

BỘ GIÁO DỤC VÀ ĐÀO TẠO

BỘ Y TẾ

VIỆN VỆ SINH DỊCH TỄ TRUNG ƯƠNG

-----*

VŨ VĂN HOÀN

**THỰC TRẠNG VÀ HIỆU QUẢ CAN THIỆP
NÂNG CAO KIẾN THỨC, THÁI ĐỘ, THỰC HÀNH
LÀM MẸ AN TOÀN CHO PHỤ NỮ H'MÔNG
TỈNH SƠN LA**

LUẬN ÁN TIẾN SĨ Y TẾ CÔNG CỘNG

HÀ NỘI – 2017

BỘ GIÁO DỤC VÀ ĐÀO TẠO

BỘ Y TẾ

VIỆN VỆ SINH DỊCH TỄ TRUNG ƯƠNG

-----*-----

VŨ VĂN HOÀN

**THỰC TRẠNG VÀ HIỆU QUẢ CAN THIỆP
NÂNG CAO KIẾN THỨC, THÁI ĐỘ, THỰC HÀNH
LÀM MẸ AN TOÀN CHO PHỤ NỮ H'MÔNG
TỈNH SƠN LA**

Chuyên ngành: y tế công cộng

Mã số: 9 72 07 01

LUẬN ÁN TIẾN SĨ Y TẾ CÔNG CỘNG

Người hướng dẫn khoa học:

- 1. PGS. TS Nguyễn Thanh Hương**
- 2. PGS. TS Lưu Thị Hồng**

HÀ NỘI – 2017

LỜI CAM ĐOAN

Tôi cam đoan đây là công trình nghiên cứu của riêng tôi, được thực hiện một cách nghiêm túc, trung thực, đúng quy trình và đảm bảo tính khoa học.

Các số liệu và kết quả trong luận án không trùng lặp với bất kỳ công trình nghiên cứu của tác giả nào khác trong, ngoài nước và chưa được công bố, hoặc sử dụng ở bất kỳ một công trình nghiên cứu nào khác.

Tác giả luận án

Vũ Văn Hoàn

LỜI CẢM ƠN

Trước hết tôi xin bày tỏ lòng biết ơn sâu sắc nhất đến Ban Giám đốc, Phòng Đào tạo Sau đại học, Viện Vệ sinh Dịch tễ Trung ương luôn tạo điều kiện, giúp đỡ tôi trong suốt quá trình học tập và hoàn thành luận án.

Với tất cả tình cảm sâu sắc nhất, tôi bày tỏ lòng biết ơn đến PGS.TS Nguyễn Thanh Hương, PGS.TS Lưu Thị Hồng và cố GS Hoàng Thủy Long, đã tận tình hướng dẫn, giúp đỡ và tạo mọi điều kiện để tôi hoàn thành luận án. Kiến thức về học thuật, sự tận tình hỗ trợ của các Thầy, Cô đã giúp tôi có được những kiến thức, kinh nghiệm quý báu, một tầm nhìn mới trong nghiên cứu khoa học.

Tôi xin trân trọng cảm ơn GS.TS Vũ Sinh Nam, PGS.TS. Nguyễn Thị Thùy Dương, PGS.TS Phạm Việt Cường, PGS.TS Trương Tuyết Mai, TS. Dương Văn Đạt, TS. Nguyễn Thu Nam, TS. Bùi Thị Tú Quyên, ThS. Nghiêm Thị Xuân Hạnh, ThS. Lê Minh Thi đã nhiệt tình giúp đỡ tôi và đóng góp nhiều ý kiến quan trọng để tôi hoàn thiện luận án.

Tôi xin trân trọng cảm ơn Ban Lãnh đạo Viện Chiến lược và Chính sách Y tế đã dành cho tôi sự giúp đỡ nhiều mặt, hỗ trợ tôi kinh phí triển khai đề tài NCS từ *Dự án Cung cấp bằng chứng về bệnh tật và tử vong cho hoạch định chính sách y tế tại Việt Nam* do Tổ chức Atlantic Philanthropies (The Atlantic Philanthropies - AP) tài trợ và Viện Chiến lược và Chính sách Y tế điều phối.

Tôi xin trân trọng cảm ơn Lãnh đạo Sở Y tế, Trung tâm Chăm sóc Sức khỏe sinh sản tỉnh Sơn La; Lãnh đạo Ủy ban Nhân dân (UBND) huyện Thuận Châu, Văn phòng UBND huyện, Phòng Giáo dục, Trung tâm Y tế, Bệnh viện đa khoa huyện Thuận Châu; lãnh đạo Trung tâm Y tế, Phòng Giáo dục huyện Mường La đã tạo điều kiện thuận lợi giúp đỡ tôi trong quá trình triển khai nghiên cứu tại địa phương, hỗ trợ về kinh phí, nhân lực trong các hoạt động tập huấn cho cán bộ y tế, đặc biệt là đào tạo 22 cô đỡ thôn bản cho xã Co Tòng và Pá Lông.

Xin dành lời tri ân tới ông Lương Văn Tuấn – nguyên Giám đốc Trung tâm Y tế huyện Thuận Châu, bà Nguyễn Thị Kim Thoa – Trưởng Khoa Chăm sóc Sức khỏe

sinh sản, Trung tâm Y tế huyện Thuận Châu; lãnh đạo Đảng ủy, Hội đồng nhân dân, UBND, Trạm Y tế, các cô đỡ thôn bản, y tế thôn bản, bí thư và phó bí thư chi bộ, trưởng bản và phó bản, người có uy tín các bản, các già làng, trưởng các dòng họ và nhân dân xã Co Tòng và xã Pá Lô, huyện Thuận Châu, tỉnh Sơn La; các Trạm Y tế xã Chiềng Ân và xã Chiềng Công, huyện Mường La đã đồng hành, chia sẻ và giúp đỡ tôi về mọi mặt trong suốt quá trình nghiên cứu tại địa phương.

Xin bày tỏ sự cảm ơn sâu sắc tới mẹ, vợ và các con, anh chị em, họ hàng và bạn bè đã luôn ủng hộ, động viên tôi vượt qua khó khăn trong quá trình hoàn thành luận án.

Xin trân trọng cảm ơn!

Tác giả luận án

Vũ Văn Hoàn

MỤC LỤC

LỜI CAM ĐOAN	i
LỜI CẢM ƠN	ii
MỤC LỤC	iv
DANH MỤC CÁC BẢNG.....	x
DANH MỤC CÁC HÌNH VẼ, ĐỒ THỊ.....	xii
ĐẶT VẤN ĐỀ	1
MỤC TIÊU NGHIÊN CỨU.....	2
CHƯƠNG 1: TỔNG QUAN.....	3
1.1. Đại cương về Làm mẹ an toàn	3
1.1.1. Các khái niệm.....	3
1.1.2. Tình hình tử vong mẹ	4
1.1.3. Tình hình tử vong sơ sinh	6
1.1.4. Chương trình làm mẹ an toàn.....	7
1.2. Kiến thức, thái độ và thực hành về làm mẹ an toàn	9
1.2.1. Chăm sóc trước sinh.....	9
1.2.2. Chăm sóc khi sinh	14
1.2.3. Chăm sóc sau sinh.....	17
1.2.4. Kiến thức, thái độ, thực hành chăm sóc trước sinh, khi sinh và sau sinh của dân tộc H'mông	19
1.3. Một số yếu tố liên quan tới kiến thức, thái độ, thực hành chăm sóc trước sinh, khi sinh và sau sinh	21
1.3.1. Các yếu tố từ cấp độ cá nhân	21
1.3.2. Các yếu tố từ cấp độ gia đình và cộng đồng	23
1.3.3. Các yếu tố từ cấp độ hệ thống dịch vụ y tế:	29
1.4. Các can thiệp tăng cường làm mẹ an toàn.....	31
1.4.1. Các chương trình can thiệp cộng đồng về làm mẹ an toàn	31
1.4.2. Các can thiệp thay đổi kiến thức, thái độ, hành vi về làm mẹ an toàn cho dân tộc H'mông	38

1.5. Thông tin về địa bàn nghiên cứu	39
CHƯƠNG 2: ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU	41
2.1. Đối tượng nghiên cứu.....	41
2.2. Địa điểm nghiên cứu	41
2.3. Thời gian nghiên cứu	41
2.4. Thiết kế nghiên cứu	42
2.4.1. Giai đoạn 1: Đánh giá trước can thiệp	43
2.4.2. Giai đoạn 2: Can thiệp.....	43
2.4.3. Giai đoạn 3: Đánh giá sau can thiệp.....	43
2.5. Mẫu và phương pháp chọn mẫu.....	44
2.5.1. Chọn mẫu nghiên cứu định lượng.....	44
2.5.2. Chọn mẫu nghiên cứu định tính	45
2.6. Biến số và chỉ số nghiên cứu	46
2.7. Tiêu chuẩn đánh giá dùng trong nghiên cứu	47
2.7.1. Các biến tổ hợp điểm kiến thức, thái độ, thực hành về làm mẹ an toàn	47
2.7.2. Cách tính điểm kiến thức, thực hành về làm mẹ an toàn	47
2.7.3. Cách tính điểm thái độ về làm mẹ an toàn	48
2.8. Phương pháp thu thập số liệu.....	50
2.8.1. Điều tra viên và giám sát viên.....	50
2.8.2. Quy trình thu thập số liệu.....	50
2.9. Công cụ thu thập số liệu	51
2.10. Các hoạt động can thiệp	51
2.10.1. Cơ sở xây dựng chương trình can thiệp	51
2.10.2. Chương trình can thiệp.....	55
2.11. Phân tích số liệu	60
2.12. Đạo đức trong nghiên cứu.....	61
CHƯƠNG 3: KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU	62
3.1. Thông tin chung về đối tượng nghiên cứu.....	62
3.2. Kiến thức, thái độ, thực hành về chăm sóc trước sinh, khi sinh và sau sinh.....	63

3.2.1. Chăm sóc trước sinh.....	63
3.2.2. Chăm sóc khi sinh	68
3.2.3. Chăm sóc sau sinh.....	71
3.3. Các yếu tố liên quan đến kiến thức, thái độ, thực hành.....	78
3.3.1. Các yếu tố liên quan đến kiến thức:	78
3.3.2. Các yếu tố liên quan đến thái độ:	83
3.3.3. Các yếu tố liên quan đến thực hành:	87
3.4. Đánh giá kết quả của các biện pháp can thiệp tăng cường làm mẹ an toàn	91
3.4.1. Mức độ tiếp cận thông tin từ chương trình can thiệp.....	91
3.4.2. Sự thay đổi về kiến thức.....	92
3.4.3. Sự thay đổi về thái độ.....	93
3.4.4. Sự thay đổi về thực hành.....	95
3.4.5. Đánh giá sự phù hợp của chương trình can thiệp.....	96
CHƯƠNG 4: BÀN LUẬN.....	104
4.1. Thông tin chung về đối tượng nghiên cứu	104
4.2. Thực trạng kiến thức, thái độ, thực hành chăm sóc trước, trong và sau sinh	104
4.2.1. Chăm sóc trước sinh.....	104
4.2.2. Chăm sóc khi sinh	109
4.2.3. Chăm sóc sau sinh.....	111
4.3. Các yếu tố liên quan đến kiến thức, thái độ chăm sóc trước, trong và sau sinh .	115
4.3.1. Các yếu tố liên quan đến kiến thức	115
4.3.2. Các yếu tố liên quan đến thái độ	121
4.3.3. Các yếu tố liên quan đến thực hành	123
4.4. Kết quả can thiệp tăng cường làm mẹ an toàn.....	127
4.4.1. Mức độ tiếp cận thông tin từ chương trình can thiệp.....	127
4.4.2. Sự thay đổi về kiến thức.....	130
4.4.3. Sự thay đổi về thái độ.....	133
4.4.4. Sự thay đổi về thực hành.....	135
4.4.5. Đánh giá về sự phù hợp của chương trình can thiệp.....	139

4.5. Đánh giá ưu điểm và hạn chế của nghiên cứu.....	142
4.5.1. Ưu điểm của nghiên cứu	142
4.5.2. Hạn chế của nghiên cứu	144
KẾT LUẬN	146
KHUYẾN NGHỊ.....	148
TÀI LIỆU THAM KHẢO.....	150
Tài liệu trong nước	150
Tài liệu nước ngoài	156
PHỤ LỤC	174

DANH MỤC CÁC CHỮ VIẾT TẮT

CĐTB	Cô đỡ thôn bản
CSTS	Chăm sóc trước sinh
CSKS	Chăm sóc khi sinh
CSSS	Chăm sóc sau sinh
CQĐT	Chính quyền, đoàn thể
DHNH	Dấu hiệu nguy hiểm
DS-KHHGD	Dân số - Kế hoạch hóa gia đình
DVYT	Dịch vụ y tế
ĐTV	Điều tra viên
ĐTNC	Đối tượng nghiên cứu
HIV	Virus gây suy giảm miễn dịch ở người
IMR	Tỷ suất tử vong trẻ em dưới 1 tuổi
KVMN	Khu vực miền núi
KVNT	Khu vực nông thôn
KVTT	Khu vực thành thị
LMAT	Làm mẹ an toàn
MMR	Tỷ số tử vong mẹ
NC	Nghiên cứu
NCS	Nghiên cứu sinh
NCT	Nhóm 2 xã can thiệp (xã Co Tòng và xã Pá Lông)
NKCT	Nhóm 2 xã không can thiệp (xã Chiềng Ân và xã Chiềng Công)
PNMT	Phụ nữ mang thai
SCT	Sau can thiệp
SKSS	Sức khỏe sinh sản
SS	Sơ sinh
TCT	Trước can thiệp
TTĐC	Truyền thông đại chúng
TVM	Tử vong mẹ
TVSS	Tử vong sơ sinh

TYT	TYT
UBND	Ủy ban Nhân dân
UNICEF	Quỹ Nhi đồng Liên hợp quốc
UNFPA	Quỹ Dân số Liên hợp quốc
USAID	Cơ quan Phát triển Quốc tế của Hoa Kỳ
UV	Uốn ván
U5MR	Tỷ suất tử vong trẻ em dưới 5 tuổi
WB	Ngân hàng Thế giới
WHO	Tổ chức Y tế thế giới
YTTB	Nhân viên YTTB

DANH MỤC CÁC BẢNG

Bảng 1.1: Tỷ lệ khám thai của phụ nữ tại các khu vực trên thế giới.....	10
Bảng 1.2: Tỷ lệ khám thai của phụ nữ của các khu vực tại Việt Nam.....	13
Bảng 1.3: Một số thông tin chung của 4 xã nghiên cứu năm 2013	40
Bảng 3.1: Thông tin chung về ĐTNC	62
Bảng 3.2: Tỷ lệ ĐTNC biết về cách xử trí khi thấy DHHH khi mang thai (n=338).....	63
Bảng 3.3: Nguồn thông tin về CSTS của ĐTNC (509).....	64
Bảng 3.4: Tỷ lệ ĐTNC có thái độ đúng trong CSTS	65
Bảng 3.5: Nguồn thông tin về CSKS của ĐTNC (509)	69
Bảng 3.6: Tỷ lệ ĐTNC có thái độ đúng trong CSKS	69
Bảng 3.7: Kiến thức về DHHH ở bà mẹ sau sinh của ĐTNC (n=509)	71
Bảng 3.8: Kiến thức về DHHH ở trẻ sơ sinh của ĐTNC (n=509)	72
Bảng 3.9: Tỷ lệ ĐTNC có kiến thức đúng về một số chỉ số trong CSSS khác	73
Bảng 3.10: Tỷ lệ ĐTNC có kiến thức đúng về một số chỉ số trong CSSS.....	74
Bảng 3.11: Nguồn thông tin về CSKS của ĐTNC (509)	75
Bảng 3.12: Tỷ lệ ĐTNC có thái độ đúng trong CSSS (509).....	76
Bảng 3.13: Tỷ lệ ĐTNC có hành vi đúng về CSSS trong lần sinh gần nhất (n=420)...	77
Bảng 3.14: Mô hình hồi quy logistic về mối liên quan giữa kiến thức CSTS của ĐTNC và một số biến độc lập (n=442)	81
Bảng 3.15: Mô hình hồi quy logistic về mối liên quan giữa kiến thức CSKS của ĐTNC và một số biến độc lập (n=442)	82
Bảng 3.16: Mô hình hồi quy logistic về mối liên quan giữa kiến thức CSSS của ĐTNC và một số biến độc lập (n=442)	83
Bảng 3.17: Mô hình hồi quy logistic về mối liên quan giữa thái độ CSTS của ĐTNC và một số biến độc lập (n=442)	85
Bảng 3.18: Mô hình hồi quy logistic về mối liên quan giữa thái độ CSKS của ĐTNC và một số biến độc lập (n=442)	86
Bảng 3.19: Mô hình hồi quy logistic về mối liên quan giữa thái độ CSSS của ĐTNC và một số biến độc lập (n=442).....	87

Bảng 3.20: Mô hình hồi quy logistic về mối liên quan giữa thực hành CSTS của ĐTNC và một số biến độc lập (n=424)	89
Bảng 3.21: Mô hình hồi quy logistic về mối liên quan giữa thực hành CSKS của ĐTNC và một số biến độc lập (n=420)	90
Bảng 3.22: Mô hình hồi quy logistic về mối liên quan giữa thực hành CSSS của ĐTNC và một số biến độc lập (n=420)	91
Bảng 3.23: Mức độ tiếp cận các nguồn thông tin từ chương trình của ĐTNC	91
Bảng 3.24: Hiệu quả can thiệp đối với một số chỉ số kiến thức LMAT của ĐTNC	92
Bảng 3.25: Hiệu quả can thiệp của chương trình lên kiến thức LMAT của ĐTNC	93
Bảng 3.26: Hiệu quả can thiệp đối với một số chỉ số thái độ LMAT của ĐTNC	94
Bảng 3.27: Hiệu quả can thiệp của chương trình lên thái độ về LMAT của ĐTNC	94
Bảng 3.28: Hiệu quả can thiệp đối với một số chỉ số thực hành LMAT của ĐTNC	95
Bảng 3.29: Hiệu quả can thiệp của chương trình lên thực hành LMAT của ĐTNC	96
Bảng 3.30: Các lý do giải thích về sự phù hợp của việc đào tạo CĐTĐB	96
Bảng 3.31: Lý do cho rằng bản không cần thiết có cô đỡ thôn bản (n=10)	97
Bảng 3.32: Lý do không cần thiết có nữ CBYT người H'mông tại TYT (n=3)	99

DANH MỤC CÁC HÌNH VẼ, ĐỒ THỊ

Hình 2.1: Khung lý thuyết	42
Hình 2.2: Sơ đồ thiết kế nghiên cứu	43
Hình 3.1: ĐTNC có kiến thức đúng về một số chỉ số trong CSTS (n=509)	64
Hình 3.2: Lý do không đi khám thai trong lần mang thai gần nhất (n=278).....	67
Hình 3.3: ĐTNC có hành vi đúng về CSTS trong lần mang thai gần nhất (n=424).	67
Hình 3.4: ĐTNC có kiến thức đúng về một số chỉ số trong CSKS (n=509).....	68
Hình 3.5: Kiến thức về cách xử trí khi thấy DHH ở bà mẹ sau sinh (n=140).....	72
Hình 3.6: Nhận thức về cách xử trí khi thấy DHH ở trẻ sơ sinh (n=387)	73
Hình 3.7: Lý do về sự cần thiết có CBYT nữ dân tộc H'mông tại TYT xã (n=122)	98
Hình 3.8: Lý do về sự cần thiết có chính quyền vận động các gia đình thực hiện quy định về LMAT (n=234)	100

ĐẶT VẤN ĐỀ

Làm mẹ an toàn là đảm bảo tất cả các phụ nữ đều được nhận sự chăm sóc cần thiết để được hoàn toàn khoẻ mạnh trong suốt thời gian mang thai, sinh đẻ và sau đẻ, [65]. Tuy nhiên, đây vẫn là vấn đề sức khỏe quan trọng của nhân loại khi mỗi ngày có tới 830 bà mẹ tử vong liên quan tới thai sản, tỷ số tử vong mẹ và nguy cơ tử vong mẹ trên toàn cầu năm 2015 là 216 và 1/180, hầu hết các ca tử vong mẹ ở các nước đang phát triển, khu vực khó khăn và dân tộc thiểu số [158] [160].

Tại Việt Nam, công tác làm mẹ an toàn nhìn chung đã cải thiện đáng kể. Tỷ số tỷ số tử vong mẹ đã giảm từ 233/100.000 năm 1990 xuống còn 58,3/100.000 trẻ đẻ sống năm 2015. Tỷ suất tử vong trẻ em dưới 1 tuổi và dưới 5 tuổi cũng giảm đáng kể tương ứng từ 44,4‰ và 58‰ năm 1990 xuống 14,7‰ và 22,1‰ năm 2015 [2].

Tuy nhiên, công tác làm mẹ an toàn hiện nay của Việt Nam còn nhiều khó khăn, đặc biệt là ở vùng dân tộc thiểu số. Các nghiên cứu cho thấy, chỉ số về làm mẹ an toàn của dân tộc thiểu số kém hơn dân tộc Kinh/Hoa nhiều lần, ví dụ tỷ số tử vong mẹ cao hơn 2,5 lần [6]; tỷ suất chết trẻ em dưới 1 tuổi và dưới 5 tuổi cao hơn khoảng 4 lần; tỷ lệ bà mẹ không khám thai cao hơn 25 lần; tỷ lệ sinh con tại nhà cao hơn 61,4 lần [42].

Trong số các dân tộc thiểu số, dân tộc H'mông là cộng đồng có chỉ số về làm mẹ an toàn kém nhất. Điều tra thực trạng kinh tế - xã hội của 53 dân tộc thiểu số năm 2015 đã chỉ ra, so với các dân tộc thiểu số khác, tỷ lệ phụ nữ H'mông không đi khám thai cao gấp 2,2 lần (63,5% so với 29,1%), tỷ lệ sinh con tại nhà cao nhất và gấp 2,1 lần (36,3% so với 77,4%) [50]. Tại các nghiên cứu khác, tỷ lệ bà mẹ H'mông không đi khám thai cũng như đẻ tại nhà luôn chiếm hơn 7/10, tỷ lệ ca đẻ được cán bộ y tế đỡ chỉ đạt dưới 5% [29] [44] [57]; tỷ số tử vong mẹ là 210, cao hơn 7,5 lần nhóm Kinh, Tày; tỷ suất tử vong sơ sinh là 14,7 cao nhất trong các dân tộc [6]. Thực trạng này cho thấy, dân tộc H'mông cần được quan tâm đặc biệt trong tăng cường làm mẹ an toàn.

Tuy nhiên, các thông tin về tình hình làm mẹ an toàn của dân tộc H'mông hiện nay còn rất hạn chế do việc nghiên cứu gặp nhiều trở ngại bởi rào cản ngôn ngữ, văn

hóa và địa lý [154]. Tại Việt Nam, theo hiểu biết của chúng tôi, đến nay chỉ có 3 nghiên cứu về làm mẹ an toàn của phụ nữ H'mông được công bố, cụ thể là nghiên cứu nhân học y tế tại Hà Giang [53], nghiên cứu về kiến thức, thái độ, thực hành tại Thái Nguyên [29], nghiên cứu xã hội học về vai trò của nam giới H'Mông vùng Tây Bắc trong chăm sóc sức khỏe sinh sản [22]. Ngoài ra, một số thông tin về làm mẹ an toàn của dân tộc H'mông cũng được phân tích ở một số nghiên cứu khác tại Yên Bái [57], Hà Giang [97] và một số địa phương khác [19] [20] [44] [54]. Tuy nhiên, một số yếu tố liên quan quan trọng như vai trò của gia đình và chồng của họ, khả năng sử dụng tiếng phổ thông, ... chưa được lượng hóa và các yếu tố nhiễu cũng chưa được kiểm soát. Hơn nữa, hiện tại chưa có nghiên cứu nào đánh giá kết quả can thiệp về làm mẹ an toàn tại cộng đồng H'mông nên rất thiếu các thông tin phục vụ cho việc xây dựng chương trình can thiệp tăng cường làm mẹ an toàn phù hợp cho cộng đồng này.

Sơn La là tỉnh có đông dân tộc H'mông sinh sống (12%). Các chỉ số về làm mẹ an toàn của Sơn La luôn thuộc nhóm tỉnh kém nhất, trong đó, tỷ số tử vong mẹ thuộc nhóm tỉnh cao nhất trong các điều tra tử vong mẹ giai đoạn 2005-2015 [11] [10] [6]. Với những lý do trên, để tìm kiếm giải pháp tăng cường làm mẹ an toàn phù hợp cho dân tộc H'mông, chúng tôi tiến hành đề tài: *Thực trạng và hiệu quả can thiệp nâng cao kiến thức, thái độ, thực hành làm mẹ an toàn cho phụ nữ H'mông tỉnh Sơn La* nhằm bổ sung thông tin cụ thể, toàn diện hơn về làm mẹ an toàn của cộng đồng này.

MỤC TIÊU NGHIÊN CỨU

1. Mô tả kiến thức, thái độ, thực hành làm mẹ an toàn của phụ nữ H'mông 15-49 tuổi tại bốn xã của tỉnh Sơn La năm 2014.
2. Xác định một số yếu tố liên quan tới kiến thức, thái độ, thực hành làm mẹ an toàn của phụ nữ H'mông 15-49 tuổi tại bốn xã của tỉnh Sơn La.
3. Đánh giá kết quả can thiệp nâng cao kiến thức, thái độ, thực hành làm mẹ an toàn cho phụ nữ H'mông 15-49 tuổi tại 2 xã huyện Thuận Châu, tỉnh Sơn La, 2014-2015.

CHƯƠNG 1: TỔNG QUAN

1.1. Đại cương về Làm mẹ an toàn

1.1.1. Các khái niệm

Tử vong mẹ (TVM) là tử vong của phụ nữ trong thời gian mang thai hoặc trong 42 ngày sau khi kết thúc thai nghén, do bất cứ nguyên nhân nào liên quan đến thai nghén hoặc bệnh lý bị nặng lên do mang thai hoặc sinh đẻ gây ra mà không phải do tai nạn hoặc tự tử [5] [159].

Nguyên nhân tử vong mẹ được chia làm 2 nhóm: 1) Nguyên nhân TVM trực tiếp: Chết do tai biến sản khoa hoặc do can thiệp thủ thuật, sai sót trong chẩn đoán, điều trị và biến chứng của các nguyên nhân trên; 2) Nguyên nhân TVM gián tiếp: Chết do các bệnh có trước hoặc trong khi mang thai làm bệnh nặng lên do ảnh hưởng của thai nghén [5].

Tử vong sơ sinh (TVSS) là những trường hợp trẻ đẻ ra có dấu hiệu sống, sau đó tử vong ở bất cứ thời điểm nào từ khi lọt lòng đến 28 ngày tuổi [159].

Các chỉ số đo lường về tình trạng TVM và TVSS:

- *Tỷ số tử vong mẹ* (maternal mortality ratio - MMR) là tổng số ca TVM trên 100.000 trẻ đẻ sống trong năm. Tỷ số này cho biết nguy cơ TVM trong thời gian mang thai và sau sinh [11] [159].

- *Tỷ suất tử vong mẹ* (maternal mortality rate - MMRate) là tổng số ca TVM trên 100.000 phụ nữ 15-49 tuổi trong năm. Đây là chỉ số phản ánh nguy cơ chết của phụ nữ từ TVM và cả nguy cơ chết do mang thai của người phụ nữ đó [159].

- *Nguy cơ tử vong mẹ* (life time risk of Maternal Mortality - Lr) là khả năng tử vong của phụ nữ xuất phát từ các biến chứng trong suốt thời gian mang thai và sau khi sinh trong độ tuổi sinh đẻ (15-49 tuổi). Chỉ số này được dùng để mô tả sự khác biệt về các nguy cơ tử vong người phụ nữ gặp phải giữa các quốc gia, vùng, miền [159].

- *Tỷ suất tử vong sơ sinh* (neonatal mortality rate-NMR) là những trường hợp trẻ bị tử vong trong vòng 28 ngày đầu sau đẻ trên 1000 trẻ đẻ sống trong năm [159].

1.1.2. Tình hình tử vong mẹ

1.1.2.1. Trên thế giới

Làm mẹ an toàn (LMAT) vẫn là vấn đề sức khỏe quan trọng của nhân loại khi mỗi ngày có tới 830 bà mẹ tử vong liên quan tới thai sản; mang thai và sinh đẻ vẫn là nguyên nhân hàng đầu gây tử vong, bệnh tật và tàn tật ở phụ nữ trong lứa tuổi sinh đẻ. Ước tính năm 2015, MMR và nguy cơ TVM trên toàn cầu là 216 và 1/180 [160].

Tình hình TVM khác biệt giữa các khu vực. MMR ở các nước đang phát triển cao gấp 20 lần so với các nước phát triển (239 so với 12). Sahara dẫn đầu các khu vực về MMR (546). Mười quốc gia có số ca TVM cao nhất chiếm tới 6/10 số ca TVM toàn cầu. Nguy cơ TVM của các nước đang phát triển cao gấp nhiều lần so với các nước phát triển (1/150 so với 1/4900), đặc biệt là ở các khu vực khó khăn như Sahara (1/36), châu Đại dương (1/150), Nam Á (1/210) [160].

MMR có giảm đáng kể trong giai đoạn 1990-2015 nhưng không đạt mức mong đợi của mục tiêu Thiên niên kỷ. Trung bình tỷ số TVM toàn cầu trong giai đoạn 1990 - 2015 giảm được 44%, trong đó, các nước phát triển giảm 48% và các nước đang phát triển giảm 44%. Không khu vực nào đạt mục tiêu giảm 75% như kỳ vọng. Tuy nhiên, tốc độ giảm mạnh nhất thuộc về các khu vực vốn có MMR thấp như Đông Á (72%) và Bắc Phi (59%); các khu vực có MMR cao nhưng có tốc độ giảm chậm chủ yếu thuộc về các khu vực khó khăn như Sahara (44%), Caribbean (37%) [160].

Các nguyên nhân trực tiếp dẫn đến TVM vẫn là những nguyên nhân chính của đa số các ca TVM trên toàn cầu. Một NC tổng quan của WHO cho thấy, các nguyên nhân trực tiếp gây ra TVM chiếm tới gần 73% số ca TVM trên toàn cầu. Các nguyên nhân gián tiếp gây ra TVM chiếm 27,5% số ca TVM trên toàn cầu, trong đó, 70% là các bệnh mà các bà mẹ có từ trước khi mang thai và bệnh này trở nên trầm trọng hơn khi mang thai [80] [95].

1.1.2.2. Tại Việt Nam

Theo số liệu ước tính của WHO, UNICEF, UNFPA, WB và UN năm 2015, MMR của Việt Nam là 54 (41-74) với 860 ca TVM; nguy cơ TVM là 1/870; ước tính

MMR của Việt Nam trong giai đoạn 1990-2015 giảm được 61,2% (từ 139 năm 1990 xuống 54 năm 2015); tỷ lệ thay đổi hàng năm là 3,8% [160].

Tình hình TVM tại Việt Nam được quan tâm NC từ những năm 1990. Do có sự khác biệt đáng kể giữa các nghiên cứu (NC) về phạm vi, địa bàn NC nên việc so sánh sẽ không thực sự phù hợp. Tuy nhiên, có thể thấy, xu hướng TVM của Việt Nam giảm theo thời gian: từ 910 ở thời điểm năm 1991-1994 [108] xuống còn 130 vào thời điểm 2000-2001 [166] và 98 vào thời điểm 2013-2014 [6].

Mặc dù đã đạt được kết quả ấn tượng về giảm TVM trong những năm qua, tuy nhiên, Việt Nam vẫn còn nhiều khó khăn trong giảm TVM ở khu vực miền núi (KVMN) và dân tộc thiểu số (DTTS) như: MMR cao hơn 3,3 lần so với đồng bằng (269 so với 81) [166], 2,6 lần so với khu vực thành thị (KVTT) và khu vực nông thôn (KVNT) (108 so với 40 và 36) [11], Trong NC 2007-2008, các tỉnh miền núi có MMR cao hơn hẳn MMR của toàn quốc [10]. NC tại 7 tỉnh miền núi năm 2013-2014 cũng cho thấy, 87,7% số ca TVM ở các xã vùng III; MMR của xã vùng III cao hơn nhiều lần xã vùng II và vùng I (143 so với 29 và 39) [6].

MMR của các DTTS cũng cao hơn chỉ số chung của toàn quốc và của dân tộc Kinh. Trong các NC năm 2000-2001, năm 2007-2008, năm 2013-2014, MMR của DTTS luôn cao hơn chỉ số này của dân tộc Kinh lần lượt là: 3,9 lần (316 so với 81), 2,7 lần (107 so với 39,2) và 6 lần (72 so với 12) [166] [11] [10] [6].

Trong các DTTS, dân tộc H'mông có số ca TVM thuộc nhóm cao nhất. Trong NC năm 2000-2001 và năm 2006-2007, số ca TVM của dân tộc H'mông luôn cao thứ 2 trong số các DTTS (10% và 10,9%) [166] [11]; trong các NC năm 2007-2008 và năm 2013-2014 số ca TVM của dân tộc H'mông cao nhất trong các DTTS (20,5% và 60%) [10] [6]. NC năm 2013-2014 đã tính được MMR của dân tộc này là 210, cao gấp 3 lần DTTS khác và gấp 17,5 lần dân tộc Kinh [6].

Về nguyên nhân TVM, thông tin từ các NC giai đoạn 2000-2014 cho thấy, nhóm nguyên nhân trực tiếp gây ra TVM chiếm đến 3/4 số ca TVM tại Việt Nam; nguyên nhân gián tiếp gây ra TVM chiếm khoảng 1/5 số ca TVM, chiếm tỷ lệ cao nhất là tim mạch, bệnh gan, rối loạn mạch máu não, lao, sốt rét [6] [10] [11] [166].

1.1.3. Tình hình tử vong sơ sinh

1.1.3.1. Trên thế giới

Báo cáo Mức độ và xu hướng tử vong ở trẻ em năm 2015 của UNICEF, WHO, WBG và UNDESA đã cho thấy, mặc dù đã nỗ lực thúc đẩy các hoạt động giảm tử vong sơ sinh (TVSS) nhưng trên thế giới, mỗi năm vẫn có gần 3 triệu trẻ em tử vong trong tháng đầu đời của mình, trong đó, 98,4% số ca TVSS ở các nước đang phát triển; có tới 50% số ca TVSS xảy ra trong vòng 24 giờ đầu tiên và 75% xảy ra trong tuần lễ đầu tiên của trẻ. Tỷ suất TVSS của toàn cầu năm 2015 là 19/1000 trẻ đẻ sống [150].

TVSS khác biệt giữa các khu vực trên thế giới. Tỷ suất TVSS của các nước đang phát triển cao gấp 7 lần so với các nước phát triển (21 so với 3); Sahara và Nam Á chiếm tới 78,4% số ca TVSS toàn cầu và có tỷ suất TVSS cao nhất thế giới [150].

Trong giai đoạn 1990-2015, số ca TVSS trên toàn cầu đã giảm từ 5,1 triệu năm 1990 xuống 2,7 triệu năm 2015; tỷ suất TVSS giảm từ 36 năm 1990 xuống còn 19 năm 2015. Tỷ suất TVSS trong giai đoạn 1990-2015 giảm 47%, trong đó, các nước phát triển giảm 58%, các nước đang phát triển giảm 47% [150].

Về nguyên nhân TVSS, báo cáo của UNICEF về Tình trạng trẻ em trên thế giới năm 2009 cho thấy, sinh non, ngạt thở và nhiễm trùng (nhiễm khuẩn/viêm phổi, uốn ván và tiêu chảy) là 3 nhóm bệnh gây ra 86% số ca TVSS trên toàn cầu. Báo cáo của WHO, UNICEF năm 2014 cũng cho thấy, các nguyên nhân chính gây TVSS bao gồm: Đẻ non (35%), biến chứng trong giai đoạn chuyển dạ (24%), nhiễm trùng (15%), viêm phổi (5%), di tật bẩm sinh (9%), uốn ván sơ sinh (2%), bệnh tiêu chảy (1%) và bệnh khác 8% [163]. Hầu hết các nguyên nhân TVSS được cho rằng có thể phòng ngừa được và đã được chứng minh hiệu quả.

1.1.3.2. Tại Việt Nam

Báo cáo Mức độ và xu hướng tử vong ở trẻ em năm 2015 của UNICEF cho thấy, tỷ suất TVSS của Việt Nam năm 2015 là 11/1000 trẻ đẻ sống. Báo cáo cũng ước tính Việt Nam đã giảm được số ca TVSS từ 46.000 ca năm 1990 xuống còn 18.000 ca năm 2015; tỷ suất TVSS giảm từ 24 năm 1990 xuống còn 11 năm 2015 [150].

TVSS của Việt Nam có xu hướng tăng nhẹ trong những năm gần đây do sự cải thiện của hệ thống báo cáo số liệu của các tỉnh miền núi nên đã xác định được thêm các trường hợp TVSS tại cộng đồng [6] [10] [11] [42].

Tỷ số TVSS khác biệt giữa các khu vực. Tại NC năm 2006-2007, tỷ số TVSS của KVMN cao hơn gần gấp đôi so với KVNT và KVTT (8,4 so với 4,5 và 4,1) [11]. Tại NC năm 2007-2008, 5 tỉnh có tỷ suất TVSS cao nhất (cao hơn ít nhất 1,5 lần so với toàn quốc) đều là các tỉnh miền núi khó khăn [10]. Tại NC năm 2013-2014, các xã khu vực III chiếm tới 76% số ca TVSS; tỷ suất TVSS của khu vực III cao hơn 2 lần so với khu vực II và I (13,7 so với 6,6 và 5,9) [6]. Điều tra MICS 2014 cũng cho thấy, tỷ suất TVSS của KVNT cao hơn 1,5 lần so với KVTT (13,4 so với 8,7); tỷ suất TVSS của 40% hộ nghèo nhất cao hơn 2,5 lần so với 60% hộ giàu hơn (18,7 so với 7,4) [42].

Tỷ suất TVSS khác biệt giữa các dân tộc. NC năm 2000-2001 và Điều tra MICS 2014 cho thấy, tỷ suất TVSS của DTTS cao lần lượt là gấp gần 2 lần và 3,5 lần so với dân tộc Kinh (9,4 so với 4,6 và 29 so với 8,1) [11] [42]. Trong số các DTTS, dân tộc H'mông có tỷ suất TVSS cao nhất và cao hơn nhiều lần so với dân tộc Kinh và DTTS khác (14,7 so với 4,1 và 11,5) [6]. Điều này cho thấy cần ưu tiên can thiệp cho các nhóm DTTS, đặc biệt là dân tộc H'mông.

Nguyên nhân gây TVSS chủ yếu tập trung vào các vấn đề như đẻ non/nhẹ cân, nhiễm khuẩn, ngạt, dị tật bẩm sinh [6] [10] [11].

1.1.4. Chương trình làm mẹ an toàn

Sáng kiến Chương trình Làm mẹ an toàn (Safe Motherhood Initiative – SMI) đã được đưa ra tại Hội nghị về LMAT tại Nairobi năm 1987, với kỳ vọng hỗ trợ, huy động nguồn lực để triển khai các giải pháp nhằm làm giảm MMR tại các nước đang phát triển. Làm mẹ an toàn đã được định nghĩa là tất cả các phụ nữ đều được nhận sự chăm sóc cần thiết để được hoàn toàn khoẻ mạnh trong suốt thời gian mang thai, sinh đẻ và sau đẻ, bao gồm điều trị cấp cứu sản khoa khi có tai biến xảy ra [65].

Chương trình LMAT là dựa trên các giai đoạn trong chu kỳ sinh sản của phụ nữ, ban đầu bao gồm 4 cột trụ chính là: 1) Dịch vụ kế hoạch hóa gia đình; 2) Chăm sóc thai nghén; 3) Sinh nở an toàn; 4) Chăm sóc sau khi sinh. Tới những năm 1990s, trước

những tác động lớn của nhiều vấn đề sức khỏe mới lên tình hình tử vong và bệnh tật của các bà mẹ như đại dịch HIV, các bệnh nhiễm khuẩn đường sinh dục (STI) và hành vi phá thai không an toàn, các cột trụ của LMAT đã được bổ sung thêm 2 nội dung nữa là: Kiểm soát STI/HIV và Dịch vụ chăm sóc sau khi phá thai, nâng tổng số các cột trụ chính của Chương trình LMAT lên 6 cột trụ [65]. Như vậy, Chương trình LMAT đã được tiếp cận rộng hơn, bao gồm các yếu tố ảnh hưởng trực tiếp và gián tiếp, các chiến lược tác động bao gồm những chiến lược tác động trong ngắn hạn và trong dài hạn đối với việc tăng cường LMAT nhằm định hướng cho chính sách can thiệp phù hợp mỗi các quốc gia.

Tuy nhiên, về cơ bản nội dung các cột trụ này được kết cấu trong các hoạt động chăm sóc tại 3 giai đoạn của thai kỳ: thời kỳ trước mang thai và trong mang thai, thời kỳ sinh đẻ và thời kỳ hậu sản [80]. Cụ thể là: *Giai đoạn trước và trong quá trình mang thai*: Truyền thông và cung cấp dịch vụ kế hoạch hóa gia đình (KHHGD), phòng chống và quản lý STD/HIV, điều trị các bệnh sốt rét và giun móc, tiêm phòng uốn ván, đăng ký quản lý thai nghén và sử dụng dịch vụ chăm sóc thai nghén; hướng dẫn về chế độ dinh dưỡng và bổ sung viên sắt/Folate, chế độ lao động và nghỉ ngơi khi mang thai; nhận biết và phòng vệ sớm các dấu hiệu nguy hiểm (DHNH) khi mang thai. *Giai đoạn trong sinh*: Sinh đẻ sạch và an toàn (đẻ tại CSYT và được NVYT được đào tạo đỡ đẻ); nhận biết và phòng vệ sớm các DHNH khi sinh. *Giai đoạn sau khi sinh* được chia ra 2 phần là 1) Giai đoạn sau khi sinh đối với mẹ: Nhận biết và phòng vệ sớm các DHNH sau sinh; CSSS (các chế độ dinh dưỡng và bổ sung vi chất, lao động, nghỉ ngơi, vệ sinh thân thể sau sinh; cho con bú, các nguy cơ biến chứng về vú...); tiêm phòng uốn ván; truyền thông và cung cấp dịch vụ KHHGD; phòng chống và quản lý STD/HIV. 2) Giai đoạn sau khi sinh đối với con: Vấn đề hồi sức sơ sinh; phòng và quản lý về hạ thân nhiệt; bú mẹ sớm; phòng và quản lý về nhiễm khuẩn rốn, mắt của trẻ.

Các nội dung trên của chương trình LMAT đã và đang được các quốc gia cụ thể hóa trong các kế hoạch phát triển kinh tế - xã hội để thực hiện các mục tiêu Thiên niên kỷ vừa qua và các mục tiêu Phát triển bền vững hiện nay. WHO và UNICEF đã khẳng

định việc tiếp tục các chương trình can thiệp đảm bảo sự chăm sóc liên tục trước, khi sinh và sau sinh là rất quan trọng để đảm bảo tiến độ giảm TVM và TVSS [149] [151].

1.2. Kiến thức, thái độ và thực hành về làm mẹ an toàn

1.2.1. Chăm sóc trước sinh

1.2.1.1. Thế giới

Kiến thức CSTS: Những nỗ lực của các quốc gia trong những năm qua công tác LMAT đã cải thiện rõ rệt ở hầu hết các nội dung, trong đó có vấn đề CSTS. Nhận thức về khả năng xảy ra rủi ro khi mang thai và sự cần thiết của việc khám thai để phòng ngừa của phụ nữ ở các quốc gia đã được cải thiện nhưng không đều. Kết quả NC cho thấy, đa số phụ nữ ở các quốc gia đã nhận thức được việc có thể xảy ra nguy cơ khi mang thai; tuy nhiên, vẫn còn một tỷ lệ đáng kể phụ nữ không nhận thức nguy cơ này ở một số quốc gia (từ 28% đến 45%) [63] [92] [110] [171].

Khả năng nhận biết các DHHH khi mang thai cũng đa dạng ở các quốc gia: Tại Mali, trung bình phụ nữ biết 2,3 loại DHHH [92]; tại Somali, có 68% phụ nữ biết ít nhất 1 DHHH [131]. Các DHHH được biết nhiều nhất là chảy máu âm đạo, đau bụng dưới, đau đầu, phù [90] [129]. Phụ nữ khu vực Sahara có nhận thức về các DHHH khi mang thai kém nhất, ví dụ 65% phụ nữ Sierra Leone không biết một DHHH nào [85].

Kiến thức của phụ nữ về các dịch vụ cụ thể khi đi khám thai cũng ở mức thấp và khác biệt giữa các quốc gia. Việc biết về các nội dung phụ nữ được tiếp cận khi đi khám thai được đánh giá là "mơ hồ" và họ chỉ nhớ được 1 phần những dịch vụ mà họ được cung cấp khi đi khám thai [120]; tại Mali chỉ có khoảng 50% phụ nữ có thể nói được 1 hoặc 2 dịch vụ cụ thể khi đi khám thai [92]; tại Nepal, chỉ 20% phụ nữ nhớ được lịch khám thai [90]; tại Bangladesh, các lợi ích về việc khám thai được phụ nữ trích dẫn đều không đến 1/3 [110]. Tại Ấn Độ, các nội dung biết nhiều nhất là: được tư vấn về chế độ nghỉ ngơi, vệ sinh thân thể (56,5%), KHHGD (31,5%), chế độ dinh dưỡng (26,7%), cho con bú, cai sữa (23,2%) và tiêm chủng (19,6%) [101].

Thái độ CSTS: Thông tin về thái độ của phụ nữ trong CSTS đã được công bố chủ yếu tập trung vào quan điểm về khám thai, tiếp cận các CSYT và sự phù hợp về giới trong cung cấp dịch vụ. Các NC cho thấy, đa số phụ nữ đều có thái độ tích cực về

dịch vụ khám thai, tuy nhiên, vẫn còn một số phụ nữ vẫn nhận thức chưa đúng về tầm quan trọng của việc này và tỷ lệ khác nhau giữa các quốc gia. Ví dụ, tỷ lệ phụ nữ không đi khám thai cho rằng việc khám thai là không cần thiết tại Sudan là 13,5% [58], tại Mali là 24,2% [92], đặc biệt tại Lào và Ấn Độ lên tới 83,8% và 60% [171] [101]. Thái độ tin tưởng vào siêu nhiên, vào sự hỗ trợ của bà đỡ dân gian, thầy lang và các tập tục truyền thống; thái độ tiêu cực về việc tiếp cận CSYT trong xử lý các sự cố khi mang thai được ghi nhận ở nhiều quốc gia như tại Lào [61], Bangladesh [110], Ấn Độ [123], Nigeria [71], Uganda [79].

Thực hành CSTS: Theo báo cáo của WHO và UNICEF, trên thế giới tỷ lệ phụ nữ khám thai ít nhất 1 lần (≥ 1) là 85% và ít nhất 4 lần (≥ 4) là 58% [147].

Bảng 1.1: Tỷ lệ khám thai của phụ nữ tại các khu vực trên thế giới

Khu vực	Số lần khám thai năm 2015*		Khám thai ≥ 4 lần			
	≥ 1 lần	≥ 4 lần	Nông thôn		Thành thị	
			2000	2015	2000	2015
Toàn thế giới	85	58	32	45	64	71
Các nước kém phát triển nhất	77	42	27	38	52	58
Tây và Trung Phi	76	52	37	41	65	70
Đông và Nam Phi	80	45	36	42	65	62
Cận Sahara	78	49	36	42	65	68
Đông Á và Thái Bình Dương	95	82	69	80	83	89
Nam Á	69	42	21	37	52	58
Mỹ La tinh và Caribbean	96	87	-	-	-	-
SNG/CIS	96	85	-	-	-	-

Nguồn: UNICEF, CURRENT STATUS-PROGRESS Updated: Jun 2017 [147].

Việc tiếp cận các dịch vụ khám thai cũng có sự khác biệt giữa các khu vực trên thế giới và khác biệt giữa các quốc gia, trong đó, tỷ lệ khám thai ≥ 1 thấp nhất thuộc về các quốc gia kém phát triển (bảng 1.1).

Thực hành khám thai có khác biệt giữa thành thị và nông thôn. Tỷ lệ phụ nữ sử dụng dịch vụ khám thai ≥ 1 và ≥ 4 lần ở KVNT luôn thấp hơn hẳn KVTT ở tất cả các quốc gia [147] (bảng 1.1). Chỉ số này cũng khác biệt giữa các quốc gia, trong đó, tỷ lệ

chênh giữa KVNT và KVTT ở một số quốc gia là $\frac{1}{2}$ như Nigeria (38,2% so với 74,5%) [146], Bangladesh (59% so với 28%) [133].

Hành vi khám thai của phụ nữ có những thay đổi tích cực. Tỷ lệ sử dụng dịch vụ CSTS trong giai đoạn 2000-2015 đều tăng ở cả KVNT và KVTT, trong đó, KVNT tăng nhanh hơn KVTT nhưng tỷ lệ tăng ở các khu vực có tỷ số TVM cao như Tây-Trung Phi, Đông-Nam Phi, Sahara là không đáng kể ở cả 2 khu vực (bảng 1.1) [147].

Bổ sung sắt/axit folic là một nội dung quan trọng trong CSTS nhằm giảm nguy cơ của bệnh thiếu máu đối với bà mẹ và trẻ sơ sinh. Hiện nay, theo ước tính của WHO, bệnh thiếu máu ảnh hưởng tới 1/2 số phụ nữ trong độ tuổi sinh đẻ và 2/5 số phụ nữ mang thai trên toàn cầu; đa số các quốc gia (141/182 quốc gia) đang gặp phải vấn đề này từ vừa đến nặng và tập trung chủ yếu ở Nam Á và Tây Phi [161].

Thông tin từ các NC cho thấy, phụ nữ thường nhận ra các triệu chứng thiếu máu của họ, dù họ không biết thuật ngữ lâm sàng cho thiếu máu, nhưng chỉ một nửa trong số họ quan tâm đến tìm giải pháp khắc phục. Các rào cản chính của các can thiệp là các quan niệm tiêu cực do phụ nữ lo ngại việc bổ sung viên sắt có thể tăng trọng lượng lúc sinh hay sẽ tạo ra nhiều máu gây khó sinh và làm hại thai nhi đã được ghi nhận ở nhiều nước: Bolivia, Burkina Faso, Honduras, Ấn Độ và Indonesia [116], [113] [139].

Với nỗ lực của các quốc gia trong những năm qua, tỷ lệ thiếu máu đã giảm đáng kể trong giai đoạn 1995 - 2011: từ 33% xuống còn 29% đối với phụ nữ không mang thai và từ 43% xuống 38% ở phụ nữ có thai [162]. Tình trạng giảm chỉ số này khác biệt ở các quốc gia do các lý do khác nhau về tình hình kinh tế xã hội và văn hóa, trong đó, tỷ lệ này của Việt Nam đã giảm từ 40% xuống 24,3% trong 14 năm [162].

Tiêm phòng uốn ván là giải pháp chủ chốt để phòng bệnh uốn ván trong quá trình mang thai, sinh đẻ ở bà mẹ và trẻ em. Bệnh uốn ván sơ sinh là nguyên nhân gây tử vong 34.000 trẻ sơ sinh và một số lượng đáng kể phụ nữ vào năm 2015. Tính đến năm 2016, tỷ lệ tử vong do uốn ván sơ sinh giảm khoảng 96% so với năm 1988, nhưng vẫn còn 18 quốc gia vẫn chưa loại trừ căn bệnh này, chủ yếu ở châu Phi và châu Á [149]. Hiện nay, thông tin từ các NC cho thấy, vẫn còn một tỷ lệ đáng kể bà mẹ không biết hoặc cho rằng không cần tiêm phòng uốn ván khi mang thai [30].

1.2.1.2. Việt Nam

Kiến thức CSTS: Báo cáo rà soát NC về sức khỏe sinh sản (SKSS) giai đoạn 2006-2010 cho thấy, kiến thức về các DNH ở phụ nữ mang thai rất hạn chế. Trung bình các bà mẹ chỉ biết 1 DNH trước sinh, khi sinh và sau sinh. Tỷ lệ bà mẹ kể được 3 dấu hiệu trở lên chỉ dao động từ 20% đến 35%. Đặc biệt, có tới khoảng 20 – 30% phụ nữ không biết bất cứ dấu hiệu nào trong 6 DNH thường gặp khi mang thai [19].

Phụ nữ ở KVMN luôn có kiến thức CSTS kém hơn các khu vực khác. NC tại 3 tỉnh Nghệ An, Cao Bằng, Kon Tum cho thấy có 66,5% phụ nữ có kiến thức đúng về khám thai; 31,9% biết từ 3 lợi ích của khám thai trở lên. Trong đó, tỷ lệ phụ nữ ở KVĐB có kiến thức đúng về CSTS cao hơn KVMN: hơn 1,5 lần trong kiến thức đúng về khám thai (78,6% so với 55%), 2,7 lần về biết từ 3 lợi ích của việc khám thai trở lên (55,1% so với 20,4%), 2,2 lần về số DNH khi mang thai trung bình (3,4 so với 1,5) [44]. Tỷ lệ đáng kể phụ nữ không biết một DNH khi mang thai nào ở các tỉnh dao động từ 15 đến 30%. Hai dấu hiệu được nhiều phụ nữ đề cập đến nhất là đau bụng (từ 60 đến 70%) và ra máu âm đạo (từ 40 đến 50%) [17] [41] [44].

Phụ nữ DTTS có kiến thức CSTS thấp hơn so với phụ nữ dân tộc Kinh [19] [20]. Trong đó, dân tộc H'mông có các chỉ số về CSTS thấp nhất. NC về SKSS tại Thái Nguyên cho thấy các chỉ số CSTS của phụ nữ H'mông đều thấp: 18,7% khám thai đủ, 28,7% tiêm phòng uốn ván (UV) đầy đủ, 38,8% có kiến thức về LMAT ở mức kém; 59% đạt điểm kiến thức về CSTS ở mức trung bình và yếu [29].

Thái độ CSTS: Quan điểm về CSTS của phụ nữ đã tiến bộ hơn trong những năm gần đây, tuy nhiên vẫn một tỷ lệ đáng kể phụ nữ có quan điểm sai về CSTS như: 20,5% cho rằng phụ nữ khỏe mạnh thì không cần phải khám thai; 18% cho rằng chỉ cần đi khám thai 1 lần trong quá trình mang thai là được; 21,9% cho rằng chỉ cần đi khám thai khi có DNH; 24,2% cho rằng phải lao động nhiều cho dễ đẻ; 13,5% cho rằng chồng không có trách nhiệm gì trong việc khám thai của vợ. Trong đó, phụ nữ KVMN và DTTS chiếm tỷ lệ cao hơn [44]. Có 64% phụ nữ H'mông tại Thái Nguyên đạt điểm thái độ về CSTS ở mức từ trung bình trở xuống [29].

Thực hành CSTS:

Bảng 1.2: Tỷ lệ khám thai của phụ nữ của các khu vực tại Việt Nam.

Khu vực	MICS 2011 [43]			MICS 2014 [42]		
	Không	≥ 1 lần	≥ 4 lần	Không	≥ 1 lần	≥ 4 lần
Toàn quốc	5,4	93,7	59,6	4,0	96	73,7
Đồng bằng sông Hồng	1	99	75,3	1,4	98,6	85,2
Trung du miền núi phía Bắc	16,2	82,8	37,8	16,8	83,2	51,7
Bắc Trung Bộ và DHMT	2,7	96,6	52,3	0,9	99,1	70,4
Tây Nguyên	11,2	87,9	37,6	8,9	91,1	47,7
Đông Nam Bộ	0,4	99,1	87,1	0,7	99,3	90,0
Đồng bằng sông Cửu Long	3	94,4	58,8	0,6	99,4	78,0
Thành thị	2,1	97,9	81,6	0,5	99,5	86,3
Nông thôn	6,8	92	50,5	5,5	94,5	68,5

Nguồn: Điều tra đánh giá các mục tiêu trẻ em và phụ nữ năm 2011 và 2014 [42] [43]

Về hành vi khám thai, kết quả Điều tra MICS 2014 cho thấy, tỷ lệ khám thai ≥ 1 lần và ≥ 4 lần của Việt Nam là 96% và 73,7%. Chỉ số này khác biệt giữa nông thôn và thành thị và các vùng [42] (Bảng 1.2). Kết quả từ các NC ở phạm vi nhỏ hơn trong giai đoạn gần đây cũng cho kết quả tương tự [19] [44].

Tỷ lệ phụ nữ sử dụng dịch vụ CSTS tại Việt Nam đã có sự tiến bộ. So sánh kết quả Điều tra MICS 2011 và MICS 2014 cho thấy, tỷ lệ khám thai ≥ 1 lần và ≥ 4 của toàn quốc đều tăng đáng kể (93,7% và 59,6% so với 96% và 73,7%); tuy nhiên sự cải thiện còn kém ở các khu vực khó khăn như Trung du MNPB, Tây Nguyên (Bảng 1.2).

Tình trạng sử dụng dịch vụ CSTS ở khu vực DTTS rất thấp. Theo Điều tra MICS 2014, tỷ lệ khám thai ≥ 4 của DTTS thấp hơn 2 lần và tỷ lệ không khám thai cao hơn 25 lần nhóm Kinh/Hoa (32,7% và 20% so với 82,1% và 0,8%) [42].

Trong số các DTTS, dân tộc H'mông là cộng đồng có chỉ số về LMAT kém nhất. Tỷ lệ bà mẹ người H'mông không đi khám thai trong NC tại 3 tỉnh là 38,7%, thấp nhất trong các DTTS [44]. Trong NC tại Thái Nguyên, có tới hơn 2/3 bà mẹ người H'mông đạt điểm thực hành LMAT ở mức yếu [29].

Bổ sung vi chất và tiêm phòng uốn ván: Nhận thức của các bà mẹ tại Việt Nam về việc bổ sung vi chất cũng còn hạn chế và khác biệt ở các địa phương. Tỷ lệ các bà mẹ không có kiến thức về uống viên sắt trong thời kỳ mang thai ở TP Hồ Chí Minh là 35,8% [115], ở Thanh Hóa là 33,0% [35]. Tỷ lệ các bà mẹ được bổ sung sắt trong quá trình mang thai dao động từ 60% đến 90%, trong đó về cơ bản KVMN thấp hơn KVĐB, ví dụ tỷ lệ này ở Thanh Hóa là 83,4% [35] và Điện Biên là 61,7% [51]. Chỉ số này ở phụ nữ H'mông rất thấp: tại 3 tỉnh là 41,9% [44], tại Thái Nguyên là 28,7% [29].

Theo báo cáo của UNICEF, Việt Nam đã chính thức loại trừ được bệnh uốn ván sơ sinh năm 2006 [152]. Tỷ lệ bà mẹ được bảo vệ khỏi uốn ván đã tăng từ 77,5% năm 2011 lên 82,2% năm 2014 [43] [42]. Khu vực khó khăn chỉ số này bằng 1/3 chỉ số chung [35] [42] [44] [51]. Các NC cũng đã chỉ ra còn một tỷ lệ đáng kể (40-50%) phụ nữ không có kiến thức về vai trò của việc tiêm phòng uốn ván, đặc biệt là các tỉnh miền núi [12] [19].

1.2.2. Chăm sóc khi sinh

1.2.2.1. Thế giới

Kiến thức chăm sóc khi sinh (CSKS): Nhận biết về DHNH khi sinh nở có ý nghĩa đặc biệt trong việc phòng ngừa TVM. Thông tin từ các NC cho thấy, kiến thức về các DHNH của các bà mẹ ở khu vực các nước đang phát triển ở mức thấp và thiếu. Đa số phụ nữ ở các nước biết các triệu chứng như sốt cao, chảy máu ồ ạt và đau bụng dữ dội [71] [79] [92]. Các DHNH khác được biết ở tỷ lệ thấp hơn như ngất khi chuyển dạ, 30 phút sau đẻ không ra nhau thai, đẻ ở tuổi VTN [73] [81].

Thái độ CSKS: NC tổng quan từ 42 quốc gia của về nơi sinh của các bà mẹ tại các quốc gia đang phát triển cho thấy, quan niệm "thấy không cần thiết" là rào cản quan trọng khiến các bà mẹ không đến đẻ tại các CSYT và không nhờ tới sự hỗ trợ của NVYT khi vượt cạn ở các quốc gia [105]. Bên cạnh đó, NC tại Bolivia cho thấy các bà mẹ có quan điểm lo lắng khi phải tới CSYT để sinh (37%); hay sự lo ngại của các bà mẹ tại Somalia về sự đảm bảo sự riêng tư khi sinh (28,9%) và sự e ngại khi có NVYT là nam hỗ trợ khi sinh tại CSYT (45,3%) [73]; sự không đồng ý NVYT là nam hiện diện trong quá trình sinh đẻ tại Bangladesh (40%) [110]. NC tại Iran cũng cho thấy,

một lý do quan trọng các bà mẹ không đến CSYT để do e ngại việc bị bác sĩ coi thường, do đó đã nhờ tới các bà đỡ dân gian nhiều hơn [77]. Các thái độ này là nguyên nhân của các chậm trễ trong xử trí khi các bà mẹ gặp DHHH trong sinh đẻ [70] [105].

Thực hành CSKS: Với nhận thức và quan điểm khác nhau về sự nguy hiểm khi chuyển dạ đã khiến cho việc sinh nở tại CSYT còn hạn chế ở các quốc gia đang phát triển. Báo cáo năm 2015 của UNICEF đã cho thấy, tỷ lệ các bà mẹ đẻ tại CSYT của toàn cầu là 73%. Có sự chênh lệch về tỷ lệ tiếp cận CSYT khi sinh của các bà mẹ ở KVNT và KVTT. Tỷ lệ đẻ tại CSYT của KVTT trên toàn cầu là 86% trong khi KVNT là 61% và khu vực khó khăn như Sahara là 40% [148].

Tình hình sinh đẻ có sự hỗ trợ của CBYT của các bà mẹ trong giai đoạn 1990-2015 có sự thay đổi đáng kể trên toàn cầu: tăng từ 48% lên 60% tại KVNT và tăng từ 79% lên 89% tại KVTT. Các khu vực có tỷ số TVM cao như Sahara, Tây-Nam Phi nhưng tỷ lệ tăng rất hạn chế cả ở nông thôn và thành thị [148]. Có sự khác biệt lớn giữa các khu vực giàu nghèo: Tỷ lệ đẻ tại CSYT ở các nước kém phát triển nhất chỉ bằng 1/2 ở KVNT và 2/3 ở KVTT so với khu vực Đông Á-Thái Bình Dương (40% so với 82% và 74% so với 94%) [148].

Tại một số NC ở phạm vi nhỏ hơn cho thấy, tình trạng đẻ tại nhà khác nhau tại các quốc gia như: tại Nepal là 57% [90], tại Sierra Leone là 32,8% [85], tại Mali là có 51,2% [92], tại Somalia là 59% [131]. Chỉ số này cũng chênh giữa các vùng ở mỗi quốc gia [110] [133]. Tỷ lệ đẻ tại nhà do bà mẹ vườn đờ dao động từ 13% đến 60% [85] [92] [133].

Cách thức xử trí khi gặp các DHHH khi chuyển dạ ở các bà mẹ rất đa dạng, trong đó, đa số các gia đình đều tìm đến các CSYT, tuy nhiên vẫn còn một số bà mẹ và gia đình có cách xử trí không đúng. Một NC tại Somalia cho thấy, có 7% trường hợp đi gọi bà đỡ truyền thống giúp, 10% tự đi mua thuốc, gần 9% cho biết họ chỉ cầu nguyện hoặc không làm gì [73].

1.2.2.2. Việt Nam

Kiến thức CSKS: Tương tự thế giới, nhận thức về các DHHH khi chuyển dạ ở mức thấp và thiếu. Một cuộc điều tra tại 7 tỉnh cho thấy, 33,7% phụ nữ không biết bất

cứ một DHNH nào trong khi sinh đẻ và 4,75 phụ nữ biết 3 DHNH [13]. Thông tin từ tổng hợp các NC về SKSS giai đoạn 2006-2010 cho thấy: khoảng 1/10 bà mẹ không thể kể được bất kỳ một DHNH sau sinh nào ở mẹ [19]. Hai dấu hiệu được các bà mẹ biết đến nhiều nhất các dấu hiệu “Ra máu nhiều” và “đau bụng dưới dữ dội” [13] [17] [19]. Nhận thức của các bà mẹ KVMN và DTTS rất thấp. Tỷ lệ các bà mẹ không biết DHNH khi chuyển dạ nào ở ở Thanh Hóa là 20,2% [17]; 22,1% bà mẹ DTTS tại Nghệ An, Hà Giang và Kon Tum không biết lợi ích nào khi đẻ tại CSYT [44]; 69,1 bà mẹ người H'mông có kiến thức CSKS ở mức yếu [29].

Thái độ CSKS: Hiện nay còn tồn tại nhiều quan điểm không đúng về CSKS ở các bà mẹ, đặc biệt là các bà mẹ DTTS. Một NC tại 3 tỉnh cho thấy, có 24,4% bà mẹ DTTS cho rằng "Những lần đẻ trước dễ đẻ thì phụ nữ có thể đẻ tại nhà", 23,7% cho rằng "Người phụ nữ mang thai cảm thấy mạnh khỏe thì có thể đẻ tại nhà", 24,4% cho rằng "Những người phụ nữ trong nhà như mẹ và chị em gái đã có kinh nghiệm đẻ rồi thì có thể đỡ đẻ tốt, không cần CBYT", 43,3% cho rằng "Đẻ tại nhà do CBYT đỡ cũng an toàn như đẻ tại CSYT" [44].

Thực hành CSKS: Điều tra MICS 2014 cho thấy, tỷ lệ đẻ tại nhà của toàn quốc là 5,6% và KVNT cao gấp 10 lần KVTT (7,6% so với 0,7%), cao nhất ở khu vực Trung du MNPB và Tây Nguyên (20% và 19%); tỷ lệ đẻ có CBYT đỡ ở KVNT cũng thấp hơn KVTT (91,6% so với 99%). Tình hình đẻ tại nhà của Việt Nam có giảm trong giai đoạn 2011 - 2014, trong đó, toàn quốc đã giảm từ 7,4% năm 2011 xuống còn 5,6% năm 2014; tuy nhiên, 2 khu vực có tỷ lệ đẻ tại nhà cao là Trung du MNPB và Tây Nguyên không có thay đổi nào đáng kể [43] [42].

Các trường hợp đẻ tại nhà chủ yếu tập trung ở KVMN và DTTS, dao động từ 30 đến gần 100% tùy từng vùng; tỷ lệ các bà mẹ được CBYT đỡ chỉ dao động từ 10 đến 25% tùy từng vùng [19] [44] [51] [52] [57]. Tỷ lệ đẻ tại nhà của dân tộc H'mông là cao nhất trong các DTTS: ở Nghệ An và Hà Giang là 64,5% [44], Yên Bái là 72% [57], Thái Nguyên là 97,8% [29].

Đây thực sự là vấn đề sức khỏe đáng báo động đối với KVMN và DTTS. MMR của các bà mẹ đẻ tại nhà và con của họ đã được chứng minh cao gấp nhiều lần so với

đẻ tại CSYT: trong NC năm 2006-2007 là 156,1 so với 31,9 [10]; trong NC năm 2014 là 126 so với 35, trong đó, MMR của dân tộc H'mông cao hơn gấp 7,3 lần so với dân tộc Kinh/Tày [6]. Đây là vấn đề cần được ưu tiên can thiệp trong thời gian tới.

1.2.3. Chăm sóc sau sinh

1.2.3.1. Thế giới

Kiến thức chăm sóc sau sinh (CSSS): Nhận biết và quản lý các DHHH sau đẻ là nội dung đặc biệt quan trọng đối với sức khỏe các bà mẹ và trẻ sơ sinh. Tuy nhiên, các NC tổng quan của WHO đã nhận định: giai đoạn sau sinh đang bị bỏ rơi và cộng đồng nhận thức chưa đúng về nguy cơ TVM rất lớn trong giai đoạn sau sinh [143] [167]. Một NC tại châu Phi cho thấy, có tới 40% bà mẹ cho rằng không cần thiết phải khám sau sinh; 21% phụ nữ không biết khi nào cần khám lại, 18% cho biết chỉ cần khám khi có vấn đề. Các NC tại châu Á cũng cho thấy, 56,3% bà mẹ không biết các DHHH sau sinh [30]; trong số các bà mẹ không khám sau sinh, có 65% không biết nơi có dịch vụ CSSS và 24% cho rằng không cần thiết [99]. Các bà mẹ biết nhiều nhất về các DHHH sau khi sinh là: sốt cao, chảy máu, đau bụng, co giật [30] [92].

Thực hành CSSS: Tỷ lệ bà mẹ được khám sau sinh rất thấp, đặc biệt là ở các quốc gia kém phát triển. Theo NC tổng quan của WHO về CSSS tại khu vực châu Phi, chỉ có 13% bà mẹ ở khu vực Sahara được khám sau sinh và dao động từ 8 đến 30% tùy từng quốc gia [167]. Các quốc gia đang phát triển tại châu Á cũng ở mức thấp: tại Nepal là 32% [90], tại Cambodia là 41% [130], tại Lào là 25,3% [30]. Chỉ số này của Trung Quốc là 24% [99]. Các bà mẹ KVTT được khám sau sinh cao hơn so với các bà mẹ ở KVNT. Các bà mẹ có khám thai và đẻ tại CSYT thì sử dụng dịch vụ CSSS cao hơn so với những người không khám thai và đẻ tại nhà [130] [143] [167].

Thái độ của phụ nữ về CSSS chủ yếu là quan điểm về sự cần thiết về khám sau sinh và các niềm tin về các tập tục truyền thống. Quan điểm về nguy cơ của giai đoạn sau sinh đối với bà mẹ và trẻ sơ sinh được đánh giá là bị coi nhẹ [143] [167]. Một số NC cho thấy, tầm quan trọng của CSSS bị hạ thấp rất nhiều so với CSTS, vì cộng đồng coi rằng đã hết nguy hiểm sau khi sinh xong. Vì vậy, tỷ lệ bà mẹ cho rằng không cần thiết phải khám sau sinh dao động từ 40% đến 60% [92].

Niềm tin và phong tục tập quán được đánh giá là có ảnh hưởng lớn đến sức khỏe của bà mẹ và trẻ sơ sinh. Các NC trên thế giới cho thấy, các khoản mà các bà mẹ phải kiêng sau khi sinh rất đa dạng ở các quốc gia [61] [93] [99]. Các chương trình can thiệp được yêu cầu cần tính tới tác động của các yếu tố văn hóa này để tránh các tác động tiêu cực đến bà mẹ và trẻ sơ sinh [72] [123] [127].

1.2.3.2. Việt Nam

Kiến thức CSSS: Tương tự thế giới, nhận thức về CSSS của các bà mẹ tại Việt Nam còn hạn chế: chỉ khoảng 2/3 số bà mẹ cho rằng cần thiết phải khám lại cho các bà mẹ và trẻ sơ sinh sau sinh; tỷ lệ bà mẹ biết ít nhất 1 DHNH sau sinh ở bà mẹ cũng chỉ dao động từ 6/10 đến 9/10% [17] [35] [41] [44]. Các DHNH được các bà mẹ biết đến nhiều nhất là: Chảy máu kéo dài, Đau bụng kéo dài, Sốt cao kéo dài [12] [17] [44].

Các bà mẹ tại KVTT và KVNT có nhận thức về CSSS tốt hơn KVMN. Tỷ lệ bà mẹ ở Hà Nội nhận thức về các DHNH sau sinh khá cao: 72,2% biết dấu hiệu chảy máu kéo dài và tăng lên, 76,1% biết dấu hiệu sốt cao, 73,2% biết về dấu hiệu co giật và chỉ có 4,9% không biết dấu hiệu nào [31]. Trong khi chỉ có 40% các bà mẹ tại Hải Dương có kiến thức về CSSS đạt, 50,7% và 59,5% có kiến thức đúng về bổ sung viên Sắt và Vitamin A thời kỳ sau sinh [56].

Thái độ CSSS: Tương tự thế giới, niềm tin và tập tục truyền thống có ảnh hưởng rất lớn trong CSSS ở các cộng đồng tại Việt Nam. NC tại Hưng Yên đã cho thấy, tập quán CSSS đang phổ biến trong các cộng đồng và được bảo tồn bởi những người phụ nữ trong gia đình. Các niềm tin và tập tục này gồm nhiều nhóm như kiêng ăn, tắm gội, nghỉ ngơi, sinh hoạt tình dục và các yếu tố tâm linh trong giai đoạn sau sinh [39]. Một NC về CSSS cũng cho thấy có tới 1/5 bà mẹ ở KVNT thực hiện các chế độ ăn kiêng đa dạng thức ăn và đồ uống [31]. Các niềm tin và tập tục truyền thống trong CSSS cũng được nhiều NC ghi nhận là phổ biến ở các cộng đồng DTTS, gồm đa dạng các tập tục như ăn kiêng, không gặp người lạ, quan niệm về máu độc ở người mẹ khi đẻ, về sữa non, nghi lễ tâm linh, ... [34] [53] [57]. NC tại Bình Định cũng cho thấy, đồng bào DTTS có thái độ e ngại với CBYT là nam trong sử dụng các dịch vụ LMAT, do đó, các nam YTTB không phát huy được vai trò hỗ trợ các trường hợp đẻ tại nhà [52].

Thực hành CSSS: Theo Điều tra MICS 2014, có 87% bà mẹ và trẻ sơ sinh trên toàn quốc được CSSS trong vòng 2 ngày sau sinh và có sự chênh lệch đáng kể giữa các vùng, trong đó, thấp nhất ở khu vực Trung du MNPB và Tây Nguyên (72,8% và 79%); tỷ lệ bà mẹ đẻ tại nhà được CSSS là 14,2%; các bà mẹ có trình độ học vấn cao hơn, mức sống tốt hơn và là dân tộc Kinh/Hoa thì có tỷ lệ được CSSS cao hơn [42].

Các NC ở quy mô nhỏ hơn cho thấy tỷ lệ bà mẹ ở KVMN và DTTS được khám sau sinh thấp hơn: Tỷ lệ bà mẹ được khám ≥ 1 sau sinh tại Điện Biên là 35% [51], tại Quảng Trị là 23,8% [64], tại Bình Định là 28% [52], tại Hà Giang, Nghệ An và Kon Tum là 34% [44].

Ngoài ra, có sự khác biệt về hành vi cho bú sữa non ở các dân tộc khác nhau. Một NC tại Quảng Trị cho thấy, khoảng 1/2 số bà mẹ không cho con bú sữa non [64], trong khi NC tại Hà Giang, Nghệ An và Kon Tum cho thấy, tỷ lệ bà mẹ cho con bú trong vòng 1 giờ đầu sau sinh lên đến 88% [44], NC tại cộng đồng người H'mông tại Thái Nguyên là 62,6% [29]. Sự khác biệt này có thể do tập tục của từng dân tộc.

Hành vi tìm kiếm dịch vụ khi có sự cố của các bà mẹ còn hạn chế. NC tại Quảng Ninh cho thấy 21% trường hợp trẻ sơ sinh tử vong, gia đình của trẻ đã không có hành vi tìm kiếm sự hỗ trợ nào từ các CSYT [104].

1.2.4. Kiến thức, thái độ, thực hành chăm sóc trước sinh, khi sinh và sau sinh của dân tộc H'mông

Dân tộc H'mông là tộc người có các chỉ số về LMAT kém nhất trong các DTTS tại Việt Nam. Tỷ số TVM của dân tộc này là 210, cao nhất trong các DTTS - gấp 3 lần DTTS khác và gấp 17,5 lần dân tộc Kinh; tỷ suất TVSS của dân tộc H'mông cao hơn nhiều lần so với dân tộc Kinh và DTTS khác (14,7 so với 4,1 và 11,5) [6]. Điều này cho thấy cần ưu tiên đặc biệt trong can thiệp tăng cường LMAT cho dân tộc H'mông.

Để tìm kiếm các giải pháp tăng cường LMAT cho cộng đồng dân tộc H'mông, các thông tin về các yếu tố liên quan có ý nghĩa đặc biệt quan trọng. Tuy nhiên, các thông tin này hiện nay còn rất hạn chế. Cho đến nay, chỉ có vài NC quy mô nhỏ tìm hiểu riêng về tình hình LMAT của dân tộc H'mông tại Việt Nam như: NC về kiến thức, thái độ, thực hành (KAP) tại 1 xã của Thái Nguyên [29], NC nhân học y tế ở một

số xã tại Hà Giang [53], NC xã hội học về vai trò của nam giới trong chăm sóc SKSS của 1 xã tại Sơn La [22]. Ngoài ra, một số thông tin về LMAT của dân tộc H'mông cũng được phân tích ở một số NC khác về SKSS của DTTS như các NC tại Yên Bái [57], Hà giang [97], Nghệ An [66] và một số địa phương khác [20] [44] [53].

Dù có những hạn chế về quy mô NC, nhưng thông tin từ các NC trên cho thấy, kiến thức, thái độ, thực hành về LMAT của dân tộc H'mông ở mức rất thấp. Tỷ lệ phụ nữ H'mông biết về số lần cần khám thai trong thai kỳ và tỷ lệ đi khám thai ≥ 3 lần chỉ bằng 1/2 so với các dân tộc khác (48,4% so với 77,6% và 37,8% so với 80,7%) [44]. Tỷ lệ đi khám thai ≥ 3 lần của phụ nữ H'mông tại Mù Cang Chải cũng thấp hơn so với các dân tộc khác ở Yên Bái 1,5 lần (24,4% so với 37,1%) [57]. Tỷ lệ đi khám thai ≥ 1 của phụ nữ H'mông tại Thái Nguyên chỉ đạt 18,7% [29].

Các nghiên cứu cũng cho thấy, tỷ lệ phụ nữ H'mông không được bổ sung sắt trong quá trình mang thai cao gấp 3 lần so với các dân tộc khác (58,1% so với 20%) [44]. Chỉ có 1/3 phụ nữ H'mông tại Thái Nguyên được tiêm phòng uốn ván đầy đủ [29]; tỷ lệ này của phụ nữ H'mông Yên Bái cũng chỉ bằng gần 1/2 so với dân tộc khác (48,8% so với 79%) [57].

Nhận thức về 3 lợi ích của việc đẻ tại CSYT của phụ nữ H'mông cao hơn các dân tộc khác trong NC tại 3 tỉnh (32,3% so với 29,8%) nhưng vẫn có tới 64,5% phụ nữ H'mông ở địa bàn đẻ tại nhà [44]. Tỷ lệ đẻ tại nhà của phụ nữ H'mông tại Thái Nguyên là 98% [29], tại Mù Cang Chải là 98,9% cao hơn gần gấp đôi so với các dân tộc khác tại đây [57]. Trong số trường hợp đẻ tại nhà, tỷ lệ các ca đẻ của dân tộc H'mông được CBYT đỡ thấp hơn các dân tộc khác hơn 20 lần (1,1% so với 23%); tỷ lệ nhờ bà đỡ của dân tộc H'mông cũng thấp hơn so với các dân tộc khác (1,1% so với 44,3%) [57].

Tỷ lệ bà mẹ H'mông cho trẻ sơ sinh bú sớm trong vòng 1 giờ khá cao: ở Thái Nguyên là 62,6% và ở Mù Cang Chải là 86,1%; tỷ lệ trẻ sơ sinh được cho ăn đúng quy định ở 2 địa bàn này là 70% và 69,7% [29] [57]. Dân tộc H'mông có tập tục cho bú sớm sau đẻ vì họ cho rằng việc này sẽ tránh được cho trẻ bệnh "cứng lưỡi" [53].

Người H'mông cũng được ghi nhận là tộc người có nhiều quan niệm, niềm tin và tập tục đặc thù về LMAT. Các thông tin định tính từ các NC đã cho thấy, người

H'mông không có thói quen đi khám thai thường quy vì họ cho rằng việc mang thai, sinh đẻ là việc bình thường, con cái là lộc “Trời cho”, mất đứa con này có đứa con khác [53]. Một số NC cho rằng, phụ nữ H'mông ngại việc để người khác giới ngoài chồng nhìn thấy phần kín, vì vậy, họ ngại khi đi khám thai và đẻ tại CSYT vì sợ gặp CBYT nam [22] [53] [57]. Tuy nhiên, cũng có ý kiến trái chiều về thông tin này [54]. Người H'mông cũng được cho rằng họ muốn đẻ tại nhà vì họ cần làm các thủ tục tâm linh và các bà mẹ muốn có người nhà ở bên cạnh của khi vượt cạn [22] [29] [53] [54].

Có thể thấy, các thông tin về KAP về CSTS, CSKS, CSSS của dân tộc H'mông vừa thiếu và rời rạc; các mối liên quan cũng chưa được xem xét. Việc triển khai các NC về vấn đề LMAT của dân tộc H'mông hiện nay là rất cần thiết nhằm bổ sung thông tin cụ thể và toàn diện hơn về LMAT của cộng đồng này.

1.3. Một số yếu tố liên quan tới kiến thức, thái độ, thực hành chăm sóc trước sinh, khi sinh và sau sinh

1.3.1. Các yếu tố từ cấp độ cá nhân

**** Trình độ học vấn***

Trình độ học vấn có mối liên quan với kiến thức, thái độ và thực hành về LMAT và được công bố phổ biến ở các quốc gia [126] [127], trong đó có Việt Nam.

Trong mối quan hệ với kiến thức và thái độ LMAT, những phụ nữ có học vấn cao hơn thì cũng có kiến thức, thái độ về LMAT tốt hơn. Tại Sierra Leone, có tới 65% phụ nữ không biết DHHH nào, tập trung ở nhóm có học vấn thấp [85]. Kết quả tương tự tại nhiều quốc gia khác như Ấn Độ [101], Bangladesh [110], Gambia [129], Lào [30], Campuchia [111].

Các NC tại Việt Nam cũng cho các kết quả tương tự [19] [20] [21] [44]. Ví dụ, NC tại 3 tỉnh cho thấy, phụ nữ có trình độ trung học phổ thông có các chỉ số CSTS cao hơn phụ nữ mù chữ: cao hơn 3, lần về tỷ lệ biết ít nhất 3 lợi ích của đẻ tại CSYT (61,8% so với 16,7%); cao hơn 2 lần trong tỷ lệ trả lời đúng 3 ý liên quan đến thái độ CSTS (98% so với 42%); cao hơn 2,3 lần trong tỷ lệ có kiến thức đúng về khám thai (89,1% so với 39,5%) [44].

Đối với hành vi LMAT, nhiều NC tổng quan cũng cho thấy, trình độ học vấn của phụ nữ cũng ảnh hưởng lớn tới tình trạng sử dụng dịch vụ CSTS và đẻ tại CSYT, trong đó, những phụ nữ được học hành có xu hướng đi khám thai nhiều hơn, đúng thời điểm và đẻ tại CSYT nhiều hơn. Tỷ lệ khám thai ≥ 1 trong thai kỳ của phụ nữ chưa bao giờ tới trường chỉ bằng $\frac{2}{3}$ so với phụ nữ học hết tiểu học và bằng $\frac{1}{2}$ so với phụ nữ học từ trung học phổ thông trở lên [168]. Tỷ lệ đẻ tại nhà của phụ nữ chưa bao giờ tới trường luôn cao hơn nhiều lần so với các phụ nữ có học vấn cao hơn [105] [106].

Tại Việt Nam, điều tra MICS 2011 và MICS 2014 cho thấy, các chỉ số thực hành LMAT của nhóm không bằng cấp kém hơn nhiều so với nhóm có trình độ trung học phổ thông: tỷ lệ không khám thai cao hơn 44 lần và 69 lần (57,4% so với 1,3% và 41,7% so với 0,6%); tỷ lệ đẻ tại nhà cao hơn 21,6 lần và 196 lần [42] [43]. Những phụ nữ không biết chữ tại Huế có tỷ lệ không sử dụng dịch vụ chăm sóc thai nghén kém hơn so với phụ nữ có trình độ trung học chuyên nghiệp trở lên: trong CSTS là 36,7% so với 22,8%; trong CSKS là 4% so với 0%; trong CSSS là 26,5% so với 15,8% [14].

Tuy nhiên, trình độ học vấn cao không đồng nghĩa với nhận thức và thực hành tốt về LMAT và ngược lại, có những người có trình độ học vấn thấp nhưng do được cập nhật thông tin về LMAT nên có nhận thức, thái độ và thực hành LMAT ở mức độ khá [30] [111] [129] [168]. Thực trạng này do khoảng trống về kiến thức LMAT trong các chương trình đào tạo và sự quan tâm cập nhật kiến thức về LMAT của phụ nữ.

**Kiến thức về LMAT và hành vi LMAT của mỗi cá nhân*

Các NC trên thế giới và tại Việt Nam đã chỉ ra, những phụ nữ có kiến thức về LMAT tốt hơn thì thực hành LMAT tốt hơn. Một NC tổng quan cho thấy, những phụ nữ không đến đẻ tại các CSYT cho rằng không cần thiết sử dụng dịch vụ này dao động trong khoảng từ 3% đến 71% tùy quốc gia [128]. Một số NC về CSSS tại Hà Nội cho thấy, những bà mẹ không đạt về kiến thức CSSS thì có hơn 7 lần nguy cơ không đạt về thực hành CSSS [31]. Tại Huế, những phụ nữ có kiến thức LMAT tốt hơn thì có hành vi LMAT tốt hơn như có tỷ lệ cao hơn 1,6 lần trong sử dụng dịch vụ CSTS; cao hơn gần 3 lần trong sử dụng CSSS [14].

Những phụ nữ thực hiện CSTS tốt thì có xu hướng thực hiện tốt CSKS và CSSS cũng được ghi nhận ở quốc gia. Số liệu của WHO cho thấy, những phụ nữ sử dụng ≥ 1 khám thai trong thai kỳ có tỷ lệ đẻ có hỗ trợ của CBYT cao hơn 5,7 lần tại khu vực Cận Sahara, 5,5 lần tại khu vực châu Á, 2,4 lần tại khu vực Mỹ Latinh [168].

Mặt khác, có những người có nhận thức về LMAT tốt nhưng chưa chắc đã thực hiện các hành vi về LMAT. Một NC cho thấy, có 80,6% phụ nữ cho rằng đẻ tại nhà là nguy hiểm, 79,6% biết các địa điểm đẻ an toàn, nhưng 66,8% vẫn đẻ tại nhà [110]. Thực trạng này có thể do nhận thức chưa đầy đủ về LMAT, cũng như các rào cản từ văn hóa, tập tục, sự hỗ trợ của gia đình và từ dịch vụ y tế. Vì vậy, nâng cao liên tục nhận thức về LMAT cho bà mẹ, huy động sự hỗ trợ của gia đình, cộng đồng được nhận định là những giải pháp cốt lõi trong tăng cường LMAT ở các quốc gia [126].

** Khả năng sử dụng ngôn ngữ:*

Khả năng sử dụng ngôn ngữ được sử dụng phổ thông trong xã hội tại địa bàn sinh sống được xác định là một rào cản ảnh hưởng tới kiến thức, thái độ và hành vi LMAT. Điều này làm hạn chế sự giao tiếp, trao đổi thông tin của họ với cộng đồng, trong đó có các vấn đề về LMAT. Rào cản về ngôn ngữ đã được xác định ở nhiều NC tại các quốc gia cũng như ở Việt Nam, đặc biệt là ở các cộng đồng DTTS. Riêng các nước khu vực Đông Nam Á, số ngôn ngữ đang được sử dụng tại mỗi quốc gia dao động từ 20 (Singapo) đến 700 (Indonesia) [145]. Nhiều giải pháp can thiệp cũng đã được thực hiện ở nhiều cộng đồng để khắc phục khó khăn này [59] [136] [137] [127]. Tại Việt Nam, tình trạng phụ nữ DTTS sử dụng không thành thạo tiếng phổ thông được chỉ ra ở nhiều NC, phổ biến là dân tộc Dao, H'mông [24] [53] [97].

** Các yếu tố khác:* Một số yếu tố cá nhân khác của người mẹ cũng được xác định có liên quan tới vấn đề LMAT như: nghề nghiệp, tuổi sinh con, khoảng cách sinh và tình trạng hôn nhân; trong đó nghề nghiệp có mối liên quan chặt hơn [126].

1.3.2. Các yếu tố từ cấp độ gia đình và cộng đồng

Gia đình và cộng đồng được xem là hai thành tố quan trọng trong môi trường sống của người phụ nữ, chi phối tới nhận thức, thái độ và hành vi trong chăm sóc thai nghén và sinh nở của họ. Việc thực hiện hành vi của người phụ nữ trong chăm sóc thái

ngén và sinh nở đều phụ thuộc rất lớn vào sự hỗ trợ của gia đình và cộng đồng [126] [124] [125]. Sự chi phối này được xem xét ở nhiều góc độ: vị thế của người phụ nữ, sự hỗ trợ của chồng và gia đình, khả năng kinh tế của gia đình; các yếu tố tập tục, tín ngưỡng, tôn giáo của cộng đồng, các thiết chế truyền thống - dòng họ và làng.

** Chồng và các thành viên gia đình:*

Các NC tổng quan đã nhận định: phụ nữ trong thời kỳ thai nghén dễ tổn thương hơn bao giờ hết và nếu không có sự hỗ trợ từ phía gia đình, cộng đồng thì các thai phụ rất khó khăn trong thực hiện được các hành vi về LMAT [164] [170]. Có rất ít NC trên thế giới và tại Việt Nam tìm hiểu về vai trò của người chồng và gia đình trong mối liên quan tới kiến thức, thái độ, hành vi LMAT của phụ nữ. Nhưng các thông tin hiện có cho thấy, sự ảnh hưởng của người chồng và gia đình lên hành vi LMAT của phụ nữ thể hiện ở 3 góc độ:

Thứ nhất là, chi phối việc chi trả cho các dịch vụ chăm sóc thai nghén. Các NC cho thấy, ở nhiều quốc gia, phụ nữ không thể tự quyết về việc sử dụng DVYT và chi trả cho các dịch vụ này mà phải xin phép chồng hay mẹ chồng [75] [126] [144].

Thứ hai là, chi phối các quyết định đi khám thai, chọn nơi sinh. Tại Mali, có 92% người chồng cho rằng họ và gia đình quyết định việc đi khám thai và 90% quyết định nơi đẻ [92]; tại Somali, 27% chồng và gia đình việc quyết định nơi đẻ [131] và tỷ lệ này tại Lào là 32% [171]. NC tổng quan ở 24 nước cho thấy, chồng/gia đình chồng không cho đi là 1 trong 9 rào cản khiến phụ nữ không đến CSYT đẻ [128]. Kiến thức của người chồng được cho là hạn chế: tại Mali, 20% người chồng không biết số lần cần khám thai trong thai kỳ, 61% cho rằng khám sau sinh là không cần thiết [92].

Thứ ba là, coi việc mang thai, sinh nở là của phụ nữ, không quan tâm tới việc hỗ trợ người vợ trong chăm sóc thai nghén, sinh đẻ. Một NC tại châu Phi đã cho thấy, nhiều người chồng nhận thấy tầm quan trọng của chăm sóc thai nghén tại CSYT nhưng hầu hết không tham gia tích cực vào việc CSSK cho vợ, trừ khi có biến chứng xảy ra; dưới 1/4 nam giới đã từng đi cùng vợ để khám thai hay CSSS tại CSYT. Các rào cản chính của vấn đề được xác định là: 1) Cho rằng chăm sóc thai nghén là việc của phụ nữ; 2) Cho rằng những người đàn ông đi cùng vợ để chăm sóc thai nghén là

đang bị các bà vợ của họ thống trị; 3) Chi phí đi lại cao nên không đi cùng để giảm chi phí [76]. Nghiên cứu tại Nepal cho thấy, sự cải thiện trong thảo luận với chồng trong về SKSS đã làm tăng tỷ lệ sử dụng dịch vụ khám thai và đẻ tại CSYT [75].

Tại Việt Nam, với ảnh hưởng của nền văn minh lúa nước, văn hóa làng xã truyền thống và xã hội phụ quyền phương Đông nhưng rất hiếm nghiên cứu có phân tích về mối liên quan giữa người chồng, gia đình và hành vi LMAT của phụ nữ. Trong số này, một NC về ảnh hưởng của gia đình và cộng đồng đến việc sinh con và chăm sóc thai nghén, cũng đã xác định mối liên quan giữa tỷ lệ khám thai đủ 3 lần thấp với vai trò thụ động của người chồng; thiếu thông tin hỗ trợ của gia đình, họ hàng [18]. Ngoài ra, vấn đề này chỉ được nhìn nhận qua thông tin định tính trong một số nghiên cứu tại cộng đồng DTTS [24] [26] [53]. Trong đó, dân tộc H'mông được cho là có chế độ phụ quyền khá hà khắc và người chồng chi phối mọi mặt trong gia đình, bao gồm các quyết định về CSSK khi vợ, con ốm đau [26] [36]. Một NC xã hội học tại cộng đồng dân tộc H'mông ở tỉnh Sơn La gần đây cho thấy, người chồng ít quan tâm tới vấn đề chăm sóc thai nghén của vợ [22].

Một số NC cũng xác định được mối liên quan giữa học vấn của chồng và hành vi chăm sóc thai nghén của vợ họ: ví dụ tại Sudan, những phụ nữ có chồng có học vấn từ tiểu học trở xuống không đi khám thai cao hơn 3,1 lần so với những phụ nữ mà chồng có trình độ học vấn cao hơn [58]. Một NC tại Phú Thọ, Việt Nam đã chỉ ra, nam giới có học vấn càng cao thì có kiến thức về LMAT tốt hơn và tham gia hỗ trợ vợ trong chăm sóc thai nghén tốt hơn: nam giới có trình độ trung học cơ sở có tỷ lệ đưa vợ đi đẻ cao gấp 7,8 lần so với nam giới có trình độ tiểu học trở xuống. Tỷ lệ nam giới là dân tộc Kinh có tỷ lệ đưa vợ đi đẻ cao gấp 4 lần nam giới dân tộc khác [37].

** Khả năng kinh tế của gia đình:*

Khả năng kinh tế trong chi trả dịch vụ của các gia đình là một rào cản lớn khác đối với hành vi sử dụng dịch vụ LMAT của người dân, đặc biệt là đối với người nghèo. NC tổng quan tại 24 quốc gia cho thấy, chi phí dịch vụ cao là nguyên nhân đứng thứ 2 khiến các bà mẹ không đến sinh tại CSYT (chiếm 17,5%). Tỷ lệ này tính chung và tính cho nhóm nghèo cao nhất ở khu vực châu Á (với 23,3% và 30,9%), tiếp

đến là châu Phi (16,2% và 18,7%) và khu vực Mỹ - Latinh (11,6% và 13,5%) [128]. Các NC tổng quan khác về rào cản này trong việc tiếp cận dịch vụ chăm sóc trước sinh, khi sinh và sau sinh đều có nhận định tương tự [105] [106].

Tại Việt Nam, Điều tra MICS 2011 và MICS 2014, cho thấy có sự khác biệt lớn trong hành vi sử dụng dịch vụ LMAT giữa 20% bà mẹ nghèo nhất và 20% bà mẹ giàu nhất lần lượt là: có tỷ lệ không khám thai cao gấp 20 lần và 59,6 lần; có tỷ lệ đẻ tại nhà cao gấp 30 lần và 27 lần [43] [42]. Lý do không đi khám thai, không đẻ tại CSYT do không có tiền cũng đã được đề cập ở một số NC [19] [20] [21] [83].

** Các yếu tố về văn hóa, tập tục, tín ngưỡng của cộng đồng*

Các quan niệm truyền thống và việc thực hiện theo các giá trị, tập tục truyền thống được đánh giá có ảnh hưởng rất lớn tới công tác LMAT ở các quốc gia trong đó có Việt Nam [93] [123]. Các yếu tố này chủ yếu ảnh hưởng tới thái độ và hành vi chăm sóc bà mẹ và trẻ sơ sinh.

Một số NC ở các nước và Việt Nam đã nhóm các tập tục thành 3 nhóm để phân tích mức ảnh hưởng khác nhau của các yếu tố này tới LMAT: 1) Nhóm tiêu cực, bao gồm các quan niệm và tập tục có hại cho sức khỏe bà mẹ và trẻ sơ sinh; 2) Nhóm tích cực, bao gồm các quan niệm và tập tục truyền thống có lợi cho CSSK của bà mẹ và trẻ sơ sinh; 3) Nhóm trung tính, bao gồm các niềm tin và tập tục không có hại và cũng không có lợi cho sức khỏe của bà mẹ và trẻ sơ sinh [87] [109].

Các NC đã nhấn mạnh về việc cần chú ý tới các quan niệm có hại trực tiếp tới sức khỏe bà mẹ và trẻ sơ sinh như: quan niệm lý giải các tai biến sản khoa là do sự tác động của các yếu tố siêu nhiên, là hệ quả của hành vi ứng xử sai trái của phụ nữ; coi sinh đẻ là sự thử thách đối với phụ nữ và việc tìm kiếm sự hỗ trợ là thể hiện sự yếu hèn; quan niệm về thời điểm trở thành người thực sự của trẻ sơ sinh sau khi sinh; giải thích việc chảy máu khi đẻ là việc tốt vì đẩy máu xấu trong cơ thể của mẹ ra ngoài; niềm tin là phụ nữ có nhiều máu và có thể chảy trong nhiều ngày, ... [87] [109].

Tại Việt Nam, các quan niệm, tập tục ở nhóm này ở mức độ nhẹ hơn và tồn tại ở một số DTTS, trong đó có dân tộc H'mông. Ví dụ việc tin vào các yếu tố siêu nhiên để giải thích cho các ca đẻ khó dẫn tới việc tìm kiếm DVYT không kịp thời, quan

niệm trẻ mới đẻ chưa có hồn tạo ra tâm lý coi nhẹ sinh mạng trẻ sơ sinh khi chưa được gọi hồn, tập tục kiêng người lạ vào nhà làm cản trở việc tiếp cận của CBYT trong thăm khám sau sinh, ... [25] [34] [53] [83] [97]. Các quan niệm này khiến cho phụ nữ và gia đình họ tìm đến các tập tục truyền thống để giải quyết và sẽ làm chậm trễ quyết định tìm đến CSYT và làm tăng nguy cơ tử vong của bà mẹ và trẻ sơ sinh.

Một số quan niệm khác có tác động ở mức không nguy hiểm như quan niệm về e ngại về CBYT nam giới, tránh sự tiếp xúc với người lạ khi mang thai, ... được ghi nhận ở nhiều NC trong và ngoài nước. Nhóm yếu tố này được cho rằng cần có giải pháp thỏa hiệp để vừa đảm bảo dịch vụ được cung cấp và phù hợp về văn hóa [128].

Một số DTTS tại Việt Nam còn có những quan niệm, tập tục đặc thù được xác định là rào cản trong việc tiếp cận dịch vụ LMAT của cộng đồng, ví dụ như việc thực hiện các thủ tục tín ngưỡng khi gia đình có phụ nữ sinh, tập tục chôn nhau của trẻ sơ sinh trong nhà của người H'mông; tập tục cần bếp lửa bên cạnh khi sinh của người Thái; việc không quen với tư thế đẻ tại bệnh viện. Các NC cũng đã chỉ ra, ở một số tộc người như người H'mông, người Thái, người vợ đã quen với việc chồng ở bên cạnh khi vợ vượt cạn (tỷ lệ báo cáo khoảng trên 80%) nên việc không có chồng ở bên cạnh khi đẻ ở CSYT khiến người phụ nữ lo lắng và không muốn đến đẻ tại các CSYT. Điều này được cho rằng cần điều chỉnh trong cung cấp dịch vụ tại các CSYT [53] [83] [97].

Các niềm tin và tập tục được cho rằng có sức sống khá mạnh mẽ do sự ăn sâu trong nhận thức của cộng đồng và khó chứng minh được tính đúng/sai trong thực tế, vì vậy, việc giải quyết các niềm tin, tập tục tiêu cực được cho rằng là thách thức lớn của các nước đang phát triển [72] [87] [126]. Các bà mẹ và thành viên trong gia đình được xác định đóng vai trò quan trọng trong việc củng cố niềm tin và việc thực hiện các tập tục. Trình độ giáo dục và nhận thức về CSSK được cho là tác động tích cực nhất đối với những niềm tin và việc thực hiện các tập tục [127].

** Các thiết chế xã hội truyền thống:*

Tổ chức Y tế thế giới cho rằng vấn đề CSSK của bà mẹ và trẻ sơ sinh chịu sự tác động đa dạng của nhiều nhóm ảnh hưởng tại cộng đồng nên cần có cách tiếp cận tổng hợp để hiểu rõ cơ chế tác động của các yếu tố này nhằm huy động sự hỗ trợ tối đa

từ gia đình, các thiết chế xã hội truyền thống, các tổ chức xã hội và chính quyền [164]. Việc huy động những người có uy tín tại cộng đồng được WHO coi là giải pháp quan trọng trong tăng cường LMAT tại các cộng đồng từ những năm 1990s đến nay [169] [170].

Nhiều NC đã tìm hiểu về vai trò của những người có uy tín tại cộng đồng này trong các vấn đề CSSK bà mẹ và trẻ em, cũng như đánh giá kết quả của việc huy động họ tham gia vào các hoạt động tăng cường LMAT tại cộng đồng. Có NC cho thấy, sự tham gia của lãnh đạo cộng đồng truyền thống như tộc trưởng, già làng đã đưa lại tác động tích cực tới việc sử dụng các dịch vụ LMAT của phụ nữ [82]. Vai trò của bà đỡ dân gian đã được đánh giá tích cực ở nhiều quốc gia [86]. Ví dụ, tại Nigeria, khoảng 6/10 phụ nữ cho rằng các bà đỡ dân gian có kiến thức và kỹ năng thích hợp để chăm sóc cho họ, 7/10 phụ nữ đã hài lòng với sự hỗ trợ của các bà đỡ với các lý do chính như ít chi phí hơn, phù hợp với văn hóa của họ và thân thiện hơn CBYT [117].

Các thiết chế xã hội truyền thống tại Việt Nam cũng là yếu tố có tác động tới vấn đề LMAT của các cộng đồng. Văn hóa làng xã là một đặc trưng văn hóa gắn chặt với lịch sử phát triển của dân tộc Việt Nam. Làng truyền thống của người Việt tương đương với bản/buôn truyền thống của các DTTS. Trong làng truyền thống, bộ máy tự quản của làng/bản và dòng họ là các thiết chế xã hội truyền thống có sự chi phối lớn tới các gia đình. Ngày nay, bộ máy tự quản của làng đã được thay bằng các chức vụ quản lý do nhà nước quy định và do dân bầu như trưởng/phó bản. Tại cộng đồng DTTS, ngoài các chức vụ trên, linh hồn của bản còn có một số người có uy tín cao như già làng, thầy cúng, thầy lang, bà đỡ dân gian. Họ có tiếng nói quan trọng trong các hoạt động của bản/buôn, trong đó có các vấn đề về thai nghén và sinh đẻ [1] [38] [55].

Dòng họ là thiết chế xã hội truyền thống được cho rằng có ảnh hưởng lớn trong cộng đồng. Đây là tổ chức của những gia đình cùng huyết thống. Sự chi phối của dòng họ với các gia đình thành viên ở nhiều khía cạnh như: thực thi các nghi lễ tâm linh trong thờ cúng tổ tiên, hỗ trợ các sự kiện hiếu, hỷ, sinh đẻ của gia đình, thực hiện vai trò hòa giải trong họ và giữa họ với các họ khác. Vai trò của dòng họ mạnh hơn trong các tông tộc thờ cúng tổ tiên trong vòng 4-5 đời [55]. Đối với một số DTTS, vai trò

dòng họ còn lớn hơn khi có vai trò tổ chức di cư các gia đình trong họ tới các vùng đất mới, đặc biệt là dân tộc H'mông [1] [38] [55].

Vai trò quan trọng của gia đình, dòng họ và làng/bản được nhà NC Đặng Nghiêm Vạn tổng kết là "Điều đáng sợ nhất ở từng cá nhân là bị gia đình, dòng họ khinh rẻ, bị làng nước bỏ" [55]. Tuy nhiên, vai trò của dòng họ và làng/bản mới chỉ được phân tích và xác định trong các thông tin định tính; hiện chưa có NC nào chỉ ra ảnh hưởng các yếu tố này trong các hoạt động tăng cường LMAT tại cộng đồng.

Có thể nói, các yếu tố từ góc độ gia đình và cộng đồng đã tạo nên các bối cảnh văn hóa đa dạng trong tác động tới vấn đề LMAT của cộng đồng. Các kết quả NC tổng quan đã nhận định, các yếu tố văn hóa tại cộng đồng có ý nghĩa rất quan trọng đối với vấn đề về LMAT của cộng đồng; huy động được sự tham gia của cộng đồng sẽ bù đắp được khoảng trống của hệ thống y tế trong quá trình giảm TVM [141]. Vì vậy, cần phải tìm hiểu đầy đủ trong bối cảnh của cộng đồng và giải quyết các vấn đề về LMAT một cách phù hợp nhất trong điều kiện của cộng đồng [74] [96] [132].

1.3.3. Các yếu tố từ cấp độ hệ thống dịch vụ y tế:

**** Sự sẵn có và khả năng tiếp cận về địa lý***

Sự không sẵn có của dịch vụ LMAT tại cộng đồng là một rào cản khi các phụ nữ mong muốn tiếp cận dịch vụ. Lý do không đi khám thai do xa CSYT của các bà mẹ tại Mali là 9% [92], tại tỉnh Khăm Muôn và Chăm Pa Sắc của Lào là 48,0% và tại tỉnh Xiêng Khoảng là 71,3% [171], tại Sudan là 12,4% [58]. Lý do không đi khám thai do không có phương tiện đi lại của các bà mẹ Somali là 22% [131].

Xa CSYT hay khó khăn trong tiếp cận CSYT cũng là lý do để tại nhà của phụ nữ ở các quốc gia trên toàn cầu. Lý do này tại Bolivia là 21% [118], tại Somali là 38,4% [131]. Các NC định tính tại Kenya, Pakistan cho kết quả tương tự [107] [114]. Đặc tính sinh sống biệt lập trong các vùng hẻo lánh được ghi nhận là đặc trưng của nhiều tộc người ở nhiều quốc gia và khuyến cáo cần có giải pháp cung cấp dịch vụ phù hợp để tăng tỷ lệ sử dụng dịch vụ LMAT của các cộng đồng này [126].

** Chất lượng dịch vụ và thời gian phục vụ:*

Chất lượng dịch vụ là một lý do quan trọng khiến phụ nữ và người nhà của họ không sử dụng dịch vụ tại các CSYT. Kết quả NC tổng quan cho thấy, tỷ lệ chung của toàn cầu về lý do này là 3,2% và 2,2% ở nhóm phụ nữ nghèo. Tỷ lệ này cao nhất ở khu vực Mỹ - Latinh (7,9% và 6,2% cho mỗi nhóm), tiếp theo là khu vực châu Á (với 3,1% và 2,2%), châu Phi (với 2,3% và 1,7%) [128].

Cơ sở y tế không hoạt động vào thời gian phù hợp cũng là lý do khiến phụ nữ không tiếp cận được với dịch vụ. Lý do này đứng thứ 5 trong các lý do khiến phụ nữ không đến đờ tại CSYT trên toàn cầu, đặc biệt là khu vực Mỹ Latinh (với 8% trong nhóm phụ nữ chung và 9,4% trong nhóm phụ nữ nghèo) và các quốc gia châu Phi (với 5,2% trong nhóm phụ nữ chung và 5,6% trong nhóm phụ nữ nghèo) [128].

** Các yếu tố về ngôn ngữ và văn hóa trong cung cấp dịch vụ*

Sự tác động của văn hóa cộng đồng tới việc tiếp cận DVYT đã được khẳng định như là một quy luật của xã hội. Các NC tổng quan về vấn đề này đã nhận định: đang có sự lệch pha giữa văn hóa cộng đồng và các quy định trong cung cấp DVYT phổ biến ở các quốc gia và làm cản trở cộng đồng tiếp cận và sử dụng dịch vụ LMAT. Vì vậy, việc tìm hiểu các đặc trưng văn hóa để cung cấp dịch vụ phù hợp với cộng đồng là việc làm cần thiết ở các quốc gia [72] [74].

Khác biệt về ngôn ngữ được xác định là rào cản về đảm bảo chất lượng và an toàn trong CSSK. Việc không thành thạo ngôn ngữ được sử dụng tại các CSYT không chỉ tiềm ẩn nguy cơ về thực hiện sai các y lệnh mà còn khiến người dân không tiếp cận dịch vụ do e ngại bị coi thường [119]. Rào cản được ghi nhận ở nhiều quốc gia. Một NC can thiệp về vấn đề này và đã chỉ ra tính hiệu quả của nó trong cung cấp dịch vụ [137]. Nhiều quốc gia đã đào tạo bà đỡ dân gian để hỗ trợ trong cung cấp DVYT vì họ tương đồng về văn hóa và ngôn ngữ với cộng đồng. Định hướng này được cho rằng cần duy trì cho tới khi cộng đồng chấp nhận và sử dụng dịch vụ tại các CSYT [102].

Việc sắp xếp NVYT không phù hợp về giới trong cung cấp dịch vụ cũng là một rào cản với các phụ nữ trong sử dụng dịch vụ. Số liệu điều tra tại 24 quốc gia đã cho thấy việc các NVYT là nam khám cho các bệnh nhân nữ là một trong 7 lý do chính

khuyến họ không đẻ tại CSYT, cao nhất ở khu vực Mỹ - Latinh, tiếp đến là châu Á và châu Phi [128]. Vấn đề này cũng đã được nghi nhận ở nhiều quốc gia khác. NC tại tỉnh Khăm Muồn và Chăm Pa Sắc của Lào cho thấy có tới 21,0% phụ nữ không đi khám thai vì xấu hổ ; lý do này tại tỉnh Xiêng Khoảng 74,3% [171]. Tại Somali, có 45,3% phụ nữ e ngại về việc NVYT nam đỡ đẻ nên đã không đến đẻ tại các CSYT [131], 45,3% khó chấp nhận NVYT là nam đỡ đẻ cho họ [73]. Trong NC tại Pakistan, trong các lý do đẻ tại nhà có 16,2% do không thấy dịch vụ thích hợp [114].

Tại Việt Nam, rào cản về sự sẵn có của dịch vụ đã được chỉ ra ở nhiều NC. Khoảng cách quá xa và các bà mẹ không có phương tiện đi lại là những lý do chính cản trở phụ nữ DTTS đi khám thai và đẻ tại CSYT [20]. NC ở Tây Nguyên cho thấy 70% phụ nữ đi bộ đến TYT, 17% đi bằng xe đạp [12].

Một số NC đã cho thấy, tình trạng phụ nữ e ngại NVYT là nam giới khám và đỡ đẻ đã được xác định tại cộng đồng DTTS tại nhiều địa phương [16] [53] [83]. Các NC tổng quan đã nhận định đó là một trong những lý do khiến phụ nữ DTTS không đi khám thai, đẻ tại CSYT [21] [20]. Tình trạng phụ nữ DTTS sử dụng không thành thạo tiếng phổ thông được chỉ ra ở nhiều NC, đặc biệt là những người lớn tuổi [24] [53] và là lý do phụ nữ DTTS không đến sử dụng các dịch vụ LMAT tại các CSYT [83].

Từ các thông tin được tổng quan trên thế giới và tại Việt Nam có thể nhận định, vấn đề CSTS, CSKS, CSSS chịu sự tác động phức tạp của các yếu tố ở các cấp độ từ cá nhân, liên cá nhân, tới gia đình, cộng đồng và xã hội trong những bối cảnh đa dạng về văn hóa ở các quốc gia và cộng đồng. Vì vậy, các vấn đề về LMAT sẽ đa dạng và khác biệt ở các cộng đồng. Sự hiểu biết đầy đủ về ngữ cảnh nêu trên được coi là rất quan trọng và cần thiết đối với các can thiệp tăng cường LMAT để có thể giải quyết các vấn đề trong các điều kiện cụ thể ở mỗi cộng đồng [96].

1.4. Các can thiệp tăng cường làm mẹ an toàn

1.4.1. Các chương trình can thiệp cộng đồng về làm mẹ an toàn

Các chương trình can thiệp tăng cường LMAT được tổ chức ở nhiều cấp độ, bao gồm các chính sách vĩ mô, các chính sách cải thiện chất lượng DVYT và các

chương trình cấp độ cộng đồng. Trong đó, các can thiệp cấp độ cộng đồng tiếp cận trực tiếp tới môi trường sống của phụ nữ và những yếu tố ảnh hưởng trực tiếp hoặc gián tiếp tới họ và có thể nhìn nhận qua các khía cạnh sau đây.

1.4.1.1. Nâng cao nhận thức cho phụ nữ

Nhận thức về LMAT là cơ sở cho việc thực hiện các hành vi LMAT của mỗi cá nhân. Tình trạng thiếu hụt kiến thức về LMAT ở phụ nữ phổ biến ở các quốc gia đang phát triển [127]. Nhiều giải pháp can thiệp tăng cường kiến thức, kỹ năng về LMAT cho phụ nữ trong độ tuổi sinh đẻ đã được thực hiện. Một số trong đó đã chứng minh được hiệu quả tác động tới các chỉ số về LMAT của cộng đồng.

Một NC can thiệp tăng cường đào tạo cho các bà mẹ về nhận thức và kỹ năng trong chăm sóc trẻ sơ sinh tại Nepal đã cho kết quả tích cực: tỷ suất TVSS của nhóm can thiệp là 26,2 so với 36,9 ở nhóm chứng; tỷ số TVM ở nhóm can thiệp là 69 so với 341 ở nhóm chứng [68]. Mô hình tăng cường GDSK cho phụ nữ KVNT tại Ấn Độ thông qua các hoạt động truyền thông nhóm nhỏ với các tờ rơi về các DHNH trong chăm sóc thai nghén, sinh đẻ và CSSS đã giúp tăng gấp đôi tỷ lệ đẻ tại CSYT, giảm tỷ lệ thai chết lưu và TVSS từ 38,7 và 43,3 xuống còn 25,5 và 29,1 [123]. Một số mô hình tăng cường kiến thức về các tai biến sản khoa thời kỳ mang thai và sinh đẻ tại Bangladesh đã tăng tỷ lệ khám thai từ 32% lên 80% và tăng tỷ lệ đẻ ở CSYT từ 1,7% lên 8,4% tùy từng khu vực [89]. Các mô hình đào tạo kiến thức, kỹ năng về chăm sóc thai nghén cho phụ nữ và chồng họ tại Trung Quốc và Campuchia cũng đã làm tăng các chỉ số tiếp cận dịch vụ khám thai, đẻ tại CSYT, thăm khám sau sinh [99] [130].

Có rất ít các NC can thiệp cấp độ cộng đồng được đo lường các tác động rõ ràng được thực hiện tại Việt Nam. Về tăng cường nhận thức về LMAT cho phụ nữ, hiện đã có một số can thiệp đã thực hiện và có kết quả rõ trong cải thiện kiến thức hành vi LMAT của phụ nữ. Trong chương trình can thiệp tăng cường LMAT tại 7 tỉnh trong giai đoạn 2006 - 2010, các chỉ số SCT đã được cải thiện là: Tỷ lệ khám thai ≥ 3 lần đã tăng từ 77,2% lên 84,8%; tỷ lệ đẻ tại CSYT tăng từ 81,2% lên 86,6%; tỷ lệ đẻ được CBYT đỡ tăng từ 83,5% lên 88,6%; tỷ lệ phụ nữ không biết một DHNH trong thời kỳ mang thai, chuyển dạ và sau đẻ giảm từ 7 đến 13 điểm % [9]. Mô hình can

thiệp tư vấn và CSSS tại nhà cũng đã tăng kiến thức và thực hành CSSS của bà mẹ sau can thiệp với tỷ lệ hiệu quả can thiệp là 37,2% và 39,9% [31].

1.4.1.2. Huy động sự tham gia hỗ trợ của các thành viên gia đình

Giai đoạn thai nghén được nhận định là thời kỳ khiến người phụ nữ dễ tổn thương nhất và luôn cần sự hỗ trợ từ mọi người, đặc biệt là từ chồng và gia đình [164] [170]. Tuy nhiên, thông tin từ các NC cho thấy, tình trạng lệ thuộc vào chồng và gia đình là phổ biến ở nhiều quốc gia [75] [125] [144] [169]; sự tham gia hỗ trợ của chồng trong chăm sóc thai nghén cho vợ rất hạn chế do các quan điểm tiêu cực về giới [76]. Vì vậy, Hội nghị quốc tế về Dân số và Phát triển năm 1994 đã nhấn mạnh và kêu gọi tăng cường sự tham gia của nam giới trong các hoạt động CSSKSS [169].

Cho đến nay, nhiều NC và chương trình can thiệp nhằm tăng cường sự tham gia của người chồng trong chăm sóc thai nghén cho vợ đã được thực hiện, tuy nhiên, đa số các NC đều tập trung về vấn đề KHHGD [125]. Dù vậy, một số can thiệp đã cho thấy hiệu quả của giải pháp này: Can thiệp tăng cường nhận thức về LMAT và vận động sự tham gia của chồng trong chăm sóc thai nghén cho vợ tại Nicaragua đã cải thiện đáng kể các chỉ số LMAT như: Tỷ lệ đi khám thai tăng từ 39% lên 64%; tỷ lệ đẻ tại CSYT tăng từ 45% lên 60%; tỷ lệ chăm sóc trẻ sơ sinh tăng từ 46% lên 78% [155]. NC tại Indonesia cũng cho kết quả tương tự, SCT, kiến thức và thực hành của các bà mẹ đã thay đổi so với địa bàn đối chứng: biết DHNH là 40,7% so với 16,4%; biết chảy máu trầm trọng là DHNH khi đẻ và sau đẻ là 38% và 35,5% so với 23,9% và 23,1%; tỷ lệ đẻ có CBYT đỡ là 69,8% so với 44,2% và đẻ tại CSYT là 9,1% so với 6,3% [84].

Một số NC tổng quan đã chỉ ra rào cản hạn chế nam giới tham gia hỗ trợ vợ chăm sóc thai nghén là dư luận tiêu cực của cộng đồng về việc này, xuất phát từ những quan niệm truyền thống của xã hội phụ quyền. Lãnh đạo cộng đồng cũng được nhận định là những người có tác động quan trọng tới dư luận và có thể thay đổi thái độ này của cộng đồng. Vì vậy, trong các chương trình can thiệp, sự tham gia của lãnh đạo cộng đồng là rất quan trọng trong việc huy động chồng của phụ nữ và thành viên gia đình tham gia vào hỗ trợ chăm sóc thai nghén cho phụ nữ [67] [98] [125].

Cùng với chồng, mẹ chồng là người trong gia đình có ảnh hưởng lớn tới hành vi LMAT của phụ nữ làm dâu trong gia đình. Một NC định tính tại Nepal đã cho thấy, các bà mẹ chồng có những ảnh hưởng tiêu cực nhiều hơn các ảnh hưởng tích cực tới việc chăm sóc thai nghén của con dâu họ, với các lý do lo con dâu không hoàn thành các công việc của gia đình và cho rằng việc chăm sóc thai nghén là không cần thiết. Những mẹ chồng có học thức và ở tầng lớp xã hội cao hơn thì ít định kiến hơn [62]. Tuy nhiên, rất hiếm NC can thiệp tăng cường LMAT có tác động tới nhóm mẹ chồng. Hiện có một NC can thiệp nhằm thay đổi thái độ, hành vi của mẹ chồng trong chăm sóc thai nghén đối với con dâu, tuy nhiên, NC này chưa đánh giá sau can thiệp [157].

Tại Việt Nam, bình đẳng giới trong lĩnh vực y tế là một chính sách quan trọng của ngành y tế [7], tuy nhiên, rất hiếm các can thiệp về vấn đề huy động chồng và gia đình hỗ trợ chăm sóc thai nghén cho phụ nữ được thực hiện và công bố. Trong dự án về tăng cường LMAT thuộc chu kỳ quốc gia 6 và 7 do UNFPA tài trợ đã có các hoạt động truyền thông về huy động sự tham gia của nam giới vào các hoạt động chăm sóc thai nghén của vợ họ. Kết quả cho thấy, nhận thức về LMAT của nam giới đã tăng rõ rệt và đã tham gia tích cực hơn trong hỗ trợ vợ về chăm sóc thai nghén [9] [18] [37].

Dòng họ và người có uy tín trong cộng đồng được đánh giá cao trong định hướng các hành vi của cộng đồng [1] [15] [55] nhưng chưa có NC nào sử dụng các yếu tố này trong can thiệp tăng cường LMAT tại cộng đồng. Tuy nhiên, việc huy động sự tham gia của chính quyền địa phương, thiết kế phù hợp với nhu cầu, lồng ghép các can thiệp vào hoạt động thường quy của địa phương, huy động sự tham gia của cộng đồng được coi là các yếu tố quyết định sự thành công của các chương trình [9] [45] [55].

1.4.1.3. Đào tạo bà đỡ dân gian

Chương trình đào tạo bà đỡ dân gian được đưa ra từ những năm 1990s nhằm bù đắp các khoảng trống về NLYT được đào tạo ở vùng khó khăn. Nhiều quốc gia đã thực hiện chương trình này trong những năm qua. Một NC tổng quan đã khẳng định chiến lược này làm gia tăng tỷ lệ CSTS tới 38% nhưng không tìm được mối liên quan tới việc giảm TVM. Bên cạnh đó các bà đỡ dân gian dù được đào tạo nhưng do hạn

chế về học vấn và ngôn ngữ nên khả năng tiếp thu kiến thức và kỹ năng ở mức thấp [60] [135]. Vì vậy, dù có những hạn chế, chương trình đào tạo các bà đỡ tiếp tục được nhiều quốc gia điều chỉnh và triển khai tại các vùng khó thu hút NVYT được đào tạo chuyên môn sản khoa chuyên nghiệp tới làm việc, đặc biệt là các vùng DTTS [86].

Mô hình đào tạo CĐTB là chính sách chủ yếu về huy động cộng đồng tham gia tăng cường LMAT tại cộng đồng ở Việt Nam. Để khắc phục hạn chế về khả năng nhận thức và học tập của các bà đỡ dân gian, chương trình đào tạo CĐTB từ các phụ nữ có học vấn từ trung học cơ sở trở lên đã được đưa vào thực hiện từ đầu thiên niên kỷ. Chương trình đào tạo của Bệnh viện Từ Dũ và dự án của UNFPA đã đào tạo được 1700 CĐTB từ 6 đến 18 tháng [69]. Hiệu quả của các CĐTB trong tác động tới các chỉ số TVM và TVSS chưa được đánh giá riêng song các NC đã khẳng định về sự đóng góp tích cực của các CĐTB trong việc tăng tỷ lệ sử dụng các dịch vụ LMAT và độ bao phủ về truyền thông về LMAT tới cộng đồng DTTS. Khả năng hiểu được ngôn ngữ, văn hóa và tín ngưỡng chính là chìa khóa cho các CĐTB tại Việt Nam hoạt động hiệu quả và kỳ vọng là chính sách cứu cánh cho việc cung cấp dịch vụ chăm sóc thai sản tuyến đầu cho các địa bàn khó khăn, có tỷ lệ đẻ tại nhà cao [8] [16] [69].

1.4.1.4. Mô hình hỗ trợ vận chuyển cấp cứu của cộng đồng

Mô hình hỗ trợ vận chuyển cấp cứu của cộng đồng được thành lập trên cơ sở các thành viên của cộng đồng nhằm hỗ trợ các gia đình đưa các bà mẹ tới các CSYT kịp thời ở các địa bàn giao thông khó khăn. Ví dụ, mô hình xe máy cấp cứu tại Sierra Leone 130 người [88]; mô hình quỹ nhiên liệu khẩn cấp của Nigeria [134]; mạng lưới cấp cứu liên kết giữa cộng đồng và CSYT tại Ấn Độ. Một NC tổng quan về mô hình huy động cộng đồng trong cấp cứu sản khoa khẩn cấp toàn cầu đã cho thấy, các can thiệp này tuy không rõ ràng về giảm MMR nhưng đã làm giảm TVSS, trong đó, ảnh hưởng lớn nhất ở Ấn Độ (OR=0,48; 95% CI 0,34-0,68) [81].

Tại Việt Nam, mô hình này chưa được nghiên cứu triển khai, dù nhiều KVMN rất khó khăn trong vận chuyển cấp cứu các sản phụ. Việc hỗ trợ các sản phụ vượt qua khó khăn này đang dựa trên sự giúp đỡ tự nguyện của người thân và hàng xóm của sản

phụ. Tuy nhiên, mô hình “Nhà chờ đẻ” đã được thử nghiệm tại một số địa phương nhằm tăng cường cơ hội tiếp cận CSYT cho các sản phụ khi gần đến ngày sinh [23].

1.4.1.5. Chương trình can thiệp hỗn hợp

Nhiều chương trình can thiệp đã sử dụng nhiều "nhân tố ảnh hưởng" để tác động vào các nhóm có ảnh hưởng trực tiếp hoặc gián tiếp tới kiến thức, thái độ và hành vi chăm sóc thai nghén và sinh đẻ, khắc phục các rào cản như: vận động sự tham gia của chính quyền, cộng đồng và các gia đình; cung cấp dịch vụ phù hợp với văn hóa của cộng đồng; kết hợp truyền thông nhóm và TTĐC tại cộng đồng [84] [132].

Đã có nhiều NC có kết quả tác động tích cực đến các chỉ số LMAT của cộng đồng. Tại Burkina Faso, các CSYT đã cùng các tổ chức phi chính phủ vận động chính quyền và bà đỡ để truyền thông và huy động cộng đồng thông qua ủy ban quản lý sức khỏe thôn để bàn và thực hiện các giải pháp tăng cường LMAT như công tác vận chuyển cấp cứu sản phụ, quỹ hỗ trợ khẩn cấp các trường hợp cấp cứu bà mẹ và trẻ em, truyền thông tại cộng đồng. Kết quả là: tỷ lệ phụ nữ nhận biết được DHNH trước sinh, khi sinh và sau sinh đều tăng lên đáng kể so với nhóm không tiếp cận; tỷ lệ khám thai ≥ 4 lần tăng từ 21% lên 44%; tỷ lệ đẻ có CBYT đỡ tăng từ 39% lên 58% [84].

Mô hình huy động sự tham gia của chính quyền, bà đỡ truyền thống trong vận động và hỗ trợ các gia đình tại Pakistan đã có thay đổi đáng kể giữa các thôn can thiệp và thôn đối chứng về tỷ suất TVSS (giảm từ 57,3 xuống 41,3), về tỷ lệ sinh con tại nhà (giảm từ 79% xuống còn 65%) [172].

Mô hình của Guatemala đã huy động chính quyền và người dân cùng thảo luận để tìm ra các rào cản trong công tác LMAT tại cộng đồng, bao gồm các vấn đề về không phù hợp về văn hóa và chất lượng dịch vụ, phương tiện đi lại, sự chuẩn bị cho việc mang thai, sinh đẻ, ... Các gia đình được truyền thông và hướng dẫn các cách thức xử trí với các vấn đề vướng mắc; DVYT tại cộng đồng cũng được điều chỉnh phù hợp với văn hóa cộng đồng. Kết quả là, kiến thức về LMAT của phụ nữ và nam giới tăng đáng kể, đặc biệt là tỷ lệ phụ nữ và nam giới biết dấu hiệu chảy máu trầm trọng của nhóm tiếp cận và nhóm không tiếp cận là 66% so với 31% và 51% so với 22%; tỷ lệ

phụ nữ cho rằng nên khám sau sinh là 93% so với 72%; tỷ lệ phụ nữ đã chuẩn bị cho việc sinh đẻ là 35% so với 12%; tỷ lệ đẻ tại CSYT là 55% so với 31% [84].

Mô hình của Bangladesh đào tạo các NVYT cộng đồng và các cộng tác viên hành động vì cộng đồng để truyền thông và cung cấp dịch vụ tại nhà đã làm tỷ lệ sử dụng dịch vụ chăm sóc thai nghén tại CSYT đã tăng lên gấp 6 lần [156].

Mô hình tại Indonesia đã huy động sự tham gia của chồng giúp đỡ vợ trong thời kỳ thai nghén, vận động đồng đồng hỗ trợ cấp cứu thai phụ, đào tạo chuyên môn sản khoa bà đỡ dân gian để hỗ trợ các phụ nữ tại cộng đồng, truyền thông cho phụ nữ và cộng đồng các kiến thức về thai nghén và sinh đẻ. Kết quả là kiến thức về LMAT của phụ nữ tăng đáng kể, đặc biệt là tỷ lệ phụ nữ biết dấu hiệu chảy máu khi mang thai của nhóm tiếp cận và nhóm không tiếp cận là 41% so với 16%; tỷ lệ biết dấu hiệu chảy máu trong thời kỳ sau đẻ là 29% và 10%; tỷ lệ đẻ có hộ sinh đỡ là 34% so với 18%; tỷ lệ đẻ tại nhà là 49% so với 72%; tỷ lệ đẻ tại CSYT tăng từ 6% lên 9% [84].

Mô hình can thiệp tại Trung Quốc đã cải thiện chất lượng dịch vụ phù hợp với văn hóa cộng đồng và điều chỉnh cách thức làm việc của bác sĩ theo phong cách của bà mẹ vườn để cung cấp dịch vụ và truyền thông cho phụ nữ và gia đình phù hợp với văn hóa của cộng đồng. Kết quả là, tỷ lệ khám thai trong 3 tháng đầu tăng 12%; tỷ lệ đẻ tại bệnh viện tăng 22,5; MMR giảm từ 91,8 xuống còn 60 [100].

Một NC tổng quan về mô hình can thiệp theo các gói trong CSKS chu sinh tại cộng đồng đã có ảnh hưởng đáng kể đến tử vong sơ sinh và chu sinh [132].

Có thể thấy, các can thiệp cấp cộng đồng, với tiếp cận dựa trên văn hóa đã huy động sự tham gia của các bên liên quan tại cộng đồng nhận thức và khắc phục các rào cản, cải thiện các dịch vụ MAT phù hợp với bối cảnh cộng đồng. Các NC tổng quan cũng đã nhận định, các can thiệp tại cộng đồng là cầu nối quan trọng giữa cộng đồng và các CSYT, trong đó, để thành công thì sự tham gia của chính quyền và lãnh đạo cộng đồng có ý nghĩa quan trọng trong vận động cộng đồng [125] [132] [142].

1.4.2. Các can thiệp thay đổi kiến thức, thái độ, hành vi về làm mẹ an toàn cho dân tộc H'mông

Cho đến nay, rất ít các chương trình can thiệp về tăng cường LMAT cho dân tộc H'mông có đánh giá kết quả và công bố. UNFPA đã nhận định, hiện nay khan hiếm dữ liệu về cả định tính và định lượng về SKSS của các DTTS do các khó khăn trong triển khai NC trong khu vực này [154].

Chúng tôi chỉ tìm thấy 1 NC can thiệp về LMAT đối với phụ nữ H'mông tại Mỹ. Can thiệp này nhằm xử lý vấn đề về sự lo sợ của phụ nữ H'mông về việc khám trước sinh tại CSYT, đặc biệt là khám vùng chậu. Đã có 61% phụ nữ H'mông xấu hổ, lo sợ và không hợp tác về việc này và 37% chồng của họ phản đối. NC đã sử dụng các biện pháp can thiệp là: 1) sử dụng các nữ hộ sinh nghe nói được tiếng H'mông đảm nhận các công việc đăng ký và tiếp đón các phụ nữ H'mông đến khám và họ cũng là người trực tổng đài hỗ trợ về phiên dịch cho các NVYT khác khi cần thiết; 2) một đoạn phim ngắn bằng tiếng H'mông đã được xây dựng để giải thích về quy trình kỹ thuật và lý do của việc phải thực hiện nhằm giải đáp các lo ngại của phụ nữ H'mông và chồng của họ về các công việc này. Kết quả cho thấy, sự chấp nhận các kỹ thuật thăm khám của phụ nữ H'mông đã tăng lên đáng kể: Tỷ lệ phụ nữ H'mông chấp nhận khám vùng chậu tăng từ khoảng 40% năm 1988 (trước khi can thiệp) và ở nhóm không tiếp cận với can thiệp (1992) lên 100% (ở nhóm can thiệp năm 1992); tỷ lệ chấp nhận xét nghiệm máu tăng từ 70% năm 1988 và 60% ở nhóm không tiếp cận với can thiệp (1992) lên gần 90% (ở nhóm can thiệp năm 1992). Sự thành công của can thiệp được cho rằng là đóng góp của cách tiếp cận phù hợp về văn hóa và phù hợp về trình độ nhận thức đối với dân tộc H'mông [103].

Tại Việt Nam, với sự quan tâm của Đảng, Quốc hội và Chính phủ, Việt Nam đã triển khai nhiều dự án tăng cường LMAT tại nhiều khu vực trên toàn quốc, tuy nhiên, chưa có chương trình can thiệp nào được thiết kế riêng cho dân tộc H'mông. Các dự án gần đây nhất có các hoạt động can thiệp tại cộng đồng có dân tộc H'mông sinh sống đông nhưng cũng không có các can thiệp thiết kế riêng và đánh giá tác động riêng cho

dân tộc H'mông như: dự án cải thiện sức khỏe bà mẹ và trẻ sơ sinh tại tỉnh Điện Biên, dự án đào tạo CĐTĐB tại Hà Giang [16], dự án nhà chờ đẽ tại Cao Bằng [23].

Có thể thấy, các can thiệp được thiết kế cho dân tộc H'mông chưa được quan tâm cho dù các chỉ số LMAT của dân tộc này đang ở mức kém nhất trong các DTTS. Các điều chỉnh nhằm hướng tới các DTTS nói chung và dân tộc H'mông nói riêng của các dự án mới chỉ dừng lại ở các hoạt động như sử dụng tiếng dân tộc trong tư vấn, sử dụng hình ảnh của dân tộc trong thiết kế các tài liệu truyền thông là chính.

1.5. Thông tin về địa bàn nghiên cứu

Sơn La là một tỉnh miền núi phía Tây Bắc của Việt Nam. Dân số của tỉnh là 1,2 triệu người thuộc 12 dân tộc; là 1 trong 5 tỉnh có dân tộc H'mông sinh sống đông nhất nước (chiếm 14,6% dân số tỉnh và 15% dân số H'mông toàn quốc). Sơn La là tỉnh thuộc diện đặc biệt khó khăn; tỷ lệ hộ nghèo là 34,8%; trình độ dân trí thấp, tỷ lệ người dân từ 15 tuổi trở lên mù chữ là 18%, chủ yếu tập trung ở các DTTS. Đây cũng là tỉnh có các chỉ số về LMAT kém nhất trong toàn quốc. Trong 3 cuộc điều tra về TVM và TVSS năm 2005-2006, năm 2007-2008 và năm 2013-2014, Sơn La luôn là 1 trong 3 tỉnh có MMR cao nhất trong các tỉnh điều tra [6] [10] [11].

Thuận Châu là huyện có 2 xã can thiệp của NC (xã Co Tòng và xã Pá Lông). Huyện nằm ở phía Tây Nam của tỉnh Sơn La với dân số 141.289 người thuộc 6 dân tộc chủ yếu: Kinh, Thái, H'mông, La Ha, Khơ Mú, Kháng; trong đó, 2 dân tộc đông nhất là dân tộc Thái (73%), dân tộc H'mông (11,2%) và cũng là 1 trong các huyện có dân tộc H'mông sinh sống đông nhất trong tỉnh. Thuận Châu là huyện khó khăn của tỉnh, với nguồn thu chủ yếu từ nông, lâm nghiệp; tỷ lệ hộ nghèo là 40% [47]. Thuận Châu là huyện có các chỉ số về LMAT kém nhất tỉnh Sơn La: tỷ lệ phụ nữ đẻ khám thai ≥ 3 lần chỉ đạt 20,5%, tỷ lệ đẻ tại CSYT đạt 43,4% và tỷ lệ đẻ có CBYT hỗ trợ chỉ đạt 67,4%.

Xã Co Tòng và xã Pá Lông của huyện Thuận Châu là 2 xã can thiệp của NC. Đây là 2 xã vùng III, cách trung tâm huyện 55 km, trong đó, dân số của xã Co Tòng là 2808 người, sinh sống ở 12 bản; dân số của xã Pá Lông là 2735 người, sinh sống ở 10 bản; tỷ lệ dân tộc H'mông của 2 xã là 99% [47].

Mường La là huyện có 2 xã được chọn làm địa bàn đối chứng của NC (xã Chiềng Ân và xã Chiềng Công). Huyện nằm phía Đông Bắc của tỉnh, cách thành phố Sơn La 42 km và cách huyện Thuận Châu 72 km. Dân số của huyện là 92.000 người thuộc 6 dân tộc: Thái, H'mông, Kinh, Kháng, Khơ Mú, La Ha; trong đó, đông nhất là dân tộc Thái (63,2%) và H'mông (16,9%). Mường La là huyện khó khăn của tỉnh, tỷ lệ hộ nghèo 42% [49]; các chỉ số về LMAT của huyện ở mức kém: tỷ lệ phụ nữ đẻ khám thai ≥ 3 lần là 49,4%, tỷ lệ đẻ tại CSYT đạt 48,8%, tỷ lệ đẻ có CBYT đỡ là 62,5%.

Xã Chiềng Ân và xã Chiềng Công của huyện Mường La là 2 xã đối chứng của NC, nằm ở phía Đông của huyện, cách trung tâm huyện 40 km. Tình hình kinh tế - xã hội và công tác LMAT khá tương đồng với 2 xã can thiệp. Dân số xã Chiềng Ân là 2320 người, trong đó dân tộc H'mông là 94,3%, sinh sống ở 7 bản. Dân số xã Chiềng Công là 4651 người, trong đó dân tộc H'mông chiếm 85%, sinh sống ở 16 bản [49].

Về công tác LMAT, 2 nhóm xã đều ở mức kém, các chỉ số LMAT về cơ bản là tương đồng giữa 2 nhóm xã (bảng 1.3).

Bảng 1.3: Một số thông tin chung của 4 xã nghiên cứu năm 2013

NỘI DUNG	THUẬN CHÂU		MƯỜNG LA	
	Co Tông	Pá Lông	Chiềng Ân	Chiềng công
Dân số	2871	2709	2320	4651
Tỷ lệ dân số là người H'mông	100,0%	99,9%	94,4%	85%
Tỷ lệ khám thai ≥ 3 lần	0,0	7,2	8,8	5,4
Tỷ lệ tiêm uốn ván	28,8	27,5	82,5	76,8
Tỷ lệ đẻ tại CSYT	4,5	18,8	19,3	0,0
Tỷ lệ đẻ được CBYT đỡ	18,2	26,1	26,3	0,0
Số bác sĩ công tác tại TYT	0	0	1	1
Số hộ sinh/y sĩ sản nhi	3	4	2	1
Khoảng cách đến huyện lỵ	55	50	35	45

Nguồn: Số liệu thống kê của Trung tâm Y tế huyện Thuận Châu và Trung tâm Y tế huyện Mường La năm 2013.

CHƯƠNG 2: ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

* *Nhóm phụ nữ dân tộc H'mông*: phụ nữ dân tộc H'mông 15-49 tuổi (sinh từ năm 1965 đến 1999, chưa lập gia đình và đã lập gia đình) tại 04 xã NC thuộc huyện Thuận Châu và huyện Mường La, tỉnh Sơn La.

Tiêu chí chọn: Sinh sống tại địa bàn 02 xã can thiệp của huyện Thuận Châu và 02 xã chứng của huyện Mường La, tỉnh Sơn La; Có thời gian sống tại địa bàn ít nhất 1 năm trước thời điểm NC; Có khả năng giao tiếp thông thường bằng ít nhất 1 tiếng nói: tiếng H'mông và tiếng phổ thông.

Tiêu chí loại: Không có mặt tại địa bàn NC trong khoảng thời gian NC; mắc bệnh, tật không thể tham gia NC; không đồng ý tham gia NC.

* *Nhóm đối tượng nghiên cứu khác tham gia nghiên cứu định tính*: chồng của ĐTNC, trưởng bản, bí thư chi bộ bản, trưởng họ, già làng, người có uy tín trong bản, bà đỡ dân gian; đại diện Đảng ủy, UBND, HĐND, các đoàn thể xã, cán bộ của trạm y tế xã, CĐTĐ, YTTĐ; người H'mông đang công tác tại các cơ quan chính quyền, đoàn thể của huyện Thuận Châu.

2.2. Địa điểm nghiên cứu

Nghiên cứu được tiến hành tại 04 xã thuộc huyện Thuận Châu và huyện Mường La, tỉnh Sơn La. Trong đó, 02 xã thuộc huyện Thuận Châu (xã Co Tòng và xã Pá Lông) là địa bàn can thiệp (NCT) và được chọn có chủ đích; 02 xã thuộc huyện Mường La (xã Chiềng Ân và xã Chiềng Công) là địa bàn đối chứng (NKCT) được chọn dựa trên tiêu chí là xã có nhiều điểm tương đồng với 2 xã can thiệp, cách 2 xã can thiệp khoảng 160 km, hầu như không có các hoạt động qua lại và giao lưu để tránh ảnh hưởng khi triển khai can thiệp. Việc chọn địa bàn can thiệp và chứng được NCS dựa trên thông tin thảo luận với Trung tâm CSSK sinh sản tỉnh Sơn La, Trung tâm Y tế huyện Thuận Châu, huyện Mường La và 04 xã NC; tham khảo số liệu thống kê của chính quyền địa phương về địa bàn NC (Sơ đồ vị trí 4 xã nghiên cứu tại phụ lục 3).

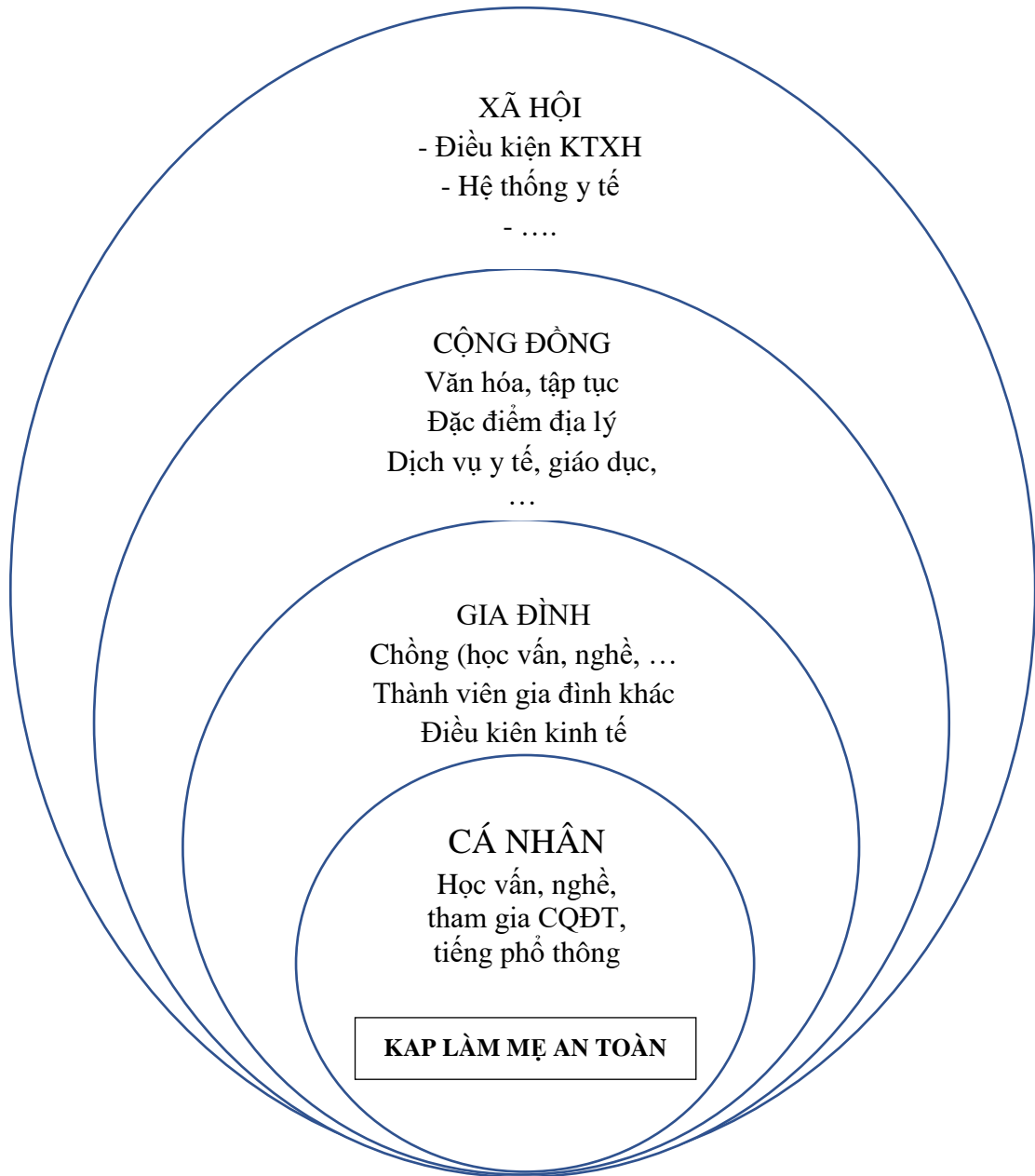
2.3. Thời gian nghiên cứu

Nghiên cứu được thực hiện từ tháng 4/2014 đến tháng 4/2015 (phụ lục 4).

2.4. Thiết kế nghiên cứu

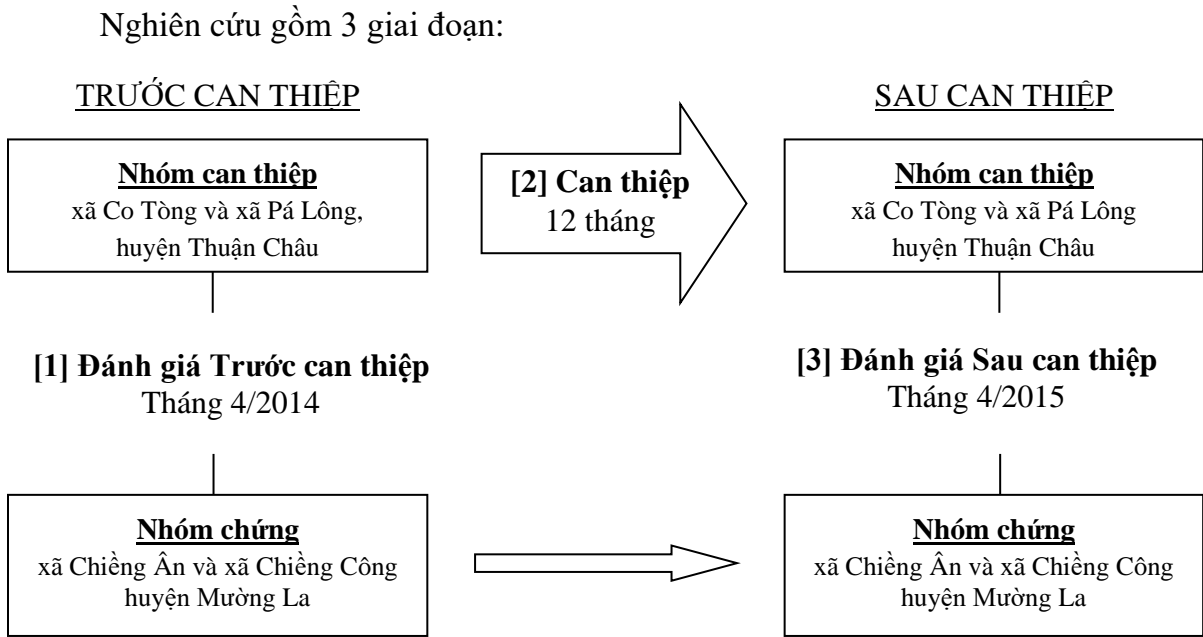
Thiết kế giả thực nghiệm: Can thiệp cộng đồng, đánh giá trước và sau thiệp có nhóm chứng, kết hợp phương pháp thu thập thông tin định tính và định lượng.

Khung lý thuyết:



Hình 2.1: Khung lý thuyết

Nguồn: An Ecological Perspective on Health Promotion Programs [91]; Violence-a global public health problem, in World Report on Violence and Health, WHO.



Hình 2.2: Sơ đồ thiết kế nghiên cứu

2.4.1. Giai đoạn 1: Đánh giá trước can thiệp

Đánh giá trước can thiệp (TCT) được thiết kế cắt ngang có phân tích vào thời điểm tháng 4/2014. Phòng vận trực tiếp ĐTNCS sử dụng phiếu phỏng vấn có cấu trúc để đánh giá KAP của phụ nữ H'mông 15-49 tuổi về LMAT và một số yếu tố liên quan.

2.4.2. Giai đoạn 2: Can thiệp

Thực hiện can thiệp với nhóm đối tượng đích là phụ nữ H'mông 15-49 tuổi của 2 xã can thiệp tại huyện Thuận Châu, tỉnh Sơn La. Các hoạt động can thiệp nhằm tăng cường kiến thức, thái độ, thực hành CSTS, CSKS, CSSS của đối tượng đích.

Với 2 xã thuộc địa bàn chứng, NCS không tiến hành bất kỳ hoạt động can thiệp nào. Trong thời gian can thiệp, ngoài các hoạt động thường qui về các nội dung chăm sóc SKSS chung của tỉnh, chính quyền địa phương cũng không có chương trình tăng cường LMAT được triển khai tại hai huyện Thuận Châu và Mường La.

2.4.3. Giai đoạn 3: Đánh giá sau can thiệp

Đánh giá sau can thiệp (SCT) được thiết kế mô tả cắt ngang với công cụ thu thập số liệu tương tự điều tra TCT, có điều chỉnh và bổ sung để phù hợp với giai đoạn đánh giá SCT. Địa bàn đánh giá SCT là 4 xã đã được đánh giá TCT, gồm 2 xã can thiệp và 2 xã chứng. Cỡ mẫu NC trong đánh giá SCT là cỡ mẫu đã được xác định

trong điều tra TCT. Kết quả đánh giá SCT được so sánh với điều tra TCT để đánh giá hiệu quả can thiệp, trong đó có so sánh sự khác biệt giữa SCT và TCT trên cùng địa bàn và giữa địa bàn can thiệp và địa bàn đối chứng.

2.5. Mẫu và phương pháp chọn mẫu

2.5.1. Chọn mẫu nghiên cứu định lượng

2.5.1.1. Cỡ mẫu

Sử dụng công thức tính cỡ mẫu so sánh 2 quần thể cho 2 xã can thiệp. Do không có NC tương tự để tham khảo các chỉ số trong tính cỡ mẫu, một số phương án cỡ mẫu đã được tính dựa trên một số chỉ số từ số liệu thống kê về LMAT của 2 xã Co Tòng và Pá Lông. Từ kết quả tính cỡ mẫu, cân nhắc đặc thù của ĐTNC và nguồn lực, NC sử dụng tỷ lệ ĐTNC đi khám thai ≥ 1 trong thai kỳ để tính cỡ mẫu cần thiết.

$$n = \frac{\left[Z_{1-\alpha} \sqrt{2P(1-P)} + Z_{1-\beta} \sqrt{P_1(1-P_1) + P_2(1-P_2)} \right]^2}{(P_1 - P_2)^2}$$

- n: Cỡ mẫu cần thiết cho NC định lượng ở nhóm can thiệp
- $1-\alpha$: Hệ số tin cậy = 95% với $\alpha = 5\%$.
- $1-\beta$: Lực mẫu = 0,9.
- P_1 : Tỷ lệ phụ nữ 15-49 có thai đi khám thai ≥ 1 (tham khảo số liệu thống kê năm 2013 tại xã Co Tòng và xã Pá Lông) = 25%.
- P_2 : Tỷ lệ ĐTNC có thai đi khám thai ≥ 1 SCT (kết quả kỳ vọng) = 65%.

Cỡ mẫu được tính theo công thức là 25. Dựa trên số liệu thống kê về LMAT của 2 xã Co Tòng và Pá Lông [47] về tỷ lệ phụ nữ 15-49 tuổi có thai năm 2013 là 12% và tỷ lệ phụ nữ 15-49 tuổi có chồng là 82%, cỡ mẫu phụ nữ 15-49 tuổi của 2 xã can thiệp sẽ là: $25 \times (100/12) \times (100/82) = 253$. Ước tính tỷ lệ từ chối trả lời và bỏ cuộc là 10% thì cỡ mẫu của nhóm can thiệp được làm tròn là 278. NC chọn tỷ lệ can thiệp là 1:1 do đó, có 278 ĐTNC của 2 xã chứng được chọn vào NC.

2.5.1.2. Cách chọn mẫu

Sử dụng phương pháp chọn mẫu ngẫu nhiên đơn sử dụng chương trình Excel với câu lệnh =RAND() để chọn ĐTNC qua các bước:

- Lập danh sách tất cả phụ nữ 15-49 (sinh từ năm 1965 đến năm 1999, chưa lập gia đình và đã lập gia đình) của các xã được chọn. Danh sách này do cán bộ YTTB, TYT xã lập và sử dụng trong điều tra TCT và điều tra SCT.

- Sử dụng câu lệnh =RAND() để chọn ngẫu nhiên số thứ tự ĐTNC trong danh sách đã lập.

- Sắp xếp lại thứ tự danh sách khung mẫu theo thứ tự được chọn trong Excel

- Lấy lần lượt theo danh sách từ trên xuống dưới cho đến khi đủ số lượng.

2.5.2. Chọn mẫu nghiên cứu định tính

* Điều tra TCT:

Thảo luận nhóm với ĐTNC: Tiến hành 4 cuộc thảo luận nhóm tại 4 xã NC với các phụ nữ H'mông 15-49 tuổi. Mỗi nhóm có sự tham gia của các đối tượng có các đặc trưng đa dạng về nghề nghiệp và gia đình như: làm nương rẫy và làm nghề khác, tham gia và không tham gia CQĐT, sinh con tại nhà và tại CSYT; có chồng làm nương rẫy và nghề khác, tham gia và không tham gia CQĐT; có bố đẻ/bố chồng làm nương rẫy và nghề khác, có tham gia và không tham gia CQĐT.

Thảo luận nhóm với chồng của ĐTNC: Tiến hành 4 cuộc thảo luận nhóm với chồng của các phụ nữ H'mông 15-49 tuổi tại 4 xã NC. Mỗi nhóm có sự tham gia của các đối tượng có các đặc trưng đa dạng về nghề nghiệp và gia đình như: làm nương rẫy và nghề khác, tham gia và không tham gia CQĐT, có vợ sinh con tại nhà và tại CSYT, có bố làm nương rẫy và nghề khác, tham gia và không tham gia CQĐT.

Thảo luận nhóm với trưởng bản và người có uy tín trong cộng đồng: Tiến hành 4 cuộc thảo luận nhóm tại 4 xã NC, mỗi nhóm có sự tham gia của các đối tượng: trưởng bản, bí thư chi bộ bản, trưởng họ, già làng, người có uy tín trong bản.

Thảo luận nhóm với các bà đỡ dân gian: Tiến hành 4 cuộc thảo luận nhóm với bà đỡ dân gian tại 4 xã, mỗi xã 1 nhóm gồm 2-3 bà đỡ.

Thảo luận nhóm với chính quyền xã: Thực hiện 4 cuộc thảo luận nhóm với đại diện Đảng ủy, UBND, HĐND và các đoàn thể xã; mỗi xã 1 nhóm.

Thảo luận nhóm với trạm y tế xã: Thực hiện mỗi TYT 1 cuộc thảo luận nhóm với tất cả cán bộ của trạm và 3-5 YTTB.

Phỏng vấn sâu những người H'mông đang công tác trong chính quyền và đơn vị sự nghiệp tuyến huyện: Tiến hành phỏng vấn sâu với 01 lãnh đạo/công chức đang công tác tại UBND huyện, 01 lãnh đạo/công chức đang công tác tại các đoàn thể huyện, 01 bác sĩ và 01 giáo viên đang công tác tại các đơn vị sự nghiệp tuyến huyện.

* Điều tra SCT: Nghiên cứu tiến hành các cuộc thảo luận nhóm tương tự với các nhóm đối tượng: ĐTNC, chồng của ĐTNC, trưởng bản và người có uy tín trong cộng đồng, chính quyền xã, trạm y tế, y tế thôn bản và cô đỡ thôn bản.

* Cách chọn: Ở tuyến xã, các tiêu chí về ĐTNC được gửi cho các TYT để lựa chọn các ĐTNC theo tiêu chí. Ở tuyến huyện, Trung tâm Y tế huyện lựa chọn ĐTNC theo tiêu chí.

2.6. Biến số và chỉ số nghiên cứu

Nhóm biến thông tin chung: (1) Thông tin về ĐTNC: tuổi, khả năng sử dụng tiếng phổ thông, học vấn, nghề nghiệp, tham gia CQĐT, mức sống gia đình, tình trạng hôn nhân, nghề nghiệp và sự tham gia CQĐT của bố và mẹ đẻ. (2) Thông tin về chồng và gia đình chồng: trình độ học vấn, nghề nghiệp và sự tham gia CQĐT của chồng; nghề nghiệp và sự tham gia CQĐT của bố và mẹ chồng. (3) Khoảng cách đến TYT.

Nhóm biến về CSTS: gồm các nội dung (1) Khám thai định kỳ, (2) Chế độ dinh dưỡng, (3) Chế độ lao động, nghỉ ngơi và vệ sinh thân thể khi mang thai; (4) Tiêm phòng và bổ sung vi chất khi mang thai; (5) Nhận biết DHNH khi mang thai và cách xử trí; (6) Tiếp cận thông tin về CSTS trong 12 tháng qua.

Nhóm biến về CSKS: gồm các nội dung (1) Nguy cơ xảy ra tai biến khi chuyển dạ; (2) Người đỡ đẻ; (3) Nơi đẻ an toàn; (4) Chuẩn bị cho cuộc sinh nở; (5) Tiếp cận thông tin về CSKS trong 12 tháng qua.

Nhóm biến về CSSS: gồm các nội dung chính: (1) Thăm khám sau đẻ; (2) Chế độ dinh dưỡng và bổ sung vi chất sau đẻ; (3) Chế độ lao động, nghỉ ngơi và vệ sinh thân thể sau đẻ; (4) Nhận biết DHNH sau đẻ ở bà mẹ và cách xử trí; (5) Nhận biết DHNH sau đẻ ở trẻ sơ sinh và cách xử trí; (6) Cho trẻ sơ sinh bú mẹ trong vòng 1 giờ đầu sau đẻ và bú mẹ hoàn toàn; (7) Tiêm vắc xin, chăm sóc rốn và mắt cho trẻ sơ sinh; (8) Tiếp cận thông tin về CSSS trong 12 tháng qua.

2.7. Tiêu chuẩn đánh giá dùng trong nghiên cứu

2.7.1. Các biến tổ hợp điểm kiến thức, thái độ, thực hành về làm mẹ an toàn

Nghiên cứu sử dụng một số biến tổ hợp để đánh giá về mức độ nhận thức, thái độ, thực hành về LMAT của ĐTNC, cụ thể là:

Điểm kiến thức về LMAT: Là điểm được tổng hợp từ điểm của các câu hỏi đơn lẻ của các phần kiến thức chăm sóc trước sinh, khi sinh và sau sinh của ĐTNC.

Điểm thái độ về LMAT: Là điểm được tổng hợp từ điểm của các câu hỏi đơn lẻ của các phần thái độ chăm sóc trước sinh, khi sinh và sau sinh của ĐTNC.

Điểm thực hành về LMAT: Là điểm được tổng hợp từ điểm của các câu hỏi đơn lẻ của các phần thực hành chăm sóc trước sinh, khi sinh và sau sinh của ĐTNC.

Tiêu chuẩn đánh giá: Điểm càng cao thì kiến thức, thái độ, thực hành của ĐTNC càng tốt. Tuy nhiên, nghiên cứu sử dụng giá trị trung bình của điểm kiến thức, điểm thái độ và điểm thực hành CSTS, CSKS, CSSS của ĐTNC làm điểm cắt để đánh giá sự tiến bộ của ĐTNC trong mỗi biến tổ hợp điểm theo giá trị nhị phân: điểm từ giá trị trung bình trở xuống và điểm trên giá trị trung bình.

2.7.2. Cách tính điểm kiến thức, thực hành về làm mẹ an toàn

Phương pháp tính điểm kiến thức, thực hành CSTS, CSKS, CSSS của ĐTNC được thực hiện như sau: Mỗi ý trả lời đúng được tính điểm. NC sử dụng phương pháp tham vấn các chuyên gia về LMAT đang làm việc ở đơn vị như: Vụ Sức khỏe Bà mẹ và Trẻ em, Bộ Y tế; Bộ môn Sức khỏe sinh sản, Trường Đại học Y tế Công cộng; Viện Dinh dưỡng Quốc gia; Viện Chiến lược và Chính sách Y tế; Văn phòng Quỹ dân số Liên hợp quốc tại Việt Nam, nhằm thống nhất cách tính điểm phù hợp.

Tiêu chuẩn xác định đáp án đúng dựa trên các tiêu chuẩn được Bộ Y tế khuyến cáo trong CSSK bà mẹ và trẻ em. Các đáp án đúng hoàn toàn được tính là 1 điểm/đáp án; với những hành vi quan trọng, có ý nghĩa rất lớn trong giảm TVM, TVSS được cho trọng số là 2, ví dụ như hành vi “khám thai đủ 3 lần”, “đẻ tại CSYT”...; để phù hợp với điều kiện đặc thù của cộng đồng người H'Mông đó là hiểu biết còn rất thấp nên tiêu chuẩn xác định đáp án đúng ở một số nội dung cũng được hạ thấp hơn so với tiêu chuẩn của Bộ Y tế khuyến cáo và được tính 1/2 điểm/đáp án, ví dụ về chế độ ngủ khi

mang thai, nếu ĐTNC biết "cân nặng nhiều hơn bình thường khi mang thai" cũng sẽ được tính 1/2 điểm, cụ thể:

- Tổng điểm kiến thức chăm sóc trước sinh, khi sinh và sau sinh là 129 điểm (36,5 điểm CSTS, 14,5 điểm CSKS và 78 điểm CSSS), được tổng hợp từ 55 câu hỏi (17 câu về CSTS, 6 câu về CSKS và 32 câu về CSSS).

- Tổng điểm thực hành chăm sóc trước sinh, khi sinh và sau sinh là 63 điểm (28 điểm CSTS, 12 điểm CSKS và 23 điểm CSSS), được tổng hợp từ 33 câu hỏi (10 câu về thực hành CSTS, 6 câu về thực hành CSKS và 17 câu về thực hành CSSS).

2.7.3. Cách tính điểm thái độ về làm mẹ an toàn

2.7.3.1. Thiết kế và xây dựng thang đo đánh giá thái độ

Thái độ về LMAT của ĐTNC bao gồm các câu hỏi tìm hiểu các quan điểm của phụ nữ H'mông trong các vấn đề về chăm sóc trước, trong và sau sinh. Việc xây dựng thang đo được thực hiện qua ba bước:

Bước 1, xây dựng các câu hỏi đánh giá về thái độ: Các câu hỏi đánh giá về thái độ chăm sóc trước sinh, khi sinh và sau sinh của ĐTNC trên cơ sở tham khảo các nghiên cứu có đánh giá thái độ về LMAT.

Bước 2, xin ý kiến chuyên gia và thử nghiệm tại cộng đồng: Thang đo thái độ đã được gửi tham khảo ý kiến một số chuyên gia về lĩnh vực SKSS của Bộ Y tế và CBYT là người H'mông hoặc đã từng công tác tại cộng đồng dân tộc H'mông tại trung tâm y tế huyện Thuận Châu và huyện Mường La nhằm loại bớt các câu hỏi không phù hợp.

Bước 3, đánh giá tính giá trị và độ tin cậy của thang đo thái độ: Các thang đo thái độ về chăm sóc trước sinh, khi sinh và sau sinh được kiểm định nhằm đảm bảo sự phù hợp về nội dung và độ tin cậy của thang đo trước khi đưa vào tính điểm. Cụ thể là:

** Đánh giá tính giá trị của thang đo thái độ:*

Để đánh giá tính giá trị về cấu trúc, phân tích nhân tố thăm dò (exploratory factor analysis) phương pháp phân tích thành tố chính (principal component analysis-PCA) được thực hiện nhằm lựa chọn các tiêu mục/câu hỏi và thành tố (components) của thang đo. Việc lựa chọn các thành tố được thực hiện dựa trên các tiêu chí: chọn các thành tố có giá trị riêng (eigenvalue) lớn hơn 1, tỉ lệ phần trăm phương sai tích

lũy được giải thích bởi thành tố và biểu đồ Scree. Kế tiếp, phương pháp xoay nhân tố trực giao (Vartimax) được sử dụng để xác định các tiêu mục cho từng thành tố với tiêu chí giữ lại những tiêu mục có giá trị tương quan lớn hơn 0,4 [121].

** Đánh giá độ tin cậy của thang đo:*

Sử dụng hệ số Cronbach's Alpha để đánh giá sự nhất quán bên trong của cả thang đo và của từng thành tố với tiêu chí giá trị α từ 0,70 được coi là chấp nhận được. Sau khi phân tích, các biến đánh giá về thái độ chăm sóc trước sinh, khi sinh và sau sinh của ĐTNC được phân thành các thành tố như sau:

- Trong CSTS, các biến được phân thành 2 nhóm thành tố: Thành tố 1 - Thái độ đối với tiếp cận dịch vụ CSTS, gồm 6 biến; Thành tố 2 - Thái độ đối với chế độ dinh dưỡng, lao động và nghỉ ngơi của PNMT, gồm 3 biến.

- Trong CSKS, các biến được phân thành 2 nhóm thành tố: Thành tố 1 - Thái độ của ĐTNC về nguy cơ trong sinh nở và sự cần thiết phải đẻ tại CSYT, gồm 4 biến; Thành tố 2 - Thái độ của ĐTNC về việc đẻ tại nhà, gồm 2 biến.

- Trong CSSS, các biến được phân thành 3 thành tố: Thành tố 1-Thái độ về chăm sóc trẻ SS, gồm 4 biến; Thành tố 2-Thái độ về chăm sóc bà mẹ sau sinh, gồm 4 biến; Thành tố 3-Thái độ về bổ sung vi chất sau sinh cho bà mẹ, trẻ SS.

Chi tiết việc thiết kế, xây dựng thang đo thái độ được trình bày tại phụ lục 6.

2.7.3.2. Tính điểm thái độ

Sau khi kiểm định về tính phù hợp về nội dung, cấu trúc và độ tin cậy, NC tiến hành tính điểm thái độ CSTS, CSKS, CSSS của ĐTNC. Điểm thái độ về LMAT trong CSTS, CSKS, CSSS của ĐTNC được tổng hợp từ các tiêu mục/câu hỏi đơn lẻ thành tổng điểm cho mỗi thang đo. Trong mỗi câu hỏi, điểm thái độ của ĐTNC được cho theo 3 mức: ý trả lời đúng được 1 điểm; ý trả lời lưỡng lự/phân vân được 0,5 điểm; ý trả lời không đúng được 0 điểm. Tiêu chuẩn xác định đáp án đúng dựa trên các tiêu chuẩn được Bộ Y tế khuyến cáo trong CSSK bà mẹ và trẻ em.

Tổng điểm thái độ tối đa của ĐTNC về LMAT là 25 điểm, gồm tổng điểm của 3 thang đo thái độ, cụ thể là: thái độ CSTS – tối đa là 9 điểm, thái độ CSKS – tối đa là 6 điểm, thái độ CSSS - tối đa là 10 điểm.

2.8. Phương pháp thu thập số liệu

2.8.1. Điều tra viên và giám sát viên

Điều tra viên: Điều tra viên là các nữ giáo viên người H'mông và dân tộc khác nhưng thành thạo tiếng H'mông được lựa chọn từ các trường học trên địa bàn để phỏng vấn trực tiếp ĐTNC tại cộng đồng. Mỗi xã có 5 ĐTV và thực tế có 19 ĐTV tham gia vào mỗi cuộc điều tra TCT và SCT tại 4 xã (1 ĐTV nghỉ do có việc đột xuất).

Giám sát viên: Mỗi huyện có 7 GSV từ các tuyến, bao gồm: 4 NVYT của 2 TYT xã, 2 CBYT từ Trung tâm Y tế huyện và 1 CBYT từ Trung tâm CSSK sinh sản tỉnh Sơn La. NC sinh tham gia trực tiếp vào quá trình giám sát tại các xã.

Tập huấn: Các ĐTV và GSV đều được tập huấn về phiếu hỏi, kỹ năng điều tra, kỹ năng giám sát tại cộng đồng trong thời gian 01 ngày/huyện.

Người dẫn đường: Là nhân viên YTTB/CĐTB/Trưởng bản nơi ĐTNC cư trú.

Điều tra viên trong nghiên cứu định tính: NCS trực tiếp thực hiện; tại tuyến xã có sự hỗ trợ phiên dịch của 01 giáo viên người H'mông tại mỗi xã.

2.8.2. Quy trình thu thập số liệu

Tổ chức các nhóm điều tra: Tại mỗi xã, các ĐTV điều tra theo cụm bản gần nhau, mỗi ĐTV điều tra 1 bản; mỗi GSV phụ trách giám sát 1 hoặc 2 bản gần nhau.

Cách tiếp cận ĐTNC tại nhà riêng: ĐTV sẽ đi từng nhà để tiến hành điều tra. Người dẫn đường sẽ giới thiệu nhóm NC với gia đình và ĐTNC. Các ĐTV sẽ giới thiệu về NC và đề nghị ĐTNC tham gia phỏng vấn. Trong điều tra TCT có 67 ĐTNC chưa lập gia đình và chưa đủ 18 tuổi nên ĐTV đề nghị bố/mẹ của những người này chấp thuận cho con họ tham gia và SCT là 61 ĐTNC. ĐTV và ĐTNC chọn chỗ ngồi yên tĩnh, tránh ảnh hưởng của những người khác để tiến hành phỏng vấn. Điều tra TCT có 34 ĐTNC đi làm xa, các ĐTV đến 3 lần trong đợt điều tra mà không gặp nên đã được thay thế bằng ĐTNC liền kề trong danh sách; SCT nhóm này có 30 ĐTNC. Không có ĐTNC nào từ chối tham gia NC.

Quy trình giám sát: Các phiếu điều tra được thu lại vào cuối mỗi buổi điều tra để rà soát lại các nội dung của phiếu. Nếu có những chỗ chưa rõ ràng thì GSV sẽ hỏi

lại ngay ĐTV để ĐTV phỏng vấn lại hoặc có cách xử trí. Sau mỗi ngày, các ĐTV được tập hợp lại để rút kinh nghiệm trong việc điều tra.

Tổ chức các cuộc thảo luận nhóm, phỏng vấn sâu: Sau điều tra định lượng, các TYT tổ chức mời các ĐTNC được chọn tham gia thảo luận nhóm về TYT để tiến hành thảo luận nhóm. Với các cuộc phỏng vấn sâu, Trung tâm Y tế huyện và NCS liên hệ với ĐTNC và phỏng vấn tại địa điểm do ĐTNC lựa chọn. Thời gian tiến hành các cuộc thảo luận nhóm, phỏng vấn sâu diễn ra trong vòng 90 phút.

2.9. Công cụ thu thập số liệu

Công cụ thu thập số liệu định lượng: Sử dụng phiếu hỏi có cấu trúc để phỏng vấn trực tiếp ĐTNC thu thập thông tin về CSTS, CSKS, CSSS (*phụ lục 10*).

Công cụ thu thập số liệu định tính: Sử dụng các bản hướng dẫn thảo luận nhóm, phỏng vấn sâu có các nội dung được chuẩn bị sẵn để thảo luận nhóm, phỏng vấn sâu ĐTNC (*phụ lục 11 và 12*).

Thử nghiệm bộ công cụ: Bộ phiếu hỏi đã được phỏng vấn thử nghiệm với 40 phụ nữ tại 4 xã NC. Những đối tượng tham gia vào thử nghiệm bộ công cụ sẽ không nằm trong mẫu điều tra TCT. Nội dung thử nghiệm bao gồm cách tiếp cận đối tượng NC, nội dung phiếu hỏi và việc chuyển thể nội dung câu hỏi sang tiếng H'mông, phương pháp phỏng vấn và thu thập số liệu. Sau thử nghiệm, phiếu hỏi được hiệu chỉnh lại trước khi điều tra chính thức.

2.10. Các hoạt động can thiệp

Các hoạt động can thiệp được triển khai tại 2 xã can thiệp trong 12 tháng với nhóm đối tượng đích là phụ nữ dân tộc H'mông 15-49 tuổi của 2 xã.

2.10.1. Cơ sở xây dựng chương trình can thiệp

Nghiên cứu sử dụng lý thuyết/mô hình tiếp cận sinh thái trong phân tích vấn đề và xây dựng chương trình can thiệp tăng cường LMAT cho phụ nữ H'mông. Chương trình can thiệp tăng cường LMAT tại 2 xã can thiệp được xây dựng trên cơ sở sử dụng kết quả tổng quan tài liệu, đặc biệt là các thông tin về dân tộc H'mông như: lịch sử tộc người và đặc trưng tập tục, văn hóa, thông tin liên quan tới LMAT của tộc người này (*phụ lục 2*); kết quả điều tra TCT (định tính và định lượng), bao gồm các thông tin về

thực trạng kiến thức, thái độ, thực hành LMAT của ĐTNC, cũng như kết quả phân tích về các yếu tố liên quan. Cụ thể là:

1) Ở cấp độ cá nhân và các mối quan hệ xã hội chủ yếu của phụ nữ H'mông:

Điều tra TCT cho thấy, phụ nữ H'mông có kiến thức, thái độ và thực hành về LMAT ở mức rất thấp. Các yếu tố chính tác động tới tình trạng này là do học vấn thấp, khả năng sử dụng tiếng phổ thông kém nên họ không tiếp cận được với các thông tin về LMAT từ các kênh truyền thông sử dụng ngôn ngữ phổ thông. Kết quả phân tích đa biến về các mối liên quan tới kiến thức, thái độ, thực hành LMAT cho thấy, những ĐTNC có điểm kiến thức, thái độ LMAT tốt hơn thì có điểm thực hành LMAT tốt hơn. Vì vậy, nâng cao nhận thức, thái độ cho phụ nữ H'mông là giải pháp quan trọng.

Các mối quan hệ xã hội chủ yếu tại cộng đồng của phụ nữ H'mông chủ yếu bó hẹp trong nhóm phụ nữ tại cộng đồng. Nhóm đồng đẳng này là thế giới mà những phụ nữ H'mông được tự do nhất trong cộng đồng. Đây cũng là kênh trao đổi thông tin chính hàng ngày của họ, trong đó, bao gồm cả các thông tin về LMAT. Đây là hệ quả tác động của 2 yếu tố: Một là, chế độ phụ quyền mạnh mẽ của dân tộc H'mông; Hai là, định kiến của tộc người này về việc phụ nữ H'mông không nên trao đổi về các vấn đề SKSS với người khác giới ngoài chồng, đặc biệt là việc nhìn thấy phần kín của họ. Vì vậy, kênh thông tin từ nhóm đồng đẳng có ý nghĩa quan trọng trong truyền thông đối với phụ nữ H'mông.

2) Ở cấp độ gia đình:

Thông tin tổng quan tài liệu về văn hóa, tập tục của dân tộc H'mông (phụ lục 2) và NC định tính trong điều tra TCT cho thấy, gia đình có ý nghĩa đặc biệt quan trọng đối với phụ nữ H'mông và là nhân tố tác động rất lớn tới kiến thức, thái độ, thực hành LMAT của họ. Trong đó, với chế độ phụ quyền mạnh mẽ từ truyền thống, vị thế xã hội của phụ nữ H'mông rất thấp, lệ thuộc hoàn toàn vào người chồng và gia đình, bao gồm các vấn đề mang thai, sinh đẻ của họ. Vì vậy, để thay đổi được hành vi LMAT của phụ nữ H'mông, cần có sự ủng hộ, sự tham gia chia sẻ, hỗ trợ của người chồng và gia đình.

3) Ở góc độ tổ chức cộng đồng: Kết quả tổng quan tài liệu và NC định tính đã chỉ ra, một số đặc trưng về tổ chức xã hội và cơ chế quản lý cộng đồng của người

H'mông cần được chú trọng trong can thiệp tăng cường LMAT tại cộng đồng. Một là, dư luận xã hội là một công cụ quản lý, điều chỉnh hành vi, duy trì các quy định của cộng đồng rất hiệu quả của người H'mông trong truyền thống. Đến nay, tâm lý chịu sự chi phối của dư luận được cho rằng đã giảm dần nhưng nếp sống co cụm, biệt lập khiến dư luận xã hội vẫn có vai trò lớn trong cộng đồng này. Hai là, những người có chức sắc trong chính quyền, dòng họ, những người có vai trò trong các hoạt động tâm linh, chữa bệnh (thầy cúng, thầy lang, bà đỡ dân gian) và những người có uy tín trong cộng đồng khác có vai trò quan trọng trong định hướng dư luận, chi phối các thành viên trong cộng đồng. Đây là điểm được cho rằng cần được đặc biệt chú ý tận dụng trong can thiệp để điều chỉnh hành vi của cộng đồng.

4) *Về mặt văn hóa, tập tục và tín ngưỡng*: Tổng quan tài liệu và kết quả nghiên cứu định tính cũng đã chỉ rõ, cộng đồng người H'mông còn tồn tại nhiều quan niệm và tập tục lạc hậu ảnh hưởng tiêu cực tới công tác LMAT. Về tín ngưỡng, hai quan niệm "sinh tử luân hồi", "vạn vật hữu linh" và cuộc sống chịu sự chi phối của nhiều thần linh/ma, tuy không mang tính chất đối kháng với các quy định về LMAT nhưng các quan niệm này là cơ sở tâm linh khiến người H'mông coi nhẹ chuyện sinh đẻ, tử vong, từ đó không quan tâm tới việc thực hiện các quy định về LMAT. Trong tập tục về sinh đẻ, cũng có một số quan niệm có ảnh hưởng tới công tác LMAT cần được chú ý gồm: Một là, quan niệm phụ nữ không nên đẻ người nam giới khác ngoài chồng nhìn thấy vùng kín của mình. Hai là, nhiều tục lệ kiêng kị khi có phụ nữ sinh đẻ khiến việc tiếp cận thăm khám sau sinh tại nhà của NVYT không dễ dàng. Ba là, tập tục đẻ tại nhà và niềm tin vào kỹ năng đỡ đẻ của bà đỡ dân gian hay những người lớn tuổi trong gia đình. Đây là những quan niệm được cho rằng khó thay đổi, cần có thời gian, giải pháp phù hợp, đặc biệt là cần tạo được dư luận xã hội đồng thuận để thay đổi từng bước.

Bên cạnh đó, định hướng về một số giá trị truyền thống của người H'mông đã có chiều hướng thay đổi trước sự ảnh hưởng của xã hội hiện đại. Ví dụ, người H'mông đã nhận thấy những lợi ích lớn khi con họ được làm nghề nghiệp khác có thu nhập cao và ổn định như làm bộ đội, công an, công chức, viên chức trong các cơ quan nhà nước, làm công nhân, ... Sự thay đổi đó được coi là sự thành đạt, đổi đời của các gia đình. Vì

vậy, những giá trị mới này được cho rằng cần tận dụng để truyền thông tăng cường LMAT tại cộng đồng này.

5) Hệ thống dịch vụ y tế và các yếu tố tác động đến tiếp cận dịch vụ:

Về hệ thống dịch vụ y tế tại địa bàn, thông tin điều tra ban đầu cho thấy, các TYT của 2 xã can thiệp đều cung cấp các dịch vụ về LMAT theo quy định nhưng tỷ lệ sử dụng dịch vụ rất hạn chế. Yếu tố giới của NVYT cũng là một yếu tố góp phần tác động tới tiếp cận dịch vụ của ĐTNC. Nhân viên y tế của 2 TYT đều là nam, chỉ có 1 nữ hộ sinh duy nhất. Thông tin từ điều tra TCT cho thấy, nhiều ĐTNC cho rằng họ không sử dụng dịch vụ LMAT vì e ngại NVYT là nam giới. Đây là rào cản tiếp cận dịch vụ của ĐTNC cần có giải pháp điều chỉnh phù hợp.

Các điều kiện liên quan đến việc tiếp cận dịch vụ khác: Khoảng cách từ nhiều bản đến các TYT là khá xa, đi lại khó khăn và được đề cập là một trong những yếu tố ảnh hưởng tới việc thực hiện các quy định về LMAT nhưng chủ yếu là trong việc chuyển lên CSYT khi chuyển dạ.

Truyền thông trực tiếp được cho là kênh truyền thông hiệu quả do các cơ sở cho việc sử dụng kênh truyền thông đại chúng ở địa bàn còn hạn chế: việc cung cấp điện lưới mới dừng lại ở các bản trung tâm xã; các hộ có tivi và tiếp sóng được với đài truyền hình trung ương, địa phương còn hạn chế; đặc biệt là việc sử dụng tiếng phổ thông của người dân tại địa bàn ở mức kém. Hoạt động truyền thông trực tiếp tại các bản đang do các YTTB đảm nhiệm, tuy nhiên, do toàn bộ YTTB ở 2 xã là nam nên khó khăn trong tiếp cận ĐTNC do rào cản về giới. Thông tin từ điều tra TCT cho thấy, những ĐTNC không tiếp nhận được thông tin về CSTS, CSKS, CSSS từ CBYT thì có nguy cơ có điểm kiến thức, thái độ, thực hành dưới trung bình cao hơn nhóm tiếp cận được. Vì vậy, cần thiết phải có sự điều chỉnh kênh truyền thông phù hợp với tình hình tại địa bàn.

6) Chính quyền địa phương: Kết quả tổng quan tài liệu và NC định tính cho thấy, chính quyền địa phương là yếu tố có vai trò quan trọng trong chương trình can thiệp tăng cường LMAT tại địa phương. Cộng đồng dân tộc H'mông có lối sống co cụm, khá biệt lập và luôn thận trọng với các yếu tố bên ngoài cộng đồng của họ, vì vậy

chính quyền xã, bản được đánh giá là kênh tiếp cận cộng đồng người H'mông thuận lợi. Thông tin điều tra TCT cũng cho thấy, lãnh đạo chính quyền xã, trưởng bản được người H'mông tôn trọng, thậm chí một số người lãnh đạo có uy tín cao được quý mến ở mức sùng bái. Họ cũng là những người có trình độ dân trí cao, tiếp cận được nhiều thông tin về LMAT trong cộng đồng và thuộc nhóm dễ thay đổi hành vi nhất. Vì vậy, việc tranh thủ được sự ủng hộ của chính quyền địa phương không chỉ dễ dàng trong tiếp cận cộng đồng mà còn tạo dựng được sự ảnh hưởng tích cực ban đầu đối với cộng đồng nhờ sự tiên phong thay đổi hành vi của họ và gia đình. Mặt khác, với chức năng quản lý nhà nước, chính quyền địa phương giúp nghiên cứu chỉ đạo, giám sát định kỳ và đột xuất việc triển khai chương trình can thiệp tại địa bàn dễ dàng hơn.

2.10.2. Chương trình can thiệp

Từ kết quả phân tích tổng quan tài liệu, thực trạng về kiến thức, thái độ, thực hành CSTS, CSKS, CSSS của ĐTNC (mục tiêu 1) và các yếu tố liên quan (mục tiêu 2), một chương trình can thiệp nâng cao kiến thức, thái độ, thực hành LMAT được xây dựng và triển khai hướng tới đối tượng đích là phụ nữ H'mông 15-49 tuổi tại địa bàn can thiệp (mục tiêu 3) với những hoạt động cụ thể sau:

2.10.2.1. Tăng cường sự tham gia của chính quyền và cộng đồng

- Ban hành các văn bản chỉ đạo của chính quyền các cấp nhằm tăng cường công tác quản lý về LMAT, huy động sự tham gia của hệ thống chính trị và cộng đồng trong việc thực hiện các quy định về LMAT. Gồm: văn bản chỉ đạo của Sở Y tế và UBND huyện Thuận Châu về việc triển khai các hoạt động tăng cường LMAT tại 2 xã Co Tòng và xã Pá Lô; Kế hoạch tăng cường LMAT tại xã Co Tòng và xã Pá Lô của Trung tâm Y tế huyện Thuận Châu; các nghị quyết/kế hoạch của UBND/Hội đồng Nhân dân về việc tăng cường thực hiện công tác LMAT của chính quyền xã Co Tòng và xã Pá Lô theo tinh thần chỉ đạo của Sở Y tế và UBND huyện.

- Tổ chức các hoạt động vận động sự tham gia của cộng đồng trong công tác tăng cường LMAT tại địa bàn:

+ Tổ chức Hội nghị triển khai Chiến dịch can thiệp tăng cường LMAT tại xã Co Tòng và xã Pá Lô, vận động sự tham gia tích cực của cộng đồng trong công tác này.

Hội nghị có sự tham dự của lãnh đạo Đảng ủy, UBND xã, đại diện các đoàn thể, trưởng các dòng, già làng, trưởng bản, bí thư bản, người có uy tín của các bản, YTTB, CĐTB, CBYT của TYT của xã Co Tòng và xã Pá Lông dưới sự chủ trì của lãnh đạo Sở Y tế, UBND huyện Thuận Châu.

+ Tổ chức buổi tọa đàm định kỳ hàng quý về công tác LMAT với trưởng các dòng họ, già làng, người có uy tín của bản, bà đỡ, thầy lang, thầy cúng trong địa bàn 2 xã can thiệp. Các nội dung được nhấn mạnh: lợi ích của việc thực hiện các quy định LMAT đối với sức khỏe của người dân, sự phát triển của các gia đình và cộng đồng người H'mông; sự phù hợp của việc thực hiện các quy định về LMAT với các tập tục truyền thống của người H'mông.

Chi tiết các hoạt động tăng cường sự tham gia của chính quyền và cộng đồng được mô tả tại phụ lục 3.

2.10.2.2. Kiện toàn mạng lưới cung cấp dịch vụ làm mẹ an toàn tại địa bàn

- *Đào tạo các CĐTB để thực hiện nhiệm vụ truyền thông, tư vấn và hỗ trợ phụ nữ H'mông trong chăm sóc thai nghén và sinh nở tại các bản:* Các CĐTB được UBND các xã lựa chọn trên cơ sở đề xuất của các bản và tiêu chí đào tạo CĐTB của Bộ Y tế. Công tác lựa chọn và đào tạo CĐTB được thực hiện trước khi triển khai chương trình can thiệp. Tổng cộng đã lựa chọn và đào tạo được 22 CĐTB cho 22 bản của 2 xã can thiệp theo chương trình đào tạo CĐTB 6 tháng của Bộ Y tế.

- *Cải thiện sự phù hợp về giới trong cung cấp dịch vụ LMAT tại TYT xã Co Tòng:* Trung tâm Y tế huyện đã điều động 02 cán bộ nữ dân tộc H'mông tăng cường cho TYT Co Tòng để phụ trách công tác khám thai, hộ sinh tại Trạm, bao gồm: 01 CĐTB của bản Co Tòng (trụ sở TYT xã ở tại bản) được tăng cường thường trực tại Trạm để hỗ trợ công tác khám thai, hộ sinh tại Trạm; 01 nữ hộ sinh của TYT xã Pá Lông sang hỗ trợ định kỳ 2 buổi/1 tuần và trong trường hợp có ca đẻ tại TYT Co Tòng.

Chi tiết các hoạt động kiện toàn mạng lưới cung cấp dịch vụ LMAT tại địa bàn được mô tả tại phụ lục 3.

2.10.2.3. Tập huấn nâng cao năng lực cho các bên liên quan

Tập huấn về quản lý chương trình can thiệp tăng cường LMAT cho cán bộ của TYT, YTTB, cô đỡ thôn bản và các trưởng bản: Bao gồm các nội dung chính: Các hoạt động của chương trình can thiệp tăng cường LMAT tại địa bàn; Các nhiệm vụ của TYT, của trưởng bản, YTTB, CĐTĐ. Cách thức phối hợp giữa trưởng bản, YTTB, CĐTĐ trong công việc triển khai các hoạt động tại bản; Hướng dẫn về các biểu mẫu báo cáo, cách thu thập, tổng hợp và quản lý số liệu, lập báo cáo định kỳ.

Tập huấn về phương pháp truyền thông tăng cường LMAT tại cộng đồng cho cán bộ của TYT, YTTB, cô đỡ thôn bản và các trưởng bản: Bao gồm các nội dung chính: khái niệm truyền thông và vai trò của truyền thông trong thay đổi kiến thức, thái độ và hành vi của con người; các thông điệp quan trọng trong các nội dung chăm sóc trước sinh, khi sinh và sau sinh cần chú ý trong truyền thông về LMAT; các chú ý khi chuyển thể các từ chuyên môn sang tiếng H'mông; cách thức tổ chức 1 buổi truyền thông trực tiếp tại bản; cách sử dụng tài liệu truyền thông trong các buổi truyền thông. Bên cạnh các buổi học lý thuyết, các học viên được tổ chức đóng vai trong các hoạt cảnh và thực tập truyền thông trực tiếp tại cộng đồng.

Tập huấn nâng cao nhận thức về LMAT cho lãnh đạo Đảng ủy, Ủy ban nhân dân và các ban ngành đoàn thể xã và các trưởng bản, bí thư bản: Bao gồm các nội dung chính: Tình hình LMAT trên thế giới và tại Việt Nam, ý nghĩa của việc tăng cường LMAT; Các nhiệm vụ trong công tác quản lý nhà nước về LMAT; Các nội dung về CSTS, CSKS, CSSS; Sự ảnh hưởng của một số quan niệm, tập tục của người H'mông tới công tác LMAT và các giải pháp của chính quyền trong truyền thông và cung cấp dịch vụ LMAT. Các thành viên tham gia tập huấn đều được phát các tài liệu về các nội dung được tập huấn và tờ rơi về chăm sóc bà mẹ trước, trong và sau sinh; tờ rơi về CSSK trẻ sơ sinh do Bộ Y tế phát hành.

Tập huấn nâng cao nhận thức về LMAT cho các trưởng dòng họ, già làng, người có uy tín ở bản: Nhằm nâng cao nhận thức về công tác LMAT cho các trưởng dòng họ, già làng, người có uy tín, cán bộ đoàn thể ở bản, tuy nhiên, chỉ tập trung ở các nội dung cơ bản, thiết thực: Sơ lược về tình hình TVM, tử vong trẻ em (bao gồm

dân tộc H'mông tại Việt Nam) và hậu quả của thực trạng này đối với mỗi gia đình, cộng đồng và xã hội; Các công việc cần các gia đình thực hiện để đảm bảo sức khỏe cho bà mẹ và trẻ em; Lợi ích của một số nội dung chăm sóc thai nghén, sinh nở trong mối liên quan tới một số tập tục của người H'mông; Vai trò của các trưởng dòng họ, già làng, người có uy tín ở bản trong công tác LMAT và các công việc họ cần làm.

Chi tiết các hoạt động tập huấn nâng cao năng lực của nghiên cứu được mô tả tại phụ lục 3.

2.10.2.4. Tổ chức các hoạt động truyền thông tăng cường làm mẹ an toàn

Truyền thông trực tiếp:

- Hoạt động của các CDTB và YTTB: Đây là lực lượng chính truyền thông về các nội dung chuyên môn chi tiết của chương trình LMAT. Trong đó, các CDTB chịu trách nhiệm gặp gỡ các phụ nữ H'mông độ tuổi 15-49, cũng như mẹ đẻ, mẹ chồng của họ trao đổi, tư vấn về các nội dung CSTS, CSKS, CSSS; vận động thực hiện các quy định về LMAT. Các YTTB (là nam giới) chịu trách nhiệm gặp gỡ các nam giới có vợ ở độ tuổi 15-49, cũng như bố đẻ, bố vợ họ để trao đổi, tư vấn cho họ về các nội dung về LMAT, trong đó nhấn mạnh tới ý nghĩa của việc thực hiện các yêu cầu về LMAT đối với gia đình và dân tộc H'mông; nhắc nhở họ các hành vi họ cần chú ý giúp vợ, con họ thực hiện khi mang thai, sinh nở. Hoạt động truyền thông vừa được tổ chức theo các cuộc tư vấn theo cụm vài gia đình/lượt, tùy thuộc vào đặc điểm của từng bản và được lồng ghép trong các cuộc gặp gỡ hàng ngày như đi làm, đi chợ, ...

- Hoạt động truyền thông của các chức sắc tại bản: Gồm hoạt động của các trưởng dòng họ trong trao đổi, nhắc nhở các hộ thuộc dòng họ trong bản thực hiện các quy định về LMAT; hoạt động của các trưởng bản, phó bản, bí thư và phó bí thư chi bộ bản, người có uy tín, cán bộ đoàn thể tại bản của bản tham gia trao đổi, nhắc nhở tất cả các hộ trong bản, đặc biệt là các hộ có phụ nữ mang thai thực hiện các quy định về LMAT. Hoạt động truyền thông của các chức sắc của bản được tổ chức theo các đoàn tới các hộ gia đình hoặc tổ chức họp theo cụm vài gia đình/lượt, tùy thuộc vào đặc điểm của từng bản và cũng được lồng ghép trong các cuộc gặp gỡ hàng ngày của họ.

Truyền thông lồng ghép với các buổi họp bản, sinh hoạt đoàn thể tại bản:

Các hoạt động truyền thông về LMAT được tổ chức lồng ghép trong các buổi họp bản định kỳ hàng tháng và các buổi sinh hoạt đoàn thể tại bản. Y tế thôn bản đảm trách cùng trưởng bản trong truyền thông tại các buổi họp bản và các buổi sinh hoạt đoàn thể có đông nam giới. Cô đỡ thôn bản được giao đảm trách truyền thông tại các buổi sinh hoạt đoàn thể có đông phụ nữ. Nội dung truyền thông được lên kế hoạch phù hợp với từng nhóm đối tượng để vừa truyền thông sâu theo chủ đề nhỏ và nhắc lại các hành vi quan trọng của LMAT.

Truyền thông lồng ghép với các đợt giám sát hỗ trợ của TYT tại các bản:

Các hoạt động truyền thông về LMAT được tổ chức lồng ghép trong các ngày giám sát hỗ trợ định kỳ hàng và đợt xuất của TYT tại các bản. Trong hoạt động này, bên cạnh các hoạt động giám sát, hướng dẫn YTTB và CĐTĐ thực hiện các nhiệm vụ được giao, cán bộ của TYT cùng hỗ trợ CĐTĐ tổ chức chức khám thai cho phụ nữ và truyền thông cho họ về các nội dung về LMAT.

Truyền thông bằng hệ thống loa truyền thanh tại xã, bản:

Đối với các bản có hệ thống loa phát thanh của bản, hoạt động truyền thông về LMAT được thực hiện qua hệ thống loa này định kỳ hàng tuần theo các chủ đề. Bài truyền thông được các TYT và chuẩn bị theo từng chủ đề về CSTS, CSKS, CSSS với nội dung ngắn gọn để các trưởng bản, YTTB đọc trên loa.

Truyền thông và tư vấn trực tiếp tại các TYT xã

Các phụ nữ đến khám, chữa bệnh tại TYT 2 xã đều được truyền thông về LMAT. Người tư vấn là CBYT trực tiếp thăm khám cho họ. Những người nhà đi cùng cũng được tư vấn về những việc cần hỗ trợ phụ nữ thực hiện trong chăm sóc thai nghén như: động viên đi khám thai đúng lịch, bổ sung vi chất, chế độ dinh dưỡng, lao động, nghỉ ngơi phù hợp, đẻ tại CSYT và thăm khám sau sinh theo quy định.

Chi tiết các hoạt động truyền thông tăng cường làm mẹ an toàn của nghiên cứu được mô tả tại phụ lục 3.

2.10.2.5. Giám sát và quản lý chương trình

Hoạt động theo dõi, giám sát chương trình can thiệp tại cộng đồng có sự phối hợp của chính quyền địa phương và NCS, trong đó, NCS tham gia trực tiếp vào các hoạt động giám sát trong suốt quá trình can thiệp, phối hợp cùng các bên liên quan đảm bảo các hoạt động theo kế hoạch và phù hợp với thực tế.

2.11. Phân tích số liệu

* Số liệu định lượng:

Số liệu thu thập được làm sạch và nhập trên chương trình Epidata.

Sử dụng phần mềm SPSS 18.0 để quản lý và phân tích số liệu. Các phương pháp phân tích thống kê mô tả và phân tích đa biến được sử dụng trong phân tích số liệu. NC sử dụng phân tích nhân tố khám phá (EFA) và phương pháp phân tích thành tố chính (PCA) trong đánh giá tính giá trị và độ tin cậy của thang đo thái độ.

Trong phân tích đa biến, NC sử dụng mô hình hồi quy logistics để phù hợp với điều kiện phân bố không chuẩn của các biến phụ thuộc là các biến điểm về KAP LMAT của ĐTNC. Mô hình hồi quy logistics được xây dựng trên cơ sở các biến đã được xác định có mối liên quan với các chỉ số KAP LMAT của ĐTNC, bao gồm cả các biến có mối liên quan có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$) và không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$). Giá trị trung bình của điểm kiến thức, điểm thái độ và điểm thực hành CSTS, CSKS, CSSS của ĐTNC được sử dụng làm điểm cắt để phân định giá trị nhị phân của biến: điểm từ giá trị trung bình trở xuống và điểm trên giá trị trung bình. Phương pháp Backward Conditional được sử dụng trong xây dựng mô hình hồi quy.

Mô hình hồi quy logistics được sử dụng để phân tích các yếu tố liên quan tới kiến thức, thái độ và thực hành LMAT của ĐTNC trên số liệu điều tra TCT, trong đó, biến phụ thuộc là biến điểm kiến thức, thái độ, thực hành LMAT của ĐTNC.

Hiệu quả can thiệp (HQCT) được phân tích qua công thức:

$$HQCT = (b-a) - (d-c).$$

Trong đó: a, b là tỷ lệ của nhóm can thiệp (NCT) ở thời điểm TCT và SCT; c, d là tỷ lệ của nhóm không can thiệp (NKCT) ở thời điểm TCT và SCT; (b-a) và (d-c) là tỷ lệ thay đổi SCT so với TCT của NCT và NKCT.

Hiệu quả can thiệp của chương trình được đánh giá từ hai góc độ: 1) Tỷ lệ ĐTNC có kiến thức, thái độ, thực hành đúng ở một số chỉ số có ý nghĩa quan trọng đối với việc sử dụng dịch vụ CSTS, CSKS, CSSS của ĐTNC trước và sau can thiệp; 2) Tỷ lệ ĐTNC đạt điểm kiến thức, thái độ, thực hành trên trung bình trong CSTS, CSKS, CSSS của NCT và NKCT trước và sau can thiệp.

* **Số liệu định tính:** Thông tin được tổng hợp và viết dưới dạng văn bản; Sử dụng để phân tích, trích dẫn trong kết quả nghiên cứu

2.12. Đạo đức trong nghiên cứu

Nghiên cứu tuân thủ các quy định về đạo đức NC được Hội đồng Đạo đức NC của Viện Vệ sinh Dịch tễ Trung ương thông qua. NC tiến hành có sự đồng ý của UBND huyện, Trung tâm Y tế huyện Thuận Châu và huyện Mường La, UBND và TYT của các xã NC. Tất cả các đối tượng tham gia NC đều được thông báo về NC và được đề nghị chấp thuận tham gia trước khi tiến hành các quy trình NC. Các ĐTNC được giải thích cụ thể về mục đích, nội dung NC để tự nguyện, hợp tác tham gia. Với các ĐTNC chưa đủ 18 tuổi, ngoài sự đồng ý của bản thân còn có sự đồng ý của bố mẹ.

Nhóm NC có trách nhiệm trả lời, tư vấn cho các đối tượng về các ý kiến thắc mắc liên quan tới chủ đề của NC trong quá trình triển khai NC tại địa phương. Sau khi kết thúc đánh giá SCT, NCS cũng giới thiệu mô hình và kết quả can thiệp tăng cường LMAT cho phụ nữ dân tộc H'mông với Trung tâm Y tế huyện Mường La, chính quyền và TYT của 2 xã Chiềng Ân và Chiềng Công là địa bàn không triển khai can thiệp.

Nghiên cứu có một phần kinh phí nhỏ thù lao cho ĐTV, GSV và 1 phần quà nhỏ cho ĐTNC từ nguồn kinh phí hỗ trợ của *Dự án Cung cấp bằng chứng về bệnh tật và tử vong cho hoạch định chính sách y tế tại Việt Nam* do Tổ chức Atlantic Philanthropies (AP) tài trợ và Viện Chiến lược và Chính sách Y tế điều phối.

CHƯƠNG 3: KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Thông tin chung về đối tượng nghiên cứu

Đã có 1021 ĐTNC tham gia trả lời phiếu hỏi tại các điều tra TCT (509) và SCT (512), trong đó có 511 ở NCT và 510 ở NKCT.

Bảng 3.1: Thông tin chung về ĐTNC

CHỈ SỐ	NCT (511)		NKCT (510)		
	TCT (256) n(%)	SCT (255) n(%)	TCT (253) n(%)	SCT(257) n(%)	
Nhóm tuổi	15 - 24	84 (32,8)	86 (33,7)	109 (43,1)	96 (37,4)
	25 - 34	103 (40,2)	93 (36,5)	81 (32,0)	86 (33,5)
	35 - 44	57 (22,3)	57 (22,4)	46 (18,2)	57 (22,2)
	45 - 49	12 (4,7)	19 (7,5)	17 (6,7)	18 (7,0)
Trình độ học vấn	Mù chữ	171 (66,8)	167 (65,5)	166 (65,6)	162 (63,0)
	Tiểu học	52 (20,3)	57 (22,4)	60 (23,7)	62 (24,1)
	THCS	24 (9,4)	23 (9,0)	22 (8,7)	26 (10,1)
	THPT trở lên	9 (3,5)	8 (3,1)	5 (2,0)	7 (2,7)
Nghề nghiệp	Làm nương rẫy	201 (89,7)	199 (87,7)	196 (89,9)	200 (89,3)
	Nghề khác	23 (10,3)	28 (12,3)	22 (10,1)	24 (10,7)
Tham gia CQĐT	Có tham gia	17 (7,6)	19 (8,4)	16 (7,3)	18 (8,0)
	Không tham gia	207 (92,4)	208 (91,6)	202 (92,7)	206 (92,0)
Sử dụng tiếng phổ thông	Không sử dụng được	174 (68,0)	169 (66,3)	174 (68,8)	166 (64,6)
	Sử dụng có khó khăn	53 (20,7)	55 (21,6)	52 (20,6)	64 (24,9)
	Sử dụng thành thạo	29 (11,3)	31 (12,2)	27 (10,7)	27 (10,5)
Điều kiện kinh tế gia đình	Hộ nghèo	79 (30,9)	88 (34,5)	88 (34,8)	98 (38,1)
	Hộ cận nghèo	29 (11,3)	35 (13,7)	30 (11,9)	35 (13,6)
	Hộ khác	148 (57,8)	132 (51,8)	135 (53,4)	124 (48,2)
Hôn nhân	Chưa kết hôn	32 (12,5)	28 (11,0)	35 (13,8)	33 (12,8)
	Đã kết hôn	224 (87,5)	227 (89,0)	218 (86,2)	224 (87,2)

Đa số ĐTNC có trình độ dân trí thấp: khoảng 65% mù chữ, 90% làm nương rẫy, 10% thành thạo tiếng phổ thông; 50% thuộc hộ nghèo. Khoảng 90% ĐTNC đã kết hôn, trong đó, 80% chồng của ĐTNC làm nương rẫy và 40% mù chữ. Tỷ lệ ĐTNC dưới 18 tuổi là 13%. Hầu hết ĐTNC có bố mẹ đẻ, bố mẹ chồng làm nương rẫy. Thời gian đi bộ trung bình từ nhà ĐTNC đến TYT là 2,9 giờ (phụ lục 5). Có sự khác biệt giữa NCT và NKCT ở TCT và SCT, nhưng không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$).

3.2. Kiến thức, thái độ, thực hành về chăm sóc trước sinh, khi sinh và sau sinh

3.2.1. Chăm sóc trước sinh

3.2.1.1. Kiến thức chăm sóc trước sinh

* *Nhận thức về khám thai:* Có 38,9% số ĐTNC biết khám thai định kỳ là cần thiết (41,4% tại NCT và 36,4% tại NKCT), nhưng chỉ có 25,7% biết cần khám thai 3 lần trong thai kỳ (25,8% tại NCT và 25,7% tại NKCT).

* *Nhận biết các DHHH khi mang thai:*

Có 1/3 ĐTNC không biết DHHH khi mang thai nào (35,2% ở NCT và 32,0% ở NKCT). Tỷ lệ ĐTNC biết 3 DHHH khi mang thai thấp (5,1% ở NCT và 12,6% ở NKCT), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).

* *Nhận thức về cách xử trí khi thấy DHHH khi mang thai:*

Bảng 3.2: Tỷ lệ ĐTNC biết về cách xử trí khi thấy DHHH khi mang thai (n=338)

CHỈ SỐ	NCT (n=166)		NKCT (n=172)	
	n	%	n	%
Đến trạm y tế xã	142	85,5	149	86,6
Đến bệnh viện huyện/tỉnh	61	36,7	79	45,9
Đến thầy lang*	88	53,0	65	37,8
Cúng*	3	1,8	24	14,0
Tự chữa, tự mua thuốc về uống	7	4,2	11	6,4

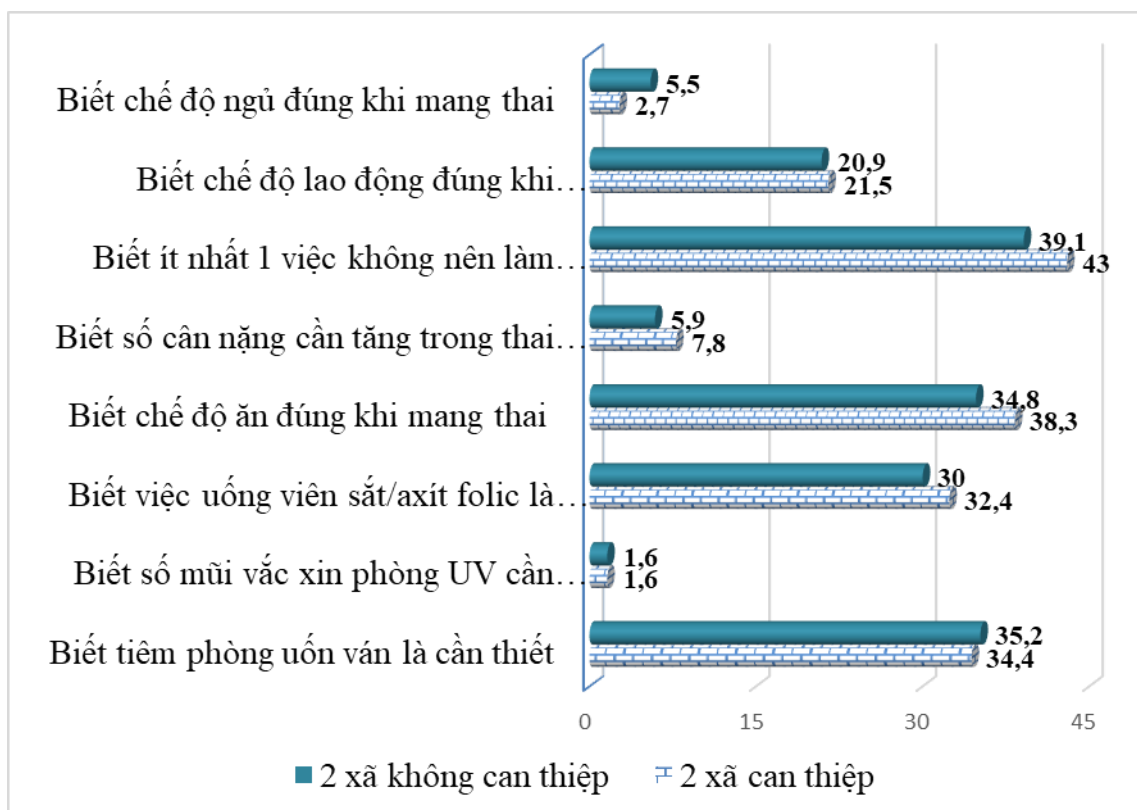
*Ghi chú: * $p < 0,05$*

Đa số ĐTNC biết cách xử trí là đến ít nhất một CSYT nhà nước (92,2% ở NCT và 94,8% ở NKCT), nhưng vẫn có một tỷ lệ đáng kể có cách xử trí sai (bảng 3.2).

Kết quả NC định tính cho thấy, người dân đều biết đến CSYT để khám, điều trị khi ốm nặng; một số bài thuốc dưỡng thai dân gian vẫn được một số gia đình tin và sử dụng. Ngoài ra, người H'mông vẫn thường thực hiện các thủ tục tâm linh theo truyền thống khi có người ốm nặng là cúng ma, tổ tiên để phù hộ cho người ốm chóng khỏi.

“Thông thường, khi có người ốm nặng người H'mông thường thực hiện nhiều giải pháp cùng nhau như vừa đưa người ốm đến TYT, kết hợp sử dụng cả thuốc cổ truyền và cúng tổ tiên, cúng ma, ...” (TLN_Trường bản2).

* Các kiến thức về CSTS khác:



Hình 3.1: ĐTNC có kiến thức đúng về một số chỉ số trong CSTS (n=509)

Các kiến thức về CSTS khác của ĐTNC đều ở mức thấp, đặc biệt là các kiến thức về chỉ số chi tiết như số mũi vắc xin UV cần tiêm,... Có khác biệt nhỏ giữa NCT và NKCT, tuy nhiên sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$) (hình 3.1).

* *Điểm kiến thức về CSTS*: Tỷ lệ ĐTNC có điểm kiến thức CSTS trên trung bình là 38,3% ở NCT và 37,9% ở NKCT ($p > 0,05$).

* *Nguồn thông tin*:

Bảng 3.3: Nguồn thông tin về CSTS của ĐTNC (509)

NGUỒN THÔNG TIN	NCT (n=256)		NKCT (n=253)	
	n	%	n	%
Từ CBYT	97	37,9	98	38,7
Từ cán bộ CQĐT	85	33,2	76	30,0
Từ trường học	15	5,9	19	7,5
Từ TTĐC	59	23,0	52	20,6

Các ĐTNC đều tiếp cận thông tin về CSTS từ gia đình, bạn bè; ngoài ra, khoảng 1/3 ĐTNC tiếp cận từ các nguồn thông tin khác như: CBYT, ... (bảng 3.3).

Nghiên cứu định tính cho thấy, khả năng tiếp cận các nguồn thông tin từ CBYT và cán bộ chính quyền, đoàn thể cũng hạn chế do người H'mông tại địa bàn e ngại nói chuyện về việc mang thai, sinh đẻ trong khi lực lượng này hầu hết là nam giới.

“Mình không biết nhiều về LMAT nhưng đi họp, đi tập huấn nghe được gì, biết gì thì cũng muốn nói cho họ nghe cho họ hiểu để họ tránh, nhưng cũng ngại chồng họ, gia đình họ. Mọi người ở đây ai cũng đều ngại nói với vợ người khác về những việc sinh đẻ. Đây là việc riêng của vợ chồng họ không nói vào được đâu” (TLN_CQ xã4).

3.2.1.2. Thái độ chăm sóc trước sinh

Thái độ đúng đắn với CSTS được đo lường bằng cách trả lời đồng ý với câu 6 và không đồng ý đối với các còn lại (bảng 3.4).

Bảng 3.4: Tỷ lệ ĐTNC có thái độ đúng trong CSTS

CHỈ SỐ	NCT (256)		NKCT (253)	
	n	%	n	%
Thái độ đối với tiếp cận dịch vụ CSTS				
1. Sinh đẻ là chuyện bình thường, không cần quan tâm nhiều tới việc này	31	12,1	29	11,5
2. Chỉ cần khám thai khi có dấu hiệu bất thường	30	11,7	25	9,0
3. Không thể để người khác ngoài chồng nhìn thấy vùng kín của mình*	2	0,8	19	7,5
4. Chỉ cần ăn uống đủ chất là được, không cần uống viên sắt*	6	2,3	35	13,8
5. Tiêm phòng UV có hại cho thai nhi	73	28,5	68	26,9
6. Các gia đình phải có kế hoạch chuẩn bị cho việc mang thai	36	14,1	36	14,2
Thái độ về chế độ dinh dưỡng, lao động, nghỉ ngơi				
7. Ăn nhiều thì to con, khó đẻ	2	0,8	8	3,2
8. Việc nhà là việc của phụ nữ, dù mang thai nhưng vẫn phải làm như lúc không mang thai*	0	0,0	4	1,6
9. Phụ nữ mang thai chỉ cần ngủ như bình thường	6	2,3	11	4,3

Ghi chú: * $p < 0,05$

Tỷ lệ ĐTNC có điểm thái độ đúng trong CSTS ở mức thấp, đều dưới 30%. Kết quả NC định tính cho thấy tâm lý coi nhẹ việc mang thai, sinh đẻ của ĐTNC, xuất phát từ các thói quen lâu đời của người H'mông khi họ và gia đình vẫn phải tự lo cho việc sinh đẻ như là một công việc bình thường trong cuộc sống của họ.

“Mang thai rồi đẻ là việc bình thường của phụ nữ thôi, ai cũng như vậy. Ông bà mình cũng thế, mình cũng thế thôi, có gì đâu. Nếu mang thai mà khỏe thì không cần đi khám đâu, ai bị sao thì mới đến TYT, bệnh viện khám thôi” (TLN_PN3).

Nhiều ý kiến cho rằng thực trạng này xuất phát từ việc thiếu hiểu biết của phụ nữ H'mông cũng như của cộng đồng.

“Người dân có ai biết gì về nguy hiểm khi mang thai hay khi đẻ đâu nên họ vẫn cứ làm theo thói quen, như mọi người trong bản thôi. Ai chẳng may đẻ khó, không chuyển đi CSYT kịp mà chết mẹ, chết con thì coi như không may thôi. Nếu họ biết là phòng được việc đó thì chắc họ sẽ thay đổi” (TLN_CQ xã1).

Bên cạnh đó, ĐTNC còn định kiến về việc đẻ người khác nhìn thấy vùng kín.

“Tâm lý này còn phổ biến lắm, có người còn nặng nề tới mức nếu người đàn ông khác ngoài chồng nó mà nhìn thấy của nó (vùng kín của phụ nữ - NCS) thì nó đi chết ngay đấy. Việc này ở đây xảy ra rồi” (TLN_TYT3).

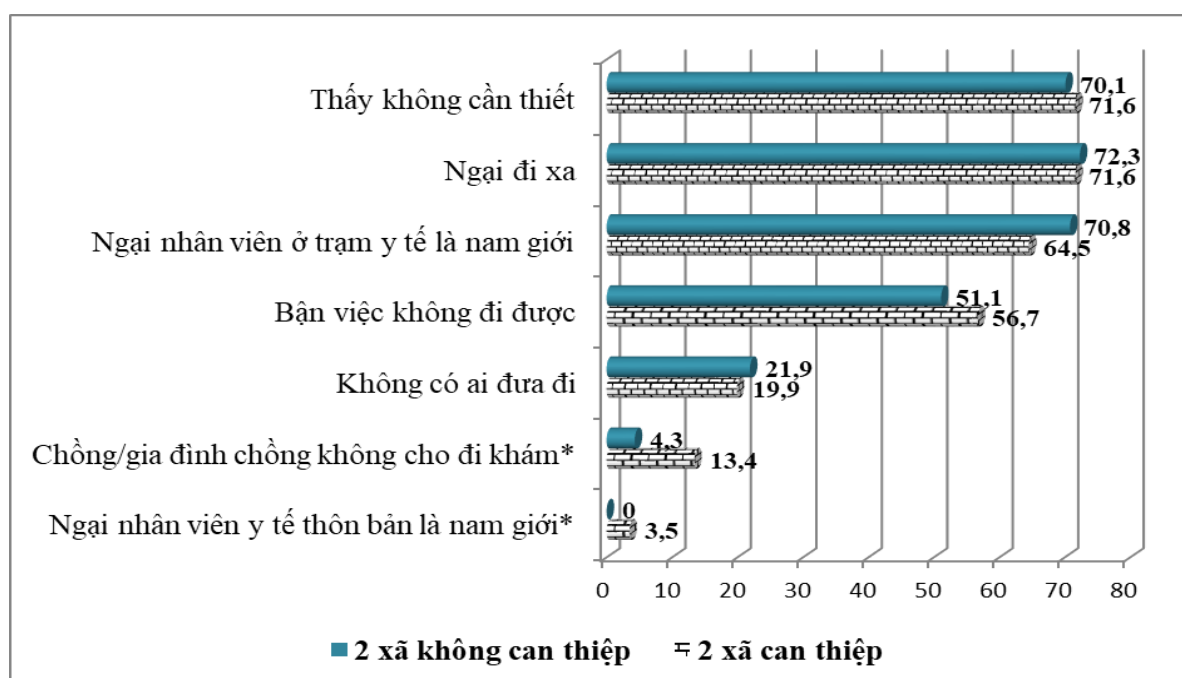
Lãnh đạo chính quyền địa phương cũng nhận định định kiến này là rào cản trong thực hiện LMAT của người dân và cần thiết phải phá vỡ định kiến này.

* *Điểm thái độ về CSTS*: Tỷ lệ ĐTNC có điểm thái độ CSTS trên trung bình là 28,1% ở NCT và 36,0% ở NKCT ($p>0,05$).

3.2.1.3. Thực hành CSTS

* *Khám thai*: Có 424 ĐTNC đã từng mang thai, trong đó 146 ĐTNC (NCT là 74 và NKCT là 72) có khám thai trong lần mang thai gần nhất (34,4%). Nơi khám thai của 2 nhóm xã lần lượt là: tại TYT là 63,5% và 88,9%; tại CSYT tuyến trên là 24,2% và 17,8%; được NVYT khám thai tại nhà là 4,7% và 2,4% ($p<0,05$).

* *Lý do không đi khám thai*:

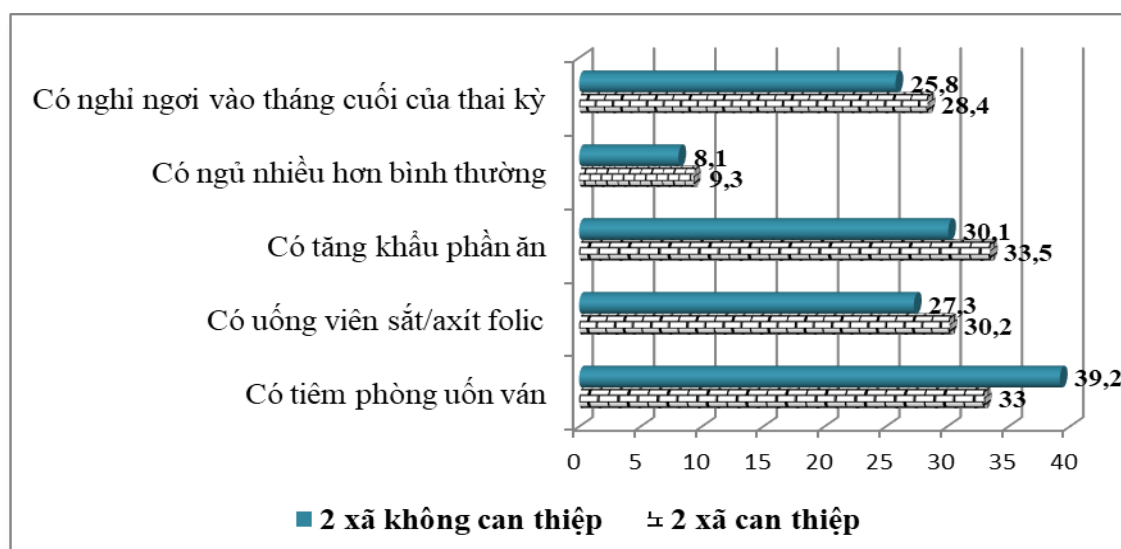


Ghi chú: * $p < 0,05$

Hình 3.2: Lý do không đi khám thai trong lần mang thai gần nhất (n=278)

Ba lý do được đề cập nhiều nhất là: "thấy không cần thiết", "ngại đi xa", "ngại nhân viên ở TYT là nam giới" và "bận việc không đi được" (hình 3.2).

* Các thực hành CSTS khác:



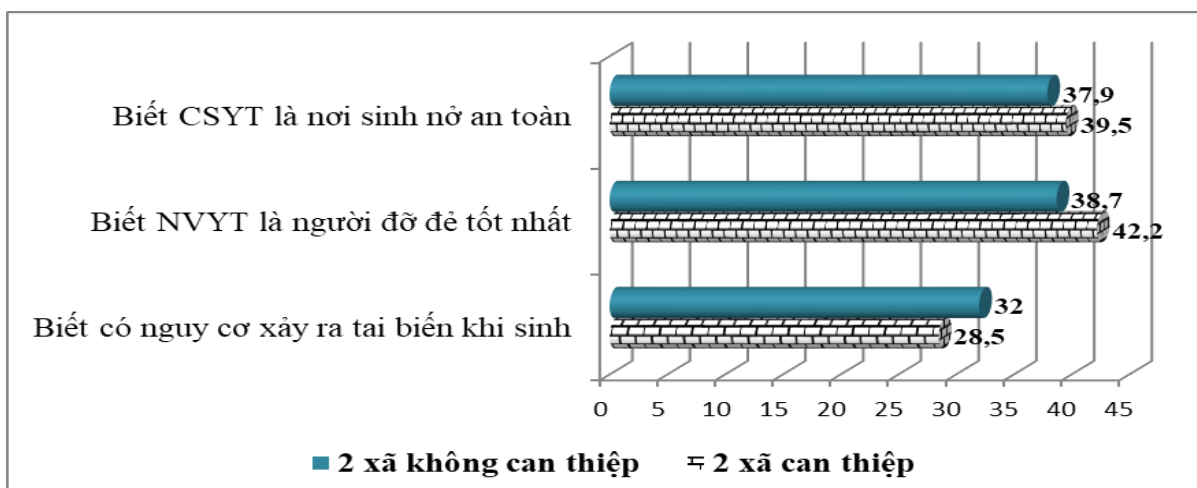
Hình 3.3: ĐTNC có hành vi đúng về CSTS trong lần mang thai gần nhất (n=424).

Các hành vi đúng khác về CSTS ở 2 nhóm xã đều dưới 4/10; có sự khác biệt giữa 2 nhóm xã nhưng sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$) (Hình 3.3).

Điểm thực hành về CSTS: Tỷ lệ ĐTNC có điểm thực hành CSTS trên trung bình là 35,8% ở NCT và 37,8% ở NKCT ($p>0,05$).

3.2.2. Chăm sóc khi sinh

3.2.2.1. Kiến thức chăm sóc khi sinh



Hình 3.4: ĐTNC có kiến thức đúng về một số chỉ số trong CSKS (n=509)

Kiến thức của ĐTNC về CSKS ở cả 2 nhóm xã đều ở mức thấp. Chỉ có 30% ĐTNC biết có khả năng xảy ra tai biến khi chuyển dạ, trong số đó, tỷ lệ biết ít nhất tên 1 tai biến sản khoa và biết ít nhất 1 DHHH trong chuyển dạ ở NCT là 64,4% và 89,0%, ở NKCT là 59,3% và 86,4%. Khoảng 4/10 ĐTNC biết CSYT là nơi sinh đẻ an toàn và CBYT là người đỡ đẻ tốt nhất. Sự khác biệt giữa 2 nhóm không có ý nghĩa thống kê ($p>0,05$) (hình 3.4).

Kết quả NC định tính cho thấy, kinh nghiệm về các trường hợp tử vong do chảy nhiều máu, co giật đã được lưu truyền trong cộng đồng nên bà con nhớ nhiều hơn.

“Bà đỡ hộ nhiều lắm rồi nhưng chưa chết ca nào, có ca tay ra trước bà cũng đỡ sống. Nhưng mình nghe mọi người kể thì những ca đang đẻ mà chảy nhiều máu quá hay co giật thì đều chết nên cứ thấy thế thì cho đi TYT, bệnh viện thôi” (TLN_Bà đỡ2).

“Người H’mông họ thực tế, trọng kinh nghiệm nên cứ thấy nhiều ca bị chết do cùng một hiện tượng như chảy máu nhiều hay co giật hay tay chân ra trước thì họ rút kinh nghiệm. Lần sau thấy ca như vậy thì họ chuyển lên đây ngay” (TLN_TYT1).

Điểm kiến thức về CSKS: Tỷ lệ ĐTNC có điểm kiến thức CSKS trên trung bình là 37,8% ở NCT và 32,8% ở NKCT ($p>0,05$).

Nguồn thông tin:

Bảng 3.5: Nguồn thông tin về CSKS của ĐTNC (509)

NGUỒN THÔNG TIN	NCT (n=256)		NKCT (n=253)	
	n	%	n	%
Từ CBYT	97	37,9	101	39,9
Từ cán bộ CQĐT	90	35,2	78	30,8
Từ trường học	12	4,7	15	5,9
Từ TTĐC	53	20,7	45	17,8

Mọi ĐTNC đều tiếp cận thông tin về CSKS từ gia đình, bạn bè; ngoài ra, khoảng 1/3 ĐTNC tiếp cận từ các nguồn thông tin chính thống của xã hội như: từ CBYT, CQĐT, trường học và TTĐC (bảng 3.5).

3.2.2.2. Thái độ chăm sóc khi sinh

Thái độ đúng đối với CSKS được đo lường bằng cách trả lời đồng ý đối với các câu hỏi từ 1 đến 4 và không đồng ý với câu 5 và 6 (hình 3.6).

Bảng 3.6: Tỷ lệ ĐTNC có thái độ đúng trong CSKS

CHỈ SỐ	NCT (256)		NKCT (253)	
	n	%	n	%
<i>Thái độ về nguy cơ khi sinh và sự cần thiết để tại CSYT</i>				
1. CBYT là người được đào tạo về chuyên môn CSSKSS nên là người đỡ đẻ tốt nhất	109	42,6	95	37,5
2. Nên đến CSYT để đỡ đẻ an toàn cho mẹ và con	84	32,8	86	34,0
3. Vợ chồng phải có kế hoạch cho việc sinh đẻ	46	18,0	48	19,0
4. Việc sinh đẻ có nhiều nguy cơ nên phải chuẩn bị để có thể ứng phó kịp thời	45	17,6	45	17,8
<i>Thái độ của ĐTNC về việc đẻ tại nhà</i>				
5. Đẻ ở nhà, nếu có khó khăn thì chuyển đến CSYT	4	1,6	4	1,6
6. Những bà đỡ dân gian có thể đỡ đẻ tốt vì nhiều kinh nghiệm đỡ đẻ cho nhiều người*	3	1,2	20	7,9

*Ghi chú: * $p < 0,05$*

Kết quả cho thấy, thái độ đúng đối với CSKS của ĐTNC rất thấp, đặc biệt là tỷ lệ có thái độ đúng trong các chỉ số về đẻ tại nhà ở mức rất thấp dưới 10%. Kết quả NC định tính cũng cho thấy, sinh đẻ tại nhà là tập tục lâu đời và thành thói quen khó thay đổi của dân tộc H'mông.

“Dân mình bao đời nay vẫn thế, phụ nữ mang thai rồi đẻ thì chồng đỡ hay mẹ rồi chị em trong nhà đỡ. Có lúc không ai có nhà mà đẻ thì tự đỡ. Nếu đẻ khó thì mới chuyển đến trạm y tế thôi” (TLN_Trường bản2).

Điểm thái độ về CSKS: Tỷ lệ ĐTNC có điểm thái độ CSKS trên trung bình là 30,5% ở NCT và 38,3% ở NKCT ($p>0,05$).

3.2.2.3. Thực hành chăm sóc khi sinh

Có 420 ĐTNC đã từng sinh con ở 2 nhóm xã, trong đó 91,4% sinh con tại nhà trong lần sinh gần nhất (NCT là 92% và NKCT là 90,8%). Tỷ lệ đẻ tại nhà có NVYT đỡ chỉ đạt 9,6% (NCT là 10,7% và NKCT là 8,5%). Sự khác biệt giữa 2 nhóm xã không có ý nghĩa thống kê ($p>0,05$).

Kết quả nghiên cứu định tính cho thấy, có nhiều lý do giải thích cho việc người H'mông muốn đẻ tại nhà như: ngại đi xa và đường đi khó khăn, thấy mọi người vẫn đẻ tại nhà bình thường nên thấy không cần đi đến CSYT, ngại CBYT là nam giới, đẻ ở CSYT bất tiện vì không có bếp lửa để đun nấu và sưởi ấm, ... Các lý do của những người đến CSYT để thuộc 3 nhóm: nhóm thứ nhất là bị buộc phải đến CSYT đẻ do đẻ ở nhà gặp khó khăn; nhóm thứ hai là các ĐTNC không biết về nguy cơ khi sinh đẻ nhưng chồng, gia đình họ muốn đến CSYT để cho an toàn nên họ đi; nhóm thứ ba là bản thân họ biết nguy cơ khi sinh đẻ nên muốn được đưa tới CSYT để đẻ cho an toàn.

“Em đẻ ở nhà không được nên gia đình phải chuyển tới TYT rồi đi bệnh viện” (TLN_PN1);

“Mình thì chồng nó muốn đưa đi đẻ ở bệnh viện cho nó tốt cho mẹ, cho con nên mình đi thôi, còn đẻ ở nhà như mọi người vẫn được mà” (TLN_PN3);

“Em cũng biết một số thông tin về tai biến khi đẻ nên cũng sợ nên khi mang thai là nói với chồng là muốn đến trạm hay bệnh viện để đẻ yên tâm. May mà chồng nghe theo, ông ấy mà không nghe thì mình cũng chịu” (TLN_PN4).

Chính quyền địa phương cũng cho rằng, để người dân thay đổi được hành vi thì cần cho họ biết việc đó có lợi như thế nào đối với họ.

“Với người H'mông thì tuyên truyền như thường làm không ăn thua đâu. Cái chính là phải biết họ đang mong muốn gì rồi nói thẳng vào lợi ích mà họ nhận được”

khi làm theo mình, họ được lợi gì khi làm theo, mất gì khi không làm theo, ... Hiện nay gia đình người H'mông nào cũng muốn con cái họ đủ tiêu chuẩn sức khỏe để được đi bộ đội, công an, đủ thông minh để đi học rồi làm viên chức, công chức, ... Nếu được đi là họ đổi đời. Vì vậy, ta phải nhấn vào sự liên quan giữa việc thực hiện LMAT và việc con cái họ có sức khỏe tốt, thông minh để làm được như họ muốn thì họ làm theo ngay. Người H'mông rất thực tế như thế" (PVS_LĐCQ).

Điểm thực hành về CSKS: Tỷ lệ ĐTNC có điểm thực hành CSKS trên trung bình là 34,3% ở NCT và 28,5% ở NKCT ($p>0,05$).

3.2.3. Chăm sóc sau sinh

3.2.3.1. Kiến thức chăm sóc sau sinh

* Kiến thức về sự cần thiết phải thăm khám sau sinh và thời điểm khám:

Có tới 7/10 ĐTNC không biết cần phải khám sau sinh (66,8% ở NCT và 68,4% ở NKCT) và gần 2/10 ĐTNC cho rằng không cần phải khám sau sinh (20,3% ở NCT và 15,4% ở NKCT); Tỷ lệ ĐTNC cho rằng cần phải khám sau sinh rất thấp (12,9% ở NCT và 16,2% ở NKCT). Về thời điểm khám sau sinh (trong số 74 ĐTNC cho rằng cần thiết phải khám sau sinh), tỷ lệ cho rằng khám trong ngày đầu sau đẻ là 86,5% (87,9% ở NCT và 85,4% ở NKCT); từ ngày thứ 2 đến ngày thứ 6 sau sinh 44,6% (60,6% ở NCT và 31,7% ở NKCT, $p<0,05$); gần 5% cho rằng đi khám khi thấy dấu hiệu bất thường và 1,4% không biết khám vào thời điểm nào.

* Kiến thức về DHNH ở bà mẹ sau sinh:

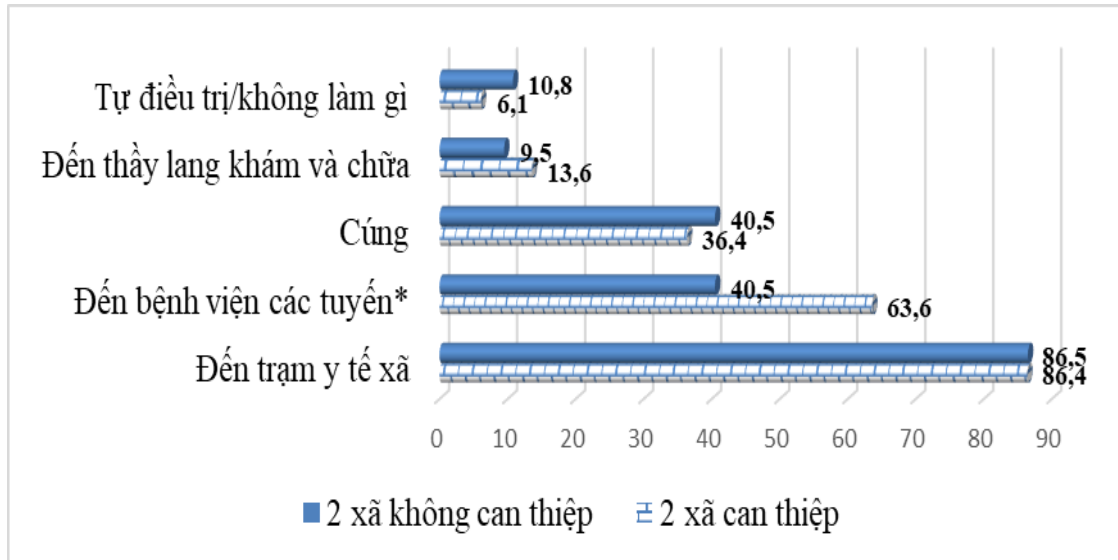
Bảng 3.7: Kiến thức về DHNH ở bà mẹ sau sinh của ĐTNC (n=509)

CHỈ SỐ	NCT (256)		NKCT (253)	
	n	%	n	%
Chảy máu kéo dài	58	22,7	42	16,6
Co giật*	32	12,5	54	21,3
Sốt	2	0,8	8	3,2
Đau bụng kéo dài và tăng lên	2	0,8	4	1,6
Không biết DHNH nào	190	74,2	179	70,8

Ghi chú: * $p<0,05$

Tỷ lệ ĐTNC biết ít nhất 1 DHNH ở bà mẹ sau sinh là 27,5%; trung bình là 0,4 dấu hiệu. Hai DHNH ĐTNC biết nhiều nhất là "chảy máu kéo dài" (19,6%) và "co giật" (16,9%) (Bảng 3.7).

* Cách xử trí khi gặp DHNH ở bà mẹ sau sinh:



Hình 3.5: Kiến thức về cách xử trí khi thấy DNHH ở bà mẹ sau sinh (n=140)

Trong số ĐTNC biết ít nhất 1 DHNH ở bà mẹ sau sinh, hầu hết các ĐTNC biết cách xử trí đúng như đến TYT và bệnh viện. Tỷ lệ ĐTNC ở NCT biết đến bệnh viện các tuyến khi gặp DNHH sau sinh ở bà mẹ cao hơn NKCT, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$) (hình 3.5).

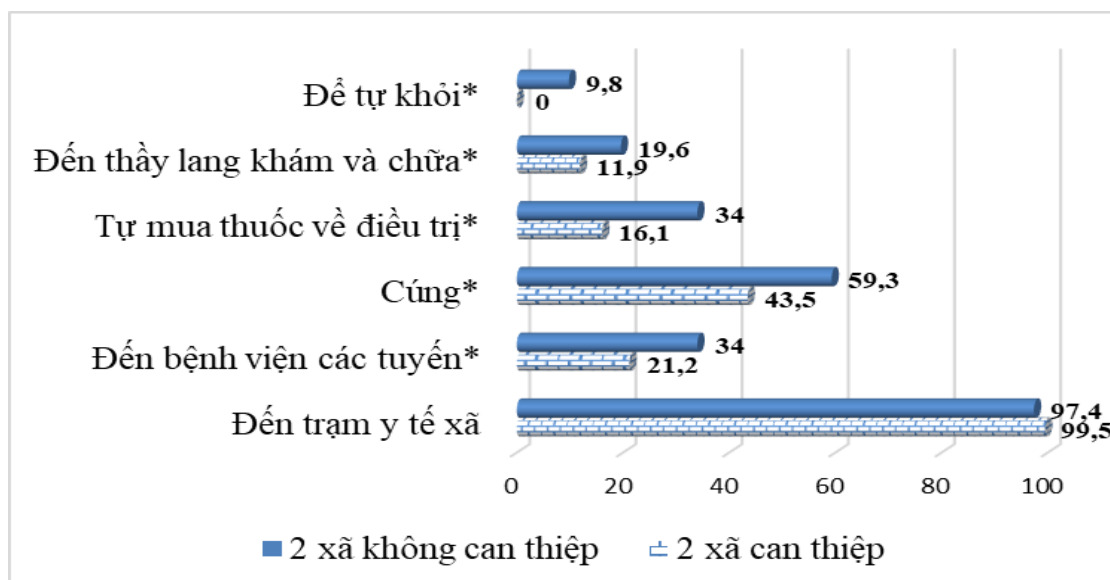
* Kiến thức về DNHH ở trẻ sơ sinh:

Bảng 3.8: Kiến thức về DNHH ở trẻ sơ sinh của ĐTNC (n=509)

CHỈ SỐ	NCT (256)		NKCT (253)	
	n	%	n	%
Sốt hoặc hạ thân nhiệt	120	46,9	106	41,9
Nôn trớ kéo dài kèm theo trương bụng	105	41,0	86	34,0
Vàng da hay da màu xanh tím	80	31,3	74	29,2
Bỏ bú, bú yếu	46	18,0	55	21,7
Ngủ lịm	32	12,5	45	17,8
Dấu hiệu khác	27	10,5	35	13,9
Không biết DNHH nào	63	24,6	59	23,3

Tỷ lệ ĐTNC ở 2 nhóm biết ít nhất 1 DHHH ở trẻ sơ sinh là 76%; trung bình là 1,6 dấu hiệu. Hai dấu hiệu ĐTNC biết nhiều nhất là “Sốt hoặc hạ thân nhiệt” và “Nôn trớ kéo dài kèm theo trương bụng” (bảng 3.8).

* Cách xử trí khi gặp DHHH ở trẻ sơ sinh:



Ghi chú: * $p < 0,05$

Hình 3.6: Nhận thức về cách xử trí khi thấy DHHH ở trẻ sơ sinh (n=387)

Trong số ĐTNC biết ít nhất 1 DHHH ở trẻ sơ sinh, hầu hết các ĐTNC biết cách xử trí đúng như đến TYT (98,4%), đến bệnh viện (51,4%) (hình 3.6).

* Kiến thức về các chỉ số khác trong CSSS đối với các bà mẹ:

Bảng 3.9: Tỷ lệ ĐTNC có kiến thức đúng về một số chỉ số trong CSSS khác

CHỈ SỐ	NCT (256)		NKCT (253)	
	n	%	n	%
Biết cần ăn nhiều hơn bình thường với chế độ nhiều chất dinh dưỡng	99	38,7	90	35,6
Biết thành phần thức ăn đúng của bà mẹ sau sinh	52	20,3	54	21,3
Biết chế độ lao động đúng trong tuần đầu sau sinh	69	27,0	65	25,7
Biết về chế độ ngủ đúng của bà mẹ sau sinh	8	3,1	17	6,7

Chỉ số về bổ sung Vitamin A và viên Sắt sau sinh ở 2 nhóm xã đều chỉ đạt 0,4%. Tỷ lệ ĐTNC biết về thời điểm đúng có thể bắt đầu SHTD trở lại sau sinh là

10,3%; có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa 2 nhóm xã (2,7% ở NCT và 7,9% ở NKCT; $p < 0,05$) (bảng 3.9).

**Kiến thức về các chỉ số khác trong CSSS đối với trẻ SS:*

Bảng 3.10: Tỷ lệ ĐTNC có kiến thức đúng về một số chỉ số trong CSSS

CHỈ SỐ	NCT (256)		NKCT (253)	
	n	%	n	%
Biết ít nhất 01 cách chăm sóc rốn trẻ SS đúng*	24	9,4	68	26,9
Biết ít nhất 01 DHNH ở rốn trẻ SS	173	67,6	172	68,0
Biết ít nhất 01 cách xử trí đúng khi thấy DHNH ở rốn trẻ SS (n=345)**	168	97,1	162	94,2
Biết ít nhất 01 cách chăm sóc mắt trẻ SS đúng	15	5,9	13	5,1
Biết ít nhất 01 DHNH ở mắt trẻ SS	122	47,7	113	44,7
Có ít nhất 01 cách xử trí đúng khi thấy DHNH ở mắt trẻ SS (n=235)**	121	99,2	108	95,6
Biết về thời gian cần cho con bú mẹ hoàn toàn	52	20,3	50	19,8
Biết về thời điểm bắt đầu cho con ăn dặm	38	14,8	37	14,6

*Ghi chú: * $p < 0,05$; ** trong số những người biết về DHNH ở rốn/mắt trẻ SS*

Các ĐTNC có kiến thức đúng khá cao về các chỉ số biết ít nhất 1 DHNH ở rốn và ở mắt trẻ sơ sinh (5/10) và tỷ lệ biết ít nhất 01 cách xử trí đúng của nhóm này; các chỉ số chăm sóc trẻ sơ sinh khác đều thấp dưới 30% (bảng 3.10).

Kết quả NC định tính cũng cho thấy, các ĐTNC, chồng họ cũng như người dân trong cộng đồng đều có nhận thức chủ quan về các nội dung CSSS.

“Để xong thì xong rồi, mình chỉ nghỉ ngơi thôi. Có người khỏe thì vài hôm là đi làm bình thường” (TLN_PN2).

“Để cũng dễ thôi mà. Để xong cho nó (vợ-NCS) ăn vài con gà là khỏe lại như bình thường, không cần chăm sóc gì đâu” (TLN_Chồng1)

Việc hiểu rõ và nhớ các chỉ số kiến thức CSSS chi tiết đối với phụ nữ H'mông là khó khăn do trình độ học vấn thấp. Tuy nhiên, họ vẫn thực hiện theo yêu cầu khi được CBYT yêu cầu dù không hiểu rõ về vấn đề.

“Cán bộ nó bảo mình cái này cần tiêm, cần uống để tốt cho mẹ, tốt cho con thì mình làm theo thôi chứ mình không biết quy định thế nào” (TLN_PN2).

“Nhận thức của bà con hạn chế nên chỉ nắm được các kiến thức đơn giản như cần hay không cần thôi chứ không nhớ chi tiết. Nhưng được cái là CBYT nói cần, tốt cho mẹ và con là họ nghe theo, làm theo chứ không biết cụ thể về vắc xin UV hay viên sắt là gì” (TLN_TYT4).

Cộng đồng còn tồn tại một số quan niệm khác biệt trong chăm sóc rốn trẻ SS, đặc biệt là tập tục cắt rốn trẻ nhưng mà không buộc rốn mà để chảy máu tự do.

“Bà con ở đây không buộc rốn mà cắt xong cứ để máu chảy đến lúc nào không chảy nữa thì thôi. Mình nói sao cũng không nghe. Ở Trạm mình buộc thì họ chịu nhưng bé con ra cửa Trạm là họ tháo chỉ ngay” (TLN_TYT1).

“Ông bà vẫn nói là máu ở rốn là máu độc, nên để nó chảy ra thì tốt cho trẻ ... Nó cũng không chảy nhiều đâu” (TLN_PN1).

* Điểm kiến thức về CSSS: Tỷ lệ ĐTNC có điểm kiến thức CSSS trên trung bình là 31,3% ở NCT và 34,8% ở NKCT ($p>0,05$).

* Nguồn thông tin:

Bảng 3.11: Nguồn thông tin về CSKS của ĐTNC (509)

NGUỒN THÔNG TIN	NCT (256)		NKCT (253)	
	n	%	n	%
Từ CBYT	97	37,9	101	39,9
Từ cán bộ CQĐT	90	35,2	78	30,8
Từ trường học	12	4,7	15	5,9
Từ TTĐC	53	20,7	45	17,8

Các ĐTNC đều tiếp cận thông tin CSSS từ gia đình, bạn bè; ngoài ra, khoảng 1/3 ĐTNC tiếp cận từ các nguồn thông tin chính thống của xã hội như: từ CBYT, CQĐT, trường học và TTĐC (bảng 3.11).

3.2.3.2. Thái độ chăm sóc sau sinh

Thái độ đúng đắn với CSSS được đo lường bằng cách trả lời không đồng ý đối với các câu hỏi từ 1 đến 10 trong 3 thành tố.

Bảng 3.12: Tỷ lệ ĐTNC có thái độ đúng trong CSSS (509)

CHỈ SỐ	NCT (256)		NKCT (253)	
	n	%	n	%
<i>Thái độ về chăm sóc trẻ sơ sinh</i>				
1. Con cái là Trời cho, nếu Trời đã cho con thì sẽ để được con khỏe mạnh, sẽ nuôi được đứa con đó	2	0,8	3	1,2
2. Rón trẻ sơ sinh sẽ tự rụng, không cần phải chăm sóc rón trẻ SS	13	5,1	7	2,8
3. Người mẹ có thể tắm cho trẻ theo cách của mình mà không cần phải học cách tắm cho trẻ SS	8	3,1	2	0,8
4. Không nên chỉ cho trẻ bú mẹ hoàn toàn trong 6 tháng đầu vì sữa mẹ không đủ chất cho trẻ	9	3,5	16	6,3
<i>Thái độ về chăm sóc bà mẹ sau sinh</i>				
5. Để xong thì đã hết nguy hiểm nên không cần phải có BHYT khám, chăm sóc giai đoạn sau khi sinh	37	14,5	41	16,2
6. Sau khi sinh người mẹ cần có khẩu phần ăn kiêng để tránh tai biến	4	1,6	4	1,6
7. Sau khi sinh, phụ nữ có thể làm việc bình thường	26	10,2	33	13,0
8. Phụ nữ sau khi sinh không nên vệ sinh vú và vùng kín hàng ngày	115	44,9	101	39,9
<i>Thái độ về bổ sung vi chất cho bà mẹ và trẻ SS</i>				
9. Sau khi sinh người mẹ không cần thiết phải uống thêm Vitamin A vì trong thức ăn đã có đủ	2	0,8	1	0,4
10. Sau khi sinh người mẹ không cần thiết phải uống thêm viên Sắt vì trong thức ăn đã có đủ	3	1,2	1	0,4

ĐTNC có thái độ đúng nhiều nhất ở thành tố chăm sóc bà mẹ sau sinh và thấp nhất ở thành tố về bổ sung vi chất cho bà mẹ và trẻ sơ sinh. Có sự khác biệt giữa 2 nhóm nhưng sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê ($p>0,05$) (bảng 3.12).

Kết quả nghiên cứu định tính cũng cho thấy thái độ chủ quan, lệ thuộc vào các yếu tố tâm linh trong chăm sóc sau sinh của ĐTNC.

“Con cái thì mình muốn cũng không được theo ý đâu. Tổ tiên cho con thì mình được nuôi thôi” (TLN_Bà đỡ 3).

“Nếu chẳng may trẻ đẻ ra mà chết thì họ cũng không buồn nhiều đâu vì theo truyền thuyết thì con là do tổ tiên cho, cử đến cho mình. Nên con chết thì nó lại về với tổ tiên thôi, còn mình đẻ con khác” (TLN_Trường bản4).

Sự quan tâm của các bà mẹ về sự sống còn của đứa con sâu đậm hơn những người khác.

“Con mà chết thì mình cũng buồn lắm chứ nhưng vì tổ tiên không cho nó ở với mình thì chịu thôi ... Nên mình muốn làm gì tốt cho con để nó ở với mình. Còn đàn ông thì không quan tâm đâu. Con chết thì nó bắt mình đẻ con khác thôi” (TLN_PN3).

Điểm thái độ về CSSS: Tỷ lệ ĐTNC có điểm thái độ CSSS trên trung bình là 33,2% ở NCT và 36,0% ở NKCT ($p>0,05$).

3.2.3.3. Thực hành chăm sóc sau sinh

Bảng 3.13: Tỷ lệ ĐTNC có hành vi đúng về CSSS trong lần sinh gần nhất (n=420)

CHỈ SỐ	NCT (213)		NKCT (207)	
	n	%	n	%
Có chế độ lao động đúng trong tuần đầu sau sinh	47	22,1	50	24,2
Trở lại làm việc bình thường từ tháng thứ 4 sau sinh	10	4,7	8	3,8
Có chế độ ăn đúng sau sinh	70	32,9	86	41,5
Có chế độ ngủ đúng sau sinh	35	16,4	33	15,9
Có bổ sung vitamin A sau sinh (n=122)*	1	2,6	2	2,4
Có bổ sung sắt/axit folic sau sinh (n=123)*	2	5,3	1	1,2
Cho con bú lần đầu trong 1 giờ đầu sau sinh (n=283)*	130	98,5	144	95,4
Cho con bú mẹ hoàn toàn trong 6 tháng (n=267)*	6	4,5	2	1,5
Có cách xử trí đúng khi gặp DHNH ở mẹ (n=243)**	25	23,1	33	24,4
Có cách xử trí đúng khi gặp DHNH ở con (n=79)**	14	53,8	20	37,7

*Trong số ĐTNC nhớ về việc này; ** Trong số ĐTNC có gặp DHNH ở mẹ hoặc ở con.

Tỷ lệ ĐTNC có hành vi đúng về CSSS trong lần sinh con gần nhất rất thấp, hầu hết các chỉ số đạt khoảng từ 50% trở xuống. Có sự khác biệt giữa 2 nhóm xã nhưng sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê ($p>0,05$) (bảng 3.13).

Nghiên cứu định tính cho thấy, việc thăm khám sau sinh của các TYT và YTTB cho phụ nữ sinh đẻ tại cộng đồng rất khó khăn do e ngại các tập tục kiêng kỵ truyền

thông của người H'mông khi có người đẻ. Các trường hợp thăm khám chủ yếu là người nhà của nhân viên TYT hay YTTB và được kết hợp trong các lễ cúng.

“Việc thăm khám sau sinh ở đây là khó thực hiện do bà con kiêng nhiều lắm nên ai cũng ngại ... Có đến thăm chủ yếu là kết hợp dự các lễ cúng để uống rượu với gia đình thôi” (TLN_TYT4).

Việc thăm khám cũng thực hiện qua hỏi thăm tình hình qua chồng, người nhà và hiếm khi gặp và trao đổi trực tiếp với phụ nữ. Việc thăm khám khám trực tiếp cho bà mẹ cũng chỉ được thực hiện trong các trường hợp cấp cứu; việc thăm khám cho trẻ SS cũng chỉ thực hiện khi trẻ có vấn đề về sức khỏe và được gia đình mời đến khám.

“Khám sau sinh thì không đúng lắm vì mình chỉ hỏi han qua chồng, gia đình thôi còn phụ nữ đẻ thì ở trong buồng mình không vào, nếu cần thì hỏi vọng vào mấy câu thế thôi. Chuyện khám trực tiếp thì không có đâu, CBYT là nam thì càng không, chỉ khi đưa trẻ ốm thì mình khám đưa trẻ thôi” (TLN_TYT3).

**Điểm thực hành về CSSS: Tỷ lệ ĐTNC có điểm thực hành CSSS trên trung bình là 40,4% ở NCT và 40,6% ở NKCT ($p>0,05$).*

3.3. Các yếu tố liên quan đến kiến thức, thái độ, thực hành

3.3.1. Các yếu tố liên quan đến kiến thức:

3.3.1.1. Phân tích đơn biến

Kết quả phân tích đơn biến cho thấy, điểm kiến thức CSTS, CSKS, CSSS của ĐTNC có mối liên quan với các yếu tố: nhóm tuổi, trình độ học vấn, nghề nghiệp, sự tham gia CQĐT, khả năng sử dụng tiếng phổ thông của ĐTNC, tình trạng tiếp nhận thông tin LMAT từ CBYT; nghề nghiệp và sự tham gia CQĐT của bố, mẹ đẻ; trình độ học vấn, nghề nghiệp, sự tham gia CQĐT của chồng; nghề nghiệp và sự tham gia CQĐT của bố, mẹ chồng; tình trạng kinh tế gia đình và khoảng cách tới TYT. Hầu hết các mối liên quan có ý nghĩa thống kê ($p<0,05$), ngoại trừ mối liên quan với các yếu tố khoảng cách từ nhà tới TYT, sự tham gia CQĐT của mẹ đẻ, mẹ chồng không có ý nghĩa thống kê ($p>0,05$) (phụ lục 7).

Kết quả NC định tính cho thấy, trình độ học vấn và khả năng sử dụng ngôn ngữ là một yếu tố ảnh hưởng tới kiến thức LMAT của ĐTNC. Những phụ nữ H'mông sử

dụng được tiếng phổ thông hầu hết là những người được học phổ thông ở bậc học THCS trở lên. Khả năng này giúp họ tiếp cận được với các thông tin về LMAT từ các kênh truyền thông sử dụng tiếng phổ thông.

“Ai được học nhiều, rồi được tiếp xúc với người Kinh thì có tiếng phổ thông tốt hơn, mới đọc được, nghe được các thông tin từ đài, báo, tài liệu. Nếu không biết tiếng Kinh thì chỉ nói chuyện với gia đình hàng xóm thôi” (TLN_PN2).

Bên cạnh đó, nghề nghiệp cũng là yếu tố tác động tới kiến thức LMAT của họ. Có một số ít phụ nữ H'mông ở cộng đồng học tới bậc học chuyên nghiệp và làm viên chức tại xã như giáo viên ở các trường mầm non, tiểu học, THCS tại địa bàn. Một số khác tách ra khỏi nghề làm nương, rẫy ở mức độ tương đối để vừa làm buôn bán nhỏ tại nhà hoặc cùng chồng bán hàng tại các chợ phiên, đi làm thuê cho các doanh nghiệp và vừa làm nương rẫy. Các công việc này đã tạo cho họ cơ hội tiếp xúc nhiều hơn với các thông tin về LMAT và nâng cao hiểu biết về vấn đề này.

“Đi ra ngoài biết được nhiều thứ lắm. Lúc đầu còn ngại, còn sợ, mà không biết tiếng nữa nên không dám tự nói chuyện với ai, cái gì cũng hỏi chồng thôi. Sau thì em không sợ nữa, cũng nói được tiếng Kinh nhiều hơn nên nói chuyện với mọi người thoải mái hơn. Nếu ở nhà mình chẳng biết gì cả, nói chuyện với bạn bè, hàng xóm thì cũng như mình thôi” (TLN_PN3).

Cùng với nghề nghiệp, việc tham gia công tác chính quyền, đoàn thể tại địa phương cũng là một yếu tố giúp phụ nữ H'mông tiếp cận được với các thông tin về chăm sóc trước sinh, khi sinh và sau sinh.

“Tham gia đoàn thể thì được họp nhiều với CQĐT nên biết nhiều thứ mới. Nếu được họp với TYT thì biết nhiều thông tin về sức khỏe” (TLN_PN4).

Tuy nhiên, do vị thế xã hội, trình độ học vấn thấp nên việc tham gia của phụ nữ H'mông vào các vị trí CQĐT rất hạn chế, đôi khi được bầu cho đủ các vị trí theo quy định về cơ cấu bộ máy của chính quyền.

“Phụ nữ thì ít học, nói tiếng phổ thông kém nên tham gia các vị trí CQĐT tại bản rất hạn chế, ở xã còn hạn chế hơn. Chỉ có chỗ nào nam giới nó không làm được thì mới đến phụ nữ như là hội phụ nữ bản, rồi đoàn thanh niên” (TLN_Trưởng bản3).

Những ĐTNC có bố, mẹ tham gia CQĐT, làm các nghề tiếp cận nhiều với các thông tin như công chức, viên chức, buôn bán cũng giúp họ có nhiều thông tin hơn.

“Gia đình em có bố làm ở Ủy ban xã (UBND xã-NCS) nên cũng hay nói chuyện với mẹ em, với gia đình nên em cũng biết thông tin từ bố” (TLN_PN3).

Việc tiếp cận thông tin từ CBYT tác động lớn tới kiến thức LMAT của ĐTNC. Sự tiếp cận của phụ nữ H’ông với nguồn thông tin này rất hạn chế do quan niệm coi thông tin về LMAT là nhạy cảm và phụ nữ chỉ nên trao đổi với chồng mình.

“Có khi thì y tế bản đến tuyên truyền ở cuộc họp của phụ nữ. Nó nói dễ hiểu hơn trưởng bản. Nhưng bình thường mình không nói chuyện với nó. Phụ nữ không nói chuyện sinh đẻ với người khác được, có gì thì chồng mình nói thôi” (TLN_PN2).

Những người phụ nữ lớn tuổi trong gia đình là người trao đổi thông tin về mang thai, sinh đẻ truyền thống với ĐTNC thường xuyên nhất.

“Chuyện sinh đẻ thì chỉ có phụ nữ trong nhà nói với nhau thôi, khi ở nhà thì có mẹ, chị, khi đi lấy chồng thì có mẹ chồng, chị em dâu trong nhà, ... Tục lệ của tổ tiên thế nào thì mọi người nói lại cho nhau, lúc đẻ thì giúp nhau thôi” (TLN_PN2).

Tuy nhiên, những người đàn ông trong gia đình lại là người mang đến cho họ những thông tin mới. Trong đó, bố chồng có khoảng cách với con dâu nên mức độ ảnh hưởng ít hơn và thông tin về LMAT chủ yếu là từ người chồng.

“Thỉnh thoảng thì chồng cũng kể chuyện từ công việc của nó, chuyện nó biết ở bên ngoài cho mình, có khi thì nó nói với mọi người đến chơi thì mình nghe thấy ... Chuyện sinh đẻ thì cũng thế, chồng nó biết thì nó nói cho mình thôi” (TLN_PN3);

Cuối cùng, điều kiện KTXH của địa phương cũng ảnh hưởng lớn tới kiến thức LMAT của ĐTNC.

“Những năm 90 thì ở đây khổ lắm, chỉ đi bộ thôi, không điện, trạm chỉ có 1 y sĩ sơ cấp, đi học thì phải xuống tận huyện ... Vì vậy, nói những người lớn tuổi không biết gì cũng đúng thôi, họ có điều kiện như bọn trẻ bây giờ đâu” (TLN_CQ xã4).

3.3.1.2. Phân tích đa biến

* Kiến thức chăm sóc trước sinh:

Bảng 3.14: Mô hình hồi quy logistic về mối liên quan giữa kiến thức CSTS của ĐTNK và một số biến độc lập (n=442)

	CHỈ SỐ	β	OR (95% CI)	p
Sử dụng tiếng phổ thông	Sử dụng được ở các mức độ*	1,3	-	-
	Không sử dụng được		3,9 (1,3 – 11,2)	0,01
Tham gia CQĐT	Có tham gia*	3,0	-	-
	Không tham gia		21,6 (1,3 – 153,9)	0,03
Điều kiện kinh tế gia đình	Thuộc hộ khác*	1,2	-	-
	Thuộc hộ nghèo và cận nghèo		3,5 (1,5 – 8,2)	0,03
Khoảng cách từ nhà tới TYT	Dưới 2 giờ đi bộ*	1,2	-	-
	Từ 2 giờ đi bộ trở lên		3,2 (1,2 – 8,5)	0,01
Học vấn của chồng	Từ trung học cơ sở trở lên*	2,2	-	-
	Từ tiểu học trở xuống		9,8 (2,8 – 34,8)	0,000
Nghề nghiệp của chồng	Nghề khác*	3,2	-	-
	Làm ruộng, nương		26,8 (4,7 – 151,4)	0,000
Tham gia CQĐT của chồng	Có tham gia*	1,7	-	-
	Không tham gia		5,7 (1,9 – 16,6)	0,001
Tham gia CQĐT của bố chồng	Có tham gia*	1,6	-	-
	Không tham gia		5,2 (1,8 – 15,4)	0,002
Nghề nghiệp của bố đẻ	Nghề khác*	1,6	-	-
	Làm ruộng, nương		5,1 (0,8 - 32,9)	0,08
Tiếp cận thông tin từ CBYT	Từ ít nhất từ 1 nguồn*	3,5	-	-
	Không tiếp cận được		36,2 (11,2 - 116,6)	0,000

*nhóm so sánh; n = 442; Kiểm định tính phù hợp của mô hình Hosmer and Lemeshow Test: $\chi^2= 3,8$; df= 6; p=0,69.

Mô hình hồi quy logistic về các yếu tố liên quan tới kiến thức CSTS được xác định bao gồm 10 yếu tố, trong đó kiến thức CSTS có mối liên quan có ý nghĩa thống kê ($p<0,05$) với 9 yếu tố là: khả năng sử dụng tiếng phổ thông, sự tham gia CQĐT, tình trạng tiếp nhận thông tin từ CBYT, khoảng cách từ nhà tới TYT và điều kiện kinh tế gia đình của ĐTNK; học vấn, nghề nghiệp và sự tham gia CQĐT của chồng ĐTNK; sự tham gia CQĐT của bố chồng ĐTNK sau khi kiểm soát một số yếu tố (bảng 3.14).

* Kiến thức chăm sóc khi sinh:

Bảng 3.15: Mô hình hồi quy logistic về mối liên quan giữa kiến thức CSKS của ĐTNK và một số biến độc lập (n=442)

	CHỈ SỐ	β	OR (95% CI)	p
Sử dụng tiếng phổ thông	Sử dụng được ở các mức độ*	1,1	-	-
	Không sử dụng được		2,7 (1,2 – 6,4)	0,01
Tham gia CQĐT	Có tham gia*	1,5	-	-
	Không tham gia		4,7 (0,7 – 29,2)	0,09
Điều kiện kinh tế gia đình	Thuộc hộ khác*	0,3	-	-
	Thuộc hộ nghèo và cận nghèo		1,4 (0,7 – 2,8)	0,2
Khoảng cách từ nhà tới TYT	Dưới 2 giờ đi bộ*	0,3	-	-
	Từ 2 giờ đi bộ trở lên		1,3 (0,6 – 2,9)	0,3
Học vấn của chồng	Từ trung học cơ sở trở lên*	1,3	-	-
	Từ tiểu học trở xuống		3,8 (1,5 – 9,5)	0,004
Nghề nghiệp của chồng	Nghề khác*	1,9	-	-
	Làm ruộng, nương		6,7 (2,2 - 20,5)	0,001
Tham gia CQĐT của chồng	Có tham gia*	1,1	-	-
	Không tham gia		2,7 (1,1 – 6,2)	0,01
Tham gia CQĐT của bố chồng	Có tham gia*	0,7	-	-
	Không tham gia		2,0 (0,8 - 4,8)	0,09
Nghề nghiệp của bố đẻ	Nghề khác*	1,3	-	-
	Làm ruộng, nương		9,3 (4,3 – 20,3)	0,000
Tiếp cận thông tin từ CBYT	Nhận được ít nhất từ 1 nguồn*	2,2	-	-
	Không tiếp cận được		9,8 (3,2 - 29,6)	0,000

*nhóm so sánh; n = 442; Kiểm định tính phù hợp của mô hình Hosmer and Lemeshow Test: $\chi^2= 12,2$; df= 7; p=0,1.

Mô hình hồi quy logistic về các yếu tố liên quan tới kiến thức CSKS được xác định bao gồm 10 yếu tố, trong đó kiến thức CSKS có mối liên quan có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$) với 6 yếu tố là: khả năng sử dụng tiếng phổ thông và tình trạng tiếp nhận thông tin từ CBYT của ĐTNK; nghề nghiệp của bố đẻ; học vấn, nghề nghiệp, sự tham gia CQĐT của chồng sau khi kiểm soát một số yếu tố khác (bảng 3.15).

* Kiến thức chăm sóc sau sinh:

Bảng 3.16: Mô hình hồi quy logistic về mối liên quan giữa kiến thức CSSS của ĐTNK và một số biến độc lập (n=442)

CHỈ SỐ		β	OR (95% CI)	p
Nghề nghiệp	Nghề khác*	-	-	-
	Làm ruộng, nương	2,4	11,4 (1,3 – 95,3)	0,02
Tham gia CQĐT	Có tham gia*	-	-	-
	Không tham gia	2,3	10,0 (2,7 – 42,9)	0,001
Học vấn của chồng	Từ trung học cơ sở trở lên*	-	-	-
	Từ tiểu học trở xuống	1,3	3,7 (1,7 – 8,0)	0,001
Nghề nghiệp của chồng	Nghề khác*	-	-	-
	Làm ruộng, nương	0,7	2,1 (0,9 - 5,3)	0,08
Tham gia CQĐT của chồng	Có tham gia*	-	-	-
	Không tham gia	0,5	1,6 (0,8 – 3,3)	0,1
Tham gia CQĐT của bố chồng	Có tham gia*	-	-	-
	Không tham gia	0,4	1,5 (0,7 – 3,3)	0,3
Nghề nghiệp của bố đẻ	Nghề khác*	-	-	-
	Làm ruộng, nương	1,1	2,9 (0,7 – 12,5)	0,1
Tiếp cận thông tin từ CBYT	Nhận được ít nhất từ 1 nguồn*	-	-	-
	Không tiếp cận được	1,5	4,6 (2,6 – 8,0)	0,000

*nhóm so sánh; n = 442; Kiểm định tính phù hợp của mô hình Hosmer and Lemeshow Test: $\chi^2= 5,4$; df= 5; p=0,4.

Mô hình hồi quy logistic về các yếu tố liên quan tới kiến thức CSSS được xác định bao gồm 8 yếu tố, trong đó kiến thức CSSS có mối liên quan có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$) với 4 yếu tố: nghề nghiệp, sự tham gia CQĐT, tiếp nhận thông tin từ CBYT của ĐTNK; học vấn của chồng sau khi kiểm soát một số yếu tố khác (bảng 3.16).

3.3.2. Các yếu tố liên quan đến thái độ:

3.3.2.1. Phân tích đơn biến:

Kết quả phân tích đơn biến cho thấy, điểm thái độ CSTS, CSKS, CSSS của ĐTNK có mối liên quan với các yếu tố về trình độ học vấn, nghề nghiệp, sự tham gia CQĐT, khả năng sử dụng tiếng phổ thông, sự tiếp cận thông tin LMAT từ CBYT, điểm kiến thức CSTS, CSKS, CSSS của ĐTNK; nghề nghiệp và sự tham gia CQĐT

của bố, mẹ đẻ; trình độ học vấn, nghề nghiệp, sự tham gia CQĐT của chồng ĐTNC; nghề nghiệp và sự tham gia CQĐT của bố, mẹ chồng; tình trạng kinh tế gia đình và khoảng cách từ nhà tới TYT. Hầu hết các mối liên quan có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$), ngoại trừ mối liên quan với các yếu tố nghề nghiệp của mẹ đẻ, sự tham gia CQĐT của mẹ chồng không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$) (phụ lục 8).

Tương tự phần kiến thức, kết quả NC định tính cho thấy, những ĐTNC có khả năng tiếp cận nhiều thông tin hơn như thành thạo tiếng phổ thông, có nghề giao tiếp nhiều với bên ngoài cộng đồng, tham gia CQĐT, tiếp cận thông tin từ CBYT thì có thái độ tốt hơn. Tuy nhiên, việc thay đổi về CSKS được cho rằng sẽ khó khăn hơn.

“Ai biết tiếng Kinh, đi ra ngoài nhiều như bọn em thì biết nhiều hơn, cũng thấy nhiều cái tập tục của tổ tiên cũng không đúng, nên cũng thay đổi nhiều. Còn những người khác, nhất là người già thì cố hủ lắm” (TLN_PN3).

“Những tập tục sinh đẻ truyền thống có từ lâu đời rồi nên sẽ khó thay đổi đấy, mình nói họ không nghe đâu mà phải có người có uy tín nói với họ, chính quyền xã bản phải nói, già làng, trưởng họ phải nói từng gia đình thì mới được” (TLN_TYT4).

Những người có chồng hay những người đàn ông khác trong gia đình như bố đẻ, bố chồng là những người ảnh hưởng tới thái độ về LMAT của ĐTNC.

“Mình thấy vẫn khỏe bình thường nên nghĩ không cần khám thai đâu nhưng chồng nó bảo đi khám xem con có bị sao không, ... nó bảo đi khám là tốt chứ có bị hại, có mất tiền đâu nên mình đi” (TLN_PN3).

Tương tự, bố đẻ, bố chồng cũng ảnh hưởng tới thái độ về LMAT của ĐTNC.

“Lúc mang thai đưa đâu thì em cũng định đẻ tại nhà như mọi người vì đến bệnh viện xấu hổ lắm, nhưng bố chồng (là lãnh đạo UBND xã-NCS) cũng nói với hai vợ chồng em là đến bệnh viện hay ngại xa thì đến trạm đẻ cho yên tâm vì đẻ ở nhà có làm sao không chuyển kịp, nên chuyển dạ là vợ chồng em đến trạm đẻ. Đưa thứ 2 thì em không ngại nữa nên cũng đến trạm đẻ” (TLN_PN3).

Tương tự phần kiến thức, mẹ đẻ, mẹ chồng và những phụ nữ lớn tuổi trong gia đình là người trao đổi những quan điểm truyền thống về sinh đẻ thường xuyên nhất với ĐTNC nhưng họ đều chịu sự chi phối của những người đàn ông trong gia đình.

“Mẹ em, mẹ chồng là hay nói về việc sinh đẻ cho con gái, con dâu ... như là việc kiêng thế nào, nuôi con thế nào... Nhưng bố nói hay chồng em nói khác thì mẹ cũng phải làm theo” (TLN_PN4).

3.3.2.2. Phân tích đa biến:

* Thái độ chăm sóc trước sinh:

Bảng 3.17: Mô hình hồi quy logistic về mối liên quan giữa thái độ CSTS của ĐTNČ và một số biến độc lập (n=442)

CHỈ SỐ		β	OR (95% CI)	p
Học vấn	Có đi học*	-	-	-
	Không đi học	1,6	4,9 (2,4 – 10,0)	0,000
Nghề nghiệp	Nghề khác*	-	-	-
	Làm ruộng, nương	1,1	2,8 (0,7 – 10,9)	0,1
Tham gia CQĐT	Có tham gia*	-	-	-
	Không tham gia	1,4	4,2 (1,1 – 17,6)	0,04
Nghề nghiệp của chồng	Nghề khác*	-	-	-
	Làm ruộng, nương	1,0	2,4 (1,1 – 5,6)	0,03
Tham gia CQĐT của bố chồng	Có tham gia*	-	-	-
	Không tham gia	0,8	2,2 (1,0 – 4,8)	0,04
Nghề nghiệp của bố đẻ	Nghề khác*	-	-	-
	Làm ruộng, nương	1,2	3,6 (0,8 – 16,2)	0,08
Tiếp cận thông tin từ CBYT	Nhận được ít nhất từ 1 nguồn*	-	-	-
	Không tiếp cận được	1,2	3,2 (1,5 – 7,3)	0,002
Điểm kiến thức CSTS	Trên điểm trung bình*	-	-	-
	Từ điểm trung bình trở xuống	1,4	3,8 (1,5 – 9,5)	0,003

*nhóm so sánh; n = 442; Kiểm định tính phù hợp của mô hình Hosmer and Lemeshow Test: $\chi^2= 1,6$; df= 4; p=0,8.

Mô hình hồi quy logistic về các yếu tố liên quan tới thái độ CSTS được xác định bao gồm 9 yếu tố, trong đó, thái độ CSTS có mối liên quan có ý nghĩa thống kê (p<0,05) với 6 yếu tố là: nghề nghiệp, sự tham gia CQĐT, tình trạng tiếp nhận thông tin từ CBYT và điểm kiến thức CSTS của ĐTNČ; học vấn của chồng và nghề nghiệp của bố đẻ sau khi kiểm soát một số yếu tố khác (bảng 3.17).

* Thái độ chăm sóc khi sinh:

Bảng 3.18: Mô hình hồi quy logistic về mối liên quan giữa thái độ CSKS của ĐTNCC và một số biến độc lập (n=442)

CHỈ SỐ		β	OR (95% CI)	p
Học vấn	Có đi học*	1,0	-	-
	Không đi học		2,6 (1,1 – 6,2)	0,02
Tham gia CQĐT	Có tham gia*	1,8	-	-
	Không tham gia		6,2 (0,9 – 42,6)	0,06
Khoảng cách từ nhà tới TYT	Dưới 2 giờ đi bộ*	0,9	-	-
	Từ 2 giờ đi bộ trở lên		2,4 (0,9 – 6,3)	0,06
Học vấn của chồng	Từ trung học cơ sở trở lên*	1,0	-	-
	Từ tiểu học trở xuống		2,6 (1,1 – 6,0)	0,02
Tham gia CQĐT của bố chồng	Có tham gia*	0,8	-	-
	Không tham gia		2,2 (0,9 – 5,5)	0,07
Điểm kiến thức CSKS	Trên điểm trung bình*	4,2	-	-
	Từ điểm trung bình trở xuống		68,1 (28,2 – 164,3)	0,000

*nhóm so sánh; n = 442; Kiểm định tính phù hợp của mô hình Hosmer and Lemeshow Test: $\chi^2= 6,3$; df= 6; p=0,4

Mô hình hồi quy logistic về các mối liên quan tới thái độ CSKS được xác định gồm 6 yếu tố, trong đó thái độ CSKS có mối liên quan có ý nghĩa thống kê ($p<0,05$) với 3 yếu tố là: trình độ học vấn, điểm kiến thức về CSKS của ĐTNCC; học vấn của chồng sau khi kiểm soát với một số yếu tố khác (bảng 3.18).

* Thái độ chăm sóc sau sinh:

Mô hình hồi quy logistics về các yếu tố liên quan tới thái độ CSSS được xác định bao gồm 6 yếu tố, trong đó, tất cả các mối liên quan đều có ý nghĩa thống kê ($p<0,05$) sau khi kiểm soát một số yếu tố khác (bảng 3.19).

Bảng 3.19: Mô hình hồi quy logistic về mối liên quan giữa thái độ CSSS của ĐTNCC và một số biến độc lập (n=442)

CHỈ SỐ		β	OR (95% CI)	p
Học vấn	Có đi học*	1,0	-	-
	Không đi học		2,6 (1,3 – 5,2)	0,004
Nghề nghiệp	Nghề khác*	2,3	-	-
	Làm ruộng, nương		10,6 (2,0 – 55,5)	0,005
Tham gia CQĐT	Có tham gia*	1,3	-	-
	Không tham gia		3,8 (1,1 – 13,6)	0,03
Học vấn của chồng	Từ trung học cơ sở trở lên*	1,2	-	-
	Từ tiểu học trở xuống		3,3 (1,6 – 6,6)	0,001
Tiếp cận thông tin từ CBYT, TTĐC	Nhận được ít nhất từ 1 nguồn*	1,0	-	-
	Không tiếp cận được		2,6 (1,4 – 5,3)	0,003
Điểm kiến thức CSSS	Trên điểm trung bình*	1,1	-	-
	Từ điểm trung bình trở xuống		2,8 (1,4 – 5,6)	0,002

*nhóm so sánh; n = 442; Kiểm định tính phù hợp của mô hình Hosmer and Lemeshow Test: $\chi^2= 8,8$; df= 5; p=0,1.

3.3.3. Các yếu tố liên quan đến thực hành:

3.3.3.1. Phân tích đơn biến

Điểm thực hành chăm sóc trước, trong và sau sinh của ĐTNCC có mối liên quan với các yếu tố về học vấn, nghề nghiệp, sự tham gia CQĐT, khả năng sử dụng tiếng phổ thông, điểm kiến thức, thái độ CSTS, CSKS, CSSS; nghề nghiệp, sự tham gia CQĐT của bố, mẹ đẻ; học vấn, nghề nghiệp, sự tham gia CQĐT của chồng; nghề nghiệp, sự tham gia CQĐT của bố, mẹ chồng; kinh tế gia đình, khoảng cách tới TYT. Hầu hết các mối liên quan có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$), ngoại trừ mối liên quan với các yếu tố: khoảng cách tới TYT trong CSTS; nghề nghiệp, sự tham gia CQĐT của mẹ đẻ; sự tham gia CQĐT của mẹ chồng không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$) (phụ lục 9).

Trương tự kiến thức và thái độ, kết quả NC định tính cho thấy các yếu tố cá nhân của ĐTNCC như trình độ học vấn, nghề nghiệp, khả năng sử dụng tiếng phổ thông, sự tiếp nhận thông tin từ CBYT ảnh hưởng tới thực hành LMAT của họ. Những ĐTNCC làm nghề khác, tham gia CQĐT có cơ hội tiếp cận các dịch vụ về LMAT dễ dàng hơn.

“Vợ chồng em thường đi các chợ phiên bán hàng, rồi xuống huyện lấy hàng, nên muốn vào bệnh viện khám thì tiện hơn mọi người” (TLN_PN4).

“Trường em ngay gần Trạm nên biết hết mọi người trong Trạm nên đi khám thì cũng không ngại” (TLN_PN1).

Việc không sử dụng được tiếng phổ thông sẽ khiến phụ nữ H’mông e ngại khi tiếp cận các CSYT để chăm sóc thai nghén, sinh đẻ.

“Có lúc thấy mệt, muốn đi khám thai xem thế nào nhưng khám ở trạm thì toàn đàn ông, còn xuống bệnh viện khám thì xa, phải mất tiền xăng xe rồi mình không nói được tiếng Kinh nên không dám đi” (TLN_PN4).

Những ĐTNC có chồng có học vấn cao, làm nghề khác, có tham gia CQĐT không chỉ có kiến thức LMAT tốt hơn mà còn hỗ trợ vợ thực hiện các hành vi LMAT.

“Ai mà làm công chức, viên chức hay tham gia CQĐT xã, bản hay buôn bán thì nhận thức về LMAT tốt hơn những ông không học gì, chỉ biết làm nương rồi. Như em, vợ không muốn khám ở Trạm vì toàn đàn ông nên tiện đi họp thì em chở xuống bệnh viện khám, rồi đến khi gần đẻ thì em chở xuống nhà trọ của anh em Ủy ban thuê dưới đó chờ mấy ngày đẻ xong rồi lên thôi” (TLN_Trưởng bản3).

Khả năng kinh tế của gia đình cũng tác động tới hành vi LMAT của ĐTNC.

“Nhà em thuộc diện khó khăn nên cũng khó lắm, nhiều lúc muốn chăm cho vợ nhưng không có tiền, muốn đưa vợ đi khám cho nó yên tâm nhưng đi xuống huyện cũng phải chi trả nhiều thứ, xăng xe nên em lại ngại” (TLN_Chồng4).

“Mọi người nói kiêng nhiều thứ nhưng nhà nghèo quá, không có gì ăn nên cũng không kiêng nữa, có thịt gì cũng ăn thôi” (TLN_PN2).

Khoảng cách tới TYT cũng ảnh hưởng tới việc ĐTNC đến CSYT đẻ.

“Em cũng dự định cho vợ đẻ tại TYT nhưng lúc chuyển dạ, thấy đường xa, đêm tối nữa nên lại thôi, cho đẻ ở nhà” (TLN_Chồng3)

Kết quả NC định tính cũng chỉ ra sự chi phối mạnh mẽ của tập tục truyền thống tới hành vi LMAT của phụ nữ và những người phụ nữ lớn tuổi trong gia đình là người tác động trực tiếp tới hành vi LMAT của ĐTNC, đặc biệt là trong CSKS và CSSS.

“Khi đẻ thì thường chỉ có phụ nữ trong nhà giúp nhau thôi... Lúc đẻ thì mọi người nói gì mình cũng phải nghe theo, không làm khác được đâu” (TLN_PN4);

“Nhiều khi em biết là làm theo hướng dẫn của bác sĩ là tốt cho con, cho mình nhưng mà mẹ chồng không nghe nên nói chồng làm theo ý bà nên cuối cùng em cũng đẻ ở nhà, nhiều cái muốn cũng không được ăn, cái gì cũng phải theo bà” (TLN_PN3).

Tuy nhiên, việc chọn nơi đẻ hay nhờ CBYT hỗ trợ thì hầu hết đều do người chồng quyết định.

“Thường thì mọi người vẫn đẻ ở nhà, vợ em đẻ thì mẹ cũng nói là đẻ ở nhà thôi nhưng em sợ nó khó đẻ nên quyết định đưa con đến TYT đẻ cho yên tâm ... Mẹ em và gia đình cũng nghe theo thôi, việc của mình thì không ai nói gì đâu” (TLN_Chồng3).

“Việc chọn đẻ ở đâu, ở nhà hay đến CSYT thì chỉ có chồng quyết định thôi ... Mẹ chồng thì chỉ muốn con dâu đẻ ở nhà vì đẻ ở CSYT thì không có người lo việc gia đình, chăm sóc con cái, nhưng ông chồng sẽ quyết định hết thôi” (TLN_TYT2).

3.3.3.2. Phân tích đa biến

* Thực hành chăm sóc trước sinh:

Bảng 3.20: Mô hình hồi quy logistic về mối liên quan giữa thực hành CSTS của ĐTNV và một số biến độc lập (n=424)

	CHỈ SỐ	β	OR (95% CI)	p
Sử dụng tiếng phổ thông	Sử dụng được ở các mức độ*	1,4	-	-
	Không sử dụng được		4,1 (1,8 – 9,3)	0,001
Nghề nghiệp của chồng	Làm nghề khác*	1,2	-	-
	Làm nương rẫy		3,4 (1,1 - 10,7)	0,03
Tham gia CQĐT của chồng	Có tham gia*	1,0	-	-
	Không tham gia		2,6 (1,1 – 6,2)	0,02
Điểm kiến thức CSTS	Trên điểm trung bình*	1,8	-	-
	Từ điểm trung bình trở xuống		6,6 (3,0 – 14,5)	0,000
Điểm thái độ CSTS	Trên điểm trung bình*	1,4	-	-
	Từ điểm trung bình trở xuống		3,9 (1,6 – 9,4)	0,002

*nhóm so sánh; n = 424; Kiểm định tính phù hợp của mô hình Hosmer and Lemeshow Test: $\chi^2= 1,7$; df= 4; p=0,8

Mô hình hồi quy logistic về các yếu tố liên quan tới thực hành CSTS được xác định gồm 5 yếu tố, trong đó, tất cả các mối liên quan đều có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$) sau khi kiểm soát một số yếu tố khác (bảng 3.20).

* *Thực hành chăm sóc khi sinh:*

Bảng 3.21: Mô hình hồi quy logistic về mối liên quan giữa thực hành CSKS của ĐTNK và một số biến độc lập (n=420)

CHỈ SỐ		β	OR (95% CI)	p
Học vấn	Có đi học*	-	-	-
	Mù chữ	2,1	8,6 (3,6 – 20,4)	0,000
Tham gia CQĐT	Có tham gia*	-	-	-
	Không tham gia	2,1	8,1 (1,3 – 52,3)	0,02
Khoảng cách từ nhà tới TYT	Dưới 2 giờ đi bộ*	-	-	-
	Từ 2 giờ đi bộ trở lên	0,9	2,4 (0,9 – 6,3)	0,07
Học vấn của chồng	Từ trung học cơ sở trở lên*	-	-	-
	Từ tiểu học trở xuống	1,9	6,9 (2,7 – 17,4)	0,000
Nghề nghiệp của chồng	Đi bộ dưới 2 giờ *	-	-	-
	Đi bộ từ 2 giờ trở lên	2,0	7,4 (2,4 – 22,9)	0,000
Tham gia CQĐT của chồng	Có tham gia*	-	-	-
	Không tham gia	1,0	2,6 (1,1 – 6,4)	0,03
Điểm kiến thức CSKS	Trên điểm trung bình*	-	-	-
	Từ điểm trung bình trở xuống	1,4	4,1 (1,5 – 11,7)	0,007
Điểm thái độ CSKS	Trên điểm trung bình*	-	-	-
	Từ điểm trung bình trở xuống	0,4	1,5 (0,5 – 4,2)	0,4

*nhóm so sánh; n = 420; Kiểm định tính phù hợp của mô hình Hosmer and Lemeshow Test: $\chi^2 = 10,8$; df= 6; p=0,1

Mô hình hồi quy logistic về các yếu tố liên quan tới thực hành CSKS được xác định bao gồm 8 yếu tố, trong đó có mối liên quan có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$) với 6 yếu tố là: học vấn, sự tham gia CQĐT, điểm kiến thức và thái độ CSKS của ĐTNK; học vấn, nghề nghiệp, sự tham gia CQĐT của chồng ĐTNK, khoảng cách từ nhà ĐTNK đến TYT sau khi kiểm soát một số yếu tố khác (bảng 3.21).

* Thực hành chăm sóc sau sinh:

Bảng 3.22: Mô hình hồi quy logistic về mối liên quan giữa thực hành CSSS của ĐTNC và một số biến độc lập (n=420)

CHỈ SỐ		β	OR (95% CI)	p
Học vấn	Có đi học*	0,8	-	-
	Không đi học		2,2 (1,1 – 4,2)	0,02
Tham gia CQĐT	Có tham gia*	2,6	-	-
	Không tham gia		14,2 (1,5 - 72,0)	0,02
Điều kiện kinh tế gia đình	Thuộc hộ khác*	1,3	-	-
	Thuộc hộ nghèo và cận nghèo		3,6 (2,1 – 6,2)	0,000
Học vấn của chồng	Từ trung học cơ sở trở lên*	1,5	-	-
	Từ tiểu học trở xuống		4,3 (2,1 – 8,8)	0,000
Điểm kiến thức CSSS	Trên điểm trung bình*	0,8	-	-
	Từ điểm trung bình trở xuống		2,0 (1,1 – 3,8)	0,04
Điểm thái độ CSSS	Trên điểm trung bình*	1,2	-	-
	Từ điểm trung bình trở xuống		3,5 (1,6 – 7,2)	0,001

*nhóm so sánh; n = 420; Kiểm định tính phù hợp của mô hình Hosmer and Lemeshow Test: $\chi^2= 3,9$; df= 7; p=0,7

Mô hình hồi quy logistic về các yếu tố liên quan tới thực hành CSSS được xác định gồm 6 yếu tố, trong đó, tất cả các mối liên quan đều có ý nghĩa thống kê (p<0,05) sau khi kiểm soát một số yếu tố khác (bảng 3.22).

3.4. Đánh giá kết quả của các biện pháp can thiệp tăng cường làm mẹ an toàn

3.4.1. Mức độ tiếp cận thông tin từ chương trình can thiệp

Bảng 3.23: Mức độ tiếp cận các nguồn thông tin từ chương trình của ĐTNC

NGUỒN THÔNG TIN	CSTS		CSKS		CSSS	
	n	%	n	%	n	%
1 nguồn	5	2,0	0	0,0	0	0,0
2 nguồn	39	15,3	31	12,2	12	4,7
3 nguồn	73	28,6	59	23,1	136	53,3
4 nguồn	54	21,2	89	34,9	36	14,1
> 5 nguồn	84	32,9	76	29,8	71	27,8
Tổng	255	100,0	255	100,0	255	100,0

Sau can thiệp, các ĐTNC tiếp cận được ít nhất 1 nguồn thông tin (bảng 3.23), trung bình là 3,8 nguồn trong CSTS, 3,9 nguồn trong CSKS và 3,5 nguồn trong CSSS. Kết quả nghiên cứu định tính cho thấy, một số ĐTNC không tiếp cận được nhiều với các nguồn thông tin là do họ sống ở nhà nương cách xa bản và đi làm thuê xa nhà.

3.4.2. Sự thay đổi về kiến thức

3.4.2.1. Sự thay đổi về kiến thức trong một số chỉ số cụ thể.

Bảng 3.24: Hiệu quả can thiệp đối với một số chỉ số kiến thức LMAT của ĐTNC

Chỉ số	Địa bàn	TCT		SCT		Tỷ lệ thay đổi (%)	HQCT (%)
		n	%	n	%		
Biết cần khám thai ≥ 3 lần trong thai kỳ	NCT	66	25,8	118	46,3**	20,5	22,5
	NKCT	65	25,7	61	23,7	-2	
Biết ≥ 1 DHHN khi mang thai	NCT	166	64,8	230	90,2**	25,4	28
	NKCT	172	68,0	168	65,4	-2,6	
Biết cách xử trí đúng khi gặp DHHN ¹	NCT	153	92,2	229	99,6*	7,4	7
	NKCT	163	94,8	160	95,2	0,4	
Biết ≥ 1 DHHN khi chuyển dạ	NCT	65	25,4	136	53,3**	27,9	26,8
	NKCT	70	27,7	74	28,8	1,1	
Biết CBYT là người đỡ đẻ tốt nhất	NCT	108	42,2	224	87,8**	45,6	43,8
	NKCT	98	38,7	104	40,5	1,8	
Biết CSYT là nơi sinh con an toàn	NCT	101	39,5	152	59,6**	20,1	21,8
	NKCT	96	37,9	93	36,2	-1,7	
Biết ≥ 1 DHHN sau sinh ở bà mẹ	NCT	66	25,8	168	65,9**	40,1	37,8
	NKCT	74	29,2	81	31,5	2,3	
Biết cách xử trí đúng khi gặp DHHN ở bà mẹ ²	NCT	63	95,5	168	100,0*	4,5	3,9
	NKCT	69	93,2	76	93,8	0,6	
Biết ≥ 1 DHHN ở trẻ sơ sinh	NCT	192	75,3	228	89,4**	14,1	11,8
	NKCT	194	76,7	203	79,0	2,3	
Biết cách xử trí đúng khi gặp DHHN ở trẻ sơ sinh ³	NCT	152	98,1	166	100,0*	1,9	3,4
	NKCT	139	97,2	132	95,7	-1,5	

* $p < 0,05$; ** $p < 0,001$;

¹trong số ĐTNC biết ≥ 1 DHHN khi mang thai;

²trong số ĐTNC biết ≥ 1 DHHN sau sinh ở bà mẹ;

³trong số ĐTNC biết ≥ 2 DHHN ở trẻ sơ sinh.

HQCT của các chỉ số kiến thức có ý nghĩa quan trọng đối với việc sử dụng dịch vụ CSTS, CSKS, CSSS của ĐTNC ở NCT đều tăng so với NKCT ($p < 0,05$). Trong đó, các chỉ số có HQCT tăng cao nhất là “Biết CBYT là người đỡ đẻ tốt nhất” và “Biết DHHN sau sinh ở bà mẹ” (43,9% và 37,8%); các chỉ số có HQCT tăng thấp nhất là “Biết cách xử trí đúng khi gặp DHHN ở bà mẹ” và “Biết cách xử trí đúng khi gặp DHHN ở trẻ sơ sinh” (3,9% và 3,4%) (Bảng 3.24).

3.4.2.2. Sự thay đổi về kiến thức chung chăm sóc trước sinh, khi sinh, sau sinh

Bảng 3.25: Hiệu quả can thiệp của chương trình lên kiến thức LMAT của ĐTNC

Điểm kiến thức	Địa bàn	TCT		SCT		Tỷ lệ thay đổi TCT và SCT (%)	HQCT (%)
		n	%	n	%		
Trước sinh >7,3 điểm	NCT	98	38,3	151	59,2	20,9	21,8
	NKCT	96	37,9	95	37,0	-0,9	
Khi sinh >2,3 điểm	NCT	99	38,7	136	53,3	14,6	12,8
	NKCT	83	32,8	89	34,6	1,8	
Sau sinh >14,6 điểm	NCT	80	31,3	122	47,8	16,5	16,2
	NKCT	88	34,8	91	35,1	0,3	

n (TCT): 509 (NCT= 256, NKCT= 253);
n (SCT): 512 (NCT= 255, NKCT= 257).

Sau can thiệp, tỷ lệ ĐTNC đạt điểm trên trung bình về kiến thức CSTS, CSKS, CSSS ở NCT đều tăng so với TCT và tỷ lệ thay đổi lần lượt là: 20,9%, 14,6% và 16,5%. Chỉ số HQCT cao nhất là điểm kiến thức CSTS (21,8%) (Bảng 3.25).

3.4.3. Sự thay đổi về thái độ

3.4.3.1. Sự thay đổi về thái độ ở một số cụ thể

HQCT của các chỉ số thái độ có ý nghĩa quan trọng đối với việc sử dụng dịch vụ CSTS, CSKS, CSSS của ĐTNC ở NCT đều tăng so với NKCT ($p < 0,05$). Trong đó, chỉ số có HQCT tăng cao nhất là “Chỉ cần ăn uống đủ chất là được, không cần uống viên sắt” (57,4%); chỉ số có HQCT tăng thấp nhất là “Con cái là Trời cho, nếu Trời đã cho thì sẽ đẻ được con khỏe mạnh, sẽ nuôi được đứa con đó” (4,0%) (Bảng 3.26).

Bảng 3.26: Hiệu quả can thiệp đối với một số chỉ số thái độ LMAT của ĐTNCS

Chỉ số	Địa bàn	TCT		SCT		Tỷ lệ thay đổi (%)	HQCT (%)
		n	%	n	%		
Sinh đẻ là chuyện bình thường, không cần quan tâm nhiều tới việc này	NCT	31	12,1	51	20,0*	7,9	9,7
	NKCT	29	11,5	25	9,7	-1,8	
Chỉ cần khám thai khi có dấu hiệu bất thường	NCT	30	11,7	118	46,3**	34,6	31,5
	NKCT	25	9,0	31	12,1	3,1	
Không thể để người khác ngoài chồng nhìn thấy vùng kín của mình	NCT	2	0,8*	47	18,4*	17,6	16,5
	NKCT	19	7,5	22	8,6	1,1	
CBYT là người là người đỡ đẻ tốt nhất	NCT	109	42,6	141	53,3**	10,7	11,6
	NKCT	95	37,5	94	36,6	-0,9	
Nên đến CSYT để đẻ an toàn cho mẹ và con	NCT	84	32,8	131	51,4**	18,6	23,4
	NKCT	86	34,0	75	29,2	-4,8	
Đẻ ở nhà, nếu có khó khăn thì chuyển đến CSYT	NCT	4	1,6	29	11,4**	9,8	10,2
	NKCT	4	1,6	3	1,2	-0,4	
Con cái là Trời cho, nếu Trời đã cho thì sẽ đẻ được con khỏe mạnh, sẽ nuôi được đứa con đó	NCT	2	0,8	15	5,9*	5,1	4,0
	NKCT	3	1,2	6	2,3	1,1	
Đẻ xong thì đã hết nguy hiểm nên không cần phải có CBYT khám, chăm sóc sau khi sinh	NCT	37	14,5	113	44,3**	29,8	31,2
	NKCT	41	16,2	38	14,8	-1,4	

Ghi chú: *p<0,05; **p<0,001

3.4.3.2. Sự thay đổi về thái độ chung chăm sóc trước sinh, khi sinh và sau sinh

Bảng 3.27: Hiệu quả can thiệp của chương trình lên thái độ về LMAT của ĐTNCS

Điểm thái độ	Địa bàn	TCT		SCT		Tỷ lệ thay đổi TCT và SCT (%)	HQCT (%)
		n	%	n	%		
Trước sinh >2,3 điểm	NCT	72	28,1	145	56,9*	28,8	27,8
	NKCT	91	36,0	95	37,0	1	
Khi sinh >2,6 điểm	NCT	78	30,5	149	58,4*	27,9	29,6
	NKCT	97	38,3	94	36,6	-1,7	
Sau sinh >3,0 điểm	NCT	85	33,2	140	54,9*	21,7	20,3
	NKCT	91	36,0	96	37,4	1,4	

Ghi chú: n TCT: 509 (NCT=256, NKCT=253); n SCT: 512 (NCT= 255, NKCT=257).

Sau can thiệp, tỷ lệ ĐTNC đạt điểm trên trung bình về thái độ CSTS, CSKS, CSSS ở NCT đều tăng so với TCT và tỷ lệ thay đổi lần lượt là: 28,8%, 27,9% và 21,7%. Chỉ số HQCT cao nhất là điểm thái độ CSKS (29,6%) (Bảng 3.27).

3.4.4. Sự thay đổi về thực hành

3.4.4.1. Sự thay đổi về thực hành ở một số chỉ số cụ thể

Bảng 3.28: Hiệu quả can thiệp đối với một số chỉ số thực hành LMAT của ĐTNC

Chỉ số		TCT		SCT		Tỷ lệ thay đổi (%)	HQCT (%)
		n	%	n	%		
Khám thai ≥ 3 lần ¹	NCT	19	8,8	31	33,7 **	24,9	23,7
	NKCT	19	9,1	9	10,3	1,2	
Có tiêm phòng uốn ván ¹	NCT	71	33,0	61	66,3*	33,3	31,1
	NKCT	82	39,2	36	41,4	2,2	
Có bổ sung viên sắt ¹	NCT	65	30,2	49	53,3*	23,1	18,2
	NKCT	57	27,3	28	32,2	4,9	
Đẻ tại CSYT ²	NCT	17	8,0	26	28,3*	20,3	20,3
	NKCT	19	9,2	8	9,2	0	
Đẻ có cán bộ y tế đỡ ²	NCT	21	10,7	40	43,5*	32,8	20,6
	NKCT	16	8,5	18	20,7	12,2	
Cách xử trí khi gặp HDNH ở bà mẹ ³	NCT	25	23,1	27	54,0*	30,9	26,7
	NKCT	33	24,4	18	28,6	4,2	
Cách xử trí khi gặp HDNH ở trẻ sơ sinh ⁴	NCT	14	53,8	30	78,9*	25,1	22,8
	NKCT	20	37,7	10	40,0	2,3	

* $p < 0,05$; ** $p < 0,001$;

¹TCT: NCT= 215, NKCT= 209; SCT: NCT= 92, NKCT= 87;

²TCT: NCT= 213, NKCT= 207; SCT: NCT= 92, NKCT= 87;

³Trong số bà mẹ gặp ≥ 1 DHNH sau sinh: TCT(NCT= 108, NKCT= 135); SCT(NCT= 50, NKCT= 63);

⁴Trong số bà mẹ có con gặp ≥ 1 DHNH sau sinh: TCT(NCT= 26, NKCT= 53); SCT(NCT= 38, NKCT= 25).

HQCT của các chỉ số thực hành có ý nghĩa quan trọng đối với việc sử dụng dịch vụ CSTS, CSKS, CSSS của ĐTNC ở NCT đều tăng so với NKCT ($p < 0,05$). Trong đó, chỉ số có HQCT tăng cao nhất là về tiêm phòng uốn ván (31,1%); chỉ số có HQCT tăng thấp nhất là bổ sung viên sắt (18,2%) (Bảng 3.28).

3.4.4.2. Sự thay đổi về thực hành chung chăm sóc trước sinh, khi sinh, sau sinh

Bảng 3.29: Hiệu quả can thiệp của chương trình lên thực hành LMAT của ĐTNC

Điểm thực hành	Địa bàn	TCT		SCT		Tỷ lệ thay đổi TCT và SCT (%)	HQCT (%)
		n	%	n	%		
Trước sinh	NCT	77	35,8	68	73,9	38,1	34,5
>4,8 điểm ¹	NKCT	79	37,8	36	41,4	3,6	
Khi sinh	NCT	74	34,3	57	62,0	27,7	17,1
>1,5 điểm ²	NKCT	59	28,5	34	39,1	10,6	
Sau sinh	NCT	86	40,4	65	70,7	30,3	33,0
>5,3 điểm ²	NKCT	84	40,6	33	37,9	-2,7	

Ghi chú: ¹n (TCT): NCT= 215, NKCT= 209; n (SCT): NCT= 92, NKCT= 87.

²n (TCT): NCT=213, NKCT= 207; n(SCT): NCT= 92, NKCT= 87.

Sau can thiệp, tỷ lệ ĐTNC đạt điểm trên trung bình về thực hành CSTS, CSKS, CSSS ở NCT đều tăng so với TCT và tỷ lệ thay đổi lần lượt là: 38,1%, 27,7% và 30,3%. Chỉ số HQCT cao nhất là điểm thực hành CSTS (34,5%) (Bảng 3.29).

3.4.5. Đánh giá sự phù hợp của chương trình can thiệp

3.4.5.1. Đánh giá về việc đào tạo cô đỡ thôn bản cho các bản:

Có 91,4% ĐTNC cho rằng việc đào tạo CĐTĐ phục vụ việc chăm sóc thai nghén tại cộng đồng dân tộc H'mông là phù hợp, 3,9% cho rằng không phù hợp và 4,7% không biết việc này phù hợp hay không phù hợp.

* Các lý do giải thích về sự phù hợp của việc đào tạo CĐTĐ:

Bảng 3.30: Các lý do giải thích về sự phù hợp của việc đào tạo CĐTĐ

Lý do	n	%
Cùng là phụ nữ nên không ngại nói chuyện về mang thai, sinh đẻ	196	84,1
Cùng là phụ nữ nên không ngại khi thăm, khám, đỡ đẻ	230	98,7
Là phụ nữ nên các ông chồng sẽ không ngại khi cho họ thăm, khám, đỡ đẻ cho vợ mình	226	97,0
Cùng là người H'mông nên dễ nói chuyện	221	94,8
Là người cùng bản nên thấy gần gũi hơn	215	92,3
Ở cùng bản nên thuận tiện khi cần nhờ giúp đỡ	228	97,9
Là người được đào tạo nên sẽ giúp phụ nữ CSSK khi mang thai và sinh đẻ tốt hơn	223	95,7

Ba lý do có tỷ lệ cao nhất là do CĐTB “Cùng là phụ nữ nên không ngại khi thăm, khám, đỡ đẻ” (98,7%), “Ở cùng bản nên thuận tiện khi cần nhờ giúp đỡ” (97,9%) và do CĐTB “Là phụ nữ nên các ông chồng sẽ không ngại khi cho họ thăm, khám, đỡ đẻ cho vợ mình” (97%).

Nghiên cứu định tính cũng có kết quả tương tự, trong đó, phụ nữ H’mông đều đồng tình về việc đào tạo CĐTB phục vụ cho việc CSSK bà mẹ và trẻ em tại địa bàn.

“Cô đỡ là người bản, là người H’mông mình nên dễ nói với nhau, hỏi nhau lúc nào cũng được” (TLN_SCT_PN1).

“Nó là phụ nữ như mình nên không ngại khi nó khám cho mình, giúp mình đẻ nữa, ... chồng mình cũng muốn thế” (TLN_SCT_PN2).

Lãnh đạo chính quyền, cộng đồng cũng đều cho rằng hoạt động này là phù hợp với địa phương. Tuy nhiên, việc chính quyền tỉnh Sơn La chưa quyết định cho các CĐTB hưởng chế độ phụ cấp như YTTB (theo Quyết định số 75/2009/QĐ-TTg ngày 11/5/2009) được cho là yếu tố khiến các CĐTB chưa yên tâm công tác.

* Các lý do giải thích về sự không phù hợp của việc đào tạo CĐTB:

Có 3,9% ĐTNC cho rằng việc đào tạo CĐTB phục vụ cộng đồng H’mông là không phù hợp và 4,7% không biết việc này có phù hợp hay không với các lý do sau:

Bảng 3.31: Lý do cho rằng bản không cần thiết có cô đỡ thôn bản (n=10)

Lý do	n	%
Sinh đẻ là việc bình thường của phụ nữ nên không cần phải có người khám, giúp đỡ khi mang thai và sinh đẻ	10	100,0
CĐTB chưa có kinh nghiệm trong việc sinh đẻ nên không thể giúp đỡ phụ nữ trong bản về CSSK khi mang thai và sinh đẻ	10	100,0
Người gia đình đỡ đẻ là tốt rồi nên không cần cô đỡ thôn bản	9	90,0
CĐTB không đủ hiểu biết để giúp đỡ phụ nữ trong CSSK khi mang thai và sinh đẻ	5	50,0
Bà đỡ dân gian của bản là người đỡ đẻ tốt rồi nên không cần CĐTB	3	30,0
Các ông chồng không đồng ý cho người ngoài gia đình thấy vùng kín của vợ họ nên CĐTB không thực hiện được nhiệm vụ	2	20,0
Bản thân không muốn người ngoài gia đình thấy vùng kín của mình nên không cần Cô đỡ thôn bản thăm khám khi mang thai	1	10,0

Các lý do chiếm tỷ lệ cao nhất chủ yếu là các những nhận thức chủ quan, coi nhẹ việc mang thai, sinh đẻ của phụ nữ.

Tuy nhiên, cũng có ý kiến còn băn khoăn về trình độ chuyên môn và kinh nghiệm của các CĐTĐB.

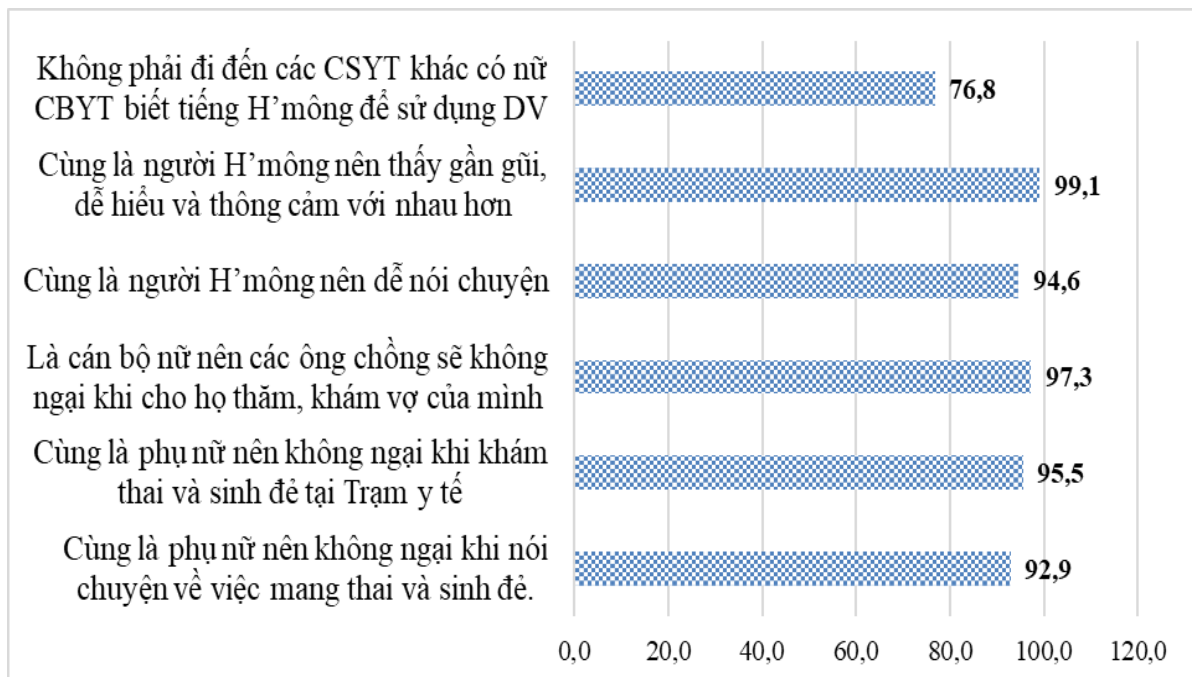
“Cô đỡ nó đều còn trẻ, mới đẻ có một con nên chưa biết nhiều như các bà, các mẹ nên có người chưa tin nó đỡ đẻ đâu” (TLN_SCT_Trường bản1).

Có người muốn nhờ CĐTĐB thăm khám nhưng lại ngại nhờ vả hay không dám mời thăm khám sau sinh do tập tục kiêng kỵ.

“Mình cũng muốn nhờ CĐTĐB khám thai cho nhưng ngại nhờ nó” (TLN_SCT_PN2).

“Gia đình cũng muốn nhờ CĐTĐB xem cho mẹ, cho con nhưng do phải kiêng, sợ con ốm nên lại thôi” (TLN_SCT_Chồng2)

3.4.5.2. Đánh giá việc có CBYT nữ người H'mông cho Trạm y tế xã Co Tòng:



Hình 3.7: Lý do về sự cần thiết có CBYT nữ dân tộc H'mông tại TYT xã (n=122)

Trong số 122 ĐTNC tại xã Co Tòng, có 112 (91,8%) ĐTNC cho rằng việc tăng cường nữ CBYT dân tộc H'mông về TYT xã là cần thiết đối với công tác CSSKSS của phụ nữ tại địa bàn. Các lý do ĐTNC cho rằng việc có CBYT nữ là người H'mông cho TYT là cần thiết đều chiếm tỷ lệ cao, trong đó lý do “cùng là người

H'mông nên thấy gần gũi, dễ hiểu và thông cảm với nhau hơn” chiếm tỷ lệ cao nhất (99,1%) (Hình 3.7).

Kết quả NC định tính cho thấy, ĐTNC đều cho rằng việc có CBYT nữ là người H'mông ở TYT sẽ thuận lợi cho họ khi cần sử dụng các dịch vụ LMAT.

“Trạm toàn đàn ông nên không ai muốn vào, chồng mình cũng không muốn mình vào ... Có cán bộ nữ thì mình không ngại nữa” (TLN_SCT_PN2).

Chồng của các ĐTNC và lãnh đạo chính quyền, cộng đồng cũng đều cho rằng việc này là phù hợp.

“Không ông nào muốn người khác nhìn thấy cái ấy của vợ mình đâu, nên ông T (nam y sĩ tại TYT-NCS) không được khám vợ mình đâu... Có được CBYT nữ, người H'mông mình nữa thì tốt rồi, vì khi vợ cần khám thì mình không ngại” (TLN_SCT_Chồng2).

“Cũng có lúc Trạm có CBYT nữ nhưng người Kinh hay người Thái nhưng nó không nói được tiếng H'mông nên không nói chuyện được với bà con. Có cán bộ nữ người H'mông là tốt nhất, nó hiểu tiếng, hiểu phong tục nên bà con mới tin tưởng đến khám được” (TLN_SCT_Trưởng bản2).

Có 3 ĐTNC (2,5%) cho rằng không cần thiết, 7 ĐTNC (5,7%) không biết việc này có cần thiết hay không cần thiết. Các lý do ĐTNC cho rằng việc có CBYT nữ người H'mông ở TYT là không cần thiết được mô tả tại bảng 3.32.

Bảng 3.32: Lý do không cần thiết có nữ CBYT người H'mông tại TYT (n=3)

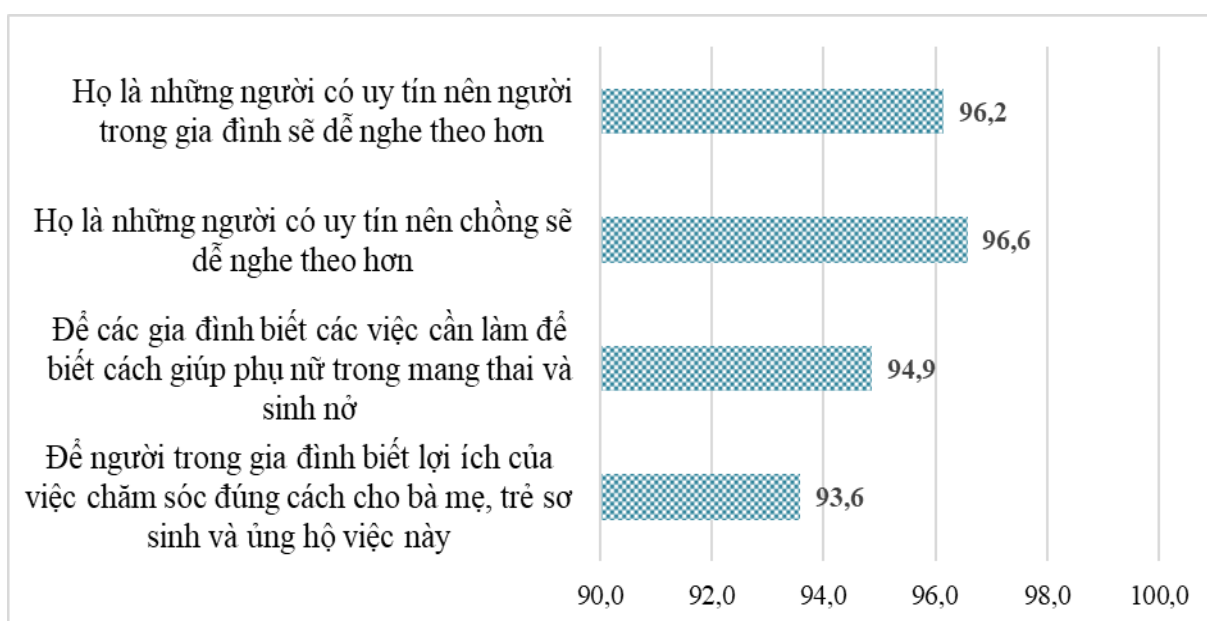
Lý do	n	%
Sinh đẻ là việc bình thường của phụ nữ nên không cần phải có người khám, giúp đỡ khi mang thai và sinh đẻ	3	100
Chồng không đồng ý cho người ngoài gia đình thấy vùng kín của vợ họ nên họ không cho CBYT của Trạm khám thai và đỡ đẻ	3	100
Bản thân không muốn người ngoài gia đình thấy vùng kín của mình nên không cho CBYT của Trạm khám thai và đỡ đẻ	3	100
Người gia đình đỡ đẻ là tốt rồi nên không cần CBYT của TYT	2	66,7

Nghiên cứu định tính cho thấy, thói quen và quan điểm coi nhẹ việc mang thai sinh đẻ dẫn tới việc đánh giá việc có CBYT nữ người H'mông là không cần thiết.

“Có CBYT nữ người H’mông tại trạm là tốt nhưng trước mắt chỉ giúp bà con về khám thai, khám bệnh thôi còn để bà con đến đẻ thì khó hơn, thay đổi tập tục này khó khăn, lâu dài đấy vì nó quen thế rồi” (TLN_CQ xã2).

3.4.5.3. Đánh giá về chương trình vận động các gia đình về làm mẹ an toàn của lãnh đạo chính quyền, cộng đồng

Có 234 ĐTNC (91,8%) cho rằng hoạt động vận động các gia đình thực hiện các quy định về LMAT của lãnh đạo chính quyền, cộng đồng là cần thiết, với các lý do sau:



Hình 3.8: Lý do về sự cần thiết có chính quyền vận động các gia đình thực hiện quy định về LMAT (n=234)

Nghiên cứu định tính cho thấy, các ĐTNC đều đồng tình với giải pháp này.

“Chồng và gia đình biết việc mang thai, đẻ của phụ nữ là khổ, là dễ chết thì nó sẽ quan tâm hơn tới mình đấy ... nhưng chỉ chính quyền, trưởng bản, trưởng họ nói thì nó mới nghe theo thôi” (TLN_SCT_PN1).

Người chồng cũng cho rằng họ chịu ảnh hưởng lớn từ lãnh đạo chính quyền và cộng đồng.

“Không nghe theo họ không được đâu ... Như ông trưởng họ kia mà bức mình không đến làm đám ma, đám cưới cho nhà mình là chết đấy” (TLN_SCT_Chồng2).

Lãnh đạo chính quyền xã cũng cho rằng sự vào cuộc của chính quyền, những người có uy tín trong cộng đồng là một giải pháp quan trọng cho việc vận động các gia đình quan tâm hơn tới việc thực hiện công tác LMAT. Tuy nhiên, cũng có ý kiến cho rằng việc thay đổi các tập tục, thói quen của cộng đồng là việc khó khăn và cần có thời gian vận động để người dân thay đổi dần từng bước.

Có 12 ĐTNC (4,7%) không biết việc này cần thiết hay không và 9 ĐTNC (3,5%) cho rằng không cần thiết với các lý do thể hiện sự chủ quan coi nhẹ việc mang thai sinh đẻ của phụ nữ. Nghiên cứu định tính cũng cho thấy, có những ĐTNC, gia đình họ không quan tâm tới việc vận động của cộng đồng.

“Có người khó tính mà mình đến vận động thì họ không thoải mái đâu, họ nói họ vẫn khỏe, không cần nhắc họ đâu” (TLN_SCT_CĐTĐB1).

“Nhiều người họ không thích mình nói đâu nhưng họ sợ mình không dám nói ra. Nên vợ nó đẻ tại nhà thì nó nói với mình nhiều lý do lắm như là vợ đẻ nhanh quá không đến trạm được chẳng hạn để mình không nói nó” (TLN_SCT_Trường bản2).

3.4.5.4. Tác động đối với công tác quản lý sức khỏe tại cộng đồng.

Kết quả từ nghiên cứu định tính cho thấy, Chương trình can thiệp cũng được cho rằng đã có những tác động tích cực tới công tác quản lý nhà nước trong lĩnh vực chăm sóc sức khỏe của cộng đồng. Trong đó, nhận thức của chính quyền về quản lý sức khỏe cộng đồng cũng được có những thay đổi tích cực.

“Qua chương trình, chính quyền xã cũng thay đổi nhiều cách nhìn nhận về quản lý sức khỏe của cộng đồng. Trước thì cứ để cho Trạm y tế tự làm vì là lĩnh vực chuyên môn của Trạm, nhưng qua thực hiện chương trình lần này ai cũng thấy, việc vào cuộc của chính quyền, đoàn thể từ xã tới bản có hiệu quả hơn hẳn” (TLN_SCT_CQ2).

Hoạt động phối hợp của chính quyền và các chức sắc tại cộng đồng cũng được cho rằng có ý nghĩa quan trọng trong vận động cộng đồng thực thi các quy định của nhà nước.

“Đây là lần đầu tiên chính quyền huy động các chức sắc ở bản, trưởng dòng họ, tham gia vào hoạt động vận động cộng đồng cùng chính quyền. Thấy các ông nhiệt tình, có trách nhiệm với cộng đồng nên ai cũng trân trọng” (TLN_SCT_CQ4).

“Vẫn biết là các ông (các chức sắc ở bản, trưởng dòng họ) có uy tín với cộng đồng nhưng lần này làm cùng mới thấy các ông có uy tín trong cả việc nói về chăm sóc sức khỏe, có các ông nói mạnh hơn hẳn mình nói... Mình biết có người thấy các ông nói nó đưa vợ đi khám thai, đi đẻ ở Trạm thì không đồng tình đâu nhưng nó cũng phải nghe theo, không dám có ý kiến gì” (TLN_SCT_TYT3).

“Thấy chính quyền coi trọng mình nên các ông ai cũng vui. Mình làm việc có ích cho các gia đình và cộng đồng mà” (TLN_SCT_Trưởng bản4).

Cách thức giám sát hoạt động của chính quyền trong chương trình cũng được đánh giá cao.

“Các hoạt động của mình thực hiện thuận lợi cũng là nhờ việc đưa các nội dung LMAT vào chương trình giao ban hàng tháng của xã nên ông nào có nhiệm vụ gì thì đều chú ý thực hiện ... Trước đây không có việc này đâu, nói về chăm sóc sức khỏe thì chỉ có hỏi Trạm, làm không tốt là bị mắng, nhưng bây giờ các bản thực hiện thế nào, khó khăn gì đều phải báo cáo” (TLN_SCT_TYT3).

Các cán bộ, công chức của chính quyền cũng là những người gương mẫu trong thực thi các quy định của chương trình làm mẹ an toàn.

“... cũng vừa nhận thức đúng về làm mẹ an toàn, lo cho vợ con, nhưng cũng phải gương mẫu nữa nên anh em cán bộ, công chức của Đảng ủy, Ủy ban đều đi đầu trong thực hiện các quy định về làm mẹ an toàn như cho vợ, con đi khám thai đầy đủ, đẻ thì tại Trạm hay tại Bệnh viện cả. Mình nói mà không làm thì dân người ta không nghe đâu” (TLN_SCT_CQ3).

Các hoạt động của chương trình can thiệp cũng đã nâng cao kỹ năng quản lý công việc của cán bộ trạm y tế, cô đỡ thôn bản và y tế thôn bản.

“Đây là lần đầu tiên trạm được thực hiện một chương trình chi tiết đến mức này, lại phối hợp nhiều bên nữa nên lúc đầu thì ai cũng lúng túng, thấy khó, nhất là các cô đỡ. Nhưng làm quen rồi thì thấy làm như chương trình sẽ dễ quản lý công việc của mình, việc gì cũng nắm rõ ràng” (TLN_SCT_TYT3).

Chương trình cũng được cho rằng có tính khả thi khi nhân rộng ra các xã khác có dân tộc H'mông sinh sống đông.

“Chương trình thì gần gũi với cộng đồng rồi nên việc nhân rộng có khó khăn gì đâu. Như là cô đỡ thì cũng là người bản, được đi đào tạo rồi về giúp bản. Việc đào tạo cô đỡ, trang bị cho các cô đỡ, tập huấn thì phải nhờ trên rồi. Còn các việc khác như ban hành nghị quyết, xây dựng kế hoạch, phân công nhiệm vụ cho các bên tại cộng đồng thì chính quyền xã nào cũng thực hiện được thôi mà” (TLN_SCT_CQ4).

Các trạm y tế, CĐTĐ, YTTĐ cũng đồng thuận về tính khả thi khi nhân rộng, trong đó, một số nội dung được cho rằng có ý nghĩa bản lề cho sự thành công như: việc nâng cao nhận thức cho chính quyền, các chức sắc ở bản; việc tập huấn triển khai, quản lý chương trình; hoạt động hướng dẫn, điều phối việc phối hợp giữa các bên trong thực hiện các hoạt động ở các bản.

“Cái chính là bên Ủy ban họ hiểu họ về làm mẹ an toàn nó tốt với cộng đồng nên mới có chỉ đạo các bản, hỗ trợ Trạm như vậy. Nếu các ông ấy hiểu gì về làm mẹ an toàn rồi không nói tốt về chương trình, không chỉ đạo các bản phối hợp thì không làm được đâu. Các chức sắc ở bản cũng như vậy, ...” (TNN_SCT_TYT3).

“Các cô đỡ mới học về, tuổi thì ít nên cũng chưa nói gì ở bản được, cũng chưa quen việc phối hợp với trưởng bản, người có uy tín trong bản nên các trạm mà không biết điều phối để cô đỡ, y tế bản phối hợp được với trưởng bản, các chức sắc khác ở bản thì việc truyền thông cũng khó khăn” (TLN_SCT_TYT4).

Như vậy, chương trình can thiệp đã được đánh giá là phù hợp với thực tế của địa phương và có những tác động tích cực đến công tác quản lý sức khỏe của cộng đồng của chính quyền. Chương trình cũng được đánh giá là khả thi để nhân rộng ra các cộng đồng H'mông khác, trong đó cần chú ý thực hiện tốt các hoạt động có ý nghĩa trụ cột như việc nâng cao nhận thức cho chính quyền và những người có uy tín tại cộng đồng, cũng như đảm bảo các trạm y tế đủ năng lực điều phối được việc phối hợp giữa các bên tại bản trong các hoạt động truyền thông.

CHƯƠNG 4: BÀN LUẬN

4.1. Thông tin chung về đối tượng nghiên cứu

ĐTNC ở cả 2 nhóm xã đều chủ yếu tập trung ở nhóm tuổi từ 34 tuổi trở xuống (khoảng 70%). Kết quả này tương đồng với cơ cấu tuổi của NC tại cộng đồng H'mông tại Đồng Hỷ, Thái Nguyên (71,9%) [29]. Trình độ học vấn và khả năng sử dụng tiếng phổ thông của ĐTNC khá tương đồng ở cả 2 thời điểm TCT và SCT ở cả 2 nhóm xã, trong đó, 2/3 ĐTNC mù chữ (63% TCT và 67% SCT) và không sử dụng được tiếng phổ thông (64% TCT và 69% SCT). Các chỉ số này tương đồng với Điều tra thực trạng kinh tế - xã hội 53 DTTS năm 2015 (Điều tra DTTS 2015) (66,7%) [50]. Có sự khác biệt giữa 2 nhóm xã và ở hai thời điểm TCT và SCT ở các chỉ số nhưng sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$).

Về khoảng cách tiếp cận tới TYT, do khái niệm về khoảng cách và đo lường khoảng cách của người H'mông khá đặc thù và có sự khác biệt giữa các vùng nên NC sử dụng thời gian đi bộ để làm đơn vị đo lường khoảng cách tiếp cận TYT của các ĐTNC. Tuy nhiên, việc ước lượng thời gian đi bộ của từng ĐTNC cũng mang tính tương đối do lệ thuộc vào độ tuổi, tình trạng sức khỏe và việc lựa chọn đường đi (trong nhiều trường hợp có hơn 1 đường đi đến TYT).

4.2. Thực trạng kiến thức, thái độ, thực hành chăm sóc trước, trong và sau sinh

4.2.1. Chăm sóc trước sinh

Nhận thức về khám thai của ĐTNC ở mức thấp. Có 38,9% số ĐTNC biết khám thai định kỳ là cần thiết (41,4% tại NCT và 36,4% tại NKCT), nhưng chỉ có 25,7% biết cần khám thai 3 lần trong thai kỳ (25,8% tại NCT và 25,7% tại NKCT), thấp hơn rất nhiều so với điều tra ban đầu tại 7 tỉnh tham gia chu kỳ quốc gia 7 năm 2006 (NC tại 7 tỉnh) (84,4%) [12] và NC tại Lào năm 2013 (63,4%) [30].

Nhận thức DHNH của ĐTNC tại 4 xã ở mức rất thấp. Tỷ lệ ĐTNC không biết một DHNH nào là 33,6%, tương đương với NC tại 7 tỉnh (33,4%) [13], nhưng cao hơn kết quả NC ở cộng đồng DTTS tại 3 tỉnh Nghệ An, Cao Bằng và Kon Tum (NC tại 3 tỉnh) (25,1%) [44]. So với thế giới, chỉ số này thấp hơn cả các khu vực kém nhất về LMAT của thế giới như khu vực cận Sahara (65%) [85]. Trung bình ĐTNC biết 1,1

DHNH khi mang thai (NCT là 0,9 và NKCT là 1,2). Tỷ lệ này tương đồng với kiến thức về DHNH của phụ nữ trong NC tại 7 tỉnh (1,1 DHNH trên 6 DHNH) [13], nhưng thấp hơn kết quả 2,2 DHNH (trên 10 DHNH) của NC tại 3 tỉnh [44].

Nhận thức về cách xử trí khi thấy DHNH khi mang thai của ĐTNC khá tích cực ở các ĐTNC biết ít nhất 1 DHNH. Đa số ĐTNC ở 2 nhóm xã biết cách xử trí là đến ít nhất một CSYT nhà nước là TYT và bệnh viện các tuyến (92,2% ở NCT và 94,8% ở NKCT) nhưng rất ít ĐTNC biết đến các CSYT tư nhân (0,0% ở NCT và 0,1% ở NKCT). Chỉ số biết đến CSYT nhà nước tương đồng với kết quả NC tại 7 tỉnh (95,7%) nhưng cao hơn đáng kể NC tại Lào (48,7%); tuy nhiên chỉ số biết đến CSYT tư nhân lại thấp hơn 2 NC này (8,6% ở NC 7 tỉnh và 3,5% ở NC tại Lào) [13] [30]. Các TYT cũng cho biết, người dân của xã đều biết đến CSYT để khám, điều trị khi ốm nặng.

Như vậy, những ĐTNC biết được DHNH thì hầu hết có kiến thức đúng về cách thức xử trí. Điều này cho thấy tầm quan trọng của việc nâng cao kiến thức về nguy cơ trong thai nghén đối với phụ nữ trong tăng cường LMAT hiện nay. Tuy nhiên, vẫn có một tỷ lệ đáng kể ĐTNC có nhận thức sai trong điều trị như 37,8% đến thầy lang để chữa trị, 14% cúng. Điều này là do tập tục sử dụng những bài thuốc dưỡng thai dân gian và việc thực hiện các thủ tục tâm linh theo truyền thống khi có người ốm nặng là cúng ma, tổ tiên để phù hộ cho người ốm chóng khỏi. Các nhận thức này được cho rằng là lý do dẫn tới “3 chậm” trong xử trí tai biến sản khoa, tuy nhiên rất khó có đủ cơ sở để bác bỏ tác dụng tích cực của các bài thuốc dân gian cũng như tác động của yếu tố tâm linh trong cuộc sống của mỗi tộc người. Vì vậy, chính quyền địa phương cũng cần xác định những nhận thức, hành vi có nguy cơ dẫn tới “3 chậm” để có cách vận động loại bỏ hoặc giảm tác hại phù hợp với cộng đồng.

Các kiến thức về CSTS khác của ĐTNC đều ở mức thấp. Nhận thức về sự cần thiết phải tiêm phòng UV và bổ sung viên Sắt trong quá trình thai nghén của ĐTNC chỉ đạt 3/10 (ở NCT là 34,4% và 32,4%, ở NKCT là 35,2% và 30,0%) và chỉ bằng gần ½ so với NC tại Lào (79,7% và 58,3%) [30]. Nhận thức đúng về các chỉ số khác trong CSTS của ĐTNC cũng đều chỉ ở mức từ 20 đến 40% như: Biết ít nhất 1 việc không nên làm khi mang thai (41,1%), biết chế độ ăn đúng khi mang thai (36,5%); đặc biệt ở

các kiến thức về chỉ số chi tiết như số mũi vắc xin UV cần tiêm khi mang thai lần đầu, số cân nặng cần tăng khi mang thai của các ĐTNC đều dưới 10%.

Kết quả về nguồn thông tin về CSTS mà ĐTNC tiếp cận được cho thấy, các ĐTNC chủ yếu nhận thông tin từ người nhà, bạn bè, hàng xóm của họ; tỷ lệ ĐTNC tiếp cận được các thông tin CSTS từ CBYT, CQĐT, TTĐC đều dưới 4/10. Sự hạn chế từ việc tiếp cận thông tin CSTS từ các nguồn thông tin chính thống là nguyên nhân của tình trạng nhận thức kém về CSTS của ĐTNC nêu trên. Kết quả NC định tính cho thấy, chỉ có một số ít những phụ nữ sử dụng được tiếng phổ thông mới tiếp cận được thông tin từ TTĐC và tài liệu truyền thông về LMAT đang sử dụng ngôn ngữ phổ thông hiện nay. Mặt khác, những ĐTNC hay chồng họ tham gia công tác CQĐT, có nghề nghiệp giao tiếp với xã hội ngoài cộng đồng nhiều hơn thì cũng tiếp cận các thông tin CSTS nhiều hơn. Tuy nhiên, khả năng tiếp cận các nguồn thông tin từ CBYT và cán bộ CQĐT cũng hạn chế do người H'mông tại địa bàn e ngại nói chuyện về việc mang thai, sinh đẻ trong khi lực lượng này đều là nam giới. Đây là các rào cản về nhận thức cần phải khắc phục để tăng cường sự tiếp cận của phụ nữ H'mông với các thông tin về LMAT.

Có sự khác biệt ở các chỉ số kiến thức CSTS của ĐTNC giữa 2 nhóm xã nhưng sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$), ngoại trừ chỉ số về biết từ 3 DHHH khi mang thai của NCT thấp hơn NKCT (5,1% so với 12,6%).

Về thái độ, tỷ lệ ĐTNC có thái độ đúng trong CSTS cũng ở mức thấp. Trong đó, có 2 vấn đề trong quan điểm của ĐTNC đã tạo ra các rào cản trong tiếp cận dịch vụ CSTS cần được chú ý. Thứ nhất là, các ĐTNC coi nhẹ về việc thai nghén của họ. Có tới 9/10 ĐTNC có thái độ không đúng hoặc lưỡng lự về các quan điểm này, ví dụ coi sinh đẻ là chuyện bình thường, không cần quan tâm nhiều tới việc này. Đây cũng là quan điểm được ghi nhận tại cộng đồng người H'mông tại Hà Giang [53]. Các thái độ tương tự cũng được ghi nhận ở cộng đồng DTTS khác nhưng ở mức độ thấp hơn: 20,5% cho rằng phụ nữ khỏe mạnh thì không cần phải khám thai; 18% cho rằng chỉ cần đi khám thai 1 lần trong quá trình mang thai là được; 21,9% cho rằng chỉ cần đi khám thai khi có DHHH; trong đó, phụ nữ KVMN và DTTS chiếm tỷ lệ cao hơn [44].

Kết quả NC định tính cho thấy, tâm lý này đây là các thói quen lâu đời của người H'mông khi họ và gia đình vẫn phải tự lo cho việc sinh đẻ như là một công việc bình thường trong cuộc sống của họ. Nhiều ý kiến cho rằng thực trạng này xuất phát từ việc thiếu hiểu biết của phụ nữ H'mông cũng như của cộng đồng. Đây là cơ sở khiến ĐTNC không nhận thức đúng về việc khám thai định kỳ và chuẩn bị kế hoạch cho việc mang thai, sinh đẻ.

Thứ hai là, ĐTNC có tâm lý rất e ngại về việc “Không thể để người khác ngoài chồng nhìn thấy vùng kín của mình” và chỉ có 8% ĐTNC có quan điểm đúng trong nội dung này. Đây cũng là lý do khiến 2/3 số ĐTNC không đi khám thai do ngại CBYT ở TYT là nam giới (64,5% ở NCT và 70,8% ở NKCT). Các ý kiến định tính đều cho rằng đây là tâm lý chung của cộng đồng và nhiều người có định kiến này ở mức “nặng nề”. Lãnh đạo chính quyền địa phương cũng nhận định định kiến của người dân về việc coi các thông tin về LMAT là nhạy cảm sẽ là rào cản của việc tiếp cận thông tin và tiếp cận DVYT khi mang thai, sinh đẻ của người dân và cần thiết phải phá vỡ định kiến này. Đặc điểm này tương tự các kết quả NC được ghi nhận ở cộng đồng người H'mông tại Hà Giang [53], Sơn La [22] và Yên Bái [57]; tuy nhiên, cũng có NC cho rằng, chưa đủ bằng chứng rõ ràng và thống nhất về nhận định này [54]. Kết quả NC nêu trên cho thấy có bằng chứng về sự tồn tại của hiện tượng tâm lý này tại cộng đồng người H'mông. Tuy nhiên, kết quả SCT cho thấy, tỷ lệ đi khám thai và đẻ tại CSYT tăng lên rất đáng kể, vì vậy, định kiến này không đến mức quá nặng nề và có thể thay đổi. Nhưng định kiến này có thể khác nhau ở các nhóm khác nhau, vì vậy cần có thêm thông tin để có nhận định chắc chắn.

Tỷ lệ ĐTNC của 2 nhóm xã có thái độ đúng về các chỉ số CSTS khác cũng ở mức thấp như: về tiêm phòng UV (28,5% và 26,9%), bổ sung viên sắt (2,3% và 13,8%) và về chuẩn bị cho việc mang thai (14,1% và 14,2%). Đặc biệt các chỉ số về thái độ đúng về chế độ dinh dưỡng, lao động và nghỉ ngơi khi mang thai của ĐTNC ở mức rất thấp, dưới 5%, trong đó, có chỉ số “Ăn nhiều thì to con, khó đẻ” chỉ bằng 1/40 so với NC tại 3 tỉnh (2% so với 82%) [44].

Có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$) ở một số chỉ số về thái độ CSTS giữa NCT và NKCT nhưng sự chênh lệch không lớn: “Không thể để người khác ngoài chồng nhìn thấy vùng kín của mình” (0,8% so với 7,5%), Chỉ cần ăn uống đủ chất là được, không cần uống viên sắt (2,3% so với 13,8%), Việc nhà là việc của phụ nữ, dù mang thai nhưng vẫn phải làm như lúc không mang thai (0,0% so với 1,6%).

Về thực hành, tỷ lệ ĐTNC có khám thai ít nhất một lần chỉ đạt 34,4%, thấp hơn rất nhiều chỉ số này của Điều tra MICS 2014 ở mọi khu vực như: tỷ lệ chung của toàn quốc (96%), KVNT (94,5%), Trung du miền núi phía Bắc (83,2%) [42] và thấp hơn cả các nước kém phát triển nhất trên thế giới (77%) [147].

Tỷ lệ khám thai đủ 3 lần chỉ đạt dưới 10% (8,8% ở NCT và 9,1% ở NKCT). So với người H'mông ở một số khu vực khác, tỷ lệ này chỉ bằng $\frac{1}{2}$ so với người H'mông tại Thái Nguyên (18,7%) [29] nhưng cao hơn 10% so với người H'mông tại Yên Bái (24,4%) [57] và khá tương đồng với người H'mông trong NC tại 3 tỉnh (38,7%) [44].

Lý do không đi khám thai trong lần mang thai gần nhất của ĐTNC rất đa dạng, trong đó, 4 lý do được ĐTNC ở NCT và NKCT đề cập nhiều nhất lần lượt là: "thấy không cần thiết" (71,6% và 70,1%), "ngại đi xa" (71,6% và 72,3%), "ngại nhân viên ở TYT là nam giới" (64,5% và 70,8%) và "bận việc không đi được" (56,7% và 51,1%). Kết quả này tương đồng với các thông tin liên quan về kiến thức và thái độ đúng về CSTS còn rất hạn chế của ĐTNC, cũng như kết quả NC định tính tại địa bàn.

Nghiên cứu không xác định được các trường hợp tiêm phòng UV đầy đủ của ĐTNC nhưng tỷ lệ phụ nữ có tiêm phòng UV trong lần mang thai gần nhất của ĐTNC là 36% (33% ở NCT và 39,2% ở NKCT). Chỉ số này thấp hơn nhiều lần so với tỷ lệ tiêm phòng UV đầy đủ của toàn quốc trong điều tra MICS 2014 (82,2%) [42], cũng như NC tại Yên Bái (48,8%) [57] và tại 3 tỉnh (90,3%) [44]. Chỉ số này cũng thấp hơn $\frac{1}{2}$ so với tỷ lệ phụ nữ mang thai có tiêm phòng UV trong NC tại Lào (79,3%) [30].

Tỷ lệ ĐTNC có uống viên sắt trong lần mang thai gần nhất là 28,8% (30,2% ở NCT và 27,3% ở NKCT), chỉ bằng gần $\frac{1}{3}$ so với NC tại Thanh Hóa (83,4%) [35], $\frac{1}{2}$ so với NC tại Điện Biên (61,7%) [51]. So với người H'mông các khu vực khác, kết quả này tương đồng với NC tại Thái Nguyên (28,7%) [29] và thấp hơn khoảng 10% so với

NC tại 3 tỉnh (41,9%) [44]. So với các quốc gia khác, chỉ số này thấp hơn so với NC tại Lào (54,5%) [30].

Các chỉ số khác về hành vi đúng trong CSTS ở 2 nhóm xã đều thấp dưới 3/10 như: 27,1% có nghỉ ngơi vào tháng cuối (28,4% ở NCT và 25,8% ở NKCT), 31,8% có tăng khẩu phần ăn (33,5% ở NCT và 30,1% ở NKCT), 8,7% có ngủ nhiều hơn bình thường (9,3% ở NCT và 8,1% ở NKCT).

Tóm lại, kiến thức, thái độ, thực hành CSTS của ĐTNC đều thấp so với toàn quốc cũng như các chỉ số tương đồng của các NC về DTTS khác và dân tộc H'mông ở các khu vực khác. Có sự khác biệt ở các chỉ số trong kiến thức, thái độ, thực hành CSTS giữa NCT và NKCT, trong đó, một số chỉ số của NCT thấp hơn NKCT có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). Do đó, sự khác biệt này ảnh hưởng không đáng kể tới việc so sánh sau can thiệp giữa 2 nhóm xã.

4.2.2. Chăm sóc khi sinh

Kiến thức của ĐTNC về CSKS ở cả 2 nhóm xã đều ở mức thấp. Chỉ có 154 ĐTNC ở 2 nhóm xã biết có khả năng xảy ra tai biến khi chuyển dạ (chiếm 30%), trong đó, tỷ lệ biết ít nhất tên 1 tai biến sản khoa ở NCT là 64,4% và ở NKCT là 59,3%; tỷ lệ ĐTNC biết ít nhất 1 DHNH trong chuyển dạ ở NCT là 89,0%, ở NKCT là 86,4%. Chỉ số biết ít nhất 1 DHNH khi chuyển dạ của ĐTNC cao hơn so với NC tại 7 tỉnh (66,3%) [13] và NC ở Thanh Hóa (80,8%) [17]. Kết quả NC định tính cho thấy, kinh nghiệm của người dân về các trường hợp tử vong do chảy nhiều máu và co giật đã được lưu truyền trong cộng đồng nên bà con nhớ nhiều hơn.

Kết quả NC cho thấy, các ĐTNC không chỉ có kiến thức về CSKS thấp mà còn tồn tại khoảng trống giữa nhận thức và thực hành. Có khoảng 4/10 ĐTNC biết CSYT là nơi sinh đẻ an toàn và CBYT là người đỡ đẻ tốt nhất (39,5% và 42,2% ở NCT; 37,9% và 38,7% ở NKCT). Tuy nhiên, có tới 91,4% ĐTNC sinh con tại nhà trong lần sinh gần nhất (92% ở NCT và 90,8% ở NKCT); tỷ lệ đẻ tại nhà có CBYT đỡ trong lần sinh gần nhất cũng chỉ đạt 9,6% (10,7% ở NCT và 8,5% ở NKCT).

Thái độ trong CSKS của ĐTNC cũng thể hiện rõ điều này. Có từ 2/10 đến 4/10 ĐTNC có thái độ đúng trong thành tố về nguy cơ khi sinh và sự cần thiết phải đẻ tại

CSYT: 40% đồng ý CBYT là người đỡ đẻ tốt nhất; 33,4% đồng ý đến CSYT đẻ đẻ an toàn cho mẹ và con; 18,5% đồng ý cần phải có kế hoạch cho việc sinh đẻ; 17,7% đồng ý việc sinh đẻ có nhiều nguy cơ nên cần chuẩn bị để ứng phó kịp thời. Tuy nhiên, có tới 98,4% ĐTNC vẫn đồng ý hoặc lưỡng lự trước quan điểm là “đẻ tại nhà và nếu có khó khăn thì chuyển tới CSYT”; 95,5% có quan điểm tương tự khi đánh giá về kỹ năng và kinh nghiệm của bà đỡ dân gian. Kết quả NC định tính cũng cho thấy, sinh đẻ tại nhà là tập tục lâu đời và thành thói quen khó thay đổi của dân tộc H'mông, vì vậy, một số người có kiến thức đúng về CSKS và thái độ đúng ở một số quan điểm nhưng chưa có chiều sâu.

Có nhiều lý do giải thích cho việc người H'mông muốn đẻ tại nhà như: ngại đi xa và đường đi khó khăn, thấy mọi người vẫn đẻ tại nhà bình thường nên thấy không cần đi đến CSYT, ngại CBYT là nam giới, đẻ ở CSYT bất tiện vì không có bếp lửa để đun nấu và sưởi ấm, ... Rất khó phân định được lý do nào là có tác động quan trọng nhất tới hành vi đẻ tại nhà. Tuy nhiên, chúng tôi nhận thấy, các lý do của những người đến CSYT để đơn giản hơn rất nhiều. Họ chỉ thuộc 3 nhóm: nhóm thứ nhất là bị buộc phải đến CSYT để do đẻ ở nhà gặp khó khăn; nhóm thứ hai là các ĐTNC không biết về nguy cơ khi sinh đẻ nhưng chồng, gia đình họ muốn đến CSYT để đẻ cho mẹ và con an toàn nên họ đi; nhóm thứ ba là bản thân họ biết nguy cơ khi sinh đẻ nên muốn được đưa tới CSYT để đẻ cho an toàn. Như vậy, nhận thức về nguy cơ khi sinh đẻ của phụ nữ và vai trò của chồng và gia đình tác động tới quyết định về nơi đẻ.

Mặt khác, nhận thức về lợi ích của hành vi cũng đóng vai trò quan trọng trong thay đổi hành vi của người H'mông. Chính quyền địa phương cũng cho rằng, để người dân thay đổi được hành vi thì cần cho họ biết việc đó có lợi gì với họ, trong đó, chú ý tới những điều họ đang mong muốn như: con họ được làm các nghề “bộ đội, công an, công chức, viên chức” để có thu nhập cao hơn, thay đổi cuộc sống của họ. Đây là nội dung đã được chương trình can thiệp của nghiên cứu bám sát để vận động ĐTNC và các gia đình.

Về nguồn thông tin, tương tự như CSTS, mọi ĐTNC đều tiếp cận thông tin về CSKS từ gia đình, bạn bè; ngoài ra, khoảng 1/3 ĐTNC ở NCT và NKCT tiếp cận từ

các nguồn thông tin chính thống của xã hội lần lượt là: từ CBYT (37,9% và 39,9%), CQĐT (35,2% và 30,8%) và TTĐC 20,7% và 17,8%). Kết quả NC định tính cho thấy, chỉ có những ĐTNC sử dụng được tiếng phổ thông mới tiếp cận được các thông tin về CSKS từ các phương tiện TTĐC và tài liệu truyền thông sử dụng ngôn ngữ phổ thông; những ĐTNC hay chồng họ tham gia CQĐT hoặc có nghề nghiệp giao tiếp với xã hội ngoài cộng đồng nhiều hơn thì cũng tiếp cận các thông tin CSKS nhiều hơn.

Tóm lại, kiến thức, thái độ, thực hành CSKS của ĐTNC ở mức thấp. Hơn nữa, với những ĐTNC có nhận thức và thái độ đúng về vai trò của việc đẻ tại CSYT và của CBYT trong sinh đẻ nhưng cũng không đến CSYT đẻ với nhiều lý do khác nhau. Người chồng và nhận thức về nguy cơ khi sinh đẻ tác động lớn tới quyết định đến CSYT đẻ của ĐTNC. Có sự khác biệt giữa NCT và NKCT nhưng sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê ($p>0,05$).

4.2.3. Chăm sóc sau sinh

Trong giai đoạn sau khi sinh, nhận biết và quản lý các DHNH sau sinh là nội dung đặc biệt quan trọng đối với sức khỏe các bà mẹ do phần lớn các ca TVM đều xảy ra ở tuần đầu tiên sau đẻ. Tuy nhiên, ĐTNC có nhận thức, thái độ về CSSS rất thấp.

Tỷ lệ ĐTNC cho rằng cần phải khám sau sinh chỉ là 14,5% (12,9% ở NCT và 16,2% ở NKCT), trong đó, 86,5% cho rằng khám trong ngày đầu sau đẻ, 44,6% cho rằng khám từ ngày thứ 2 đến ngày thứ 6 sau đẻ. Tỷ lệ này thấp hơn 4 lần so với NC tại 3 tỉnh (64,1%) [44].

Tỷ lệ ĐTNC biết về các DHNH sau sinh cũng ở mức rất hạn chế. Tỷ lệ ĐTNC biết ít nhất 1 DHNH ở bà mẹ sau sinh là 27,5% (28,5% ở NCT và 29,2% ở NKCT); trung bình là 0,4 dấu hiệu. Chỉ số này thấp hơn 2 lần so với NC tại 7 tỉnh (70,3%) [13] và NC tại 3 tỉnh (70,7%) [44]. Trong số ĐTNC biết ít nhất 1 DHNH sau sinh, hầu hết (95,5%) ĐTNC biết cách xử trí đúng là biết đến ít nhất 1 CSYT để khám và điều trị; trong đó, tỷ lệ TYT là 86,4% (86,4% ở NCT và 86,5% ở NKCT), đến bệnh viện là 51,4% (63,6% ở NCT và 40,5% ở NKCT); một tỷ lệ đáng kể ĐTNC có các cách xử trí chưa đúng như 38,6% thực hiện nghi lễ cúng, 11,4% đến thầy lang khám và chữa. Tỷ

lệ ĐTNCC có cách xử trí đúng tương đồng với kết quả NC tại 7 tỉnh (95,5% so với 95,6%) [13].

Các kiến thức khác về CSSS đối với bà mẹ của ĐTNCC ở 2 nhóm xã cũng ở mức thấp: Tỷ lệ ĐTNCC biết chế độ lao động đúng trong tuần đầu sau sinh là 26%; biết bà mẹ sau sinh cần ăn nhiều hơn bình thường với chế độ nhiều chất dinh dưỡng là 37,1%; biết cần vệ sinh vú và âm hộ hàng ngày là 19,3%. Các chỉ số khác như về chế độ ngủ, trang phục sau sinh, bổ sung vitamin A, viên Sắt sau sinh chỉ dao động từ 1 đến 7%.

Kết quả NC định tính cũng cho thấy, các ĐTNCC, chồng họ cũng như người dân trong cộng đồng đều có nhận thức chủ quan về các nội dung CSSS. Mặt khác, việc hiểu rõ và nhớ các chỉ số kiến thức CSSS chi tiết đối với phụ nữ H'mông là khó khăn do trình độ học vấn thấp. Tuy nhiên, họ vẫn thực hiện theo yêu cầu khi được CBYT yêu cầu dù không hiểu rõ về vấn đề. Điều này cho thấy, việc vận động được phụ nữ H'mông đến CSYT khám thai là cơ sở để họ thực hiện được các hành vi CSTS khác.

Thái độ CSSS đối với bà mẹ của ĐTNCC thể hiện rõ quan điểm chủ quan về việc thăm khám sau sinh: tỷ lệ có thái độ đúng trong quan điểm “Đẻ xong thì đã hết nguy hiểm nên không cần phải CBYT khám, chăm sóc giai đoạn sau sinh” là 15,4%; 12% trong quan điểm về “Sau khi sinh, phụ nữ có thể làm việc bình thường”; 1,6% trong quan điểm về “Sau khi sinh người mẹ cần có khẩu phần ăn kiêng để tránh tai biến”.

Kiến thức và thái độ kém nêu trên dẫn tới tỷ lệ ĐTNCC có hành vi đúng ở mức thấp. Trong số những ĐTNCC cho biết đã từng bị ít nhất 1 DHHH sau sinh thì chỉ có 23,8% đã đến ít nhất 1 CSYT để khám và điều trị (23,1% ở NCT và 24,4% ở NKCT).

Nghiên cứu này không thiết kế câu hỏi khảo sát về chỉ số về tình trạng ĐTNCC được khám sau sinh do hoạt động thăm khám sau sinh ở các TYT tại 4 xã không theo chuẩn mực nào và cách thực hiện khác biệt giữa các xã. Cán bộ của TYT hay YTTB đều tránh đến nhà có người đẻ vì ngại các tập tục kiêng kỵ. Vì vậy, hầu hết các ca đẻ tại nhà được thăm khám sau sinh là các trường hợp là người thân, họ hàng của cán bộ của TYT hay của YTTB; việc thăm khám thường kết hợp trong các buổi đến dự lễ cúng. Việc thăm khám sau sinh chủ yếu là được thực hiện qua hình thức đến hỏi thăm tình hình qua chồng hay người nhà của phụ nữ sinh đẻ, hiếm khi gặp và trao đổi trực

tiếp với phụ nữ. Vì vậy, nguy cơ có sai số khi thu thập thông tin định lượng về chỉ số này là rất cao. Đây là hạn chế của nghiên cứu và cần được khắc phục ở các NC sau.

Nhận thức về DHNH ở trẻ sơ sinh của ĐTNC cũng ở mức thấp. Tỷ lệ ĐTNC biết về các DHNH sau sinh cũng ở mức rất hạn chế. Tỷ lệ ĐTNC biết ít nhất 1 DHNH ở trẻ sơ sinh là 76% (75,4% ở NCT và 76,7% ở NKCT); trung bình là 1,6 dấu hiệu. Trong số ĐTNC biết ít nhất 1 DHNH ở trẻ sơ sinh, hầu hết (98%) ĐTNC biết cách xử trí đúng là biết đến ít nhất 1 CSYT để khám và điều trị; một tỷ lệ đáng kể ĐTNC có cách xử trí theo tập tục như: 51,4% thực hiện nghi lễ cúng, 15,8% đến thầy lang khám và chữa.

Thái độ của ĐTNC cũng thể hiện sự chủ quan, lệ thuộc vào các yếu tố tâm linh trong chăm sóc trẻ sơ sinh của họ: tỷ lệ ĐTNC đồng ý hoặc lưỡng lự trước quan điểm “Con cái là Trời cho, nếu Trời đã cho con thì sẽ để được con khỏe mạnh, sẽ nuôi được đứa con đó” lên tới 90%. Nghiên cứu định tính cũng có kết quả tương tự, tuy nhiên, sự quan tâm của các bà mẹ về sự sống còn của đứa con sâu đậm hơn những người khác.

Tương đồng với kiến thức và thái độ, tỷ lệ ĐTNC có thực hành vi xử trí đúng khi gặp DHNH ở trẻ sơ sinh thấp. Trong số ĐTNC đã từng bị ít nhất 1 DHNH sau sinh thì chỉ có 45,8% đã đến ít nhất 1 CSYT để khám và điều trị.

Kiến thức về chăm sóc rốn, mắt cho trẻ sơ sinh của ĐTNC cũng ở mức thấp. Tỷ lệ ĐTNC biết ít nhất 01 cách chăm sóc rốn trẻ sơ sinh đúng cách là 18%; tỷ lệ ĐTNC biết ít nhất 01 cách chăm sóc mắt trẻ sơ sinh đúng cách là 5,5%. Thái độ của ĐTNC về chăm sóc rốn cho thấy quan điểm coi nhẹ việc chăm sóc rốn cho trẻ sơ sinh: tỷ lệ ĐTNC có quan điểm hoặc lưỡng lự trước quan điểm “Rốn trẻ sơ sinh sẽ tự rụng, không cần phải chăm sóc rốn trẻ sơ sinh” lên tới 97,2%. Tuy nhiên, tỷ lệ ĐTNC biết ít nhất một DHNH ở rốn, mắt trẻ SS chiếm tỷ lệ cao hơn đáng kể: 67,8% về DHNH ở rốn và 46% về DHNH ở mắt. Tương tự như chỉ số về cách xử trí khi gặp DHNH ở trẻ sơ sinh, tỷ lệ ĐTNC có nhận thức về ít nhất 1 cách xử trí đúng khi gặp DHNH ở rốn/mắt trẻ ở nhóm những ĐTNC biết về DHNH đạt tới trên 95%. Như vậy, đa số các ĐTNC không nhận thức đúng về việc chăm sóc rốn, mắt của trẻ sơ sinh nhưng những người biết về DHNH ở rốn, mắt trẻ sơ sinh thì đều có cách xử trí đúng. Điều này cho

thấy nếu tăng cường được nhận thức về DHNH trong chăm sóc trẻ sơ sinh về các nội dung này tại cộng đồng sẽ góp phần quan trọng giúp người dân chăm sóc sức khỏe trẻ sơ sinh tốt hơn.

Tuy nhiên, kết quả NC định tính cho thấy, tại NKCT còn tồn tại một số quan niệm khác biệt trong chăm sóc rốn trẻ sơ sinh, đặc biệt là tập tục cắt rốn trẻ nhưng mà không buộc rốn mà để chảy máu tự do. Tập tục này cần sớm can thiệp để thay đổi.

Nhận thức của ĐTNC về các nội dung về sữa non và bú mẹ hoàn toàn cũng ở mức thấp. Tỷ lệ ĐTNC biết về thời gian cần cho con bú mẹ hoàn toàn là 20,0%; tỷ lệ ĐTNC có thái độ đúng về nội dung này cũng chỉ đạt 4,9%; tỷ lệ ĐTNC thực hiện cho con bú mẹ hoàn toàn theo quy định chỉ đạt 3%.

Về chỉ số cho con bú mẹ trong 1 giờ đầu, trong số 283 đối tượng nhớ về việc này, tỷ lệ ĐTNC cho con bú trong 1 giờ đầu cao hơn gần 3 lần so với nghiên cứu MICS14 (96,9% so với 36,3%) [42] và khá tương đồng với chỉ số này của nhóm DTTS trong NC tại 3 tỉnh [44]. Tuy nhiên, có sự không tương đồng giữa kiến thức và hành vi của ĐTNC về nội dung này: Tỷ lệ ĐTNC biết cần cho trẻ bú mẹ lần đầu trong vòng 1 giờ sau đẻ chưa tới 3% nhưng tỷ lệ ĐTNC cho biết đã cho con bú mẹ lần đầu trong vòng 1 giờ trong lần sinh gần nhất đạt tới hơn 95%. NC nhân học y tế về SKSS của người H'mông tại Hà Giang cũng ghi nhận là hành vi cho bú ngay sau khi sinh là việc thường làm theo tập tục của người H'mông với mục đích là để tránh bệnh “cứng lưỡi” [53]. Một NC tại cộng đồng H'mông tại Sơn La cũng ghi nhận điều này [22]. Như vậy, hành vi này là tập tục lâu đời của người H'mông.

Tương tự CSTS và CSKS, một số chỉ số kiến thức, thực hành CSSS có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$) giữa 2 nhóm xã như: về thời điểm đúng có thể bắt đầu sinh hoạt tình dục trở lại sau sinh (2,7% ở NCT và 7,9% ở NKCT; $p < 0,05$); về biết ít nhất 01 cách chăm sóc rốn trẻ sơ sinh đúng cách (9,4% ở NCT và 26,9% ở NKCT; $p < 0,05$). Tuy nhiên NCT có tỷ lệ thấp hơn nhóm KCT nên vấn đề này không ảnh hưởng đáng kể tới việc so sánh SCT giữa 2 nhóm.

Tóm lại, kiến thức, thái độ, thực hành CSSS của ĐTNC ở mức thấp, đặc biệt là các chỉ số chi tiết về CSSS. Có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$) giữa NCT và

NKCT ở một số chỉ số kiến thức và thực hành CSSS, trong đó, NCT có tỷ lệ thấp hơn NKCT nên sự khác biệt không ảnh hưởng đáng kể tới việc so sánh SCT giữa 2 nhóm.

4.3. Các yếu tố liên quan đến kiến thức, thái độ chăm sóc trước, trong và sau sinh

4.3.1. Các yếu tố liên quan đến kiến thức

4.3.1.1. Phân tích đơn biến

Kết quả phân tích đơn biến cho thấy, các ĐTNC ở độ tuổi dưới 35 tuổi, được đi học, làm các nghề khác (cán bộ, công chức, viên chức, buôn bán nhỏ, lao động tự do), sử dụng được tiếng phổ thông ở các mức độ, có tham gia CQĐT, không thuộc hộ nghèo, cận nghèo, có nhận thông tin về LMAT từ CBYT; có bố đẻ, bố chồng làm nghề khác và tham gia CQĐT, có mẹ đẻ, mẹ chồng làm nghề khác thì có tỷ lệ đạt điểm kiến thức CSTS, CSKS, CSSS trên trung bình cao hơn; sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). Kết quả này tương đồng với các quy luật về các mối liên quan tới kiến thức, thái độ, thực hành về LMAT mà các NC tại các quốc gia và Việt Nam đã xác định.

Ở khía cạnh cá nhân, những ĐTNC có điều kiện sống và học tập tốt hơn đã có kiến thức CSTS, CSKS và CSSS tốt hơn những người khác. Trước hết, đây là những người có độ tuổi trẻ, lớn lên trong hoàn cảnh điều kiện KTXH của địa phương được cải thiện ngày một tốt hơn cả về giáo dục đào tạo và thông tin về CSSK nên đã có kiến thức về LMAT tốt hơn.

Về trình độ học vấn, việc được giáo dục phổ thông ở bậc học cao hơn đã giúp phụ nữ H'mông có nhiều cơ hội tiếp cận với các thông tin về LMAT hơn những người không được học hành, đặc biệt là khả năng sử dụng ngôn ngữ phổ thông tốt hơn. Quy luật này đã được công bố phổ biến ở các quốc gia [127]; tại Việt Nam, mối liên quan cũng đã được công bố ở nhiều NC [19] [20] [21] [44].

Về nghề nghiệp, chỉ có một số nhỏ phụ nữ H'mông tại địa bàn NC tách ra khỏi nghề làm nương rẫy truyền thống – dù chỉ ở mức độ tương đối – để làm một số nghề khác như: giáo viên ở các trường học tại địa bàn, buôn bán nhỏ tại nhà hoặc tại các chợ phiên, đi làm thuê cho các doanh nghiệp hay hộ buôn bán, ... Các công việc này đã không chỉ tạo cho họ cơ hội tiếp xúc nhiều hơn với các thông tin về LMAT từ việc được đào tạo chuyên nghiệp và trong các mối quan hệ xã hội rộng mở từ công việc mà

còn đưa lại cho họ cơ hội tăng thu nhập và tiếp cận dịch vụ LMAT ở tuyến huyện, tuyến tỉnh. Mỗi liên quan này đã được các nghiên cứu khác trên thế giới và Việt Nam công bố [126] [127] [19] [20] [21].

Việc tham gia công tác CQĐT tại địa phương cũng là yếu tố giúp phụ nữ H'mông tiếp cận được với các thông tin về chăm sóc trước, khi sinh và sau sinh. Đây là cơ hội để họ tiếp cận với các thông tin về LMAT thông qua các buổi họp định kỳ với chính quyền địa phương. Tuy nhiên, kết quả NC định tính cho thấy, do vị thế xã hội và trình độ học vấn thấp nên việc tham gia của phụ nữ H'mông vào các vị trí đoàn thể rất hạn chế, đôi khi việc họ được tham gia chỉ để đủ cơ cấu theo quy định.

Đặc biệt, khả năng sử dụng tiếng phổ thông của ĐTNC là một yếu tố ảnh hưởng lớn tới vấn đề LMAT tại cộng đồng. Thông tin từ NC cho thấy, những phụ nữ H'mông sử dụng được tiếng phổ thông hầu hết là những người được học phổ thông ở bậc học THCS trở lên hoặc là người làm các nghề có tiếp xúc nhiều với người Kinh. Khả năng này giúp họ tiếp cận được với các thông tin về LMAT từ các kênh truyền thông sử dụng tiếng phổ thông như từ các phương tiện thông tin đại chúng, từ tài liệu truyền thông về LMAT, ... Vì vậy, không sử dụng được tiếng phổ thông sẽ là vấn đề rất lớn trong tiếp cận các thông tin từ xã hội đối với hơn 60% người H'mông mù chữ và không nói được tiếng phổ thông tại cộng đồng này. Rào cản về ngôn ngữ này cũng đã được chỉ ra ở cộng đồng người H'mông tại Minneapolis, Mỹ [103] cũng như tại Việt Nam [53] [97].

Trong bối cảnh không sử dụng được tiếng phổ thông thì kênh truyền thông trực tiếp tại cộng đồng là kênh truyền thông về LMAT quan trọng cho người H'mông, trong đó, nguồn thông tin từ CBYT được đánh giá là chính xác và tin cậy. Tuy nhiên, do hầu hết CBYT tại TYT và YTTB đều là nam giới nên sự tiếp cận của phụ nữ H'mông với nguồn thông tin này rất hạn chế bởi họ quan niệm các thông tin về LMAT là nhạy cảm và phụ nữ chỉ nên trao đổi với chồng mình.

Ở khía cạnh gia đình, kết quả nghiên cứu cho thấy, gia đình là yếu tố ảnh hưởng tới KAP về LMAT của ĐTNC, trong đó, những ĐTNC có chồng có trình độ học vấn từ THCS trở lên, làm nghề khác, có tham gia CQĐT; có bố mẹ đẻ, bố mẹ chồng tham

gia CQĐT hay làm các nghề tiếp cận nhiều với các thông tin như công chức, viên chức, buôn bán cũng giúp họ có nhiều thông tin hơn, bao gồm các thông tin về LMAT.

Theo hiểu biết của chúng tôi, các NC đã công bố trên thế giới và tại Việt Nam mới chỉ xác định mối liên quan về ảnh hưởng của người chồng và gia đình chồng tới hành vi về LMAT của phụ nữ mà chưa đề cập tới kiến thức, thái độ về LMAT. Từ kết quả nghiên cứu định tính và định lượng, chúng tôi cho rằng, có thể mối liên quan này xuất hiện trong những bối cảnh đặc thù của cộng đồng ở các khía cạnh sau:

Thứ nhất là, tình trạng mù chữ và không sử dụng được tiếng phổ thông phổ biến ở 2/3 phụ nữ H'mông tại cộng đồng đã tạo nên rào cản lớn trong tiếp cận với các nguồn thông tin về LMAT từ xã hội hiện chủ yếu sử dụng ngôn ngữ phổ thông. Điều này dẫn tới tình trạng phụ nữ H'mông phụ thuộc vào các kênh thông tin từ cộng đồng của mình.

Thứ hai là, quan niệm thông tin về mang thai, sinh đẻ là nhạy cảm và phụ nữ hạn chế trao đổi với nam giới ngoài chồng cũng đã tạo thành một rào cản khác trong tiếp cận thông tin về LMAT tại cộng đồng của họ. Quan niệm này không chỉ khiến phụ nữ H'mông ngại tiếp cận và trao đổi với người ngoài về thông tin LMAT, mà còn khiến những người trong cộng đồng có thông tin về LMAT (thậm chí họ là những người có nhiệm vụ tuyên truyền về LMAT như CBYT của TYT, YTTB) hạn chế trao đổi thông tin này với các phụ nữ trong cộng đồng do e ngại bị người phụ nữ và gia đình họ hiểu lầm, phản đối. Vấn đề này càng khiến tình trạng thiếu thông tin về LMAT từ bên ngoài cộng đồng của phụ nữ H'mông càng trở nên trầm trọng hơn. Quan niệm này cũng đã được ghi nhận ở cộng đồng người H'mông tại các khu vực khác [22] [29] [53] [57].

Thứ ba là, vị thế của người nam giới trong gia đình và trong cộng đồng đã tạo ra ưu thế đặc biệt của người chồng, người cha trong tiếp cận với các thông tin về LMAT. Với truyền thống về chế độ phụ quyền mạnh mẽ, người H'mông hiện vẫn duy trì vai trò chi phối toàn diện về gia đình của người chồng, bao gồm các hoạt động giao thiệp của gia đình với thế giới bên ngoài. Tình trạng này vừa khiến người phụ nữ bị cô lập hơn với thế giới bên ngoài gia đình và cộng đồng, vừa tạo cho người chồng có

nhiều cơ hội hơn trong giao tiếp với xã hội, tiếp nhận các thông tin, bao gồm các thông tin về LMAT.

Do đó, trong bối cảnh người phụ nữ H'mông đều bị hạn chế trong tiếp cận thông tin về LMAT nêu trên, nếu người chồng tiếp cận được các thông tin về LMAT từ nghề nghiệp, từ các hoạt động xã hội của mình thì họ thực sự là nguồn thông tin chính về LMAT của phụ nữ, là kênh chuyển tải thông tin về gia đình, trong đó bao gồm các thông tin về LMAT.

Cũng bởi đặc thù này, mẹ chồng được cho là người trao đổi thường xuyên hơn với con dâu về các tập tục truyền thống về sinh đẻ nhưng không phải là người có tác động tới việc nâng cao kiến thức về LMAT cho con dâu của họ.

4.3.1.2. Phân tích đa biến

Kết quả phân tích đa biến cho thấy các yếu tố có vai trò chi phối khác nhau tới kiến thức chăm sóc trước sinh, khi sinh và sau sinh của ĐTN. Trong đó, việc tiếp nhận các thông tin về LMAT từ CBYT là yếu tố tác động lớn nhất tới cả 3 nhóm kiến thức CSTS, CSKS và CSSS của ĐTN: những ĐTN không nhận được thông tin về CSTS, CSKS và CSSS từ CBYT có nguy cơ có điểm kiến thức CSTS, CSKS và CSSS dưới trung bình lần lượt là 36,2 lần, 9,8 lần và 4,6 lần so với những người tiếp cận được nguồn thông tin này. Kết quả này cho thấy vai trò quan trọng của hoạt động truyền thông trực tiếp về LMAT của CBYT tại cộng đồng trong nâng cao nhận thức về LMAT của phụ nữ H'mông. Kênh truyền thông này cũng đã được nhận định là phù hợp nhất với cộng đồng người H'mông [53].

Các yếu tố từ phía gia đình là nhóm có tác động lớn tiếp theo tới kiến thức về LMAT của ĐTN, trong đó, người chồng là nhân tố ảnh hưởng quan trọng nhất. Trình độ học vấn của người chồng có mối liên quan có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$) với cả 3 kiến thức CSTS, CSKS và CSSS; yếu tố nghề nghiệp và tham gia CQĐT của người chồng cũng có mối liên quan có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$) với kiến thức CSTS và CSKS, cụ thể là: Những ĐTN có chồng có trình độ học vấn từ tiểu học trở xuống có nguy cơ có điểm kiến thức trước sinh, khi sinh và sau sinh dưới trung bình cao hơn lần lượt là 9,8 lần, 3,8 lần và 3,7 lần so với những người có chồng có trình độ học vấn từ

cấp THCS trở lên. Những ĐTNC có chồng làm nương rẫy có nguy cơ có điểm kiến thức trước sinh, khi sinh và sau sinh dưới trung bình cao hơn lần lượt là 26,8 lần và 6,7 lần so với những người làm nghề khác. Những ĐTNC có chồng không tham gia CQĐT có nguy cơ có điểm kiến thức trước sinh và khi sinh dưới trung bình cao hơn lần lượt là 5,7 lần và 2,7 lần so với những người có tham gia.

Kết quả phân tích đa biến cũng cho thấy, sự tham gia CQĐT của bố chồng, nghề nghiệp của bố đẻ cũng có mối liên quan có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$) với kiến thức CSTS và CSKS của ĐTNC: Những ĐTNC có bố chồng không tham gia CQĐT thì có nguy cơ có điểm CSTS dưới trung bình cao hơn 5,2 lần so với những người tham gia; những ĐTNC có bố đẻ làm nương rẫy có nguy cơ có điểm kiến thức CSKS dưới trung bình cao hơn 9,3 lần so với những người có bố đẻ làm nghề khác. Thông tin định tính cho thấy, bố chồng, bố đẻ của ĐTNC cũng có những ưu thế của người nam giới trong gia đình nhưng do khoảng cách về đạo lý với con dâu, con gái khiến sự trao đổi về các thông tin về LMAT hạn chế hơn người chồng của ĐTNC.

Như vậy, người chồng và gia đình chồng là một kênh tác động quan trọng tới nhận thức về LMAT của phụ nữ H'mông, những có người chồng, bố chồng, bố đẻ có nhận thức xã hội tốt hơn có tác động tích cực hơn tới kiến thức về LMAT của phụ nữ trong gia đình.

Trong các yếu tố cá nhân, khả năng sử dụng được tiếng phổ thông là yếu tố tác động lớn tới kiến thức CSTS và CSKS của ĐTNC. Những ĐTNC không sử dụng được tiếng phổ thông có nguy cơ có điểm kiến thức CSTS và CSKS dưới trung bình cao hơn lần lượt là 3,9 lần và 2,7 lần so với những người sử dụng được tiếng phổ thông ở các mức độ khác nhau. Tuy nhiên, trong CSSS, chỉ có các yếu tố nghề nghiệp và sự tham gia CQĐT của ĐTNC có mối liên quan có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$) với điểm kiến thức CSSS của ĐTNC: những ĐTNC làm nương rẫy, không tham gia CQĐT có nguy cơ có điểm kiến thức CSSS dưới trung bình cao hơn những người làm nghề khác, có tham gia CQĐT lần lượt là 11,4 lần và 10,0 lần. Kết quả nghiên cứu cho thấy, những ĐTNC làm nghề khác và tham gia CQĐT hầu hết sử dụng được tiếng phổ thông ở các mức độ, hơn nữa họ còn có các điều kiện tiếp cận với các thông tin LMAT tốt hơn từ

môi trường đào tạo và công việc. Vì vậy, có thể hiểu sự tác động của yếu tố ngôn ngữ được ẩn ở mức độ cao hơn trong yếu tố nghề nghiệp và sự tham gia CQĐT. Điều này cho thấy, việc sử dụng được tiếng phổ thông giúp phụ nữ H'mông mở được cánh cửa giao tiếp với xã hội, giúp họ tiếp nhận và trao đổi về các thông tin nói chung và thông tin về LMAT nói riêng với môi trường xã hội bên ngoài. Kết quả này tương đồng với các NC về rào cản ngôn ngữ trong sử dụng DVYT đã công bố [24] [53] [97]. Như vậy, với 6/10 ĐTNC không sử dụng được tiếng phổ thông sẽ là rào cản cần được đặc biệt chú ý trong truyền thông cho phụ nữ H'mông tại cộng đồng.

Tuy nhiên, trong CSSS, đã có sự thay đổi đáng kể về vai trò của các yếu tố cá nhân trong tác động tới kiến thức CSSS của ĐTNC, trong đó, các yếu tố cá nhân như nghề nghiệp, sự tham gia CQĐT của ĐTNC đã trở thành các yếu tố có tác động mạnh nhất với điểm kiến thức CSSS: Những ĐTNC làm nghề nương rẫy, tham gia CQĐT có nguy cơ có điểm kiến thức CSSS dưới trung bình cao hơn lần lượt là 11,4 lần và 10,0 lần so với những ĐTNC làm nghề khác và có tham gia CQĐT ($p < 0,05$). Trong khi đó, một số yếu tố có mối liên quan có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$) với kiến thức CSTS, CSKS nhưng không còn duy trì trong quan hệ này với kiến thức CSSS như: khả năng sử dụng tiếng phổ thông của ĐTNC, nghề nghiệp, tham gia CQĐT của chồng và sự tham gia CQĐT của bố chồng. Sự thay đổi này cho thấy, có sự giảm đáng kể ảnh hưởng từ chồng và gia đình tới kiến thức CSSS của ĐTNC. Điểm này tương đồng với thông tin từ NC định tính về nhận thức chủ quan, coi nhẹ việc CSSS của cộng đồng, cũng như tình trạng thông tin về CSSS chưa được quan tâm phổ biến tại cộng đồng. Vì vậy, các kiến thức CSSS có lẽ được ĐTNC làm nghề khác, tham gia CQĐT và có chồng có trình độ học vấn cao tiếp nhận từ các kênh khác và có nhận thức tốt hơn về vấn đề này.

Như vậy, ngôn ngữ và sự không phù hợp về giới trong cung cấp dịch vụ LMAT là những rào cản quan trọng trong việc tiếp cận thông tin về LMAT của phụ nữ H'mông tại địa bàn nghiên cứu. Vấn đề này cần được khắc phục trong các giải pháp về truyền thông LMAT trong chương trình can thiệp.

4.3.2. Các yếu tố liên quan đến thái độ

4.3.2.1. Phân tích đơn biến

Kết quả phân tích đơn biến cho thấy, các ĐTNC dưới 35 tuổi, được đi học, làm nghề khác, sử dụng được tiếng phổ thông ở các mức độ khác nhau, có tham gia CQĐT, không thuộc hộ nghèo và cận nghèo, được thông tin về LMAT từ CBYT và có điểm kiến thức chăm sóc trước sinh, khi sinh, sau sinh trên trung bình; chồng có học vấn từ tiểu học trở lên, làm nghề khác, có tham gia CQĐT; có bố đẻ và bố chồng làm nghề khác và tham gia CQĐT; có mẹ đẻ và mẹ chồng tham gia CQĐT thì có tỷ lệ đạt điểm thái độ CSTS, CSKS, CSSS trên trung bình cao hơn; sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).

Như vậy, tương tự phần kiến thức, những ĐTNC có điểm thái độ CSTS, CSKS, CSSS trên trung bình chủ yếu thuộc nhóm có trình độ dân trí cao, tiếp cận được với các nguồn thông tin về LMAT từ các kênh truyền thông bằng tiếng phổ thông, cũng như từ các mối quan hệ xã hội có được từ nghề nghiệp và hoạt động xã hội; ngoài ra, họ cũng thuộc những gia đình có điều kiện sống và trình độ dân trí cao trong cộng đồng. Đặc biệt, những ĐTNC có kiến thức CSTS, CSKS, CSSS tốt hơn thì cũng có thái độ CSTS, CSKS, CSSS tốt hơn. Do đó, có thể thấy, những yếu tố tác động tới kiến thức của ĐTNC cũng là các yếu tố tác động tới thái độ của họ.

Hiện nay, do có rất ít các nghiên cứu công bố về các mối liên quan giữa thái độ LMAT của phụ nữ và các đặc trưng cá nhân và gia đình phụ nữ nên việc so sánh các chỉ số cụ thể của kết quả nghiên cứu với các nghiên cứu khác rất hạn chế. Tuy nhiên, trong khuôn khổ các nghiên cứu đã được công bố trên thế giới và tại Việt Nam có thể thấy, kết quả này tương đồng với những nhận định chung về mối liên quan giữa thái độ về LMAT với một số yếu tố như: những người có trình độ học vấn cao hơn, làm các nghề nghiệp được đào tạo chuyên môn và có kiến thức về LMAT tốt hơn thì có thái độ về LMAT tốt hơn [30] [44] [85] [101] [110] [111] [126] [127] [129].

4.3.2.2. Phân tích đa biến

Kết quả phân tích đa biến cho thấy các yếu tố có vai trò chi phối khác nhau tới thái độ chăm sóc trước sinh, khi sinh và sau sinh của ĐTNC. Trong đó, kiến thức là

các yếu tố tác động lớn nhất tới thái độ CSTS, CSKS và CSSS của ĐTNC. Những ĐTNC có điểm kiến thức CSTS, CSKS, CSSS dưới trung bình có nguy cơ có điểm thái độ dưới trung bình cao hơn lần lượt là 3,8 lần, 68,1 lần và 2,8 lần ($p < 0,001$). Như vậy, việc nâng cao kiến thức về LMAT có ý nghĩa nền tảng cho việc nâng cao thái độ LMAT cho phụ nữ H'mông.

Việc tiếp nhận các thông tin về LMAT từ CBYT là yếu tố tác động lớn tiếp theo tới thái độ CSTS, CSKS của ĐTNC: những ĐTNC không nhận được thông tin về CSTS, CSKS và CSSS từ CBYT có nguy cơ có điểm thái độ CSTS, CSKS và CSSS dưới trung bình lần lượt là 3,2 lần và 3,6 lần so với những người tiếp cận được nguồn thông tin này ($p < 0,05$). Tuy nhiên, đối với điểm thái độ CSKS, yếu tố tiếp nhận thông tin từ CBYT không thể hiện mối liên quan. Kết quả nghiên cứu định tính cho thấy, quan điểm về các tập tục sinh đẻ truyền thống của người H'mông như coi nhẹ việc sinh đẻ, đẻ tại nhà, tự gia đình đỡ đẻ cho nhau, ... đã có từ lâu đời nên dù người dân có được tuyên truyền về CSKS nhưng sẽ khó thay đổi hơn. Vì vậy, có lẽ việc tiếp nhận thông tin về CSKS từ CBYT chưa đủ để một số ĐTNC thay đổi quan niệm lâu đời của tộc người mà cần nhiều hơn sự tác động của chính quyền, cộng đồng để tạo ra dư luận thuận lợi, cộng hưởng cùng các thông điệp truyền thông của CBYT. Điều này cần được chú ý trong các chương trình can thiệp tăng cường LMAT tại cộng đồng dân tộc H'mông.

Bên cạnh vai trò chủ yếu của yếu tố kiến thức, một số đặc trưng cá nhân có mối liên quan tới điểm thái độ CSTS, CSKS và CSSS như học vấn, nghề nghiệp, tham gia CQĐT: Những ĐTNC mù chữ, không tham gia CQĐT có nguy cơ có điểm thái độ CSTS dưới trung bình cao hơn lần lượt là 4,9 lần và 4,2 lần so với những người có đi học, có tham gia CQĐT ($p < 0,05$). Những ĐTNC mù chữ có nguy cơ có điểm thái độ CSKS dưới trung bình cao hơn 2,6 lần so với những người có đi học ($p < 0,05$). Những ĐTNC mù chữ, làm nương rẫy, không tham gia CQĐT có nguy cơ có điểm thái độ CSSS dưới trung bình cao hơn lần lượt là 2,6 lần và 10,6 lần và 3,8 lần so với những người có đi học, làm nghề khác, có tham gia CQĐT ($p < 0,05$). Như vậy, nhóm ĐTNC

mù chữ có nguy cơ có thái độ kém cả trong CSTS, CSKS và CSSS nên cần được chú ý hơn trong các chương trình can thiệp tăng cường LMAT.

Về phía gia đình, chỉ có 2 đặc trưng là học vấn, nghề nghiệp của người chồng và sự tham gia CQĐT của bố chồng có mối liên quan tới điểm thái độ của ĐTNC: Những ĐTNC có chồng làm nông rẫy có nguy cơ có điểm thái độ CSTS dưới trung bình cao hơn 2,4 lần so với những người làm nghề khác ($p < 0,05$). Những ĐTNC có chồng có học vấn từ tiểu học trở xuống có nguy cơ có điểm thái độ CSKS và CSSS dưới trung bình cao hơn lần lượt là 2,6 lần và 3,3 lần so với những người có học vấn từ THCS trở lên ($p < 0,05$). Những ĐTNC có bố chồng không tham gia CQĐT có nguy cơ có điểm thái độ CSTS dưới trung bình cao hơn 2,2 lần so với những người không tham gia ($p < 0,05$).

Như vậy, có thể thấy việc tăng cường kiến thức LMAT cho phụ nữ H'mông có ý nghĩa quan trọng nhất trong cải thiện thái độ về LMAT của họ, trong đó, việc tổ chức được các kênh truyền thông trực tiếp từ CBYT có vai trò quan trọng. Bên cạnh đó, cần đặc biệt chú ý tới những ĐTNC có học vấn thấp và cần sự vào cuộc của chính quyền, cộng đồng để tạo dư luận thuận lợi cho việc thay đổi những quan niệm lạc hậu trong mang thai sinh đẻ của dân tộc H'mông, đặc biệt là trong CSKS.

4.3.3. Các yếu tố liên quan đến thực hành

4.3.3.1. Phân tích đơn biến

Kết quả phân tích đơn biến cho thấy, các ĐTNC có độ tuổi dưới 35 tuổi, được đi học, làm nghề khác, sử dụng được tiếng phổ thông ở các mức độ khác nhau, có tham gia CQĐT, không thuộc hộ nghèo và cận nghèo, được thông tin về LMAT từ CBYT, có điểm kiến thức, điểm thái độ CSTS, CSKS, CSSS trên trung bình; có bố đẻ, bố chồng làm nghề khác và tham gia CQĐT, có mẹ chồng làm nghề khác; ở cách TYT dưới 2 giờ đi bộ thì có tỷ lệ đạt điểm thực hành CSTS, CSKS, CSSS trên trung bình cao hơn; sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).

Về trình độ học vấn, các ĐTNC có được học hành thì có tỷ lệ đạt điểm thực hành CSTS, CSKS, CSSS trên trung bình cao hơn nhóm mù chữ. Kết quả này tương đồng với các kết quả của NC trong và ngoài nước. Trên thế giới, các nghiên cứu đã chỉ

rõ, những phụ nữ được học hành có xu hướng đi khám thai nhiều hơn, đúng thời điểm được khuyến cáo và đẻ tại CSYT nhiều hơn [168], tỷ lệ đẻ tại nhà của phụ nữ chưa bao giờ tới trường luôn cao hơn nhiều lần so với các phụ nữ có học vấn cao hơn [105] [106]. Tương tự, tại Việt Nam, các cuộc điều tra MICS đã cho thấy, các chỉ số thực hành LMAT của nhóm không bằng cấp kém hơn nhiều so với nhóm có trình độ THPT [43] [42]; một số NC khác cũng có kết quả tương tự [14] [19] [20] [21] [44].

Tương tự học vấn, nghề nghiệp cũng là yếu tố có mối liên quan chặt với tình hình thực hành LMAT của phụ nữ H'mông. Sự ảnh hưởng của yếu tố nghề nghiệp và tham gia CQĐT của phụ nữ H'mông tới hành vi LMAT thể hiện ở chỗ: nhưng ĐTNC làm nghề khác, tham gia CQĐT ... sẽ có cơ hội giao tiếp với xã hội nhiều hơn, tiếp nhận nhiều thông tin về LMAT hơn từ các kênh giao tiếp xã hội, thu nhập cũng tốt hơn và khả năng tiếp cận các dịch vụ về LMAT dễ dàng hơn. Các quy luật này cũng đã được chỉ rõ ở các NC trên thế giới [96] [75] [126].

Cũng như vậy, khả năng sử dụng ngôn ngữ được xác định là ảnh hưởng tới hành vi LMAT của ĐTNC, trong đó, không sử dụng được tiếng phổ thông sẽ khiến phụ nữ H'mông e ngại khi tiếp cận các CSYT để chăm sóc thai nghén, sinh đẻ. Đặc điểm này cũng tương tự các phát hiện ở những cộng đồng không thành thạo ngôn ngữ được sử dụng phổ thông trong xã hội tại địa bàn sinh sống ở các quốc gia [59] [127] [134] [136] [137]. Tại Việt Nam rào cản về ngôn ngữ trong sử dụng DVYT cũng được xác định ở một số cộng đồng DTTS [24] [53] [97].

Kết quả nghiên cứu cũng đã chỉ ra các mối liên quan giữa hành vi LMAT của ĐTNC với các đặc trưng của gia đình và điều kiện sống của họ: Những ĐTNC có chồng có trình độ học vấn từ trung học cơ sở trở lên, làm nghề khác, có tham gia CQĐT; có bố đẻ, bố chồng làm nghề khác, có tham gia CQĐT, không thuộc hộ nghèo và cận nghèo thì có tỷ lệ đạt điểm thực hành CSTS, CSKS, CSSS trên trung bình cao hơn; sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). Kết quả nghiên cứu định tính cũng cho thấy, đây là những người có cơ hội giao tiếp với xã hội rộng hơn, nhận thức về LMAT tốt hơn, từ đó họ có sự thúc đẩy người vợ thực hiện các hành vi LMAT tốt hơn khi có điều kiện. Ngoài ra, họ cũng có điều kiện thu nhập cũng tốt hơn, ổn định hơn nên có

điều kiện chi trả cho các dịch vụ chăm sóc thai nghén cho vợ. Kết quả này tương đồng với các NC trên thế giới [58] [105] [128]. Tuy nhiên, có thể thấy phần lớn các gia đình của ĐTNC không có những điều kiện thuận lợi trên như: 9/10 làm nương rẫy, 7/10 có chồng học tiểu học trở xuống, 5/10 thuộc hộ nghèo và cận nghèo. Vì vậy, cần thiết phải có những giải pháp tăng cường LMAT phù hợp cho nhóm này.

Kết quả NC cũng đã chỉ ra điểm thực hành CSTS, CSKS, CSSS có mối liên quan có ý nghĩa thống kê với điểm kiến thức và điểm thái độ về CSTS, CSKS, CSSS. Trong đó, những ĐTNC có điểm kiến thức, thái độ về CSTS, CSKS, CSSS dưới trung bình thì cũng có nguy cơ có điểm thực hành CSTS, CSKS, CSSS dưới trung bình cao hơn những người có điểm kiến thức, thái độ CSTS, CSKS, CSSS trên trung bình. Điều này tương đồng với kết quả của các NC đã công bố [14] [31] [168]. Vì vậy, việc nâng cao nhận thức, từ đó nâng cao thái độ về LMAT là giải pháp cơ bản để tăng cường hành vi LMAT cho phụ nữ. Đây cũng là giải pháp được đánh giá là cốt lõi được đúc kết từ kinh nghiệm của các quốc gia [126].

Tuy nhiên, kết quả NC định tính cũng chỉ ra sự chi phối mạnh mẽ của các giá trị, tập tục truyền thống khiến việc thực hiện các hành vi về LMAT của phụ nữ tại cộng đồng không phải lúc nào cũng dễ dàng dù họ có kiến thức, thái độ tốt, đặc biệt là trong CSSS.

4.3.3.2. Phân tích đa biến

Kết quả phân tích đa biến cho thấy các yếu tố có vai trò chi phối khác nhau tới thực hành CSTS, CSKS và CSSS của ĐTNC, trong đó, kiến thức và thái độ CSTS, CSKS và CSSS của ĐTNC là các yếu tố tác động lớn nhất: Những ĐTNC có điểm kiến thức CSTS, CSKS và CSSS dưới trung bình sẽ có nguy cơ có điểm thực hành CSTS, CSKS và CSSS dưới trung bình cao hơn lần lượt là 6,6 lần, 4,1 lần và 2,0 lần so với những người có điểm kiến thức CSTS, CSKS và CSSS cao hơn trung bình ($p < 0,05$). Những ĐTNC có điểm thái độ CSTS và CSSS dưới trung bình sẽ có nguy cơ có điểm thực hành CSTS và CSSS dưới trung bình cao hơn lần lượt là 3,9 lần và 3,5 lần so với những người có điểm kiến thức CSTS và CSSS cao hơn trung bình ($p < 0,05$). Những ĐTNC có điểm thái độ CSKS dưới trung bình sẽ có nguy cơ có điểm

thực hành CSKS dưới trung bình cao hơn 1,5 lần so với những người có điểm kiến thức CSKS cao hơn trung bình nhưng mối liên quan không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$). Điều này có thể do sự chi phối của các quy luật về khoảng trống giữa việc có kiến thức, thái độ tốt nhưng chưa có thực hành tốt và ngược lại đã được nhiều NC đề cập [30] [110] [111] [129] [168]. Hơn nữa, với một tộc người có tập tục sinh đẻ tại nhà lâu đời, việc thay đổi hành vi này của người H'mông cũng được cho rằng là vấn đề không dễ dàng.

Cùng với yếu tố về kiến thức và thái độ, một số đặc trưng của người chồng có mối liên quan chặt tới điểm thực hành của ĐTNC, đặc biệt là CSTS và CSKS của ĐTNC: Những người có chồng có làm nương rẫy có nguy cơ có điểm thực hành CSTS và CSKS dưới trung bình cao hơn 3,4 lần và 7,4 lần so với những người làm nghề khác ($p < 0,05$). Những ĐTNC có chồng không tham gia CQĐT có nguy cơ có điểm thực hành CSTS và CSKS dưới trung bình đều cao hơn 2,6 lần so với những người có chồng có tham gia ($p < 0,05$). Những người có chồng có học vấn từ tiểu học trở xuống có nguy cơ có điểm thực hành CSKS và CSSS dưới trung bình cao hơn lần lượt là 6,9 lần và 4,3 lần so với những người có học vấn từ THCS trở lên ($p < 0,05$). Điều này cho thấy, sự chi phối rất lớn của người chồng đối với hành vi LMAT của phụ nữ H'mông.

Ở góc độ cá nhân, một số đặc trưng cá nhân có mối liên quan tới điểm thực hành CSTS, CSKS và CSSS như khả năng sử dụng tiếng phổ thông, học vấn, nghề nghiệp và sự tham gia CQĐT: Những ĐTNC không sử dụng được tiếng phổ thông có nguy cơ có điểm thực hành CSTS dưới trung bình cao hơn 4,1 lần so với những người sử dụng được ở các mức độ ($p < 0,01$). Những ĐTNC mù chữ có nguy cơ có điểm thực hành CSKS và CSSS dưới trung bình cao hơn lần lượt là 8,6 lần và 2,2 lần so với những người được đi học ($p < 0,05$). Những ĐTNC không tham gia CQĐT có nguy cơ có điểm thực hành CSKS và CSSS dưới trung bình cao hơn lần lượt là 8,6 lần và 2,2 lần so với những người tham gia ($p < 0,05$). Như vậy, các ĐTNC thuộc nhóm mù chữ và không sử dụng được tiếng phổ thông có nguy cơ có thực hành không đúng cả trong CSTS, CSKS và CSSS nên cần được chú ý hơn trong các chương trình can thiệp tăng cường LMAT.

Ngoài ra, một số yếu tố khác cũng liên quan tới điểm thực hành của ĐTNC như khoảng cách tới TYT và điều kiện kinh tế gia đình: Những ĐTNC thuộc hộ nghèo và cận nghèo có nguy cơ có điểm thực hành CSSS dưới trung bình cao hơn 3,6 lần so với những người thuộc hộ khác ($p < 0,001$). Những ĐTNC ở cách xa TYT từ 2 giờ đi bộ trở lên có nguy cơ có điểm thực hành CSKS dưới trung bình cao hơn 2,4 lần so với những người sống cách TYT dưới 2 giờ đi bộ, nhưng sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê ($p = 0,07$). Tuy nhiên, giá trị p ở sát ngưỡng bác bỏ ($p < 0,05$) nên ý nghĩa về y tế công cộng của chỉ số này cần được chú ý trong các can thiệp tăng cường LMAT của cộng đồng, trong đó cần có các giải pháp hỗ trợ trong CSKS phù hợp cho các khu vực xa TYT.

Như vậy, mặc dù hành vi LMAT của ĐTNC liên quan tới nhiều yếu tố nhưng kiến thức và thái độ của ĐTNC có mối liên quan chặt chẽ nhất với thực hành CSTS, CSKS và CSSS của họ. Bên cạnh đó, những ĐTNC thuộc nhóm có trình độ dân trí, điều kiện sống thấp như không sử dụng được tiếng phổ thông, mù chữ, thuộc hộ nghèo và cận nghèo, ... có nguy cơ có thực hành không đúng cao hơn. Vì vậy, cần có sự quan tâm nhiều hơn với các nhóm này. Ngoài ra, tương tự như phần kiến thức và thái độ, mức độ chi phối của chồng và gia đình tới thực hành CSSS của ĐTNC giảm mạnh so với CSTS và CSKS. Điều này cho thấy sự không quan tâm của cộng đồng đối với vấn đề CSSS đối với bà mẹ và trẻ sơ sinh, tương tự quy luật đã được các NC trên thế giới chỉ ra [143] [167].

4.4. Kết quả can thiệp tăng cường làm mẹ an toàn

4.4.1. Mức độ tiếp cận thông tin từ chương trình can thiệp

Chương trình can thiệp đã chuyển tải các thông tin về LMAT tới các ĐTNC qua các kênh truyền thông chính như: từ các CBYT của trạm y tế, cô đỡ thôn bản, y tế thôn bản; từ các trưởng và phó bản, bí thư và phó bí thư bản, người có uy tín và già làng, trưởng các dòng họ và các cán bộ đoàn thể tại các bản. Có thể nói lực lượng tham gia tuyên truyền, vận động các gia đình khá lớn, trung bình khoảng 6 người/bản nên cũng là điểm thuận lợi của nghiên cứu do ĐTNC và gia đình của họ được truyền thông nhắc lại nhiều lần.

Về tổ chức truyền thông, do các bản không có nhà văn hóa nên các cuộc họp bản, đoàn thể thường tổ chức tại ở nhà trưởng bản và chỉ đủ chỗ cho khoảng 10 - 20 người nên không hiệu quả. Vì vậy, hoạt động truyền thông được tập trung hơn sang hình thức thăm hỏi theo hộ và cụm hộ của các chức sắc của bản và truyền thông qua các cuộc gặp gỡ hàng ngày.

Hình thức tổ chức thăm hỏi tại gia đình của các chức sắc trong bản và dòng họ có ưu điểm đặc biệt là cách thức thể hiện với gia đình rõ nhất ý chí của cộng đồng về việc thực hiện các quy định về LMAT, tạo nên dư luận thuận lợi cho các hoạt động truyền thông khác của CBYT và đoàn thể. Tuy nhiên, do trình độ học vấn thấp, kiến thức về LMAT còn hạn chế nên các chức sắc của bản chủ yếu nhắc các ĐTNC cũng như gia đình họ về các thông điệp có tính nguyên tắc, kiến thức cơ bản ví dụ như: phải đi khám thai đủ 3 lần, nhớ đi tiêm chủng, nhớ đưa vợ đến CSYT đẻ, nhớ cho vợ ăn nhiều, ăn đủ chất, ... Dù vậy, việc tổ chức được các nhóm chức sắc của bản không dễ dàng và cần sự nỗ lực rất lớn của YTTB, CĐTĐ và vai trò đặc biệt của trưởng bản. Mặt khác, nhờ sự chỉ đạo thống nhất bằng văn bản của chính quyền và hoạt động giám sát thường xuyên của UBND xã nên mọi việc được triển khai thuận lợi.

Hình thức truyền thông qua các cuộc gặp gỡ trong các hoạt động hàng ngày diễn ra thuận lợi hơn do thuận tiện trong tiếp cận. Tuy nhiên do thời gian và tính chất của các cuộc gặp gỡ rất đa dạng và hầu hết chỉ đủ để truyền thông các thông điệp ngắn. Các thông điệp cũng được lựa chọn để phù hợp với hoàn cảnh từng đối tượng và bối cảnh gặp gỡ. Những phụ nữ trẻ tuổi, đang nuôi con nhỏ được cho rằng có sự quan tâm nhiều hơn và chủ động trao đổi với CĐTĐ hơn những người lớn tuổi.

Trong cả hai hình thức truyền thông trên, chủ yếu truyền thông được các thông điệp ngắn. Các thông điệp này có ưu điểm dễ nhớ nhưng thiếu đi các nội dung chi tiết. Có lẽ đây là một trong các lý do khiến tỷ lệ thay đổi kiến thức của ĐTNC cũng ở mức thấp (dưới 20%) trong khi số lượt truyền thông khá lớn. Dù vậy, từ thực tế tổ chức hoạt động truyền thông cho thấy, truyền thông trực tiếp vẫn là kênh truyền thông phù hợp với nếp sinh hoạt, lao động sản xuất và thói quen, tập tục của người H'mông.

Lực lượng giữ vai trò chính trong các hoạt động truyền thông vẫn là CĐTB và YTTB. Các CĐTB vẫn là người cùng giới và gần gũi nhất để trao đổi, giúp đỡ các phụ nữ trong bản về các vấn đề chăm sóc sức khỏe bà mẹ và trẻ em. Y tế thôn bản cũng có vai trò tương tự đối với nhóm nam giới nhưng sự trao đổi cũng chỉ tập trung được các thông điệp cơ bản. Tuy nhiên, kiến thức về chuyên môn của YTTB rất có ý nghĩa khi tham gia và hỗ trợ các chức sắc của bản trong các hoạt động thăm hỏi gia đình. Mặt khác, thực tế hoạt động can thiệp cũng chỉ ra, các CĐTB do đặc thù của vị thế xã hội của phụ nữ H'mông nên rất kém trong tổ chức các hoạt động truyền thông và đều phải dựa vào YTTB. Trong những tháng đầu, do các CĐTB mới được đào tạo về nên nhiều người dân, đặc biệt là người lớn tuổi chưa tin vào kiến thức và tay nghề của họ. Chương trình can thiệp đã phải có một số điều chỉnh khẩn cấp như: Tổ chức các cuộc họp giữa Trung tâm Y tế huyện, chính quyền xã với các trưởng bản, già làng, trưởng họ để giới thiệu về việc các CĐTB đã học được gì, sẽ làm được gì; Tổ chức các hoạt động giám sát hỗ trợ của cán bộ của TYT cùng các CĐTB, YTTB trong các hoạt động khám thai, tuyên truyền tại các bản; Ghép CĐTB đi cùng với YTTB và các nhóm chức sắc của bản trong vận động các gia đình để khẳng định vai trò của CĐTB với người dân, ...Do đó, uy tín của các CĐTB đã dần được cải thiện. Vì vậy, việc hỗ trợ các CĐTB trong giai đoạn đầu là rất quan trọng ở cộng đồng có chế độ phụ quyền mạnh mẽ này. Hơn nữa, cần chú ý cơ chế phối hợp, hỗ trợ giữa YTTB và CĐTB trong các hoạt động để bổ trợ được cho nhau trong công việc.

Kết quả NC cho thấy, SCT, các ĐTNC tiếp cận được ít nhất 1 nguồn và nhiều nhất là 6 nguồn thông tin; số nguồn thông tin trung bình các ĐTNC nhận được là 3,8 nguồn trong CSTS; 3,9 nguồn trong CSKS và 3,5 nguồn trong CSSS. Như vậy, không có ĐTNC nào không tiếp cận được các nguồn thông tin của chương trình can thiệp.

Lý do một số ĐTNC không tiếp cận được nhiều với các nguồn thông tin là do họ sống ở nhà nương cách xa bản và đi làm thuê theo thời vụ ở các xã, huyện khác. Đây là điểm đặc thù của địa bàn NC. Chương trình đã có điều chỉnh để tăng cường truyền thông cho các đối tượng này như ưu tiên tiếp cận truyền thông khi các đối tượng trở về bản, tiếp cận khu vực nhà nương tập trung để truyền thông, ... Tuy nhiên,

kết quả còn hạn chế do địa bàn xa trung tâm và địa hình chia cắt, khó đi lại. Các chương trình tăng cường LMAT tại địa phương cần chú ý tới đặc điểm để có giải pháp tăng cường tiếp cận dịch vụ của phụ nữ H'mông phù hợp với tập tục của địa phương.

Từ kết quả trên có thể thấy, chương trình đã vượt chỉ tiêu về độ bao phủ về truyền thông theo kế hoạch, trong đó, tỷ lệ kỳ vọng các ĐTNC tiếp cận được các kênh truyền thông của chương trình là 95%. Chương trình cũng đã điều chỉnh việc tổ chức được các kênh truyền thông phù hợp hơn với điều kiện sinh sống, văn hóa, tập tục của người dân tại địa bàn.

4.4.2. Sự thay đổi về kiến thức

Kết quả cho thấy chương trình can thiệp đã có tác động tích cực làm thay đổi đáng kể các chỉ số kiến thức LMAT cụ thể cũng như điểm kiến thức chung trong CSTS, CSKS, CSSS của phụ nữ H'mông 15-49 tuổi tại 2 xã can thiệp khi so sánh với 2 xã đối chứng.

** Hiệu quả can thiệp đối với một số chỉ số kiến thức CSTS, CSKS, CSSS:*

Nhận biết các DHHH khi mang thai sinh đẻ và cách xử trí đúng là những kiến thức đặc biệt quan trọng liên quan trực tiếp tới mục tiêu giảm TVM và TVSS. Kết quả nghiên cứu cho thấy, các chỉ số về nhận biết các DHHH trong CSTS, CSKS và CSSS ở bà mẹ và trẻ sơ sinh đều thay đổi tích cực.

Trong CSTS, tỷ lệ ĐTNC biết cần ≥ 1 DHHH khi mang thai ở NCT SCT tăng 25,4% (từ 64,8% TCT lên 90,2% SCT) và HQCT là 28%. Tỷ lệ thay đổi này cao hơn CTQG7 (tăng 13%, từ 66,6% lên 79,6%) [9]. Kết quả SCT ở chỉ số này của cộng đồng đã ngang bằng với cộng đồng DTTS tại Hà Giang và Nghệ An (74,9%) [44] và Thanh Hóa (84,7%) [17] và thấp hơn nhiều so với chỉ số kỳ vọng của Kế hoạch hành động Quốc gia về CSSK bà mẹ và trẻ sơ sinh giai đoạn 2015-2020 là 90% phụ nữ trong độ tuổi sinh đẻ KVMN biết ít nhất ≥ 1 DHHH khi mang thai [3].

Trong CSKS, tỷ lệ ĐTNC biết ≥ 1 DHHH ở NCT SCT tăng 27,9% (từ 25,4% TCT lên 53,3% SCT) và HQCT là 26,8%. Tỷ lệ thay đổi này cao hơn CTQG7 (tăng 7,9%, từ 74,2% lên 66,3%) [9]. Kết quả SCT ở chỉ số này của cộng đồng đã gần tương đương với cộng đồng DTTS của Thanh Hóa (79,8%) [17] và thấp hơn nhiều so với

phụ nữ ở Hà Nội (95,1%) [31], cũng như chỉ số kỳ vọng của Kế hoạch hành động Quốc gia về CSSK bà mẹ và trẻ sơ sinh giai đoạn 2015-2020 là 80%-85% phụ nữ trong độ tuổi sinh đẻ KVMN biết ít nhất ≥ 1 DNH khi chuyển dạ [3].

Trong CSSS, tỷ lệ ĐTNC biết ≥ 1 DNH sau sinh ở bà mẹ ở NCT SCT tăng 40,1% (từ 25,8% TCT lên 65,9% SCT) và HQCT là 37,8%. Tỷ lệ thay đổi này cao hơn CTQG7 (tăng 7%, từ 70,3% lên 77,3%) [9] và can thiệp tại Điện Biên (tăng 27,7%, từ 0,3% lên 28,0%) [45]. Kết quả SCT ở chỉ số này của cộng đồng vẫn thấp hơn cộng đồng DTTS tại Hà Giang và Nghệ An (70,7%) [44] và Thanh Hóa (91,9%) [17] thấp hơn nhiều so với chỉ số kỳ vọng của Kế hoạch hành động Quốc gia về CSSK bà mẹ và trẻ sơ sinh giai đoạn 2015-2020 là 80%-85% phụ nữ trong độ tuổi sinh đẻ KVMN biết ít nhất ≥ 1 DNH khi chuyển dạ [3].

Tỷ lệ ĐTNC biết ≥ 1 DNH sau sinh ở trẻ sơ sinh ở NCT SCT tăng 14,1% (từ 75,3% TCT lên 89,4% SCT) và HQCT là 11,8%. Kết quả SCT của NC đã bằng chỉ số này của phụ nữ DTTS tại Thanh Hóa (90,1%) [17] và chỉ số kỳ vọng của Kế hoạch hành động Quốc gia về CSSK bà mẹ và trẻ sơ sinh giai đoạn 2015-2020 là 90% phụ nữ trong độ tuổi sinh đẻ KVMN biết ít nhất ≥ 1 DNH ở trẻ sơ sinh [3], tuy nhiên vẫn thấp hơn nhiều so với phụ nữ ở Hà Nội (100%) [31].

Như vậy, các chỉ số nhận thức về DNH trong CSTS, CSKS và CSSS ở bà mẹ và trẻ sơ sinh đều tăng cao hơn so với các NC can thiệp khác có chỉ số tương đồng. Đây là kết quả của sự tập trung can thiệp về các nội dung này của NC. Do xác định được nhận thức chủ quan, coi nhẹ việc sinh đẻ của người H'mông từ điều tra TCT nên NC đã đưa các kiến thức nhận biết DNH khi mang thai, sinh đẻ và kiến thức về sử dụng DVYT là hai nhóm thông điệp trọng tâm trong các hoạt động truyền thông tại cộng đồng. Chúng tôi cũng cho rằng, tỷ lệ thay đổi SCT của NC cao hơn hẳn CTQG7 có thể do giải pháp truyền thông trực tiếp bằng ngôn ngữ của cộng đồng (tiếng H'mông), với sự tham gia của các chức sắc của cộng đồng nên có hiệu quả cao hơn. Mặt khác, với sự vào cuộc của chính quyền đã huy động được một số lượng đáng kể các thành viên từ chính quyền, đoàn thể và các chức sắc tại các bản tham gia vào hoạt động truyền thông, vận động cộng đồng nên đã tạo ra dư luận thuận lợi tác động tích

cực tới nhận thức của cộng đồng. Tuy nhiên, kết quả SCT của cộng đồng vẫn thấp hơn nhiều cộng đồng khác và mục tiêu của kỳ vọng của Kế hoạch hành động Quốc gia về CSSK bà mẹ và trẻ sơ sinh giai đoạn 2015-2020, trừ chỉ số kiến thức về DHNH sau sinh ở trẻ sơ sinh đã đạt mục tiêu của Kế hoạch.

Các chỉ số về kiến thức xử trí đúng khi gặp DHNH ở bà mẹ và trẻ sơ sinh cũng có thay đổi tích cực, tuy nhiên các chỉ số HQCT ở mức thấp, lần lượt là 3,9% và 3,6% do xuất phát điểm thay đổi của các chỉ số này ở mức cao (trên 90%).

Trong nhóm chỉ số kiến thức về tiếp cận dịch vụ LMAT cũng đều có những thay đổi tích cực. Tỷ lệ ĐTNC biết cần khám thai ≥ 3 lần trong thai kỳ ở NCT SCT tăng 20,5% (từ 25,8% TCT lên 46,3% SCT) và HQCT là 22,5%. Tỷ lệ thay đổi này cao hơn CTQG7 (tăng 10%, từ 84,4% lên 94,4%) [9] và can thiệp tại Lào (tăng 18%, từ 82% lên 100% và CSHQ là 12%) [30], nhưng lại thấp hơn can thiệp tại Điện Biên (tăng 30,8%, từ 3,6% lên 34,4%) [45]. Kết quả SCT ở chỉ số này của cộng đồng đã ngang bằng với cộng đồng H'mông tại Hà Giang và Nghệ An (48,4%) [44], nhưng vẫn thấp hơn nhiều cộng đồng DTTS ở Thanh Hóa (89,4%) [17].

Tỷ lệ ĐTNC biết CBYT là người đỡ đẻ tốt nhất ở NCT SCT tăng 45,6% (từ 42,2% TCT lên 87,8% SCT) và HQCT là 43,8%. Tỷ lệ thay đổi này cao hơn can thiệp tại Lào (tăng 20%, từ 80% lên 100% và HQCT là 19%) [30].

Tỷ lệ ĐTNC biết CSYT là nơi sinh con an toàn ở NCT SCT tăng 20,1% (từ 39,5% TCT lên 59,6% SCT) và HQCT là 21,8%. Tỷ lệ thay đổi này thấp hơn can thiệp tại Lào (tăng 50%, từ 50% lên 100% và HQCT là 46%) [30].

Kết quả về sự thay đổi của các chỉ số tiếp cận dịch vụ LMAT cho thấy, chỉ số HQCT về nhận thức vai trò của CBYT là người đỡ đẻ tốt nhất đã có sự thay đổi cao nhất (42,2%), tuy nhiên các chỉ số HQCT về số lần khám thai cần thiết trong thai kỳ và nơi sinh con an toàn chỉ tăng bằng $\frac{1}{2}$ (22,5% và 21,8%). Điều này có thể do nhận thức chủ quan, coi nhẹ việc mang thai, sinh đẻ của người H'mông có từ lâu đời nên để ĐTNC thừa nhận sự cần thiết phải khám thai ≥ 3 lần trong thai kỳ cũng như CSYT là nơi sinh đẻ an toàn không dễ dàng thay đổi.

** Hiệu quả can thiệp đối với điểm kiến thức chung về LMAT:*

Kết quả nghiên cứu cho thấy, HQCT về kiến thức chung trong CSTS, CSKS, CSSS của ĐTNC lần lượt là 21,8%, 12,8% và 16,2%. Tỷ lệ thay đổi về điểm kiến thức CSSS tương đương với can thiệp tại Hà Nội (tăng 16,9%, từ 37,2% lên 54,1%, HQCT là 13,8%) [31]. Kết quả cho thấy, tỷ lệ thay đổi SCT ở NCT về điểm kiến thức chung CSKS và CSSS tăng chậm hơn so với các chỉ số cụ thể đã được phân tích. Như vậy, tỷ tăng của các chỉ số còn lại trong CSKS và CSSS có sự tăng chậm hơn. Điều này có thể do kiến thức CSKS và CSSS có nhiều nội dung chi tiết và ít được truyền thông tại địa bàn như về tên các tai biến sản khoa, các nội dung về chế độ lao động, nghỉ ngơi, chế độ dinh dưỡng và bổ sung vi chất, ... Kết quả nghiên cứu định tính cũng cho thấy, phụ nữ H'mông khó khăn trong việc nhớ các thông tin chi tiết do trình độ dân trí rất thấp. Mặt khác, thời gian truyền thông can thiệp của NC cũng tương đối ngắn (trong vòng 12 tháng), các hoạt động truyền thông trực tiếp với thời gian rất hạn chế nên các thông tin chi tiết có thể ít được đề cập đến hơn. Như vậy, dù có mức độ thay đổi khác nhau nhưng các chỉ số điểm kiến thức chung đã cho thấy chương trình can thiệp đã tác động tích cực tới sự thay đổi kiến thức của ĐTNC ở cả 3 nội dung CSTS, CSKS và CSSS.

4.4.3. Sự thay đổi về thái độ

Kết quả cho thấy chương trình can thiệp đã có tác động tích cực làm thay đổi đáng kể các chỉ số thái độ LMAT cụ thể cũng như điểm thái độ chung trong CSTS, CSKS, CSSS của ĐTNC tại 2 xã can thiệp khi so sánh với 2 xã đối chứng.

Ở góc độ chung nhất, hai chỉ số về thái độ đối với dịch vụ LMAT là người đỡ đẻ và nơi đẻ đã có những thay đổi đáng kể: Tỷ lệ ĐTNC có thái độ đúng về quan điểm “CBYT là người được đào tạo về chuyên môn CSSKSS nên là người đỡ đẻ tốt nhất” đã tăng từ 42,6% lên 53,3% (HQCT là 11,6%) và ở quan điểm “Nên đến CSYT đẻ đẻ an toàn cho mẹ và con” đã tăng từ 32,8% lên 51,4% (HQCT là 23,4%); sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,001$).

Các chỉ số cụ thể khác cũng đã có sự thay đổi tích cực nhưng vẫn có một số quan điểm tiêu cực trong tiếp cận dịch vụ LMAT của ĐTNC chỉ thay đổi ở mức thấp. Trong CSTS, tỷ lệ ĐTNC ở NCT có thái độ đúng trong quan điểm “Chỉ cần khám thai

khi có dấu hiệu bất thường” đã tăng 34,6% (từ 11,7% TCT lên 46,3%, HQCT là 31,1%). Tuy nhiên, tỷ lệ ĐTNC ở NCT có thái độ đúng trong quan điểm “Không thể để người khác ngoài chồng nhìn thấy vùng kín của mình” chỉ tăng 17,6% (từ 0,8% lên 18,4%, HQCT là 16,5%). Điều này cho thấy, quan điểm về “vùng kín” khó thay đổi hơn và vẫn là rào cản trong tiếp cận dịch vụ LMAT của phụ nữ H’mông. Quan điểm này cũng phổ biến ở các cộng đồng dân tộc H’mông khác như: Trong NC tại Yên Bái người H’mông ngại đến trạm đẻ và đẻ ở nhà để không ai nhìn thấy vùng kín [57]. NC can thiệp tại Điện Biên (84,2% ĐTNC là người H’mông) cũng cho thấy lý do “xấu hổ” là phổ biến ở những người không đi khám thai [45].

Trong CSKS, dù tỷ lệ ĐTNC có thái độ đúng về CBYT đỡ đẻ và nơi đẻ an toàn SCT lên đến 53,3% và 51,4% nhưng tỷ lệ ĐTNC có thái độ đúng trong quan điểm “Đẻ ở nhà, nếu có khó khăn thì chuyển đến CSYT” chỉ tăng 9,8% (từ 1,6% lên 11,4%). Điều này cho thấy sự chú quan của ĐTNC về sự kiện sinh đẻ của mình đã thay đổi nhưng chưa sâu. Khó khăn này cũng đã được xác định trong chương trình can thiệp tại Điện Biên: việc khuyến khích sinh tại CSYT khó khăn do người dân không nhận thấy vai trò của việc đẻ tại CSYT và vai trò của CBYT [45].

Trong CSSS, tỷ lệ ĐTNC có thái độ đúng trong quan điểm “Đẻ xong thì đã hết nguy hiểm nên không cần phải có CBYT khám, chăm sóc sau khi sinh” cũng chỉ tăng 29,8% (từ 14,5% lên 44,3%, HQCT là 29,8%).

Đặc biệt, hai quan điểm có tính coi nhẹ và lệ thuộc yếu tố tâm linh trong việc mang thai sinh đẻ có tỷ lệ thay đổi SCT ở mức thấp: Tỷ lệ ĐTNC có thái độ đúng trong quan điểm “Sinh đẻ là chuyện bình thường, không cần quan tâm nhiều tới việc này” chỉ tăng 7,9% (từ 12,1% lên 20%, HQCT là 9,7%); tỷ lệ ĐTNC có thái độ đúng trong quan điểm “Con cái là Trời cho, nếu Trời đã cho thì sẽ đẻ được con khỏe mạnh, sẽ nuôi được đứa con đó” cũng chỉ tăng 5,1% (từ 0,8% lên 5,5%, HQCT là 4,0%). Đây là những quan điểm đã tồn tại từ lâu đời và gắn với quan niệm về tâm linh của người H’mông nên sẽ là những yếu tố khó thay đổi nhất trong tâm thức mỗi tộc người.

Mặt khác, kết quả nghiên cứu cũng cho thấy sự thay đổi của thái độ chậm hơn so với sự thay đổi của kiến thức. Ví dụ, tỷ lệ ĐTNC biết CBYT là người đỡ đẻ tốt nhất

ở NCT SCT tăng 45,6%, từ 42,2% TCT lên 87,8% SCT (HQCT là 43,8%) nhưng thái độ đúng về nội dung này chỉ tăng 10,7% (từ 42,6% lên 42,6%, HQCT là 11,6%); tỷ lệ ĐTNC biết CSYT là nơi sinh con an toàn ở NCT SCT tăng 20,1% (từ 39,5% TCT lên 59,6% SCT, HQCT là 21,8%) nhưng thái độ đúng về nội dung này chỉ tăng 18,6% (từ 32,8% lên 51,4%, HQCT là 18,6%). Điều này cho thấy, thái độ của ĐTNC có sự thay đổi chậm hơn kiến thức.

Như vậy, mặc dù đã có những thay đổi tích cực trong thái độ LMAT của ĐTNC nhưng chỉ số thay đổi cao nhất mới đạt khoảng 50%, sự thay đổi cũng chưa có chiều sâu và còn một số quan điểm tiêu cực trong tiếp cận dịch vụ LMAT có mức thay đổi thấp và sẽ tác động tới hành vi LMAT của ĐTNC; có những quan điểm gắn với những khía cạnh ý thức hệ, tâm linh của tộc người. Vì vậy, để đạt được sự thay đổi bền vững trong thái độ của ĐTNC cần thiết tiếp tục truyền thông nâng cao nhận thức về LMAT cho phụ nữ H'mông và cả cộng đồng.

** Hiệu quả can thiệp đối với điểm thái độ chung về LMAT:*

Kết quả nghiên cứu cho thấy, HQCT về thái độ chung trong CSTS, CSKS, CSSS của ĐTNC lần lượt là 27,8%, 29,6% và 20,3%. Trong đó, HQCT về thái độ CSSS tăng thấp nhất, có thể do trong phần này liên quan tới nhiều tập tục kiêng kỵ nhiều hơn nên khó thay đổi hơn. Như vậy, các chỉ số điểm thực hành chung đã cho thấy chương trình can thiệp đã tác động tích cực tới các chỉ số thái độ khác (ngoài các chỉ số cụ thể đã phân tích ở trên) của ĐTNC trong cả CSTS, CSKS và CSSS.

4.4.4. Sự thay đổi về thực hành

Kết quả cho thấy, chương trình can thiệp đã có tác động tích cực làm thay đổi đáng kể các chỉ số thực hành LMAT cụ thể cũng như điểm thực hành chung trong CSTS, CSKS, CSSS của phụ nữ H'mông 15-49 tuổi tại 2 xã can thiệp khi so sánh với 2 xã đối chứng.

** Hiệu quả can thiệp đối với một số chỉ số thực hành CSTS, CSKS, CSSS:*

Trong CSTS, HQCT về khám thai ≥ 3 lần của ĐTNC là 23,7; cao hơn đáng kể so với kết quả can thiệp của Chương trình Quốc gia 7 giai đoạn 2006 - 2010 (CTQG7) (tăng 7,6%, từ 77,2% TCT lên 84,8% SCT) [9] và Dự án can thiệp về LMAT năm

2013-2015 tại Điện Biên (tăng 22,2%, từ 32,3% lên 54,5%) [45]. So với một số chương trình can thiệp dựa vào cộng đồng có các giải pháp tương tự trên thế giới, tỷ lệ thay đổi về khám thai ≥ 3 lần của nghiên cứu tương đương với tỷ lệ thay đổi về khám ≥ 4 lần của can thiệp tại Burkina Faso (tăng 23%, từ 21% TCT lên 44% SCT) [84]. Kết quả SCT đã nâng chỉ số khám thai ≥ 3 lần của phụ nữ trong nghiên cứu này (33,7%) cao hơn cộng đồng H'mông khác như tại Yên Bái (24,4%) [57] và gần tương đương tại Hà Giang và Nghệ An (38,7%) [44], tuy nhiên vẫn thấp hơn rất nhiều so với dân tộc Kinh/Hoa và DTTS khác trong điều tra MICS 2014 (33,7% so với 94,5% và 58,1%) [42].

Thực hành tiêm phòng uốn ván ở NCT đã thay đổi tích cực SCT với chỉ số HQCT là 31,1%. Do nghiên cứu không xác định được tỷ lệ ĐTNC được tiêm phòng uốn ván đầy đủ nên kết quả nghiên cứu không thể so sánh được với HQCT của CTQG7 (71,8% TCT và 68,6% SCT) [9]. Tuy nhiên, kết quả SCT (66,3%) đã tương đồng với chỉ số này của DTTS khác trong điều tra MICS 2014 (66,3% so với 63,4%) [42] và cao hơn dân tộc H'mông tại Yên Bái (48,8%) [57].

Thực hành bổ sung viên sắt ở NCT cũng có sự thay đổi đáng kể SCT với chỉ số HQCT là 18,2% tương đồng với tỷ lệ thay đổi của can thiệp tại Điện Biên (tăng 18%, từ 36,9% lên 55%) [45]. Kết quả SCT ở chỉ số này (53,3%) đã cao hơn của phụ nữ H'mông ở các khu vực Thái Nguyên, Hà Giang và Nghệ An (28,7% và 41,9%) [29] [44], nhưng vẫn thấp hơn các DTTS khác tại KVMN như ở Điện Biên và Thanh Hóa (61,7% và 76,6%) [51] [17].

Kết quả nêu trên cho thấy, các chỉ số thực hành CSTS có tỷ lệ tăng nhanh so với một số can thiệp khác. Điều này có thể do xuất phát điểm thay đổi của cộng đồng ở mức thấp hơn nhiều so với các NC khác nên dễ thay đổi hơn. Ngoài ra, các giải pháp can thiệp đã khắc phục được các rào cản chính trong tiếp cận dịch vụ của phụ nữ H'mông là rào cản về giới, ngôn ngữ của lực lượng cung cấp dịch vụ LMAT tại cộng đồng nên HQCT cao hơn. Trong các chỉ số thực hành CSTS, việc bổ sung viên sắt có tỷ lệ tăng thấp nhất. Kết quả NC định tính cho thấy lý do của việc này là ĐTNC chưa

chủ động uống thuốc với nhiều lý do như quên uống, làm thất lạc thuốc được phát, không có tiền mua, ...

Các chỉ số trong CSKS cũng có những thay đổi tích cực. Tỷ lệ ĐTNC đẻ tại CSYT ở NCT SCT tăng 20,3% (từ 8% TCT lên 28,3% SCT) và HQCT là 20,3%. Tỷ lệ thay đổi này cao hơn CTQG7 (tăng 5,4%, từ 81,2% lên 86,6%) [9] và can thiệp tại Điện Biên (tăng 13,6%, từ 26,8% lên 40,4%) [45], cũng như can thiệp tương tự tại Nicaragua (tăng 15%, từ 45% lên 60%) [155]. Tỷ lệ ĐTNC sinh con có CBYT đỡ ở NCT SCT tăng 32,8% (từ 10,7% TCT lên 43,5% SCT) và HQCT là 20,6%. Tỷ lệ thay đổi này cao hơn CTQG7 (tăng 5,1%, từ 83,5% lên 88,6%) [9] và can thiệp tại Điện Biên (tăng 10%, từ 54,1% lên 64,1%) [45] và tương đương với can thiệp tại Burkina Faso (tăng 19%, từ 39% TCT lên 58% SCT) [84]. Tỷ lệ thay đổi cao hơn trong CSKS của nghiên cứu có thể nhờ tác động của các khía cạnh sau: Một là, xuất phát điểm của cộng đồng thấp hơn; hai là, có sự tham gia vận động của chính quyền và những người có uy tín cộng đồng như trưởng bản, trưởng họ, già làng, ...; ba là, nghiên cứu đã khắc phục được cơ bản rào cản về giới và ngôn ngữ trong cung cấp dịch vụ LMAT tại địa bàn (đào tạo CĐTĐ cho các bản, tăng cường CBYT nữ dân tộc H'mông về TYT), vì vậy, đã khuyến khích được ĐTNC đến sinh con tại CSYT và sinh con có CBYT đỡ.

Mặc dù có những chuyển biến tích cực nhưng kết quả can thiệp trong các chỉ số CSKS của cộng đồng vẫn ở mức thấp so với các dân tộc khác: so với Điều tra MICS 2014, tỷ lệ sinh con tại CSYT chỉ bằng gần 1/5 của Kinh/Hoa và 1/3 của DTTS khác; tỷ lệ sinh con có CBYT đỡ chỉ bằng 1/2 của dân tộc Kinh/Hoa và 2/3 của DTTS khác (63,6%) [42]. Các chỉ số này chỉ gần tương đương với các khu vực có MMR cao nhất thế giới như khu vực Cận Sahara (tỷ lệ sinh con tại CSYT 40% và tỷ lệ sinh con có CBYT đỡ là 42%) [148]. Tuy nhiên, so với các cộng đồng người H'mông khác, các chỉ số CSKS của cộng đồng đã có sự thay đổi đáng kể: tỷ lệ sinh con ở CSYT cao hơn người H'mông tại Thái Nguyên năm 2004 (2,2%) [29], tại Yên Bái năm 2012 (1,1%) [57], nhưng vẫn thấp hơn người H'mông ở Điện Biên năm 2009 (47,3%) [51] ở Hà Giang và Nghệ An năm 2015 (35,5%) [44]; Tỷ lệ sinh con có CBYT đỡ cao hơn đáng kể cộng đồng H'mông tại Yên Bái năm 2012 (1,6%) [57].

Trong CSSS, hai chỉ số có ý nghĩa đặc biệt quan trọng tới sự sống còn của bà mẹ và trẻ sơ sinh là cách xử trí đúng khi gặp DHH ở bà mẹ và trẻ sơ sinh cũng đã có những thay đổi đáng kể: tỷ lệ ĐTNC có cách xử trí đúng khi gặp DHH ở bà mẹ của NCT SCT tăng 29,8% (từ 23,1% TCT lên 52,9% SCT) và HQCT là 25,6%. Mặc dù có cải thiện SCT nhưng chỉ số này vẫn thấp hơn các DTTS Tây Nguyên (65%) [12] và khu vực miền núi Thanh Hóa (76,7%) [17]. Tỷ lệ ĐTNC có cách xử trí đúng khi gặp DHH ở trẻ sơ sinh của NCT SCT tăng 25,1% (từ 53,8% TCT lên 78,9% SCT) và HQCT là 22,8%. Chỉ số này cao hơn khu vực miền núi Thanh Hóa (66,3%) [17]. Chúng tôi cho rằng kết quả này có sự đóng góp quan trọng của các CDTB vì họ đã khắc phục được rào cản về giới, ngôn ngữ, tập tục và khoảng cách trong cung cấp dịch vụ CSSS tại cộng đồng. Tuy nhiên, nhiều gia đình người H'mông tại cộng đồng vẫn duy trì các tập tục truyền thống về tâm linh, kiêng kỵ khá hà khắc khi có người sinh đẻ khiến cho việc tiếp cận gia đình không dễ dàng và CDTB cũng không nằm ngoài lệ. Đây có lẽ là lý do quan trọng khiến việc xử trí đúng khi gặp DHH ở bà mẹ và trẻ sơ sinh dù đã thay đổi nhưng vẫn ở mức thấp.

** Hiệu quả can thiệp đối với điểm thực hành chung về LMAT:*

Kết quả nghiên cứu cho thấy, HQCT về thực hành chung trong CSTS, CSKS, CSSS của ĐTNC lần lượt là 34,5%, 17,1% và 33%. Trong đó, HQCT về thực hành CSKS tăng thấp nhất; điều này có thể do người H'mông đã có tập tục sinh đẻ tại nhà lâu đời nên hành vi khó thay đổi hơn so với CSTS và CSSS. Mặt khác, trong CSTS và CSSS các ĐTNC có thể chủ động thực hiện được các hành vi chăm sóc, trong CSKS hoàn toàn lệ thuộc vào chồng, gia đình và những người hỗ trợ nên việc thay đổi cũng khó khăn hơn. Như vậy, các chỉ số điểm thực hành chung đã cho thấy chương trình can thiệp đã tác động tích cực tới sự thay đổi hành vi của ĐTNC ở các chỉ số trong CSTS, CSKS và CSSS.

4.4.5. Đánh giá về sự phù hợp của chương trình can thiệp

4.4.5.1. Đánh giá về việc đào tạo cô đỡ thôn bản cho các bản

Có 91,4% cho rằng việc đào tạo CĐTĐ là phù hợp trong công tác CSSK trong mang thai, sinh đẻ cho phụ nữ dân tộc H'mông, 3,9% cho rằng không phù hợp và 4,7% không biết việc này phù hợp hay không phù hợp với cộng đồng.

Các lý do giải thích về sự phù hợp của việc đào tạo CĐTĐ của ĐTNV cho thấy, hầu hết các ĐTNV đồng ý với các ưu điểm của CĐTĐ khi đảm nhiệm công việc. Cụ thể là: 1) Phù hợp về khía cạnh chuyên môn do CĐTĐ được đào tạo về chuyên môn sản nên giúp phụ nữ tốt hơn; 2) phù hợp với văn hóa tộc người do cùng là người H'mông, cùng bản nên gần gũi hơn và dễ nói chuyện; 3) Phù hợp về giới trong cung cấp dịch vụ do là phụ nữ nên khiến phụ nữ Hmông và chồng họ không ngại trao đổi và thực hiện thăm khám thai, đỡ đẻ; 4) Tạo nên sự thuận tiện do CĐTĐ ở cùng bản.

Lý do có tỷ lệ đồng thuận cao nhất là 98,7% và thấp nhất là 84,1%. Ba lý do có tỷ lệ cao nhất là do CĐTĐ là “Cùng là phụ nữ nên không ngại khi thăm, khám, đỡ đẻ” (98,7%), “Ở cùng bản nên thuận tiện khi cần nhờ giúp đỡ” (97,9%) và do CĐTĐ “Là phụ nữ nên các ông chồng sẽ không ngại khi cho họ thăm, khám, đỡ đẻ cho vợ mình” (97%). Ngoài ra, kết quả NC định tính cho thấy, giải pháp này cũng đã nhận được sự đồng thuận của lãnh đạo chính quyền, lãnh đạo cộng đồng và các gia đình của ĐTNV.

Từ các thông tin nêu trên cho thấy, giải pháp đào tạo CĐTĐ phù hợp cả về giới, văn hóa tộc người, tạo ra kênh cung cấp dịch vụ và truyền thông về LMAT thuận lợi cho cộng đồng tiếp cận và phù hợp với chủ trương của chính quyền về chính sách này.

Tuy nhiên, vẫn còn một bộ phận nhỏ không có ý kiến hoặc chưa đồng thuận về giải pháp này do các lý do chủ yếu là sự nhận thức chủ quan, coi nhẹ việc mang thai sinh đẻ, chưa tin vào CĐTĐ. Bên cạnh đó, cũng có ý kiến cho rằng họ muốn được thăm khám nhưng “ngại nhờ” và do cần kiêng cử theo tập tục. Điều này cho thấy, việc thay đổi các quan niệm, tập tục truyền thống của tộc người là không dễ dàng.

Kết quả nghiên cứu cũng cho thấy, việc các CĐTĐ chỉ được hưởng phụ cấp từ dự án của Chương trình mục tiêu Quốc gia (200.000đ/tháng) và chưa được hưởng chế độ phụ cấp theo quy định (Quyết định số 07/2009/QĐ-TTg của Thủ tướng Chính phủ)

là một yếu tố khiến các CDTB chưa yên tâm công tác. Đây là vấn đề cần được chính quyền tỉnh Sơn La quan tâm giải quyết sớm để các CDTB ổn định tư tưởng, yên tâm đóng góp cho cộng đồng.

4.4.5.2. Đánh giá việc tăng cường CBYT nữ người H'mông cho Trạm y tế xã

Có 91,8% ĐTNC cho rằng việc tăng cường nữ CBYT H'mông về TYT xã Co Tòng là cần thiết đối với công tác CSSKSS của phụ nữ tại địa bàn, 2,5% cho rằng không cần thiết và 5,7% không biết việc này có cần thiết hay không cần thiết.

* Lý do cho rằng việc có CBYT nữ là người H'mông cho TYT là cần thiết:

1) Phù hợp với văn hóa tộc người do cùng là người H'mông, cùng bản nên gần gũi hơn và dễ nói chuyện; 2) Phù hợp về giới trong cung cấp dịch vụ do là phụ nữ nên khiến phụ nữ H'mông và chồng của họ không ngại trao đổi và thực hiện việc thăm khám thai và đỡ đẻ; 4) Tạo nên sự thuận tiện do không phải đi xa khám khi cần.

Bên cạnh đó, kết quả NC định tính cho thấy, giải pháp này cũng đã nhận được sự đồng thuận của lãnh đạo chính quyền địa phương, cộng đồng và các gia đình của ĐTNC. Các thông tin nêu trên cho thấy đây là giải pháp không chỉ phù hợp về văn hóa tộc người, phù hợp về giới và ngôn ngữ trong cung cấp dịch vụ mà còn là giải pháp cần thiết để tăng cường khả năng tiếp cận dịch vụ LMAT tại TYT của người dân tại địa bàn. Kết quả về tỷ lệ khám thai, đẻ tại TYT, BV đã cho thấy sự đóng góp đáng kể của giải pháp này. Tuy nhiên, giải pháp can thiệp này mang tính chất thử nghiệm để làm cơ sở vận động việc tuyển dụng cho TYT xã Co Tòng 1 nữ CBYT người H'mông. Trên thực tế đã chọn được ứng cử viên nhưng với nhiều yếu tố cản trở khác nhau trong công tác tuyển dụng nên dự kiến tuyển dụng nêu trên không thực hiện được.

Các lý do giải thích cho ý kiến cho rằng giải pháp này là không cần thiết cho thấy, đây là những người có thái độ coi nhẹ vấn đề thai nghén và sinh đẻ đã được xác định trong đánh giá TCT. Tương tự như giải pháp đào tạo CDTB, thông tin này cho thấy việc thay đổi các quan niệm, tập tục truyền thống của tộc người là không dễ dàng.

4.4.5.3. Đánh giá về chương trình vận động các gia đình về làm mẹ an toàn của lãnh đạo chính quyền, cộng đồng

Có 91,8% cho rằng hoạt động vận động các gia đình về thực hiện các quy định về LMAT là cần thiết và các lý do giải thích về vấn đề cùng sự đồng thuận trong Kết quả NC định tính cho thấy giải pháp đã đi đúng hướng, huy động đúng được những người có vai trò chi phối trong cộng đồng để tham gia vận động và tuyên truyền về tăng cường LMAT tại cộng đồng. Giải pháp này cần được NC kỹ hơn để áp dụng trong các chương trình tăng cường LMAT tại cộng đồng dân tộc H'mông.

Tuy nhiên, tương tự như hai giải pháp trước, có một bộ phận nhỏ ĐTNC cho rằng việc này không cần thiết với các lý do thể hiện quan điểm coi nhẹ việc mang thai sinh đẻ và e ngại trước sự không đồng ý của người chồng. Kết quả này cũng cố thêm cho nhận định về việc thay đổi các quan niệm truyền thống là không dễ dàng.

Tóm lại, hầu hết ĐTNC cho rằng các giải pháp của chương trình can thiệp là phù hợp với cộng đồng. Tuy nhiên, còn một bộ phận nhỏ ĐTNC cho rằng một số giải pháp của chương trình là không cần thiết với các lý do coi nhẹ việc mang thai sinh đẻ và công tác CSTS, CSKS, CSSS đối với bà mẹ và trẻ sơ sinh.

4.4.5.4. Tác động đối với công tác quản lý sức khỏe cộng đồng

Kết quả từ nghiên cứu định tính cho thấy, Chương trình can thiệp cũng được cho rằng đã có những tác động tích cực tới công tác quản lý nhà nước trong lĩnh vực chăm sóc sức khỏe của cộng đồng. Trong đó, nhận thức của chính quyền về quản lý sức khỏe cộng đồng cũng được có những thay đổi tích cực. Sự thay đổi về nhận thức của nhóm này không chỉ giúp họ điều hành hoạt động liên quan tới chương trình tốt hơn mà họ còn là những người tiên phong thực hiện những quy định về làm mẹ an toàn, làm gương cho cộng đồng noi theo.

Ngoài ra, từ thực tế hiệu quả của hoạt động can thiệp tại cộng đồng đã đưa lại cho chính quyền, trạm y tế nhận thức mới về tầm quan trọng của sự vào cuộc của chính quyền, đoàn thể từ xã tới bản thông qua các cơ chế như có sự chỉ đạo, phân công cụ thể các bên liên quan, có cơ chế giám sát thường xuyên qua các cuộc giao ban xã hàng tháng, ...

Sự phối hợp với các chức sắc tại các bản trong vận động cộng đồng cũng là nét mới trong quản lý sức khỏe cộng đồng của chính quyền, phát huy được vai trò, uy tín của họ trong các hoạt động tăng cường LMAT cho phụ nữ trong cộng đồng.

Các hoạt động của chương trình can thiệp cũng đã nâng cao kỹ năng quản lý công việc của cán bộ TYT, CĐTĐ và YTTB. Các kỹ năng về quản lý đối tượng, lập kế hoạch, triển khai các hoạt động truyền thông, phối hợp với các bên liên quan của cán bộ y tế, CĐTĐ, YTTB đã được nâng cao từ thực tế các hoạt động.

Chương trình cũng được cho rằng có tính khả thi khi nhân rộng ra các xã khác có dân tộc H'mông sinh sống đông do tính thiết thực, gần gũi của các hoạt động can thiệp như: các giải pháp can thiệp được xây dựng trên cơ sở tận dụng nguồn lực sẵn có và phù hợp với điều kiện kinh tế xã hội của cộng đồng, vận dụng được các điểm tích cực của văn hóa tộc người trong xây dựng các giải pháp khắc phục các rào cản về ngôn ngữ, tập tục của cộng đồng.

Tuy nhiên, với đặc trưng là cộng đồng có trình độ dân trí thấp, các hoạt động có ý nghĩa quan trọng như việc nâng cao nhận thức cho chính quyền và những người có uy tín tại cộng đồng cần coi là cơ sở để triển khai các hoạt động khác; các vấn đề đảm bảo các trạm y tế đủ năng lực điều phối được việc phối hợp giữa các bên tại bản trong các hoạt động truyền thông cũng là điều kiện để thực hiện thành công các hoạt động truyền thông tại cộng đồng.

4.5. Đánh giá ưu điểm và hạn chế của nghiên cứu

4.5.1. Ưu điểm của nghiên cứu

Đây là nghiên cứu can thiệp về LMAT đầu tiên tại Việt Nam được thiết kế riêng cho phụ nữ dân tộc H'mông - một cộng đồng dân tộc thiểu số có các chỉ số LMAT kém nhất và ít được quan tâm nghiên cứu trên thế giới và tại Việt Nam.

Nghiên cứu đã bổ sung khá đầy đủ các chỉ số về thực trạng kiến thức, thái độ, thực hành về LMAT của phụ nữ H'mông và các yếu tố ảnh hưởng, cung cấp bức tranh toàn cảnh về thực trạng LMAT của cộng đồng này.

Nghiên cứu cũng đã thử nghiệm và chứng minh tính hiệu quả về cách tiếp cận từ văn hóa trong xây dựng các giải pháp can thiệp tăng cường LMAT tại cộng đồng

dân tộc thiểu số như: Ứng dụng các giá trị tích cực của tập tục, văn hóa của dân tộc H'mông như vai trò của trưởng họ, lãnh đạo cộng đồng, của người nam giới trong gia đình trong xây dựng các giải pháp can thiệp về huy động sự tham gia của chính quyền, cộng đồng trong truyền thông, vận động thực hiện các quy định về LMAT; Đào tạo và sử dụng đội ngũ cô đỡ thôn bản để khắc phục các rào cản về ngôn ngữ, giới, văn hóa, tập tục và địa lý trong cung cấp dịch vụ LMAT tại địa bàn. Kết quả can thiệp cho thấy, đã có những cải thiện rõ rệt về kiến thức, thái độ, thực hành trong CSTS, CSKS và CSSS của ĐTNC. Các giải pháp này không chỉ minh chứng cho sự phù hợp về văn hóa trong can thiệp mà còn chỉ ra một hướng thức đẩy sự bình đẳng giới tại cộng đồng vốn nổi tiếng về sự hà khắc của chế độ phụ quyền tại Việt Nam.

Nghiên cứu đã sử dụng thiết kế đánh giá trước - sau và có nhóm chứng nên đã cung cấp bằng chứng tốt hơn về hiệu quả của chương trình can thiệp so với những NC trước đó là NC cắt ngang đơn thuần hoặc NC can thiệp không có nhóm chứng.

Trong phân tích số liệu, nghiên cứu đã xây dựng các chỉ số điểm thực hành chung nhằm mô tả khái quát nhất HQCT của các nhóm chỉ số nghiên cứu. Để có được cách tính điểm cho các chỉ số thực hành chung phù hợp nhất với đặc thù trình độ dân trí thấp, tập quán văn hóa của cộng đồng dân tộc H'mông, nghiên cứu cũng đã sử dụng phương pháp tham vấn nhóm chuyên gia trong xây dựng thang điểm, tính trọng số cho từng chỉ số. Phương pháp này đã giúp hạn chế tính chủ quan của nhóm nghiên cứu và nâng cao độ tin cậy của các chỉ số được xây dựng.

Về mặt phương pháp, nghiên cứu cũng đã xây dựng và chuẩn hóa thang đo thái độ về LMAT đối với phụ nữ H'mông; cung cấp 3 thang đo thái độ về CSTS, CSKS và CSSS đã được xây dựng và chuẩn hóa để các nghiên cứu có thể tham khảo và sử dụng trong các nghiên cứu tiếp theo về LMAT tại cộng đồng H'mông khác. Phương pháp tham vấn nhóm chuyên gia cũng đã được sử dụng trong xây dựng thang điểm, tính trọng số cho từng chỉ số cho các nhóm biến kiến thức, thái độ, thực hành trong CSTS, CSKS và CSSS để có cách tính điểm phù hợp nhất với đặc thù về tập quán văn hóa và trình độ dân trí thấp của cộng đồng dân tộc H'mông. Phương pháp này đã giúp hạn chế

tính chủ quan của nhóm nghiên cứu và nâng cao độ tin cậy của các chỉ số được xây dựng.

4.5.2. Hạn chế của nghiên cứu

Do sự hạn chế của ĐTNC trong sử dụng tiếng phổ thông nên NC đã sử dụng các ĐTV là giáo viên là người H'mông hoặc sử dụng thành thạo tiếng H'mông để điều tra phiếu định lượng. Mặc dù đã có hướng dẫn thống nhất và chi tiết cho các ĐTV và GSV về cách dịch, đặc biệt là về các thuật ngữ chuyên môn, tuy nhiên chúng tôi cho rằng không thể tránh khỏi các sai số khi chuyển thể giữa 2 ngôn ngữ trong điều tra. Chúng tôi cũng đã tăng số GSV nhiều hơn thường lệ (7 người/ 2 xã) để cùng NCS giám sát, hỗ trợ các ĐTV để khắc phục các khó khăn, tăng chất lượng điều tra.

Thông tin từ tổng quan tài liệu cho thấy, nhóm phụ nữ H'mông trong độ tuổi sinh đẻ có nhiều điểm đặc thù đối như tỷ lệ tảo hôn lên tới 59,7% [50], chủ yếu đẻ tại nhà với vai trò chi phối của những người phụ nữ lớn tuổi trong gia đình. Vì vậy, nghiên cứu chủ trương tìm hiểu kiến thức, thái độ, thực hành về LMAT của phụ nữ H'mông 15-49 tuổi, bao gồm cả những người đã lập gia đình và chưa lập gia đình nhằm cung cấp các thông tin về thực trạng LMAT của cộng đồng rõ ràng hơn, làm cơ sở trong xây dựng các giải pháp can thiệp cho tất cả các nhóm. Tuy nhiên, cách chọn ĐTNC này cũng có hạn chế là sai số nhớ lại trong các thông tin về thực hành LMAT.

NCS cũng đã có những giải pháp khắc phục hạn chế này trong hướng dẫn ĐTV cách làm rõ thêm thông tin để ĐTNC nhớ lại và nhớ đúng sự kiện. Ngoài ra, NCS cũng thực hiện việc rà soát lại phiếu và đối chiếu với thống kê của TYT và YTTB về các trường hợp có khám thai, đẻ tại CSYT. Quá trình rà soát cũng cho thấy, xã nào cũng có vài trường hợp đi khám thai nhưng chưa được thống kê (7 trường hợp ở 4 xã). Các trường hợp này đều được kiểm tra lại thông tin từ phía chồng và người nhà của ĐTNC. Kết quả nghiên cứu về thực trạng các hành vi chính trong CSTS, CSKS, CSSS như tỷ lệ khám thai, sinh con tại CSYT, ... khá tương đồng với số liệu thống kê của TYT nên có thể thấy, sai số nhớ lại không tác động lớn tới nghiên cứu.

Bên cạnh đó, NCS cho rằng cộng đồng này có những đặc thù khiến giảm thiểu các sai số nhớ lại của ĐTNC như: Một là, do cộng đồng có lối sống khá biệt lập, ít sự

kiện xảy ra trong cuộc sống nên sai số nhớ lại cũng được hạn chế đáng kể. Hai là, cộng đồng có tỷ lệ phụ nữ có thực hành đúng trong CSTS, CSKS, CSSS ở mức rất thấp (tỷ lệ khám thai ≥ 3 lần, đẻ tại CSYT đều dưới 10%, ...) nên các sự kiện này được các ĐTNC nhớ lâu hơn.

Việc đánh giá về thái độ CSTS, CSKS, CSSS là vấn đề khó và hiếm NC đánh giá về thái độ LMAT. Mặt khác, việc hỏi về các quan điểm của ĐTNC có gắn với nhiều tập tục văn hóa là vấn đề nhạy cảm đối với một số tộc người, trong đó có dân tộc H'mông. Do đó, có những câu hỏi áp dụng trong phần thái độ đôi khi chưa cân đối được vấn đề đảm bảo sự phù hợp về văn hóa và thể hiện chính xác được khía cạnh thái độ của ĐTNC trong các nội dung.

Nghiên cứu có thời gian can thiệp chỉ diễn ra trong 1 năm và triển khai đánh giá SCT ngay sau khi kết thúc can thiệp nên có những hạn chế nhất định về thời gian để ghi nhận sự biến đổi của KAP của ĐTNC và sự bền vững của sự thay đổi. Đây cũng là một hạn chế của nghiên cứu.

KẾT LUẬN

1. Kiến thức, thái độ, thực hành về làm mẹ an toàn của phụ nữ dân tộc H'mông tại 15 – 49 tuổi tại tỉnh Sơn La năm 2014

Các chỉ số kiến thức, thái độ và thực hành về làm mẹ an toàn của phụ nữ dân tộc H'mông 15-49 tuổi tại 4 xã nghiên cứu ở mức thấp hơn nhiều, không chỉ so với toàn quốc mà còn so với các dân tộc thiểu số khác. Tỷ lệ đối tượng nghiên cứu có điểm kiến thức trên trung bình ở nhóm can thiệp và nhóm không can thiệp tương ứng chỉ là 38,3% và 37,9% với chăm sóc trước sinh; 37,8% và 32,8% với chăm sóc khi sinh; 31,3% và 34,8% với chăm sóc sau sinh. Tỷ lệ đối tượng nghiên cứu có điểm thái độ trên trung bình ở nhóm can thiệp và nhóm không can thiệp tương ứng chỉ là 28,1% và 36,0% với chăm sóc trước sinh; 30,5% và 38,3% với chăm sóc khi sinh; 33,2% và 36,0% với chăm sóc sau sinh. Tương tự, tỷ lệ đối tượng nghiên cứu có điểm thực hành trên trung bình ở nhóm can thiệp và nhóm không can thiệp tương ứng cũng chỉ là 35,8% và 37,8% với chăm sóc trước sinh; 34,3% và 28,5% với chăm sóc khi sinh; 40,4% và 40,6% với chăm sóc sau sinh. Sự khác biệt ở các chỉ số giữa nhóm can thiệp và nhóm không can thiệp hầu hết đều không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$).

2. Một số yếu tố ảnh hưởng tới kiến thức, thái độ, thực hành làm mẹ an toàn của phụ nữ dân tộc H'mông 15 – 49 tuổi tại 4 xã

Kết quả phân tích đa biến cho thấy, kiến thức, thái độ, thực hành về chăm sóc trước sinh, khi sinh và sau sinh của đối tượng nghiên cứu có mối liên quan có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$) với nhiều yếu tố như: học vấn, khả năng sử dụng tiếng phổ thông, sự tham gia chính quyền đoàn thể, sự tiếp nhận thông tin từ cán bộ y tế, điều kiện kinh tế gia đình, khoảng cách tới trạm y tế; nghề nghiệp và sự tham gia chính quyền đoàn thể của bố đẻ; học vấn, nghề nghiệp, sự tham gia chính quyền đoàn thể của chồng; nghề nghiệp và sự tham gia chính quyền đoàn thể của bố chồng.

3. Kết quả can thiệp tăng cường làm mẹ an toàn cho phụ nữ dân tộc H'mông 15 – 49 tuổi tại 2 xã của tỉnh Sơn La

Chương trình can thiệp tăng cường làm mẹ an toàn tại cộng đồng đã đạt được độ bao phủ 100% và có tác động tốt đến cải thiện kiến thức, thái độ thực hành chăm sóc trước sinh, khi sinh, sau sinh của đối tượng nghiên cứu:

- Hiệu quả can thiệp của các chỉ số cụ thể về kiến thức làm mẹ an toàn của đối tượng nghiên cứu đều tăng từ 3,4 đến 43,8%; các chỉ số hiệu quả về điểm kiến thức trong chăm sóc trước sinh, khi sinh và sau sinh lần lượt là 21,8%, 12,8% và 16,2%.

- Hiệu quả can thiệp của các chỉ số cụ thể về thái độ làm mẹ an toàn của đối tượng nghiên cứu đều tăng từ 4,0 đến 31,5%; các chỉ số hiệu quả về điểm thái độ chung trong chăm sóc trước sinh, khi sinh và sau sinh lần lượt là 27,8%, 29,6% và 20,3%.

- Hiệu quả can thiệp của các chỉ số cụ thể trong thực hành làm mẹ an toàn của đối tượng nghiên cứu đều tăng đáng kể từ 20,3 đến 31,1%; các chỉ số hiệu quả về điểm thực hành trong chăm sóc trước sinh, khi sinh và sau sinh lần lượt là 34,5%, 17,1%, 33,0%.

Can thiệp được chấp nhận tại cộng đồng với hầu hết đối tượng nghiên cứu đồng thuận về các giải pháp can thiệp chính như: đào tạo cô đỡ thôn bản (91,4%); tăng cường cán bộ y tế là nữ dân tộc H'mông về trạm y tế xã (91,8%); sự tham gia của chính quyền đoàn thể, già làng, trưởng họ, người có uy tín trong vận động thực hiện làm mẹ an toàn là cần thiết (91,8%).

KHUYẾN NGHỊ

Chính quyền huyện Thuận Châu có thể tiếp tục duy trì mô hình tại 2 xã Co Tòng và xã Pá Lông với chương trình đã được xây dựng, trong đó, cần đảm bảo sự tham gia giám sát tích cực của chính quyền xã, sự vào cuộc của các đoàn thể, các trưởng bản, già làng, trưởng các họ trong tuyên truyền vận động các gia đình thực hiện các quy định về làm mẹ an toàn; các cô đỡ thôn bản, y tế thôn bản tiếp tục phối hợp với các trưởng bản, đoàn thể bản, trưởng các dòng họ, già làng để tuyên truyền, vận động các gia đình thực hiện các quy định về làm mẹ an toàn. Chính quyền huyện nên mở rộng chương trình can thiệp ra các xã khác của huyện.

Sở Y tế tỉnh Sơn La có thể có thể triển khai chương trình can thiệp với mô hình tương tự như huyện Thuận Châu tại các xã có đông dân tộc H'mông sinh sống tại huyện Mường La cũng như các huyện khác trong tỉnh. Bên cạnh đó, cần tiếp tục đào tạo các cô đỡ thôn bản theo chương trình đào tạo cô đỡ thôn bản 18 tháng đã được Bộ Y tế phê duyệt để nâng cao kiến thức, kỹ năng chuyên môn và truyền thông để các cô đỡ thôn bản đủ kiến thức, kỹ năng thực hiện tốt hơn nhiệm vụ được giao.

Hội đồng Nhân dân và Ủy ban Nhân dân tỉnh Sơn La cần sớm phê duyệt chính sách về chế độ phụ cấp theo quy định đối với các cô đỡ thôn bản để các cô đỡ thôn bản yên tâm công tác, đóng góp cho cộng đồng.

**DANH MỤC CÁC CÔNG TRÌNH NGHIÊN CỨU ĐÃ CÔNG BỐ
CÓ LIÊN QUAN ĐẾN LUẬN ÁN**

1. **Vũ Văn Hoàn, Nguyễn Thanh Hương, Lưu Thị Hồng, (2017)**, Kiến thức, thực hành về làm mẹ an toàn của phụ nữ dân tộc H'mông 15-49 tuổi tại 4 xã tỉnh Sơn La. Tạp chí Y học Việt Nam, 453 (số chuyên đề), tr.346-357.

2. **Vũ Văn Hoàn, Nguyễn Thanh Hương, Lưu Thị Hồng, (2017)**, Một số yếu tố liên quan tới kiến thức, thực hành về làm mẹ an toàn của phụ nữ dân tộc H'mông 15-49 tuổi có chồng tại huyện Thuận Châu, tỉnh Sơn La. Tạp chí Y học Việt Nam, 453 (số chuyên đề), tr.246-356.

3. **Vũ Văn Hoàn, Nguyễn Thanh Hương, Lưu Thị Hồng, (2017)**, Hiệu quả can thiệp nâng cao thực hành làm mẹ an toàn cho phụ nữ H'mông 15-49 tuổi tại 2 xã huyện Thuận Châu, tỉnh Sơn La. Tạp chí Y học Dự phòng, tập 27, số 9 – 2017, tr.196-203.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

Tài liệu trong nước

1. **Phan Xuân Biên (1998)**, "Tổ chức "Dòng họ" của cư dân miền núi miền Nam Việt Nam", *Kỷ yếu Hội thảo Quốc tế Việt Nam học lần 1 năm 1998*, Thư viện số Trung tâm Thông tin - Thư viện, Đại học Quốc gia Hà Nội, Hà Nội.
2. **Bộ Y tế (2016)**, *Báo cáo chung tổng quan ngành y tế (JAHR) năm 2015 - Tăng cường y tế cơ sở hướng tới bao phủ chăm sóc sức khỏe toàn dân*, Hà Nội.
3. **Bộ Y tế (2016)**, *Kế hoạch hành động quốc gia về chăm sóc sức khỏe bà mẹ, trẻ sơ sinh và trẻ em giai đoạn 2016-2020*, Hà Nội.
4. **Bộ Y tế (2015)**, *Niên giám Thống kê Y tế năm 2013*, Hà Nội.
5. **Bộ Y tế (2014)**, *Hướng dẫn thẩm định tử vong mẹ*, Ban hành theo quyết định số 4869/QĐ-BYT của Bộ Y tế ngày 21/11/2014, Hà Nội.
6. **Bộ Y tế, Trung tâm Phát triển sức khỏe bền vững, Trung tâm Nghiên cứu Môi trường và Sức khỏe (2014)**, *Báo cáo kết quả Điều tra tử vong mẹ và tử vong sơ sinh tại 7 tỉnh miền núi phía Bắc*, Hà Nội.
7. **Bộ Y tế (2011)**, *Kế hoạch hành động về bình đẳng giới của ngành Y tế giai đoạn 2011-2015*, Hà Nội.
8. **Bộ Y tế, Trường Đại học Y tế Công cộng (2011)**, *Báo cáo đánh giá Mô hình thử nghiệm đào tạo và sử dụng cô đỡ thôn bản người dân tộc thiểu số được đào tạo 18 tháng tại 3 tỉnh Hà Giang, Ninh Thuận và Kon Tum*, Hà Nội.
9. **Bộ Y tế, UNFPA, Trung tâm Nghiên cứu Dân số và Sức khỏe nông thôn (2011)**, *Báo cáo Sự thay đổi về chất lượng cung cấp và sử dụng dịch vụ chăm sóc sức khỏe sinh sản giai đoạn 2006-2010 tại 7 tỉnh*, Hà Nội.
10. **Bộ Y tế, UNFPA, Trung tâm Nghiên cứu Dân số và Sức khỏe nông thôn (2009)**, *Nghiên cứu thực trạng tử vong mẹ và tử vong sơ sinh tại 14 tỉnh tham gia chương trình Giảm tử vong mẹ và tử vong sơ sinh*, Hà Nội.

11. **Bộ Y tế, Vụ Sức khỏe Bà mẹ và Trẻ em, Viện Chiến lược và Chính sách Y tế (2010)**, *Điều tra tử vong mẹ, tử vong sơ sinh ở Việt Nam 2006-2007*, Hà Nội.
12. **Bộ Y tế, Viện Xã Hội học Việt Nam (2007)**, *Báo cáo Hành vi tìm kiếm Dịch vụ chăm sóc sức khỏe sinh sản và việc sử dụng các dịch vụ này ở phụ nữ người dân tộc thiểu số tại vùng Tây Nguyên của Việt Nam*, Hà Nội.
13. **Bộ Y tế, UNFPA, Trung tâm Nghiên cứu Dân số và Sức khỏe nông thôn (2006)**, *Báo cáo điều tra ban đầu tình hình cung cấp và sử dụng dịch vụ chăm sóc sức khỏe sinh sản tại 7 tỉnh tham gia chu kỳ quốc gia 7 do UNFPA tài trợ*, Hà Nội.
14. **Tôn Thất Chiểu và cộng sự (2012)**, "Nghiên cứu thực trạng cung cấp, sử dụng dịch vụ về làm mẹ an toàn và kế hoạch hóa gia đình tại tỉnh Thừa Thiên Huế năm 2012", *Tạp chí Y học thực hành* số 911-2014, tr.56-60.
15. **Phan Hữu Đạt (1998)**, "Văn hóa các dân tộc nước ta", *Kỷ yếu hội thảo Quốc tế Việt nam học lần 1 năm 1998*, Thư viện số Trung tâm Thông tin - Thư viện, Đại học Quốc gia Hà Nội, Hà Nội.
16. **Nguyễn Đình Dự (2015)**, *Đánh giá hiệu quả mô hình đào tạo cô đỡ thôn bản người dân tộc thiểu số chương trình 18 tháng tại tỉnh Hà Giang*, Luận án tiến sĩ y tế công cộng, Trường Đại học Y tế Công cộng, Hà Nội.
17. **Kim Bảo Giang và cộng sự (2007)**, *Báo cáo Điều tra Hộ gia đình về thực hành chăm sóc trẻ sơ sinh tại huyện Như Thanh và Ngọc Lặc, Thanh Hóa*, Trường Đại học Y Hà Nội, Hà Nội.
18. **Đỗ Quan Hà (2008)**, *Ảnh hưởng của gia đình và cộng đồng đến việc sinh con và chăm sóc thai nghén, 2007*, Luận án tiến sĩ y học, Viện Vệ sinh Dịch tễ Trung ương, Hà Nội.
19. **Bùi Thị Thu Hà và cộng sự (2011)**, *Nghiên cứu về sức khỏe sinh sản tại Việt Nam - Báo cáo rà soát các nghiên cứu sức khỏe sinh sản giai đoạn 2006-2010*, Trường Đại học Y tế Công cộng, Hà Nội.

20. **Bùi Thị Thu Hà và cộng sự (2008)**, *Nghiên cứu về sức khỏe sinh sản tại Việt Nam - Báo cáo rà soát các nghiên cứu sức khỏe sinh sản cho đối tượng dân tộc ít người từ 2000 đến 2007*, Trường Đại học Y tế Công cộng, Hà Nội.
21. **Bùi Thị Thu Hà và cộng sự (2006)**, *Nghiên cứu về sức khỏe sinh sản tại Việt Nam - Báo cáo rà soát các nghiên cứu sức khỏe sinh sản giai đoạn 2000-2005*, Trường Đại học Y tế Công cộng, Hà Nội.
22. **Phạm Thu Hà (2014)**, *Vai trò của nam giới dân tộc H'Mông vùng Tây Bắc trong chăm sóc sức khỏe sinh sản (Nghiên cứu trường hợp xã Huổi Một, huyện Sông Mã, tỉnh Sơn La)*, 2014, Luận án tiến sĩ xã hội học, Đại học Quốc gia Hà Nội.
23. **Nguyễn Vân Hà, Trần Thị Thu Hà, Huỳnh Quỳnh Chi, Văn Mai Dung, Trần Tuấn (2013)**, *Báo cáo Đánh giá giữa kỳ Mô hình Nhà chờ để dành cho sản phụ tại tỉnh Cao Bằng, Báo cáo trình WHO tại Việt Nam*, Trung tâm Nghiên cứu và Đào tạo phát triển cộng đồng, Hà Nội.
24. **Phạm Hồng Hải (2012)**, *Nghiên cứu một số yếu tố liên quan đến dịch vụ y tế cho phụ nữ người Dao về khía cạnh văn hóa - xã hội tại huyện Bạch Thông tỉnh Bắc Kạn*, 2012, Luận án tiến sĩ y học, Đại học Thái Nguyên, Thái Nguyên.
25. **Đặng Thị Hoa (2005)**, *Tri thức địa phương về sức khỏe sinh sản của cộng đồng người Hmông ở Hòa Bình*, Luận án tiến sĩ, Viện Dân tộc học, Hà Nội.
26. **Đặng Thị Hoa (2001)**, "Vị thế của người phụ nữ H'mông trong gia đình và xã hội", *Tạp chí Khoa học về Phụ nữ*, số 1/2001, tr.33-36.
27. **Đinh Phương Hòa (2009)**, "Thực hành chăm sóc bà mẹ sau đẻ và trẻ sơ sinh tại nhà ở vùng núi tỉnh Thanh Hóa", *Tạp chí Y học Thực hành*, 664(6), tr.19-21.
28. **Tô Hoài (1965)**, "Tiếng hát làm dâu - Tiếng hát đau thương căm hờn tiếng thiết tha hi vọng nghìn đời của người phụ nữ Mèo", *Tạp chí Văn học*, số 2(62), tr.51-56.
29. **Đàm Khải Hoàn và Cs (2004)**, "Thực trạng kiến thức, thái độ, thực hành về sức khỏe sinh sản của phụ nữ dân tộc Mông huyện Đồng Hỷ (Thái Nguyên)", *Tạp chí Dân số và Phát triển*, số 2/2004.

30. **Khamphanh Prabouasone (2013)**, *Kiến thức, thực hành về làm mẹ an toàn của phụ nữ có con dưới 2 tuổi và hiệu quả can thiệp truyền thông tại tỉnh Bolikhamxay, năm 2010*, Luận án tiến sĩ y tế công cộng, Trường Đại học Y tế công cộng, Hà Nội.
31. **Phạm Phương Lan (2014)**, *Thực trạng chăm sóc sau sinh của bà mẹ ở hai bệnh viện trên địa bàn Hà Nội và đánh giá hiệu quả mô hình chăm sóc sau sinh tại nhà*, Luận án tiến sĩ y tế công cộng, Viện Vệ sinh Dịch tễ Trung ương, Hà Nội.
32. **Nhà xuất bản Giáo dục Việt Nam (2010)**, *Cộng đồng các dân tộc Việt Nam*, Hà Nội.
33. **Nhà xuất bản Thông tấn (2005)**, *Người Hmông ở Việt Nam*, Hà Nội.
34. **Nguyễn Hữu Nhân, Phạm Anh Tuấn (2004)**, "Tìm hiểu một số tập quán chăm sóc sức khỏe sinh sản của người Dao ở Yên Bái", *Tạp chí Dân số và Phát triển* 41(8). Website Tổng cục DS-KHHGD, <http://www.gopfp.gov.vn/vi/so-8-41>, truy cập ngày 22/05/2016.
35. **Trần Thị Liên Nhi (2011)**, *Kiến thức, thực hành về chăm sóc sức khỏe bà mẹ trẻ em-kế hoạch hóa gia đình của phụ nữ có con dưới 5 tuổi tại hai nhà máy tỉnh Thanh hóa*, Khóa luận tốt nghiệp Bác sĩ, Trường Đại học Y Hà Nội, Hà Nội.
36. **Vương Duy Quang (2005)**, *Văn hoá tâm linh của người H'mông ở Việt Nam truyền thống và hiện tại*, NXB Văn hoá – Thông tin, Hà Nội.
37. **Lê Thiện Thái (2012)**, "Phân tích một số yếu tố ảnh hưởng tới kiến thức, thực hành làm mẹ an toàn của có vợ 15-49 tuổi, có con nhỏ dưới 2 tuổi tại tỉnh Phú Thọ năm 2010-2011", *Tạp chí Y học Thực hành*, 186(4)-2012.
38. **Lê Ngọc Thắng (1993)**, "Thiết chế xã hội cổ truyền các dân tộc ít người ở Việt Nam - Loại hình và thông số", *Tạp chí Khoa học*, Trường Đại học Tổng hợp Hà Nội, (6), tr. 32-40.

39. **Lê Minh Thi (2006)**, "Tập quán chăm sóc sau sinh của phụ nữ và các yếu tố văn hóa - xã hội liên quan tại huyện Ân Thi, Hưng Yên", *Tạp chí Y tế Công cộng*, số 6 (6), 9.2006.
40. **Nguyễn Mạnh Tiến (2012)**, "Tiếng hát làm dâu, thân phận người phụ nữ H'mông trong cấu trúc xã hội phụ quyền", *Kỷ yếu Hội thảo Quốc tế Việt Nam học lần thứ 4*, Thư viện số Trung tâm Thông tin - Thư viện, Đại học Quốc gia Hà Nội, Hà Nội.
41. **Nguyễn Việt Tiến (2009)**, "Hiểu biết về các dấu hiệu nguy hiểm khi mang thai, khi sinh và sau sinh của các bà mẹ và ông bố có con nhỏ dưới 24 tháng tuổi tại 7 tỉnh", *Tạp chí Y học Thực hành*, (656) – số 4/2009, tr.71-74.
42. **Tổng cục Thống kê, UNICEF (2015)**, *Điều tra đánh giá các mục tiêu trẻ em và phụ nữ Việt Nam 2014, Báo cáo cuối cùng*, Hà Nội.
43. **Tổng cục Thống kê, UNICEF (2012)**, *Điều tra đánh giá các mục tiêu trẻ em và phụ nữ Việt Nam 2011, Báo cáo cuối cùng*, Hà Nội.
44. **Trung tâm Sáng kiến Sức khỏe và Dân số (CCIHP) (2015)**, *Báo cáo nghiên cứu Khảo sát chất lượng chăm sóc trước, trong và sau sinh ở tuyến cơ sở tại Nghệ An, Cao Bằng và Kon Tum*, Hà Nội.
45. **Trung tâm Tư vấn sức khỏe và Phát triển cộng đồng (CHD) (2016)**, *Báo cáo đánh giá cuối kỳ dự án Cải thiện sức khỏe bà mẹ và trẻ sơ sinh tỉnh Điện Biên*, Hà Nội.
46. **Trung tâm Y tế huyện Thuận Châu (2014)**, *Báo cáo Thống kê y tế huyện Thuận Châu năm 2013*, Sơn La.
47. **Trung tâm Y tế huyện Thuận Châu (2014)**, *Báo cáo tổng hợp về công tác chăm sóc sức khỏe sinh sản của huyện Thuận Châu và 2 xã Co Tông và xã Pá Lông năm 2013*, Sơn La.
48. **Trung tâm Y tế huyện Mường La (2014)**, *Báo cáo Thống kê y tế huyện Mường La năm 2013*, Sơn La.

49. **Trung tâm Y tế huyện Mường La (2014)**, *Báo cáo tổng hợp về công tác chăm sóc sức khỏe sinh sản của huyện Mường La và 2 xã Chiềng Ân và xã Chiềng Công năm 2013*, Sơn La.
50. **Ủy ban Dân tộc (2016)**, *Kết quả điều tra thực trạng kinh tế - xã hội 53 dân tộc thiểu số năm 2015*, Hà Nội.
51. **UNICEF (2009)**, *Báo cáo phân tích tình hình trẻ em tỉnh Điện Biên*, Website của UNICEF, http://www.unicef.org/vietnam/vi/resources_15561.html, truy cập ngày 1/5/2015.
52. **UNFPA (2008)**, *Sinh đẻ của cộng đồng dân tộc thiểu số: Nghiên cứu định tính tại Bình Định*, Website của UNFPA, https://vietnam.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/Childbirth_EM_Viet.pdf, truy cập ngày 2/5/2014.
53. **UNFPA (2008)**, *Sức khỏe sinh sản của đồng bào H'mông tỉnh Hà Giang*, *Nghiên cứu Nhân học y tế*, Nxb Y học, Hà Nội.
54. **UNFPA (2007)**, *Kiến thức và hành vi của cộng đồng dân tộc thiểu số về sức khỏe sinh sản*, UNFPA tại Việt Nam, Hà Nội.
55. **Đặng Nghiêm Vạn (1998)**, "Dòng họ, gia đình và vai trò phụ nữ", *Kỷ yếu Hội thảo Quốc tế Việt Nam học lần 1 năm 1998*, Thư viện số Trung tâm Thông tin - Thư viện, Đại học Quốc gia Hà Nội, Hà Nội.
56. **Lê Thị Vân, Vương Tiến Hoà (2009)**, "Nghiên cứu thực trạng chăm sóc sinh sản cho các bà mẹ tại huyện Chí Linh, tỉnh Hải Dương", *Tạp chí Nghiên cứu Y học*, Số 1 (18/06/2009).
57. **Hạc Văn Vinh, Đàm Khải Hoàn (2012)**, "Chăm sóc sức khỏe cho bà mẹ và trẻ em người dân tộc thiểu số ở tỉnh Yên Bái", *Kỷ yếu Hội thảo Quốc tế "Phát triển bền vững và xóa đói giảm nghèo cho đồng bào các dân tộc thiểu số ở khu vực miền núi năm 2014"*. Nxb Đại học Thái Nguyên, Thái Nguyên, tr 131-136.

Tài liệu nước ngoài

58. **Aijaz Sohag et al (2013)**, "Factors affecting utilization of antenatal care: the opinion of pregnant women", *Pak J Physiol* 2013;9(1). Available at: <http://www.pps.org.pk/PJP/9-1/Aijaz.pdf>, received on 12 Mar 2016
59. **Andrulis D, Brach C (2007)**, "Integrating literacy, culture, and language to improve health care quality for diverse populations", *American Journal of Health Behavior* (31), pp.122-133. Available at: www.cpehn.org/pdfs/Integrating%20Literace%20Paper%20-%20Andrulis.pdf. received on 10 Mar 2016
60. **Anita Chary, et al (2013)**, "The changing role of indigenous lay midwives in Guatemala: New frameworks for analysis", *Midwifery* (2013). Available at: <http://dx.doi.org/10.1016/j.midw.2012.08.011>, received on 15 Mar 2016.
61. **Barenes H (2007)**, "Postpartum traditions and nutrition practices among urban Lao women and their infants in Vientiane, Lao PDR" *European Journal of Clinical Nutrition advance*, online publication, doi:10.1038/sj.ejcn.1602928. Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3435433/>, received on 5 Apr 2015.
62. **Bibha Simkhada (2010)**, "The role of mothers-in-law in antenatal care decision-making in Nepal: a qualitative study", *BMC Pregnancy and Childbirth*, 2010, 10:34 DOI: 10.1186/1471-2393-10-34. Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2910658/>, received on 6 June 2015.
63. **Bibha Simkhada, et al (2008)**, "Factors affecting the utilization of antenatal care in developing countries: systematic review of the literature", *Journal of Advanced Nursing*, Volume 61, Issue 3 February 2008 Pages 244–260. DOI: 10.1111/j.1365-2648.2007.04532.x. Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18197860>, received on 8 June 2014.

64. **Bui Tu Quyen, Le Cu Linh, Rahman Z (2008)**, *Child health status and maternal and child care in Quang tri Province, Vietnam*, Available at: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19533886>, received on 17 Aug 2015.
65. **Carla AbouZahr (2003)**, "Safe Motherhood: a brief history of the global movement 1947–2002", *British Medical Bulletin*, Vol. 67 © The British Council 2003. Available at: <http://bmb.oxfordjournals.org/>, received on 11 July 2014.
66. **Center for Social Development Studies (2005)**, *Traditional beliefs, customs and practices surrounding care for pregnancy and delivery among ethnic women in Nghe An Province, 2005*, The VUFO-NGO Resource Centre library, Hà Nội.
67. **Dan K Kaye, et al (2014)**, "Male involvement during pregnancy and childbirth: men's perceptions, practices and experiences during the care for women who developed childbirth complications in Mulago Hospital, Uganda", *BMC Pregnancy Childbirth*, 2014 Jan 31;14:54. doi: 10.1186/1471-2393-14-54. Available at: <https://bmcpregnancychildbirth.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2393-14-54>, received on 23 July 2016.
68. **Dharma S Manandhar, et al (2004)**, "Effect of a participatory intervention with women's groups on birth outcomes in Nepal", *Lancet* 2004; 364: 970–79. Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15364188>, received on 6 Mar 2014.
69. **Duong Thi Thuy Doan, et al (2016)**, "Utilization of services provided by village based ethnic minority midwives in mountainous villages of Vietnam", *International Journal of Women's Health*, 2016:8, 571-580. Available at: <https://www.dovepress.com/utilization-of-services-provided-by-village-based-ethnic-minority-midw-peer-reviewed-fulltext-article-IJWH>, received on 2 Feb 2017.
70. **Elizabeth Echoka, et al (2014)**, "Barriers to emergency obstetric care services: accounts of survivors of life threatening obstetric complications in Malindi

- District, Kenya", *Pan Afr Med J*, 2014;17(Supp 1):4. Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3948378/> recieved on 21 Feb 2016.
71. **Ekechi Okereke, et al (2013)**, "Knowledge of safe motherhood among women in rural communities in northern Nigeria: Implication for maternal mortality reduction_2013", *Reproductive Health*, 2013, 10:57, Available at: <http://www.reproductive-health-journal.com/content/10/1/57>, recieved on 12 Jan 2015.
72. **Emily C. Evans (2012)**, "A review of cultural influence on maternal mortality in the developing world", *Midwifery*, Volume 29, Issue 5, Pages 490–496. Published Online: November 12, 2012. Available at: <http://dx.doi.org/10.1016/j.midw.2012.04.002>, recieved on 8 Mar 2014.
73. **Essence International LTD (2012)**, *KAP Survey on Maternal and Child Health in Karkaar Region of Puntland, Somalia*, Availabale at: http://www.hcssare.org/uploads/documents/Save_the_Children_KAP_survey.pdf, recieved on 22 Sep 2015.
74. **Finlayson K, Downe S (2013)**, "Why Do Women Not Use Antenatal Services in Low- and Middle-Income Countries? A Meta-Synthesis of Qualitative Studies", *PLoS Med*, 10(1): e1001373. doi:10.1371/journal.pmed.1001373. Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3551970/>, recieved on 22 Mar 2016.
75. **Furuta M, Salway S (2006)**, "Women's position within the household as a determinant of maternal health care use in Nepal", *Int Fam Plan Perspect*, 2006, 32 (1): 17-27. 10.1016/0277-9536(95)00411-4. Availabale at: <https://www.guttmacher.org/journals/ipsrh/2006/03/womens-position-within-household-determinant-maternal-health-care-use-nepal>, recieved on 9 Sep 2014.
76. **Ganle JK, Dery L (2015)**, "What men don't know can hurt women's health': a qualitative study of the barriers to and opportunities for men's involvement in

- maternal healthcare in Ghana", *Reprod Health*, 2015 Oct 10;12:93. doi: 10.1186/s12978-015-0083-y. Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4600282/>, received on 25 Nov 2016.
77. **Ghazi Tabatabaie, et al (2012)**, "Home birth and barriers to referring women with obstetric complications to hospitals: a mixed- methods study in Zahedan, southeastern Iran", *Reproductive Health* 2012, 9, pp. 5, Available at: <http://www.reproductive-health-journal.com/content/9/1/5>, received on 2 Oct 2014.
78. **Ghirmay A. Michael (2006)**, "Knowledge Attitude and Practice Towards Skilled Care Attendance among Women of Reproductive Age Group in Eritrea", *Journal of Eritrean Medical Association Jema*, Vol 4, No (2009), Available at: <https://www.ajol.info/index.php/jema/index>, received on 6 July 2015.
79. **Harriet Adong (2011)**, *Knowledge, perceptions and practices in pregnancy and childbirth in Uganda: An Exploratory study of Nangabo Subcounty, Wakiso district, Uganda*, Degree of Master of Arts of Makerere University Kampala, Uganda. Available at: <http://catalog.ihsn.org/index.php/citations/37813>, received on 6 July 2014.
80. **Herz, Barbara, Measham, Anthony R (1987)**, *The safe motherhood initiative: proposals for action*, Washington DC, World Bank. Available at: <http://documents.worldbank.org/curated/en/759421467990380310/The-safe-motherhood-initiative-proposals-for-action>, received on 23 Mar 2014.
81. **Hussein J, Kanguru L, Astin M, Munjanja S (2012)**, "The Effectiveness of Emergency Obstetric Referral Interventions in Developing Country Settings: A Systematic Review", *PLoS Med* 9(7): e1001264. doi:10.1371/journal.pmed.1001264. Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3393680/>, received on 14 June 2015.

82. **Janet Smylie, et al (2015)**, "Understanding the role of Indigenous community participation in Indigenous prenatal and infant-toddler health promotion programs in Canada: A realist review", *Social Science & Medicine*, Volume 150, February 2016, Pages 128-143. Available at: <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2015.12.019>, recieved on 2 Oct 2016.
83. **Joanna Whitea, Pauline Oosterhoff and Huong Thi Nguyen (2012)**, "Deconstructing 'barriers' to access: Minority ethnic women and medicalised maternal health services in Vietnam", *Global Public Health*, Vol. 00, No. 00, Month 2012, 1-13, Available at: http://www.ngocentre.org.vn/webfm_send/3443, recieved on 8 July 2014.
84. **Johns Hopkins Center for Communication Programs, UNFPA (2004)**, *Measuring the Effects of the SIAGA Behavior Change Campaign in Indonesia*, Available at: http://pdf.usaid.gov/pdf_docs/Pnada613.pdf, recieved on 12 Mar 2016.
85. **Joseph Sam Kanu, Yuan Tang (2014)**, "Assessment on the Knowledge and Reported Practices of Women on Maternal and Child Health in Rural Sierra Leone: A Cross-Sectional Survey", *PLoS One*, 2014; 9(8): e105936, Published online 2014 Aug 28. doi: 10.1371/journal.pone.0105936. Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4148396/>, recieved on 25 Nov 2015.
86. **Joshua Sumankuuro (2013)**, *Systematic Assessment of the contribution of Traditional Birth Attendants in Developing Countries towards achieving Millennium Development Goals*. Available at: <http://ijoshua200.wordpress.com/2013/08/30/systematic-assessment-of-the-contribution-of-traditional-birth-attendants-in-developing-countries-towards-achieving-millennium-development-goals/>, recieved on 7 Sep 2014.
87. **Judith R. Bale, Barbara J. Stoll (2003)**, "Improving Birth Outcomes: Meeting the Challenge in the Developing World", *Committee on Improving Birth*

Outcomes, Available at: <http://www.nap.edu/catalog/10841.html>, received on 15 Oct 2014.

88. **Kandeh HBS, Leigh B, et al (1997)**, "Community motivations promote use of emergency obstetric services in rural Sierra Leone", *International Journal of Gynaecology and Obstetrics*, 1997; 59(Suppl.2): S209-S218. Available at: https://www.academia.edu/19071712/Community_motivators_promote_use_of_emergency_obstetric_services_in_rural_Sierra_Leone, received on 3 June 2014.
89. **Khanum P, M. Quaiyum, A. Islam, and S. Ahmed (2000)**, *Complications of Pregnancy and Childbirth: Knowledge and Practices of Women in Rural Bangladesh*, Dhaka, Bangladesh: Center for Health and Population Research. Available at: <http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download;jsessionid=025B0414E5BBE7585B1281EB3059896B?doi=10.1.1.520.6160&rep=rep1&type=pdf>, received on 15 Nov 2014.
90. **Kapil Gyawali (2013)**, "Knowledge and practices on maternal health care among mothers: A Cross sectional study from rural areas of mid-western development region Nepal", *Journal of the Scientific Society*, Vol 40 / Issue 1 / January-April 2013. Available at: <http://www.jscisociety.com/article.asp?issn=0974-5009;year=2013;volume=40;issue=1;spage=9;epage=13;aulast=Gyawali>, received on 10 Feb 2015.
91. **Kenneth R. McLeroy (1988)**, "An Ecological Perspective on Health Promotion Programs", *Health Education Quarterly*, Vol.15(4): 351-377 (Winter 1988). Available at: https://www.academia.edu/170661/An_Ecological_Perspective_on_Health_Promotion_Programs, received on 28 June 2015.
92. **Kimberly Smith, et al (2004)**, *Knowledge, Attitudes, and Practices Related to Maternal Health in Bla, Mali: Results of a Baseline Survey*, Partners for Health

Reformplus. Available at: http://www.phrplus.org/Pubs/Tech040_fin.pdf, received on 12 Oct 2014.

93. **Kim-Godwin YS (2003)**, "Postpartum beliefs and practices among non-Western cultures", *MCN Am J Matern Child Nurs*, 2003 Mar-Apr;28(2):74-8; quiz 79-80, Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12629311>, received on 3 Nov 2014.
94. **Koblinsky, Campbell (2003)**, *Factors affecting the reduction of maternal mortality. In : Koblinsky ME, editor. Reducing Maternal Mortality: learning from Bolivia, China, Egypt, Honduras, Indonesia, Jamaica and Zimbabwe.* Washington DC: World Bank, 2003. p 5-37. Available at: <http://documents.worldbank.org/curated/en/262811468771721342/pdf/multi0page.pdf>, received on 24 Oct 2014.
95. **Lale Saya, et al (2014)**, "Global causes of maternal death: a WHO systematic analysis", *Lancet Glob Health*, 2014; 2: e323–33 Published Online May 6, 2014, Available at: [http://dx.doi.org/10.1016/S2214-109X\(14\)70227-X](http://dx.doi.org/10.1016/S2214-109X(14)70227-X), received on 17 July 2015.
96. **Lale Saya, Rosalind Raine (2007)**, *A systematic review of inequalities in the use of maternal health care in developing countries: examining the scale of the problem and the importance of context*, Bulletin of the World Health Organization. Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2636485/>, received on 11 June 2014.
97. **Laura Fugmann (2013)**, *Ethnic midwives of Meo Vac, Vietnam their influence on reproductive health perspectives and practices among Hmong women*, Available at: <https://core.ac.uk/download/pdf/43029060.pdf>, received on 12 Nov 2016.
98. **Lewis et al (2015)**, "The role of husbands in maternal health and safe childbirth in rural Nepal: a qualitative study", *BMC Pregnancy and Childbirth*, 2015 15:162 DOI: 10.1186/s12884-015-0599-8. Available at:

<https://bmcpregnancychildbirth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12884-015-0599-8>, received on 16 July 2016.

99. **Li Chen, et al (2014)**, "Coverage, quality of and barriers to postnatal care in rural Hebei, China: a mixed method study", *BMC Prenancy and Childbirth*, 2014, 14:31, Available at: <http://www.biomedcentral.com/1471-2393/14/31>, received on 11 Oct 2016.
100. **Liu, et al (2010)**, "The evaluation of "Safe Motherhood" program on maternal care utilization in rural western China: a difference in difference approach", *BMC Public Health*, 2010, 10:566. Available at: <http://www.biomedcentral.com/1471-2458/10/566>, received on 2 Jan 2014.
101. **Manju Sharma (2012)**, "Knowledge, attitude and belief of pregnant women towards safe motherhood in a rural Indian setting", *Social Sciences Directory*, 1 (1), pp. 13-18, September 2012. Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4176136/>, received on 24 Nov 2016.
102. **Margaret Mboho, Ukeme Eyo (2012)**, "Services of The Traditional Birth Attendants: How Relevant in Achieving Millennium Development Goal 5?" *Academic Research International*, Vol. 2, No. 3, May 2012. Available at: [http://www.savap.org.pk/journals/ARInt./Vol.2\(3\)/2012\(2.3-87\).pdf](http://www.savap.org.pk/journals/ARInt./Vol.2(3)/2012(2.3-87).pdf), received on 27 July 2015.
103. **Marline A. Spring, et al (1995)**, "Sociocultural Factors in the Use of Prenatal Care by Hmong Women, Minneapolis", *American Journal of Public Health*, July 1995, Vol. 85, No. 7. Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1615525/>, received on 8 Jan 2015.
104. **Mats Malqvist (2010)**, *Who can save the unseen - Studies on Neonatal mortality in Quang Ninh province. Vietnam*, PhD thesis from Uppsala University.

Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3060998/>, received on 23 Mar 2014.

105. **Montagu D, Yamey G, Visconti A, Harding A, Yoong J (2011)**, "Where Do Poor Women in Developing Countries Give Birth? A Multi-Country Analysis of Demographic and Health Survey Data", *PLoS ONE* 6(2): e17155. doi:10.1371/journal.pone.0017155. Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3046115/>, received on 9 Mar 2013.
106. **Moyer and Mustafa (2013)**, "Drivers and deterrents of facility delivery in sub-Saharan Africa: a systematic review", *Reproductive Health*, 2013, 10:40, Available at: <http://www.reproductive-health-journal.com/content/10/1/40>, received on 5 May 2015.
107. **Mwangome FK, Holding PA, Songola KM, Bomu GK (2012)**, "Barriers to hospital delivery in a rural setting in Coast Province, Kenya: community attitude and behaviours", *Rural and Remote Health*, 12: 1852. Available at: <https://www.rrh.org.au/journal/article/1852>, received on 24 Nov 2016.
108. **National Committee for Population and Family Planning of Viet Nam (1996)**, *Reproductive Health Survey 1995 (VNRHS-95): Promotion of Family Health in 5 Provinces of Vietnam*, Ha Noi, Vietnam.
109. **Nazo Kureshy (2000)**, "MotherCare's Community Assessments: Understanding Family and Community Behaviors and Practices", *MotherCare Matters* Volume 8, No. 3-4—January 2000. Available at: http://pdf.usaid.gov/pdf_docs/Pnack531.pdf, received on 17 Sep 2014.
110. **Nawzia Yasmin et al (2009)**, "Knowledge, Attitude and Practice Regarding Hospital Delivery among Rural Married Women in Northern Bangladesh", *Ibrahim Med. Coll. J*, 3(1), pp. 17-20. Available at: <https://www.banglajol.info/index.php/IMCJ/article/view/2914>, received on 11 Oct 2014.

111. **Net Kim et al (2013)**, *Early postnatal care and its determinants in Cambodia - Further Analysis of the Cambodia Demographic and Health Survey*, Available at: <http://countryoffice.unfpa.org/cambodia.pdf>, received on 7 Sep 2015.
112. **Nguyen Thi Huong, Pauline Oosterhoff, Joanna White (2011)**, "Aspirations and realities of love, marriage and education among Hmong women" *Journal Culture, Health & Sexuality*, volume 13, 2011, published online: 08 Nov 2011, Available at: <http://dx.doi.org/10.1080/13691058.2011.626074>, received on 2 Nov 2014.
113. **Nichter Mark, Nichter Mimi (1983)**, "The ethnophysiology and folk dietetics of pregnancy: A case study from South India", *Human Organization*, 42(3), pp. 235-246, A review of available information, Geneva: WHO. Available at: http://www.jstor.org/stable/44126006?seq=1#page_scan_tab_contents, received on 8 Jan 2014.
114. **Nighat Sultana and Babar Tasneem Shaikh (2015)**, "Low utilization of postnatal care: searching the window of opportunity to save mothers and newborns lives in Islamabad capital territory, Pakistan", *BMC Res Notes*. 2015; 8: 645. Published online 2015 Nov 4. doi: 10.1186/s13104-015-1646-2. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4634588/>, received on 11 Aug 2014.
115. **NIN (1993)**, *Report on Progress Assessment of the Anemia control project in 14 WFP beneficiary province of Vietnam*, National Institute of Nutrition, Ha Noi.
116. **Nylander PP, Adekunle AO (1990)**, "Antenatal care in developing countries", *Baillieres Clin Obstet Gynaecol*, 1990 Mar; 4(1):169-86, Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2205429>, received on 12 May 2014.
117. **Olufunke M Ebuehi, IA Akintujoye (2012)**, "Perception and utilization of traditional birth attendants by pregnant women attending primary health care clinics in a rural Local Government Area in Ogun State, Nigeria", *Int J Womens Health*, 2012; 4: 25-34, Published online 2012 Feb

7. doi: 10.2147/IJWH.S23173. Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3282603/>, recieved on 26 Mar 2015.
118. **Otis KE, Brett JA (2008)**, "Barriers to hospital births: why do many Bolivian women give birth at home?", *Rev Panam Salud Publica*. 2008;24(1):46–53. Available at: <https://pdfs.semanticscholar.org/da71/8eb3a7c96261eaef304daa8a163929dd9e58.pdf>, recieved on 4 May 2014.
119. **Paul M. Schyve (2007)**, "Language Differences as a Barrier to Quality and Safety in Health Care: The Joint Commission Perspective", *J Gen Intern Med* 22(Suppl 2):360–1 DOI: 10.1007/s11606-007-0365-3. Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2078554/>, recieved on 12 Jun 2014.
120. **Pell C, et al (2013)**, "Factors Affecting Antenatal Care Attendance: Results from Qualitative Studies in Ghana, Kenya and Malawi", *PLoS ONE* 8(1): e53747. doi:10.1371/journal.pone.0053747. Available at: <http://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0053747>, recieved on 7 July 2015.
121. **Pett, M.A., N.R. Lackey, and J.J. Sullivan (2003)**, *Making sense of factor analysis: The use of factor analysis for instrument development in health care research*, SAGE Publications, Inc (1667).
122. **Rae Galloway, et al (2002)**, "Women's perceptions of iron deficiency and anemia prevention and control in eight developing countries", *Social Science & Medicine*, 55, pp. 529-544. Available at: <https://pdfs.semanticscholar.org/e94a/a989ba38c1b4e50088336e42aad5a6ce298.pdf>, recieved on 22 July 2013.
123. **Raman S, Srinivasan K, Kurpad A, Razee H, Ritchie J (2014)**, "Nothing Special, Everything Is Maamuli: Socio-Cultural and Family Practices Influencing

- the Perinatal Period in Urban India", *PLoS ONE* 9(11): e111900. doi:10.1371/journal.pone.0111900. Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4219795/>, recieved on 28 Mar 2016.
124. **Robert W. Putsch (1990)**, "Dealing with Patients from Other Cultures", *Clinical Methods: The History, Physical, and Laboratory Examinations*. 3rd edition. Butterworth Publishers, a division of Reed Publishing, Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK340/>, recieved on 3 Nov 2013.
125. **Roth D, et al (2001)**, "Promoting Safe Motherhood in the Community: The Case for Strategies That Include Men." *African Journal of Reproductive Health* 5(2): 10-21. Available at: <https://www.ajol.info/index.php/ajrh/article/viewFile/7676/13868>, recieved on 15 Oct 2014.
126. **Sabine Gabrysch, et al (2009)**, "Still too far to walk: Literature review of the determinants of delivery service use", *BMC Pregnancy Childbirth*, 2009; 9: 34, Published online 2009 Aug 11. doi: 10.1186/1471-2393-9-34. Available at: <https://bmcpregnancychildbirth.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2393-9-34>, recieved on 11 Nov 2014.
127. **Saffron Karlsen, et al. (2011)**, "The relationship between maternal education and mortality among women giving birth in health care institutions: Analysis of the cross sectional WHO Global Survey on Maternal and Perinatal Health", *BMC Public Health*, 606 (11), pp. 1-10. Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3162526/>, recieved on 3 May 2013.
128. **Saifuddin Ahmed, Mona Sharan and Qingfeng Li (2014)**, *Why Poor Women Don't Deliver at Health Facilities in Developing Countries? A Comparison of Economic and Cultural Barriers*, Available at: <http://paa2013.princeton.edu/papers/132663>, recieved on 21 Sep 2014.

129. **Samuel E, et al. (2008)**, "Antenatal care in The Gambia: Missed opportunity for information, education and communication", *BMC Pregnancy and Childbirth*, 2008, 8:9 doi:10.1186/1471-2393-8-9, Available at: <http://www.biomedcentral.com/1471-2393/8/9>, recieved on 11 Aug 2014.
130. **Saomony Chhay (2008)**, "Factors Influencing Postpartum Checkups among Mothers in Cambodia", *The 2nd International Conference on Reproductive Health and Social Sciences Research, Thai Lan*, August 8, 2008. p141. Available at: <http://mulinet11.li.mahidol.ac.th/thesis/2551/cd419/5037964.pdf>, recieved on 2 Nov 2013.
131. **Save the Children (2012)**, *KAP Survey on Maternal and Child Health in Karkaar Region of Puntland, Somalia Report*, Available from: http://hcsshare.org/uploads/documents/Save_the_Children_KAP_survey.pdf, recieved on 26 May 2014.
132. **Schiffman J, Darmstadt GL (2010)**, "Community-based intervention packages for improving perinatal health in developing countries: a review of the evidence", *Semin Perinatol*, 2010 Dec; 34(6):462-76. doi: 10.1053/j.semperi.2010.09.008, Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21094420>, recieved on 4 Sep 2014.
133. **Shaheen Akhter (2006)**, *Knowledge, Attitude and Practice on Reproductive Health and Right of Urban and Rural Women in Bangladesh*, Available at: <http://kamome.lib.ynu.ac.jp/dspace/bitstream/10131/3157/1/3-131-Akhter.pdf>, recieved on 4 May 2013.
134. **Shehu D, et al (1997)**, "Mobilizing transport for obstetric emergencies in North-western Nigeria", *International Journal of Gynaecology an Obstetrics*, 1997; 59(Suppl.2): S173-S180. Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9389629>, recieved on 8 July 2012.
135. **Sibley LM, Sipe TA (2004)**, "What can a meta analysis tell us about traditional birth attendant training and pregnancy outcomes?", *Midwifery*, 20, pp. 51-60.

Available at: [http://www.midwiferyjournal.com/article/S0266-6138\(03\)00053-6/fulltext](http://www.midwiferyjournal.com/article/S0266-6138(03)00053-6/fulltext), recieved on 23 Jun 2011.

136. **Simkhada (2008)**, "Factors affecting the utilization of antenatal care in developing countries - systematic review of the literature", *J Adv Nurs*, 2008 Feb;61(3):244-60. doi: 10.1111/j.1365-2648.2007.04532.x, Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18197860>, recieved on 7 Jun 2015.
137. **Singleton, K., Krause, E. (2009)**, "Understanding Cultural and Linguistic Barriers to Health Literacy", *The Online Journal of Issues in Nursing*, 14 (3), Manuscript 4. Available at: <http://www.nursingworld.org/MainMenuCategories/ANAMarketplace/ANAPeriodicals/OJIN/TableofContents/Vol142009/No3Sept09/Cultural-and-Linguistic-Barriers-.html>, recieved on 12 Aug 2016.
138. **Small R, Rice PL, Yelland J, Lumley J (1999)**, "Mothers in a new country: the role of culture and communication in Vietnamese, Turkish and Filipino women's experiences of giving birth in Australia", *Women Health*. 1999;28(3):77-101, Available at: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10374809>, recieved on 2 May 2013.
139. **Stoltzfus R & Dreyfuss M (1998)**, *Guidelines for the Use of Iron Supplements to Prevent and Treat Iron Deficiency Anemia*, International Nutritional Anemia Consultative Group (INACG), World Health Organization (WHO), and United Nations Children's Fund (UNICEF). Available at: http://www.who.int/nutrition/publications/micronutrients/anaemia_iron_deficiency/1-57881-020-5/en/, recieved on 24 Oct 2015.
140. **Sundari, T. (1993)**, "Can Health Education Improve Pregnancy Outcome: Report of a Grassroots Action-Education Campaign?" *Journal of Family Welfare* 39(1): 1-12. Available at: <http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.474.40&rep=rep1&type=pdf>, recieved on 29 Nov 2013.

141. **Sundari TK (1992)**, "The untold story: how the health care system in developing countries contribute to maternal mortality", *Int J Health Serv*, 22, pp. 513-518. Available at: http://journals.sagepub.com/doi/abs/10.2190/91YH-A52T-AFBB-1LEA?url_ver=Z39.88-2003&rfr_id=ori:rid:crossref.org&rfr_dat=cr_pub%3dpubmed, recieved on 6 Dec 2013.
142. **Susanna Kauppi (2015)**, *Behaviour change and communication - a descriptive literature review of behavior change and communication in Sub-Saharan countries*, Master's Degree in Global Health Care, Diaconia University of Applied Sciences. Available at: https://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/102402/Kauppi_Susanna.pdf?sequence=1, recieved on 1 Nov 2016.
143. **Thaddeus S, Nangalia R, Vivio D (2004)**, "Perceptions matter: barriers to treatment of postpartum hemorrhage", *J Midwifery Womens Health*, 2004 Jul-Aug;49(4):293-7, Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15236708>, recieved on 3 May 2014.
144. **Thaddeus S, Maine D (1994)**, "Too far to walk: maternal mortality in context", *Soc Sci Med*, 1994, 38 (8): 1091-1110. 10.1016/0277-9536(94)9022. Available at: https://www.academia.edu/12484630/Too_far_to_walk_Maternal_mortality_in_context, recieved on 8 Oct 2013.
145. **UNESCO (2005)**, *First Language First: Community-based Literacy Programmes for Minority Language Contexts in Asia*, Available at: <http://unesdoc.unesco.org/images/0014/001402/140280e.pdf>, recieved on 15 Nov 2014.
146. **UNICEF (2017)**, *Maternal and Newborn Health Disparities Country Profiles*, Update Nov 22, 2016, Available at: <https://data.unicef.org/resources/maternal-newborn-health-disparities-country-profiles/>, recieved on 5 Jan 2017.
147. **UNICEF (2017)**, *Only half of women worldwide receive the recommended amount of care during pregnancy*, Available from

- <https://data.unicef.org/topic/maternal-health/antenatal-care/#>. Updated: Apr 2017, Available at: <https://data.unicef.org/topic/maternal-health/antenatal-care/#>, received on 6 May 2017.
148. **UNICEF (2017)**, *Despite accelerated recent progress, millions of births occur annually without any assistance from a skilled attendant at birth*, Available at: <https://data.unicef.org/topic/maternal-health/delivery-care/#>. Updated: Jun 2017, Available at: <https://data.unicef.org/topic/maternal-health/delivery-care/#>, received on 8 July 2017.
149. **UNICEF (2017)**, *Elimination of Maternal and Neonatal Tetanus*, Updated 4 April 2017, Available at: https://www.unicef.org/health/index_43509.html, received on 5 May 2017.
150. **UNICEF (2015)**, *Levels & Trends in Child Mortality, Report 2015 Estimates Developed by the UN Inter-agency Group for Child Mortality Estimation*. Available at: http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/levels_trends_child_mortality_2015/en/, received on 24 Nov 2016.
151. **UNICEF (2014)**, *Committing to Child Survival: A Promise Renewed Progress Report 2014*, Available at: http://files.unicef.org/publications/files/APR_2014_web_15Sept14.pdf, received on 22 Jun 2015.
152. **UNICEF (2006)**, "Viet Nam eliminates maternal and neonatal tetanus", *World Medical Journal* Vol.52No. 3, September 2006: p.80-81. Available at: <https://www.wma.net/wp-content/uploads/2016/11/wmj11.pdf>, received on 22 Jun 2015.
153. **UNFPA (2012)**, *Rich Mother - Poor Mother – The Social Determinants Of Maternal Death And Disability*, Available at: <https://www.unfpa.org/sites/default/files/resource-pdf/EN-SRH%20fact%20sheet-Poormother.pdf>, received on 4 May 2014.

154. **UNFPA (2008)**, *Reproductive Health of Ethnic Minority Groups in the Greater Mekong Sub-region*, Available at: <http://asiapacific.unfpa.org/en/publications/reproductive-health-ethnic-minority-groups-greater-mekong-sub-region>, recieved on 17 Aug 2013.
155. **USAID (2014)**, *An Innovative Approach to Involving Men in Maternal and Newborn Health Care: Program Experiences in the Department of Matagalpa, Nicaragua*, Available at: http://pdf.usaid.gov/pdf_docs/pbaaa130.pdf, recieved on 2 Jun 2016.
156. **USAID (2013)**, *USAID/Bangladesh: Final Evaluation of the MaMoni Integrated Safe Motherhood, Newborn Care and Family Planning Project*, Available at: http://pdf.usaid.gov/pdf_docs/pdacy101.pdf, recieved on 8 Sep 2015.
157. **USAID (2013)**, *Suaahara Baseline Survey Report*, Available at: http://pdf.usaid.gov/pdf_docs/PA00KC2C.pdf, recieved on 14 July 2016.
158. **WHO (2015)**, *10 facts on maternal health, updated 2015*, Available at: http://www.who.int/features/factfiles/maternal_health/en, recieved on 11 Aug 2016.
159. **WHO (2015)**, *Global Reference List of 100 Core Health Indicators*. Available at: <http://www.who.int/healthinfo/indicators/2015/en/>, recieved on 4 May 2016.
160. **WHO (2015)**, *Trends in Maternal Mortality: 1990 to 2015 Estimates by WHO, UNICEF, UNFPA, World Bank Group and the United Nations Population Division*. Available at: <http://www.who.int/reproductivehealth/publications/monitoring/maternal-mortality-2015/en/>, recieved on 12 Mar 2016.
161. **WHO (2015)**, *The global prevalence of anaemia in 2011*, Avable at: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/177094/1/9789241564960_eng.pdf, recieved on 27 Nov 2016.

162. **WHO (2014)**, *Global nutrition targets 2025: anaemia policy brief*, Available at: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/148556/1/WHO_NMH_NHD_14.4_eng.pdf?ua=1, recieved on 2 Sep 2015.
163. **WHO, UNICEF (2014)**, *Every Newborn An Action Plan To End Preventable Deaths*, Available at: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/127938/1/9789241507448_eng.pdf, recieved on 6 Nov 2015.
164. **WHO (2010)**, *Working with individuals, families and communities to improve maternal and newborn health*, Available at: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/84547/3/WHO_MPS_09.04_eng.pdf, recieved on 4 Jun 2013.
165. **WHO (2005)**, *The world health report 2005 – Make every mother and child count*. Available at: <http://www.who.int/whr/2005/en/>, recieved on 2 May 2010.
166. **WHO (2005)**, *Maternal mortality in Vietnam, 2000 - 2001: an in-depth analysis of causes and determinants*. Available at: http://www.wpro.who.int/publications/PUB_929061191X/en/, recieved on 4 Jun 2011.
167. **WHO (2005)**, *Postnatal care. In Opportunities for Africa's Newborns*, Available at: <http://www.who.int/pmnch/media/publications/oanfullreport.pdf>, recieved on 8 Aug 2010.
168. **WHO, UNICEF (2003)**, *Antenatal Care in developing Countries: Promises, Achievements and Missed Opportunities: An Analysis of Trends, Levels, and Differentials: 1990-2001*. Geneva, New York: WHO & UNICEF. Available at: http://www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal_perinatal_health/9241590947/en/, recieved on 8 Aug 2010.
169. **WHO (2001)**, *Programming for male involvement in reproductive health - Report of the meeting of WHO Regional Advisers in Reproductive Health*, Available at: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/67409/1/WHO_FCH_RHR_02.3.pdf, recieved on 3 Oct 2010.

170. **WHO (1986)**, *Maternal Mortality: Helping women off the road to death*, WHO Chronicle 40, 175-183, 1986.). Available at: [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/46514/1/WHO_Chronicle_1986_40\(5\)_175-183_eng.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/46514/1/WHO_Chronicle_1986_40(5)_175-183_eng.pdf), received on 4 Aug 2010.
171. **Yang Ye, et al. (2010)**, "Factors affecting the utilization of antenatal care services among women in Kham district, Xiengkhouang province. Lao PDR", *Nagoya J. Med. Sci*, 72. 23 ~ 33, 2010. Available at: http://ir.nul.nagoya-u.ac.jp/jspui/bitstream/2237/12906/1/p023-034_Ye.pdf, received on 23 Nov 2010.
172. **Zulfiqar A Bhutta, et al (2008)**, *Implementing community-based perinatal care: results from a pilot study in rural Pakistan*, Bulletin of the World Health Organization 2008;86:452–459, Available at: <http://www.who.int/bulletin/volumes/86/6/07-045849.pdf>, received on 25 Dec 2010.

PHỤ LỤC