

BỘ GIÁO DỤC ĐÀO TẠO

BỘ Y TẾ

ĐẠI HỌC Y DƯỢC THÀNH PHỐ HỒ CHÍ MINH

TRỊNH THỊ TỔ QUYÊN

**TÌNH TRẠNG SỨC KHỎE RĂNG MIỆNG,
CÁC YẾU TỐ LIÊN QUAN VÀ HIỆU QUẢ
CHƯƠNG TRÌNH NÂNG CAO SỨC KHỎE
RĂNG MIỆNG TRÊN SINH VIÊN NĂM
THỨ NHẤT TRƯỜNG ĐẠI HỌC SÀI GÒN,
NĂM 2015**

Ngành: RĂNG HÀM MẶT

Mã số: 62 72 06 01

TÓM TẮT LUẬN ÁN TIẾN SĨ Y HỌC

TP. Hồ Chí Minh, năm 2020

Công trình được hoàn thành tại:
Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh

Người hướng dẫn khoa học: PGS.TS.Ngô Thị Quỳnh Lan

Phản biện 1:

Phản biện 2

Phản biện 3:

Luận án sẽ được bảo vệ trước Hội đồng chấm luận án cấp trường
hợp tại Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh
vào hồi giờ ngày tháng năm

Có thể tìm hiểu Luận án tại thư viện:

- Thư viện Quốc gia Việt Nam
- Thư viện Khoa học Tổng hợp TP. HCM
- Thư viện Đại học Y Dược TP. HCM

1. GIỚI THIỆU LUẬN ÁN

a. Lý do và tính cần thiết của nghiên cứu

Bệnh sâu răng và bệnh nha chu đã từ lâu được xem là gánh nặng của ngành y tế và ảnh hưởng trong suốt đời người bệnh. Việt Nam là một nước đang phát triển, đang đối mặt với tỷ lệ sâu răng cao. Theo kết quả điều tra sức khỏe răng miệng (SKRM) toàn quốc năm 2001, tỷ lệ bệnh sâu răng chiếm hơn 50% người Việt Nam, trong đó ở người từ 18 đến 34 tuổi, tỷ lệ bệnh sâu răng chiếm 75,2%. Đồng thời, theo nghiên cứu của tác giả Nguyễn Cần và cộng sự trên lứa tuổi 35 – 44 ở Việt Nam cho thấy tỷ lệ vôi răng rất cao (97% -100%), có 7% - 25% những người sống thành thị và khoảng 2% những người sống ở nông thôn có túi nha chu sâu.

Các yếu tố nguy cơ bệnh sâu răng và bệnh nha chu liên quan đến hành vi sức khỏe có thể dự phòng, thay đổi. Tuy nhiên, giáo dục SKRM truyền thống bằng cách cung cấp kiến thức qua lời khuyên cho đến nay chỉ cải thiện kiến thức liên quan SKRM, vẫn còn hạn chế trong việc cải thiện hành vi và kết quả lâm sàng. Chương trình giáo dục SKRM thiết kế phù hợp từng cá nhân đã được chứng minh là có hiệu quả lâu dài trong việc cải thiện hành vi VSRM. Do đó, vấn đề được đặt ra là (1) tình trạng SKRM của sinh viên (SV) trường Đại học Sài Gòn (ĐHSG) năm 2015 như thế nào? (2) Các yếu tố nào liên quan đến tình trạng SKRM ở đối tượng này? (3) Và liệu chương trình can thiệp nâng cao SKRM tác động lên hành vi chăm sóc răng miệng của SV ở trường đại học có hiệu quả không?

b. Mục tiêu nghiên cứu

- Xác định tình trạng sức khỏe răng miệng và các yếu tố liên quan trên SV năm thứ nhất trường ĐHSG năm 2015.

– Đánh giá hiệu quả chương trình can thiệp nâng cao sức khỏe răng miệng trên SV năm thứ nhất giữa nhóm can thiệp và nhóm chứng sau 3 tháng can thiệp.

c. Đối tượng và phương pháp nghiên cứu

Đề tài gồm 2 nghiên cứu độc lập và kế tiếp nhau. Nghiên cứu thứ nhất là nghiên cứu cắt ngang phân tích. Đối tượng là tất cả SV năm thứ nhất trường ĐHSG năm học 2015-2016. Nghiên cứu thứ 2 là nghiên cứu thử nghiệm lâm sàng có nhóm chứng. Đối tượng nghiên cứu là 118 SV năm nhất có sâu răng và/hoặc viêm nướu từ nghiên cứu thứ nhất.

d. Những đóng góp mới của nghiên cứu về mặt lý luận và thực tiễn

Kết quả của nghiên cứu đã cung cấp những chứng cứ khoa học về tình trạng bệnh sâu răng và bệnh nha chu và các yếu tố liên quan trên sinh viên năm thứ nhất trường ĐHSG.

Đề nghị áp dụng chương trình can thiệp phù hợp từng cá nhân để thay đổi hành vi chăm sóc răng miệng nhằm nâng cao sức khỏe răng miệng trên sinh viên năm thứ nhất trường Đại học

e. Bố cục của luận án:

Luận án có 142 trang, bao gồm: Đặt vấn đề (3 trang); Chương 1: Tổng quan tài liệu (31 trang); Chương 2: Đối tượng và phương pháp nghiên cứu (28 trang); Chương 3: Kết quả nghiên cứu (41 trang); Chương 4: Bàn luận (34 trang); Kết luận (2 trang) và Kiến nghị (2 trang). Có 30 bảng, 2 biểu đồ, 14 hình, 12 sơ đồ. Có 171 tài liệu tham khảo (tiếng Việt 14, tiếng Anh 157)

2. TỔNG QUAN TÀI LIỆU

a. Tình trạng sức khỏe răng miệng và các yếu tố liên quan

Trên thế giới, có xu hướng giảm tỷ lệ sâu ở trẻ em, thanh thiếu niên và người lớn trên toàn cầu. Sự suy giảm này là nhờ cải thiện khả năng kiểm soát mảng bám, giảm sử dụng đường, tăng cường sử dụng fluoride, đặc biệt là kem đánh răng có Fluor và tăng cường khám răng thường xuyên ở một số quốc gia. Tuy nhiên, gánh nặng của những tổn thương sâu răng không được điều trị trên thế giới vẫn không thay đổi và phổ biến ở các nước đang phát triển. Hiện tại, các nghiên cứu về SKRM ở các nước đang phát triển vẫn không có nhiều. Về tình hình bệnh nha chu, tỷ lệ bệnh không thay đổi trong 20 năm (từ năm 1990 đến 2010), tỷ lệ viêm nha chu nặng khoảng hơn 10%. Tỷ lệ vôi răng và chảy máu nướu chiếm tỷ lệ cao ở trẻ 15-19 tuổi, nhiều nhất là khu vực Đông Nam Á. Tuy nhiên, các nghiên cứu ở lứa tuổi thanh niên, nhất là đối tượng SV trường Đại học còn rất ít ở các nước đang phát triển và các nước trong khu vực.

Ở Việt Nam, tỷ lệ sâu răng ở lứa tuổi thanh niên chiếm khoảng 70-80%, các số liệu điều tra trên toàn quốc mới nhất chưa có. Tuy nhiên, các nghiên cứu trên SV đại học hầu như chỉ trên SV ngành Y-Nha, chưa có nghiên cứu nào trên các SV ngoài ngành sức khỏe. Về bệnh nha chu, kết quả nghiên cứu trong những năm gần đây cho thấy tỷ lệ viêm nướu chiếm trên 90% ở lứa tuổi thanh thiếu niên, kèm theo vôi răng nhiều, điều này phản ánh tình trạng VSRM còn kém và kéo dài. Các tài liệu y văn được hồi cứu liên quan bệnh nha chu hiện nay vẫn còn rất hạn chế về số lượng đề tài cũng như đối tượng được đo lường. Các nghiên cứu trên đối tượng thanh niên, nhất là SV đại học vẫn còn khan hiếm.

b. Chương trình can thiệp thay đổi hành vi nâng cao sức khỏe răng miệng

Trên thế giới, nhiều tài liệu y văn về các chương trình can thiệp thay đổi hành vi dựa trên mô hình, lý thuyết hành vi sức khỏe với thiết kế nghiên cứu thử nghiệm lâm sàng có nhóm chứng cho thấy cải thiện hành vi liên quan đến VSRM ở bệnh nhân mắc bệnh nha chu và tác động tích cực sau thời gian 3 tháng can thiệp. Tuy nhiên, hầu như các nghiên cứu thử nghiệm lâm sàng rất hiếm ở lứa tuổi thanh thiếu niên - lứa tuổi cần can thiệp sớm khi có SKRM kém. Bên cạnh đó, các nghiên cứu thử nghiệm lâm sàng hầu hết thực hiện trên bệnh nhân bị bệnh nha chu, khá hiếm thực hiện trên bệnh nhân bị sâu răng.

Tại Việt Nam, theo tài liệu y văn được hồi cứu thì các nghiên cứu liên quan các chương trình can thiệp thay đổi hành vi chăm sóc SKRM hiện nay vẫn còn rất hạn chế về số lượng đề tài cũng như đối tượng được can thiệp. Đa số là nghiên cứu can thiệp bằng hình thức GDSK, đánh giá trước-sau, được thực hiện ở lứa tuổi thiếu niên hoặc các đối tượng có bệnh lý hoặc khuyết tật. Tuy nhiên, các chương trình can thiệp hầu như không đề cập đến các lý thuyết thay đổi hành vi được vận dụng. Vấn đề này rất quan trọng từ góc độ lý thuyết và giải thích kết quả. Điều đáng chú ý là hầu như các chương trình can thiệp thực hiện ở lứa tuổi thanh niên và SV cao đẳng/ đại học còn khan hiếm.

3. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

a. Giai đoạn 1: Tình trạng SKRM và các yếu tố liên quan

Thiết kế nghiên cứu: Cắt ngang phân tích

Đối tượng nghiên cứu: toàn bộ sinh viên năm thứ nhất trường ĐHSG năm học 2015-2016

Phương pháp chọn mẫu: lấy mẫu toàn bộ

Tiêu chí lựa chọn: SV năm thứ nhất năm học 2015 - 2016 tại trường Đại học Sài Gòn và đồng ý tham gia nghiên cứu.

Tiêu chí loại ra: SV tham gia nghiên cứu nhưng không đến khám răng hoặc không trả lời đầy đủ các thông tin quan trọng của bảng câu hỏi.

Công cụ thu thập thông tin: bảng câu hỏi về kiến thức và hành vi liên quan SKRM và phiếu khám lâm sàng.

Thu thập, xử lý và phân tích dữ liệu: Nhập số liệu bằng phần mềm Epi Data 3.1 và phân tích dữ liệu bằng phần mềm Stata version 14.0. Ngưỡng xác định có ý nghĩa thống kê là khi $p < 0,05$.

Kiểm soát sai lệch trong nghiên cứu:

Sai lệch do công cụ thu thập thông tin: Chúng tôi chuẩn bị bảng câu hỏi tự điền để thu thập dữ liệu các biến số nền, kiến thức và hành vi liên quan SKRM chuyển ngữ từ bảng câu hỏi của tác giả Peterson, tác giả Stenberg, tác giả Manjunath và tham khảo thêm bảng câu hỏi tiếng Việt của bộ môn Nha khoa Công cộng, Đại học Y Dược TP.HCM

Sai lệch do điều tra viên: các điều tra viên được tập huấn ghi nhận SMT-R, CPI và OHI-S. Các điều tra viên đều đạt độ thống nhất và kiên định cao.

b. Giai đoạn 2: Hiệu quả chương trình can thiệp nâng cao SKRM

Thiết kế nghiên cứu: Thử nghiệm lâm sàng có nhóm chứng

Đối tượng nghiên cứu: sinh viên năm thứ nhất trường ĐHSG năm học 2015-2016 có sâu răng và/hoặc viêm nướu.

Phương pháp chọn mẫu: Cỡ mẫu được tính theo hai công thức so sánh trung bình 2 mẫu độc lập và so sánh trung bình 2 mẫu bắt cặp.

(i) Công thức so sánh trung bình hai mẫu độc lập: Dựa vào kết quả nghiên cứu của tác giả Jonsson thực hiện chương trình can thiệp thiết kế phù hợp từng cá nhân để thay đổi hành vi VSRM, trung bình chỉ số mảng bám sau 3 tháng can thiệp của nhóm can thiệp là 0,29 (ĐLC

0,18) và nhóm chứng là 0,48 (ĐLC 0,28). Cỡ mẫu được ước lượng cần ít nhất 25 cá nhân cho mỗi nhóm.

(ii) Công thức so sánh hai trung bình bất cặp: Dựa vào kết quả nghiên cứu của tác giả Jonsson, Potdar trung bình khác biệt chỉ số mảng bám trước và sau 3 tháng can thiệp là 0,22 và độ lệch chuẩn khác biệt là 0,31-0,41. Cỡ mẫu ước lượng cần ít nhất 34-57 cá nhân cho mỗi nhóm nghiên cứu.

Từ kết quả (i) và (ii), để đảm bảo đủ cỡ mẫu so sánh hiệu quả điều trị của từng nhóm và giữa 2 nhóm, cỡ mẫu cần chọn ít nhất 57 cá nhân cho mỗi nhóm. Trong nghiên cứu này, tổng cộng có 118 cá nhân đủ điều kiện được tuyển chọn, mỗi nhóm có 59 cá nhân được phân bổ ngẫu nhiên vào nghiên cứu.

Tiêu chí lựa chọn: Có sâu răng và/hoặc viêm nướu và đồng ý tham gia nghiên cứu

Tiêu chuẩn loại ra: Có mang răng giả toàn hàm trên hoặc/và dưới hoặc đang điều trị chỉnh nha.

Công cụ thu thập thông tin: bảng câu hỏi về kiến thức và hành vi liên quan SKRM và phiếu khám lâm sàng.

Thu thập, xử lý và phân tích dữ liệu: Nhập số liệu bằng phần mềm Epi Data 3.1 và phân tích dữ liệu bằng phần mềm Stata version 14.0. Ngưỡng xác định có ý nghĩa thống kê là khi $p < 0,05$.

Quy trình nghiên cứu

- Bước 1: Các đối tượng sẽ được nhận tờ thông tin về đề tài, được mời đăng ký tham gia nghiên cứu, ký giấy thỏa thuận tham gia nghiên cứu
- Bước 2: Các đối tượng tham gia nghiên cứu được khám răng miệng và trả lời bảng câu hỏi ở cả 2 nhóm can thiệp và nhóm chứng.
- Bước 3: Mỗi nhóm được nhận một chương trình giáo dục SKRM.

- Nhóm can thiệp được nhận chương trình can thiệp phù hợp từng cá nhân tiến hành trong 3 tháng.
- Nhóm chứng nhận chương trình tư vấn sức khỏe thường quy.
- Bước 4: Khám răng miệng và trả lời bảng câu hỏi ở cả 2 nhóm can thiệp và nhóm chứng sau 3 tháng can thiệp.

• **Chương trình giáo dục sức khỏe răng miệng thường quy dành cho nhóm chứng**

- Thông báo tình trạng sâu răng, nha chu, VSRM và thảo luận.
- Cung cấp kiến thức về bệnh nha chu, bệnh sâu răng.
- Hướng dẫn kiểm soát mảng bám bằng cách chải răng và cách sử dụng chỉ nha khoa qua phim ảnh, mô hình và tờ rơi.
- Các đối tượng có thể yêu cầu điều tra viên thao tác các kỹ thuật VSRM.
- Khuyến cáo lấy vôi răng và điều trị răng miễn phí.

Các đối tượng được tư vấn 1 lần trong vòng 15-30 phút. Nếu cá nhân có nhu cầu điều trị thì được điều trị miễn phí.

• **Chương trình giáo dục sức khỏe răng miệng phù hợp nhu cầu từng cá nhân dành cho nhóm can thiệp**

Chương trình can thiệp được thiết kế dựa trên lý thuyết nhận thức xã hội của tác giả Bandura (1998), thuyết hành vi theo kế hoạch của tác giả Ajzen (2002) và kết hợp phỏng vấn tạo động lực. Chương trình can thiệp (theo tác giả Jonsson (2009) bao gồm bảy thành phần riêng biệt với các chiến lược khác nhau phù hợp các mục tiêu của mỗi cá nhân về SKRM và thói quen chăm sóc răng miệng

i. Phân tích kiến thức về SKRM, mong đợi kết quả và động cơ thực hiện hành vi của cá nhân

Cung cấp thông tin về SKRM. Cá nhân viết từ ba đến năm mục tiêu chung quan trọng liên quan đến sức khỏe răng miệng của mình.

ii. Phân tích hành vi chăm sóc răng miệng

Hướng dẫn cá nhân sử dụng các phương tiện VSRM (bàn chải đánh răng chạy bằng pin, chỉ nha khoa) với nguyên tắc là chỉ giới thiệu một loại phương tiện VSRM ở mỗi lần hẹn qua mô hình và clip.

iii. Thực hành kỹ năng vệ sinh răng miệng

Thực hành cách sử dụng phương tiện VSRM của cá nhân và tại bồn rửa mặt có gương để tạo bối cảnh có thể gắn với môi trường thường ngày nhất.

iv. Mục tiêu cá nhân về hành vi chăm sóc răng miệng

Kế hoạch hành động cho tự chăm sóc răng miệng cho đến lần hẹn tiếp theo được viết thành văn bản.

v. Tự giám sát liên tục

Phiếu nhật ký bao gồm ghi nhận tần suất và thời điểm sử dụng phương tiện VSRM (chải răng và chỉ nha khoa).

vi. Tổng hợp về hành vi đã thực hiện

Đánh giá kế hoạch hành động của cá nhân. Nếu cá nhân không đạt mục tiêu đặt ra trong lần hẹn trước thì xây dựng một kế hoạch mới khả thi hơn.

vii. Duy trì hành vi chăm sóc răng miệng và phòng ngừa tái phát

Thảo luận với cá nhân những bất lợi và lợi ích của hành vi đó để tạo động lực cho cá nhân thực hiện hành vi mới.

Mỗi SV có ít nhất 3 lần hẹn (khoảng 20-30 phút), mỗi lần hẹn cách nhau một tuần. Sau lần hẹn cuối, SV tiếp tục tự giám sát qua nhật ký và được nhắc nhở qua tin nhắn và thư điện tử trong 3 tháng can thiệp.

Kiểm soát sai lệch trong nghiên cứu

Sai lệch do điều tra viên: Các điều tra viên có phiếu hướng dẫn tư vấn để hạn chế sai sót cũng như hỗ trợ điều tra viên trong quá trình tư vấn.

Bác sĩ Răng Hàm Mặt khám suốt quá trình nghiên cứu và không biết đối tượng thuộc nhóm nghiên cứu nào. Người khám được đạt độ thống nhất và kiên định cao.

Kiểm soát mất mẫu và không tuân thủ: SV được các tư vấn viên tư vấn, động viên tiếp tục tham gia chương trình trong các lần hẹn như tư vấn thay đổi hành vi và khám lâm sàng cũng như qua thư điện tử và tin nhắn.

Vấn đề y đức trong nghiên cứu: Nghiên cứu được đã duyệt qua hội đồng y đức Đại học Y dược TP.HCM số 316/ĐHYD-HĐ.

4. KẾT QUẢ

a. Tình trạng sức khỏe răng miệng và các yếu tố liên quan

Đặc điểm chung của mẫu nghiên cứu

Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu là đa số là nữ, 18 tuổi, dân tộc Kinh và trình độ học vấn của cha từ tốt nghiệp trung học phổ thông trở lên.

Bảng 3.1. Đặc điểm chung của mẫu nghiên cứu (N = 3.333)

Đặc điểm	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Tuổi		
18 tuổi	2.818	84,55
>18 tuổi	515	15,45
Giới		
Nữ	2.483	74,50
Nam	850	25,50
Dân tộc		
Kinh	3.066	91,99
Khác	267	8,01
Nơi ở trước khi nhập học		
Tỉnh khác	1.716	51,49
TPHCM	1.617	48,51
Trình độ học vấn cha (n=3.038)		
Tiểu học	461	15,17
Trung học cơ sở	953	31,37

Trung học phổ thông	975	32,09
Trung cấp	112	3,69
Cao đẳng, đại học, sau đại học	537	17,68
Trình độ học vấn mẹ (n=3.084)		
Tiểu học	548	17,77
Trung học cơ sở	1.131	36,67
Trung học phổ thông	875	28,37
Trung cấp	109	3,53
Cao đẳng, đại học, sau đại học	421	13,65
Mức sống		
Mức sống thấp	1.111	33,35
Mức sống trung bình	1.112	33,38
Mức sống cao	1.108	33,26

Tình trạng sâu răng

Bảng 3.2. Trung bình SMT-R phân bố theo đặc điểm dịch tễ (N=3.333)

Đặc điểm	Trung bình (Độ lệch chuẩn)			
	SMT-R	Sâu	Mất	Trám
Toàn bộ	1,84 (2,31)	1,12 (1,79)	0,10 (0,39)	0,62 (1,39)
Giới				
Nam	1,47 (2,09)	0,90 (1,61)	0,09 (0,38)	0,47 (1,18)
Nữ	1,96 (2,36)	1,18 (1,83)	0,09 (0,39)	0,67 (1,44)
P*	<0,001	<0,001	0,673	<0,001
Nhóm tuổi				
18 tuổi	1,82 (2,29)	1,12 (1,79)	0,08 (0,36)	0,61 (1,37)
>18	1,87 (2,37)	1,07 (1,73)	0,13 (0,47)	0,66 (1,43)
P*	0,644	0,608	0,0176	0,445
Dân tộc				
Kinh	1,86 (2,32)	1,14 (1,80)	0,09 (0,38)	0,62 (1,38)
Khác	1,51 (2,12)	0,79 (1,54)	0,08 (0,37)	0,64 (1,42)
P*	0,018	0,001	0,654	0,833
Nơi ở trước khi nhập học				
TP. Hồ Chí Minh	1,47 (2,07)	0,81 (1,56)	0,05 (0,28)	0,60 (1,36)
Tỉnh	2,17 (2,45)	1,40 (1,92)	0,13 (0,46)	0,64 (1,40)
P*	<0,001	<0,001	<0,001	0,400
Nơi ở khi nhập học				
Nhà cha mẹ	1,56 (2,12)	0,88 (1,61)	0,07 (0,33)	0,60 (1,36)
Nơi khác	2,15 (2,47)	1,39 (1,92)	0,12 (0,43)	0,64 (1,41)
P*	<0,001	<0,001	<0,001	0,503

Trình độ học vấn cha				
Tiểu học	1,82 (2,22)	1,18 (1,83)	0,14 (0,42)	0,49 (1,25)
Trung học cơ sở	2,09 (2,42)	1,30 (1,87)	0,12 (0,44)	0,66 (1,41)
Trung học phổ thông	1,75 (2,27)	1,12 (1,80)	0,08 (0,38)	0,55 (1,30)
Trung cấp	1,89 (2,39)	0,96 (1,84)	0,08 (0,38)	0,84 (1,56)
≥ Cao đẳng	1,62 (2,23)	0,75 (1,43)	0,03 (0,23)	0,82 (1,60)
p**	0,002***	<0,001	<0,001	<0,001
Trình độ học vấn mẹ				
Tiểu học	1,95 (2,36)	1,32 (1,88)	0,14 (0,48)	0,48 (1,29)
Trung học cơ sở	2,02 (2,37)	1,23 (1,85)	0,11 (0,41)	0,67 (1,40)
Trung học phổ thông	1,72 (2,21)	1,04 (1,71)	0,09 (0,38)	0,59 (1,34)
Trung cấp	1,66 (2,39)	1,10 (2,08)	0,01 (0,09)	0,55 (1,19)
≥ Cao đẳng	1,50 (2,22)	0,65 (1,35)	0,03 (0,22)	0,81 (1,62)
p**	<0,001***	<0,001	<0,001	<0,01
Mức sống				
Thấp	1,95(2,28)	1,39 (1,89)	0,12 (0,43)	0,43 (1,14)
Trung bình	1,92 (2,40)	1,12 (1,85)	0,10 (0,42)	0,69 (1,44)
Cao	1,62 (2,21)	0,82 (1,54)	0,06 (0,29)	0,73 (1,51)
p*	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001

*Kiểm định t cho hai mẫu độc lập, ** Kiểm định Kruskal-Wallis, ***ANOVA (Kiểm định F)

Trung bình SMT-R của toàn bộ đối tượng nghiên cứu là 1,84 ($\pm 2,31$), Trung bình SMT-R của SV nữ cao hơn SV nam ($p < 0,001$). Trung bình SMT-R của nhóm dân tộc khác thấp hơn nhóm dân tộc Kinh ($p = 0,001$). Trung bình răng sâu của nhóm SV sinh sống ở TP.HCM thấp hơn SV các tỉnh ($p < 0,001$). Trung bình SMT-R của nhóm sống với cha mẹ khi nhập học thấp hơn nhóm ở nơi khác ($p < 0,001$). Nhóm có cha mẹ có trình độ học vấn từ THPT trở lên có trung bình SMT-R thấp hơn nhóm còn lại ($p < 0,001$). Nhóm có mức sống cao có trung bình SMT-R thấp hơn nhóm có mức sống thấp ($p = 0,034$).

Tình trạng bệnh nha chu

Có 6,9% SV có mô nha chu lành mạnh. SV có chảy máu nướu chiếm tỷ lệ 93,1%. Trong đó, SV lớn hơn 18 tuổi có xu hướng ít chảy

máu nâu hơn, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p=0,003$). Nhóm SV có mức sống thấp có tỷ lệ chảy máu nâu thấp hơn nhóm SV có mức sống cao, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p=0,008$). Chỉ có 20 SV có túi nha chu với túi sâu 4-5mm (0,6%). Không có SV có túi nha chu sâu từ 6mm trở lên. Sự khác biệt có ý nghĩa chỉ ở nhóm SV nam có túi nha chu (1,06%) cao hơn nhóm SV nữ (0,44%).

Bảng 3.3. Phân bố tần số và tỷ lệ người có chảy máu nâu và túi nha chu theo đặc điểm dịch tễ (N=3.333)

Đặc điểm	Chảy máu nâu		Túi nha chu	
	Tần số (%)	P*	Tần số (%)	P*
Toàn bộ	2.103 (93,10)		20 (0,60)	
Giới				
Nữ	2.318 (93,35)	0,320	11 (0,44)	0,045
Nam	785 (92,35)		9 (1,06)	
Nhóm tuổi				
18 tuổi	2.639 (93,65)	0,003	18 (0,64)	0,499
>18 tuổi	464 (90,10)		2 (0,39)	
Dân tộc				
Kinh	2.855 (93,15)	0,693	19 (0,62)	0,619
Khác	247 (92,51)		1 (0,37)	
Nơi ở trước khi nhập học				
Tỉnh khác	1.594 (92,89)	0,624	12 (0,70)	0,445
TP. Hồ Chí Minh	1.509 (93,32)		8 (0,49)	
Nơi ở khi nhập học				
Nhà cha mẹ	1.689 (93,42)	0,429	10 (0,55)	0,702
Nơi khác	1.414 (92,72)		10 (0,66)	
Trình độ học vấn cha				
Tiểu học	425 (92,19)	0,197*	1 (0,22)	0,314**
Trung học cơ sở	901 (94,54)		7 (0,73)	
Trung học phổ thông	898 (92,10)		7 (0,72)	
Trung cấp	102 (91,07)		2 (1,79)	
≥ Cao đẳng	502 (93,48)		2 (0,37)	

Trình độ học vấn mẹ				
Tiểu học	513 (93,61)	0,940*	3 (0,55)	0,04**
Trung học cơ sở	1.054 (93,19)		3 (0,27)	
Trung học phổ thông	811 (92,69)		7 (0,80)	
Trung cấp	100 (91,74)		3 (2,75)	
≥ Cao đẳng	391 (92,87)		3 (0,71)	
Mức sống				
Thấp	1.016 (91,45)	0,013	10 (0,90)	0,244
Trung bình và cao	1.052 (94,60)		4 (0,36)	
Cao	1.035 (93,24)		6 (0,54)	

*Kiểm định Chi bình phương

Yếu tố liên quan với sâu răng

Bảng 3.12. Mối quan hệ độc lập giữa các yếu tố liên quan với sâu răng của đối tượng nghiên cứu (N=3.333)

Yếu tố		Đơn biến		Đa biến	
		PR thô (KTC95%)	P*	PR hiệu chỉnh (KTC95%)	P*
Giới	Nam	1		1	
	Nữ	1,19 (1,10 – 1,28)	<0,001	1,09 (1,01- 1,18)	0,018
Nơi ở trước nhập học	TP.HCM	1		1	
	Tỉnh	1,33 (1,25- 1,42)	<0,001	1,27 (1,19- 1,36)	<0,001
Nơi ở khi nhập học	Nhà cha mẹ	1			
	Nơi khác	1,23 (1,16- 1,31)	<0,001		
Trình độ học vấn của cha	Tiểu học	1		1	
	Trung học cơ sở	1,12 (1,02 – 1,23)	0,010	1,17 (1,06 – 1,29)	0,001
	Trung học phổ thông	0,96 (0,87 – 1,06)	0,456		
	Trung cấp	0,93 (0,77 – 1,13)	0,516		
	≥Cao đẳng	0,89 (0,80 – 1,00)	0,064		

Trình độ học vấn của mẹ	Tiểu học	1		1	
	Trung học cơ sở	0,99 (0,91 – 1,07)	0,893		
	Trung học phổ thông	0,85 (0,78 – 0,93)	0,001	0,83 (0,75 – 0,92)	<0,001
	Trung cấp	0,80 (0,66 – 0,98)	0,035	0,80 (0,64 – 0,99)	0,044
	≥ Cao đẳng	0,75 (0,67 – 0,85)	<0,001	0,77 (0,67 – 0,89)	<0,001
Mức sống	Thấp	1		1	
	Trung bình	0,95 (0,89-1,02)	0,171		
	Cao	0,82 (0,76- 0,89)	<0,001	0,91 (0,84 – 0,99)	0,048
Tần suất chải răng	≤ 1 lần/ngày	1		1	
	≥ 2 lần/ngày	0,92 (0,87- 0,98)	0,011	0,89 (0,80 – 0,99)	0,044
Lý do thay bàn chải	Gãy/kiểu mới	1			
	Lông BC mòn	1,10 (1,03- 1,17)	0,002		
Sử dụng tăm xỉa răng	Không	1			
	Có	1,12 (1,05- 1,19)	<0,001		
Đi khám răng	Không	1		1	
	Có	1,34 (1,25- 1,44)	<0,001	1,35 (1,24- 1,48)	<0,001
Lần khám răng gần nhất	≥ 1 năm	1		1	
	< 1 năm	1,28 (1,21- 1,36)	<0,001	1,20 (1,13- 1, 28)	<0,001
Khám răng định kỳ	Không	1		1	
	Có	0,90 (0,81- 1,00)		0,80 (0,72- 0,90)	<0,001
Tần suất ăn ngọt	Thường xuyên	1			
	Không	0,92 (0,87- 0,98)	0,011		
Hút thuốc	Có	1			
	Không	0,92 (0,87- 0,98)	0,011		
Kiến thức đúng	Không	1			
	Có	0,94 (0,88- 0,99)	0,041		
OHI-S	OHI-S=0	1		1	
	OHI-S>0	1,66 (1,40- 1,96)	<0,001	1,06 (1,00- 1,13)	0,048

*Kiểm định Wald

Kết quả từ phân tích đa biến cho thấy các biến giới tính, nơi ở trước khi nhập học, trình độ học vấn của cha mẹ, mức sống, chải răng thường xuyên, đã từng đi khám răng, lần khám răng gần đây, khám răng định kỳ và tình trạng VSRM là những yếu tố ảnh hưởng có ý nghĩa với tình trạng sâu răng. Cụ thể là nhóm SV nữ có tỷ lệ sâu răng cao hơn SV nam gấp 1,09 lần ($p=0,018$). SV sống các tỉnh có tỷ lệ sâu răng cao gấp hơn 1,27 lần so với nhóm sống ở TP.HCM ($p<0,001$). SV có trình độ học vấn của cha là trung học cơ sở thì có tỷ lệ mắc bệnh sâu răng hơn so với SV có trình độ học vấn của cha là tiểu học gấp 1,17 ($p=0,001$). SV có trình độ học vấn của mẹ từ Cao đẳng trở lên thì ít mắc bệnh sâu răng hơn so với SV có trình độ học vấn của mẹ thấp 23% ($p<0,001$). SV có mức sống cao có tỷ lệ ít mắc sâu răng hơn SV có mức sống thấp là 9% ($p=0,048$). SV chải răng từ 2 lần trở lên ít mắc sâu răng hơn SV chải răng có số lần chải răng ít hơn là 11% ($p=0,044$). SV đã từng đi khám răng có tỷ lệ mắc bệnh sâu răng gấp 1,35 lần ($p<0,001$) nhiều hơn SV chưa từng đi khám răng; SV có lần khám răng gần đây dưới 1 năm có tỷ lệ mắc bệnh sâu răng gấp 1,20 lần ($p<0,001$) nhiều hơn SV đã đi khám cách đây hơn 1 năm; SV có khám răng định kỳ thì ít mắc bệnh sâu răng hơn so với SV không có khám răng định kỳ 20% ($p<0,001$). SV có OHI-S >0 có tỷ lệ mắc bệnh sâu răng gấp 1,06 lần ($p=0,048$) nhiều hơn SV có OHI-S=0.

Yếu tố liên quan với bệnh nha chu

Bảng 3.14. Mỗi quan hệ độc lập giữa các yếu tố và chảy máu nướu của đối tượng nghiên cứu (N=3.333)

Yếu tố		Đơn biến		Đa biến	
		PR thô (KTC95%)	P*	PR hiệu chỉnh (KTC95%)	P*
Giới	Nam	1			
	Nữ	1,01 (0,98 – 1,03)	0,337		

Nhóm tuổi	18 tuổi	1		1	
	>18 tuổi	0,96 (0,93 – 0,99)	0,012	0,96 (0,93 – 0,99)	0,016
Mức sống	Thấp	1		1	
	Trung bình	1,03 (1,01 – 1,05)	0,004	1,03 (1,01 – 1,05)	0,005
	Cao	1,01 (0,99 – 1,04)	0,112		
Đi khám răng	Không	1			
	Có	1,01 (0,99 – 1,04)	0,071		
Uống rượu bia	Có	1		1	
	Không	0,93 (0,92 – 0,93)	<0,001	0,92 (0,91 – 0,93)	<0,001
OHI-S	OHI-S=0	1			
	OHI-S>0	1,34 (1,24 – 1,45)	<0,001		

*Kiểm định Wald

Kết quả từ phân tích đa biến cho thấy các biến nhóm tuổi, mức sống và uống rượu bia là những yếu tố ảnh hưởng có ý nghĩa thống kê với tình trạng chảy máu nướu. Cụ thể là nhóm SV trên 18 tuổi có tỷ lệ ít mắc bệnh hơn SV 18 tuổi 4% ($p=0,016$); SV có mức sống trung bình có tỷ lệ mắc chảy máu nướu gấp 1,03 lần hơn so với SV có mức sống thấp ($p=0,005$) và SV không có uống rượu bia ít mắc chảy máu nướu hơn so với nhóm uống rượu bia 8% ($p<0,001$) (Bảng 3.14).

b. Hiệu quả chương trình nâng cao sức khỏe răng miệng sau 3 tháng can thiệp

Đặc điểm mẫu nghiên cứu

Có 118 SV được phân bố ngẫu nhiên vào hai nhóm. Giữa 2 nhóm can thiệp và nhóm chứng không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về các đặc điểm: tuổi, giới tính, tình trạng có sâu răng, viêm nướu, chưa từng đi khám răng và hút thuốc lá trước khi can thiệp ($p>0,05$).

Đánh giá sự thay đổi hành vi tự chăm sóc răng miệng sau 3 tháng can thiệp

Bảng 3.15. Kiến thức và hành vi tự chăm sóc răng miệng của nhóm can thiệp và nhóm chứng trước và sau can thiệp 3 tháng (n=59 mỗi nhóm)

Hành vi	Nhóm	Ban đầu (n, %)	Sau 3 tháng (n, %)	P ^a
Chải răng ít nhất 2 lần/ngày	Can thiệp	55 (93,2)	57 (96,6)	0,317
	Chứng	50 (84,7)	55 (93,2)	0,095
P**		0,239	0,679	
Chải răng với kem đánh răng	Can thiệp	57 (96,6)	59 (100,0)	0,157
	Chứng	58 (98,3)	59 (100,0)	0,317
P**		1,000		
Có sử dụng chỉ nha khoa	Can thiệp	8 (13,6)	48 (81,4)	<0,001
	Chứng	4 (6,8)	24 (40,7)	<0,001
P		0,362**	0,000*	
Khám răng dưới 6 tháng	Can thiệp	11 (18,6)	42 (71,2)	<0,001
	Chứng	8 (13,5)	30 (50,8)	<0,001
P*		0,452	0,024	
Kiến thức đúng	Can thiệp	32 (54,24)	51 (86,44)	<0,001
	Chứng	26 (44,07)	46 (77,97)	<0,001
P*		0,269	0,229	

*Kiểm định Chi bình phương, ** Kiểm định chính xác Fisher, ^a Kiểm định Chi bình phương McNemar

Kết quả của tự báo cáo hành vi chăm sóc răng miệng sau 3 tháng can thiệp cho thấy tần suất chải răng ít nhất hai lần trong một ngày đã tăng lên ở cả 2 nhóm là 94,9% ($p > 0,05$). Trong lần khám đầu tiên, chỉ có 10,2% SV sử dụng chỉ nha khoa, nhưng sau 3 tháng can thiệp, SV cả hai nhóm tăng sử dụng chỉ nha khoa đáng kể, nhất là SV trong nhóm can thiệp, có 81,3% SV trong nhóm can thiệp ($p < 0,0001$) và 40,7% SV trong nhóm chứng ($p < 0,0001$) đã tự báo cáo. Tương tự, sau 3 tháng can thiệp, cả 2 nhóm đều cải thiện đi điều trị răng ($p < 0,0001$), nhưng nhóm can thiệp cải thiện nhiều hơn nhóm chứng, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). Về kiến thức liên quan SKRM, cả 2 nhóm đều cải thiện đáng kể điểm kiến thức sau can thiệp ($p < 0,001$).

Đánh giá sự thay đổi các chỉ số lâm sàng sau 3 tháng can thiệp

Tình trạng sâu răng

Tình trạng sâu răng được ghi nhận qua chỉ số SMT-R. Trung bình SMT-R có kết quả phân phối (Bảng 3.16) lệch nên giá trị trung vị được báo cáo để so sánh. Trong lần khám đầu tiên, có hơn 50% SV có ít nhất 2 răng sâu, không có răng trám và không có răng mất ở cả 2 nhóm. Sau 3 tháng can thiệp, có hơn 50% SV 2 răng sâu ở nhóm chứng và không có răng sâu ở nhóm can thiệp ($p < 0,0001$). Đồng thời, có ít nhất 25% SV đã trám 1 răng ở nhóm chứng và trám 4 răng ở nhóm can thiệp. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa 2 lần khám ($p < 0,05$). Giá trị trung bình và trung vị được trình bày trong Bảng 3.16.

Bảng 3.16. Trung vị sâu mất trám của nhóm can thiệp và nhóm chứng trước và sau can thiệp 3 tháng (n=59 mỗi nhóm)

	Ban đầu	Sau 3 tháng	P*
Trung vị (25%;75%)			
Răng Sâu			
Nhóm can thiệp	2 (1;4)	0 (0;1)	<0,001
Nhóm chứng	2 (1;4)	2 (1;4)	0,096
P*	0,531	<0,001	
Răng Trám			
Nhóm can thiệp	0 (0;1)	2 (0;4)	<0,001
Nhóm chứng	0 (0;0)	0 (0;1)	0,002
P*	0,451	<0,001	
Răng Mất			
Nhóm can thiệp	0 (0;0)	0 (0;0)	0,045
Nhóm chứng	0 (0;0)	0 (0;0)	0,083
P*	0,558	0,430	
SMT-R			
Nhóm can thiệp	3 (1;6)	3 (1;6)	1,0
Nhóm chứng	3 (1;6)	3 (2;6)	0,045
P*	0,832	0,939	

*Kiểm định phi tham số

Tình trạng vệ sinh răng miệng

Tình trạng VSRM trong quá trình nghiên cứu được ghi nhận qua chỉ số mảng bám (PII) được trình bày trong Bảng 3.17. Trong lần khám ban đầu, nhóm chứng có trung bình PII thấp hơn so với nhóm can thiệp, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,001$). Tuy nhiên, sau 3 tháng can thiệp, trung bình PII của cả 2 nhóm đều thay đổi, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê trong từng nhóm ($p < 0,001$) và nhất là mảng bám của nhóm can thiệp giảm gấp hai lần nhóm chứng và trung bình PII của nhóm can thiệp thấp hơn nhóm chứng, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,001$).

Bảng 3.17. Trung bình chỉ số mảng bám toàn bộ và mặt bên của nhóm can thiệp và nhóm chứng trước và sau can thiệp 3 tháng (n=59 mỗi nhóm)

	Trung bình (Độ lệch chuẩn)			P ^a
	Ban đầu	Sau 3 tháng	Thay đổi	
PII toàn bộ				
Nhóm can thiệp	1,7 (0,28)	0,22 (0,22)	1,47 (0,35)	<0,001
Nhóm chứng	1,19 (0,45)	0,44 (0,21)	0,75 (0,43)	<0,001
P*	<0,001	<0,001		
PII mặt bên				
Nhóm can thiệp	1,69 (0,35)	0,18 (0,25)	1,50 (0,25)	<0,001
Nhóm chứng	1,11 (0,54)	0,42 (0,23)	0,69 (0,53)	<0,001
P*	<0,001	<0,001		

^a Kiểm định t bất cặp, *Kiểm định t hai mẫu độc lập

Tương tự, khi xem xét mảng bám mặt bên của răng, mảng bám có xu hướng giảm nhiều hơn so với mảng bám trên toàn bộ răng. Mảng bám mặt bên của nhóm can thiệp giảm đáng kể hơn so với nhóm chứng, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa 2 nhóm ($p < 0,001$). Giá trị trung bình và độ lệch chuẩn được trình bày trong Bảng 3.17.

Tình trạng sức khỏe mô nướu

Tình trạng viêm nướu được ghi nhận qua chỉ số nướu (GI). Phân tích về vấn đề này cho thấy điểm số GI trong lần khám đầu tiên của cả

hai nhóm có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,001$), nhóm can thiệp có trung bình GI cao hơn nhóm chứng. Sau 3 tháng can thiệp, điểm số GI cả hai nhóm giảm đáng kể, sự khác biệt thay đổi trong từng nhóm có ý nghĩa thống kê ($p < 0,001$). Trung bình GI của nhóm can thiệp đã giảm đáng kể và giảm nhiều hơn nhóm chứng, sự khác biệt giữa 2 nhóm có ý nghĩa thống kê ($p < 0,001$) (Bảng 3.18).

Bảng 3.18. Trung bình chỉ số nướu toàn bộ và mặt bên của nhóm can thiệp và nhóm chứng trước và sau can thiệp 3 tháng (n=59 mỗi nhóm)

	Trung bình (Độ lệch chuẩn)			P ^a
	Ban đầu	Sau 3 tháng	Thay đổi	
GI toàn bộ				
Nhóm can thiệp	1,3 ± 0,35	0,08 ± 0,1	1,21 ± 0,33	<0,001
Nhóm chứng	0,79 ± 0,58	0,18 ± 0,19	0,61 ± 0,57	<0,001
P*	<0,001	<0,001		
GI mặt bên				
Nhóm can thiệp	1,33 ± 0,38	0,08 ± 0,12	1,24 ± 0,38	<0,001
Nhóm chứng	0,77 ± 0,63	0,20 ± 0,22	0,57± 0,63	<0,001
P*	<0,001	0,001		

^a Kiểm định t bất cặp, *Kiểm định t hai mẫu độc lập

Đối với vùng kẽ răng, trung bình GI giảm tương đương với GI toàn bộ răng, nhóm can thiệp giảm nhiều và thấp hơn nhóm chứng, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,001$). Giá trị trung bình và độ lệch chuẩn được trình bày trong Bảng 3.18.

Bảng 3.21. Tần suất và tỷ lệ thành công của nhóm can thiệp và nhóm chứng sau can thiệp 3 tháng (n=59 mỗi nhóm)

Lâm sàng	Toàn bộ n (%)	Can thiệp n (%)	Chứng n (%)	P*
Không có răng sâu chưa điều trị	36 (30,50)	32 (54,24)	4 (6,78)	<0,001
Mặt răng có mảng bám <20%	42 (36,44)	34 (57,63)	9 (15,25)	<0,001
Vị trí có viêm nướu ≤15%	77 (65,25)	51 (86,44)	26 (44,07)	<0,001
Thành công	26 (22,03)	26 (44,07)	0 (0,00)	<0,001

* Kiểm định Chi bình phương

Sau 3 tháng can thiệp, tỷ lệ thành công dựa trên các tiêu chí: trung bình răng sâu chưa được điều trị, PII và GI của mỗi đối tượng. Có 26 (22,03%) cá nhân đạt cả 3 tiêu chí và các cá nhân đều thuộc nhóm can thiệp. Trong đó, có 36 (30,5%) cá nhân đạt không có răng sâu chưa điều trị, 42 (36,44%) cá nhân có phần trăm mặt răng có mảng bám < 20% và 77 (65,25%) cá nhân có phần trăm vị trí có dấu hiệu viêm nướu ≤ 15%. Các cá nhân trong nhóm can thiệp đạt thành công các tiêu chí cao hơn nhóm chứng, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,001$).

5. KẾT LUẬN VÀ KIẾN NGHỊ

Bằng cách sử dụng phương pháp dịch tễ cắt ngang phân tích, nghiên cứu được tiến hành trên 3.333 SV năm thứ nhất của ĐHSG năm học 2015 - 2016, đồng thời kết hợp với mô thức thử nghiệm lâm sàng ngẫu nhiên có nhóm chứng chúng tôi có những kết quả như sau:

Tình trạng bệnh sâu răng của SV ĐHSG thể hiện qua trung bình SMT-R là 1,84, trong đó trung bình răng sâu là 1,12, trung bình số răng mất là 0,10 và trung bình số răng được trám là 0,62. Tình trạng bệnh nha chu của SV ĐHSG thể hiện qua tỷ lệ SV có mô nha chu lành mạnh là 6,9%, các vấn đề về nha chu như chảy máu nướu (93,1%) và có túi sâu 4-5 mm là 0,6%. Không có SV có túi nha chu sâu trên 5mm.

Xác định được yếu tố giới tính, nơi ở trước khi nhập học, trình độ học vấn của cha mẹ, mức sống, tần suất chải răng, đi khám răng và OHI-S là những yếu tố liên quan có ý nghĩa với tình trạng sâu răng. Xác định được yếu tố tuổi, mức sống và uống rượu bia có thể xem là yếu tố liên quan có ý nghĩa với viêm nướu.

Chương trình giáo dục SKRM được thiết kế riêng phù hợp từng cá nhân có hiệu quả trong việc thay đổi hành vi chăm sóc răng miệng. Những người tham gia đạt được mức độ thực hành VSRM cao hơn và sức khỏe mô nướu được cải thiện nhiều hơn so với những người được

GDSK thường quy một cách có ý nghĩa. Chương trình can thiệp có tác động giảm 44% bệnh nhân có bệnh răng miệng so với can thiệp thường quy.

- Các cá nhân trong nhóm can thiệp cải thiện hành vi chải răng, sử dụng chỉ nha khoa và sử dụng dịch vụ nha khoa cao hơn nhóm chứng.

- Các cá nhân trong nhóm can thiệp có trung bình răng sâu chưa điều trị thấp hơn so với nhóm chứng, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,001$).

- Các cá nhân trong nhóm can thiệp có trung bình điểm chỉ số mảng bám và tỷ lệ mất răng có mảng bám thấp hơn so với nhóm chứng, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,001$).

- Các cá nhân trong nhóm can thiệp có trung bình điểm chỉ số nướu và tỷ lệ vị trí có viêm nướu thấp hơn so với nhóm chứng, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,001$).

Từ các kết quả nghiên cứu cắt ngang trên chúng ta có thể nhận định rằng tình trạng sâu răng và bệnh nha chu còn phổ biến nhất ở SV lứa tuổi này. Các kết quả cũng cho thấy rằng yếu tố dịch tễ (giới tính, nơi cư trú, trình độ học vấn của cha mẹ và mức sống), yếu tố lâm sàng (OHI-S) và hành vi (chải răng và đi khám răng) là các yếu tố liên quan với sâu răng của SV. Đồng thời, kết quả cũng cho thấy các yếu tố dịch tễ (tuổi và mức sống) và hành vi (uống rượu bia) là các yếu tố liên quan về chảy máu nướu ở lứa tuổi SV. Do đó, kết quả của nghiên cứu này nhấn mạnh rằng các biện pháp phòng ngừa và điều trị nên được xem xét ở nhóm tuổi này, như là một phần của chương trình chăm sóc sức khỏe răng miệng và phòng ngừa trong cộng đồng.

Bên cạnh đó, chương trình can thiệp tư vấn riêng từng cá nhân thiết kế dựa trên các mô hình can thiệp thay đổi hành vi (lý thuyết nhận thức xã hội, lý thuyết hành vi theo kế hoạch và phỏng vấn tạo động lực,) đã

đóng vai trò quan trọng trong việc khuyến khích thay đổi các hành vi có lợi cho sức khỏe của SV. Nghiên cứu đã cung cấp bằng chứng rằng chương trình can thiệp thiết kế riêng cho từng cá nhân đã giúp mọi người tham gia trở nên năng động hơn trong việc chăm sóc răng miệng, cải thiện tình trạng sâu răng, mảng bám và sức khỏe mô nướu.

KIẾN NGHỊ

Từ những vấn đề đã bàn luận trên, chúng tôi có một số đề xuất như sau:

- Chương trình chăm sóc SKRM hiện tại chỉ tập trung đối tượng học sinh mầm non và tiểu học, giảm dần ở trung học cơ sở và hoàn toàn không có ở đối tượng trung học phổ thông, do đó nên chăng tiếp tục triển khai chương trình chăm sóc SKRM tại các cấp lớp này bằng hình thức GDSK, đặc biệt quan tâm đến các tỉnh thành ngoài TP. Hồ Chí Minh.

- Bên cạnh dự phòng sâu răng, hoạt động truyền thông giáo dục nâng cao nhận thức của SV, cần tăng sự tiếp cận với việc chăm sóc răng miệng và điều trị răng sâu. Cần thiết bổ sung nguồn lực chăm sóc răng miệng tại các trường học nhằm tăng tính sẵn có và tính dễ tiếp cận sử dụng dịch vụ chăm sóc răng miệng.

- Đồng thời bên cạnh kiến thức dự phòng sâu răng, cần bổ sung kiến thức về dự phòng bệnh nha chu trong chương trình GDSK răng miệng.

- Cần thiết đa dạng hóa chương trình GDSK, chăm sóc SKRM để nâng cao nhận thức và thay đổi hành vi về chăm sóc răng miệng và giảm các hành vi có hại sức khỏe như hút thuốc, dinh dưỡng không hợp lý, hạn chế bia rượu, mức độ tiêu thụ đường và VSRM.

- Do yếu tố hành vi đi khám răng thường xuyên là yếu tố có ý nghĩa liên quan đến sâu răng và viêm nướu của SV nên các chương trình can thiệp cần phát triển các chiến lược phòng ngừa tập trung vào việc cải thiện khả năng tiếp cận các dịch vụ nha khoa trong cộng đồng địa phương.

Các kết quả từ luận án này đã làm sáng tỏ các yếu tố tâm lý và xã hội có ý nghĩa đối với SV. Tình trạng SKRM, kiến thức và hành vi liên quan SKRM có giá trị cho việc lập kế hoạch cho các chương trình phòng ngừa và nâng cao SKRM trong tương lai. Tuy nhiên, luận án cũng làm sáng tỏ sự cần thiết phải hướng nghiên cứu trong tương lai:

- Do đối tượng nghiên cứu làm trên đối tượng SV trường Đại học Sài Gòn, nên chúng tôi đề xuất cần có một nghiên cứu trên diện rộng hơn để đại diện cho SV khu vực và cả nước trong tương lai. Bên cạnh đó, do tỷ lệ thanh niên được học đại học thấp nên cũng cần triển khai các chương trình giám sát SKRM tại cộng đồng cho các lứa tuổi.

- Hiệu quả tích cực của chương trình can thiệp thiết kế riêng từng cá nhân cần nghiên cứu về mặt hiệu quả - chi phí vì đây có thể là một yếu tố dự báo quan trọng cho việc ra quyết định thực hiện chương trình can thiệp này trong trường học.

- Kết quả liên quan đến bệnh nhân như chất lượng cuộc sống liên quan đến SKRM trước và sau khi can thiệp cũng cần phải đánh giá.

- Hơn nữa, cần phải nghiên cứu cách giáo dục của chương trình can thiệp thiết kế riêng có thể được thực hiện thành thực hành hàng ngày cho các nhà chuyên môn trong thực hành nha khoa nói riêng và các ngành y khoa khác trong việc tuân thủ điều trị.

DANH MỤC CÔNG TRÌNH ĐÃ CÔNG BỐ CỦA TÁC GIẢ LIÊN QUAN ĐẾN LUẬN ÁN

1. Trịnh Thị Tố Quyên và Ngô Thị Quỳnh Lan (2017), "Tình trạng sức khỏe răng miệng, các yếu tố liên quan trên sinh viên năm thứ nhất trường Đại học Sài Gòn năm 2015 ", *Y học Thành phố Hồ Chí Minh*, 21(2), tr. 246-254.
2. Trịnh Thị Tố Quyên và Ngô Thị Quỳnh Lan (2018), "Hiệu quả chương trình can thiệp nâng cao sức khỏe răng miệng trên sinh viên trường Đại học Sài Gòn", *Y học Thành phố Hồ Chí Minh*, 22(2), tr. 190-196.
3. Trinh Q (2017), "Oral health and associated risk factor among Vietnamese University student". Poster presentation in 31st International Association for Dental Research, South-East Asia Division 2017. Abstract in Abstract Book of the conference, p. 261.