

**BỘ GIÁO DỤC VÀ ĐÀO TẠO  
ĐẠI HỌC THÁI NGUYÊN**

---

**LÊ MINH CHÍNH**

**NGHIÊN CỨU THỰC TRẠNG THIẾU MÁU  
Ở PHỤ NỮ SÁN DÌU TRONG THỜI KỲ  
MANG THAI TẠI HUYỆN ĐỒNG HỖ  
TỈNH THÁI NGUYÊN  
VÀ HIỆU QUẢ CỦA BIỆN PHÁP CAN THIỆP**

**Chuyên ngành: Vệ sinh học xã hội và tổ chức y tế**

**Mã số: 62 72 73 15**

**TÓM TẮT LUẬN ÁN TIẾN SĨ Y HỌC**

**Thái Nguyên - 2010**

**Công trình được hoàn thành tại**

**TRƯỜNG ĐẠI HỌC Y DƯỢC - ĐẠI HỌC THÁI NGUYÊN**

Người hướng dẫn khoa học: **PGS.TS. Trần Văn Tập**  
**PGS.TS. Đàm Khải Hoàn**

**Phản biện 1:**

**Phản biện 2:**

**Phản biện 3:**

**Luận án sẽ được bảo vệ trước Hội đồng chấm luận án cấp**

**Nhà nước họp tại Trường Đại học Y Dược Đại học Thái Nguyên.**

Vào hồi            giờ            ngày            tháng            năm 2010.

**Có thể tìm hiểu luận án tại:**

- Trung tâm học liệu Đại học Thái Nguyên**
- Thư viện Trường đại học Y Dược**

## ĐẶT VẤN ĐỀ

Một trong những vấn đề sức khỏe ở phụ nữ có thai là tình trạng thiếu máu, trong đó thiếu máu dinh dưỡng là phổ biến nhất và quan trọng hơn cả đối với sức khỏe cộng đồng. Thiếu máu dinh dưỡng gặp nhiều nhất ở phụ nữ có thai, bà mẹ nuôi con bú, trẻ em dưới 5 tuổi và lứa tuổi học sinh. Có tới 50% phụ nữ có thai trên Thế giới bị thiếu máu, chủ yếu ở các nước đang phát triển. Ở Việt Nam, thiếu máu dinh dưỡng gặp nhiều ở nông thôn miền núi vùng sâu vùng xa và những vùng đồng bào dân tộc thiểu số, trong đó có người dân tộc Sán Dìu.

Thông thường thiếu máu thiếu sắt trong thai nghén là do hậu quả của chế độ ăn uống không đủ chất sắt, do cơ thể tăng nhu cầu sử dụng chất sắt. Hậu quả đã dẫn đến thiếu năng lượng, protein và thiếu sắt. Đã có nhiều chương trình Quốc gia về phòng chống thiếu máu dinh dưỡng. Song người Sán Dìu với đặc điểm dân tộc, nhận thức còn hạn chế, kinh tế còn khó khăn, còn có nhiều phong tục tập quán sinh hoạt lạc hậu, nên chưa thật sự hiệu quả. Bởi vậy, chúng tôi đã tiến hành đề tài này.

Mục tiêu nghiên cứu:

1. *Mô tả thực trạng và một số yếu tố liên quan đến thiếu máu ở phụ nữ có thai người dân tộc Sán Dìu tại huyện Đồng Hỷ tỉnh Thái Nguyên.*

2. *Xây dựng và đánh giá hiệu quả mô hình can thiệp phòng chống thiếu máu ở phụ nữ có thai người dân tộc Sán Dìu.*

# Chương 1. TỔNG QUAN TÀI LIỆU

## 1.1. Thực trạng và yếu tố liên quan thiếu máu

### 1.1.1. Đặc điểm sinh lý của phụ nữ có thai

Khi có thai, cơ thể người mẹ có những thay đổi về giải phẫu và sinh lý. Vào tháng thứ 7, khối lượng tuần hoàn tăng thêm gần 50% so với trước khi có thai, nhưng chủ yếu tăng khối huyết tương. Do đó hàm lượng Hemoglobin (Hb) và tỷ lệ hematocrit (HCT) sẽ trở nên giảm, gây ra tình trạng thiếu máu. Đồng thời với sự gia tăng cao về nhu cầu và chuyển hóa đường, đạm, mỡ, vitamin, khoáng chất. Bởi vậy, thiếu máu dinh dưỡng (TMDD) là một trong những vấn đề sức khỏe cộng đồng hay gặp nhất ở phụ nữ có thai (PNCT).

### 1.1.2. Thiếu máu trong thai nghén

- *Khái niệm về thiếu máu:* theo Tổ chức Y tế Thế giới (WHO), thiếu máu là tình trạng giảm số lượng hồng cầu (SLHC), giảm Hb, gây thiếu oxy tổ chức, trong đó sự thiếu hụt Hb là quan trọng nhất.

- *Tiêu chuẩn thiếu máu của WHO* là: Hb < 120g/l với phụ nữ không có thai, Hb < 110g/l với PNCT.

### - *Thiếu máu dinh dưỡng ở phụ nữ có thai*

Loại thiếu máu phổ biến nhất ở PNCT là TMDD. Các yếu tố dinh dưỡng chủ yếu là: sắt, acid folic, vitamin B<sub>12</sub> và protein.

### - *Nguyên nhân thiếu máu ở phụ nữ có thai*

Các nguyên nhân chính là: cung cấp dinh dưỡng không đầy đủ, nhu cầu về sắt và các chất dinh dưỡng tăng cao, bổ sung sắt chưa đầy đủ, bệnh nhiễm trùng và ký sinh trùng...

- *Hậu quả của thiếu máu trong thai nghén:* Thiếu máu làm tăng tỷ lệ biến chứng trong thai nghén, giảm sức đề kháng, tăng nguy cơ

nhiễm trùng, tử vong cho cả mẹ và con, ảnh hưởng tới phát triển trí tuệ của trẻ sau này.

- *Tình hình thiếu máu ở phụ nữ có thai*

+ Trên thế giới: thiếu máu ở PNCT gặp chủ yếu ở tầng lớp người nghèo khổ của các nước đang phát triển (36% - 60%).

+ Tại Việt Nam: tỷ lệ này ở nông thôn, miền núi, vùng dân tộc thiểu số cao hơn so với nhiều khu vực khác trên cả nước.

### **1.1.3. Các yếu tố liên quan đến thiếu máu ở PNCT**

Những yếu tố chính là: kinh tế, trình độ học vấn còn thấp. Số lượng, thành phần và cơ cấu bữa ăn không hợp lý. Phong tục tập quán, điều kiện sống không có lợi cho sức khỏe. Thiếu sự chăm sóc y tế, thiếu sự quan tâm của gia đình và cộng đồng tới PNCT.

## **1.2. Các giải pháp can thiệp phòng chống thiếu máu**

### **1.2.1. Kỹ thuật chẩn đoán và điều trị thiếu máu**

- *Triệu chứng lâm sàng*: da xanh, niêm mạc nhợt. Tim nhịp nhanh, có thể có tiếng thổi tâm thu thiếu máu. Huyết áp động mạch giảm. Đau đầu, hoa mắt, chóng mặt, ù tai... Khó thở khi gắng sức, nhịp thở nhanh.

- *Xét nghiệm máu*: SLHC, Hb, hematocrit, sắt huyết thanh và ferritin giảm. Xét nghiệm phân tìm trứng giun móc.

- *Điều trị thiếu máu ở PNCT*: bổ sung sắt đường uống hàng ngày, liều 60 - 120mg, kết hợp tìm và điều trị nguyên nhân.

1.2.2. *Huy động cộng đồng và tăng cường vi chất sắt vào thực phẩm*: đa dạng hóa bữa ăn, phối hợp nhiều loại thực phẩm, đảm bảo đủ 4 nhóm và 4 món ăn, tăng năng lượng, bổ sung chất đạm, chất béo trong bữa ăn và tăng cường vi chất sắt vào thực phẩm.

## Chương 2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

### 2.1. Đối tượng nghiên cứu

- *Nghiên cứu mô tả*: đối tượng là PNCT, bà mẹ nuôi con bú (BMNCB), phụ nữ có chồng tuổi 15 - 49, người dân tộc Sán Dìu (DTSD). Thảo luận nhóm và phỏng vấn sâu với cán bộ lãnh đạo xã, cán bộ trạm y tế, trưởng xóm, nhân viên y tế thôn bản (NVYTTB), cộng tác viên dân số (CTVDS) và PNCT.

- *Nghiên cứu can thiệp* toàn bộ PNCT, BMNCB, phụ nữ có chồng mới có 1 con hoặc chưa có con tuổi 15 - 49 là người DTSD, ở 8 xóm người Sán Dìu của xã Nam Hòa.

- *Địa điểm*: nghiên cứu mô tả tại huyện Đông Hỷ tỉnh Thái Nguyên. *Nghiên cứu can thiệp* tại xã Nam Hòa với dân số xấp xỉ 10 ngàn người (2007), người Sán Dìu chiếm 61,3%. Xã đối chứng Linh Sơn có 10.019 người, 47,1% người DTSD.

- *Thời gian*: từ 01/04/2007 đến tháng 30/9/2008.

**2.2. Phương pháp nghiên cứu**: nghiên cứu mô tả cắt ngang có phân tích và can thiệp cộng đồng.

- *Nghiên cứu mô tả* theo công thức mẫu ngẫu nhiên đơn:

$$n = Z_{(1-\alpha/2)}^2 \frac{(1-P)}{\varepsilon^2 p} = 1,96^2 (1 - 0,55)/0,05^2 \cdot 0,55 = 1.258,$$

gia tăng 10%,  $n = 1.384$ . Cách chọn: lập danh sách, từ sổ theo dõi dân số của CTVDS các xóm. - *Cỡ mẫu can thiệp* so sánh 2 tỷ lệ (%):

$$n = \frac{\left( Z_{1-\alpha/2} \sqrt{2P(1-P)} + Z_{1-\beta} \sqrt{P_1(1-P_1) + P_2(1-P_2)} \right)^2}{(P_1 - P_2)^2} n = 296, \text{ lấy}$$

thêm 10% mẫu điều tra, có  $n = 325$ /mỗi xã. Chọn toàn bộ PNCT để

làm các xét nghiệm máu và xét nghiệm phân, thu được 110 PNCT/mỗi xã chứng và xã can thiệp.

- Mục tiêu của hoạt động can thiệp:

+ Làm tăng nhận thức về vệ sinh môi trường (VSMT), dinh dưỡng hợp lý (DDHL) và phòng chống thiếu máu (PCTM).

+ Cải thiện năng lượng, dinh dưỡng và tỷ lệ uống viên sắt.

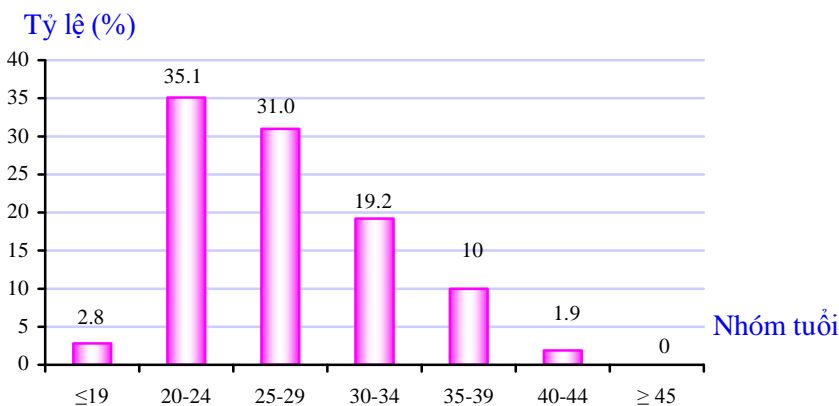
+ Làm giảm tỷ lệ thiếu máu từ 12 đến 15% ở PNCT.

\* *Xây dựng mô hình can thiệp*: tên mô hình là "Giáo dục phòng chống thiếu máu phụ nữ Sán Dìu". Nòng cốt là "bộ 3 cán bộ xóm: trưởng xóm, NVYTTB và CTVDS". Bản chất *Các hoạt động can thiệp là* Truyền thông - Giáo dục sức khỏe (TT- GDSK), tư vấn dinh dưỡng hợp lý, uống viên sắt, giám sát uống viên sắt và tẩy giun móc.

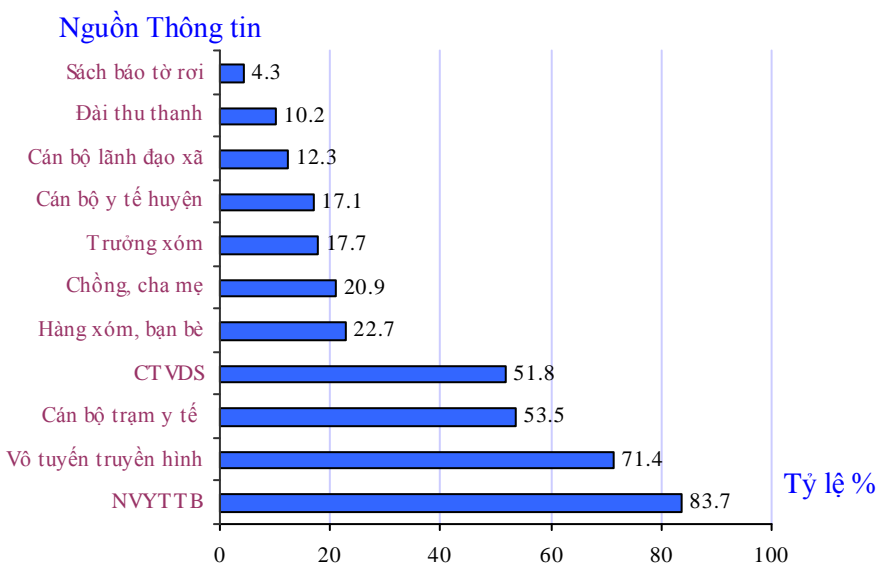
### Chương 3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

#### 3.1. Thực trạng và một số yếu tố liên quan đến thiếu máu ở PNCT

##### 3.1.1. Một số đặc điểm của đối tượng nghiên cứu



**Biểu đồ 3.1. Phân bố nhóm tuổi của đối tượng nghiên cứu**  
2 nhóm tuổi 20 - 24 và 25 - 29 chiếm tỷ cao nhất (66,1%).



**Biểu đồ 3.3. Các nguồn TT - GDSK phụ nữ tiếp nhận nhiều nhất**

Nguồn TT - GDSK được phụ nữ DTSD lựa chọn tiếp nhận nhiều nhất là NVYT TB (83,7%), tiếp đến là vô tuyến truyền hình (71,4%)...

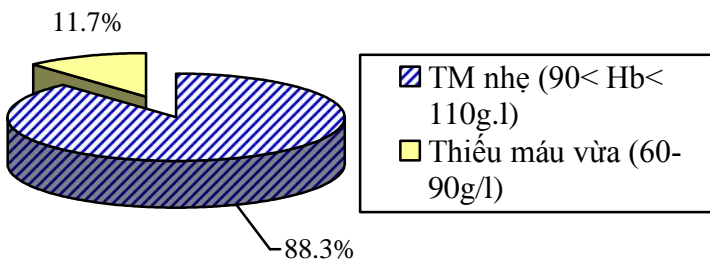
**3.1.2. Thực trạng thiếu máu**

**Bảng 3.5. Tỷ lệ thiếu máu và nhiễm giun móc ở PNCT (n = 220)**

Các chỉ số	Số lượng	%
SLHC < 3,5 triệu/mm <sup>3</sup>	90	40,9
Hb < 110g/l	120	54,5
MCH < 28pg	151	68,6
Ferritin < 30 µg/l	94	42,7
Giun móc (+)	92	41,8

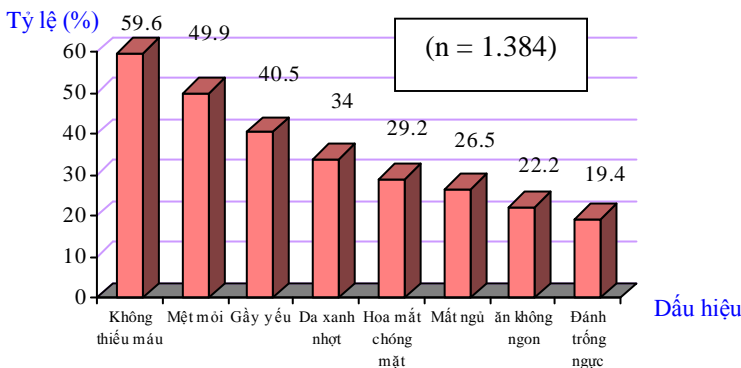


Nhận xét: tỷ lệ thiếu máu và nhiễm giun móc cao, chủ yếu là thiếu máu nhược sắc.



**Biểu đồ 3.5. Mức độ thiếu máu ở PNCT (Hb < 110g/l, n = 220)**

Nhận xét: thiếu máu chủ yếu ở mức độ nhẹ, không có trường hợp nào thiếu máu nặng.



**Biểu đồ 3.7. Tổng hợp các dấu hiệu thiếu máu lâm sàng**

Tỷ lệ các dấu hiệu thiếu máu lâm sàng xếp từ cao xuống thấp là: 49,9% mệt mỏi, 40,5% gầy yếu, 34,0% ...

**3.1.3. Các yếu tố liên quan đến thiếu máu ở PNCT người DTSD**

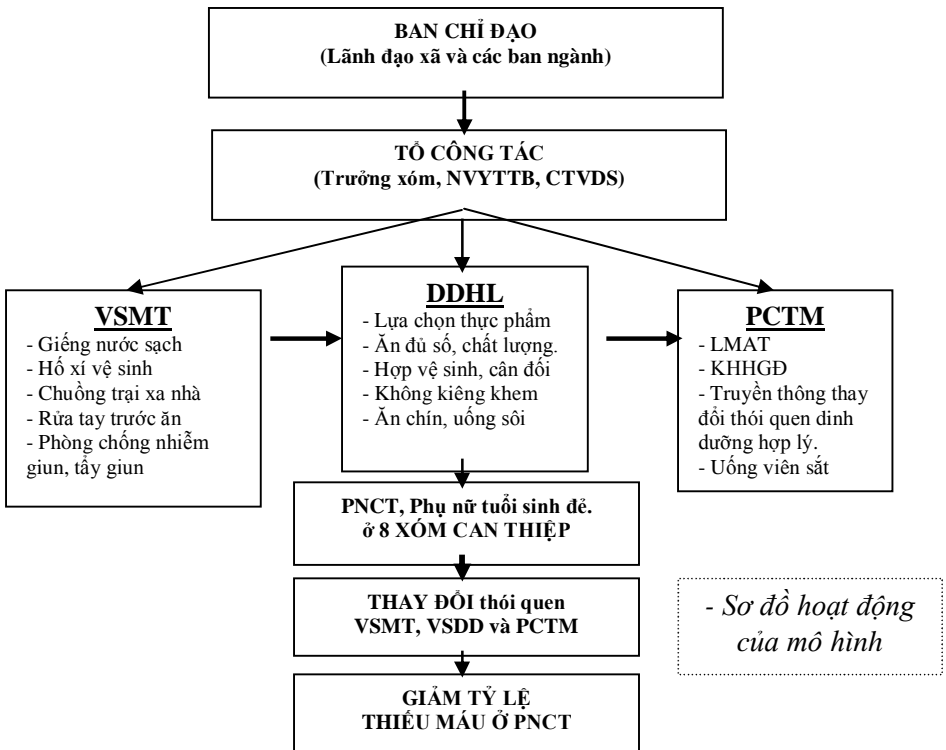
Phân tích kết quả điều tra 1.384 đối tượng và 220 trường hợp xét nghiệm máu và phân, kết quả cho thấy:

PNCT thuộc diện hộ nghèo, có tỷ lệ thiếu máu so với PNCT thuộc hộ không nghèo. Tỷ lệ thiếu máu ( $Hb < 110g/l$ ) giữa PNCT mù chữ, biết đọc, biết viết và tiểu học cao hơn với PNCT có trình độ học vấn là THCS trở lên.

Những phụ nữ sống trong điều kiện mất vệ sinh nhà ở, mất vệ sinh ngoại cảnh, nguồn nước và hố xí thì có tỷ lệ thiếu máu cao hơn so với người có nhà ở, ngoại cảnh vệ sinh tốt, gia đình có nguồn nước hợp vệ sinh và hố xí vệ sinh.

PNCT không uống viên sắt, có tỷ lệ thiếu máu cao hơn so với có uống viên sắt. PNCT nhiễm giun móc có tỷ lệ thiếu máu thiếu sắt cao hơn so với không nhiễm giun móc.

### 3.2. Mô hình và hiệu quả can thiệp



**Bảng 3.17. Tổng hợp các hoạt động cộng đồng và TT - GDSK phòng chống thiếu máu ở xã Nam Hoà huyện Đồng Hỷ**

Hoạt động		Đợt							Tổng
		1	2	3	4	5	6	7	
1	TT-GDSK ở các xóm	16	16	16	16	16	16	16	112
2	TT-GDSK trên loa đài xóm	40	40	40	24	24	24	0	192
3	TT-GDSK ở gia đình	66	0	0	0	0	0	60	126
4	Phát tờ rơi	240	0	0	84	0	0	76	400
5	Trung Pano	13	0	0	0	0	0	0	13
6	Khám thai ở trạm	107	0	0	89	0	0	110	306
7	Làm VSMT	10	0	0	9	0	0	0	19
8	Làm vệ sinh hộ gia đình	20	18	0	23	0	22	0	83
9	Giao lưu các xóm	0	3	0	0	3	0	0	6
10	Cấp và giám sát uống sắt	0	Giám sát	0	Giám sát	0	Cấp sắt	Giám sát	36
11	Tẩy giun	0	6	0	0	21	0	4	31

*Sau 18 tháng can thiệp*, Ban công tác và các tổ công tác, đã hoàn thành 7 đợt hoạt động với 11 nội dung, gồm (bảng 17):

1- TT - GDSK trực tiếp tại nhà văn hóa 8 xóm, 7 đợt, tổng cộng 112 buổi cho 1.344 lượt người tham dự.

2- Truyền thông gián tiếp, phát trên loa đài 192 lượt, trưởng xóm thực hiện đọc tin.

3- TT - GDSK trực tiếp tại hộ gia đình được 126 lượt, và 2 đợt điều tra khẩu phần dinh dưỡng hợp lý trong một ngày tại 60 PNCT tại gia đình.

4- Phát 400 tờ rơi cho 100% PNCT và các đối tượng khác.

5- Trưng bày 13 Pano khổ giấy A<sub>0</sub>, tại nhà văn hóa của 8 xóm, hội trường Ủy ban nhân dân xã, trạm y tế xã, khu vực chợ Nam Hòa, trường tiểu học Nam Hòa, trường THCS .

6- TT - GDSK trực tiếp tại trạm y tế, tổ chức 3 đợt khám thai định kỳ cho 306 lượt PNCT. Xét nghiệm cho 217 PNCT.

7- Vận động nhân dân 19 lượt làm vệ sinh đường làng, nhà văn hóa của 8 xóm, vệ sinh chợ Nam Hòa, vệ sinh trạm y tế xã.

8- Tổ viên tổ công tác đã trực tiếp giúp và cùng gia đình làm vệ sinh cho 83 hộ gia đình neo đơn.

9- Các nhóm, tổ viên tổ công tác của 8 xóm đã tổ chức 6 cuộc giao lưu văn hóa văn nghệ với thanh niên, phụ nữ với các chủ đề TT - GDSK về PCTM ở PNCT.

10- Cấp viên sắt hỗ trợ cho 36 PNCT thuộc hộ nghèo, giám sát uống viên sắt đúng thời gian, số lượng...

11- Cấp hỗ trợ viên thuốc tẩy giun và tẩy giun cho 31 trường hợp, 56 trường hợp cho đơn thuốc bổ và hện tẩy giun.

### 3.1. Hiệu quả can thiệp

#### - Hiệu quả can thiệp làm thay đổi kiến thức

Các bảng số liệu nghiên cứu so sánh sự thay đổi của các chỉ số KAP về VSMT, DDHL và PCTM của 2 xã, được lập theo tuần tự "trước - trước (xã chứng - xã can thiệp), sau - sau (xã chứng - xã can thiệp) và "trước - sau" (xã can thiệp), "trước - sau" (xã chứng).

**Bảng 3.20. Kiến thức, thái độ, thực hành về VSMT trước và sau can thiệp ở xã Nam Hòa (n = 325)**

Chỉ số		Trước can thiệp		Sau can thiệp		CSHQ % CT	p
		Số lượng	Tỷ lệ (% <sub>p1</sub> )	Số lượng	Tỷ lệ (% <sub>p2</sub> )		
Kiến thức	Đạt	179	55,1	282	86,8	57,3	<0,001
	Không đạt	146	44,9	43	13,2	70,6	<0,001
Thái độ	Đạt	185	56,9	299	92,0	61,7	<0,001
	Không đạt	140	43,1	26	8,0	81,4	<0,001
Thực hành	Đạt	177	54,5	239	73,5	34,9	<0,001
	Không đạt	148	45,5	86	26,5	41,8	<0,001

- Tại xã Nam Hòa, tỷ lệ phụ nữ có điểm kiến thức, thái độ và điểm thực hành đạt tăng lên sau can thiệp ( $p < 0,001$ ), đồng thời cũng đạt CSHQ% – CT cao, với  $p < 0,001$ .

- Với cách tính tương tự như bảng 20, tại xã Linh Sơn, Kiến thức, thái độ, thực hành về VSMT tại thời điểm điều tra trước và sau cho thấy các tỷ lệ điểm đạt ít được cải thiện, sự thay đổi không có ý nghĩa thống kê ( $p > 0,05$ ), CSHQ % Chứng ở mức thấp.

**Bảng 3.24. Kiến thức, thái độ, thực hành về DDHL của đối tượng nghiên cứu ở xã Nam Hòa trước và sau can thiệp (n = 325)**

Chi số		Trước can thiệp		Sau can thiệp		CSHQ % CT	p
		Số lượng	Tỷ lệ (% <sub>p1</sub> )	Số lượng	Tỷ lệ (% <sub>p2</sub> )		
Kiến thức	Đạt	190	58,5	264	81,2	38,8	<0,001
	Không đạt	135	41,5	61	18,8	54,7	<0,001
Thái độ	Đạt	175	53,8	290	89,2	65,8	<0,001
	Không đạt	150	46,2	35	10,8	76,6	<0,001
Thực hành	Đạt	165	50,8	257	79,1	55,7	<0,05
	Không đạt	160	49,2	68	20,9	57,5	<0,05

Sau 18 tháng can thiệp, các chỉ số KAP về DDHL của phụ nữ tuổi sinh đẻ ở xã Nam Hòa đều đã thay đổi tốt lên rõ rệt, mức điểm đạt đều tăng, với  $p < 0,001$  và  $0,05$ , CSHQ% - CT cao, với  $p < 0,001$ .

Tương tự, kết quả các chỉ số Kiến thức, thái độ, thực hành về DDHL của đối tượng ở xã Linh Sơn tại điều tra ban đầu và điều tra lần sau ( $n = 325$ ), cho thấy, tỷ lệ phụ nữ có mức điểm đạt có tăng nhẹ so với ban đầu, tuy nhiên sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê,  $p > 0,05$ . CSHQ % Chứng ở mức thấp.

Phòng vấn về TT - GDSK với vấn đề DDHL, chị Ph 24 tuổi, xóm Na Quán nói: "*Nhờ có trường xóm đọc phát thanh, lại được các chị dân số (CTVDS), chị y tế thôn (NVYTTB) nói đi nói lại cho biết cách ăn thêm, ăn nhiều và uống nhiều viên sắt, nên lần có con này em khỏe lắm. Lần trước có nghe nói, nhưng nói qua lại quên*".

**Bảng 3.28. Kiến thức, thái độ, thực hành về PCTM xã Nam Hòa trước và sau can thiệp (n = 325)**

Chi số		Trước can thiệp		Sau can thiệp		CSHQ % CT	p
		Số lượng	Tỷ lệ (% <sub>p1</sub> )	Số lượng	Tỷ lệ (% <sub>p2</sub> )		
Kiến thức	Đạt	185	56,9	282	86,8	52,5	<0,001
	Không đạt	140	43,1	43	13,2	69,4	<0,001
Thái độ	Đạt	187	57,5	307	94,5	64,3	<0,001
	Không đạt	138	42,5	18	5,5	87,1	<0,001
Thực hành	Đạt	169	52,0	283	87,1	67,5	<0,001
	Không đạt	156	48,0	42	12,9	73,1	<0,001

Kết quả cho thấy sau can thiệp điểm đạt của KAP về PCTM của phụ nữ ở xã Nam Hòa đều tăng lên rõ rệt, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,001$  và đạt CSHQ% – CT cao, với  $p < 0,001$ .

Tại xã Linh Sơn, tương tự với điều tra ở xã Nam Hòa, kết quả CSHQ% Chứng ở mức thấp.

Đối với NVYTTB cũng đã được trang bị những kiến thức về DDHL và phát huy được vai trò TT – GDSK cộng đồng. Chị T, 41 tuổi là NVYTTB ở xóm Trại Giã, nêu ý kiến: "*Thực ra lúc đầu em cũng không hiểu biết về bồi dưỡng gì bổ, ăn nhiều ra sao, cứ nôn nghén thì nhịn ăn nhịn uống, uống viên sắt khi có thai không đủ, ngay cả khi em có thai cũng không uống đầy đủ sắt, bây giờ mới biết rõ. Em đã giảng giải cho PNCT uống sắt và ăn nhiều hơn trước*".

**Bảng 3.30. Hiệu quả thực sự tới KAP về VSMT, DDHL và PCTM cho phụ nữ xã Nam Hòa**

Chỉ số đạt		CSHQ% - CT	CSHQ% - chứng	HQCT %
VSMT	Kiến thức	57,3	5,9	51,4
	Thái độ	61,7	2,7	59,0
	Thực hành	34,9	3,7	31,2
DDHL	Kiến thức	38,8	6,0	32,8
	Thái độ	65,8	6,6	59,2
	Thực hành	55,7	4,7	51,0
PCTM	Kiến thức	52,5	2,1	50,4
	Thái độ	64,3	1,0	63,3
	Thực hành	67,5	3,6	63,9

Kết quả bảng 3.30 cho thấy, mô hình can thiệp ở xã Nam Hoà đã có kết quả rõ rệt, nâng cao được kiến thức, thái độ và thực hành của phụ nữ tuổi sinh đẻ có hiệu quả can thiệp rõ ràng.

*- Hiệu quả can thiệp cải thiện các chỉ số dinh dưỡng*

Hiệu quả can thiệp tác động tới việc PNCT ăn tăng, tăng dinh dưỡng và tăng tỷ lệ uống viên sắt.

Phỏng vấn về TT - GDSK với vấn đề DDHL, ông M, 56 tuổi ở xóm Bờ Suối nói: *"Bà con chúng tôi còn nghèo, nhưng thóc lúa khoai sắn vẫn có đủ ăn, ngày chỉ ăn 2 bữa là chính, ăn sáng lúc có lúc không. Con dâu khi mang thai ăn ít không hay ăn thêm ăn vặt, cũng không hay đi khám thai, chỉ khi mệt mỏi hay đau ốm mới đi khám. Được các anh chị và xóm giềng giúp chúng tôi thấy cũng sáng dạ ra nhiều hơn rồi"*.



**Bảng 3.31. Tần suất các món ăn/ 2 bữa và uống viên sắt ở PNCT**

Các món ăn	Tháng 03/07		Tháng 10/08		p
	120 bữa	Tỷ lệ (%)	120 bữa	Tỷ lệ (%)	
Món cơm gạo, khoai	120	100	120	100	> 0,05
Món thịt, cá, tôm cua	54	45,0	62	51,7	> 0,05
Dầu mỡ	96	80,0	104	86,7	> 0,05
Món rau, củ quả làm rau	72	60,0	81	67,5	> 0,05
Hoa quả, bánh, sữa/ ngày	21	35,0	36	60,0	< 0,001
PNCT uống viên sắt	86/110	78,2	108/110	98,2	< 0,001
BMNCB uống viên sắt	0/23	0	12/18	66,7	< 0,001

(PNCT xã Linh Sơn uống viên sắt 80,2%, BMNCB không uống viên sắt).

Tần suất sử dụng các món ăn của PNCT đã được chuyển biến, tỷ lệ PNCT xã Nam Hòa uống viên sắt trước can thiệp là 78,2%, sau can thiệp là 98,2%. Các BMNCB có con nhỏ  $\leq 6$  tháng không uống viên sắt trước can thiệp, nhưng sau can thiệp đã có 66,7% uống viên sắt.

**Bảng 3.32. Giá trị năng lượng và dinh dưỡng hợp lý khẩu phần/24 giờ của PNCT xã Nam Hòa sau can thiệp**

Chỉ số dinh dưỡng	Tháng 03/07	Tháng 10/08	Chênh lệch	% tăng
Năng lượng (KCal)	1.725	1.996	271	15,7
Protein (g)	53,2	60,6	7,4	13,9
Lipid (g)	21,2	24,1	2,9	13,7
Glucid (g)	337,7	391,6	53,9	15,9
Fe (mg)	10,4	13,2	2,8	26,9
Khối lượng /24g (g)	680	828	148	21,8

Các chỉ số về năng lượng và dinh dưỡng đều tăng (tuy nhiên vẫn ở mức thiếu hụt).

- Hiệu quả can thiệp làm giảm tỷ lệ thiếu máu ở PNCT.

**Bảng 3.35. Thay đổi tỷ lệ thiếu máu ở PNCT xã Nam Hòa trước và sau can thiệp (n = 110)**

Chỉ số	Trước can thiệp		Sau can thiệp		CSHQ %- CT	p
	n	(%, p <sub>1</sub> )	n	(%, p <sub>2</sub> )		
SLHC <3,5triệu	47	42,7	29	26,4	38,2	<0,05
Hb <110g/l	63	57,3	33	30,0*	47,6	<0,001
MCH <28pg	76	69,1	46	41,8	39,5	<0,001
Ferritin <30µg/l	46	41,8	35	31,8	23,9	>0,05
Giun móc (+)	47	42,7	37	33,6	21,3	>0,05

(\*Tỷ lệ thiếu máu giảm 27,3%, hàm lượng Hb tăng 10,9g/l)

Sau can thiệp tỷ lệ thiếu máu ở PNCT Nam Hòa giảm rõ rệt, đạt CSHQ% – CT cao, với  $p < 0,001$ . Tại xã Linh Sơn, tỷ lệ thiếu máu thay không đổi đáng kể, CSHQ% Chứng thấp.

- Hiệu quả thực sự của can thiệp tới điểm đạt của KAP và tỷ lệ thiếu máu.

**Bảng 3.37. Hiệu quả can thiệp với thiếu máu ở PNCT**

Chỉ số	CSHQ% - CT	CSHQ% Chứng	HQCT %
SLHC < 3,5triệu	38,2	14,1	24,1
Hb < 110g/l	47,6	15,8	31,8
MCH < 28pg	39,5	14,7	24,8
Ferritin < 30µg/l	23,9	6,2	17,7
Giun móc (+)	21,3	2,2	19,1

Can thiệp làm giảm tình trạng thiếu máu ở PNCT, (SLHC triệu/mm<sup>3</sup> < 3,5tr) với HQCT đạt 24,1%. Làm giảm tình trạng thiếu máu (Hb < 110g/l), HQCT đạt 31,8%. Giảm tình trạng thiếu máu nhược sắc (MCH < 28pg), HQCT đạt 24,8%. Làm giảm tình trạng thiếu máu thiếu sắt, giảm tình trạng dự trữ sắt thiếu hụt ở PNCT (ferritin < 30µg/l), HQCT đạt 17,7%. Can thiệp làm giảm tình trạng nhiễm giun móc, đạt HQCT 19,1%.

## **Chương 4. BÀN LUẬN**

### **4.1. Thực trạng và một số yếu tố liên quan đến thiếu máu ở phụ nữ có thai**

#### **4.1.1. Một số đặc điểm của đối tượng nghiên cứu**

- *Nhóm tuổi, trình độ học vấn và hộ nghèo*: 2 nhóm tuổi 20 - 24 và 25 - 29 đã chiếm tỷ lệ 66,1%, tỷ lệ mù chữ và biết đọc, biết viết chiếm tỷ lệ 11,3%, nhiều nhất là nhóm có trình độ tiểu học và THCS (49,1% và 35,6%), PTTH chỉ có 4,0%. Tỷ lệ này cũng tương đương như kết quả của Hoàng Khải Lập, tại xã Nam Hòa năm 2000.

Tỷ lệ hộ gia đình phụ nữ tuổi sinh đẻ thuộc diện nghèo chiếm 27,7%, cao hơn tỷ lệ nghèo chung của huyện. Cũng cao hơn tỷ lệ thiếu đói của người dân tộc Thái Sơn La (11,29%), Mường Sơn Thủy Hoà Bình (19,87%). Tuy nhiên còn thấp hơn tỷ lệ hộ nghèo của người dân tộc Mông (43,75%) và Thái (52,50%) ở 2 huyện Quế Phong và Kỳ Sơn tỉnh Nghệ An, người dân tộc Dao ở Hợp Tiến Thái Nguyên (31,00%), Mông Cán Tỷ Hà Giang (42,19%)...

- *Phương tiện và nguồn truyền thông đại chúng*: vô tuyến truyền hình chiếm 73,0%, đài thu thanh 11,6%... PNCT ít có điều kiện tiếp cận các thông tin trong chăm sóc sức khỏe. Tuy nhiên NVYTTB và CTVDSD cũng còn nhiều non kém trong chuyên môn y học, chưa đủ

độ tin cậy trong tư vấn và cung cấp những thông tin cần thiết về CSSKSS nói chung và các vấn đề về DDHL, PCTM cho PNCT...

- Chế độ dinh dưỡng, tập quán bất hợp lý: năng lượng khẩu phần thấp (1.725Kcal - 03/07), ở mức thiếu đói. Tập quán ăn uống và kiêng khem bất hợp lý, qua phỏng vấn và thảo luận nhóm đã thu thập được một số ý kiến, nội dung về ăn kiêng, bao gồm người ốm, người mới ốm dậy và PNCT, thường phải kiêng ăn là thịt trâu bò, thịt chó, thịt ngan, cá mè, lươn, ếch và một số quả chua như cam, chanh và quả bưởi (phụ nữ ở đây thường gọi là "*không thích*")... vì sợ ăn những thứ đó bệnh sẽ lâu khỏi hoặc tái phát các bệnh đã khỏi. Theo Bùi Bích Lan (2007), PNCT người Kháng tỉnh Sơn La và các dân tộc Mông, Dao cũng giống như người Sán Dìu, thường kiêng kỵ ăn thịt trâu, bò. Nguyễn Thị Minh Nguyệt (2007) cho biết PNCT người Ba-Na tỉnh Kon Tum không hái quả trên cây vì sợ con hiếng mắt, không ăn ruột bò sợ da con xám, không ăn thịt thú rừng vì sợ con khóc da xám... Theo Bùi Thị Thu Hà (2008) và Trần Minh Hằng (2006), PNCT người Mường Hòa Bình phải kiêng các loại thịt, cá và rau đến hết ngày ở cũ.

Tình hình chăm sóc thai nghén, điều tra 755 bà mẹ, kết quả 15,2% PNCT chỉ khám thai 1 lần, khám thai 2 lần là 22,1%, có 62,7% khám thai đủ và hơn 3 lần. Có 76,2% PNCT uống viên sắt, các bà mẹ sau đẻ không uống viên sắt. Theo Thái Quang Hùng, tại một số trạm y tế của huyện Cư Mgar và Lạc của tỉnh Đắk Lắk, tỷ lệ các bà mẹ đi khám đủ 3 lần trong 3 quý thai chỉ chiếm 37%, chỉ đạt 50 đến 60% so với chỉ tiêu

**4.1.2. Thực trạng thiếu máu và nhiễm giun móc:** Có 40,9% PNCT có SLHC < 3,5triệu, 54,5% có Hb < 110g/l, thiếu máu nhược sắc 68,6%, ferritin < 30µg là 42,7%. Thiếu máu nhẹ 88,3%, có 11,7%

thiếu máu mức độ vừa ( $Hb < 110g/l$ ), tỷ lệ này thấp hơn so với thiếu máu ở PNCT toàn quốc năm 2000 và của tỉnh Bắc Cạn năm 2006.

Tỷ lệ nhiễm giun móc 41,8%, đó là tỷ lệ khá cao, so với nhiều vùng nông thôn trong cả nước. Nhiều xã miền núi tỉnh Lào Cai có tỷ lệ người nhiễm giun đũa là 88,7% và giun móc là 67,1%, Lạng Sơn 56,0% và 38,5%, Cao Bằng 73,8% và 28,3%, dân tộc MNông Đắc Lặc có tỷ lệ người nhiễm giun đũa chỉ có 22,2% và giun móc lại cao 68,7%. Tại Liên Vi - Yên Hưng Quảng Ninh tỷ lệ người nhiễm giun đũa lại cao 83,7% nhưng tỷ lệ người nhiễm giun móc chỉ có 16,7%. Tại xã Úc Kỳ huyện Phú Bình tỉnh Thái Nguyên (2008), tỷ lệ phụ nữ nhiễm giun móc là 31,3%

#### **4.1.3. Các yếu tố liên quan đến thiếu máu ở PNCT**

- *Yếu tố kinh tế, trình độ học vấn thấp*, PNCT là hộ nghèo, có tỷ lệ thiếu máu cao hơn không nghèo. PNCT mù chữ, biết đọc biết viết và tiểu học có tỷ lệ thiếu máu cao hơn là trung học cơ sở trở lên.

- *Phụ nữ kết hôn và sinh con lần đầu ở tuổi dưới 25*, có tỷ lệ thiếu máu cao hơn so với phụ nữ ở nhóm tuổi từ 25 trở lên ( $p < 0,001$ ).

- *Yếu tố vệ sinh môi trường*: nhà ở mất vệ sinh, điều kiện môi trường ngoại cảnh mất vệ sinh, Gia đình PNCT có nguồn nước, hố xí mất vệ sinh, là những yếu tố liên quan thiếu máu.

- *Yếu tố uống bổ sung viên sắt và nhiễm giun móc*: PNCT không uống viên sắt và PNCT nhiễm giun móc có tỷ lệ thiếu máu thiếu sắt (dự trữ sắt ở mức thấp tương đối, với ferritin  $< 30\mu g$ ) cao hơn so với PNCT uống viên sắt và PNCT nhiễm giun móc,  $p < 0,001$ .

#### **4.2. Mô hình can thiệp phòng chống thiếu máu**

##### **4.4.1. Xây dựng mô hình**

Mô hình can thiệp "Giáo dục phòng chống thiếu máu phụ nữ Sán Diu", bản chất là TT - GDSK với sự tham gia của cộng đồng, nhằm thay

đổi những thói quen tập quán bất hợp lý ở PNCT, kết hợp ăn ở hợp vệ sinh, tăng cường bồi dưỡng, uống viên sắt và tẩy giun. Nòng cốt của mô hình là bộ 3 các trường xóm, NVYTTB và CTVDS.

#### *4.4.2. Hoạt động can thiệp và giám sát*

- *Các hoạt động can thiệp* (như phần 3.2. Mô hình, đã mô tả hoạt động 18 tháng). *Giám sát hoạt động*: có sự tham gia giám sát 21 lượt của các thành viên trong ban chỉ đạo, cán bộ trạm y tế và các cán bộ giảng viên của trường đại học Y Dược Thái Nguyên. Giám sát được làm tận các xóm can thiệp với từng tổ công tác và các tổ viên.

#### *4.4.3. Kết quả can thiệp*

- *Đã huy động cộng đồng tham gia phòng chống thiếu máu*. Hoạt động của mô hình đã trở thành 1 phong trào toàn dân tham gia PCTM cho PNCT, trong cộng đồng người Sán Dìu ở xã Nam Hòa. Mô hình đã tăng cường kiến thức hiểu biết về VSMT, DDHL và PCTM. Đồng thời làm chuyển đổi thái độ của phụ nữ, từ bỏ những thói quen và phong tục tập quán có hại cho sức khỏe, loại bỏ được thói quen ăn kiêng ở PNCT, bỏ cúng bái trong khi ốm đau, ăn uống và nghỉ ngơi hợp lý... giúp làm giảm tỷ lệ thiếu máu ở PNCT.

#### *- Kết quả đào tạo tăng cường năng lực cán bộ*

Trưởng xóm của các xóm đã tăng cường được kỹ năng trong truyền thông gián tiếp, bằng phát thanh trên loa đài. NVYTTB và CTVDS đã biết hướng dẫn PNCT cách uống viên sắt, cách bồi dưỡng và tận dụng LTTP sẵn có, phù hợp hoàn cảnh kinh tế của địa phương.

#### *- Hiệu quả của can thiệp làm chuyển biến nhận thức*

Tỷ lệ phụ nữ có kiến thức và thái độ về DDHL và PCTM ở mức điểm đạt ở xã Nam Hòa sau can thiệp so với trước can thiệp đều tăng, đạt CSHQ - CT (%) cao, với  $p < 0,001$ .

Quang cảnh làng xóm đã có những đổi thay, quang đấng sạch sẽ, thông thoáng, cống rãnh quanh nhà được khơi thông, các công trình vệ sinh, giếng nước, hố xí thường xuyên được quét dọn, chuồng trại đã được bà con chú ý thu dọn phân, lấp ủ che đậy tránh vương vãi và ruồi nhặng. Phụ nữ đi làm ruộng đã sử dụng ủng và găng cao su bảo hộ lao động rất phổ biến. Mọi người đã có thói quen rửa tay nhiều lần mỗi ngày, không nắm và bốc ăn bằng tay.

*- Hiệu quả can thiệp cải thiện các chỉ số dinh dưỡng hợp lý*

+ Giá trị năng lượng khẩu phần sau 18 tháng can thiệp đã đạt 1.996Kcal, so với ban đầu là 1.725Kcal, tăng 15,71%. Hàm lượng protein, lipid, glucid và sắt đều tăng từ 15 đến 20%. Tuy nhiên vẫn còn chưa đáp ứng tiêu chuẩn dinh dưỡng cho PNCT theo khuyến nghị.

+ Tăng tỷ lệ uống viên sắt và tẩy giun: tỷ lệ PNCT ở xã Nam Hòa uống viên sắt đã tăng rõ rệt, đạt 98,2%, so với trước can thiệp chỉ có 78,2%. Trước can thiệp các bà mẹ nuôi con bú không uống viên sắt, sau can thiệp có 66,7% uống viên sắt. Đã tẩy giun cho 31 trường hợp có chỉ định phù hợp, đạt kết quả tốt. Trong khi đó tại xã Linh Sơn tỷ lệ PNCT uống viên sắt chỉ đạt 80,2%, còn BMNCB từ trước tới nay đều không uống viên sắt.

+ Can thiệp đã làm giảm 27,3% tỷ lệ thiếu máu ở PNCT so với trước can thiệp (Hb < 110g/l), hàm lượng Hb trung bình tăng 10,9g/l và đều đạt CSHQ - CT rõ rệt, sự khác biệt đều có ý nghĩa thống kê, với  $p < 0,001$ . Nghiên cứu bổ sung sắt hàng ngày cho PNCT của Phạm Thúy Hòa (2000) đã làm tăng hàm lượng Hb 11g/l và giảm tỷ lệ thiếu máu xuống 16,7%. Nguyễn Công Khẩn bổ sung sắt hàng tuần cho phụ nữ tuổi 15 - 35, sau 3 năm giảm tỷ lệ thiếu máu xuống 38%.

- *Tính bền vững của mô hình:* + Mô hình đã đi đúng đường lối chính sách của Đảng và Chính phủ về dân tộc và miền núi, đã thu hút được sự ủng hộ về mọi mặt của Đảng, chính quyền và của nhân dân.

+ Mô hình đã phối hợp được hoạt động của “bộ 3 cán bộ xóm: Trưởng xóm, NVYTTB và CTVDS”.

+ Mô hình đã làm giảm 27,3% tỷ lệ thiếu máu ở PNCT.

- *Nét mới của mô hình:* + Mô hình đã huy động được nguồn nhân lực tại chỗ, của "bộ 3 các Trưởng xóm, NVYTTB và CTVDS"

+ Là một công trình nghiên cứu đặc thù trong CSSKSS, dành cho người DTSD và do người Sán Dìu thực hiện.

+ Mô hình đã tổng hợp các biện pháp giữa TT - GDSK với tăng cường dinh dưỡng, kết hợp uống viên sắt với giám sát việc uống viên sắt và tẩy giun.

## KẾT LUẬN

### **1. Thực trạng và một số yếu tố liên quan đến thiếu máu ở phụ nữ có thai người dân tộc Sán Dìu tại huyện Đồng Hỷ tỉnh Thái Nguyên.**

#### ***- Thực trạng thiếu máu***

+ Tỷ lệ thiếu máu ở PNCT (Hb < 110g/l) là 54,5%. Thiếu máu nhẹ là chủ yếu (88,3%). Thiếu máu nhược sắc chiếm 68,6%, dự trữ sắt ở mức thấp với ferritin dưới 30 $\mu$ g/l là 42,7%. Tỷ lệ nhiễm giun móc là 41,8%.

+ Tỷ lệ phụ nữ không thiếu máu lâm sàng là 59,6%. Tỷ lệ các dấu hiệu thiếu máu là: mệt mỏi 49,9%, gầy yếu 40,5%, da xanh niêm mạc nhợt nhạt 34,0%, hoa mắt chóng mặt 29,2%, mất ngủ 26,5%... Tỷ lệ có 2 và 3 dấu hiệu thiếu máu chiếm nhiều nhất (17,6 và 12,5%).



### **- Một số yếu tố liên quan**

+ Yếu tố kinh tế và trình độ học vấn thấp có liên quan thiếu máu, phụ nữ có thai diện hộ nghèo, có tỷ lệ thiếu máu cao hơn so với phụ nữ có thai không nghèo. Phụ nữ có thai mù chữ, biết đọc, biết viết hay tiểu học có tỷ lệ thiếu máu cao hơn phụ nữ có thai ở trình độ học vấn là trung học cơ sở trở lên ( $p < 0,05$ ).

+ Nhà ở, môi trường xung quanh, nguồn nước và hố xí mất vệ sinh là yếu tố làm tăng tỷ lệ thiếu máu, ( $p < 0,001$ ).

+ Phụ nữ kết hôn và sinh con sớm ở tuổi dưới 25, có tỷ lệ thiếu máu cao hơn so với phụ nữ ở nhóm tuổi từ 25 trở lên ( $p < 0,001$ ).

+ Phụ nữ có thai không uống viên sắt và phụ nữ có thai nhiễm giun móc, có tỷ lệ thiếu máu thiếu sắt (dự trữ sắt ở mức thấp tương đối) cao hơn nhiều so với phụ nữ có thai uống viên sắt đầy đủ ( $p < 0,001$ ) và phụ nữ có thai không nhiễm giun móc ( $p < 0,001$ ).

### **2. Hiệu quả của mô hình can thiệp**

- Mô hình can thiệp đã huy động cộng đồng tích cực tham gia phòng chống thiếu máu, đã gây dựng được phong trào rộng khắp trong cộng đồng người dân tộc Sán Diu ở xã Nam Hòa một cách tự nguyện.

- Mô hình đã giúp đào tạo tăng cường năng lực cán bộ cơ sở của thôn xóm, “bộ 3 cán bộ xóm: Trưởng xóm, nhân viên y tế thôn bản và cộng tác viên dân số” đã đảm nhận tốt được nhiệm vụ truyền thông – giáo dục sức khỏe cho nhân dân.

- Hiệu quả can thiệp đã làm chuyển biến nhận thức, làm thay đổi kiến thức, thái độ và thực hành về vệ sinh môi trường, dinh dưỡng hợp lý và phòng chống thiếu máu của phụ nữ tuổi sinh đẻ ở xã Nam Hòa. Hoạt động can thiệp đã đạt được hiệu quả can thiệp rõ nét.

- Can thiệp đã cải thiện các chỉ số dinh dưỡng ban đầu là 1.725KCal, sau can thiệp đã tăng lên 1.996KCal, tăng tỷ lệ phụ nữ có

thai uống viên sắt từ 78,2% trước can thiệp lên 98,2% sau can thiệp, bà mẹ nuôi con bú không uống viên sắt, sau can thiệp có 66,7% uống viên sắt.

- Kết quả can thiệp đã làm giảm 27,3% tỷ lệ thiếu máu.

## **KHUYẾN NGHỊ**

1. Đảng ủy, Ủy ban nhân dân xã và các ban ngành, phối hợp Trạm y tế tăng cường hoạt động của Ban công tác và các Tổ công tác. Duy trì truyền thông - giáo dục sức khỏe, nâng cao nhận thức cho phụ nữ tuổi sinh đẻ về vệ sinh môi trường, dinh dưỡng hợp lý và phòng chống thiếu máu. Nếu địa phương không duy trì thường xuyên các hoạt động kể trên, thì thiếu máu ở phụ nữ có thai có thể trở lại tình trạng như cũ.

2. Ngành y tế tuyên truyền vận động phụ nữ tuổi sinh đẻ uống bổ sung sớm viên sắt, dự phòng thiếu máu từ trước khi có thai. Nhà nước nên có chính sách hỗ trợ miễn phí viên sắt cho phụ nữ có thai thuộc hộ gia đình nghèo. Đồng thời cung cấp thực phẩm tăng cường sắt - như nước mắm, sữa, bánh quy, vào thị trường của các vùng nông thôn người dân tộc thiểu số miền núi và các vùng khó khăn.

3. Các cơ sở y tế, chính quyền các xã, huyện, vùng dân tộc thiểu số miền núi có thể tham khảo ứng dụng mô hình "Bộ 3 cán bộ xóm", cũng như các tài liệu TT - GDSK, cho hoạt động PCTM ở phụ nữ có thai nói chung và cho PNCT người dân tộc thiểu số nói riêng.

## DANH MỤC CÁC CÔNG TRÌNH CỦA TÁC GIẢ

1. Lê Minh Chính (2009), *Một số phong tục tập quán của người dân tộc Sán Dìu xã Nam Hòa - Đồng Hỷ có ảnh hưởng tới sức khỏe sinh sản*, Tạp chí Khoa học và Công nghệ, Đại học Thái Nguyên, (2), tr.79-84.
2. Lê Minh Chính, Trần Văn Tập (2009), *Tình hình dinh dưỡng và thiếu máu ở phụ nữ có thai người dân tộc Sán Dìu xã Nam Hòa - Đồng Hỷ tỉnh Thái Nguyên, thời điểm tháng 9 năm 2008*, Tạp chí Y học thực hành (5), tr. 24-27.
3. Lê Minh Chính, Đàm Khải Hoàn (2008), *Tình hình thiếu máu và kiến thức vệ sinh dinh dưỡng phòng chống thiếu máu ở phụ nữ Sán Dìu huyện Đồng hỷ tỉnh Thái Nguyên*, Tạp chí Y học thực hành, (4), tr. 79-81.
4. Lê Minh Chính, Đàm Khải Hoàn và Trần Văn Tập (2010), *Nghiên cứu thực trạng thiếu máu ở phụ nữ Sán Dìu trong thời kỳ mang thai tại huyện Đồng Hỷ tỉnh Thái Nguyên và hiệu quả của biện pháp can thiệp*, Tạp chí Khoa học và Công nghệ, Đại học Thái Nguyên, (4).