

EFFECTIVENESS OF A COMMUNICATION INTERVENTION ON IMPROVING KNOWLEDGE OF SYMPTOMS AND RISK FACTOR PREVENTION OF TYPE 2 DIABETES AMONG KHMER PEOPLE AGED 40 AND ABOVE IN TRA VINH PROVINCE, VIETNAM

Nguyen Thi Hong Tuyen¹, Duong Thi Hong², Phan Thi Trung Ngoc¹,
Nguyen Tan Dat¹, Nguyen Ngoc Huyen¹, Nguyen Thi Kieu Lan¹, Nguyen Van Lanh^{1*}

¹Can Tho University of Medicine and Pharmacy - 179 Nguyen Van Cu, Tan An Ward, Can Tho City, Vietnam

²National Institute of Hygiene and Epidemiology - 1 Yec Xanh, Hai Ba Trung Ward, Hanoi City, Vietnam

Received: 23/09/2025

Revised: 07/10/2025; Accepted: 05/12/2025

ABSTRACT

Objective: To evaluate the effectiveness of a health communication and education intervention in improving knowledge of symptoms and prevention of type 2 diabetes among Khmer adults aged 40 years and above in Trà Vinh province.

Method: The study consisted of two phases: (1) A baseline survey in 30 communes/wards with 918 Khmer participants aged ≥ 40 years, selected using population size sampling; (2) A community-based intervention in 3 intervention communes and 3 control communes, with 294 participants in each group. Data were collected using a structured questionnaire through face-to-face interviews at local health stations. Descriptive statistics and ANOVA were applied, with $p < 0.05$ considered significant.

Results: After the intervention, the mean knowledge score of type 2 diabetes symptoms was significantly higher in the intervention group compared to the control group (4.33 ± 2.40 points vs. 3.33 ± 2.14 points; $p < 0.001$). The proportion of participants with correct knowledge reached 53.4% in the intervention group versus 30.3% in the control group (effectiveness rate of 66.8%). Knowledge of risk factor prevention also improved markedly (2.62 ± 2.24 points vs. 1.93 ± 2.04 points; $p < 0.001$), with an effectiveness rate of 22.5%.

Conclusion: A bilingual community-based health communication and education program, integrated with Khmer pagodas and local health services, significantly improved knowledge about type 2 diabetes among Khmer adults. This model should be scaled up to strengthen diabetes prevention in ethnic minority communities.

Keywords: Intervention effectiveness, health communication, knowledge, symptoms, type 2 diabetes, Khmer.

*Corresponding author

Email: nvlanh@ctump.edu.vn Phone: (+84) 939539996 DOI: 10.52163/yhc.v66i6.4023

HIỆU QUẢ TRUYỀN THÔNG GIÁO DỤC SỨC KHỎE TRONG NÂNG CAO KIẾN THỨC VỀ TRIỆU CHỨNG VÀ PHÒNG NGỪA YẾU TỐ NGUY CƠ ĐÁI THÁO ĐƯỜNG TYPE 2 Ở NGƯỜI KHMER TỪ 40 TUỔI TRỞ LÊN TẠI TỈNH TRÀ VINH

Nguyễn Thị Hồng Tuyền¹, Dương Thị Hồng², Phan Thị Trung Ngọc¹, Nguyễn Tấn Đạt¹, Nguyễn Ngọc Huyền¹, Nguyễn Thị Kiều Lan¹, Nguyễn Văn Lành^{1*}

¹Trường Đại học Y Dược Cần Thơ - 179 Nguyễn Văn Cừ, P. Tân An, Tp. Cần Thơ, Việt Nam

²Viện Vệ sinh Dịch tễ Trung ương - 1 Yec Xanh, P. Hai Bà Trưng, Tp. Hà Nội, Việt Nam

Ngày nhận: 23/09/2025

Ngày sửa: 07/10/2025; Ngày đăng: 05/12/2025

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá hiệu quả truyền thông giáo dục sức khỏe trong nâng cao kiến thức về triệu chứng và phòng ngừa yếu tố nguy cơ đái tháo đường type 2 ở người Khmer từ 40 tuổi trở lên tại tỉnh Trà Vinh.

Đối tượng và phương pháp: Nghiên cứu gồm 2 giai đoạn: (1) Điều tra ban đầu tại 30 xã/phường với 918 người Khmer ≥ 40 tuổi, chọn mẫu theo quy mô dân số; (2) Nghiên cứu can thiệp cộng đồng tại 3 xã can thiệp và 3 xã chứng, cỡ mẫu mỗi nhóm 294. Công cụ: bộ câu hỏi cấu trúc sẵn, phỏng vấn trực tiếp tại trạm y tế. Phân tích số liệu bằng thống kê mô tả và ANOVA, $p < 0,05$.

Kết quả: Sau can thiệp, điểm kiến thức trung bình về triệu chứng đái tháo đường type 2 của nhóm can thiệp cao hơn nhóm chứng ($4,33 \pm 2,40$ điểm so với $3,33 \pm 2,14$ điểm; $p < 0,001$). Tỷ lệ có kiến thức đúng đạt 53,4% ở nhóm can thiệp và 30,3% ở nhóm chứng (hiệu quả can thiệp 66,8%). Kiến thức về phòng ngừa yếu tố nguy cơ cũng cải thiện rõ ($2,62 \pm 2,24$ điểm so với $1,93 \pm 2,04$ điểm; $p < 0,001$), với hiệu quả can thiệp 22,5%.

Kết luận: Truyền thông giáo dục sức khỏe cộng đồng song ngữ, gắn với chùa Khmer và y tế cơ sở, đã cải thiện đáng kể kiến thức về đái tháo đường type 2. Mô hình này nên được mở rộng để góp phần phòng chống bệnh tại cộng đồng dân tộc Khmer.

Từ khóa: Hiệu quả can thiệp, truyền thông, kiến thức, triệu chứng, đái tháo đường type 2, Khmer.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Đái tháo đường là bệnh không lây nhiễm phổ biến nhất trên toàn cầu, với gánh nặng ngày càng gia tăng nhanh chóng. Theo Liên đoàn Đái tháo đường Thế giới, năm 2021 có khoảng 537 triệu người trưởng thành (20-79 tuổi) mắc đái tháo đường (ĐTĐ), và con số này dự báo sẽ tăng lên 643 triệu vào năm 2030 [1]. Tại Việt Nam, tỷ lệ hiện mắc ĐTĐ ở người trưởng thành ước tính khoảng 6,1% dân số và đang có xu hướng tăng [2].

Người Khmer là một trong những cộng đồng dân tộc thiểu số tập trung nhiều ở khu vực đồng bằng sông Cửu Long. Do điều kiện kinh tế - xã hội còn hạn chế, trình độ học vấn chưa cao, cùng với những đặc thù

văn hóa - tôn giáo, việc tiếp cận thông tin về phòng chống bệnh ĐTĐ của người Khmer còn nhiều khó khăn. Điều này làm tăng nguy cơ mắc và chậm phát hiện bệnh, ảnh hưởng đến sức khỏe và chất lượng cuộc sống của cộng đồng.

Truyền thông giáo dục sức khỏe được xem là một trong những giải pháp hiệu quả nhằm nâng cao kiến thức nhằm thay đổi thái độ và cải thiện hành vi phòng chống bệnh ĐTĐ [3]. Các nghiên cứu trước đây cho thấy các mô hình can thiệp truyền thông dựa vào cộng đồng có thể giúp giảm các yếu tố nguy cơ, tăng tỷ lệ người dân thực hành phòng bệnh [3]. Tuy nhiên, tại cộng đồng người Khmer, số lượng nghiên

*Tác giả liên hệ

Email: nvlanh@ctump.edu.vn Điện thoại: (+84) 939539996 DOI: 10.52163/yhc.v66i6.4023

cứu đánh giá hiệu quả can thiệp truyền thông giáo dục sức khỏe trong phòng chống ĐTD còn hạn chế.

Xuất phát từ thực tiễn trên, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này với mục tiêu đánh giá hiệu quả can thiệp truyền thông giáo dục sức khỏe dựa vào cộng đồng trong phòng chống bệnh ĐTD ở người Khmer tại tỉnh Trà Vinh.

2. ĐỐI TƯỢNG, PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Đối tượng nghiên cứu là người dân từ 40 tuổi trở lên, sinh sống tại các xã/phường được chọn trong nghiên cứu, có khả năng trả lời phỏng vấn và đồng ý tham gia.

2.2. Địa điểm và thời gian nghiên cứu

- Địa điểm: nghiên cứu được tiến hành tại 30 xã/phường thuộc tỉnh Trà Vinh trong giai đoạn 1; và tại 6 xã (3 xã can thiệp, 3 xã chứng) thuộc 2 huyện được chọn ngẫu nhiên từ 30 xã ban đầu trong giai đoạn 2.

- Thời gian nghiên cứu: từ tháng 8 năm 2023 đến tháng 8 năm 2024.

2.3. Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu gồm 2 giai đoạn:

- Giai đoạn 1: Điều tra cắt ngang trước can thiệp để mô tả thực trạng và xác định các chỉ số nền tảng.

- Giai đoạn 2: Nghiên cứu can thiệp cộng đồng theo thiết kế thực nghiệm đối chứng song song (community trial), so sánh trước và sau can thiệp giữa nhóm can thiệp và nhóm chứng.

Các phương pháp can thiệp cộng đồng phòng chống ĐTD type 2 được triển khai tại 3 xã can thiệp bao gồm: (1) Phát thanh truyền thông song ngữ Việt - Khmer trên loa phát thanh xã vào mỗi sáng thứ Hai hằng tuần; (2) Tổ chức các buổi nói chuyện giáo dục sức khỏe tại chùa Khmer định kỳ mỗi tháng một lần; (3) Cung cấp tài liệu truyền thông dưới dạng tờ rơi và áp phích song ngữ Việt - Khmer; (4) Tập huấn cho cán bộ y tế xã cùng cộng tác viên y tế về quản lý ĐTD tại y tế cơ sở.

2.4. Cỡ mẫu nghiên cứu

- Giai đoạn 1: Cỡ mẫu được tính theo công thức ước lượng một tỷ lệ:

$$n = Z_{(1-\frac{\alpha}{2})}^2 \left(\frac{p \cdot (1-p)}{(p \cdot \epsilon)^2} \right) \cdot DE$$

Trong đó: $Z_{(1-\alpha/2)} = 1,96$ với độ tin cậy 95%; $p = 0,087$ (với p là tỷ lệ người dân tộc Khmer có kiến thức đúng về phòng bệnh ĐTD type 2 theo nghiên cứu của Nguyễn Văn Lành tại tỉnh Hậu Giang năm 2013 [4]); $\epsilon = 0,3$ (là sai số lựa chọn); $DE = 2$ (là hệ số thiết kế).

Thế vào công thức, tính được cỡ mẫu tối thiểu là 896 người. Trên thực tế, nghiên cứu thu được 918 mẫu.

- Giai đoạn 2: Cỡ mẫu được tính theo công thức so sánh hai tỷ lệ độc lập.

$$n = \frac{\left(z_{\alpha/2} \sqrt{2\bar{p}(1-\bar{p})} + z_{\beta} \sqrt{p_1(1-p_1) + p_2(1-p_2)} \right)^2}{\Delta^2}$$

Với các giả định: n là số đối tượng nghiên cứu can thiệp; $Z_{\alpha/2} = 1,96$ ứng với $\alpha = 0,05$; $Z_{\beta} = 0,842$ ứng với lực mẫu bằng 80%; $\beta = 0,20$; Δ là sự khác biệt giữa 2 tỷ lệ kiến thức phòng chống ĐTD trước can thiệp và sau can thiệp ($\Delta = 10\%$); p_1 là ước đoán tỷ lệ kiến thức phòng chống ĐTD trong quần thể nghiên cứu nhóm chứng là 0,3; p_2 là ước đoán tỷ lệ kiến thức phòng chống ĐTD trong quần thể nghiên cứu nhóm can thiệp là 0,4; $\bar{p}$ là tỷ lệ trung bình ước đoán tỷ lệ kiến thức phòng chống ĐTD giữa 2 quần thể nghiên cứu là 0,35.

Thay vào công thức, tính được cỡ mẫu tối thiểu cho mỗi nhóm là 294 người.

2.5. Phương pháp chọn mẫu

- Giai đoạn 1: Nghiên cứu sử dụng phương pháp chọn mẫu theo quy mô dân số với quy trình gồm 4 bước: (1) từ tổng số 106 xã/phường của tỉnh Trà Vinh, (2) chọn ra 30 xã/phường dựa trên quy mô dân số người Khmer từ 40 tuổi trở lên, (3) lập danh sách những người Khmer trong độ tuổi nghiên cứu và áp dụng phương pháp chọn mẫu ngẫu nhiên có hệ thống để chọn người tham gia theo tỷ lệ dân số tại 30 xã đã chọn, (4) cán bộ y tế địa phương tiến hành mời những người được chọn đến trạm y tế xã để khám sức khỏe và phỏng vấn sau khi họ đồng ý tham gia nghiên cứu.

- Giai đoạn 2: Từ 30 xã/phường ban đầu, nghiên cứu chọn ngẫu nhiên 3 xã thuộc một huyện để tiến hành can thiệp và 3 xã thuộc một huyện khác để làm nhóm chứng. Các xã được lựa chọn đảm bảo có sự cách biệt về địa lý nhằm hạn chế ảnh hưởng lẫn nhau trong quá trình triển khai can thiệp, đồng thời có đặc điểm dân số và điều kiện kinh tế - xã hội tương đồng để đảm bảo tính so sánh.

2.6. Biến số nghiên cứu

- Đặc điểm nhân khẩu học: tuổi, giới, trình độ học vấn, nghề nghiệp, tình trạng hôn nhân.

- Kiến thức về nhận biết triệu chứng bệnh ĐTD type 2 được đánh giá dựa trên điểm trung bình của 8 nội dung: không có triệu chứng, ăn nhiều uống nhiều, sụt cân nhanh, tiểu nhiều, mệt mỏi nhiều, nhìn mờ, chậm lành vết thương hoặc vết loét, và cảm giác ngứa ran/đau/tê ở tay hoặc chân. Kiến thức được phân loại thành hai nhóm: đúng và chưa đúng, trong đó người tham gia được coi là có kiến thức đúng khi đạt điểm cao hơn mức trung bình chung.

- Kiến thức về phòng ngừa yếu tố nguy cơ bệnh được xác định dựa trên điểm trung bình của 6 nội dung: duy trì hoạt động thể chất, kiểm soát cân nặng, hạn chế chất béo động vật, tránh ăn thực phẩm nhiều dầu mỡ, tăng cường rau xanh và hoa quả, và hạn chế thực phẩm ngọt. Tương tự, người tham gia được coi là có kiến thức đúng khi đạt điểm cao hơn mức trung bình chung.

2.7. Phương pháp thu thập thông tin

Công cụ thu thập thông tin là bộ câu hỏi cấu trúc sẵn, được xây dựng dựa trên tài liệu chuyên môn “Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị ĐTD type 2” ban hành kèm theo Quyết định số 5481/QĐ-BYT ngày 30/12/2020 của Bộ Y tế [2] và bộ công cụ STEPS của WHO [5]. Người tham gia được phỏng vấn trực tiếp tại trạm y tế xã nhằm thu thập các thông tin liên quan đến kiến thức về triệu chứng và kiến thức về phòng ngừa yếu tố nguy cơ của bệnh. Ở giai đoạn 2, bên cạnh điều tra tương tự giai đoạn 1, nghiên cứu triển khai các hoạt động truyền thông giáo dục sức khỏe tại nhóm can thiệp, sau đó tiến hành khảo sát lại để đánh giá hiệu quả can thiệp

2.8. Xử lý và phân tích số liệu

Phân tích số liệu bằng phần mềm Stata phiên bản 17.0. Các thống kê mô tả được thực hiện bao gồm tần số, tỷ lệ phần trăm (%). Để so sánh sự khác biệt giữa các nhóm, nghiên cứu sử dụng kiểm định Chi-square đối với tỷ lệ và kiểm định t-test đối với trung bình. Để so sánh sự khác biệt về kiến thức, thái độ và thực hành giữa các nhóm và giữa các thời điểm trước - sau can thiệp, nghiên cứu áp dụng kiểm định ANOVA. Ngưỡng ý nghĩa thống kê được xác định ở mức $p < 0,05$.

2.9. Đạo đức nghiên cứu

Đề tài nghiên cứu được thông qua Hội đồng đánh giá đề cương chi tiết nghiên cứu sinh thành lập theo Quyết định số 1420/QĐ-VSDTTU ngày 29 tháng 10 năm 2021 của Viện Vệ sinh Dịch tễ Trung ương và Hội đồng đạo đức trong nghiên cứu y sinh của Trường Đại học Y Dược Cần Thơ (Quyết định số 23.013. NCS/PCT-HĐĐĐ 15.6/23).

Thông tin của đối tượng nghiên cứu được giữ bí mật, chỉ sử dụng cho mục đích nghiên cứu.

Nghiên cứu được sự chấp thuận của Trường Đại học Y Dược Cần Thơ, Sở Y tế, Trung tâm y tế quận/huyện và trạm y tế xã tỉnh Trà Vinh.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm dân số, xã hội của người Khmer trước và sau can thiệp

Tuổi trung bình của người Khmer tham gia nghiên cứu trước can thiệp ở nhóm can thiệp là $59,6 \pm 10,3$

tuổi, nhóm chứng là $58,7 \pm 25,4$ tuổi, và trung bình chung trước can thiệp là $56,8 \pm 10,6$ tuổi.

Bảng 1. Đặc điểm dân số xã hội của người Khmer trước và sau can thiệp

Đặc điểm dân số xã hội	Trước can thiệp (n = 918)		Nhóm can thiệp (n = 294)		Nhóm chứng (n = 294)	
	n	%	n	%	n	%
Giới						
Nữ	500	54,5	206	70,1	178	60,5
Nam	418	45,5	88	29,9	116	39,5
Nhóm tuổi						
40-59 tuổi	554	60,3	144	49,0	168	57,1
60-74 tuổi	300	32,7	121	41,2	101	34,4
≥ 75 tuổi	64	7,0	29	9,9	25	8,5
Học vấn						
Mù chữ	118	12,9	31	10,5	9	3,1
Tiểu học	542	59,0	120	40,8	176	59,9
Trung học cơ sở	162	17,6	78	26,5	76	25,9
Trung học phổ thông	56	6,1	52	17,7	26	8,8
Trên trung học phổ thông	40	4,4	13	4,4	7	2,4
Kinh tế gia đình						
Khá, đủ ăn	688	74,9	229	77,9	269	91,5
Cận nghèo	128	13,9	52	17,7	24	8,2
Nghèo	102	11,1	13	4,4	1	0,3
Loại thẻ bảo hiểm y tế						
Không có	40	4,4	13	4,4	3	1,0
Tự nguyện	634	69,1	221	75,2	268	91,2
Chế độ chính sách	244	26,6	60	20,4	23	7,8

Nhóm can thiệp có tỷ lệ nữ cao hơn, tuổi trung bình lớn hơn và trình độ học vấn cao hơn nhóm chứng. Ngược lại, nhóm chứng có điều kiện kinh tế khá hơn và tỷ lệ tham gia bảo hiểm y tế tự nguyện cao hơn.

3.2. Hiệu quả kiến thức về triệu chứng và phòng ngừa yếu tố nguy cơ ĐTD type 2 của người Khmer trước và sau can thiệp

Bảng 2. Sự khác biệt điểm về điểm kiến thức triệu chứng ĐTD type 2 của người Khmer trước và sau can thiệp

Kiến thức về triệu chứng	Trước can thiệp (n = 918) (1)		Nhóm can thiệp (n = 294) (2)		Nhóm chứng (n = 294) (3)		p*
	$\bar{X}$	$\pm SD$	$\bar{X}$	$\pm SD$	$\bar{X}$	$\pm SD$	
Không triệu chứng (điểm)	0,06	0,24	0,19	0,40	0,15	0,36	p < 0,001 p ₁₋₂ < 0,001 p ₁₋₃ < 0,001 p ₂₋₃ = 0,398
Ăn nhiều, uống nhiều (điểm)	0,38	0,49	0,54	0,50	0,44	0,50	p < 0,001 p ₁₋₂ < 0,001 p ₁₋₃ = 0,175 p ₂₋₃ = 0,039
Gày sút nhiều (điểm)	0,73	0,44	0,69	0,46	0,60	0,49	p < 0,001 p ₁₋₂ = 0,465 p ₁₋₃ < 0,001 p ₂₋₃ = 0,046
Tiểu nhiều (điểm)	0,74	0,44	0,72	0,45	0,54	0,50	p < 0,001 p ₁₋₂ = 0,762 p ₁₋₃ < 0,001 p ₂₋₃ < 0,001
Mệt mỏi nhiều (điểm)	0,53	0,50	0,73	0,44	0,50	0,50	p < 0,001 p ₁₋₂ < 0,001 p ₁₋₃ = 0,823 p ₂₋₃ < 0,001
Nhìn mờ (điểm)	0,39	0,49	0,49	0,50	0,35	0,58	p = 0,003 p ₁₋₂ = 0,014 p ₁₋₃ = 0,460 p ₂₋₃ = 0,004
Chậm lành các vết thương hoặc vết loét (điểm)	0,47	0,50	0,69	0,46	0,61	0,49	p < 0,001 p ₁₋₂ < 0,001 p ₁₋₃ < 0,001 p ₂₋₃ = 0,110
Ngứa ran, đau, tê ở tay hoặc chân (điểm)	0,17	0,38	0,27	0,45	0,14	0,35	p < 0,001 p ₁₋₂ = 0,001 p ₁₋₃ = 0,487 p ₂₋₃ < 0,001
Tổng (điểm)	3,48	2,19	4,33	2,40	3,33	2,14	p < 0,001 p ₁₋₂ < 0,001 p ₁₋₃ = 0,680 p ₂₋₃ < 0,001

*: Kiểm định ANOVA

Trước can thiệp, điểm kiến thức về triệu chứng ĐTD của người Khmer khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa nhóm can thiệp và nhóm chứng ở hầu hết các triệu chứng (p < 0,05). Nhóm can thiệp có điểm trung bình cao hơn nhóm chứng ở nhiều nội dung như “không triệu chứng”, “ăn nhiều, uống nhiều”, “mệt mỏi nhiều”, “chậm lành vết thương” và “ngứa ran, đau, tê tay chân”.

Tổng điểm kiến thức trung bình của nhóm can thiệp (4,33 ± 2,40 điểm) cao hơn rõ rệt so với nhóm chứng (3,33 ± 2,14 điểm) với p < 0,001. So sánh cặp cho thấy sự khác biệt rõ ràng giữa trước can thiệp với nhóm can thiệp và nhóm can thiệp với nhóm chứng, trong khi một số triệu chứng như “gày sút nhiều” và “tiểu nhiều” không khác biệt giữa trước can thiệp và nhóm can thiệp.

Bảng 3. Sự khác biệt tỷ lệ kiến thức về triệu chứng ĐTD, hiệu quả can thiệp của người Khmer trước và sau can thiệp

Kiến thức về triệu chứng	Trước can thiệp (n = 918)		Nhóm can thiệp (n = 294)		Nhóm chứng (n = 294)		p*
	n	%	n	%	n	%	
Đúng	318	34,6	157	53,4	89	30,3	< 0,001
Không	600	65,4	137	46,6	205	69,7	
Chỉ số hiệu quả (%)			54,3		-12,4		
Hiệu quả can thiệp (%)			66,8				

*: Kiểm định Chi bình phương

Hiệu quả tuyệt đối (chỉ số hiệu quả 54,3%) và hiệu quả can thiệp tương đối (hiệu quả can thiệp 66,8%) đều rất cao, chứng minh tác động tích cực và thực sự có ý nghĩa thống kê ($p < 0,001$).

Bảng 4. Sự khác biệt về kiến thức phòng ngừa yếu tố nguy cơ ĐTD của người Khmer trước và sau can thiệp

Kiến thức về phòng chống yếu tố nguy cơ	Trước can thiệp (n = 918) (1)		Nhóm can thiệp (n = 294) (2)		Nhóm chứng (n = 294) (3)		p
	$\bar{X}$	$\pm SD$	$\bar{X}$	$\pm SD$	$\bar{X}$	$\pm SD$	
Hoạt động thể chất và tăng cường thể lực (điểm)	0,33	0,47	0,43	0,50	0,28	0,45	$p = 0,001$ $p_{1-2} = 0,016$ $p_{1-3} = 0,260$ $p_{2-3} = 0,001$
Kiểm soát cân nặng (điểm)	0,35	0,48	0,42	0,50	0,29	0,45	$p = 0,003$ $p_{1-2} = 0,060$ $p_{1-3} = 0,192$ $p_{2-3} = 0,002$
Hạn chế chất béo động vật (điểm)	0,32	0,47	0,38	0,49	0,24	0,43	$p = 0,002$ $p_{1-2} = 0,127$ $p_{1-3} = 0,048$ $p_{2-3} = 0,001$
Tránh ăn thức ăn nhiều dầu mỡ (điểm)	0,31	0,47	0,41	0,49	0,27	0,44	$p = 0,001$ $p_{1-2} = 0,013$ $p_{1-3} = 0,332$ $p_{2-3} = 0,001$
Tăng cường ăn nhiều rau xanh, hoa quả (điểm)	0,33	0,47	0,41	0,49	0,32	0,47	$p = 0,022$ $p_{1-2} = 0,042$ $p_{1-3} = 0,952$ $p_{2-3} = 0,048$
Hạn chế thực phẩm ngọt (điểm)	0,48	0,50	0,57	0,49	0,53	0,50	$p = 0,026$ $p_{1-2} = 0,028$ $p_{1-3} = 0,431$ $p_{2-3} = 0,686$
Tổng (điểm)	2,13	2,35	2,62	2,24	1,93	2,04	$p = 0,001$ $p_{1-2} = 0,004$ $p_{1-3} = 0,436$ $p_{2-3} < 0,001$

*: Kiểm định ANOVA

Bảng 4 cho thấy điểm kiến thức trung bình về phòng chống yếu tố nguy cơ khác biệt rõ rệt giữa các nhóm sau can thiệp. Trước can thiệp, cả nhóm can thiệp và nhóm chứng đều có điểm kiến thức ở mức thấp.

Sau can thiệp, nhóm can thiệp tăng lên $2,62 \pm 2,24$ điểm, cao hơn trước can thiệp ($p_{1-2} = 0,004$) và nhóm chứng ($p_{2-3} < 0,001$), trong khi nhóm chứng hầu như không cải thiện. Các kiến thức về hoạt động thể chất, hạn chế dầu mỡ và tăng rau quả cải thiện rõ ở nhóm can thiệp; một số nội dung khác tăng nhưng chưa đạt ý nghĩa thống kê cao.

Nhìn chung, can thiệp giúp nâng cao đáng kể kiến thức dự phòng ở nhóm can thiệp, trong khi nhóm chứng gần như không thay đổi.

Bảng 5. Sự khác biệt tỷ lệ kiến thức về phòng chống yếu tố nguy cơ ĐTD type 2, hiệu quả can thiệp của người Khmer trước và sau can thiệp

Kiến thức phòng chống yếu tố nguy cơ	Trước can thiệp (n = 918)		Nhóm can thiệp (n = 294)		Nhóm chứng (n = 294)		p
	n	%	n	%	n	%	
Đúng	347	37,8	153	52,0	128	43,5	< 0,001
Không	571	62,2	141	48,0	166	56,5	
Chỉ số hiệu quả (%)			37,6		15,1		
Hiệu quả can thiệp (%)			22,5				

**:Kiểm định Chi bình phương*

Được gọi là có kiến thức đúng về yếu tố nguy cơ ĐTD type 2 khi người tham gia có số câu trả lời trên điểm trung bình là 2,18. Chỉ số hiệu quả của can thiệp đạt 37,6%, của nhóm can thiệp đạt 15,1%. Hiệu quả can thiệp đạt 22,5% cho thấy hiệu quả của hoạt động can thiệp.

4. BÀN LUẬN

Kết quả nghiên cứu cho thấy chương trình can thiệp truyền thông sức khỏe đã mang lại hiệu quả rõ rệt trong việc nâng cao kiến thức về triệu chứng và yếu tố nguy cơ ĐTD type 2 ở người Khmer từ 40 tuổi trở lên tại tỉnh Trà Vinh. Sau can thiệp, nhóm được truyền thông có tỷ lệ kiến thức đúng và điểm trung bình kiến thức cao hơn hẳn so với nhóm chứng, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê. Điều này chứng tỏ truyền thông giáo dục sức khỏe, khi được triển khai phù hợp với đặc thù văn hóa và ngôn ngữ của cộng đồng, có thể tạo nên sự thay đổi tích cực về nhận thức.

Trước can thiệp, kiến thức của người dân về triệu chứng ĐTD type 2 còn hạn chế, chỉ khoảng một phần ba số người trả lời đúng. Sau can thiệp, tỷ lệ này tăng lên trên 50% và điểm trung bình cũng được cải thiện rõ rệt. Hiệu quả cao có thể lý giải bởi các triệu chứng lâm sàng của bệnh như khát nhiều, tiểu nhiều, sụt cân nhanh... vốn khá điển hình, dễ nhận biết và dễ ghi nhớ, đặc biệt khi được minh họa bằng tranh ảnh, tờ rơi và truyền đạt trực tiếp bằng tiếng Khmer. Điều này càng có ý nghĩa trong bối cảnh một bộ phận người Khmer lớn tuổi không sử dụng thành thạo tiếng Việt mà chỉ giao tiếp bằng tiếng Khmer. Kết quả

này tương đồng với nghiên cứu của Dawn Taniguchi D và cộng sự (2017) trong khuôn khổ chương trình MoPoTsyo tại Campuchia, một tổ chức phi chính phủ cung cấp dịch vụ chăm sóc bệnh nhân ĐTD và tăng huyết áp thông qua mô hình giáo dục đồng đẳng và tư vấn ngoại trú tại địa phương, qua đó cho thấy các chỉ số chăm sóc ĐTD của cộng đồng được cải thiện đáng kể [6]. Tại Việt Nam, nghiên cứu của Ha Thuy Thi Tran và cộng sự (2024) đã ghi nhận sự cải thiện rõ kiến thức về triệu chứng “chậm lành vết thương” và “mệt mỏi” sau can thiệp truyền thông [7], kết quả này phù hợp với nghiên cứu của chúng tôi.

Ngược lại, hiệu quả can thiệp đối với kiến thức về phòng ngừa yếu tố nguy cơ lại thấp hơn. Mặc dù tỷ lệ kiến thức đúng tăng, song mức cải thiện không mạnh mẽ bằng phần triệu chứng. Nguyên nhân có thể do kiến thức về phòng bệnh liên quan đến nhiều khía cạnh phức tạp hơn như chế độ dinh dưỡng, hoạt động thể lực, thói quen sinh hoạt, vốn gắn chặt với lối sống, tập quán ăn uống và điều kiện kinh tế - xã hội của người Khmer. Các nghiên cứu trước đây cũng ghi nhận việc thay đổi nhận thức về phòng ngừa bệnh mạn tính đòi hỏi thời gian lâu dài và sự kết hợp của nhiều yếu tố hỗ trợ [8-9].

Một điểm đáng chú ý là việc lồng ghép truyền thông qua loa phát thanh xã, phát thanh tại chùa và các buổi nói chuyện trực tiếp trong cộng đồng đã giúp mở rộng khả năng tiếp cận thông tin, đặc biệt đối với người lớn tuổi và nam giới - những đối tượng thường ít chủ động tìm hiểu về bệnh. Cách tiếp cận này phù hợp với đặc thù văn hóa của người Khmer, vốn xem chùa là trung tâm sinh hoạt tinh thần và văn hóa.

Hầu hết người Khmer theo đạo Phật và rất coi trọng vai trò của nhà sư. Trong chương trình, sự đồng hành và hỗ trợ tích cực của sư trụ trì cùng ban trị sự chùa đã góp phần tạo dựng niềm tin, thu hút sự tham gia đông đảo của cộng đồng. Chính niềm tin này là yếu tố quan trọng giúp người dân thay đổi nhận thức và bước đầu chấp nhận thay đổi hành vi.

Thành công của hình thức truyền thông song ngữ tại chùa cũng được ghi nhận trong các nghiên cứu của Lê Văn Tâm (2024) tại Trà Vinh [10]. Kết quả cho thấy khi lựa chọn chùa làm điểm tổ chức truyền thông, tỷ lệ tham gia của người dân Khmer cao hơn đáng kể so với các địa điểm khác. Điều này khẳng định việc thiết kế và triển khai hoạt động truyền thông phù hợp với bối cảnh văn hóa - xã hội đóng vai trò then chốt trong hiệu quả can thiệp [11-12].

Như vậy, nghiên cứu khẳng định truyền thông giáo dục sức khỏe là giải pháp khả thi và hiệu quả trong nâng cao kiến thức cộng đồng Khmer về ĐTĐ type 2, đặc biệt là nhận biết triệu chứng bệnh. Song, để nâng cao hiệu quả ở lĩnh vực phòng ngừa yếu tố nguy cơ, cần kéo dài thời gian can thiệp, lồng ghép thêm các hoạt động thực hành như tập huấn nấu ăn lành mạnh, câu lạc bộ phòng chống ĐTĐ, đồng thời tăng cường vai trò của cộng đồng và tôn giáo trong việc duy trì các thay đổi lối sống.

5. KẾT LUẬN

Can thiệp truyền thông sức khỏe đã cải thiện rõ rệt kiến thức về triệu chứng và phòng ngừa yếu tố nguy cơ ĐTĐ type 2 ở người Khmer từ 40 tuổi trở lên tại Trà Vinh. Hiệu quả can thiệp đặc biệt nổi bật đối với nhận biết triệu chứng, trong khi cải thiện kiến thức phòng ngừa còn ở mức vừa phải. Việc sử dụng hình thức truyền thông phù hợp văn hóa, ngôn ngữ đã góp phần nâng cao hiệu quả tiếp nhận thông tin. Tuy nhiên, để tăng cường kiến thức phòng ngừa, cần duy trì can thiệp lâu dài và bổ sung các hoạt động thực hành thay đổi lối sống. Kết quả này khẳng định vai trò quan trọng của truyền thông giáo dục sức khỏe trong phòng chống bệnh mạn tính tại cộng đồng dân tộc thiểu số.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1] IDF. Diabetes Atlas, 10th edition, 2021.
- [2] Bộ Y tế. Quyết định số 5481/QĐ-BYT ngày 30/12/2020 về việc ban hành tài liệu chuyên môn “Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị đái
- [3] Shirvani T, Javadi Z, Azimi S et al. Community-based educational interventions for prevention of type II diabetes: a global systematic review and meta-analysis. *Systematic Reviews*, 2021, 10 (1): 81.
- [4] Nguyễn Văn Lành. Tình hình bệnh đái tháo đường và một số yếu tố liên quan ở đồng bào dân tộc Khmer từ 45 tuổi trở lên tại tỉnh Hậu Giang. *Tạp chí Y học dự phòng*, 2013, 6 (142).
- [5] WHO. Công cụ lấy mẫu của WHO đối với giám sát yếu tố nguy cơ bệnh không lây nhiễm (STEPS) 2018, 2018.
- [6] Taniguchi D, LoGerfo J, van Pelt M, Mielcarek B, Huster K, Haider M et al. Evaluation of a multi-faceted diabetes care program including community-based peer educators in Takeo province, Cambodia, 2007-2013. *PloS one*, 2017, 12 (9): e0181582.
- [7] Ha Thuy Thi Tran, Duc Cap Minh, Linh Thuy Nguyen, Thanh Van Nguyen. Barriers to dietary adherence among Vietnamese type 2 diabetes mellitus patients: a hospital-based cross-sectional study in Haiphong. *Journal of Public Health and Development*, 2024, 22 (2): 39-53.
- [8] Norris S.L, Engelgau M.M, Narayan K.M. Effectiveness of self-management training in type 2 diabetes: a systematic review of randomized controlled trials. *Diabetes care*, 2001, 24 (3): 561-87.
- [9] Hawthorne K, Robles Y, Cannings John R, Edwards A.G. Culturally appropriate health education for type 2 diabetes in ethnic minority groups: a systematic and narrative review of randomized controlled trials. *Diabetic medicine: A Journal of the British Diabetic Association*, 2010, 27 (6): 613-623.
- [10] Lê Văn Tâm. Kết quả sàng lọc ung thư đại trực tràng và hiệu quả một số biện pháp can thiệp dự phòng ung thư đại trực tràng ở người Khmer tỉnh Trà Vinh. Luận án tiến sĩ y học, Viện Vệ sinh Dịch tễ Trung ương, Hà Nội, 2024.
- [11] Malikha P. Health communication: approaches, strategies, and ways to sustainability on health or health for all. *Handbook of communication for development and social change*, 2020: 1015-1037.
- [12] Littlejohn S.W, Foss K.A. *Encyclopedia of Communication Theory*. SAGE Publications, Inc. 2455 Teller Road, Thousand Oaks, California 91320.