

Đánh giá mục tiêu kiểm soát thiếu hụt Iốt sau 3 năm kết thúc dự án phòng chống các rối loạn do thiếu iốt tại thành phố Pleiku, tỉnh Gia Lai năm 2008

Trần Thò Quynh Nhò (*), Hoang Kim Ôôn(**), Pham Viet Cöông(***)

Điều tra cắt ngang đánh giá mục tiêu kiểm soát thiếu hụt iốt 3 năm sau khi kết thúc dự án quốc gia phòng chống các rối loạn do thiếu iốt (PC CRLTI) được tiến hành tại thành phố Pleiku, Gia Lai từ tháng 4 đến tháng 9 năm 2008. Tổng số có 1.555 học sinh (HS) 8 - 10 tuổi đã được khám đánh giá tỷ lệ bướu cổ, 130 em trong số này được định lượng iốt niệu, 331 bà mẹ HS được đánh giá kiến thức, thực hành về PC CRLTI và lấy mẫu muối đang sử dụng tại gia đình để định lượng iốt. Kết quả cho thấy chương trình PC CRLTI tại thành phố Pleiku đạt và duy trì được mục tiêu kiểm soát thiếu hụt iốt mà chương trình quốc gia và WHO đặt ra: Tỷ lệ bướu cổ HS 8 - 10 t là 2,2%, mức iốt niệu trung vị đạt 145 µg/L, tỷ lệ hộ gia đình (HGD) sử dụng muối iốt đủ tiêu chuẩn phòng bệnh (TCPB) đạt 91,8%. Tỷ lệ mẫu nước tiểu có nồng độ iốt niệu < 50 µg/L là 7%, tỷ lệ mẫu nước tiểu có nồng độ iốt niệu < 100 µg/L là 29,3%. Kiến thức, thực hành đúng của bà mẹ về PC CRLTI đã có sự cải thiện rõ rệt so với kết quả cuộc điều tra tại Gia Lai năm 2005.

Từ khóa: Các rối loạn do thiếu hụt iốt, bướu cổ, mức iốt niệu, sử dụng muối iốt

Goitre prevalance, knowledge and practice on iodine deficiency control in Pleiku city, Gia Lai province in 2008

Tran Thi Quynh Nhu (*), Hoang Kim Uoc(**), Pham Viet Cuong(***)

A cross - sectional study was carried out in Pleiku city, Gia Lai province from April to September, 2008 in order to assess the iodine deficiency control goal after 3 years since the end of the National Iodine Deficiency Disorders Control project. As many as 1,555 school - age children (between 8 and 10 years old) were given goiter examination by palpation; 130 random urine samples of these children were collected to assess the median urinary iodine concentration; and 331 pupils' mothers were interviewed to assess their knowledge, attitudes and practices about the iodine deficiency disorders control program. Results: The goal of iodine deficiency control set by WHO and the National Program has been reached and still maintained. The goiter prevalance among children aged

from 8 to 10 years is 2.2%. The median urinary iodine concentration is 145µg/L. The percentage of households using adequately iodized salt is 91.8%. Only 7% of urine samples have urinary iodine level under 50 µg/L and 29.3% of urine samples have urinary iodine level under 100 µg/L. Improvement of knowledge and practices of pupils' mothers about the iodine deficiency disorders control program was made to compare with the result of Gia Lai KAP survey in 2005.

Keywords: iodine deficiency, iodine deficiency disorders, goiter palpation, goiter prevalence, urinary iodine concentration, iodized salt

Tác giả:

- (*) BS. Trần Thị Quỳnh Như, Trường Trung học Y tế Gia Lai.
Địa chỉ: 21 Nguyễn Thiện Thuật, TP Pleiku, Gia Lai, Điện thoại: 0914438009,
Email: nhutran66@yahoo.com
- (**) TS. BS Hoàng Kim Ước, Phó giám đốc Bệnh viện Nội tiết trung ương,
Địa chỉ: Bệnh viện Nội tiết, Khu B Yên Lãng, Thịnh Quang, Đống Đa, Hà Nội, Điện thoại: 0913229063,
Email: uoc_hk60@yahoo.com
- (***) TS. Phạm Việt Cường, Bộ môn thống kê, Trường Đại học Y tế Công cộng Hà Nội, địa chỉ:
Trường Đại học Y tế Công cộng Hà Nội, 138 Giảng Võ, Ba Đình, Hà Nội, điện thoại: 0915330805,
Email: pvc1@hsph.edu.vn

1. Đặt vấn đề

Iốt là một vi chất dinh dưỡng rất cần thiết cho sự phát triển của con người. Thiếu hụt iốt dẫn đến các rối loạn do thiếu iốt (CRLTI) như bướu cổ, đần độn, thiếu năng trí tuệ, sẩy thai, đẻ non, làm ảnh hưởng lớn đến sức khỏe cộng đồng, sự phát triển giống nòi và cả nền kinh tế xã hội. Năm 1991 Tổ chức Y tế Thế giới (WHO), Ủy hội quốc tế phòng chống CRLTI (ICCIDD) đã đưa ra quyết tâm thanh toán CRLTI vào năm 2000 trên phạm vi toàn cầu. Năm 1993, WHO và Quỹ Nhi đồng Liên hiệp Quốc (UNICEF) đã đề nghị iốt hoá toàn bộ muối ăn như một chiến lược chủ yếu để thanh toán CRLTI.

Việt Nam là nước nằm trong khu vực thiếu iốt. Từ năm 1995 đến nay, chương trình PC CRLTI đã được triển khai trên toàn quốc với các giải pháp chính là bổ sung iốt vào muối ăn, tuyên truyền vận động người dân mua và sử dụng muối iốt (MI), khám chữa bệnh chuyên khoa, giám sát chất lượng MI. Năm 2005, theo kết quả điều tra quốc gia của Bệnh viện Nội tiết trung ương, dựa vào những tiêu chuẩn của WHO/ICCIDD/UNICEF, Việt Nam đã đạt được mục tiêu thanh toán CRLTI trong phạm vi toàn quốc căn cứ vào 3 chỉ số: tỷ lệ HGĐ sử dụng MI đủ TCPB đạt 93,2% (mục tiêu là 90%); mức iốt

niệu trung vị đạt 122µg/L (mục tiêu 100 - 200µg/L); tỷ lệ bướu cổ trẻ em 8 - 10 tuổi đạt 3,6% (mục tiêu là 5%). Tuy vậy, việc duy trì bền vững các thành quả đạt được trong những năm tiếp theo (giai đoạn 2006 - 2010) là hết sức cần thiết và cũng là thách thức của chương trình PC CRLTI. Đánh giá là một trong các hoạt động cần thiết nhằm đảm bảo duy trì bền vững thành quả đạt được và được khuyến khích thực hiện định kỳ 3 - 5 năm/ lần trên phạm vi toàn quốc bao gồm điều tra kiến thức, thái độ, thực hành (KAP) PC CRLTI của phụ nữ tuổi sinh đẻ (PNTSD) và điều tra tỷ lệ BC trẻ em 8 - 10 tuổi.

Pleiku là thành phố tỉnh lỵ của Gia Lai, một tỉnh nghèo của Tây Nguyên. Kể từ sau năm 2005, các hoạt động chương trình PC CRLTI của tỉnh và thành phố vẫn được tiếp tục duy trì với nguồn kinh phí hạn hẹp từ ngân sách địa phương. Nghiên cứu "Đánh giá mục tiêu kiểm soát thiếu hụt iốt sau 3 năm kết thúc dự án quốc gia phòng chống CRLTI tại thành phố Pleiku, tỉnh Gia Lai năm 2008" được tiến hành với mục tiêu (i) xác định tỷ lệ bướu cổ và nồng độ iốt niệu của HS 8-10 tuổi, (ii) xác định tỷ lệ HGĐ HS sử dụng MI đủ TCPB theo khuyến cáo mới của WHO và (iii) đánh giá kiến thức, thực hành của bà mẹ HS về PC CRLTI

2. Phương pháp nghiên cứu

Nghiên cứu mô tả cắt ngang dựa vào trường học được triển khai tại thành phố Pleiku, tỉnh Gia Lai từ tháng 4 đến tháng 9 năm 2008.

Đối tượng nghiên cứu: (i) 1555 HS 8-10 tuổi đang học lớp 3-4 của 10 trên tổng số 33 trường tiểu học của thành phố Pleiku, được chọn theo phương pháp chọn mẫu cụm 2 giai đoạn: chọn trường và chọn lớp. (ii) tại mỗi trường chọn 13 HS trong số các HS đã được khám bấu cổ theo phương pháp ngẫu nhiên đơn để thu thập mẫu nước tiểu đem định lượng iốt niệu. Tổng cộng có 130 mẫu nước tiểu. (iii) 331 bà mẹ HS được chọn ngẫu nhiên hệ thống từ danh sách HS khám bấu cổ để phỏng vấn và lấy mẫu muối để định lượng iốt muối.

Phương pháp thu thập số liệu: (i) Khám lâm sàng và đánh giá tình trạng bấu cổ theo hướng dẫn của WHO và chương trình PC CRLTI quốc gia; (ii) Mẫu nước tiểu được thu thập theo đúng hướng dẫn của chương trình PC CRLTI quốc gia (5 ml nước tiểu được lấy vào ống nghiệm có nắp đậy kín, bảo quản lạnh để tránh sinh hơi và gửi đến phòng xét nghiệm chuẩn quốc gia của chương trình tại Trung tâm phòng chống Sốt rét và bấu cổ tỉnh Bình Định để xét nghiệm). Định lượng iốt niệu theo phương pháp động học xúc tác (phản ứng Sandell - Kolthoff) khử bằng axit Chloric (iii) - Định lượng iốt trong muối: Mẫu muối được thu thập tại HGD (30g muối/mẫu, tương đương 01 muỗng canh). Sử dụng phương pháp chuẩn độ theo hướng dẫn của Dự án PCBC - Bộ Y tế và (iv) Phỏng vấn bà mẹ theo bộ câu hỏi được thiết kế dựa trên mục tiêu nghiên cứu có tham khảo phần điều tra kiến thức và thực hành sử dụng MI của chương trình PC CRLTI của Bệnh viện Nội tiết trung ương.

Các số liệu được làm sạch trước và sau khi nhập vào máy tính bằng phần mềm Epidata 3.0. Số liệu được giám sát và kiểm tra 10% số phiếu nhằm tránh sai sót trong quá trình nhập số liệu. Phân tích số liệu bằng phần mềm SPSS 15.0. Sử dụng các test thống kê thích hợp (Z test, ÷2)

3. Kết quả nghiên cứu

3.1. Tỷ lệ bấu cổ

Tổng số HS được khám điều tra bấu cổ là 1555 em, lứa tuổi từ 8 đến 10 tuổi. Tỷ lệ HS nam và nữ tham gia nghiên cứu tương đương nhau. Tỷ lệ HS tham gia vào nghiên cứu của nhóm 9 tuổi cao hơn

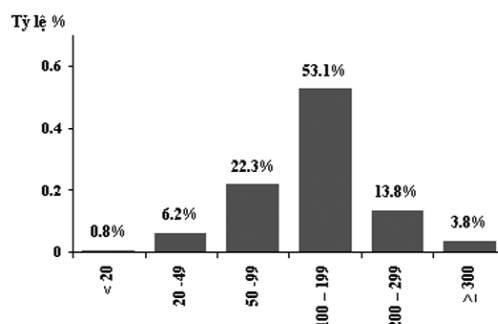
nhóm 8 tuổi và 10 tuổi. HS người Kinh chiếm đa số (86,5%). HS người dân tộc chủ yếu là người Jarai (13,1%). Tỷ lệ bấu cổ của HS 8 - 10 tuổi của TP Pleiku năm 2008 là 2,2%, khoảng tin cậy 95% : 1,47% - 2,93%, thấp hơn mục tiêu đặt ra có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$), đạt mục tiêu thanh toán CRLTI của quốc gia. Bấu cổ độ 1 chiếm tỷ lệ 100% các trường hợp; 97,1% là bấu cổ thể lan tỏa và 2,9% là bấu cổ nhân.

Bảng 1. Tỷ lệ bấu cổ theo tuổi, giới, dân tộc và nơi cư trú của học sinh

		Bấu cổ		
		Tần số	Tỷ lệ (%)	
Tuổi	8 tuổi (n= 422)	8	1,9	$p > 0,05$
	9 tuổi (n = 717)	16	2,2	
	10 tuổi (n= 416)	10	2,4	
Giới	Nam (n= 786)	17	2,2	$p > 0,05$
	Nữ (n= 769)	17	2,2	
Dân tộc	Kinh(n= 1345)	24	1,8	$p < 0,05$
	Jarai(n = 204)	10	4,9	
Nơi cư trú	Gần trung tâm TP (n = 1103)	23	2,1	$p > 0,05$
	Xa trung tâm TP (n = 452)	11	2,4	

Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về tỷ lệ bấu cổ của HS 8 - 10 tuổi theo giới (2,2% với $p > 0,05$), theo tuổi ($\div 2=0,27$, $p > 0,05$) và theo nơi cư trú ($\div 2=0,18$; $p > 0,05$). Tuy nhiên tỷ lệ bấu cổ của các HS người dân tộc Jarai cao hơn HS người Kinh có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$)

3.2. Mức iốt niệu trung vị: 145 µg/L, đạt mục tiêu thanh toán CRLTI (100 - 200 µg/L).



Biểu đồ 1. Phân bố các mức độ nồng độ iốt niệu (µg/L) theo tiêu chuẩn của WHO

Chỉ có 29,3% số mẫu nước tiểu có mức iốt niệu < 100 µg/L và 7% số mẫu nước tiểu có nồng độ

iốt < 50 µg/L ; 53,1% số mẫu nước tiểu của học sinh đạt mức đủ lượng iốt (từ 100 - 199 µg/L) và 3,8% số mẫu thừa iốt, có hại (# 300 µg/L). Các kết quả này cho thấy đã đạt mục tiêu thanh toán CRLTI của WHO/UNICEF/ICCIDD

3.3. Tỷ lệ HGD sử dụng MI đủ TCPB

Tỷ lệ HGD sử dụng muối/bột canh iốt đạt TCPB theo khuyến cáo mới của WHO là 91,8% đạt mục tiêu thanh toán CRLTI. Khoảng tin cậy 95% : 88,8 - 94,8%

Tỷ lệ HGD sử dụng muối hoặc bột canh không có iốt là rất thấp chiếm 0,6%

Bảng 2. Tỷ lệ HGD học sinh sử dụng MI đủ tiêu chuẩn phòng bệnh

	Tỷ lệ HGD học sinh sử dụng MI đủ TCPB của Việt Nam (# 200 µg iốt/10 gam muối)		Tỷ lệ HGD học sinh sử dụng MI đủ TCPB của WHO (# 150 µg iốt/10 gam muối)	
	Tần số	Tỷ lệ (%)	Tần số	Tỷ lệ (%)
MI/bột canh iốt đạt TCPB	277	83,7	304	91,8
MI/bột canh iốt không đạt TCPB	52	15,7	25	7,6
Không sử dụng MI/bột canh iốt	2	0,6	2	0,6
Tổng	331	100	331	100

3.4. Kiến thức của các bà mẹ về phòng chống CRLTI

Có 331 bà mẹ được chọn vào nghiên cứu kiến thức, thực hành về phòng chống CRLTI đồng thời lấy mẫu muối để định lượng iốt trong muối. Tuổi trung bình của các bà mẹ là 37,8 (từ 25 đến 49). Hơn 85% là người dân tộc Kinh, số còn lại chủ yếu chủ yếu là dân tộc Jarai (14,9%). Có tới 9,1% bà mẹ mù chữ; 68,9% bà mẹ có trình độ văn hóa từ cấp II trở lên. Đa số là làm ruộng, rẫy và buôn bán (33,5% và 31,7%).

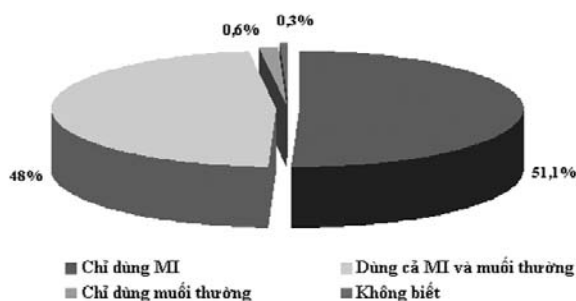
97,2% bà mẹ hiểu được thiếu iốt gây ra bệnh bướu cổ. Khoảng 50% bà mẹ biết tác hại của thiếu iốt là đần độn và chậm phát triển trí tuệ. Chỉ có 18,3% bà mẹ biết thiếu iốt có khả năng gây sẩy thai, đẻ non hoặc thai chết lưu.

Tỷ lệ bà mẹ hiểu biết đầy đủ các tác hại của thiếu iốt và lợi ích của việc sử dụng muối iốt đạt 16,9 và 16,3%, cao hơn so với kết quả điều tra năm 2005 (0,3%)(p < 0,05). Còn khoảng 3% bà mẹ không biết đến tác hại của thiếu iốt cũng như lợi ích của việc sử dụng MI.

Tỷ lệ bà mẹ hiểu đầy đủ các tác hại do thiếu iốt và lợi ích của việc sử dụng MI ở nhóm bà mẹ người Kinh (18,8% và 18,1%) cao hơn nhóm bà mẹ người Jarai (6,4%) có ý nghĩa thống kê (p<0,01) và ở nhóm bà mẹ có trình độ văn hóa từ THCS trở lên (20,2% và 18,9%) cao hơn nhóm bà mẹ có trình độ dưới THCS (9,7% và 10,7%) (p < 0,01).

Nguồn cung cấp thông tin chủ yếu cho các đối tượng bà mẹ học sinh trên địa bàn thành phố Pleiku là tivi (83,9%), kế đến là từ cán bộ y tế (52,5%). Và đây cũng là hai kênh truyền thông mà người dân yêu thích.

3.5. Thực hành của bà mẹ về việc sử dụng MI



Biểu đồ 2. Tình hình sử dụng muối tại hộ gia đình học sinh

Chỉ có 51,1% HGD chỉ dùng MI để nấu ăn, 48% dùng cả MI và muối thường không có iốt. Tỷ lệ HGD sử dụng đơn độc muối thường là rất thấp, chiếm 0,6%. Ngoài muối iốt, tỷ lệ HGD có sử dụng các loại gia vị khác có iốt là khá cao, trong đó bột canh/bột nêm có iốt được sử dụng phổ biến hơn (40,2%) và nước mắm có iốt là 28,7%. Lý do bà mẹ sử dụng cả hai loại muối iốt và muối thường trong nấu ăn chủ yếu là do thói quen (44,7%), MI không có bán liên tục tại địa phương (24,2%) hoặc vì tiện cho nấu ăn và nuôi gia súc (26,1%).

Nguồn cung cấp muối cho các bà mẹ học sinh ở thành phố chủ yếu là từ các cửa hàng trong phường xã (56,5%) hoặc xã lân cận (31,1%). Gần 10% đối tượng nghiên cứu được Nhà nước cấp muối miễn phí (là các hộ dân tộc thiểu số ở các xã vùng khó khăn). Việc cung cấp muối từ mạng lưới người bán rong thấp (1,5%).

Có tới 85% bà mẹ trong nghiên cứu biết cách và thực hành bảo quản đúng muối iốt. Chỉ 15% bà mẹ bảo quản sai muối iốt. Tỷ lệ HGD bảo quản đúng

cách muối iốt tăng dần theo trình độ văn hóa ($p < 0,01$). Tỷ lệ HGD bảo quản MI đúng cách ở vùng trung tâm thành phố cao hơn ở vùng xa trung tâm ($p < 0,01$)

Tỷ lệ HGD sử dụng MI đủ TCPB ở nhóm người dân tộc thiểu số cao hơn nhóm người Kinh ($p > 0,05$). Tuy vậy tỷ lệ bảo quản MI đúng cách ở nhóm người dân tộc thiểu số lại thấp hơn nhóm người Kinh ($p < 0,01$)

4. Bàn luận

Tỷ lệ bướu cổ được WHO khuyến cáo sử dụng để đánh giá tình trạng thiếu hụt iốt của cộng đồng và là một chỉ số đánh giá ban đầu quan trọng cho biết tình trạng trầm trọng của việc thiếu hụt iốt. Nó cũng có vai trò trong việc đánh giá tác động lâu dài của chương trình PC CRLTI. Tỷ lệ bướu cổ của HS 8 - 10 tuổi TP Pleiku năm 2008 trong nghiên cứu này là $2,2 \pm 0,73\%$, đạt mục tiêu thanh toán CRLTI. So sánh với điều tra quốc gia năm 2005, tỷ lệ bướu cổ ở HS 8 - 10 tuổi của tỉnh Gia Lai là 4% và của 5 tỉnh Tây Nguyên là 3,2% thì tỷ lệ bướu cổ HS 8 - 10 tuổi TP Pleiku năm 2008 thấp hơn hẳn ($p < 0,05$). Điều này cho thấy tình trạng thiếu hụt iốt tại Gia Lai đã được cải thiện dần qua các năm, và vẫn duy trì được mục tiêu thanh toán CRLTI mặc dù dự án phòng chống bướu cổ đã kết thúc 3 năm.

So sánh tỷ lệ bướu cổ theo lứa tuổi thì kết quả nghiên cứu cho thấy tỷ lệ bướu cổ tăng dần theo lứa tuổi, nhưng sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$). Tỷ lệ bướu cổ ở nhóm HS nam và nữ của chúng tôi đều là 2,2%, không có sự khác biệt theo giới ($p > 0,05$). Điều này có thể giải thích là do đối tượng chúng tôi chọn vào nghiên cứu là 8 - 10 tuổi, nhu cầu về iốt chưa có sự khác biệt đáng kể ở các nhóm tuổi và giữa nam với nữ khi các em chưa bước vào giai đoạn dậy thì. Kết quả này cũng phù hợp với kết quả nghiên cứu của nghiên cứu khác tại miền Bắc; kết quả điều tra quốc gia năm 2005 và các nghiên cứu của các tác giả về tình trạng bướu cổ HS 8 - 10 tuổi tại TP Hồ Chí Minh, Kiên Giang, Bà Rịa - Vũng Tàu. [1,3,5,6,7]

Nồng độ iốt nước tiểu chính được WHO khuyến cáo là một chỉ số cơ bản và quan trọng để đo lường tác động của chương trình phủ muối iốt. Mức iốt niệu trung vị trong nghiên cứu này là $145 \mu\text{g/L}$. Tỷ lệ mẫu có nồng độ iốt dưới $50 \mu\text{g/L}$ là 7%. Tỷ lệ mẫu có mức iốt niệu dưới $100 \mu\text{g/L}$ là 29,3%. Tất cả các chỉ số trên đều đạt mục tiêu thanh toán và thanh toán bền

vững CRLTI. So sánh với kết quả điều tra toàn quốc năm 2005 chúng tôi nhận thấy: tỷ lệ mẫu có nồng độ iốt niệu lý tưởng là 53,1% cao hơn kết quả toàn quốc (35,6%) và Tây Nguyên (40,9%); tỷ lệ mẫu có nồng độ iốt niệu thừa, có hại ($\geq 300 \mu\text{g/L}$) là 3,8%, giảm đáng kể so với số liệu của Tây Nguyên và toàn quốc năm 2005 (20,8% và 13,6%) [1]

Tỷ lệ HGD HS 8 - 10 tuổi sử dụng MI đạt TCPB của WHO/UNICEF/ICCIDD ($150 \mu\text{g}$ iốt/10g muối) đạt 91,8%; khoảng tin cậy 95% là 88,8 - 94,8%; đạt mục tiêu đề ra. Tỷ lệ này thấp hơn tỷ lệ phủ MI đủ TCPB của Tây Nguyên (97,7%) và toàn quốc (93,2%) năm 2005. Ngoài ra, nếu dựa vào TCPB của muối iốt của Việt Nam tại HGD là $\geq 200 \mu\text{g}$ iốt/10g muối thì tỷ lệ HGD sử dụng MI đạt TCPB chỉ là 83,7%, thấp hơn kết quả điều tra quốc gia năm 2005 ở Gia Lai (91,5%), ở vùng Tây Nguyên (95,9%) và toàn quốc (91,9%). Đây là những dấu hiệu đáng lưu ý cho các nhà quản lý chương trình tại TP Pleiku và Gia Lai, đe dọa tính bền vững của chương trình trong thời gian tới.

Tóm lại, dựa vào tiêu chuẩn thanh toán CRLTI của WHO có thể kết luận chương trình PC CRLTI thành phố Pleiku vẫn duy trì được mục tiêu thanh toán CRLTI: tỷ lệ bướu cổ $< 5\%$, trung vị iốt niệu đạt từ 100 - 199 $\mu\text{g/L}$ và tỷ lệ HGD sử dụng MI đủ TCPB đạt trên 90%.

Nghiên cứu cho thấy đã có một sự cải thiện về hiểu biết của các bà mẹ về CT PC CRLTI nhưng sự hiểu biết đầy đủ vẫn còn ở mức khá thấp (17%), đặc biệt ở nhóm các bà mẹ người dân tộc thiểu số (6,4%), phụ nữ nghèo (5,3%), phụ nữ có trình độ văn hóa dưới phổ thông cơ sở (9,7%). Điều này một phần cho thấy tác động không bền vững của các hoạt động truyền thông, giáo dục sức khỏe cho cộng đồng về chương trình PC CRLTI. Nên chăng trong thời gian tới nội dung truyền thông nên tập trung tuyên truyền vào các tác hại do thiếu iốt khác ngoài bệnh bướu cổ để nâng cao nhận thức của người dân. Cần có những kênh truyền thông riêng phù hợp cho các đối tượng phụ nữ người dân tộc thiểu số, có trình độ văn hóa thấp.

Mặc dù tỷ lệ HGD sử dụng MI đủ TCPB tại TP Pleiku đạt mục tiêu đề ra nhưng việc gần một nửa số HGD sử dụng đồng thời cả hai loại: MI và muối thường, cho thấy đây là một nguy cơ đe dọa tình trạng thu nhập iốt đầy đủ của cộng đồng.

Nghiên cứu cũng cho thấy tỷ lệ HGD sử dụng MI đủ TCPB ở nhóm bà mẹ người dân tộc thiểu số cao

hơn nhóm bà mẹ người Kinh do ở địa phương có chế độ cấp không MI cho đồng bào dân tộc thiểu số tại các xã khó khăn. Tuy vậy tỷ lệ HGD bảo quản đúng MI ở nhóm bà mẹ người dân tộc thiểu số lại thấp hơn hẳn nhóm bà mẹ người Kinh. Trong tương lai cần phải có những thay đổi về truyền thông cho phù hợp ở nhóm đối tượng này, đặc biệt khi mà các xã khó khăn đã không còn nằm trong diện được cấp không MI nữa.

5. Chúng tôi có một số khuyến nghị sau:

- Tiếp tục duy trì các hoạt động PC CRLTI tại TP Pleiku và tỉnh Gia Lai để duy trì bền vững các thành quả đạt được. Đảm bảo kinh phí hoạt động giám sát, đánh giá của chương trình tại thành phố Pleiku cũng như tỉnh Gia Lai. Có sự hỗ trợ kinh phí và chuyên môn của tuyến trung ương cũng như từ các ban ngành liên quan.

- Tiếp tục chính sách trợ giá, trợ cước và cấp không muối iốt. Đối tượng được cấp không muối iốt nên mở rộng thêm cho cả hộ đồng bào dân tộc thiểu số thuộc diện nghèo không cư trú ở xã thuộc vùng khó khăn.

- Các hoạt động truyền thông giáo dục sức khỏe về chương trình PC CRLTI cần được tăng cường cả về nội dung lẫn hình thức để có thể tiếp cận được các đối tượng nhạy cảm như bà mẹ người dân tộc thiểu số, các bà mẹ sống ở vùng xa trung tâm thành phố, các bà mẹ có trình độ học vấn thấp.

- Tăng cường thực hiện công tác giám sát muối tại khâu bán lẻ.

- Thực hiện nghiêm túc các hoạt động đánh giá thông qua điều tra KAP và điều tra bấu cổ học sinh 8 - 10 tuổi định kỳ 3 - 5 năm/ lần nhằm phát hiện kịp thời nếu tình trạng thiếu hụt iốt quay trở lại.

Tài liệu tham khảo:

Tiếng Việt:

1. Tạ Văn Bình, Hoàng Kim Ước và cs (2007), Nghiên cứu đánh giá tỷ lệ bướu cổ, iốt niệu trung vị ở trẻ em 8 - 10 tuổi tại 7 vùng sinh thái Việt Nam năm 2005. Hội nghị khoa học toàn quốc chuyên ngành Nội tiết và chuyển hóa lần thứ 3; 9-10/11/2007; Hà Nội, NXB Y học.
2. Tạ Văn Bình, Hoàng Kim Ước và cs (2007), Nghiên cứu kiến thức thực hành sử dụng muối iốt và các chế phẩm có iốt ở phụ nữ tuổi sinh đẻ tại Việt Nam năm 2005, Hội nghị khoa học toàn quốc chuyên ngành Nội tiết và chuyển hóa lần thứ 3; 9-10/11/2007; Hà Nội, NXB Y học.
3. Trần Thanh Bình (2007), Khảo sát tỷ lệ bướu cổ học sinh sau 10 năm thực hiện chương trình phòng chống bướu cổ tại Bà Rịa - Vũng Tàu. Hội nghị khoa học toàn quốc chuyên ngành Nội tiết và chuyển hóa lần thứ 3; 9-10/11/2007; Hà Nội, NXB Y học.
4. Nguyễn Thanh Hà, Nguyễn Trí Dũng, Lê Kim Chiêng, Lương Quỳnh Hoa (2002), "Nghiên cứu tình trạng thu nhập iốt ở học sinh tiểu học tại một phường thuộc nội thành Hà Nội", Tạp chí Nội tiết và các rối loạn chuyển hóa, (số 5 - 2002), tr 37-43.
5. Lâm Thanh Hoàng, Nguyễn Công Bộ, Nguyễn Minh

Hùng và cộng sự (2007), Đánh giá hiệu quả phòng bệnh bằng muối iốt trong chương trình phòng chống các rối loạn do thiếu iốt tại tỉnh Kiên Giang (1995 - 2003). Hội nghị khoa học toàn quốc chuyên ngành Nội tiết và chuyển hóa lần thứ 3; 9-10/11/2007; Hà Nội, NXB Y học.

6. Nguyễn Tuấn Khanh (2002), Đánh giá thực trạng thiếu hụt iốt ở trẻ em 8 - 10 tuổi tại một xã đồng bằng và sự liên quan của nó với sử dụng muối iốt, bột canh iốt tại hộ gia đình. Luận văn thạc sỹ y tế công cộng, Đại học Y tế Công cộng Hà Nội

7. Nguyễn Thị Nhân và cs (2007), Đánh giá thực trạng thiếu iốt ở học sinh 8 - 10 tuổi tại thành phố Hồ Chí Minh năm 2005. Hội nghị khoa học toàn quốc chuyên ngành Nội tiết và chuyển hóa lần thứ 3; 9-10/11/2007; Hà Nội, NXB Y học.

Tiếng Anh:

8. WHO - Nutrition Unit Division of Food and Nutrition (1996), Recommended iodine levels in salt and guidelines for monitoring their adequacy and effectiveness WHO/NUT/96.13.
9. WHO, UNICEF, ICCIDD (2007), Assessment of Iodine Deficiency Disorders and Monitoring their Elimination, WHO, Geneva.