

MỘT SỐ YẾU TỐ Ở MẸ LIÊN QUAN ĐẾN TÌNH TRẠNG TIÊM CHỦNG ĐẦY ĐỦ CỦA TRẺ TẠI TỈNH QUẢNG NAM

TS. NGUYỄN VĂN VĂN - Sở Y tế Quảng Nam
BS. HUỖNH CÔNG QUANG, BS. NGUYỄN THỊ THÙY TRANG
Trung tâm Y tế dự phòng Quảng Nam
Phản biện khoa học: TS. NGUYỄN CHÍNH PHONG
Trưởng phòng Vệ sinh phòng dịch, Cục Quân y

TÓM TẮT: Nghiên cứu mô tả cắt ngang, kết hợp hồi cứu 900 mẹ và con từ đủ 12 tháng đến đủ 36 tháng tuổi, tại Tỉnh Quảng Nam, năm 2016, nhằm xác định tỉ lệ tiêm chủng đầy đủ, tiêm chủng đúng lịch ở trẻ và các yếu tố liên quan ở mẹ cho thấy:

- Tỉ lệ tiêm chủng đầy đủ và tiêm chủng đúng lịch của trẻ từ đủ 12 tháng đến đủ 36 tháng tuổi lần lượt là 97,1% và 10,6%. 100% trẻ được tiêm BCG (33,4% trẻ được tiêm chủng đúng lịch); 98% trẻ được tiêm đủ 3 mũi DPT và uống 3 lần OPV (tỉ lệ tiêm chủng đúng lịch của 2 loại vắc xin này lần lượt là 57,9% và 63,2%); 98,7% trẻ tiêm vắc xin sởi (78,2% trẻ được tiêm chủng đúng lịch).

- Phân tích hồi quy đa biến cho thấy, địa bàn sinh sống và thành phần dân tộc là hai yếu tố rất quan trọng ở các mẹ, ảnh hưởng lớn đến tình trạng tiêm chủng đầy đủ của trẻ.

Từ khóa: Tiêm chủng đầy đủ, tiêm chủng đúng lịch.

ABSTRACT: A cross-sectional study combined with retrospective study on the 900 mothers and infants from 12 months to 36 months of age, in Quang Nam province, in 2016 to determine the rate of full vaccination and vaccination on schedule in children and related factors in mothers. The results showed that:

- The rate of full vaccination and vaccination on schedule in children from 12 months to 36 months of age was 97.1% and 10.6% respectively. There were 100% of children vaccinated BCG (33.4% of children were vaccinated on schedule); 98% of children were given 3 doses of DPT and 3 times of OPV (the rate of vaccination on schedule of 2 vaccines was 57.9% and 63.2% respectively). 98.7% of children were vaccinated against measles (78.2% of children were vaccinated on schedule).

- Multivariate recurrent analysis showed that, the living area and ethnic composition were two important factors in mothers, which greatly affected the full vaccination of the children.

Keywords: Full vaccination, vaccination on schedule.

Chịu trách nhiệm nội dung: TS. Nguyễn Văn Văn, Email: nhivan6@gmail.com

Ngày nhận bài: 10/01/2017; mời phản biện khoa học: 20/01/2018; chấp nhận đăng: 01/3/2018.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ.

Chương trình Tiêm chủng mở rộng triển khai ở Việt Nam từ năm 1981. Năm 2016, cả nước có 1.693.995 trẻ dưới 1 tuổi (chiếm 98%) được tiêm chủng đầy đủ 8 loại vắc xin phòng bệnh (bệnh lao, viêm gan B, bại liệt, bạch hầu, ho gà, uốn ván, sởi và viêm phổi/viêm màng não mủ do Hib) [8]. Công tác tiêm chủng mở rộng tại Quảng Nam được triển khai ở 224/224 xã/phường/thị trấn. Tuy nhiên, do địa bàn rộng, công tác này tại đây gặp nhiều khó khăn, kết quả thực hiện còn nhiều hạn chế. Do vậy, trên địa bàn tỉnh vẫn xảy ra một số vụ dịch. Điển hình là vụ dịch bệnh bạch hầu tại 2 thôn 8A và 8B, xã Phước Lộc, huyện Phước Sơn (năm 2015) với 5 người mắc và 1 người chết [2].

Chúng tôi thực hiện nghiên cứu này nhằm xác định tỉ lệ tiêm chủng đầy đủ (TCĐĐ), tiêm chủng đúng lịch (TCĐL) ở các trẻ trong độ tuổi từ đủ 12 tháng đến đủ 36 tháng tuổi và tìm hiểu một số yếu tố liên quan đến tỉ lệ TCĐĐ của trẻ ở các mẹ.

2. ĐỐI TƯỢNG, PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU.

2.1. Đối tượng nghiên cứu:

Tất cả các mẹ có con từ đủ 12-36 tháng tuổi. Phiếu/sổ tiêm chủng cá nhân đang được các mẹ lưu giữ và sổ quản lý tiêm chủng của trẻ tại các trạm y tế giai đoạn 2013-2016.

Nghiên cứu được tiến hành từ tháng 7-12/2016, tại 30 xã, thuộc 9 huyện, trên địa bàn 3 khu vực địa lý, gồm miền núi cao (2 huyện và 3 xã), vùng trung du (4 huyện và 9 xã), vùng đồng bằng (5 huyện và 18 xã).

2.2. Phương pháp nghiên cứu:

- Thiết kế nghiên cứu: hồi cứu, kết hợp mô tả cắt ngang.

- Công thức tính cỡ mẫu:

$$n = \frac{Z_{1-\frac{\alpha}{2}}^2 q(1-p)}{d^2}$$

Trong đó, n là cỡ mẫu tối thiểu; $Z(1-\alpha/2)$ là hệ số tin cậy (ứng với độ tin cậy 95%, thì $Z(1-\alpha/2) = 1,96$); p là tỉ lệ các mẹ có kiến thức, thái độ và thực hành đúng về tiêm chủng mở rộng (ước $p = 50\%$; $q = 1 - p = 0,5$); d là sai số tương đối cho phép (chọn $d = 0,05$); thay các giá trị vào công thức ở trên, ta có $n = 384$. Để bảo đảm hạn chế những sai lệch do kích thước của cỡ mẫu, chúng tôi sử dụng hiệu quả thiết kế (design effect - DE) bằng 2; do đó, cỡ mẫu nghiên cứu sẽ là: $384 \times 2 = 768$ bà mẹ. Do nghiên cứu được triển khai tại 30 xã nên số mẫu tối thiểu cho 1 xã là $768/30 \approx 30$ mẹ/xã. Vậy, số mẫu tối thiểu cần cho nghiên cứu là: $30 \times 30 = 900$ mẹ (có con từ đủ 12 tháng đến 36 tháng tuổi).

- Chọn mẫu: các huyện/thị xã/thành phố của tỉnh Quảng Nam phân bố theo 3 khu vực địa lý (miền núi cao, vùng trung du và vùng đồng bằng), với tỉ lệ dân số giữa 3 khu vực này là 1:3:5,5. Để bảo đảm chọn mẫu xác suất theo tỉ lệ trên, số xã và cỡ mẫu đưa vào nghiên cứu cho mỗi khu vực sẽ là:

Khu vực địa lý	Số xã được chọn	Số mẹ được chọn
Miền núi cao	3	90
Vùng trung du	9	270
Vùng đồng bằng	18	540

Từ mỗi khu vực kể trên, liệt kê danh sách các xã theo từng huyện; bốc thăm ngẫu nhiên các xã và số lượng xã.

- Chọn đối tượng nghiên cứu: các mẹ có con trong độ tuổi từ đủ 12 tháng đến 36 tháng tuổi (tại thời điểm điều tra), sẽ được chọn theo phương pháp cổng liên cổng (ở mỗi xã được chọn ở mục trên). Chỉ những bà mẹ đồng ý tham gia vào nghiên cứu mới được chọn.

- Nội dung nghiên cứu: xác định tỉ lệ TCĐĐ, TCĐL ở trẻ và mối liên quan giữa các yếu tố ở mẹ với tình trạng TCĐĐ của trẻ.

- Một số khái niệm trong nghiên cứu:

+ TCĐĐ: trẻ nhận đủ 6 loại vắc xin và đủ 8 liều (1 liều vắc xin BCG, 3 liều vắc xin DPT, 3 liều vắc xin OPV, 1 liều vắc xin sởi), hoàn thành trước 12 tháng tuổi.

+ TCĐL: trẻ được TCĐĐ và đúng thời gian (BCG trong vòng 1 tháng tuổi; DPT, OPV từ đủ 2 tháng đến trước 6 tháng tuổi; sởi từ đủ 9-10 tháng tuổi).

Kiểm tra phiếu/sổ tiêm chủng cá nhân (các mẹ đang lưu giữ), đối chiếu với sổ quản lý tiêm chủng trẻ tại các trạm y tế để có thông tin chính xác về tình trạng tiêm chủng của trẻ (loại bỏ yếu tố nhiễu do hồi tưởng từ các bà mẹ).

- Xử lý số liệu: thu thập và xử lý số liệu bằng phần mềm Excel 2007 và phần mềm Stata 13.0.

2.3. Vấn đề đạo đức trong nghiên cứu:

Nghiên cứu được sự đồng ý của Ủy ban nhân dân tỉnh Quảng Nam; là nghiên cứu không xâm lấn, chỉ dựa trên việc phỏng vấn, quan sát. Các đối tượng đều tự nguyện tham gia nghiên cứu. Mọi thông tin của đối tượng đều được bảo mật và chỉ dùng cho mục đích nghiên cứu.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU.

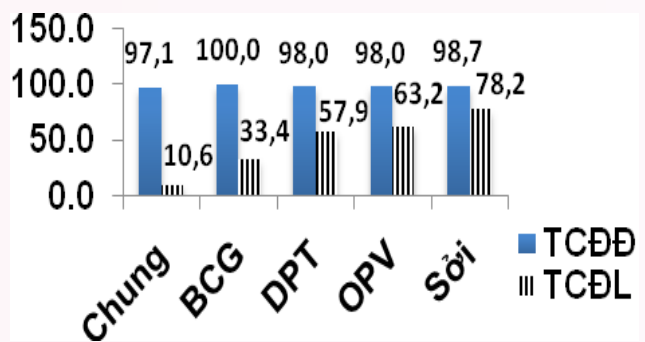
3.1. Đặc điểm đối tượng nghiên cứu:

Bảng 1. Một số đặc điểm ở các mẹ ($n = 900$).

Đặc điểm		Số lượng
Tuổi mẹ	≤ 35 tuổi	721 (80,1%)
	> 35 tuổi	179 (19,9%)
Khu vực sinh sống	Miền núi	90 (10,0%)
	Trung du và đồng bằng	810 (90,0%)
Dân tộc	Kinh	779 (86,6%)
	Thiểu số	121 (13,4%)
Tình trạng hôn nhân	Có gia đình	889 (98,8%)
	Đơn thân/ly hôn/góa	11 (1,2%)
Nghề nghiệp	Khác	766 (85,1%)
	Cán bộ, công/viên chức	134 (14,9%)
Trình độ học vấn	Tiểu học trở xuống	47 (5,2%)
	Trung học cơ sở trở lên	853 (94,8%)
Khoảng cách từ nhà đến điểm tiêm chủng	< 2 km	355 (39,4%)
	2-5 km	465 (51,7%)
	> 5 km	80 (8,9%)
Kinh tế gia đình	Nghèo và cận nghèo	115 (12,8%)
	Trung bình trở lên	785 (87,2%)
Phương tiện đi lại	Không có/xe đạp	36 (4,0%)
	Xe máy/ô tô	864 (96,0%)
Nơi sinh con	Tại nhà	61 (6,8%)
	Tại cơ sở y tế	839 (93,2%)
Số con hiện có	≤ 2 con	723 (80,3%)
	≥ 3 con	177 (19,7%)
Giới tính của trẻ	Nam	473 (52,6%)
	Nữ	427 (47,4%)
Tình trạng tiêm chủng của con	TCĐĐ	874 (97,1%)
	Không TCĐĐ	26 (2,9%)

Tuổi mẹ từ 18-49 tuổi, trung bình $30,5 \pm 5,8$ tuổi. 90 mẹ (10%) đang sống tại khu vực miền núi, 810 mẹ (90%) đang sống tại vùng trung du và đồng bằng. 13,4% mẹ là người dân tộc thiểu số (trong đó, 100% sống tại miền núi), 86,6% là người Kinh. 98,8% mẹ có gia đình, 1,2% mẹ đơn thân/ly hôn/góa. 42,2% mẹ làm nông nghiệp, còn lại làm các nghề khác. 94,8% mẹ có học vấn từ trung học cơ sở trở lên, 5,2% mẹ có học vấn tiểu học trở xuống (chủ yếu là người dân tộc thiểu số). Tỷ lệ mẹ có khoảng cách từ nhà đến điểm tiêm chủng dưới 2 km, từ 2-5km và trên 5km lần lượt là 39,4%, 51,7% và 8,9%. 12,8% mẹ thuộc hộ nghèo/cận nghèo. 4% mẹ không có phương tiện đi lại hoặc chỉ có xe đạp. 93,2% mẹ sinh con tại cơ sở y tế, 6,8% bà mẹ sinh con tại nhà. 80,3% mẹ có từ 1-2 con, 19,7% mẹ có từ 3 con trở lên. 52,6% trẻ là nam giới, 47,4% trẻ là nữ giới.

- Tình trạng TCĐĐ và TCĐL ở trẻ (n= 900):



Tình trạng TCĐĐ và TCĐL ở trẻ (n= 900).

97,1% trẻ TCĐĐ (10,6% trẻ được TCĐL). Trong đó, 100% trẻ tiêm BCG (33,4% trẻ được TCĐL); 98% trẻ được tiêm đủ 3 mũi DPT và uống 3 lần OPV (tỷ lệ TCĐL của 2 loại vắc xin này lần lượt là 57,9% và 63,2%); 98,7% trẻ tiêm vắc xin sởi (78,2% trẻ TCĐL).

3.2. Các yếu tố liên quan tới TCĐĐ ở trẻ (n = 900):

Bảng 2. Phân tích hồi quy đơn biến yếu tố của các mẹ liên quan đến TCĐĐ ở trẻ (n= 900).

Yếu tố		Tình trạng TCĐĐ		OR	CI 95%
		Có	Không		
Khu vực sinh sống	Miền núi	75	15	1	1,81- 10,17
	Trung du và đồng bằng	799	11	4,29	
Dân tộc	Thiểu số	105	16	1	1,27- 7,04
	Kinh	769	10	2,99	
Tuổi mẹ	≤ 35 tuổi	701	20	1	0,57- 6,51
	> 35 tuổi	173	6	1,93	
Tình trạng hôn nhân	Đơn thân/ly hôn/goá	10	1	1	0,43- 28,04
	Có gia đình	864	25	3,46	
Nghề nghiệp	Nghề khác	741	25	1	0,60- 33,40
	Cán bộ, công/viên chức	133	1	4,48	
Trình độ học vấn	Tiểu học trở xuống	40	7	1	1,16- 10,65
	Trung học cơ sở trở lên	834	19	3,51	
Khoảng cách từ nhà đến điểm tiêm chủng	≤ 5km	75	5	1	0,20- 3,67
	> 5km	799	21	0,85	
Kinh tế gia đình	Nghèo và cận nghèo	101	14	1	1,07- 6,36
	Trung bình trở lên	773	12	2,61	
Phương tiện đi lại	Không có/xe đạp	29	7	1	0,13- 7,28
	Xe máy/ô tô	844	19	0,96	
Nơi sinh con	Tại nhà	48	13	1	2,25- 13,89
	Tại cơ sở y tế	826	13	5,59	
Số con hiện có	≤ 2 con	706	17	1	0,97- 5,08
	≥ 3 con	168	9	2,22	

Các mẹ sinh sống tại vùng trung du và đồng bằng có con TCĐĐ cao hơn so với các mẹ sống ở khu vực miền núi (OR= 4,29; CI95%: 1,81-10,17). Mẹ là người Kinh có con TCĐĐ cao hơn so với mẹ là người dân tộc

khác (OR= 2,99; CI 95%: 1,27-7,04). Mẹ có học vấn trung học cơ sở trở lên có con TCĐĐcao hơn so với nhóm còn lại (OR= 3,51; CI 95%: 1,16-10,65). Mẹ với kinh tế gia đình ở mức trung bình có con TCĐĐcao hơn so với mẹ thuộc hộ nghèo và cận nghèo (OR= 2,61; CI 95%: 1,07-6,36). Mẹ sinh con tại các cơ sở y tế có con TCĐĐcao hơn so với mẹ sinh con ở nhà (OR= 5,59; CI 95%: 2,25-13,89). Khác biệt có ý nghĩa thống kê.

Bảng 3. Phân tích hồi quy đa biến các yếu tố của bà mẹ liên quan đến TCĐĐ ở trẻ (n= 900).

Yếu tố		Tình trạng TCĐĐ		OR	CI 95%
		Có	Không		
Khu vực sinh sống	Miền núi	75	15	1	1,08- 1,79
	Trung du và đồng bằng	799	11	2,24	
Dân tộc	Thiểu số	105	16	1	1,33- 8,39
	Kinh	769	10	1,06	
Trình độ học vấn	Tiểu học trở xuống	40	7	1	0,33- 5,49
	TH cơ sở trở lên	834	19	1,35	
Kinh tế gia đình	Nghèo và cận nghèo	101	14	1	0,09- 5,05
	Trung bình trở lên	773	12	0,66	
Nơi sinh con	Tại nhà	48	13	1	0,72- 15,98
	Tại cơ sở y tế	826	13	3,39	

Các mẹ sinh sống tại vùng trung du và đồng bằng có con TCĐĐcao hơn so với mẹ sống ở khu vực miền núi(OR= 2,24; CI 95%: 1,08-1,79). Mẹ là người Kinh có con TCĐĐcao hơn so với mẹ người dân tộc khác(OR = 1,06; CI 95%: 1,33-5,49). Khác biệt có ý nghĩa thống kê.

4. BÀN LUẬN.

- Chúng tôi thấy: 97,1% trẻ TCĐĐ, trong đó, có 10,6% trẻ TCĐL; 100% trẻ tiêm BCG (33,4% trẻ được TCĐL); 98% trẻ tiêm đủ 3 mũi DPT và uống 3 lần OPV (trẻ được TCĐL của 2 loại vắc xin này lần lượt là 57,9% và 63,2%); 98,7% trẻ tiêm vắc xin sởi (78,2% trẻ được TCĐL). Tỷ lệ TCĐĐ của chúng tôi thấp hơn so với nghiên cứu của tỉnh Quảng Namgiai đoạn 2010-2015 (tỷ lệ TCĐĐ trung bình 98%); của Nguyễn Thành Huế năm 2017 (tỷ lệ trẻ TCĐĐ 97,77%); nghiên cứu tại Hà Nội và cả nước năm 2016 (tỷ lệ TCĐĐ 8 loại vắc xin đều đạt 98%) [3], [8]. Tỷ lệ này của chúng tôi, cao hơn so với nghiên cứu của Trịnh Quang Trí năm 2015 (nghiên cứu 487 trẻ dưới 1 tuổi tại Đắk Lắk năm 2012, tỷ lệ TCĐĐ đạt 79,26%) [7]; của Nguyễn Thị Lý (tỷ lệ TCĐĐ 95,2%) [4]; của Nguyễn Thành Huế năm 2017 (nghiên cứu 476 trẻ dưới 1 tuổi tại huyện Thới Bình, tỉnh Cà Mau, tỷ lệ TCĐĐ 74,9%) [3]; của Lilian Chepkemai năm 2013 (nghiên cứu 380 trẻ từ 12-23 tháng tuổi, tại các khu vực cận đô thị ở Kenya, tỷ lệ TCĐĐ 76,6%) [10]; của Abdi Nur Mohamud năm 2014 (trong tổng số 580 trẻ tại quận Jigjiga, Epithopia chỉ có 36,6% trẻ được TCĐĐ) [9].

- Trong nghiên cứu của chúng tôi, 100% trẻ được tiêm vắc xin BCG. Tỷ lệ này cao hơn so với nghiên cứu của Nguyễn Thành Huế (99,68%) và của Nguyễn Thị Lý (99,7%). 98% trẻ được tiêm đủ 3 mũi DPT và uống 3 lần OPV, 98,7% trẻ tiêm vắc xin sởi (mũi 1), cao hơn nghiên cứu của Nguyễn Thị Lý (96,5% trẻ

được tiêm đủ 3 mũi DPT, 96,2% uống 3 lần OPV và 96,8% trẻ tiêm vắc xin sởi). Tỷ lệ TCĐĐ vắc xin DPT trong nghiên cứu này (98%) thấp hơn so với nghiên cứu của Nguyễn Thành Huế (98,41%), nhưng tỷ lệ TCĐĐ vắc xin OPV và sởi mũi 1 của chúng tôi cao hơn (98% và 98,7% so với 97,7% và 98,41%) [3], [5].

- Trong nghiên cứu này, chỉ 10,6% trẻ được TCĐL, thấp hơn nhiều so với nghiên cứu của Nguyễn Thành Trí (59,14%) và Nguyễn Thị Lý (22,9%). Tỷ lệ TCĐL vắc xin DPT, OPV và sởi mũi 1 của chúng tôi cũng thấp hơn nghiên cứu của Nguyễn Thành Trí (các tỷ lệ tương ứng lần lượt là 85,85%; 85,37% và 81,91%), nhưng cao hơn kết quả của Nguyễn Thị Lý (tỷ lệ lần lượt là 48,8%, 49,3% và 58,3%) [5], [7]. Tỷ lệ TCĐL các loại vắc xin DPT, OPV và sởi mũi 1 trong nghiên cứu này (57,9%, 63,2%, 78,2%) cao hơn nghiên cứu của Hứa Hoàng Tây (lần lượt là 29,7%, 29,4%, 66,3%). Tỷ lệ TCĐL vắc xin BCG (33,4%) trong nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn các nghiên cứu của Nguyễn Thành Trí (72,41%), Nguyễn Thị Lý (67,2%) và Hứa Hoàng Tây (62,5%) [3], [5], [6].

- Kết quả phân tích hồi quy đơn biến chúng tôi nhận thấy, tuổi của mẹ, tình trạng hôn nhân, nghề nghiệp, khoảng cách từ nhà đến điểm tiêm chủng, phương tiện đi lại, số con của mẹ không có liên quan đến tình trạng TCĐĐ của trẻ. Tình trạng TCĐĐ ở trẻ có cao hơn và khác biệt có ý nghĩa thống kê gặp ở các mẹ sinh sống tại vùng trung du và đồng bằng so với các mẹ sống ở khu vực miền núi (OR= 4,29; CI 95%: 1,81-10,17); mẹ là người Kinh so với mẹ người dân tộc khác (OR= 2,99; CI 95%: 1,27-7,04); mẹ có học vấn trung học cơ sở trở lên so với mẹ ở các nhóm còn lại (OR= 3,51; CI 95%: 1,16-10,65); mẹ với kinh tế gia đình ở mức trung bình so với mẹ thuộc hộ nghèo và cận nghèo (OR= 2,61; CI 95%: 1,07-6,36);

mẹ sinh con tại các cơ sở y tế so với mẹ sinh con ở nhà (OR= 5,59; CI 95%: 2,25-13,89).

Trong nghiên cứu của chúng tôi, 90 mẹ (10%) là người dân tộc thiểu số, sinh sống tại miền núi, trong đó, 61 ca (6,8%) sinh tại nhà. Khu vực miền núi cũng là nơi có tỉ lệ hộ nghèo cao[1], học vấn của các mẹ ở đây cũng thấp hơn. Do đó, các yếu tố này có liên quan đến tình trạng TCĐĐ thấp hơn khu vực khác là điều dễ hiểu. Kết quả này cũng phù hợp với kết luận của Trịnh Quang Trí (cho rằng, trẻ em người Kinh có tỉ lệ TCĐĐ gấp 1,21 lần so với trẻ em người dân tộc thiểu số).

Mẹ có học vấn càng cao thì tỉ lệ TCĐĐ càng lớn. Trẻ được sinh ra tại các cơ sở y tế hoặc do cán bộ y tế đỡ đẻ có tỉ lệ TCĐĐ cao gấp 1,37 lần so với trẻ được sinh tại nhà và không có sự hỗ trợ của cán bộ y tế[7]. Mohamud cũng đưa ra kết luận tương tự, khi chỉ ra các yếu tố ở mẹ liên quan đến tỉ lệ TCĐĐ cao hơn của trẻ là: có học so với thất học (OR= 3,63; CI95%: 2,17-6,08), sống ở đô thị so với nông thôn (OR= 2,63; CI 95%: 1,85-3,73), sinh tại cơ sở y tế so với sinh tại nhà (OR= 2,02; CI95%: 1,24-3,28). Ngoài ra, nghiên cứu này còn chỉ ra thêm các yếu tố có liên quan đến tỉ lệ TCĐĐ lớn ở trẻ gồm: mẹ tuổi cao so với mẹ dưới 19 tuổi; mẹ được tiêm vắc xin phòng uốn ván so với mẹ không được tiêm; nhân viên y tế có đến thăm nhà so với không có nhân viên y tế đến thăm nhà[9].

- Kết quả phân tích hồi quy đa biến cho thấy, khác biệt có ý nghĩa thống kê về tỉ lệ TCĐĐ cao hơn ở trẻ thuộc về các bà mẹ sinh sống tại vùng trung du và đồng bằng so với mẹ sinh sống ở khu vực miền núi (OR= 2,24; CI 95%: 1,08-1,79); mẹ là người Kinh so với mẹ là người dân tộc khác (OR = 1,06; CI 95%: 1,33-5,49). Điều này cho thấy, tại tỉnh Quảng Nam, địa bàn sinh sống và thành phần dân tộc là hai yếu tố rất quan trọng (ở mẹ) có ảnh hưởng lớn đến tình trạng TCĐĐ của trẻ. Từ đó, đòi hỏi phải có những chính sách, cách tiếp cận phù hợp để đạt được độ bao phủ tiêm chủng mong muốn cho trẻ là con của những mẹ là người dân tộc thiểu số, sinh sống khu vực miền núi, góp phần tăng tỉ lệ TCĐĐ cho trẻ tại tỉnh trong thời gian tới.

5. KẾT LUẬN.

Nghiên cứu 900 mẹ có con từ đủ 12 tháng đến đủ 36 tháng tuổi, tại tỉnh Quảng Nam, chúng tôi rút ra kết luận sau:

- Tỉ lệ TCĐĐ và TCĐL của trẻ từ đủ 12 tháng đến đủ 36 tháng tuổi lần lượt là 97,1% và 10,6%.

- 100% trẻ được tiêm BCG (33,4% trẻ được TCĐL); 98% trẻ được tiêm đủ 3 mũi DPT và uống 3 lần OPV (tỉ lệ TCĐL của 2 loại vắc xin này lần lượt là 57,9% và 63,2%); 98,7% trẻ tiêm vắc xin sởi (78,2% trẻ được TCĐL).

- Địa bàn sinh sống và thành phần dân tộc là hai yếu tố rất quan trọng ở các mẹ, có ảnh hưởng lớn đến tình trạng TCĐĐ của trẻ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO:

1. Cục Thống kê tỉnh Quảng Nam (2017), *Niên giám thống kê tỉnh Quảng Nam năm 2016*.

2. Cục Y tế dự phòng, Bộ Y tế (2016), *Niên giám thống kê bệnh truyền nhiễm năm 2015*, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội.

3. Nguyễn Thành Huế, Lê Minh Giang, Nguyễn Nhật Cẩm (2017), “Thực trạng tiêm chủng đầy đủ, đúng lịch 8 loại vắc xin ở trẻ em dưới 1 tuổi và một số yếu tố liên quan tại khu vực ngoại thành Thành phố Hà Nội năm 2016”, *Tạp chí Y học dự phòng*, số 27(3), trang 98-105.

4. Đào Văn Khuynh, Nguyễn Văn Quy và CS (2012), “Nghiên cứu tình hình tiêm chủng ở trẻ em dưới 1 tuổi và một số yếu tố liên quan tại huyện Thới Bình, tỉnh Cà Mau, năm 2009”, *Tạp chí Y học Dự phòng*, số 829 (7), trang 62-64.

5. Nguyễn Thị Lý (2016), *Thực trạng và một số yếu tố ảnh hưởng đến tiêm chủng đầy đủ và đúng lịch của trẻ dưới 1 tuổi tại xã Chí Linh, tỉnh Hải Dương, năm 2016*, Luận văn tốt nghiệp thạc sĩ Y học dự phòng, Đại học Y Hà Nội.

6. Hứa Hoàng Tây (2015), *Thực trạng tiêm vắc xin đủ liều, đúng lịch và một số yếu tố liên quan ở trẻ em 12 đến 24 tháng tuổi tại quận Cái Răng, thành phố Cần Thơ*, Luận văn tốt nghiệp thạc sĩ Y tế công cộng, Đại học Y tế công cộng.

7. Trịnh Quang Trí, Trần Kim Long, Nguyễn Hữu Huyền (2015), “Tỉ lệ tiêm chủng đầy đủ của trẻ em dưới 01 tuổi tại Đắc Lắc năm 2012 và một số yếu tố liên quan”, *Tạp chí Y học dự phòng* 25, số 4(164), trang 75-80.

8. Viện Vệ sinh Dịch tễ Trung ương - Dự án tiêm chủng mở rộng quốc gia (2017), *Báo cáo tổng kết tiêm chủng mở rộng năm 2016*, Hà Nội tháng 3/2017.

9. Abdi Nur Mohamud, Amsalu Feleke, Walegn Worku Manay Kifle, Hardeep Rai Sharma (2014), “Immunization coverage of 12–23 months old children and associated factors in Jigjiga District, Somali National Regional State, Ethiopia”, *BMC Public Health*, 14:865, doi: 10.1186/1471

10. Lilian Chepkemoi Maina, Simon Karanja, Janeth Kombich (2013), “Immunization coverage and its determinants among children aged 12-23 months in a peri-urban area of Kenya”, *Pan African Medical Journal*, 14(3), doi: 10.11604/pamj.2013.14.3.2181.□