

phòng đuối nước tỷ lệ đạt (83,3%), phòng ngã đạt 80,0%, phòng ngộ độc đạt 71,7%, dự phòng súc/động vật cắn đạt (52,5%).

Tất cả các tai nạn thương tích đều có thể phòng chống được, có nhiều nguy cơ dẫn đến TNTT ở trẻ em, cách phòng ngừa hữu hiệu nhất là sự quan tâm săn sóc của người chăm sóc chính trong quá trình nuôi dưỡng trẻ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Cục y tế dự phòng (2014), Báo cáo tình hình tai nạn thương tích trẻ em năm 2014.

2. Vallop Ditsuwan (2011), "*The national burden of road traffic injuries in Thailand*", Population Health Metrics.

3. Bộ Lao động Thương binh và Xã hội (2011), Quyết định số 548/QĐ-LĐTBXH "*về việc ban hành tiêu chí ngôi nhà an toàn an toàn, phòng chống tai nạn thương tích trẻ em*".

4. Bộ Y tế (2017), Quyết định số 216/QĐ-BYT "*Về việc phê duyệt kế hoạch phòng, chống tai nạn thương tích tại cộng đồng của ngành y tế giai đoạn 2016 – 2020*".

5. Lê Phước Nho (2013), Điều tra kiến thức, thái độ, hành vi của người chăm sóc trẻ về phòng tránh tai nạn thương tích trẻ em tại huyện Hải Lăng.

6. Đoàn Phước Thuộc (2012), "Một số yếu tố liên quan đến tai nạn thương tích trẻ em dưới 5 tuổi tại thành phố Huế năm 2012", Y học thực hành (893) - Số 11/2013, tr.87-90.

7. UNICEF (2008), Báo cáo thế giới về phòng chống thương tích ở trẻ em, tr. 131-139.

8. David A. Sleer (2011), "*Injury Prevention, Violence Prevention, and Trauma Care: Building the Scientific Base*"

NÂNG CAO KIẾN THỨC VỀ PHÒNG BỆNH VIÊM GAN VIRUS B CỦA NGƯỜI DÂN TẠI XÃ TRUNG NGUYÊN, HUYỆN YÊN LẠC, TỈNH VĨNH PHÚC NĂM 2018

Vũ Đình Sơn¹, Trịnh Thị Luyến¹, Lê Thanh Tùng²

¹Trường Cao đẳng Vĩnh Phúc

²Trường Đại học Điều dưỡng Nam Định

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá sự thay đổi kiến thức về phòng bệnh viêm gan virus B của người dân sau can thiệp giáo dục sức khỏe tại xã Trung Nguyên, huyện Yên Lạc, tỉnh Vĩnh Phúc năm 2018. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu can thiệp không đối chứng có so sánh trước và sau được tiến hành trên 198 người dân từ 18 tuổi trở lên ở từ tháng 01/2018 đến hết tháng 06/2018. **Kết quả:** Điểm trung bình kiến

thức tăng có ý nghĩa thống kê đạt $28,10 \pm 3,14$ điểm ngay sau can thiệp và còn duy trì khá cao sau can thiệp 3 tháng với $23,45 \pm 3,40$ điểm so với $16,88 \pm 4,79$ điểm ở trước can thiệp ($p < 0,05$). Ngay sau can thiệp tỷ lệ người dân có kiến thức đạt cũng tăng lên rõ rệt với 91,4% và còn duy trì ở mức 63,6% sau can thiệp 3 tháng so với 16,7% trước can thiệp ($p < 0,01$). **Kết luận:** Kết quả nghiên cứu cho thấy vai trò quan trọng của tư vấn truyền thông - giáo dục sức khỏe và sự cần thiết phải nhân rộng chương trình can thiệp giáo dục sức khỏe này ra cộng đồng và thực hiện thường quy để duy trì kiến thức đúng về phòng bệnh viêm gan virus B.

Từ khóa: Bệnh viêm gan virus B, kiến thức, phòng bệnh.

Người chịu trách nhiệm: Vũ Đình Sơn
Email: Vudinhsonvp@gmail.com
Ngày phản biện: 22/9/2020
Ngày duyệt bài: 09/10/2020
Ngày xuất bản: 05/11/2020

ENHANCING KNOWLEDGE ABOUT PREVENTION OF HEPATITIS B OF PEOPLE IN TRUNG NGUYEN COMMUNE, YEN LAC DISTRICT, VINH PHUC PROVINCE IN 2018

ABSTRACT

Objective: Assessment of changes in people's knowledge about hepatitis B prevention after health education intervention in Trung Nguyen commune, Yen Lac district, Vinh Phuc province in 2018. **Method:** An uncontrolled intervention study with pre and post comparison was conducted on 198 people aged 18 years and over who stayed from January 2018 to the end of June 2018. **Results:** Results showed that the average score of knowledge increased and statistically significant at 28.10 ± 3.14 points after the intervention and remained high after 3 months of intervention with $23, 45 \pm 3.40$ points compared with 16.88 ± 4.79 points

before intervention ($p < 0.05$). Immediately after health education, the percentage of people with knowledge has increased significantly with 91.4% and remained at 63.6% after 3 months of intervention compared to 16.7% before intervention ($p < 0.01$). **Conclusion:** Results show the important role of communication counseling - health education and the need to scale up this health education intervention program to the community and routine implementation to maintain proper knowledge about hepatitis B prevention.

Keywords: Hepatitis B, knowledge, prevention.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh viêm gan virus B (VGVRB) là một bệnh truyền nhiễm nguy hiểm do virus viêm gan B (HBV) gây ra. Bệnh có khả năng lây nhiễm rất cao [1]. Trên thế giới ước tính có khoảng 350 triệu người nhiễm HBV mạn tính, khoảng 240 triệu người đang mắc viêm gan B mạn, 1/4 số người mắc VGVB mạn sẽ tử vong do ung thư gan hoặc suy gan nếu không được theo dõi và khám định kỳ [2]. Việt Nam nằm trong khu vực lưu hành cao của bệnh viêm gan do HBV và chịu hậu quả nặng nề do nhiễm HBV gây nên. Kết quả nghiên cứu cho thấy, trong cộng đồng cứ khoảng 8 người sẽ có 1 người mắc VGVRB và tỷ lệ người bệnh mắc các bệnh mạn tính về gan, ung thư gan đã được xác định có liên quan chặt chẽ đến tỷ lệ HBsAg (+), khoảng 40% các trường hợp tử vong do ung thư gan có liên quan đến VGVRB. Tỷ lệ người mang HBsAg (+) từ 10 - 20%, một số khu vực nông thôn tỷ lệ này có thể lên đến 25%. Do vậy, bệnh VGVRB đã và đang là vấn đề y tế nghiêm trọng có tính chất toàn cầu. Bệnh nghiêm trọng ngoài tính chất lây nhiễm cao trong cộng đồng, bệnh còn để lại những biến chứng và hậu quả nặng nề. Đến nay, bệnh

chưa có thuốc điều trị đặc hiệu nên công tác phòng bệnh rất cần được quan tâm, chú trọng [3]. Việc người dân trong cộng đồng có kiến thức, thái độ và thực hành đúng về phòng bệnh VGVRB là vô cùng cần thiết để nâng cao hiệu quả phòng bệnh [4], [5].

Yên Lạc là huyện đồng bằng, phía nam tỉnh Vĩnh Phúc. Qua báo cáo của Trung tâm Y tế Dự phòng tỉnh Vĩnh Phúc 6 tháng đầu năm 2017 có 30,7% người bệnh mắc VGVRB cư trú tại huyện Yên Lạc vào điều trị tại các cơ sở y tế tuyến tỉnh, huyện trong tỉnh Vĩnh Phúc, chiếm tỷ lệ cao nhất trong các huyện, thành phố của tỉnh. Trong đó người dân mắc bệnh VGVRB của xã Trung Nguyên chiếm 10,9% tổng số người bệnh VGVRB của huyện này vào điều trị. Điều này, đòi hỏi chúng ta cần tiến hành khảo sát kiến thức phòng bệnh VGVRB của người dân tại xã Trung Nguyên để xác định những hạn chế trong kiến thức, qua đó có chương trình giáo dục sức khỏe phù hợp nhằm nâng cao nhận thức cho người dân “*Nâng cao kiến thức về phòng bệnh viêm gan virus B của người dân tại xã Trung Nguyên, huyện Yên Lạc, tỉnh Vĩnh Phúc năm 2018*” với mục tiêu cụ thể:

Đánh giá sự thay đổi kiến thức về phòng bệnh viêm gan virus B của người dân sau can thiệp giáo dục sức khỏe tại xã Trung Nguyên, huyện Yên Lạc, tỉnh Vĩnh Phúc năm 2018.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Đối tượng nghiên cứu là người dân xã Trung Nguyên, huyện Yên Lạc, tỉnh Vĩnh Phúc.

2.1.1. Tiêu chuẩn lựa chọn

Người dân được chọn làm đối tượng nghiên cứu có đủ các tiêu chuẩn sau:

- Cư trú ổn định và thường xuyên từ 01 năm trở lên tại xã Trung Nguyên, huyện Yên Lạc.

- Có tuổi từ 18 tuổi trở lên.
- Không có rối loạn nhận thức.
- Có khả năng nghe, nói, đọc, viết bằng tiếng Việt.

- Đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ

- Người dân không điền đầy đủ thông tin vào phiếu tự điền.

2.2. Thời gian và địa điểm nghiên cứu

- Thời gian nghiên cứu: Từ tháng 01 năm 2018 đến tháng 6 năm 2018.

- Địa điểm nghiên cứu: Nghiên cứu được tiến hành tại xã Trung Nguyên, huyện Yên Lạc, tỉnh Vĩnh Phúc.

2.3. Thiết kế nghiên cứu: Sử dụng phương pháp nghiên cứu can thiệp không đối chứng có so sánh trước sau can thiệp.

2.4. Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu

2.4.1. Cỡ mẫu

Cỡ mẫu được tính theo công thức:

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

Trong đó: n: Cỡ mẫu nghiên cứu cần có.

p_1 : Tỷ lệ đối tượng có nhận thức đúng về phòng bệnh viêm gan B. Theo nghiên cứu của Trịnh Văn Nghinh (2009), tỷ lệ người dân có kiến thức đúng phòng bệnh VGB là 22,9% [6]. Do đó lấy $p_1 = 0,2$.

p_2 : Tỷ lệ người dân nhận thức đúng về phòng bệnh viêm gan virus B ngay sau can thiệp. Trong nghiên cứu này chúng tôi ước tính tỷ lệ người dân có kiến thức đúng về phòng bệnh viêm gan virus B là 50% ở thời điểm sau 3 tháng can thiệp. Do đó lấy $p_2 = 0,5$.

α : Mức ý nghĩa thống kê; $\alpha = 0,1$, ứng với độ tin cậy 90%; β : Mức sai lầm loại 2 cho phép, β được chọn là 0,2; Z: Giá trị Z thu được từ bảng Z ứng với giá trị α , β được chọn là 6.15.

Áp dụng công thức ta tính được $n = 172$. Thực tế nghiên cứu được tiến hành với cỡ mẫu là 198.

2.4.2. Phương pháp chọn mẫu: Chọn mẫu ngẫu nhiên tại thực địa, cụ thể: Xã Trung Nguyên có 09 thôn. Tại mỗi thôn, từ nhà nhân viên y tế thôn bản chọn hướng đi bằng quy tắc bàn tay trái. Chọn hộ gia đình đầu tiên để vào và chọn đối tượng nghiên cứu là những người có mặt tại nhà phù hợp với tiêu chuẩn lựa chọn. Trong trường hợp tất cả các đối tượng trong hộ gia đình từ chối tham gia nghiên cứu hoặc hộ gia đình vắng nhà thì bỏ qua và chuyển sang hộ gia đình tiếp theo, theo phương pháp “nhà liền nhà”, chọn cho đến khi đủ 22 người.

2.5. Phương pháp thu thập số liệu

Dữ liệu được thu thập bằng phương pháp phỏng vấn gián tiếp bằng hình thức tự điền trực tiếp. Đánh giá lần 1 thực hiện trước can thiệp, đánh giá lần 2 thực hiện ngay sau can thiệp, đánh giá lần 3 sau can thiệp 3 tháng. Các lần đánh giá đều sử dụng cùng một bộ câu hỏi.

2.6. Tiêu chuẩn đánh giá kiến thức

Phần đánh giá kiến thức của người dân về phòng bệnh VGVRB có 13 câu hỏi, trong mỗi câu có nhiều lựa chọn. Mỗi lựa chọn trả lời đúng người dân được 01 điểm, lựa chọn trả lời sai hoặc không biết được 0 điểm. Tổng số điểm kiến thức chung tối đa là 33 điểm, điểm tối thiểu là 0 điểm. Người dân được đánh giá là có kiến thức chung đạt khi trả lời đạt từ 70% tổng điểm kiến thức tối đa (≥ 23 điểm).

2.7. Phân tích số liệu

Sử dụng phần mềm SPSS 16.0 để phân tích số liệu.

Thông tin chung của đối tượng nghiên cứu, kiến thức về phòng bệnh VGVRB sẽ được phân tích bằng phương pháp thống kê mô tả bao gồm tần xuất, tỷ lệ. Đánh giá sự thay đổi kiến thức thông qua đánh giá sự chênh lệch về điểm trung bình, so sánh tỷ lệ xếp loại của kiến thức.

3. KẾT QUẢ

3.1. Đặc điểm chung về đối tượng nghiên cứu

Trong tổng số 198 người dân đã tham gia vào nghiên cứu, nam giới chiếm 67,7%, nữ giới chiếm 32,3%. Đối tượng nghiên cứu

(ĐTNC) có độ tuổi từ 18 - 73 tuổi với tuổi trung bình là 40,84 ± 14,04 tuổi. Trình độ học vấn gồm: THCS chiếm 52,5%, THPT đạt 22,2%, cao đẳng và đại học đạt 10,7%, tiểu học đạt 10,1%, trung cấp đạt 4,5%. Nghề nghiệp: Làm ruộng 58,1%, công nhân 17,2%, buôn bán và dịch vụ 12,6%, nghề nghiệp khác 5,6%, công chức và viên chức 4,0%, thợ thủ công 2,5%. Tình trạng hôn nhân: Đã kết hôn 92,4%, chưa kết hôn 7,1%, người dân ly hôn 0,5%. Nguồn cung cấp thông tin về bệnh VGVRB: Ti vi 90,9%; đài phát thanh, truyền thanh 40,4%; cán bộ y tế 31,8%; sách, báo 12,1%; tờ rơi 10,1%; các cuộc họp cộng đồng 5,1%; panô, áp phích 3,5%; nguồn khác 14,1%.

3.2. Thay đổi kiến thức về phòng bệnh viêm gan B của người dân trước can thiệp và sau can thiệp (n=198).

Bảng 1. Kiến thức về phòng bệnh viêm gan B của người dân theo từng nội dung

Nội dung	Kết quả đạt					
	T1		T2		T3	
	SL	TL %	SL	TL %	SL	TL %
Nguyên nhân gây bệnh VGB (1/1 ý đúng)	101	51,0	181	91,4	148	74,7
	p(2-1), p(2-3), p(3-1) < 0,01					
Vùng dịch lưu hành ở Việt Nam (1/1 ý đúng)	60	30,3	164	82,8	127	64,1
	p (2-1), p(2-3), p(3-1) < 0,01					
Đặc điểm của bệnh VGB (2/2 ý đúng)	20	10,1	137	69,2	64	32,3
	p(2-1), p(2-3), p(3-1) < 0,01					
Đường lây truyền (≥2/3 ý đúng)	107	54,0	193	97,5	165	83,3
	p(2-1), p(2-3), p(3-1) < 0,01					
Nguồn mang mầm bệnh VGB (≥2/3 ý đúng)	81	40,9	184	92,9	150	75,8
	p(2-1), p(2-3), p(3-1) < 0,01					
Triệu chứng của bệnh VG B (≥5/7 ý đúng)	46	23,2	180	90,9	130	65,7
	p(2-1), p(2-3), p(3-1) < 0,01					
Biến chứng của bệnh VGB (≥4/5 ý đúng)	27	13,6	136	68,7	86	43,4
	p(2-1), p(2-3), p(3-1) < 0,01					
Cách phòng được sự lây nhiễm HBV(≥3/4 ý đúng)	60	30,3	168	84,8	128	64,6
	p(2-1), p(2-3), p(3-1) < 0,01					
Điều trị VGB(≥2/3 ý đúng)	115	58,1	194	98,0	179	90,4
	p(2-1), p(2-3), p(3-1) < 0,01					
Tìm chủng vắc xin VGB (≥3/4 ý đúng)	134	67,7	193	97,5	182	91,9
	p(2-1), p(2-3), p(3-1) < 0,01					

Kết quả trong bảng 1 cho thấy trước can thiệp người dân có kiến thức đạt ở các nội dung đa phần chiếm tỷ lệ thấp dao động từ 10,1% đến 67,7%; trong đó người dân có kiến thức đạt về tiêm chủng vắc xin có tỷ lệ cao nhất đạt 67,7%, có kiến thức về đặc điểm của bệnh viêm gan B thấp nhất là 10,1%. Ngay sau can thiệp người dân có kiến thức đạt ở các nội dung tăng lên khá cao dao động từ 69,2% đến 98%. Sau 03 tháng can thiệp kiến thức đạt trong các nội dung đều giảm xuống, tỷ lệ dao động từ 32,4% đến 91,9%. Có sự thay đổi kiến thức phòng bệnh VGB ở các nội dung và đều có ý nghĩa thống kê với các giá trị $p < 0,01$.

Bảng 2. Phân loại kiến thức chung về phòng bệnh VGB trước và sau can thiệp (n = 198)

Kiến thức	Kết quả đạt					
	T1		T2		T3	
	SL	TL %	SL	TL %	SL	TL %
Kiến thức phòng bệnh VGB	33	16,7	181	91,4	126	63,6
$p(2-1), p(2-3), p(3-1) < 0,01$						

Kết quả trong bảng 2 cho thấy trước can thiệp (T1) người dân có kiến thức chung đạt chiếm 16,7%; ngay sau can thiệp (T2) đạt 91,4%; và còn 63,6% ở thời điểm sau can thiệp 3 tháng (T3). Có sự thay đổi mức độ kiến thức ở các thời điểm và có ý nghĩa thống kê với các giá trị $p < 0,01$.

Bảng 3. Kết quả chung kiến thức dựa trên ĐTB trước và sau can thiệp (n=198)

Điểm đánh giá	Thời điểm	Min	Max	\pm SD	Paired T- test
Kiến thức chung phòng bệnh VGB	T1	7	26	16,88 \pm 4,79	$p(2-1) < 0,05$
	T2	20	33	28,10 \pm 3,14	$p(2-3) < 0,05$
	T3	11	30	23,45 \pm 3,40	$p(3-1) < 0,05$

Kết quả trong bảng 3 cho thấy trước can thiệp giáo dục, kiến thức chung của người dân tham gia nghiên cứu còn hạn chế với ĐTB đạt 16,88 \pm 4,79 điểm trên tổng điểm 33 điểm. Sau can thiệp ĐTB đạt 28,10 \pm 3,21 điểm và còn 23,45 \pm 3,4 điểm ở thời điểm T3. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với các giá trị $p < 0,05$.

4. BÀN LUẬN

Kết quả trong bảng 1 cho thấy trước can thiệp người dân có kiến thức đạt ở các nội dung đa phần chiếm tỷ lệ thấp, cụ thể: Đặc điểm bệnh, nguồn mang mầm bệnh, hậu quả của bệnh đạt thấp hơn nhiều so với nghiên cứu của Trần Thị Tây Nguyên năm 2015 (10,1%, 40,9% và 13,6% so với 72,1%, 50% và 44,7%) [3]; đường lây của bệnh đạt 54% tương tự kết quả nghiên cứu của Nguyễn Minh Ngọc và Bùi Hữu Hoàng năm 2011 (58,5%) [7]; biểu hiện, điều trị bệnh tương đồng với kết quả nghiên cứu của Trần Ngọc Dung và Huỳnh Thị Kim Yến năm 2010 (23,2% và 58,1% so với

24,1% và 69%) [5]; phòng bệnh đạt 30,3% tương tự nghiên cứu của Ngô mạnh Quân và cộng sự năm 2014 (27,7%) [8]; tiêm chủng vắc xin HBV đạt 67,7%. Các chỉ số này có sự thay đổi đáng kể ngay sau can thiệp với tỷ lệ lần lượt là 69,2; 92,9%; 68,7; 97,5%; 90,9%; 98%; 84,8% và 97,5%. Sau can thiệp 3 tháng các chỉ số có giảm với tỷ lệ lần lượt là 32,3%; 75,8%; 43,4%; 83,3%; 65,7%; 90,4%; 64,6% và 91,9%. Sự thay đổi kiến thức ở mỗi nội dung đều có ý nghĩa thống kê với các giá trị $p < 0,01$.

Người dân có kiến thức chung đạt về phòng bệnh VGB sau can thiệp tăng rõ rệt

so với trước can thiệp; trước can thiệp chỉ đạt 16,7% thấp hơn nghiên cứu của Trịnh Văn Nghinh năm 2009 (22,1%) [6], Lý Văn Xuân năm 2009 (29,22%) [9], Trần Ngọc Dung và Huỳnh Thị Kim Yến năm 2010 (52,5%) [5], nhưng ngay sau can thiệp tỷ lệ này tăng lên rõ rệt là 91,4% (tăng 74,7%); ở thời điểm sau can thiệp 3 tháng không còn cao như ở thời điểm T2 nhưng vẫn còn 63,6%, tỷ lệ này cao hơn so với trong kết quả nghiên cứu của Ngô Viết Lộc và cộng sự (2006-2007) có tỷ lệ là 47,78% ở thời điểm sau can thiệp 18 tháng [10]. Sự khác biệt tỷ lệ người dân có kiến thức chung đạt về phòng bệnh VGB giữa các thời điểm có ý nghĩa thống kê với các giá trị $p < 0,01$. Mặt khác, ĐTB kiến thức chung đạt được ở thời điểm T2 đạt đến $28,1 \pm 3,14/33$ điểm tối đa và còn duy trì ở mức khá cao $23,45 \pm 3,4$ điểm ở thời điểm T3, so với $16,88 \pm 4,79$ điểm ở thời điểm T1. Sự khác biệt về điểm số cũng có ý nghĩa thống kê với các giá trị $p < 0,05$. Với kết quả tăng về tỷ lệ và ĐTB về kiến thức chung sau can thiệp đã khẳng định hiệu quả của chương trình can thiệp giáo dục sức khỏe mà chúng tôi đã triển khai.

5. KẾT LUẬN

Tỷ lệ người dân có kiến thức chung đạt ở mức 16,7%, tăng lên rõ rệt đạt 91,2% ngay sau can thiệp và còn duy trì 62,9% sau can thiệp 3 tháng ($p < 0,01$). Điểm trung bình kiến thức chỉ đạt $16,88 \pm 4,79$ điểm trên tổng điểm 33 điểm. Giáo dục sức khỏe bằng hình thức tư vấn trực tiếp cho người dân ban đầu đã cải thiện đáng kể về kiến thức với số điểm tăng lên $28,1 \pm 3,14$ điểm ngay sau can thiệp và còn duy trì ở mức khá cao $23,45 \pm 3,4$ điểm sau can thiệp 3 tháng ($p < 0,05$).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Trần Hiền và Nguyễn Văn Cường (2006). *Hỏi đáp về tiêm vắc xin phòng bệnh viêm gan virus B*, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, tr. 1-17.

2. Trung tâm gan Á Châu – Đại học

Stanford (2006). *Cẩm nang cho cán bộ y tế về viêm gan B*.

3. Trần Thị Tây Nguyên (2015). *Kiến thức, thái độ, thực hành và một số yếu tố liên quan trong phòng lây nhiễm virus viêm gan B của học sinh điều dưỡng năm 2 trường Cao đẳng Y tế Phú Yên năm 2015*, Luận Văn Thạc sĩ Y tế công cộng, Đại học Y tế Công cộng.

4. Bộ Y tế (2015). Quyết định số 739/QĐ-BYT ngày 05/3/2015 về ban hành Kế hoạch phòng chống bệnh viêm gan virus giai đoạn 2015 - 2019.

5. Trần Ngọc Dung và Huỳnh Thị Kim Yến (2010). Nghiên cứu tình hình nhiễm và kiến thức, thái độ, thực hành của người dân về phòng chống lây nhiễm virus viêm gan B ở quận Ninh Kiều thành phố Cần Thơ, *Tạp chí Y học thực hành*, 5, tr 161-164.

6. Trịnh Văn Nghinh (2009). *Kiến thức thực hành phòng chống bệnh viêm gan B của người dân thị trấn Yên Viên, huyện Gia Lâm, Thành phố Hà Nội*, Luận văn Thạc sĩ Y tế Công cộng, Đại học Y tế Công cộng.

7. Nguyễn Minh Ngọc và Bùi Hữu Hoàng (2011). Kiến thức và sự tuân thủ của bệnh nhân người lớn bị nhiễm virus viêm gan B đến khám tại bệnh viện Pasteur, Thành phố Hồ Chí Minh. *Tạp chí Y học Thành phố Hồ Chí Minh*, 15, tr. 291-295.

8. Ngô Mạnh Quân và cộng sự (2014). *Kiến thức, thái độ, thực hành phòng nhiễm virus viêm gan B ở người hiến máu tại Hà Nội*.

9. Lý Văn Xuân và Phan Thị Quỳnh Trâm (2009). Kiến thức thái độ thực hành về phòng bệnh viêm gan siêu vi B của người bệnh đến khám tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Bình Phước năm 2009, *Tạp chí Y học Thành phố Hồ Chí Minh*, tr. 1-7.

10. Ngô Viết Lộc, Đinh Thanh Huệ và Nguyễn Đình Sơn (2006 - 2007). Đánh giá hiệu quả can thiệp phòng chống nhiễm Virus viêm gan B tại một số xã phường tỉnh Thừa Thiên Huế năm 2008 - 2009, *Tạp chí Y học thực hành*, tr. 52 - 55.