

COVID-19 PREVENTION PRACTICES AMONG RESIDENTS IN NHA TRANG, KHANH HOA PROVINCE IN 2022

Nguyen Thi Minh Trang^{1*}, Nguyen Le Quoc Vuong², Vo Tran Trong Binh¹, Nguyen Thi Thu An¹

¹University of Medicine and Pharmacy at Ho Chi Minh city - 217 Hong Bang, District 5, Ho Chi Minh city, Vietnam

²District 8 Medical Center, Ho Chi Minh city - 170 Tung Thien Vuong, District 8, Ho Chi Minh city, Vietnam

Received: 29/4/2025

Revised: 07/5/2025; Accepted: 18/5/2025

ABSTRACT

Objective: This study was conducted to investigate COVID-19 prevention practices among residents in Nha Trang city, Khanh Hoa province, in 2022.

Method: A cross-sectional study was implemented, collecting data from 538 residents through face-to-face interviews on COVID-19 prevention practices.

Results: 79.2% of participants demonstrated adequate overall COVID-19 prevention practices. Specifically, the compliance rates for adaptive prevention measures and consistent preventive behaviors were 66% and 83.5%, respectively. Factors significantly associated with proper COVID-19 prevention practices included ethnicity, household living arrangements, number of COVID-19 vaccine doses received, and attitudes toward pandemic prevention.

Conclusion: To enhance COVID-19 prevention efficacy in Nha Trang, local health authorities should target communication campaigns toward ethnic minorities and multi-generational households, promote full and booster vaccination coverage, implement behavioral change programs to foster positive attitudes, and establish periodic epidemic surveillance process.

Keywords: Practice, COVID-19, SARS-CoV-2, Khanh Hoa, disease prevention.

*Corresponding author

Email: ntmtrangytcc@ump.edu.vn **Phone:** (+84) 985142478 **Https://doi.org/10.52163/yhc.v66iCD8.2591**



THỰC HÀNH VỀ PHÒNG CHỐNG DỊCH COVID-19 CỦA NGƯỜI DÂN TẠI NHA TRANG, TỈNH KHÁNH HÒA NĂM 2022

Nguyễn Thị Minh Trang^{1*}, Nguyễn Lê Quốc Vượng², Võ Trần Trọng Bình¹, Nguyễn Thị Thu An¹

¹Đại học Y Dược thành phố Hồ Chí Minh - 217 Hồng Bàng, Quận 5, thành phố Hồ Chí Minh, Việt Nam

²Trung tâm Y tế Quận 8, thành phố Hồ Chí Minh - 170 Tunnel Thien Vương, Quận 8, thành phố Hồ Chí Minh, Việt Nam

Ngày nhận bài: 29/4/2025

Ngày chỉnh sửa: 07/5/2025; Ngày duyệt đăng: 18/5/2025

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nghiên cứu được tiến hành nhằm khảo sát thực hành về phòng chống dịch COVID-19 của người dân tại thành phố Nha Trang, tỉnh Khánh Hòa năm 2022.

Phương pháp: Nghiên cứu cắt ngang, thu thập dữ liệu trên 538 người dân bằng phương pháp phỏng vấn trực tiếp về thực hành phòng chống dịch COVID-19.

Kết quả: 79,2% người dân đạt thực hành chung về chống dịch COVID-19, trong đó tỉ lệ thực hành đạt về mức độ thay đổi các biện pháp phòng dịch và mức độ thường xuyên phòng dịch lần lượt là 66% và 83,5%. Các yếu tố có liên quan đến thực hành đúng về phòng chống dịch COVID-19 bao gồm dân tộc, tình trạng chung sống, số mũi tiêm vắc-xin COVID-19, thái độ về phòng chống dịch COVID-19.

Kết luận: Để nâng cao hiệu quả phòng chống dịch COVID-19 tại Nha Trang, y tế địa phương cần tăng cường truyền thông nhằm vào nhóm dân tộc thiểu số và hộ gia đình, đẩy mạnh tiêm vắc-xin đủ liều và nhắc lại, triển khai chương trình giáo dục nhằm tăng cường thái độ tích cực và thay đổi hành vi, đồng thời thiết lập cơ chế giám sát dịch định kỳ.

Từ khóa: Thực hành, COVID-19, SARS-CoV-2, Khánh Hòa, phòng dịch.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Đại dịch COVID-19 khởi phát từ Vũ Hán (Trung Quốc) tháng 12/2019, đã nhanh chóng lan rộng toàn cầu và được Tổ chức Y tế Thế giới (WHO) công bố là đại dịch vào tháng 3/2020 [1]. Tại Việt Nam, thành phố Nha Trang (tỉnh Khánh Hòa) ghi nhận ca nhiễm SARS-CoV-2 đầu tiên vào tháng 1/2020 [2]. Mặc dù Việt Nam từng được đánh giá cao về hiệu quả kiểm soát dịch nhờ các biện pháp phòng ngừa nghiêm ngặt, đến tháng 3/2022, riêng Khánh Hòa đã ghi nhận 85.316 ca mắc và 314 ca tử vong, trong đó hơn 50% tập trung tại Nha Trang, địa phương xếp ở cấp độ dịch 3 có nguy cơ cao [3].

Các nghiên cứu tại Đông Nam Á và Trung Quốc chỉ ra rằng: kiến thức, thái độ và thực hành của cộng đồng có vai trò quyết định trong việc kiểm soát lây nhiễm COVID-19 [4-7]. Tuy nhiên, tại Nha Trang - địa bàn du lịch trọng điểm với mật độ dân cư cao và lưu lượng khách lớn, việc đánh giá thực hành phòng dịch của người dân vẫn chưa được nghiên cứu đầy đủ. Do đó, nghiên cứu này được thực hiện nhằm đánh giá thực hành phòng chống COVID-19 trong cộng đồng dân cư tại Nha Trang, từ đó cung cấp bằng chứng khoa học để điều chỉnh các chiến lược truyền thông và can thiệp y tế công cộng phù hợp.

2. ĐỐI TƯỢNG, PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu cắt ngang.

2.2. Địa điểm và thời gian nghiên cứu

Nghiên cứu được tiến hành tại xã Vĩnh Trung, thành phố Nha Trang, tỉnh Khánh Hòa từ tháng 3 đến tháng 6 năm 2022.

2.3. Đối tượng nghiên cứu

- Tiêu chí chọn vào: người dân ≥ 18 tuổi cư trú tại xã Vĩnh Trung, thành phố Nha Trang, tỉnh Khánh Hòa năm 2022 trong thời gian nghiên cứu và đồng ý tham gia nghiên cứu.

- Tiêu chí loại ra: người dân không đủ khả năng giao tiếp, bị giới hạn về nhận thức.

2.4. Cỡ mẫu và chọn mẫu

- Cỡ mẫu được tính theo công thức ước lượng một tỉ lệ:

$$n = Z^2_{1-\alpha/2} \times p \times (1 - p)/d^2$$

Với tỉ lệ thực hành đạt ước lượng $p = 0,5$, sai số biên $d = 0,06$, dự trừ mất mẫu 10%, cỡ mẫu tối thiểu n là 297 đối tượng. Do nghiên cứu chọn mẫu cụm trên cộng đồng, cỡ mẫu được nhân hệ số thiết kế là 1,5. Cỡ mẫu

*Tác giả liên hệ

Email: ntmtrangytcc@ump.edu.vn Điện thoại: (+84) 985142478 <https://doi.org/10.52163/yhc.v66iCD8.2591>

hiệu chỉnh là 445 người dân. Trên thực tế, chúng tôi thu được mẫu của 538 người dân.

- Phương pháp chọn mẫu được thực hiện theo cách chọn mẫu cụm nhiều bậc tại xã Vĩnh Trung, thành phố Nha Trang, tỉnh Khánh Hòa. Đầu tiên, 2 trong số 5 thôn của xã được chọn ngẫu nhiên bằng phương pháp bốc thăm. Tiếp theo, từ mỗi thôn đã chọn, 3 trong số 5 tổ dân phố được lựa chọn ngẫu nhiên bằng cách tương tự. Trong mỗi tổ, nghiên cứu viên tiến hành phỏng vấn 74 hộ gia đình đáp ứng điều kiện nghiên cứu (mỗi hộ chỉ chọn 1 người). Nếu một hộ có nhiều người đủ tiêu chí, người có ngày sinh nhật gần nhất với thời điểm phỏng vấn sẽ được chọn. Quá trình khảo sát bắt đầu từ nhà tổ trưởng, di chuyển tuần tự sang bên phải cho đến khi đủ số lượng mẫu. Nếu chưa đủ 74 hộ, nghiên cứu viên sẽ quay lại và tiếp tục điều tra sang phía bên trái cho đến khi đạt đủ cỡ mẫu yêu cầu.

2.5. Biến số nghiên cứu

Các biến số nền, tiền sử bệnh mạn tính, tiền sử tiêm vắc-xin COVID-19, tiền sử nhiễm COVID-19, nguy cơ bị biến chứng nặng được ghi nhận trong quá trình thu thập dữ liệu.

Các biến số về thực hành là các biến nhị giá, được phân thành các nhóm về mức độ thay đổi phòng dịch, mức độ thường xuyên phòng dịch và thực hành chung. Ngưỡng cắt Bloom's 75% được dùng để phân loại ở tất cả các phần đánh giá kiến thức [8]. Thực hành chung về COVID-19 đạt khi trả lời đúng ít nhất 75% câu hỏi về thực hành.

2.6. Kỹ thuật, công cụ và quy trình thu thập số liệu

Nghiên cứu sử dụng phương pháp phỏng vấn trực tiếp bằng bộ câu hỏi được thiết kế dựa trên mô hình KAP (Gochman, 1988), kết hợp tham khảo các khuyến cáo về COVID-19 từ WHO, CDC, hướng dẫn của Bộ Y tế [2], [9], cùng các bộ câu hỏi về kiến thức, thái độ và thực hành phòng dịch từ các nghiên cứu trước đó [6],

sau đó điều chỉnh để phù hợp với đối tượng nghiên cứu. Bộ câu hỏi khảo sát bao gồm các nội dung chính như đặc điểm nhân khẩu học, tình trạng tiêm vắc-xin, tiền sử bệnh nền và nhiễm COVID-19, cũng như đánh giá thực hành phòng dịch về sự thay đổi trong việc áp dụng các biện pháp phòng ngừa so với trước đây và mức độ tuân thủ hiện tại.

Quá trình thu thập dữ liệu được thực hiện qua 3 bước chính. Đầu tiên, nghiên cứu viên liên hệ với Ủy ban nhân dân xã Vĩnh Trung để trình bày rõ mục tiêu, nội dung và phương pháp nghiên cứu. Tiếp theo, nghiên cứu viên tiến hành khảo sát từng hộ gia đình, giải thích chi tiết về mục đích nghiên cứu, cam kết bảo mật thông tin và xin chữ ký đồng thuận trước khi tiến hành phỏng vấn trực tiếp. Cuối cùng, nghiên cứu viên tiếp nhận và giải đáp mọi thắc mắc, đồng thời ghi nhận các ý kiến đóng góp từ người tham gia nghiên cứu để hoàn thiện quá trình thu thập dữ liệu.

2.7. Xử lý và phân tích số liệu

Dữ liệu được mã hóa riêng cho từng đối tượng nghiên cứu để đảm bảo không trùng lặp. Sau đó, dữ liệu được kiểm tra và làm sạch trước khi tiến hành phân tích. Toàn bộ dữ liệu nghiên cứu được nhập và quản lý bằng phần mềm Epidata Manager, sau đó phân tích thống kê trên phần mềm Stata phiên bản 17.

Đối với các biến định tính, chúng tôi sử dụng tần số và tỉ lệ phần trăm để mô tả. Mối liên quan giữa thực hành và các biến độc lập định tính được đánh giá bằng kiểm định Chi bình phương hoặc kiểm định Fisher. Ngoài ra, mối quan hệ này còn được lượng hóa bằng tỉ số chênh Odds Ratio (OR) với khoảng tin cậy 95% (95%CI).

2.8. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu được thông qua bởi Hội đồng Đạo đức nghiên cứu y sinh Đại học Y Dược thành phố Hồ Chí Minh, văn bản số 550/HĐĐĐ-ĐHYD ký ngày ngày 06/6/2022.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu (n = 538)

Đặc điểm		Tần số	Tỉ lệ (%)
Giới	Nam	237	44,0
	Nữ	301	56,0
Nhóm tuổi	18-29	190	35,3
	30-39	125	23,2
	40-49	109	20,3
	50-59	73	13,6
	≥ 60	41	7,6
Dân tộc	Kinh	516	95,9
	Khác	22	4,1
Nghề nghiệp	Nhân viên văn phòng	95	17,7
	Học sinh, sinh viên	119	22,1
	Công nhân	91	16,9

Đặc điểm		Tần số	Tỉ lệ (%)
	Nông dân	72	13,4
	Nội trợ	41	7,6
	Nghỉ hưu	47	8,7
	Khác	73	13,6
Trình độ học vấn	≤ Tiểu học	46	8,5
	Trung học cơ sở	80	14,9
	Trung học phổ thông	139	25,8
	> Trung học phổ thông	273	50,8
Tình trạng sống chung	Một mình	29	5,4
	Bạn bè/khác	27	5,0
	Gia đình	482	89,6
Tiền sử vắc-xin COVID-19 (đã tiêm)		523	97,2
Số mũi tiêm vắc-xin COVID-19 (n = 523)	1 mũi	4	0,8
	2 mũi	75	14,4
	≥ 3 mũi	444	84,9
Tiền sử mắc bệnh mạn tính (có)		140	26,0
Tiền sử nhiễm COVID-19 (có)		211	39,2
Tiền sử nhập viện do biến chứng của COVID-19 (có, n = 211)		37	17,5
Tiền sử người thân nhiễm COVID-19 (có)		288	53,5
Tiền sử người thân nhập viện do biến chứng của COVID-19 (có, n = 288)		46	16,0

Trong 538 người tham gia nghiên cứu, tỉ lệ nữ (56%) cao hơn nam (44%). Độ tuổi từ 18-29 tuổi chiếm tỉ lệ cao nhất (35,3%). Hơn 50% đối tượng có trình độ học vấn trên trung học phổ thông. Gần 85% đối tượng được tiêm chủng từ 3 mũi vắc-xin COVID-19. Khoảng 1/4 đối tượng mắc bệnh mạn tính và tăng huyết áp (59%) chiếm tỉ lệ cao nhất trong các bệnh mạn tính. 39,2% người dân đã từng được chẩn đoán là nhiễm COVID-19. Trong số người từng nhiễm COVID-19, 16,7% đã nhập viện vì các biến chứng của COVID-19. Hơn một nửa đối tượng có người thân được chẩn đoán từng nhiễm COVID-19, trong đó 15,5% từng nhập viện vì các biến chứng của COVID-19.

Bảng 2. Mức độ thay đổi thực hành phòng ngừa dịch bệnh COVID-19 (n = 538)

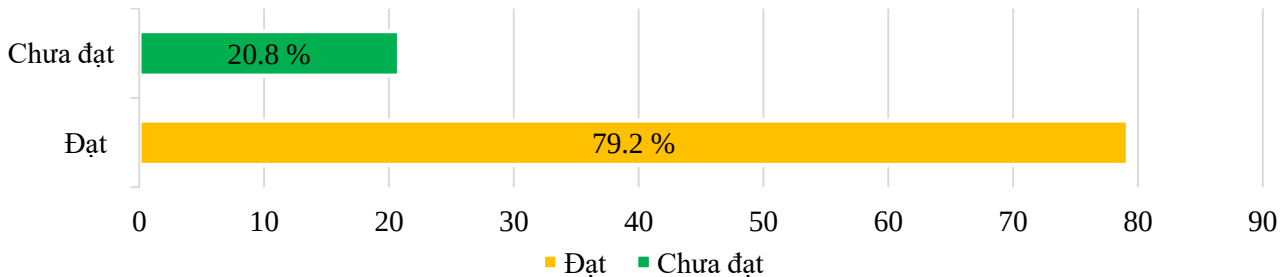
Mức độ thay đổi thực hành		Tần số	Tỉ lệ (%)
Rửa tay với nước		366	68,1
Đeo khẩu trang		468	87,0
Che mũi, miệng khi ho, hắt hơi		439	81,6
Rửa tay với nước và xà phòng hoặc dung dịch sát khuẩn tay nhanh		470	87,4
Rửa tay đúng cách theo khuyến cáo của Bộ Y tế		369	68,6
Hạn chế đi ra ngoài, tránh đến những nơi đông người, phương tiện công cộng		349	65,0
Đứng cách người khác ít nhất 2 mét		332	61,9
Không bắt tay hoặc ôm, hôn người khác		83	15,5
Phân loại mức độ thay đổi thực hành phòng ngừa dịch bệnh	Đạt	355	66,0
	Chưa đạt	183	34,0

Đa số người dân đã có sự thay đổi tích cực trong các thực hành phòng ngừa dịch bệnh, trong đó các biện pháp vệ sinh cá nhân được thực hiện tốt nhất với tỉ lệ cao: rửa tay với nước và xà phòng/dung dịch sát khuẩn (87,4%), đeo khẩu trang (87%) và che mũi miệng khi ho/hắt hơi (81,6%). Các biện pháp rửa tay đúng cách (68,6%) và rửa tay với nước (68,1%) cũng được thực hiện khá phổ biến. Tuy nhiên, các biện pháp giãn cách xã hội có tỉ lệ thực hiện thấp hơn: hạn chế ra ngoài (65%), giữ khoảng cách 2m (61,9%). Đặc biệt, việc tránh các hành vi tiếp xúc thân mật như bắt tay, ôm hôn chỉ đạt 15,5%, cho thấy đây là thói quen khó thay đổi nhất trong cộng đồng. Về tổng thể, có 66% người dân đạt mức độ thay đổi thực hành phòng ngừa dịch bệnh, trong khi 34% chưa đạt yêu cầu.

Bảng 3. Mức độ thường xuyên thực hành phòng chống dịch bệnh COVID-19 (n = 538)

Mức độ thường xuyên		Tần số	Tỉ lệ (%)
Đeo khẩu trang khi tiếp xúc với người khác		478	88,8
Đeo khẩu trang đúng cách theo khuyến cáo của Bộ Y tế		487	90,5
Hạn chế chạm tay vào mắt, mũi, miệng		413	76,7
Che mũi, miệng khi ho, hắt hơi bằng khăn giấy (hoặc bằng khuỷu tay) và bỏ vào thùng rác		456	84,7
Lau dọn nhà cửa và các bề mặt thường xuyên tiếp xúc		466	86,6
Khai báo y tế		378	70,3
Cập nhật thông tin về dịch bệnh COVID-19		434	80,7
Phân loại mức độ thường xuyên thực hành phòng chống dịch bệnh COVID-19	Đạt	449	83,5
	Chưa đạt	89	16,5

Kết quả khảo sát cho thấy đa số người dân (83,5%) thường xuyên thực hiện các biện pháp phòng chống dịch COVID-19, trong khi tỉ lệ chưa đạt chỉ chiếm 16,5%. Các biện pháp được thực hiện thường xuyên nhất bao gồm: đeo khẩu trang đúng cách (90,5%), đeo khẩu trang khi tiếp xúc với người khác (88,8%), lau dọn nhà cửa và bề mặt thường xuyên tiếp xúc (86,6%), che mũi miệng khi ho/hắt hơi đúng cách (84,7%). Bên cạnh đó, các biện pháp khác như hạn chế chạm tay vào mắt, mũi, miệng (76,7%) và cập nhật thông tin về dịch bệnh (80,7%) cũng được thực hiện khá tốt. Tuy nhiên, tỉ lệ khai báo y tế (70,3%) thấp hơn so với các biện pháp còn lại.

**Hình 1. Tỉ lệ thực hành chung về phòng chống dịch COVID-19 (n = 538)**

Kết quả đánh giá chung mức độ thực hành các biện pháp phòng ngừa COVID-19 cho thấy 79,2% người dân đạt mức thực hành về phòng chống dịch.

Bảng 4. Các yếu tố liên quan với thực hành chung về phòng chống dịch COVID-19 (n = 538)

Đặc điểm		Đạt	Chưa đạt	p	OR (95%CI)
Dân tộc	Kinh	414 (80,2%)	102 (19,8%)		1
	Khác	12 (54,6%)	10 (45,4%)	0,006	0,29 (0,14-0,70)
Tình trạng sống chung	Một mình	17 (58,6%)	12 (41,4%)		1
	Bạn bè/khác	393 (81,5%)	89 (18,5%)	0,986	1,01(0,33-3,08)
	Gia đình	11 (40,7%)	16 (59,3%)	0,008	2,95 (1,33-6,55)
Số mũi tiêm COVID-19 (n = 523)	1 mũi	11 (57,9%)	8 (42,1%)		1
	2 mũi	63 (84,0%)	12 (16,0%)	0,019	4,08 (1,26-13,21)
	≥ 3 mũi	352 (79,3%)	92 (20,7%)	0,042	2,85 (1,04-7,84)
Thái độ	Tiêu cực	140 (65,1%)	75 (34,9%)		1
	Tích cực	286 (88,5%)	37 (11,5%)	< 0,001	3,96 (2,52-6,20)

Kết quả nghiên cứu cho thấy, tỉ lệ đạt thực hành phòng chống COVID-19 chịu ảnh hưởng bởi nhiều yếu tố với mức độ khác nhau. Ở nhóm dân tộc, tỉ lệ thực hành đạt ở nhóm dân tộc thiểu số thấp hơn so với người Kinh (OR = 0,29; 95%CI: 0,14-0,70, p = 0,006). Về tình trạng sống chung, nhóm sống với gia đình có tỉ lệ thực hành đạt thấp hơn nhóm sống một mình (OR = 2,95; 95%CI: 1,33-6,55, p = 0,008). Đối với số mũi vaccin,

nhóm tiêm 2 mũi có tỉ lệ thực hành đạt cao nhất (84%) so với nhóm tiêm 1 mũi (OR = 4,08; 95%CI: 1,26-13,21, p = 0,019). Nhóm tiêm từ 3 mũi trở lên cũng có tỉ lệ đạt thực hành cao hơn với nhóm tiêm 1 mũi (OR = 2,85; 95%CI: 1,04-7,84, p = 0,042). Nhóm có thái độ tích cực đạt tỉ lệ thực hành đạt tốt (88,5%) cao hơn nhóm thái độ tiêu cực (65,1%) (OR = 3,96; 95%CI: 2,52-6,20, p < 0,001).

4. BÀN LUẬN

4.1. Tỷ lệ thực hành phòng chống dịch COVID-19

Nghiên cứu cho thấy đại dịch COVID-19 đã thúc đẩy người dân Nha Trang thay đổi hành vi phòng dịch một cách tích cực. Tỷ lệ thực hiện các biện pháp vệ sinh cá nhân như rửa tay (87,4%) và đeo khẩu trang (90,5%) cao hơn đáng kể so với các biện pháp giãn cách xã hội (61,9-65%). Điều này phù hợp với nghiên cứu của Azlan và cộng sự (2020) tại Malaysia, nơi các biện pháp vệ sinh cá nhân cũng được ưu tiên hơn do tính khả thi và thói quen sẵn có [4]. Tuy nhiên, tỷ lệ thực hành chung (79,2%) thấp hơn một số nghiên cứu tại Việt Nam (85%) [6], phản ánh sự khác biệt về đặc điểm dân cư và mức độ tiếp cận thông tin y tế giữa các địa phương.

Đáng chú ý, việc tránh tiếp xúc thân mật (bắt tay, ôm hôn) chỉ đạt 15,5%, cho thấy thách thức trong việc thay đổi hành vi văn hóa lâu đời. Kết quả này nhấn mạnh sự cần thiết của các chiến dịch truyền thông tập trung vào nhóm hành vi ít được cải thiện, đồng thời kết hợp yếu tố văn hóa để tăng tính hiệu quả.

4.2. Các yếu tố liên quan đến tỷ lệ thực hành phòng chống dịch COVID-19

4 yếu tố chính ảnh hưởng đến thực hành phòng dịch bao gồm: dân tộc, tình trạng sống chung, số mũi vaccin và thái độ. Nhóm dân tộc thiểu số có số chênh thực hành đạt thấp hơn 71% so với người Kinh (OR = 0,29), tương đồng với phát hiện của Aravindhan và cộng sự (2023) về cộng đồng đa sắc tộc tại Singapore [5]. Nguyên nhân có thể liên quan đến rào cản ngôn ngữ, thiếu tài liệu truyền thông đa văn hóa hoặc hạn chế trong tiếp cận dịch vụ y tế. Đáng chú ý, nhóm sống cùng gia đình có số chênh thực hành đạt thấp hơn (OR = 2,95), trái ngược với kỳ vọng ban đầu. Một giả thuyết cho rằng áp lực chăm sóc thành viên hoặc công việc gia đình có thể khiến người dân ưu tiên nhu cầu thiết yếu hơn phòng dịch. Về tiêm chủng, nhóm tiêm ≥ 3 mũi vaccin có số chênh thực hành đạt cao gấp 2,85 lần nhóm tiêm 1 mũi, phù hợp với nghiên cứu của Yang và cộng sự (2021): nơi tiêm chủng không chỉ nâng cao miễn dịch mà còn thúc đẩy nhận thức về rủi ro và hành vi phòng ngừa [7]. Yếu tố mạnh nhất là thái độ tích cực (OR = 3,96), khẳng định vai trò trung tâm của truyền thông trong định hình nhận thức cộng đồng theo mô hình KAP [8].

Nghiên cứu có một số hạn chế cần lưu ý. Thứ nhất, thiết kế cắt ngang không cho phép xác định mối quan hệ nhân quả. Thứ hai, dữ liệu dựa trên tự báo cáo có thể chịu ảnh hưởng của sai số xã hội mong đợi. Thứ ba, nghiên cứu chưa xem xét các yếu tố kinh tế - xã hội như thu nhập hoặc điều kiện nhà ở, vốn có thể tác động đến hành vi phòng dịch. Cuối cùng, kết quả chỉ phản ánh thực trạng tại xã Vĩnh Trung, chưa đại diện cho toàn thành phố Nha Trang. Điểm mạnh của nghiên cứu là khảo sát trực tiếp người dân, đối tượng cốt lõi trong phòng chống dịch bằng bộ câu hỏi toàn diện, đã được kiểm chứng độ tin cậy (Cronbach's $\alpha = 0,86$). Tuy

nhien, nghiên cứu có hạn chế do thông tin về COVID-19 thay đổi nhanh chóng và thiết kế cắt ngang không khẳng định được các mối quan hệ nhân quả.

5. KẾT LUẬN

Để nâng cao hiệu quả phòng chống dịch COVID-19 tại Nha Trang, y tế địa phương cần tăng cường truyền thông nhắm vào nhóm dân tộc thiểu số và hộ gia đình, đẩy mạnh tiêm vắc-xin đủ liều và nhắc lại, triển khai chương trình giáo dục nhằm tăng cường thái độ tích cực và thay đổi hành vi, đồng thời thiết lập cơ chế giám sát dịch định kỳ.

*
* *

Nghiên cứu này được tài trợ kinh phí bởi Đại học Y được thành phố Hồ Chí Minh theo hợp đồng số 03/2022/HĐ-ĐHYD, ngày 18 tháng 4 năm 2022.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1] WHO. Timeline: WHO's COVID-19 response, <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/interactive-timeline>, 2020. Accessed on 20/11/2021.
- [2] Bộ Y tế. Trang tin về dịch bệnh viêm đường hô hấp cấp COVID-19, <https://covid19.gov.vn/>, 2021. Accessed on 20/11/2021.
- [3] CDC Khánh Hòa. Biểu đồ tình hình dịch bệnh COVID-19 tại Khánh Hòa, <http://www.ksbtkhanhhoa.vn/>, 2022. Accessed on 5/2/2022.
- [4] Azlan A.A, Hamzah M.R, Sern T.J, Ayub S.H, Mohamad E. Public knowledge, attitudes and practices towards COVID-19: A cross-sectional study in Malaysia. PLoS One, 2020, 15 (5): e0233668.
- [5] Aravindhan A, Gan A.T.L, Lee E.P.X, Gupta P, Man R et al. Knowledge, attitudes and practices towards COVID-19 among multiethnic elderly Asian residents in Singapore: a mixed-methods study. Singapore Med J, 2023, 64 (11): 657-66.
- [6] Van Nhu H, Tuyet Hanh T.T, Van N.T.A, Linh T.N.Q, Tien T.Q. Knowledge, attitudes, and practices of the Vietnamese as key factors in controlling COVID-19. J Community Health, 2020, 45 (6): 1263-9.
- [7] Yang K, Liu H, Ma L, Wang S, Tian Y, Zhang F et al. Knowledge, attitude and practice of residents in the prevention and control of COVID-19: An online questionnaire survey. J Adv Nurs, 2021, 77 (4): 1839-55.
- [8] Kaliyaperumal K. Guideline for conducting a knowledge, attitude and practice (KAP) study. AECS illumination, 2004, 4 (1): 7-9.
- [9] CDC. Things to Know about COVID-19, <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/your-health/index.html>, 2020. Accessed on 20/11/2021.