

ĐẠI HỌC THÁI NGUYÊN  
TRƯỜNG ĐẠI HỌC Y DƯỢC



**THỰC TRẠNG VÀ GIẢI PHÁP CAN THIỆP  
NHẪM GIẢM THIỂU MỘT SỐ BỆNH NGOÀI DA  
PHỔ BIẾN Ở NGƯỜI LAO ĐỘNG NÔNG NGHIỆP  
THUỘC DÂN TỘC TÀY TẠI THÁI NGUYÊN**

**TÓM TẮT LUẬN ÁN TIẾN SĨ Y HỌC**

**THÁI NGUYÊN - 2024**

Công trình được hoàn thành tại:  
Trường Đại học Y Dược, Đại học Thái Nguyên.

Người hướng dẫn khoa học:

Phản biện 1:

Phản biện 2:

Phản biện 3:

Luận án được bảo vệ trước Hội đồng đánh giá luận án cấp Trường  
học tại: Trường Đại học Y Dược, Đại học Thái Nguyên.  
Vào hồi ngày tháng năm 202 .

Có thể tìm hiểu luận án tại:

1. Thư viện Quốc gia
2. Thư viện Đại học Thái Nguyên.
3. Thư viện Trường Đại học Y Dược, Đại học Thái Nguyên.

## ĐẶT VẤN ĐỀ

Trong sản xuất nông nghiệp, người dân phải tiếp xúc với phân bón hữu cơ, phân bón hoá học, các hóa chất độc, trong tình trạng thiếu trang thiết bị bảo vệ cá nhân... nên cơ hội lây nhiễm bệnh ngoài da là rất cao.... Môi trường sống, lao động của người Tày tại một số huyện miền núi tỉnh Thái Nguyên là tương đối ẩm và nóng hơn khu vực thành thị. Vì vậy, đây là một điều kiện có thể làm gia tăng các bệnh ngoài da, đặc biệt là các bệnh nấm da ở người lao động cũng như ở cả cộng đồng. Tập quán sinh hoạt, canh tác nông nghiệp của người Tày ở đây thường ẩm ướt, ít sử dụng bảo hộ lao động, sống tiết kiệm nước... Mặt khác, những nghiên cứu về thực trạng bệnh ngoài da và các giải pháp can thiệp nhằm chăm sóc, nâng cao sức khỏe cho cộng đồng người dân tộc Tày chưa được báo cáo quan tâm đúng mức. Hai huyện Phú Lương và Đại Từ là huyện miền núi, nằm ở phía Bắc của tỉnh Thái Nguyên có tỷ lệ người dân tộc Tày sinh sống khá cao, chiếm tỷ lệ 18,6% và 12,7% tổng số người Tày trong toàn tỉnh. Các xã thuộc huyện có tỉ lệ người Tày chiếm đến 70-80%. Khí hậu nơi đây nóng ẩm, mưa nhiều; Người Tày có tập quán sinh hoạt, canh tác, làm kinh tế nông nghiệp khá đặc biệt: môi trường canh tác thường ẩm ướt, ít sử dụng bảo hộ lao động, sống tiết kiệm nước... và môi trường lao động canh tác nông nghiệp dễ bị ô nhiễm các chất hoá học, lý học, sinh học gây bệnh ngoài da. Những nghiên cứu về bệnh ngoài da ở đối tượng người lao động thuộc dân tộc Tày tại các khu vực miền núi chưa được quan tâm đúng mức. Chính vì vậy, chúng tôi chọn nghiên cứu đề tài luận án: ***“Thực trạng và giải pháp can thiệp nhằm giảm thiểu một số bệnh ngoài da phổ biến ở người lao động nông nghiệp thuộc dân tộc Tày tại Thái Nguyên”*** nhằm mục tiêu:

1. Mô tả thực trạng một số bệnh ngoài da ở người lao động nông nghiệp thuộc dân tộc Tày tại một số xã tỉnh Thái Nguyên năm 2017 – 2018.

2. Xác định một số yếu tố liên quan đối với bệnh ngoài da ở người lao động nông nghiệp thuộc dân tộc Tày ở Thái Nguyên.

3. Đánh giá hiệu quả một số giải pháp can thiệp nhằm giảm thiểu bệnh ngoài da phổ biến ở người lao động nông nghiệp thuộc dân tộc Tày huyện Phú Lương, tỉnh Thái Nguyên.

## **NHỮNG ĐÓNG GÓP MỚI CỦA LUẬN ÁN**

Đây là công trình nghiên cứu đầu tiên về thực trạng và các giải pháp can thiệp phù hợp, có hiệu quả cải thiện bệnh ngoài da và kiến thức, thái độ, thực hành phòng chống bệnh ngoài da ở người lao động nông nghiệp thuộc dân tộc Tày.

Tại các xã thuộc khu vực nghiên cứu, tỉ lệ mắc bệnh các bệnh ngoài da còn khá cao với cơ cấu mắc các bệnh ngoài da tương đối đa dạng, trong đó các nhóm bệnh chiếm tỷ lệ lớn là bệnh nấm da, sẩn ngứa mày đay và viêm da cơ địa. Có mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa một số yếu tố với tỉ lệ mắc bệnh ngoài da của người lao động nông nghiệp như: độ tuổi thấp, nhà ở chưa kiên cố, nguồn nước và chuồng gia súc không hợp vệ sinh; kiến thức chưa tốt, thái độ chưa tốt, thực hành chưa tốt về phòng chống bệnh ngoài da.

Sau khi thực hiện một số giải pháp can thiệp phù hợp như truyền thông giáo dục sức khỏe, cải thiện môi trường sống và lao động, nâng cao hiệu quả điều trị, tỉ lệ kiến thức tốt, thái độ tốt và thực hành tốt về phòng chống bệnh ngoài da của người lao động nông nghiệp thuộc nhóm can thiệp tăng đáng kể. Tỷ lệ người dân mắc bệnh ngoài da giảm từ 64,9% xuống còn 24,2%, với HQCT đạt 59,4%.

## **BỐ CỤC CỦA LUẬN ÁN**

Luận án có 125 trang, bao gồm các phần: đặt vấn đề (2 trang), tổng quan (38 trang), đối tượng và phương pháp nghiên cứu (24 trang), kết quả nghiên cứu (29 trang), bàn luận (29 trang), kết luận (2 trang), khuyến nghị (1 trang). Luận án có 26 bảng, 7 biểu đồ và 10 hộp, 120 tài liệu tham khảo (57 tài liệu tiếng Việt và 63 tài liệu tiếng Anh).

## **CHỮ VIẾT TẮT CHÍNH**

TT-GDSK:	Truyền thông - Giáo dục sức khỏe
HCBVTV:	Hóa chất bảo vệ thực vật
HQCT:	Hiệu quả can thiệp
KAP:	Kiến thức, thái độ, thực hành
KQNC:	Kết quả nghiên cứu
LĐNN:	Lao động nông nghiệp
SXNN:	Sản xuất nông nghiệp
VSATLD:	Vệ sinh, an toàn lao động

## Chương 1 TỔNG QUAN

### 1.1. Một số khái niệm, cấu trúc, chức năng sinh lí của da

Cấu trúc của da gồm có 3 lớp: thượng bì, trung bì và hạ bì.

Da là cơ quan lớn nhất cơ thể người; đảm nhiệm nhiều chức năng như bảo vệ, hấp thu, dự trữ, chuyển hóa, bài tiết chất bã, đào thải chất độc, thu nhận cảm giác, điều hòa thân nhiệt, cân bằng nội môi và miễn dịch.

### 1.2. Một số bệnh ngoài da phổ biến trong cộng đồng

Một số bệnh da phổ biến trong cộng đồng bao gồm: Bệnh da do nấm và các ký sinh trùng khác, bệnh da do vi khuẩn, virus, các bệnh da dị ứng, cơ địa và do các tác nhân lý học, sinh học, hóa học khác...

### 1.3. Một số yếu tố liên quan đối với bệnh ngoài da

Một số yếu tố liên quan đối với bệnh ngoài da bao gồm: Môi trường bề mặt da, pH bề mặt da, chất lượng lớp sừng của da, nhiệt độ và độ ẩm của da, suy giảm miễn dịch, yếu tố môi trường bên ngoài.

### 1.4. Tình hình bệnh ngoài da trên thế giới và ở Việt Nam

#### 1.4.1. Tình hình bệnh ngoài da trên thế giới

Các bệnh da luôn phổ biến ở cộng đồng người LDNN ở nhiều khu vực khác nhau trên thế giới. Mỗi nghề nghiệp khác nhau cùng với các yếu tố liên quan tác động, các bệnh ngoài da cũng có cơ hội phát triển khác nhau. Có rất nhiều loại bệnh ngoài da được nghiên cứu tại cộng đồng, đặc biệt là ở nông dân, lao động nông nghiệp.

#### 1.4.2. Tình hình bệnh ngoài da ở Việt Nam

Việt Nam là nước nhiệt đới, có khí hậu nóng và độ ẩm cao rất thuận lợi cho các bệnh ngoài da phát triển, phổ biến từ trên 10% đến trên 40-50%, trong đó bệnh nấm da phổ biến chiếm tỷ lệ khoảng 27-37,3%. Cơ cấu các bệnh ngoài da thường gặp ở người LDNN là nấm da, nấm kẽ, sẩn ngứa, mày đay, viêm da tiếp xúc dị ứng và kích ứng, sạm da... Những bệnh ngoài da có tính chất mãn tính, gây suy giảm sức khỏe, thể chất, tinh thần, giảm hiệu suất lao động. Việc xây dựng các giải pháp can thiệp phù hợp nhằm dự phòng và điều trị bệnh ngoài da, chăm sóc, nâng cao sức khỏe của người LDNN và cộng đồng là hết sức cần thiết.

## **1.5. Các phương pháp phòng chống bệnh ngoài da trong cộng đồng**

### **1.5.1. Cơ sở xây dựng phương pháp phòng chống bệnh ngoài da**

Để phòng chống các bệnh ngoài da ở người lao động nông nghiệp cần có giải pháp tổng hợp về y tế, kinh tế-xã hội, lồng ghép với các chương trình giáo dục sức khỏe khác và sự ủng hộ, đồng hành của cả cộng đồng xã hội.

#### **1.5.1.1. Tăng cường vệ sinh**

Thực hiện tốt các biện pháp vệ sinh cá nhân, vệ sinh môi trường sống, lao động sẽ hạn chế mật độ vi sinh vật gây bệnh ở trên da, ở ngoại cảnh, từ đó hạn chế việc xâm nhập gây bệnh trên cơ thể.

#### **1.5.1.2. Khống chế các đường lây lan của bệnh**

Việc khống chế các đường lây lan của bệnh, điều trị hiệu quả, xử lý các chất thải, đồ dùng, vật dụng cá nhân, bảo hộ lao động, ... sẽ ngăn ngừa mầm bệnh lây lan cộng đồng và môi trường xung quanh.

#### **1.5.1.3. Chủ động phòng bệnh bằng cách điều trị triệt để ở người mắc bệnh**

Việc phát hiện sớm những người mắc bệnh, điều trị đúng, kịp thời là biện pháp chủ động ngăn ngừa sự phát triển của các bệnh da và các mầm bệnh da lây lan cộng đồng và môi trường ngoại cảnh.

### **1.5.2. Một số nghiên cứu giải pháp can thiệp phòng chống bệnh da ở lao động nông nghiệp, công nhân nông nghiệp**

Nhiều nghiên cứu trên thế giới và ở Việt Nam đã đề xuất, áp dụng triển khai một số giải pháp can thiệp nhằm phòng chống bệnh ngoài da, điều trị, chăm sóc nâng cao sức khỏe ở người LĐNN đạt hiệu quả nhất định. Các nhóm giải pháp tập trung chủ yếu vào GDSK nâng cao kiến thức, thái độ, thực hành trong VSATLĐ, dự phòng bệnh da; kiểm tra sức khỏe định kỳ; nâng cao hiệu quả điều trị; cung cấp dịch vụ chăm sóc y tế phù hợp; tăng cường giám sát, kiểm tra VSATLĐ; đào tạo nâng cao chuyên môn nghiệp vụ cho đội ngũ cán bộ y tế, truyền thông GDSK cho nông dân, cho cộng đồng, ...

## **Chương 2**

### **ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU**

#### **2.1. Đối tượng nghiên cứu**

Đối tượng nghiên cứu là người lao động nông nghiệp thuộc dân tộc Tày tại hai huyện Phú lương và Đại Từ tỉnh Thái Nguyên.

**\* Tiêu chuẩn lựa chọn :**

- Là người lao động nông nghiệp, dân tộc Tày sống tại địa bàn 02 huyện ít nhất 5 năm.

- Đồng ý tham gia nghiên cứu.

- Là lao động chính có thời gian chuyên canh lúa, hoặc chè, hoa màu ít nhất 02 năm.

**2.2. Địa điểm và thời gian nghiên cứu**

**2.2.1. Một số đặc điểm tình hình KT-XH tại địa bàn nghiên cứu**

- Địa điểm nghiên cứu: Nghiên cứu được thực hiện tại xã Phú Lý và Hợp Thành thuộc huyện Phú Lương và xã Phúc Lương, huyện Đại Từ của tỉnh Thái Nguyên. Đây là 3 xã có tỷ lệ người dân tộc Tày cao nhất trong số các dân tộc sinh sống trên địa bàn xã (75-80%).

Huyện Phú Lương và huyện Đại Từ có đặc trưng khí hậu nhiệt đới gió mùa, nóng ẩm, mưa nhiều; kinh tế chủ yếu là SXNN, canh tác lúa, chè, hoa màu, trồng rừng chiếm vị trí quan trọng. Dân tộc thiểu số như người Tày tại các xã nghiên cứu chiếm đến 75-80% tổng số dân của xã. Bản sắc văn hóa và tập quán sinh hoạt người Tày là sống tiết kiệm nước, có điều kiện lao động tiếp xúc với môi trường ruộng nước, ẩm ướt, ô nhiễm vi sinh vật gây bệnh như nấm, vi khuẩn, chất hóa học như thuốc trừ sâu, thuốc diệt cỏ...và các tác nhân lý học khác. Đây là những điều kiện thuận lợi gây ra bệnh ngoài da ở người LDNN.

- Thời gian nghiên cứu: Từ tháng 4/2017 đến tháng 3/2020.

**2.3. Phương pháp nghiên cứu**

**2.3.1. Phương pháp và thiết kế nghiên cứu**

Nghiên cứu được tiến hành theo phương pháp mô tả theo thiết kế cắt ngang, kết hợp với can thiệp cộng đồng, trước sau có đối chứng. Thu thập số liệu nghiên cứu có sự kết hợp định lượng và định tính.

**2.3.2. Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu**

**2.3.2.1. Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu cho nghiên cứu mô tả**

\* Cỡ mẫu:

Cỡ mẫu được tính theo công thức:

$$\text{Trong đó: } n = z_{1-\alpha/2}^2 \frac{p(1-p)}{d^2}$$

n: Cỡ mẫu tối thiểu cần nghiên cứu

$z_{1-\alpha/2}$ : Hệ số giới hạn tin cậy (tra từ bảng z: với mức ý nghĩa thống kê  $\alpha=5\%$  thì  $z_{1-\alpha/2} = 1,96$ ).

$p = 0,3$ : Theo kết quả nghiên cứu của Đỗ Hàm và cs, tỷ lệ mắc bệnh da thường gặp ở người dân miền núi thuộc tỉnh Thái Nguyên là 36,7%, nhóm tuổi 20 - 60 là 32,9 đến 33,7%.

d: Độ chính xác mong muốn (lấy  $d = 0,03$ ).

Thay vào công thức ta có  $n = 897$  người Tày ở độ tuổi lao động. Khi tiến hành nghiên cứu, chúng tôi thu thập số liệu đủ điều kiện thống kê, phân tích là 970 người.

*\* Phương pháp chọn mẫu*

*Chọn xã*: Chọn chủ đích 03 xã Hợp Thành, Phủ Lý, Phúc Lương thuộc 02 huyện là Phú Lương và Đại Từ của tỉnh Thái Nguyên.

*Chọn cá thể vào mẫu nghiên cứu*: Trên cơ sở cỡ mẫu dự tính, chúng tôi đã chọn được ở Hợp Thành 310 người, Phủ Lý 302 người và Phúc Lương 358 người. Chọn mẫu bằng phương pháp ngẫu nhiên đơn.

*2.3.2.2. Cỡ mẫu và chọn mẫu cho nghiên cứu can thiệp*

Chúng tôi chọn ngẫu nhiên 2 xã bằng cách rút thăm và xác định Phủ Lý là xã can thiệp, Hợp Thành là xã đối chứng.

*Cỡ mẫu can thiệp*: Trên cơ sở cỡ mẫu nghiên cứu mô tả, để đảm bảo vấn đề đạo đức nghiên cứu, chúng tôi can thiệp toàn bộ số người đã được khám phát hiện bệnh đầu vào.

Trên thực tế, cỡ mẫu của nhóm can thiệp (Phủ Lý) là 302 người, nhóm đối chứng (Hợp Thành) là 310 người.

*2.3.2.3. Cỡ mẫu và chọn mẫu cho nghiên cứu định tính*

- *Cỡ mẫu và chọn mẫu cho nghiên cứu phỏng vấn sâu*: Tiến hành 04 cuộc (Trước can thiệp: 02 cuộc; sau can thiệp: 02 cuộc).

- *Cỡ mẫu và chọn mẫu cho nghiên cứu thảo luận nhóm*: Tiến hành 06 cuộc (Trước can thiệp: 03 cuộc; sau can thiệp: 03 cuộc), mỗi nhóm từ 7 đến 10 người.

## **2.4. Nội dung can thiệp**

### **2.4.1. Xác định vấn đề cần can thiệp**

Lựa chọn hai vấn đề ưu tiên can thiệp:

- Hành vi phòng chống bệnh ngoài da kém.
- Công tác quản lý điều trị bệnh ngoài da tại các trạm y tế xã còn yếu.

Các nội dung can thiệp bao gồm:



+ Truyền thông, giáo dục sức khỏe kiến thức về bệnh, dự phòng, điều trị bệnh ngoài da.

+ Can thiệp giáo dục sức khỏe, truyền thông cải thiện môi trường sống, môi trường lao động, hành vi vệ sinh cá nhân, vệ sinh lao động.

+ Khám, xét nghiệm phát hiện các bệnh da, điều trị kịp thời và khám lại. Tập huấn nâng cao năng lực dự phòng, điều trị, quản lý bệnh ngoài da.

#### **2.4.2. Xác định các giải pháp can thiệp và các hoạt động cụ thể**

##### **\* Hoạt động 1**

- Tập huấn cho nguồn nhân lực về phương pháp can thiệp: Kỹ năng truyền thông giáo dục sức khỏe về phòng chống và quản lý điều trị bệnh ngoài da.

- Tập huấn chuyên môn về bệnh ngoài da, phác đồ điều trị, phương án dự phòng cho cán bộ y tế.

##### **\* Hoạt động 2: Truyền thông giáo dục sức khỏe**

Tổ chức truyền thông phát thanh hàng tháng trên loa phát thanh xã. Tổ chức các buổi nói chuyện sức khỏe và truyền thông giáo dục sức khỏe hàng tháng tại nhà.

\* **Hoạt động 3:** Theo dõi, giám sát việc thực hiện các giải pháp can thiệp.

### **2.5. Các chỉ số nghiên cứu**

#### **2.5.1. Các chỉ số cho mục tiêu 1**

- Đặc điểm nhân khẩu học: tuổi, giới, trình độ học vấn.
- Tỷ lệ các bệnh ngoài da của đối tượng nghiên cứu.
- Phân bố các bệnh ngoài da của đối tượng nghiên cứu.

#### **2.5.2. Các chỉ số cho mục tiêu 2**

- KAP phòng chống bệnh ngoài da của đối tượng nghiên cứu
- Mối liên quan giữa đặc điểm nhân khẩu với tỷ lệ mắc bệnh ngoài da .
- Mối liên quan giữa các nhóm chuyên canh (trồng lúa, chè, hoa màu...), nhà ở, nguồn nước, chuồng gia súc với tỷ lệ mắc bệnh ngoài da.
- Mối liên quan KAP của ĐTNC với tỷ lệ mắc bệnh ngoài da.

#### **2.5.3. Các chỉ số cho mục tiêu 3**

- Hiệu quả can thiệp cải thiện KAP dự phòng các bệnh ngoài da của người lao động nông nghiệp dân tộc Tày.
- Hiệu quả can thiệp giảm thiểu tỷ lệ bệnh ngoài da tại cộng đồng.

## **2.6. Bộ công cụ và cách đánh giá chỉ số nghiên cứu**

Bộ công cụ nghiên cứu gồm có 3 phần:

- Phần 1 - Thông tin chung của ĐTNC: Gồm tuổi, giới, trình độ học vấn, nhà ở, nguồn nước, công trình vệ sinh, chuồng trại gia súc....

- Phần 2 - Bệnh án nghiên cứu: Bao gồm thông tin về kết quả khám bệnh ngoài da và kết quả xét nghiệm (nếu có).

- Phần 3 - KAP dự phòng bệnh ngoài da của ĐTNC.

Bộ công cụ đánh giá KAP về phòng chống bệnh ngoài da gồm 3 phần: kiến thức, thái độ và thực hành. Phân loại KAP: tốt  $\geq 80\%$  tổng điểm, trung bình  $> 60\% - < 80,0\%$  tổng điểm và yếu  $\leq 60,0\%$  tổng điểm.

## **2.7. Kỹ thuật thu thập**

### **2.7.1. Kỹ thuật thu thập số liệu định tính**

Trong thiết kế nghiên cứu định tính, chúng tôi sử dụng hai phương pháp: phỏng vấn sâu và thảo luận nhóm.

### **2.7.2. Thu thập số liệu định lượng**

- Bước 1: Thu thập số liệu trước can thiệp (mô tả).

- Bước 2: Tiến hành can thiệp và giám sát can thiệp.

- Bước 3: Thu thập số liệu sau can thiệp.

## **2.8. Kỹ thuật xử lý số liệu**

Dữ liệu sau khi thu thập được làm sạch, mã hóa và nhập vào máy tính bằng phần mềm EpiData 3.1. Phân tích dữ liệu được thực hiện bằng phần mềm SPSS 16.0.

## **2.9. Sai số và biện pháp khắc phục**

- Đối tượng nghiên cứu là người LĐNN, dân tộc thiểu số, có thể không thuận lợi trong hợp tác. Khắc phục: Giải thích rõ ý nghĩa của nghiên cứu, câu hỏi phải dễ hiểu, giải thích kỹ, thấu hiểu sao cho người dân cảm nhận được sự gần gũi, chia sẻ và hợp tác đầy đủ.

- Sai số thông tin: Do thời điểm khám, điều tra đông người, ĐTNC có thể trả lời qua loa, ngại giao tiếp nên không khai thác được triệu chứng. Khắc phục: Chọn bác sĩ, nghiên cứu viên có chuyên môn cao, kỹ năng phỏng vấn tốt để thu thập thông tin chính xác.

## **2.10. Đạo đức nghiên cứu**

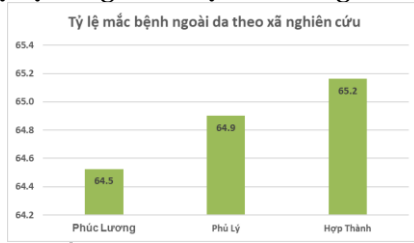
Nghiên cứu đã được thông qua Hội đồng Đạo đức trong nghiên cứu y học của trường Đại học Y Dược, Đại học Thái Nguyên, đồng thời được sự đồng ý của các cơ quan có thẩm quyền cấp huyện, cấp xã tại địa bàn nghiên cứu.

### Chương 3

#### KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

#### 3.1. Thực trạng một số bệnh ngoài da ở người lao động nông nghiệp thuộc dân tộc Tày tại Thái Nguyên

**Biểu đồ 3.1. Tỷ lệ bệnh ngoài da tại các xã nghiên cứu**



*Nhận xét:* Tỷ lệ mắc các bệnh ngoài da chung trung bình cả 3 xã là 64,8%. Tại xã Phúc Lương là 64,5%; xã Phú Lý là 64,9% và xã Hợp Thành là 65,2%.

**Bảng 3.3. Cơ cấu các bệnh ngoài da tại 3 xã nghiên cứu**

Xã \ Bệnh ngoài da	Phúc Lương		Phú Lý		Hợp Thành		Tổng	
	SL	%	SL	%	SL	%	SL	%
Các bệnh nấm da	97	27,1	71	23,5	50	16,1	218	<b>22,4</b>
Sân ngứa, mào đay	74	<b>20,7</b>	75	<b>24,8</b>	46	14,8	195	<b>20,1</b>
Viêm da cơ địa	39	10,9	35	11,6	50	16,1	124	<b>12,8</b>
Viêm da tiếp xúc	8	2,2	12	4,0	34	11,0	54	5,6
Viêm nang lông, tuyến bã	7	2,0	3	1,0	16	5,2	26	2,7
Viêm da dị ứng	6	1,7	0	0	6	1,9	12	1,2
Sạm da	4	1,1	7	2,3	5	1,6	16	1,6
Không có bệnh	127	35,5	106	35,1	108	34,8	341	35,2
<b>Tổng số khám</b>	<b>358</b>	<b>36,9</b>	<b>302</b>	<b>31,1</b>	<b>310</b>	<b>32,0</b>	<b>970</b>	<b>100</b>

Ghi chú: một số người lao động mắc trên 01 bệnh

*Nhận xét:* tỉ lệ mắc các bệnh nấm da chung tương đối cao 22,4%; sân ngứa mào đay chiếm 20,1%; viêm da cơ địa là 12,8%.

**Bảng 3.4. Cơ cấu các bệnh nấm da tại 3 xã nghiên cứu**

Xã Bệnh nấm da	Phúc Lương		Phủ Lý		Hợp Thành		Tổng	
	SL	%	SL	%	SL	%	SL	%
Nấm da thân	28	7,8	24	7,9	28	9,0	80	<b>8,2</b>
Nấm móng	25	7,0	38	12,6	9	2,9	72	<b>7,4</b>
Nấm kẽ	43	12,0	6	2,0	9	2,9	58	<b>6,0</b>
Nấm tóc	1	0,3	3	1,0	4	1,3	8	0,8
<b>Tổng</b>	97	27,1	71	23,5	50	16,1	218	<b>22,4</b>

Ghi chú: một số người lao động mắc trên 01 bệnh;

*Nhận xét:* tổng số người mắc nấm da chung tương đối cao: 22,4%.

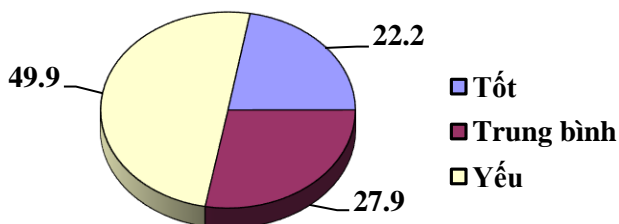
Trong đó nấm da thân mình 8,2%; nấm móng 7,4%; nấm kẽ 6%.

**Bảng 3.6. Tỷ lệ bệnh ngoài da theo nghề chuyên canh**

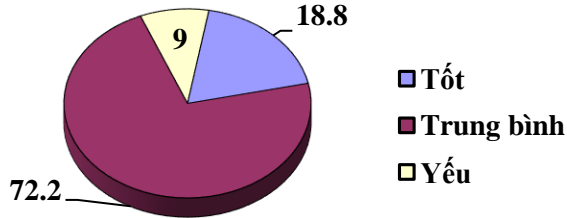
Nghề nông Bệnh ngoài da	Có		Không		P
	SL	%	SL	%	
Lúa và hoa màu (364)	257	<b>70,6</b>	107	29,4	P <sub>1,3</sub> < 0,05 P <sub>2,3</sub> < 0,05
Chè (489)	318	<b>65,0</b>	171	35,0	
Cả chè và lúa (117)	54	<b>46,1</b>	63	53,9	
<b>Tổng (970)</b>	629	64,8	341	35,2	

*Nhận xét:* Tỷ lệ người bị bệnh da ở nhóm chuyên canh lúa và hoa màu cao nhất (chiếm 70,6%), trồng chè là 65,0%; trồng cả chè và lúa là 46,1%. Sự khác biệt có YNTK với P<sub>1,3</sub> < 0,05 và P<sub>2,3</sub> < 0,05.

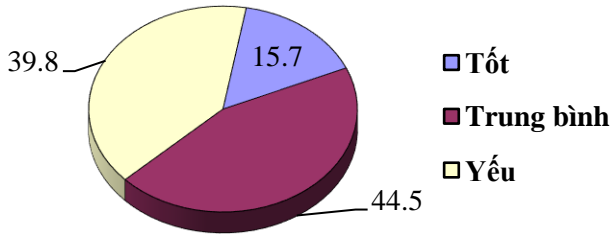
### 3.2. Một số yếu tố liên quan đối với tỷ lệ mắc bệnh ngoài da ở người lao động nông nghiệp dân tộc Tày

**Biểu đồ 3.5. Kiến thức chung phòng chống bệnh ngoài da của DTNC**

*Nhận xét:* Tỷ lệ kiến thức chung tốt, trung bình và yếu về phòng chống bệnh ngoài da lần lượt là 22,2%, 27,9% và 49,9%.

**Biểu đồ 3.6. Thái độ chung phòng chống bệnh ngoài da của ĐTNC**

*Nhận xét:* Tỷ lệ thái độ chung tốt, trung bình và yếu về phòng chống bệnh ngoài da lần lượt là 18,8%, 72,2% và 9,0%.

**Biểu đồ 3.7. Đánh giá thực hành chung phòng chống bệnh ngoài da**

*Nhận xét:* Tỷ lệ thực hành chung tốt, trung bình và yếu về phòng chống bệnh ngoài da là 15,7%, 44,5% và 39,8% (theo thứ tự).

**Bảng 3.11. Liên quan giữa độ tuổi, giới tính với bệnh ngoài da**

Indicators		Bệnh ngoài da		P		
		Có	Không	SL	%	
Tuổi	< 30 tuổi (141)	97	68,8	44	31,2	$P_{1,3} < 0,05$
	30-49 tuổi (408)	284	69,6	124	30,4	$P_{2,3} < 0,05$
	≥ 50 tuổi (421)	248	58,9	173	41,1	$P_{1,2\&3} < 0,05$
Giới	Nam (368)	243	66,0	125	34,0	$P > 0,05$
	Nữ (602)	386	64,1	216	35,9	
Tổng		629	64,8	341	35,2	

*Nhận xét:* Nhóm dưới 30 tuổi và nhóm 30-49 tuổi có tỷ lệ mắc bệnh ngoài da là 68,8% và 69,6%, cao hơn so với nhóm người trên 50 tuổi (58,9%), sự khác biệt có YNTK ( $p < 0,05$ ).

**Bảng 3.13. Liên quan giữa các nhóm nghề nông với bệnh ngoài da**

Nghề nông \ Bệnh ngoài da	Có		Không		P
	SL	%	SL	%	
(1) Lúa và hoa màu (364)	257	<b>70,6</b>	107	29,4	P <sub>1,3</sub> <0,05 P <sub>2,3</sub> <0,05
(2) Chè (489)	318	<b>65,0</b>	171	35,0	
(3) Cả chè và lúa (117)	54	<b>46,1</b>	63	53,9	
<b>Tổng</b>	629	64,8	341	35,2	

*Nhận xét:* có mối liên quan có YNTK giữa các nhóm nghề nông với bệnh ngoài da ( $p < 0,05$ ). Tỷ lệ mắc bệnh ngoài da ở người trồng lúa và hoa màu (70,6%) cao hơn so với trồng chè và lúa (46,1%) ( $P_{1,3} < 0,05$ ); Tỷ lệ mắc bệnh ngoài da ở người trồng chè (65,0%) cao hơn so với trồng cả chè và lúa (46,1%) (với  $P_{2,3} < 0,05$ ).

**Bảng 3.15. Liên quan giữa các công trình vệ sinh của đối tượng nghiên cứu với mắc bệnh ngoài da**

Chỉ số \ Bệnh ngoài da		Có		Không		P
		SL	%	SL	%	
<b>Nguồn nước</b>	Không hợp vệ sinh (149)	108	<b>72,5</b>	41	27,5	< <b>0,05</b>
	Hợp vệ sinh (821)	521	63,5	300	36,5	
<b>Chuồng gia súc</b>	Không hợp vệ sinh (202)	169	<b>83,7</b>	33	16,3	< <b>0,05</b>
	Hợp vệ sinh (768)	460	59,9	308	40,1	
<b>Tổng</b>		629	64,8	341	35,2	

*Nhận xét:* tỷ lệ mắc bệnh ngoài da những hộ có nguồn nước và chuồng gia súc không hợp vệ sinh (72,5% và 83,7%) cao hơn những hộ có nguồn nước và chuồng gia súc hợp vệ sinh (63,5% và 59,9%). Sự khác biệt có YNTK với ( $p < 0,05$ ).

**Bảng 3.18. Liên quan giữa thực hành phòng chống với tỷ lệ BND**

Thực hành \ Bệnh ngoài da	Có		Không		P
	SL	%	SL	%	
Chưa tốt (818)	543	<b>66,4</b>	275	33,6	< <b>0,05</b>
Tốt (152)	86	<b>56,6</b>	66	43,4	
<b>Tổng</b>	629	64,8	341	35,2	

*Nhận xét:* tỷ lệ BND ở nhóm có thực hành chưa tốt (66,4%) cao hơn nhóm thực hành tốt (56,6%), mối liên quan có YNTK với  $p < 0,05$ .

**Bảng 3.19. Tổng hợp các yếu tố liên quan đối với các bệnh ngoài da ở người lao động nông nghiệp dân tộc Tày**

Yếu tố liên quan	OR đơn biến (95%CI)
Tuổi <30	1,6(1,2-2,1)
Giới Nam	1,1(0,8-1,4)
Học vấn <THPT	0,96(0,7-1,3)
Nhà ở không kiên cố	1,5(1,1-2,1)*
Nguồn nước không hợp vệ sinh	1,5(1,03-2,23)*
Chuồng gia súc không hợp vệ sinh	<b>3,4(2,3-5,1)**</b>
Kiến thức phòng chống bệnh chưa tốt	<b>1,4(1,01-1,9)*</b>
Thái độ PC bệnh ngoài da chưa tốt	<b>1,5(1,05-2,02)*</b>
Thực hành PC bệnh ngoài da chưa tốt	<b>1,5(1,07-2,15)*</b>

*Nhận xét:* Các yếu tố liên quan có thể làm tăng tỷ lệ mắc bệnh ngoài da là chuồng gia súc và nguồn nước không hợp vệ sinh, KAP phòng chống các bệnh ngoài da là những yếu tố liên quan cần lưu ý (OR=1,4-1,5).

### 3.3. Hiệu quả một số giải pháp can thiệp nhằm giảm thiểu bệnh ngoài da ở người lao động thuộc dân tộc Tày huyện Phú Lương, tỉnh Thái Nguyên.

**Bảng 3.20. Kết quả tập huấn cho các thành viên tham gia can thiệp**

Thời điểm Kiến thức PC bệnh ngoài da	Trước tập huấn		Sau tập huấn		p
	SL	%	SL	%	
Tốt	8	18,6	33	76,7	<b>&lt; 0,05</b>
Trung bình	23	53,5	5	11,6	
Yếu	12	27,9	5	11,6	
<b>Tổng</b>	<b>43</b>	<b>100,0</b>	<b>43</b>	<b>100,0</b>	

*Nhận xét:* Sau tập huấn, kiến thức phòng chống bệnh ngoài da tốt tăng rõ rệt so với trước can thiệp (từ 18,6% lên 76,7%, với p < 0,05).

**Bảng 3.23. Kết quả thay đổi kiến thức phòng chống bệnh ngoài da tại xã can thiệp và xã đối chứng**

Kiến thức	Xã	Xã chứng (Hợp Thành) (n= 310)				Xã can thiệp (Phủ Lý) (n= 302)				HQCT
		ĐT ban đầu		Sau		Trước CT*		Sau CT		
		SL	%	SL	%	SL	%	SL	%	
Tốt		22	7,1	32	10,3	86	<b>28,5</b>	259	<b>85,8</b>	156
Chưa tốt		288	92,9	278	89,7	216	71,5	43	14,2	
CSHQ		45,1				201,1				
<b>p</b>		<b>&gt; 0,05</b>				<b>&lt; 0,05</b>				

*Nhận xét:* Sau can thiệp, tỉ lệ kiến thức tốt về phòng chống bệnh ngoài da của người LDNN tăng từ 28,5% lên 85,8%, với CSHQ đạt 201,1%. HQCT trong việc cải thiện kiến thức phòng chống bệnh ngoài da là 156%,  $p < 0,05$ .

**Bảng 3.24. Kết quả thay đổi thái độ phòng chống bệnh ngoài da tại xã can thiệp và xã đối chứng**

Thái độ	Xã	Xã chứng (Hợp Thành) (n= 310)				Xã can thiệp (Phủ Lý) (n= 302)				HQCT
		ĐT ban đầu		Sau		Trước CT*		Sau CT		
		SL	%	SL	%	SL	%	SL	%	
Tốt		55	17,7	63	20,3	70	<b>23,2</b>	256	<b>84,8</b>	250,8
Chưa tốt		255	82,3	247	79,7	232	76,8	46	15,2	
CSHQ		14,7				265,5				
<b>p</b>		<b>&gt; 0,05</b>				<b>&lt; 0,05</b>				

*Nhận xét:* Sau can thiệp, tỉ lệ thái độ tốt về phòng chống bệnh ngoài da của người LDNN tăng từ 23,2% lên 84,8%, với CSHQ đạt 256,5%. HQCT trong việc cải thiện thái độ phòng chống bệnh ngoài da là 250,8%,  $p < 0,05$ .



**Bảng 3.25. Kết quả thay đổi thực hành phòng chống bệnh ngoài da tại xã can thiệp và xã đối chứng**

Thực hành	Xã chứng (Hợp Thành) (n= 310)		Xã can thiệp (Phủ Lý) (n= 302)				HQCT		
	ĐT ban đầu		Sau		Trước CT*			Sau CT	
	SL	%	SL	%	SL	%		SL	%
Tốt	67	21,6	75	24,2	49	<b>16,2</b>	251	<b>83,1</b>	400,9
Chưa tốt	243	78,4	235	75,8	253	83,8	51	16,9	
CSHQ	12,0				412,9				
<b>p</b>	<b>&gt; 0,05</b>				<b>&lt; 0,05</b>				

*Nhận xét:* Sau can thiệp, tỉ lệ thực hành tốt về phòng chống bệnh ngoài da của người LDNN tăng đáng kể từ 16,2% lên 83,1%, với CSHQ đạt 412,9%. HQCT trong cải thiện thực hành phòng chống bệnh ngoài da là 400,9%,  $p < 0,05$ .

**Bảng 3.26. Kết quả thay đổi tỉ lệ bệnh ngoài da tại xã can thiệp và xã đối chứng**

Bệnh	Xã chứng (Hợp Thành) (n= 310)		Xã can thiệp (Phủ Lý) (n= 302)				HQCT		
	ĐT ban đầu		Sau		Trước CT*			Sau CT	
	SL	%	SL	%	SL	%		SL	%
Bệnh	202	65,2	195	62,9	196	<b>64,9</b>	73	<b>24,2</b>	59,4
Không bệnh	108	34,8	115	37,1	106	35,1	229	75,8	
CSHQ	3,5				62,7				
<b>P</b>	<b>&gt; 0,05</b>				<b>&lt; 0,05</b>				

*Nhận xét:* Sau can thiệp, tỷ lệ mắc bệnh ngoài da giảm từ 64,9% xuống còn 24,2%, với CSHQ đạt 62,7%,  $p < 0,05$ . HQCT trong việc giảm tỷ lệ mắc bệnh ngoài da của người LDNN đạt 59,4%.

## Chương 4. BÀN LUẬN

### **4.1. Thực trạng một số bệnh ngoài da ở người lao động nông nghiệp thuộc dân tộc Tày tại Thái Nguyên**

#### **4.1.1. Đặc điểm của đối tượng nghiên cứu**

Đặc điểm của đối tượng nghiên cứu cho thấy sự đa dạng về giới tính, độ tuổi, trình độ học vấn, các điều kiện vệ sinh. Các kết quả này có ý nghĩa quan trọng, cung cấp thông tin chi tiết về nhóm người nghiên cứu và tạo cơ sở cho việc phân tích KQNC về KAP của họ đối với bệnh ngoài da liên quan đến công việc lao động nông nghiệp.

#### **4.1.2. Thực trạng bệnh ngoài da ở người lao động nông nghiệp thuộc dân tộc Tày tại Thái Nguyên**

Kết quả nghiên cứu cho thấy, tỷ lệ mắc bệnh ngoài da trung bình tại 03 xã lên tới 64,8%, trong đó xã Phúc Lương là 64,5%, Phú Lý là 64,9% và Hợp Thành là 65,2%. Đây là vấn đề sức khỏe cộng đồng liên quan đến nghề nghiệp mà người lao động nông nghiệp phải đối mặt. Trong môi trường lao động, họ thường xuyên tiếp xúc với nhiều tác nhân hóa học, vật lý, vi sinh vật có hại cho sức khỏe, tạo điều kiện cho các bệnh ngoài da. Phương tiện bảo vệ cá nhân không đầy đủ; môi trường ô nhiễm, ẩm ướt, bức xạ mặt trời... cũng góp phần làm cho tỷ lệ mắc bệnh ngoài da tương đối cao.

Tỷ lệ mắc bệnh ngoài da trong nghiên cứu của chúng tôi tương tự như một số kết quả nghiên cứu ở vùng núi phía Bắc nước ta. Nghiên cứu của Đỗ Thùy Trang và cộng sự trên nhóm nông dân trồng lúa ở Nam Định cho thấy tỷ lệ mắc bệnh ngoài da ở nhóm này là 21%. Tác giả Nguyễn Hoàng Quỳnh đánh giá tình hình tật ở nhóm lao động nông nghiệp chuyên trồng vải thiều ở Bắc Giang và thấy tỷ lệ viêm da là 18,3%. Nghiên cứu của Đỗ Hàm cũng lý giải nguyên nhân tỷ lệ mắc bệnh nám da cao (69,3%) ở đồng bào dân tộc thiểu số vùng núi có thể do vi khí hậu của hộ gia đình không thuận lợi như nhiệt độ, độ ẩm cao và gió quẩn.

Phân bố một số bệnh ngoài da được chẩn đoán: nám da 22,4%; phát ban ngứa, nổi mề đay 20,1%; viêm da dị ứng 12,8%. Tỷ lệ nám

da: Nấm thân 8,2%; nấm móng 7,4%; nấm kẽ 6%. Kết quả này tương tự kết quả của Chen và cộng sự, trong đó các triệu chứng viêm da nghề nghiệp ở công nhân nông nghiệp như ngứa (27,2%), da nứt nẻ (15,5%), ban đỏ (12,9%) và bệnh vẩy nến (9,1%) là những biểu hiện thường gặp nhất.

Tỷ lệ mắc bệnh ngoài da ở người chuyên canh lúa và hoa màu cao nhất (70,6%), ở người trồng chè, người trồng cà chè và lúa khá cao (65,0% và 46,1%). Nghiên cứu của Shiva S. trên người trồng lúa ở Ấn Độ cũng cho thấy tỷ lệ mắc bệnh ngoài da khá cao (23,5%). Người trồng chè cũng thường xuyên phải tiếp xúc với các yếu tố bất lợi liên quan như thuốc trừ sâu, vi sinh vật gây bệnh, các yếu tố vật lý, v.v. Người trồng lúa và hoa màu thường phải tiếp xúc với thuốc trừ sâu, môi trường ô nhiễm, vi sinh vật gây bệnh, bức xạ mặt trời, nhiệt độ và độ ẩm, v.v. Do đó, tỷ lệ mắc bệnh ngoài da ở nhóm này có xu hướng cao hơn so với các nhóm nghề chuyên canh khác.

## **4.2. Các yếu tố liên quan đến tỷ lệ mắc bệnh ngoài da ở người lao động nông nghiệp thuộc dân tộc Tày tại Thái Nguyên**

### **4.2.1. Kiến thức, thái độ, thực hành phòng chống bệnh ngoài da**

#### *\* Kiến thức phòng bệnh ngoài da*

Tỷ lệ người dân biết tên một số bệnh ngoài da thường gặp là 56,0%; chỉ có 8,1% hiểu được nguyên nhân gây bệnh ngoài da; 77,2% biết bệnh nấm da là bệnh lây; 44,3% biết triệu chứng bệnh; 11,3% biết tác hại của bệnh nấm da; mức độ hiểu biết về phòng bệnh là 43,5%. Kết quả cho thấy cần tăng cường công tác giáo dục sức khỏe, kiến thức về nguyên nhân, triệu chứng, hậu quả của bệnh, nâng cao nhận thức về phòng và điều trị bệnh ngoài da cho người lao động nông nghiệp.

Tỷ lệ kiến thức chung về phòng ngừa bệnh ngoài da ở mức tốt, trung bình và kém lần lượt là 22,2%, 27,9% và 49,9%. Thực trạng hiện nay cho thấy cần tăng cường công tác truyền thông giáo dục sức khỏe, kiến thức về phòng ngừa bệnh ngoài da cho người lao động nông nghiệp, tập trung cung cấp kiến thức cơ bản về bệnh ngoài da, nguyên nhân, triệu chứng, tác hại và biện pháp phòng ngừa.

Kết quả của chúng tôi cao hơn kết quả của Morowatisharifabad M.A. và cộng sự, trong đó tỷ lệ kiến thức tốt là 1,0%, trung bình là 34,0% và kém là 65,0%. Điều này có thể là do sự khác biệt về mẫu và khu vực nghiên cứu.

*\* Thái độ phòng chống bệnh ngoài da*

Kết quả khảo sát cho thấy, nhận thức về phòng ngừa bệnh ngoài da của đối tượng nghiên cứu khá tích cực. Tuy nhiên, vẫn còn một số ý kiến cho thấy thái độ và nhận thức chưa cao đối với vấn đề này: Chỉ có 39,7% cho rằng bệnh ngoài da là bệnh mạn tính, tái phát và khó chữa; 70,6% thừa nhận cần phải khám sức khỏe định kỳ và khám bệnh ngoài da. Do đó, cần truyền thông, giáo dục sức khỏe để nâng cao nhận thức về việc khám sức khỏe định kỳ và điều trị kịp thời, áp dụng các biện pháp phòng ngừa hiệu quả nhằm giảm nguy cơ mắc bệnh ngoài da trong cộng đồng.

*\* Thực hành phòng chống bệnh ngoài da*

Kết quả nghiên cứu về thực hành phòng ngừa bệnh ngoài da cho thấy một số mặt mạnh và mặt yếu trong thái độ và hành vi của người dân. Tỷ lệ đến cơ sở y tế để điều trị khi bị bệnh ngoài da là 50,4%, chỉ có khoảng một nửa số đối tượng nghiên cứu nhận thức được tầm quan trọng và có hành vi tìm kiếm sự chăm sóc y tế chuyên khoa. Tỷ lệ không dùng chung đồ dùng cá nhân với người khác chỉ đạt 38,7%; tỷ lệ không sống và làm việc trong môi trường nóng ẩm và nhiều bụi chỉ đạt 41,8%.

Mặc dù đã có nhận thức và thực hành một số thói quen tốt, nhưng cần phải cải thiện thái độ và hành vi thực hiện các biện pháp phòng ngừa bệnh ngoài da cho phần lớn dân số. Do đó, để thúc đẩy hành vi tích cực, cần nghiên cứu và cải thiện cả kiến thức và thái độ. Cần có các chương trình giáo dục sức khỏe, nâng cao kiến thức và thay đổi thái độ của người dân, từ đó khuyến khích thực hiện hiệu quả các hành vi phòng ngừa và điều trị bệnh ngoài da.

#### **4.2.2. Các yếu tố liên quan đến tỷ lệ mắc bệnh ngoài da ở người lao động nông nghiệp thuộc dân tộc Tày tại Thái Nguyên**

##### *\* Mối liên quan giữa độ tuổi, giới tính với bệnh ngoài da*

Về mối liên quan giữa tuổi và bệnh ngoài da, có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa hai nhóm tuổi  $< 50$  và  $\geq 50$ . Nhóm tuổi  $< 50$  chiếm tỷ lệ người mắc bệnh ngoài da cao hơn (69,4%) so với nhóm tuổi  $\geq 50$  (58,9%). Tỷ lệ này có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,05$ , cho thấy nhóm trẻ có nguy cơ mắc bệnh ngoài da cao hơn nhóm lớn tuổi. Nhóm dưới 50 tuổi là lao động chính, thường làm việc trực tiếp ngoài đồng ruộng và tiếp xúc với các yếu tố bất lợi gây bệnh ngoài da như hóa chất, nhiệt, độ ẩm cao, vi sinh vật gây bệnh,... nên nguy cơ mắc bệnh cao hơn. Một nghiên cứu về nguy cơ mắc bệnh ngoài da ở những người trồng lúa tại khu vực Hà Nội cho kết quả tương tự: nhóm tuổi từ 30 đến 44 tuổi có nguy cơ cao hơn (OR = 3,44, 95% CI 1,32 - 9,00) so với nhóm tuổi từ 45 tuổi trở lên (OR = 2,64, 95% CI 0,98 - 7,12).

##### *\* Mối liên quan giữa nhóm nghề nông với bệnh ngoài da*

Kết quả nghiên cứu cho thấy có mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa nhóm nghề nông và bệnh ngoài da ( $p < 0,05$ ). Tỷ lệ mắc bệnh ngoài da ở nhóm trồng lúa và hoa màu (70,6%) cao hơn nhiều so với nhóm trồng chè (65,0%) và nhóm trồng cả lúa và chè (46,1%).

Kết quả nghiên cứu này cho thấy có thể do đặc điểm của người trồng lúa và các loại cây trồng khác phải thường xuyên làm việc ngoài đồng, tiếp xúc với nhiều yếu tố vật lý, hóa học, sinh học có hại nên tỷ lệ mắc bệnh ngoài da cao hơn các nhóm lao động nông nghiệp khác. Ngoài ra, người trồng chè, trồng rừng, ... cũng thường xuyên tiếp xúc với môi trường bị ô nhiễm hóa chất, yếu tố vật lý, vi sinh vật có hại, gây ra các bệnh ngoài da. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi tương tự như nghiên cứu của Đỗ Thùy Trang trên nhóm nông dân trồng lúa tại Nam Định, trong đó tỷ lệ mắc bệnh ngoài da là 21%. Một số tác giả trên thế giới đã nhấn mạnh mối tương quan rõ ràng giữa tỷ lệ mắc bệnh ngoài da và nghề nghiệp của người lao động nông nghiệp.

*\* Mối liên quan giữa yếu tố vệ sinh môi trường với bệnh ngoài da*

Kết quả nghiên cứu cho thấy có mối liên quan giữa nguồn nước, chuồng gia súc không hợp vệ sinh, nhà ở không kiên cố với bệnh ngoài da của đối tượng nghiên cứu ( $p < 0,05$ ). Tỷ lệ mắc bệnh ngoài da ở người có nhà ở kiên cố, nguồn nước và chuồng gia súc hợp vệ sinh lần lượt là 63,1%, 63,5 và 59,9%, thấp hơn ở người có nguồn nước và chuồng gia súc không hợp vệ sinh (tỷ lệ 71,7%, 72,5% và 83,7% tương ứng).

Nhìn chung, các kết quả này cung cấp những thông tin quan trọng về mối liên quan giữa các yếu tố vệ sinh môi trường (nguồn nước, chuồng gia súc không hợp vệ sinh, nhà ở không kiên cố) và tình trạng mắc bệnh ngoài da. Điều này giúp chúng ta hiểu rõ hơn về các yếu tố liên quan đến bệnh ngoài da, đồng thời đưa ra các biện pháp phòng ngừa và can thiệp hiệu quả để bảo vệ sức khỏe của người lao động nông nghiệp.

*\* Mối liên quan giữa KAP phòng chống bệnh ngoài da với tỷ lệ mắc bệnh*

Có mối liên quan giữa thái độ, thực hành phòng ngừa bệnh ngoài da và tỷ lệ mắc bệnh ( $p < 0,05$ ). Tỷ lệ mắc bệnh ngoài da thấp hơn ở những người có KAP tốt so với những người có KAP kém ( $p < 0,05$ ).

Kết quả của chúng tôi hoàn toàn phù hợp với kết quả của các nhóm nghiên cứu Mazloomi M.S. và Hobbs C. khi thấy có mối liên quan tỷ lệ thuận giữa kiến thức tốt, thái độ tốt với thực hành tốt. Những kết quả này cũng phù hợp với luận điểm về khoa học Hành vi - Giáo dục sức khỏe. Đây là tiền đề cho các nghiên cứu can thiệp cộng đồng sau này, đồng thời cung cấp cơ sở khoa học quan trọng cho việc lựa chọn ưu tiên KAP trong nội dung can thiệp phòng chống bệnh ngoài da cho lao động nông nghiệp tại địa phương.

### **4.3. Hiệu quả can thiệp trong cải thiện tỷ lệ mắc bệnh ngoài da và kiến thức, thái độ, thực hành phòng chống bệnh ngoài da của người lao động nông nghiệp dân tộc Tày**

#### **4.3.1. Cải thiện kiến thức về phòng chống bệnh ngoài da**

Sau khi áp dụng các biện pháp can thiệp và truyền thông giáo dục sức khỏe về phòng chống bệnh ngoài da cho lao động nông nghiệp, kết quả rất có ý nghĩa: Tỷ lệ kiến thức tốt về phòng chống bệnh ngoài da của lao động nông nghiệp ở nhóm can thiệp tăng đáng kể từ 28,5% lên 85,8%, với chỉ số hiệu quả là 201,1%. Trong khi đó, tỷ lệ kiến thức tốt ở nhóm đối chứng tăng từ 7,1% lên 10,3%. Hiệu quả can thiệp trong việc nâng cao kiến thức về phòng chống bệnh ngoài da là 156% ( $p < 0,05$ ).

Chúng tôi đã triển khai đồng bộ, liên tục các can thiệp truyền thông giáo dục sức khỏe cho người lao động nông nghiệp về kiến thức, kỹ năng về an toàn vệ sinh lao động, phòng chống dịch bệnh nói chung và bệnh ngoài da nói riêng, sử dụng hiệu quả phương tiện bảo vệ cá nhân, đảm bảo vệ sinh môi trường và an toàn vệ sinh lao động. Giải pháp được triển khai dựa trên hộ gia đình, chính quyền xã, hội nông dân, phụ nữ, trạm y tế xã, trường thôn, nhân viên y tế thôn..., giúp người dân thường xuyên cập nhật và tích lũy kiến thức về phòng chống bệnh ngoài da.

Kết quả của chúng tôi tương tự kết quả của Nguyễn Hoàng Quỳnh năm 2021 khi áp dụng giải pháp truyền thông giáo dục sức khỏe cho người trồng vải về các biện pháp đảm bảo an toàn vệ sinh lao động và phòng chống dịch bệnh: Sau can thiệp, tỷ lệ người trồng vải ở nhóm can thiệp có kiến thức về an toàn vệ sinh lao động tăng từ 15,8% lên 63,5% ( $p < 0,05$ , chỉ số hiệu quả đạt 56,7%, hiệu quả can thiệp đạt 47,6%).

#### **4.3.2. Cải thiện thái độ phòng chống bệnh ngoài da**

Sau can thiệp, tỷ lệ thái độ tốt về phòng ngừa bệnh ngoài da của lao động nông nghiệp trong nhóm can thiệp tăng đáng kể từ 23,2% lên 84,8%, với chỉ số hiệu quả là 256,5%. Trong khi đó, tỷ lệ thái độ tốt ở nhóm đối chứng tăng từ 17,7% lên 20,3%. Hiệu quả của can

thIỆP trong việc cải thiện thái độ phòng ngừa bệnh ngoài da là 250,8% ( $p < 0,05$ ).

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi tương tự như nghiên cứu năm 2021 của Nguyễn Hoàng Quỳnh về người trồng vải thiều tại Bắc Giang. Tỷ lệ người trồng vải thiều có thái độ tốt về an toàn vệ sinh lao động tăng từ 71,9% lên 87,9% ( $p < 0,05$ , chỉ số hiệu quả đạt 56,9%, hiệu quả can thiệp đạt 41,4%).

Kết quả của chúng tôi tương tự như kết quả của Damalas C.A. và cộng sự năm 2017 (Hy Lạp) khi áp dụng chương trình đào tạo cho nông dân về việc sử dụng thuốc trừ sâu: Điểm trung bình về thái độ đối với việc sử dụng thuốc trừ sâu an toàn ở nhóm can thiệp là 7,14 điểm, cao hơn đáng kể so với nhóm đối chứng (3,84 điểm) ( $p < 0,001$ ).

#### **4.3.3. Cải thiện thực hành phòng chống bệnh ngoài da**

Kết quả sau can thiệp cho thấy: Tỷ lệ thực hành tốt trong phòng ngừa bệnh ngoài da của lao động nông nghiệp ở nhóm can thiệp tăng đáng kể từ 16,2% lên 83,1%, với chỉ số hiệu quả là 412,9%. Trong khi đó, tỷ lệ thực hành tốt ở nhóm đối chứng tăng từ 21,6% lên 24,2%. Hiệu quả can thiệp trong việc cải thiện thực hành phòng ngừa bệnh ngoài da là 400,9%,  $p < 0,05$ .

Kết quả này đạt được là nhờ việc triển khai thường xuyên nội dung truyền thông giáo dục sức khỏe. Hàng tuần, cán bộ y tế thôn bản, hội nông dân, trưởng thôn, cán bộ y tế thôn bản đều đến thăm hộ gia đình, hướng dẫn, giám sát người dân thực hành phòng chống bệnh ngoài da, cải thiện điều kiện an toàn vệ sinh lao động.

#### **4.3.4. Hiệu quả can thiệp trong giảm tỷ lệ mắc bệnh ngoài da của người lao động dân tộc Tày**

Kết quả sau can thiệp cho thấy: Ở nhóm can thiệp tỷ lệ người dân mắc skin diseases giảm từ 64,9% xuống còn 24,2% ( chỉ số hiệu quả đạt 62,7%,  $p < 0,05$ , hiệu quả can thiệp đạt 59,4%).

Có được kết quả này là bởi khi can thiệp, chúng tôi đã tăng cường đào tạo cho cán bộ y tế cơ sở về kiến thức, kỹ năng phòng, chẩn đoán và điều trị bệnh ngoài da. Đồng thời, chúng tôi đã tiến hành khám,



điều trị cho người dân mắc bệnh, và cấp thuốc định kỳ 1 tháng 1 lần cho trạm y tế xã để can thiệp điều trị bệnh ngoài da cho người dân. Hoạt động khám, điều trị bệnh ngoài da cho người dân địa phương không chỉ trực tiếp làm giảm tỷ lệ mắc bệnh ngoài da ở nhóm lao động nông nghiệp tại địa bàn can thiệp mà còn giúp người dân thấy được lợi ích rõ rệt của mô hình can thiệp đã triển khai. Đồng thời, hoạt động nâng cao năng lực khám, điều trị bệnh ngoài da cho cán bộ y tế địa phương cũng góp phần duy trì hiệu quả và tính bền vững của mô hình can thiệp.

## **KẾT LUẬN**

### **1. Thực trạng một số bệnh ngoài da ở người lao động nông nghiệp thuộc dân tộc Tày tại Thái Nguyên năm 2017 – 2018**

- Tỷ lệ mắc bệnh các bệnh ngoài da tại các xã thuộc khu vực nghiên cứu còn khá cao: cụ thể, tỷ lệ mắc tại xã Phúc Lương là 64,5%; xã Phú Lý là 64,9% và xã Hợp Thành là 65,2%. Tỷ lệ mắc bệnh ngoài da trung bình tại 3 xã là 64,8%.

- Cơ cấu mắc các bệnh ngoài da tương đối đa dạng. Trong đó, tỷ lệ mắc các loại nấm da chung là cao nhất (chiếm 22,4%), tỷ lệ sần ngứa mày đay chiếm 20,1%, viêm da cơ địa 12,8%, còn lại là các loại viêm da khác như viêm da dị ứng tiếp xúc, kích ứng, sạm da...

### **2. Một số yếu tố liên quan đối với bệnh ngoài da ở người lao động nông nghiệp thuộc dân tộc Tày ở Thái Nguyên**

- Có mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa một số yếu tố với tỷ lệ mắc bệnh ngoài da của lao động nông nghiệp (độ tuổi thấp, nhà ở chưa kiên cố, nguồn nước, chuồng gia súc không hợp vệ sinh; kiến thức chưa tốt, thái độ chưa tốt, thực hành chưa tốt về phòng chống bệnh ngoài da) và tỷ lệ mắc bệnh ngoài da của đối tượng nghiên cứu ( $p < 0,05$ ).

- Tỷ lệ kiến thức chung tốt, trung bình và yếu về phòng chống bệnh ngoài da lần lượt là 22,2%, 27,9% và 49,9%. Tỷ lệ thái độ chung tốt, trung bình và yếu về phòng chống bệnh ngoài da lần lượt là

18,8%, 72,2% và 9,0%. Tỷ lệ thực hành chung tốt, trung bình và yếu về phòng chống bệnh ngoài da lần lượt là 15,7%, 44,5% và 39,8%.

### **3. Hiệu quả một số giải pháp can thiệp nhằm giảm thiểu bệnh ngoài da ở người lao động nông nghiệp dân tộc Tày huyện Phú Lương, tỉnh Thái Nguyên**

- Sau can thiệp, tỷ lệ kiến thức tốt về phòng chống bệnh ngoài da của người lao động nông nghiệp thuộc nhóm can thiệp tăng đáng kể từ 28,5% lên 85,8, hiệu quả can thiệp đạt 156%,  $p < 0,05$ .

- Tỷ lệ thái độ tốt về phòng chống bệnh ngoài da của người lao động nông nghiệp thuộc nhóm can thiệp tăng đáng kể từ 23,2% lên 84,8%, hiệu quả can thiệp đạt 250,8%,  $p < 0,05$ .

- Tỷ lệ thực hành tốt về phòng chống bệnh ngoài da của người lao động nông nghiệp thuộc nhóm can thiệp tăng đáng kể từ 16,2% lên 83,1%, hiệu quả can thiệp đạt 400,9%,  $p < 0,05$ .

- Tỷ lệ người dân mắc bệnh ngoài da giảm từ 64,9% xuống còn 24,2%, với hiệu quả can thiệp đạt 59,4%,  $p < 0,05$ .

### **KHUYẾN NGHỊ**

- Công tác phòng chống bệnh ngoài da cần tiến hành trên qui mô rộng, mang tính xã hội, cộng đồng; phải lồng ghép với các chương trình y tế xã hội khác như chương trình dinh dưỡng Quốc gia, chăm sóc sức khỏe bà mẹ trẻ em, nước sạch và vệ sinh môi trường, ...

- Bệnh ngoài da có nguy cơ mãn tính, khó điều trị nên công tác phòng chống phải thường xuyên và liên tục trong thời gian dài mới đạt hiệu quả.

- Phòng chống bệnh ngoài da phải có trọng tâm trọng điểm, tập trung vào vùng nguy cơ có tỷ lệ mắc cao, đối tượng nguy cơ cao như lao động nông nghiệp trồng lúa, rau màu, trồng chè, trồng rừng, ...

- Nhân rộng mô hình các giải pháp can thiệp phòng chống bệnh ngoài da để góp phần nâng cao hiệu quả trong chăm sóc sức khỏe cho nhân dân, cho người lao động nông nghiệp, đặc biệt là dân tộc thiểu số miền núi là hết sức cần thiết.

## **DANH MỤC CÁC CÔNG TRÌNH ĐÃ CÔNG BỐ LIÊN QUAN ĐẾN LUẬN ÁN**

1. Nông Phúc Thắng, Nguyễn Quý Thái, Đỗ Văn Hàm, Trần Thế Hoàng, Phạm Thị Thuỳ (2020), “*Thực trạng một số bệnh ký sinh trùng đường ruột và bệnh ngoài da ở người dân tại một số xã miền núi tỉnh Thái Nguyên*”, tạp chí Y học Việt Nam, số 1(488), 138-142.
2. Nông Phúc Thắng, Nguyễn Quý Thái, Đỗ Văn Hàm, Đào Trọng Quân (2023), “*Kiến thức, thái độ, thực hành phòng chống bệnh ngoài da của người lao động nông nghiệp tại một số xã miền núi tỉnh Thái Nguyên*”, tạp chí Khoa học và Công nghệ Đại học Thái Nguyên, số 228(13), 483-489.