

Kiến thức - Điều kiện về rửa tay với xà phòng của người dân tại năm tỉnh Việt Nam năm 2020

Trần Quỳnh Anh[✉], Nguyễn Thị Phương Oanh, Lê Vũ Thúy Hương,
Đặng Quang Tân, Bùi Văn Tùng, Hoàng Thị Thu Hà,
Chu Thị Hương, Nguyễn Thị Thu Hương

Viện Đào tạo YHDP và YTCC, Trường Đại học Y Hà Nội

Nghiên cứu mô tả cắt ngang với hai mục tiêu (1) mô tả kiến thức về cơ hội rửa tay với xà phòng và một số yếu tố liên quan; và (2) khảo sát điều kiện rửa tay của người dân tại 5 tỉnh: Sơn La, Thái Nguyên, Cao Bằng, Lào Cai và Ninh Thuận năm 2020. Có 1000 đối tượng đại diện cho hộ gia đình tham gia khảo sát bằng bộ câu hỏi và bảng kiểm được sử dụng để quan sát thời điểm rửa tay. Kết quả nghiên cứu cho thấy, thời điểm rửa tay người dân biết đến là sau khi đi vệ sinh/sử dụng nhà tiêu (69,5%), trước khi ăn (47,5%) và sau khi đi làm đồng về (32,5%). Khảo sát nơi rửa tay tại hộ gia đình, hầu hết đều có nước (96,8%) hoặc có cả nước và xà phòng (89,4%). Các yếu tố liên quan đến kiến thức về cơ hội vệ sinh tay với xà phòng gồm dân tộc khác có kiến thức tốt hơn so với dân tộc Kinh ($OR=1,87$; 95%CI: 1,17 – 3,01); trình độ học vấn trung học phổ thông trở lên có kiến thức tốt hơn so với không đi học ($OR=2,79$; 95%CI: 1,35 – 5,79); nghề nghiệp khác có kiến thức không bằng so với làm ruộng/nương rẫy ($OR=0,43$; 95%CI: 0,26 – 0,71). Hoạt động truyền thông cần được tiếp tục thực hiện và duy trì để cải thiện kiến thức của người dân.

Từ khóa: rửa tay với xà phòng, kiến thức, địa điểm rửa tay, yếu tố liên quan.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Rửa tay có ý nghĩa quan trọng trong việc ngăn ngừa lây truyền bệnh trong môi trường bệnh viện và ngoài cộng đồng. Đã từ lâu, rửa tay với xà phòng (RTVXP) được coi là cách phòng bệnh có chi phí thấp nhưng lại mang lại hiệu quả phòng bệnh cao¹. Rửa tay với xà phòng vào những thời điểm quan trọng đã được chứng minh là làm giảm bệnh tiêu chảy và nhiễm trùng đường hô hấp cấp tính.^{2,3} Theo báo cáo của trung tâm kiểm soát bệnh tật Hoa Kỳ, giáo dục rửa tay trong cộng đồng có thể giúp giảm 23 - 40% số người mắc bệnh tiêu chảy, giảm 16 - 21% các bệnh về đường hô hấp, giảm 58% bệnh tiêu chảy ở người có hệ

miễn dịch yếu.⁴ Không thường xuyên rửa tay với xà phòng chính là một trong những nguyên nhân dẫn tới 60% đến 70% trẻ em bị nhiễm giun và các bệnh liên quan đến giun, sán ở vùng nông thôn Việt Nam. Khoảng 5% trong tổng số 23% trẻ em dưới 6 tuổi bị suy dinh dưỡng hiện nay có nguyên nhân liên quan đến việc các bà mẹ không thực hiện tốt vệ sinh cá nhân trong đó có rửa tay với xà phòng.⁵ Các nghiên cứu kiến thức về cơ hội vệ sinh tay tại cộng đồng trước đây đều cho tỷ lệ khá cao tại các thời điểm như trong nghiên cứu của Rabbi SE với tỷ lệ rửa tay với xà phòng sau khi đi vệ sinh đạt 96,9% và trước khi ăn đạt 97,3%,⁶ Kenya với tỷ lệ rửa tay với xà phòng sau khi đi vệ sinh đạt 71%.⁷ Tại Việt Nam nghiên cứu thực hiện năm 2019 tại 3 tỉnh Điện Biên, Tuyên Quang, Đắk Lắk cho thấy đa phần bà mẹ có kiến thức đúng và thời điểm rửa tay sau khi đi vệ sinh (86,5%); trước khi nấu ăn 36,0%; sau

Tác giả liên hệ: Trần Quỳnh Anh

Viện Đào tạo YHDP và YTCC, Trường Đại học Y Hà Nội

Email: tranquynhanh@hmu.edu.vn

Ngày nhận: 02/04/2021

Ngày được chấp nhận: 27/07/2021

khi làm vệ sinh cho trẻ 23,4%.⁸ Khi tiến hành quan sát địa điểm rửa tay nghiên cứu cũng cho thấy hầu như điểm rửa tay có nước (93,5%); đa phần có nước và xà phòng (85,0%).

Chính phủ Việt Nam đã có nhiều nỗ lực trong việc thực hiện chương trình nước sạch, vệ sinh môi trường và vệ sinh cá nhân và đạt được nhiều thành công trong những năm vừa qua. Tuy nhiên mức độ bao phủ của hệ thống vệ sinh cũng như thực hành vệ sinh tại khu vực nông thôn vùng núi phía Bắc và Tây Nguyên vẫn còn thấp, đặc biệt là các đối tượng dân tộc thiểu số. Cụ thể là 13% dân số rửa tay với xà phòng vào các thời điểm quan trọng mặc dù trên 80% hộ ở nông thôn có điểm rửa tay với nước và xà phòng.⁹ Để cải thiện tình trạng trên, chương trình Mở rộng quy mô vệ sinh và nước sạch nông thôn dựa trên kết quả đầu ra tại 21 tỉnh Miền núi Phía Bắc và Tây Nguyên, Nam Trung bộ được thực hiện từ năm 2016 đến năm 2020. Mục tiêu của chương trình nhằm cải thiện hành vi vệ sinh cá nhân, vệ sinh môi trường, tăng cường tiếp cận bền vững nước sạch và vệ sinh nông thôn.

Sau 4 năm triển khai các hoạt động can thiệp, một điều tra đánh giá giữa kỳ được thực hiện năm 2020 để xem xét các thay đổi đã đạt được về vệ sinh. Nhằm đưa ra những khuyến nghị kịp thời cho việc triển khai hoạt động can thiệp hiệu quả hơn trong giai đoạn tiếp theo của dự án nghiên cứu được thực hiện với hai mục tiêu:

(1) Mô tả kiến thức về cơ hội rửa tay với xà phòng và một số yếu tố liên quan;

(2) Khảo sát điều kiện rửa tay của người dân tại 5 tỉnh: Sơn La, Thái Nguyên, Cao Bằng, Lào Cai và Ninh Thuận năm 2020.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP

1. Đối tượng

Thành viên hộ gia đình.

Tiêu chuẩn lựa chọn

Người trưởng thành trên 18 tuổi và đang sinh sống tại các hộ gia đình > 6 tháng. Có khả năng trả lời phỏng vấn.

Tiêu chuẩn loại trừ

Đối tượng không có mặt tại thời điểm nghiên cứu.

Địa điểm rửa tay hộ gia đình người được phỏng vấn: chọn 01 địa điểm hộ gia đình (HGD) thường xuyên rửa tay

2. Phương pháp

Nghiên cứu được tiến hành tại 5 tỉnh Sơn La, Thái Nguyên, Cao Bằng, Lào Cai và Ninh Thuận.

Thời gian nghiên cứu

Từ tháng 06/2020 đến 12/2020, trong đó thời gian thu thập số liệu từ tháng 10/2020 đến tháng 11/2020

Thiết kế nghiên cứu

Mô tả cắt ngang

Cỡ mẫu

Sử dụng công thức tính cỡ mẫu cho nghiên cứu mô tả ước tính một tỉ lệ:

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

Trong đó: $Z_{1-\alpha/2} = 1,96$ (với $\alpha = 0,05$);

e: Sai số tương đối, chọn $e = 10\%$

p: Để đảm bảo cỡ mẫu bao phủ cho các biến đầu ra (kiến thức cơ hội rửa tay và quan sát điểm rửa tay) nghiên cứu chúng tôi chọn $p = 34,5\%$ là tỷ lệ kiến thức đúng về rửa tay với xà phòng tại thời điểm sau khi đi vệ sinh trong nghiên cứu trước đây.¹⁰

Từ đó, tính được cỡ mẫu là 729 hộ gia đình, trên thực tế đã phỏng vấn được 1000 đối tượng đại diện hộ gia đình.

Phương pháp chọn mẫu

- Trong mỗi tỉnh, lựa chọn ngẫu nhiên 5 xã, là các xã trong danh sách các xã can thiệp vệ

sinh toàn xã năm 2019.

- Tại mỗi xã, chọn ngẫu nhiên 2 thôn.

- Trong mỗi thôn, chọn 20 hộ gia đình. Hộ gia đình đầu tiên được lựa chọn ngẫu nhiên theo danh sách Ủy ban nhân dân xã cung cấp. Hộ gia đình tiếp theo được lựa chọn theo phương pháp “cồng liền cồng” cho đến khi đủ số lượng thì dừng lại (do địa bàn miền núi thường khó khăn đi lại và hộ gia đình sống rải rác nên áp dụng phương pháp này).

- Tại mỗi hộ gia đình, phỏng vấn 01 đại diện HGD và quan sát 01 điểm rửa tay.

Nội dung chỉ số nghiên cứu

- Các biến số về thông tin chung: Tuổi, dân tộc, trình độ học vấn, nghề nghiệp, số thành viên trong gia đình, xếp loại kinh tế gia đình.

- Các biến số kiến thức về cơ hội rửa tay với xà phòng.

- Các biến số về quan sát địa điểm rửa tay: Nước ở nơi rửa tay, tình trạng có xà phòng.

Công cụ và phương pháp thu thập số liệu

Để khảo kiến thức của người dân về rửa tay với xà phòng sử dụng bộ câu hỏi thiết kế sẵn và

phỏng vấn trực tiếp. Kiến thức của người dân được đánh giá tốt khi trả lời đúng $\geq 50\%$ số câu hỏi (3/6 câu).

Quan sát địa điểm rửa tay dựa trên bảng kiểm thiết kế sẵn: điều tra viên sau khi tiến hành phỏng vấn sẽ quan sát địa điểm rửa tay dưới sự cho phép và hướng dẫn của đại diện hộ gia đình.

3. Xử lý số liệu

Số liệu được làm sạch và mã hóa, nhập vào máy tính bằng phần mềm Epidata 3.1; phân tích số liệu bằng phần mềm SPSS 16.0. Thống kê mô tả bao gồm tần số và tỷ lệ phần trăm đối với các biến định tính. Thống kê phân tích được thực hiện bằng mô hình hồi quy logistic đơn và đa biến. Các mối liên quan có ý nghĩa thống kê khi $p < 0,05$.

4. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu được sự đồng ý của đối tượng nghiên cứu và chính quyền địa phương. Đối tượng điều tra được giải thích rõ mục đích, ý nghĩa của nghiên cứu và có quyền từ chối tham gia. Các thông tin thu thập được giữ bí mật và chỉ phục vụ cho mục đích nghiên cứu.

III. KẾT QUẢ

Bảng 1. Thông tin chung về đối tượng nghiên cứu

| | Sơn La (n = 200) | Cao bằng (n = 200) | Thái Nguyên (n = 200) | Ninh thuận (n = 200) | Lào Cai (n = 200) | Tổng (n = 1000) |
|--------------------------------------|-----------------------------|-------------------------------|----------------------------------|---------------------------------|------------------------------|----------------------------|
| Tuổi (TB \pm SD) | 46,5 \pm 14,7 | 51,6 \pm 13,9 | 50,1 \pm 13,8 | 46,9 \pm 15,6 | 46,1 \pm 13,6 | 48,3 \pm 14,5 |
| 18 - 29 | 29 (14,5) | 10 (5,0) | 16 (8,0) | 32 (16,0) | 19 (9,5) | 106 (10,6) |
| 30 - 39 | 40 (20,0) | 32 (16,0) | 30 (15,0) | 35 (17,5) | 55 (27,5) | 192 (19,2) |
| 40 - 49 | 50 (25,0) | 44 (32,0) | 49 (24,5) | 41 (20,5) | 45 (22,5) | 229 (22,9) |
| 50 - 59 | 44 (22,0) | 53 (26,5) | 47 (23,5) | 46 (23,0) | 38 (19,0) | 228 (22,8) |
| ≥ 60 | 37 (18,5) | 61 (30,5) | 58 (29,0) | 46 (23,0) | 43 (21,5) | 245 (24,5) |

| | Sơn La (n = 200) | Cao bằng (n = 200) | Thái Nguyên (n = 200) | Ninh thuận (n = 200) | Lào Cai (n = 200) | Tổng (n = 1000) |
|--|---------------------|-----------------------|--------------------------|-------------------------|----------------------|--------------------|
| Dân tộc | | | | | | |
| Kinh | 44 (22,0) | 7 (3,5) | 148 (74,0) | 128 (64,0) | 78 (39,0) | 405 (40,5) |
| Khác | 156 (78,0) | 193 (96,5) | 52 (26,0) | 72 (36,0) | 122 (61,0) | 595 (59,5) |
| Trình độ học vấn | | | | | | |
| Không đi học | 21 (10,5) | 1 (0,5) | 11 (5,5) | 50 (25,0) | 54 (27,0) | 137 (13,7) |
| Tiểu học, THCS | 107 (53,5) | 95 (47,5) | 119 (59,5) | 122 (61,0) | 113 (56,5) | 556 (55,6) |
| Trung học phổ thông trở lên | 72 (36,0) | 104 (52,0) | 70 (35,0) | 29 (14,0) | 33 (16,5) | 307 (30,7) |
| Nghề nghiệp | | | | | | |
| Làm ruộng/ nương rẫy | 153 (76,5) | 122 (61,0) | 112 (56,0) | 104 (52,0) | 154 (77,0) | 645 (64,5) |
| Nghề khác | 47 (23,5) | 78 (39,0) | 88 (44,0) | 96 (48,0) | 46 (23,0) | 355 (35,5) |
| Số thành viên trong gia đình Mean (SD) | 4,5 ± 1,6 | 4,3 ± 1,6 | 4,2 ± 1,6 | 4,3 ± 2,0 | 4,2 ± 1,8 | 4,3 ± 1,7 |
| Range | 1 - 8 | 1 - 8 | 1 - 10 | 1 - 13 | 1 - 13 | 1 - 13 |
| Xếp loại kinh tế hộ gia đình | | | | | | |
| Nghèo, cận nghèo, gia đình chính sách | 18 (9,0) | 22 (11,0) | 7 (3,5) | 43 (21,5) | 46 (23,0) | 136 (13,6) |
| Không nghèo | 182 (91,0) | 178 (89,0) | 193 (96,5) | 157 (78,5) | 154 (77,0) | 864 (86,4) |

Kết quả bảng trên cho thấy độ tuổi trung bình của đối tượng là $48,3 \pm 14,5$ trong đó nhóm 40 - 49 có tỷ lệ cao nhất 22,9%. Dân tộc Kinh chiếm tỷ lệ cao nhất 40,5%; chiếm tỷ lệ cao nhất là đối tượng nghiên cứu có trình độ học vấn là Tiểu học - Trung học cơ sở (55,6%);

đa phần đối tượng nghiên cứu làm ruộng/nương rẫy với tỷ lệ 64,5%; trung bình mỗi hộ gia đình của đối tượng nghiên cứu có $4,3 \pm 1,7$ thành viên; có 13,6% đối tượng nghiên cứu thuộc diện hộ nghèo, cận nghèo, gia đình chính sách.

Bảng 2. Kiến thức của người dân về cơ hội rửa tay với xà phòng

| | Sơn La (n = 200) | Cao bằng (n = 200) | Thái Nguyên (n = 200) | Ninh thuận (n = 200) | Lào Cai (n = 200) | Tổng (n = 1000) |
|---|---------------------|-----------------------|--------------------------|-------------------------|----------------------|--------------------|
| Thời điểm rửa tay | | | | | | |
| Sau khi đi vệ sinh/ sử dụng nhà tiêu | 157 (78,5) | 137 (68,5) | 127 (63,5) | 133 (66,5) | 141 (70,5) | 695 (69,5) |
| Sau khi vệ sinh cho trẻ | 27 (13,5) | 5 (2,5) | 0 (0,0) | 8 (4,0) | 6 (3,0) | 46 (4,6) |
| Trước khi ăn | 106 (53,0) | 88 (44,0) | 102 (51,0) | 80 (40,0) | 99 (49,5) | 475 (47,5) |
| Sau khi đi làm đồng về | 92 (46,0) | 97 (48,5) | 55 (27,5) | 17 (8,5) | 64 (32,0) | 325 (32,5) |
| Sau khi sử dụng hóa chất/ thuốc trừ sâu | 19 (9,5) | 2 (1,0) | 1 (0,5) | 0 (0,0) | 17 (8,5) | 39 (3,9) |
| Sau khi cho gia súc/gia cầm ăn | 19 (9,5) | 8 (4,0) | 1 (0,5) | 2 (1,0) | 8 (4,0) | 38 (3,8) |

Kết quả bảng trên cho thấy đa phần đối tượng nghiên cứu cho rằng cần phải rửa tay sau khi đi vệ sinh/sử dụng nhà tiêu và rửa tay giúp phòng ngừa bệnh tật với tỷ lệ lần lượt là 69,5% và 63,2%, trong đó Sơn La là tỉnh có tỷ lệ cao nhất 78,5% và 71,5%. Tuy nhiên kiến thức đúng về rửa tay sau khi sử dụng hóa chất/ thuốc trừ sâu và sau khi cho gia súc/gia cầm ăn có tỷ lệ rất thấp chỉ là 3,9% và 3,8%.

Bảng 3. Điều kiện rửa tay với xà phòng qua quan sát nơi rửa tay của hộ gia đình

| | Sơn La (n = 200) | Cao bằng (n = 200) | Thái Nguyên (n = 200) | Ninh thuận (n = 200) | Lào Cai (n = 200) | Tổng (n = 1000) |
|-----------------------------------|---------------------|-----------------------|--------------------------|-------------------------|----------------------|--------------------|
| Có nước ở nơi rửa tay | 180 (90,0) | 194 (97,0) | 198 (99,0) | 196 (98,0) | 200 (100) | 968 (96,8) |
| Có nước và xà phòng ở nơi rửa tay | 163 (81,5) | 169 (84,5) | 197 (98,5) | 171 (85,5) | 194 (97,0) | 894 (89,4) |
| Có xà phòng trong nhà | 7 (3,5) | 2 (1,0) | 0 (0,0) | 5 (2,5) | 1 (0,5) | 15 (1,5) |
| Không có xà phòng trong nhà | 29 (14,5) | 29 (14,5) | 3 (1,5) | 2 (1,0) | 5 (2,5) | 88 (8,8) |

Kết quả bảng trên cho thấy hầu như các hộ gia đình đều có nước ở địa điểm rửa tay với tỷ lệ 96,8%. Trong đó hộ gia đình có cả nước và xà phòng tại địa điểm rửa tay có tỷ lệ cao ở tỉnh Thái Nguyên (98,5%) và Lào Cai (97,0%). Chỉ có 8,8% hộ gia đình không có xà phòng.

Bảng 4. Mối liên quan giữa kiến thức của người dân về rửa tay với xà phòng và một số yếu tố cá nhân

| | Kiến thức tốt | Kiến thức chưa tốt | OR thô (95%CI) | OR hiệu chỉnh (95%CI) |
|-------------------------------------|---------------|--------------------|--------------------|--------------------------|
| | n (%) | n (%) | | |
| Nhóm tuổi | | | | |
| ≥ 60* | 20 (8,2) | 225 (91,8) | 1 | 1 |
| 18 - 29 | 16 (15,1) | 90 (84,9) | 2,00 (0,99 - 4,05) | 1,36 (0,65 - 2,85) |
| 30 - 39 | 28 (14,6) | 164 (85,4) | 1,92 (1,04 - 3,54) | 1,36 (0,72 - 2,58) |
| 40 - 49 | 23 (10,0) | 206 (90,0) | 1,26 (0,67 - 2,36) | 1,09 (0,57 - 2,06) |
| 50 - 59 | 29 (12,7) | 199 (87,3) | 1,64 (0,90 - 3,00) | 1,38 (0,74 - 2,55) |
| Dân tộc | | | | |
| Kinh* | 28 (6,9) | 377 (93,1) | 1 | 1 |
| Khác | 88 (14,8) | 507 (85,2) | 2,34 (1,49 - 3,66) | 1,87 (1,17 - 3,01) |
| Trình độ học vấn | | | | |
| Không đi học* | 12 (8,8) | 125 (91,2) | 1 | 1 |
| Tiểu học, THCS | 54 (9,7) | 502 (90,3) | 1,12 (0,58 - 2,16) | 1,39 (0,71 - 2,75) |
| Trung học phổ thông trở lên | 50 (16,3) | 257 (83,7) | 2,03 (1,04 - 3,96) | 2,79 (1,35 - 5,79) |
| Nghề nghiệp | | | | |
| Làm ruộng/ nuông rẫy* | 90 (13,9) | 555 (96,1) | 1 | 1 |
| Nghề khác | 26 (7,3) | 329 (92,7) | 0,49 (0,31 - 0,77) | 0,43 (0,26 - 0,71) |
| Số thành viên trong gia đình | | | | |
| ≤ 4* | 60 (10,9) | 493 (89,2) | 1 | 1 |
| > 4 | 56 (12,5) | 391 (87,5) | 1,18 (0,80 - 1,73) | 1,06 (0,71 - 1,58) |

| | Kiến thức tốt | Kiến thức chưa tốt | OR thô (95%CI) | OR hiệu chỉnh (95%CI) |
|--|---------------|--------------------|--------------------|--------------------------|
| | n (%) | n (%) | | |
| Xếp loại kinh tế hộ gia đình | | | | |
| Nghèo, cận nghèo, gia đình chính sách* | 14 (10,3) | 122 (89,7) | 1 | 1 |
| Không nghèo | 102 (11,8) | 762 (88,2) | 1,17 (0,65 - 2,11) | 1,01 (0,54 - 1,89) |

*Nhóm tham chiếu

Kết quả phân tích đa biến cho thấy có mối liên quan giữa dân tộc, trình độ học vấn và nghề nghiệp đến kiến thức của người dân. Trong đó dân tộc khác có kiến thức tốt cao gấp 1,87 (OR=1,87; 95%CI: 1,17 - 3,01) lần so với dân tộc Kinh; người dân có trình độ học vấn trung học phổ thông trở lên có kiến thức tốt cao gấp 2,79 lần (OR=2,79; 95%CI: 1,35 - 5,79) so với nhóm không đi học. Người dân có nghề nghiệp khác có kiến thức tốt chỉ bằng 0,43 (OR=0,43; 95%CI: 0,26 - 0,71) lần so với người dân làm ruộng/nương rẫy.

IV. BÀN LUẬN

Kiến thức là cơ sở để thực hành đúng, nghiên cứu của chúng tôi phản ánh kiến thức về cơ hội rửa tay với xà phòng của 1000 người dân là đại diện của hộ gia đình tại 5 tỉnh Lào Cai, Thái Nguyên, Cao Bằng, Ninh Thuận và Sơn La. Kết quả cho thấy kiến thức về cơ hội rửa tay với xà phòng sau khi đi vệ sinh đạt 69,5%, tỷ lệ rửa tay với xà phòng trước khi ăn đạt 47,5%, tỷ lệ này được phân bố khá đồng đều ở các tỉnh, đây là hai thời điểm rửa tay quan trọng để ngăn ngừa các bệnh truyền nhiễm bằng cách làm gián đoạn đường truyền bệnh của các tác nhân gây bệnh,¹ tuy nhiên kết quả này của chúng tôi thấp hơn so với nghiên cứu của tác giả Rabbi SE với tỷ lệ rửa tay với xà phòng sau khi đi vệ sinh đạt 96,9% và trước khi ăn đạt 97,3%,⁶

tương đồng với nghiên cứu thực hiện tại Kenya với tỷ lệ rửa tay với xà phòng sau khi đi vệ sinh đạt 71%.⁷ Một nghiên cứu khác thực hiện tại 315 xã nông thôn tại Việt Nam, có 77% người dân được hỏi trả lời cần rửa tay với xà phòng sau khi đi vệ sinh,¹¹ kết quả này cao hơn so với nghiên cứu của chúng tôi. Sự khác biệt có thể là do trình độ học vấn của đối tượng nghiên cứu khi trong nghiên cứu của chúng tôi người không đi học có tỷ lệ khá cao là 13,7%. Bên cạnh đó tại các thời điểm như “Sau khi vệ sinh cho trẻ”, “Sau khi sử dụng hóa chất/thuốc trừ sâu” và “Sau khi cho gia súc/gia cầm ăn” tỷ lệ còn rất thấp. Đặc biệt chỉ có 4,6% bà mẹ cho biết cần rửa tay với xà phòng sau khi vệ sinh cho trẻ và không có người nào chọn thời điểm này tại tỉnh Thái Nguyên, kết quả này thấp hơn so với nghiên cứu thực hiện trước đây với tỷ lệ là 23,4%.⁸

Bên cạnh việc khảo sát về kiến thức của người dân, nghiên cứu của chúng tôi cũng tiến hành quan sát điểm rửa tay của hộ gia đình người được phỏng vấn. Kết quả cho thấy hầu như hộ gia đình đều có nước sạch và xà phòng tại điểm rửa tay với tỷ lệ 89,4%, tỷ lệ này cao nhất ở tỉnh Thái Nguyên là 98,5%. Kết quả này tương đồng với các nghiên cứu trước đây thực hiện tại 3 tỉnh Tuyên Quang, Điện Biên và Đắk Lắk với tỷ lệ 85,0%,⁸ nghiên cứu của tác giả Chase C với tỷ lệ 89,0%.¹¹

Về một số yếu tố liên quan đến kiến thức rửa tay của đối tượng nghiên cứu. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi chỉ ra có mối liên quan giữa dân tộc, trình độ học vấn và nghề nghiệp với kiến thức rửa tay với xà phòng trong phân tích đa biến. Phát hiện này tương đồng với các nghiên cứu trước đây cả ở Việt Nam như nghiên cứu của Bùi Hữu Toàn¹² và tại quốc gia khác như Indonesia năm 2017.

Mặc dù đã tìm thấy một số kết quả tích cực, nghiên cứu của chúng tôi cũng có những hạn chế như chưa đánh giá được thực hành rửa tay của đối tượng nghiên cứu cũng như mối quan hệ giữa kiến thức và thực hành. Chúng tôi đã tiến hành nghiên cứu 5 tỉnh thuộc hai khu vực là Miền núi phía Bắc và Duyên hải Nam trung bộ được lựa chọn có mục đích nên các tỉnh có thể không đại diện cho vùng miền.

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu này cho thấy người dân có kiến thức về các cơ hội rửa tay còn nhiều hạn chế. Hầu như các hộ gia đình khi được quan sát địa điểm rửa tay đều có đủ xà phòng và nước sạch. Bên cạnh đó yếu tố liên quan xác định được gồm dân tộc khác có kiến thức tốt hơn so với dân tộc Kinh (OR=1,87; 95%CI: 1,17 - 3,01); trình độ học vấn trung học phổ thông trở lên có kiến thức tốt hơn so với không đi học (OR=2,79; 95%CI: 1,35 - 5,79); nghề nghiệp khác có kiến thức không bằng so với làm ruộng/nương rẫy (OR=0,43; 95%CI: 0,26 - 0,71). Các hoạt động truyền thông cần được tiếp tục thực hiện và duy trì để cải thiện kiến thức của người dân, đặc biệt vào các thời điểm rửa tay trước khi ăn và sau khi vệ sinh cho trẻ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Hirai M, Graham JP, Mattson KD, Kelsey A, Mukherji S, Cronin AA. Exploring Determinants of Handwashing with Soap in Indonesia: A Quantitative Analysis. *International journal*

of environmental research and public health. 2016;13(9).

2. Aiello AE, Coulborn RM, Perez V, Larson EL. Effect of hand hygiene on infectious disease risk in the community setting: a meta-analysis. *Am J Public Health.* 2008;98(8):1372-1381.

3. Rabie T, Curtis V. Handwashing and risk of respiratory infections: a quantitative systematic review. *Tropical medicine & international health : TM & IH.* 2006;11(3):258-267.

4. Centers for Disease Control and Prevention. Global Handwashing Day. Accessed 31st, Jan, 2021. <https://www.cdc.gov/handwashing/globalhandwashing-day.html>.

5. Bộ Y tế. *Sổ tay hướng dẫn lồng ghép truyền thông rửa tay với xà phòng* 2011.

6. Rabbi SE, Dey NC. Exploring the gap between hand washing knowledge and practices in Bangladesh: a cross-sectional comparative study. *BMC public health.* 2013;13:89.

7. Coombes Y, Devine J. *Introducing FOAM: A Framework to Analyze Handwashing Behaviors to Design Handwashing Programs.* World Bank; 2010.

8. Trần Quỳnh Anh, Hoàng Thị Thu Hà, Nguyễn Thị Liên Hương và cộng sự. Thay đổi kiến thức và thực hành rửa tay ở bà mẹ có con dưới 11 tuổi sau can thiệp truyền thông tại 3 tỉnh Điện Biên, Tuyên Quang, Đắk Lắk năm 2019. *Tạp chí Y học dự phòng.* 2020;30(4):147-154.

9. Pittet D, Allegranzi B, Boyce J. The World Health Organization guidelines on hand hygiene in health care and their consensus recommendations. *Infection control and hospital epidemiology.* 2009;30(7):611-622.

10. Tran Quynh Anh, Le Thi Huong Ly, Nguyen Thi Lien Huong. Knowledge and practice of handwashing with soap among mothers of children aged under 11 years and some related factors in 2019. *Vietnam J Prev Med.* 2020.

11. Chase C, Do Q-T. Handwashing behavior change at scale: evidence from a randomized evaluation in Vietnam. *World Bank Policy Research Working Paper*. 2012(6207).

12. Bùi Hữu Toàn, Nguyễn Huy Nga, Phùng

Đắc Cam và cộng sự. Một số yếu tố ảnh hưởng đến kiến thức và thực hành rửa tay xà phòng của các bà mẹ H'Mông đang nuôi con dưới 5 tuổi, tỉnh Sơn La, năm 2014. *Tạp Chí Học Dự Phòng*. 2014;27(3):128-135.

Summary

KNOWLEDGE AND HABITS OF HANDWASHING WITH SOAP AMONG RESIDENTS IN FIVE PROVINCES IN NORTHERN VIET NAM, 2020

This cross-sectional descriptive study aimed to describe knowledge and habits of hand hygiene with soap. Surveys about handwashing were administered among 1000 residents in five province including Son La, Thai Nguyen, Cao Bang, Lao Cai, and Ninh Thuan in 2020. The study tools including questionnaires and checklists were used to assess the scores for handwashing practice. The participants washed their hands after using the toilet (69.5%), before eating (47.5%), and after coming home from work (32.5%). Surveys of households indicated that most families had water (96.8%) or water and soap (89.4%). People of other ethnicities had better knowledge of handwashing conditions than the Kinh people (OR=1.87; 95%CI: 1.17 – 3.01); high school students high school students were good at knowledge of handwashing than those who were illiterate (OR=2.79; 95%CI: 1.35 – 5.79); people working in other occupations were less likely to have good knowledge of handwashing compared to those who working in farming (OR=0.43; 95%CI: 0.26 – 0.71). Communication activities should be maintained to improve people's handwashing hygiene.

Keywords: Handwashing with soap, knowledge, handwashing areas, related factors.