáo dục nâng cao kiến thức, thực hành chăm sóc sức khỏe sinh sản vị thành niên***

***- Xây dựng mô hình can thiệp:***

+ Cơ sở khoa học của xây dựng mô hình, thử nghiệm các giải pháp can thiệp:

Dựa vào kết quả của phát hiện nghiên cứu giai đoạn 1 năm 2015, phân tích những vấn đề còn tồn tại của nghiên cứu giai đoạn I qua hội thảo báo cáo kết quả tại địa phương, dựa vào bối cảnh đặc trưng và nhạy cảm về giới và các phát hiện nguyên nhân của hành vi sức khỏe đã cung cấp một số thông tin cơ bản theo mô hình lý thuyết chẩn đoán hành vi PRECEDE – PROCEED để làm cơ sở xây dựng chương trình can thiệp thông qua 03 nhóm yếu tố sau đây:

**Nhóm yếu tố tiền đề** bao gồm: kiến thức và hành vi của các em VTN nữ. Can thiệp bằng truyền thông trực tiếp thay đổi kiến thức và hành vi của các em. Trong nghiên cứu này, dựa vào bằng chứng từ kết quả điều tra thực trạng và các yếu tố liên quan theo phân tích hồi qui logistic đa biến:

- + Tỷ lệ kiến thức, thực hành về SKSS VTN chưa đạt rất cao.
- + Tỷ lệ tảo hôn chiếm gần 50% các trường hợp có chồng ở độ tuổi VTN.
- + Tỷ lệ VTN bị viêm nhiễm đường sinh dục dưới là 2,2%.

+ Dựa vào mối liên quan giữa trình độ học vấn, giai đoạn vị thành niên với kiến thức chung về sức khỏe sinh sản VTN. Trong đó kiến thức chưa tốt thường gặp ở nhóm vị thành niên có trình độ học vấn là PTCS, vị thành niên có trình độ là tiểu học, vị thành niên sớm.

+ Dựa vào mối liên quan giữa kiến thức, trình độ học vấn, nghề nghiệp, giai đoạn vị thành niên, điều kiện kinh tế, tình trạng chung sống trong gia đình với thực hành chung về sức khỏe sinh sản VTN. Trong đó thực hành chưa tốt thường gặp ở nhóm vị thành niên có kiến thức chưa tốt, vị thành niên sớm, vị thành niên đang đi làm, vị thành niên có điều kiện kinh tế nghèo, vị thành niên không sống với bố, mẹ. Chúng tôi tập trung can thiệp thay đổi kiến thức, thực hành của tất cả các em VTN nữ đặc biệt chú trọng nhiều hơn đến các em VTN sớm, VTN có trình độ học vấn tiểu học, các em thuộc diện hộ nghèo, các em đã đi làm và các em không được sống chung với bố mẹ.

**Nhóm yếu tố làm dễ** bao gồm: dịch vụ chăm sóc sức khỏe thân thiện tại TYT, trang bị vật liệu truyền thông đầy đủ cho phòng tư vấn chăm sóc SKSS vị thành niên. Trong nghiên cứu này chúng tôi dựa vào kết quả phân tích từ nghiên cứu định lượng đối với người sử dụng dịch vụ và nghiên cứu định tính bằng cách quan sát tại các TYT.

+ Tất cả các TYT đều chưa có phòng riêng để làm dịch vụ chăm sóc sức khỏe thân thiện cho VTN (kết quả quan sát các TYT) .

+ Vật liệu truyền thông, GDSK tại TYT còn thiếu: tờ rơi, tranh ảnh...(kết quả quan sát các TYT theo bảng kiểm và phỏng vấn điều tra các em VTN)

**Nhóm yếu tố tăng cường** bao gồm: can thiệp dựa vào vai trò của lãnh đạo TTYT huyện, Ban giám hiệu nhà trường, tác động hành vi của các em VTN đến CBYT, thầy cô giáo, phụ huynh của các em. Trong nghiên cứu này chúng tôi dựa vào kết quả phân tích từ nghiên cứu định tính và định lượng đối với người cung cấp dịch vụ và người sử dụng dịch vụ:

+ Công tác truyền thông, GDSK về chăm sóc sức khỏe sinh sản VTN chưa được tổ chức thường xuyên tại địa phương (kết quả nghiên cứu định lượng phỏng vấn điều tra các em VTN).

+ Tỷ lệ VTN cần nguồn cung cấp thông tin về SKSS là CBYT và thầy cô giáo rất cao (kết quả nghiên cứu định lượng phỏng vấn điều tra các em VTN).

+ CBYT tại trạm ít được tập huấn, đào tạo lại về chương trình chăm sóc SKSSVTN (chủ yếu là các chương trình lồng ghép) (kết quả PVS cán bộ y tế tại 8 xã nghiên cứu)

*“Chưa có khóa đào tạo nào riêng biệt cho sức khỏe VTN mà chỉ là những chương trình CSSKSS nói chung” (kết quả PVS cán bộ y tế tại 8 xã nghiên cứu)*

+ Thầy cô giáo chưa được đào tạo, tập huấn về nội dung SKSS VTN, chủ yếu là giảng dạy lồng ghép với môn học khác:

*“Các giáo viên chủ yếu là được đào tạo về phân môn chính của họ không có chương trình nào về tập huấn SKSS cho các giáo viên giảng dạy, nhưng nhà trường đòi hỏi mỗi giáo viên tự tìm hiểu nội dung có liên quan rồi đưa nội dung ra duyệt trong tổ rồi thông qua ban giám hiệu trước khi giảng dạy cho học sinh. Không có chương trình nào về SKSS VTN để giáo viên được tập huấn” (kết quả PVS Ban giám hiệu Trường THCS Hương Nguyên, trường THPT Hương Lâm).*

- **Tên mô hình:** Nâng cao năng lực chăm sóc sức khỏe sinh sản vị thành niên người dân tộc thiểu số tại 4 xã thuộc huyện A Lưới, tỉnh Thừa Thiên Huế.

- **Các chương trình can thiệp:** Phối hợp nhiều chương trình can thiệp như: can thiệp dựa vào cộng đồng, can thiệp dựa vào trường học, can thiệp dựa vào truyền thông, can thiệp dựa vào giáo dục đồng đẳng, can thiệp dựa vào cơ sở vật chất y tế.

- **Các giải pháp can thiệp:**

Lựa chọn một số giải pháp can thiệp khả thi nhất dựa vào thảo luận với lãnh đạo cộng đồng cấp huyện, xã, lãnh đạo trung tâm y tế huyện, cán bộ y tế của trạm y tế xã, chú trọng đến việc triển khai hiệu quả công tác truyền thông giáo dục cho vị thành niên nữ, nâng cao kiến thức và kỹ năng truyền thông cho cán bộ chuyên trách về SKSSVTN. Có 3 nhóm giải pháp như sau:

- Giải pháp truyền thông về SKSS vị thành niên nhằm nâng cao nhận thức, hiểu biết và thực hành tốt về SKSS VTN tại 4 xã can thiệp bao gồm các hoạt động sau:

+ Truyền thông trực tiếp trên đối tượng đích dựa vào trường học và dựa vào cộng đồng.

+ Chọn các em VTN có kiến thức tốt để thực hiện hoạt động giáo dục đồng đẳng.

+ Truyền thông trực tiếp cho phụ huynh các em VTN

+ Cung cấp vật liệu truyền thông: treo pano truyền thông tại các TYT xã, phát tờ rơi, sổ tay cung cấp kiến thức về sức khỏe sinh sản cho các em VTN.

- Giải pháp nâng cao năng lực cho CBYT và Thầy Cô giáo về kỹ năng truyền thông, kỹ năng chăm sóc SKSS dựa vào bối cảnh đặc thù: vì đối tượng đích là nữ VTN người dân tộc thiểu số nên khi thực hiện các hoạt động truyền thông cần sử dụng ngôn ngữ, hình ảnh minh họa phù hợp với người dân tộc thiểu số. Giải pháp này bao gồm các hoạt động sau:

+ Đào tạo các trợ giảng địa phương là CBYT 4 xã về kỹ năng truyền thông giáo dục sức khỏe.

+ Đào tạo YTTB của 4 xã kỹ năng truyền thông về SKSS vị thành niên.

+ Tập huấn cho các Thầy Cô giáo của 3 trường THCS, THPT kiến thức về SKSS vị thành niên.

- Giải pháp tổ chức huy động sự tham gia của cộng đồng: Thành lập các mạng lưới bao gồm:

+ Thành lập Ban chỉ đạo của chương trình can thiệp bao gồm: Phó chủ tịch huyện, Giám đốc TTYT huyện, Phó trưởng Phòng Giáo dục huyện, các Trưởng trạm, đoàn thanh niên của các Trạm y tế xã.

+ Thành lập mạng lưới tại TYT bao gồm: các tình nguyện viên, y tế thôn bản và CBYT về CSSKSS.

### **2.2.5.3. Bước 3: Triển khai mô hình can thiệp**

- Thời gian triển khai: từ tháng 6/2016 đến tháng 6/2018

- Nội dung triển khai hoạt động can thiệp:

+ Hội nghị báo cáo kết quả nghiên cứu, lập kế hoạch và định hướng chương trình can thiệp có sự tham gia của cộng đồng:

Sau khi phân tích những vấn đề còn tồn tại từ kết quả nghiên cứu giai đoạn I, chúng tôi đã tổ chức một cuộc hội thảo báo cáo kết quả nghiên cứu giai đoạn I với sự tham gia của lãnh đạo trung tâm y tế huyện A Lưới, các CBYT của các xã tham gia nghiên cứu cùng với sự tham gia của lãnh đạo sở KHCN tỉnh Thừa Thiên Huế. Qua buổi hội thảo này chúng tôi đã tiến hành lập kế hoạch can thiệp, thống nhất lựa chọn một số giải pháp can thiệp khả thi nhất chú trọng đến việc triển khai hiệu quả giáo dục đồng đẳng, công tác truyền thông giáo dục cho các em vị thành niên nữ, nâng cao năng lực về chăm sóc sức khỏe sinh sản VTN cho CBYT, các thầy cô giáo và phụ huynh của các em VTN, kỹ năng truyền thông cho cán bộ chuyên trách về SKSS, tổ chức huy động sự tham gia của cộng đồng.

+ Thông báo chương trình can thiệp và xin ý kiến chỉ đạo của chính quyền địa phương trong việc điều hành hỗ trợ can thiệp: Tiến hành gửi công văn đến ban lãnh đạo chính quyền và ban lãnh đạo TTYT huyện A Lưới để xin hỗ trợ chỉ đạo trong việc tiến hành các hoạt động can thiệp. Chính quyền địa phương đã đồng ý tạo điều kiện hỗ trợ tối đa cho các hoạt động can thiệp của đề tài.

+ Tiến hành triển khai hoạt động can thiệp:

\* Truyền thông trực tiếp: truyền thông cho CBYT, giáo viên, phụ huynh và các em VTN bằng cách tổ chức các buổi gặp mặt trao đổi trực tiếp các vấn đề về chăm sóc SKSSVTN.

\* Truyền thông gián tiếp:

. Treo pano truyền thông khổ lớn tại các TYT xã can thiệp về phòng chống tảo hôn và phòng chống viêm nhiễm đường sinh dục dưới.

. Phát sổ tay bỏ túi về cách nhận biết dấu hiệu dậy thì, nhận biết dấu hiệu có thai, các biện pháp tránh thai, dấu hiệu viêm nhiễm đường sinh dục dưới và cách phòng chống viêm nhiễm đường sinh dục dưới, BLTQĐTD... (sổ tay được thiết kế kết hợp chữ viết và hình ảnh bắt mắt lôi kéo sự quan tâm của các em VTN) cho các em VTN trong các xã.

. Tổ chức chương trình phát thanh truyền thông về SKSSVTN, phòng chống tảo hôn và viêm nhiễm đường sinh dục dưới trên đài phát thanh truyền hình địa phương vào mỗi cuối tuần.

.Tổ chức hội thi tuyên truyền học đường: Tìm hiểu kiến thức về SKSSVTN và phòng tránh các nguy cơ liên quan đến lứa tuổi VTN

Nội dung thi gồm: hiểu biết của VTN về các vấn đề SKSSVTN: khái niệm, tâm lý, lứa tuổi VTN, tình dục tuổi VTN, phòng ngừa kết hôn sớm, phòng tránh BLTQĐTD, HIV/AIDS, viêm nhiễm đường sinh dục dưới...

Hình thức thi: Các đội thi phải trải qua 4 phần thi: phần thi chào hỏi, phần thi trả lời trắc nghiệm, phần thi xử lý tình huống và phần thi năng khiếu diễn tiểu phẩm.

Phần thi chào hỏi: mỗi đội thi sẽ giới thiệu về tập thể và các thành viên trong đội sao cho sinh động, hấp dẫn thông qua các hình thức thơ, ca, hò, vè...

Phần thi trả lời câu hỏi trắc nghiệm: Ban tổ chức đưa ra 15 câu hỏi, tương ứng với mỗi câu là một đáp án A, B, C, D. Mỗi đội có 10 giây suy nghĩ để cùng đưa ra đáp án cho câu hỏi bằng hình thức giơ bảng.

Phần thi xử lý tình huống: các đội sẽ lần lượt bốc thăm chọn một thành viên ban giám khảo để biết câu hỏi tình huống của đội mình, sau đó cử đại diện của đội trả lời ứng xử tình huống đó.

Phần thi năng khiếu: các đội trình bày hiểu biết của mình về vấn đề SKSS, thực trạng vấn đề SKSS hiện nay, những tình huống liên quan đến SKSSVTN, tảo hôn, hôn nhân cận huyết, các vấn đề xã hội trong đời sống hàng ngày...thông qua hình thức diễn kịch dưới dạng xây dựng tiểu phẩm.

\* Trang bị các vật liệu truyền thông và vật dụng cần thiết cho phòng tư vấn sức khỏe sinh sản vị thành niên tại các trạm y tế bao gồm: tờ rơi, sổ tay về chăm sóc sức khỏe sinh sản VTN, băng tên và rèm che cho phòng tư vấn.

#### **2.2.5.4. Bước 4: Đánh giá hiệu quả của giải pháp can thiệp**

Đánh giá hai giai đoạn được lập ra, đánh giá giữa kỳ và đánh giá cuối kỳ. Đánh giá giữa kỳ được tiến hành vào tháng 7/2017 và đánh giá cuối kỳ được tiến hành vào tháng 6/2018 theo quy trình nghiên cứu của giai đoạn I.

- Kỹ thuật thu thập số liệu đánh giá:

+ Phương pháp: điều tra định lượng và định tính như đã tiến hành ở bước 1.



+ Phân tích và đánh giá sự thay đổi trước và sau can thiệp và giữa nhóm can thiệp và nhóm chứng về kiến thức và thực hành SKSSVTN, về tỷ lệ kết hôn sớm và tỷ lệ viêm nhiễm đường sinh dục dưới. Xác định chỉ số hiệu quả (CSHQ) của nhóm can thiệp và nhóm chứng. Đo lường hiệu quả can thiệp.

+ Nội dung: như đã điều tra ở bước 1

+ Công cụ: cùng loại công cụ như đã sử dụng ở bước 1.

- Thời gian đánh giá: được tiến hành vào tháng 6/2018

### 2.2.6. Xử lý và phân tích số liệu nghiên cứu

- Số liệu thu được từ nghiên cứu định lượng được làm sạch, soạn trường của các biến số nghiên cứu, mã hóa biến số, thiết kế tệp nhập số liệu sử dụng phần mềm SPSS 18.0 để xử lý bằng các thuật toán thống kê y học.

+ Sử dụng thống kê mô tả: tần số và tỷ lệ %.

+ Sử dụng thống kê suy luận để tìm hiểu các yếu tố liên quan với kiểm định Chi-square.

+ Sử dụng mô hình hồi quy logistic đa biến để phân tích mối liên quan giữa biến phụ thuộc: kiến thức và thực hành với các đồng biến độc lập: trình độ học vấn, giai đoạn vị thành niên, dân tộc, nghề nghiệp, điều kiện kinh tế, tình trạng chung sống trong gia đình...

+ Chỉ số hiệu quả can thiệp: các kết quả so sánh trước và sau can thiệp giữa nhóm can thiệp và nhóm đối chứng được tính bằng thuật toán thống kê theo công thức [11]:

$$\text{CSHQ (\%)} = \frac{(p1-p2)}{p1} \times 100$$

Trong đó: p1: tỷ lệ trước can thiệp, p2: tỷ lệ sau can thiệp

Đánh giá hiệu quả can thiệp: sử dụng công thức [11]:

Hiệu quả can thiệp = (CSHQ của nhóm can thiệp) – (CSHQ của nhóm chứng)

- Số liệu của nghiên cứu định tính được xử lý theo phương pháp gỡ băng, trích dẫn lời.

### **2.2.7. Kỹ thuật hạn chế sai số**

#### ***Các sai số đã gặp trong khi thực hiện đề tài:***

- Một số sai số trong cách đặt câu hỏi phỏng vấn điều tra không phù hợp cho người địa phương đặc biệt là người dân tộc thiểu số.

#### ***Cách khắc phục sai số:***

Để hạn chế sai số khi thu thập số liệu, một số kỹ thuật sau được tiến hành:

- Các công cụ thu thập thông tin (bộ câu hỏi phỏng vấn, bảng hướng dẫn thảo luận...) được hiệu chỉnh phù hợp, dùng ngôn ngữ địa phương, dễ hiểu, đảm bảo tính nhất quán và được sử dụng trở lại khi thu thập số liệu trong giai đoạn đánh giá kết thúc chương trình can thiệp tại thực địa. Giám sát quá trình thu thập số liệu được thực hiện bởi nhóm GSV và sự giám sát này được thực hiện trong suốt quá trình thu thập số liệu.

- Trong quá trình phân tích số liệu và viết báo cáo: chú trọng làm sạch số liệu trên các bảng câu hỏi đã hoàn thành, mã hóa và loại bỏ các số liệu không tin cậy.

### **2.2.8. Hạn chế của nghiên cứu**

Mặc dù các giải pháp can thiệp đã cải thiện được thực trạng sức khỏe sinh sản của nữ vị thành niên người dân tộc thiểu số tại huyện miền núi A Lưới, tuy nhiên nghiên cứu chỉ mới được tiến hành trên 8 xã trong tổng số 21 xã, thị trấn của địa bàn huyện. Do đó số vị thành niên nữ được hưởng lợi từ chương trình can thiệp còn ít. Kết quả đạt được của nghiên cứu này là cơ sở để chúng tôi có thể khuyến nghị với các cơ quan, ban ngành mở rộng phạm vi nghiên cứu, nhân rộng mô hình can thiệp cho các xã còn lại trên địa bàn huyện.

Ngoài ra số VTN nữ bị câm, điếc không nằm trong tiêu chuẩn chọn mẫu của chúng tôi nên các em không tham gia được trong chương trình can thiệp, đây cũng là một trong những hạn chế trong nghiên cứu của chúng tôi.

### **2.2.9. Đạo đức nghiên cứu**

- Nghiên cứu đã được Hội đồng khoa học và Hội đồng đạo đức của Trường Đại học Y Dược - Đại học Huế thông qua vào tháng 2/2016.

- Toàn bộ quá trình nghiên cứu thực thi một số nguyên tắc của TCYTTG đối với một nghiên cứu can thiệp như tôn trọng cộng đồng, đảm bảo lợi ích nghiên cứu

và không gây tổn hại sức khỏe thậm chí cả sự riêng tư và uy tín của người tham gia nghiên cứu. Các nguyên tắc cơ bản về đạo đức của cuộc điều tra này bao gồm:

- + Tôn trọng quyền của những người tham gia nghiên cứu.
- + Cung cấp thông tin cần thiết về điều tra nghiên cứu cho người tham gia.
- + Được sự đồng ý tham gia nghiên cứu của cá nhân và gia đình.
- + Chỉ được sử dụng cho mục đích nghiên cứu của luận án.
- + Mọi thông tin liên quan đến đối tượng nghiên cứu đều được giữ bí mật chỉ công bố dưới hình thức số liệu.
- + Đưa ra những khuyến khích phù hợp cho người tham gia.
- + Kết quả xét nghiệm của những người tham gia nghiên cứu được gửi lại cho TYT xã để có hướng xử trí phù hợp.

### Chương 3

## KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Qua nghiên cứu 960 em nữ vị thành niên tại 8 xã thuộc huyện A Lưới, tỉnh Thừa Thiên Huế trong thời gian từ tháng 5/2015 đến tháng 6/2018, chúng tôi thu được kết quả như sau:

### 3.1. ĐẶC ĐIỂM CHUNG CỦA ĐỐI TƯỢNG NGHIÊN CỨU

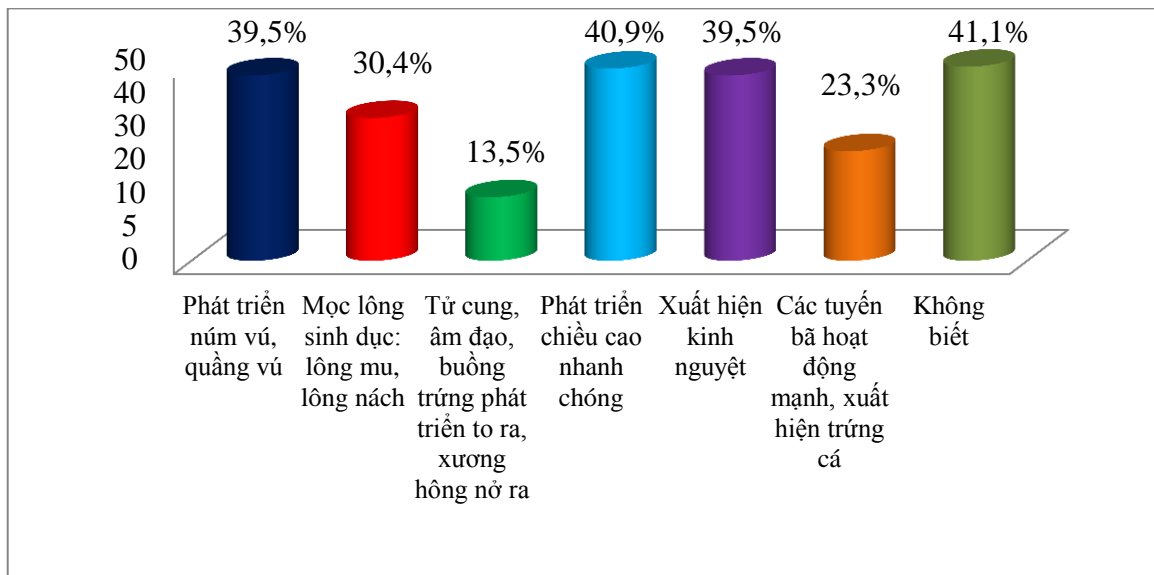
**Bảng 3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu**

Đặc điểm		Số lượng (n = 960)	Tỷ lệ (%)
Tuổi	- 10-13	353	36,8
	- 14-15	244	25,4
	- 16-19	363	37,8
Dân tộc	- Paco	321	33,4
	- Catu	335	34,9
	- Taoi	297	30,9
	- Khác: Pahy, Vân kiều	7	0,8
Nghề nghiệp	- Đang đi học	828	86,3
	- Đã đi làm	132	13,7
Trình độ học vấn	- Tiểu học	214	22,3
	- THCS	461	48,0
	- THPT	285	29,7
Tôn giáo	- Không theo tôn giáo nào	944	98,3
	- Phật giáo và thiên chúa giáo	16	1,7
Mức kinh tế	- Nghèo	148	15,4
	- Cận nghèo	170	17,7
	- Không thuộc hộ nghèo và cận nghèo	642	66,9
Tình trạng chung sống	- Cả bố và mẹ	821	85,4
	- Chỉ sống với bố	12	1,3
	- Chỉ sống với mẹ	67	7,0
	- Khác: ông, bà, cậu, dì, cô...	60	6,3
<b>Tổng</b>		<b>960</b>	<b>100,0</b>

**Nhận xét:** Độ tuổi của VTN ở 3 giai đoạn VTN gần tương đương nhau. Dân tộc Paco, Catu, Taoi chiếm đa số. 86,3% VTN đang còn đi học, 48% VTN có trình độ học vấn trung học cơ sở. 66,9% VTN không thuộc hộ nghèo và cận nghèo. 85,4% VTN hiện đang sống với cả bố và mẹ.

### 3.2. THỰC TRẠNG SỨC KHỎE SINH SẢN NỮ VỊ THÀNH NIÊN TẠI HUYỆN A LƯỚI

#### 3.2.1. Kiến thức về sức khỏe sinh sản của nữ VTN



**Biểu đồ 3.1: Kiến thức về dấu hiệu cho thấy bạn gái đang ở tuổi dậy thì**

**Nhận xét:** 41,1% em không biết dấu hiệu dậy thì nào cả. Dấu hiệu dậy thì được các em biết đến nhiều nhất là dấu hiệu phát triển chiều cao (40,9%).

**Bảng 3.2. Kiến thức về việc mang thai**

<b>Kiến thức về việc mang thai</b>		<b>Số lượng (n = 960)</b>	<b>Tỷ lệ (%)</b>
Hiểu biết về việc có thể mang thai trong lần đầu tiên quan hệ tình dục	Có thể có	320	33,3
	Không thể có	131	13,7
	Không biết	509	53,0
Hiểu biết về việc có thể mang thai nếu quan hệ tình dục khi chưa có kinh nguyệt lần đầu	Có thể có	86	9,0
	Không thể có	525	54,7
	Không biết	349	36,3
Hiểu biết về thời điểm dễ có thai nhất	7 ngày trước khi hành kinh	51	5,3
	7 ngày sau khi hành kinh	55	5,7
	Giữa hai chu kỳ kinh	46	4,8
	Bất kỳ ngày nào trong tháng	40	4,2
	Khác	6	0,6
	Không biết	762	79,4
Hiểu biết về các dấu hiệu có thai	Mất kinh	304	31,7
	Mệt mỏi	259	27,0
	Buồn nôn, nôn	362	37,7
	Vú to dần	160	16,7
	Bụng to dần	224	23,3
	Thay đổi tính tình	168	17,5
	Không biết	514	53,5

**Nhận xét:** 53% em không biết về việc có thể mang thai trong lần quan hệ tình dục đầu tiên. 36,3% em không biết khi được hỏi về việc có thể mang thai không nếu QHTD khi chưa có kinh nguyệt lần đầu. 79,4% em không biết được thời điểm dễ có thai nhất. 53,5% em không biết dấu hiệu khi có thai.

**Bảng 3.3. Kiến thức về các biện pháp tránh thai**

Kiến thức về các biện pháp tránh thai		Số lượng (n = 960)	Tỷ lệ (%)
Biết BPTT	Có	481	50,1
	Không	479	49,9
Các biện pháp	Đặt vòng	249	25,9
	Thuốc uống tránh thai	358	37,3
	Thuốc tiêm tránh thai	224	23,3
	Viên tránh thai khẩn cấp	136	14,2
	Bao cao su	358	37,3
	Triệt sản nam, nữ	80	8,3
Biết nguồn thông tin về BPTT	Cơ sở y tế (trạm y tế, trung tâm y tế)	386	40,2
	Cán bộ dân số, kế hoạch hóa gia đình	234	24,4
	Quầy thuốc	143	14,9
	Không biết	38	4,0

**Nhận xét:** 49,9% em không biết các BPTT, BPTT ít được biết nhất là triệt sản nam, nữ (8,3%) và viên tránh thai khẩn cấp (14,2%).

**Bảng 3.4. Kiến thức về các bệnh lây truyền qua đường tình dục**

<b>Kiến thức về các bệnh lây truyền qua đường tình dục</b>		<b>Số lượng (n = 960)</b>	<b>Tỷ lệ (%)</b>
Tên các bệnh lây truyền qua đường tình dục	Nấm	169	17,6
	Trùng roi	56	5,8
	Giang mai	149	15,5
	Lậu	132	13,8
	Sùi mào gà	46	4,8
	HIV/AIDS	537	55,9
	Không biết	406	42,3
Dấu hiệu mắc bệnh	Khí hư có mũ từ âm đạo	82	8,5
	Ngứa ở cơ quan sinh dục	145	15,1
	Nóng, rát ở cơ quan sinh dục	90	9,4
	Vết loét ở cơ quan sinh dục	36	3,8
	Không biết	788	82,1
Biện pháp phòng tránh	Không quan hệ tình dục với nhiều bạn tình	259	27,0
	Sử dụng bao cao su khi có quan hệ tình dục	225	23,4
	Không dùng chung bơm kim tiêm	137	14,3
	Không biết	596	62,1
Xử trí khi mắc bệnh	Đến cơ sở y tế nhà nước	738	76,9
	Đến phòng khám tư	7	0,7
	Đến quầy thuốc mua thuốc	4	0,4
	Không làm gì cả	60	6,3
	Khác	5	0,5
	Không biết	146	15,2

**Nhận xét:** 42,3% em không kể được tên các BLTQĐTD. 82,1% em không biết được dấu hiệu khi bị mắc BLTQĐTD. 62,1% em không biết cách phòng tránh BLTQĐTD. 15,2% em không biết cách xử trí khi bị mắc BLTQĐTD.



**Bảng 3.5. Kiến thức về HIV**

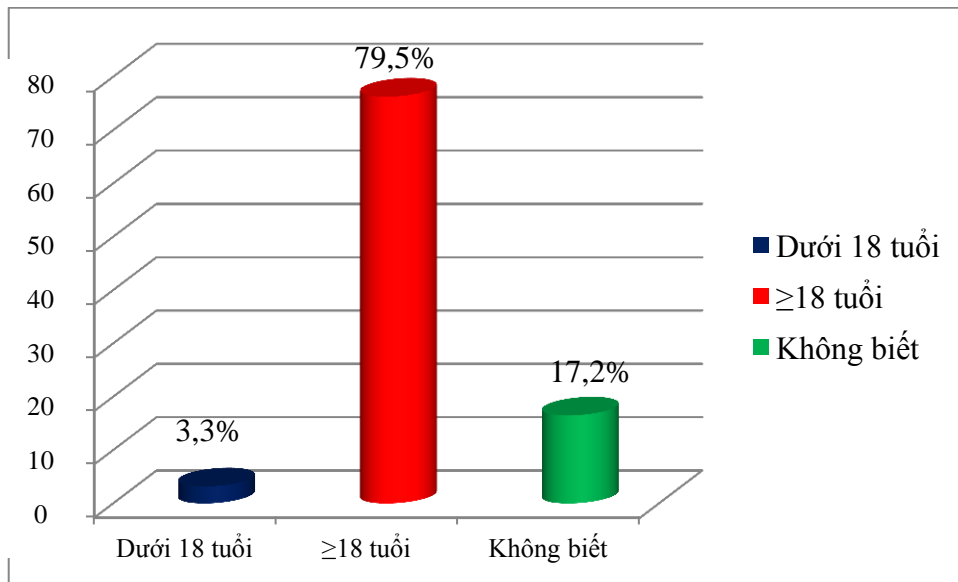
<b>Kiến thức về HIV</b>		<b>Số lượng (n = 960)</b>	<b>Tỷ lệ (%)</b>
Nghe nói về HIV/AIDS	Có	581	60,5
	Không	379	39,5
Đường lây truyền	- Đường máu	434	45,2
	- Đường tình dục	383	39,9
	- Mẹ truyền sang con	273	28,4
	- Dùng chung bơm kim tiêm với người mắc bệnh	194	20,2
	- Không biết	40	4,2
Biện pháp phòng tránh	- Dùng bao cao su khi quan hệ tình dục	343	35,7
	- Không dùng chung bơm kim tiêm	303	31,6
	- Sống chung thủy một vợ một chồng	201	20,9
	- Truyền máu an toàn	166	17,3
	- Không biết	143	14,9

**Nhận xét:** 39,5% em không nghe nói về bệnh HIV/AIDS. 4,2% em không biết về đường lây truyền HIV/AIDS. Đường lây truyền HIV ít được biết nhất là dùng chung bơm kim tiêm (20,2%), đường mẹ truyền sang con (28,4%).

**Bảng 3.6. Kiến thức về viêm nhiễm đường sinh dục dưới**

<b>Kiến thức về VNĐSDD</b>		<b>Số lượng (n = 960)</b>	<b>Tỷ lệ (%)</b>
Dấu hiệu bệnh	Ngứa vùng âm hộ, âm đạo	233	24,3
	Sưng đau vùng âm hộ, âm đạo	99	10,3
	Ra nhiều khí hư, có mùi	126	13,1
	Đau khi giao hợp	16	1,7
	Không biết	687	71,6
Yếu tố gây bệnh	Vệ sinh kinh nguyệt kém	327	34,1
	Vệ sinh trước và sau khi quan hệ vợ chồng kém	102	10,6
	Không tắm rửa, vệ sinh vùng sinh dục hàng ngày	306	31,9
	Không biết	498	51,9
Biện pháp phòng tránh	Sử dụng nguồn nước sạch để tắm rửa và vệ sinh vùng sinh dục.	389	40,5
	Vệ sinh sạch sẽ trước và sau khi quan hệ tình dục	124	12,9
	Vệ sinh kinh nguyệt đúng cách	253	26,4
	Tắm rửa và vệ sinh vùng sinh dục hàng ngày	41	4,3
	Không biết	405	42,2
Xử trí khi mắc bệnh	Đến cơ sở y tế nhà nước	645	67,2
	Đến phòng khám tư	85	8,9
	Đến quầy thuốc mua thuốc	11	1,1
	Không làm gì cả	2	0,2
	Không biết	298	31,0

**Nhận xét:** 71,6% em không biết về dấu hiệu khi bị viêm nhiễm đường sinh dục, 51,9% không biết yếu tố gây bệnh, 42,2% không biết biện pháp phòng tránh, 31% không biết cần phải làm gì khi bị bệnh.



**Biểu đồ 3.2: Kiến thức về độ tuổi được kết hôn theo đúng pháp luật**

**Nhận xét:** 20,5% em không biết được độ tuổi được kết hôn theo pháp luật. Tỷ lệ các em biết được độ tuổi được kết hôn theo đúng pháp luật cao, điều này được thể hiện rõ trong nghiên cứu định tính:

*“Nếu chưa đủ tuổi kết hôn mà kết hôn thì bị xã phạt. Không có giấy khai sinh cho con và con không được đi học, không có giấy kết hôn. Xã phạt kết hôn sớm 2 triệu trở lên. Vì chị của bạn con đã bị phạt khi kết hôn mới 15 tuổi.*

*“Kết hôn 18 tuổi vì độ tuổi 18 mới có thể phát triển được tâm sinh lý, mới đủ sức khỏe để nuôi con”. (Kết quả thảo luận nhóm vị thành niên ở xã Hương Nguyên, xã Hồng Kim)*

**Bảng 3.7. Phân loại kiến thức chung**

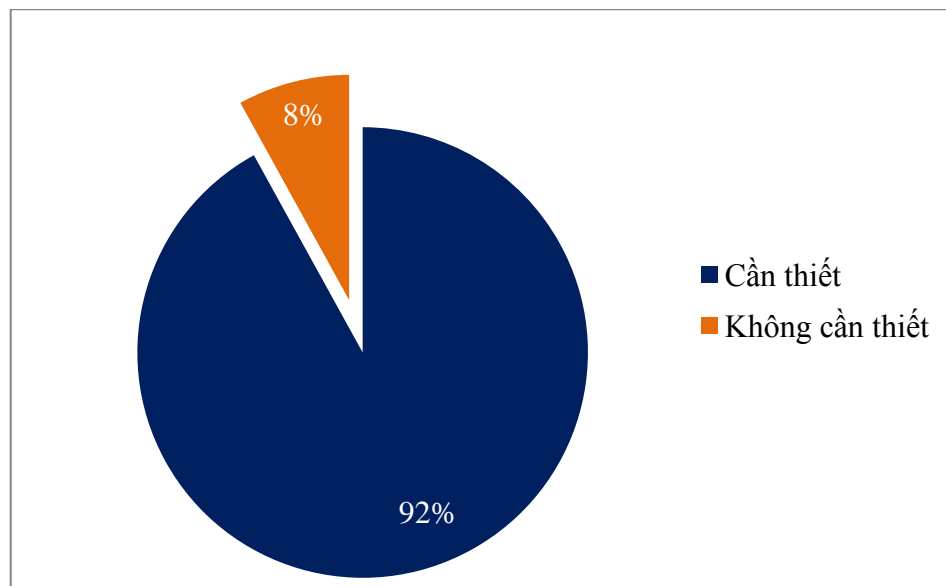
Kiến thức	Số lượng (n = 960)	Tỷ lệ (%)
Tốt	135	14,1
Chưa tốt	825	85,9
<b>Tổng</b>	<b>960</b>	<b>100,0</b>

**Nhận xét:** 85,9% VTN có kiến thức chung chưa tốt.

**Bảng 3.8. Nguồn thông tin**

Nguồn thông tin	Số lượng (n = 960)	Tỷ lệ (%)
Sách, báo, tạp chí	172	17,9
Tivi, truyền thanh	294	30,6
Thầy cô	381	39,7
Cha mẹ	271	28,2
Anh chị	65	6,8
Cán bộ y tế	376	39,2
Khác	20	2,1
Không biết	122	12,7

**Nhận xét:** Nguồn thông tin về kiến thức SKSSVTN các em nhận được từ thầy cô và CBYT chiếm tỷ lệ cao nhất (39,7% và 39,2%). 12,7% em không biết được nguồn thông tin.

**Biểu đồ 3.3: Sự cần thiết phải truyền thông GDSK**

**Nhận xét:** 92% em cho rằng cần phải truyền thông GDSK về SKSSVTN cho các em. Điều này cũng thể hiện rõ trong nghiên cứu định tính:

*“Nếu mình biết thì khi mình gặp vấn đề về cái nó thì mình dễ dàng nhận biết và phát hiện nhanh chóng chứ không để muộn thì sẽ gây ảnh hưởng nặng nề.*

*“Theo em thì những vấn đề đó mình không biết thì mình cần người khác truyền thông để cho mình biết.” (Kết quả thảo luận nhóm vị thành niên ở xã Hương Lâm)*

“Theo tôi thì nên dạy SKSS cho vị thành niên bởi vì đối với các em vùng miền ở đây thì vấn đề về SKSS là rất cần thiết vì tình trạng tảo hôn đối với vùng miền ở đây là rất nhiều”. (Kết quả thảo luận nhóm giáo viên ở trường THCS Hương Lâm)

“Theo tôi thì giảng dạy điều này là rất cần thiết vì kiến thức về sức khỏe sinh sản của các em rất hạn hẹp. Thực tế là đã có các em mang thai ở học đường và đã có phá thai, bỏ học để lấy chồng ảnh hưởng đến tương lai của các em”. (Kết quả thảo luận nhóm giáo viên ở trường THCS Hương Nguyên)

**Bảng 3.9. Nguồn thông tin phù hợp**

<b>Nguồn thông tin phù hợp</b>	<b>Số lượng (n = 960)</b>	<b>Tỷ lệ (%)</b>
Tivi	298	31,0
Truyền thanh	98	10,2
Internet	62	6,5
Thầy Cô	333	34,7
Bạn bè	104	10,8
CBYT	594	61,9
Khác	68	7,1

**Nhận xét:** Nguồn thông tin truyền thông GDSK mà các em muốn nhận được là từ thầy cô và CBYT chiếm tỷ lệ cao nhất (34,7% và 61,9%). Nguồn thông tin truyền thông GDSK mà ít được các em chú ý đến là từ Internet (6,5%).

**Bảng 3.10. Cách truyền thông phù hợp**

<b>Cách truyền thông phù hợp</b>	<b>Số lượng (n = 960)</b>	<b>Tỷ lệ (%)</b>
Theo nhóm nam riêng, nữ riêng	418	43,5
Dạy trong lớp học	405	42,2
Qua phim ảnh truyền hình	175	18,2
Đài phát thanh	94	9,8
Khác	93	9,7

**Nhận xét:** Các em cho rằng cách truyền thông phù hợp nhất là dạy theo nhóm nam riêng nữ riêng chiếm tỷ lệ 43,5%. Cách truyền thông ít phù hợp nhất là qua đài phát thanh (9,8%).

### 3.2.3. Thực hành về sức khỏe sinh sản nữ VTN

**Bảng 3.11. Thực hành vệ sinh kinh nguyệt**

Thực hành về vệ sinh kinh nguyệt		Số lượng	Tỷ lệ (%)
Có kinh nguyệt (n = 960)	Có rồi	661	68,9
	Chưa có	299	31,1
Tuổi có kinh lần đầu (n=661)	<18 tuổi	658	99,7
	≥ 18 tuổi	3	0,3
Số lần vệ sinh kinh nguyệt (n=661)	1 lần/ngày	26	3,9
	2 – 3 lần/ngày	634	95,9
	> 3 lần/ngày	1	0,2

**Nhận xét:** 68,9% em đã có kinh nguyệt, 99,7% em có kinh trước 18 tuổi, 3,9% em vệ sinh kinh nguyệt 1 lần/ngày

**Bảng 3.12. Mối quan hệ nam nữ**

Có người yêu	Số lượng (n = 960)	Tỷ lệ (%)
Có	154	16,0
Chưa có	806	84,0
<b>Tổng</b>	<b>960</b>	<b>100,0</b>

**Nhận xét:** 16% em VTN đã có người yêu. Lý do các em có người yêu là vì thích được bạn khác giới quan tâm, thích thử nghiệm, khám phá tình yêu. Điều này cũng thể hiện trong nghiên cứu định tính:

*“Theo em nên yêu khi 16 tuổi vì em nghĩ tuổi 16 là tuổi biết yêu rồi, dù chưa trưởng thành mặc dù là học thì vẫn học, yêu thì vẫn yêu. Yêu cũng có ảnh hưởng đến việc học tuy nhiên là ít”.*

“Theo em thì có người yêu hay không không nhất thiết là phải 18 tuổi hay trên 18 tuổi mới được yêu nhau vì theo cái nhìn chung là không cần phải có độ tuổi để yêu nhau, và có thể 13, 14 tuổi có thể thích nhau rồi nhưng mà tình cảm đó là trong sáng, không đem đến cái hậu quả không mong muốn. Mình có thể thích nhau và thích nhau như bạn bè thôi và nếu yêu đến tuổi trưởng thành thì mình có thể sẽ đi đến kết hôn”. (Kết quả thảo luận nhóm VTN ở xã Đông Sơn và xã Hương Lâm)

**Bảng 3.13. Về quan hệ tình dục**

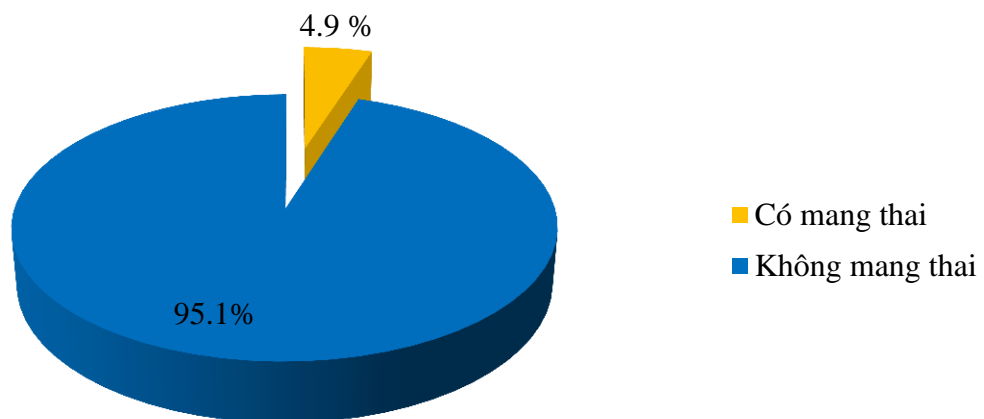
Về quan hệ tình dục		Số lượng	Tỷ lệ (%)
QHTD (n = 960)	Có rồi	61	6,4
	Chưa	811	84,5
	Không trả lời	88	9,1
Tuổi QHTD (n=61)	<18 tuổi	36	59,0
	≥ 18 tuổi	25	41,0
Sử dụng BPTT(n=61)	Có	11	18,0
	Không	45	73,8
	Khi có khi không	5	8,2
Tên BPTT đã sử dụng (n=16)	Đặt vòng	3	18,7
	Thuốc uống tránh thai	1	6,3
	Thuốc tiêm tránh thai	2	12,5
	Viên tránh thai khẩn cấp	3	18,7
	Bao cao su	5	31,3
	Không trả lời	2	12,5
Lý do không sử dụng BPTT (n=45)	Không biết cách sử dụng	8	17,8
	Không biết tìm ở đâu	2	4,4
	Không dự định quan hệ tình dục	1	2,2
	Không thích sử dụng	20	44,4
	Người quan hệ với em không thích sử dụng	14	31,1

**Nhận xét:** Tỷ lệ VTN có QHTD là 6,4%. Độ tuổi QHTD <18 tuổi chiếm 59,0%. Tỷ lệ VTN không sử dụng BPTT khi QHTD là 73,8%. Lý do các em không sử dụng BPTT là do không thích sử dụng chiếm tỷ lệ cao nhất (44,4%).

Tỷ lệ VTN có QHTD không cao, lý do các em không dám QHTD là vì sợ có thai, sợ bị nhiễm bệnh. Kết quả thảo luận nhóm cũng thể hiện điều đó:

*“Nếu quan hệ tình dục trước khi kết hôn thì sẽ ảnh hưởng đến sức khỏe của mình và bị nhiễm HIV và nếu quan hệ tình dục trước thì sẽ có thai, mà em thì không muốn có con sớm”.* (Kết quả thảo luận nhóm VTN ở xã Đông Sơn)

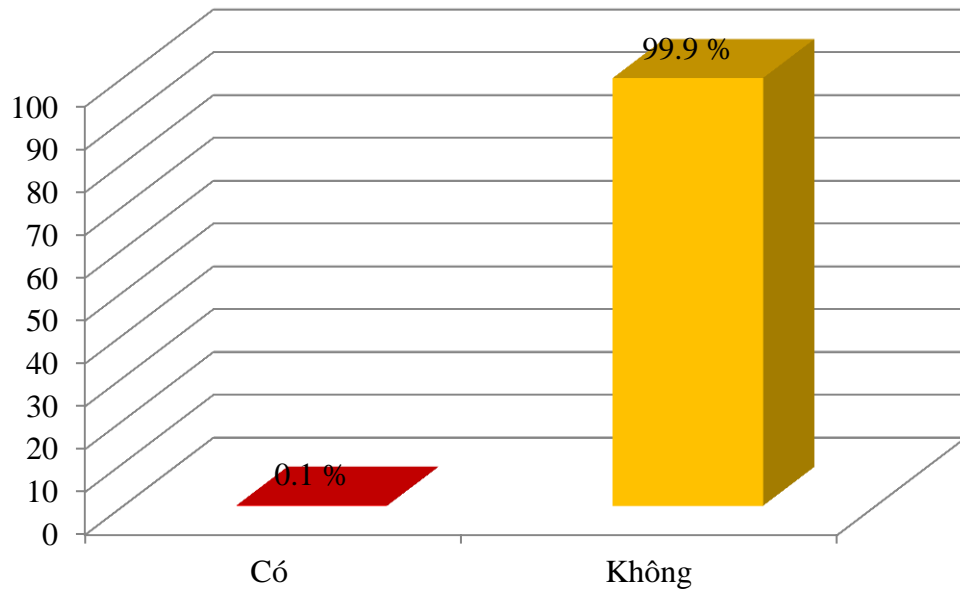
*“Không nên quan hệ tình dục trước kết hôn vì không tốt cho mình, không đi học được và làm cho gia đình lo lắng. Nếu quan hệ trước mà người quan hệ đó chưa phải là chồng mình nếu mình chưa kết hôn. Mà nếu họ làm mình mang thai thì họ cũng không chịu chấp nhận làm chồng mình và gia đình bên nhà gái sẽ bị người ta nói và nếu nhà gái có quan hệ trước thì nhà gái đó bị sai phạm về phong tục tập quán.”* (Kết quả thảo luận nhóm VTN ở xã Hồng Kim)



**Biểu đồ 3.4. Tình hình mang thai (n = 960)**

**Nhận xét:** Tỷ lệ VTN mang thai là 4,9%.





**Biểu đồ 3.5. Tình hình nạo phá thai (n = 960)**

**Nhận xét:** Tỷ lệ VTN nạo phá thai là 0,1%. Lý do nạo phá thai là do còn đi học không đủ điều kiện để nuôi con.

Nghiên cứu định tính đã cho thấy rằng:

*“Phá là ảnh hưởng đến sức khỏe của người mẹ vì nhiều người không có cơ hội có con nữa nếu phá đi”.*

*“Theo tôi thì đã lỡ rồi thì bắt buộc phải nuôi vì dám làm thì phải dám chịu vì biết làm việc đó thì phải chấp nhận”.*

*“Theo em mình đã lỡ mang rồi thì phải nuôi nó, đưa bé không có tội chi mà đi phá thì đưa bé tội nghiệp. Lỡ đâu đưa bé đó lớn lại nuôi mình. Biết là lỡ rồi, mình có lỗi rồi mà có lỗi rồi thì phải đành nuôi thôi. Lỡ rồi thì phải tiếp tục cố gắng. Mà thêm nữa phá thai cũng rất hại cho sức khỏe nữa mà còn bị hại nhiều hơn nữa. Vì phá thai cũng giống như đẻ thôi, biết là đưa trẻ không có cha nhưng mình cũng phải cố gắng cho trẻ được đi học, lỡ rồi phải cố gắng thôi”. (Kết quả TLN phụ huynh xã Hương Nguyên, xã Đông Sơn và xã Hồng Kim)*

**Bảng 3.14. Tình hình sinh đẻ**

Tình hình sinh đẻ		Số lượng	Tỷ lệ (%)
Sinh đẻ (n = 960)	Có	36	3,8
	Chưa	924	96,2
Nơi sinh (n=36)	Trạm y tế xã	7	19,4
	Bệnh viện/Trung tâm y tế huyện	29	80,6

**Nhận xét:** 3,8% em đã sinh đẻ, 80,6% em chọn TTYT huyện để sinh.

**Bảng 3.15. Tình trạng hôn nhân**

Tình trạng hôn nhân	Số lượng (n = 960)	Tỷ lệ %
Đã lập gia đình	52	5,4
Chưa lập gia đình	908	94,6

**Nhận xét:** Tỷ lệ VTN đã kết hôn là 5,4%

**Bảng 3.16. Tình trạng kết hôn sớm (tảo hôn)**

Tình trạng kết hôn sớm	Số lượng (n = 52)	Tỷ lệ %
Có	26	50%
Không	26	50%

**Nhận xét:** Tỷ lệ VTN kết hôn sớm chiếm 50% trong số VTN đã kết hôn. Lý do kết hôn sớm là do các em lỡ mang thai.

Nghiên cứu định tính đã làm rõ vấn đề này như sau:

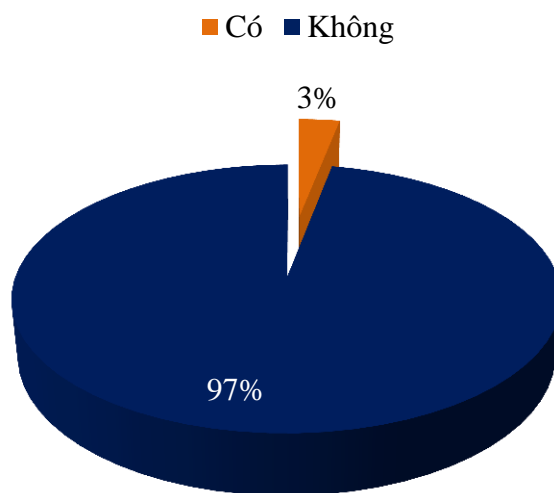
*“Lấy chồng sớm vì do sự quản lý của gia đình thật sự chưa chặt chẽ, ảnh hưởng bởi xã hội về chuyện phim ảnh về vấn đề đó nhiều, thanh niên tải phim vào điện thoại di động và xem điều này ảnh hưởng đến sinh lý trẻ nên không kiềm chế được nên tảo hôn sớm”. (Kết quả TLN phụ huynh ở xã Hồng Kim, xã Đông Sơn)*

“ Theo tôi thì ba mẹ thật sự chưa quan tâm đến con dẫn đến yêu đương sớm và kết hôn chưa đúng độ tuổi. Do kiến thức ở đây kém, do mạng internet ảnh hưởng nên họ làm như vậy”. (Kết quả TLN phụ huynh ở xã Hương Nguyên, xã Hương Lâm)

**Bảng 3.17. Môi quan hệ hôn nhân**

Môi quan hệ hôn nhân		Số lượng	Tỷ lệ (%)
Quan hệ họ hàng (n=52)	Có	8	15,4
	Không	44	84,6
Mối quan hệ (n=8)	Anh chị em cô cậu ruột	1	12,5
	Anh chị em chú bác ruột	3	37,5
	Anh chị em con dì ruột	2	25,0
	Khác	2	25,0

**Nhận xét:** Tỷ lệ hôn nhân cận huyết là 15,4%.



**Biểu đồ 3.6. Quan hệ tình dục trước hôn nhân (n = 960)**

**Nhận xét:** 3,0% em đã có QHTD trước khi kết hôn

**Bảng 3.18. Tình hình thủ dâm**

Tình hình thủ dâm		Số lượng	Tỷ lệ (%)
Thủ dâm (n = 960)	Rồi	35	3,6
	Chưa bao giờ	787	82,0
	Không trả lời	138	14,4
Mức độ thủ dâm/tuần (n=35)	≤ 3 lần	20	57,1
	> 3 lần	15	42,9
Cách thực hiện thủ dâm (n=35)	Bằng tay	34	97,1
	Bằng dụng cụ	1	2,9

**Nhận xét:** 3,6% trường hợp có thủ dâm, 14,4% trường hợp không trả lời khi được hỏi về thủ dâm. 42,9% trường hợp có mức độ thủ dâm > 3 lần/tuần. 97,1% trường hợp thủ dâm bằng tay, 2,9% trường hợp thủ dâm bằng dụng cụ.

**Bảng 3.19. Thực hành về vệ sinh đường sinh dục**

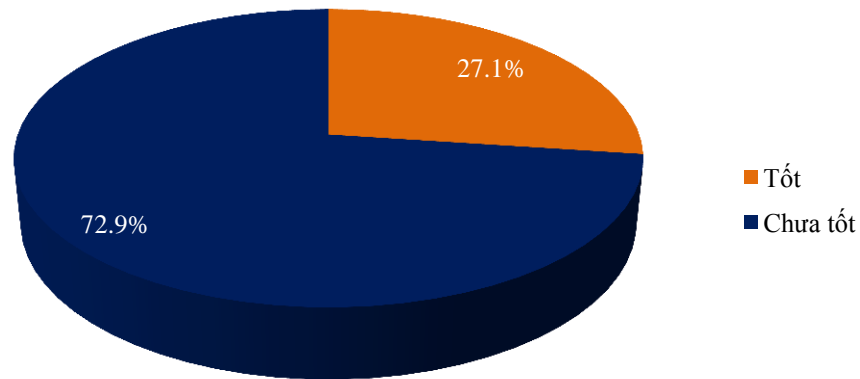
<b>Thực hành về vệ sinh đường sinh dục</b>		<b>Số lượng</b>	<b>Tỷ lệ (%)</b>
Các triệu chứng mắc (n = 960)	Ra khí hư nhiều, có mùi	104	10,8
	Đau rát vùng âm hộ, âm đạo	21	2,2
	Ngứa vùng âm hộ, âm đạo	81	8,4
	Nổi ban đỏ ở vùng sinh dục	10	1,0
	Nổi mụn nước ở vùng sinh dục	6	0,6
	Không mắc các triệu chứng trên	821	85,5
Nơi đến khám (n=139)	Đến cơ sở y tế nhà nước	68	48,9
	Đến phòng khám tư	2	1,4
	Đến quầy thuốc mua thuốc	3	2,2
	Không làm gì cả	59	42,4
	Khác	7	5,0
Nguồn nước vệ sinh (n = 960)	Nước máy	841	87,6
	Nước suối	73	7,6
	Nước giếng	53	5,5
	Nước sông	6	0,6
Số lần vệ sinh (n = 960)	Không vệ sinh	15	1,6
	1 -2 lần/ngày	583	60,7
	> 2 lần/ngày	362	37,7

**Nhận xét:** 14,5% trường hợp có mắc một trong các triệu chứng viêm nhiễm đường sinh dục. 42,4% trường hợp không đi khám khi mắc các triệu chứng viêm nhiễm. 13,7% trường hợp không sử dụng nguồn nước máy để vệ sinh vùng sinh dục. 60,7% trường hợp vệ sinh vùng sinh dục từ 1-2 lần/ngày.

**Bảng 3.20. Tình hình viêm nhiễm và phân bố viêm nhiễm đường sinh dục dưới**

<b>Tình hình viêm nhiễm và phân bố viêm nhiễm đường sinh dục dưới</b>		<b>Số lượng</b>	<b>Tỷ lệ (%)</b>	
<b>Tình hình viêm (n = 960)</b>	Biểu hiện nghi ngờ viêm	Có	85	8,9
		Không	875	91,1
	Viêm do nấm	Có	4	0,4
		Không		
	Viêm không đặc hiệu	Viêm	18	1,9
		Trung gian	24	2,5
		Không viêm	918	95,2
	Tỷ lệ viêm chung	Viêm	21	2,2
Không viêm		939	97,8	
<b>Phân bố viêm (n = 21)</b>	Dân tộc	Paco	6	28,6
		Catu	7	33,3
		Taoi	8	38,1
	Trình độ học vấn	Tiểu học	2	9,5
		THCS	8	38,1
		THPT	11	52,4
	Giai đoạn vị thành niên	10-13	4	19,0
		14-15	1	4,8
		16-19	16	76,2
	Kinh tế	Nghèo	4	19,1
		Cận nghèo	5	23,8
		Không thuộc hộ nghèo và cận nghèo	12	51,1

**Nhận xét:** Tỷ lệ VTN bị viêm đường sinh dục dưới là 2,2%. Tỷ lệ này đa số gặp ở VTN từ 16 -19 tuổi (76,2%).



**Biểu đồ 3.7. Phân loại thực hành chung**

**Nhận xét:** 72,9% VTN nữ có thực hành chung chưa tốt.

### 3.2.4. Những yếu tố về khả năng tiếp cận dịch vụ y tế

**Bảng 3.21. Những yếu tố về khả năng tiếp cận dịch vụ y tế**

Yếu tố về khả năng tiếp cận dịch vụ y tế		Số lượng (n = 960)	Tỷ lệ (%)
Nơi chọn khám bệnh	- TYT xã	912	95,0
	- TTYT/BV huyện	107	11,1
	- Phòng khám tư nhân	4	0,4
	- Khác (ghi rõ)	3	0,3
Lý do chọn	- Gần nhà, thuận tiện đi lại	791	82,4
	- Nơi đăng ký khám chữa bệnh	254	26,5
	- Chất lượng khám chữa bệnh	101	10,5
	- Giá cả hợp lý	13	1,4
Thái độ của CBYT	- Cởi mở, nhiệt tình, lắng nghe và trả lời đầy đủ các thắc mắc	943	98,2
	- Trả lời qua loa, không đầy đủ các thắc mắc	15	1,6
	- Thờ ơ, không trả lời các thắc mắc	2	0,2

Khả năng khám đáp ứng được nhu cầu	Có	904	94,2
	Không	56	5,8
Phòng khám có đảm bảo riêng tư	Có	869	90,5
	Không	91	9,5
Tổ chức truyền thông về SKSS	- Có thường xuyên	352	36,7
	- Không thường xuyên	406	42,3
	- Không tổ chức	202	21
Chi phí	- Phù hợp, chấp nhận được	269	28,0
	- Quá cao	5	0,5
	- Được miễn phí hoàn toàn	705	73,4
Thời gian chờ đợi khám	- < 30 phút	829	86,4
	- Từ 30 phút đến 60 phút	123	12,8
	- > 60 phút	8	0,8
Tờ rơi mang về	Có	242	25,2
	Không	718	74,8

**Nhận xét:** 95% VTN chọn TYT xã làm nơi khám chữa bệnh, 82,4% VTN cho rằng chọn TYT xã vì gần nhà, thuận tiện đi lại. 98,2% VTN nhận xét thái độ của CBYT là nhiệt tình, cởi mở, lắng nghe, trả lời đầy đủ các thắc mắc. 94,2% VTN cho rằng khả năng khám của CBYT đáp ứng được nhu cầu. 63,3% VTN cho rằng công tác tổ chức truyền thông về SKSS không được tổ chức hoặc tổ chức không thường xuyên. 74,8% VTN cho rằng TYT không có tờ rơi GDSK mang về nhà.

Kết quả của nghiên cứu định tính cho thấy rõ lý do các em VTN chọn TYT hoặc TTYT huyện làm nơi khám chữa bệnh:

*“Em sinh ở TTYT huyện A Lưới vì ở đây người ta nói sinh con đầu người ta không đỡ dễ được. Em có lên khám đi sinh, người ta bảo chuyển viện về sinh ở dưới đây, mình còn nhỏ ở đây người ta sợ lắm, không giống ở dưới A Lưới người ta có điều kiện” (kết quả phỏng vấn sâu VTN kết hôn sớm ở xã Đông Sơn)*

*“Em đi khám bệnh ở TYT xã vì tiện, gần nhà, không mất tiền” (kết quả phỏng vấn sâu VTN kết hôn sớm ở xã Hồng Kim)*



### 3.2.5. Các yếu tố liên quan đến kiến thức, thực hành chung

#### 3.2.5.1. Các yếu tố liên quan đến kiến thức

**Bảng 3.22. Các yếu tố liên quan đến kiến thức**

Các yếu tố liên quan		Kiến thức tốt		Kiến thức chưa tốt		p
		Số lượng	Tỷ lệ %	Số lượng	Tỷ lệ %	
Dân tộc (n = 960)	Paco	48	15,0	273	85,0	p>0,05
	Catu	47	14,0	288	86,0	
	Taoi	38	12,8	259	87,2	
	Khác: Vân Kiều, Pahy	2	28,6	5	71,4	
Trình độ học vấn (n = 960)	Tiểu học	2	0,9	212	99,1	p<0,05
	THCS	46	10	415	90	
	THPT	87	30,5	198	69,5	
Giai đoạn vị thành niên (n = 960)	VTN sớm	5	1,4	348	98,6	p<0,05
	VTN giữa	39	16	205	84	
	VTN muộn	91	25,1	272	74,9	
Điều kiện kinh tế (n = 960)	Nghèo	17	11,5	131	88,5	p>0,05
	Cận nghèo	19	11,2	151	88,8	
	Không thuộc hộ nghèo và cận nghèo	99	15,4	543	84,6	
TT chung sống (n = 960)	Cả bố và mẹ	116	14,1	705	85,9	p>0,05
	Chỉ sống với bố	1	8,3	11	91,7	
	Chỉ sống với mẹ	10	14,9	57	85,1	
	Khác: ông, bà, cậu, dì, cô...	8	13,3	52	86,7	

**Nhận xét:** Có mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa trình độ học vấn, giai đoạn VTN với kiến thức chung về SKSS VTN ( $p < 0,05$ ).

**Bảng 3.23. Các yếu tố liên quan đến kiến thức chưa tốt theo phân tích hồi quy đa biến**

Yếu tố liên quan		OR	95% CI	Giá trị p
TĐHV	Tiểu học	14,88	3,21-68,89	p <0,05
	THCS	3,25	1,69-6,24	p <0,05
	THPT	1		
Giai đoạn vị thành niên	VTN sớm	5,56	1,86-16,62	p <0,05
	VTN giữa	0,73	0,38-1,44	p > 0,05
	VTN muộn	1		

**Nhận xét:**

- Vị thành niên có trình độ học vấn là THCS có khả năng có kiến thức về SKSS chưa tốt cao gấp 3,25 lần so với vị thành niên có trình độ học vấn là THPT.
- Vị thành niên có trình độ là tiểu học có khả năng có kiến thức về SKSS chưa tốt cao gấp 14,88 lần so với vị thành niên có trình độ học vấn là THPT.
- Vị thành niên sớm có khả năng có kiến thức về SKSS chưa tốt cao gấp 5,56 lần so với vị thành niên muộn.

## 3.2.5.2. Các yếu tố liên quan đến thực hành

Bảng 3.24. Các yếu tố liên quan đến thực hành

Các yếu tố liên quan		Thực hành tốt		Thực hành chưa tốt		p
		Số lượng	Tỷ lệ %	Số lượng	Tỷ lệ %	
Dân tộc (n = 960)	Paco	69	21,5	252	78,5	p< 0,05
	Catu	102	30,4	233	69,6	
	Taoi	86	29,0	211	71,0	
	Khác: Vân Kiều, Pahy	3	42,9	4	57,1	
Trình độ học vấn (n = 960)	Tiểu học	32	15,0	182	85,0	p< 0,05
	THCS	150	32,5	311	67,5	
	THPT	78	27,4	207	72,6	
Giai đoạn vị thành niên (n = 960)	VTN sớm	73	20,7	280	79,3	p< 0,05
	VTN giữa	97	39,8	147	60,2	
	VTN muộn	90	24,8	273	75,2	
Nghề nghiệp (n=960)	Đang đi học	244	29,5	584	70,5	p< 0,05
	Đã đi làm	16	12,1	116	87,9	
Điều kiện kinh tế (n = 960)	Nghèo	23	15,5	125	84,5	p< 0,05
	Cận nghèo	49	28,8	121	71,2	
	Không thuộc hộ nghèo và cận nghèo	188	29,3	454	70,7	
TT chung sống (n = 960)	Cả bố và mẹ	233	28,4	588	71,6	p< 0,05
	Chỉ sống với bố	1	8,3	11	91,7	
	Chỉ sống với mẹ	22	32,8	45	67,2	
	Khác: ông, bà, cậu, dì, cô...	4	6,7	56	93,3	
Kiến thức (n = 960)	Tốt	57	42,2	78	57,8	p< 0,05
	Chưa tốt	203	24,6	622	75,4	
<b>Tổng</b>		<b>260</b>	<b>27,1</b>	<b>700</b>	<b>72,9</b>	

**Nhận xét:** Có mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa kiến thức, dân tộc, trình độ học vấn, nghề nghiệp, giai đoạn VTN, điều kiện kinh tế, tình trạng chung sống trong gia đình với tỷ lệ thực hành chung về SKSS VTN ( $p < 0,05$ ).

**Bảng 3.25. Các yếu tố liên quan đến thực hành chưa tốt qua phân tích hồi quy đa biến**

Yếu tố liên quan		OR	95% CI	Giá trị p
TĐHV	Tiểu học	0,92	0,41-2,06	p>0,05
	THCS	0,58	0,30-1,11	p>0,05
	THPT	1		
Giai đoạn vị thành niên	VTN sớm	1,99	1,29-3,05	p<0,05
	VTN muộn	1,18	0,62 - 2,24	p>0,05
	VTN giữa	1		
Dân tộc	Paco	3,70	0,68 - 20,04	p>0,05
	Catu	2,37	0,44 - 12,78	p>0,05
	Taoi	2,60	0,48 – 14,07	p>0,05
	Khác: Vân Kiều, Pahy	1		
Nghề nghiệp	Đã đi làm	2,39	1,22 – 3,17	p<0,05
	Đang đi học	1		
Điều kiện kinh tế	Nghèo	1,89	1,13 – 3,17	p<0,05
	Cận nghèo	0,93	0,63 – 1,39	p>0,05
	Không thuộc hộ nghèo và cận nghèo	1		
Tình trạng chung sống	Cả bố và mẹ	1,49	0,85 – 2,66	p>0,05
	Chỉ với bố	6,63	0,76 – 57,74	p>0,05
	Khác: ông, bà, cậu, dì, cô...	5,29	1,58 – 17,71	p<0,05
	Chỉ với mẹ	1		
Kiến thức	Chưa tốt	2,10	1,37 – 3,23	p<0,05
	Tốt	1		

**Nhận xét:**

- Vị thành niên sớm có khả năng thực hành về SKSS chưa tốt cao gấp 1,99 lần so với vị thành niên giữa.

- Vị thành niên đang đi làm có khả năng thực hành về SKSS chưa tốt cao gấp 2,39 lần so với vị thành niên đang đi học.

- Vị thành niên có điều kiện kinh tế nghèo có khả năng thực hành về SKSS chưa tốt cao gấp 1,89 lần so với vị thành niên không thuộc hộ nghèo và cận nghèo.

- Vị thành niên sống với những người khác có khả năng thực hành về SKSS chưa tốt cao gấp 5,29 lần so với vị thành niên chỉ sống với mẹ.

- Vị thành niên có kiến thức chưa tốt có khả năng thực hành về SKSS chưa tốt cao gấp 2,1 lần so với vị thành niên có kiến thức tốt.

### **3.3. XÂY DỰNG MÔ HÌNH, TIẾN HÀNH VÀ ĐÁNH GIÁ CÁC KẾT QUẢ CAN THIỆP TẠI 4 XÃ CAN THIỆP**

#### **3.3.1. Xác định vai trò của nhà trường, cộng đồng và gia đình**

Trước khi tiến hành các giải pháp can thiệp chúng tôi đã tiến hành các cuộc phỏng vấn sâu với lãnh đạo xã, lãnh đạo TTYT, Ban giám hiệu, cán bộ y tế tại các TYT, cán bộ Đoàn thanh niên. Thảo luận nhóm với giáo viên các Trường THCS và THPT, phụ huynh các em VTN nữ, nhằm xác định vai trò của các bên liên quan đồng thời kêu gọi sự tham gia của các bên trong công tác học đường và sinh hoạt tại cộng đồng. Qua thảo luận đã xác định rõ vai trò, trách nhiệm của cộng đồng, nhà trường và gia đình. Trong đó lãnh đạo xã, lãnh đạo TTYT huyện, Ban giám hiệu Nhà trường đóng vai trò chỉ đạo, cán bộ y tế xã, đoàn thanh niên và giáo viên giảng dạy SKSS tại các trường là những người thực hiện, gia đình và các tổ chức khác là những người hỗ trợ trong các công tác tại cộng đồng và tại trường học.

#### **3.3.2. Các giải pháp can thiệp được tiến hành**

Lựa chọn một số giải pháp can thiệp khả thi nhất dựa vào thảo luận với lãnh đạo cộng đồng cấp huyện, xã, lãnh đạo trung tâm y tế huyện, cán bộ y tế của trạm y tế xã, chú trọng đến việc triển khai hiệu quả công tác truyền thông giáo dục cho vị thành niên nữ, nâng cao năng lực cho cán bộ y tế và thầy cô giáo về chăm sóc SKSSVTN, tổ chức và huy động sự tham gia của cộng đồng.

- Giải pháp truyền thông về SKSS vị thành niên nhằm nâng cao kiến thức và thực hành tốt về chăm sóc SKSS VTN tại 4 xã can thiệp bao gồm các hoạt động sau:

+ Áp dụng các hoạt động truyền thông về SKSS vị thành niên cho vị thành niên nữ từ 10 – 19 tuổi nhằm nâng cao hiểu biết và thực hành tốt về SKSS VTN tại 4

xã can thiệp, chú trọng giáo dục sức khỏe tập trung nhiều hơn vào các em vị thành niên sớm, VTN có trình độ học vấn tiểu học, các em thuộc diện hộ nghèo và các em không được sống chung với bố mẹ vì những em này chưa có nhiều kiến thức về SKSS. Tổng cộng có 20 buổi truyền thông do các giảng viên là nghiên cứu sinh, giảng viên của Bộ môn Phụ sản với sự tham gia của 2050 lượt nữ vị thành niên. Các buổi truyền thông đã cung cấp kiến thức về SKSS cho VTN bao gồm: dấu hiệu dậy thì, dấu hiệu mang thai, các biện pháp tránh thai, phá thai, hậu quả kết hôn sớm, viêm nhiễm đường sinh dục, BLTQĐTD. Các buổi truyền thông được tổ chức 3 tháng/lần, mỗi lần kéo dài 150 phút. Đồng thời chọn các em VTN có kiến thức tốt thực hiện hoạt động giáo dục đồng đẳng để nâng cao hiệu quả của giải pháp can thiệp.

+ Truyền thông, giáo dục về SKSS vị thành niên cho phụ huynh các em vị thành niên. Tổng cộng có 8 buổi truyền thông do các giảng viên là nghiên cứu sinh, giảng viên của Bộ môn Phụ sản thực hiện với sự tham gia của 635 lượt phụ huynh. Các phụ huynh sẽ là người cung cấp thêm thông tin về sức khỏe sinh sản lứa tuổi VTN cho con em của họ.

+ Cung cấp vật liệu truyền thông cho các trạm y tế tại 4 xã can thiệp: tại mỗi trạm y tế đã lắp đặt 01 pano truyền thông cỡ lớn tại trạm, trang cấp 300 sổ tay, 300 tờ rơi về SKSS vị thành niên, trang cấp các vật dụng cho phòng tư vấn chăm sóc SKSS vị thành niên như 01 bảng tên phòng, 01 rèm che đảm bảo theo yêu cầu để tách biệt riêng phòng tư vấn.

- Giải pháp nâng cao năng lực cho CBYT và Thầy Cô giáo về kỹ năng truyền thông, kỹ năng chăm sóc SKSS dựa vào bối cảnh đặc thù:

+ Đào tạo các trợ giảng địa phương là CBYT 4 xã về kỹ năng truyền thông giáo dục sức khỏe, đã tiến hành tập huấn kỹ năng truyền thông về SKSS vị thành niên cho các CBYT là trạm trưởng ở 4 xã can thiệp. Khóa tập huấn này do các giảng viên là nghiên cứu sinh, giảng viên của Khoa Y tế công cộng thực hiện, tổng cộng 12 CBYT tham gia. Khóa học đã đạt được mục tiêu đề ra và rút nhiều bài học kinh nghiệm thực tế như: vật liệu truyền thông đang sử dụng còn nhiều bất cập (ít hình

ảnh minh họa, sử dụng thuật ngữ y học...), phương tiện và phương pháp truyền thông còn hạn chế. Khóa học đã đề xuất nhiều giải pháp khả thi về truyền thông tại địa phương và áp dụng ngay cho các hoạt động can thiệp sắp tới như: sinh hoạt câu lạc bộ, tổ chức nói chuyện về SKSS...

+ Đào tạo YTTB của 4 xã kỹ năng truyền thông về SKSS vị thành niên. Khóa tập huấn này do các giảng viên là nghiên cứu sinh, giảng viên của Khoa Y tế công cộng thực hiện có sự tham gia của 12 cán bộ YTTB. Ngoài ra vật liệu truyền thông như băng ghi âm, ghi hình được sản xuất và phát trên đài phát thanh truyền hình địa phương theo tiếng địa phương về chương trình phòng chống táo hôn, hôn nhân cận huyết và phòng chống viêm nhiễm đường sinh dục dưới vào mỗi cuối tuần.

+ Tập huấn cho các Thầy Cô giáo của 3 trường THCS, THPT kiến thức về SKSS vị thành niên. Khóa tập huấn này do các giảng viên là nghiên cứu sinh, giảng viên của Bộ môn Phụ sản thực hiện, tổng cộng có 30 Thầy Cô giáo trực tiếp giảng dạy chương trình sức khỏe sinh sản vị thành niên tham gia. Các Thầy Cô giáo sẽ là người trực tiếp giảng dạy lại cho các em về chương trình sức khỏe sinh sản VTN lồng ghép vào môn học có liên quan mà các Thầy cô đang đảm trách.

- Giải pháp tổ chức huy động sự tham gia của cộng đồng:

+ Thành lập Ban chỉ đạo của chương trình can thiệp: Chúng tôi đã tổ chức hội nghị báo cáo kết quả nghiên cứu, lập kế hoạch và định hướng chương trình can thiệp có sự tham gia của cộng đồng. Qua hội nghị đã thành lập được ban chỉ đạo chương trình bao gồm: Phó chủ tịch huyện, Giám đốc TTYT huyện, Phó trưởng Phòng Giáo dục huyện, các Trưởng trạm.

+ Thành lập mạng lưới chăm sóc SKSSVTN tại các xã bao gồm đoàn thanh niên, các tình nguyện viên, y tế thôn bản: chương trình sinh hoạt “câu lạc bộ tiền hôn nhân” được tổ chức mỗi 3 tháng, theo đó cứ mỗi 3 tháng một lần các em được cán bộ đoàn thanh niên, YTTB tại xã tổ chức sinh hoạt câu lạc bộ để trao đổi kiến thức về SKSSVTN.

**Bảng 3.26: Bảng tóm tắt các hoạt động can thiệp đã thực hiện**

<b>Hoạt động</b>	<b>Số lần</b>	<b>Số người tham gia</b>	<b>Đối tượng tham gia</b>
Hội thảo báo cáo kết quả điều tra và lập kế hoạch can thiệp tại trường học và tại cộng đồng	01	35	Lãnh đạo địa phương, lãnh đạo Trung tâm Y tế huyện A Lưới CBYT và YTTB tại 8 xã
Thành lập Ban chỉ đạo tại 4 xã và 3 trường học được can thiệp	02	28	Lãnh đạo xã, lãnh đạo phòng giáo dục huyện, Ban giám Hiệu, bí thư đoàn trường, tổng phụ trách đội, cán bộ y tế cơ quan và các giáo viên là tổ trưởng chuyên môn tại các trường
Thành lập mạng lưới chăm sóc SKSS tại xã: tổ chức sinh hoạt CLB tiền hôn nhân	20	1020	Đoàn thanh niên, tình nguyện viên, YTTB, các em VTN
Tập huấn kỹ năng truyền thông	04	54	Cán bộ y tế, YTTB, thầy cô giáo
Tập huấn kỹ năng giám sát	02	20	Ban giám Hiệu, cán bộ y tế học đường, trạm trưởng TYT
Truyền thông nâng cao kiến thức và thực hành về chăm sóc SKSS cho các em VTN nữ	20	2050	Các em VTN nữ



Truyền thông nâng cao kiến thức và thực hành về chăm sóc SKSS cho phụ huynh các em VTN nữ	08	635	Phụ huynh các em VTN nữ
Cung cấp vật liệu truyền thông: panp, sổ tay, tờ rơi, bảng tên phòng, rèm che			
<b>Tổng cộng</b>	<b>57</b>	<b>3.842</b>	

**Nhận xét:** Tổng cộng đã tổ chức 57 buổi hội thảo, tập huấn, truyền thông giáo dục sức khỏe cho 3.842 đối tượng tham gia bao gồm lãnh đạo xã, lãnh đạo TTYT huyện, BGH, CBYT, thầy cô giáo, phụ huynh và các em VTN nữ.

### 3.3.3. Đánh giá kết quả can thiệp

#### 3.3.3.1. Thay đổi kiến thức của đối tượng nghiên cứu

**Bảng 3.27. Thay đổi kiến thức trước - sau ở nhóm can thiệp và nhóm không can thiệp**

Nhóm	Thời điểm	Kiến thức tốt		Kiến thức chưa tốt		p
		n	%	n	%	
Nhóm can thiệp	Trước can thiệp (n = 468)	47	10,0	421	90,0	p<0,05
	Sau can thiệp (n = 490)	116	23,7	374	76,3	
	<b>Tổng</b>	<b>163</b>	<b>17,0</b>	<b>795</b>	<b>83,0</b>	
Nhóm không can thiệp	Trước can thiệp (n = 492)	88	17,9	404	82,1	p>0,05
	Sau can thiệp (n = 490)	70	14,3	420	85,7	
	<b>Tổng</b>	<b>158</b>	<b>16,1</b>	<b>824</b>	<b>83,9</b>	

**Nhận xét:** Ở nhóm can thiệp, kiến thức chưa tốt ở thời điểm trước can thiệp là 90% và sau 18 tháng can thiệp kiến thức chưa tốt là 76,3%. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ( $p < 0,05$ )

$$\text{CSHQ của nhóm can thiệp} = \frac{90,0 - 76,3}{90,0} \times 100 = 15,2$$

$$\text{CSHQ của nhóm chứng} = \frac{82,1 - 85,7}{82,1} \times 100 = -4,4$$

$$\text{HQCT} = 15,2 - (-4,4) = 19,6\%$$

Kết quả nghiên cứu định tính sau can thiệp cũng cho thấy sự tiến bộ về kiến thức chăm sóc sức khỏe sinh sản VTN.

*“Em thấy tốt cho sức khỏe, có ích cho vị thành niên”. “Tốt, bổ ích cho vị thành niên, giúp cho em biết rõ về tuổi dậy thì, cách phòng chống HIV”, “Biết được cách phòng chống bệnh lây qua đường tình dục”, “Biết được cách bảo vệ sức khỏe, bảo vệ bộ phận sinh dục” (kết quả thảo luận nhóm VTN ở xã Hương Lâm, xã Đông Sơn)*

**Bảng 3.28. Thay đổi kiến thức ở nhóm chứng - nhóm can thiệp ở thời điểm trước và sau can thiệp**

Thời điểm	Nhóm	Kiến thức tốt		Kiến thức chưa tốt		p
		n	%	n	%	
Trước can thiệp (n = 960)	Chứng	88	17,9	404	82,1	$p < 0,05$
	Can thiệp	47	10,0	421	90,0	
	<b>Tổng</b>	<b>135</b>	<b>14,1</b>	<b>825</b>	<b>85,9</b>	
Sau can thiệp (n = 980)	Chứng	70	14,3	420	85,7	$p < 0,05$
	Can thiệp	116	23,7	374	76,3	
	<b>Tổng</b>	<b>186</b>	<b>19,0</b>	<b>794</b>	<b>81,0</b>	

**Nhận xét:** Ở nhóm không can thiệp, kiến thức chưa tốt ở thời điểm trước can thiệp là 82,1% và sau 18 tháng kiến thức chưa tốt là 85,7%

### 3.3.3.2. Thay đổi thực hành của đối tượng nghiên cứu

**Bảng 3.29. Thay đổi thực hành trước – sau ở nhóm can thiệp và nhóm không can thiệp**

Nhóm	Thời điểm	Thực hành tốt		TH chưa tốt		p
		n	%	n	%	
Nhóm can thiệp	Trước can thiệp (n = 468)	127	27,1	341	72,9	p<0,05
	Sau can thiệp (n = 490)	210	42,9	280	57,1	
	<b>Tổng</b>	<b>337</b>	<b>35,2</b>	<b>621</b>	<b>64,8</b>	
Nhóm không can thiệp	Trước can thiệp (n = 492)	133	27,0	359	73,0	p<0,05
	Sau can thiệp (n = 490)	86	17,6	404	82,4	
	<b>Tổng</b>	<b>219</b>	<b>22,3</b>	<b>763</b>	<b>77,7</b>	

**Nhận xét:** Ở nhóm can thiệp, thực hành chưa tốt ở thời điểm trước can thiệp là 72,9% và sau 18 tháng can thiệp thực hành chưa tốt là 57,1%. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê (p<0,05)

$$\text{CSHQ của nhóm can thiệp} = \frac{72,9 - 57,1}{72,9} \times 100 = 21,7\%$$

$$\text{CSHQ của nhóm chứng} = \frac{73,0 - 82,4}{73,0} \times 100 = - 12,9\%$$

$$\text{HQCT} = 21,7 - (- 12,9) = 34,6\%$$

Kết quả nghiên cứu định tính sau can thiệp cũng cho thấy các em đã có những thay đổi tích cực trong hành vi của mình:

*“Trước đây rửa ráy không đúng cách, em đã thay đổi. Về vệ sinh kinh nguyệt: thay băng vệ sinh nhiều lần. Biết cách phòng chống các bệnh lây truyền qua đường tình dục, như là sử dụng bao cao su khi quan hệ tình dục, không quan hệ tình dục trên nhiều người”*

*“Em cũng thay băng vệ sinh nhiều lần, rửa bộ phận sinh dục đúng cách, phòng chống các bệnh lây qua đường tình dục như là không quan hệ tình dục nhiều bạn tình” (kết quả thảo luận nhóm VTN ở xã Hương Lâm)*

**Bảng 3.30. Thay đổi thực hành ở nhóm chứng - nhóm can thiệp ở thời điểm trước và sau can thiệp**

Thời điểm	Nhóm	Thực hành tốt		Thực hành chưa tốt		p
		n	%	n	%	
Trước can thiệp (n = 960)	Chứng	133	27,0	359	73,0	p>0,05
	Can thiệp	127	27,1	341	72,9	
	<b>Tổng</b>	<b>260</b>	<b>27,1</b>	<b>700</b>	<b>72,9</b>	
Sau can thiệp (n = 980)	Chứng	86	17,6	404	82,4	p<0,05
	Can thiệp	210	42,9	280	57,1	
	<b>Tổng</b>	<b>296</b>	<b>30,2</b>	<b>684</b>	<b>69,8</b>	

**Nhận xét:** Ở nhóm không can thiệp, thực hành chưa tốt ở thời điểm trước can thiệp là 73,0% và sau 18 tháng thực hành chưa tốt là 82,4%

### 3.3.3.3. Thay đổi tỷ lệ tảo hôn của đối tượng nghiên cứu

**Bảng 3.31. Thay đổi tỷ lệ tảo hôn trước – sau ở nhóm can thiệp và nhóm không can thiệp**

Nhóm	Thời điểm	Tảo hôn		Không tảo hôn		p
		n	%	n	%	
Nhóm can thiệp (n = 37)	Trước can thiệp	12	46,2	14	53,8	p>0,05
	Sau can thiệp	3	27,3	8	72,7	
	<b>Tổng</b>	<b>15</b>	<b>40,5</b>	<b>22</b>	<b>59,5</b>	
Nhóm không can thiệp (n = 51)	Trước can thiệp	14	53,8	12	46,2	p>0,05
	Sau can thiệp	13	52,0	12	48,0	
	<b>Tổng</b>	<b>27</b>	<b>52,9</b>	<b>24</b>	<b>47,1</b>	

**Nhận xét:** Ở nhóm can thiệp, tỷ lệ tảo hôn ở thời điểm trước can thiệp là 46,2% và sau 18 tháng can thiệp tỷ lệ tảo hôn là 27,3%.

Kết quả nghiên cứu định tính sau can thiệp: “Giảm bớt nhiều, mặc dù vẫn còn người tảo hôn. Em biết được vì có người họ hàng em tảo hôn. Em nghe bố nói nên biết là tình hình tảo hôn có giảm, vì bố có đi họp ở thôn” (kết quả thảo luận nhóm VTN ở xã Hương Lâm)

“Năm nay chưa có trường hợp nào, năm trước con biết 2 trường hợp vào tháng 3 và tháng 9. Tình hình là có giảm” (kết quả phỏng vấn sâu VTN ở xã Hương Lâm)

**Bảng 3.32. Thay đổi tỷ lệ tảo hôn ở nhóm chứng - nhóm can thiệp ở thời điểm trước và sau can thiệp**

Thời điểm	Nhóm	Tảo hôn		Không tảo hôn		p
		n	%	n	%	
Trước can thiệp (n = 52)	Chứng	14	53,8	12	46,2	p>0,05
	Can thiệp	12	46,2	14	53,8	
	<b>Tổng</b>	<b>26</b>	<b>50,0</b>	<b>26</b>	<b>50,0</b>	
Sau can thiệp (n = 36)	Chứng	13	52,0	12	48,0	p<0,05
	Can thiệp	3	27,3	8	72,7	
	<b>Tổng</b>	<b>16</b>	<b>44,4</b>	<b>20</b>	<b>55,6</b>	

**Nhận xét:** Ở nhóm không can thiệp tỷ lệ tảo hôn ở thời điểm trước can thiệp là 53,8% và sau 18 tháng tỷ lệ tảo hôn là 52%.

### 3.3.3.4. Thay đổi tỷ lệ viêm nhiễm đường sinh dục của đối tượng nghiên cứu

**Bảng 3.33. Thay đổi tỷ lệ viêm nhiễm đường sinh dục dưới trước – sau ở nhóm can thiệp và nhóm không can thiệp**

Nhóm	Thời điểm	Viêm nhiễm		Không viêm nhiễm		p
		n	%	n	%	
Nhóm can thiệp	Trước can thiệp (n = 468)	10	2,1	458	97,9	p<0,05
	Sau can thiệp (n = 490)	3	0,6	487	99,4	
	<b>Tổng</b>	<b>13</b>	<b>1,4</b>	<b>945</b>	<b>98,6</b>	
Nhóm không can thiệp	Trước can thiệp (n = 492)	11	2,2	481	97,8	p>0,05
	Sau can thiệp (n = 490)	16	3,3	474	96,7	
	<b>Tổng</b>	<b>27</b>	<b>2,8</b>	<b>955</b>	<b>97,2</b>	

**Nhận xét:** Ở nhóm can thiệp, tỷ lệ viêm nhiễm đường sinh dục dưới ở thời điểm trước can thiệp là 2,1% và sau 18 tháng can thiệp là 0,6%. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê (p<0,05)

$$\text{CSHQ của nhóm can thiệp} = \frac{2,1 - 0,6}{2,1} \times 100 = 71,4\%$$

$$\text{CSHQ của nhóm chứng} = \frac{2,2 - 3,3}{2,2} \times 100 = - 50\%$$

$$\text{HQCT} = 71,4 - (- 50) = 121,4\%$$

Kết quả này cũng thể hiện rõ trong nghiên cứu định tính, khi được hỏi: “Sau khi được giáo dục, về nhà các em có thay đổi thói quen, hành vi gì của mình?”

“ Vệ sinh vùng kín hằng ngày bằng dung dịch vệ sinh Dạ Hương, bằng nước sạch. Khi đến ngày kinh dùng băng vệ sinh, thay băng vệ sinh nhiều lần, giữ sạch sẽ thoáng mát. Tắm hằng ngày.” (kết quả phỏng vấn sâu VTN ở xã Hồng Kim)

“Tắm xong mình lau khô, không nên mang đồ lót ẩm ướt”

“Cách dùng băng vệ sinh loại tốt, thay băng 4 giờ/lần, tắm rửa bằng nước sạch” (kết quả thảo luận nhóm VTN ở xã Đông Sơn)

**Bảng 3.34. Thay đổi tỷ lệ viêm nhiễm đường sinh dục dưới ở nhóm chứng - nhóm can thiệp ở thời điểm trước và sau can thiệp**

Thời điểm	Nhóm	Viêm nhiễm		Không viêm nhiễm		p
		n	%	n	%	
Trước can thiệp (n = 960)	Chứng	11	2,2	481	97,8	p>0,05
	Can thiệp	10	2,1	458	97,9	
	<b>Tổng</b>	<b>21</b>	<b>2,2</b>	<b>939</b>	<b>97,8</b>	
Sau can thiệp (n = 980)	Chứng	16	3,3	474	96,7	p<0,05
	Can thiệp	3	0,6	487	99,4	
	<b>Tổng</b>	<b>19</b>	<b>1,9</b>	<b>961</b>	<b>98,1</b>	

**Nhận xét:** Ở nhóm không can thiệp, tỷ lệ viêm nhiễm đường sinh dục dưới ở thời điểm trước can thiệp là 2,2% và sau 18 tháng tỷ lệ này là 3,3%.

## **Chương 4**

### **BÀN LUẬN**

#### **4.1. THỰC TRẠNG SỨC KHỎE SINH SẢN NỮ VỊ THÀNH NIÊN TẠI HUYỆN A LƯỚI**

##### **4.1.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu**

Nghiên cứu của chúng tôi được thực hiện trên 960 em VTN nữ người dân tộc thiểu số. Qua bảng 3.1 cho thấy độ tuổi của VTN ở giai đoạn VTN sớm và VTN muộn cao hơn giai đoạn VTN giữa. Độ tuổi VTN ở giai đoạn VTN sớm cao hơn là một trong những yếu tố làm cho tỷ lệ nghiên cứu về kiến thức, thực hành thấp hơn do các em chưa được học nhiều kiến thức về sức khỏe sinh sản. Dân tộc Paco, Catu, Taoi chiếm đa số, điều này phù hợp với thống kê niên giám của huyện A Lưới năm 2015 là các dân tộc này chiếm trên 80% dân số của huyện. VTN đang còn đi học chiếm tỷ lệ 86,3%, đây cũng là một đặc điểm thuận lợi của nghiên cứu vì đa số các em đều biết chữ và biết nói tiếng Kinh. Ngoài ra bảng 3.1 còn cho thấy một số đặc điểm nổi bật khác là các em VTN trong nghiên cứu thuộc hộ nghèo và cận nghèo chiếm tỷ lệ 33,1%, đời sống kinh tế khó khăn cũng là một trong những lý do dẫn đến kiến thức, và thực hành về sức khỏe sinh sản của các em bị hạn chế. Tỷ lệ hộ nghèo và cận nghèo còn cao phản ánh một bức tranh toàn cảnh của huyện A Lưới, điều này đồng nghĩa với việc tiếp cận các kiến thức, dịch vụ chăm sóc SKSS của các em VTN sẽ bị tác động. Tỷ lệ VTN hiện đang sống với cả bố và mẹ chiếm 85,4%, đây cũng là một trong những đặc điểm thuận lợi đáng được lưu ý khi cha mẹ của các em là đối tượng tăng cường nằm trong giải pháp can thiệp của chúng tôi.

##### **4.1.2. Kiến thức về chăm sóc sức khỏe sinh sản vị thành niên**

- Kiến thức về sinh lý tuổi dậy thì: Hiểu biết về dấu hiệu phát triển chiều cao chiếm tỷ lệ cao nhất (40,9%), tiếp theo là dấu hiệu xuất hiện kinh nguyệt và phát triển vú, núm vú cùng chiếm tỷ lệ là 39,5%.

Tuổi dậy thì là thời kỳ chuyển tiếp từ giai đoạn trẻ thơ sang giai đoạn trưởng thành tình dục, là thời kỳ quá độ khi không còn là trẻ con nhưng chưa phải người



lớn, có những biến đổi quan trọng về thể chất cũng như về tâm lý. Khi một đứa trẻ đến tuổi dậy thì thì nhận thức của nó tương xứng với sự phát triển tình dục của cơ thể. Ngoài các biểu hiện đặc trưng của một bé gái ở tuổi dậy là phát triển núm vú, quần vú, phát triển chiều cao nhanh chóng, xuất hiện kinh nguyệt còn có các biểu hiện mọc lông mu, lông nách, tử cung, âm đạo, buồng trứng phát triển to ra, xương hông nở ra, các tuyến bã hoạt động mạnh, xuất hiện trứng cá. Do đó cần phải giáo dục cho các em các biểu hiện này để các em hiểu rõ hơn về thay đổi giải phẫu, sinh lý ở tuổi dậy thì.

Trong nghiên cứu của chúng tôi tỷ lệ các em hiểu biết về các dấu hiệu dậy thì từ 13,5 - 40,9%, tỷ lệ này thấp hơn so với nghiên cứu của Nguyễn Văn Trường (46,7 - 80%) [6], điều này có thể lý giải là đối tượng nghiên cứu của Nguyễn Văn Trường hầu hết là các em tuổi từ 15 – 19 là độ tuổi đã trải qua giai đoạn dậy thì nên hiểu biết của các em về vấn đề này tốt hơn.

- Kiến thức về khả năng mang thai khi lần đầu QHTD: bảng 3.2 cho kết quả các em hiểu biết được là 33,3%, tỷ lệ này thấp hơn so với kết quả điều tra quốc gia về VTN và thanh niên Việt Nam (SAVY 2: 74%) [5] và cũng thấp hơn so với nghiên cứu của Nguyễn Đình Sơn năm 2012 [18] tại Hà Tĩnh là 55,2%, hiểu biết về khả năng mang thai khi QHTD ở VTN chưa có kinh nguyệt lần đầu ở bảng 3.2 cho thấy là 54,7% em cho rằng không thể có thai, kết quả này thấp hơn nghiên cứu của Nguyễn Đình Sơn năm 2012 tại Hà Tĩnh (58,8%) [18], điều này có thể lý giải vì đối tượng nghiên cứu của SAVY 2 bao gồm cả VTN và thanh niên, nghiên cứu rộng rãi trên toàn quốc bao gồm cả người dân tộc thiểu số và người Kinh, nghiên cứu của Nguyễn Đình Sơn tập trung vào đối tượng là vị thành niên học THPT, còn đối tượng của chúng tôi là vị thành niên người DTTS ở cả THCS và THPT.

- Kiến thức về thời điểm dễ có thai nhất: chỉ có 4,8% em biết thời điểm dễ có thai là khi QHTD vào thời điểm giữa hai chu kỳ kinh. 95,2% em trả lời không đúng hoặc không biết. Tỷ lệ các em thanh thiếu niên người DTTS trả lời đúng điều này trong điều tra SAVY 2 là 17% [6] và trong nghiên cứu của Rajapaksa-Hewageegana ở Srilanka vào năm 2014 nghiên cứu trên 200 em VTN tuổi từ 16 – 19 tuổi cho

thấy 100% vị thành niên không trả lời đúng thời điểm trong chu kỳ kinh nguyệt có thể mang thai nếu có quan hệ tình dục [77]. Điều này dẫn đến tình trạng mang thai ngoài ý muốn dễ xảy ra khi các em QHTD không sử dụng các biện pháp tránh thai vào thời điểm này. Do đó trong công tác truyền thông, GDSK sinh sản tuổi VTN cần phải giáo dục cho các em hiểu biết về vấn đề này.

- Kiến thức về dấu hiệu có thai: 57% VTN không biết về dấu hiệu có thai. 43% em biết dấu hiệu có thai. Dấu hiệu có thai được biết nhiều nhất là buồn nôn, nôn (32,8%), dấu hiệu mất kinh (27,6%). Đây là một tình trạng đáng báo động khi sự hiểu biết của các em về vấn đề này quá thấp, điều này có thể dẫn đến tình trạng một số em mang thai nhưng không biết mình đang mang thai, ảnh hưởng đến thể chất, tinh thần của các em cũng như của những em bé sẽ được sinh ra sau này.

- Kiến thức về các biện pháp tránh thai: Biện pháp tránh thai là một trong những nội dung của giáo dục SKSS cho VTN. Hiểu biết tốt về các BPTT sẽ giúp cho VTN phòng tránh thai ngoài ý muốn, tránh được các hậu quả đáng tiếc do thai sản gây nên, tránh được BLTQĐTD.

Theo kết quả ở bảng 3.3, 50,1% VTN biết được các biện pháp tránh thai, tỷ lệ này thấp hơn so với nghiên cứu của Nguyễn Đình Sơn (94,9%) [18].

Hiểu biết trên từng biện pháp tránh thai: thuốc uống tránh thai chiếm 37,3% và bao cao su 37,3%, đặt vòng 25,9%, thuốc tránh thai khẩn cấp 14,2%, thuốc tiêm 23,3%. Kết quả này thấp hơn so với nghiên cứu Nguyễn Đình Sơn năm 2012 [18], điều này cũng được lý giải là do đối tượng nghiên cứu của tác giả này là học sinh THPT. Tỷ lệ này cũng thấp hơn so với điều tra SAVY 2 [5].

- Kiến thức về các bệnh lây truyền qua đường tình dục: Bệnh lây truyền qua đường tình dục được biết đến nhiều nhất là HIV/AIDS (55,9%), tỷ lệ này thấp hơn so với nghiên cứu của Nguyễn Đình Sơn (94,5%) và cũng thấp hơn so với nghiên cứu của W.Indralal De Silva tại Srilanka (70% - 80%) [37]. Tỷ lệ hiểu biết về HIV/AIDS trong nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn hai nghiên cứu này vì đối tượng nghiên cứu của chúng tôi là từ 10 – 19 tuổi trong khi đối tượng nghiên cứu của hai tác giả này là từ 15 – 19 tuổi. Tỷ lệ HIV/AIDS được biết đến nhiều nhất là

hoàn toàn phù hợp, vì hiện nay HIV/AIDS là đại dịch toàn cầu, hầu hết các phương tiện thông tin đại chúng đều đề cập đến vấn đề này. Điều này cũng hoàn toàn phù hợp với kết quả thảo luận nhóm VTN: “Quan hệ tình dục với nhiều người thì có thể bị lây nhiễm nhiều bệnh như bệnh HIV/AIDS” (Kết quả thảo luận nhóm VTN tại các xã Hương Nguyên, Hương Lâm, Đông Sơn, Hồng Kim). Tỷ lệ các em hiểu biết về bệnh giang mai, lậu lần lượt là: 15,5%, 13,8%, tỷ lệ này xấp xỉ với tỷ lệ hiểu biết của VTN ở Bangladesh là 13% và 14% [45], thấp hơn so với điều tra SAVY 2 (62% và 64%) và cũng thấp hơn so với nghiên cứu của Rajapaksa-Hewageegana ở Srilanka là 23,4% và 79,1% [77]. Tỷ lệ các em hiểu biết về nhiễm nấm và trùng roi cũng thấp hơn so với SAVY 2 [5]. 82,1% VTN không kể được dấu hiệu khi mắc bệnh LTQĐTD, 62,1% không biết cách phòng tránh, 15,2% không biết phải làm gì khi bị mắc bệnh. Tỷ lệ này ở nghiên cứu Nguyễn Đình Sơn lần lượt là 57%, 7,9% và 3,4%. Tỷ lệ này trong nghiên cứu của chúng tôi cao hơn nghiên cứu của Vũ Văn Hoàn, (2010) [9].

- Kiến thức về HIV/AIDS: 4,2% VTN không biết về đường lây truyền HIV/AIDS, tỷ lệ này thấp hơn so với nghiên cứu ở Bangladesh (hơn 50% VTN không biết) [45]. Hầu hết các em đều biết được một trong các đường lây truyền HIV điều này chứng tỏ việc truyền thông về đại dịch HIV đã có kết quả khả quan vì các em đã tiếp nhận tốt thông tin này, tuy nhiên vẫn còn 14,9% VTN không biết cách phòng tránh HIV/AIDS, tỷ lệ này thấp hơn so với nghiên cứu của Nguyễn Đình Sơn (26,8%) [9].

- Kiến thức về viêm nhiễm đường sinh dục dưới: 71,6% VTN không biết dấu hiệu của viêm nhiễm đường sinh dục dưới. 51,9% không biết được các yếu tố gây bệnh, 42,2% không biết cách phòng tránh bệnh, 31% không biết phải làm gì khi bị mắc bệnh. Đa số các em đang còn trong độ tuổi đi học, hầu hết là chưa có gia đình nên khi hỏi về vấn đề này tỷ lệ hiểu biết của các em còn rất thấp, đây cũng là một vấn đề đáng lưu tâm để tuyên truyền giáo dục sức khỏe cho các em.

- Kiến thức về độ tuổi được kết hôn theo đúng pháp luật: 79,5% VTN biết được độ tuổi kết hôn theo đúng pháp luật. Theo luật Hôn nhân và Gia đình năm 2014 quy định điều kiện để kết hôn là: Nam từ đủ 20 tuổi trở lên, nữ từ đủ 18 tuổi trở lên.

Kết hôn sớm là hành vi vi phạm pháp luật. Việc kết hôn sẽ không được pháp luật công nhận. Các quyền lợi trước pháp luật của vợ - chồng sẽ không được tính đến [17].

Kết hôn sớm làm mất đi cơ hội học tập, việc làm, giảm chất lượng dân số, sức khỏe bà mẹ và trẻ em. KHS sẽ làm ảnh hưởng nghiêm trọng đến nòi giống, phát triển trí tuệ, chất lượng dân số và nguồn lực. KHS vừa là nguyên nhân và cũng chính là hậu quả của sự nghèo đói, sự phát triển thiếu toàn diện. KHS xảy ra sẽ gây ảnh hưởng xấu đến sức khỏe sinh sản của nữ, do bộ máy sinh dục vẫn chưa hoàn thiện [31], [43], [70], [75]. Nghiên cứu của chúng tôi vẫn còn tỷ lệ 20,5% em không biết về độ tuổi kết hôn theo đúng pháp luật, đây cũng là một vấn đề chúng tôi sẽ lưu ý đến và đưa vào trong nội dung truyền thông giáo dục sức khỏe cho các em.

- Phân loại kiến thức chung: Tỷ lệ VTN có kiến thức chung về SKSS chưa tốt chiếm khá cao. Theo nghiên cứu của Nguyễn Đình Sơn [18] ở 784 em học sinh phổ thông trung học tuổi từ 15 – 19 tuổi tại huyện miền núi Vũ Quang, tỉnh Hà Tĩnh năm 2012 thì có 54,5% em có kiến thức về SKSS chưa tốt. Nghiên cứu của chúng tôi có đến 85,9% kiến thức chưa tốt, tỷ lệ kiến thức chưa tốt trong nghiên cứu chúng tôi cao hơn. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,05$ . Tỷ lệ kiến thức chưa tốt trong nghiên cứu của chúng tôi cao hơn có lẽ do đối tượng nghiên cứu của chúng tôi bao gồm tất cả các đối tượng của 3 giai đoạn VTN. Các em độ tuổi VTN sớm chưa có nhiều kiến thức về SKSS. Và điều này cũng phù hợp ở địa phương vì công tác chăm sóc SKSS cho VTN chưa được chú trọng ở địa phương này. CBYT hầu như không được tập huấn về công tác truyền thông giáo dục sức khỏe sinh sản cho VTN. VTN chỉ thỉnh thoảng tham gia các hoạt động do Đoàn thanh niên tổ chức nên cũng ít khi đề cập đến vấn đề này. Ở Trường học thì kiến thức về SKSSVTN chỉ được giảng dạy lồng ghép vào môn học khác nên nội dung về SKSSVTN chưa được chuyển tải đầy đủ, giáo viên chưa được tập huấn nên không có kinh nghiệm để giảng dạy các kiến thức này.

- Sự cần thiết của truyền thông GDSK: 92% VTN cho rằng việc truyền thông GDSK cho các em là cần thiết. Tỷ lệ này tương đương với nghiên cứu của Nguyễn Đình Sơn (93,1%).

- Nguồn thông tin truyền thông VTN muốn tiếp cận và thấy có hiệu quả nhất: là từ CBYT (61,9%), từ thầy cô (34,7%) và từ tivi (31%). Đây cũng là điều đáng chú ý để chúng tôi xây dựng chương trình can thiệp áp dụng các hình thức truyền thông để kết quả can thiệp có kết quả tốt.

#### **4.1.3. Thực hành về sức khỏe sinh sản**

- Về mối quan hệ nam nữ: Tình yêu là một sự cuốn hút lẫn nhau giữa hai người khác giới, biểu hiện sự nhớ nhung da diết khi thiếu vắng nhau. Sự đồng cảm sâu sắc giữa hai người trên cơ sở hiểu biết lẫn nhau, nhiều khi không cần qua lời nói, chỉ cần qua ánh mắt, cử chỉ, nụ cười. Nếu thiếu tình cảm, nghĩa vụ thì tình yêu chỉ còn là sự lợi dụng và sẽ nhanh chóng lụi tàn. Nói về vai trò của tình yêu, tình yêu là biểu hiện cao nhất của tình người, là cơ sở vững chắc cho hôn nhân và hạnh phúc gia đình. Tuy nhiên một khi tình yêu tan vỡ thì hàng loạt các hệ lụy do sự tan vỡ gây nên nhất là với lứa tuổi VTN. VTN sẽ dễ bị quan, buồn chán, học tập sa sút. Do vậy lứa tuổi VTN chưa nên yêu đương mà hãy lo tập trung học hành để có kiến thức vững chắc cho tương lai. Bảng 3.12 cho thấy tỷ lệ VTN có người yêu trong nghiên cứu của chúng tôi là 16%. Tỷ lệ này tương đương với nghiên cứu của Nguyễn Văn Trường trên 976 em VTN từ 16 – 18 tuổi ở huyện miền núi Đại Từ, tỉnh Thái Nguyên (17,8%) [24]. Đây cũng là một vấn đề cần xem xét để có thể giáo dục cho các em không nên yêu đương trong lứa tuổi này.

- Thực hành về QHTD: Tỷ lệ VTN có QHTD trong nghiên cứu của chúng tôi là 6,4% thấp hơn so với nghiên cứu Lori De Ravello (2014) về hành vi tình dục nguy cơ ở các em VTN học sinh THPT người Mỹ gốc Ấn Độ và thổ dân Alaska cho thấy 48,9% em có quan hệ tình dục [36]. Tỷ lệ này cũng thấp hơn so với nghiên cứu của Sanjuan-Meza Xiomara Sarahi (2019) ở các em học sinh THPT người bản địa Mexico cho thấy 57% vị thành niên có quan hệ tình dục [36] và cũng thấp hơn so với nghiên cứu của Shamsar Sinha về sức khỏe tình dục tuổi VTN người dân tộc thiểu số ở phía đông Luân Đôn: tỷ lệ có quan hệ tình dục ở thanh thiếu niên Châu Phi da đen (25%) và người Anh da trắng (24%), và tỷ lệ này ở người Anh da đen (31%) và người da đen Caribe (34%) [84]. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,05$ .

Bên cạnh đó, tỷ lệ VTN có QHTD trong nghiên cứu của chúng tôi tương đương với nghiên cứu của Nguyễn Đình Sơn trên các em học sinh THPT tại huyện miền núi Vũ Quang, tỉnh Hà Tĩnh năm 2012 có 6,1% em có quan hệ tình dục [18], và cũng tương đương với nghiên cứu của Nguyễn Văn Trường năm 2007 nghiên cứu trên 976 em học sinh phổ thông trung học ở huyện miền núi Đại Từ, tỉnh Thái Nguyên (6,3%) [24].

Quan hệ tình dục sớm ở lứa tuổi VTN rõ ràng là không tốt, có thể dẫn tới các hậu quả không mong muốn như mang thai ngoài ý muốn, viêm nhiễm đường sinh dục, ảnh hưởng đến việc học tập. Do đó, trong việc truyền thông giáo dục sức khỏe cho VTN cần chú trọng đến vấn đề này. Trong số các em VTN có QHTD trong nghiên cứu của chúng tôi chỉ có 18% em có sử dụng BPTT, tỷ lệ này cao hơn nghiên cứu tại bang Rivers của Nigeria chỉ 6,2% em có sử dụng BPTT [73]. Tuy nhiên tỷ lệ này thấp hơn so với nghiên cứu của Shamsar Sinha về sức khỏe tình dục tuổi VTN người dân tộc thiểu số ở phía đông Luân Đôn (83%) [84].

Khi tìm hiểu về BPTT mà các em đã sử dụng thì tỷ lệ các em dùng bao cao su chiếm cao nhất (31,3%), lý do các em không sử dụng BPTT do không thích sử dụng chiếm tỷ lệ cao nhất (44,4%), do người quan hệ với em không thích sử dụng chiếm 31,1%.

- Tình hình mang thai và nạo phá thai: Tỷ lệ VTN nữ mang thai trong nghiên cứu của chúng tôi là 4,9 %, tỷ lệ này cao hơn so với nghiên cứu của Martin (2013) ở Mỹ (3,1%) [61]. Tỷ lệ này thấp hơn so với nghiên cứu của Sah Rb, (2014) ở Nepal cho thấy tỷ lệ VTN mang thai ngoài ý muốn là 59,3% [80]. Theo báo cáo tổng kết của trung tâm kiểm soát bệnh tật Tỉnh Thừa Thiên Huế năm 2018, tỷ lệ VTN nữ mang thai tại huyện A Lưới năm 2018 là 4,89%, tỷ lệ này cũng tương đương với tỷ lệ nghiên cứu của chúng tôi [23]. Tỷ lệ nạo phá thai trong nghiên cứu của chúng tôi là 0,1%. Tỷ lệ nạo phá thai được ghi nhận ở các bạn nữ từng mang thai ở vùng đồng bằng sông Nin ở Nigeria là giữa 33% và 88,6% [73]. Các nghiên cứu ở các thanh thiếu niên lớn tuổi cho thấy tỷ lệ cao hơn so với các nghiên cứu ở thanh thiếu niên nhỏ tuổi. Trong số các nghiên cứu này có khoảng 10% thanh thiếu niên đã từng trên 3 lần

ạo phá thai. Điều đáng đề cập là ở Nigeria pháp luật cấm ạo phá thai. Vì vậy hầu hết các trường hợp ạo phá thai điều tiến hành bất hợp pháp [73].

Ước tính khoảng 20.000 ca trong số 50.000 ca tử vong mẹ có liên quan đến phá thai và các biến chứng của nó. Trong một nghiên cứu tại bệnh viện, trên 80% các ca nhập viện vì biến chứng của ạo phá thai là trẻ vị thành niên [73].

- Thực hành về kết hôn: Nghiên cứu của Nguyễn Văn Mạnh (2017), tỷ lệ kết hôn sớm ở người DTTS của huyện Đakrong là 26,69%, huyện Hướng Hóa là 15,75% trên tổng số cặp kết hôn từ năm 2014 – 2015 [13]. Nghiên cứu này cũng cho thấy hậu quả của kết hôn sớm là con cái của những người này bị suy dinh dưỡng, thể trạng còi cọc, phụ nữ sau sinh đau ốm triền miên [13]. Tỷ lệ VTN nữ kết hôn sớm trong nghiên cứu của chúng tôi là 50%, thấp hơn so với nghiên cứu của Asrese (2014) trên VTN từ 15 – 19 tuổi tại vùng Amhara – Epiothia tỷ lệ kết hôn sớm là 90,7% [29]. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,05$ . Khi tìm hiểu về lý do kết hôn sớm chúng tôi nhận thấy rằng đa số là do các em lỡ quan hệ tình dục và dẫn đến tình trạng mang thai. Mang thai và sinh đẻ trong lứa tuổi vị thành niên khi cơ thể người mẹ chưa phát triển hoàn thiện, chưa đủ sức khỏe để nuôi dưỡng bào thai sẽ ảnh hưởng lớn tới sự phát triển của thai nhi và là một trong những nguyên nhân chính dẫn đến tử vong chu sinh và sơ sinh, trẻ sinh thiếu cân hoặc dị dạng, dị tật. Đối với xã hội hành vi KHS mang lại những hậu quả rất nặng nề cho xã hội, trẻ em sinh ra bị suy dinh dưỡng với tỷ lệ cao, chậm phát triển về thể chất tinh thần trí tuệ, ảnh hưởng trực tiếp đến chất lượng dân số [70], [75], [90].

**Bảng 4.1. Tỷ lệ kết hôn sớm trong nghiên cứu so sánh với một số nước trên thế giới có tỷ lệ kết hôn sớm cao nhất [98], [99].**

STT	Quốc gia có tỷ lệ KHS cao nhất	Tỷ lệ kết hôn trước tuổi 18
1	Niger	75%
2	Chad	72%
3	Bangladesh	66%
4	Guinea	63%

5	Central African Republic	61%
6	Mali	55%
7	Mozambique	52%
8	Nepal	51%
9	Malawi	50%
10	Ethiopia	49%
11	Sierra Leone	48%
12	Madagascar	48%
13	Burkina Faso	48%
14	Eritrea	47%
15	India	47%
16	Uganda	46%
17	Somali	45%
18	Zambia	42%
19	Nicaragua	41%
20	Dominican Republic	40%
21	Nigeria	39%
22	Honduras	39%
23	Senegal	39%
24	Democratic Republic of Congo	39%
25	Afghanistan	39%

- Tỷ lệ kết hôn cận huyết trong nghiên cứu của chúng tôi là 15,4%. Hôn nhân cận huyết có thể đem lại nhiều hậu quả nghiêm trọng, trẻ sinh ra có thể bị dị dạng hoặc mang bệnh tật di truyền. Do đó trong công tác truyền thông giáo dục sức khỏe cho các em cần chú trọng về vấn đề này.

- Tình hình thủ dâm: bảng 3.18 cho thấy nghiên cứu của chúng tôi có 3,6% trường hợp thủ dâm, tỷ lệ này thấp hơn so với nghiên cứu của Nguyễn Đình Sơn (14,5%) [18], 57,1% trường hợp trong nghiên cứu có mức độ thủ dâm  $\leq 3$  lần/tuần.



97,1% trường hợp thủ dâm bằng tay, 2,9% trường hợp thủ dâm bằng dụng cụ. Như chúng ta đã biết thủ dâm là một trong những hành vi tình dục có thể xảy ra ở nhiều lứa tuổi, đặc biệt thường gặp ở tuổi VTN. Thủ dâm là việc một người tự kích thích mình để đạt được khoái cảm, thường là dùng tay hoặc dụng cụ để kích thích bộ phận sinh dục. Thủ dâm có thể gặp ở cả nam và nữ. Thủ dâm là một cách tự giải tỏa nhu cầu tình dục của bản thân và là một trong những cách thực hành tình dục an toàn. Thủ dâm không phải là một bệnh và không có hại. Tuy nhiên không nên quá lạm dụng thủ dâm, đồng thời cũng cần biết cách giữ vệ sinh và tránh các nguy cơ bị tổn thương, xây xước bộ phận sinh dục khi thủ dâm bằng dụng cụ [2], [3].

- Thực hành phòng chống viêm nhiễm đường sinh dục dưới

Qua bảng 3.19, cho thấy rằng 14,5% trường hợp có mắc một trong các triệu chứng viêm nhiễm đường sinh dục, 85,5% trường hợp không mắc các triệu chứng viêm nhiễm. 50,3% trường hợp biết đi khám khi mắc các triệu chứng viêm nhiễm. Đa số các gia đình ở đây đều sử dụng nguồn nước máy trong sinh hoạt hàng ngày (87,6%), tình trạng các em sử dụng nước sông, ao hồ để tắm rửa vệ sinh hầu như không còn nữa, hầu hết các em đều biết phải vệ sinh vùng sinh dục hàng ngày, đây là điều đáng mừng vì đời sống, sinh hoạt của người dân ngày càng được nâng cao.

- Tình hình viêm nhiễm đường sinh dục dưới

Chưa có nghiên cứu nào về tỷ lệ viêm nhiễm sinh dục ở độ tuổi VTN, tuy nhiên trong nghiên cứu của chúng tôi tỷ lệ viêm nhiễm đường sinh dục chung ở VTN là 2,2%. Chúng tôi nhận thấy rằng tỷ lệ này chiếm khá cao ở đối tượng VTN có trình độ trung học phổ thông và ở giai đoạn VTN muộn. Điều này cũng khá phù hợp với nghiên cứu vì số vị thành niên ở trong độ tuổi này mới có quan hệ tình dục nên tình trạng viêm nhiễm đường sinh dục dưới dễ xảy ra hơn, và theo các nghiên cứu trước đây về viêm nhiễm sinh dục dưới, bệnh thường xảy ra ở những người đã có quan hệ tình dục hơn là người chưa QHTD.

- Phân loại thực hành chung: biểu đồ 3.7 cho thấy tỷ lệ 27,1% VTN thực hành chung về chăm sóc SKSS tốt và 72,9% VTN thực hành chung chưa tốt. Đây cũng là một vấn đề còn tồn tại mà trong phần can thiệp chúng tôi phải chú trọng đến.

#### **4.1.5. Những yếu tố về khả năng tiếp cận dịch vụ y tế**

Nói chung việc tiếp cận dịch vụ y tế tại địa phương của VTN là khá tốt. Điều này thể hiện rõ ở tỷ lệ 95% VTN biết chọn TYT xã để khám chữa bệnh, 82,4% VTN cho rằng chọn TYT vì gần nhà, thuận tiện đi lại. 98,2% cho rằng thái độ của cán bộ y tế trạm luôn cởi mở, nhiệt tình. 94,2% cho rằng khả năng khám đáp ứng được nhu cầu. 90,5% cho rằng phòng khám đảm bảo tính riêng tư. 73,4% trường hợp khám được miễn phí hoàn toàn. 86,4% cho rằng thời gian chờ đợi khám không quá lâu. Chỉ có một vấn đề chưa tốt đó là phòng khám không có tờ rơi về truyền thông GDSK để mang về (74,8%), đây cũng là điều mà chúng tôi sẽ lưu ý đến trong hoạt động can thiệp của chúng tôi. Theo nghiên cứu của Pushpa Lata Pandey (2019) về các dịch vụ chăm sóc SKSS và tình dục được cung cấp bởi các dịch vụ sức khỏe thân thiện VTN ở Nepal đã cho thấy việc chăm sóc SKSS của các em bị hạn chế do một số rào cản đó là: khoảng cách từ nhà đến cơ sở y tế quá xa, tuổi, giới tính, thái độ của người cung cấp dịch vụ, nhân viên y tế không giữ sự bảo mật, riêng tư cho các em cũng làm cho các em VTN không muốn đến cơ sở y tế. Thiếu nhân viên y tế, thiếu thông tin về SKSS và tình dục, thiếu thuốc, nhân viên y tế quá bận rộn, không tư vấn cụ thể cho các em cũng là một trong những rào cản khiến các em không tiếp cận cơ sở y tế. Ở trường học các em cũng không nhận được thông tin về chăm sóc SKSS và tình dục từ giáo viên do các giáo viên cảm thấy ngại ngùng, khó khăn khi chia sẻ về vấn đề này [74].

#### **4.2. CÁC YẾU TỐ LIÊN QUAN ĐẾN KIẾN THỨC, THỰC HÀNH CHUNG**

Có mối liên quan giữa trình độ học vấn, các giai đoạn vị thành niên với kiến thức chung về SKSS vị thành niên. Điều này cũng khá dễ hiểu là vì các em VTN đang học tiểu học thì sự hiểu biết của các em SKSS VTN chưa được đầy đủ, ở trường các em cũng chỉ được giảng dạy những vấn đề cơ bản về giới tính và tuổi

dậy thì chứ chưa được học nhiều về các vấn đề khác của SKSS như các em VTN giữa và VTN muộn. Độ tuổi của các em cũng chưa quan tâm lắm đến những vấn đề này nên các em cũng chưa thể tự tìm tòi các tài liệu để đọc. Điều này cũng thể hiện rõ trong mối liên quan với thực hành chung. Nghiên cứu của Marie Klingberg- Allin (2005), Nguyễn Ngọc Chon (2010), Nguyễn Đình Sơn (2012) cũng cho thấy có mối liên quan giữa tuổi, trình độ học vấn với kiến thức và thực hành về sức khỏe sinh sản [6], [18], [56].

Ngoài ra còn có mối liên quan giữa tình trạng chung sống trong gia đình đến thực hành chung. Như chúng ta đã biết gia đình là môi trường xã hội đầu tiên của con người, trong đó bố mẹ là những người có ảnh hưởng sâu sắc, mạnh mẽ nhất đến sự phát triển của con cái, hầu như chỉ có bố mẹ mới quan tâm sâu sát đến những thay đổi về hành vi của con cái, đặc biệt đối với VTN nữ, vấn đề chăm sóc SKSS là vấn đề tế nhị, khó nói, chỉ có bố mẹ là người thân thiết, luôn sát cánh, theo dõi, khuyên nhủ các em và các em nữ có thể bộc lộ hết những điều riêng tư của mình với bố mẹ, nên những em có điều kiện gần gũi bố mẹ hơn thì sẽ được bố mẹ khuyên nhủ, bảo ban nhiều hơn [83]. Nghiên cứu còn cho thấy có mối liên quan giữa kiến thức với thực hành chung. Các em có kiến thức tốt thì thực hành về sức khỏe sinh sản sẽ tốt hơn.

Theo kết quả phân tích hồi qui đa biến về các yếu tố liên quan đến kiến thức chưa tốt chúng tôi nhận thấy rằng vị thành niên có trình độ học vấn là PTCS có khả năng có kiến thức về SKSS chưa tốt gấp 3,25 lần vị thành niên có trình độ học vấn là PTTH và vị thành niên có trình độ là tiểu học có khả năng có kiến thức về SKSS chưa tốt cao gấp 14,88 lần so với vị thành niên có trình độ học vấn là PTTH, vị thành niên sớm có khả năng có kiến thức về SKSS chưa tốt cao gấp 5,56 lần so với vị thành niên muộn. Đây là những kết quả mà chúng tôi cần phải lưu ý khi lập kế hoạch can thiệp cần phải chú trọng can thiệp tập trung chủ yếu hơn vào các đối tượng này. Ngoài ra dựa vào kết quả phân tích hồi qui đa biến về các yếu tố liên quan đến thực hành chưa tốt chúng tôi còn nhận thấy rằng vị thành niên sống với những người khác như ông, bà, cô, dì... có khả năng thực hành về SKSS chưa tốt

cao gấp 5,29 lần so với vị thành niên chỉ sống với mẹ bởi lẽ như chúng tôi đã nói ở trên chỉ có mẹ là người thân thiết, luôn sát cánh, theo dõi các em và các em nữ có thể bộc lộ hết những điều riêng tư của mình với mẹ, nên những em có điều kiện gần gũi mẹ hơn thì sẽ được mẹ khuyên nhủ, bảo ban nhiều hơn. Kết quả phân tích hồi qui đa biến còn cho thấy những em có kiến thức chưa tốt có khả năng thực hành về SKSS chưa tốt cao gấp 2,1 lần những em có kiến thức tốt, điều này đã bổ sung cho kết quả của chúng tôi là kiến thức chung tốt của các em chỉ đạt 14,1% trong khi thực hành chung tốt đạt 27,1%, điều này có thể lý giải rằng tuy tỷ lệ thực hành chung cao hơn so với kiến thức chung nhưng 27,1% vẫn là một con số cho thấy tỷ lệ thực hành tốt vẫn còn quá thấp cần phải tuyên truyền GDSK thêm cho các em và cũng có thể các em nhận được sự hỗ trợ từ người mẹ của mình trong thực hành về SKSS nhưng sự hiểu biết về SKSS của các em vẫn còn mơ hồ. Do đó trong công tác truyền thông GDSK cho các em chúng tôi sẽ chú trọng thêm về vấn đề cung cấp kiến thức cho các em.

### **4.3. XÂY DỰNG MÔ HÌNH, TIẾN HÀNH VÀ ĐÁNH GIÁ CÁC KẾT QUẢ CAN THIỆP TẠI 4 XÃ CAN THIỆP**

#### **4.3.1. Xây dựng mô hình giải pháp can thiệp**

Qua nghiên cứu thực trạng và phân tích các vấn đề còn tồn tại của kết quả nghiên cứu thực trạng, dựa vào bối cảnh đặc trưng và nhạy cảm về giới và các phát hiện nguyên nhân của hành vi sức khỏe đã cung cấp một số thông tin cơ bản theo mô hình lý thuyết chẩn đoán hành vi PRECEDE – PROCEED để làm cơ sở xây dựng chương trình can thiệp, chúng tôi nhận thấy có rất nhiều vấn đề liên quan đến tình hình chăm sóc SKSSVTN. Tuy nhiên có những vấn đề có thể can thiệp được nhưng cũng có những vấn đề khó có thể can thiệp được. Nhưng để đạt được hiệu quả can thiệp tốt nhất chúng tôi đưa ra mô hình can thiệp “*dựa vào vai trò của cộng đồng, nhà trường và gia đình*” theo các nhóm giải pháp can thiệp bao gồm:

- Giải pháp truyền thông về chăm sóc SKSS vị thành niên cho vị thành niên nữ từ 10 – 19 tuổi nhằm nâng cao kiến thức và thực hành tốt về chăm sóc SKSS VTN tại 4 xã can thiệp.

- Giải pháp nâng cao năng lực cho CBYT và Thầy Cô giáo về kỹ năng truyền thông, kỹ năng chăm sóc SKSS dựa vào bối cảnh đặc thù (người dân tộc thiểu số: sử dụng ngôn ngữ, hình ảnh phù hợp)

- Giải pháp tổ chức huy động sự tham gia của cộng đồng.

#### ***4.3.1.1. Giải pháp truyền thông về chăm sóc SKSS cho vị thành niên nữ từ 10 – 19 tuổi nhằm nâng cao kiến thức và thực hành tốt về chăm sóc SKSS VTN***

Dựa vào bằng chứng từ kết quả điều tra thực trạng và các yếu tố liên quan theo phân tích hồi qui logistic đa biến chúng tôi nhận thấy: tỷ lệ kiến thức, thực hành về SKSS VTN chưa đạt rất cao. Tỷ lệ tảo hôn chiếm gần 50% các trường hợp có chồng ở độ tuổi VTN. Tỷ lệ VTN bị viêm nhiễm đường sinh dục dưới là 2,2%. Kiến thức, thực hành về SKSS chưa đạt ở nhóm VTN sớm và nhóm VTN có trình độ học vấn tiểu học cao hơn các nhóm khác. Thực hành chưa đạt về SKSS của vị thành niên đang đi làm cao gấp 2,39 lần so với vị thành niên đang đi học. Thực hành chưa đạt về SKSS của vị thành niên có điều kiện kinh tế nghèo cao gấp 1,89 lần so với vị thành niên không thuộc hộ nghèo và cận nghèo. Thực hành chưa đạt về SKSS của vị thành niên sống với những người khác cao gấp 5,29 lần so với vị thành niên chỉ sống với mẹ. Thực hành chưa đạt về SKSS của vị thành niên có kiến thức chưa tốt cao gấp 2,1 lần so với vị thành niên có kiến thức tốt. Do đó khi tiến hành can thiệp, chúng tôi đã tập trung truyền thông giáo dục sức khỏe nhằm thay đổi kiến thức, thực hành cho tất cả các em VTN nữ đặc biệt chú trọng nhiều hơn đến các em VTN sớm, VTN có trình độ học vấn tiểu học, các em thuộc diện hộ nghèo và các em không được sống chung với bố mẹ.

- *Truyền thông trực tiếp*: được sự quan tâm giúp đỡ của lãnh đạo huyện, lãnh đạo TTYT, lãnh đạo các trường, thầy cô giáo, phụ huynh và các em VTN. Công tác truyền thông trực tiếp do nghiên cứu sinh thực hiện đã thu được kết quả tốt.

Qua truyền thông, đối tượng đích đã có những thay đổi đáng kể về kiến thức, thực hành chăm sóc SKSS.

Bên cạnh đó, tại mỗi TYT và các trường can thiệp chúng tôi đã thành lập được nhóm “đồng đẳng”, các em vừa là đối tượng nhận thông tin truyền thông vừa là người trực tiếp truyền thông cho các bạn khác, xây dựng nội dung truyền thông để cho nhóm “đồng đẳng” truyền thông lại cho các em khác, vai trò của nhóm “đồng đẳng” là hết sức quan trọng và mang tính bền vững của chương trình.

- *Truyền thông gián tiếp*: xác định hầu hết các em VTN đều biết chữ và đang đi học là lứa tuổi thích khám phá, hiếu động, muốn thể hiện mình, từ nhận thức đúng đến thực hành đúng là cả một quá trình. Vì vậy công tác truyền thông phải được thực hiện mọi lúc mọi nơi, các em có thể dễ dàng tiếp cận và sử dụng lâu dài. Dựa vào kết quả phân tích từ nghiên cứu định lượng đối với người sử dụng dịch vụ và nghiên cứu định tính bằng cách quan sát tại các TYT chúng tôi nhận thấy rằng vật liệu truyền thông, GDSK tại TYT còn thiếu: tờ rơi, tranh ảnh... (kết quả quan sát các TYT theo bảng kiểm và phỏng vấn điều tra các em VTN). Do đó chúng tôi đã thiết kế cuốn sổ tay chăm sóc SKSSVTN để các em dễ dàng bỏ túi, và khi cần thiết có thể lấy ra xem đi xem lại. Đặc biệt tại các TYT mỗi xã can thiệp chúng tôi đã thiết kế và cho lắp đặt 01 pano truyền thông cỡ lớn với các nội dung truyền thông hướng dẫn và những hình ảnh bắt mắt, dễ hiểu để thường xuyên hướng dẫn các em thực hiện phòng chống tảo hôn và viêm nhiễm đường sinh dục dưới.

Bên cạnh đó, một trong những hoạt động truyền thông rất có ý nghĩa được các em VTN nhiệt tình tham gia đó là chương trình sinh hoạt “câu lạc bộ tiền hôn nhân” được tổ chức mỗi 3 tháng, theo đó cứ mỗi 3 tháng một lần các em được cán bộ đoàn thanh niên tại xã tổ chức sinh hoạt câu lạc bộ, ngoài ra chương trình phát thanh truyền hình địa phương đã phát sóng chương trình phòng chống tảo hôn, hôn nhân cận huyết và phòng chống viêm nhiễm đường sinh dục dưới vào mỗi cuối tuần cũng đã mang lại các kết quả tốt và duy trì được tính bền vững của chương trình.

Hội thi tuyên truyền học đường, tìm hiểu kiến thức về SKSSVTN: khái niệm, tâm lý, lứa tuổi VTN, tình dục tuổi VTN, phòng ngừa kết hôn sớm, phòng tránh BLTQĐTĐ, HIV/AIDS, viêm nhiễm đường sinh dục dưới... tại các trường của xã

can thiệp là hoạt động thu hút được nhiều học sinh quan tâm nhất. Để có được kiến thức dự thi, xây dựng được các tiểu phẩm dự thi dưới dạng kịch hoặc hoạt kịch, phản ánh đầy đủ các hành vi, thói quen xấu dẫn đến các nguy cơ ảnh hưởng đến SKSS của học sinh, các em đã tìm hiểu tài liệu, tham khảo ý kiến của các thầy cô, góp phần làm cho các em càng hiểu sâu hơn về chăm sóc SKSSVTN. Như vậy giải pháp truyền thông tích cực can thiệp giải quyết vấn đề dựa vào trường học đã triển khai đồng bộ dưới nhiều hình thức và thu hút nhiều đối tượng tham gia, trong đó đối tượng đích là VTN học sinh đã nhận được thông tin truyền thông từ nhóm nghiên cứu, từ CBYT, từ giáo viên, cán bộ đoàn thanh niên, phụ huynh học sinh. Đặc biệt có nhiều em học sinh vừa là đối tượng nhận thông tin truyền thông vừa là người trực tiếp truyền thông cho các bạn khác trong hội thi truyền thông học đường.

Việc áp dụng giải pháp can thiệp giáo dục SKSS và tình dục ở VTN dựa vào cộng đồng, nhà trường, giáo dục đồng đẳng và mô hình chuẩn đoán hành vi PRECEDE - PROCEED vào truyền thông thay đổi hành vi đã được nhiều tác giả trên thế giới áp dụng thành công. Tác giả Kalembo, Zgambo và Yukai (2013) đã áp dụng chương trình giáo dục SKSS và tình dục ở VTN tại các nước cận Sahara Châu Phi, chương trình đã dựa vào nhà trường, kết quả đã cho thấy sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa các nhóm can thiệp và nhóm chứng liên quan đến các hành vi tình dục rủi ro. Thanh thiếu niên trong nhóm can thiệp báo cáo các hành vi tình dục có nguy cơ ít hơn so với các thanh thiếu niên trong nhóm chứng của họ. Kiến thức về sức khỏe sinh sản và tình dục, kế hoạch hóa gia đình, lây truyền và phòng ngừa bệnh lây truyền qua đường tình dục và AIDS được tìm thấy ở nhóm can thiệp cao hơn đáng kể so với nhóm đối chứng. Ngoài ra ba tác giả này cũng đã áp dụng chương trình can thiệp giáo dục SKSS và tình dục ở VTN dựa vào truyền thông đại chúng, kết quả cũng đã cho thấy nhóm can thiệp có tác động tích cực đối với khả năng nhận thức của thanh thiếu niên nữ về hoạt động tình dục có nguy cơ mang thai và lợi ích của việc kiêng hoặc sử dụng bao cao su. Kết quả của các

nghiên cứu này cũng cho thấy các can thiệp có tác động tích cực nhỏ đến các rào cản nhận thức đối với việc thực hành tình dục an toàn [50].

Tác giả Malleshappa.K, Shivaram Krishna và Nandini C (2011) đã thực hiện chương trình can thiệp giáo dục sức khỏe sinh sản để cải thiện kiến thức của các bé gái thanh thiếu niên trong độ tuổi từ 14-19 ở Ấn Độ. Nghiên cứu được thực hiện trong khoảng thời gian 8 tháng. Tổng cộng có 656 bé gái trong độ tuổi từ 14-19 được chọn ngẫu nhiên từ 3 trường trung học ở Kuppam Mandal, Chittoor, Andhra Pradesh. Chương trình được phát triển với sự tham gia của phụ huynh, giáo viên và các em học sinh được tổ chức trong 6 buổi, mỗi buổi kéo dài hai tiếng và trong 6 ngày liên tục. Chương trình bao gồm các bài giảng của một trong những chuyên gia, áp dụng phương tiện hỗ trợ hình ảnh, âm thanh như thuyết trình power point trên máy chiếu LCD, phim video, biểu đồ, áp phích. Các chủ đề bao gồm giải phẫu và sinh lý của hệ sinh sản nam và nữ, thay đổi thể chất trong và sau tuổi dậy thì, chu kỳ kinh nguyệt, mang thai, chăm sóc tiền sản và nhiều phương pháp tránh thai khác nhau [60].

Sau can thiệp kiến thức về sức khỏe sinh sản được cải thiện đáng kể. Một sự gia tăng đáng kể kiến thức tổng quát về chu kỳ kinh nguyệt, rụng trứng, thụ tinh và mang thai, kiến thức về sự rụng trứng đã được cải thiện từ 49,5% lên 96,1%; về vấn đề kinh nguyệt và vệ sinh kinh nguyệt, có sự gia tăng từ 78,3% lên 96,4% và từ 92,5% lên 98,9% sau can thiệp. Kiến thức về biện pháp tránh thai tăng rõ rệt từ 33,7% lên 97,4%, kiến thức về lây nhiễm và phòng chống bệnh lây truyền qua đường tình dục được ghi nhận là đã cải thiện lớn sau can thiệp. Chương trình can thiệp giáo dục sức khỏe sinh sản đã cải thiện kiến thức và thái độ của các trẻ nữ thanh thiếu niên ở nông thôn về sức khỏe sinh sản [60].

Baratali Rezapour (2016) đã nghiên cứu áp dụng mô hình PRECEDE - PROCEED vào can thiệp thay đổi hành vi phòng chống béo phì ở học sinh trung học cơ sở thành phố Urmia, Iran. Tác giả đã chọn 4 trường trung học cơ sở (2 trường can thiệp và 2 trường đối chứng), ở trường can thiệp các học sinh được truyền thông giáo dục sức khỏe thay đổi hành vi, tham gia các hoạt động thể thao



ngoài trời với thời lượng 4 giờ/ 1 tuần, nhóm học sinh không can thiệp vẫn thực hiện chế độ sinh hoạt bình thường. Kết quả sau 6 tháng can thiệp dựa vào mô hình PRECEDE - PROCEED đã có tác động tích cực đến việc cải thiện các hoạt động thể chất của học sinh giúp chỉ số BMI của nhóm can thiệp giảm so với nhóm không can thiệp [79].

#### ***4.3.1.2. Giải pháp đào tạo nâng cao kiến thức về chăm sóc SKSSVTN cho cán bộ y tế và thầy cô giáo và phụ huynh của các em VTN***

Dựa vào kết quả phân tích từ nghiên cứu định tính và định lượng đối với người cung cấp dịch vụ và người sử dụng dịch vụ chúng tôi nhận thấy rằng: Công tác truyền thông, GDSK về chăm sóc sức khỏe sinh sản VTN chưa được tổ chức thường xuyên tại địa phương (kết quả nghiên cứu định lượng phỏng vấn điều tra các em VTN). Tỷ lệ VTN cần nguồn cung cấp thông tin về SKSS là CBYT và thầy cô giáo rất cao (kết quả nghiên cứu định lượng phỏng vấn điều tra các em VTN). CBYT tại trạm ít được tập huấn, đào tạo lại về chương trình chăm sóc SKSSVTN (chủ yếu là các chương trình lồng ghép) (kết quả PVS cán bộ y tế tại 8 xã nghiên cứu). Thầy cô giáo chưa được đào tạo, tập huấn về nội dung SKSS VTN, chủ yếu là giảng dạy lồng ghép với môn học khác. Xác định được những người có tác động trực tiếp đến việc nâng cao kiến thức, thực hành thay đổi hành vi của các em VTN không ai khác chính là CBYT, cán bộ đoàn thanh niên, gia đình, thầy cô giáo. Đồng thời xác định nguồn nhân lực trong công tác truyền thông là yếu tố then chốt để duy trì tính bền vững của chương trình can thiệp. Chúng tôi đã tiến hành đào tạo tập huấn cho cán bộ y tế, cán bộ đoàn thanh niên, thầy cô giáo, phụ huynh các em VTN về những kiến thức cơ bản để chăm sóc SKSSVTN, từ đó đào tạo họ trở thành các cộng tác viên truyền thông, hàng ngày truyền thông lại cho các em. Sự tham gia của CBYT, thầy cô giáo và phụ huynh vào các giải pháp can thiệp là hết sức quan trọng trong việc nâng cao kiến thức và thực hành chăm sóc SKSS cho các em VTN. Bên cạnh đó, tại mỗi xã can thiệp chúng tôi đã thành lập được đội ngũ cộng tác viên truyền thông là các giáo viên giảng dạy môn sinh học và môn giáo dục công dân,

cán bộ y tế học đường, cán bộ đoàn thanh niên và phụ huynh học sinh, xây dựng nội dung truyền thông để cho CBYT, cán bộ đoàn thanh niên, giáo viên và phụ huynh truyền thông cho các em, trong đó vai trò của cán bộ đoàn thanh niên, giáo viên là hết sức quan trọng và mang tính bền vững của chương trình can thiệp.

#### **4.3.1.3. Giải pháp tổ chức và huy động sự tham gia của cộng đồng**

VTN cần một dịch vụ sức khỏe thân thiện, phù hợp và được chính VTN chấp nhận. Các đặc điểm quan trọng nhất của dịch vụ sức khỏe thân thiện với VTN bao gồm tính riêng tư, bảo mật, dễ tiếp cận với cơ sở và hệ thống dịch vụ, thái độ tôn trọng và không phán xét của người cung cấp dịch vụ, chi phí và các thủ tục hành chính thuận tiện, phù hợp với quy định cũng như đáp ứng được nhu cầu, mong muốn của VTN. Tại các trạm y tế xã hầu như không có phòng tư vấn riêng dành cho VTN, hầu hết dùng chung với phòng hội trường và không đảm bảo được tính riêng tư, bảo mật, không đáp ứng được tiêu chuẩn của một dịch vụ sức khỏe thân thiện.

Vì vậy giải pháp cải thiện dịch vụ sức khỏe thân thiện cho VTN là giải pháp cần có sự huy động nguồn lực của địa phương, đặc biệt huy động sự hỗ trợ từ các dự án. Trong nghiên cứu này, dựa vào tiêu chuẩn cần có của dịch vụ sức khỏe thân thiện, chúng tôi đã cung cấp được một số vật liệu cần thiết cho phòng tư vấn sức khỏe sinh sản VTN của các TYT xã được can thiệp như ngăn cách phòng hội trường tách biệt với phòng tư vấn, trang cấp rèm che đảm bảo tính riêng tư, bảo mật, trang cấp sổ tay chăm sóc SKSSVTN, tờ rơi cho trạm để phát cho các em đến khám mang về sử dụng tại nhà... tuy nhiên để có được một phòng tư vấn riêng biệt và đầy đủ trang thiết bị hơn nữa đòi hỏi phải có thời gian và nguồn kinh phí dồi dào thì mới hoàn thiện được.

Cải thiện dịch vụ sức khỏe sinh sản thân thiện cho VTN là giải pháp cần thiết giúp VTN có đủ kiến thức và nhận thức đúng việc chăm sóc SKSS cho bản thân và đã được một số nước triển khai thực hiện có hiệu quả. Tại Nepal (2007) đã thực hiện nghiên cứu giải pháp can thiệp hỗ trợ các dịch vụ y tế địa phương. Dự án thực hiện bốn loại hoạt động chính để tăng cường các dịch vụ thân thiện với thanh thiếu niên tại các cơ sở y tế địa phương bao gồm: Đào tạo cho các nhà cung cấp dịch vụ y

tế, cung cấp thiết bị thiết yếu cho các cơ sở y tế, các chuyến thăm khám hỗ trợ kỹ thuật cho các cơ sở y tế, cung cấp tài liệu thông tin, giáo dục và truyền thông [86].

Tại New Zealand, nhiều giải pháp để làm giảm bệnh lây truyền qua đường tình dục và mang thai ngoài ý muốn cho VTN dân tộc thiểu số Maori, đó là: Phổ biến rộng rãi về nơi cung cấp thông tin CSSKSS cho VTN để VTN biết đến. Cung cấp dịch vụ sức khỏe thân thiện cho VTN. Cung cấp tranh ảnh, tờ rơi ở trường học. Cung cấp tranh ảnh về tình dục ở những nơi mà VTN có thể đi đến. Thực hiện giáo dục đồng đẳng [67].

Tại Cameroon, hội nghị quốc tế về dân số và phát triển được tổ chức tại Cairo năm 1994, Cameroon là một trong 179 nước thuộc thành viên của Liên hợp quốc đã ký kết chương trình hành động bao gồm cung cấp các thông tin về SKSS, tình dục và cung cấp các dịch vụ SKSS thân thiện cho VTN bao gồm cả KHHGD. Chương trình hành động này đã giúp VTN gia tăng kiến thức về tình dục, gia tăng kiến thức về bệnh nhiễm khuẩn lây truyền qua đường sinh sản, gia tăng việc sử dụng thuốc tránh thai và bao cao su, giảm tỷ lệ mang thai ngoài ý muốn và tỷ lệ mắc bệnh lây truyền qua đường sinh sản kể cả HIV/AIDS [40].

#### ***4.3.1.4. Những thuận lợi và khó khăn khi thực hiện các giải pháp can thiệp***

Việc thực hiện các giải pháp can thiệp chúng tôi gặp rất nhiều thuận lợi nhờ có sự chỉ đạo, hỗ trợ tích cực từ chính quyền địa phương, lãnh đạo TTYT, Phòng Giáo dục huyện. Ban Giám hiệu, Thầy Cô giáo của các Trường THCS, THPT cũng như các trạm trưởng của các trạm y tế đã rất nhiệt tình, quan tâm tạo mọi điều kiện thuận lợi nhất như bố trí địa điểm, thời gian hợp lý để giáo viên, học sinh cũng như phụ huynh tham gia đầy đủ các buổi truyền thông giáo dục sức khỏe. Ngoài ra nhờ sự giúp đỡ hỗ trợ nhiệt tình từ lãnh đạo nhà trường và lãnh đạo xã mà việc duy trì các hoạt động can thiệp vẫn được tiếp tục mang lại tính bền vững cho chương trình, các buổi sinh hoạt ngoại khóa hoặc sinh hoạt tập thể vào mỗi cuối tuần đã được Nhà trường lồng ghép chương trình giáo dục SKSSVTN vào để phổ biến cho các em, đồng thời các buổi sinh hoạt câu lạc bộ “tiền hôn nhân” tại xã được cán bộ đoàn thanh niên tổ chức thường xuyên hơn và được các em hưởng ứng tích cực.

Bên cạnh những thuận lợi như vậy, việc thực hiện chương trình vẫn còn gặp một số khó khăn nhất định, việc cải thiện dịch vụ sức khỏe thân thiện cho VTN còn hạn chế do các TYT chưa có phòng tư vấn riêng, nguồn kinh phí còn hạn hẹp nên chúng tôi chỉ mới cải thiện được một phần cho hoạt động này. Để đảm bảo tính bền vững cho hoạt động này cần có sự tham gia, hỗ trợ tích cực hơn nữa từ các Ban, Ngành, Đoàn thể để các em VTN có thể nhận được sự chăm sóc SKSS tốt hơn.

#### **4.3.2. Đánh giá hiệu quả can thiệp**

##### **4.3.2.1. Thay đổi về kiến thức**

Việc áp dụng nhiều phương pháp can thiệp lồng ghép với nhau sẽ mang lại những tác động tích cực trong việc cải thiện kiến thức về chăm sóc sức khỏe sinh sản vị thành niên (SKSSVTN). Các phương pháp can thiệp đó gồm: Chương trình giáo dục SKSSVTN dựa vào trường học, chương trình giáo dục SKSSVTN dựa vào cộng đồng, chương trình giáo dục SKSSVTN dựa vào giáo dục đồng đẳng, chương trình giáo dục SKSSVTN dựa vào truyền thông, chương trình giáo dục SKSSVTN dựa vào cơ sở vật chất về y tế.

Chương trình can thiệp của chúng tôi đã áp dụng các phương pháp can thiệp nói trên và đã đem lại các kết quả tốt. Thực tế một số nước trên thế giới như Ấn Độ, Cameroon, các nước cận Sahara Châu phi, Công gô cũng đã áp dụng thành công các phương pháp này [40], [50], [60], [65], [66].

Kết quả bảng 3.27, bảng 3.28 cho thấy sau khi thực hiện giải pháp truyền thông, giáo dục sức khỏe cho các em VTN, kiến thức của các em đã có sự thay đổi theo chiều hướng tích cực:

Nhóm can thiệp: trước can thiệp tỷ lệ kiến thức tốt là 10%, sau can thiệp tăng lên 23,7%; tỷ lệ kiến thức chưa tốt là 90%, sau can thiệp giảm xuống còn 73,6%. Sự khác biệt giữa trước và sau can thiệp có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,05$ . Chỉ số hiệu quả là 15,2%.

Nhóm không can thiệp: trước can thiệp tỷ lệ kiến thức tốt là 17,9%, sau can thiệp là 14,3%; tỷ lệ kiến thức chưa tốt là 82,1%, sau can thiệp tăng lên 85,7%. Sự

khác biệt giữa thời điểm trước và sau 18 tháng không ý nghĩa thống kê với  $p > 0,05$ . Chỉ số hiệu quả là  $-4,4\%$ ,  $HQCT (\%) = 19,6\%$ .

Kết quả trên cho thấy giải pháp truyền thông, giáo dục sức khỏe đã có tác động tích cực đến việc thay đổi kiến thức về SKSS của nữ VTN ở nhóm can thiệp, góp phần cải thiện tình hình chăm sóc sức khỏe sinh sản cho các em.

Năm 2010, tác giả Trần Thị Nga cũng đã thực hiện một chương trình can thiệp giáo dục sức khỏe sinh sản VTN tại các trường THPT ở huyện miền núi Phú Lương, tỉnh Thái Nguyên. Tác giả đã thiết kế nghiên cứu can thiệp cộng đồng có nhóm đối chứng. Nghiên cứu đã đánh giá hiệu quả của chương trình can thiệp giáo dục sức khỏe sinh sản VTN, có ba hoạt động can thiệp được tiến hành gồm truyền thông GDSK cho nhóm nhỏ do các CBYT của trung tâm y tế huyện thực hiện, tư vấn SKSS do các giáo viên, cán bộ đoàn thanh niên của trường trực tiếp tư vấn, cung cấp tài liệu giáo dục SKSS cho học sinh như tài liệu phát tay, tờ rơi... Kết quả sau can thiệp kiến thức về SKSS của các em tăng lên rõ rệt và sự khác biệt có ý nghĩa thống kê so với trước can thiệp và so với nhóm chứng [15].

#### **4.3.2.2. Thay đổi về thực hành**

Kết quả bảng 3.29, bảng 3.30 cho thấy sau khi thực hiện giải pháp truyền thông, giáo dục sức khỏe cho các em VTN, phần thực hành về SKSS của các em đã có sự cải thiện rõ rệt:

Nhóm can thiệp: trước can thiệp tỷ lệ thực hành tốt là  $27,1\%$ , sau can thiệp tăng lên  $42,9\%$ ; tỷ lệ thực hành chưa tốt là  $72,9\%$ , sau can thiệp giảm xuống còn  $57,1\%$ . Sự khác biệt giữa trước và sau can thiệp có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,05$ . Chỉ số hiệu quả là  $21,7\%$ .

Nhóm không can thiệp: trước can thiệp tỷ lệ thực hành tốt là  $27,0\%$ , sau can thiệp là  $17,6\%$ ; tỷ lệ thực hành chưa tốt là  $73,0\%$ , sau can thiệp tăng lên  $82,4\%$ . Sự khác biệt giữa thời điểm trước và sau 18 tháng có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,05$ . Chỉ số hiệu quả là  $-12,9\%$ ,  $HQCT (\%) = 34,6\%$ .

Kết quả trên cho thấy giải pháp truyền thông, giáo dục sức khỏe đã có tác động tích cực đến việc thay đổi thực hành về chăm sóc SKSS của nữ VTN ở nhóm can thiệp.

Tại Mỹ vào năm 2010, Jane Dimmit Champion đã thực hiện một chương trình can thiệp thay đổi hành vi nhận thức của các em vị thành niên nữ người dân tộc thiểu số ở Mỹ, thiết kế chương trình can thiệp cộng đồng so sánh kết quả trước và sau can thiệp. Chương trình can thiệp này chủ yếu dựa vào cộng đồng thông qua việc tổ chức các buổi hội thảo, thảo luận nhóm và đã mang lại những kết quả rất tốt: sau can thiệp 5% em báo cáo không có triệu chứng bệnh LTQĐTD so với 32% em trước can thiệp, 68% em cảm thấy thoải mái khi nói chuyện về quan hệ tình dục với nam giới so với 27% em lúc trước can thiệp, 100% em đã sử dụng bao cao su so với 67% em trước can thiệp, 98% em biết cách sử dụng bao cao su đúng cách so với 58% trước can thiệp [34].

Ngoài ra, để giúp VTN giảm nguy cơ mang thai và bệnh lây truyền qua đường tình dục, các nhà hoạch định chương trình can thiệp ở Mỹ đã xây dựng 26 chương trình bao gồm 11 chương trình được thiết kế và lượng giá tại trường học, 10 chương trình được thực hiện tại cộng đồng và 5 chương trình được thực hiện tại phòng khám bệnh bao gồm các nội dung sau: Tránh nguy cơ mang thai, kiêng quan hệ tình dục: 14 chương trình được thực hiện có ý nghĩa thống kê qua việc trì hoãn thời gian quan hệ tình dục lần đầu. Giảm nguy cơ do các hoạt động tình dục: Nhiều chương trình đã cho thấy giảm được các nguy cơ khác của hoạt động tình dục: 14 chương trình giúp gia tăng việc sử dụng bao cao su, 9 chương trình giúp gia tăng việc sử dụng thuốc tránh thai hơn là sử dụng bao cao su, 13 chương trình cho thấy giảm số lượng bạn tình, tăng tỷ lệ chế độ một vợ một chồng, 7 chương trình giảm tần suất quan hệ tình dục, 10 chương trình giảm tỷ lệ mắc do quan hệ tình dục không bảo vệ. Giảm tỷ lệ mang thai VTN và bệnh LTQĐTD: 13 chương trình được thực hiện có ý nghĩa thống kê, giảm được tỷ lệ mang thai VTN và bệnh LTQĐTD ở nhóm can thiệp so với nhóm chứng [27].

#### **4.3.2.3. Thay đổi về tỷ lệ tảo hôn**

Nhóm can thiệp: trước can thiệp tỷ lệ tảo hôn là 46,2%, sau can thiệp giảm còn 27,3%. Sự khác biệt giữa trước và sau can thiệp không có ý nghĩa thống kê với  $p > 0,05$ .

Nhóm không can thiệp: trước can thiệp tỷ lệ tảo hôn là 53,8%, sau can thiệp là 52,0%. Sự khác biệt giữa thời điểm trước và sau 18 tháng không có ý nghĩa thống kê với  $p > 0,05$ .

Chương trình can thiệp của chúng tôi trong việc phòng chống tảo hôn đã nhận được sự quan tâm giúp đỡ của lãnh đạo huyện, lãnh đạo TTYT, lãnh đạo các trường, thầy cô giáo, phụ huynh và các em VTN. Qua truyền thông, các em đã nhận thức được các hậu quả của việc kết hôn sớm ảnh hưởng đến sức khỏe sinh sản, đời sống kinh tế, xã hội trầm trọng như thế nào qua đó các em đã thay đổi được hành vi của mình.

Bên cạnh đó, tại mỗi TYT và các trường can thiệp chúng tôi đã thành lập được nhóm “đồng đẳng”, các em vừa là đối tượng nhận thông tin truyền thông vừa là người trực tiếp truyền thông cho các bạn khác, xây dựng nội dung truyền thông để cho nhóm “đồng đẳng” truyền thông lại cho các em khác, vai trò của nhóm “đồng đẳng” là hết sức quan trọng và mang tính bền vững của chương trình.

Ngoài ra, một trong những hoạt động truyền thông rất có ý nghĩa được các em VTN nhiệt tình tham gia đó là chương trình sinh hoạt “câu lạc bộ tiền hôn nhân” được tổ chức mỗi 3 tháng, theo đó cứ mỗi 3 tháng một lần các em được cán bộ đoàn thanh niên tại xã tổ chức sinh hoạt câu lạc bộ, chương trình phát thanh truyền hình địa phương đã phát sóng chương trình phòng chống tảo hôn, hôn nhân cận huyết vào mỗi cuối tuần cũng đã mang lại các kết quả tốt và duy trì được tính bền vững của chương trình.

#### **4.3.2.4. Thay đổi về tỷ lệ viêm nhiễm đường sinh dục dưới**

Nhóm can thiệp: trước can thiệp tỷ lệ viêm nhiễm đường sinh dục dưới là 2,1%, sau can thiệp giảm còn 0,6%; tỷ lệ không bị viêm nhiễm là 97,9%, sau can

thiệt là 99,4%. Sự khác biệt giữa trước và sau can thiệp có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,05$ . Chỉ số hiệu quả là 71,4%.

Nhóm không can thiệp: trước can thiệp tỷ lệ viêm nhiễm đường sinh dục dưới là 2,2%, sau can thiệp là 3,3%; tỷ lệ không bị viêm nhiễm là 97,8%, sau can thiệp là 96,7%. Sự khác biệt giữa thời điểm trước và sau 18 tháng không có ý nghĩa thống kê với  $p > 0,05$ . Chỉ số hiệu quả là -50,0%, HQCT (%) = 121,4%.

Mặc dù theo kết quả nghiên cứu, tỷ lệ viêm nhiễm đường sinh dục dưới ở các em VTN nữ không cao, tuy nhiên điều này cũng ảnh hưởng đến việc chăm sóc sức khỏe sinh sản của các em. Hiệu quả của giải pháp can thiệp cho thấy giải pháp truyền thông, giáo dục sức khỏe đã có tác động tích cực đến việc thay đổi tỷ lệ viêm nhiễm đường sinh dục dưới của nữ VTN ở nhóm can thiệp. Chương trình phát thanh truyền hình địa phương đã phát sóng chương trình phòng chống viêm nhiễm đường sinh dục dưới vào mỗi cuối tuần cũng đã mang lại các kết quả tốt và duy trì được tính bền vững của chương trình.



## KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu thực trạng sức khỏe sinh sản và đánh giá hiệu quả của mô hình can thiệp ở nữ vị thành niên huyện miền núi A Lưới, tỉnh Thừa Thiên Huế chúng tôi có một số kết luận sau:

### **1. Thực trạng và một số yếu tố liên quan đến sức khỏe sinh sản nữ vị thành niên tại huyện A Lưới, tỉnh Thừa Thiên Huế**

#### ***1.1. Thực trạng sức khỏe sinh sản nữ vị thành niên***

- 14,1% vị thành niên có kiến thức chung tốt về chăm sóc sức khỏe sinh sản và 85,9% vị thành niên có kiến thức chung chưa tốt.
- 27,1% vị thành niên thực hành chung tốt về chăm sóc sức khỏe sinh sản và 72,9% vị thành niên thực hành chung chưa tốt.
- 2,2% nữ vị thành niên bị viêm đường sinh dục dưới.
- 50% nữ vị thành niên kết hôn sớm trong số các em vị thành niên có chồng.

#### ***1.2. Các yếu tố liên quan đến kiến thức và thực hành về sức khỏe sinh sản vị thành niên theo phân tích hồi qui đa biến***

- Có mối liên quan giữa trình độ học vấn, giai đoạn vị thành niên với kiến thức chung về sức khỏe sinh sản VTN ( $p < 0,05$ ). Trong đó kiến thức chưa tốt thường gặp ở nhóm vị thành niên có trình độ học vấn là THCS (OR = 3,25, CI = 95%), vị thành niên có trình độ là tiểu học (OR = 14,88, CI = 95%), vị thành niên sớm (OR = 5,56, CI = 95%).

- Có mối liên quan giữa kiến thức, dân tộc, trình độ học vấn, nghề nghiệp, giai đoạn vị thành niên, điều kiện kinh tế, tình trạng chung sống trong gia đình với thực hành chung về sức khỏe sinh sản VTN ( $p < 0,05$ ). Trong đó thực hành chưa tốt thường gặp ở nhóm vị thành niên có kiến thức chưa tốt (OR = 2,1, CI = 95%), vị thành niên sớm (OR = 1,99, CI = 95%), vị thành niên đang đi làm (OR = 2,39, CI = 95%), vị thành niên có điều kiện kinh tế nghèo (OR = 1,89, CI = 95%), vị thành niên không sống với bố, mẹ (OR = 5,29, CI = 95%).

## **2. Xây dựng, thử nghiệm và đánh giá hiệu quả của mô hình can thiệp cải thiện thực trạng sức khỏe sinh sản nữ vị thành niên**

### **2.1. Các giải pháp can thiệp đã tiến hành**

- Giải pháp truyền thông nhằm nâng cao kiến thức và thực hành tốt về SKSS VTN tại 4 xã can thiệp. Chọn các em VTN có kiến thức tốt để thực hiện hoạt động giáo dục đồng đẳng.

- Giải pháp nâng cao năng lực cho CBYT và Thầy Cô giáo về kỹ năng truyền thông, kỹ năng chăm sóc SKSS dựa vào bối cảnh đặc trưng và nhạy cảm về giới.

- Giải pháp tổ chức huy động sự tham gia của cộng đồng.

### **2.2. Hiệu quả của giải pháp can thiệp**

- Ở nhóm can thiệp

+ Kiến thức chung chưa tốt giảm từ 90% xuống 76,3%. Chỉ số hiệu quả là 15,2% ( $p < 0,05$ ).

+ Thực hành chung chưa tốt giảm từ 72,9% xuống 57,1%.. Chỉ số hiệu quả là 21,7% ( $p < 0,05$ ).

+ Tỷ lệ tảo hôn giảm từ 46,2% xuống còn 27,3% ( $p > 0,05$ ).

+ Tỷ lệ viêm nhiễm đường sinh dục dưới giảm từ 2,1% xuống còn 0,6%. Chỉ số hiệu quả là 71,4% ( $p < 0,05$ ).

Hiệu quả can thiệp: thay đổi kiến thức là 19,6%, thay đổi thực hành là 34,6%, thay đổi tỷ lệ viêm nhiễm đường sinh dục dưới là 121,4%.

## KIẾN NGHỊ

Qua kết quả nghiên cứu thực trạng, phân tích các yếu tố liên quan và triển khai một số giải pháp can thiệp cải thiện kiến thức và thực hành về sức khỏe sinh sản VTN nữ người dân tộc thiểu số tại huyện miền núi A Lưới, tỉnh Thừa Thiên Huế chúng tôi có một số kiến nghị như sau:

- Chăm sóc sức khỏe sinh sản vị thành niên ngày nay đã trở thành vấn đề ưu tiên của chăm sóc sức khỏe sinh sản nói chung. Để cải thiện kiến thức và thực hành chăm sóc sức khỏe sinh sản VTN, cần có sự phối hợp với tinh thần trách nhiệm cao của các cấp, các ngành, đặc biệt là ngành y tế, ngành giáo dục. Việc thực hiện các giải pháp can thiệp cần dựa vào các bằng chứng xác đáng từ các nghiên cứu khoa học, dựa vào bối cảnh đặc trưng và nhạy cảm về giới là yếu tố cốt lõi dẫn đến sự thành công của can thiệp.

- Dựa vào các kết quả nghiên cứu đã đạt được hướng nghiên cứu tiếp theo của chúng tôi là sẽ tiếp tục nhân rộng mô hình can thiệp trong thời gian tới cho các xã còn lại trong toàn huyện. Nhân rộng giải pháp truyền thông trực tiếp cho đối tượng đích là VTN nữ, chú trọng đến việc truyền thông có sự tham gia của nhóm đồng đẳng. Khi thực hiện công tác truyền thông giáo dục sức khỏe cần minh họa nhiều tranh ảnh phù hợp với người dân tộc thiểu số, truyền thông gián tiếp bằng việc phát các vật liệu truyền thông như tờ rơi, sổ tay, truyền thông qua đài phát thanh truyền hình bằng ngôn ngữ địa phương. Để tiếp tục thực hiện các giải pháp này cần phải có sự phối hợp chặt chẽ giữa nhà trường, cộng đồng và gia đình các em VTN để việc can thiệp có hiệu quả hơn.

- Đáp ứng nhu cầu dịch vụ chăm sóc sức khỏe sinh sản vị thành niên, thanh niên kịp thời, kín đáo và bí mật để vị thành niên, thanh niên dễ tiếp cận.

- Cần tăng cường, đẩy mạnh công tác sinh hoạt câu lạc bộ “tiền hôn nhân” của đoàn thanh niên để các em được cập nhật kiến thức về sức khỏe sinh sản và để duy trì tính bền vững của chương trình can thiệp.

- Chính quyền, ngành y tế địa phương và trường học cần tiếp tục chú trọng nhiều hơn nữa đến vấn đề chăm sóc SKSS cho vị thành niên, tăng cường tổ chức các khóa tập huấn để nâng cao năng lực truyền thông, cập nhật kiến thức về chăm sóc sức khỏe sinh sản vị thành niên cho đội ngũ cán bộ y tế địa phương, đội ngũ thầy cô giáo để duy trì tính bền vững của chương trình và chiến lược quốc gia về chăm sóc SKSS vị thành niên đến năm 2030 đạt được nhiều kết quả tốt.

# DANH MỤC CÁC CÔNG TRÌNH NGHIÊN CỨU KHOA HỌC ĐÃ CÔNG BỐ

## Các công trình đã đăng tạp chí

1. Đào Nguyễn Diệu Trang, Phan Thị Bích Ngọc, Nguyễn Vũ Quốc Huy, (2017), *Nghiên cứu kiến thức, thái độ, thực hành về chăm sóc sức khỏe sinh sản ở nữ vị thành niên tại huyện A Lưới, tỉnh Thừa Thiên Huế*, Tạp chí Y Dược học, Trường Đại học Y Dược Huế, tập 6 (06) tháng 8/2017, trang 85-89.
2. Cao Ngọc Thành, Nguyễn Vũ Quốc Huy, Đào Nguyễn Diệu Trang, (2017), *Nghiên cứu kiến thức, thái độ, thực hành về chăm sóc sức khỏe sinh sản ở nữ vị thành niên người dân tộc thiểu số, tỉnh Thừa Thiên Huế*, Tạp chí Y Dược học, Trường Đại học Y Dược Huế, tập 7 (04) tháng 1/2017, trang 21-28.
3. Đào Nguyễn Diệu Trang, Phan Thị Bích Ngọc, Nguyễn Vũ Quốc Huy, (2018), *Nghiên cứu tình hình viêm nhiễm đường sinh dục dưới ở nữ vị thành niên người dân tộc thiểu số tại huyện A Lưới, Tỉnh Thừa Thiên Huế*, Tạp chí Y Dược học, Trường Đại học Y Dược Huế, tập 8 (06) tháng 12/2018, trang 210-217.
4. Đào Nguyễn Diệu Trang, Phan Thị Bích Ngọc, Nguyễn Vũ Quốc Huy, Cao Ngọc Thành, (2020), *Nghiên cứu thực trạng chăm sóc sức khỏe sinh sản ở nữ vị thành niên người dân tộc thiểu số, Tỉnh Thừa Thiên Huế*, Tạp chí Y học Việt Nam, Tổng hội Y học Việt Nam, số 2 tháng 6/2020, trang 54-60.
5. Đào Nguyễn Diệu Trang, Phan Thị Bích Ngọc, Nguyễn Vũ Quốc Huy, Cao Ngọc Thành, (2020), *Hiệu quả giải pháp can thiệp cộng đồng cải thiện tình hình chăm sóc sức khỏe sinh sản ở nữ vị thành niên huyện A Lưới, tỉnh Thừa Thiên Huế*” Tạp chí Y Dược học, Trường Đại học Y Dược Huế, số 5, tập 10, tháng 10/2020.

### **Báo cáo tại Hội nghị**

1. Dao Nguyen Dieu Trang, (2019), Study on the knowledge, attitudes, practices of reproductive health care among adolescent girls in minority ethnics, Thua Thien Hue Province, Vietnam. Poster presentation at 22<sup>nd</sup> Eafons 2019, National University of Singapore, 17 – 18 January, 2019.
2. Dao Nguyen Dieu Trang, (2020), Study on the status of lower genital tract infections among ethnic minority adolescent girls in Aluoi district, Thua Thien Hue Province, Vietnam. Poster presentation at 23<sup>rd</sup> Eafons 2020, Chiang Mai University Faculty of Nursing, Thailand, 10 – 11 January, 2020.
3. Đào Nguyễn Diệu Trang, (2016), Nghiên cứu kiến thức, thái độ, thực hành chăm sóc sức khỏe sinh sản ở nữ vị thành niên tại huyện A Lưới, Tỉnh Thừa Thiên Huế. Báo cáo Hội nghị sau đại học lần thứ VIII, Trường Đại học Y Dược Huế, tháng 11 năm 2016.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

### TIẾNG VIỆT

1. Bộ Y tế (2008), *Sức khỏe sinh sản*, Nhà xuất bản giáo dục, Hà Nội, tr 30 – 32.
2. Bộ Y tế (2009), *Quyết định 4620/QĐ-BYT về việc hướng dẫn quốc gia về các dịch vụ chăm sóc sức khỏe sinh sản*, tr 347 – 350.
3. Bộ Y tế (2016), *Quyết định số 4128/QĐ-BYT về việc hướng dẫn quốc gia về các dịch vụ chăm sóc sức khỏe sinh sản*, tr 361 – 365.
4. Bộ Y tế và các cộng sự. (2005), *Điều tra quốc gia về vị thành niên và thanh niên Việt Nam (SAVY 1)*.
5. Bộ Y tế, Tổng cục dân số và Kế hoạch hóa gia đình (2010), *Điều tra quốc gia về vị thành niên và thanh niên Việt Nam lần thứ II (SAVY 2)*, tr 12 – 14.
6. Nguyễn Ngọc Chơn (2010), *Nghiên cứu kiến thức, thái độ, thực hành về sức khỏe sinh sản và tình hình nạo phá thai ở lứa tuổi vị thành niên thành phố Mỹ Tho*, Luận án chuyên khoa cấp II, Trường Đại học Y Dược Huế.
7. Cục thống kê Thừa Thiên Huế và Chi cục thống kê huyện A Lưới (2020), *Niên giám thống kê 2019*.
8. Nguyễn Văn Hiến và cộng sự (2012), *Khoa học hành vi và truyền thông giáo dục sức khỏe*, Nhà xuất bản y học – Hà Nội.
9. Vũ Văn Hoàn, Lê Lan Hương và Nguyễn Thanh Hương (2010), "Mô tả kiến thức, thái độ, thực hành phòng chống các bệnh lây truyền đường tình dục và HIV/AIDS của thanh thiếu niên dân tộc Thái 14-24 tuổi tại xã Tông Lạnh, Thuận Châu, Sơn La.", *Y học Thực hành*. 727, tr. 85-88.

10. Cao Thị Hoài Hương (2014), *Biện pháp quản lý hoạt động giáo dục sức khỏe sinh sản cho học sinh trung học phổ thông tỉnh Kon Tum*, Thạc sĩ Quản lý giáo dục, Đại học Đà Nẵng, tr 10.
11. Phạm Văn Linh và Đinh Thanh Huệ (2008), *Phương pháp nghiên cứu khoa học sức khỏe*, Nhà xuất bản Đại Học Huế.
12. Nguyễn Thị Hải Lý (2008), *Ảnh hưởng của giáo dục nhà trường tới nhận thức của học sinh THPT về sức khỏe sinh sản*, Thạc sĩ Quản lý giáo dục, Đại học Sư phạm Thái Nguyên, tr 59.
13. Nguyễn Văn Mạnh (2017), "Tảo hôn và hôn nhân cận huyết thống ở các dân tộc thiểu số tỉnh Quảng Bình, Quảng Trị", *Tạp chí thông tin khoa học và công nghệ Quảng Bình*. 2017, tr 61 – 64.
14. Hoàng Văn Minh (2019), *Phương pháp nghiên cứu can thiệp: Thiết kế và phân tích thống kê*, Nhà xuất bản y học, tr 82 – 85.
15. Trần Thị Nga, Đỗ Thị Phương và Nguyễn Tuyết Trang (2010), "Đánh giá hiệu quả chương trình can thiệp giáo dục sức khỏe sinh sản vị thành niên tại huyện Phú Lương, tỉnh Thái Nguyên", *Tạp chí Nghiên cứu Y học phụ truong*. 70, tr. 139-144.
16. Thủ tướng chính phủ (2015), Quyết định số 59/2015/QĐ-TTg về việc ban hành chuẩn nghèo tiếp cận đa chiều áp dụng cho giai đoạn 2016 - 2020.
17. Quốc hội (2014), *Luật hôn nhân và gia đình*.
18. Nguyễn Đình Sơn (2012), *Nghiên cứu kiến thức, thái độ và hành vi sức khỏe sinh sản của học sinh trung học phổ thông huyện Vũ Quang, tỉnh Hà Tĩnh*, Luận án chuyên khoa cấp II, Trường Đại học Y Dược Huế.
19. Phan Đăng Tâm (2019), *Nghiên cứu thực trạng tảo hôn và kiến thức, thái độ, thực hành về tảo hôn của phụ nữ trong độ tuổi từ 15 – 49 tại huyện A Lưới tỉnh Thừa Thiên Huế năm 2018*, Luận án chuyên khoa II Trường Đại học Y Dược Huế.



20. Thủ tướng chính phủ (2001), *Quyết định số 35/2001/QĐ – TTg ngày 19/3/2001 về việc phê duyệt chiến lược chăm sóc và bảo vệ sức khỏe nhân dân giai đoạn 2001 – 2010.*
21. Thủ tướng chính phủ (2011), *Quyết định số 2013/QĐ – TTg - ngày 14/11/2011 về việc phê duyệt chiến lược dân số và sức khỏe sinh sản Việt Nam giai đoạn 2011 – 2020.*
22. Trung tâm chăm sóc sức khỏe sinh sản tỉnh Thừa Thiên Huế (2016), *Báo cáo tổng kết công tác chăm sóc sức khỏe sinh sản, phòng chống suy dinh dưỡng năm 2016 và triển khai nhiệm vụ năm 2017.*
23. Trung tâm kiểm soát bệnh tật Tỉnh Thừa Thiên Huế (2019), báo cáo tổng kết công tác của trung tâm kiểm soát bệnh tật Tỉnh Thừa Thiên Huế năm 2018.
24. Nguyễn Văn Trường (2007), *Thực trạng và 1 số yếu tố liên quan đến kiến thức, thái độ, hành vi về sức khỏe sinh sản của học sinh trung học phổ thông huyện Đại Từ ,tỉnh Thái Nguyên*, Luận văn Thạc sĩ Y học, Đại học Y khoa - Đại học Thái Nguyên.
25. UNICEF (2010), *Báo cáo phân tích tình hình trẻ em tại Việt Nam 2010.*
26. Ủy ban dân tộc Việt Nam (2015), *Kết quả điều tra thực trạng kinh tế, xã hội 53 dân tộc thiểu số năm 2015*, truy cập ngày-ngày 3/4/2017, tại trang web <http://ubdt.gov.vn>. Tr26

## **TIẾNG ANH**

27. Alford Sue, et al. (2008), *Science and success, Second Edition: Sex education and other programs that work to prevent teen pregnancy, HIV & sexually transmitted infections*, Advocates for Youth, Washington, DC, 48.

28. Ali Abdel Aziem A (2014), "Socio-Demographic Factors Affecting Child Marriage in Sudan", *Journal of Women's Health Care*. 03, pp. 4-6.
29. Asrese Kerebih (2014), "Early Marriage in South Wollo and East Gojjam Zones of the Amhara Region, Ethiopia", *Humanities and Social Sciences*. 2(2), pp. 11-16.
30. Association Australian Medical (2014), *Sexual and Reproductive Health*, AMA Position Statement, pp 1.
31. Avni Michal, Prieto Diana, and Robertson Angela (2007), *New Insights on Preventing Child Marriage A Global Analysis of Factors and Programs*, International Center for Research on Women (ICRW), pp 4-7
32. Bala-Nath Madhu (2003), *Strategies for Sexual and Reproductive Health of Adolescents and Youth*, pp 17.
33. Champion Jane D., Young C., and Rew L. (2015), "Substantiating the need for primary care-based sexual health promotion interventions for ethnic minority adolescent women experiencing health disparities", *Journal of the American Association of Nurse Practitioners*. 28(9), pp. 487-492.
34. Champion Jane Dimmitt and Collins Jennifer L. (2010), "The path to intervention: Community partnerships and development of a cognitive behavioral intervention for ethnic minority adolescent females", *Issues in Mental Health Nursing*. 31(11), pp. 739-747.
35. Champion Jane Dimmitt and Roye Carol F. (2014), "Toward an understanding of the context of anal sex behavior in ethnic minority adolescent women", *Issues in Mental Health Nursing*. 35(7), pp. 509-516.
36. De Ravello Lori, et al. (2014), "Substance Use and Sexual Risk Behaviors Among American Indian and Alaska Native High School Students", *Journal of School Health*. 84, pp. 25-32.

37. De Silva .W.I, Somanathan Aparnaa, and Eriyagama Vindya (2003), *Adolescent and youth reproductive health in Sri Lanka*.
38. Edgardh K (2002), "Adolescent sexual health in Sweden", *Sexually Transmitted Infections*. 78(5), pp. 352-356.
39. Engel Danielle Marie Claire, et al. (2019), "A Package of Sexual and Reproductive Health and Rights Interventions—What Does It Mean for Adolescents?", *Journal of Adolescent Health*. 65(6), pp. S41-S50.
40. Engen Ida Kristin (2013), *Prevention of adolescent pregnancies through access to sexual and reproductive health measures in Cameroon: Prevention of adolescent pregnancies through access to sexual and reproductive health measures in Cameroon*, Oslo and Akershus University College of Applied Sciences, Faculty of Social Sciences, Oslo.
41. Family Planning NSW (2013), *Reproductive and Sexual Health in Australia*, Ashfeld, Sydney, pp 36.
42. Family Planning Victoria (2014), *A review of current and relevant literature on sexual and reproductive health services for young people*.
43. Giving What We Can (2014), *Child marriage. Causes, effects and interventions*, pp 7.
44. Gupta S. D. (2003), *Adolescent and Youth Reproductive Health In India*, Indian Institute of Health Management Research Jaipur, India, pp 5.
45. Hardee-Cleaveland Karen, et al. (2004), *Adolescent and youth reproductive health in the Asia and Near East region: status, issues, policies, and programs*, POLICY Project, Futures Group International, Washington, DC, pp 13.
46. Holley Catherine (2011), *Helpdesk Report: The impact of girls' education on early marriage*.

47. Hotchkiss David R., et al. (2016), "Risk factors associated with the practice of child marriage among Roma girls in Serbia Health and human rights of marginalized populations", *BMC International Health and Human Rights*. 16, pp. 1-10.
48. Ikutwa Nivea Lucia, et al. (2015), *Factors Influencing Early Marriage on the Girl Child ' S Maternal Health Projects : a Case of Maralal Town , Samburu County , Kenya*, University of Nairobi.
49. Jennings Lauren, et al. (2019), "A forgotten group during humanitarian crises: a systematic review of sexual and reproductive health interventions for young people including adolescents in humanitarian settings", *Conflict and Health*. 13, pp. 15-17.
50. Kalembo Fatch W., Zgambo Maggie, and Yukai Du (2013), "Effective Adolescent Sexual and Reproductive Health Education Programs in Sub-Saharan Africa", *Californian Journal of Health Promotion*. 11(2), pp. 32-42.
51. Kemigisha Elizabeth, et al. (2019), "Evaluation of a school based comprehensive sexuality education program among very young adolescents in rural Uganda", *BMC Public Health*. 19, pp. 1-11.
52. Kerner Brad, et al. (2012), "Adolescent Sexual and Reproductive Health in Humanitarian Settings", *Forced Migration Review*. 40, pp. 21-22.
53. Khuat Thu Hong (2003), *Adolescent and Youth Reproductive Health In Viet Nam*, pp 4 - 12.
54. Kirby Douglas B. (2011), *The impact of sex education On the sexual behaviour of Young people*, pp 1 - 2.
55. Kirby Douglas B., Laris B.A., and Roller Lori A. (2007), "Sex and HIV Education Programs: Their Impact on Sexual Behaviors of Young People Throughout the World", *Journal of Adolescent Health*. 40(3), pp. 206-217.

56. Klingberg-Allvin Marie (2007), *Pregnant adolescents in Vietnam : Social context and health care needs*.
57. Loaiza Ediberto (2012), *Marrying Too Young*.
58. Maharjan Ram K., et al. (2012), *Child marriage in Nepal*.
59. Mai Van Hung, et al. (2019), "Extra-Curricular Activities Improved Reproductive Health Knowledge of Ethnic Minority High School Students in Vietnam", *Journal of Family & Reproductive Health*. 13(2), pp. 80-84.
60. Malleshappa K. and Krishna Shivaram (2011), "Knowledge and attitude about reproductive health among rural adolescent girls in Kuppam mandal: An intervention study", *Biomedical Research*. 22(3), pp. 305-310.
61. Martin J. A., et al. (2013), "Births: final data for 2011", *National vital statistics reports : from the Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Health Statistics, National Vital Statistics System*. 62(1), pp. 1-72.
62. Matlabi Hossein (2013), "Factors Responsible for Early and Forced Marriage in Iran", *Science Journal of Public Health*. 1(5), pp. 227-229.
63. McKenzie J.F., Neiger B.L., and Thackeray R. (2009), *Planning, Implementing, and Evaluating Health Promotion Programs: A Primer*, Pearson/Benjamin Cummings.
64. Mehra Devika, et al. (2018), "Effectiveness of a community based intervention to delay early marriage, early pregnancy and improve school retention among adolescents in India", *BMC Public Health*. 18, pp. 1-13.
65. Mehta Bharti (2013), "Adolescent Reproductive and Sexual Health in India: The Need to Focus", *Journal Of Young Medical Researchers*. 1(1), pp. 1-5.

66. Mihoko Tanabe, Isabelle Modigell, and Seema Manohar (2013), *CASE STUDY : Adolescent Sexual and Reproductive Health Programming in Goma , Democratic Republic of the Congo.*
67. Ministry of Health (2003), *Sexual and reproductive health: a resource book for New Zealand health organisations.*, Wellington: Ministry of Health.
68. Moallaei Hossein, et al. (2015), "Evaluation and Comparison between Amsel's Criteria and Nugent's Score Methods in Diagnosis of Bacterial Vaginos is in Non-pregnant Women", *Journal of Scientific Research & Reports* 5(6), pp. 500-506.
69. Nasrin Obaida (2012), "Factors affecting early marriage and early conception of women: A case of slum areas in Rajshahi City, Bangladesh", *International Journal of Sociology and Anthropology.* 4(2), pp. 54-62.
70. National Youth Council of Malawi (2009), *Report on profiling early marriages in Malawi.*
71. Nguyen Gabrielle, et al. (2019), "Scaling-up Normative Change Interventions for Adolescent and Youth Reproductive Health: An Examination of the Evidence", *Journal of Adolescent Health.* 64(4), pp. S16-S30.
72. Nugent R P, Krohn M A, and Hillier S L (1991), "Reliability of diagnosing bacterial vaginosis is improved by a standardized method of gram stain interpretation.", *Journal of Clinical Microbiology.* 29(2), pp. 297-301.
73. Okonta Patrick I. (2007), "Adolescent Sexual and Reproductive Health in the Niger Delta Region of Nigeria: Issues and Challenges", *African Journal of Reproductive Health.* 11(1), pp. 113-124.

74. Pandey Pushpa Lata, Seale Holly, and Razee Husna (2019), "Exploring the factors impacting on access and acceptance of sexual and reproductive health services provided by adolescent-friendly health services in Nepal", *PLoS ONE*. 14(8), pp. 1-19.
75. Partners in population and development (2013), *Adolescent Pregnancy: Status, Socio-Economic Cost, Policy and Program Options for 25 Member Countries of PPD*, pp 2.
76. Phulambrikar RutujaM, et al. (2019), "Effectiveness of interventional reproductive and sexual health education among school going adolescent girls in rural area", *Indian Journal of Community Medicine*. 44(4), pp. 378-382.
77. Rajapaksa-Hewageegana Neelamani, et al. (2015), "Sexual and reproductive knowledge, attitudes and behaviours in a school going population of Sri Lankan adolescents", *Sexual and Reproductive Healthcare*. 6(1), pp. 3-8.
78. Rankin Kristen, et al. (2016), *Adolescent sexual and reproductive health An evidence gap map*. , 3ie Evidence Gap Map Report 5, International Initiative for Impact Evaluation (3ie), pp 12 - 13.
79. Rezapour Baratali, Mostafavi Firoozeh, and Khalkhali Hamid (2016), "School-Based and PRECEDE-PROCEED-Model Intervention to Promote Physical Activity in the High School Students: Case Study of Iran", *Global Journal of Health Science*. 8(9), pp. 271-280.
80. Sah Rb, et al. (2014), "Factors affecting Early Age Marriage in Dhankuta Municipality, Nepal", *Nepal Journal of Medical Sciences*. 3(1), pp. 26-30.

81. Sanjuan-Meza Xiomara Sarahí, et al. (2019), "Reproductive health education program for Mexican women", *European Journal of Contraception and Reproductive Health Care*. 24(5), pp. 373-379.
82. Schultz Andre and Skinner S Rachel (2014), "Essentials of adolescent sexual and reproductive health", *Medicine Today*. 15(6), pp. 29-33.
83. Shams Mohsen, et al. (2017), "Mothers' views about sexual health education for their adolescent daughters: A qualitative study", *Reproductive Health*. 14(1), pp. 1-6.
84. Sinha Shamser, et al. (2007), "'People Make Assumptions About Our Communities': Sexual Health Amongst Teenagers from Black and Minority Ethnic Backgrounds in East London", *Ethnicity & Health*. 12(5), pp. 423-441.
85. Situmorang Augustina (2003), *Adolescent reproductive health in Indonesia*, pp 3 - 4.
86. The ACQUIRE Project (2008), *Mobilizing Married Youth in Nepal to Improve Reproductive Health: The Reproductive Health for Married Adolescent Couples Project, Nepal, 2005-2007*, pp 10 -11.
87. The United Nations High Commissioner for Refugees (2001), *Action for the Rights of Children (ARC): Critical Issues - Sexual and Reproductive Health*.
88. UNFPA (2008), *Reproductive health of H,mong people in Ha Giang province, Ha Noi, Viet Nam*, pp 7 - 8.
89. UNFPA and Save the children (2009), *Adolescent Sexual and Reproductive Health Toolkit for Humanitarian Settings*, pp 5 - 6.
90. UNICEF (2011), "The Adolescent Girls Anaemia Control Programme", *Briefing Paper Series: Innovations, Lessons and Good Practices*, pp 33.



91. USAID (2012), *Ending Child Marriage & Meeting the Needs of Married Children*, pp 2.
92. WHO (2002), *Adolescent friendly health services*, pp 5.
93. WHO (2008), *HIGHLIGHTS - Child and Adolescent Health and Development Progress Report 2006 – 2007*, World Health Organization, pp 12.
94. WHO (2010), *Adolescent Job Aid*, World Health Organization.
95. WHO (2011), *WHO Guidelines on Preventing Early Pregnancy and Poor Reproductive Outcomes Among Adolescents in Developing Countries*, World Health Organization, pp 2
96. WHO (2014), *Health for the World's Adolescents: A second chance in the second decade*, pp 1.
97. Williams Timothy, et al. (2007), *Evaluation of the African Youth Alliance Program in Ghana, Tanzania and Uganda: Impact on Sexual and Reproductive Health Behavior among Young People*.
98. Women's Refugee Commission, et al. (2012), *Adolescent Sexual and Reproductive Health in Humanitarian Settings: An In-depth Look at Family Planning Services*.
99. World Vision (2013), *UnTying The Knot Exploring Early Marriage in Fragile States*, pp. 2-45.
100. Zulu Joseph M., et al. (2018), "Community based interventions for strengthening adolescent sexual reproductive health and rights: How can they be integrated and sustained? A realist evaluation protocol from Zambia", *Reproductive Health*. 15(1), pp. 1-8.

# PHỤ LỤC