

Hiệu quả can thiệp về thực hành chăm sóc thai trong sinh của các bà mẹ có con dưới 2 tuổi tại 5 tỉnh miền núi

Nguyễn Thị Thanh Tâm, Nguyễn Việt Tiến
Bệnh viện Phụ Sản Trung ương
Đào Văn Dũng - Ban Tuyên giáo Trung ương

Tóm tắt

Nghiên cứu được thực hiện nhằm đánh giá hiệu quả của chăm sóc trong sinh cho các bà mẹ có con dưới 2 tuổi tại các tỉnh miền núi Bắc, Tây Nguyên giai đoạn 2006-2011. Kết quả cho thấy tỷ lệ các bà mẹ thay đổi kiến thức về cán bộ y tế công là người đỡ đẻ tốt nhất trước và sau can thiệp tăng từ 81,7% lên 92%. Tỷ lệ bà mẹ có kiến thức về ≥ 3 dấu hiệu nguy hiểm khi chuyển dạ tăng từ 5,7% trước can thiệp lên tới 28,1% sau can thiệp với chỉ số hiệu quả là 393%. Các bà mẹ sinh con tại cơ sở y tế nhà nước sau can thiệp tăng cao (73,4% trước can thiệp so với 80,8% sau can thiệp) với tỷ lệ các bà mẹ được cán bộ y tế đỡ đẻ tăng lên sau can thiệp (từ 83,5% lên 88,6%). Kết luận: chương trình can thiệp nâng cao chất lượng của các dịch vụ làm mẹ an toàn đã đạt được nhiều kết quả tốt. Kiến thức và thực hành chăm sóc trong sinh của các bà mẹ được cải thiện rõ rệt sau can thiệp.

Từ khóa: chăm sóc trong sinh, cơ sở y tế nhà nước, làm mẹ an toàn

SUMMARY

The study was carried out to evaluate the effectiveness of intrapartum care among mother with the age of children under 2 in the northern mountainous provinces and Central Highlands, 2006-2011. The results showed that after intervention, mothers knowledge's about medical staff who the best delivery increased, from 81.7% to 92%. Prevalence mothers knowledge's about ≥ 3 danger signs during labor increased from 5.7% to 28.1% after intervention with effective index 393%. After intervention, prevalence mothers was delivered in health facility increased high (from 73.4% to 80.8%). In conclusion: the intervention program to improved quality safe motherhood services had good results. Knowledge and practice intrapartum care's improved after intervention.

Keywords: intrapartum care, health facility, safe motherhood.

ĐẶT VẤN ĐỀ

Theo Tổ chức Y tế thế giới, làm mẹ an toàn (LMAT) là tất cả phụ nữ đều được nhận sự chăm sóc

cần thiết để được hoàn toàn khỏe mạnh trong suốt thời gian mang thai, trong khi sinh và sau sinh [15]. Để đảm bảo an toàn cho mẹ và con trong quá trình mang thai, chuyển dạ và sau sinh thì phụ nữ phải được cán bộ y tế có trình độ chuyên môn chăm sóc và theo dõi. Trên thế giới, mỗi năm có khoảng 585.000 phụ nữ tử vong có liên quan đến thai nghén và sinh đẻ, phần lớn trong đó là các nước đang phát triển [14]. Có ít nhất 7 triệu phụ nữ sống sót sau sinh phải đối mặt với những vấn đề sức khỏe nghiêm trọng, và hơn 50 triệu phụ nữ phải gánh chịu những hậu quả có hại cho sức khỏe sau khi sinh. Tại Lào, tỷ lệ tử vong của trẻ em dưới một tuổi trong năm 2007 là 72/1000 trẻ đẻ sống cao hơn nhiều so với các nước trong khu vực Đông Nam á và trên thế giới. Trong khi đó, tỷ lệ tử vong mẹ ở Lào là rất cao với 405/100.000 trẻ đẻ sống [6]. Tại các nước đang phát triển, mang thai và sinh đẻ là nguyên nhân chính dẫn đến tử vong, bệnh tật và tàn phế cho phụ nữ trong độ tuổi sinh sản. Đây cũng là nguyên nhân gây ra ít nhất 18% gánh nặng bệnh tật ở độ tuổi này, nhiều hơn bất kỳ một vấn đề sức khỏe nào khác [7]. Chủ yếu là do tình trạng sức khỏe bà mẹ kém trong quá trình mang thai và các biến chứng có liên quan đến thai nghén, sinh đẻ và sau sinh; đặc biệt là do các biến chứng, tai biến sản khoa xảy ra trong chuyển dạ và sau sinh. Hầu hết các trường hợp tử vong mẹ và con này đều có thể tránh được bằng cách chăm sóc sức khỏe toàn diện cho tất cả các bà mẹ trong quá trình thai nghén; đặc biệt là chăm sóc, theo dõi tốt cho các bà mẹ trong và sau sinh [4].

Tại Việt Nam, tỷ lệ tử vong mẹ trên toàn quốc là 160/100.000 theo kết quả điều tra tử vong mẹ của Bộ Y tế năm 2002, cao hơn nhiều so với mức 90/100.000 theo UNICEF và TCYTTG. Đặc biệt tại các tỉnh miền núi phía Bắc và Tây Nguyên, tỷ lệ tử vong mẹ còn ở mức rất cao 178/100.000 ca sinh sống [1]. Kế hoạch quốc gia Làm mẹ an toàn với 3 nhiệm vụ là nâng cao năng lực của cán bộ y tế; nâng cao chất lượng của các dịch vụ làm mẹ an toàn và nâng cấp cơ sở vật chất và trang thiết bị ở các vùng sâu, vùng xa và các

tỉnh miền núi [10]. Ba tỉnh miền núi phía bắc là Hà Giang, Hòa Bình, Phú Thọ và hai tỉnh Tây Nguyên là Kon Tum và Ninh Thuận là những tỉnh mà tỷ suất chết của trẻ em <1 tuổi và tỷ suất tử vong mẹ rất cao trong cả nước. Chính vì vậy, các tỉnh trên đã được chọn để được cung cấp trang thiết bị y tế, đào tạo nâng cao năng lực cán bộ y tế, tăng cường công tác truyền thông trên cộng đồng để nhằm mục đích nâng cao chất lượng cán bộ y tế, hiểu biết của người dân để tiến tới nhằm làm giảm tỷ lệ tử vong mẹ và trẻ sơ sinh.

Nghiên cứu này được thực hiện nhằm mục tiêu đánh giá hiệu quả của chăm sóc trong sinh cho các bà mẹ có con dưới 2 tuổi tại các tỉnh miền núi Bắc, Tây Nguyên giai đoạn 2006-2011.

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu: là các bà mẹ có con dưới 2 tuổi trong chương trình can thiệp làm mẹ an toàn tại 5 tỉnh Hà Giang, Phú Thọ, Hòa Bình, Kon Tum và Ninh Thuận giai đoạn 2006-2011 và tự nguyện tham gia nghiên cứu.

2. Phương pháp nghiên cứu

* **Thiết kế nghiên cứu:** Là một thiết kế nghiên cứu mô tả cắt ngang so sánh trước sau can thiệp trên cộng đồng sử dụng mô hình đánh giá hiệu quả “trước-sau” can thiệp (Quasi-experimental study).

* **Mẫu nghiên cứu:** Cỡ mẫu áp dụng cho nghiên cứu can thiệp trước - sau được tính theo công thức:

$$n_1 = n_2 = \frac{[Z_{(1-\alpha/2)}\sqrt{2p(1-p)} + Z_{1-\beta}\sqrt{p_1(1-p_1) + p_2(1-p_2)}]^2}{(p_1 - p_2)^2}$$

Trong đó: n_1 : Số bà mẹ được can bộ y tế đỡ đẻ trước can thiệp; n_2 : Số bà mẹ được can bộ y tế đỡ đẻ sau can thiệp; $Z_{(1-\alpha/2)}$: Hệ số tin cậy với mức xác suất 95% = 1,96; $Z_{(1-\beta)}$: Lực mẫu (80%); p_1 : Tỷ lệ bà mẹ được can bộ y tế đỡ đẻ trước can thiệp ước tính là 30%; p_2 : Tỷ lệ bà mẹ được can bộ y tế đỡ đẻ sau can thiệp ước 50%; p : $p_1 + p_2/2$.

- Cỡ mẫu tính theo ngẫu nhiên đơn là 103. Nhưng chọn mẫu trong nghiên cứu này là chọn mẫu ngẫu nhiên chùm (random cluster sampling) nên cần nhân với hệ số hiệu ứng thiết kế (design effect - DE) là 2, do vậy cỡ mẫu là 206 cho 1 tỉnh. Do chọn 30 chùm/tỉnh nên ước số chung nhỏ nhất chia hết cho 30 chùm là 210. Vậy cỡ mẫu tính được cho nghiên cứu can thiệp đánh giá trước sau cho 1 tỉnh là $n_2 = n_1 = 210$ đối tượng nghiên cứu/tỉnh. Mỗi tỉnh chọn 30 chùm (mỗi chùm là một xã), tại mỗi xã có 7 bà mẹ có con < 2 tuổi được lựa chọn theo phương pháp “Cổng liền cổng”.

KẾT QUẢ

1. Hiệu quả can thiệp về kiến thức chăm sóc trong sinh

Bảng 1. Thay đổi kiến thức của các bà mẹ về ai là người đỡ đẻ tốt nhất trước và sau can thiệp chung cho 5 tỉnh

Người đỡ đẻ	Trước can thiệp		Sau can thiệp		CSHQ (%)	p
	n	Tỷ lệ %	n	Tỷ lệ %		
CBYT công	858	81,7	966	92,0	12,6	<0,01
Bà đỡ địa phương	45	4,3	7	0,7	83,7	<0,01
Chồng	31	3,0	22	2,1	30,0	>0,05
Người thân	60	5,7	23	2,2	35,8	>0,05
Tự mình	4	0,4	5	0,5	25,0	>0,05
Không biết	52	5,0	27	2,6	48,0	>0,05

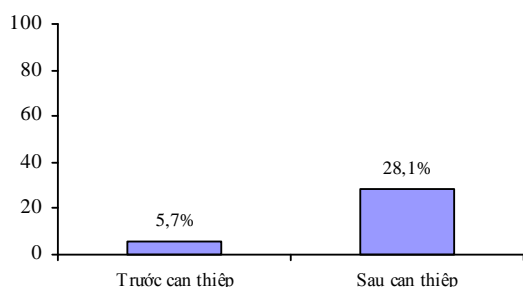
Người đỡ đẻ	Trước can thiệp	Sau can thiệp	CSHQ (%)	p		
Dấu hiệu nguy hiểm trước sinh	n	Tỷ lệ %	n	Tỷ lệ %	CSHQ (%)	p
Đau bụng dữ dội	294	28,0	435	41,4	47,9	<0,01
Chảy nhiều máu	385	36,7	563	53,6	46,0	<0,01
Sốt	43	4,1	204	19,4	373,2	<0,01
Co giật	45	4,3	176	16,8	290,7	<0,01
Vỡ ối sớm	187	17,8	370	35,2	97,8	<0,01
Khác	25	2,4	38	3,6	50,0	>0,05
Không biết	405	38,6	283	27,0	30,1	<0,01

Kết quả bảng 1 cho thấy tỷ lệ các bà mẹ thay đổi kiến thức về can bộ y tế công là người đỡ đẻ tốt nhất trước và sau can thiệp tăng từ 81,7% lên 92%. Sự khác biệt mang ý nghĩa thống kê với $p < 0,01$. Tỷ lệ các bà mẹ thay đổi kiến thức về bà đỡ địa phương là người đỡ đẻ tốt nhất trước và sau can thiệp giảm từ 4,3% xuống 0,7%. Sự khác biệt mang ý nghĩa thống kê với $p < 0,01$. Tỷ lệ các bà mẹ thay đổi kiến thức về những người khác là chồng, người thân, tự mình đỡ và không biết ai là người đỡ đẻ tốt nhất trước và sau can thiệp đều giảm, tuy nhiên, sự khác biệt không mang ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

Bảng 2. Thay đổi kiến thức biết các dấu hiệu nguy hiểm khi sinh trước và sau can thiệp chung cho 5 tỉnh

Người đỡ đẻ	Trước can thiệp	Sau can thiệp	CSHQ (%)	p		
Dấu hiệu nguy hiểm trước sinh	n	Tỷ lệ %	n	Tỷ lệ %	CSHQ (%)	p
Đau bụng dữ dội	294	28,0	435	41,4	47,9	<0,01
Chảy nhiều máu	385	36,7	563	53,6	46,0	<0,01
Sốt	43	4,1	204	19,4	373,2	<0,01
Co giật	45	4,3	176	16,8	290,7	<0,01
Vỡ ối sớm	187	17,8	370	35,2	97,8	<0,01
Khác	25	2,4	38	3,6	50,0	>0,05
Không biết	405	38,6	283	27,0	30,1	<0,01

Tỷ lệ bà mẹ hiểu biết các dấu hiệu nguy hiểm trong khi chuyển dạ tăng rõ rệt sau can thiệp mang ý nghĩa thống kê với $p < 0,01$. Tỷ lệ bà mẹ hiểu triệu chứng đau bụng dữ dội khi chuyển dạ tăng từ 28% trước can thiệp lên 41,4% sau can thiệp. Tỷ lệ bà mẹ hiểu triệu chứng ra nhiều máu khi chuyển dạ tăng từ 36,7% trước can thiệp lên 53,6% sau can thiệp. Tỷ lệ bà mẹ hiểu triệu chứng co giật, vỡ ối sớm khi chuyển dạ tăng từ 4,3% và 17,8% trước can thiệp lên 16,8% và 35,2% sau can thiệp. Đặc biệt tỷ lệ bà mẹ không biết một triệu chứng nào giảm từ 38,6% xuống còn 27% sau can thiệp.



Biểu đồ 1. Thay đổi kiến thức biết ít nhất 3 dấu hiệu nguy hiểm khi sinh trước và sau can thiệp chung cho các tỉnh

Trước can thiệp, tỷ lệ bà mẹ có kiến thức về ít nhất 3 dấu hiệu nguy hiểm khi chuyển dạ chiếm 5,7% và tăng lên 28,1% sau can thiệp. Sự khác biệt mang ý nghĩa thống kê với $p < 0,01$ và CSHQ = 393%.

2. Hiệu quả can thiệp về thực hành chăm sóc trong sinh

Bảng 3. Thay đổi về nơi bà mẹ sinh con trước và sau can thiệp chung cho 5 tỉnh

Nơi sinh con	Trước can thiệp		Sau can thiệp		CSHQ (%)	p
	n	%	n	%		
CSYT nhà nước	771	73,4	848	80,8	10,1	>0,05
CSYT tư nhân	1	0,1	5	0,5	-	>0,05
Tại nhà	278	26,5	197	18,8	29,1	>0,05

Nơi bà mẹ sinh con là cơ sở y tế nhà nước tăng cao hơn sau can thiệp (73,4% trước can thiệp so với 80,8% sau can thiệp). Tuy nhiên, không có sự khác biệt mang ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$). Nơi bà mẹ sinh con tại nhà cũng giảm sau can thiệp (26,5% trước can thiệp so với 18,8% sau can thiệp). Tuy nhiên, không có sự khác biệt mang ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$).

Bảng 4. Thay đổi về người đỡ đẻ cho bà mẹ sinh con trước và sau can thiệp chung cho 5 tỉnh

Người đỡ đẻ	Trước can thiệp		Sau can thiệp		CSHQ (%)	p
	n	Tỷ lệ %	n	Tỷ lệ %		
Cán bộ y tế	877	83,5	930	88,6	3,7	>0,05
Bà mụ vườn	52	4,9	21	2,0	59,2	<0,05
Người chồng	29	2,8	29	2,8	-	-
Người trong gia đình	81	7,7	51	4,9	36,4	<0,05
Người khác	8	0,8	0	0,0	-	-
Không có ai	3	0,3	18	1,7	-	>0,05

Tỷ lệ các bà mẹ được cán bộ y tế đỡ đẻ tăng nhẹ sau can thiệp (từ 83,5% lên 88,6%). Tuy nhiên sự khác biệt không mang ý nghĩa thống kê. Tỷ lệ các bà mẹ được các bà mụ vườn và người thân trong gia đình đỡ đẻ giảm rõ rệt sau can thiệp (từ 4,9% xuống 2% và từ 7,7% xuống 4,9%). Sự khác biệt mang ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Bàn LUẬN

Kết quả nghiên cứu cho thấy tỷ lệ các bà mẹ thay đổi kiến thức về cán bộ y tế công là người đỡ đẻ tốt nhất trước và sau can thiệp tăng từ 81,7% lên 92%. Tỷ lệ các bà mẹ thay đổi kiến thức về bà đỡ địa phương là người đỡ đẻ tốt nhất trước và sau can thiệp giảm từ 4,3% xuống 0,7%. Sự khác biệt mang ý nghĩa thống kê với $p < 0,01$. Tỷ lệ các bà mẹ thay đổi kiến thức về những người khác là chồng, người thân, tự mình đỡ và không biết ai là người đỡ đẻ tốt nhất trước và sau can thiệp đều giảm. Sau can thiệp, kiến thức của các bà mẹ về chăm sóc trong sinh đã được cải thiện rõ rệt, từ đó góp phần dẫn đến những thay đổi thực hành tích cực của họ. Các bà mẹ sinh con tại cơ sở y tế nhà nước đã tăng cao rõ rệt sau can thiệp (73,4% trước can thiệp so với 80,8% sau can thiệp), trong khi đó nơi bà mẹ sinh con tại nhà đã giảm sau can thiệp (26,5% trước can thiệp so với 18,8% sau can thiệp). Tỷ lệ các bà mẹ được cán bộ y tế đỡ đẻ tăng nhẹ sau can thiệp (từ 83,5% lên 88,6%). Bên cạnh đó, tỷ lệ các bà mẹ được các bà mụ vườn và người thân trong gia đình đỡ đẻ giảm rõ rệt sau can thiệp (từ 4,9% xuống 2% và từ 7,7% xuống 4,9%). Sự khác biệt mang ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Tại Việt Nam đã thực hiện một số chương trình LMAT ở một số tỉnh/thành phố trong khuôn khổ hợp tác với Quỹ Dân số Liên hiệp quốc tại 7 tỉnh trong cả nước cũng như kết quả can thiệp tại một số tỉnh về làm mẹ an toàn ở các tỉnh khác của Tổ chức Cứu trợ trẻ em quốc tế, các can thiệp tập trung chủ yếu vào đào tạo cán bộ y tế theo Chuẩn quốc gia về CSSKSS, hỗ trợ kỹ thuật, truyền thông thay đổi hành vi và hỗ trợ trang thiết bị cần thiết [8], [10]. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi phù hợp với các nghiên cứu đã tiến hành trước đó. Theo nghiên cứu can thiệp về LMAT của Tổ chức Cứu trợ trẻ em quốc tế cho thấy có sự cải thiện rất tốt về tỷ lệ sinh con tại cơ sở y tế ở 3 tỉnh Thái Nguyên, Thừa thiên-Huế và Vĩnh Long. Hầu hết các bà mẹ đều sinh con tại các cơ sở y tế, năm 2011 tỷ lệ này là 98,9% tăng lên so với năm 2008 (95,4%) có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$) [8]. Theo UNFPA tỷ lệ bà mẹ sinh con tại cơ sở y tế nhà nước là 81,7% (năm 2003) và 88,2% (năm 2005) [9]. Trong đó, tỷ lệ bà mẹ sinh con tại bệnh viện huyện chiếm tỷ lệ cao nhất (năm 2008: 46,2% và năm 2011: 53,6%). Kết quả một nghiên cứu khác ở Lào năm 2012 cũng cho thấy sau can thiệp tỷ lệ các bà mẹ ở nhóm can thiệp có hiểu biết về sinh con tại cơ sở y tế đạt 100% và có cán bộ y tế đỡ đẻ là 100% cao hơn so với bà mẹ ở nhóm đối chứng. Tỷ lệ các bà mẹ ở nhóm can thiệp có thực hành sinh con tại cơ sở y tế và có cán bộ y tế đỡ đẻ ở nhóm can thiệp đều đạt 100% cao hơn nhiều so với các bà mẹ ở nhóm đối chứng [2]. Hiện nay, sinh

con ở tại cơ sở y tế hiện trở thành lựa chọn phổ biến, vì đây là nơi có đủ các trang thiết bị y tế cần thiết và đội ngũ cán bộ y tế có đủ trình độ để chăm sóc tốt nhất cho sức khỏe của bà mẹ cũng như của thai nhi. Đồng thời, các dịch vụ chăm sóc y tế cũng được cải thiện và đã đáp ứng được phần lớn yêu cầu của người dân.

Kết quả trên cho thấy mặc dù chương trình can thiệp đã có hiệu quả nhưng vẫn còn một số hạn chế (1) Mô hình hành vi tìm kiếm dịch vụ chăm sóc sức khỏe ở khu vực miền núi còn mang tính bị động, (2) ở khu vực này còn tồn tại nhiều phong tục tập quán, thói quen có ảnh hưởng xấu đến hành vi chăm sóc sức khỏe, coi việc sinh nở là chuyện kín đáo, cứng bái, tin vào các bà đỡ, (3) Bên cạnh đó thì còn một số yếu tố khác như hạn chế tiếp cận về địa lý, điều kiện kinh tế xã hội của địa phương, năng lực kinh tế của gia đình, trình độ học vấn, ngôn ngữ cũng ảnh hưởng rất lớn đến nhận thức, thái độ và hành vi tìm kiếm dịch vụ chăm sóc sức khỏe bà mẹ của phụ nữ dân tộc thiểu số [3], [8], [10].

Chuyển dạ là một quá trình quan trọng. Đây là quá trình này rất dễ xảy ra các tai biến nhất cho cả mẹ và thai nhi. Vì vậy bà mẹ cần được theo dõi chuyển dạ tại cơ sở y tế để được nhận được sự chăm sóc chu đáo từ các cán bộ y tế nhằm hạn chế tối đa các biến cố như chảy máu, sa dây rốn, vỡ ối sớm, kiệt sức khi chuyển dạ... Sự hiểu biết về các dấu hiệu nguy hiểm xảy ra với người mẹ trong quá trình chuyển dạ là rất quan trọng, giúp phát hiện sớm và kịp thời xử trí các dấu hiệu nguy hiểm có thể xảy ra, tránh những hậu quả đáng tiếc cho mẹ và con. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy tỷ lệ bà mẹ hiểu biết các dấu hiệu nguy hiểm trong khi chuyển dạ tăng rõ rệt sau can thiệp mang ý nghĩa thống kê với $p < 0,01$. Tỷ lệ bà mẹ hiểu triệu chứng đau bụng dữ dội khi chuyển dạ tăng từ 28% trước can thiệp lên 41,4% sau can thiệp. Tỷ lệ bà mẹ biết triệu chứng ra nhiều máu khi chuyển dạ tăng từ 36,7% trước can thiệp lên 53,6% sau can thiệp. Tỷ lệ bà mẹ hiểu triệu chứng co giật, vỡ ối sớm khi chuyển dạ tăng từ 4,3% và 17,8% trước can thiệp lên 16,8% và 35,2% sau can thiệp. Đặc biệt tỷ lệ bà mẹ không biết một triệu chứng nào giảm từ 38,6% xuống còn 27% sau can thiệp. Trước can thiệp, tỷ lệ bà mẹ có kiến thức về ít nhất 3 dấu hiệu nguy hiểm khi chuyển dạ chiếm 5,7% và tăng lên 28,1% sau can thiệp. Sự khác biệt mang ý nghĩa thống kê với $p < 0,01$ và CSHQ = 393%. Theo nghiên cứu can thiệp về LMAT của Tổ chức Cứu trợ trẻ em quốc tế cho thấy tỷ lệ bà mẹ biết các dấu hiệu nguy hiểm xảy ra trong quá trình chuyển dạ sau can thiệp (năm 2011) đều tăng hơn so với trước can thiệp (năm 2008) có ý nghĩa thống kê với $p < 0,01$. Dấu hiệu nguy hiểm chính trong quá trình sinh được nhiều bà mẹ biết đến là chảy máu âm đạo nhiều (năm 2008: 32,4%; năm 2011: 60,1%), nước ối có máu (năm 2008: 30,6%; năm 2011: 58,4%) và chuyển dạ quá 1 ngày (năm 2008 và 2011 đều là 45,2%) [8]. Chảy máu âm đạo nhiều là dấu hiệu nguy hiểm quan trọng vì đây là nguyên nhân chính và nhanh nhất dẫn đến tử vong mẹ trong quá trình chuyển dạ; hiểu biết của các bà mẹ về dấu hiệu này đã được tăng lên rõ rệt, kết quả này cao hơn kết quả nghiên cứu của

Mesay Hailu và cộng sự năm 2010 tại miền nam Ethiopia (55,0%) [5] và kết quả của nghiên cứu Kenya (37,0%) [13].

KẾT LUẬN

Chương trình can thiệp nâng cao chất lượng của các dịch vụ làm mẹ an toàn đã đạt được nhiều kết quả tốt. Kiến thức và thực hành chăm sóc trong sinh của các bà mẹ được cải thiện rõ rệt sau can thiệp. Tỷ lệ các bà mẹ thay đổi kiến thức về cán bộ y tế công là người đỡ đẻ tốt nhất trước và sau can thiệp tăng từ 81,7% lên 92%. Tỷ lệ bà mẹ có kiến thức về ≥ 3 dấu hiệu nguy hiểm khi chuyển dạ tăng từ 5,7% trước can thiệp lên tới 28,1% sau can thiệp với chỉ số hiệu quả là 393%. Các bà mẹ sinh con tại cơ sở y tế nhà nước sau can thiệp tăng cao (73,4% trước can thiệp so với 80,8% sau can thiệp) với tỷ lệ các bà mẹ được cán bộ y tế đỡ đẻ tăng lên sau can thiệp (từ 83,5% lên 88,6%).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2009). Báo cáo kết quả điều tra cơ bản Chương trình giảm tử vong mẹ và tử vong sơ sinh tại 14 tỉnh Dự án. Tr. 9-24.
2. Khamphanh Prabouasone, Ngô Văn Toàn, Lê Anh Tuấn, Bùi Văn Nhơn. Hiệu quả can thiệp nâng cao kiến thức và thực hành về làm mẹ an toàn cho các bà mẹ 15-49 tuổi tại tỉnh Bo Li Khăm Xay, Lào năm 2011. *Tạp chí Y học Thực hành*, Vol. 859, N^o2-March, 2013.
3. Khamphanh Prabouasone, Ngô Văn Toàn, Lê Anh Tuấn, Bùi Văn Nhơn. Kiến thức và thực hành chăm sóc trước sinh của các bà mẹ có con nhỏ dưới 2 tuổi và một số yếu tố ảnh hưởng tại tỉnh Bo Li Khăm Xay, Lào năm 2010. *Tạp chí Nghiên cứu Y học*, Vol. 80, N^o4-Dec, 2012.
4. Khan N.C., Khalid S. (2006). WHO Analysis of Causes of Maternal Deaths: A Systematic Review. *The Lancet*, 367(9516); pp:1066-1074.
5. Mesay H., Abebe G., Fessahaye A. (2010). Knowledge about obstetric danger signs among pregnant women in Aleta Wondo district, Sidama Zone, Southern Ethiopia. *Ethiop J Health Sci*, 20(1), pp: 25-32.
6. Mother and child health care centre (2008). Report of statistics and health situation of mother and child health in Lao. *Vientiane*.
7. Saowakontha. S (2000). Promotion of the health of rural women towards safe motherhood-an intervention project in northeast Thailand. *Southeast Asian J Trop Med Public Health*, 31 (2); pp: 5-21.
8. Lê Thiện Thái và Ngô Văn Toàn (2011). Đánh giá hiệu quả các biện pháp can thiệp nhằm nâng cao kiến thức và thực hành chăm sóc sơ sinh của các bà mẹ tại 3 tỉnh Thái Nguyên, Huế, Vĩnh Long giai đoạn 2008-2011. *Tạp chí Y học thực hành*; 5 (822), tr. 16-20.
9. UNFPA (2006). Báo cáo điều tra ban đầu thực trạng cung cấp và sử dụng dịch vụ CSSKSS tại 7 tỉnh tham gia Chương trình Quốc gia 7 do UNFPA tài trợ. Hà Nội.

10. UNFPA (2011). Sự thay đổi về chất lượng cung cấp và sử dụng dịch vụ chăm sóc sức khỏe sinh sản quốc gia 7.
giai đoạn 2006-2010 tại 7 tỉnh tham gia chương trình