

# Kiến thức, Thái độ, Thực hành về Kiểm tra Sức khỏe Định kỳ của Người dân Thành Phố Huế Năm 2016

Trương Công Hiếu, Nguyễn Minh Tâm  
Trường Đại học Y Dược Huế

## Tóm tắt

**Đặt vấn đề:** Kiểm tra sức khỏe định kỳ (KTSKĐK) được xem là một biện pháp dự phòng hữu hiệu trong việc ngăn ngừa bệnh tật, giúp phát hiện bệnh ở giai đoạn sớm. Tại Việt Nam, phần lớn người dân chỉ đến cơ sở y tế khi có triệu chứng bệnh mà vẫn chưa quan tâm đúng mức đến việc thực hiện KTSKĐK. Nghiên cứu của chúng tôi tiến hành nhằm khảo sát kiến thức, thái độ và thực hiện KTSKĐK cũng như tìm hiểu một số yếu tố liên quan đến việc thực hiện dịch vụ này. **Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 1.002 người dân từ 18 tuổi trở lên ở Thành phố Huế. Sử dụng mô hình hồi quy đa biến logistic và test  $\chi^2$  để phân tích các yếu tố liên quan. **Kết quả:** 42,6% người dân có kiến thức chung tốt về KTSKĐK. 92,4% người dân cho rằng tất cả mọi người cần thực hiện KTSKĐK nhưng chỉ có 41,8% người dân có thái độ chung tốt về KTSKĐK. Có 21,2% người dân có thực hiện KTSKĐK trong 12 tháng vừa qua. Xét nghiệm máu là nội dung KTSKĐK được thực hiện nhiều nhất (86,8%), tiếp đến là siêu âm bụng tổng quát (75,5%) và khám nội khoa (74,1%). Trình độ học vấn, nghề nghiệp, mức thu nhập và bảo hiểm y tế là các yếu tố liên quan đến thực hành KTSKĐK của đối tượng ( $p < 0,05$ ). **Kết luận:** Nghiên cứu chỉ ra rằng kiến thức, thái độ tốt về KTSKĐK khá cao, nhưng tỷ lệ thực hiện tốt còn thấp, vì vậy đẩy mạnh truyền thông, nâng cao nhận thức của người dân, đồng thời tăng cường các chương trình, chính sách khuyến khích người dân thực hiện KTSKĐK.

**Từ khóa:** kiến thức, thái độ, thực hành, kiểm tra sức khỏe định kỳ.

## Abstract

# KNOWLEDGE, ATTITUDE, AND PRACTICE TOWARD PERIODIC MEDICAL CHECKUP AMONG ADULTS IN HUE CITY IN 2016

Truong Cong Hieu, Nguyen Minh Tam  
Hue University of Medicine and Pharmacy

**Objectives:** Periodic medical checkup (PMC) is a common and effective form of preventive medicine while the practice of this in Vietnam is still limited and with low attention and awareness. There are not many existing studies of PMC in Vietnam. This study aimed to study on the knowledge, attitude and practice of PMC as well as to understand the related factors of PMC. **Methods:** A cross-sectional study on 1.002 people aged 18 and over in Hue city, using a structured questionnaire was conducted. **Results:** 42.6% of the respondents had good general knowledge. 92.4% of people thought that all people needed to have PMC but only 41.8% of participants had good attitude for PMC. There were 21.2% of people performing PMC in the last 12 months. Blood tests were the most common procedure performed by the participants (86.8%), followed by general abdominal ultrasonography (75.5%) and internal medicine (74.1%). Education levels, occupation, income level and owning health insurance card were associated to the practice of PMC ( $p < 0.05$ ). **Conclusions:** The study showed a high percentage of people having good knowledge and attitude of PMC and a low percentage of those having good practice of PMC. Therefore, it is necessary to develop strategies and policies in order to encourage people to get PMC as well as to enhance the communication and raise the awareness of people on PMC.

**Keywords:** Knowledge, attitude, practice, periodic medical checkup.

## 1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Việc thực hiện kiểm tra sức khỏe định kỳ (KTSKĐK) không còn là khái niệm quá xa lạ với người dân và đang dần trở thành một vấn đề y tế công

cộng quan trọng. Ở các nước phát triển, KTSKĐK được xem là dịch vụ chăm sóc dự phòng cấp 1 và cấp 2 hữu hiệu trong việc ngăn ngừa bệnh tật, tăng

cường sức khỏe, giảm tỷ lệ mắc bệnh và tử vong, giúp phát hiện bệnh ở giai đoạn sớm [5].

Mặc dù KTSKĐK mang lại những lợi ích thiết thực, nhưng nhiều nghiên cứu đã chỉ ra rằng nhận thức của người dân về KTSKĐK chưa cao và tỷ lệ người dân thực hiện KTSKĐK cũng còn thấp. Nghiên cứu tại Nigeria năm 2016 cho thấy tỷ lệ thực hiện KTSKĐK là 15% [14], nghiên cứu tại Hồng Kông (2009) là 19,6% [4]. Một nghiên cứu khác của Odunukwe R.C cho thấy 75,48% phụ nữ có kiến thức tốt về KTSKĐK nhưng chỉ có 30% phụ nữ có thực hiện dịch vụ này [9].

Tại Việt Nam, Bộ Y tế khuyến cáo mỗi cá nhân nên KTSKĐK mỗi 6 - 12 tháng nhưng đa số người dân chỉ đến cơ sở y tế khi có triệu chứng bệnh mà vẫn chưa có thói quen thực hiện KTSKĐK. Nhằm cung cấp thêm các bằng chứng cho việc hoạch định các chính sách, chương trình liên quan đến dự phòng chăm sóc sức khỏe cho người dân ở tỉnh Thừa Thiên Huế nói riêng và Việt Nam nói chung, chúng tôi thực hiện đề tài ***"Kiến thức, thái độ, thực hành về kiểm tra sức khỏe định kỳ của người dân Thành phố Huế năm 2016"*** với hai mục tiêu:

1. Mô tả kiến thức, thái độ, thực hành về kiểm tra sức khỏe định kỳ của người dân Thành phố Huế năm 2016.
2. Xác định các yếu tố liên quan đến kiến thức, thái độ, thực hành về kiểm tra sức khỏe định kỳ của người dân Thành phố Huế năm 2016.

## 2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

**2.1. Đối tượng nghiên cứu:** Người dân từ 18 tuổi trở lên thuộc các hộ gia đình đang sinh sống tại thành phố Huế.

**2.2. Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang.

**Cỡ mẫu:**

$$n = 1,96^2 \frac{0,05(1 - 0,5)}{0,05^2} = 385 \text{ người dân}$$

Hệ số thiết kế được chọn để tăng độ tin cậy và khống chế sai số SE=2; Dự kiến điều tra thêm 20% người dân để giảm sai số điều tra thu thập thông tin cộng đồng nên  $n = 385 \times 2 + (385 \times 20\%) = 847$  người dân. Thực tế chúng tôi khảo sát được 1.002 người dân.

**Phương pháp chọn mẫu:** Chọn mẫu nhiều giai đoạn

- Giai đoạn 1: Chọn các phường bằng phương pháp chọn mẫu chùm, phường là chùm. Thành phố Huế được chia làm 2 nhóm theo vị trí địa lý là Nam sông Hương và Bắc sông Hương. Lập danh sách các

phường của thành phố Huế theo 2 nhóm trên và bốc thăm ngẫu nhiên 3 phường trong mỗi nhóm.

- Giai đoạn 2: Tại mỗi chùm (phường) lập danh sách người dân từ 18 tuổi trở lên và sử dụng quy tắc tam suất để tính ra số người dân dự kiến mời tham gia vào nghiên cứu. Từ danh sách này, chọn ngẫu nhiên đối tượng nghiên cứu theo số lượng cần chọn ở mỗi phường.

### 2.3. Thu thập và phân tích số liệu

Thu thập số liệu sử dụng bảng câu hỏi đã soạn sẵn và điều tra viên phỏng vấn người dân.

**Kiến thức:** đánh giá theo điểm số được cho ở mỗi câu hỏi. Điểm tối thiểu là 0 điểm, điểm tối đa là 5 điểm. Đánh giá kiến thức chung tốt khi đạt từ 3 điểm trong tổng số điểm (5 điểm), còn lại là chưa tốt. **Thái độ:** chấm điểm dựa theo thang điểm Likert 5 mức độ. Điểm tối thiểu là 0 điểm, điểm tối đa là 35 điểm. Đánh giá thái độ chung tốt khi tổng số điểm đạt được từ 28 điểm trở lên trong tổng số điểm (35 điểm), còn lại chưa tốt. **Thực hành:** đánh giá theo điểm số ở mỗi câu hỏi. Điểm tối thiểu là 0 điểm và tối đa là 3 điểm. Đánh giá thực hành chung tốt khi đạt từ 2 điểm trong tổng số điểm (3 điểm); còn lại là chưa tốt.

**2.4. Xử lý số liệu:** Bằng phần mềm SPSS 20.0, kết quả được mô tả bằng bảng phân phối tần suất, tỷ lệ; phân tích hồi quy đa biến logistic để xác định các yếu tố liên quan.

## 3. KẾT QUẢ VÀ BÀN LUẬN

### 3.1. Thông tin chung

Độ tuổi trung bình của người dân trong nghiên cứu của chúng tôi là 49,7 tuổi. Trong đó, đa số người dân nằm trong độ tuổi từ 18 đến 59 tuổi chiếm 70,8%, độ tuổi từ 60 tuổi trở lên chiếm tỷ lệ 29,1%. 62,0% đối tượng nghiên cứu là nữ giới.

Đa số người dân có trình độ học vấn từ trung học cơ sở (THCS) trở lên với 58,7%.

Nghề nghiệp của đối tượng nghiên cứu phân bố lần lượt như sau: buôn bán/dịch vụ/thủ công (42,0%), thất nghiệp/nội trợ/người già (23,4), nghỉ hưu (9,1%), công nhân (10,0%), cán bộ nhân viên (8,6%). Phần lớn người dân tự đánh giá mức thu nhập của gia đình họ ở mức trung bình - khá giả, 85,1%. Hầu hết người dân đều có thể bảo hiểm y tế (87,3%), trong đó thể bảo hiểm mua theo hộ gia đình được người dân tham gia nhiều nhất (54,3%).

Đa số người dân tự đánh giá tình trạng sức khỏe hiện tại của bản thân ở mức bình thường với 59,9%, ở mức tốt chiếm 20,0%.

Kết quả nghiên cứu cho thấy có đến 29,2% người dân có mắc bệnh mạn tính, trong đó mắc 1 bệnh chiếm tỷ lệ cao nhất với 23,4%.

### 3.2. Kiến thức, thái độ và thực hành về kiểm tra sức khỏe định kỳ

**Bảng 1.** Kiến thức đúng về kiểm tra sức khỏe định kỳ

| Kiến thức (n=1.002)                                                                                  | Số lượng | Tỷ lệ (%) |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|-----------|
| Định nghĩa về KTSKĐK                                                                                 | 607      | 60,6      |
| Tần suất KTSKĐK đối với người khỏe mạnh (1 lần/năm)                                                  | 288      | 28,7      |
| Tần suất KTSKĐK đối với NLĐ với công việc độc hại hoặc NLĐ chưa thành niên, NLĐ cao tuổi (2 lần/năm) | 332      | 33,1      |
| BHYT không thanh toán đối với dịch vụ KTSKĐK                                                         | 462      | 46,1      |

Qua Bảng 1 cho thấy có 60,6% người dân biết đúng về định nghĩa KTSKĐK là KTSK tổng quát dù có bệnh hay không có bệnh, kết quả này cũng khá tương đồng với kết quả của Olayinka SH (47,2%) [10]. Tỷ lệ người dân hiểu đúng về tần suất thực hiện KTSKĐK là chưa cao, 28,7% đối với nội dung KTSKĐK cho người khỏe mạnh, người lao động trong môi trường bình thường và 33,1% đối với KTSKĐK cho người lao động với công việc nặng nhọc, độc hại, nguy hiểm hoặc người lao động chưa thành niên, người lao động cao tuổi. Kết quả của chúng tôi có sự khác biệt so với nghiên cứu của S.O. Usman (29,9% 3 tháng 1 lần, 16,6% 6 tháng 1 lần và 6,4% 1 năm 1 lần) và nghiên cứu của Olayinka SH (6 tháng : 67,6%, 1 năm : 9,6%, 2 năm : 8,1%) [10], [14]. Sự khác biệt này một phần là do khi đánh giá kiến thức của người dân về tần suất KTSKĐK, trong các nghiên cứu của S.O. Usman và Olayinka S.H. không xét trên phương diện tần suất KTSKĐK khác nhau theo từng nhóm yếu tố nguy cơ khác nhau. Vẫn còn tỷ lệ khá cao người dân trong nghiên cứu của chúng tôi hiểu chưa

đúng rằng KTSKĐK được BHYT thanh toán, 36,5%. Tuy nhiên, theo nghiên cứu của S.O. Usman ở Osun, có 24,6% người dân có kiến thức đúng về vấn đề BHYT bao phủ cho việc KTSKĐK, điều này cho thấy có thể là do sự khác nhau về giá tiền và quyền lợi của các loại BHYT ở hai quốc gia này [12].

Đánh giá kiến thức chung: Tỷ lệ người dân có kiến thức chung tốt về KTSKĐK trong nghiên cứu là 42,6%. Kết quả của chúng tôi thấp hơn so với nghiên cứu của Odunukwe RC (75,48% phụ nữ có kiến thức chung tốt về KTSKĐK) [9]. Sự chênh lệch này có thể là do địa bàn nghiên cứu, cỡ mẫu và các nội dung kiến thức đánh giá của hai nghiên cứu khác nhau. Nhìn chung, tỷ lệ kiến thức chung của người dân về vấn đề này vẫn chưa cao, vì vậy đây có thể là một trong những lý do khiến cho tỷ lệ người dân thực hiện KTSKĐK đạt hiệu quả không cao. Điều này đưa đến nhu cầu tăng cường và đẩy mạnh việc truyền thông giáo dục sức khỏe đồng thời kết hợp tổ chức các buổi tập huấn chuyên sâu cho các cơ quan, tổ chức đoàn thể ở tại địa phương.

**Bảng 2.** Thái độ về các nhận định kiểm tra sức khỏe định kỳ

| Nhận định về KTSKĐK (n=1.002)                                                                                      | Rất không đồng ý (%) | Không đồng ý (%) | Không ý kiến (%) | Đồng ý (%) | Rất đồng ý (%) |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|------------------|------------------|------------|----------------|
| KTSKĐK là rất cần thiết                                                                                            | 0,4                  | 2,8              | 4,0              | 58,1       | 34,7           |
| Tất cả mọi người nên đi KTSKĐK                                                                                     | 0,2                  | 3,0              | 4,5              | 67,8       | 24,6           |
| KTSKĐK có vai trò quan trọng trong phát hiện sớm và dự phòng bệnh tật                                              | 0,3                  | 0,7              | 5,5              | 71,1       | 22,5           |
| KTSKĐK có vai trò quan trọng trong điều trị kịp thời, tiết kiệm chi phí và thời gian                               | 0,2                  | 1,0              | 6,8              | 70,9       | 21,2           |
| Nữ giới 40 tuổi trở lên nên tầm soát ung thư cổ tử cung mỗi 1-3 năm/lần tùy theo yếu tố nguy cơ                    | 0,1                  | 4,6              | 20,2             | 59,1       | 16,1           |
| Nữ giới 40 tuổi trở lên nên tầm soát ung thư vú định kỳ hằng năm                                                   | 0,1                  | 2,9              | 19,7             | 64,5       | 12,9           |
| Nam giới từ 50 tuổi trở lên nên thực hiện tầm soát ung thư tiền liệt tuyến, ung thư đại trực tràng mỗi 5 năm 1 lần | 0,4                  | 7,6              | 26,8             | 55,0       | 10,2           |

Bảng 2 cho thấy có 92,3% người dân có thái độ đồng ý với nhận định “tất cả mọi người nên đi KTSKĐK”. Tỷ lệ này trong nghiên cứu của S.O. Usman là 87,5% và nghiên cứu của Eke CO là 63,8% [6, 14]. Phần lớn người dân đều đồng ý với nhận định về tầm quan trọng của KTSKĐK và việc thực hiện tầm soát phát hiện sớm ung thư.

Mặc dù vậy, tỷ lệ người dân không đưa ra ý kiến đối với việc tầm soát ung thư cũng khá cao (20% - 26,8%), cho thấy được việc tầm soát phát hiện sớm ung thư vẫn còn là khái niệm khá mới mẻ đối với người dân. 80% người dân sẵn lòng KTSKĐK 6 tháng 1 lần và khuyên, tư vấn người quen của mình

đi KTSKĐK. Mặc dù tỷ lệ sẵn lòng thực hiện KTSKĐK cao nhưng chỉ có khoảng 60% người dân sẵn lòng thanh toán chi phí cho dịch vụ KTSKĐK. Điều này cho thấy có thể kinh tế, mức thu nhập của gia đình ảnh hưởng một phần nào đó đến việc thực hiện KTSKĐK của người dân.

**Đánh giá thái độ chung:** Có 41,8% người dân có thái độ chung tốt về KTSKĐK. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn so với nghiên cứu của Odunukwe năm 2017 (80% phụ nữ có thái độ tốt về KTSKĐK) [9]. Nhìn chung, tỷ lệ này vẫn chưa cao, điều này có thể ảnh hưởng bởi kiến thức chung của người dân chưa tốt vẫn còn nhiều.

**Bảng 3. Tình hình thực hiện KTSKĐK trong 12 tháng qua**

| Việc thực hiện KTSKĐK                                                                |                                  | Số lượng | Tỷ lệ (%) |
|--------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------|----------|-----------|
| <b>KTSKĐK trong 12 tháng qua (n=1.002)</b>                                           |                                  | 212      | 21,2      |
| <b>Tần suất đi KTSKĐK trong 12 tháng qua (n=212)</b>                                 | 1 lần                            | 149      | 70,3      |
|                                                                                      | 2 lần                            | 48       | 22,6      |
|                                                                                      | > 2 lần                          | 15       | 7,1       |
| <b>Nội dung KTSKĐK trong 1 gói KTSKĐK tối thiểu theo Thông tư 14/2013/TT-BYT [1]</b> | Xét nghiệm máu                   | 870      | 86,8      |
|                                                                                      | Siêu âm bụng tổng quát           | 757      | 75,5      |
|                                                                                      | Khám nội khoa                    | 742      | 74,1      |
|                                                                                      | Xét nghiệm đường máu             | 690      | 68,9      |
|                                                                                      | Xét nghiệm 10 thông số nước tiểu | 666      | 66,5      |
|                                                                                      | X-quang tim phổi                 | 624      | 62,3      |
|                                                                                      | Khám Mắt                         | 426      | 42,5      |
|                                                                                      | Khám Tai Mũi Họng                | 378      | 37,7      |
|                                                                                      | Khám Răng Hàm Mặt                | 270      | 26,9      |
|                                                                                      | Khám Ngoại                       | 270      | 26,9      |
|                                                                                      | Khám Da liễu                     | 160      | 16        |
|                                                                                      | Khám Phụ khoa (nữ giới)          | 151      | 15,1      |

Kết quả nghiên cứu cho thấy có 21,2% người dân có thực hiện KTSKĐK trong 12 tháng qua. Kết quả này tương tự với nghiên cứu ở Hồng Kông (19,6%), ở Tây Nam Nigeria (15%) và thấp hơn so với nghiên cứu của Andrea Cherrington tại Mỹ (42%) [1], [4], [10]. Sự khác biệt này có thể là do chính sách bảo hiểm y tế ở Mỹ có thể bao phủ được dịch vụ KTSKĐK Hoa Kỳ (thực hiện chương trình hỗ trợ KTSK cho đối tượng dưới 21 tuổi và trên 65 tuổi bởi chương trình Medicaid và Medicare) còn ở Việt Nam thì BHYT không bao phủ cho dịch vụ này [12]. Đồng thời, có thể người dân trong nghiên cứu của chúng tôi vẫn chưa có thói quen chủ động đi KTSKĐK hoặc có thể là do một số rào cản chẳng hạn như mức thu nhập của người dân chưa có dư giả để nghĩ đến nhu cầu chăm sóc sức khỏe của họ. Tần suất thực hiện

KTSKĐK cũng khác nhau ở mỗi cá thể, tùy thuộc vào độ tuổi, các đặc điểm kinh tế - xã hội cũng như các yếu tố nguy cơ sức khỏe khác. Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy đa số người dân đi KTSKĐK 1 lần trong 12 tháng qua (70,3%), gần 1/4 đối tượng nghiên cứu thực hiện KTSKĐK 2 lần trong 12 tháng qua. Kết quả này tương tự với nghiên cứu ở tại Hồng Kông năm 2009 (68,2% thực hiện KTSKĐK 1 lần 1 năm) và nghiên cứu tại Nigeria năm 2004 (28,4% thực hiện KTSKĐK 2 lần 1 năm) [4].

Xét nghiệm máu được người dân thực hiện nhiều nhất với 86,8%, tiếp đến là Siêu âm bụng tổng quát (75,5%) và khám Nội khoa (74,1%). Kết quả này khá tương đồng với nghiên cứu của Eke CO, 61,8% thực hiện khám Nội [6]. Tỷ lệ người dân thực hiện đầy đủ các danh mục trong một gói KTSKĐK tối thiểu không

cao, điều này có thể bị ảnh hưởng bởi kiến thức của họ về nội dung này còn thấp. Đánh giá thực hành chung: Có 21,2% người dân thực hiện KTSKĐK trong 12 tháng qua nhưng chỉ có 11,2% người dân thực hành tốt KTSKĐK. Điều này có thể do ảnh hưởng bởi kiến thức và thái độ chung tốt của người dân chưa cao nên dẫn đến thực hành chung của họ cũng rất thấp. Kết quả này ngụ ý rằng, chỉ cần thực hiện KTSKĐK thôi là không đủ, mà họ cần phải nhận thức

đầy đủ và chính xác các nội dung khi KTSKĐK thì kết quả đem lại mới hiệu quả cao.

Khi được hỏi về dự định thực hiện KTSKĐK trong thời gian tới, hơn 2/3 người dân trả lời có dự định thực hiện. Kết quả này tương tự như nghiên cứu của Eke Co (66,5%) [6] và nghiên cứu của Vương Hoàng Quân (2016) với 78,96% số người tham gia có thể hoặc sẽ chắc chắn đi đến phòng khám để thực hiện KTSK [8].

### 3.3. Một số yếu tố liên quan đến kiến thức, thái độ và thực hành về KTSKĐK

**Bảng 4.** Mô hình hồi quy đa biến logistic kiểm định các yếu tố liên quan đến kiến thức về KTSKĐK

| Biến số                             | OR     | KTC 95%       |
|-------------------------------------|--------|---------------|
| <b>Tuổi</b>                         |        |               |
| 18 - 59                             | 1,239  | 0,907 – 1,687 |
| ≥ 60                                | 1      | -             |
| <b>Trình độ học vấn</b>             |        |               |
| Dưới THPT                           | 1      | -             |
| Từ THPT trở lên                     | 2,5*** | 0,303 – 0,529 |
| <b>Mức thu nhập gia đình</b>        |        |               |
| Nghèo, cận nghèo                    | 0,751  | -             |
| Trung bình – Khá giả                | 1,33   | 0,497 – 1,137 |
| <b>Tình trạng sức khỏe</b>          |        |               |
| Bình thường, tốt                    | 1,117  | 0,752 – 1,657 |
| Yếu                                 | 1      | -             |
| <b>Tình trạng mắc bệnh mạn tính</b> |        |               |
| Có                                  | 1      | -             |
| Không                               | 1,05   | 0,695 – 1,342 |

*Ghi chú:* Chỉ những biến số liên quan có ý nghĩa thống kê ( $p < 0,05$ ) trong mô hình đơn biến mới được trình bày trong bảng trên, \* $p < 0,05$ , \*\* $p < 0,01$ , \*\*\* $p < 0,001$ .

Theo Bảng 4, chỉ có trình độ học vấn là yếu tố thực sự tác động đến kiến thức chung của đối tượng sau khi chúng tôi đã hiệu chỉnh với các yếu tố khác. Trong đó, nhóm trình độ học vấn từ THPT trở lên có

kiến thức chung tốt cao hơn so với các nhóm trình độ học vấn dưới THPT 2,5 lần. Điều này có thể lý giải rằng các đối tượng có TĐHV càng cao thì mức độ hiểu biết và lĩnh hội được các khái niệm và đặc điểm nội dung về KTSKĐK sẽ dễ dàng và tốt hơn. Hơn nữa, những đối tượng này thường có xu hướng tìm kiếm và tiếp cận thông tin y tế tốt hơn so với nhóm có TĐHV thấp hơn.

**Bảng 5.** Mô hình hồi quy đa biến logistic kiểm định các yếu tố liên quan đến thái độ chung về KTSKĐK

| Biến số                      | OR*     | KTC 95%       |
|------------------------------|---------|---------------|
| <b>Trình độ học vấn</b>      |         |               |
| Dưới THPT                    | 1       | -             |
| Từ THPT trở lên              | 1,68*** | 0,452 – 0,789 |
| <b>Mức thu nhập gia đình</b> |         |               |
| Nghèo, cận nghèo             | 1       | -             |
| Trung bình – Khá giả         | 1,45    | 0,460 – 1,040 |
| <b>Tình trạng sức khỏe</b>   |         |               |
| Bình thường, tốt             | 1,189   | 0,833 – 1,697 |
| Yếu                          | 1       | -             |
| <b>Kiến thức chung</b>       |         |               |
| Tốt                          | 1,42*   | 0,542 – 0,920 |
| Chưa tốt                     | 1       | -             |

*Ghi chú:* Chỉ những biến số liên quan có ý nghĩa thống kê ( $p < 0,05$ ) trong mô hình đơn biến mới được trình bày trong bảng trên, \* $p < 0,05$ , \*\* $p < 0,01$ , \*\*\* $p < 0,001$

Trình độ học vấn và kiến thức chung là hai yếu tố thực sự cùng tác động đến thái độ chung của đối tượng. Trong đó, nhóm TĐHV từ THPT trở lên có thái độ chung tốt cao hơn so với các nhóm TĐHV dưới THPT khoảng 1,68 lần, nhóm kiến thức chung tốt có thái độ chung tốt cao hơn so với nhóm kiến thức chung chưa tốt khoảng 1,42 lần.

**Bảng 6.** Mô hình hồi quy đa biến logistic kiểm định các yếu tố liên quan đến thực hành chung về KTSKĐK

| Biến số                                | OR*      | KTC 95%       |
|----------------------------------------|----------|---------------|
| <b>Trình độ học vấn</b>                |          |               |
| Dưới THPT                              | 1        | -             |
| Từ THPT trở lên                        | 2,00***  | 0,338 – 0,737 |
| <b>Nghề nghiệp</b>                     |          |               |
| Nông dân                               | 1,045    | 0,337 – 3,245 |
| CBVC, nhân viên, công nhân             | 2,270*** | 1,481 – 3,479 |
| Buôn bán/dịch vụ/thủ công              | 1,159    | 0,500 – 2,688 |
| Nghỉ hưu                               | 1,170    | 0,661 – 1,483 |
| Thất nghiệp, nội trợ, người già, HS,SV | 1        | -             |
| <b>Mức thu nhập gia đình</b>           |          |               |
| Nghèo, cận nghèo                       | 1        | -             |
| Trung bình – Khá giả                   | 2,61**   | 0,192 – 0,764 |
| <b>BHYT</b>                            |          |               |
| Không                                  | 1        |               |
| Có                                     | 5,43***  | 0,078 – 0,431 |
| <b>Kiến thức chung</b>                 |          |               |
| Tốt                                    | 1,51**   | 0,475 – 0,929 |
| Chưa tốt                               | 1        | -             |
| <b>Thái độ chung</b>                   |          |               |
| Tốt                                    | 1,27     | 0,565 – 1,093 |
| Chưa tốt                               | 1        | -             |

*Ghi chú:* Chỉ những biến số liên quan có ý nghĩa thống kê ( $p < 0,05$ ) trong mô hình đơn biến mới được trình bày trong bảng trên, \* $p < 0,05$ , \*\* $p < 0,01$ , \*\*\* $p < 0,001$

Qua bảng trên cho thấy các đối tượng nghiên cứu có TĐHV từ THPT trở lên có thực hành chung tốt hơn so 2 lần so với các đối tượng nghiên cứu có TĐHV dưới THPT ( $p < 0,05$ ). Mỗi liên quan giữa TĐHV và thực hành chung về KTSKĐK cũng được tìm thấy trong nghiên cứu của S.O. Usman [14]. Những người có TĐHV cao hơn thì họ sẽ có các hành vi tìm kiếm sức khỏe chất lượng cao và những người này có nhiều khả năng thực hiện KTSKĐK [15].

Những người có nghề nghiệp là CBVC, nhân viên, công nhân có thực hành KTSKĐK tốt cao hơn gần 2,27 lần so với những người thất nghiệp, nội trợ, người già, học sinh/sinh viên. Những người có mức thu nhập gia đình thuộc mức trung bình - khá giả có thực hành KTSKĐK tốt cao hơn gần 2,6 lần so với những người thuộc mức nghèo, cận nghèo

( $p < 0,05$ ). Nhiều nghiên cứu cho thấy trong số những người không thực hiện KTSKĐK là do không đủ khả năng chi trả [8,4], còn những người có thu nhập cao thì nhu cầu, khả năng sử dụng dịch vụ KTSKĐK cao hơn [6], [14]. Mỗi liên quan giữa mức thu nhập của gia đình và thực hành chung về KTSKĐK cũng được tìm thấy trong nghiên cứu của Eke Co và cộng sự [6]. Những người có BHYT có thực hành tốt cao hơn khoảng 5,43 lần những người không có BHYT. Những người có kiến thức chung tốt có thực hành tốt hơn những người có kiến thức chung chưa tốt là 1,51 lần.

#### 4. KẾT LUẬN

Nghiên cứu của chúng tôi đã đưa ra những bằng chứng liên quan đến kiến thức, thái độ và thực hành của người dân về KTSKĐK là chưa cao. Qua đó cho thấy cần tăng cường các chương trình giáo dục truyền thông nâng cao nhận thức người dân về kiểm tra sức khỏe định kỳ. Đồng thời, các nhà hoạch



định chính sách, cơ sở y tế cần dựa trên nhu cầu và mong muốn của người dân để xây dựng các chế độ ưu đãi đối với việc thực hiện kiểm tra sức khỏe

định kỳ để khuyến khích người dân thực hiện kiểm tra sức khỏe định kỳ ngày một hiệu quả và đảm bảo chất lượng hơn.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Andrea Cherrington và cs (2007), "Do adults who believe in periodic health examination receive more clinical preventive services?", *Prev Med.* 2007, 45(4), pp. 282 – 289.
2. Bộ Y tế (2013), Thông tư số 14/2013/TT-BYT ngày 06 tháng 5 năm 2013 của Bộ trưởng Bộ Y tế về việc ban hành Hướng dẫn khám sức khỏe, Hà Nội. (ĐN-TQ).
3. Burgess C et al (2014), "Influences on individuals' decision to take up the offer of a health check: a qualitative study", *Health Expect.* June 2014, 18(6), pp. 2437-2448.
4. Centre for Health Protection (2009), Knowledge, Attitude and Practice of Medical Checkup, Department of Health, Thematic Household Survey Report, Korea.
5. Dryden R et al (2012), "What do we know about who does and does not attend general health checks? Findings from a narrative scoping review", *BMC Public Health*, pp. 12-723.
6. Eke CO et al (2012), "Perception and Practice of Periodic Medical Checkup by Traders in South East Nigeria", *AFRIMEDIC Journal*, pp 25-28.
7. Ellis N et al (2015), "A qualitative investigation of non-response in NHS health checks", *Arch Public Health.* 2015, 73(1), pp. 1-14.
8. Nielsen K-DB et al (2004), "You can't prevent everything anyway: a qualitative study of beliefs and attitudes about refusing health screening in general practice", *Fam Pract.* 2004; 21(1), pp. 28-32.
9. Odunukwe RC (2017), Perceptions of Women of Childbearing Age (15-45 Years) in Federal Teaching Hospital, Abakaliki towards Periodic Health Examination, Department of Nursing Science, Nigeria.
10. Olayinka SH et al (2015), "Periodic Medical Checkup: Knowledge and Practice in Community in South West Nigeria", *International Journal of Public Health Research*, 5(1), pp. 576 – 583.
11. Quốc Hội (2014), Luật Bảo hiểm y tế số 46/2014/QH 13 ngày 13 tháng 6 năm 2014 về việc ban hành Luật Sửa đổi, bổ sung một số điều của Luật bảo hiểm y tế, Hà Nội.
12. Sehwon Kang et al (2015), "Customer Perception of Health Examination Service Quality: An Empirical Investigation in South Korea", *International Journal of Social Science and Humanity*, Vol 5, No.3, pp. 1-9.
13. The University of Adelaide Australia (2014), Evaluation of the 45-49 year old health check program in Australia general practice, Thesis submitted in fulfillment of the requirements for the degree of Doctor of Philosophy, Australia.
14. Usman S.O. et al (2016), "Periodic medical check-up among residents of three Nigeria South-Western States", *Journal of Contemporary Medicine* 2016, 6(3), pp. 174 – 182.
15. Vương Hoàng Quân và cộng sự (2016), "Truyền thông y tế, công nghệ thông tin và thái độ của cộng đồng đối với khám sức khỏe tổng quát định kỳ", *Tạp chí Nghiên cứu Y học*, tr. 1-9.