

NGHIÊN CỨU MỐI LIÊN QUAN GIỮA TỶ LỆ NHIỄM KÝ SINH TRÙNG ĐƯỜNG TIÊU HÓA VỚI SỰ HIỂU BIẾT VÀ THỰC HÀNH CÁC BIỆN PHÁP VỆ SINH PHÒNG BỆNH Ở CỘNG ĐỒNG DÂN CƯ XÃ VINH THÁI

Tôn Nữ Phương Anh, Ngô Thị Minh Châu và cộng sự
Trường Đại học Y Dược - Đại học Huế

Tóm tắt

Đặt vấn đề: Nhiễm ký sinh trùng đường tiêu hóa (KSTĐTH) là tình trạng phổ biến ở các nước nhiệt đới như nước ta. Nắm vững các kiến thức phòng bệnh ký sinh trùng và thay đổi các hành vi nguy cơ có thể làm giảm tỷ lệ nhiễm KSTĐTH. **Mục tiêu:** Đánh giá tình hình nhiễm ký sinh trùng đường tiêu hóa của cộng đồng dân cư xã Vinh Thái, trước và sau khi được giáo dục sức khỏe và sự thay đổi về hiểu biết và thực hành vệ sinh phòng bệnh nhiễm ký sinh trùng đường tiêu hóa. **Phương pháp nghiên cứu:** Khảo sát ở 60 hộ gia đình tình nguyện tham gia nghiên cứu ở xã Vinh Thái, bằng phỏng vấn, điều tra dựa trên bộ câu hỏi soạn sẵn kết hợp với giáo dục sức khỏe vệ sinh phòng bệnh, xét nghiệm phân bằng kỹ thuật Kato tìm trứng giun sán. Xét nghiệm phân và phỏng vấn được tiến hành lại sau 6 tháng nhằm đánh giá mối liên quan giữa tình hình nhiễm ký sinh trùng đường ruột và sự thực hành các biện pháp vệ sinh phòng bệnh. **Kết quả:** Trước giáo dục sức khỏe, tỷ lệ nhiễm chung ký sinh trùng đường tiêu hóa là 17,4%. Trong đó, tỷ lệ nhiễm giun đũa, giun móc và giun tóc, giun kim, sán lá gan bé và nhiễm phối hợp giun đũa-tóc, giun tóc-móc lần lượt là 0,1%; 8,0%; 5,8%; 0,6%; 0,3%; 1,2% và 0,3%. Sau khi giáo dục sức khỏe, tỷ lệ nhiễm chung ký sinh trùng đường tiêu hóa là giảm còn 12,6% mặc dù sự khác biệt chưa có ý nghĩa thống kê ($p>0,05$), nhưng không còn trường hợp nào nhiễm giun kim, sán lá gan bé và nhiễm phối hợp giun đũa-tóc. Sau khi giáo dục sức khỏe kiến thức về bệnh ký sinh trùng tăng lên có ý nghĩa thống kê nhưng thực hành các biện pháp vệ sinh phòng bệnh chưa có thay đổi đáng kể. **Kết luận:** Giáo dục sức khỏe góp phần quan trọng làm giảm tỷ lệ nhiễm KSTĐTH. Giáo dục sức khỏe có thể làm gia tăng kiến thức về bệnh ký sinh trùng có ý nghĩa nhưng để thay đổi các hành vi nguy cơ cần có những nghiên cứu tiếp theo.

Từ khóa: ký sinh trùng đường tiêu hoá, giáo dục sức khỏe.

Abstract

STUDY ON THE RELATIONSHIP BETWEEN PARASITIC INFECTION AND KNOWLEDGE, HYGIENIC PRACTICAL MEASURES OF PARASITIC INFECTIOUS PREVENTION IN VINH THAI COMMUNITY

Ton Nu Phuong Anh, Ngo Thi Minh Chau and et al
Hue University of Medicine and Pharmacy

Introduction: Intestinal parasite infections were common in tropical country such as Vietnam. Having good knowledge of parasitic infectious prevention and changing risk behaviors can decrease the infection rate. **Objective:** To evaluate the parasitic infectious rate in Vinh Thai community before and after being health education and the changing of knowledge of parasitic infectious prevention and risk behaviors. **Materials and methods:** 60 households in Vinh Thai commune were interviewed their knowledge of parasitic infectious prevention and examined intestinal parasite infection by Kato technique and then trained the knowledge of parasitic infectious prevention. The interview and examination parasitic infectious rate were carried out after 6 months to evaluating their knowledge. **Result:** Before health education, the rate of intestinal parasite infection was 17.4% with the prevalence of *Ascaris lumbricoides*, hookworm, whipworm, pinworm, small fluke worm and co-infection with *A. lumbricoides* - whipworm, hookworm-whipworm were 0.1%; 8.0%; 5.8%; 0.6%; 0.3%; 1.2% and 3.0% respectively. Six months later the rate of intestinal parasite infection was

decreased in 12.6% even though not statistical significantly. However, there were no case of small fluke worm and co-infection with hookworm-whipworm. Receiving health education, their knowledge of parasitic infectious prevention was higher significantly but their risk behaviors were not changed so much. **Conclusion:** Health education can change the rate of parasite infection with higher knowledge of parasitic infectious prevention but it was necessary continuous study to change the risk behaviors.

Key words: *intestinal parasi e, health education*

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Nhiễm ký sinh trùng đường tiêu hóa (KSTTH) là vấn đề của các nước đang phát triển, đặc biệt là ở vùng có khí hậu nhiệt đới nóng ẩm như nước ta. Theo Tổ chức Y tế Thế giới, ước tính trên thế giới có hơn 1 tỷ người nhiễm một hay nhiều loại KSTĐR và khoảng 2 tỷ người có nguy cơ bị nhiễm. Hằng năm có khoảng 3,5 triệu trường hợp có các triệu chứng liên quan đến bệnh giun tròn[3]. Việt Nam là nước có khí hậu nhiệt đới gió mùa, nóng ẩm mưa nhiều tạo điều kiện thuận lợi cho KSTĐTH phát triển và lây lan. Tỷ lệ nhiễm KSTĐTH phụ thuộc vào vệ sinh môi trường, vệ sinh ăn uống, tập quán ăn uống cũng như điều kiện kinh tế xã hội Yapi[11].

Phú Vang là một huyện ven đầm phá của tỉnh Thừa Thiên Huế, kinh tế còn nhiều khó khăn, người dân chủ yếu sống bằng nghề nông – ngư nghiệp, điều kiện môi trường còn nhiều hạn chế, công trình vệ sinh chưa hợp lý. Ở một số xã, ý thức của người dân về việc phòng chống bệnh KSTĐTH còn chưa cao. Để góp phần vào việc phòng tránh các bệnh nhiễm ký sinh trùng đường tiêu hóa thông qua nâng cao hiểu biết và thay đổi thái độ của người dân chúng tôi thực hiện đề tài ***“Nghiên cứu mối liên quan giữa tỷ lệ nhiễm ký sinh trùng đường tiêu hóa với sự hiểu biết và thực hành các biện pháp vệ sinh phòng bệnh ở cộng đồng dân cư xã Vinh Thái, huyện Phú Vang, tỉnh Thừa Thiên Huế”*** với hai mục tiêu:

1. *Đánh giá tình hình nhiễm ký sinh trùng đường tiêu hóa của cộng đồng dân cư xã Vinh Thái, huyện Phú Vang, tỉnh Thừa Thiên Huế trước và sau khi được giáo dục sức khỏe về vệ sinh phòng bệnh.*

2. *Đánh giá sự thay đổi về hiểu biết và thực hành vệ sinh phòng nhiễm ký sinh trùng đường tiêu hóa*

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1 Đối tượng nghiên cứu: Chúng tôi tiến hành nghiên cứu 60 hộ gia đình tình nguyện tham gia nghiên cứu ở xã Vinh Thái, huyện Phú Vang, tỉnh Thừa Thiên Huế.

Từ 60 hộ gia đình nói trên có tổng 311 người được chọn vào đối tượng nghiên cứu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu: nghiên cứu mô tả cắt ngang có theo dõi.

2.2.1. Kỹ thuật tiến hành

Chúng tôi tiến hành phỏng vấn bằng phiếu điều tra soạn sẵn để khảo sát với kiến thức và các hành vi liên quan tới nhiễm giun sán đường tiêu hóa ở các đối tượng đồng ý tham gia nghiên cứu. Sau đó tiến hành giáo dục sức khỏe vệ sinh phòng bệnh giun sán đường tiêu hóa bằng phương pháp tập huấn cho các đối tượng nghiên cứu và phát tờ rơi.

Lấy mẫu phân làm xét nghiệm ký sinh trùng bằng hai phương pháp: kỹ thuật Kato tìm trứng giun sán ký sinh đường tiêu hóa. Các trường hợp nhiễm KSTĐTH sẽ được điều trị bằng thuốc đặc hiệu. Chúng tôi điều trị bằng thuốc tẩy giun Albendazole nhóm bệnh nhân nhiễm giun móc và hoặc giun tóc theo phác đồ điều trị của Steinmann P. và cs (2011) [9]: Albendazole 400mg/ngày x 3 ngày. Riêng các bệnh nhân nhiễm giun đũa đơn thuần hay giun kim đơn thuần chúng tôi chỉ tẩy giun với mebendazole 500mg liều duy nhất. Chúng tôi cũng không điều trị đối với phụ nữ có thai hoặc cho con bú hay trẻ dưới 2 tuổi. Sau đó sẽ đánh giá đáp ứng điều trị bằng xét nghiệm phân lần 2 sau 2 tuần điều trị. Xét nghiệm phân và phỏng vấn lại sau 6 tháng để đánh giá lại tỷ lệ nhiễm giun và sự thay đổi về kiến thức và thực hành các biện pháp dự phòng nhiễm giun sán đường tiêu hoá. Đồng thời chúng tôi cũng xét nghiệm phân 120 người không được giáo dục sức khỏe để so sánh.

2.2.2. Xử lý số liệu: Theo phương pháp thống kê y học và viết báo cáo. Kết quả có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trong thời gian nghiên cứu từ tháng 01/2016 đến tháng 12/2016, từ 60 hộ gia đình chúng tôi tiến hành khảo sát được 311 đối tượng. Thu thập được 311 mẫu phân làm kỹ thuật Kato ở lần phỏng vấn đầu tiên và 143 mẫu ở lần phỏng vấn thứ 2 (sau 06 tháng) và trong đợt khảo sát lại sau 6 tháng này chúng tôi cũng thu thập 120 mẫu phân ở nhóm không tham gia giáo dục sức khỏe. Trong lần xét nghiệm sau 6 tháng được giáo dục sức khỏe chúng tôi chỉ thu thập bệnh phẩm được 143 /311 người chiếm tỷ lệ 46%. Những người không xét nghiệm lại được với nhiều lý do khác nhau như đi làm ăn xa, đi thăm người thân ở xa, đi học...

3.1. Kết quả khảo sát điều kiện vệ sinh chung của đối tượng nghiên cứu

Bảng 1. Tình trạng có hố xí hợp vệ sinh của các hộ gia đình

Tình trạng hố xí	N	%
Có	56	91
Không	4	9
Tổng	60	100

Nhận xét: Đa số người dân có hố xí hợp vệ sinh chiếm tỷ lệ 91%.

Bảng 2. Nguồn nước sử dụng của các hộ gia đình

Nguồn nước	N	%
Nước máy	58	97
Nước giếng	2	3
Tổng	60	100

Nhận xét: Tỷ lệ người dân có nguồn nước sạch để sử dụng rất cao, trong đó 97% số hộ có nước máy để sử dụng, phần còn lại cũng có nguồn nước sạch là nước giếng.

3.2. Tình hình nhiễm ký sinh trùng đường tiêu hóa trước và sau khi giáo dục sức khỏe.

Bảng 3. Tỷ lệ nhiễm ký sinh trùng đường tiêu hóa trước và sau khi được giáo dục sức khỏe

Tỷ lệ nhiễm KSTĐR	Trước giáo dục sức khỏe		Sau giáo dục giáo dục sức khỏe (sau 06 tháng)	
	N	%	n	%
Tỷ lệ nhiễm chung	54	17,4	18	12,6
Giun đũa	3	0,1	4	2,8
Giun móc	25	8,0	5	3,5
Giun tóc	18	5,8	8	5,6
Giun kim	2	0,6	0	0
Đũa + tóc	1	0,3	0	0
Tóc + móc	4	1,2	1	0,7
Sán lá gan bé	1	0,3	0	0
Tổng số mẫu điều tra	311	100	143	100

Nhận xét: Tỷ lệ nhiễm chung ký sinh trùng đường tiêu hóa giảm từ 17,4% xuống còn 12,6% sau khi được giáo dục sức khỏe. Trong đó tỷ lệ giun từng loại đều giảm, tuy nhiên sự khác biệt chưa có ý nghĩa thống kê ($p = 0,2$). Bên cạnh đó ở nhóm 120 người không tham gia giáo dục sức khỏe chúng tôi xét nghiệm phân cho kết quả nhiễm giun chung là 21/120 chiếm tỷ lệ 17,5% với nhiễm từng loại là giun đũa 2, giun tóc 11, giun móc 6, nhiễm đồng thời giun tóc và móc 2, giun đũa và móc 1 trường hợp.

3.3. Sự thay đổi về hiểu biết và thực hành vệ sinh phòng nhiễm ký sinh trùng đường tiêu hóa.

3.3.1. Thay đổi về hiểu biết kiến thức (đường lây, tác hại, phòng bệnh)

Bảng 4. Thay đổi về kiến thức liên quan tới đường lây, tác hại và phòng bệnh

Nội dung khảo sát	Trước giáo dục sức khỏe		Sau giáo dục sức khỏe		P
	N	%	n	%	
Biết ≥ 1 đường lây truyền của KST	266	85,5	300	96,4	<0,001
Biết ≥ 1 tác hại của KST	278	89,4	298	95,8	<0,05
Biết biện pháp phòng bệnh là ăn uống hợp vệ sinh	231	74,2	256	82,3	<0,05

Biết biện pháp phòng bệnh là không đi chân đất	226	72,6	259	83,3	<0,05
Biết biện pháp phòng bệnh là tẩy giun định kỳ	226	72,6	259	83,3	<0,05
Biết biện pháp phòng bệnh là ăn chín uống sôi	234	75,2	296	95,1	<0,05

Nhận xét: Sau khi được giáo dục sức khỏe kiến thức về đường lây truyền, tác hại và các biện pháp vệ sinh phòng bệnh của đối tượng nghiên cứu gia tăng rõ rệt với $p < 0,05$.

3.3.2. Thay đổi về tập quán, hành vi ăn uống

Bảng 5. Thay đổi về hành vi và tập quán ăn uống

Tập quán ăn uống	Trước giáo dục sức khỏe		Sau giáo dục sức khỏe		P
	N	%	n	%	
Có ăn rau sống	273	87,8	259	83,3	> 0,05
Ăn thịt bò tái	194	62,4	180	58	> 0,05
Ăn nem chua	210	67,5	195	63	>0,05
Cá nấu chưa chín kỹ	135	43,4	108	34,7	<0,05
Rửa tay trước khi ăn và sau khi đi cầu	259	83,4	273	87,8	> 0,05
Đi chân đất ngoài vườn và ngoài đồng	181	58,2	195	63	> 0,05

Nhận xét: Mặc dù kiến thức về bệnh ký sinh trùng gia tăng nhưng thực hành các biện pháp vệ sinh phòng bệnh không có thay đổi đáng kể, chỉ có hành vi ăn cá nướng chưa chín kỹ là thay đổi giảm sau giáo dục sức khỏe có ý nghĩa thống kê.

4. BÀN LUẬN

Nghiên cứu của chúng tôi thực hiện ở xã Vinh Thái là một xã đồng bằng chiêm trũng ven phá Tam Giang của huyện Phú Vang, dân cư chủ yếu là làm ruộng và nuôi trồng thủy sản, do đó dễ dàng có các thói quen sinh hoạt làm dễ cho việc nhiễm ký sinh trùng đường tiêu hóa như đi chân đất, ăn gỏi cá... Theo WHO, giáo dục sức khỏe về vệ sinh phòng bệnh bao gồm: hố xí hợp vệ sinh, rửa tay trước khi ăn, sau khi đi vệ sinh, thay đổi thói quen ăn uống là một chiến lược quan trọng trong phòng nhiễm KSTĐTH nhưng nhiều nghiên cứu cho báo cáo kết quả khác nhau. Cũng theo WHO, khảo sát ngẫu nhiên 25 trường tiểu học ở Việt nam cho thấy giáo dục sức khỏe không làm giảm tỷ lệ nhiễm giun sán đường tiêu hóa (Marco Albonico, 2006) sau 4 tháng [8]. Vì vậy nghiên cứu chúng tôi thực hiện nhằm tăng cường giáo dục sức khỏe vệ sinh phòng bệnh nhiễm ký sinh trùng đường tiêu hóa (KSTĐTH) cho các hộ gia đình nhằm đánh giá sự thay đổi tình nhiễm KSTĐTH sau 6 tháng.

Khảo sát về điều kiện vệ sinh chung chúng tôi nhận thấy tỷ lệ hộ gia đình có hố xí hợp vệ sinh cũng như nguồn nước sạch để sử dụng chiếm tỷ lệ rất cao (Bảng 1, 2). Điều này cho thấy điều kiện vệ sinh chung khá tốt ở cộng đồng dân cư này. Như vậy tỷ

lệ nhiễm KSTĐTH sẽ phụ thuộc rất nhiều vào kiến thức vệ sinh phòng bệnh và thái độ thực hành các biện pháp vệ sinh phòng bệnh, trong khi thuốc tẩy giun được sử dụng rộng rãi theo chương trình của WHO chỉ được thực hiện ở trẻ em tuổi tiểu học với mebendazole 500mg liều duy nhất nên chưa có tác động đáng kể lên cả cộng đồng. Tiến hành giáo dục sức khỏe cho các hộ gia đình và đánh giá tỷ lệ nhiễm KSTĐTH trước và sau giáo dục sức khỏe là biện pháp cần thiết góp phần giảm tỷ lệ nhiễm KSTĐTH trong cộng đồng.

4.1. Tình hình nhiễm ký sinh trùng của dân cư xã Vinh Thái.

Theo nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ nhiễm ký sinh trùng đường tiêu hóa ở xã Vinh Thái khá cao, trong lần xét nghiệm đầu tiên là 17,4%. Trong đó, giun móc, giun tóc và giun đũa chiếm lần lượt là 8%; 5,8% và 1,2% và có 0,3% đồng nhiễm giun đũa - tóc, 1,2% nhiễm giun tóc-móc với 1 trường hợp (0,3%) nhiễm sán lá gan bé . Từ kết quả này cho thấy rằng ở đối tượng nghiên cứu vấn đề chính là nhiễm giun móc và giun tóc. Điều này liên quan chính tới hành vi đi chân đất, không bảo hộ lao động khi tiếp xúc với đất của người dân (nhiễm giun móc) và hành vi ăn rau sống nhiễm ký sinh trùng (giun tóc). Thêm vào đó, các con số này cũng phản ánh một vấn đề

liên quan tới vệ sinh môi trường là mặc dù các hộ gia đình đều có hố xí và nước sạch để dung nhưng vẫn có sự phát tán của mầm bệnh trứng giun sán ra ngoài cảnh, vì vậy cần tăng cường hơn nữa giáo dục vệ sinh môi trường là cần thiết. Bên cạnh đó, tập quán ăn uống ví dụ như gỏi cá sống là yếu tố chính gây nên nhiễm sán lá gan nhỏ nên việc giáo dục các đường truyền từ đó giúp phòng tránh các bệnh giun sán đường tiêu hóa là rất quan trọng đặc biệt trong cộng đồng dân cư ở vùng đầm phá xã Vinh Thái. So sánh với kết quả phường Phú Cát năm 1999, tỷ lệ nhiễm giun tóc và giun đũa lên đến 39,25% và 34,7% nhưng tỷ lệ nhiễm giun tóc lại rất thấp 2,7%, và không có nhiễm sán lá gan bé[1]. Một nghiên cứu tương tự ở trường Nguyễn Văn Trỗi (thành phố Huế) năm 2008 có tỷ lệ nhiễm giun đũa cao nhất là 16,5%[2].

Qua đây, có thể thấy tỷ lệ nhiễm giun khá khác biệt ở từng nghiên cứu, theo đó loại giun nhiễm phổ biến trước đây là giun đũa đến nay còn rất thấp trong khi giun tóc và đặc biệt giun móc lại cho thấy tỷ lệ khá cao hiện nay. Điều này có thể lý giải qua việc cải thiện vệ sinh môi trường, vệ sinh ăn uống, điều kiện sống đặc biệt là có nguồn nước sinh hoạt giúp cải thiện tỷ lệ nhiễm giun sán đường tiêu hóa. Bên cạnh đó, các chương trình tẩy giun định kỳ với mebendazole 500mg liều duy nhất cho thấy sự hiệu quả đối với giun đũa trong khi với giun tóc và giun móc thì cải thiện không đáng kể do chu kỳ sinh thái của các loại giun này khác nhau. Chính vì vậy trong nghiên cứu của chúng tôi khi điều trị tẩy giun cho các trường hợp dương tính chúng tôi sử dụng phác đồ điều trị thay thế của Steinmann [9] là cần thiết để tẩy giun tóc và/hoặc giun móc.

Ở lần xét nghiệm thứ 2 sau đó 6 tháng, tỷ lệ nhiễm giun đường ruột có giảm rõ xuống còn 12,6% (so với 17,4% ở lần đầu) với sự giảm tỷ lệ nhiễm từng loại. Mặc dù số mẫu nghiên cứu còn ít, tỷ lệ giảm chưa có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$), nhưng kết quả này cũng góp phần ghi nhận rằng chương trình phòng chống nhiễm giun sán cần có sự kết hợp giữa thuốc tẩy giun hiệu quả kết hợp với giáo dục sức khỏe mới đem lại kết quả bền vững.

Mặc dầu giảm tỷ lệ nhiễm KSTĐTH chưa có ý nghĩa thống kê, nhưng với kết quả xét nghiệm tình hình nhiễm giun sán ở 120 người chưa được giáo dục sức khỏe ở lần khảo sát sau 6 tháng của chúng tôi cũng ghi nhận kết quả tương tự như nhóm chứng trước khi được giáo dục sức khỏe. Kết quả này một lần nữa cho thấy tầm quan trọng của vệ sinh phòng bệnh trong công tác phòng chống nhiễm KSTĐTH. Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy vai trò của chương trình giáo dục kiến thức về phòng chống

nhễm ký sinh trùng đường, tương tự như một số nghiên cứu của các tác giả khác trên thế giới. Theo nghiên cứu của Theresa W. Gyorkos và cs tại Peru năm 2013 ghi nhận rằng kết hợp tẩy giun và giáo dục sức khỏe vệ sinh phòng bệnh làm giảm tỷ lệ nhiễm giun đũa ở trẻ em 11 tuổi nhưng tỷ lệ nhiễm giun móc, tóc giảm không đáng kể [10].

Ahmed K Al-Delaimy (2014) ở Malaysia cũng cho thấy giáo dục sức khỏe đối với cả cộng đồng góp phần quan trọng vào việc làm giảm tỷ lệ nhiễm giun truyền qua đất [4].

Bên cạnh đó, việc điều trị cho những người bị nhiễm giun đường tiêu hóa bằng Albendazole của chúng tôi cũng góp phần làm giảm tỷ lệ này. Tuy nhiên, với phác đồ trên thì tỷ lệ của giun móc và giun tóc vẫn còn duy trì cao (Bảng 3). Từ kết quả này, chúng tôi nhận thấy mebendazole 500mg liều duy nhất chỉ hiệu quả với giun đũa nhưng kém với giun tóc và giun móc[4]. Do đó, việc sử dụng phác đồ thay thế của Peter Steinmann để tẩy giun tóc và giun móc có thể mang lại những hiệu quả ở những nghiên cứu sau này.

4.2. Sự thay đổi về hiểu biết và thực hành vệ sinh phòng nhiễm ký sinh trùng đường tiêu hóa.

Kết quả Bảng 4 cho thấy: sau khi được giáo dục sức khỏe kiến thức về đường lây truyền, tác hại và các biện pháp vệ sinh phòng bệnh của đối tượng nghiên cứu gia tăng rõ rệt với $p < 0,05$. Tuy nhiên thực hành các biện pháp vệ sinh ăn uống, thói quen ăn uống nhằm làm giảm nguy cơ nhiễm KSTĐTH chưa thay đổi đáng kể (Bảng 5). Từ nghiên cứu này chúng tôi nhận thấy để giáo dục sức khỏe thật sự có hiệu quả làm giảm tỷ lệ nhiễm KSTĐTH cần phải thực hiện với nhiều phương tiện khác nhau như biện pháp giáo dục sức khỏe bằng phim hoạt hình trong trường học cũng như ở cộng đồng một cách thường xuyên và được sự hỗ trợ của WHO (Franziska Andrea Bieri, 2013)[6]. Bên cạnh đó giáo dục sức khỏe ngày phòng chống nhiễm KSTĐTH là một trọng tâm của WHO đề ra để góp phần làm giảm gánh nặng của nhiễm KSTĐTH lên sự phát triển tâm thần vận động của trẻ em, sức khỏe cộng đồng cũng như làm giảm gánh nặng điều trị từ đó làm giảm nguy cơ đề kháng thuốc tẩy giun (Krucken J. 2017, Esteban-Ballesteros M. 2017)[7, 5].

Tóm lại, do hạn chế của đề tài chỉ thực hiện được trong nhóm nhỏ dân cư với thời gian ngắn, chúng tôi ghi nhận được rằng giáo dục sức khỏe đóng vai trò quan trọng làm giảm tỷ lệ nhiễm giun sán trong cộng đồng. Bên cạnh đó việc giáo dục sức khỏe cần phải tiến hành trên diện rộng một cách thường xuyên sử dụng các phương pháp trực quan sẽ có hiệu quả tốt hơn.

5. KẾT LUẬN

5.1. Tình hình nhiễm ký sinh trùng đường tiêu hóa trước và sau khi được giáo dục sức khỏe về vệ sinh phòng bệnh: sau khi được giáo dục sức khỏe tỷ lệ nhiễm giun giảm mặc dầu chưa có ý nghĩa thống kê: Trước giáo dục sức khỏe, tỷ lệ nhiễm chung ký sinh trùng đường tiêu hóa là 17,4%. Trong đó, tỷ lệ nhiễm giun đũa, giun móc và giun tóc, giun kim, sán lá gan bé và nhiễm phổi hợp giun đũa-tóc, giun tóc-móc lần lượt là 0,1%; 8,0%; 5,8%; 0,6%; 0,3%; 1,2% và 0,3%.

Sau khi giáo dục sức khỏe, tỷ lệ nhiễm chung ký sinh trùng đường tiêu hóa là 12,6%. Trong đó, tỷ lệ nhiễm giun đũa, giun móc và giun tóc, và nhiễm phổi hợp giun tóc-móc lần lượt là: 2,8%; 3,5%; 5,6%;

0,7%; không còn trường hợp nào nhiễm giun kim, sán lá gan bé và nhiễm phổi hợp giun đũa-tóc.

5.2. Sự thay đổi về hiểu biết và thực hành vệ sinh phòng bệnh nhiễm ký sinh trùng đường tiêu hóa: Sau khi giáo dục sức khỏe kiến thức về bệnh ký sinh trùng của đối tượng nghiên cứu tăng lên có ý nghĩa thống kê nhưng thực hành các biện pháp vệ sinh phòng bệnh chưa có thay đổi đáng kể.

6. KIẾN NGHỊ

Cần tiến hành thêm các nghiên cứu tương tự tại huyện Phú Vang cũng như các huyện lân cận để có đánh giá chính xác hơn về tình hình nhiễm ký sinh trùng đường tiêu hóa cũng như can thiệp các biện pháp dự phòng hiệu quả tại tỉnh Thừa Thiên Huế.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Tôn Nữ Phương Anh, Phạm Văn Linh và Trương Quang Ánh (2000), "Nghiên cứu dịch tễ học nhiễm KST đường ruột ở phường Phú Cát TP Huế", *Tạp chí Y học TPH-CM*. Số đặc biệt Hội nghị khoa học công nghệ tuổi trẻ các Trường Đại học Y Dược Việt nam lần thứ X, phụ bản tập 4 số 2, tr. 101- 107.

2. Ngô Thị Minh Châu, Ton Nu Phuong Anh và Nguyen Thi Hoa (2010), "Studied the prevalence of intestinal protozoa infection in pupil's Nguyen Van Troi Junior high school, Hue city", *Journal of Military Pharmacology - medicine*. Vol 25, tr. 108-114.

3. Nguyễn Thị Việt Hòa và cs (2005), *Nghiên cứu ảnh hưởng của quá trình tẩy giun hàng loạt đến sự phát triển thể lực ở học sinh tiểu học (6-11 tuổi)*, công trình NCKH, báo cáo tại hội nghị khoa học toàn quốc, chuyên ngành sốt rét-kst-côn trùng giai đoạn 2001-2005, viện SR-KST-CTTW, NXB y học Hà Nội.

4. Ahmed K Al-Delaimy, Hesham M Al-Mekhlaf, Yvonne AL Lim, Nabil A Nasr, Hany Sady, Wahib M Atroosh and Rohela Mahmud, Developing and evaluating health education learning package (HELP) to control soil-transmitted helminth infections among Orang Asli children in Malaysia, *Parasites & Vectors*, 2014, 7:416

5. Esteban-Ballesteros M, Rojo-Vázquez FA, Skuce PJ, Melville L, González-Lanza C, Martínez-Valladares M, Quantification of resistant alleles in the β -tubulin gene of field strains of gastrointestinal nematodes and their relation with the faecal egg count reduction test., *BMC Vet Res*. 2017 Mar 20;13(1):71.

6. Franziska Andrea Bieri, Impact of a video-based

health education intervention on soiltransmitted helminth infections in Chinese schoolchildren, A thesis submitted for the degree of Doctor of Philosophy at The University of Queensland in 2013

7. Krücken J, Fraundorfer K, Mugisha JC, Ramünke S, Sifft KC, Geus D, Habarugira F, Ndoli J, Sendegaya A, Mukampunga C, Bayingana C, Aebischer T, Demeler J, Gahutu JB, Mockenhaupt FP, von Samson-Himmelstjerna G, Reduced efficacy of albendazole against *Ascaris lumbricoides* in Rwandan schoolchildren., *Int J Parasitol Drugs Drug Resist*. 2017 Jun 23;7(3):262-271.

8. Marco Albonico, Antonio Montresor, D.W.T. Crompton and Lorenzo Saviol, Intervention for the Control of Soil-Transmitted Helminthiasis in the Community, *Advances in Parasitology* vol 61, 2006 Elsevier Ltd., ISSN: 0065-308X.

9. Steinmann P. và Jurg Utzinger et al., "Efficacy of Single-Dose and Triple-Dose Albendazole and Mebendazole against Soil-Transmitted Helminths and *Taenia* spp.", *A Randomized Controlled Trial*. (2011), *PLoS ONE* 6(9): e25003

10. Theresa W. Gyorkos, Mathieu Maheu-Giroux, Brittany Blouin, Martin Casapia, Impact of Health Education on Soil-Transmitted Helminth Infections in Schoolchildren of the Peruvian Amazon: A Cluster-Randomized Controlled Trial, *Negl Trop Dis*. 2013 Sep; 7(9): e2397

11. Yapi RB et al (2016), "Bayesian risk profiling of soil-transmitted helminth infections and estimates of preventive chemotherapy for school-aged children in Côte d'Ivoire", *Parasit Vectors*. 9, tr. 162.