

AN NINH THỰC PHẨM HỘ GIA ĐÌNH CÓ CÒN DƯỚI 2 TUỔI TẠI MỘT SỐ TỈNH MIỀN NÚI PHÍA BẮC NĂM 2016

LÊ THẾ TRUNG¹, PHẠM VĂN PHÚ²,
NGUYỄN ĐỖ HUY³, HUỖNH NÀM PHƯƠNG³
¹Trường Đại học Điều dưỡng Nam Định
²Trường Đại học Y Hà Nội, ³Viện Dinh dưỡng

TÓM TẮT

Sử dụng bộ câu hỏi khảo sát tình trạng an ninh thực phẩm hộ gia đình (HFIA) theo Fanta III tại một số tỉnh ở khu vực miền núi phía Bắc cho thấy. 33,8% hộ gia đình lo lắng không đủ thức ăn; 37% hộ gia đình thiếu thức ăn yêu thích do thiếu tiền mua; 32,2% hộ gia đình phải ăn đi ăn lại một vài loại thức ăn vì thiếu tiền mua; 30% hộ gia đình phải ăn thức ăn mà mình không thích vì thiếu tiền mua. Vẫn còn có hộ gia đình phải nhịn đói đi ngủ và nhịn đói cả ngày do thiếu thức ăn. Điểm trung bình HFIA là $6,40 \pm 4,3$. 43,3% có thiếu ANTPHGĐ là trong đó: 15,6% thiếu mức độ nhẹ; 20,4% thiếu mức độ vừa; 7,2% thiếu mức độ nghiêm trọng.

Từ khóa: An ninh thực phẩm hộ gia đình, thiếu ăn, nhịn đói, thức ăn.

SUMMARY

Using questionnaires of household food security (HFIA) according to Fanta III in some provinces in the Northern mountainous region showed. 33.8% of households worry about not having enough food; 37% of households lack favorite food due to lack of money to buy; 32.2% of households have to eat some kinds of food over and over because of lack of money to buy; 30% of households have to eat food that they do not like because they lack money to buy. There are still households who have to go to bed fast and go hungry all day due to lack of food. The HFIA average score is 6.40 ± 4.3 . 43.3% had a lack of family security, of which 15.6% lacked a mild degree; 20.4% lack of moderate level; 7.2% lacks severity.

Keywords: Household food security, Fanta III, the Northern mountainous.

Chịu trách nhiệm: Lê Thế Trung
Email: lethetrong16@gmail.com
Ngày nhận: 13/7/2020
Ngày phản biện: 26/8/2020
Ngày duyệt bài: 21/9/2020

ĐẶT VẤN ĐỀ

Thiếu an ninh thực phẩm hộ gia đình (ANTPHGĐ) từ lâu đã là vấn đề rất khó giải quyết triệt để của nhân loại. Trên toàn thế giới (2017) có khoảng 10,2% dân số thế giới bị thiếu ANTPHGĐ. Tình trạng thiếu ANTPHGĐ xảy ra ở cả các nước phát triển và kém phát triển. Tuy nhiên, vấn đề này xảy ra nhiều và trầm trọng ở các khu vực như châu Phi, Mỹ la tinh, châu Á, Đông Nam Á trong đó có Việt Nam... [1].

Ở nước ta, tình trạng thiếu ANTPHGĐ cũng thường xuyên diễn ra ở hầu khắp các địa phương trên toàn quốc. Tình trạng này tập trung chủ yếu và diễn ra nghiêm trọng ở vùng sâu, vùng xa, khu vực khó khăn trong đó có khu vực miền núi phía Bắc. Đây là khu vực có điều kiện kinh tế - xã hội kém phát triển, thường xuyên phải chịu các hiện tượng thời tiết cực đoan. Đối tượng bị thiếu ANTPHGĐ thường là người dân tộc thiểu số, trình độ học vấn, thu nhập thấp và thiếu việc làm... [2],[3].

Để có số liệu cơ bản phục vụ cho lập kế hoạch đảm bảo ANTPHGĐ tại các địa phương. Bài viết này nhằm mục tiêu: *Mô tả tình trạng thiếu ANTP ở các hộ gia đình có con dưới 2 tuổi tại khu vực miền núi phía Bắc.*

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN

1. Đối tượng, thời gian và địa điểm

Hộ gia đình có trẻ em dưới 2 tuổi ở các tỉnh Lai Châu, Lào Cai và Hà Giang.

Số liệu được triển khai thu thập vào tháng 10 và tháng 11 năm 2016.

2. Phương pháp nghiên cứu

2.1. Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang.

2.2. Cỡ mẫu và chọn mẫu

* Công thức tính cỡ mẫu

$$n = Z^2_{(\alpha, \beta)} \frac{p(1-p)}{(p * \epsilon)^2}$$

* Cỡ mẫu nghiên cứu là 634 hộ gia đình

2.3. Công cụ và phương pháp đánh giá

Sử dụng công cụ đo lường và đánh giá thiếu ANTPHGĐ (HFIA) theo Fanta phiên bản III [4]. Bộ công cụ bao gồm 9 câu hỏi về các mức độ thiếu và tần suất diễn ra (hiếm khi/thỉnh thoảng/thường xuyên) thiếu ANTP của hộ gia đình.

Đánh giá mức độ thiếu ANTPHGĐ theo

hướng dẫn của Fanta III. Tính tỷ lệ của các mức độ xuất hiện và tỷ lệ diễn ra thiếu ANTPHGĐ.

4. Xử lý và phân tích số liệu

- Số liệu được nhập và quản lý bằng phần mềm Epi Data 3.1.

- Phân tích số liệu bằng phần mềm SPSS 16.0.

KẾT QUẢ

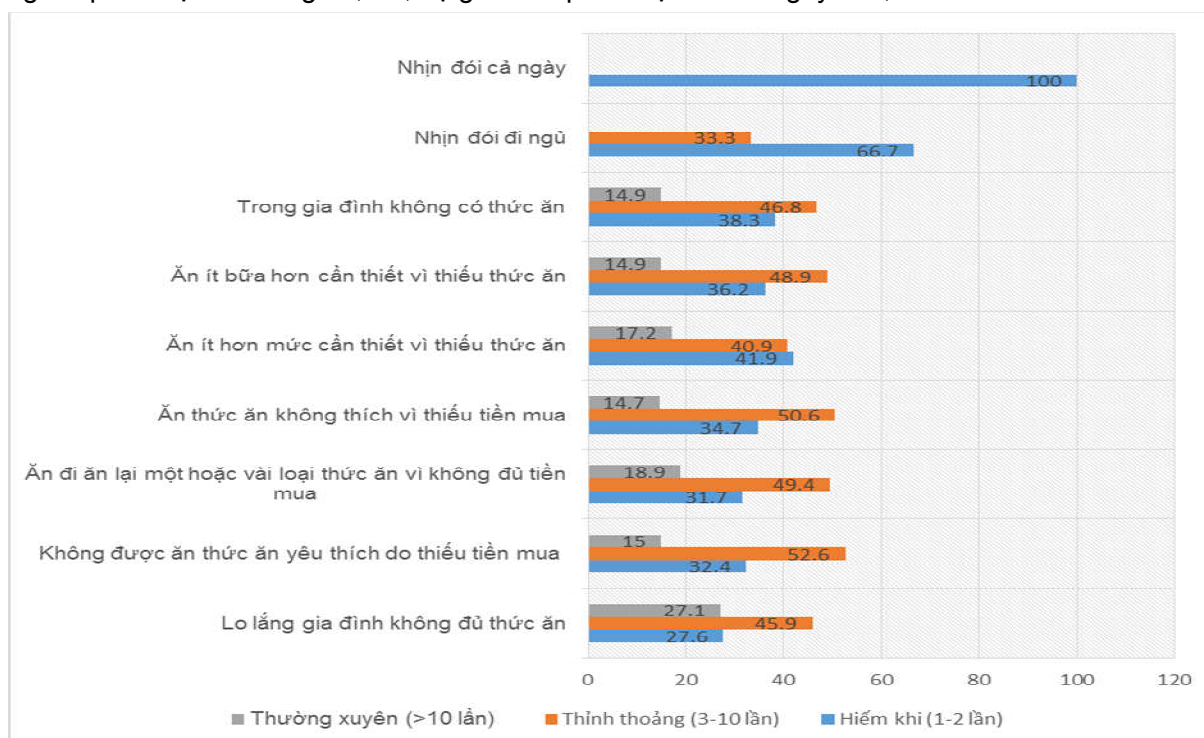
1. Tình trạng thiếu an ninh thực phẩm của hộ gia đình

Bảng 1. Tình trạng thiếu an ninh thực phẩm của hộ gia đình

Thiếu ANTP trong 30 ngày qua theo các hình thức	Có		Không	
	n	%	n	%
Lo lắng gia đình không đủ thức ăn (TA)	267	33,8	523	66,2
Không được ăn TA yêu thích do thiếu tiền mua	292	37,0	498	63,0
Ăn đi ăn lại một hoặc vài loại TA vì không đủ tiền mua	254	32,2	536	67,8
Ăn TA không thích vì thiếu tiền mua	237	30,0	553	70,0
Ăn ít hơn mức cần thiết vì thiếu TA	93	11,8	697	88,2
Ăn ít bữa hơn cần thiết vì thiếu TA	47	5,9	743	94,1
Trong gia đình không có TA	47	5,9	743	94,1
Nhịn đói đi ngủ	9	1,1	781	98,9
Nhịn đói cả ngày	8	1,0	782	99,0

Bảng 1 cho thấy mức độ hộ gia đình thiếu ANTP các cấp độ từ lo lắng đến nhịn đói cả ngày trong 30 ngày qua, cụ thể.

Hộ gia đình lo lắng thiếu thức ăn 33,8%; không được ăn TA yêu thích do không có tiền mua là 37,0%; phải ăn đi ăn lại vài loại TA vì thiếu tiền mua là 32,2%; ăn thức ăn không thích vì thiếu tiền mua là 30%; phải ăn ít hơn mức cần thiết do thiếu thức ăn trước can thiệp là 11,8%; ăn ít bữa trong ngày hoặc nhịn ăn vì không đủ TA là 5,9%; không có thức ăn trước can thiệp là 5,9%; hộ gia đình có người phải nhịn đói đi ngủ 1,1%; hộ gia đình phải nhịn đói cả ngày là 1,0%.



Biểu đồ 1. Hình thức và mức độ xảy ra thiếu ANTPHGĐ trong 30 ngày qua

Biểu đồ 1 cho thấy hình thức và mức độ xảy ra thiếu ANTPHGĐ liên quan đến việc phải nhịn đói trước và sau can thiệp. Trong đó thiếu ANTPHGĐ không có thức ăn chủ yếu gặp ở mức độ thỉnh thoảng; tiếp đó là mức độ hiếm khi vài cuối cùng là thường xuyên gặp 14,9% trước can thiệp và 10,5% sau can thiệp. Thiếu ANTPHGĐ do phải nhịn đói đi ngủ chỉ gặp ở mức độ hiếm khi và thỉnh thoảng ở cả thời điểm trước và sau can thiệp. Mức độ hiếm khi gặp phổ biến hơn 66,7% trước can thiệp và 57,1% sau can thiệp.

Thiếu ANTPHGĐ do phải nhịn đói cả ngày chỉ gặp mức độ hiếm khi gặp ở cả 2 thời điểm trước và sau can thiệp theo thang điểm HFIAs là 43,3%. Sự khác biệt về tỷ lệ thiếu ANTPHGĐ trước và sau can thiệp có ý nghĩa thống kê ($p < 0,01$).

Bảng 2. Tỷ lệ thiếu ANTPHGĐ các mức độ theo thang phân loại HFIAs

Thiếu ANTPHGĐ theo mức độ	Số lượng n = 342	Tỷ lệ (%)
Mức độ nhẹ	123	36,0
Mức độ trung bình	191	55,9
Mức độ nghiêm trọng	57	16,6

Biểu đồ 2 cho thấy tỷ lệ thiếu ANTPHGĐ theo các mức độ: nhẹ, trung bình và nặng ở thời điểm trước và sau can thiệp. Ở mức độ nhẹ tỷ lệ thiếu ANTPHGĐ trước 15,6% và sau can thiệp là 4,9%; mức độ vừa 20,4% và 8,4%; mức độ nặng là 7,2% và 3,5%.

BÀN LUẬN

Thiếu ANTPHGĐ là nguyên nhân cơ bản dẫn đến tình trạng bất ổn trong gia đình và hạn chế khả năng phát triển thể lực, trí tuệ cũng như tinh thần của trẻ nhỏ [5]. Sự thiếu hụt năng lượng và dưỡng chất tối thiểu từ khẩu phần đồng nghĩa với các thành viên của gia đình trong đó có trẻ em (bao gồm cả trẻ đang thời kỳ bú sữa) sẽ bị ảnh hưởng tiêu cực tới quá trình sinh trưởng, phát triển của cơ thể. Mức độ thiếu ANTPHGĐ có thể xảy ra từ mức độ hộ gia đình lo lắng thiếu thực phẩm cho đến hộ gia đình phải nhịn đói cả ngày vì không có thức ăn.

1. Thiếu ANTPHGĐ do thiếu thức ăn

Theo FAO tình trạng thiếu ANTPHGĐ ngoài việc không được tiếp cận đầy đủ với TA, đầy đủ năng lượng thì việc không được ăn TA yêu thích cũng là chỉ tiêu của việc đo lường thiếu ANTPHGĐ.

Tình trạng hộ gia đình có trẻ dưới 2 tuổi lo lắng thiếu thực phẩm trong 30 ngày qua

diễn ra khá phổ biến. Tỷ lệ hộ gia đình lo lắng không đủ thức ăn chiếm 33,8% trong số hộ gia đình được hỏi. Trong đó tần suất xảy ra ở mức độ thường xuyên xảy ra chiếm tỷ lệ khá cao 27,1%. Đối với hộ gia đình thiếu thức ăn yêu thích do thiếu tiền mua là 37% trong tổng số hộ được hỏi. Tình trạng này cũng xảy ra đối với việc hộ gia đình phải ăn đi ăn lại một vài loại thức ăn vì thiếu tiền mua 32,2% và ăn thức ăn mà mình không thích vì thiếu tiền mua 30%. Ngoài ra còn một tỷ lệ lớn hộ gia đình phải ăn số lượng 11,8%, số bữa 5,9% ít hơn cần thiết vì thiếu hoặc không có thức ăn 5,9%. Đặc biệt số hộ có người phải nhịn đói khi đi ngủ 1,1% hoặc nhịn đói cả ngày là 1,0%. Thực tế này cho thấy ngoài việc thành viên các hộ gia đình còn chưa được đáp ứng về số lượng của bữa ăn và lượng thức ăn thì còn một tỷ lệ không nhỏ hộ gia đình phải nhịn đói và có nguy cơ phải nhịn đói. Khi phải nhịn đói đi ngủ và nhịn đói cả ngày sẽ ảnh hưởng rất lớn tới sức khỏe của con người đặc biệt đối với trẻ nhỏ đang trong thời kỳ sinh trưởng và phát triển. Người mẹ phải nhịn đói hoặc ăn ít hơn nhu cầu trong thời kỳ mang thai hoặc cho con bú cũng sẽ ảnh hưởng tới sức khỏe của thai nhi và trẻ.

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi có tỷ lệ tương tự với một số nghiên cứu của một số tác giả ở các nước trên thế giới như tại Ethiopia và Bangladesh [6].

Tình trạng thiếu ANTPHGĐ thường xuyên xảy ra đặc biệt là ở những hộ gia đình trẻ, người dân tộc thiểu số, sống ở khu vực khó khăn là do những đối tượng này có trình độ học vấn thấp; nghề nghiệp không ổn định; trình độ canh tác thấp kém; thiếu kiến thức và kỹ năng sản xuất thức ăn cũng như sử dụng vào tạo chuỗi giá trị của thức ăn; điều kiện địa lý và khí hậu khắc nghiệt,... Kết quả nghiên cứu của Nguyễn Viết Đăng và CS (2014) tại Hòa Bình [7] cũng đã chỉ ra các hộ gia đình thường gặp trở ngại với việc tiếp cận thực phẩm do kinh tế chậm phát triển; khả năng thu nhập bằng tiền từ các hoạt động nông nghiệp và phi nông nghiệp rất thấp và không ổn định. Điều này cũng được khẳng định trong báo cáo của Ủy ban Dân tộc (2017) [3]. Đó là các hộ gia đình dân tộc thiểu số/khu vực miền núi gặp phải nhiều bất lợi và rào cản trong việc tiếp cận các nguồn lực cần thiết cho sản xuất như giáo dục, vốn, thị trường và đất nông nghiệp. Việc tiếp cận các dịch vụ công như y tế và giáo dục; tỷ lệ bỏ học của trẻ trước khi tốt nghiệp trung học phổ thông cơ sở chiếm 35%.

Tình trạng thiếu ăn, lo lắng đến việc thiếu ăn cũng là nguyên nhân cũng đồng thời cũng là hậu quả của việc thiếu kiến thức về nông nghiệp cũng như chăm sóc sức khỏe của người dân. Nguyên nhân căn bản, gốc rễ của tình trạng thiếu ăn này lặp đi lặp lại từ thế hệ này sang thế hệ khác là do tỷ lệ bỏ học của người dân chiếm tỷ lệ cao. Kết quả nghiên cứu chúng tôi cũng tương tự so với nghiên cứu của Ali và CS (2013) tại Ethiopia [8]; và cơ tỷ lệ thiếu ăn thấp hơn so với kết quả nghiên cứu của Mahama Saaka và CS (2017) nghiên cứu tại Ghana [9]. Tác giả Andrew L. Thorne-Lyman và CS (2009) [10] nghiên cứu tại Bangladesh cũng chỉ ra mối liên quan giữa giá thực phẩm với khả năng tiếp cận thức ăn và suy dinh dưỡng ở trẻ.

Thức ăn là nguyên liệu duy nhất cung cấp năng lượng và dưỡng chất phục vụ cho quá trình duy trì sự sống và phát triển của cơ thể. Tỷ lệ hộ gia đình có người phải nhịn đói do thiếu thức ăn, nhịn đói khi đi ngủ và nhịn đói cả ngày vẫn xảy ra ở địa bàn nghiên cứu với mức độ thường xuyên diễn ra (> 10 lần/30 ngày) chiếm tỷ lệ cao nhịn đói 14,9%; nhịn đói đi ngủ 33,3%. Tỷ lệ hộ gia đình có người phải nhịn đói đi ngủ trong nghiên cứu của chúng tôi cao hơn so với kết quả nghiên cứu của Ali và CS tại Ethiopia (2013) là 11,2% [8] nhưng thấp hơn so với nghiên cứu của Mahama Saaka và CS (2017) cũng nghiên cứu tại Ethiopia là 35,8% [9]; tỷ lệ hộ gia đình có người phải nhịn đói khi đi ngủ tại Bangladesh là 8,1% [8].

2. Hộ gia đình thiếu ANTP qua thang đo (HFIA)

Tỷ lệ thiếu ANTPHGĐ thông thang đo HFIA của hộ gia đình trong nghiên cứu còn được ghi nhận thông qua phỏng vấn người đại diện gia đình. Điểm số được tính từ 0-27 điểm, thấp nhất là 0 điểm thực phẩm của gia đình đảm bảo; cao nhất 27 điểm ANTPHGĐ thiếu trầm trọng nhất. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy điểm trung bình ANTP của hộ gia đình là $6,40 \pm 4,3$. Kết quả của chúng tôi tương tự so với kết quả của Ali (2013) nghiên cứu tại Ethiopia $6,7 \pm 6,7$ và cao hơn tại Bangladesh $2,7 \pm 5,0$ [8] và Mc Donal (2015) tại Campuchia $5,3 \pm 3,9$ [11]. Điểm trung bình về thiếu ANTP trong nghiên cứu này có điểm trung bình cao hơn so với nghiên cứu của Ali (2013) tại Việt Nam $2,3 \pm 4,0$. Lý do có sự khác biệt này có thể do đối tượng nghiên cứu của tác giả Ali khác với đối tượng nghiên cứu của chúng tôi.

Tỷ lệ thiếu ANTPHGĐ trong nghiên cứu của chúng tôi chung cho các mức độ là 43,3%, trong

đó: thiếu mức độ nhẹ chiếm 15,6%; thiếu mức độ vừa chiếm 20,4%; thiếu mức độ nghiêm trọng chiếm 7,2%. Đối tượng trong nghiên cứu này là những hộ gia đình có con dưới 2 tuổi ở khu vực miền núi khó khăn. Đây là những đối tượng ở vào giai đoạn mới xây dựng gia đình, mới lập nghiệp, trình độ học vấn hạn chế, việc làm và thu nhập không ổn định. Những hộ gia đình trẻ (mới lập gia đình) khi có con thường rơi vào tình trạng khủng hoảng về tài chính đặc biệt là khi có con chi tiêu cơ bản sẽ tăng cao trong khi thu nhập không tăng. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn so với nghiên cứu của các tác giả James và CS (2016) tại Ethiopia có 67,4% thiếu, trong đó mức nhẹ 58 (6,6%); thiếu mức độ vừa 240 (27,3); thiếu mức độ nghiêm trọng 297 (33,6%) [12].

Tình trạng thiếu ANTPHGĐ đình xảy ra ở hầu hết các quốc gia trên thế giới, đặc biệt đối với những đối tượng có công việc không ổn định và thu nhập thấp, ở những vùng khó khăn. Đảm bảo được ANTPHGĐ có vai trò rất quan trọng đối với việc đảm bảo an ninh quốc gia, đảm bảo cho việc phát triển kinh tế-xã hội bền vững. Các tổ chức quốc tế cũng như các nước trên thế giới đều rất nỗ lực trong việc đảm bảo ANTP. Ở cấp quốc gia vấn đề ANTP cơ bản được đảm bảo ở một số nước trong đó có Việt Nam. Tuy nhiên vấn đề ANTPHGĐ và SDD ở trẻ nhỏ, đặc biệt là ở trẻ dưới 2 tuổi tại các nước đang và chậm phát triển vẫn còn là vấn đề ưu tiên cần phải giải quyết. Hầu hết các giải pháp được cộng đồng quốc tế đưa ra trong việc đảm bảo ANTPHGĐ bao gồm: giải quyết về năng suất cây trồng, chăn nuôi; tạo chuỗi giá trị hàng hóa; nâng cao trình độ học vấn và tạo việc làm ổn định cho người dân; nâng cao kỹ năng sử dụng thực phẩm hiệu quả và hợp lý...

KẾT LUẬN

- 33,8% hộ gia đình lo lắng không đủ thức ăn; 37% hộ gia đình thiếu thức ăn yêu thích do thiếu tiền mua; 32,2% hộ gia đình phải ăn đi ăn lại một vài loại thức ăn vì thiếu tiền mua; 30% hộ gia đình phải ăn thức ăn mà mình không thích vì thiếu tiền mua. Vẫn còn có hộ gia đình phải nhịn đói đi ngủ và nhịn đói cả ngày do thiếu thức ăn.

- Điểm trung bình HFIA là $6,40 \pm 4,3$.

- 43,3% có thiếu ANTPHGĐ là trong đó: 15,6% thiếu mức độ nhẹ; 20,4% thiếu mức độ vừa; 7,2% thiếu mức độ nghiêm trọng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. FAO (2018), *The state of food security and nutrition in the world: Building climate resilience for food security and nutrition*, Rome.

2. FAO (2015), *World hunger falls to under 800 million, eradication is next goal*, Roma, web <http://www.fao.org/news/story/en/item/288229/ico/de/>.

3. Ủy ban Dân tộc, UNDP Irish Aid (2017), *Tổng quan thực trạng kinh tế xã hội của 53 dân tộc thiểu số*, Hà Nội.

4. **Jennifer Coates, Anne Swindale Paula Bilinsky** (2007), *Household Food Insecurity Access Scale (HFIAS) for Measurement of Food Access: Indicator Guide*, VERSION 3, Washington DC, USA.

5. **Ubosi Nwanganga Ihuoma** (2015), "Synergy of Poverty, Food Insecurity and Malnutrition", *IOSR Journal of Environmental Science, Toxicology and Food Technology (IOSR-JESTFT)* 9 (5 Ver. I (May. 2015)), PP 35-40.

6. **D. Ali** (2013), "Household food insecurity is associated with higher child undernutrition in Bangladesh, Ethiopia, and Vietnam, but the effect is not mediated by child dietary diversity", *J Nutr.* 143(12), 2015-21.

7. **Nguyễn Việt Đăng, Lưu Văn Duy Mạc Văn Vũng** (2014), "An ninh lương thực của các hộ nghèo ở huyện Mai Châu, tỉnh Hoà Bình: Thực trạng và giải pháp", *Tạp chí Khoa học và Phát triển*, Tập 12 (số 821-828).

8. **D. et al. Ali** (2013), "Household food insecurity is associated with higher child undernutrition in Bangladesh, Ethiopia, and Vietnam.", *The Journal of nutrition.* 143(12), pp.2015-21.

9. **M. Saaka** (2017), "Household food insecurity, coping strategies, and nutritional status of pregnant women in rural areas of Northern Ghana", *Food Sci Nutr.* 5(6), 1154-1162.

10. **Andrew L. Thorne-Lyman** (2010), "Household Dietary Diversity and Food Expenditures Are Closely Linked in Rural Bangladesh, Increasing the Risk of Malnutrition Due to the Financial Crisis", *The Journal of Nutrition.* 140(1), 182S-188S.

11. **C.M. et al McDonald** (2015), "Correlates of household food insecurity and low dietary diversity in rural Cambodia.", *Asia Pacific journal of clinical nutrition.* 24(4), pp.720-30.

12. **P. James** (2016), "Children with Moderate Acute Malnutrition with No Access to Supplementary Feeding Programmes Experience High Rates of Deterioration and No Improvement: Results from a Prospective Cohort Study in Rural Ethiopia", *PLoS One.* 11(4).

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ UNG THƯ CỔ TỬ CUNG TẠI CHỖ TẠI BỆNH VIỆN PHỤ SẢN HÀ NỘI

NGUYỄN DUY ÁNH^{1,2},
TRỊNH LÊ HUY², NGUYỄN KHẮC TOÀN¹
¹Bệnh viện Phụ sản Hà Nội
²Trường Đại học Y Hà Nội

TÓM TẮT

Ung thư cổ tử cung là một trong số năm loại ung thư phổ biến nhất ở phụ nữ Việt Nam. Nhờ các chiến lược sàng lọc ung thư hiệu quả, nhiều

bệnh nhân đã được chẩn đoán và can thiệp sớm, từ giai đoạn tại chỗ, giúp cải thiện chất lượng sống và giảm bớt gánh nặng bệnh tật.

Nghiên cứu được thực hiện tại một bệnh viện chuyên ngành Phụ sản lớn của cả nước. Đa số bệnh nhân được phát hiện khi khám định kỳ, độ tuổi phát hiện ung thư thấp hơn. Các phương pháp điều trị triệt căn (cắt tử cung toàn bộ) và bảo tồn (cắt LEEP) được cân nhắc tùy vào độ tuổi và mong muốn của người bệnh. Sau điều trị, không ghi nhận trường hợp tái phát, di căn.

Chịu trách nhiệm: Nguyễn Khắc Toàn

Email: ngkhactoan@gmail.com

Ngày nhận: 03/7/2020

Ngày phân biện: 18/8/2020

Ngày duyệt bài: 09/9/2020