

**BỘ GIÁO DỤC VÀ ĐÀO TẠO**

**BỘ Y TẾ**

**TRƯỜNG ĐẠI HỌC Y DƯỢC HẢI PHÒNG**



**ĐÀO THỊ HẢI YẾN**

**THỰC TRẠNG KIẾN THỨC, THÁI ĐỘ, THỰC HÀNH  
CỦA PHỤ NỮ VÀ NHÂN VIÊN Y TẾ TRONG PHÁT  
HIỆN SỚM UNG THƯ VÚ TẠI HAI HUYỆN HẢI  
PHÒNG VÀ HIỆU QUẢ CỦA GIẢI PHÁP CAN THIỆP**

**LUẬN ÁN TIẾN SĨ Y TẾ CÔNG CỘNG**

**Hải Phòng – 2022**

**BỘ GIÁO DỤC VÀ ĐÀO TẠO**

**BỘ Y TẾ**

**TRƯỜNG ĐẠI HỌC Y DƯỢC HẢI PHÒNG**

\*\*\*\*\*

***ĐÀO THỊ HẢI YẾN***

**THỰC TRẠNG KIẾN THỨC, THÁI ĐỘ, THỰC HÀNH  
CỦA PHỤ NỮ VÀ NHÂN VIÊN Y TẾ TRONG PHÁT  
HIỆN SỚM UNG THƯ VÚ TẠI HAI HUYỆN HẢI  
PHÒNG VÀ HIỆU QUẢ CỦA GIẢI PHÁP CAN THIỆP**

Chuyên ngành: Y tế công cộng

Mã số: 97.20.701

**LUẬN ÁN TIẾN SĨ Y TẾ CÔNG CỘNG**

Người hướng dẫn khoa học:

PGS.TS. Vũ Văn Tâm

PGS.TS. Phạm Văn Hán

**HẢI PHÒNG 2022**

## **LỜI CAM ĐOAN**

Tôi xin cam đoan công trình nghiên cứu này do chính tôi thực hiện, dưới sự hướng dẫn của hai thầy PGS.TS. Vũ Văn Tâm và PGS.TS. Phạm Văn Hán. Các số liệu, kết quả trong luận án là trung thực, chính xác và chưa được ai công bố trong bất kì công trình nào khác.

Hải Phòng, ngày    tháng    năm 2022

**Nghiên cứu sinh**

**Đào Thị Hải Yến**

## LỜI CẢM ƠN

Tôi xin gửi lời cảm ơn chân thành tới Ban Giám Hiệu Trường Đại học Y Dược Hải Phòng, phòng Đào tạo sau đại học, khoa Y tế công cộng và các phòng ban liên quan của Trường Đại học Y Dược Hải Phòng đã tạo điều kiện giúp đỡ tôi trong suốt quá trình học tập.

Tôi bày tỏ lòng biết ơn sâu sắc đến PGS.TS.Vũ Văn Tâm và PGS.TS. Phạm Văn Hán, người Thầy đã dành nhiều thời gian, trí tuệ và tâm sức trực tiếp hướng dẫn, giúp đỡ và chỉ bảo tôi trong quá trình học tập và nghiên cứu thực hiện luận án.

Tôi xin chân thành cảm ơn các nhân viên y tế và phụ nữ huyện Thủy Nguyên và Cát Hải đã nhiệt tình tham gia, giúp đỡ tạo điều kiện để tôi thu thập số liệu phục vụ cho đề tài này.

Tôi xin chân thành cảm ơn các thầy, cô và đồng nghiệp khoa Y tế công cộng; các lãnh đạo trung tâm y tế huyện Thủy Nguyên và Cát Hải; nhân viên y tế và cộng tác viên các xã An Lư, Lập Lễ, Phả Lễ, Phục Lễ, Thủy Triều, Trung Hà, Phù Long và Trân Châu đã giúp đỡ tôi trong quá trình thực hiện đề tài.

Cuối cùng, tôi xin bày tỏ lời cảm ơn tới bạn bè và gia đình đã luôn động viên, chia sẻ và ủng hộ tôi trong suốt quá trình học tập và công tác.

Hải Phòng, ngày tháng năm 2022

**Nghiên cứu sinh**

**Đào Thị Hải Yến**

## DANH MỤC CHỮ VIẾT TẮT

<b>Từ viết tắt</b>	<b>Tiếng việt</b>	<b>Tiếng Anh</b>
ACS	Hiệp hội ung thư Hoa Kỳ	American cancer society
BRCA1	Gen ung thư vú 1	Breast cancer gene 1
BRCA2	Gen ung thư vú 2	Breast cancer gene 2
CBE	Khám vú lâm sàng	Clinical Breast Examination
NVYT	Nhân viên y tế	
IARC	Cơ quan nghiên cứu ung thư quốc tế	International Agency for Research on Cancer
KAP	Kiến thức, thái độ, thực hành	Knowledge Attitude Practice
PN	Phụ nữ	
TT –	Truyền thông – Giáo dục	
GDSK	sức khỏe	
UICC	Hiệp hội Phòng chống Ung thư Quốc tế	Union for International Cancer Control
UTV	Ung thư vú	
WHO	Tổ chức y tế thế giới	World Health Organization

## MỤC LỤC

LỜI CAM ĐOAN .....	iii
LỜI CẢM ƠN .....	iv
DANH MỤC CHỮ VIẾT TẮT.....	v
DANH MỤC BẢNG.....	ix
DANH MỤC HÌNH .....	xii
<b>ĐẶT VẤN ĐỀ .....</b>	<b>1</b>
<b>Chương 1. TỔNG QUAN .....</b>	<b>3</b>
1.1. Khái niệm về ung thư vú và đặc điểm vú .....	3
1.1.1. Cấu trúc vú ở phụ nữ trưởng thành .....	3
1.1.2. Mô học vú .....	5
1.1.3. Sinh lý nội tiết, các hoạt động của tuyến vú, thụ thể hormon.....	6
1.2. Dịch tễ học ung thư vú .....	8
1.2.1. Tình hình ung thư vú trên thế giới .....	8
1.2.2. Tình hình ung thư vú ở Việt Nam.....	10
1.3. Các yếu tố liên quan đến ung thư vú .....	12
1.4. Chẩn đoán ung thư vú .....	17
1.5. Các biện pháp sàng lọc, phát hiện sớm bệnh ung thư vú.....	19
1.6. Thực trạng kiến thức, thái độ, thực hành của phụ nữ và nhân viên y tế về ung thư vú.....	21
1.6.1. Thực trạng kiến thức, thái độ, thực hành của phụ nữ về ung thư vú ....	21
1.6.2. Thực trạng kiến thức, thái độ, thực hành của nhân viên y tế về ung thư vú. .....	25
1.7. Các biện pháp dự phòng ung thư vú .....	28
1.7.1. Các cấp độ dự phòng.....	28
1.7.2. Các biện pháp cụ thể phòng ngừa ung thư vú.....	29
1.8. Hiệu quả của biện pháp truyền thông – Giáo dục sức khỏe trong phòng	

chống ung thư vú.....	30
1.8.1. Truyền thông – Giáo dục sức khỏe .....	30
1.8.2. Vai trò của Truyền thông - Giáo dục sức khỏe trong phòng chống ung thư vú.....	32
<b>Chương 2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU.....</b>	<b>38</b>
2.1. Đối tượng, thời gian và địa điểm nghiên cứu. ....	38
2.1.1. Đối tượng nghiên cứu: .....	38
2.1.2. Thời gian nghiên cứu: .....	38
2.1.3. Địa điểm nghiên cứu: .....	38
2.2. Phương pháp nghiên cứu.....	41
2.2.1. Thiết kế nghiên cứu.....	41
2.2.2. Cỡ mẫu nghiên cứu và phương pháp chọn mẫu .....	41
2.2.3. Quy trình tổ chức nghiên cứu.....	45
2.3. Các biến số - chỉ số nghiên cứu và tiêu chuẩn đánh giá .....	49
2.3.1. Các biến số - chỉ số nghiên cứu với phụ nữ.....	49
2.3.2. Các biến số với NVYT.....	53
2.4. Kỹ thuật và công cụ thu thập thông tin .....	54
2.5. Sai số và khống chế sai số.....	56
2.6. Phân tích và xử lý số liệu .....	56
2.7. Vấn đề đạo đức trong nghiên cứu .....	57
<b>Chương 3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU .....</b>	<b>61</b>
3.1. Kiến thức, thái độ, thực hành (KAP) của phụ nữ trong phát hiện sớm ung thư vú tại 2 huyện Thủy Nguyên và Cát Hải, Hải Phòng năm 2017 .....	61
3.2. Kiến thức, thái độ, thực hành (KAP) của nhân viên y tế xã trong phát hiện sớm ung thư vú tại 2 huyện Thủy Nguyên và Cát Hải, Hải Phòng năm 2017 ...	74
3.3. Hiệu quả của giải pháp can thiệp bằng truyền thông giáo dục sức khỏe đến kiến thức, thái độ, thực hành của phụ nữ và nhân viên y tế trong phát hiện sớm ung thư vú.....	84

3.3.1. Hiệu quả can thiệp về kiến thức, thái độ, thực hành của phụ nữ .....	84
3.3.2. Hiệu quả can thiệp với NVYT .....	92
<b>Chương 4. BÀN LUẬN</b> .....	98
4.1. Kiến thức, thái độ, thực hành (KAP) của phụ nữ trong phát hiện sớm và dự phòng ung thư vú tại 2 huyện Thủy Nguyên và Cát Hải, Hải Phòng năm 2017 .....	98
4.2. Kiến thức, thái độ, thực hành (KAP) của nhân viên y tế xã trong phát hiện sớm và dự phòng ung thư vú tại 2 huyện Thủy Nguyên và Cát Hải, Hải Phòng năm 2017 .....	108
4.3. Hiệu quả của giải pháp can thiệp bằng truyền thông giáo dục sức khỏe đến kiến thức, thái độ, thực hành của phụ nữ và nhân viên y tế trong phát hiện sớm và dự phòng ung thư vú.....	114
4.3.1. Hiệu quả can thiệp về kiến thức, thái độ, thực hành của phụ nữ .....	114
4.3.2. Hiệu quả can thiệp với NVYT .....	121
4.4. Một số ưu và nhược điểm của nghiên cứu .....	125
<b>KẾT LUẬN</b> .....	127
1. Kiến thức, thái độ, thực hành của phụ nữ trong phát hiện sớm và dự phòng ung thư vú tại 2 huyện Thủy Nguyên và Cát Hải, Hải Phòng năm 2017 .....	127
2. Kiến thức, thái độ, thực hành của nhân viên y tế xã trong phát hiện sớm và dự phòng ung thư vú tại 2 huyện Thủy Nguyên và Cát Hải, Hải Phòng năm 2017 .....	127
3. Hiệu quả của giải pháp can thiệp bằng truyền thông giáo dục sức khỏe đến kiến thức, thái độ, thực hành của phụ nữ và nhân viên y tế trong phát hiện sớm và dự phòng ung thư vú.....	128
<b>KHUYẾN NGHỊ</b> .....	129
<b>TÀI LIỆU THAM KHẢO</b>	



## DANH MỤC BẢNG

Bảng 1.1. Tỷ suất mới mắc ung thư vú ở nữ tại một số tỉnh thành.....	11
Bảng 2.1. Phân bố số phụ nữ tham gia nghiên cứu.....	43
Bảng 2.2. Nội dung chi tiết tập huấn nâng cao năng lực khám phát hiện bệnh vú, ung thư vú và hướng xử trí.....	48
Bảng 3.1. Đặc điểm dân số xã hội học của phụ nữ tham gia nghiên cứu .....	61
Bảng 3.2. Nguồn thông tin, truyền thông về ung thư vú mà phụ nữ được tiếp cận .....	62
Bảng 3.3. Kiến thức của phụ nữ về triệu chứng bệnh ung thư vú (n=1134) ..	63
Bảng 3.4. Kiến thức của phụ nữ về các nguy cơ gây ung thư vú (n=1134) ...	64
Bảng 3.5. Kiến thức của phụ nữ về các phương pháp phát hiện ung thư vú ..	65
Bảng 3.6. Kiến thức của phụ nữ về các biện pháp phòng ngừa ung thư vú ...	66
Bảng 3.7. Thái độ của phụ nữ về bệnh ung thư vú (n=1134) .....	67
Bảng 3.8. Thực hành của phụ nữ trong phát hiện sớm và phòng ngừa UTV .	68
Bảng 3.9. Liên quan giữa kiến thức chung của phụ nữ về ung thư vú và một số đặc điểm dân số xã hội học.....	69
Bảng 3.10. Liên quan giữa thái độ chung của phụ nữ về ung thư vú và một số đặc điểm dân số xã hội học .....	70
Bảng 3.11. Một số yếu tố liên quan đến thực hành đi khám vú định kỳ của phụ nữ theo bộ câu hỏi .....	71
Bảng 3.12. Một số yếu tố liên quan đến thực hành tự khám vú của phụ nữ theo bộ câu hỏi .....	72
Bảng 3.13. Một số yếu tố liên quan đến thực hành tự khám vú của phụ nữ theo quan sát bằng bảng kiểm .....	73
Bảng 3.14. Đặc điểm chung của nhân viên y tế tham gia nghiên cứu .....	74
Bảng 3.15. Kiến thức của nhân viên y tế về triệu chứng bệnh ung thư vú....	75
Bảng 3.16. Kiến thức của nhân viên y tế về các nguy cơ gây ung thư vú.....	76

Bảng 3.17. Kiến thức của nhân viên y tế về các phương pháp phát hiện ung thư vú.....	77
Bảng 3.18. Kiến thức của nhân viên y tế về biện pháp phòng ngừa ung thư vú .....	78
Bảng 3.19. Thái độ của nhân viên y tế về ung thư vú.....	79
Bảng 3.20. Kỹ năng thực hành khám vú của nhân viên y tế trong phát hiện sớm ung thư vú.....	80
Bảng 3.21. Một số yếu tố liên quan đến kiến thức chung về ung thư vú .....	81
Bảng 3.22. Liên quan giữa thái độ về ung thư vú theo một số đặc điểm dân số xã hội học của nhân viên y tế.....	82
Bảng 3.23. Liên quan giữa kỹ năng khám phát hiện sớm ung thư vú theo một số đặc điểm dân số xã hội học của nhân viên y tế .....	83
Bảng 3.24. Đặc điểm của nhóm đối tượng can thiệp và nhóm chứng.....	84
Bảng 3.25. Hiệu quả về cải thiện kiến thức về triệu chứng về bệnh ung thư của phụ nữ .....	85
Bảng 3.26. Hiệu quả về cải thiện kiến thức về yếu tố nguy cơ gây bệnh.....	86
ung thư vú của phụ nữ.....	86
Bảng 3.27. Hiệu quả về cải thiện kiến thức về phương pháp phát hiện bệnh ung thư vú của phụ nữ.....	87
Bảng 3.28. Hiệu quả về cải thiện kiến thức về biện pháp phòng ngừa bệnh ung thư vú của phụ nữ.....	88
Bảng 3.29. Hiệu quả về cải thiện kiến thức chung về bệnh ung thư vú của phụ nữ.....	89
Bảng 3.30. Hiệu quả can thiệp về cải thiện thực hành tự khám vú của phụ nữ .....	89
Bảng 3.31. Liên quan giữa kiến thức chung sau can thiệp và các đặc điểm dân số xã hội của phụ nữ can thiệp (n=250) .....	90
Bảng 3.32. Liên quan giữa thực hành tự khám vú sau can thiệp và các đặc	

điểm dân số xã hội của nhóm đối tượng phụ nữ can thiệp (n=250) .....	91
Bảng 3.33. Đặc điểm chung của nhân viên y tế sau can thiệp.....	92
Bảng 3.34. Kiến thức đúng của nhân viên y tế về triệu chứng bệnh ung thư vú.....	93
Bảng 3.35. Kiến thức đúng của nhân viên y tế về các nguy cơ gây ung thư vú .....	94
Bảng 3.36. Kiến thức đúng của nhân viên y tế về các phương pháp.....	95
phát hiện ung thư vú.....	95
Bảng 3.37. Kiến thức đúng của nhân viên y tế về biện pháp phòng ngừa.....	96
ung thư vú.....	96
Bảng 3.38. Hiệu quả về cải thiện kiến thức chung về bệnh ung thư vú của nhân viên y tế .....	97
Bảng 3.39. Hiệu quả can thiệp về cải thiện kỹ năng khám vú của nhân viên y tế.....	97

## DANH MỤC HÌNH

Hình 1.1. Giải phẫu tuyến vú .....	4
Hình 1.2. Hạch vùng và các đường bạch huyết của tuyến vú.....	5
Hình 1.3: Số liệu tổng kết năm 2018 về tỷ lệ mắc, tỷ lệ tử vong tất cả các loại ung thư trên thế giới theo tổ chức nghiên cứu ung thư quốc tế GLOBOCAN .....	9
Hình 1.4: Tỷ lệ mắc mới ung thư ở nữ giới Việt Nam 2018 .....	12
Hình 2.1. Bản đồ huyện Thủy Nguyên, thành phố Hải Phòng .....	39
Hình 2.2. Bản đồ huyện Cát Hải, thành phố Hải Phòng .....	40
Hình 2.3. Sơ đồ thiết kế nghiên cứu với phụ nữ .....	59
Hình 2.4. Sơ đồ thiết kế nghiên cứu với nhân viên y tế.....	60
Hình 3.1. Kiến thức chung của phụ nữ về ung thư vú .....	66
Hình 3.2. Thái độ chung của phụ nữ về ung thư vú.....	68
Hình 3.3. Kiến thức chung của nhân viên y tế về ung thư vú.....	78
Hình 3.4. Thái độ chung của nhân viên y tế về ung thư vú .....	80

## **ĐẶT VẤN ĐỀ**

Ung thư vú là bệnh ung thư hay gặp nhất và cũng là một trong những nguyên nhân chính gây tử vong đối với phụ nữ tại nhiều nước [1]. Theo GLOBOCAN 2018, trên toàn thế giới có 2.089.000 trường hợp ung thư vú mới được chẩn đoán, chiếm 11,6% trong tất cả các loại ung thư và số trường hợp tử vong do ung thư vú là 881.000 trường hợp, đến GLOBOCAN 2020 cho thấy ung thư vú nữ đã vượt qua ung thư phổi là loại ung thư được chẩn đoán phổ biến nhất ước tính có khoảng 2,3 triệu ca mắc mới (11,7%). Vì vậy, phòng chống ung thư nói chung và ung thư vú nói riêng luôn được xem là một trong vấn đề sức khỏe được ưu tiên hàng đầu [2],[3].

Tại Việt Nam, ung thư vú có xu hướng gia tăng theo thời gian, trong vòng 10 năm từ 2000-2010, tỷ suất mắc của ung thư vú ở nữ giới được chuẩn hoá tăng gần gấp 2 lần (từ 17,4/100.000 dân lên 29,9/100.000 dân) và đứng đầu trong tất cả các bệnh ung thư ở nữ giới [4]. Bệnh nhân phát hiện được ung thư vú thường muộn, tỷ lệ tử vong cao. Để cải thiện cuộc sống của bệnh nhân ung thư vú, cần được phát hiện ở giai đoạn sớm (giai đoạn Tis và T1). Việc phát hiện ung thư vú giai đoạn sớm cho kết quả điều trị tốt, bệnh không những có thể điều trị khỏi mà còn có thể điều trị phẫu thuật bảo tồn tuyến vú cho người phụ nữ. Theo thống kê của bệnh viện K ước tính khoảng trên 70% người bệnh ung thư đi khám, phát hiện, điều trị ở giai đoạn muộn, nếu phát hiện ở giai đoạn 1 thì tỷ lệ điều trị thành công 95 %, giai đoạn 2 khoảng 70-75 %, giai đoạn 3, tỷ lệ chữa khỏi đạt 65 % nhưng đến giai đoạn 4 thì chỉ đạt được 5 % tỷ lệ thành công [5].

Kiến thức, thái độ, thực hành về bệnh ung thư vú của phụ nữ liên quan mật thiết với việc phòng chống ung thư vú. Ở nước ta, tỷ lệ kiến thức, thái độ, thực hành về bệnh ung thư vú của phụ nữ còn thấp, theo một số nghiên cứu cho thấy, tỷ lệ có kiến thức đúng từ 50-67,9%, thái độ đúng 62,7%, có đi khám vú lâm sàng từ 14,3-17% và tự khám vú từ 13,8-15,2% [6-9], đây là nguyên nhân dẫn đến việc phát hiện sớm ung thư vú thấp, và là lý do chính khiến tỷ lệ chữa

khỏi ung thư thấp.

Ở nhiều nước phát triển, các chương trình quốc gia về phòng chống ung thư đều hướng đến phòng bệnh; sàng lọc và phát hiện sớm; nâng cao chất lượng chẩn đoán và điều trị bệnh và cải thiện chất lượng sống cho người bệnh ung thư [10–12]. Tại Việt Nam trong những năm gần đây công tác phòng chống, sàng lọc phát hiện sớm ung thư vú ngày càng được quan tâm, đặc biệt ở một số thành phố lớn. Tuy nhiên, các nghiên cứu về ung thư vú cũng thường tập trung vào chẩn đoán, điều trị và cải thiện chất lượng sống cho người bệnh. Ngược lại, các nghiên cứu về dịch tễ học ung thư vú còn ít được quan tâm. Việc đánh giá kiến thức, thái độ, thực hành của phụ nữ và nhân viên y tế cơ sở góp phần cung cấp thêm dữ liệu dịch tễ học cho các cơ quan quản lý y tế trong việc xây dựng các chiến lược phòng chống ung thư vú một cách hiệu quả.

Hải Phòng là thành phố ven biển, cũng như cả nước, tỷ lệ bệnh ung thư vú chiếm tỷ lệ cao nhất trong số các loại ung thư của phụ nữ với tỷ lệ 21,5/100.000 dân [13]. Câu hỏi đặt ra là: Thực trạng về kiến thức, thái độ, thực hành của phụ nữ và nhân viên y tế trong phát hiện sớm và phòng ngừa ung thư vú ra sao? Các giải pháp can thiệp trong phát hiện sớm và phòng ngừa ung thư vú bằng truyền thông giáo dục đào tạo được thực hiện như thế nào? thì chưa có nghiên cứu nào đặt ra. Vì vậy chúng tôi thực hiện đề tài: “Thực trạng kiến thức, thái độ, thực hành của phụ nữ và nhân viên y tế trong phát hiện ung thư vú tại 2 huyện Hải Phòng và hiệu quả của giải pháp can thiệp” nhằm mục tiêu sau:

1. *Mô tả kiến thức, thái độ, thực hành (KAP) của phụ nữ trong phát hiện sớm và phòng ngừa ung thư vú tại 2 huyện Thủy Nguyên và Cát Hải, thành phố Hải Phòng năm 2017 - 2018.*
2. *Xác định kiến thức, thái độ, thực hành (KAP) của nhân viên y tế trong phát hiện sớm và phòng ngừa ung thư vú của 2 huyện trên.*
3. *Đánh giá hiệu quả can thiệp bằng truyền thông - giáo dục đào tạo nâng cao kiến thức, thái độ, thực hành của phụ nữ và nhân viên y tế trong phát hiện sớm và phòng ngừa ung thư vú.*

## **Chương 1. TỔNG QUAN**

### **1.1. Khái niệm về ung thư vú và đặc điểm vú**

Ung thư vú (UTV) là loại ung thư bắt đầu từ vú, có thể ở bất kỳ vị trí nào trong tuyến vú, ung thư bắt đầu khi các tế bào bắt đầu phát triển ngoài tầm kiểm soát, khối u có thể xâm lấn di căn đến các vị trí khác trong cơ thể, thường gặp ở xương, gan, phổi và não.

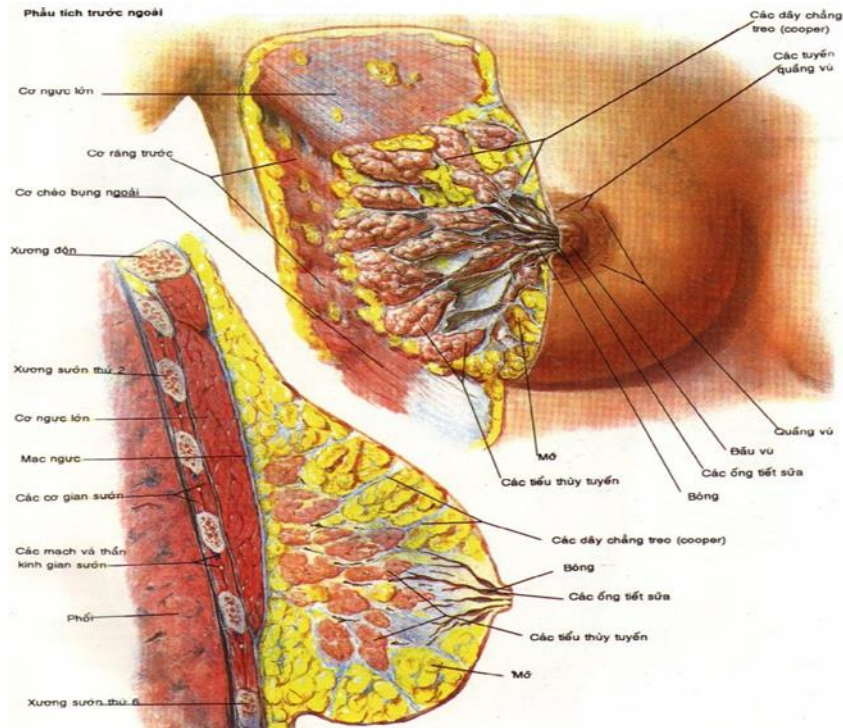
Ung thư vú có thể bắt đầu từ các bộ phận khác nhau của vú: Từ các thùy tuyến, ống dẫn, núm vú, mô đệm, các mạch máu, bạch huyết. Phổ biến là ung thư thùy tuyến và ung thư ống dẫn sữa [14].

#### **1.1.1. Cấu trúc vú ở phụ nữ trưởng thành**

Vú là tuyến sữa ở ngực, đi từ xương sườn II đến xương sườn VI và từ bờ ức tới nách, mô tuyến vú kéo dài tới tận vùng nách trước, có khi vào tận trong nách gọi là phần đuôi nách tuyến vú.

Trung bình đường kính vú đo được là 10 -12 cm, và dày 5-7 cm ở vùng trung tâm. Hình dạng của vú rất thay đổi nhưng thường vú có hình mâm xôi hay nửa dưới tròn và lồi hơn nửa trên khi vú còn cương. Sau khi đẻ nhiều thì vú xệ xuống, có một rãnh rõ rệt dưới vú.

Vú gồm tuyến vú, núm vú, quầng vú. Tuyến vú là một tuyến chế tiết đơn bào gồm 15-20 thùy tuyến không đều, giữa các thùy được ngăn cách bởi các vách liên kết. Các thùy tuyến được tạo nên từ nhiều nang tuyến tròn hoặc dài, đứng thành đám hoặc riêng rẽ. Cấu trúc 2-3 nang tuyến đổ chung vào các nhánh cuối cùng của ống bài xuất trong tiêu thùy. Các ống này đổ vào các nhánh gian tiêu thùy rồi đổ vào núm vú qua ống dẫn sữa. Các lỗ tiết sữa có thể thấy rõ ở đầu vú.



**Hình 1.1. Giải phẫu tuyến vú**

(Theo Atlas giải phẫu người-Frank H. Netter - 2016) [15]

### Hạch vùng và các đường bạch mạch

Đường bạch mạch của vú đổ vào 3 loại hạch gồm hạch nách, hạch vú trong, hạch thượng đòn [14].

- Hạch nách (cùng bên), các nghiên cứu giải phẫu định khu cho thấy hạch lympho nách là con đường lan tràn chủ yếu của UTV tiên phát gồm: hạch giữa cơ ngực và các hạch chạy theo tĩnh mạch nách, có thể chia làm các tầng hạch như sau:

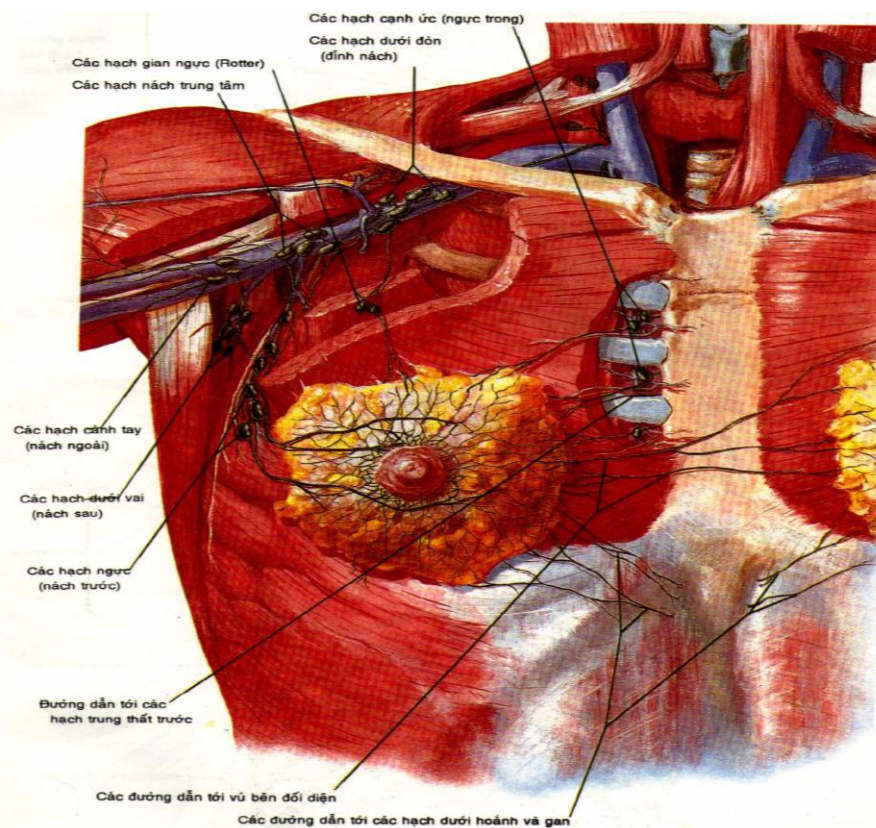
- Tầng I gọi là tầng nách thấp, gồm các hạch nằm bên cạnh bó cơ của cơ ngực bé.
- Tầng II gọi là tầng nách giữa, gồm các hạch nằm bên trên bó giữa và bó bên của cơ ngực bé, hạch cơ ngực (Rotter).
- Tầng III gọi là tầng đỉnh nách gồm các hạch nằm bên trên bó trên cơ ngực bé bao gồm cả hạch hạ đòn và hạch đỉnh hố nách.

- Nhóm hạch vú trong (cùng bên): gồm 6 đến 8 hạch nằm dọc động mạch



vú trong tương ứng với các khoang liên sườn 1,2,3. Nhóm này thu nhận bạch huyết từ nửa trong và quầng vú, các ung thư ở trung tâm và các vị trí ở trong thường di căn hạch vú trong hơn các vị trí khác, điều này có ý nghĩa quan trọng trong tiên lượng [15].

- Hạch thượng đòn: có liên quan với mức độ tổn thương hạch nách, tổn thương hạch thượng đòn là giai đoạn muộn của tổn thương hạch nách và đưa đến tiên lượng xấu, gần đây coi tổn thương hạch thượng đòn là di căn xa (M1) [15].



**Hình 1.2. Hạch vùng và các đường bạch huyết của tuyến vú**

(Theo Atlas giải phẫu người - Frank H. Netter - 2016) [14]

### 1.1.2. Mô học vú

Tuyến vú nằm trong mô mỡ, mô liên kết trên cơ ngực, trải từ xương sườn II đến xương sườn VI. Từ ngoài vào trong gồm có da, tổ chức liên kết dưới da, tuyến sữa, lớp mỡ sau vú. Lớp da bao phủ tuyến vú liên tục với da thành ngực, ở đầu vú có nhiều tế bào sắc tố tạo nên quầng vú có màu sẫm, ở quanh núm vú có

những tuyến bì lồi dưới da. Có các cơ bám da ngực nâng đỡ tạo nên hình dáng vú ở phụ nữ trưởng thành có hình khối tháp. Lớp mỡ dưới da thay đổi tùy theo thân người, tuổi tác.

Ống dẫn sữa lớn được bao phủ biểu mô lát tầng, lớp biểu mô nối với các tế bào hình trụ của các ống nhỏ hơn. Phần ngoại vi các ống lót bởi các tế bào hình trụ thấp, lẫn với các tế bào hình lập phương. Mô đệm nâng đỡ các tiểu thùy giống mô liên kết trong tiểu thùy và nối liền với các mô quanh ống dẫn sữa. Các mô này biến đổi theo thời kỳ hoạt động của tuyến vú. Ngoại trừ lúc có thai, cho con bú, phần lớn cấu trúc của tuyến vú là mô sợi và mỡ [16].

### **1.1.3. Sinh lý nội tiết, các hoạt động của tuyến vú, thụ thể hormon**

#### ***Sự phát triển của tuyến vú***

Tuyến vú bắt đầu phát triển từ tuổi dậy thì dưới tác dụng của hormon Estrogen và Progesteron, hai hormon này kích thích phát triển tuyến vú và lớp mỡ để chuẩn bị cho khả năng sinh con.

Estrogen làm phát triển các tuyến sữa và mô đệm của vú. Kết hợp với Progesteron giúp cho tuyến vú phát triển đầy đủ.

Progesteron: làm phát triển các ống dẫn sữa và mô đệm của vú. Kết hợp với Estrogen giúp cho sự phát triển của tuyến vú đầy đủ.

Ngoài Estrogen và Progesteron. Còn có các hormon khác cũng có tác dụng phát triển tuyến vú như Prolactin, yếu tố tăng trưởng [17].

#### ***Điều hòa hoạt động***

Tuyến vú là mô đích của hệ tuyến yên - buồng trứng, phụ thuộc vào tình trạng chức năng của nó. Hoạt động của tuyến vú được điều hòa bởi nhiều hormon vùng dưới đồi-tuyến yên-buồng trứng. Estrogen, FSH, LH quyết định hình thái chức năng tuyến vú [17].

#### ***Những thay đổi theo chu kỳ kinh nguyệt***

Vú ở người trưởng thành đáp ứng với các thay đổi nồng độ nội tiết tố xảy ra trong chu kỳ kinh nguyệt. Trong giai đoạn nang noãn, các ống và nhu mô vú

tăng sinh. Trong giai đoạn hoàng thể, sự giãn rộng của các ống, sự gia tăng hoạt động tiết dịch trong ống và sự phù nề giữa các tiểu thùy dưới ảnh hưởng của progesteron dẫn đến sự gia tăng thể tích vú.

Với sự bắt đầu của kỳ kinh, vú trở về kích thước nhỏ nhất vào ngày thứ 8 của chu kỳ kinh. Thời điểm này lý tưởng cho việc thăm khám vú và chụp X-quang vú cho hình ảnh có chất lượng cao [17].

#### *Thời kỳ có thai và cho con bú*

Như đã mô tả ở trên, mặc dù vú đã trưởng thành nhưng vẫn chưa hoạt động cho đến khi có thai, đây là lúc xảy ra sự biệt hóa hoàn toàn của các tế bào nhũ nang tận cùng trong các tế bào tạo sữa. Vú to ra là một trong những dấu hiệu gián tiếp đầu tiên của có thai, đây là kết quả của sự tăng sinh tuyến.

Nồng độ prolactin tăng từ lúc mang thai 8 tuần cho đến khi thai đủ tháng. Estrogen từ rau kích thích tuyến yên sản xuất và giải phóng prolactin.

Sữa đầu tiên còn gọi là sữa non được tạo bởi các tế bào nhũ nang bị thoái hóa mỡ và bong ra cùng các bạch cầu. Nồng độ estrogen và progesteron giảm sau khi sinh làm giải phóng prolactin và sự tiết sữa được thiết lập 3-4 ngày sau sinh [17].

#### *Sự thay đổi của vú trong thời kỳ mãn kinh*

Sau mãn kinh, mô tuyến teo nhỏ dần và được thay thế bởi mô mỡ [17]

#### ***Thụ thể hormon***

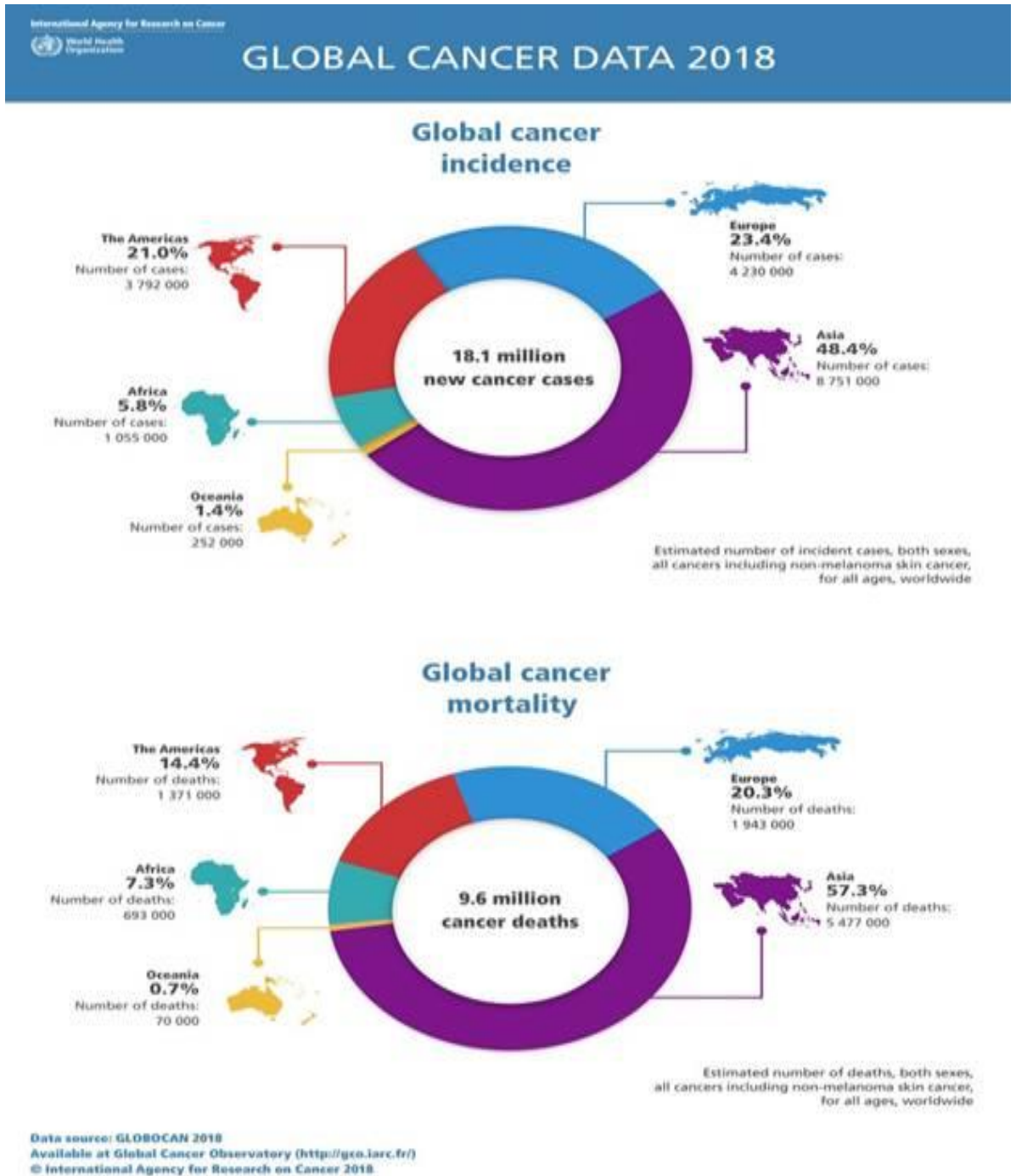
Thụ thể hormon đối với Estrogen và Progesteron và đối với một số yếu tố tăng trưởng đã được nhận dạng và xác định tính chất bằng hóa mô miễn dịch. Khoảng 66% các bệnh nhân ung thư vú có thụ thể Estrogen dương tính trong tổ chức u, khoảng 50% trong số các bệnh nhân đó khi điều trị các u di căn bằng nội tiết tố có đáp ứng rõ qua sự thu nhỏ kích thước u. Chỉ có một số ít bệnh nhân không có thụ thể Estrogen đáp ứng với liệu pháp nội tiết. Sự hiện diện của thụ thể hormon Progesteron là yếu tố dự đoán về sự đáp ứng và sống còn mạnh mẽ hơn là Estrogen. Những bệnh nhân có cả thụ thể Estrogen và Progesteron có

khoảng thời gian ổn định dài hơn, thời gian sống thêm nói chung dài hơn và thời gian sống thêm sau chẩn đoán tái phát cũng dài hơn [18].

## **1.2. Dịch tễ học ung thư vú**

### **1.2.1. Tình hình ung thư vú trên thế giới**

Ung thư vú là loại ung thư phổ biến nhất và cũng là nguyên nhân gây tử vong chính ở phụ nữ (PN) trên toàn thế giới. Trong những năm gần đây, tỷ lệ mắc ung thư trên thế giới đang có xu hướng tăng nhanh và đáng báo động. Theo số liệu của Globocan 2018, trong toàn bộ hơn 18 triệu bệnh nhân ung thư mới phát hiện và 9,5 triệu người tử vong vì ung thư trên thế giới, ung thư vú ở vị trí thứ 2 với khoảng 2.1 triệu trường hợp mới mắc chiếm 11,6% và trong đó có gần 627.000 phụ nữ tử vong vì căn bệnh này ước khoảng 6,6%. Nếu tính riêng ở 8,6 triệu phụ nữ ung thư, ung thư vú hay gặp nhất chiếm 24,2% và trong 4.2 triệu phụ nữ tử vong vì ung thư thì tỷ lệ ung thư vú cao nhất là 15% [3]. Thống kê cũng cho thấy, 1 trong 5 nam và 1 trong 6 nữ trên toàn thế giới có thể bị ung thư trong suốt cuộc đời của họ, và 1 trong 8 nam và 1 trong 11 phụ nữ sẽ chết vì căn bệnh này; tổng số người còn sống trong vòng 5 năm được chẩn đoán ung thư, ước tính là 43,8 triệu người.



**Hình 1.3: Số liệu tổng kết năm 2018 về tỷ lệ mắc, tỷ lệ tử vong tất cả các loại ung thư trên thế giới theo tổ chức nghiên cứu ung thư quốc tế GLOBOCAN [2]**

Ở nữ giới, tỷ lệ mắc ung thư vú vượt xa so với các bệnh ung thư khác ở cả các nước phát triển và đang phát triển. Tỷ suất mới mắc chuẩn hoá theo tuổi của ung thư vú trên phạm vi toàn thế giới là 46,3/100.000 dân. Tuy nhiên, có sự khác biệt lớn về tỷ suất này giữa các vùng địa dư trên thế giới. Tỷ suất mới mắc

ung thư vú cao nhất ở châu Úc (86,7/100.000 dân), tiếp theo là Nam Mỹ và châu Âu (84,8/100.000 dân và 74,4/100.000 dân) và thấp nhất là ở châu Phi và châu Á (37,9/100.000 dân và 34,4/100.000 dân). Châu Á có tỷ suất mắc mới chuẩn theo tuổi thấp nhất nhưng số ca mắc mới cao nhất (911.014 ca); châu Phi có số ca mắc mới cao thứ tư (168.690 ca). Tỷ lệ mắc ung thư vú cao nhất ở Úc/New Zealand với tỷ lệ mắc theo tuổi là 94,2/100.000 dân, theo sau là Bắc Âu (Vương quốc Anh, Thụy Điển, Phần Lan và Đan Mạch) với tỷ lệ 90,1/100.000 dân, Tây Âu (Bi, Hà Lan và Pháp) là 92,6/100.000, Nam Âu (Ý) và Bắc Mỹ 84,8/100.000. Về tỷ lệ tử vong, tỷ lệ ung thư vú cho thấy ít thay đổi hơn, với tỷ lệ tử vong cao nhất được ước tính ở Melanesia, quần đảo Fiji có tỷ lệ tử vong cao nhất trên toàn thế giới với tỷ lệ tử vong theo tuổi là 25,5/100.000 dân [3].

Tại Châu Á, tỷ suất mắc cao hàng đầu là Singapore (64,0/100.000 dân), Hàn Quốc (59,8/100.000 dân), Nhật Bản (57,6/100.000 dân). Campuchia, Việt Nam và Lào là 3 nước có tỷ suất mắc ung thư vú thấp nhất, với tỷ suất mắc mới lần lượt là 21,7/100.000, 26,4/100.000 và 32,7/100.000.

Các yếu tố liên quan đến sự thay đổi quốc tế về tỷ lệ mắc bệnh này bao gồm phát hiện sớm, đặc biệt là sàng lọc chụp X-quang vú, các yếu tố nguy cơ đã được xác định, bao gồm thừa cân/béo phì, sử dụng liệu pháp hormone mãn kinh, không hoạt động thể chất và uống rượu [19]. Ở nhiều nước phương Tây với mức sống cao, tỷ lệ tử vong do ung thư vú đang giảm ổn định, điều này được cho là do vai trò của một số kết hợp phát hiện sớm sử dụng sàng lọc X-quang vú và điều trị cải thiện. Ngược lại, tỷ lệ tử vong ở nhiều quốc gia Nam Mỹ, Châu Phi và Châu Á đang gia tăng [19].

### **1.2.2. Tình hình ung thư vú ở Việt Nam**

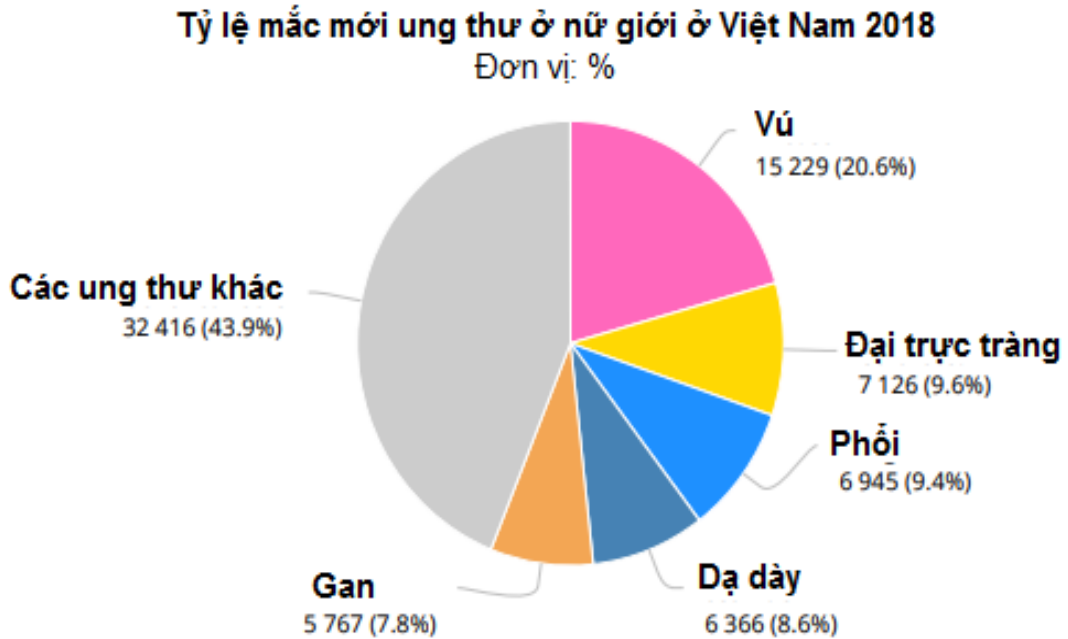
Việt Nam là một quốc gia đang phát triển nằm ở Đông Nam Á, gồm 64 thành phố và dân số hơn 90 triệu người, với thu nhập thấp và điều kiện sức khỏe cộng đồng còn thiếu thốn. Việt Nam có tỷ lệ mắc ung thư vú thấp đáng kể ở mức 29,9/100.000 dân so với khoảng 120/100.000 dân được báo cáo ở các nước

phương Tây phát triển, như Úc và Hoa Kỳ trong năm 2012. Tuy nhiên, trên thế giới, tỷ lệ này đã ổn định hoặc có dấu hiệu giảm thì tại Việt Nam tỷ lệ có xu hướng gia tăng trong hơn hai thập kỷ qua và trở thành căn bệnh ung thư được chẩn đoán thường xuyên nhất ở phụ nữ Việt Nam [20].

**Bảng 1.1. Tỷ suất mới mắc ung thư vú ở nữ tại một số tỉnh thành năm 2011-2013 [20].**

<b>Tỉnh/thành phố</b>	<b>ASR/100.000 dân (nữ giới)</b>
Thành phố Hồ Chí Minh	22,4
Thành phố Hà Nội	32,6
Hải Phòng	20,3
Thái Nguyên	10,3
Cần Thơ	24,3

Trong năm 2012, khoảng 11.060 trường hợp ung thư vú ở phụ nữ đã được chẩn đoán, với 64,7% trường hợp dưới 50 tuổi. Những dữ liệu này cho thấy ung thư vú là ung thư hàng đầu ở phụ nữ tại Việt Nam và đứng thứ năm trong tất cả các trường hợp ung thư ở nữ giới. Tình trạng này đã thay đổi từ năm 1993-1998 khi mà ung thư cổ tử cung và vú là những ung thư chiếm tỷ lệ cao nhất với tỷ lệ 17,8/100.000 và ung thư vú là 17,3/100.000 dân [21]. Tỷ lệ mắc ung thư vú tương đối thấp ở Việt Nam so với các nước khác trước đây có liên quan đến mức sinh cao (mang thai lần đầu khi còn nhỏ; sinh nhiều con) và cho con bú kéo dài. Tuy nhiên, tỷ lệ sinh ở Việt Nam gần đây đã giảm, một phần là do chính sách hai con có hiệu lực từ năm 1988, đã dẫn đến sự thay đổi đáng kể về số trẻ em trung bình do phụ nữ Việt Nam sinh ra [22]. Ngoài ra, sự gia tăng nhanh chóng số lượng phụ nữ béo phì ở Việt Nam từ 5% năm 1980 lên 12% năm 2013 có thể góp phần vào sự gia tăng gần đây về tỷ lệ mắc ung thư vú. Hơn nữa, các dịch vụ y tế được cải thiện có thể là một yếu tố góp phần làm tăng tỷ lệ mắc ung thư vú do được phát hiện sớm [23].

**Hình 1.4: Tỷ lệ mắc mới ung thư ở nữ giới Việt Nam 2018 [2]**

Nhóm tuổi phổ biến nhất của phụ nữ mắc bệnh ung thư vú ở Việt Nam là 45 đến 55 tuổi. Mối quan hệ tỷ lệ mắc bệnh ở Hà Nội và Thành phố Hồ Chí Minh, gần như tương tự với nguy cơ gia tăng ở độ tuổi 45-55 và sau đó giảm dần hoặc thậm chí giảm sau khi mãn kinh [24],[25]. Một số lượng lớn ung thư vú ở Việt Nam xảy ra ở giai đoạn phát triển và muộn khiến việc điều trị trở nên khó khăn hơn. Tỷ lệ bệnh nhân ung thư vú ở Việt Nam ở giai đoạn 0 - I và II lần lượt là 14,7% và 61,2%, trong khi đó ở giai đoạn tiến triển xa (III, IV) là 27,6% [26]. Những con số này trái ngược với ở Hoa Kỳ, nơi 58,6% bệnh ung thư được chẩn đoán ở giai đoạn I và 72% trường hợp ở Úc là do ung thư không xâm lấn [27]. Giai đoạn tiến triển của bệnh còn gặp nhiều hơn ở Việt Nam rất có thể là do nhận thức cộng đồng kém, thiếu chương trình sàng lọc vú và số lượng bác sĩ đa khoa ở cấp cơ sở của hệ thống chăm sóc sức khỏe [21].

### **1.3. Các yếu tố liên quan đến ung thư vú**

Mặc dù bệnh căn của ung thư vú còn chưa xác định rõ ràng nhưng có một số yếu tố làm tăng nguy cơ ung thư vú đã được xác định bao gồm các yếu tố về gia đình, di truyền, yếu tố nội tiết, tiền sử sản phụ khoa, chế độ và tình trạng



dinh dưỡng, yếu tố môi trường, tuổi, giới, chỉ số khối cơ thể, tiền sử mắc các ung thư khác.

### ***Yếu tố gia đình***

Đây là yếu tố nguy cơ gây ung thư vú nổi bật nhất, là chủ đề của nhiều nghiên cứu dịch tễ học. Một phụ nữ có một người thân cấp một như mẹ, chị, em gái hoặc con gái đã bị ung thư vú thì nguy cơ bị bệnh này cao gấp 2 lần so với các phụ nữ khác. Có 2 người thân cấp một tăng nguy cơ mắc bệnh khoảng 3 lần. Nếu người trong gia đình mắc ung thư vú khi ở tuổi trẻ thì nguy cơ cao hơn, có cha hoặc anh trai từng bị ung thư vú cũng có nguy cơ mắc ung thư vú cao hơn. Nhìn chung, khoảng 15% phụ nữ bị ung thư vú có thành viên trong gia đình mắc bệnh này [13]. Nguy cơ tăng lên theo các mức độ gần theo phả hệ của thành viên [28],[29].

Điều hình, nghiên cứu tại Mỹ cho thấy, nguy cơ ung thư vú tăng đáng kể (xu hướng  $p < 0,0001$ ) với phụ nữ có yếu tố gia đình cao hơn. Có khoảng rủi ro gấp 3,5 lần (95% CI: 2,56–4,79) giữa nhóm có yếu tố gia đình thấp nhất và cao nhất, trong khi những phụ nữ có từ hai người thân trở lên bị ung thư vú, yếu tố nguy cơ gia đình thông thường mạnh nhất, với aOR = 2,5 (95% CI: 1.83–3.47) [30].

### ***Yếu tố di truyền, đột biến gen:***

Sự biến đổi hay đột biến một số gen có thể làm tế bào chuyển thành ác tính. Người ta tìm thấy sự liên quan giữa đột biến gen ức chế tạo u là BRCA-1 và BRCA-2 nằm trên nhiễm sắc thể 17 và 13 với ung thư vú, ung thư buồng trứng và một số loại ung thư khác [31-36]. BRCA -1 nằm trên nhiễm sắc thể 17, là gen ức chế tạo u, có vai trò trong sửa chữa AND. Một số nghiên cứu chỉ ra rằng có khoảng 80 đến 90% gặp đột biến gen BRCA-1 gặp ở những gia đình có ung thư vú, ung thư buồng trứng, trong đó 40% gặp ở gia đình có ung thư vú. BRCA1 chỉ ra nguy cơ 85% ung thư vú. Đột biến gen BRAC1 chiếm khoảng 71% trong số các đột biến gen và nguy cơ ung thư vú trong số này khoảng 62%. Đột biến gen BRAC1 chiếm 8% ung thư vú trước tuổi 30, 5% sau tuổi 30 và 1%

sau tuổi 50. BRCA-2 là một gen lớn nằm trên nhiễm sắc thể số 13. BRCA-2 chiếm khoảng 35 đến 40% ung thư vú mang tính di truyền và đã tìm thấy trong những gia đình bị ung thư vú gặp cả ở nam và nữ. Ngoài ra, có một số gen khác như đột biến gen p53 cũng làm tăng nguy cơ ung thư vú [11].

Một số nghiên cứu gần đây còn cho thấy các đa hình di truyền gen cũng là những yếu tố nguy cơ dự báo ung thư vú ở phụ nữ như MDM4 rs 1380567 C>G [37], miR-100, miR-124-1, miR-218-2, miR-301b, miR-605, and miR-4293 [38], hsa-mir-603 rs11014002 [39].

### ***Tiền sử sản phụ khoa***

Sự thay đổi về nội tiết liên quan đến các giai đoạn thay đổi hormon trong cơ thể người phụ nữ bao gồm tuổi dậy thì, mang thai, mãn kinh có liên quan đến tỷ lệ mắc ung thư vú. Phụ nữ có kinh nguyệt bắt đầu sớm trước 13 tuổi và mãn kinh muộn sau 55 tuổi có nguy cơ ung thư vú cao hơn. Sự gia tăng nguy cơ có thể do thời gian tiếp xúc lâu hơn với các hormone estrogen và progesterone của buồng trứng [13]. Phụ nữ dậy thì ở độ tuổi trước 13 có nguy cơ mắc ung thư vú gấp 1,6 lần so với những phụ nữ có kinh sau 13 tuổi [42]. Phụ nữ có kinh sau 15 tuổi nguy cơ ung thư vú có thụ thể nội tiết dương tính thấp hơn so với phụ nữ có kinh trước 13 tuổi [40]. Phụ nữ có kinh sau 15 tuổi cũng giảm được 16% nguy cơ ung thư vú có thụ thể nội tiết âm tính. Một nghiên cứu cho thấy cứ cứ mỗi năm dậy thì sớm thì nguy cơ mắc ung thư vú tăng gấp 1,05 lần [41].

Tuy nhiên, mãn kinh muộn cũng là yếu tố nguy cơ gây ung thư vú [33], [36–38]. Nguy cơ tăng 1,03% cho mỗi năm chậm mãn kinh, tương đương với việc sử dụng nội tiết hormon mãn kinh [47].

Ngoài ra, nguy cơ mắc ung thư vú cũng liên quan đến số lần sinh con của phụ nữ. Nghiên cứu của Khalis M cho thấy nguy cơ cao hơn ở phụ nữ chưa có con nào gấp 3,77 lần so với phụ nữ đã có con và cứ sau 2 lần sinh, nguy cơ giảm khoảng 16%. Trong khi những phụ nữ sinh con lần đầu muộn sau 35 tuổi có nguy cơ tăng 40% so với những phụ nữ sinh con trước 20 tuổi [41]. Nghiên cứu

của tác giả Romieu cũng cho thấy phụ nữ đã từng mang thai sẽ làm giảm 0.35 lần nguy cơ mắc ung thư vú, và số con càng nhiều thì càng giảm nguy cơ mắc ung thư vú [47].

Tiền sử ung thư vú: phụ nữ bị ung thư ở một bên vú có nguy cơ cao hơn phát triển một khối ung thư mới ở vú bên kia hoặc ở một phần khác của cùng một vú. Điều này khác với sự tái phát hoặc tái phát của ung thư đầu tiên [13].

Tiền sử có một số bệnh lý vú khác: người có mô vú dày đặc, nguy cơ ung thư vú cao hơn 0,5-2 lần, tổn thương tăng sinh với chứng teo nguy cơ cao hơn 4-5 lần. Ung thư biểu mô dạng thùy tại chỗ (LCIS), nguy cơ phát triển ung thư vú gấp 7-12 lần [13],[40],[47].

### ***Yếu tố nhân khẩu học***

Tuổi: theo ghi nhận SEER (Surveillance, Epidemiology, and End Results) của Hiệp hội quốc gia Hoa Kỳ, xác suất phụ nữ mắc ung thư vú trong khoảng thời gian năm 2011-2013 tăng theo tuổi: trước 49 tuổi, xác suất là 1,9 (1/53 phụ nữ); từ 50 đến 59 tuổi, xác suất là 2,3 (1/44 phụ nữ); từ 60 đến 69 tuổi, xác suất là 3,5 (1/29 phụ nữ); từ 70 tuổi, xác suất là 6,8 (1/15 phụ nữ). Tại Việt Nam, theo nguồn dữ liệu từ Globocan 2012, ung thư vú bắt đầu tăng từ 40 tuổi, cao nhất ở nhóm tuổi 50-54, giảm mạnh từ 65 tuổi [44].

Giới: mặc dù ung thư vú là bệnh lý ác tính phổ biến nhất trong các loại ung thư ở nữ giới, ung thư này cũng có thể gặp ở nam giới, với tỷ lệ thấp hơn rất nhiều so với nữ giới (khoảng 1 nam/100 nữ). Tại Mỹ, có khoảng 250.000 phụ nữ mắc ung thư vú được ghi nhận trong năm 2017, trong khi đó ở nam giới là 2.500 [45].

Chủng tộc và dân tộc: phụ nữ da trắng có nguy cơ mắc bệnh ung thư vú cao hơn một chút so với phụ nữ Mỹ gốc Phi. Phụ nữ châu Á, Tây Ban Nha và Mỹ bản địa có nguy cơ phát triển và tử vong do ung thư vú thấp hơn [13].

### ***Ảnh hưởng của phóng xạ***

Bức xạ ion hóa được coi là một tác nhân gây ung thư bởi nó phá hủy AND trong các tế bào nguồn. Yếu tố liên quan đến phóng xạ còn được ghi nhận

trên những bệnh nhân có tiền sử mắc một hoặc nhiều bệnh lý ung thư khác. Những người được điều trị bằng xạ trị vào vùng ngực vì một bệnh ung thư khác, nguy cơ ung thư vú phụ thuộc vào tuổi của họ khi họ bị nhiễm xạ, trước tuổi 30 là một yếu tố nguy cơ đáng kể cho sự phát triển của ung thư vú, đặc biệt khi còn là thanh thiếu niên khi vú đang phát triển [35]. Điều trị bức xạ ở phụ nữ lớn tuổi (sau 40 đến 45 tuổi) dường như không làm tăng nguy cơ ung thư vú [13],[45].

### ***Các yếu tố liên quan đến lối sống***

Uống rượu: làm tăng nguy cơ ung thư vú. Nguy cơ tăng lên theo lượng rượu tiêu thụ. Phụ nữ uống 1 ly rượu mỗi ngày có nguy cơ tăng khoảng 7% đến 10% so với những người không uống rượu, uống 2 đến 3 ly mỗi ngày có nguy cơ cao hơn khoảng 20% so với những người không uống [13].

Thừa cân hoặc béo phì, đặc biệt sau khi mãn kinh làm tăng nguy cơ ung thư vú [46]. Sau mãn kinh, hầu hết estrogen của phụ nữ đến từ mô mỡ làm tăng khả năng mắc ung thư vú. Ngoài ra, thừa cân có xu hướng có lượng insulin trong máu cao hơn. Mức insulin cao hơn có liên quan đến một số bệnh ung thư, bao gồm cả ung thư vú. Cân nặng cũng có thể có những ảnh hưởng khác nhau đến các loại ung thư vú khác nhau. Thừa cân sau khi mãn kinh có liên quan chặt chẽ hơn đến việc tăng nguy cơ ung thư vú dương tính với thụ thể hormone, trong khi một số nghiên cứu cho thấy rằng thừa cân trước khi mãn kinh có thể làm tăng nguy cơ mắc ung thư vú thể ba âm tính ít phổ biến [47–49].

Không hoạt động thể chất: hoạt động thể chất có thể làm giảm nguy cơ ung thư vú do ảnh hưởng đến trọng lượng cơ thể, tình trạng viêm nhiễm, hormone và cân bằng năng lượng [13].

Hút thuốc lá cũng là yếu tố nguy cơ của nhiều loại ung thư, trong đó có ung thư vú, bao gồm cả hút thuốc lá chủ động và thụ động [46–51].

Không cho con bú: hầu hết các nghiên cứu cho thấy việc cho con bú có thể làm giảm nguy cơ ung thư vú, đặc biệt cho bú trong một năm hoặc hơn. Giải thích là do việc cho con bú làm giảm thời gian tiếp xúc với các hormone

estrogen và progesterone, các nghiên cứu chỉ ra việc cho con bú sẽ làm giảm nguy cơ mắc ung thư vú từ 0,23 lần đến 0,63 lần [42],[52],[53].

Liệu pháp hormone sau khi mãn kinh: sự gia tăng rủi ro này thường thấy sau khoảng 4 năm sử dụng. Liệu pháp hormone sau khi mãn kinh kết hợp cũng làm tăng khả năng phát hiện ung thư ở giai đoạn nặng hơn [13].

Hóa chất: Việc gia tăng sử dụng hóa chất đã thúc đẩy hiệu quả kinh tế trong nhiều lĩnh vực như nông nghiệp, tuy nhiên việc này cũng làm tăng đáng kể lượng tồn dư các hóa chất có trong thực phẩm và môi trường, gây ảnh hưởng tiêu cực đến sức khỏe của con người. Nghiên cứu tổng quan các tài liệu nghiên cứu trên thế giới được công bố trên cơ sở dữ liệu của ScienceDirect và một số trang web chính thống về vai trò của một số chất gây rối loạn nội tiết điển hình (thuốc trừ sâu, kim loại nặng, hợp chất đa vòng) với bệnh ung thư liên quan tới estrogen ở phụ nữ như ung thư vú đã chỉ ra rằng phơi nhiễm các hóa chất có thể làm tăng nguy cơ ung thư vú [58].

#### **1.4. Chẩn đoán ung thư vú**

##### **Lâm sàng:**

##### *- Biểu hiện sớm:*

+ Khối u ở vú: Ung thư vú mới xuất hiện triệu chứng rất nghèo nàn. Thường chỉ thấy có khối u nhỏ ở vú, bề mặt gồ ghề không đều, mật độ cứng chắc, ranh giới không rõ ràng. Ở giai đoạn sớm khi u chưa xâm lấn lan rộng thì di động dễ dàng.

+ Thay đổi da trên vị trí khối u: thường gặp nhất là dính da, co rút da có dạng dính như “lúm đồng tiền”, dính da ở thời kỳ đầu rất khó phát hiện [54].

##### *- Biểu hiện muộn:*

+ Khối u đã xâm lấn rộng ra xung quanh, vào thành ngực thì di động hạn chế thậm chí không di động, xâm lấn ra ngoài da gây sần da cam, gây vỡ loét chảy máu, da vú ở vị trí trên khối u đỏ lên và nóng tại chỗ, có thể có phù da.

+ Thay đổi hình dạng núm vú: khối u xâm lấn gây co kéo tổ chức xung quanh. Khi khối u ở gần núm vú có thể gây tụt núm vú, lệch núm vú. Một số trường hợp ung thư vú gây loét núm vú, lúc đầu thường chẩn đoán nhầm là chàm. Nếu không được chẩn đoán và điều trị sớm, tổ chức ung thư phát triển gây lở loét mảng lớn ở núm vú, bầu vú cũng có thể gây mất núm vú.

+ Chảy dịch đầu vú: Một số trường hợp đến khám vì chảy dịch đầu vú, có thể là dịch không màu, dịch nhày, nhưng thường là dịch máu.

+ Đau vùng vú: thường giai đoạn đầu ung thư vú không gây đau, đôi khi có thể bị đau vùng vú, dầm dứt không thường xuyên.

+ Hạch nách sưng to: giai đoạn đầu hạch nách thường nhỏ mềm khó phát hiện trên lâm sàng. Giai đoạn muộn hạch nách to, cứng chắc, đôi khi dính nhau, dính tổ chức xung quanh nên di động hạn chế. Tổ chức ung thư di căn tới hạch nách phá vỡ vỏ hạch, xâm lấn ra ngoài da, gây vỡ loét da vùng nách. Đôi khi hạch nách sưng to là triệu chứng đầu tiên phát hiện ung thư vú.

+ Biểu hiện ung thư vú giai đoạn cuối: tại chỗ có thể xâm lấn gây lở loét, hoại tử ra ngoài da gây chảy dịch, mùi hôi thối, xâm lấn thành ngực gây đau nhiều. Có thể di căn hạch nách, hạch thượng đòn, xương, não, phổi, gan, gây gầy sút, mệt mỏi, đau nhiều, khó thở, liệt... [54].

**Cận lâm sàng:** Các phương pháp thường được sử dụng để chẩn đoán UTV: chụp X-quang tuyến vú, siêu âm tuyến vú, chọc hút tế bào, sinh thiết u xét nghiệm mô bệnh học. Ngoài ra, còn có chụp MRI tuyến vú và một số xét nghiệm khác đánh giá giai đoạn bệnh như: chụp cắt lớp vi tính ngực, bụng, xạ hình xương, MRI sọ não

**Tiêu chuẩn chẩn đoán xác định ung thư vú là giải phẫu bệnh học.**

Trên lâm sàng có thể chẩn đoán ung thư vú dựa vào ba tiêu chuẩn:

- + Khám lâm sàng: khối u vú
- + Tế bào học: ung thư biểu mô tuyến vú
- + Chụp X-quang vú: hình ảnh tổn thương BIRADS 4,5

Nếu một trong ba yếu tố này có kết quả nghi ngờ thì người bệnh sẽ được tiến hành làm sinh thiết khối u vú.

### **1.5. Các biện pháp sàng lọc, phát hiện sớm bệnh ung thư vú**

Sàng lọc ung thư vú được tiến hành trên những phụ nữ không có bất kỳ một triệu chứng lâm sàng nào của ung thư vú, nhằm phát hiện bệnh ở thời điểm sớm nhất có thể, từ đó cho phép can thiệp điều trị sớm nhằm làm giảm tỷ lệ tử vong và giảm gánh nặng liên quan đến bệnh. Có nhiều phương pháp sàng lọc ung thư vú như tự khám vú, khám lâm sàng tuyến vú, sử dụng các kỹ thuật chẩn đoán hình ảnh. Tuy nhiên việc áp dụng phương pháp sàng lọc cụ thể sẽ phụ thuộc vào nhiều yếu tố như mức độ nguy cơ ở nhóm sàng lọc, điều kiện kinh tế xã hội, năng lực sàng lọc của mỗi cơ sở y tế hoặc chương trình sàng lọc [55]. Sàng lọc và phát hiện sớm ung thư vú là một trong những nội dung quan trọng của hầu hết các chương trình phòng chống ung thư và dữ liệu dịch tễ học về ung thư vú sẽ giúp xác định các nhóm ưu tiên cũng như áp dụng các kỹ thuật sàng lọc phù hợp. Ung thư vú có thể phát hiện sớm bằng cách tự khám vú thường xuyên, kết hợp với khám vú chuyên khoa, chụp tuyến vú, chọc hút tế bào và sinh thiết, những phương pháp này có giá trị lớn trong sàng lọc và phát hiện sớm bệnh, từ đó làm giảm tỷ lệ tử vong do ung thư vú. Hiện nay, y học đã đạt được rất nhiều tiến bộ trong nghiên cứu cơ chế sinh bệnh học ung thư vú cũng như các biện pháp điều trị bệnh [4].

Ung thư vú là một trong những bệnh có tiên lượng tốt. Bệnh được chữa khỏi nếu phát hiện ở giai đoạn sớm. Phần lớn các khối u ở vú được phát hiện bởi chính người phụ nữ, chiếm 90%. Mục đích của sàng lọc là phát hiện sớm bệnh, khi khối u còn nhỏ và tỷ lệ chữa khỏi bệnh cao.

#### ***Một số kỹ thuật sàng lọc gồm:***

**Tự khám vú:** là phương pháp tương đối đơn giản để phát hiện ra những thay đổi ở tuyến vú. Nếu ung thư vú được phát hiện sớm, tỷ lệ khỏi bệnh đạt tới 90%. Tự khám vú là cách có thể giúp người bệnh phát hiện sớm các khối u ở vú, được

điều trị sớm và vì vậy tiên lượng tốt hơn. Tự khám vú có thể giúp phát hiện những tổn thương ung thư vú xuất hiện trong khoảng thời gian giữa hai lần sàng lọc. Khi phát hiện bất cứ thay đổi nào, phụ nữ nên kịp thời thông báo và tham khảo tư vấn từ nhân viên y tế [56].

Thời điểm khám vú: Nên tự khám định kỳ hàng tháng. Nếu còn kinh thì tốt nhất nên khám sau khi sạch kinh vì lúc đó mô vú mềm mại khám sẽ đỡ đau và chính xác hơn. Nếu đã mãn kinh thì nên khám vú đều đặn mỗi tháng 1 lần. Tốt nhất là kiểm tra khi tắm hoặc trước khi đi ngủ [56].

*Phải làm gì khi phát hiện bất thường ở vú?*

Việc tự khám vú không đồng nghĩa là tự chẩn đoán bệnh của mình. Khi phát hiện được những dấu hiệu trên thì:

- + Đừng hoảng sợ, vì đó cũng có thể chỉ là biểu hiện của các bệnh lành tính của vú như u nang vú, u xơ tuyến vú, viêm tắc tuyến sữa...

- + Tuyệt đối không được đắp bất cứ lá hay thuốc gì lên vú.

- + Hãy đến khám ngay tại một phòng khám chuyên khoa về vú.

**Khám vú tại cơ sở y tế chuyên khoa:** phụ nữ từ 30 tuổi trở lên nên định kỳ đến khám vú tại các cơ sở y tế chuyên khoa, từ 1-3 năm một lần. Đối với phụ nữ từ 40 tuổi trở lên, cần định kỳ đến khám 6 tháng-1 năm một lần [56].

Việc khai thác thông tin và đánh giá nguy cơ ung thư vú kết hợp khám lâm sàng tuyến vú có giá trị sàng lọc khá cao (độ đặc hiệu là 94%), mặc dù độ nhạy thấp (54%). Khám lâm sàng tuyến vú nên được tiến hành ở cả hai tư thế: ngồi thẳng và nằm ngửa và luôn phải kết hợp với khám hạch nách và hố thượng đòn hai bên [62].

**Chụp X-quang vú:** là thăm dò được chứng minh rõ nhất trong khám sàng lọc ung thư vú, có thể giúp làm giảm nguy cơ tử vong do ung thư vú. Chụp tuyến vú cho phép phát hiện ung thư vú rất sớm ngay cả khi chưa có khối u. Phụ nữ khi đến 40 tuổi trở lên cần đi khám thầy thuốc chuyên khoa và cần định kỳ đi chụp X-quang vú không chuẩn bị một năm một lần [57–59].



Nhiều tài liệu khẳng định sự cải thiện kết quả điều trị ung thư vú sau khi tự kiểm tra, phát hiện sớm, chẩn đoán sớm và chụp X-quang vú. Việc sàng lọc chụp X-quang vú rất phức tạp và tốn nhiều nguồn lực và chưa có nghiên cứu nào về hiệu quả của nó được thực hiện ở những nơi có nguồn lực thấp.

**Chụp cộng hưởng từ tuyến vú:** Kỹ thuật này có độ nhạy cao hơn so với chụp X-quang vú, nhưng lại có độ đặc hiệu thấp hơn và khó phát hiện các tổn thương vi vôi hóa [60],[61]. Việc áp dụng chụp cộng hưởng từ trong sàng lọc ung thư vú không giúp giảm nguy cơ tử vong ở phụ nữ có nguy cơ trung bình, nhưng có hiệu quả rõ rệt đối với nhóm có nguy cơ cao [62],[63].

**Siêu âm tuyến vú:** siêu âm thông thường hoặc siêu âm 3D, siêu âm đàn hồi mô, siêu âm quét thể tích vú tự động (automated volume breast scanner-AVBS) để có kết quả chính xác hơn. Kỹ thuật này hỗ trợ cho chụp X-quang đối với các phụ nữ có mật độ mô vú đậm đặc [63]

## **1.6. Thực trạng kiến thức, thái độ, thực hành của phụ nữ và nhân viên y tế về ung thư vú**

### **1.6.1. Thực trạng kiến thức, thái độ, thực hành của phụ nữ về ung thư vú**

Tại nhiều nơi trên thế giới, phần lớn bệnh nhân ung thư vú được chẩn đoán khi đã ở giai đoạn muộn (giai đoạn 3 và 4), trong khi bệnh có thể phát hiện sớm. Theo Hiệp hội Ung thư Hoa Kỳ, tỷ lệ sống còn 5 năm của bệnh nhân ung thư vú giai đoạn 0 là 93%, giai đoạn I là 88%, giai đoạn II: 81%, giai đoạn IIIA: 67%, giai đoạn IIIB: 41%, giai đoạn IV: 15%. Nhận thức chưa đầy đủ về bệnh ung thư vú cũng như ích lợi của việc sàng lọc, phát hiện sớm là những rào cản quan trọng đối với phụ nữ trong việc đi khám, phát hiện sớm các khối u vú giúp tăng cơ hội chữa khỏi bệnh [19].

Các nghiên cứu về kiến thức, thái độ, thực hành về ung thư vú cho thấy có những sự khác biệt giữa các vùng địa lý, đối tượng nghiên cứu cũng như các nội dung của công cụ thu thập thông tin. Tuy nhiên, nhìn chung các kết quả đều cho thấy nhận thức về ung thư vú ở phụ nữ còn nhiều khoảng trống cần được quan

tâm, nhận thức hạn chế về ung thư vú có mối liên quan đến thái độ và thực hành phát hiện ung thư vú.

Năm 2012, một nghiên cứu trên 400 phụ nữ ở độ tuổi 45-60 tại miền đông Ba Lan để đánh giá mức độ hiểu biết về ung thư vú trong độ tuổi tiền mãn kinh, thấy kiến thức chung của phụ nữ về bệnh ung thư vú là 71,44% người đạt kết quả tối đa, 50% đạt điểm trung bình và chỉ 6% là thấp. Phân tích chỉ ra mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa kiến thức của phụ nữ và trình độ học vấn ( $p < 0,01$ ), nơi cư trú ( $p < 0,001$ ). Các yếu tố nguy cơ đến bệnh ở nghiên cứu được đưa ra là: 90% phụ nữ cho là yếu tố di truyền, tiếp theo là sử dụng biện pháp tránh thai (43%), 30% phụ nữ cho là tuổi và giới tính, chỉ có 23% chọn mãn kinh muộn. Hầu hết những người được hỏi đều đề cập đến nốt sần hoặc sưng tấy ở vú là triệu chứng đầu tiên định hướng đến bệnh ung thư vú, 50% chỉ ra máu hoặc dịch tiết khác từ núm vú, trong khi 45% chọn những thay đổi về hình dáng của vú. Các triệu chứng được chọn ít hơn là sờ thấy hạch (13%) và tụt núm vú (12%). Có 92% cho rằng chụp X-quang vú được là một phương pháp phòng ngừa ung thư vú; 81% chỉ ra là tự kiểm tra vú thường xuyên, 73% đề cập siêu âm vú, trong khi 61% khám vú lâm sàng. Trong trường hợp nhận thấy bất kỳ triệu chứng đáng báo động nào, 62% người trả lời cho biết cần liên hệ ngay với bác sĩ, trong khi 45% sẽ chờ đợi và theo dõi những thay đổi, 35% sẽ tìm kiếm lời khuyên từ gia đình và bạn bè, 22% sẽ bỏ qua vấn đề, 14% sẽ cầu nguyện để được chữa lành và 9% sẽ thử điều trị bằng các phương pháp có sẵn. Phần cuối cùng của nghiên cứu tập trung vào việc kiểm tra kiến thức của người trả lời về các yếu tố làm tăng cơ hội chữa khỏi ung thư vú. Tất cả phụ nữ đều đồng ý rằng chẩn đoán sớm làm tăng cơ hội chữa khỏi ung thư vú. 70% đối tượng nghiên cứu đã đề cập đến việc áp dụng liệu pháp điều trị phù hợp và 41% cho rằng thái độ của bệnh nhân về bệnh quyết định đến việc chữa khỏi. Hỗ trợ từ gia đình và bạn bè chiếm tỷ lệ thấp hơn (25%) và sự hợp tác giữa bệnh nhân - bác sĩ được đánh giá thấp chỉ chiếm 8% [64].

Tại Ấn Độ, năm 2013 một nghiên cứu về kiến thức, thái độ và thực hành về ung thư vú được thực hiện trên 1000 phụ nữ nông thôn và thành thị ở độ tuổi 13-50. Mức độ điểm kiến thức trung bình về các triệu chứng và các yếu tố nguy cơ của ung thư vú của phụ nữ ở nhóm tuổi tiền mãn kinh rất thấp với 1,73 (tối đa là 7), đối với các câu hỏi liên quan đến kiến thức về các triệu chứng và các yếu tố nguy cơ của bệnh ung thư vú. Điểm trung bình cho các câu hỏi liên quan đến kiến thức về chẩn đoán và điều trị ung thư vú cao hơn, lần lượt là 3,43 và 3,6 điểm, không có sự khác biệt giữa phụ nữ thành thị và nông thôn [65].

Các yếu tố ảnh hưởng đến kiến thức của phụ nữ về ung thư vú được chỉ ra trong các nghiên cứu bao gồm tuổi, trình độ học vấn [66], dân tộc [6]...

Nghiên cứu kiến thức, thái độ và thực hành về bệnh ung thư vú ở phụ nữ thành phố và phụ nữ nông thôn tại Khánh Hòa năm 2016 trên 1120 phụ nữ từ 20-60 tuổi cho kết quả phụ nữ thành phố có kiến thức chung đạt cao hơn phụ nữ nông thôn (81,5%; 80,9%). Kiến thức về các yếu tố nguy cơ ung thư vú, nhóm phụ nữ thành phố cho kết quả cao hơn với 49% so với 46,7% ở nhóm phụ nữ nông thôn. Thái độ liên quan đến phòng ngừa, điều trị bệnh ung thư vú nhóm phụ nữ thành phố có thái độ tích cực hơn phụ nữ nông thôn (64,2%; 56,1%). Về thái độ chung thì nhóm phụ nữ thành phố có thái độ tích cực cao hơn PN nông thôn (86,5%; 79,8%). Thực hành dự phòng, phát hiện sớm bệnh ung thư vú nhóm phụ nữ thành phố tự khám vú hàng tháng cao hơn phụ nữ nông thôn (85%; 81,1%). Tỷ lệ siêu âm vú ở nhóm phụ nữ thành phố tương đồng với phụ nữ nông thôn (31,9%; 31,6%). Tỷ lệ có chụp X-quang vú nhóm phụ nữ thành phố cao hơn nhóm phụ nữ nông thôn (7,1%; 6,4%) [7].

Một nghiên cứu khác trên đối tượng là phụ nữ sinh sống ở miền núi phía bắc Việt Nam vào năm 2017 cho kết quả tỷ lệ kiến thức về phát hiện sớm ung thư vú ở mức độ thấp (62,8%). Khoảng một nửa số người tham gia (58,7%) coi việc tự khám vú là một biện pháp phòng chống ung thư vú, nhưng trong số đó, chỉ có 32,4% biết rằng tần suất tự kiểm tra vú là mỗi tháng một lần và chỉ 19,3%

biết rằng nên bắt đầu áp dụng ở tuổi 20. Có 57,5% phụ nữ cho rằng nên khám vú lâm sàng từ 1 đến 3 năm một lần bắt đầu từ 20 tuổi và mỗi năm bắt đầu từ 40 tuổi. 46,6% phụ nữ biết chụp X-quang vú được sử dụng như một phương pháp trong chẩn đoán và điều trị ung thư vú, nhưng vẫn còn 40,1% có rất ít kiến thức về chụp X-quang vú. Về thái độ của những người tham gia, 61,1% đối tượng có thái độ tích cực về các biện pháp phát hiện sớm ung thư vú. Trong số phụ nữ tham gia nghiên cứu, chỉ một số ít người cho biết đã từng tự khám vú (13,8%) hoặc đã đi khám vú (17%), siêu âm vú (14,6%) hoặc chụp X-quang vú (10,1%). Nghiên cứu cũng tìm ra được một số yếu tố liên quan đến việc thực hành tầm soát ung thư vú gồm kiến thức của đối tượng, dân tộc, thu nhập cá nhân, thông tin về bệnh được tiếp cận [8].

Năm 2017, nghiên cứu trên đối tượng là 1036 nữ công nhân may về kiến thức, thực hành về tự khám vú, nhìn chung có 22,7% người tham gia có kiến thức đạt về tự khám vú. Trong đó, 23,2% có kiến thức đúng về 5 bước thực hành tự khám vú hàng tháng. Tỷ lệ đã từng thực hành tự khám vú (tự báo cáo) chiếm tỷ lệ thấp với 15,8%, trong số đó, 15,2% có thực hành hàng tháng [9].

Nghiên cứu của tác giả Bùi Thị Duyên nhằm đánh giá thực trạng thực hành phát hiện sớm ung thư vú của 306 phụ nữ trong độ tuổi từ 20 – 49 tại một xã thuộc huyện Cẩm Thủy, tỉnh Thanh Hóa năm 2017 cũng cho thấy, tỷ lệ phụ nữ có thực hành các phương pháp phát hiện sớm ung thư vú là 22,3%, trong đó, tỷ lệ thực hành phương pháp khám vú lâm sàng là cao nhất trong 4 phương pháp (17,0%). Một số yếu tố thực sự ảnh hưởng đến thực hành phát hiện sớm ung thư vú của phụ nữ là dân tộc, thu nhập, được nghe/xem/đọc thông tin về phát hiện sớm ung thư vú, được tiếp cận chương trình khám phát hiện sớm ung thư vú và kiến thức về vấn đề này. Nghiên cứu đưa ra khuyến nghị đối với các cơ quan y tế tại địa phương cần xây dựng những chương trình can thiệp về phát hiện sớm ung thư vú phù hợp đối với phụ nữ, đặc biệt là phụ nữ người dân tộc thiểu số [6].

### **1.6.2. Thực trạng kiến thức, thái độ, thực hành của nhân viên y tế về ung thư vú.**

Kiến thức về ung thư vú khác nhau giữa các cộng đồng và nhóm dân cư trên toàn thế giới. Trong khi các nghiên cứu được thực hiện để đánh giá kiến thức về ung thư vú giữa các nhân viên y tế cho thấy sự hài lòng ở một số quốc gia, các báo cáo khác, đặc biệt từ các nước đang phát triển cho thấy kiến thức không đạt về bệnh này. Theo y văn, phát hiện và điều trị sớm ung thư vú có liên quan đến khả năng kéo dài sự sống. Một số báo cáo từ Tây Âu và Bắc Mỹ cho thấy tỷ lệ tử vong do ung thư vú giảm khi áp dụng phương pháp sàng lọc phát hiện bệnh sớm [51],[67].

Tự kiểm tra vú, khám vú lâm sàng và chụp X-quang vú được công nhận là các phương pháp tầm soát ung thư vú. Các nghiên cứu gần đây cũng chỉ ra rằng mức độ kiến thức của nhân viên y tế là yếu tố quan trọng quyết định đến việc áp dụng phương pháp sàng lọc của phụ nữ. Các nghiên cứu khác nhau về ung thư vú ở Châu Phi cho thấy mức độ hiểu biết rất thấp về ung thư vú của các nhân viên y tế [51]. Năm 2015, nghiên cứu đánh giá kiến thức về ung thư vú của 158 nhân viên y tế tại Cộng hòa Trung Phi cho kết quả: 78,4% biết rằng cách tốt nhất để phát hiện sớm ung thư vú là tự khám vú hàng tháng, sau đó là sự thay đổi về màu sắc hoặc hình dạng của núm vú của phụ nữ có thể là dấu hiệu của ung thư vú (73,5%). Đáng chú ý rằng chỉ có 15,2% những người được hỏi đã từng được tham gia đào tạo về bệnh ung thư vú. 69% người được hỏi có kiến thức trung bình về các dấu hiệu nhận biết ung thư vú; 13,9% có kiến thức tốt và 17,1% có kiến thức kém. Kiến thức về các yếu tố nguy cơ ung thư vú cho thấy 60,1% nhân viên y tế có kiến thức kém, trong khi 38,6% và 1,3% lần lượt có kiến thức trung bình và tốt. Tỷ lệ kiến thức kém về chẩn đoán ung thư vú cũng tương đương chiếm 53,1%. Mức độ hiểu biết về điều trị ung thư vú của nhân viên y tế cũng hạn chế với số ít người được hỏi (10,1%) có kiến thức tốt, tiếp theo là 31,6% và 58,2% tương ứng ở mức trung bình và kém. Xuất phát từ tình hình thực tế, nghiên cứu cũng đề xuất sự cần thiết của các chương trình đào tạo cho

nhân viên y tế, phát triển một chương trình quốc gia chống lại bệnh ung thư và quản lý các ca bệnh [67].

Vào tháng 4 năm 2015, một nghiên cứu đánh giá hiệu quả chương trình đào tạo cho nhân viên y tế cộng đồng và y tá của trung tâm y tế với mục đích hỗ trợ chẩn đoán sớm về ung thư vú ở phụ nữ tại Rwanda. Nghiên cứu đánh giá kiến thức và thực hành tại 3 thời điểm: trước nghiên cứu, ngay sau và 3 tháng sau đào tạo về yếu tố nguy cơ ung thư vú, các dấu hiệu lâm sàng và khả năng điều trị thông qua một bài kiểm tra viết. Kết quả điểm kiểm tra kiến thức của y tá và nhân viên y tế cộng đồng được cải thiện đáng kể sau các khóa đào tạo, tăng từ 73,9% lên 91,3% ở các y tá và từ 75,0% lên 93,8% giữa các nhân viên y tế cộng đồng ( $p < 0,00$ ), và sự cải thiện này được duy trì 3 tháng sau các khóa đào tạo. Thực hành đúng của y tá là 24% trước khi đào tạo và cũng được cải thiện đáng kể sau khóa đào tạo và được duy trì (điểm trung bình là 88% sau khi đào tạo;  $p < 0,001$ ). Tổng cộng, 96,1% bệnh nhân được khám vì các vấn đề liên quan đến vú tại bệnh viện của dự án và được chuyển tuyến thích hợp phòng khám được coi là đã được giới thiệu thích hợp [68].

Năm 2011, 1600 bác sĩ, y tá của mạng lưới các đơn vị chăm sóc sức khỏe ban đầu tại Brazil cùng tham gia khảo sát để thu thập kiến thức, thái độ, thực hành của họ liên quan đến tầm soát ung thư vú. Đa số các bác sĩ và y tá cho rằng các khuyến nghị tầm soát ung thư vú của Viện ung thư quốc gia Brazil có hiệu quả rất cao với đơn vị chăm sóc sức khỏe của họ (62,7%). 54,6% các bác sĩ cho rằng tự kiểm tra vú rất có hiệu quả trong việc giảm tỷ lệ tử vong do ung thư vú, tỷ lệ này là 75,3% ở y tá. Các bác sĩ và y tá cũng cho rằng khám vú lâm sàng ( $p=0,02$ ) và chụp X-quang vú cho phụ nữ từ 40-49 tuổi ( $p < 0,001$ ) là rất hiệu quả trong việc giảm tỷ lệ tử vong do bệnh. Chụp X-quang vú cho phụ nữ từ 50 tuổi trở lên được 98% bác sĩ và 95% y tá đánh giá là rất hiệu quả. Về thực hành của các bác sĩ và y tá: 50,9% y tá và 25,1% bác sĩ báo cáo rằng họ bắt đầu tiến hành tầm soát ung thư vú định kỳ hàng năm ở phụ nữ dưới 40 tuổi. Đa số các

bác sĩ và y tá đề nghị khám vú lâm sàng hàng năm và chụp X-quang vú hàng năm cho bệnh nhân của họ [69].

Tại Đông Nam Á, một nghiên cứu về kiến thức, thái độ, thực hành và rào cản của các hoạt động nâng cao sức khỏe về ung thư vú trong cộng đồng dược sĩ ở Malaysia được tiến hành năm 2012. Kết quả cho thấy kiến thức tổng thể trung bình là 56%, chỉ có 11,3% trả lời đúng tất cả các câu hỏi kiến thức. Đối với việc tham gia vào nâng cao nhận thức và tầm soát ung thư vú, tỷ lệ tham gia là con số không. Các rào cản chính được đưa ra bao gồm: hạn chế về thời gian (80%), thiếu tài liệu giáo dục về ung thư vú (77,1%) và thiếu chuyên gia đào tạo (62,9%). Các rào cản khác đã được cũng được đề cập đến ở đây là rào cản về giới, thiếu nhân lực, ngân sách. Mặc dù vậy, hầu hết những người tham gia đều đồng ý về sự tham gia của dược sĩ cộng đồng trong giáo dục ung thư vú và nó nên được lồng ghép vào thực hành hàng ngày của họ, vì họ coi đó là trách nhiệm cũng như cơ hội để nâng cao chuyên môn của họ [75].

Nghiên cứu của tác giả Akpınar tại Thổ Nhĩ Kỳ đánh giá về mức độ kiến thức, thái độ của 970 nhân viên y tế gia đình về chuẩn đoán sớm ung thư vú và ung thư cổ tử cung cũng cho thấy 31,5% nữ nhân viên y tế có kiến thức tốt về ung thư vú có chụp X-quang vú so với 20,5% ở nhóm có kiến thức trung bình và kém ( $p=0,001$ ). Theo phân tích hồi quy logistic, nhân viên y tế có thâm niên công tác từ 10-20 năm có kiến thức đạt về phòng ngừa ung thư vú cao hơn 1,9 lần so với các nhóm khác [72].

Để đánh giá thái độ của y tá đôi trong phát hiện sớm ung thư vú và xác định mối quan hệ giữa các đặc điểm nhân khẩu học xã hội và thái độ. Một thiết kế phân tích mô tả được thực hiện trên 107 y tá tại một bệnh viện ở Iraq. Kết quả nghiên cứu cho thấy có 50,47% từ 20-26 tuổi, 50,5% tốt nghiệp trung học cơ sở; 72,9% đã kết hôn; 79,4% sống ở thành thị; 78,50% có số năm kinh nghiệm 1-10 năm; 45,8% đủ điều kiện kinh tế và 82,2% không hút thuốc, 78,51% không có người trong gia đình bị u, có 7,5% trong số họ bị một loại

khối u, 54,17% họ bị nhiễm trùng ở vú trước đây, 50% đã được điều trị. Nghiên cứu chỉ ra rằng không có mối quan hệ nào ( $p \leq 0,05$ ) giữa thái độ và tất cả đặc điểm nhân khẩu học. Vì vậy điều dưỡng viên cần thay đổi thái độ đối với việc điều trị ung thư và phát huy vai trò của họ như những nhà giáo dục sức khỏe tại nơi làm việc [71].

## **1.7. Các biện pháp dự phòng ung thư vú**

### **1.7.1. Các cấp độ dự phòng**

Có bốn cấp độ dự phòng, tương ứng với các giai đoạn phát triển bệnh khác nhau, đó là phòng bệnh cấp 0 (dự phòng căn nguyên), cấp I, cấp II và cấp III. Biện pháp dự phòng nhằm đến các yếu tố nguy cơ hoặc các điều kiện có vai trò trong việc gây ra bệnh. Dự phòng căn nguyên và cấp I đóng góp hầu hết cho sức khỏe của cả cộng đồng, trong khi dự phòng cấp II và cấp III thường tập trung vào những người đã có những dấu hiệu của bệnh [72].

Dự phòng ung thư vú là triển khai các biện pháp can thiệp nhằm làm giảm tỷ suất mắc mới và tử vong do ung thư vú.

Dự phòng cấp I là các biện pháp dự phòng nhằm loại trừ các yếu tố nguy cơ hoặc các biện pháp tăng cường các yếu tố bảo vệ. Thông thường, các biện pháp này nhằm vào các cá thể ở cộng đồng dân cư. Các phương pháp dự phòng cấp I chủ yếu là dựa vào truyền thông giáo dục sức khỏe như giảm cân nặng cơ thể, lối sống lành mạnh hạn chế uống rượu, hút thuốc lá... và làm gia tăng các yếu tố bảo vệ như ăn nhiều rau hoa quả, cải thiện điều kiện môi trường.

Dự phòng cấp II nhằm vào các biện pháp phát hiện và điều trị sớm, trong đó sàng lọc phát hiện sớm ung thư vú là quan trọng nhất khi người bệnh mới có biến đổi tế bào, chưa có hoặc mới có triệu chứng tiền lâm sàng.

Dự phòng cấp III nhằm tập trung vào điều trị, phục hồi chức năng và chăm sóc giảm nhẹ nhằm tăng cường khả năng sống thêm sau điều trị và nâng cao chất lượng cuộc sống của người bệnh ung thư vú [4].



### 1.7.2. Các biện pháp cụ thể phòng ngừa ung thư vú

**Giảm yếu tố nguy cơ:** không có cách nào chắc chắn để ngăn ngừa ung thư vú nhưng có thể dự phòng hiệu quả bằng cách làm giảm các yếu tố nguy cơ [73].

**Đạt được và duy trì cân nặng hợp lý:** cả trọng lượng cơ thể tăng và tăng cân khi trưởng thành đều có nguy cơ ung thư vú cao hơn sau khi mãn kinh. Hiệp hội Ung thư Hoa Kỳ khuyến nghị nên giữ cân nặng hợp lý suốt cuộc đời, dựa trên BMI và tránh tăng cân quá mức bằng cách cân bằng lượng thức ăn với hoạt động thể chất.

**Hoạt động thể chất:** nhiều nghiên cứu đã chỉ ra rằng hoạt động thể chất vừa phải đến mạnh mẽ có liên quan đến việc giảm nguy cơ ung thư vú. Nên dành ít nhất 30 phút mỗi ngày để đi bộ, chạy bộ, bơi, vv...

**Tránh hoặc hạn chế rượu:** rượu làm tăng nguy cơ ung thư vú. Tốt nhất là không uống rượu. Đối với phụ nữ thích uống rượu, họ không nên uống quá 1 ly rượu mỗi ngày (Một thức uống là 12 ounce bia, 5 ounce rượu vang, hoặc 1,5 ounce rượu mạnh, 1 ounce = 29,57ml).

#### ***Các yếu tố khác có thể làm giảm nguy cơ:***

- Cho con bú
- Lựa chọn các phương thức không chứa hormone để điều trị các triệu chứng mãn kinh.

### **Đối với phụ nữ có tăng nguy cơ ung thư vú**

Nếu một người phụ nữ có nguy cơ gia tăng ung thư vú như tiền sử gia đình có đột biến gen *BRCA1* hoặc *BRCA2*, hoặc đã có ung thư biểu mô ống dẫn sữa tại chỗ (DCIS) hoặc ung thư biểu mô tiểu thùy tại chỗ (LCIS), cần:

***Tư vấn di truyền và xét nghiệm nguy cơ ung thư vú*** (nếu chưa thực hiện).

***Khám vú định kỳ*** để phát hiện các dấu hiệu sớm của ung thư vú.

***Cách tiếp cận này có thể bao gồm:***

- + Thăm khám bác sĩ thường xuyên hơn, từ 6 đến 12 tháng một lần
- + Bắt đầu tầm soát ung thư vú bằng chụp X-quang vú hàng năm

+ Có thể thêm một xét nghiệm sàng lọc khác, ví dụ như MRI vú

Mặc dù phương pháp này không làm giảm nguy cơ ung thư vú, nhưng nó có thể giúp phát hiện bệnh sớm, khi đó có khả năng điều trị dễ dàng hơn [73].

**Thuốc giảm nguy cơ ung thư vú:** có thể được sử dụng ở một số phụ nữ có nguy cơ mắc ung thư vú cao. Tuy nhiên các loại thuốc này có tác dụng phụ, vì vậy cần cân nhắc giữa lợi ích và nguy cơ khi dùng chúng.

**Phẫu thuật dự phòng cho phụ nữ có nguy cơ ung thư vú rất cao:** có thể phẫu thuật cắt bỏ vú dự phòng hoặc cắt bỏ buồng trứng, là nguồn cung cấp estrogen chính trong cơ thể.

## **1.8. Hiệu quả của biện pháp truyền thông – Giáo dục sức khỏe trong phòng chống ung thư vú**

### **1.8.1. Truyền thông – Giáo dục sức khỏe**

#### **Khái niệm [74]**

- Truyền thông là quá trình liên tục chia sẻ thông tin, kiến thức, thái độ, tình cảm và kỹ năng nhằm tạo sự đồng cảm, hiểu biết lẫn nhau giữa bên truyền và bên nhận.

- Giáo dục sức khỏe là quá trình tác động có mục đích, có kế hoạch đến suy nghĩ và tình cảm của con người nhằm nâng cao kiến thức, thay đổi thái độ và thực hành của con người trong đó phát triển thực hành, thay đổi hành vi sẽ đem lại tình trạng sức khỏe tốt nhất có thể được cho con người.

#### **Các khía cạnh của Truyền thông – Giáo dục sức khỏe (TT – GDSK) [61]**

- Hoạt động TT – GDSK đóng vai trò rất quan trọng bởi vì có kiến thức về một vấn đề sức khỏe thì con người mới có được thái độ và hành vi để phòng tránh, không những thế còn có những biện pháp thực hành để đề phòng và ngăn chặn bệnh tật. Thực tế cho thấy, nếu hiểu rõ về nguyên nhân và hậu quả của một hành vi nào đó có hại cho sức khỏe thì tự khắc họ biết thay đổi hành vi đó để tạo lập một hành vi mới giúp họ giữ gìn sức khỏe tốt hơn. Chính vì thế TT – GDSK

sẽ là phương tiện giúp người dân hiểu biết và đưa ra những hành động cụ thể để phòng, phát hiện và xử trí điều trị bệnh kịp thời.

- TT – GDSK mục đích cuối cùng là thay đổi hành vi theo hướng tích cực, các vấn đề TT – GDSK đề cập đến là:

- + Kiến thức: hiểu biết đầy đủ về hành vi đó.
- + Niềm tin và thái độ: phải tích cực và mong muốn thay đổi
- + Kỹ năng để thực hiện hành vi đó
- + Phải có các nguồn lực hỗ trợ để thực hiện hành vi
- + Phải có tính bền vững: có sự hỗ trợ để duy trì hành vi

Như vậy không thể làm một lần mà có thể thay đổi được hành vi mà TT – GDSK cần phải tiến hành thường xuyên, liên tục, lâu dài bằng nhiều biện pháp khác nhau để hành vi đó thấm nhuần vào từng người dân, tạo thành một nếp, một thói quen mới có lợi cho sức khỏe.

#### **Các kênh truyền thông:**

<i><b>Truyền thông trực tiếp</b></i>	<i><b>Truyền thông gián tiếp</b></i>
Tư vấn cá nhân Làm mẫu thực hành.	Truyền thông đại chúng: - Truyền hình, Truyền thanh - Báo chí, sách: viết bài
Thảo luận nhóm Truyền thông nhóm nhỏ 7-15 người	Pano, áp phích, băng rôn
Truyền thông nhóm lớn 30-50 người	Tờ rơi, tờ bướm
Tập huấn, mít tinh, hội thao, tuần hành, tọa đàm, hội trại, truyền thông lồng ghép, hội thi, lễ phát động	Internet: thông tin, tư vấn, tin nhắn, trực tuyến
Đi thăm hộ gia đình	Điện thoại, dịch vụ SMS

### **1.8.2. Vai trò của Truyền thông - Giáo dục sức khỏe trong phòng chống ung thư vú**

TT – GDSK là nội dung đầu tiên trong tám nội dung chăm sóc sức khỏe (CSSK) ban đầu mà hội nghị Alma- Ata đã đề ra năm 1978 và cũng là nội dung đầu tiên trong 10 nội dung CSSK ban đầu của Việt Nam, đó là: Giáo dục sức khỏe nhằm giúp cho mọi người có kiến thức tối thiểu cơ bản nhất để họ tự phòng bệnh cho mình và cho gia đình, người thân và xã hội, để họ có thể xử trí đúng khi ốm đau, bệnh tật và để họ thay đổi cách nghĩ và nếp sống có hại cho sức khỏe. Với vai trò quan trọng như thế, trong các hoạt động CSSK nhân dân nhất là tại tuyến y tế cơ sở, công tác TT – GDSK được xếp vào Chuẩn 1, Hướng dẫn quốc gia về y tế theo quyết định số 370/2002/QĐ- BYT của Bộ y tế [79].

Nhận thức về ung thư vú ảnh hưởng đáng kể đến kiến thức về các triệu chứng, các yếu tố nguy cơ của bệnh ung thư vú và thực hành tự khám vú. Vai trò của TT – GDSK bao gồm ảnh hưởng của gia đình, bạn bè, văn hóa, truyền thông và công nghệ về các hành vi sức khỏe (biết cách truy cập và sử dụng thông tin sức khỏe hợp lệ) và sử dụng các kỹ năng giao tiếp, ra quyết định, thiết lập mục tiêu và vận động để tham gia vào việc nâng cao sức khỏe hành vi. Nhu cầu nâng cao nhận thức về bệnh ung thư vú thông qua GDSK là rất lớn, nó có tầm quan trọng để cải thiện sức khỏe và cứu sống phụ nữ, vì vậy TT – GDSK rất quan trọng trong việc làm giảm tỷ lệ mắc ung thư vú.

Một đánh giá có hệ thống về các can thiệp nâng cao sức khỏe nhằm tăng cường khả năng sàng lọc ung thư vú từ 12 năm qua được Feleke Doyore Agide và cs nghiên cứu tổng hợp trên 22 nghiên cứu. Các can thiệp được phân loại là "dựa trên cá nhân", "dựa vào cộng đồng", "giáo huấn và đào tạo dựa trên nhóm" và "dựa trên mô hình hành vi". Phần lớn các nghiên cứu cho thấy kết quả thuận lợi sau các can thiệp nâng cao sức khỏe, bao gồm cải thiện quan điểm của PN về khám vú, tự khám vú và kiến thức về khám vú. Đánh giá xác nhận rằng

hầu hết các can thiệp nâng cao sức khỏe nhắm vào phụ nữ đều thúc đẩy việc kiểm tra vú theo cách này hay cách khác [80].

Mặc dù mục tiêu phòng ngừa ung thư vú chủ yếu là phụ nữ từ 40 tuổi trở lên, người ta vẫn biết rất ít về cách phòng ngừa ung thư vú cho phụ nữ trẻ và lời khuyên của các bà mẹ. Một nghiên cứu về “Kiến thức, thái độ và hành vi phòng ngừa ung thư vú giữa phụ nữ đại học và giao tiếp Mẹ – Con gái” thực hiện trên 546 nữ sinh viên tại một trường Đại học ở Tây Ban Nha về phòng ngừa ung thư vú đó là lời khuyên của người mẹ, nhận thức về vú và kiến thức làm giảm nguy cơ, hiệu quả của bản thân, tính nhạy cảm, tiền sử gia đình, khuyến cáo tự khám vú. Thấy: tuổi trung bình là 23,3 (SD=7,75). Gần 36% nhận được lời khuyên của các bà mẹ và 55% thực hiện tự khám vú. Các yếu tố dự báo cho việc thực hành tự khám vú là lời khuyên của người mẹ, tuổi tác, bản thân và khuyến nghị tự khám vú của nhân viên y tế. Tiền sử gia đình về ung thư vú và kiến thức không phải là những yếu tố dự báo quan trọng cho việc thực hành tự khám vú. Nghiên cứu nhận thấy phát hiện hỗ trợ của các bác sĩ lâm sàng, nhà giáo dục sức khỏe cộng đồng và các bà mẹ là quan trọng trong việc giáo dục phòng ngừa ung thư vú [81].

Ở một nghiên cứu khác “Giao tiếp trong gia đình có quan trọng không? Tìm hiểu kiến thức về di truyền ung thư vú trong gia đình ung thư”. Cho thấy kiến thức về di truyền ung thư vú rất quan trọng đối với những người có nguy cơ di truyền cao, những người phải đưa ra quyết định về các lựa chọn tầm soát ung thư vú. Những người tham gia bao gồm người thân cấp một của những phụ nữ bị ung thư vú. Bản thân những người tham gia nghiên cứu không bị ung thư vú và không được tư vấn hoặc xét nghiệm di truyền trước đó. Nghiên cứu nhận thấy rằng những phụ nữ này có nhận thức chính xác hơn về nguy cơ của mình và cũng nhận được lượng thông tin lớn hơn trong buổi tư vấn di truyền. Cả kiến thức về di truyền ung thư vú cũng như nhận thức về nguy cơ có thể ảnh hưởng đến các quyết định về hành vi phòng ngừa và sàng lọc [82].

Một nghiên cứu về “Truyền thông về bệnh ung thư vú ở cộng đồng Igbo nông thôn ở Đông Nam Nigeria” đã xem xét các con đường giao tiếp để chống lại bệnh ung thư vú, thực hiện trên 200 phụ nữ. Kết quả cho thấy 87% số người được hỏi biết các thông điệp truyền thông về ung thư vú; tuy nhiên, lần lượt 74,5% và 65% cho rằng họ không có kiến thức về chỉ định sớm và cách phòng ngừa. Điểm nổi bật chính của nghiên cứu là đài phát thanh (69,5%) và các cuộc họp của hiệp hội tôn giáo (60%) là các kênh truyền thông ưu tiên cho các chiến dịch ung thư vú. Do đó, các phát hiện cho thấy rằng các chiến dịch chống lại bệnh vú nên được dự kiến thông qua cả hai kênh truyền thông truyền thống châu Phi và các phương tiện thông tin đại chúng trong chiến dịch ung thư [79].

Một đánh giá hệ thống khác về nghiên cứu phòng ung thư vú thông qua ứng dụng điện thoại thông minh với mục tiêu để xác định cách các ứng dụng di động đang được sử dụng để ngăn ngừa ung thư vú ở phụ nữ trong suốt quá trình kiểm soát ung thư. Kết quả: Trong 82 nghiên cứu, sử dụng các ứng dụng trong nghiên cứu phòng chống ung thư vú trên 20 quốc gia. Khoảng một nửa số ứng dụng được đặt tên đã được cung cấp công khai. Phần lớn (73%) các nghiên cứu nhằm mục tiêu phòng ngừa cấp III; 15% phòng ngừa cấp II và 13% phòng ngừa cấp I. Các ứng dụng đã được sử dụng trong tất cả các giai đoạn nghiên cứu với giai đoạn chủ yếu là tính khả thi trong phòng ngừa cấp III (34%), hiệu quả trong phòng ngừa cấp II (63%) và phát triển (30%) và hiệu quả trong phòng ngừa cấp I (30%). Các ứng dụng phổ biến bao gồm đánh giá kết quả liên quan đến giữa chăm sóc lâm sàng, chất lượng cuộc sống, tăng hiệu quả bản thân và hành vi sàng lọc, theo dõi và quản lý các hành vi sức khỏe. Nghiên cứu đã xác định được những lỗ hổng đó là có ít hiệu quả trong phòng ngừa cấp III, sử dụng tối thiểu các ứng dụng để tìm căn nguyên hoặc phát hiện sớm ung thư vú và ít can thiệp ở những người có nguy cơ ung thư vú trung bình. Để các can thiệp ứng dụng dành cho thiết bị di động có tác động toàn cầu trong suốt quá trình kiểm soát ung thư, các nhà nghiên cứu sẽ cần tiếp tục đầu tư vào các nghiên cứu

phòng ngừa cấp I và cấp II, cũng như các nghiên cứu xa hơn để chứng minh tác động tiềm tàng về kết quả liên quan đến ung thư vú [80].

Nghiên cứu của tác giả Thackeray về hiệu quả can thiệp áp dụng sử dụng ứng dụng Twitter trong dự phòng ung thư vú trên phụ nữ cho thấy việc truyền thông bằng ứng dụng này có tác động rõ rệt lên sự thay đổi về kiến thức của người tiếp nhận. Từ đó, có thể xem xét sử dụng ứng dụng này như một trong những chiến lược của can thiệp truyền thông [81].

Các nỗ lực tiếp cận cộng đồng để nâng cao nhận thức về ung thư vú đã được kết hợp với việc tăng cường đưa tin trên phương tiện truyền thông, chụp X-quang vú sàng lọc và tìm kiếm thông tin trực tuyến. Phương tiện truyền thông đại chúng truyền thống đã được nâng cao bởi phương tiện truyền thông xã hội. Tuy nhiên, rất ít tài liệu về cách phương tiện truyền thông xã hội được sử dụng trong các sự kiện liên quan đến nhận thức. Mục đích của một nghiên cứu để hiểu cách Twitter đang được sử dụng trong việc nâng cao nhận thức về ung thư vú. Kết quả đã có 1.351.823 tweet của 797.827 người dùng. Lượt tweet tăng đột biến trong vài ngày đầu tiên sau đó giảm dần. Có trung bình 1,69 tweet trên mỗi người dùng. Phần lớn các tweet không thúc đẩy bất kỳ hành vi phòng ngừa cụ thể nào. Twitter đang được sử dụng hầu hết như một công cụ giao tiếp một chiều. Vì vậy các tổ chức cần có kế hoạch truyền thông chiến lược để đảm bảo các cuộc trò chuyện trên mạng xã hội diễn ra liên tục, có thể cân nhắc cộng tác với các cá nhân và người nổi tiếng trong các cuộc trò chuyện này [82].

Trong nước đã từ nhiều năm nay, chương trình phòng chống ung thư vú đã được Bộ y tế, các ban ngành liên quan tổ chức lễ phát động chiến dịch “Tầm soát ung thư vú ngay khi sang tuổi 40”. Với việc tăng cường kiến thức cùng những biện pháp sàng lọc, phát hiện sớm bệnh ung thư vú, chương trình sẽ giúp chị em phụ nữ nâng cao nhận thức về căn bệnh gây tử vong hàng đầu này, chủ động đi khám sàng lọc, cũng như kêu gọi các doanh nghiệp, tổ chức cần đưa chương trình khám tầm soát ung thư nói chung và ung thư vú nói riêng đối với

phụ nữ bước sang tuổi 40, hoạt động này nhằm giúp tạo thói quen cho chị em phụ nữ về việc đi khám sàng lọc định kỳ bệnh ung thư vú [86].

Trong tháng Phòng, chống ung thư vú thế giới năm 2021, chiến dịch truyền thông, khám sàng lọc và phát hiện sớm ung thư vú "Chung tay vì người phụ nữ tôi yêu" được phát động bởi Bộ y tế, quỹ Ngày mai tươi sáng tại các bệnh viện: K Trung ương, Bạch Mai, Trung ương Huế, Ung bướu Đà Nẵng, Ung bướu thành phố Hồ Chí Minh và Ung bướu Hà Nội cho gần 3.000 phụ nữ. Tại Việt Nam, ung thư vú là bệnh thường gặp nhất ở phụ nữ và bệnh ngày càng trẻ hoá, bệnh hoàn toàn có thể chữa khỏi nếu được phát hiện sớm. Vậy nên việc tầm soát và phát hiện sớm ung thư vú có ý nghĩa đặc biệt quan trọng. Trong chiến dịch này nêu rõ: để phát hiện sớm ung thư vú, chị em cần khám sàng lọc 6 tháng/lần. Các xét nghiệm sàng lọc chẩn đoán hình ảnh được khuyến cáo cho những phụ nữ có nguy cơ cao mắc ung thư vú, bao gồm: Siêu âm, chụp X-quang vú sàng lọc hàng năm và chụp cộng hưởng từ vú sàng lọc bổ sung hàng năm (cách nhau 6 tháng). Chiến dịch truyền thông, khám sàng lọc và phát hiện sớm ung thư vú "Chung tay vì người phụ nữ tôi yêu" cũng là chương trình hành động nâng cao nhận thức, hiểu đúng về căn bệnh ung thư vú cho cộng đồng. Nét mới của chương trình này là Quỹ đã phối hợp cùng Viện nghiên cứu ung thư quốc gia xây dựng "Góc ung thư vú" trên trang thông tin điện tử [www.nci.vn](http://www.nci.vn) nhằm cung cấp những thông tin tham khảo chính thống về ung thư vú [87].

Hoạt động TT – GDSK cùng giúp nhân viên y tế có hiểu biết, thái độ, thực hành (KAP) đúng, qua các hoạt động của nhân viên y tế sẽ tác động tới cộng đồng thay đổi hành vi, cải thiện trong phòng chống và phát hiện sớm ung thư vú. Thực trạng công tác TT – GDSK về bệnh ung thư vú gắn chặt với việc phát hiện sớm ung thư vú tại cộng đồng. Nếu tiến hành các hoạt động can thiệp TT – GDSK một cách đồng bộ, thông qua mô hình Câu lạc bộ gắn với cộng đồng, trên cơ sở hoạt động của mạng lưới Y tế cơ sở sẽ thay đổi được kiến thức thái độ của nhân viên y tế, phụ nữ, qua đó tác động đến thực hành của nhân viên



y tế, phụ nữ trong phát hiện sớm ung thư vú tại cộng đồng. Các nghiên cứu KAP về ung thư vú trên thế giới thường triển khai trong trường học, giáo dục sức khỏe qua câu lạc bộ, nhưng ở Việt nam để tiến hành tổng thể các hoạt động TT – GDSK tại một xã, huyện hay trường học thì điều này cần có mô hình nghiên cứu thí điểm. Để can thiệp cải thiện việc khám phát hiện sớm ung thư vú tại cộng đồng, cần có đồng bộ các giải pháp và cũng là hướng mà nghiên cứu nhắm đến.

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

### **2.1. Đối tượng, thời gian và địa điểm nghiên cứu.**

#### **2.1.1. Đối tượng nghiên cứu:**

Nghiên cứu thực hiện trên hai đối tượng là phụ nữ và nhân viên y tế sinh sống và làm việc tại 6 xã của huyện Thủy Nguyên bao gồm: An Lư, Lập Lễ, Phả Lễ, Phục Lễ, Thủy Triều, Trung Hà và 2 xã của huyện Cát Hải là Phù Long và Trân Châu, thành phố Hải Phòng.

#### **- Tiêu chuẩn lựa chọn:**

+ Phụ nữ:  $\geq 18$  tuổi, có thời gian sống  $\geq 5$  năm ở các xã nêu trên của 2 huyện Thủy Nguyên và Cát Hải, thành phố Hải Phòng.

+ Nhân viên y tế xã: là nhân viên y tế phụ trách hoặc làm công việc về sản - nhi hoặc sản phụ khoa tại toàn bộ các trạm y tế của các xã thuộc hai huyện Cát Hải và Thủy Nguyên, bao gồm: bác sĩ và y sĩ đa khoa, y sĩ sản nhi, hộ sinh

+ Tiêu chuẩn chung cho cả phụ nữ và nhân viên y tế xã: Tự nguyện tham gia nghiên cứu.

#### **2.1.2. Thời gian nghiên cứu:**

Nghiên cứu được thực hiện từ tháng 1/2017 đến tháng 05/2019, chia làm 2 giai đoạn như sau:

- Giai đoạn 1: Từ tháng 1 năm 2017 đến tháng 12 năm 2017, nghiên cứu mô tả cắt ngang.

- Giai đoạn 2: Từ tháng 1 năm 2018 đến tháng 12 năm 2018, giai đoạn can thiệp cộng đồng, tiến hành trên các xã được lựa chọn từ giai đoạn 1.

#### **2.1.3. Địa điểm nghiên cứu:**

Nghiên cứu được thực hiện tại 2 huyện Thủy Nguyên và Cát Hải, thành phố Hải Phòng.

- Giai đoạn nghiên cứu mô tả cắt ngang thực hiện tại 6 xã ven biển của huyện Thủy Nguyên bao gồm: An Lư, Lập Lễ, Phả Lễ, Phục Lễ, Thủy Triều, Trung Hà và 2 xã của huyện Cát Hải là Phù Long và Trân Châu

- Giai đoạn nghiên cứu can thiệp:

+ Đối với nhóm phụ nữ: thực hiện tại 2 xã can thiệp là Phục Lễ và Trân

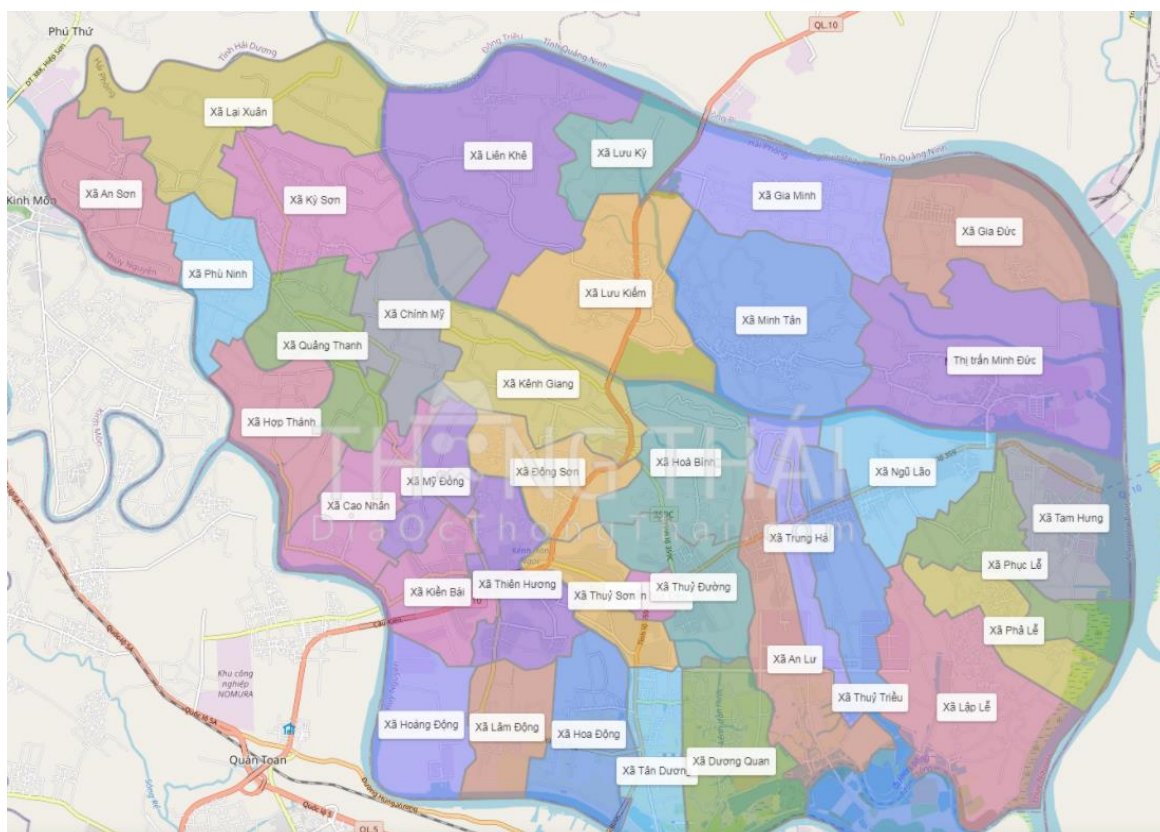
Châu; 2 xã đối chứng là Lập Lễ và Phù Long, do điều kiện kinh tế xã hội là tương đồng nhau.

+ Đối với nhóm nhân viên y tế: chọn toàn bộ nhân viên y tế tham gia nghiên cứu từ giai đoạn mô tả cắt ngang ở tất cả 8 xã được chọn.

### 2.1.3.1. Huyện Thủy Nguyên

Thủy Nguyên là một huyện lớn, nằm ở cửa ngõ phía Bắc thành phố Hải Phòng. Phía Bắc, Đông Bắc giáp tỉnh Quảng Ninh; phía Tây Nam giáp huyện An Dương và nội thành Hải Phòng; phía Đông Nam là cửa biển Nam Triệu. Địa hình Thủy Nguyên khá đa dạng, dốc từ phía Tây Bắc xuống Đông Nam, vừa có núi đất, núi đá vôi, vừa có đồng bằng và hệ thống sông hồ dày đặc. Đây chính là những điều kiện tự nhiên thuận lợi để huyện Thủy Nguyên phát triển một nền kinh tế đa dạng về ngành nghề bao gồm cả nông nghiệp, công nghiệp, tiểu thủ công nghiệp, thủy sản và du lịch.

- Diện tích tự nhiên: 242 km<sup>2</sup> – Dân số: trên 30 vạn người
- Đơn vị hành chính: 2 thị trấn và 35 xã.



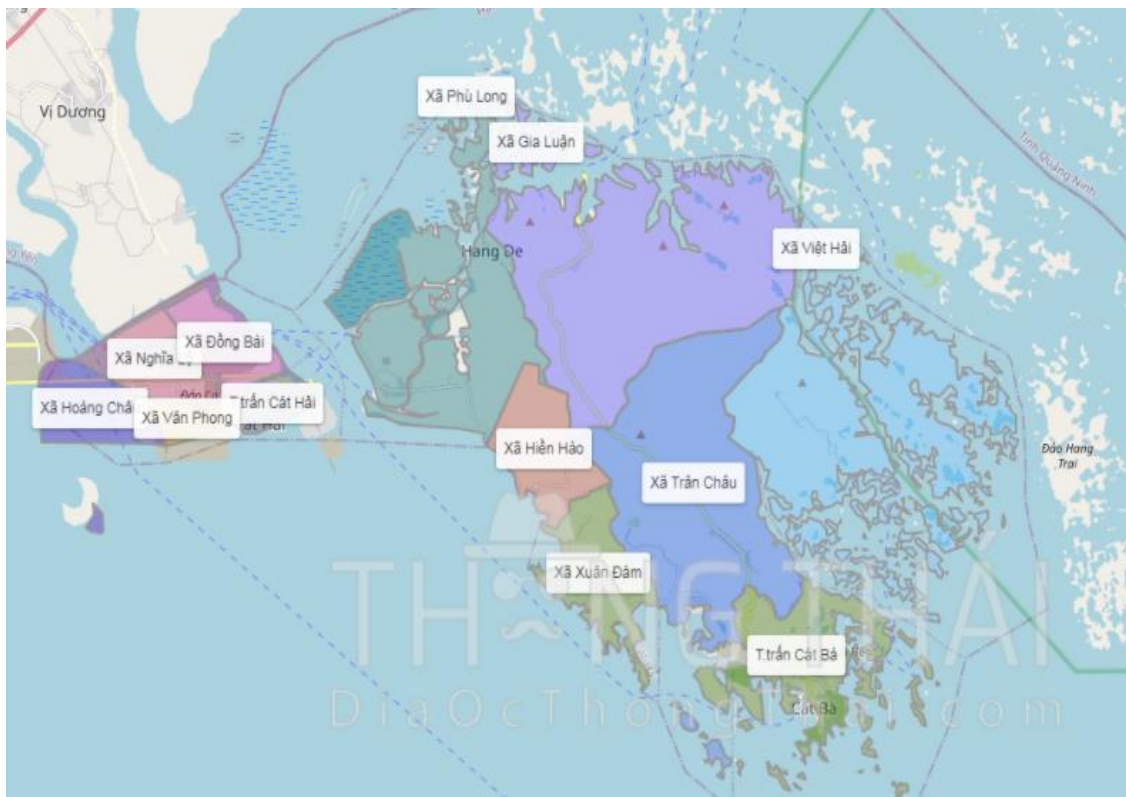
**Hình 2.1. Bản đồ huyện Thủy Nguyên, thành phố Hải Phòng**

- Công tác y tế, dân số và chăm sóc sức khỏe cộng đồng được quan tâm, đặc biệt là các xã vùng sâu, vùng xa. Đến nay, huyện đã hoàn thành chương trình đưa bác sỹ về cơ sở, sửa chữa các trạm y tế xã, đầu tư hệ thống trang thiết bị hiện đại, phục vụ tốt công tác khám, chữa bệnh.

### 2.1.3.2. Huyện đảo Cát Hải

Huyện Đảo Cát Hải thuộc Thành phố Hải Phòng phía Tây Bắc và Đông Bắc giáp tỉnh Quảng Ninh. Địa hình nơi đây phức tạp, tổng diện tích khoảng 345 km<sup>2</sup>, rừng núi chiếm 2/3 diện tích. Huyện có 2 đảo hợp thành. Đảo Cát Hải là dải cát dễ bị xâm thực và bị thủy triều bào mòn. Đảo Cát Bà có 336 hòn đảo trong đó Đảo Cát Bà là đảo lớn nhất. Huyện có gần 30 ngàn người. Khu hành chính của huyện đóng tại Cát Bà.

- Đơn vị hành chính: 2 thị trấn và 10 xã.
- Công tác y tế, dân số và chăm sóc sức khỏe cộng đồng đã được quan tâm, tuy nhiên còn chưa có nhiều thuận lợi như các huyện khác trong thành phố.



**Hình 2.2. Bản đồ huyện Cát Hải, thành phố Hải Phòng**

## 2.2. Phương pháp nghiên cứu

### 2.2.1. Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu được tiến hành theo 2 giai đoạn với hai loại thiết kế:

#### Giai đoạn 1:

- Thiết kế nghiên cứu mô tả cắt ngang từ tháng 1 năm 2017 đến tháng 12 năm 2017, nhằm xác định kiến thức, thái độ, thực hành (KAP) của phụ nữ và NVYT về bệnh UTV của 2 huyện Thủy Nguyên và Cát Hải, Hải Phòng.

- Các xã được chọn bao gồm: 6 xã của huyện Thủy Nguyên bao gồm: An Lữ, Lập Lễ, Phả Lễ, Phục Lễ, Thủy Triều, Trung Hà và 2 xã của huyện Cát Hải là Phù Long và Trân Châu

**Giai đoạn 2:** giai đoạn can thiệp và đánh giá hiệu quả của biện pháp can thiệp cộng đồng trên hai nhóm đối tượng nghiên cứu, thực hiện từ tháng 1 đến tháng 12 năm 2018.

- Với đối tượng phụ nữ (Hình 2.3):

- Thiết kế nghiên cứu can thiệp so sánh trước sau, có đối chứng
- Chọn xã can thiệp: xã Phục Lễ (huyện Thủy Nguyên) và xã Trân Châu (huyện Cát Hải)
- Chọn xã đối chứng: xã Lập Lễ (huyện Thủy Nguyên) và xã Phù Long (huyện Cát Hải).

- Với nhân viên y tế (Hình 2.4):

- Thiết kế nghiên cứu can thiệp so sánh trước sau, không có nhóm chứng
- Chọn toàn bộ nhân viên y tế tham gia vào giai đoạn 1

### 2.2.2. Cỡ mẫu nghiên cứu và phương pháp chọn mẫu

#### 2.2.2.1. Cỡ mẫu và chọn mẫu cho nghiên cứu cắt ngang

\* **Đối tượng là Phụ nữ**

#### Cỡ mẫu

Tính cỡ mẫu áp dụng công thức sau:

$$n = Z^2_{(1-\alpha/2)} \cdot \frac{pq}{d^2}$$

- n: cỡ mẫu cần nghiên cứu  
 -  $Z^2_{(1-\alpha/2)} = 1,96$  (độ tin cậy 95%)  
 -  $p = 0,68$  (là tỷ lệ phụ nữ có kiến thức đúng về bệnh UTV, ước lượng dựa trên tham khảo theo nghiên cứu của tác giả Nguyễn Hữu Châu tại Nha Trang-Khánh Hòa năm 2015) (7).

- d: là sai lệch mong muốn giữa tỷ lệ thu được từ mẫu và tỷ lệ thực của quần thể và được lấy là 0,04

Thay vào công thức ta được số phụ nữ tối thiểu cần nghiên cứu là 523 người. Để dự phòng không liên lạc được đối tượng nghiên cứu và từ chối tham gia nghiên cứu, chúng tôi tăng cỡ mẫu 5%, cỡ mẫu tối thiểu cần có là 550 người. Vì cách chọn mẫu chùm, nên chúng tôi điều chỉnh lực mẫu  $DE = 2$ , cỡ mẫu tối thiểu cần có là  $550 \times 2 = 1100$  người. Thực tế, chúng tôi thu được 1134 đối tượng tham gia vào nghiên cứu.

#### Chọn mẫu:

*Bước 1- Chọn huyện:* bốc thăm ngẫu nhiên 1 huyện trong số 6 huyện thành phố Hải Phòng (gồm Thủy Nguyên, Tiên Lãng, Kiến Thụy, An Dương, Vĩnh Bảo, An Lão) và 1 huyện hải đảo trong 2 huyện hải đảo của thành phố Hải Phòng (gồm Cát Hải và Bạch Long Vĩ). Kết quả hai huyện được chọn là Thủy Nguyên và Cát Hải.

*Bước 2- Chọn xã và phụ nữ cho từng xã:* Áp dụng phương pháp chọn mẫu chùm, coi mỗi huyện là một chùm, với dân số của mỗi chùm tính như sau:

$$n_i = n \times \frac{N_i}{N}$$

Trong đó:  $n_i$ : cỡ mẫu của chùm i

$n$ : cỡ mẫu của tất cả các chùm

$N_i$ : dân số chùm i

$N$ : dân số của quần thể

Huyện Thủy Nguyên có 35 xã, trong đó có 11 xã ven biển với tổng số phụ nữ  $\geq 18$  tuổi là khoảng 36.000 người. Huyện đảo Cát Hải có 10 xã, với tổng số phụ nữ  $\geq 18$  tuổi là khoảng 8.000 người. Thay số vào công thức trên tính được cỡ mẫu cần thiết tối thiểu cho huyện Thủy Nguyên là 900 người và huyện Cát Hải là 200 người.

Tại huyện Thủy Nguyên, bốc thăm ngẫu nhiên 6/11 xã, cỡ mẫu làm tròn là 900 người, phân bổ đều cho mỗi xã là 150 người. Tại mỗi xã, lập danh sách phụ nữ từ 18 tuổi trở lên, chọn ngẫu nhiên bằng hình thức bốc thăm theo số thứ tự 150 người từ danh sách mời đến tham gia nghiên cứu. Tại huyện đảo Cát Hải, bốc thăm ngẫu nhiên 2/10 xã, cỡ mẫu làm tròn là 200 người, phân bổ đều cho 2 xã là 100 người. Tương tự, tại mỗi xã lập danh sách phụ nữ từ 18 tuổi trở lên, chọn ngẫu nhiên 100 người từ danh sách để mời đến tham gia nghiên cứu. Tổng số phụ nữ tham gia nghiên cứu thể hiện trong bảng 2.1.

Toàn bộ phụ nữ được chọn và đồng ý tham gia nghiên cứu sẽ được đánh giá về kiến thức, thái độ về bệnh UTV và thực hành tự khám vú bằng bảng hỏi. Nếu phụ nữ trả lời có từng thực hành tự khám vú sẽ được mời tham gia cấu phần quan sát thực hành tự khám vú. Tổng số có 648/1134 phụ nữ tham gia quan sát thực hành tự khám vú.

**Bảng 2.1. Phân bố số phụ nữ tham gia nghiên cứu**

Huyện	Xã	Khung mẫu	Số PN tham gia nghiên cứu
Thủy Nguyên	An Lư	3142	153
	Lập Lễ	2940	150
	Phục Lễ	2985	179
	Phả Lễ	2714	150
	Trung Hà	3037	149
	Thủy Triều	2852	147
Cát Hải	Phù Long	914	105
	Trần Châu	843	101

**\* Đối tượng là nhân viên y tế**

Đối với nhân viên y tế, chọn chủ đích toàn bộ nhân viên y tế chịu trách nhiệm về sản nhi tại 35 xã của huyện Thủy Nguyên và 10 xã của huyện Cát Hải, những người này tùy theo xã có thể là bác sĩ, y sĩ đa khoa, y sĩ sản nhi, hộ sinh. Tổng cộng có 120 nhân viên y tế đồng ý tham gia, bao gồm 84 người ở Thủy Nguyên và 36 người ở Cát Hải. Tại Cát Hải, có tổng cộng 37 nhân viên y tế đủ tiêu chuẩn tham gia, nhưng tại thời điểm nghiên cứu chỉ thu nhận được 36 người. Tại Thủy Nguyên, có 101 nhân viên y tế đủ tiêu chuẩn tham gia, nhưng chỉ thu nhận được 84 người do một số nhân viên y tế đi học hoặc nghỉ thai sản.

**2.2.2.2. Cỡ mẫu cho nghiên cứu can thiệp (Giai đoạn 2)**

**\* Đối tượng là Phụ nữ**

Cỡ mẫu được tính toán dựa trên giả thuyết nghiên cứu về mong muốn sự khác biệt giữa hai nhóm nghiên cứu vào cuối thời điểm nghiên cứu. Trong đề tài này, mong muốn sự khác biệt về tỷ lệ phụ nữ có KAP đúng về bệnh UTV. Công thức sau đây được áp dụng để tính cỡ mẫu can thiệp cộng đồng, so sánh trước- sau có đối chứng:

$$n = Z_{(\alpha,\beta)} \frac{p_t(1-p_t) + p_s(1-p_s)}{(p_t - p_s)^2}$$

Trong đó:

$p_t$ : tỷ lệ PN có kiến thức đúng về bệnh UTV trước can thiệp (tỷ lệ tham khảo từ nghiên cứu của tác giả Nguyễn Hữu Châu là 0,68)

$p_s$ : tỷ lệ PN có kiến thức đúng về bệnh UTV mong đợi sau can thiệp (ước lượng là 0,78)

$Z_{(\alpha,\beta)} = 10,5$  (tra trong bảng Z với  $\alpha=0,05$ ,  $\beta=0,10$ )

Thay vào công thức tính được  $n = 225$  cho mỗi nhóm can thiệp và nhóm chứng.



Trong Giai đoạn 1, tổng số xã chúng tôi đã điều tra là 8 xã trong đó có 6 xã của huyện Thủy Nguyên và 2 xã của huyện Cát Hải. Để kế thừa trong khi vẫn đảm bảo được yêu cầu của việc chọn mẫu, chúng tôi lấy tổng số PN đã tham gia trong Giai đoạn 1 của 6 xã của huyện Thủy Nguyên, bốc thăm ngẫu nhiên 2 xã, 1 xã cho can thiệp và 1 xã đối chứng để đưa vào nghiên cứu trong Giai đoạn 2. Với 2 xã của huyện Cát Hải tham gia giai đoạn 1, cũng bốc thăm ngẫu nhiên và phân bổ 1 xã cho can thiệp và 1 xã đối chứng. Tổng số là 2 xã can thiệp (1 Thủy Nguyên, 1 Cát Hải) và 2 xã đối chứng (1 Thủy Nguyên, 1 Cát Hải).

Thực tế, tổng số PN tham gia vào mỗi nhóm can thiệp và đối chứng là 250 người, đảm bảo đủ cỡ mẫu tối thiểu 450 đối tượng. Trong đó, Cát Hải là 200 và Thủy Nguyên là 300.

**\* Đối tượng là nhân viên y tế**

Toàn bộ nhân viên y tế tham gia nghiên cứu từ giai đoạn 1 sẽ được mời tham gia vào giai đoạn can thiệp. Tuy nhiên, trong quá trình theo dấu, có 30 người mất dấu vì một số lý do như nghỉ thai sản, đi học, chuyển công tác.

**2.2.3. Quy trình tổ chức nghiên cứu**

**2.2.3.1. Nghiên cứu mô tả cắt ngang**

Danh sách phụ nữ từ 18 tuổi trở lên được lập tại trạm y tế xã. Từ danh sách này, chọn ngẫu nhiên và mời họ đến tham gia nghiên cứu tại trạm y tế xã cho đến khi đủ số lượng cỡ mẫu cần thiết. Tại trạm y tế, đối tượng nghiên cứu trải qua một cuộc phỏng vấn với các nội dung theo trình tự sau:

- 1) Giải thích thông tin nghiên cứu và kí đồng thuận tham gia nghiên cứu
- 2) Phỏng vấn bảng hỏi về kiến thức - thái độ - thực hành trong phát hiện sớm UTV. Cuộc phỏng vấn thực hiện tại một phòng kín của trạm y tế xã, trong thời gian khoảng 30-45 phút, do một cán bộ nghiên cứu được tập huấn kỹ lưỡng trước khi nghiên cứu diễn ra. Khi người được mời không đến tham gia sẽ gọi tiếp trong danh sách dự phòng cho đến khi đạt cỡ mẫu cần thiết.
- 3) Thực hành tự khám vú đánh giá bằng bảng kiểm: khi người tham gia

nghiên cứu trả lời có từng thực hành tự khám vú sẽ được đề nghị tham gia cầu phần quan sát thực hành tự khám vú, do cán bộ nghiên cứu thực hiện trong phòng kín của trạm y tế. Kỹ thuật quan sát được sử dụng là kỹ thuật quan sát có tham gia-là phụ nữ biết có người đang quan sát. Cán bộ nghiên cứu quan sát và ghi lại các bước mà người tham gia nghiên cứu thực hiện vào bảng kiểm đã được chuẩn bị sẵn.

Đối với nhân viên y tế xã, mời tất cả nhân viên y tế phụ trách và tham gia công tác sản-nhi tại trạm y tế tham gia nghiên cứu. Các bước thực hiện thu thập số liệu bao gồm:

- 1) Giải thích thông tin nghiên cứu và kí đồng thuận tham gia nghiên cứu
- 2) Phỏng vấn bảng hỏi về kiến thức - thái độ về phát hiện sớm UTV. Cuộc phỏng vấn thực hiện tại một phòng kín của trạm y tế xã, trong thời gian khoảng 30-45 phút, do một cán bộ nghiên cứu được tập huấn kỹ lưỡng trước khi nghiên cứu diễn ra.

- 3) Thực hành kỹ năng khám vú lâm sàng đánh giá bằng bảng kiểm: nhân viên y tế được mời tham gia thực hành kỹ năng khám vú lâm sàng với bệnh nhân giả định. Kỹ thuật quan sát được sử dụng là kỹ thuật quan sát có tham gia-là nhân viên y tế biết có người đang quan sát. Cán bộ nghiên cứu quan sát và ghi lại các bước mà nhân viên y tế thực hiện vào bảng kiểm đã được chuẩn bị sẵn.

### ***2.2.3.2. Nghiên cứu hiệu quả can thiệp cộng đồng***

#### **Đối tượng nghiên cứu là phụ nữ**

\* Mục đích: Làm tăng tỷ lệ PN có nhận thức, thực hành đúng trong phát hiện sớm và phòng ngừa UTV qua các biện pháp can thiệp bằng truyền thông, hướng dẫn tại địa bàn can thiệp.

\* Yêu cầu: Truyền thông giáo dục sức khỏe cho cộng đồng là các chị em PN có kiến thức đúng, thái độ và thực hành tốt là yếu tố quan trọng trong phòng ngừa và phát hiện sớm UTV, hướng dẫn cách tự khám vú để phát hiện sớm và điều trị kịp thời.

\* Nội dung can thiệp:

- Phát tờ rơi nhằm tuyên truyền về triệu chứng bệnh, các nguy cơ gây UTV và cách phòng tránh cho các chị em PN. Tờ rơi được phát cho PN sau khi kết thúc phỏng vấn giai đoạn ngang, khi tham gia các buổi tập huấn và sau khi đánh giá sau can thiệp.

- Mở lớp tập huấn về phòng ngừa và phát hiện sớm UTV cho các chị em thông qua hội phụ nữ xã, hướng dẫn tự khám vú (xem video và hướng dẫn trực tiếp từng chị em) và cách phát hiện các triệu chứng nghi ngờ, phương hướng tiếp theo khi phát hiện các bất thường về vú. Lớp tập huấn được tổ chức tại trạm y tế xã, mỗi lớp gồm từ 50-75 phụ nữ, do cán bộ nghiên cứu thực hiện. Lớp tập huấn được lặp lại 1 tháng/lần để đảm bảo mỗi phụ nữ tham gia giai đoạn can thiệp đều được tập huấn ít nhất 1 lần. Kế hoạch tổ chức các lớp tập huấn thể hiện trong Phụ lục 6.

- Điều tra sau can thiệp: đánh giá kết quả tác động của các biện pháp truyền thông, giáo dục.

#### Đối tượng nghiên cứu là NVYT

\* Mục đích: Đào tạo cập nhật kiến thức về UTV cho NVYT 2 huyện Thủy Nguyên và Cát Hải về lý thuyết và hướng dẫn thực hành khám vú qua video và trên mô hình.

\* Hình thức can thiệp

Tổ chức khóa tập huấn “Tập huấn nâng cao năng lực khám phát hiện các bệnh vú - ung thư vú và hướng xử trí” tại 2 huyện Thủy Nguyên và Cát Hải năm 2018 và thực hiện hỗ trợ giám sát khám chữa bệnh về vú tại tuyến y tế cơ sở của 2 huyện trên.

\* Hoạt động tập huấn nâng cao năng lực khám phát hiện bệnh vú và hướng xử trí:

Địa điểm tập huấn: Trung tâm y tế 2 huyện Thủy Nguyên, Cát Hải

Giảng viên tập huấn: Bác sỹ chuyên khoa Phụ Sản của bộ môn Sản Phụ khoa –

Trường Đại học Y Dược Hải Phòng

Đối tượng tập huấn: NVYT tuyến xã phụ trách công tác Sản Nhi tại 2 huyện trên

Thời gian tập huấn: 5 ngày cho 1 huyện

Nội dung: Tiến hành giới thiệu các bệnh vú, đặc biệt ung thư vú, hướng dẫn kỹ năng khám phát hiện bệnh và hướng xử trí (bảng 2.2.).

**Bảng 2.2. Nội dung chi tiết tập huấn nâng cao năng lực khám phát hiện bệnh vú, ung thư vú và hướng xử trí**

Thời gian		Nội dung tập huấn	Thành phần tham dự
Ngày 1	Sáng	- Khai mạc lớp học: Nêu rõ mục tiêu của lớp học - Đánh giá đầu vào (trước đào tạo) - Giới thiệu các bệnh vú, đặc biệt UTV: Triệu chứng, yếu tố nguy cơ, cách phát hiện và phòng ngừa.	- Giảng viên - Học viên
	Chiều	Hướng dẫn thực hành khám vú trên mô hình.	
Ngày 2		Thực hành khám vú trên mô hình	- Giảng viên - Học viên
Ngày 3		Thực hành khám vú trên mô hình	- Giảng viên - Học viên
Ngày 4		Hướng dẫn Truyền thông, giáo dục Tự khám vú	- Giảng viên - Học viên
Ngày 5		- Đánh giá kết quả đầu ra - Tổng kết, bế mạc lớp học	- Giảng viên - Học viên

\* Hoạt động giám sát nâng cao năng lực của NVYT xã trong việc khám phát hiện các bệnh vú.

Sau tập huấn, các NVYT về hoạt động trên địa bàn công tác. Các giảng viên của khóa tập huấn tiến hành xuống địa bàn giám sát hoạt động khám phát hiện các bệnh UTV 01 tháng/1 lần trong 6 tháng. Các lần giám sát được thực hiện trong 01 ngày, quan sát và đánh giá bằng bảng kiểm.

Sau 06 tháng tiến hành đánh giá lại hiệu quả can thiệp nâng cao năng lực của NVYT tuyến xã trong việc khám phát hiện bệnh vú và hướng xử trí.

\* Tổ chức thực hiện can thiệp cho cả phụ nữ và nhân viên y tế:

Thời gian thực hiện can thiệp là 12 tháng bao gồm 3 tháng chuẩn bị, 6 tháng thực hiện can thiệp và 3 tháng đánh giá sau can thiệp cho cả nhóm can thiệp và nhóm chứng. Nội dung đánh giá sau can thiệp tương tự như nội dung trước can thiệp với cùng công cụ thu thập thông tin là bảng hỏi và bảng kiểm (Phụ lục 1-5). Kế hoạch chi tiết về tổ chức thực hiện can thiệp thể hiện trong bảng Phụ lục 6.

## **2.3. Các biến số - chỉ số nghiên cứu và tiêu chuẩn đánh giá**

### **2.3.1. Các biến số - chỉ số nghiên cứu với phụ nữ**

- Các biến số về nhân khẩu học: tuổi, nghề nghiệp, địa dư, trình độ học vấn.

+ Tuổi: tuổi tính theo năm sinh dương lịch

+ Nghề nghiệp: CBCNV, nội trợ, làm ruộng, kinh doanh, buôn bán, lao động tự do, sinh viên, ngư dân

+ Trình độ học vấn: Mù chữ, biết đọc, biết viết (học chưa hết lớp 4/10 hoặc 5/12), hoàn thành tiểu học, hoàn thành trung học cơ sở, hoàn thành trung học phổ thông, trình độ cao đẳng, đại học khi có bằng tốt nghiệp cao đẳng, đại học

- Nguồn thông tin, truyền thông về UTV được tiếp cận:

+ Sách, báo

+ Đài, tivi

- + Nhân viên y tế xã
  - + Hội phụ nữ xã
  - + Bạn bè
  - + Nguồn khác (gia đình, người thân)
- Thực trạng kiến thức về UTV ở phụ nữ : Các biến số kiến thức về UTV là biến nhị giá với 2 giá trị “đúng” hoặc “sai”. Các biến số về kiến thức bao gồm:
- + Kiến thức về các triệu chứng của UTV:
    - Sự biến đổi về màu sắc và đặc điểm da*
    - Hình dáng vú thay đổi*
    - Sờ thấy khối u*
    - Sự co rút hoặc các vết loét*
    - Núm vú không đối xứng*
    - Tiết dịch màu máu ở núm vú*
    - Hạch nhỏ ở hố nách*
  - + Kiến thức về các yếu tố nguy cơ gây UTV
    - Kết hôn muộn và ít sinh đẻ*
    - Bức xạ ion hóa*
    - Chủng tộc và yếu tố di truyền*
    - Kinh nguyệt sớm trước 13 tuổi hoặc mãn kinh muộn sau 55 tuổi*
    - Không cho con bú hoặc bú ít*
    - Dùng thuốc nội tiết không theo chỉ định*
    - Trầm cảm-căng thẳng quá mức*
    - Thói quen ăn uống*
    - Lối sống*
  - + Kiến thức về phương pháp phòng bệnh UTV
    - Duy trì thể trọng*
    - Không hút thuốc, uống rượu*
    - Duy trì tâm lý tốt*

*Cẩn trọng với hormon*

*Làm mẹ theo tự nhiên*

*Tập thể dục đều đặn*

*Khám vú định kỳ*

*Kiểm tra gen*

+ Kiến thức về biện pháp phát hiện sớm UTV

*Tự khám vú*

*Khám lâm sàng*

*Siêu âm vú*

*Chụp X-quang vú*

*Chụp cộng hưởng từ vú*

*Chụp hình đồng vị phóng xạ vú*

*Chọc hút bằng kim nhỏ*

*Sinh thiết vú*

- Thái độ về UTV ở phụ nữ:

*UTV rất nguy hiểm*

*UTV có thể phòng ngừa được*

*Việc phòng ngừa và phát hiện sớm UTV giá trị*

*UTV chữa khỏi hoàn toàn khi phát hiện sớm*

*UTV điều trị tốn kém*

*Có thể điều trị bảo tồn UTV ở giai đoạn sớm*

*Cần khuyến mẹ, chị, em gái đi khám nếu mình mắc UTV*

*Việc tuyên truyền UTV là rất cần thiết*

- Thực hành phát hiện sớm UTV

+ Có từng đi khám vú: phỏng vấn

+ Có đi khám vú định kì: phỏng vấn

+ Tự khám vú: quan sát bằng bảng kiểm

**Tiêu chuẩn đánh giá [7],[88]**

- Đánh giá kiến thức: các biến số kiến thức về UTV có 2 giá trị “đúng” hoặc “sai”. Mỗi giá trị “đúng” được tính 1 điểm và mỗi giá trị “sai” hoặc “không biết” được tính 0 điểm. Dựa vào 32 câu hỏi (câu 10 – câu 13, phụ lục 1), tính tổng điểm của 32 câu hỏi, sau đó phân loại đánh giá theo thang Bloom như sau:

<b>Phần trăm (điểm)</b>	<b>Giải thích</b>
>60% (>19,2 điểm)	Xếp loại đạt
≤60% (<19,2 điểm)	Xếp loại không đạt

- Đánh giá thái độ: Phần thái độ được đánh giá bởi 8 câu hỏi (câu 14-câu 21, phụ lục 1). Các biến số về thái độ với UTV được xây dựng dựa trên thang điểm Likert từ 1 đến 5 (1-Rất đồng ý, 2-Đồng ý, 3-Không ý kiến, 4-Không đồng ý, 5-Rất không đồng ý). Tính tổng điểm của 8 câu hỏi sau đó đánh giá thái độ ở mức độ Tốt (Rất đồng ý, đồng ý) và Chưa tốt (mức độ còn lại).

<b>Phần trăm (điểm)</b>	<b>Giải thích</b>
>60% (<16 điểm)	Xếp loại tốt
≤60% (≥16 điểm)	Xếp loại chưa tốt

- Đánh giá thực hành bằng 2 câu phần: có 3 câu hỏi về thực hành trong phòng vấn bao gồm “Có từng đi khám vú” (câu 6, phụ lục 1), “Có khám vú định kì” (câu 7, phụ lục 1), và “Có thực hành tự khám vú ở nhà” (câu 9, phụ lục 1), 2 giá trị “có” hoặc “không”, và đánh giá thực hành tự khám vú bằng quan sát chấm điểm bằng bảng kiểm tại nơi thu thập số liệu, gồm 8 bước, phân loại thực hành tự khám vú thành 2 mức “đạt” khi quan sát bằng bảng kiểm tất cả 8 bước đều đạt và “không đạt” khi quan sát bằng bảng kiểm ít nhất 1 trong 8 bước không đạt

- Các yếu tố liên quan đến kiến thức – thái độ – thực hành về UTV của phụ nữ:

+ Tuổi: >40 tuổi và ≤40 tuổi (theo tham khảo từ các nghiên cứu) [1],[4]

+ Trình độ học vấn: từ THCS trở xuống, từ THPT trở lên

+ Nghề nghiệp: Làm ruộng, nội trợ so với CBCNV, kinh doanh, buôn bán



- + Từng tiếp cận với thông tin, truyền thông về UTV: có hoặc không
- + Nơi ở: Thủy Nguyên và Cát Hải

### 2.3.2. Các biến số với NVYT

- Biến số về nhân khẩu học và một số đặc điểm khác của NVYT:

- + Tuổi: tính theo năm sinh dương lịch
- + Giới tính: nữ và nam
- + Trình độ chuyên môn: tính theo bằng tốt nghiệp đại học hoặc cao đẳng, trung cấp bao gồm các nhóm Y sĩ, Bác sĩ, Hộ sinh

+ Số năm công tác: số năm công tác từ khi tốt nghiệp đại học, cao đẳng, trung cấp, chia theo các mức độ  $\leq 5$  năm,  $6 < 10$  năm,  $11 < 20$  năm,  $\geq 21$  năm

- Kiến thức, thái độ, thực hành (KAP) được chia ra làm 3 loại biến, đó là các biến kiến thức(K), thái độ (A) và thực hành (P).

+ Các biến kiến thức và thái độ: biến số và cách tính điểm như của PN.

+ Biến thực hành khám vú, được tính điểm theo bảng kiểm gồm: hỏi bệnh và khám bệnh. Mỗi bước đúng được 1 điểm, sai 0 điểm. Tổng điểm hỏi bệnh là 9 điểm, khám vú là 12 điểm. Cán bộ điều tra sẽ quan sát kỹ năng và tính điểm cho mỗi kỹ năng đúng đủ.

Tiêu chuẩn đánh giá Kỹ năng thực hành chia 2 phần:

Chuẩn bị và hỏi bệnh: Đạt khi cả 9 bước đúng, Không đạt khi có 1 trong 9 bước không đúng

Khám bệnh: Đạt khi cả 12 bước đúng, Không đạt khi có 1 trong 12 bước không đúng

- Các yếu tố liên quan đến kiến thức, thái độ và thực hành khám vú của NVYT

- + Bằng cấp học vị chuyên môn của NVYT: Hộ sinh, Y sĩ, Bác sĩ
- + Nơi công tác: Thủy Nguyên so với Cát Hải
- + Tuổi:  $>40$  tuổi và  $\leq 40$  tuổi (theo tham khảo từ các nghiên cứu) [1],[4]
- + Giới: nữ so với nam
- + Thâm niên công tác:  $<10$  năm,  $11 < 20$  năm,  $\geq 21$  năm

### **2.3.3. Chỉ số đánh giá hiệu quả giải pháp nâng cao kiến thức - thực hành cho phụ nữ và NVYT về phát hiện sớm và phòng ngừa UTV**

- Thay đổi kiến thức của PN về bệnh UTV sau 06 tháng can thiệp: so sánh sự thay đổi tỷ lệ trả lời đúng theo từng biến số về kiến thức, tỷ lệ kiến thức chung đạt, không đạt và sự thay đổi về tổng điểm kiến thức chung trước và sau can thiệp giữa nhóm can thiệp và nhóm chứng

- Thay đổi về thực hành trong việc phát hiện sớm UTV của PN sau 6 tháng can thiệp: so sánh tỷ lệ thực hành tự khám vú đạt trước và sau can thiệp giữa nhóm can thiệp và nhóm chứng

- Thay đổi kiến thức của NVYT về bệnh UTV sau 06 tháng can thiệp: so sánh sự thay đổi tỷ lệ trả lời đúng theo từng biến số về kiến thức, tỷ lệ kiến thức chung đạt, không đạt và sự thay đổi về tổng điểm kiến thức chung trước và sau can thiệp.

- Thay đổi kỹ năng thực hành khám vú của NVYT sau 06 tháng can thiệp: so sánh sự thay đổi về tỷ lệ kỹ năng khám vú đạt và không đạt trước và sau can thiệp

## **2.4. Kỹ thuật và công cụ thu thập thông tin**

### **\* Kỹ thuật thu thập thông tin.**

Nhóm nghiên cứu gồm các điều tra viên là cán bộ của bộ môn Sản phụ khoa trường Đại học Y Dược Hải Phòng. Các kỹ thuật thu thập thông tin bao gồm:

- Kỹ thuật phỏng vấn trực tiếp:

- Mục đích: phỏng vấn về kiến thức và thái độ về phát hiện sớm và phòng ngừa UTV theo các công cụ thu thập thông tin
- Địa điểm: trạm y tế của các xã có phụ nữ được chọn tham gia nghiên cứu
- Thời gian: mỗi cuộc phỏng vấn diễn ra trong khoảng 20-30 phút vào các buổi sáng hoặc buổi chiều

- Kỹ thuật quan sát:

- Mục đích: quan sát thực hành tự khám vú đối với phụ nữ và khám vú lâm sàng đối với nhân viên y tế
- Địa điểm: trạm y tế của các xã có nhân viên y tế được chọn tham gia vào nghiên cứu, các phòng kín đáo, có rèm che hoặc màn chắn
- Thời gian: mỗi cuộc quan sát diễn ra trong thời gian khoảng 15-20 phút
- Cách tiến hành:
  - Với phụ nữ: phụ nữ được mời tham gia nghiên cứu sau khi trả lời bảng hỏi có từng thực hành tự khám vú sẽ được mời tham gia phần quan sát thực hành tự khám vú theo hiểu biết của bản thân, nghiên cứu viên đứng quan sát từng bước và đánh dấu vào bảng kiểm cho từng bước đạt/không đạt
  - Với nhân viên y tế: nhân viên y tế được mời tham gia thực hành khám vú lâm sàng với một nghiên cứu viên đóng vai là bệnh nhân, một nghiên cứu viên đứng quan sát các bước thực hành và đánh dấu vào bảng kiểm cho từng bước đạt/không đạt

**\* Công cụ thu thập thông tin:**

**Phiếu điều tra:** Bộ câu hỏi về kiến thức – thái độ – thực hành về UTV cho PN và NVYT được xây dựng với nội dung dựa trên tham khảo của Bệnh viện K, tác giả Nguyễn Hữu Châu [85],[7]. Bộ câu hỏi này được dùng để phỏng vấn cho tất cả PN và NVYT tham gia nghiên cứu, bao gồm khai thác về (Phụ lục 1,2):

- Thông tin nhân khẩu học: tuổi, nghề nghiệp, địa chỉ, trình độ văn hóa, trình độ chuyên môn, số năm công tác

- Kiến thức liên quan đến triệu chứng, cách phát hiện sớm và cách phòng tránh UTV

- Kiến thức về các yếu tố liên quan đến ung thư vú: Tiền sử gia đình, những quan hệ ruột thịt đặc biệt chị em gái đã mắc ung thư vú, tiền sử bệnh về vú của bản thân: bệnh đã mắc, kết quả sinh thiết lần trước nếu có, tiền sử sản phụ khoa: đặc điểm kinh nguyệt gián tiếp đánh giá tình trạng nội tiết buồng

trúng, tiền sử sinh đẻ và cho con bú.

- Thái độ về bệnh UTV và việc phát hiện sớm UTV
- Thực hành: khám vú định kì, tự khám vú, khám vú lâm sàng

***Bảng kiểm khám vú:***

- Dành cho đánh giá thực hành tự khám vú của phụ nữ trước và sau can thiệp gồm 8 bước Hướng dẫn tự khám vú và cách phát hiện các triệu chứng nghi ngờ (Phụ lục 5).

- Dành cho đánh giá thực hành khám vú của nhân viên y tế trước và sau can thiệp gồm 21 bước (Phụ lục 3)

**2.5. Sai số và không chế sai số**

Trong quá trình thu thập số liệu, có thể có sai số thu thập thông tin liên quan đến quá trình phỏng vấn bằng bảng hỏi và quan sát thực hành bằng bảng kiểm, bao gồm:

- Sai số ngẫu nhiên: liên quan tới đối tượng phỏng vấn, sai số do chọn mẫu.

=> Không chế sai số ngẫu nhiên bằng cách: tăng cỡ mẫu cho thiết kế nghiên cứu với hệ số thiết kế.

- Sai số hệ thống: sai số liên quan đến thu thập thông tin bao gồm sai số nhớ lại, sai số do điều tra từ phỏng vấn và quan sát thực hành.

=> Không chế sai số bằng cách cán bộ tham gia nghiên cứu cùng với học viên được được tập huấn kỹ về phương pháp phỏng vấn tại cộng đồng, đối tượng nghiên cứu được dành thời gian để suy nghĩ và trả lời cho mỗi câu hỏi và được giải thích nếu không hiểu, các quan sát thực hành được đánh giá bằng bảng kiểm và điều tra viên được tập huấn thống nhất cách đánh giá bằng bảng kiểm.

**2.6. Phân tích và xử lý số liệu**

Số liệu được nhập, làm sạch và quản lý bằng Microsoft Excel 2003. Sau đó số liệu được chuyển sang phân tích bằng phần mềm Stata 14.0

Phương pháp tính tần số, tính tỷ lệ phần trăm và giá trị trung bình được sử

dụng cho cấu phần mô tả.

Giá trị p ở ngưỡng  $p < 0,05$  được coi là có ý nghĩa thống kê. Xác định các yếu tố nguy cơ qua phân tích hồi quy logistic đơn biến, những yếu tố có  $p < 0,2$  được đưa vào mô hình phân tích logistic đa biến để xác định yếu tố nguy cơ độc lập.

Kiểm định Khi-bình phương, Fisher để kiểm tra sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa các nhóm. T-test, Sign test để kiểm tra sự khác biệt giữa 2 trung bình.

Tính chỉ số hiệu quả (CSHQ) đối với nhóm can thiệp bằng công thức:

$$CSHQ = \frac{|P_2 - P_1|}{P_1}$$

CSHQ: Chỉ số hiệu quả được tính bằng tỷ lệ %

P1: Tỷ lệ tại thời điểm bắt đầu can thiệp

P2: Tỷ lệ tại thời điểm sau can thiệp

Tính hiệu quả can thiệp (HQCT) bằng công thức:

$$HQCT = (CSHQ_{CT} - CSHQ_{NC})$$

CSHQ<sub>CT</sub> : Chỉ số hiệu quả của nhóm can thiệp

CSHQ<sub>NC</sub> : Chỉ số hiệu quả của nhóm chứng

Số liệu được trình bày dưới dạng các bảng và hình biểu thị tần số, giá trị trung bình, tỷ lệ và độ lệch chuẩn của các giá trị đó.

## 2.7. Vấn đề đạo đức trong nghiên cứu

Nghiên cứu thực hiện theo đúng đề cương phê duyệt của hội đồng xét duyệt đề cương trường Đại học Y Dược Hải Phòng. Nghiên cứu tiến hành khi có sự đồng thuận của Trung tâm Y tế huyện Thủy Nguyên và Cát Hải.

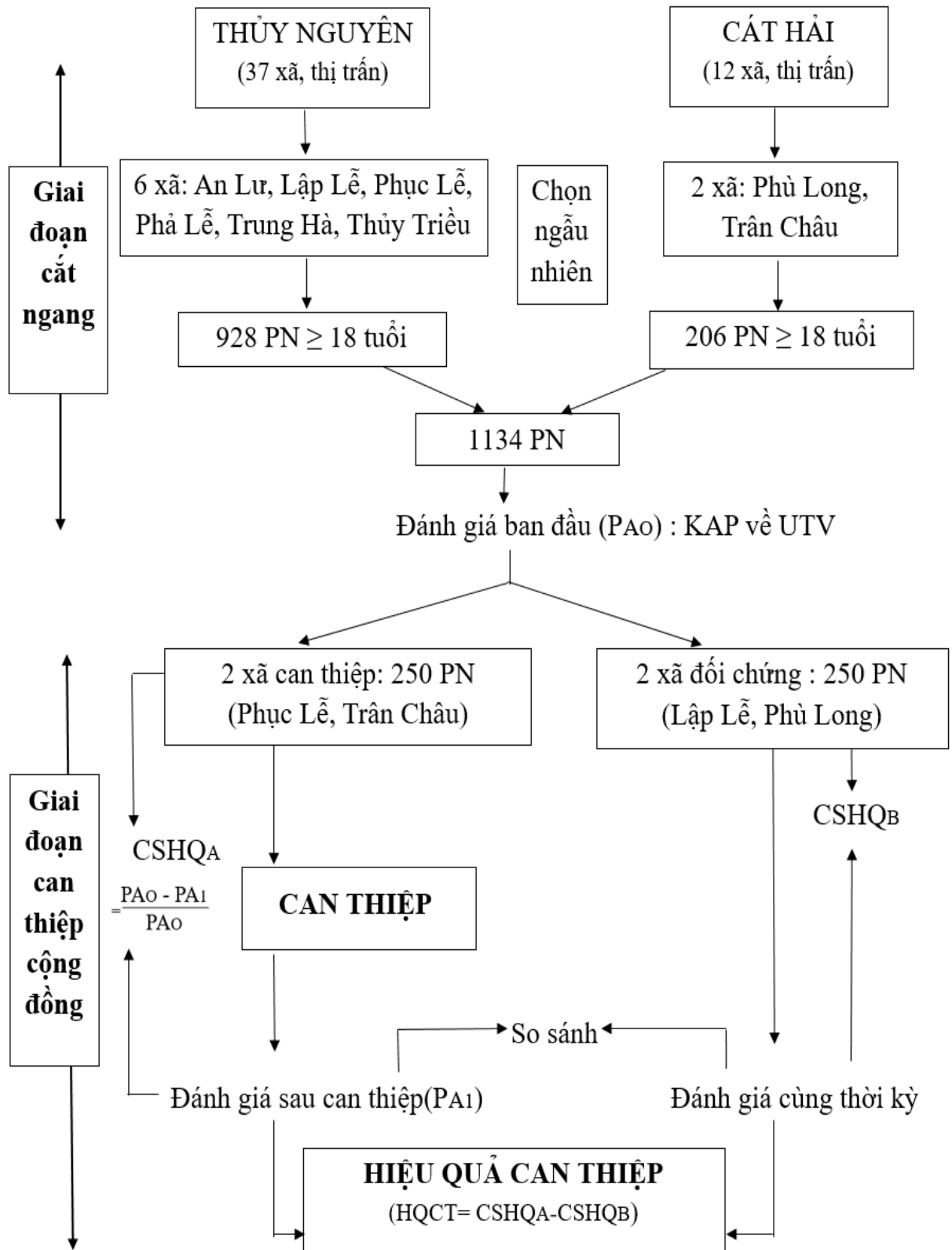
Đối tượng tham gia nghiên cứu được giải thích rõ mục đích, ý nghĩa của nghiên cứu và tự nguyện tham gia nghiên cứu.

Đối tượng nghiên cứu có thể từ chối tiếp tục tham gia nghiên cứu ở bất kỳ thời điểm nào của nghiên cứu.

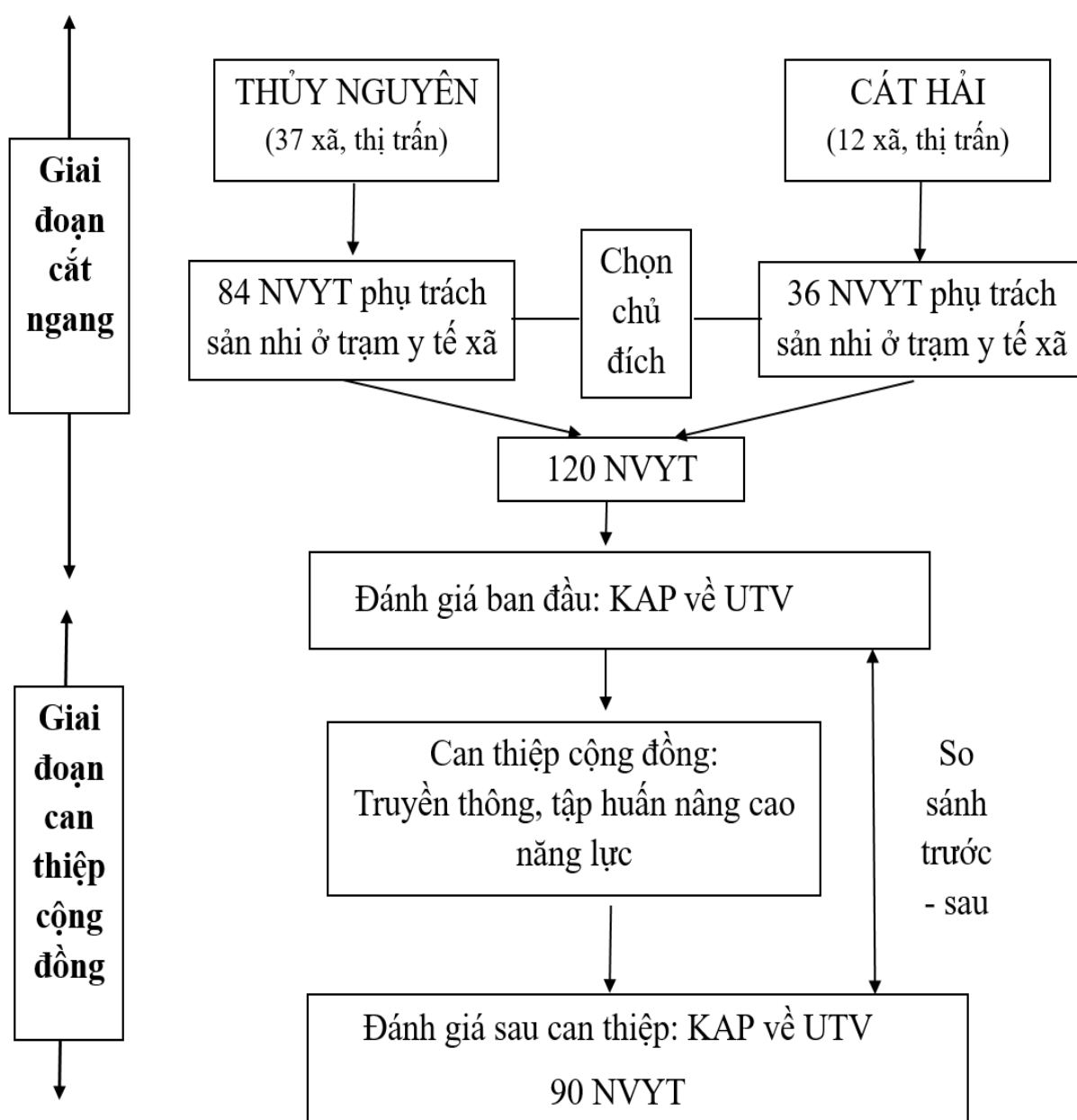
Khi phát hiện có dấu hiệu bất thường về sức khỏe, đối tượng nghiên cứu sẽ được hướng dẫn đến các cơ sở y tế chuyên khoa.

Mọi thông tin cá nhân đều được giữ bí mật và chỉ sử dụng cho nghiên cứu.

Kết quả nghiên cứu chỉ nhằm mục đích phục vụ cho việc nâng cao kiến thức, thái độ, thực hành của phụ nữ và nhân viên y tế trong việc phát hiện sớm UTV, từ đó làm tăng khả năng phát hiện sớm UTV tại cộng đồng, giảm tỷ lệ tử vong và gánh nặng bệnh tật do UTV.



**Hình 2.3. Sơ đồ thiết kế nghiên cứu với phụ nữ**



**Hình 2.4. Sơ đồ thiết kế nghiên cứu với nhân viên y tế**



### Chương 3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

#### 3.1. Kiến thức, thái độ, thực hành (KAP) của phụ nữ trong phát hiện sớm ung thư vú tại 2 huyện Thủy Nguyên và Cát Hải, Hải Phòng năm 2017

**Bảng 3.1. Đặc điểm dân số xã hội học của phụ nữ tham gia nghiên cứu**

Đặc điểm		Cát Hải (n=206)	Thủy Nguyên (n=928)	Giá trị p	Chung (n=1134)
Tuổi	19 – 30 (n,%)	27 (13,11)	229 (24,68)	<b>&lt; 0,001</b>	256 (22,57)
	31 – 40 (n,%)	72 (34,95)	275 (29,63)		347 (30,60)
	41 – 50 (n,%)	69 (33,5)	197 (21,23)		266 (23,46)
	≥ 50 (n,%)	38 (18,45)	227 (24,46)		265 (23,37)
	Trung bình ± SD	41,81 ± 9,67	40,56 ± 12,21	0,084	40,8 ± 11,8
Trình độ học vấn (n,%)	Tiểu học trở xuống	19 (9,22)	195 (21,01)	<b>&lt; 0,001</b>	214 (18,87)
	THCS	87 (42,23)	287 (30,92)		374 (32,98)
	THPT	88 (42,72)	350 (37,72)		438 (38,62)
	Cao đẳng, đại học	12 (5,83)	96 (10,34)		108 (9,52)
Nghề nghiệp (n,%)	Làm ruộng/ nội trợ	159 (77,18)	577 (62,18)	<b>&lt; 0,001</b>	736 (64,9)
	CBCNV	9 (4,37)	231 (24,89)		240 (21,16)
	Kinh doanh, buôn bán	22 (10,68)	96 (10,34)		118 (10,41)
	Lao động tự do, sinh viên, ngư dân	16 (7,77)	24 (2,59)		40 (3,53)

*Nhận xét:* Trong tổng số 1134 đối tượng tham gia nghiên cứu, có 928 (81,83%) ở Thủy Nguyên và 206 (18,17%) ở Cát Hải. Tuổi trung bình của đối tượng nghiên cứu là  $40,8 \pm 11,8$ , phân bố đồng đều ở tất cả các nhóm tuổi. Trình độ học vấn chủ yếu của phụ nữ là THPT (38,62%) và THCS (32,98%). Nghề nghiệp làm ruộng và nội trợ chiếm tỷ lệ cao nhất với 64,9%. Có sự khác biệt về cơ cấu tuổi, trình độ học vấn và nghề nghiệp giữa Cát Hải và Thủy Nguyên.

**Bảng 3.2. Nguồn thông tin, truyền thông về ung thư vú mà phụ nữ được tiếp cận**

<b>Nguồn thông tin, truyền thông về UTV</b>	<b>Cát Hải (n=206)</b>	<b>Thủy Nguyên (n=928)</b>	<b>Giá trị p</b>	<b>Chung (n=1134)</b>
Chưa từng tiếp cận	12 (5,83)	122 (13,15)	<b>0,003</b>	134 (11,82)
Đã tiếp cận	194 (94,17)	806 (86,85)		1000 (88,18)
<i>Sách, báo</i>	29 (14,08)	141 (15,19)	0,685	170 (14,99)
<i>Đài, tivi</i>	148 (71,84)	635 (68,43)	0,337	783 (69,05)
<i>NVYT xã</i>	78 (37,86)	149 (16,06)	<b>&lt;0,001</b>	227 (20,02)
<i>Hội PN xã</i>	79 (38,35)	41 (4,42)	<b>&lt;0,001</b>	120 (10,58)
<i>Bạn bè</i>	53 (25,73)	171 (18,43)	<b>0,017</b>	224 (19,75)
<i>Nguồn khác (gia đình, người thân)</i>	29 (14,08)	31 (3,34)	<b>&lt;0,001</b>	60 (5,29)

*Nhận xét:* 88,18% phụ nữ đã được tiếp cận với các nguồn thông tin về bệnh UTV. Trong số các nguồn thông tin tiếp cận, tỷ lệ tiếp cận từ đài, ti vi chiếm cao nhất với 69,05%, sau đó đến NVYT (20,02%), bạn bè (19,75%) và sách, báo (14,99%). Tỷ lệ đã từng tiếp cận thông tin của Cát Hải cao hơn có ý nghĩa thống kê so với Thủy Nguyên ( $p < 0,05$ ).

**Bảng 3.3. Kiến thức của phụ nữ về triệu chứng bệnh ung thư vú (n=1134)**

Triệu chứng	Không đúng		Đúng	
	Số lượng	Tỷ lệ %	Số lượng	Tỷ lệ %
Sự biến đổi về màu sắc và đặc điểm da	428	37,74	706	62,26
Hình dáng vú thay đổi	471	41,53	663	58,47
Sờ thấy khối u	190	16,75	944	83,25
Sự co rút hoặc các vết loét	603	53,17	531	46,83
Núm vú không đối xứng	586	51,68	548	48,32
Tiết dịch màu máu ở núm vú	403	35,54	731	64,46
Hạch nhỏ ở hố nách	378	33,33	756	66,67

*Nhận xét:* Triệu chứng bệnh UTV được biết đến nhiều nhất ở cả hai địa điểm là *Sờ thấy khối u* (83,25%), tiếp đến là *Hạch nhỏ ở hố nách* (66,67%), *Tiết dịch màu máu ở núm vú* (64,46%) và *Sự biến đổi về màu sắc và đặc điểm da* (62,26%).

**Bảng 3.4. Kiến thức của phụ nữ về các nguy cơ gây ung thư vú (n=1134)**

Các yếu tố nguy cơ	Không đúng		Đúng	
	Số lượng	Tỷ lệ %	Số lượng	Tỷ lệ %
Kết hôn muộn và ít sinh đẻ	794	70,02	340	29,98
Bức xạ ion hóa	555	48,94	579	51,06
Chủng tộc và yếu tố di truyền	412	36,33	722	63,67
Kinh nguyệt sớm trước 13 tuổi hoặc mãn kinh muộn sau 55 tuổi	852	75,13	282	24,87
Không cho con bú hoặc bú ít	780	68,78	354	31,22
Dùng thuốc nội tiết không theo chỉ định	612	54,76	513	45,24
Trầm cảm- căng thẳng quá mức	753	66,4	381	33,6
Thói quen ăn uống	579	51,06	555	48,94
Lối sống	480	42,33	654	57,67

*Nhận xét:* Với kiến thức về yếu tố nguy cơ với bệnh UTV, yếu tố được nhiều phụ nữ biết đến nhiều nhất là chủng tộc và yếu tố di truyền (63,67%), lối sống (57,67%), bức xạ ion hóa (51,06%), tiếp đến là thói quen ăn uống, bức xạ ion hóa, dùng thuốc nội tiết không theo chỉ định của bác sỹ, các yếu tố kết hôn muộn và sinh đẻ ít, kinh nguyệt có sớm trước 13 tuổi và mãn kinh muộn sau 55 tuổi được biết đến ít nhất.

**Bảng 3.5. Kiến thức của phụ nữ về các phương pháp phát hiện ung thư vú**

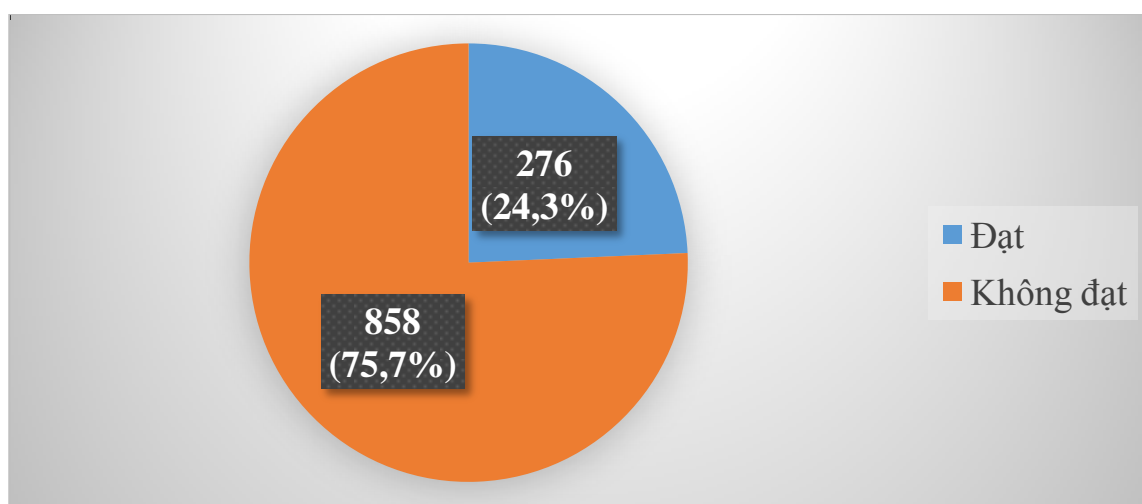
<b>Kiến thức về các phương pháp phát hiện UTV</b>	<b>Không đúng</b>		<b>Đúng</b>	
	<b>Số lượng</b>	<b>Tỷ lệ %</b>	<b>Số lượng</b>	<b>Tỷ lệ %</b>
Tự khám vú	412	36,33	722	63,67
Khám lâm sàng	489	43,12	645	56,88
Siêu âm vú	202	17,81	932	82,19
Chụp X-quang vú	304	26,81	830	73,19
Chụp cộng hưởng từ vú	527	46,47	607	53,53
Chụp hình đồng vị phóng xạ vú	588	51,85	546	48,15
Chọc hút bằng kim nhỏ	578	50,97	556	49,03
Sinh thiết vú	517	45,59	617	54,41

*Nhận xét:* Kết quả từ bảng 5 cho thấy, phụ nữ biết về phương pháp phát hiện UTV cao nhất là siêu âm vú (82,19%), chụp X-quang vú (73,19%), tự khám vú (63,67%) và khám lâm sàng vú (56,88%). Các phương pháp còn lại trả lời đúng với tỷ lệ thấp hơn từ dưới 50%.

**Bảng 3.6. Kiến thức của phụ nữ về các biện pháp phòng ngừa ung thư vú**

Giải pháp phòng ngừa	Không đúng		Đúng	
	Số lượng	Tỷ lệ %	Số lượng	Tỷ lệ %
Duy trì thể trọng	210	18,52	924	81,48
Không hút thuốc, uống rượu	291	25,66	843	74,43
Duy trì tâm lý tốt	391	34,48	743	65,52
Cần trọng với hormon	347	30,6	787	69,4
Làm mẹ theo tự nhiên	275	24,25	859	75,75
Tập thể dục đều đặn	237	20,9	897	79,1
Khám vú định kỳ	114	10,05	1020	89,95
Kiểm tra gen	193	17,02	941	82,98

*Nhận xét:* Trong 9 nội dung về các biện pháp phòng ngừa UTV, phần lớn phụ nữ có hiểu biết đúng với tỷ lệ cao trên 60%, cao nhất là khám vú định kỳ với 89,95%.

**Hình 3.1. Kiến thức chung của phụ nữ về ung thư vú**

*Nhận xét:* Tỷ lệ có kiến thức chung về UTV đạt ở cả hai huyện là 24,3%, kiến thức không đạt là 75,7%.

**Bảng 3.7. Thái độ của phụ nữ về bệnh ung thư vú (n=1134)**

Thái độ về ung thư vú	Tỷ lệ (%) theo mức độ				
	1	2	3	4	5
UTV rất nguy hiểm	42,4	51,5	4,1	0,9	1,1
UTV có thể phòng ngừa được	18,0	58,6	17,9	3,0	2,5
Việc phòng ngừa và phát hiện sớm UTV giá trị	32,9	56,1	8,4	1,3	1,3
UTV chữa khỏi hoàn toàn khi phát hiện sớm	18,7	55,7	20,6	2,5	2,5
UTV điều trị tốn kém	33,9	52,0	9,3	2,3	2,5
Có thể điều trị bảo tồn UTV ở giai đoạn sớm	18,1	47,9	23,0	7,8	3,2
Cần khuyến mẹ, chị, em gái đi khám nếu mình mắc UTV	34,7	56,3	6,3	1,3	1,4
Việc tuyên truyền UTV là rất cần thiết	39,6	52,2	5,6	0,8	1,9

1-Rất đồng ý,

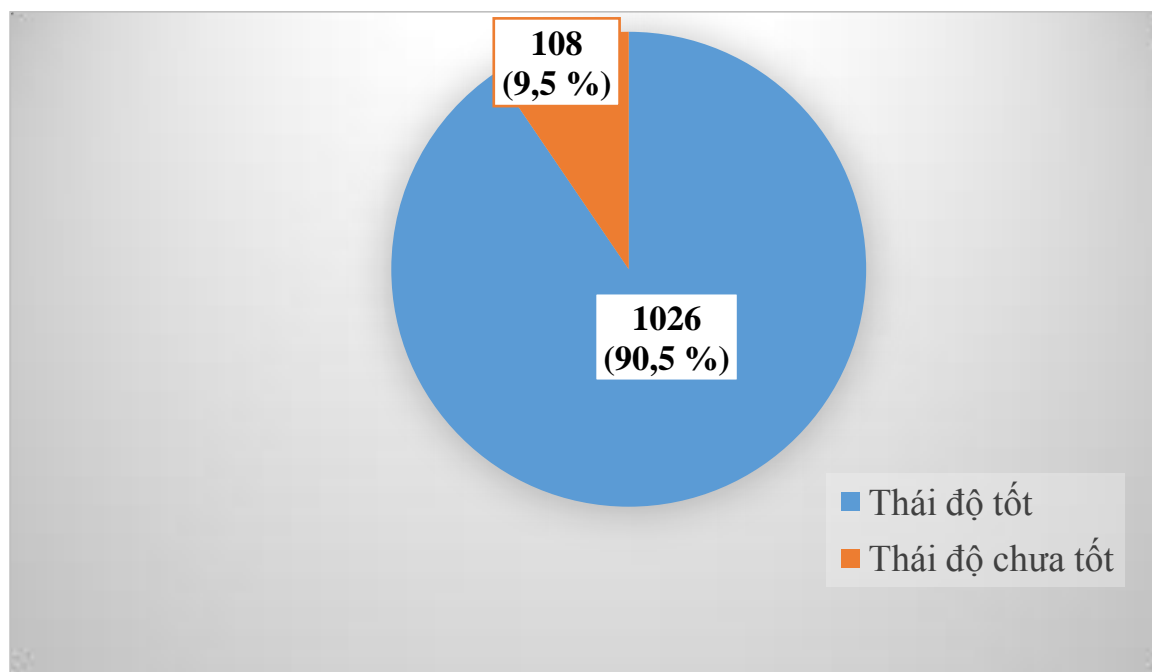
2-Đồng ý,

3-Không ý kiến,

4-Không đồng ý,

5-Rất không đồng ý

*Nhận xét:* Nhìn chung, tỷ lệ phụ nữ có thái độ tốt về bệnh UTV cao nhất là thái độ UTV là bệnh rất nguy hiểm, UTV điều trị tốn kém, Cần khuyến mẹ, chị, em gái đi khám nếu mình mắc UTV và Việc tuyên truyền UTV là rất cần thiết với từ 33,9 đến 42,4%. Thái độ thấp nhất là UTV có thể phòng ngừa được, UTV chữa khỏi hoàn toàn khi phát hiện sớm và Có thể điều trị bảo tồn UTV ở giai đoạn sớm với khoảng 18%.



**Hình 3.2. Thái độ chung của phụ nữ về ung thư vú**

*Nhận xét:* Tỷ lệ phụ nữ có thái độ chung tích cực về UTV ở cả hai huyện là 90,5%.

**Bảng 3.8. Thực hành của phụ nữ trong phát hiện sớm và phòng ngừa UTV**

Thực hành trong phát hiện sớm và phòng ngừa UTV	Công cụ thu thập số liệu	Không		Có	
		Số lượng	Tỷ lệ %	Số lượng	Tỷ lệ %
Có từng đi khám vú (n=1134)	Phỏng vấn bảng hỏi	509	44,89	625	55,11
Có đi khám vú định kỳ (n=1134)	Phỏng vấn bảng hỏi	1064	93,83	70	6,17
Có tự khám vú (n=1134)	Phỏng vấn bảng hỏi	486	42,86	648	57,14
Thực hành tự khám vú đạt (n=648)	Quan sát bằng bảng kiểm	604	93,21	44	6,79

*Nhận xét:* Trong thực hành để phát hiện sớm và phòng ngừa UTV, kết quả nghiên cứu cho thấy chỉ có 55,11% phụ nữ từng đi khám vú, 6,17% phụ nữ có đi khám vú định kỳ; 57,14% phụ nữ có thực hành tự khám vú ở nhà, nhưng chỉ có 6,79% người thực hành khám vú đạt.



**Bảng 3.9. Liên quan giữa kiến thức chung của phụ nữ về ung thư vú và một số đặc điểm dân số xã hội học**

Yếu tố liên quan	Kiến thức chung về UTV (n=1134)		OR [95%CI]	aOR* [95%CI]
	Không đạt (n,%)	Đạt (n,%)		
<b>Tuổi</b>				
≤ 40 tuổi	466 (77,28)	137 (22,72)	1,2 <sup>a</sup>	1,33 <sup>a</sup>
> 40 tuổi	392 (73,82)	139 (26,18)	[0,92-1,58]	[0,99-1,79]
<b>TĐHV</b>				
Từ THCS trở xuống	465 (79,08)	123 (20,92)	<b>1,47<sup>b</sup></b> <b>[1,12-1,93]</b>	<b>1,5<sup>b</sup></b> <b>[1,12-2,02]</b>
Từ THPT trở lên	393 (71,98)	153 (28,02)		
<b>Nghề nghiệp</b>				
Làm ruộng, nội trợ	556 (75,54)	180 (24,46)	0,98 <sup>c</sup> [0,73-1,30]	-
CBCNV, kinh doanh, buôn bán, khác...	302 (75,88)	96 (24,12)		
<b>Từng tiếp cận với thông tin, truyền thông về UTV</b>				
Chưa	121 (90,3)	13 (9,7)	<b>3,32<sup>d</sup></b> <b>[1,84-5,98]</b>	<b>2,8<sup>d</sup></b> <b>[1,54-5,09]</b>
Có	737 (73,7)	263 (26,3)		
<b>Nơi ở</b>				
Thủy Nguyên	736 (79,31)	192 (20,69)	<b>2,63<sup>d</sup></b> <b>[1,91-3,63]</b>	<b>2,49<sup>d</sup></b> <b>[1,79-3,44]</b>
Cát Hải	122 (59,22)	84 (40,78)		

<sup>a</sup>:  $p < 0,2$ ;    <sup>b</sup>:  $p < 0,05$ ;    <sup>c</sup>:  $p > 0,2$ ;    <sup>d</sup>:  $p < 0,001$

\*Mô hình đa biến: yếu tố có giá trị  $p$  ở phân tích đơn biến  $< 0,2$

**Nhận xét:** Trong mô hình phân tích đa biến, ba yếu tố có liên quan đến kiến thức chung về ung thư vú của phụ nữ là trình độ học vấn, có từng tiếp cận với thông tin về UTV và nơi ở. Cụ thể, phụ nữ có trình độ học vấn THPT trở lên có khả năng kiến thức đạt cao hơn gấp 1,5 lần so với trình độ THCS trở xuống (95%CI: 1,12-2,02); phụ nữ có từng tiếp cận với thông tin về UTV có khả năng kiến thức đạt cao hơn gấp 2,8 lần so với nhóm chưa từng tiếp cận (95%CI: 1,54-5,09); phụ nữ ở Cát Hải có khả năng kiến thức đạt cao hơn gấp 2,49 lần so với phụ nữ ở Thủy Nguyên (95%CI: 1,79-3,44).

**Bảng 3.10. Liên quan giữa thái độ chung của phụ nữ về ung thư vú và một số đặc điểm dân số xã hội học**

Yếu tố liên quan	Thái độ chung về UTV (n=1134)		OR [95%CI]	aOR* [95%CI]
	Không tốt (n,%)	Tốt (n,%)		
<b>Tuổi</b>				
≤ 40 tuổi	66 (10,95)	537 (89,05)	1,43 <sup>a</sup>	1,26 <sup>c</sup>
> 40 tuổi	42 (7,91)	489 (92,09)	[0,95-2,14]	[0,82-1,95]
<b>TĐHV</b>				
Từ THCS trở xuống	57 (9,69)	531 (90,31)	1,04 <sup>c</sup>	-
Từ THPT trở lên	51 (9,34)	495 (90,66)	[0,7-1,54]	-
<b>Nghề nghiệp</b>				
Làm ruộng, nội trợ	60 (8,15)	676 (91,85)	<b>0,64<sup>b</sup></b> <b>[0,43-0,96]</b>	0,76 <sup>c</sup> [0,49-1,17]
CBCNV, kinh doanh, buôn bán, khác...	48 (12,06)	350 (87,94)		
<b>Từng tiếp cận với thông tin, truyền thông về UTV</b>				
Chưa	17 (12,69)	117 (87,31)	1,45 <sup>a</sup>	1,33 <sup>c</sup>
Có	91 (9,1)	909 (90,9)	[0,83-2,52]	[0,76-2,33]
<b>Nơi ở</b>				
Thủy Nguyên	103 (11,1)	825 (88,9)	<b>5,01<sup>d</sup></b>	<b>4,61<sup>d</sup></b>
Cát Hải	5 (2,43)	201 (97,57)	<b>[2,01-12,47]</b>	<b>[1,84-11,53]</b>

<sup>a</sup>:  $p < 0,2$ ;    <sup>b</sup>:  $p < 0,05$ ;    <sup>c</sup>:  $p > 0,2$ ;    <sup>d</sup>:  $p < 0,001$

\*Mô hình đa biến: yếu tố có giá trị  $p$  ở phân tích đơn biến  $> 0,2$

*Nhận xét:* Trong phân tích đơn biến, có hai yếu tố liên quan đến thái độ của phụ nữ về UTV là nghề nghiệp (CBCNV, kinh doanh, buôn bán... làm giảm nguy cơ có thái độ tích cực 0,64 lần so với nhóm nghề làm ruộng/nội trợ), và nơi ở (phụ nữ ở Cát Hải có khả năng có thái độ tích cực cao hơn gấp 5,01 lần so với Thủy Nguyên). Tuy nhiên, trong mô hình hồi quy đa biến, chỉ có 1 yếu tố có liên quan là nơi ở tại Cát Hải so với Thủy Nguyên với aOR = 4,61 (95%CI: 1,84-11,53).

**Bảng 3.11. Một số yếu tố liên quan đến thực hành đi khám vú định kỳ của phụ nữ theo bộ câu hỏi**

Yếu tố liên quan		Đi khám vú định kỳ (n=1134)		OR [95%CI]	aOR* [95%CI]
		Không (n,%)	Có (n,%)		
Tuổi	≤ 40 tuổi	565 (93,7)	38 (6,3)	0,95 <sup>c</sup>	-
	> 40 tuổi	499 (93,97)	32 (6,03)	[0,58-1,54]	
<b>TĐHV</b>					
Từ THCS trở xuống		566 (96,26)	22 (3,74)	<b>2,47<sup>d</sup></b> <b>[1,47-4,16]</b>	<b>2,33<sup>d</sup></b> <b>[1,38-3,92]</b>
Từ THPT trở lên		498 (91,21)	48 (8,79)		
<b>Nghề nghiệp</b>					
Làm ruộng, nội trợ		690 (93,75)	46 (6,25)	0,96 <sup>c</sup> [0,57-1,60]	-
CBCNV, kinh doanh, buôn bán, khác...		374 (93,97)	24 (6,03)		
<b>Từng tiếp cận với thông tin, truyền thông về UTV</b>					
Chưa		131 (97,76)	3 (2,24)	3,13 <sup>a</sup>	2,59 <sup>a</sup>
Có		933 (93,3)	67 (6,7)	[0,97-10,11]	[0,79-8,43]
<b>Nơi ở</b>					
Thủy Nguyên		868 (93,53)	60 (6,47)	0,73 <sup>c</sup> [0,37-1,46]	-
Cát Hải		196 (95,15)	10 (4,85)		
<b>Kiến thức về UTV</b>					
Không đạt		802 (93,47)	56 (6,53)	0,76 <sup>c</sup> [0,41-1,39]	-
Đạt		262 (94,93)	14 (5,07)		
<b>Thái độ về UTV</b>					
Không tốt		102 (94,44)	6 (5,56)	1,13 <sup>c</sup> [0,47-2,67]	-
Tốt		962 (93,76)	64 (6,24)		

<sup>a</sup>:  $p < 0,2$ ;    <sup>b</sup>:  $p < 0,05$ ;    <sup>c</sup>:  $p > 0,2$ ;    <sup>d</sup>:  $p < 0,001$

\*Mô hình đa biến: yếu tố có giá trị  $p$  ở phân tích đơn biến  $> 0,2$

**Nhận xét:** Trong mô hình hồi quy đa biến, có mối liên quan giữa việc đi khám vú định kỳ và trình độ học vấn của phụ nữ. Phụ nữ có trình độ THPT trở lên có khả năng đi khám vú định kỳ cao hơn gấp 2,33 lần so với phụ nữ có trình độ học vấn THCS trở xuống (95%CI 1,38-3,92,  $p < 0,001$ ).

**Bảng 3.12. Một số yếu tố liên quan đến thực hành tự khám vú của phụ nữ theo bộ câu hỏi**

Yếu tố liên quan		Tự khám vú (n=1134)		OR [95%CI]	aOR* [95%CI]
		Không (n,%)	Có (n,%)		
Tuổi	≤ 40 tuổi	277 (45,94)	326 (54,06)	<b>1,27<sup>b</sup></b> [1,3-1,65]	1,28 <sup>a</sup> [0,96-1,70]
	> 40 tuổi	209 (39,36)	322 (60,64)		
<b>TĐHV</b>					
Từ THCS trở xuống		265 (45,07)	323 (54,93)	1,2 <sup>a</sup> [0,95-1,53]	1,08 <sup>c</sup> [0,81-1,44]
Từ THPT trở lên		221 (40,48)	325 (59,52)		
<b>Nghề nghiệp</b>					
Làm ruộng, nội trợ		304 (41,03)	432 (58,7)	0,83 <sup>a</sup> [0,65-1,06]	0,94 <sup>c</sup> [0,70-1,25]
CBCNV, kinh doanh, buôn bán, khác...		182 (45,73)	216 (54,27)		
<b>Từng tiếp cận với thông tin, truyền thông về UTV</b>					
Chưa		107 (79,85)	27 (20,15)	<b>6,49<sup>d</sup></b> [4,17-10,09]	<b>5,67<sup>d</sup></b> [3,5-9,04]
Có		379 (37,9)	621 (62,1)		
<b>Nơi ở</b>					
Thủy Nguyên		456 (49,14)	472 (50,86)	<b>5,66<sup>d</sup></b> [3,76-8,52]	<b>4,66<sup>d</sup></b> [3,04-7,15]
Cát Hải		30 (14,56)	176 (85,44)		
<b>Kiến thức về UTV</b>					
Không đạt		422 (49,18)	436 (50,82)	<b>3,20<sup>d</sup></b> [2,35-4,37]	<b>2,41<sup>d</sup></b> [1,73-3,36]
Đạt		64 (23,19)	212 (76,81)		
<b>Thái độ về UTV</b>					
Không tốt		63 (58,33)	45 (41,67)	<b>1,99<sup>d</sup></b> [1,33-2,98]	1,45 <sup>a</sup> [0,94-2,23]
Tốt		423 (41,23)	603 (58,77)		

<sup>a</sup>:  $p < 0,2$ ;    <sup>b</sup>:  $p < 0,05$ ;    <sup>c</sup>:  $p > 0,2$ ;    <sup>d</sup>:  $p < 0,001$

\*Mô hình đa biến: yếu tố có giá trị  $p$  ở phân tích đơn biến  $> 0,2$

**Nhận xét:** Từ phân tích đơn biến, có năm yếu tố là tuổi  $> 40$ , từng tiếp cận với thông tin truyền thông, nơi ở tại Cát Hải, kiến thức đạt và thái độ tốt là những yếu tố làm tăng khả năng có thực hành tự khám vú. Tuy nhiên, trong mô hình đa biến, chỉ có yếu tố từng tiếp cận với thông tin, truyền thông về UTV, nơi ở tại Cát Hải và kiến thức về UTV đạt là làm tăng khả năng có thực hành tự khám vú.

**Bảng 3.13. Một số yếu tố liên quan đến thực hành tự khám vú của phụ nữ theo quan sát bằng bảng kiểm**

Yếu tố liên quan		Tự khám vú (n=648)		OR [95%CI]
		Không đạt (n,%)	Đạt (n,%)	
Tuổi	≤ 40 tuổi	306 (93,87)	20 (6,13)	1,23 <sup>c</sup> [0,66-2,27]
	> 40 tuổi	298 (92,55)	24 (7,45)	
<b>TĐHV</b>				
Từ THCS trở xuống		296 (91,64)	27 (8,36)	0,6 <sup>a</sup> [0,32-1,13]
Từ THPT trở lên		308 (94,77)	17 (5,23)	
<b>Nghề nghiệp</b>				
Làm ruộng, nội trợ		401 (92,82)	31 (7,18)	0,83 <sup>c</sup> [0,42-1,61]
CBCNV, kinh doanh, buôn bán, khác...		203 (93,98)	13 (6,02)	
<b>Từng tiếp cận với thông tin, truyền thông về UTV</b>				
Chưa		26 (96,3)	1 (3,7)	1,93 <sup>c</sup> [0,25-14,5]
Có		578 (93,08)	43 (6,92)	
<b>Nơi ở</b>				
Thủy Nguyên		439 (93,01)	33 (6,99)	0,88 <sup>c</sup> [0,43-1,79]
Cát Hải		165 (93,75)	11 (6,25)	
<b>Kiến thức về UTV</b>				
Không đạt		407 (93,35)	29 (6,65)	1,06 <sup>c</sup> [0,56-2,03]
Đạt		197 (92,92)	15 (7,08)	
<b>Thái độ về UTV</b>				
Không tốt		42 (93,33)	3 (6,67)	1,02 <sup>c</sup> [0,3-3,43]
Tốt		562 (93,2)	41 (6,8)	

<sup>a</sup>:  $p < 0,2$ ;    <sup>b</sup>:  $p < 0,05$ ;    <sup>c</sup>:  $p > 0,2$ ;    <sup>d</sup>:  $p < 0,001$

*Nhận xét:* Không tìm thấy yếu tố liên quan đến việc thực hành tự khám vú đạt theo quan sát bằng bảng kiểm của phụ nữ tại Cát Hải và Thủy Nguyên.

**3.2. Kiến thức, thái độ, thực hành (KAP) của nhân viên y tế xã trong phát hiện sớm ung thư vú tại 2 huyện Thủy Nguyên và Cát Hải, Hải Phòng năm 2017**

**Bảng 3.14. Đặc điểm chung của nhân viên y tế tham gia nghiên cứu**

Đặc điểm chung		Số lượng	Tỷ lệ
Tuổi (SL, %)	≤ 30	7	5,8
	31-40	46	38,3
	41-50	47	39,2
	≥ 51	20	16,7
Giới tính (SL, %)	Nữ	109	90,83
	Nam	11	9,17
Trình độ chuyên môn (SL, %)	Y sĩ	28	23,3
	Bác sĩ	41	34,2
	Hộ sinh	51	42,5
Số năm công tác (SL, %)	≤ 5	6	5,0
	6 - < 10	15	12,5
	11 - < 20	60	50,0
	≥ 21	39	32,5

*Nhận xét:* Nghiên cứu thu nhận được 120 NVYT tham gia, với 36 tại Cát Hải và 84 tại Thủy Nguyên. Tỷ lệ nam/nữ lần lượt là 11/109. NVYT ở nhóm tuổi 41-50 là nhiều nhất với 39,2%, sau đó đến nhóm 31-40 tuổi là 38,3%, thấp nhất ở nhóm tuổi ≤30 là 5,8%. Trình độ chuyên môn phần lớn là NHS chiếm 42,5%, bác sĩ chiếm 34,2% và y sĩ chiếm 23,3%. Thời gian công tác của NVYT chủ yếu từ 11-20 năm, chiếm 50,0%.

**Bảng 3.15. Kiến thức của nhân viên y tế về triệu chứng bệnh ung thư vú**

Triệu chứng (SL, %)	Đúng		Sai	
	SL	Tỷ lệ %	SL	Tỷ lệ %
Sự biến đổi về màu sắc và đặc điểm da	107	89,2	13	10,8
Hình dáng vú thay đổi	112	93,3	8	6,7
Sờ thấy khối u	118	98,3	2	1,7
Sự co rút hoặc các vết loét	95	79,2	25	20,8
Núm vú không đối xứng, tụt	86	71,7	34	28,3
Tiết dịch màu máu ở núm vú	113	94,2	7	5,8
Hạch nhỏ ở hố nách	103	85,8	17	4,2
Đau tự nhiên hoặc khi sờ nắn	110	91,7	10	2,3

*Nhận xét:* Hầu hết NVYT đều có tỷ lệ kiến thức đúng về triệu chứng UTV cao  $\geq 80\%$ , có triệu chứng *núm vú không đối xứng, tụt* là ít được biết đến nhất với 71,7%. Tỷ lệ biết trên 5 triệu chứng đạt 93,3%.

**Bảng 3.16. Kiến thức của nhân viên y tế về các nguy cơ gây ung thư vú**

Các yếu tố nguy cơ (SL, %)	Đúng		Sai	
	SL	Tỷ lệ %	SL	Tỷ lệ %
Kết hôn muộn và ít sinh đẻ	72	60,0	48	40,0
Bức xạ ion hóa	108	90,0	12	10,0
Chủng tộc và yếu tố di truyền	103	85,8	17	14,2
Kinh nguyệt sớm trước 13 tuổi/mãn kinh muộn sau 55 tuổi	46	38,3	74	61,7
Không cho con bú hoặc bú ít	89	74,2	31	25,8
Dùng thuốc nội tiết không theo chỉ định	103	85,8	17	14,2
Trầm cảm- căng thẳng quá mức	58	48,3	62	51,7
Thói quen ăn uống	76	63,3	44	36,7
Lối sống	91	75,8	29	24,2

*Nhận xét:* Trong 9 yếu tố nguy cơ gây UTV, NVYT biết về yếu tố nguy cơ là *bức xạ ion hóa* chiếm tỷ lệ cao nhất với 90%, tiếp theo là yếu tố *chủng tộc và di truyền* và *dùng thuốc nội tiết không theo chỉ định* đều đạt 85,8%. Yếu tố *Kinh nguyệt sớm trước 13 tuổi hoặc mãn kinh muộn sau 55 tuổi* và *Trầm cảm-căng thẳng quá mức* được biết đến thấp nhất với tỷ lệ lần lượt là 38,3% và 48,3%.



**Bảng 3.17. Kiến thức của nhân viên y tế về các phương pháp phát hiện ung thư vú**

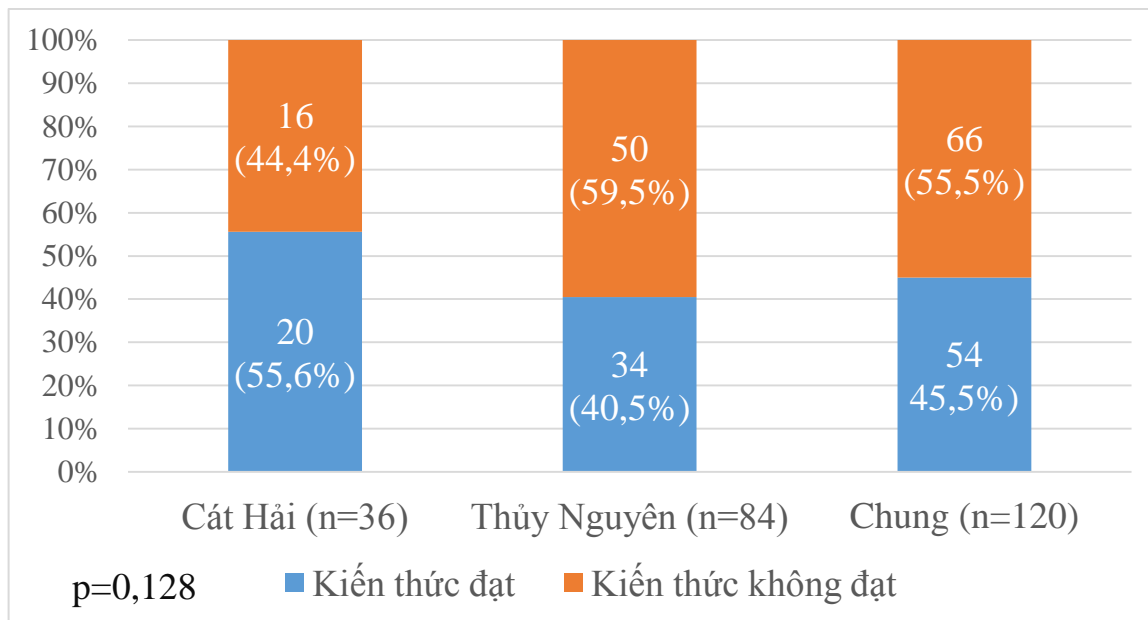
Các phương pháp phát hiện UTV (SL,%)	Đúng		Sai	
	SL	Tỷ lệ %	SL	Tỷ lệ %
Tự khám vú	73	60,8	47	39,2
Khám lâm sàng	89	74,2	31	25,8
Siêu âm vú	87	72,5	33	27,5
Chụp X-quang vú	80	66,7	40	33,3
Chụp cộng hưởng từ vú	82	68,3	38	31,7
Chụp hình đồng vị phóng xạ vú	70	58,3	50	41,7
Chọc hút bằng kim nhỏ	85	70,8	35	29,2
Sinh thiết vú	119	99,2	1	0,8

*Nhận xét:* Trong 8 phương pháp phát hiện UTV, phương pháp *sinh thiết vú* là được biết đến nhiều nhất với 99,2%, *chụp hình đồng vị phóng xạ vú* là có tỷ lệ biết đến thấp nhất với 58,3%.

**Bảng 3.18. Kiến thức của nhân viên y tế về biện pháp phòng ngừa ung thư vú**

Các phương pháp phòng ngừa UTV (SL,%)	Đúng		Sai	
	SL	Tỷ lệ %	SL	Tỷ lệ %
Duy trì thể trọng	111	92,5	9	7,5
Không hút thuốc, uống rượu	107	89,2	13	10,8
Duy trì tâm lý tốt	100	83,3	20	16,7
Cẩn trọng với hormon	106	88,3	14	11,7
Làm mẹ theo tự nhiên	103	85,8	17	14,2
Tập thể dục đều đặn	108	90,0	12	10,0
Khám vú định kỳ	114	95,0	6	5,0
Kiểm tra gen	102	85,0	18	15,0

*Nhận xét:* Về kiến thức về các biện pháp phòng ngừa UTV, NVYT ở cả hai huyện đều có tỷ lệ biết đúng cao trên 80%, trong đó cao nhất là biện pháp *Khám vú định kỳ* (95%), *Duy trì thể trọng* (92,5%) và *Tập thể dục đều đặn* (90,0%).

**Hình 3.3. Kiến thức chung của nhân viên y tế về ung thư vú**

*Nhận xét:* Tỷ lệ NVYT có kiến thức chung về UTV đạt ở cả hai huyện là 45%. Trong đó, tỷ lệ ở Cát Hải là 55,6%, ở Thủy Nguyên là 40,5%. Có 7,3% NVYT có kiến thức yếu về UTV.

**Bảng 3.19. Thái độ của nhân viên y tế về ung thư vú**

Thái độ về UTV (SL, %)	Tỷ lệ (%) theo mức độ				
	1	2	3	4	5
UTV rất nguy hiểm	50,0	37,5	3,33	4,17	5,0
UTV có thể phòng ngừa được	45,0	41,67	12,5	0,83	0
Việc phòng ngừa và phát hiện sớm UTV giá trị	70,0	24,17	5,0	0	0,83
UTV chữa khỏi hoàn toàn khi phát hiện sớm	61,67	31,67	5,0	0	1,67
UTV điều trị tốn kém	32,5	45,0	15,83	2,5	4,17
Có thể điều trị bảo tồn UTV ở giai đoạn sớm	33,33	47,5	11,67	5,0	2,5
Cần khuyến mẹ, chị, em gái đi khám nếu mình mắc UTV	50,0	38,3	9,16	0,83	1,67
Việc tuyên truyền UTV là rất cần thiết	70,0	24,17	5,83	0	0

1-Rất đồng ý,

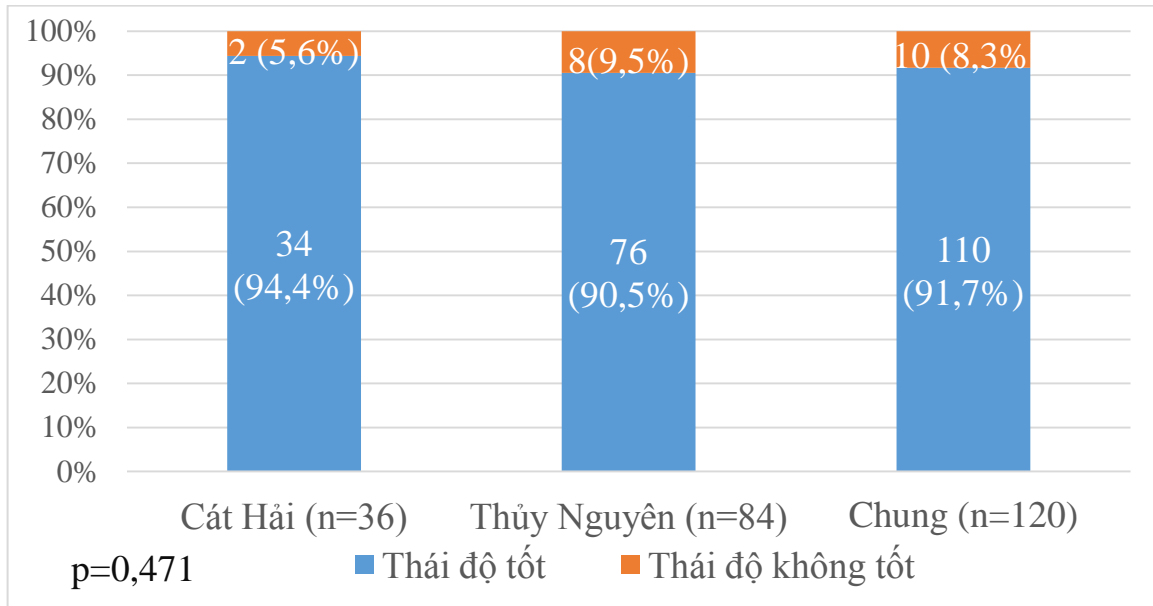
2-Đồng ý,

3-Không ý kiến,

4-Không đồng ý,

5-Rất không đồng ý

*Nhận xét:* Nhìn chung, tỷ lệ NVYT có thái độ tốt (Rất đồng ý và Đồng ý) về bệnh UTV cao nhất là thái độ UTV là có thể phòng ngừa được, Cần khuyến mẹ, chị, em gái đi khám nếu mình mắc UTV và Việc tuyên truyền UTV là rất cần thiết. Thái độ thấp nhất là UTV điều trị tốn kém và Có thể điều trị bảo tồn UTV ở giai đoạn sớm.



**Hình 3.4. Thái độ chung của nhân viên y tế về ung thư vú**

*Nhận xét:* Tỷ lệ NVYT có thái độ tốt về UTV ở cả hai huyện đạt 91,7%. Trong đó, tỷ lệ ở Cát Hải là 94,4%, ở Thủy Nguyên là 90,5%, không có sự khác biệt giữa hai huyện.

**Bảng 3.20. Kỹ năng thực hành khám vú của nhân viên y tế trong phát hiện sớm ung thư vú**

Kỹ năng thực hành khám vú	Đạt (SL, %)	Không đạt (SL, %)
Kỹ năng chuẩn bị và hỏi bệnh	64 (53,3)	56 (42,7)
Kỹ năng thực hành khám vú	16 (13,3)	104 (86,7)

*Nhận xét:* Qua quan sát thực hành và chấm bằng bảng kiểm về kỹ năng thực hành khám vú, kết quả cho thấy NVYT có kỹ năng tốt hơn trong việc chuẩn bị địa điểm và hỏi bệnh, có 53,3% đạt. Tuy nhiên, khi thực hiện khám vú thì chỉ có 13,3% đạt thực hành.

**Bảng 3.21. Một số yếu tố liên quan đến kiến thức chung về ung thư vú**

Đặc điểm		Kiến thức không đạt	Kiến thức đạt	OR [95% CI]	P
<b>Nhóm tuổi (SL, %)</b>	<40 tuổi	26 (49,06)	27 (59,94)	0,65 [0,29-1,43]	0,244
	≥40 tuổi	40 (59,7)	27 (40,3)		
<b>Giới tính (SL, %)</b>	Nữ	59 (54,13)	50 (45,87)	0,67 [0,13-2,84]	0,546
	Nam	7 (63,64)	4 (36,36)		
<b>Trình độ chuyên môn (SL, %)</b>	Y sĩ/Hộ sinh	42 (53,16)	37 (46,84)	0,72 [0,31-1,67]	0,40
	Bác sĩ	25 (60,97)	16 (39,0)		
<b>Số năm công tác (SL, %)</b>	<10	14 (66,67)	7 (33,33)	Ref.	-
	11-<20	30 (50,0)	30 (50,0)	2,0 [0,7-5,65]	0,191
	≥21	22 (56,41)	17 (43,59)	1,54 [0,51-4,67]	0,441
<b>Địa điểm</b>	Cát Hải	16 (44,44)	20 (55,56)	0,54 [0,22-1,28]	0,128
	Thủy Nguyên	50 (59,52)	34 (40,48)		

*Nhận xét:* Không có mối liên quan về các đặc điểm tuổi, giới, trình độ chuyên môn, thâm niên công tác và địa điểm với kiến thức chung về UTV của NVYT tại Cát Hải và Thủy Nguyên.

**Bảng 3.22. Liên quan giữa thái độ về ung thư vú theo một số đặc điểm dân số xã hội học của nhân viên y tế**

Đặc điểm		Thái độ chưa tốt	Thái độ tốt	OR [95% CI]	p
Nhóm tuổi (SL, %)	<40 tuổi	4 (7,55)	49 (92,45)	0,82 [0,16-3,73]	0,782
	≥40 tuổi	6 (8,96)	61 (91,04)		
Giới tính (SL, %)	Nữ	9 (8,26)	100 (91,74)	0,9 [0,1-43,33]	0,546
	Nam	1 (9,09)	10 (90,91)		
Trình độ chuyên môn (SL, %)	Y sĩ/Hộ sinh	4 (5,06)	75 (94,94)	0,31 [0,06-1,42]	0,072
	Bác sĩ	6 (14,63)	35 (39,0)		
Số năm công tác (SL, %)	<10	2 (9,527)	19 (90,48)	Ref.	-
	11-<20	5 (8,33)	55 (91,67)	1,57 [0,2-6,47]	0,867
	≥21	3 (7,69)	36 (92,31)	1,26 [0,19-8,22]	0,807
Địa điểm	Cát Hải	2 (5,56)	34 (94,44)	0,55 [0,06-3,02]	0,471
	Thủy Nguyên	8 (9,52)	76 (90,48)		

*Nhận xét:* Không tìm thấy mối liên quan về các đặc điểm tuổi, giới, trình độ chuyên môn, thâm niên công tác và địa điểm với thái độ chung về UTV của NVYT tại Cát Hải và Thủy Nguyên.

**Bảng 3.23. Liên quan giữa kỹ năng khám phát hiện sớm ung thư vú theo một số đặc điểm dân số xã hội học của nhân viên y tế**

Đặc điểm		Không đạt	Đạt	OR [95% CI]	p
<b>Nhóm tuổi (SL, %)</b>	<40 tuổi	47 (88,68)	6 (11,32)	0,91 [0,24-3,53]	0,878
	≥40 tuổi	60 (89,55)	7 (10,45)		
<b>Giới tính (SL, %)</b>	Nữ	95 (87,15)	14 (12,85)	1,5 [0,14-8,42]	0,546
	Nam	9 (81,82)	2 (18,18)		
<b>Trình độ chuyên môn (SL, %)</b>	Y sĩ/Hộ sinh	71 (89,9)	8 (10,1)	1,23 [0,29-4,63]	0,729
	Bác sĩ	36 (87,8)	5 (12,2)		
<b>Số năm công tác (SL, %)</b>	<10	19 (90,47)	2 (9,53)	Ref.	-
	11-<20	53 (88,33)	7 (11,67)	1,25 [0,21-13,37]	0,780
	≥21	35 (89,74)	4 (10,26)	1,08 [0,14-13,02]	0,928
<b>Địa điểm</b>	Cát Hải	33 (91,67)	3 (8,33)	1,48 [0,35-8,91]	0,564
	Thủy Nguyên	74 (88,0)	10 (12,0)		

*Nhận xét:* Không có mối liên quan về các đặc điểm tuổi, giới, trình độ chuyên môn và thâm niên công tác với kỹ năng về khám phát hiện sớm UTV của NVYT tại Cát Hải và Thủy Nguyên.

### 3.3. Hiệu quả của giải pháp can thiệp bằng truyền thông giáo dục sức khỏe đến kiến thức, thái độ, thực hành của phụ nữ và nhân viên y tế trong phát hiện sớm ung thư vú

#### 3.3.1. Hiệu quả can thiệp về kiến thức, thái độ, thực hành của phụ nữ

**Bảng 3.24. Đặc điểm của nhóm đối tượng can thiệp và nhóm chứng**

Đặc điểm		Nhóm can thiệp (n=250)	Nhóm chứng (n=250)	Giá trị p
Tuổi (Trung bình $\pm$ SE)		46,3 $\pm$ 11,3	44,6 $\pm$ 12,3	0,052
Trình độ học vấn (n,%)	THCS trở xuống	98 (48,7)	103 (51,2)	0,648
	THPT trở lên	152 (50,8)	147 (49,1)	
Nghề nghiệp (n,%)	Làm ruộng	107 (42,8)	113 (45,2)	<b>0,009</b>
	Nội trợ	64 (25,6)	87 (34,8)	
	CBCNV	25 (10,0)	21 (8,4)	
	Khác (Lao động tự do, buôn bán...)	54 (21,6)	29 (11,6)	
Địa điểm	Cát Hải	100 (40,0)	100 (40,0)	1
	Thủy Nguyên	150 (60,0)	150 (60,0)	

*Nhận xét:* Có 500 người tham gia giai đoạn can thiệp, gồm 200 ở Cát Hải và 300 ở Thủy Nguyên. Tuổi trung bình của nhóm can thiệp là 46,3  $\pm$ 11,3 và nhóm chứng là 44,6  $\pm$ 12,3 ( $p > 0,05$ ). Trình độ học vấn từ THPT trở lên ở nhóm can thiệp là 50,8% trong khi ở nhóm chứng là 49,1%, tuy nhiên sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê. Nghề nghiệp chủ yếu của cả hai nhóm đều là làm ruộng và nội trợ.



**Bảng 3.25. Hiệu quả về cải thiện kiến thức về triệu chứng về bệnh ung thư của phụ nữ**

Kiến thức về triệu chứng		Nhóm chứng (n=250)		Nhóm can thiệp (n=250)		HQCT %
		Lần 1	Lần 2	Trước CT	Sau CT	
Biến đổi về màu sắc và đặc điểm da	SL (%)	159 (63,6)	162 (64,8)	162 (64,8)	198 (79,2)	+20,3
	p	0,548		<b>&lt;0,001</b>		
Hình dáng vú thay đổi	SL (%)	161 (64,4)	165 (66,0)	163 (65,2)	197 (78,8)	+18,4
	p	0,762		<b>&lt;0,001</b>		
Sờ thấy khối u	SL (%)	213 (85,2)	218 (87,2)	211 (84,4)	236 (94,4)	+9,5
	p	0,806		<b>&lt;0,001</b>		
Sự co rút hoặc các vết loét	SL (%)	131 (52,4)	130 (52,0)	132 (52,8)	155 (62,0)	+18,2
	p	0,834		<b>&lt;0,001</b>		
Núm vú không đối xứng	SL (%)	145 (58,0)	137 (54,8)	147 (58,8)	173 (69,2)	+23,2
	p	0,642		<b>&lt;0,001</b>		
Tiết dịch màu máu ở núm vú	SL (%)	164 (65,6)	162 (64,8)	163 (65,2)	206 (82,4)	+27,6
	p	0,694		<b>&lt;0,001</b>		
Hạch nhỏ ở hố nách	SL (%)	175 (70,0)	173 (69,2)	174 (69,6)	217 (86,8)	+25,9
	p	0,723		<b>&lt;0,001</b>		

*Nhận xét:* Sau can thiệp, tỷ lệ biết triệu chứng thường gặp của bệnh UTV ở nhóm can thiệp ở tất cả các triệu chứng đều tăng  $\geq 10\%$  so với trước can thiệp ( $p < 0,001$ ), trong khi sự thay đổi ở nhóm chứng không có sự khác biệt giữa trước và sau can thiệp.

**Bảng 3.26. Hiệu quả về cải thiện kiến thức về yếu tố nguy cơ gây bệnh ung thư vú của phụ nữ**

Kiến thức về yếu tố nguy cơ		Nhóm chứng (n=250)		Nhóm can thiệp (n=250)		HQCT%
		Lần 1	Lần 2	Trước CT	Sau CT	
Kết hôn muộn và ít sinh đẻ	SL (%)	75 (30,0)	94 (37,6)	72 (28,8)	158 (63,2)	<b>+94,1</b>
	P	0,02		<b>&lt;0,001</b>		
Bức xạ ion hóa	SL (%)	138 (55,5)	172 (68,8)	136 (54,4)	176 (70,4)	<b>+4,8</b>
	P	<b>&lt;0,001</b>		<b>&lt;0,001</b>		
Chủng tộc và yếu tố di truyền	SL (%)	171 (68,4)	196 (78,4)	167 (66,8)	229 (91,6)	<b>+22,5</b>
	P	<b>0,003</b>		<b>&lt;0,001</b>		
Kinh nguyệt sớm/mãn kinh muộn	SL (%)	74 (29,6)	86 (34,4)	71 (28,4)	158 (63,2)	<b>+106,3</b>
	P	0,163		<b>&lt;0,001</b>		
Không cho con bú hoặc bú ít	SL (%)	80 (32,0)	91 (36,4)	83 (33,2)	143 (57,2)	<b>+58,5</b>
	P	0,204		<b>&lt;0,001</b>		
Dùng thuốc nội tiết không theo chỉ định	SL (%)	114 (45,6)	142 (56,8)	116 (46,6)	178 (71,2)	<b>+28,9</b>
	P	<b>0,002</b>		<b>&lt;0,001</b>		
Trầm cảm-căng thẳng quá mức	SL (%)	95 (38,0)	111 (44,4)	91 (36,4)	166 (66,4)	<b>+65,6</b>
	P	0,109		<b>&lt;0,001</b>		
Thói quen ăn uống	SL (%)	138 (55,2)	170 (68,0)	133 (53,2)	200 (80,0)	<b>+27,2</b>
	P	<b>&lt;0,001</b>		<b>&lt;0,001</b>		
Lối sống	SL (%)	140 (56,0)	165 (66,0)	144 (57,6)	204 (81,6)	<b>+23,8</b>
	P	<b>0,009</b>		<b>&lt;0,001</b>		

*Nhận xét:* Sau can thiệp, tỷ lệ biết các yếu tố nguy cơ ở nhóm can thiệp đều tăng so với trước can thiệp ( $p < 0,001$ ), trong khi ở nhóm chứng chỉ có sự thay đổi ở một số yếu tố.

**Bảng 3.27. Hiệu quả về cải thiện kiến thức về phương pháp phát hiện bệnh ung thư vú của phụ nữ**

Phương pháp phát hiện		Nhóm chứng (n=250)		Nhóm can thiệp (n=250)		HQCT %
		Lần 1	Lần 2	Trước CT	Sau CT	
Tự khám vú	SL (%)	172 (68,8)	180 (72,0)	175 (70,0)	250 (100,0)	<b>+38,2</b>
	P	0,517		<0,001		
Khám vú lâm sàng	SL (%)	150 (60,0)	153 (61,2)	153 (61,2)	216 (86,4)	<b>+39,2</b>
	P	0,083		<0,001		
Siêu âm vú	SL (%)	209 (83,6)	210 (84,0)	213 (85,2)	239 (95,6)	<b>+11,7</b>
	P	0,317		<0,001		
X-quang vú	SL (%)	188 (75,2)	181 (72,4)	182 (72,8)	211 (84,4)	<b>+19,7</b>
	P	0,674		<0,001		
Chụp cộng hưởng từ vú	SL (%)	133 (53,2)	128 (51,2)	135 (54,0)	171 (68,4)	<b>+30,4</b>
	P	0,823		<0,001		
Chụp hình đồng vị phóng xạ vú	SL (%)	133 (53,2)	141 (56,4)	131 (52,4)	171 (68,4)	<b>+24,5</b>
	p	0,926		<0,001		
Chọc hút bằng kim nhỏ	SL (%)	127 (50,8)	131 (52,4)	123 (49,2)	165 (66,0)	<b>+31,0</b>
	p	0,418		<0,001		
Sinh thiết vú	SL (%)	146 (58,4)	152 (60,8)	140 (56,0)	180 (72,0)	<b>+24,5</b>
	p	0,861		<0,001		

*Nhận xét:* Sau can thiệp, tỷ lệ biết các phương pháp phát hiện UTV ở nhóm can thiệp đều tăng so với trước can thiệp, đặc biệt là phương pháp *Tự khám vú* với 100% ( $p < 0,05$ ). Trong khi ở nhóm chứng có sự thay đổi không đồng nhất trước và sau can thiệp.

**Bảng 3.28. Hiệu quả về cải thiện kiến thức về biện pháp phòng ngừa bệnh ung thư vú của phụ nữ**

Biện pháp phòng ngừa		Nhóm chứng (n=250)		Nhóm can thiệp (n=250)		HQCT %
		Lần 1	Lần 2	Trước CT	Sau CT	
Duy trì thể trọng	SL (%)	212 (84,8)	219 (87,6)	209 (83,6)	236 (94,4)	<b>+9,6</b>
	p	0,339		<b>&lt;0,001</b>		
Không hút thuốc, uống rượu	SL (%)	190 (76,0)	189 (75,6)	196 (78,4)	230 (92,0)	<b>+17,9</b>
	p	0,317		<b>&lt;0,001</b>		
Duy trì tâm lý tốt	SL (%)	167 (66,8)	159 (63,6)	163 (65,2)	207 (82,8)	<b>+31,8</b>
	p	0,525		<b>&lt;0,001</b>		
Cẩn trọng với hormone	SL (%)	186 (74,4)	183 (73,2)	188 (75,2)	224 (89,6)	<b>+20,8</b>
	p	0,448		<b>&lt;0,001</b>		
Làm mẹ theo tự nhiên	SL (%)	201 (80,4)	202 (80,8)	197 (78,8)	237 (94,8)	<b>+19,8</b>
	p	0,563		<b>&lt;0,001</b>		
Tập thể dục đều đặn	SL (%)	203 (81,2)	204 (81,6)	200 (80,0)	236 (94,4)	<b>+17,5</b>
	p	0,317		<b>&lt;0,001</b>		
Khám vú định kì	SL (%)	219 (87,6)	228 (91,2)	222 (88,8)	244 (97,6)	<b>+5,8</b>
	p	0,071		<b>&lt;0,001</b>		
Kiểm tra gen	SL (%)	212 (84,4)	223 (89,2)	207 (82,8)	247 (98,8)	<b>+14,1</b>
	p	0,082		<b>&lt;0,001</b>		

*Nhận xét:* Sau can thiệp, tất cả các kiến thức về biện pháp phòng ngừa đều tăng ở nhóm can thiệp ( $p < 0,001$ ), trong khi ở nhóm chứng có sự thay đổi không đồng nhất và không có ý nghĩa thống kê trước và sau can thiệp.

**Bảng 3.29. Hiệu quả về cải thiện kiến thức chung về bệnh ung thư vú của phụ nữ**

Kiến thức chung về bệnh UTV		Nhóm chứng (n=250)		Nhóm can thiệp (n=250)		HQCT %
		Lần 1	Lần 2	Trước CT	Sau CT	
Kiến thức chung đạt	SL (%)	91 (36,4)	102 (40,8)	81 (32,4)	205 (82,0)	<b>+141,0</b>
	p	0,101		<b>&lt;0,001</b>		
Tổng điểm kiến thức	TB ± SD	20,0 ±3,74	20,9 ±3,47	19,9 ±3,58	25,8 ±3,72	<b>+25,1</b>
	p	<b>&lt;0,001</b>		<b>&lt;0,001</b>		

*Nhận xét:* Sau can thiệp, cả tỷ lệ có kiến thức chung đạt và tổng điểm kiến thức ở nhóm can thiệp đều cao hơn so với nhóm chứng. Hiệu quả can thiệp về tỷ lệ kiến thức chung đạt là 141,0% và điểm trung bình kiến thức đạt 25,1%.

**Bảng 3.30. Hiệu quả can thiệp về cải thiện thực hành tự khám vú của phụ nữ**

Thực hành tự khám vú		Nhóm chứng (n=250)		Nhóm can thiệp (n=250)		HQCT %
		Lần 1	Lần 2	Trước CT	Sau CT	
Thực hành tự khám vú đạt	SL (%)	11 (4,4)	12 (4,8)	24 (9,6)	141 (56,4)	<b>+478,4</b>
	p	0,853		<b>&lt;0,001</b>		

*Nhận xét:* Sau can thiệp, cả tỷ lệ có thực hành tự khám vú và tổng điểm thực hành ở nhóm can thiệp đều cao hơn so với nhóm chứng. Hiệu quả can thiệp về tỷ lệ thực hành tự khám vú đạt là 478,4%.

**Bảng 3.31. Liên quan giữa kiến thức chung sau can thiệp và các đặc điểm dân số xã hội của phụ nữ can thiệp (n=250)**

Đặc điểm		Kiến thức chung		OR [95%CI]	P (Khi2)
		Không đạt	Đạt		
Tuổi	≤40	18 (21,43)	66 (78,57)	1,40 [0,67-2,86]	0,315
	>40 tuổi	27 (16,27)	139 (83,73)		
Trình độ học vấn	THCS trở xuống	20 (20,41)	78 (79,59)	1,30 [0,64-2,62]	0,426
	THPT trở lên	25 (16,45)	127 (83,55)		
Nghề nghiệp	Làm ruộng/nội trợ	32 (18,71)	139 (81,29)	1,16 [0,55-2,59]	0,665
	CBCNV/khác	13 (16,46)	66 (82,54)		
Địa điểm	Cát Hải	24 (24,0)	76 (76,0)	1,93 [0,96-3,92]	0,044
	Thủy Nguyên	21 (14,0)	129 (86,0)		

*Nhận xét:* Không tìm thấy yếu tố liên quan giữa các đặc điểm dân số xã hội học của phụ nữ và tỷ lệ phụ nữ có kiến thức chung đạt sau can thiệp.

**Bảng 3.32. Liên quan giữa thực hành tự khám vú sau can thiệp và các đặc điểm dân số xã hội của nhóm đối tượng phụ nữ can thiệp (n=250)**

Đặc điểm		Thực hành tự khám vú		OR [95%CI]	P (Khi2)
		Không đạt	Đạt		
Tuổi	≤40	38 (45,24)	46 (54,76)	1,10 [0,63-1,93]	0,710
	>40 tuổi	71 (42,77)	95 (57,32)		
Trình độ học vấn	THCS trở xuống	43 (43,88)	55 (56,12)	1,01 [0,59-1,75]	0,943
	THPT trở lên	66 (43,42)	86 (56,58)		
Nghề nghiệp	Làm ruộng/nội trợ	68 (39,77)	103 (60,23)	0,611 [0,34-1,08]	0,072
	CBCNV/khác	41 (51,9)	38 (48,1)		
Địa điểm	Cát Hải	64 (64,0)	36 (36,0)	4,14 [2,34-7,36]	<0,001
	Thủy Nguyên	45 (30,0)	105 (70,0)		
Kiến thức	Không đạt	22 (48,89)	23 (51,11)	1,29 [0,64-2,60]	0,429
	Đạt	87 (42,44)	118 (57,56)		

*Nhận xét:* Tỷ lệ thực hành tự khám vú đạt có sự khác biệt giữa nhóm phụ nữ ở Thủy Nguyên và Cát Hải (70,0% so với 36,0%,  $p < 0,05$ ).

### 3.3.2. Hiệu quả can thiệp với NVYT

**Bảng 3.33. Đặc điểm chung của nhân viên y tế sau can thiệp**

Đặc điểm chung		Cát Hải (n = 27)	Thủy Nguyên (n=63)	Tổng (n=90)
Giới tính (SL, %)	Nữ	25 (92,6)	56 (88,9)	81 (90,0)
	Nam	2 (7,4)	7 (11,1)	9 (10,0)
Trình độ chuyên môn (SL, %)	Y sĩ	8 (29,6)	7 (11,1)	15 (16,7)
	Bác sĩ	4 (14,8)	25 (39,7)	29 (32,2)
	Hộ sinh	15 (55,6)	31 (49,2)	46 (51,1)
Số năm công tác (TB $\pm$ SD)		14 $\pm$ 1,61	17,9 $\pm$ 0,84	16 $\pm$ 0,78

*Nhận xét:* Giai đoạn sau can thiệp, nghiên cứu thu nhận được 90 NVYT tham gia, với 27 tại Cát Hải và 63 tại Thủy Nguyên. Tỷ lệ nam/nữ lần lượt là 9/81. Trình độ chuyên môn phần lớn là hộ sinh chiếm 51,1%, bác sĩ chiếm 32,2% và y sĩ chiếm 16,7%. Thời gian công tác của NVYT trung bình là 16  $\pm$  0,78.



**Bảng 3.34. Kiến thức đúng của nhân viên y tế về triệu chứng bệnh ung thư vú**

<b>Triệu chứng (SL, %)</b>	<b>Trước can thiệp (n = 120)</b>	<b>Sau can thiệp (n= 90)</b>	<b>CSHQ %</b>	<b>Giá trị p*</b>
Sự biến đổi về màu sắc và đặc điểm da	107 (89,2)	83 (92,2)	+3,3	0,233
Hình dáng vú thay đổi	112 (93,3)	86 (95,6)	+2,3	0,238
Sờ thấy khối u	118 (98,3)	90 (100,0)	+1,7	0,088
Sự co rút hoặc các vết loét	95 (79,2)	76 (84,4)	+6,7	0,168
Núm vú không đối xứng, tụt	86 (71,7)	78 (86,7)	+20,9	<b>0,004</b>
Tiết dịch màu máu ở núm vú	113 (94,2)	89 (98,9)	+5,0	<b>0,038</b>
Hạch nhỏ ở hố nách	103 (85,8)	80 (88,9)	+3,6	0,253
Đau tự nhiên hoặc khi sờ nắn	110 (91,7)	88 (97,8)	+6,3	<b>0,029</b>

*\*Khi bình phương test*

*Nhận xét:* Sau can thiệp, tỷ lệ biết triệu chứng *Núm vú không đối xứng, tụt* và *Tiết dịch màu máu ở núm vú* tăng có ý nghĩa thống kê so với trước can thiệp với chỉ số hiệu quả lần lượt là 20,9 và 5,0%

**Bảng 3.35. Kiến thức đúng của nhân viên y tế về các nguy cơ gây ung thư vú**

Các yếu tố nguy cơ	Trước can thiệp (n = 120)	Sau can thiệp (n= 90)	CSHQ %	Giá trị p
Kết hôn muộn và ít sinh đẻ	72 (60,0)	64 (71,1)	+18,5	<b>0,047</b>
Bức xạ ion hóa	108 (90,0)	86 (95,6)	+6,2	0,064
Chủng tộc và yếu tố di truyền	103 (85,8)	80 (88,9)	+3,6	0,253
Kinh nguyệt sớm trước 13 tuổi/mãn kinh muộn sau 55 tuổi	46 (38,3)	50 (55,7)	+44,9	<b>0,006</b>
Không cho con bú hoặc bú ít	89 (74,2)	74 (82,2)	+10,9	0,084
Dùng thuốc nội tiết không theo chỉ định	103 (85,8)	83 (92,2)	+7,4	0,074
Trầm cảm- căng thẳng quá mức	58 (48,3)	54 (60,0)	+24,1	<b>0,046</b>
Thói quen ăn uống	76 (63,3)	70 (77,8)	+22,8	<b>0,011</b>
Lối sống	91 (75,8)	80 (88,9)	+17,2	<b>0,007</b>

*Nhận xét:* Sau can thiệp, có 5/9 yếu tố nguy cơ gây UTV được biết đến bởi NVYT tăng so với trước can thiệp với chỉ số hiệu quả đạt từ 17,2 đến 44,9% (p <0,05).

**Bảng 3.36. Kiến thức đúng của nhân viên y tế về các phương pháp phát hiện ung thư vú**

<b>Các phương pháp phát hiện UTV</b>	<b>Trước can thiệp (n = 120)</b>	<b>Sau can thiệp (n= 90)</b>	<b>CSHQ %</b>	<b>Giá trị p</b>
Tự khám vú	73 (60,8)	74 (82,2)	+35,2	<b>&lt;0,001</b>
Khám lâm sàng	89 (74,2)	79 (97,8)	+18,4	<b>&lt;0,001</b>
Siêu âm vú	87 (72,5)	88 (97,8)	+34,9	<b>&lt;0,001</b>
X-quang vú	80 (66,7)	85 (94,4)	+41,7	<b>&lt;0,001</b>
Chụp cộng hưởng từ vú	82 (68,3)	89 (98,9)	+44,7	<b>&lt;0,001</b>
Chụp hình đồng vị phóng xạ vú	70 (58,3)	64 (71,1)	+21,9	<b>0,028</b>
Chọc hút bằng kim nhỏ	85 (70,8)	72 (80,0)	+12,9	<b>0,064</b>
Sinh thiết vú	119 (99,2)	90 (100,0)	+0,8	<b>0,197</b>

*Nhận xét:* Sau can thiệp, tỷ lệ NVYT biết các biện pháp phát hiện UTV đều tăng so với trước can thiệp với chỉ số hiệu quả đạt từ 12,9 đến 44,7% ( $p < 0,05$ ), trừ biện pháp *Sinh thiết vú*.

**Bảng 3.37. Kiến thức đúng của nhân viên y tế về biện pháp phòng ngừa ung thư vú**

Các phương pháp phòng ngừa UTV	Trước can thiệp (n = 120)	Sau can thiệp (n= 90)	CSHQ %	Giá trị p
Duy trì thể trọng và tự khám vú	111 (92,5)	85 (94,4)	+2,1	0,292
Không hút thuốc, uống rượu	107 (89,2)	85 (94,4)	+5,9	0,091
Duy trì tâm lý tốt	100 (83,3)	81 (90,0)	+8,0	0,082
Cẩn trọng với hormon	106 (88,3)	87 (96,7)	+9,4	<b>0,013</b>
Làm mẹ theo tự nhiên	103 (85,8)	85 (94,4)	+10,0	<b>0,022</b>
Tập thể dục đều đặn	108 (90,0)	86 (95,6)	+6,2	0,064
Khám vú định kỳ	114 (95,0)	90 (100,0)	+5,3	<b>0,015</b>
Kiểm tra gen	102 (85,0)	90 (100,0)	+17,6	<b>&lt;0,001</b>

*Nhận xét:* Sau can thiệp, tỷ lệ NVYT biết các biện pháp phòng ngừa UTV về cẩn trọng với hormone, làm mẹ theo tự nhiên, khám vú định kỳ và kiểm tra gen tăng lên có ý nghĩa thống kê so với trước can thiệp ( $p < 0,05$ ). Tỷ lệ biết các biện pháp còn lại có tăng nhưng không có ý nghĩa thống kê ( $p > 0,05$ ).

**Bảng 3.38. Hiệu quả về cải thiện kiến thức chung về bệnh ung thư vú của nhân viên y tế**

<b>Kiến thức</b>	<b>Thời điểm</b>	<b>Trước can thiệp (n=120)</b>	<b>Sau can thiệp (n=90)</b>	<b>p</b>	<b>CSHQ%</b>
	Kiến thức chung tốt	54 (45,0)	75 (83,3)	<b>&lt;0,001</b>	<b>+85,1</b>
	Tổng điểm kiến thức (TB ± SD)	26,0 ±5,42	29,1 ±3,02	<b>&lt;0,001*</b>	<b>+11,9</b>

*\*Mann Whitney test*

*Nhận xét:* Sau can thiệp, tỷ lệ NVYT có kiến thức chung về UTV đạt và điểm trung bình kiến thức đều tăng so với trước can thiệp ( $p < 0,05$ ). Chỉ số hiệu quả thay đổi tỷ lệ kiến thức chung đạt 85,1% và thay đổi tổng điểm đạt 11,9%.

**Bảng 3.39. Hiệu quả can thiệp về cải thiện kỹ năng khám vú của nhân viên y tế**

<b>Kỹ năng khám vú</b>	<b>Trước can thiệp (n=120)</b>	<b>Sau can thiệp (n=90)</b>	<b>p</b>	<b>CSHQ %</b>
<b>Chuẩn bị và hỏi bệnh</b>				
Đạt (SL, %)	64 (53,3)	89 (98,9)	<b>&lt;0,001</b>	<b>+85,4</b>
<b>Khám bệnh</b>				
Đạt (SL, %)	16 (13,3)	90 (100,0)	<b>&lt;0,001</b>	<b>+651,8</b>

*Nhận xét:* Sau can thiệp, tỷ lệ NVYT thực hành khám vú đạt trong chuẩn bị và hỏi bệnh và khám bệnh đều tăng so với trước can thiệp ( $p < 0,05$ ). Chỉ số hiệu quả thay đổi tỷ lệ kỹ năng chuẩn bị và hỏi bệnh đạt 85,4%. Chỉ số hiệu quả thay đổi kỹ năng khám bệnh đạt 651,8% ( $p < 0,05$ ).

## **Chương 4. BÀN LUẬN**

### **4.1. Kiến thức, thái độ, thực hành (KAP) của phụ nữ trong phát hiện sớm và dự phòng ung thư vú tại 2 huyện Thủy Nguyên và Cát Hải, Hải Phòng năm 2017**

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

Nghiên cứu thu nhận được 1134 đối tượng tham gia nghiên cứu, trong đó 928 (81,83%) ở Thủy Nguyên và 206 (18,17%) ở Cát Hải (Bảng 3.1). Độ tuổi trung bình của đối tượng nghiên cứu là  $40,8 \pm 11,8$ , trong đó độ tuổi từ 31-40 chiếm tỷ lệ cao nhất với 30,6%, còn lại các nhóm tuổi khác phân bố khá đồng đều. Trình độ học vấn chủ yếu của phụ nữ là THPT (38,62%) và THCS (32,98%), chỉ có 9,2% học đại học, cao đẳng. Nghề nghiệp làm ruộng và nội trợ chiếm tỷ lệ cao nhất với 64,9%; cán bộ công nhân viên chức đứng thứ hai với 21,6%, khoảng 13% làm các công việc khác như kinh doanh, buôn bán... Đây cũng là những đặc thù của người dân ở vùng ven biển và hải đảo. Có sự khác biệt về cơ cấu tuổi, trình độ học vấn và nghề nghiệp giữa Cát Hải và Thủy Nguyên. Theo đó, cơ cấu tuổi của đối tượng ở Cát Hải thì tập trung cao hơn ở nhóm tuổi từ 31-50; tỷ lệ học đại học, cao đẳng và tiểu học thấp hơn; và tỷ lệ phụ nữ làm cán bộ công nhân viên chức thấp hơn so với Thủy Nguyên là những đặc điểm khác biệt giữa hai địa bàn nghiên cứu. Điều này có thể là yếu tố liên quan đến kiến thức, thái độ, thực hành của phụ nữ ở Cát Hải và Thủy Nguyên. Độ tuổi của đối tượng trong nghiên cứu của chúng tôi khá tương đồng với đối tượng trong nghiên cứu của tác giả Nguyễn Minh Phương trên phụ nữ 18-60 tuổi tại thành phố Cần Thơ [89], chủ yếu đối tượng nghiên cứu tập trung >40 tuổi. Đây là độ tuổi có nguy cơ mắc UTV tăng cao, do vậy việc nâng nhận thức cho phụ nữ có thể sẽ đem lại tác động tích cực đến việc phòng và phát hiện sớm bệnh, góp phần tăng hiệu quả điều trị.

#### **4.1.2. Kiến thức – thái độ của phụ nữ về phát hiện sớm và dự phòng ung thư vú**

Về nguồn thông tin tiếp cận về ung thư vú, kết quả nghiên cứu cho thấy 88,18% phụ nữ đã được tiếp cận với các nguồn thông tin về bệnh UTV. Trong số các nguồn thông tin tiếp cận, tỷ lệ tiếp cận từ đài, ti vi chiếm cao nhất với 69,05%, sau đó đến NVYT (20,02%), bạn bè (19,75%) và sách, báo (14,99%) (Bảng 3.2). Ngày nay, với sự phát triển của nền kinh tế xã hội, gần như tất cả các gia đình đều có phương tiện nghe nhìn, cùng với việc các kênh truyền thông từ đài, ti vi đã trở nên đa dạng phong phú, cả về hình thức và nội dung thông tin, trong đó có nhiều kênh thông tin về sức khỏe, đã trở thành những nguồn thông tin chính và hữu ích cho người dân. Đây là cơ sở quan trọng cho việc triển khai các chương trình can thiệp cộng đồng. Kết quả cũng cho thấy tỷ lệ phụ nữ đã từng tiếp cận với thông tin về UTV ở Cát Hải cao hơn so với Thủy Nguyên (94,17% so với 86,85%,  $p < 0,05$ ). Trong đó, chủ yếu là sự khác biệt về tỷ lệ tiếp cận với nguồn thông tin từ nhân viên y tế, hội phụ nữ hoặc gia đình, người thân ( $p < 0,05$ ). Điều này có thể giải thích từ việc phụ nữ tại Cát Hải chủ yếu là làm ruộng hoặc nội trợ, nên có nhiều thời gian tham gia các buổi trao đổi thông tin hoặc gặp gỡ với nhân viên y tế xã, hội phụ nữ hoặc bạn bè, người thân. Trong khi phụ nữ ở Thủy Nguyên chủ yếu tiếp cận thông tin bằng các kênh truyền thông như sách báo, đài, ti vi. Hiểu được cách thức tiếp cận thông tin của đối tượng theo đặc điểm dân số xã hội học là một điểm quan trọng cho các chương trình can thiệp cộng đồng, không chỉ với bệnh UTV mà còn cả các bệnh tật khác nói chung.

Liên quan đến kiến thức về bệnh UTV, kết quả từ hình 3.1 cho thấy tỷ lệ có kiến thức chung đạt chỉ chiếm 24,3%, kiến thức không đạt lên tới 75,7%. Cụ thể, với kiến thức về triệu chứng bệnh UTV, triệu chứng được biết đến nhiều nhất ở cả hai địa điểm là *Sờ thấy khối u* (83,25%), tiếp đến là *Hạch nhỏ ở hố nách* (66,67%), *Tiết dịch màu máu ở núm vú* (64,46%), *Sự biến đổi về màu sắc và đặc điểm da* (62,26%) và *Hình dáng vú thay đổi* (58,47%). Hai triệu chứng

được biết thấp nhất là *Sự co rút hoặc có vết loét* (46,83%) và *Núm vú không đối xứng* (48,32%) (Bảng 3.3). Trong khuôn khổ nghiên cứu, chúng tôi chỉ lựa chọn những triệu chứng thường gặp mà phụ nữ có thể nhận biết được để tự phát hiện sớm. Như vậy, phần lớn đối tượng nghiên cứu biết đến những triệu chứng cơ bản của bệnh UTV. Đây là dấu hiệu quan trọng trong nhận biết sớm UTV, giúp phụ nữ có thể tự phát hiện bệnh sớm để đi khám chuyên khoa cần thiết. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi có phần khác biệt so với một nghiên cứu tại Ba Lan, khi cho thấy hầu hết những người được hỏi đều đề cập đến nốt sần hoặc sưng tấy ở vú là triệu chứng đầu tiên định hướng đến bệnh ung thư vú, 50% chọn ra máu hoặc dịch tiết khác từ núm vú, trong khi 45% chọn những thay đổi về diện mạo của vú. Các triệu chứng được chọn ít thường xuyên hơn là sưng bạch huyết (13%) và tụt núm vú (12%) [69]. Đây là có thể là kết quả của các chương trình can thiệp khác nhau giữa hai nước, trong khi các triệu chứng nổi hạch hay tụt núm vú thường là những biểu hiện giai đoạn nặng, còn tại Việt Nam hiện nay bệnh UTV thường phát hiện ở giai đoạn muộn. Bằng chứng là kết quả nghiên cứu năm 2012 của Bệnh viện K Trung ương cho thấy 72% bệnh nhân ung thư vú được chẩn đoán khi đã ở giai đoạn muộn (giai đoạn 3 và 4). Nhận thức chưa đầy đủ về bệnh ung thư vú cũng như ích lợi của việc sàng lọc, phát hiện sớm là những rào cản quan trọng đối với phụ nữ trong việc đi khám, phát hiện sớm các khối u ở vú giúp tăng cơ hội chữa khỏi bệnh [5].

Với kiến thức về yếu tố nguy cơ với bệnh UTV, có 37,3% phụ nữ kể được trên 5 yếu tố (Bảng 3.4). Trong đó, yếu tố được nhiều phụ nữ biết đến nhiều nhất là chủng tộc và yếu tố di truyền (63,67%), lối sống (57,67%), bức xạ ion hóa (51,06%), tiếp đến là thói quen ăn uống, bức xạ ion hóa, dùng thuốc nội tiết không theo chỉ định của bác sỹ. Các yếu tố kết hôn muộn và sinh đẻ ít, kinh nguyệt có sớm trước 13 tuổi và mãn kinh muộn sau 55 tuổi được biết đến ít nhất với tỷ lệ dưới 30%. Trong tất cả các thành phần kiến thức, thì kiến thức về yếu tố nguy cơ UTV là có tỷ lệ trả lời đúng thấp nhất. Kết quả này của chúng tôi



cũng tương đồng với kết quả của tác giả Nguyễn Minh Phương tại thành phố Cần Thơ [89]. Trong nghiên cứu đó, kiến thức về yếu tố nguy cơ của bệnh cũng chiếm tỷ lệ thấp nhất, chỉ có 19,6% phụ nữ có kiến thức đúng về nội dung này. Có nhiều yếu tố nguy cơ liên quan đến UTV đã được chỉ ra trong y văn, trong đó bao gồm cả yếu tố khách quan và chủ quan. Đặc biệt, có những yếu tố liên quan đến di truyền, đến lối sống, thói quen thể dục hay ăn uống, là những yếu tố có thể dự phòng được. Kết quả này cho thấy, những đối tượng phụ nữ khi chưa nhận thức tốt về những nguy cơ nào có thể gây tăng ung thư vú, thì cũng có khả năng cao không biết rằng mình có thể làm gì để hạn chế những nguy cơ mắc UTV. Chính vì vậy, những chương trình truyền thông, nâng cao kiến thức về bệnh UTV là rất cần thiết đối với phụ nữ 18-60 tuổi, giúp họ có nhận thức đúng về bệnh và có thực hành đúng để hạn chế rủi ro từ những yếu tố nguy cơ kể trên. Tuy nhiên, kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng cao hơn so với nghiên cứu của tác giả Dương Văn Tuyên, năm 2017, nghiên cứu trên đối tượng là 1036 nữ công nhân may về kiến thức, thực hành về tự khám vú, chỉ có 22,7% người tham gia có kiến thức đạt về tự khám vú (Công ty Cổ phần May 10, Công ty Cổ phần May Đức Giang, Quốc tế Phong Phú, Công ty Cổ phần và Công ty Cổ phần May Việt Thắng Công ty lần lượt là 18,1%, 23,2%, 23,9% và 25,5%) [9]. Kết quả của chúng tôi cũng cao hơn so với nghiên cứu tại Ấn Độ năm 2013 về kiến thức, thái độ và thực hành về ung thư vú được thực hiện trên 1000 phụ nữ nông thôn và thành thị ở độ tuổi 13-50. Mức độ điểm kiến thức trung bình về các triệu chứng và các yếu tố nguy cơ của ung thư vú của phụ nữ ở nhóm tuổi tiền mãn kinh rất thấp với 1,73 (tối đa là 7) [70]. Điều này phần nào cho thấy sự quan tâm của đối tượng phụ nữ ở Cát Hải và Thủy Nguyên với bệnh lý UTV, là cơ sở để triển khai can thiệp trong tương lai.

Ngoài việc phòng bệnh UTV thì phụ nữ cũng rất cần phải biết những phương pháp để phát hiện sớm UTV, nhằm phát hiện ra sớm những bất thường ở vú, giúp cho việc chẩn đoán và điều trị đạt hiệu quả cao. Các phương pháp

phát hiện sớm UTV được nghiên cứu này đánh giá bao gồm: tự khám vú, khám lâm sàng vú tại cơ sở y tế chuyên khoa và X-quang vú, siêu âm vú, chụp cộng hưởng từ vú, chụp hình đồng vị phóng xạ, chọc hút bằng kim nhỏ và sinh thiết vú. Trong đó, các biện pháp thường dùng tại các cơ sở y tế chuyên khoa Hải Phòng hiện nay là khám lâm sàng, chụp X-quang vú và siêu âm vú. Kết quả từ bảng 3.5 cho thấy phụ nữ biết về phương pháp phát hiện UTV cao nhất là siêu âm vú (82,19%), chụp X-quang vú (73,19%), tự khám vú (63,67%) và khám lâm sàng vú (56,88%). Các phương pháp còn lại trả lời đúng với tỷ lệ thấp hơn từ dưới 50% (Bảng 3.5). Kết quả nghiên cứu này của chúng tôi cao hơn so với một số nhóm đối tượng nghiên cứu của các tác giả khác như Đỗ Thị Thanh Toàn và Nguyễn Minh Phương. Trong đó, tác giả Đỗ Thị Thanh Toàn nghiên cứu trên đối tượng là phụ nữ sinh sống ở miền núi phía bắc Việt Nam vào năm 2017 cho kết quả tỷ lệ kiến thức về phát hiện sớm ung thư vú ở mức độ thấp (62,8%). Cụ thể, 58,7% phụ nữ coi việc tự khám vú là một biện pháp phòng chống ung thư vú, nhưng trong số đó, chỉ có 32,4% biết rằng tần suất tự kiểm tra vú là mỗi tháng một lần và chỉ 19,3% biết rằng nên bắt đầu áp dụng ở tuổi 20. Có 57,5% phụ nữ cho rằng nên khám vú lâm sàng từ 1 đến 3 năm một lần bắt đầu từ 20 tuổi và mọi năm bắt đầu ở tuổi 40. Chỉ có 46,6% phụ nữ biết rằng chụp X-quang vú được sử dụng như một phương pháp trong chẩn đoán và điều trị ung thư vú, nhưng vẫn còn 40,1% có rất ít kiến thức về chụp X-quang vú [8]. Còn tác giả Nguyễn Minh Phương thì cho thấy tỷ lệ biết các biện pháp phát hiện dao động quanh 50% [89]. Điều này có thể do sự khác biệt về văn hóa xã hội theo khu vực địa lý, ở các tỉnh miền núi hoặc nông thôn thì sự tiếp cận với các thông tin cũng hạn chế hơn.

Trong 9 nội dung về các biện pháp phòng ngừa UTV, phần lớn phụ nữ có hiểu biết đúng với tỷ lệ cao trên 60%, cao nhất là khám vú định kỳ với 89,95% (Bảng 3.6). Như vậy, trong các nội dung về kiến thức, thì biện pháp phòng ngừa UTV có tỷ lệ biết đúng cao hơn cả. Đây là một yếu tố tích cực, mặc dù, kiến

thức về triệu chứng hay yếu tố nguy cơ chưa thực sự tốt, nhưng phụ nữ tại các địa bàn nghiên cứu cũng đã thể hiện sự hiểu biết và quan tâm đến việc phòng ngừa và nâng cao sức khỏe của chính mình.

Về thái độ, kết quả từ bảng 3.6 cho thấy, tỷ lệ phụ nữ có thái độ tốt về bệnh UTV khá cao, hầu hết đều đạt trên 70%, cao nhất là thái độ *UTV là bệnh rất nguy hiểm, cần khuyên mẹ, chị, em gái đi khám nếu mình mắc UTV* và *việc tuyên truyền UTV là rất cần thiết* với trên 90%. Tỷ lệ phụ nữ có thái độ chung tốt về UTV ở cả hai huyện là 90,5%. Kết quả nghiên cứu này của chúng tôi khá tương đồng với tác giả Nguyễn Hữu Châu, về thái độ chung có trên 80% có thái độ tích cực (phụ nữ thành thị là 86,5%, phụ nữ nông thôn là 79,8%) [7]. Tuy nhiên, kết quả của chúng tôi cao hơn so với tác giả Đỗ Thị Thanh Toàn, khi chỉ có 61,1% có thái độ tích cực về các biện pháp phát hiện sớm ung thư vú ở đối tượng phụ nữ miền núi [8]. Có thể thấy, cả ba nghiên cứu đều được thực hiện vào năm 2016-2017, nhưng có sự khác biệt rõ ràng giữa các nhóm đối tượng. Kết quả này một lần nữa cho thấy sự quan tâm của người dân tại địa bàn nghiên cứu với bệnh UTV, thái độ tích cực sẽ giúp họ dễ dàng thực hiện các biện pháp phòng ngừa và phát hiện bệnh sớm, giảm gánh nặng bệnh tật trong cộng đồng.

Chúng tôi cũng xem xét một số yếu tố liên quan đến kiến thức và thái độ về UTV. Qua phân tích đơn biến và đa biến, ba yếu tố ghi nhận có thể liên quan đến kiến thức chung về ung thư vú của phụ nữ là trình độ học vấn, có từng tiếp cận với thông tin về UTV và nơi ở. Cụ thể, phụ nữ có trình độ học vấn THPT trở lên có khả năng kiến thức đạt cao hơn gấp 1,5 lần so với trình độ THCS trở xuống (95% CI: 1,12-2,02), phụ nữ có từng tiếp cận với thông tin về UTV có khả năng kiến thức đạt cao hơn gấp 2,8 lần so với nhóm chưa từng tiếp cận (95% CI: 1,54-5,09); phụ nữ ở Cát Hải có khả năng kiến thức đạt cao hơn gấp 2,49 lần so với phụ nữ ở Thủy Nguyên (95% CI: 1,79-3,44) (bảng 3.9). Kết quả về yếu tố liên quan đến trình độ học vấn với kiến thức đạt của chúng tôi tương đồng với nghiên cứu của tác giả Nguyễn Hữu Châu tại Khánh Hòa với phụ nữ

thành phố có kiến thức chung đạt cao hơn phụ nữ nông thôn (81,5%; 80,9%). Kiến thức về các yếu tố nguy cơ UTV, nhóm phụ nữ thành phố cho kết quả cao hơn với 49% so với 46,7% ở nhóm phụ nữ nông thôn. Hay trong nghiên cứu của tác giả Boguzrt tại Ba Lan, trình độ học vấn cao hơn là yếu tố liên quan đến kiến thức tốt và thái độ tích cực hơn ở đối tượng nghiên cứu. Điều này cũng dễ hiểu bởi khi có trình độ học vấn cao thì sự tiếp thu thông tin cũng như ghi nhớ thông tin sẽ tốt hơn, hoặc đơn giản là sự quan tâm đến các thông tin truyền thông cũng cao hơn. Ngoài ra, nghiên cứu của tác giả Nguyễn Hữu Châu cũng cho thấy phụ nữ thành thị có kiến thức và thái độ tốt hơn so với phụ nữ ở nông thôn. Trong nghiên cứu của chúng tôi, Cát Hải là huyện đảo và các xã chọn từ Thủy Nguyên là các xã ven biển. Đặc điểm chung đều sinh sống chủ yếu bằng nông và ngư nghiệp. Và xét về khoảng cách địa lý thì huyện đảo Cát Hải có sự khó khăn về đi lại cao hơn so với Thủy Nguyên. Tuy nhiên, kiến thức và thái độ ở Cát Hải lại cao hơn có ý nghĩa so với Thủy Nguyên. Điều này có vẻ không hợp lý nhưng lại khá logic với dữ liệu về nguồn tiếp cận thông tin về UTV, ở Cát Hải có tỷ lệ tiếp cận thông tin cao hơn, đặc biệt là từ nhân viên y tế, so với Thủy Nguyên. Đây có thể là kết quả từ các chương trình hỗ trợ của Đảng và Nhà nước, ưu tiên cho các huyện đảo trong chiến lược phát triển kinh tế xã hội, vì thế người dân có thể nhận được nhiều sự hỗ trợ từ các chương trình can thiệp sức khỏe hơn. Mặt khác, tỷ lệ đối tượng tham gia nghiên cứu ở Cát Hải tập trung nhiều hơn vào các nhóm tuổi từ 31-50, trong khi tại Thủy Nguyên thì phân bố khá đồng đều ở tất cả các nhóm tuổi, đặc biệt có đến gần ¼ từ độ tuổi trên 50. Sự tiếp nhận thông tin của các đối tượng cao tuổi cũng phần nào hạn chế hơn so với tuổi trẻ. Kết quả nghiên cứu của tác giả Diana Remenyi trên 480 phụ nữ tại Hungari cũng cho kết quả tương đồng, tuổi cao hơn và trình độ học vấn cao hơn là các yếu tố dự báo cho kiến thức tốt hơn về ung thư vú và khám sàng lọc ung thư vú ở phụ nữ [90].

Đối với thái độ, trong phân tích đơn biến, có hai yếu tố liên quan đến thái độ của phụ nữ về UTV là nghề nghiệp (CBCNV, kinh doanh, buôn bán... làm giảm nguy cơ có thái độ tích cực 0,64 lần so với nhóm nghề làm ruộng/nội trợ), và nơi ở (phụ nữ ở Cát Hải có khả năng có thái độ tích cực cao hơn gấp 5,01 lần so với Thủy Nguyên). Tuy nhiên, trong mô hình hồi quy đa biến, chỉ có 1 yếu tố có liên quan là nơi ở tại Cát Hải so với Thủy Nguyên với aOR = 4,61 (95%CI: 1,84-11,53) (Bảng 3.10). Kết quả này có thể cũng liên quan đến khả năng tiếp cận thông tin của phụ nữ ở nhà làm nội trợ/làm ruộng so với những người đi làm công việc cán bộ nhân viên, kinh doanh... Như vậy, các chiến lược can thiệp cần phải chú ý đến sự đa dạng của các nhóm đối tượng để nâng cao hiệu quả hơn. Kết quả nghiên cứu của tác giả Nguyễn Hữu Châu cũng cho thấy thái độ liên quan đến phòng ngừa, điều trị bệnh UTV nhóm phụ nữ thành phố có thái độ tích cực hơn phụ nữ nông thôn (64,2%; 56,1%). Về thái độ chung thì nhóm phụ nữ thành phố có thái độ tích cực cao hơn phụ nữ nông thôn (86,5%; 79,8%) [7].

Nghiên cứu tại Indonesia về kiến thức của phụ nữ về phát hiện sớm và dự phòng UTV cũng cho thấy kết quả tương tự [91]. Trong số phụ nữ, 62% sống ở nông thôn và 38% sống ở thành thị. Sống trong một khu vực thành thị có liên quan đáng kể với kiến thức thấp hơn về các yếu tố nguy cơ. Tuy nhiên, sống trong một khu vực thành thị có liên quan đáng kể đến tốt hơn thái độ và hành vi lành mạnh hơn liên quan đến nhận thức về ung thư vú. Phụ nữ có trình độ học vấn cao hơn chiếm 70% thái độ kém hơn đối với nhận thức về ung thư vú. Phụ nữ sống ở Nam Sumatera, phụ nữ sống ở Yogyakarta, và phụ nữ chưa kết hôn có nguy cơ bị rào cản nhận thức cao hơn lần lượt là 5,03; 3,84 và 1,56 lần. Kết quả của nghiên cứu này có thể phản ánh các chiến dịch nâng cao nhận thức về bệnh ung thư vú không đầy đủ hoặc sự thiếu hụt về bệnh ung thư vú. Những phát hiện này cho thấy rằng các chương trình giáo dục bổ sung nhằm nâng cao nhận thức và giáo dục công chúng là cần thiết.

#### ***4.1.4. Thực hành phát hiện sớm và phòng ngừa ung thư vú của phụ nữ***

Trong thực hành để phát hiện sớm và phòng ngừa UTV, kết quả nghiên cứu cho thấy chỉ có 55,11% phụ nữ từng đi khám vú, 6,17% phụ nữ có đi khám vú định kì; 57,14% phụ nữ có thực hành tự khám vú ở nhà, nhưng chỉ có 6,79% người thực hành khám vú đạt (Bảng 3.8). Đây là các kết quả rất đáng quan tâm. Chỉ có 1/2 phụ nữ đã từng đi khám vú và có chưa đến 1/10 phụ nữ đi khám vú định kì để phát hiện sớm UTV và các bệnh liên quan. Các yếu tố liên quan đến thực hành khám vú định kì, thông qua phân tích đơn biến và mô hình hồi quy đa biến cho thấy chỉ có mối liên quan giữa việc khám vú định kì và trình độ học vấn của phụ nữ. Phụ nữ có trình độ THPT trở lên có khả năng đi khám vú định kì cao hơn gấp 2,33 lần so với phụ nữ có trình độ học vấn THCS trở xuống (95% CI: 1,38-3,92,  $p < 0,001$ ).

Đối với thực hành tự khám vú, từ phân tích đơn biến, có năm yếu tố là tuổi  $>40$ , từng tiếp cận với thông tin truyền thông, nơi ở tại Cát Hải, kiến thức đạt và thái độ tích cực đều là những yếu tố làm tăng khả năng có thực hành tự khám vú. Tuy nhiên, trong mô hình đa biến, chỉ có yếu tố từng tiếp cận với thông tin, truyền thông về UTV, nơi ở tại Cát Hải và kiến thức về UTV đạt là làm tăng khả năng có thực hành tự khám vú. Ngoài ra, qua quan sát bảng bảng kiểm, chúng tôi không tìm thấy yếu tố liên quan đến việc thực hành tự khám vú đạt của phụ nữ tại Cát Hải và Thủy Nguyên.

Như vậy, dù tỷ lệ thái độ tích cực, tỷ lệ biết đến các triệu chứng và biện pháp phòng ngừa đều khá cao, nhưng chưa thực sự tương xứng với thực hành của đối tượng nghiên cứu. Trong đó, tỷ lệ đi khám vú thì lại cao hơn ở nhóm phụ nữ có trình độ học vấn cao. Ở đây, ngoài yếu tố kiến thức, chúng tôi cũng đặt giả thuyết là khi trình độ học vấn cao hơn thì khả năng kinh tế cũng cao hơn nên tỷ lệ đi khám vú cũng cao hơn. Tuy nhiên để trả lời được câu hỏi này, có lẽ cần các nghiên cứu sâu hơn, như đánh giá tính chấp nhận của cộng đồng với các biện pháp sàng lọc phát hiện sớm, hoặc tính sẵn có của các dịch vụ ở từng địa bàn.

Một kết quả đáng bàn luận nữa là nhóm tuổi >40 cũng làm tăng tỷ lệ thực hành tự khám vú tại nhà. Điều này cho thấy nguy cơ với các nhóm tuổi trẻ, bởi nếu UTV được phát hiện sớm thì tỷ lệ khỏi bệnh và kéo dài thời gian sống được nâng cao hơn so với phát hiện muộn.

Việc thực hành khám vú kém dường như là một vấn đề gặp ở nhiều nơi, trong bối cảnh xã hội tại Việt Nam. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi khá tương đồng với một số nghiên cứu đã thực hiện tại Việt Nam. Như nghiên cứu của tác giả Dương Văn Tuyên, tỷ lệ đã từng thực hành tự khám vú (tự báo cáo) chiếm tỷ lệ thấp với 15,8%, trong số đó, 15,2% có thực hành hàng tháng [9]. Hay trong nghiên cứu của tác giả Đỗ Thị Thanh Toàn, trong số phụ nữ tham gia nghiên cứu, chỉ một số ít người cho biết đã từng tự khám vú (13,8%) hoặc đã đi khám vú (17%), siêu âm vú (14,6%) hoặc chụp X-quang vú (10,1%). Nghiên cứu cũng tìm ra được một số yếu tố liên quan đến việc thực hành tầm soát ung thư vú gồm kiến thức của đối tượng, dân tộc, thu nhập cá nhân, thông tin về bệnh được tiếp cận [8].

Một nghiên cứu khác thực hiện ở Ethiopia, trên 389 sinh viên nữ của một trường đại học, cũng cho thấy tỷ lệ học sinh có kiến thức tốt và thực hành tự khám vú lần lượt là 27,6% (95% CI: 22,9-32) và 17,4% (95% CI: 13,8-21,6). Trong phân tích hồi quy logistic đa biến, tỷ lệ cư trú ở thành thị (aOR=2,50; 95% CI: 1,27- 4,94) và thảo luận với ai đó về việc tự khám vú (aOR=4,57; 95% CI: 2,42- 8,65) là những yếu tố dự báo về kiến thức tốt, trong khi tiền sử gia đình mắc bệnh ung thư vú (aOR=7,14; 95% CI: 1,75-25), thảo luận với ai đó về việc tự khám vú (aOR =3,85; 95% CI: 1,82 -8,33) và kiến thức tốt về tự khám vú (aOR=12,02; 95% CI: 5,97-24,20) có liên quan đáng kể với thực hành tự kiểm tra vú [92].

Nghiên cứu tại Iran của tác giả Fariba Teleghani năm 2019 cũng cho thấy những rào cản trong việc thực hành tự khám vú của phụ nữ. Trong một nghiên cứu tương quan và mô tả cắt ngang vào năm 2017, 1509 phụ nữ ở khu vực nông thôn và thành thị của tỉnh Isfahan đã được chọn bằng phương pháp chọn mẫu

hiều giai đoạn. Dữ liệu được thu thập bằng cách đến thăm nhà, sử dụng bảng câu hỏi và thực hiện các cuộc phỏng vấn và được phân tích bằng cách sử dụng thống kê mô tả và phân tích. Kết quả cho thấy các rào cản bao gồm thiếu nhận thức về khám vú ( $p=0,006$ ), thiếu nhận thức về kỹ thuật tự khám vú ( $p < 0,001$ ), và thiếu đào tạo của nhân viên trung tâm y tế ( $p=0,016$ ), có sự khác biệt đáng kể giữa các khu vực cư trú (khu vực thành thị và nông thôn). Trình độ học vấn của phụ nữ có liên quan đến 5/10 rào cản và nghề nghiệp của họ có liên quan đáng kể với 2/10 rào cản đối với thực hành tự khám vú [93]. Nghiên cứu của tác giả Sandra Osei-Afriyie tại Ghana cũng ghi nhận những phụ nữ không tin là dễ bị ung thư vú (aOR: 0,04; 95% CI: 0,02-0,09) và những người không biết tình trạng nguy cơ của mình (aOR: 0,02; 95% CI: 0,005-0,57) ít có nguy cơ thực hiện tự khám vú thường xuyên so với những người biểu hiện sự lo lắng; và phụ nữ không theo tôn giáo cũng làm giảm việc thực hành tự khám vú 0,11 lần (aOR=0,11; 95% CI: 0,02-0,55) so với những người theo đạo Thiên chúa [94].

Như vậy, để tăng tỷ lệ thực hành khám và phát hiện sớm UTV, việc nâng cao kiến thức, thái độ về UTV cho người dân, chú ý đến các đối tượng có trình độ học vấn thấp, cũng như các biện pháp thúc đẩy sự tiếp cận thông tin và cung cấp dịch vụ phù hợp theo địa bàn là thực sự cần thiết.

## **4.2. Kiến thức, thái độ, thực hành (KAP) của nhân viên y tế xã trong phát hiện sớm và dự phòng ung thư vú tại 2 huyện Thủy Nguyên và Cát Hải, Hải Phòng năm 2017**

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

Nghiên cứu thu nhận được 120 NVYT tham gia, với 36 tại Cát Hải và 84 tại Thủy Nguyên trên tổng số 138 nhân viên y tế đủ tiêu chí lựa chọn. Phần lớn nhân viên y tế phụ trách công tác sản – nhi là nữ, với tỷ lệ nam/nữ là 11/109. Phân bố của NVYT ở nhóm tuổi 41-50 là nhiều nhất với 39,2%, sau đó đến nhóm 31-40 tuổi là 38,3%, thấp nhất ở nhóm tuổi  $\leq 30$  là 5,8%. Trình độ chuyên môn của đối tượng nghiên cứu phần lớn là nữ hộ sinh chiếm 42,5%, bác sĩ



chiếm 34,2% và y sĩ chiếm 23,3%. Thâm niên công tác của NVYT cũng tương đối cao, trên 50% có thời gian từ 11-20 năm (Bảng 3.14). Số liệu này cho thấy cơ cấu của nhân viên y tế trạm y tế xã còn nhiều bất cập, khi tuổi và thâm niên đều cao, có những xã còn chưa có bác sĩ phụ trách sản nhi (chỉ có 41 bác sĩ trong 48 xã). Cơ cấu này có thể liên quan đến kiến thức – kỹ năng của NVYT về UTV. Đặc biệt, có sự chênh lệch về cơ cấu nhân viên y tế tại Cát Hải và Thủy Nguyên. Cụ thể, tại Cát Hải, có 12 xã – thị trấn, số NVYT/xã là 3,0. Trong khi tại Thủy Nguyên, số NVYT/xã chỉ đạt 2,3 (37 xã – thị trấn). Điều này có thể liên quan đến chiến lược phát triển y tế biển đảo tại địa phương. Từ năm 2013, Bộ Y tế đã phê duyệt đề án số 317/QĐ-TTg, về phát triển y tế biển đảo Việt Nam đến năm 2020, triển khai trên 28 tỉnh thành biển đảo, trong đó có Hải Phòng [95], với mục tiêu củng cố mạng lưới y tế đủ năng lực và phù hợp với đặc thù hoạt động bảo vệ, chăm sóc sức khỏe người dân, phát triển nguồn nhân lực y tế đủ về số lượng và chất lượng, đáp ứng nhu cầu bảo vệ, chăm sóc sức khỏe cho người dân, tăng cường năng lực cấp cứu, vận chuyển, khám chữa bệnh, phòng chống dịch bệnh và các bệnh tật đặc thù vùng biển, đảo; trang bị kiến thức cho người dân vùng biển, đảo có thể tự bảo vệ sức khỏe, biết tự sơ cấp cứu và đưa người bị nạn đến các cơ sở cấp cứu vùng biển, đảo; thực hiện đầy đủ các quy định quốc tế về đảm bảo y tế cho hoạt động trên biển [95]. Hải Phòng là một trong những địa phương đi đầu trong việc thực hiện đề án, đặc biệt tập trung cho phát triển huyện đảo Cát Hải và Bạch Long Vĩ, mô hình khám chữa bệnh từ xa (Telemedicine) cũng được đầu tư xây dựng và phát triển.

#### ***4.2.2. Kiến thức, thái độ, thực hành của nhân viên y tế xã về phát hiện sớm và dự phòng ung thư vú***

Kiến thức là một yếu tố quan trọng trong việc phát hiện bệnh sớm và cải thiện hành vi sức khỏe. Trong khuôn khổ nghiên cứu, chúng tôi đánh giá các khía cạnh kiến thức về UTV của NVYT bao gồm triệu chứng, yếu tố nguy cơ, biện pháp phát hiện và biện pháp dự phòng bệnh UTV. Đây là những kiến thức

cơ bản nhất mà NVYT có thể áp dụng trong các buổi khám bệnh hoặc truyền thông tầm soát UTV cho người dân, tăng tỷ lệ phát hiện sớm và điều trị sớm UTV [96],[97]. Hầu hết NVYT đều có tỷ lệ kiến thức đúng về triệu chứng UTV cao  $\geq 80\%$ , có triệu chứng *núm vú không đối xứng, tụt* là ít được biết đến nhất với 71,7%. Đáng chú ý hơn nữa, tỷ lệ biết trên 5 triệu chứng đạt 93,3%. Trong tất cả các nội dung về kiến thức, đây là nội dung có tỷ lệ kiến thức đạt cao nhất, sau đó đến các kiến thức về biện pháp phòng ngừa UTV, khi mà NVYT ở cả hai huyện đều có tỷ lệ biết đúng cao trên 80%. Tỷ lệ biết trên 5 biện pháp đạt 92,5%, đồng đều ở cả hai huyện (Bảng 3.17).

Với hai nội dung về yếu tố nguy cơ gây UTV và các phương pháp phát hiện UTV thì có tỷ lệ hiểu biết đúng thấp hơn, đặc biệt là các yếu tố nguy cơ. Trong 9 yếu tố nguy cơ gây UTV, NVYT biết về yếu tố nguy cơ là *bức xạ ion hóa* chiếm tỷ lệ cao nhất với 90%, tiếp theo là yếu tố *chủng tộc và di truyền* và *dùng thuốc nội tiết không theo chỉ định* đều đạt 85,8%. Yếu tố *kinh nguyệt sớm trước 13 tuổi hoặc mãn kinh muộn sau 55 tuổi* và *trầm cảm-căng thẳng quá mức* được biết đến thấp nhất với tỷ lệ lần lượt là 38,3% và 48,3%. Tỷ lệ NVYT biết đúng từ 6/9 yếu tố nguy cơ trở lên là 61,7%, trong đó Cát Hải cao hơn Thủy Nguyên,  $p < 0,05$ . Tỷ lệ NVYT biết đúng từ 6/9 yếu tố nguy cơ trở lên chỉ đạt 61,7% (Bảng 3.15). Trong 8 phương pháp phát hiện UTV, phương pháp sinh thiết vú là được biết đến nhiều nhất với 99,2%, chụp hình đồng vị phóng xạ vú là có tỷ lệ biết đến thấp nhất với 58,3%. Tỷ lệ biết từ 5/8 biện pháp trở lên chiếm 73,3%, không có sự khác biệt giữa NVYT tại Cát Hải và Thủy Nguyên (Bảng 3.16). Tỷ lệ NVYT có kiến thức chung về UTV đạt ở cả hai huyện là 45%. Trong đó, tỷ lệ ở Cát Hải là 55,6%, ở Thủy Nguyên là 40,5%, không có sự khác biệt giữa hai huyện (Hình 3.3). Điều này cho thấy các khoảng trống về kiến thức của NVYT, các kiến thức về bệnh UTV mới chỉ đạt ở những nhóm nội dung cơ bản. Tại Việt Nam, trong hiểu biết của chúng tôi, có rất ít nghiên cứu về kiến thức, thái độ, thực hành về phát hiện sớm UTV của nhân viên y tế. Một số

nghiên cứu chủ yếu về đánh giá thực trạng mắc cũng như yếu tố nguy cơ của người dân trong các độ tuổi khác nhau.

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi khá tương đồng với tác giả O.O. Odusayana tại Nigeria đánh giá kiến thức của 204 y tá về các triệu chứng, yếu tố nguy cơ và phương pháp chẩn đoán UTV [98]. Theo nghiên cứu này, tỷ lệ y tá có kiến thức tốt về triệu chứng và các phương pháp chẩn đoán cơ bản cũng khá cao, từ trên 60%. Tuy nhiên, kiến thức về yếu tố nguy cơ cũng chỉ đạt từ 22-53%. Trong một nghiên cứu khác, tại Pakistan, được thực hiện tại bảy bệnh viện giảng dạy của Karachi bằng cách sử dụng phương pháp chọn mẫu ngẫu nhiên phân tầng với phân bố theo tỷ lệ trên tổng cộng 609 nữ y tá được phỏng vấn bằng cách sử dụng bảng câu hỏi có cấu trúc. Kiến thức về các yếu tố nguy cơ ung thư vú được phân loại thành các nhóm tốt, khá và kém. Kết quả cho thấy chỉ có ba mươi lăm phần trăm y tá có kiến thức tốt về các yếu tố nguy cơ. Sinh viên tốt nghiệp từ các trường điều dưỡng tư nhân (aOR=4,23, 95% CI: 2,93-6,10), y tá đã từng chăm sóc bệnh nhân ung thư vú (aOR=1,41, 95% CI: 1,00-1,99), những người đã tự khám vú (aOR =1,56, 95% CI: 1,08-2,26) hoặc những người đã từng khám vú bệnh nhân (aOR =1,87, 95% CI: 1,34-2,61) có nhiều khả năng có kiến thức tốt hơn [99]. Bác sĩ hoặc chuyên gia y tế có thể đóng một vai trò quan trọng trong việc phổ biến thông tin và giáo dục mọi người về các yếu tố nguy cơ UTV, các triệu chứng cảnh báo và phương pháp sàng lọc. Một nghiên cứu của tác giả Lesie chỉ ra rằng những phụ nữ nhận được thông tin từ các thầy thuốc, bao gồm cả y tá thực hành thì có kiến thức và phát hiện tốt hơn về ung thư vú [100]. Trong khi một nghiên cứu khác của tác giả S.Jolanta cũng chỉ ra điều bất cập khi có đến 71% phụ nữ cho biết không nhận được thông tin truyền thông về bệnh UTV từ nhân viên y tế, yếu tố liên quan đến việc này là do nhân viên y tế thiếu kiến thức về UTV [71] . Hay nghiên cứu của tác giả Assefa Aa cho thấy phụ nữ nhận được tư vấn, khuyến nghị của nhân viên y tế làm tăng khả

năng có thực hành tự khám vú gấp 5 lần so với nhóm không nhận được (aOR=5,0, 95% CI: 2,35-10,68) [101].

Kết quả kiến thức về UTV của NVYT của chúng tôi cũng cao hơn khá nhiều so với một nghiên cứu tại Ả Rập Xê Út của tác giả Heena Humariya tiến hành vào cùng khoảng thời gian từ năm 2017 đến năm 2018. Tổng cộng có 395 nhân viên chăm sóc sức khỏe đã tham gia vào nghiên cứu này. Tuổi trung bình của những người tham gia là 34,7 tuổi, bao gồm bác sĩ (n=63, 16,0%), y tá (n=261, 66,1%) và nhân viên y tế khác (n=71, 18,0%). Chỉ 6 (1,5%) người tham gia có kiến thức tốt về ung thư vú và 104 (26,8%) người tham gia có kiến thức ở mức khá. Nhìn chung, lần lượt có 370 (93,7%), 339 (85,8%) và 368 (93,2%) người tham gia đã nghe nói về việc tự khám vú, khám lâm sàng vú và chụp X-quang vú [102]. Sự khác biệt này có thể liên quan đến tỷ lệ bác sĩ trong nghiên cứu của chúng tôi cao hơn và thâm niên công tác cũng nhiều hơn.

Liên quan đến thái độ về bệnh UTV, NVYT ở cả hai huyện đều có thái độ tích cực về bệnh UTV cao trên 80%. Hơn nữa, tỷ lệ có trên 5 thái độ tích cực đạt 91,7%. Không ghi nhận sự khác biệt giữa hai huyện (Bảng 3.17). Kết quả này của chúng tôi cao hơn khá nhiều so với nghiên cứu tại Ả Rập Xê Út, nơi mà tỷ lệ thái độ tích cực chỉ đạt dưới 20% [102]. Thái độ là khía cạnh đánh giá nhận thức của NVYT về sự nguy hiểm của bệnh cũng như tầm quan trọng của việc phát hiện và điều trị sớm trong làm giảm gánh nặng bệnh UTV đối với phụ nữ. Kết quả này cho thấy mặc dù kiến thức còn hạn chế ở một số nội dung, nhưng thái độ tích cực của NVYT sẽ làm tăng tính khả thi của các chương trình tầm soát UTV nếu thực hiện ngay từ tuyến y tế cơ sở như các trạm y tế xã.

Theo Tổ chức Y tế thế giới, có khoảng 1/3 số ung thư có thể dự phòng được; 1/3 số ung thư có thể chữa khỏi nếu được phát hiện sớm, điều trị kịp thời và đúng phương pháp; 1/3 số ung thư còn lại có thể kéo dài và nâng cao chất lượng cuộc sống nếu được chăm sóc và điều trị tích cực. Trên cơ sở đó, đối với thực hành, chúng tôi thực hiện đánh giá bằng quan sát kỹ năng khám lâm sàng

vú của NVYT, vì tất cả các NVYT tham gia nghiên cứu đều phụ trách sản nhi tại y tế cơ sở nên đây là một việc quan trọng trong việc phát hiện sớm UTV. Qua quan sát thực hành và chấm bằng bảng kiểm về kỹ năng khám vú, kết quả cho thấy thực trạng đáng báo động khi tỷ lệ NVYT có kỹ năng khám vú đúng chỉ đạt 13,3%, kỹ năng chuẩn bị và hỏi bệnh đúng đạt 53% (Bảng 3.20). Điều này phần nào phản ánh tại sao hiện nay phần lớn trường hợp bệnh ung thư vú đến khám và điều trị đều ở giai đoạn muộn. Kết quả này có thể một phần liên quan đến trình độ chuyên môn của NVYT tuyến cơ sở. Trong nghiên cứu của chúng tôi, có đến trên 70% NVYT tham gia nghiên cứu là nữ hộ sinh hoặc y sĩ. Thực trạng này cũng xảy ra ở nhiều nước đang phát triển khác như nghiên cứu tại Nigeria cho thấy chưa đến 50% NVYT có kỹ năng khám lâm sàng vú đúng, hay tại Ả Rập Xê Út, tổng số 295 (74,7%) người tham gia cho biết đã thực hành tự kiểm tra vú, 95 (24,1%) đã trải qua kiểm tra vú lâm sàng và 74 (18,7%) đã từng chụp X-quang vú [102].

Trong phân tích theo một số đặc điểm xã hội học của nhân viên y tế, kết quả nghiên cứu của chúng tôi không ghi nhận mối liên quan về các đặc điểm tuổi, giới, trình độ chuyên môn và thâm niên công tác với kiến thức, thái độ và kỹ năng về phát hiện và phòng ngừa UTV của NVYT tại Cát Hải và Thủy Nguyên. Điều này có thể bắt nguồn từ việc mẫu nghiên cứu còn nhỏ và không đồng nhất. Các nhân viên y tế tuyến xã thông thường phải kiêm nhiệm nhiều vị trí do tình trạng thiếu nhân lực. Hơn nữa, với việc phát triển kinh tế của Hải Phòng cũng như Việt Nam trong những năm gần đây, sự phát triển của y tế tư nhân, liên kết, chế độ bảo hiểm y tế thông tuyến, sự nâng cấp cơ sở hạ tầng giao thông khiến cho tỷ lệ người dân tham gia khám chữa bệnh ban đầu tại các trạm y tế xã có phần giảm đi. Tuy nhiên, nhiều nghiên cứu cũng chỉ ra có nhiều yếu tố có thể ảnh hưởng đến kiến thức - thái độ - thực hành của nhân viên y tế. Nghiên cứu của tác giả Elias L.N với mục đích đánh giá tầm quan trọng của việc thực hành tự khám vú và các yếu tố liên quan giữa các chuyên gia y tế nữ làm việc

trong các cơ sở y tế công cộng ở Tây Ethiopia. Kỹ thuật chọn mẫu ngẫu nhiên đơn giản đã được sử dụng để tuyển dụng tổng số 390 cán bộ y tế nữ, thực hiện từ tháng 1 đến tháng 3 năm 2015. Từ tổng số người được hỏi, 77% đã từng thực hành tự khám vú và chỉ một phần ba (33,7%) trong số họ thực hành thường xuyên. Không gặp vấn đề về vú (12,7%) là lý do chính của việc không thực hành tự khám vú thường xuyên. Sau khi điều chỉnh các yếu tố gây nhiễu có thể xảy ra, tiền sử cá nhân về ung thư vú (aOR=4,7, 95% CI: 1,32-17,07), có kiến thức về tự khám vú tốt (aOR=4,1, 95% CI: 1,36-5,65), thái độ tích cực (aOR=3,8, 95% CI: 2,10-9,17) và đã từng dạy tự khám vú cho khách hàng (aOR=5,2, 95% CI: 2,35-8,14) là những yếu tố liên quan có ý nghĩa thống kê về thực hành tự khám vú [103]. Nghiên cứu của Saeed Bashirian tại Iran, bên cạnh các yếu tố như tình trạng hôn nhân, trình độ học vấn, tiền sử gia đình có người bị ung thư vú, thì lý thuyết về sự hỗ trợ xã hội và động cơ tự bảo vệ cũng là những yếu tố dự báo cho kiến thức và thực hành tốt về sàng lọc phát hiện sớm UTV [104].

Tóm lại, kiến thức và thực hành về phòng ngừa và phát hiện sớm về UTV ở cán bộ y tế phụ trách sản nhi của một số huyện ven biển hải đảo của Cát Hải và Thủy Nguyên còn chưa thỏa đáng, mặc dù tỷ lệ thái độ tích cực là khá cao. Cần có những biện pháp can thiệp thích hợp để cải thiện các vấn đề này, nhằm nâng cao năng lực chẩn đoán UTV sớm ngay từ tuyến y tế cơ sở.

### **4.3. Hiệu quả của giải pháp can thiệp bằng truyền thông giáo dục sức khỏe đến kiến thức, thái độ, thực hành của phụ nữ và nhân viên y tế trong phát hiện sớm và dự phòng ung thư vú**

#### ***4.3.1. Hiệu quả can thiệp về kiến thức, thái độ, thực hành của phụ nữ***

Từ giai đoạn điều tra ngang, chúng tôi tuyển được 500 người tham gia giai đoạn can thiệp, gồm 200 ở Cát Hải và 300 ở Thủy Nguyên, số lượng cho mỗi nhóm can thiệp và chứng đều là 250 người. Các nhóm chứng và can thiệp được lựa chọn dựa trên tiêu chí về sự tương đồng về tỷ lệ kiến thức chung đạt

của giai đoạn điều tra ngang. Kết quả từ bảng 3.24 cho thấy về đặc điểm dân số xã hội học, có sự tương đồng về tuổi trung bình (nhóm can thiệp là  $46,3 \pm 11,3$  và nhóm chứng là  $44,6 \pm 12,3$ ), trình độ học vấn giữa nhóm can thiệp và nhóm chứng. Tuy nhiên, có sự khác biệt trong phân bố nghề nghiệp giữa hai nhóm. Ở nhóm can thiệp, tỷ lệ phụ nữ là cán bộ công nhân viên và lao động tự do, buôn bán cao hơn. Trong khi ở nhóm chứng, tỷ lệ phụ nữ làm ruộng và nội trợ lại cao hơn ( $p < 0,05$ ). Điều này là khó tránh khỏi, có thể do khác nhau về đặc điểm kinh tế xã hội của từng địa phương. Sự khác biệt này cũng phần nào ảnh hưởng đến quá trình thực hiện can thiệp của chúng tôi. Do ở nhóm can thiệp, số người lao động tự do hoặc buôn bán cao, nên việc tập trung truyền thông bị rải rác và khó thực hiện đồng bộ. Tuy nhiên, kết quả phân tích sau can thiệp từ bảng 3.25 đến bảng 3.30 cũng cho thấy có hiệu quả rõ rệt trong việc cải thiện kiến thức và thực hành của phụ nữ về UTV.

Cụ thể, về triệu chứng của bệnh UTV, tỷ lệ biết 7 triệu chứng thường gặp ở nhóm can thiệp đều tăng trên 10% so với trước can thiệp ( $p < 0,001$ ). Sự thay đổi cao nhất ở triệu chứng: *Núm vú không đối xứng* (21,6%), *Tiết dịch màu máu ở núm vú* (16,8%) và *Hạch nhỏ ở hố nách* (16,8%) (Bảng 3.25). Trong khi ở nhóm chứng, các tỷ lệ có sự tăng và giảm không có sự khác biệt giữa trước và sau can thiệp ( $p > 0,05$ ). Tổng chung, tỷ lệ biết trên 4 triệu chứng tăng từ 53,6% lên 80% ở nhóm can thiệp. Hiệu quả can thiệp với tỷ lệ biết trên 4 triệu chứng đạt 47,8%.

Với kiến thức về yếu tố nguy cơ, sự cải thiện sau can thiệp có xu hướng cao hơn so với triệu chứng (Bảng 3.26). Tỷ lệ biết các yếu tố nguy cơ ở nhóm can thiệp đều tăng trên 20% so với trước can thiệp ( $p < 0,001$ ). Đặc biệt, có hai yếu tố nguy cơ được biết đến khá ít trước can thiệp là *Kết hôn muộn và ít sinh đẻ* (28,8%) và *Kinh nguyệt sớm/mãn kinh muộn* (28,4%) được tăng lên đến gần 40% sau can thiệp (sau can thiệp đều là 63,2%). Ở nhóm chứng, chúng tôi cũng ghi nhận có sự thay đổi có ý nghĩa thống kê ở một số yếu tố nguy cơ như: *Bức*

*xạ ion hóa, Chứng tộc và yếu tố di truyền, Dùng thuốc nội tiết không theo chỉ định, Thói quen ăn uống và Lối sống* với sự thay đổi từ 10 đến 13%. Tuy nhiên, sự tăng thấp hơn so với nhóm can thiệp, và hiệu quả can thiệp với cả 9 yếu tố nguy cơ đều đạt từ +4,8 đến +106,3%. Tổng chung, hiệu quả can thiệp với tỷ lệ biết trên 5 yếu tố nguy cơ đạt 543,8%. Điều này cho thấy can thiệp là có hiệu quả, đặc biệt là về yếu tố nguy cơ. Khi phụ nữ biết về yếu tố nguy cơ thì sẽ chủ động hơn trong việc đi khám và phát hiện bệnh trong giai đoạn sớm. Mặc dù ở nhóm chứng cũng có sự thay đổi tốt hơn, nhưng sự thay đổi ở nhóm chứng có thể giải thích một phần do khi điền bộ câu hỏi phỏng vấn lặp lại, bản thân họ có thể có nhận thức tăng lên, mặt khác cũng có thể do theo thời gian, họ có cơ hội được tiếp cận với các thông tin truyền thông hoặc từ gia đình, bạn bè, nên có sự cải thiện về kiến thức so với trước can thiệp.

Về các phương pháp phát hiện UTV, tỷ lệ biết các phương pháp phát hiện ở nhóm can thiệp đều tăng so với trước can thiệp, đặc biệt là phương pháp *Tự khám vú*, sau can thiệp có 100% người trả lời đúng ( $p < 0,001$ ). Ở nhóm chứng, ghi nhận xu hướng tương tự như kiến thức về triệu chứng, có sự thay đổi không đồng nhất trước và sau can thiệp, hầu hết cũng đều tăng nhẹ sau can thiệp, nhưng không có sự khác biệt về mặt thống kê. Tỷ lệ biết >4 phương pháp tăng từ 60,8% trước can thiệp lên 75,6% sau can thiệp ở nhóm can thiệp, trong khi ở nhóm chứng gần như không thay đổi. Hiệu quả can thiệp với tỷ lệ biết trên 5 phương pháp phát hiện đạt 27,3%. Kết quả này phản ánh hiệu quả can thiệp rõ nét, khi biện pháp *Tự khám vú* đạt 100% sau can thiệp, do trong cấu phần truyền thông, chúng tôi đặc biệt nhấn mạnh đến phương pháp *Tự khám vú* cũng như giáo dục về biện pháp tự khám vú đúng cách cho phụ nữ. Đây là biện pháp quan trọng và phù hợp trong tình hình kinh tế xã hội hiện nay, tại Việt Nam nói riêng và các nước đang phát triển nói chung.

Liên quan đến các biện pháp dự phòng, sau can thiệp, tỷ lệ biết các biện pháp dự phòng UTV ở nhóm can thiệp đều tăng từ 10 đến 16%, tất cả các biện



pháp đều có trên 80% trả lời đúng ( $p < 0,001$ ). Tuy nhiên, trước can thiệp, tỷ lệ trả lời đúng ở nhóm can thiệp đã là khá cao (từ 65,2% đến 88,8%) nên hiệu quả can thiệp với tỷ lệ biết trên 5 phương pháp phát hiện chỉ đạt 14,9%. Sự thay đổi của nhóm chứng có tăng hơn ở các biện pháp *Khám vú định kì* và *Kiểm tra gen*, nhưng không có ý nghĩa thống kê.

Trên cơ sở thay đổi tích cực ở các nhóm kiến thức, kết quả can thiệp cũng thể hiện rõ hơn khi thay đổi cả kiến thức chung và tổng điểm kiến thức ở nhóm can thiệp. Tỷ lệ kiến thức chung đạt tăng từ 32,4% trước can thiệp lên 82,0% sau can thiệp ( $p < 0,001$ ). Điểm trung bình trung tất cả các điểm của kiến thức tăng từ  $19,9 \pm 3,58$  lên  $25,8 \pm 3,72$  ( $p < 0,001$ ). Ở nhóm chứng, tỷ lệ kiến thức chung đạt tăng từ 36,4% lên 40,8% ( $p > 0,05$ ) và tổng điểm tăng từ  $20,0 \pm 3,74$  lên  $20,9 \pm 3,47$  ( $p < 0,001$ ). Sự tăng ở nhóm chứng thấp hơn so với nhóm can thiệp, hiệu quả can thiệp về tỷ lệ kiến thức chung đạt là 141,0% và điểm trung bình kiến thức đạt 25,1% (Bảng 3.29). Như đã giải thích ở trên, theo thời gian, có thể người dân cũng được tiếp cận với thông tin theo một kênh nào khác, nên có thể có sự gia tăng hiểu biết hơn so với thời điểm đánh giá ban đầu. Tuy nhiên, sự tăng ở nhóm can thiệp là rõ nét và thể hiện đồng đều ở tất cả các tiêu chí, cho thấy vai trò nhất định của biện pháp can thiệp của chúng tôi.

Như vậy, trong các nhóm kiến thức, chúng tôi thấy hiệu quả can thiệp tác động trên tất cả các khía cạnh, tuy nhiên rõ rệt nhất là sự thay đổi của kiến thức về các yếu tố nguy cơ gây UTV. Hiểu biết về yếu tố nguy cơ sẽ giúp phụ nữ chủ động hơn trong việc phòng ngừa bệnh cho bản thân, cũng như cho chính gia đình và cộng đồng. Kết quả nghiên cứu của tác giả A.M. Masso-Calderon nghiên cứu về hiệu quả can thiệp truyền thông giáo dục trên 155 phụ nữ tại Colombia cũng cho thấy có sự thay đổi đáng kể với kiến thức về yếu tố nguy cơ gây UTV [105]. Theo đó, kiến thức về các yếu tố nguy cơ ít được biết đến như sinh đẻ muộn, ít cho con bú, tiền sử gia đình có người mắc ung thư vú, kinh nguyệt sớm, mãn kinh muộn, chế độ ăn thiếu hoa quả và rau xanh tại vòng

nghiên cứu cắt ngang trước can thiệp đều có tỷ lệ dưới 25% thì đã tăng lên đến 60% đến trên 70% sau can thiệp. Nghiên cứu cũng chỉ ra rằng hiệu quả can thiệp sẽ giảm dần sau các lần đánh giá 3 tháng, 6 tháng. Kết quả can thiệp của chúng tôi cũng cao hơn so với một nghiên cứu thực hiện tại Ethiopia, trên 61 sinh viên đại học [106]. Tỷ lệ kiến thức chung về UTV trước và sau can thiệp lần lượt là 37,7% và 57,4%. Điểm trung bình kiến thức sau can thiệp tăng lên 0,18 điểm. Sự khác biệt này có thể do sự khác nhau về đối tượng nghiên cứu. Trong khi nghiên cứu của chúng tôi tiến hành trên đối tượng là phụ nữ từ 18 – 72 tuổi. Các đối tượng này có thể sẽ quan tâm đến bệnh UTV hơn do UTV thường khởi phát ở độ tuổi trung niên. Còn nghiên cứu tại Ethiopia thực hiện trên sinh viên đại học, tuổi từ 18-24, có thể ít quan tâm hơn đến bệnh tật. Tuy nhiên, từ kiến thức đúng đến thực hành đúng còn là một vấn đề khó khăn. Những biện pháp dự phòng liên quan đến hành vi, lối sống như nên sinh đẻ sớm, cho con bú, ăn nhiều rau xanh... phụ thuộc nhiều vào từng cá nhân, yếu tố văn hóa xã hội và rất khó để thay đổi trong một thời gian ngắn. Cần có những biện pháp can thiệp bền vững để có thể thay đổi được hành vi và lối sống cho phụ nữ trong dự phòng sớm các yếu tố nguy cơ gây UTV.

Về thực hành, ở nhóm phụ nữ được can thiệp, tỷ lệ thực hành tự khám vú đạt  $\geq 4$  bước tăng đáng kể, từ 9,6% lên 56,4%, hiệu quả can thiệp về tỷ lệ thực hành tự khám vú đạt  $\geq 4$  bước là 478,4%. Điểm trung bình thực hành khám vú cũng tăng từ  $2,96 \pm 0,37$  điểm lên  $4,46 \pm 1,54$  điểm, hiệu quả can thiệp chung đạt 47,6% (Bảng 3.30). So với nhóm chứng, không có sự thay đổi có ý nghĩa thống kê nào được ghi nhận. Nghiên cứu của tác giả Abera tại Ethiopia cũng cho thấy tỷ lệ thực hành khám vú đạt tăng từ 16,4% lên 70,5% sau can thiệp, điểm trung bình thực hành tăng 0,56 điểm (106).

Xem xét một số đặc điểm dân số xã hội học tác động lên điểm kiến thức và thực hành sau can thiệp, chúng tôi ghi nhận nhóm tuổi  $>40$  có sự gia tăng cao hơn về điểm kiến thức chung, với điểm ở nhóm dưới 40 tuổi là  $3,01 \pm 0,79$  và

nhóm trên 40 tuổi là  $3,22 \pm 0,80$ , sự chênh lệch có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,05$  (Bảng 3.31). Phân tích yếu tố liên quan đến kiến thức chung trong gia đoạn điều tra ngang cho thấy tuổi  $>40$  là yếu tố làm tăng khả năng có kiến thức tốt trong phân tích đơn biến, nhưng lại không có sự khác biệt được ghi nhận trong phân tích đa biến. Điều này cho thấy có thể nhóm phụ nữ trên 40 tuổi là đối tượng quan tâm đến chương trình can thiệp hơn, do biết được tuổi cao là một trong những yếu tố nguy cơ gây UTV. Nghiên cứu kiến thức, thái độ và thực hành về bệnh UTV ở PN thành phố và PN nông thôn tại Khánh Hòa năm 2016 trên 1120 PN từ 20 – 60 tuổi cho kết quả PN thành phố có kiến thức chung đạt cao hơn PN nông thôn (81,5%; 80,9%). Kiến thức về các yếu tố nguy cơ UTV, nhóm PN thành phố cho kết quả cao hơn với 49% so với 46,7% ở nhóm PN nông thôn [7]. Thêm vào đó, yếu tố địa lý cũng có tác động khác nhau lên cả điểm kiến thức và điểm thực hành tự khám vú. Ở Thủy Nguyên, điểm trung bình kiến thức cao hơn 0,18 điểm và điểm trung bình tự khám vú cao hơn 0,93 điểm so với ở Cát Hải (Bảng 3.31 và bảng 3.32). Các yếu tố trình độ học vấn và nghề nghiệp không có sự khác biệt giữa các nhóm. Tại thời điểm điều tra ngang, phụ nữ ở Cát Hải có kiến thức và thực hành tốt hơn so với tại Thủy Nguyên. Kết quả này cho thấy sự cải thiện đáng kể ở nhóm phụ nữ tại Thủy Nguyên. Chúng tôi giả thuyết nguyên nhân của sự khác biệt này có liên quan đến sự chấp nhận và tham gia của cộng đồng trong những hoàn cảnh văn hóa xã hội khác nhau. Tuy nhiên, cần có những nghiên cứu sâu hơn trong tương lai để có thể trả lời cho suy đoán này, cũng như nâng cao hiệu quả truyền thông giáo dục trong cộng đồng.

Nghiên cứu của tác giả Ortega với phương pháp meta-analyses trên 19 công trình khoa học về kiến thức – thái độ – thực hành về tự khám vú cũng chỉ ra có nhiều yếu tố có thể ảnh hưởng đến kết quả truyền thông như sự ủng hộ về mặt xã hội, trình độ học vấn, giới tính của đối tượng nghiên cứu hay sự đa dạng của các phương pháp truyền thông [107]. Một nghiên cứu về hiệu quả một số can thiệp với hiểu biết của phụ nữ về UTV năm 2017 cũng cho thấy khi áp dụng

các mức độ can thiệp khác nhau thì kết quả có nhiều khác biệt hơn. Cụ thể, nghiên cứu ngẫu nhiên có đối chứng trên 997 phụ nữ, chia thành 3 nhóm. Nhóm 1 chỉ nhận can thiệp từ tờ rơi trong 1 năm, nhóm 2 nhận can thiệp bằng tờ rơi và trong vòng 2 năm và nhóm 3 nhận can thiệp bằng mô hình niềm tin sức khỏe. Kết quả nhận thức chung về ung thư vú của phụ nữ ở nhóm can thiệp 1 không thay đổi so với nhóm chứng sau can thiệp hai năm (OR 1,8, 95% CI: 0,6-5,30;  $p=0,32$ ; 435 phụ nữ; bằng chứng chất lượng trung bình) trong khi nhận thức chung tăng ở nhóm can thiệp 2 so với đối chứng sau can thiệp hai năm (OR 8,1, 95% CI: 2,7-25,0;  $p < 0,001$ ; 420 phụ nữ; bằng chứng chất lượng trung bình). Trong nhóm 3, có sự gia tăng đáng kể về điểm số trên Mô hình Niềm tin Sức khỏe (bao gồm các cấu trúc của nhận thức và tính nhạy cảm được cảm nhận) sau can thiệp một tháng ở nhóm giáo dục (trung bình 1,21, SD 2,54; 65 phụ nữ) so với nhóm chứng nhóm (trung bình 0,15, SD 2,94; 65 phụ nữ;  $p=0,045$ ) [108].

Kết quả nghiên cứu từ bảng 3.32 cũng cho thấy không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về điểm trung bình thực hành tự khám vú giữa các nhóm kiến thức chung đạt và không đạt, mặc dù ở nhóm kiến thức đạt thì có điểm cao hơn so với nhóm kiến thức không đạt. Điều này nhấn mạnh việc cần phải lặp lại truyền thông và đặc biệt chú trọng đến quá trình hướng dẫn tự khám vú để có thể nâng cao tỷ lệ tự khám vú trong cộng đồng. Kết quả này của chúng tôi cũng tương đồng với nghiên cứu của tác giả Vahideh Termeh tại Iran thực hiện trên 600 phụ nữ (277 phụ nữ trong nhóm can thiệp và 323 phụ nữ trong nhóm đối chứng). Tuổi trung bình của những người tham gia là 53,2 (SD=9,45) tuổi và trình độ học vấn năm trung bình của những người tham gia là 9,4 (SD=4,12) tuổi. So sánh các biến đầu ra (kiến thức, thái độ, ý định và chẩn đoán sớm ung thư vú) ở các đánh giá ban đầu và theo dấu, nhóm can thiệp cho thấy những cải thiện đáng kể về thái độ và ý định ( $p=0,01$  và  $p=0,001$ , tương ứng), nhưng không có cải thiện đáng kể nào đối với thực hành đi chẩn đoán sớm ung thư vú ( $p=0,78$ ) [109]. Điều này một lần nữa khẳng định cho những bàn luận phía trên,

từ kiến thức đúng, thái độ đúng đến thực hành đúng là một khoảng cách và cần nhiều thời gian cũng như những biện pháp can thiệp có tính bền vững, được duy trì thích hợp với từng đối tượng để có thể thay đổi thực hành.

#### **4.3.2. Hiệu quả can thiệp với NVYT**

Cấu phần can thiệp thứ hai trong nghiên cứu thực hiện trên 90 NVYT, với 27 người tại Cát Hải và 63 người tại Thủy Nguyên. Sau can thiệp, có 30 người vì nhiều lý do đã không hoàn thành nghiên cứu, tỷ lệ mất dấu là 25,0%. Các lý do được chúng tôi tìm hiểu bao gồm đi học/đào tạo ở xa, nghỉ thai sản và nghỉ ốm. Tỷ suất nam/nữ là 9/81. Tương tự như ghi nhận tại vòng điều tra ngang, trình độ chuyên môn phần lớn là nữ hộ sinh chiếm 51,1%, bác sĩ chiếm 32,2% và y sĩ chiếm 16,7%. Thời gian công tác trung bình của NVYT tham gia nghiên cứu can thiệp là  $16 \pm 0,78$  năm.

Kết quả từ các bảng 3.31 đến 3.39 cho thấy có sự cải thiện rõ rệt về kiến thức và thực hành khám vú của nhân viên y tế tại Cát Hải và Thủy Nguyên. Cụ thể, sau can thiệp, tỷ lệ biết triệu chứng *Núm vú không đối xứng, tụt* và *Tiết dịch màu máu ở núm vú* tăng có ý nghĩa thống kê so với trước can thiệp với chỉ số hiệu quả lần lượt là 20,9 và 5,0%. Chỉ số hiệu quả thay đổi tỷ lệ biết  $\geq 5$  triệu chứng đạt 3,6%, tuy nhiên không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa trước và sau ( $p=0,137$ ) (Bảng 3.32). Tỷ lệ biết về triệu chứng *Sờ thấy khối u* tăng lên đến 100% sau can thiệp. Các triệu chứng khác cũng có sự tăng so với trước can thiệp, tuy nhiên, sự gia tăng không đáng kể. Có thể do từ vòng ban đầu, tỷ lệ nhân viên y tế có hiểu biết tốt về triệu chứng bệnh đã khá cao, nên sự cải thiện sau can thiệp không thật sự nổi bật.

Sau can thiệp, có 5/9 yếu tố nguy cơ gây UTV được biết đến bởi NVYT tăng so với trước can thiệp, bao gồm *Kết hôn muộn và ít sinh đẻ*, *Kinh nguyệt sớm trước 13 tuổi/mãn kinh muộn sau 55 tuổi*, *Trầm cảm – căng thẳng quá mức*, *thói quen ăn uống* và *Lối sống*, với chỉ số hiệu quả đạt từ 17,2 đến 44,9% ( $p<0,05$ ). Tỷ lệ biết  $\geq 6$  yếu tố nguy cơ tăng từ 61,7% lên 85,6%, chỉ số hiệu quả

chung đạt 38,7% ( $p < 0,001$ ). Với các yếu tố khác, không có sự khác biệt giữa trước và sau can thiệp nhưng tỷ lệ biết sau can thiệp phần lớn đều đạt trên 90% (Bảng 3.33).

Về các phương pháp phát hiện UTV, tỷ lệ NVYT biết các biện pháp phát hiện UTV đều tăng so với trước can thiệp với chỉ số hiệu quả đạt từ 18,4% đến 44,7% ( $p < 0,05$ ), trừ biện pháp *Chọc hút bằng kim nhỏ* và *Sinh thiết vú*. Có 98,9% số nhân viên y tế biết trên 5 phương pháp phát hiện. Chỉ số hiệu quả thay đổi tỷ lệ biết  $\geq 5$  phương pháp phát hiện đạt 34,8% ( $p < 0,001$ ) (Bảng 3.34).

Liên quan đến kiến thức về biện pháp phòng ngừa, tỷ lệ NVYT biết 4 biện pháp phòng ngừa UTV là *cẩn trọng với hormone, làm mẹ theo tự nhiên, đi khám vú định kì* và *kiểm tra gen* đều tăng so với trước can thiệp với chỉ số hiệu quả đạt từ 5,3 đến 17,6% ( $p < 0,05$ ). Chỉ số hiệu quả thay đổi tỷ lệ biết  $\geq 5$  biện pháp phòng ngừa đạt 8,1% ( $p < 0,05$ ). Biện pháp *duy trì thể trọng và tự khám vú, Không hút thuốc, uống rượu* và *duy trì tâm lí tốt* cũng đều có trên 90% trả lời đúng mặc dù sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với  $p > 0,05$ .

Tổng chung, sau can thiệp, tỷ lệ NVYT có kiến thức chung về UTV đạt và điểm trung bình kiến thức đều tăng so với trước can thiệp ( $p < 0,05$ ). Chỉ số hiệu quả thay đổi tỷ lệ kiến thức chung đạt 85,1% và thay đổi tổng điểm đạt 11,9% (Bảng 3.36).

Đối với nhân viên y tế tuyến cơ sở, khám vú lâm sàng và siêu âm vú là hai kỹ thuật thường được sử dụng do đặc thù cơ sở vật chất. Tuy nhiên, tại các xã thực hiện can thiệp, máy siêu âm là không sẵn có nên chúng tôi chỉ đánh giá bằng thực hành khám vú lâm sàng qua bảng kiểm với hai câu phần kỹ năng chính là hỏi bệnh và khám bệnh. Sau can thiệp, tỷ lệ NVYT thực hành kỹ năng chuẩn bị và hỏi bệnh đạt tăng từ 53,3% lên 98,9%; và điểm trung bình thực hành tăng từ  $5,56 \pm 0,96$  lên  $7,8 \pm 1,03$  so với trước can thiệp ( $p < 0,05$ ). Chỉ số hiệu quả thay đổi tỷ lệ kỹ năng chuẩn bị và hỏi bệnh đạt 85,4% và thay đổi tổng điểm đạt 40,2%. Về điểm kỹ năng khám bệnh, điểm trung bình tăng gấp hơn 2 lần so với

trước can thiệp và tỷ lệ đạt trên 6 điểm cũng đạt 100%. Chỉ số hiệu quả thay đổi kỹ năng khám bệnh đạt 651,8% và điểm trung bình đạt 147,5% ( $p < 0,05$ ) (bảng 3.37).

Nghiên cứu của chúng tôi là một trong số ít nghiên cứu thực hiện can thiệp trên nhân viên y tế. Bởi lẽ, nhân viên y tế nên là những người có kiến thức và thực hành tốt thì mới có thể tư vấn và khám bệnh cho người dân. Các kết quả này cho chúng ta thấy rằng còn một khoảng trống khá lớn trong nền tảng y tế tuyến cơ sở cần được tập trung giải quyết. Điều đáng nói nữa là nhân viên y tế được tuyển chọn tham gia vào nghiên cứu đều là những người phụ trách về mảng sản nhi hoặc khoa chăm sóc sức khỏe sinh sản của địa phương, trong đó tỷ lệ nhân viên y tế là nữ hộ sinh và bác sĩ chiếm khá cao. Sự thay đổi về kiến thức và thực hành sau can thiệp trong nghiên cứu của chúng tôi là rất đáng kể, cho thấy tính khả thi của can thiệp, là cơ sở để khuyến nghị với các nhà quản lý chính sách về việc xây dựng, phát triển và duy trì một chương trình đào tạo liên tục cho nhân viên y tế tuyến cơ sở, để đảm bảo được bổ sung và cập nhật kiến thức cũng như tăng kỹ năng cho họ.

Nhiều nghiên cứu về các chương trình can thiệp cộng đồng trên thế giới về kiến thức - thực hành về phát hiện và phòng ngừa ung thư vú cho đối tượng nhân viên y tế khuyến khích thực hiện từ giai đoạn rất sớm, ngay từ khi là sinh viên các trường y tế, trước khi họ bắt đầu hành nghề [106],[110]. Tại Ethiopia, một thiết kế trước khi thử nghiệm trước một nhóm được sử dụng trong số 61 sinh viên được chọn bằng kỹ thuật lấy mẫu ngẫu nhiên có hệ thống [106]. Dữ liệu được thu thập bằng bảng câu hỏi có cấu trúc và danh sách kiểm tra đã được điều chỉnh và phê duyệt. Kết quả trước và sau can thiệp được tính toán bằng cách sử dụng thử nghiệm ghép cặp. Kết quả cho thấy, trước khi can thiệp, 14 (23%) người được hỏi đã có thông tin và thực hành tự khám vú, chỉ 8 (13,1%) thực hiện tự kiểm tra vú định kỳ hàng tháng. Số lượng và tỷ lệ người trả lời hiểu biết trước can thiệp lần lượt là 23 (37,7%) và 35 (57,4%). Sự khác biệt về kiến thức trung bình đối với trước can thiệp là  $0,18 \pm 0,695$  ( $p < 0,05$ ). Điểm năng lực

thực hành đạt yêu cầu của những người được hỏi trước khi can thiệp cũng lần lượt là 10 (16,4%) và 43 (70,5%). Mức tăng điểm trung bình đối với can thiệp tự kiểm tra vú trước sau phẫu thuật là  $0,51 \pm 0,62$  ( $p < 0,001$ ). Cả điểm kiến thức và năng lực thực hành đều cho thấy sự gia tăng đáng kể sau khi can thiệp, cho thấy giả thuyết nghiên cứu đã được chấp nhận. Trong nghiên cứu của tác giả Soheir tại Ai Cập, với mục đích là phát triển một tập sách giáo dục về việc tự kiểm tra vú và kiểm tra tính hiệu quả của nó đối với kiến thức và thực hành của sinh viên điều dưỡng đại học. Một thử nghiệm trước và sau không có nhóm đối chứng đã được thực hiện trên một mẫu thuận tiện gồm 212 sinh viên điều dưỡng tại Khoa Điều dưỡng, Đại học Alexandria, những người đã chấp nhận tham gia nghiên cứu và đăng ký vào năm học đầu tiên, trong học kỳ đầu tiên (2001-2002) đã được đưa vào nghiên cứu này. Theo nhu cầu của sinh viên điều dưỡng, một tập sách giáo dục về tự khám vú đã được phát triển và trao cho họ. Sau 3 tháng, việc đánh giá lại kiến thức và thực hành của sinh viên điều dưỡng được thực hiện bằng cách sử dụng cùng một bảng câu hỏi để đánh giá hiệu quả của tập tài liệu đã phát triển. Nghiên cứu cho thấy sự thiếu kiến thức và thực hành chung liên quan đến tự khám vú ở các sinh viên điều dưỡng. Kết quả sau can thiệp cho thấy tập sách giáo dục được phát triển về tự khám vú có tác dụng rõ ràng trong việc nâng cao kiến thức và thực hành của sinh viên [110].

Các kết quả nghiên cứu cũng cho thấy một can thiệp ngắn cũng có thể làm thay đổi đáng kể kiến thức và kỹ năng của nhân viên y tế. Tại Kenya, một nghiên cứu của tác giả Miriam thực hiện can thiệp có đối chứng trên các y tá để vận động và sàng lọc tại bệnh viện cấp ba, trong một môi trường hạn chế về nguồn lực. Sử dụng một công cụ thống kê, Mô hình Solomon, 79 y tá đã được xác định và chia thành các nhóm thực nghiệm và đối chứng. Một can thiệp đào tạo ngắn gọn về nhận thức ung thư vú đã được thực hiện cho nhóm thử nghiệm. Bảng câu hỏi kiểm tra trước và sau khi kiểm tra lâm sàng có cấu trúc khách quan được sử dụng để xác định kiến thức và kỹ năng thực hành của y tá trước và sau



can thiệp đào tạo viết tắt. Điểm kiến thức và kỹ năng thực hành ban đầu liên quan đến khám vú lâm sàng thấp: Điểm kiến thức trung bình là 18 trên 25 người (72%) và điểm thực hành trung bình là 12,5 trên 30 người (41,6%). Sự cải thiện đáng kể được quan sát thấy sau can thiệp đào tạo viết tắt về cả kiến thức và kỹ năng thực hành. Điểm kiến thức 22 trên 25 người (88%,  $p = <0,001$ ) và điểm thực hành 26 trên 30 người (86,6%,  $p = 0,003$ ). Các y tá được đào tạo có thể nâng cao kiến thức về ung thư vú từ kiến thức khá đến kiến thức tốt.

Như vậy, kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy sự tương đồng với các nghiên cứu trước đây. Một lần nữa, kết quả cho thấy sự cần thiết phải có những chương trình can thiệp nhằm nâng cao kiến thức cho nhân viên y tế trong phát hiện và phòng ngừa sớm UTV trên phụ nữ.

#### **4.4. Một số ưu và nhược điểm của nghiên cứu**

Theo hiểu biết của chúng tôi, đây là một trong những nghiên cứu đầu tiên tại Việt Nam về vấn đề kiến thức - thái độ - thực hành về phòng ngừa và phát hiện sớm UTV trên các huyện ven biển hải đảo. Nghiên cứu thực hiện công phu với số lượng lớn người tham gia trong cả hai giai đoạn mô tả cắt ngang và can thiệp, bao gồm hai nhóm đối tượng là phụ nữ và nhân viên y tế cơ sở. Hơn nữa, nghiên cứu của chúng tôi có quy mô rộng với tỷ lệ theo dấu cao. Cỡ mẫu của nghiên cứu có tính đại diện cao cho các nhân viên y tế của một địa phương. Điều này cho phép đánh giá khách quan về kết quả nghiên cứu và phản ánh được thực trạng kiến thức – thái độ – thực hành về UTV của đối tượng nghiên cứu, do đó các kết quả đưa ra có độ tin cậy khá cao.

Tuy nhiên, do nguồn lực hạn chế, nghiên cứu chưa đánh giá được hết các yếu tố liên quan đến kiến thức - thái độ - thực hành của đối tượng nghiên cứu cũng như hiệu quả can thiệp. Các đánh giá về thực hành mới chỉ đề cập đến thực hành tự khám vú, chưa đề cập đến thực hành kiểm soát các yếu tố nguy cơ và dự phòng khác như kiểm soát cân nặng, chế độ ăn, chế độ sinh hoạt, tập luyện... Kết quả cũng có thể bị ảnh hưởng bởi sai số nhớ lại, hoặc đối tượng nghiên cứu

trả lời không trung thực các vấn đề được hỏi. Để đảm bảo chất lượng nghiên cứu và giảm sai sót, chúng tôi đã tiến hành thực hiện thu thập thông tin cẩn thận, nhấn mạnh mục đích, ý nghĩa và tầm quan trọng của nghiên cứu. Hạn chế khác liên quan đến cấu phần can thiệp, tỷ lệ nhân viên y tế mất dấu sau can thiệp lên đến 25% cũng là yếu tố có thể ảnh hưởng đến kết quả nghiên cứu. Thời gian của cấu phần can thiệp không dài, nên chúng tôi chưa đánh giá được tác động của biện pháp can thiệp theo thời gian cũng như chưa đánh giá được các thực hành khác như đi khám vú, tần suất thực hiện tự khám vú... Ngoài ra, có thể có yếu tố nhiều ảnh hưởng đến kết quả can thiệp như việc không kiểm soát được các nhóm chứng có thể tiếp cận với các kênh thông tin ngoài nghiên cứu. Cuối cùng, do vấn đề nghiên cứu vẫn còn rất hạn chế tại Việt Nam, do đó, một mặt sẽ không có những nghiên cứu khác trong quá khứ tương đồng về đối tượng cũng như phương pháp để có thể so sánh kết quả; mặt khác, các biện pháp can thiệp cũng chỉ dừng lại ở các biện pháp đơn giản, dễ thực hiện và quan trọng là mang tính khả thi cao nhất trong bối cảnh tại Việt Nam hiện nay. Vì vậy, các nghiên cứu khác sâu hơn và kết hợp nhiều biện pháp can thiệp hiệu quả hơn trong tương lai là cần thiết để có thể đánh giá một cách toàn diện và chính xác hơn vấn đề nghiên cứu cũng như hiệu quả mà các biện pháp can thiệp mang lại, từ đó có thể áp dụng rộng rãi hơn trong cộng đồng.

## KẾT LUẬN

### **1. Kiến thức, thái độ, thực hành của phụ nữ trong phát hiện sớm và dự phòng ung thư vú tại 2 huyện Thủy Nguyên và Cát Hải, Hải Phòng năm 2017**

- Tỷ lệ có kiến thức chung về UTV đạt ở cả hai huyện là 24,3%, trong đó Cát Hải là 40,8%, Thủy Nguyên là 20,7% ( $p < 0,05$ ).
- Tỷ lệ phụ nữ có thái độ chung tích cực về UTV ở cả hai huyện là 90,5%, trong đó Cát Hải là 97,6%, Thủy Nguyên là 88,9% ( $p < 0,05$ ).
- Trong thực hành phát hiện sớm và phòng ngừa UTV, chỉ có 55,11% phụ nữ từng đi khám vú, 6,17% phụ nữ có đi khám vú định kì; 57,14% phụ nữ có thực hành tự khám vú ở nhà, nhưng chỉ có 6,79% người thực hành khám vú đạt.
- Yếu tố liên quan đến kiến thức về UTV của phụ nữ: trình độ học vấn THPT trở lên có khả năng kiến thức đạt cao hơn gấp 1,5 lần so với trình độ THCS trở xuống (95%CI: 1,12-2,02); Có từng tiếp cận với thông tin về UTV có khả năng kiến thức đạt cao hơn gấp 2,8 lần so với nhóm chưa từng tiếp cận (95%CI: 1,54-5,09); Phụ nữ ở Cát Hải có khả năng kiến thức đạt cao hơn gấp 2,49 lần so với phụ nữ ở Thủy Nguyên (95%CI: 1,79-3,44)
- Yếu tố liên quan đến thái độ về UTV của phụ nữ: nơi ở tại Cát Hải so với Thủy Nguyên với aOR = 4,61 (95%CI: 1,84-11,53).
- Yếu tố liên quan đến thực hành về phát hiện sớm UTV là: phụ nữ có trình độ THPT trở lên có khả năng đi khám vú định kì cao hơn gấp 2,33 lần so với phụ nữ có trình độ học vấn THCS trở xuống (95%CI 1,38-3,92,  $p < 0,001$ ); phụ nữ từng tiếp cận với thông tin, truyền thông về UTV (aOR=5,67), nơi ở tại Cát Hải (aOR=4,66) và kiến thức về UTV đạt (aOR=2,41) làm tăng khả năng có thực hành tự khám vú

### **2. Kiến thức, thái độ, thực hành của nhân viên y tế xã trong phát hiện sớm và dự phòng ung thư vú tại 2 huyện Thủy Nguyên và Cát Hải, Hải Phòng năm 2017**

- Tỷ lệ NVYT có kiến thức chung về UTV đạt ở cả hai huyện là 45%. Trong đó, tỷ lệ ở Cát Hải là 55,6%, ở Thủy Nguyên là 40,5% ( $p > 0,05$ )
- Tỷ lệ NVYT có thái độ tích cực về UTV ở cả hai huyện đạt 91,7%. Trong đó, tỷ lệ ở Cát Hải là 94,4%, ở Thủy Nguyên là 90,5%, không có sự khác biệt giữa hai huyện.
- Thực hành khám vú: kết quả cho thấy NVYT có kỹ năng tốt hơn trong việc chuẩn bị địa điểm khám và hỏi bệnh, có 53,3% đạt. Tuy nhiên, khi thực hiện khám vú thì chỉ có 13,3% đạt kỹ năng thực hành.

### **3. Hiệu quả của giải pháp can thiệp bằng truyền thông giáo dục sức khỏe đến kiến thức, thái độ, thực hành của phụ nữ và nhân viên y tế trong phát hiện sớm và dự phòng ung thư vú**

#### ***Hiệu quả can thiệp về kiến thức, thái độ, thực hành của phụ nữ***

- Sau can thiệp, tỷ lệ có kiến thức chung đạt và tổng điểm kiến thức ở nhóm can thiệp đều cao hơn so với nhóm chứng. Hiệu quả can thiệp về tỷ lệ kiến thức chung đạt là 141,0% và điểm trung bình kiến thức đạt 25,1%.
- Sau can thiệp, tỷ lệ có thực hành tự khám vú đạt ở nhóm can thiệp cao hơn so với nhóm chứng. Hiệu quả can thiệp đạt là 478,4%.
- Yếu tố liên quan đến thực hành tự khám vú đạt sau can thiệp: phụ nữ ở Thủy Nguyên có tỷ lệ thực hành đạt cao hơn so với ở Cát Hải ( $OR=4,14, p < 0,05$ )

#### ***Hiệu quả can thiệp với NVYT***

- Sau can thiệp, tỷ lệ NVYT có kiến thức chung về UTV đạt và điểm trung bình kiến thức đều tăng so với trước can thiệp ( $p < 0,05$ ). Chỉ số hiệu quả thay đổi tỷ lệ kiến thức chung đạt 85,1% và thay đổi tổng điểm đạt 11,9%.
- Sau can thiệp, tỷ lệ NVYT thực hành khám vú đạt và điểm trung bình thực hành đều tăng so với trước can thiệp ( $p < 0,05$ ). Chỉ số hiệu quả thay đổi tỷ lệ kỹ năng chuẩn bị và hỏi bệnh đạt 85,4%. Chỉ số hiệu quả thay đổi kỹ năng khám bệnh đạt 651,8% ( $p < 0,05$ ).

## **KHUYẾN NGHỊ**

Từ các kết quả nghiên cứu trên, chúng tôi có một số khuyến nghị sau:

1. Cần xây dựng và phát triển chương trình can thiệp cộng đồng về tăng cường hiểu biết cho người dân về ung thư vú, để nâng cao tỷ lệ tự phát hiện, phát hiện sớm và phòng ngừa bệnh ung thư vú trong cộng đồng.
2. Chương trình truyền thông cần đa dạng về hình thức, phù hợp với những đối tượng khác nhau trong cộng đồng, để đảm bảo tính công bằng trong tiếp cận và sử dụng dịch vụ y tế.
3. Với nhân viên y tế cơ sở, cần có chương trình can thiệp đào tạo liên tục để bổ sung và cập nhật kiến thức cho họ, nâng cao năng lực tư vấn, khám và phát hiện ung thư vú sớm ngay từ tuyến y tế cơ sở.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Houghton SC, Hankinson SE (2021). Cancer Progress and Priorities: Breast Cancer. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev.* 30(5):822–44.
2. Bray F, Ferlay J, Soerjomataram I, et al (2018). Global cancer statistics 2018: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. *CA: A Cancer Journal for Clinicians.* 68(6):394–424.
3. Sung H, Ferlay J, Siegel RL, et al (2020). Global Cancer Statistics 2020: GLOBOCAN Estimates of Incidence and Mortality Worldwide for 36 Cancers in 185 Countries. *CA Cancer J Clin.* 71(3):209–49.
4. Nguyễn Thị Mai Lan (2020). *Nghiên cứu tỷ lệ mắc mới ung thư vú ở phụ nữ Hà Nội giai đoạn 2014 - 2016*, Luận án tiến sỹ Y học, Trường Đại học Y Hà Nội.
5. Bệnh viện K Hà Nội (2017). *Hội thảo quốc tế về “Kiểm soát ung thư: thực trạng & giải pháp*, truy cập ngày 02/04/2021 tại trang web <https://benhvienk.vn/hoi-thao-quoc-te-ve-kiem-soat-ung-thu-thuc-trang-giai-phap-nd32502.html>
6. Bùi Thị Duyên và cộng sự (2018). Thực trạng và một số yếu tố liên quan đến thực hành phát hiện sớm ung thư vú của phụ nữ 20 – 49 tuổi xã Cẩm Giang, huyện Cẩm Thủy, tỉnh Thanh Hóa năm 2017. *Tạp chí Y học dự phòng*, tập 28, số 4.
7. Nguyễn Hữu Châu (2015). Nghiên cứu thực trạng kiến thức, thái độ, thực hành về bệnh ung thư vú ở phụ nữ 20 - 60 tuổi trên địa bàn tỉnh Khánh Hòa. *Tạp chí Ung thư học Việt Nam*, số 5:22–5.
8. Toan DTT, Son DT, Hung LX, et al (2019). Knowledge, attitude, and practice regarding breast cancer early detection among women in a mountainous area in Northern Vietnam. *Cancer Control.* 26(1):1073274819863777.
9. Tuyen DQ, Dung TV, Dong HV, et al (2019). Breast Self-Examination: Knowledge and Practice among female textile workers in Vietnam. *Cancer Control.* 26(1):1073274819862788.
10. Rezhake R, Xu XQ, Montigny S, et al (2019). Training future leaders: Experience from China-ASEAN cancer control training program. *J Cancer Educ.* 34(6):1067–73.

11. Underwood JM, Lakhani N, Finifrock D, et al (2015). Evidence-based cancer survivorship activities for comprehensive cancer control. *American Journal of Preventive Medicine*. 49(6, Supplement 5):S536–42.
12. White MC, Babcock F, Hayes NS, et al (2017). The history and use of cancer registry data by public health cancer control programs in the United States. *Cancer*.123 Suppl 24:4969–76.
13. Nguyễn Bá Mạnh (2013). *Đánh giá kết quả phẫu thuật ung thư vú ở nữ giai đoạn I, II, IIIA tại trung tâm ung bướu bệnh viện Việt Tiệp Hải Phòng*, Luận văn Thạc sĩ y học, Trường Đại học Y Dược Hải Phòng.
14. Âu Nhật Luân (2018). *Bài giảng Sản Phụ khoa*, Đại học Y Dược thành phố Hồ Chí Minh.
15. Frank H. Netter, Nguyễn Quang Quyền (2016). *Atlas Giải phẫu người*, Sách dịch, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, 179-182.
16. Frank H. Netter (1997), Nguyễn Quang Quyền, (1996) *Atlas giải phẫu người*, Sách dịch, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, tr.185-187.
17. Nguyễn Bá Đức (2004), *Bệnh ung thư vú*, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, tr. 13-458.
18. Lê Thanh Bình (2014). *Bài giảng Sản Phụ khoa*, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, tr.488 – 495.
19. Youlden DR, Cramb SM, Dunn NAM, et al (2012). The descriptive epidemiology of female breast cancer: an international comparison of screening, incidence, survival and mortality. *Cancer Epidemiol*. 36(3):237–48.
20. Trieu PDY, Mello-Thoms C, Brennan PC (2015). Female breast cancer in Vietnam: a comparison across Asian specific regions. *Cancer Biol Med*. 12(3):238–45.
21. Bùi Diệu (2014). Báo cáo tình hình hoạt động phòng chống ung thư giai đoạn 2011-2014 thuộc Chương trình Mục tiêu Quốc gia về Y tế, 21–28.
22. Vuong DA, Velasco-Garrido M, Lai TD, et al (2010). Temporal trends of cancer incidence in Vietnam, 1993-2007. *Asian Pac J Cancer Prev*. 11(3):739–45.

23. Fertility rate, total (births per woman) - Vietnam (2021), truy cập ngày 09/08/2021 tại trang web <https://data.worldbank.org/indicator/SP.DYN.TFRT.IN?locations=VN>
24. Ng M, Fleming T, Robinson M, et al (2014). Global, regional, and national prevalence of overweight and obesity in children and adults during 1980–2013: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013. *The Lancet*. 384(9945):766–81.
25. Anh PT, Parkin DM, Hanh NT, et al (1993). Cancer in the population of Hanoi, Vietnam, 1988-1990. *Br J Cancer*. 68(6):1236–42.
26. Nguyen QM, Nguyen MQ, Nguyen HC et al (1998). Cancer incidence in Ho Chi Minh City, Viet Nam, 1995-1996. *Int J Cancer*. 76(4):472–9.
27. Nguyễn Bá Đức (2009). Tình trạng ung thư vú ở phụ nữ ở một số tỉnh, thành phố từ năm 2001 đến 2007. *Tạp chí ung thư Việt Nam*, 5-11.
28. Australian Institute of Health and Welfare, Australasian Association of Cancer Registries (2010). Cancer in Australia: an overview, 2010. Canberra, A.C.T. *Australian Institute of Health and Welfare*.
29. American Cancer Society (2019). Breast Cancer Risk and Prevention. truy cập ngày 10/08/2020 tại trang web <https://www.cancer.org/cancer/breast-cancer/risk-and-prevention.html>
30. Braithwaite D, Miglioretti DL, Zhu W, et al (2018). Family history and breast cancer risk among older women in the breast cancer surveillance consortium cohort. *JAMA Intern Med*. 178(4):494–501.
31. Brewer HR, Jones ME, Schoemaker MJ, et al (2017). Family history and risk of breast cancer: an analysis accounting for family structure. *Breast Cancer Res Treat*. 165(1):193–200.
32. Machirori M, Patch C, Metcalfe A (2019). Black and Minority Ethnic women’s decision-making for risk reduction strategies after BRCA testing: Use of context and knowledge. *Eur J Med Genet*. 62(5):376–84.
33. Juvet LK, Natvig Norderhaug I (2008). Genetic Tests for Breast and Ovarian Cancer. Oslo, Norway: Knowledge Centre for the Health Services at The Norwegian Institute of Public Health (NIPH), truy cập ngày 09/08/2021 tại trang web <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK464763/>



34. Hall MJ, Reid JE, Wenstrup RJ (2010). Prevalence of BRCA1 and BRCA2 mutations in women with breast carcinoma In Situ and referred for genetic testing. *Cancer Prev Res.* 3(12):1579–85.
35. Owens, DOuglas K et al (2019). Risk assessment, genetic counseling, and genetic testing for BRCA-Related cancer: US Preventive services task force recommendation statement. *JAMA.* 322(7):652–65.
36. Semmler L, Reiter-Brennan C, Klein A (2019). BRCA1 and Breast Cancer: a review of the underlying mechanisms resulting in the Tissue-Specific Tumorigenesis in mutation carriers. *J Breast Cancer.* 22 (1):1–14.
37. Kotsopoulos J, Singer C, Narod SA (2017). Can we prevent BRCA1-associated breast cancer by RANKL inhibition? *Breast Cancer Res Treat.* 161(1):11–6.
38. Hashemi M, Sanaei S, Hashemi SM, et al (2018). Association of single nucleotide polymorphisms of the MDM4 gene with the susceptibility to breast cancer in a Southeast Iranian population sample. *Clin Breast Cancer.* 18(5):e883–91.
39. Danesh H, Hashemi M, Bizhani F, et al (2018). Association study of miR-100, miR-124-1, miR-218-2, miR-301b, miR-605, and miR-4293 polymorphisms and the risk of breast cancer in a sample of Iranian population. *Gene.* 647:73–8.
40. Hashemi M, Sanaei S, Mashhadi MA, et al (2015). Association study of hsa-mir-603 rs11014002 polymorphism and risk of breast cancer in a sample of Iranian population. *Cell Mol Biol.* 61(8):69–73.
41. Khalis M, Charbotel B, Chajès V, et al (2018). Menstrual and reproductive factors and risk of breast cancer: A case-control study in the Fez region, Morocco. *PLoS One.* 13(1):e0191333.
42. Antony MP, Surakutty B, Vasu TA, et al (2018). Risk factors for breast cancer among Indian women: A case-control study. *Niger J Clin Pract.* 21(4):436–42.
43. Collaborative Group on Hormonal Factors in Breast Cancer (2002). Breast cancer and breastfeeding: collaborative reanalysis of individual data from 47 epidemiological studies in 30 countries, including 50302 women with breast cancer and 96973 women without the disease. *Lancet.* 360(9328):187–95.

44. Alvarez A, Borch KB, Rylander C (2021). Reproductive factors, use of exogenous hormones, and pancreatic cancer incidence: The Norwegian Women and Cancer Study. *CLEP*. 13:67–80.
45. Colditz GA, Rosner B (2000). Cumulative risk of breast cancer to age 70 years according to risk factor status: data from the Nurses' Health Study. *Am J Epidemiol*. 152(10):950–64.
46. Tanaka S, Abe SK, Sawada N, et al (2019). Female reproductive factors and risk of external causes of death among women: The Japan Public Health Center-based Prospective Study (JPHC Study). *Sci Rep*. 9(1):14329.
47. Romieu I, Biessy C, Carayol M, et al (2018). Reproductive factors and molecular subtypes of breast cancer among premenopausal women in Latin America: the PRECAMA study. *Sci Rep*. 8(1):13109.
48. Kohler BA, Ward E, McCarthy BJ, et al (2011). Annual report to the nation on the status of cancer, 1975-2007, featuring tumors of the brain and other nervous system. *J Natl Cancer Inst*. 103(9):714–36.
49. Vital Signs: Racial Disparities in Breast Cancer Severity — United States, 2005–2009, truy cập ngày 09/08/2021 tại trang web <https://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/mm6145a5.htm>
50. Connor AE, Baumgartner RN, Pinkston C, et al (2013). Obesity and risk of breast cancer mortality in Hispanic and Non-Hispanic white women: the New Mexico Women's Health Study. *J Womens Health*. 22(4):368–77.
51. Ghosn B, Benisi-Kohansal S, Ebrahimpour-Koujan S, et al (2020). Association between healthy lifestyle score and breast cancer. *Nutr J*. 19(1):4.
52. Heitz AE, Baumgartner RN, Baumgartner KB, et al (2018). Healthy lifestyle impact on breast cancer-specific and all-cause mortality. *Breast Cancer Res Treat*. 167(1):171–81.
53. Hashemi SHB, Karimi S, Mahboobi H (2014). Lifestyle changes for prevention of breast cancer. *Electron Physician*. 6(3):894–905.
54. Jones ME, Schoemaker MJ, Wright LB, et al (2017). Smoking and risk of breast cancer in the Generations Study cohort. *Breast Cancer Res*. 19:118.

55. Amoran OE, Toyobo OO (2015). Predictors of breast self-examination as cancer prevention practice among women of reproductive age-group in a rural town in Nigeria. *Niger Med J*. 56(3):185–9.
56. Boone SD, Baumgartner KB, Baumgartner RN, et al (2015). Active and passive cigarette smoking and mortality among Hispanic and non-Hispanic white women diagnosed with invasive breast cancer. *Ann Epidemiol*. 25(11):824–31.
57. Gram IT, Little MA, Lund E, et al (2016). The fraction of breast cancer attributable to smoking: The Norwegian women and cancer study 1991–2012. *Br J Cancer*. 115(5):616–23.
58. Đặng Thế Hưng (2017). Hóa chất gây rối loạn nội tiết: yếu tố nguy cơ liên quan đến bệnh ung thư vú. *Tạp chí Y học dự phòng Việt Nam*, tập 27, số 5, tr 12-19.
59. Bộ Y tế (2020). Quyết định số 3128/QĐ-BYT ngày 17/7/2020 về việc ban hành tài liệu chuyên môn “Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị ung thư vú”, truy cập ngày 20/2/2021 tại trang web [https://kcb.vn/wp-content/uploads/2020/07/3128\\_QD-BYT\\_Huong-dan-chan-doan-va-dieu-tri-ung-thu-vu.pdf](https://kcb.vn/wp-content/uploads/2020/07/3128_QD-BYT_Huong-dan-chan-doan-va-dieu-tri-ung-thu-vu.pdf).
60. Lauby-Secretan B, Scoccianti C, Loomis D, et al (2015). Breast-Cancer Screening — Viewpoint of the IARC Working Group. *New England Journal of Medicine*. 372(24):2353–8.
61. Bộ Y tế (2015). Truyền thông phòng chống ung thư, tr: 26–9.
62. Barton MB, Harris R, Fletcher SW (1999). The rational clinical examination. Does this patient have breast cancer? The screening clinical breast examination: should it be done? How? *JAMA*. 282(13):1270–80.
63. Pisano ED, Yaffe MJ (2005). Digital Mammography. *Radiology*. 234(2):353–62.
64. Pisano ED, Yaffe MJ, Hemminger BM, et al (2000). Current status of full-field digital mammography. *Acad Radiol*. 7(4):266–80.
65. Lord SJ, Lei W, Craft P, et al (2007). A systematic review of the effectiveness of magnetic resonance imaging (MRI) as an addition to mammography and ultrasound in screening young women at high risk of breast cancer. *Eur J Cancer*. 43(13):1905–17.

66. Mann RM, Kuhl CK, Kinkel K, et al (2008). Breast MRI: guidelines from the European Society of Breast Imaging. *Eur Radiol*. 18(7):1307–18.
67. Radhakrishna S, Agarwal S, Parikh PM, et al (2018). Role of magnetic resonance imaging in breast cancer management. *South Asian J Cancer*. 7(2):69–71.
68. Ng AK, Garber JE, Diller LR, et al (2013). Prospective study of the efficacy of breast magnetic resonance imaging and mammographic screening in survivors of Hodgkin lymphoma. *J Clin Oncol*. 31(18):2282–8.
69. Level and conditioning of knowledge about breast cancer displayed by women in perimenopausal age, truy cập ngày 30/7/2021 tại trang web <http://www.aaem.pl/Level-and-conditioning-of-knowledge-about-breast-cancer-displayed-by-women-in-perimenopausal,72421,0,2.html>
70. Gangane N, Ng N, Sebastian MS (2015). Women’s knowledge, attitudes, and practices about breast cancer in a rural district of central India. *Asian Pac J Cancer Prev*. 16(16):6863–70.
71. Sielska J, Matecka M, Dąbrowska E, et al (2015). What do women know about breast cancer prophylaxis and a healthy style of life? *Rep Pract Oncol Radiother*. 20(5):321–7.
72. Akpınar YY, Baykan Z, Naçar M, et al (2011). Knowledge, attitude about breast cancer and practice of breast cancer screening among female health care professionals: a study from Turkey. *Asian Pac J Cancer Prev*. 12(11):3063–8.
73. Pace LE, Dusengimana JMV, Keating NL, et al (2018). Impact of breast cancer early detection training on Rwandan Health Workers’ knowledge and skills. *J Glob Oncol*. 4:1–10.
74. Hallowell BD, Puricelli Perin DM, Simoes EJ, et al (2018). Breast cancer related perceptions and practices of health professionals working in Brazil’s network of primary care units. *Prev Med*. 106:216–23.
75. Beshir SA, Hanipah MA (2012). Knowledge, perception, practice and barriers of breast cancer health promotion activities among community pharmacists in two Districts of Selangor state, Malaysia. *Asian Pac J Cancer Prev*. 13(9):4427–30.

76. Salma K. J 1, Wafaa A. A2, Haider T3 (2016). Attitudes of nurses toward early detection of breast cancer at Teaching Hospitals in Hilla City/ Iraq. *IOSR Journal of Nursing and Health Science*. 5(1):101–7.
77. Berg WA, Blume JD, Cormack JB, et al (2008). Combined screening with ultrasound and mammography vs mammography alone in women at elevated risk of breast cancer. *JAMA*. 299(18):2151–63.
78. Bùi Diệu, Trần Văn Thuấn (2013), *Phòng bệnh ung thư* (tài liệu dùng cho y tế cơ sở), Nhà xuất bản Y học, Hà Nội.
79. Quyết định 370/2002/QĐ-BYT Chuẩn Quốc gia về y tế xã 2001-2010 truy cập ngày 09/8/2021 tại trang web <https://thuvienphapluat.vn/van-ban/The-thao-Y-te/Quyết-dinh-370-2002-QĐ-BYT-Chuẩn-Quốc-gia-ve-y-te-xa-2001-2010-91500.aspx>
80. Agide FD, Sadeghi R, Garmaroudi G, et al (2018). A systematic review of health promotion interventions to increase breast cancer screening uptake: from the last 12 years. *Eur J Public Health*. 28(6):1149–55.
81. Kratzke C, Vilchis H, Amatya A (2013). Breast cancer prevention knowledge, attitudes, and behaviors among college women and mother-daughter communication. *J Community Health*. 38(3):560–8.
82. Himes DO, Davis SH, Lassetter JH, et al (2019). Does family communication matter? Exploring knowledge of breast cancer genetics in cancer families. *J Community Genet*. 10(4):481–7.
83. Okpoko C (2019). Communicating breast cancer in rural Igbo community of southeast Nigeria. *Media Watch*. 10:133–44.
84. Houghton LC, Howland RE, McDonald JA (2019). Mobilizing breast cancer prevention research through smartphone apps: A Systematic Review of the Literature. *Front Public Health*. 7:298.
85. Thackeray R, Burton SH, Giraud-Carrier C, et al (2013). Using Twitter for breast cancer prevention: an analysis of breast cancer awareness month. *BMC Cancer*. 13:508.
86. Bệnh viện K (2017). “Tầm soát ung thư vú ngay khi bước sang tuổi 40”. truy cập ngày 30/7/2020 tại trang web <https://benhvienk.vn/tam-soat-ung-thu-vu-ngay-khi-buoc-sang-tuoi-40-nd31741.html>.

87. Bộ y tế (2021). Phát động Chiến dịch truyền thông, khám sàng lọc và phát hiện sớm ung thư vú “Chung tay vì người phụ nữ tôi yêu”. Truy cập ngày 20/10/2021, tại trang web [https://moh.gov.vn/tin-noi-bat/-/asset\\_publisher/3Yst7YhbKA5j/content/phat-ong-chien-dich-truyen-thong-kham-sang-loc-va-phat-hien-som-ung-thu-vu-chung-tay-vi-nguoi-phu-nu-toi-yeu](https://moh.gov.vn/tin-noi-bat/-/asset_publisher/3Yst7YhbKA5j/content/phat-ong-chien-dich-truyen-thong-kham-sang-loc-va-phat-hien-som-ung-thu-vu-chung-tay-vi-nguoi-phu-nu-toi-yeu).
88. Nguyễn Văn Sơn (2013). Bảng kiểm dạy/học kỹ năng lâm sàng. Nhà xuất bản y học, Hà Nội 2013.
89. Phương NM, Định LTK, Thanh LTN, et al (2021). Nghiên cứu kiến thức, thực hành về phòng và phát hiện sớm ung thư vú ở phụ nữ 18-60 tuổi tại Thành phố Cần Thơ năm 2020. *Tạp chí Y học Việt Nam*, tập 1, tr 30-37.
90. Reményi Kissné D, Gede N, Szakács Z, et al (2021). Breast cancer screening knowledge among Hungarian women: a cross-sectional study. *BMC Womens Health*. 21:69.
91. Solikhah S, Promthet S, Hurst C (2019). Awareness Level about Breast Cancer Risk Factors, Barriers, Attitude and Breast Cancer Screening among Indonesian Women. *Asian Pac J Cancer Prev*. 20(3):877–84.
92. Muhabaw Shumye Mihret et al (2021). Knowledge and practice on breast self-examination and associated factors among summer class social science undergraduate female students in the University of Gondar, Northwest Ethiopia. *J Cancer Epidemiol*. 33(9) 277
93. Taleghani F, Kianpour M, Tabatabaiyan M (2019). Barriers to Breast Self-examination among Iranian Women. *Iran J Nurs Midwifery Res*. 24(2):108–12.
94. Osei-Afriyie S, Addae AK, Oppong S, et al (2021). Breast cancer awareness, risk factors and screening practices among future health professionals in Ghana: A cross-sectional study. *PLoS One*. 16(6):e0253373.
95. Quyết định 317/QĐ-TTg năm 2013 phê duyệt Đề án Phát triển y tế biển đảo Việt Nam, truy cập ngày 03/08/2021 tại trang web <https://thuvienphapluat.vn/van-ban/the-thao-y-te/quyet-dinh-317-qd-ttg-nam-2013-phe-duyet-de-an-phat-trien-y-te-bien-dao-viet-nam-170703>
96. Ceber E, Soyer MT, Ciceklioglu M, et al (2006). Breast cancer risk assessment and risk perception on nurses and midwives in Bornova Health District in Turkey. *Cancer Nurs*. 29(3):244–9.

97. Azeem E, Gillani SW, Siddiqui A, et al (2015). Knowledge, attitude and behavior of healthcare providers towards breast cancer in Malaysia: a Systematic Review. *Asian Pac J Cancer Prev*. 16(13):5233–5.
98. Odusanya OO, Tayo OO (2001). Breast cancer knowledge, attitudes and practice among nurses in Lagos, Nigeria. *Acta Oncol*. 40(7):844–8.
99. Ahmed F, Mahmud S, Hatcher J, et al (2006). Breast cancer risk factor knowledge among nurses in teaching hospitals of Karachi, Pakistan: a cross-sectional study. *BMC Nursing*. 5(1):6.
100. Leslie NS, Deiriggi P, Gross S, et al (2003). Knowledge, attitudes, and practices surrounding breast cancer screening in educated Appalachian women. *Oncol Nurs Forum*. 30(4):659–67.
101. Assefa AA, Abera G, Geta M (2021). *Breast cancer screening practice and associated factors among women aged 20–70 Years in urban settings of SNNPR, Ethiopia*. BCTT. Volume 13:9–19.
102. Heena H, Durrani S, Riaz M, et al (2019). Knowledge, attitudes, and practices related to breast cancer screening among female health care professionals: a cross sectional study. *BMC Women's Health*. 19(1):122.
103. Negeri EL, Heyi WD, Melka AS (2017). Assessment of breast self-examination practice and associated factors among female health professionals in Western Ethiopia: A cross sectional study. *IJMMS*. 9(12):148–57.
104. Bashirian S, Barati M, Shoar LM, et al (2019). Factors affecting breast self-examination behavior among female healthcare Workers in Iran: The role of social support theory. *J Prev Med Public Health*. 52(4):224–33.
105. Masso-Calderón AM, Meneses-Echávez JF, Correa-Bautista JE, et al (2018). Effects of an educational intervention on breast self-examination, breast cancer prevention-related knowledge, and healthy lifestyles in Scholars from a low-Income Area in Bogota, Colombia. *J Cancer Educ*. 33(3):673–9.
106. Abera H, Mengistu D, Bedaso A (2017). Effectiveness of planned teaching intervention on knowledge and practice of breast self-examination among first year midwifery students. *PLOS ONE*. 12(9):e0184636.

107. del Carmen OJM, Emilia GRD, Mares BH, et al (2021). Educational interventions on breast cancer in men and women: a necessity in primary healthcare. *Ecancermedicalscience*. 15:1255.
108. O'Mahony M, Comber H, Fitzgerald T, et al (2017). Interventions for raising breast cancer awareness in women. *Cochrane Database Syst Rev*. 2:CD011396.
109. Termeh Zonouzy V, Niknami S, Ghofranipour F, et al (2019). An educational intervention based on the extended parallel process model to improve attitude, behavioral intention, and early breast cancer diagnosis: a randomized trial. *Int J Womens Health*. 11:1–10.
110. Sobhy SI, Shoeib FMNED, Rashad WAH (2003). Developing and testing the effectiveness of an educational booklet about breast self examination on university nursing students' knowledge and practices. *J Egypt Public Health Assoc*. 78(3–4):341–59.