

CAN THIỆP CỘNG ĐỒNG THAY ĐỔI HÀNH VI CHĂM SÓC TRẺ MẮC NHIỄM KHUẨN HÔ HẤP CẤP TÍNH CỦA CÁC BÀ MẸ

NGUYỄN THỊ MINH HIẾU - Viện Chiến lược và Chính sách Y tế

ĐẶT VẤN ĐỀ

Nhiều nghiên cứu đánh giá cho thấy nguyên nhân tử vong của trẻ là do không được đưa đến cơ sở y tế kịp thời và không được điều trị đúng[4]. Vì vậy, mặc dù có nhiều can thiệp, nhưng Truyền thông giáo dục sức khỏe (TTGDSK) nhằm cấp kiến thức, kỹ năng và tác động thay đổi hành vi chăm sóc trẻ NKHHCT luôn là biện pháp hàng đầu TCYTTG khuyến cáo các nước thực hiện[1]. Nhiều nước trên thế giới, phạm vi, đối tượng TTGDSK phòng chống NKHHCT cho trẻ dưới 5 tuổi cũng không còn gói gọn trong hệ thống y tế mà đã mở rộng ra các đối tượng khác có liên quan như người chăm sóc trẻ, gia đình, cộng đồng để đưa trẻ đến cơ sở y tế kịp thời và biết cách chăm sóc trẻ tại nhà

Nhờ TTGDSK kết hợp với các can thiệp khác nên việc phòng chống NKHHCT đã đạt được nhiều kết quả khả quan. Tỷ lệ tử vong do NKHHCT, tại Việt Nam cũng như nhiều nước, của thập kỷ 90 giảm rõ rệt so với thập kỷ 80[2].

Tuy nhiên kết quả TTGDSK của Chương trình phòng chống NKHHCT vẫn chưa đạt được như mục tiêu đề ra. Chủ yếu các nội dung truyền thông được xây dựng bởi các nhà chuyên môn nên chưa phù hợp với trình độ nhận thức của bà mẹ. Các đối tượng thường không được tham gia chủ động vào quá trình TTGDSK mà chỉ được nhận thông tin một cách thụ động[3]. Do vậy, nghiên cứu phát hiện, lựa chọn những biện pháp TTGDSK hiệu quả nâng cao kiến thức, thực hành chăm sóc trẻ NKHHCT là rất cần thiết.

Bài báo này trình bày kết quả nghiên cứu can thiệp TTGDSK thay đổi hành vi của các bà mẹ trong chăm sóc trẻ NKHHCT. Trong đó, bà mẹ giữ vai trò chủ động trong toàn bộ quá trình can thiệp TTGDSK (từ xây dựng kế hoạch, nội dung và triển khai TTGDSK).

PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đây là nghiên cứu can thiệp có đối chứng. Nhóm can thiệp tại huyện Ba Vì có 301 bà mẹ và nhóm đối chứng tại huyện Đan Phượng có 324 bà mẹ có con dưới 36 tháng tuổi đã tham gia nghiên cứu can thiệp. Phương pháp can thiệp là TTGDSK kết hợp với giám sát (giám sát hỗ trợ và giám sát đồng đẳng). Toàn bộ số liệu được nhập bằng phần mềm Epidata và xử lý bằng chương trình STATA 9.0SE.

KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

1. Đặc điểm của đối tượng nghiên cứu:

Các bà mẹ trong nghiên cứu có độ tuổi trung bình là 27,63±4,90. Độ tuổi trung bình của nhóm bà mẹ Ba Vì cao hơn không đáng kể so với nhóm bà mẹ ở Đan Phượng với p<0,05. Ở cả 2 huyện các bà mẹ có 2 con chiếm tỷ lệ cao nhất. Đa đa số bà mẹ thuộc hai huyện có nghề nghiệp chính làm nông nghiệp. Tỷ lệ này ở huyện Ba Vì và ở Đan Phượng tương ứng là 79,4% và 80,6%. Tỷ lệ các nhóm trình độ học vấn của hai huyện cũng khá tương đồng. Chiếm tỷ lệ cao nhất là các bà mẹ có trình độ cấp 2.

2. Thực hành chăm sóc trẻ bệnh

Chăm sóc trẻ tại nhà gồm ba hoạt động thiết yếu nhất là chăm sóc trẻ ốm, theo dõi các dấu hiệu cần đi khám ngay và tái khám. Chăm sóc tích cực trẻ mới nhanh hồi phục sức khỏe, chống suy dinh dưỡng sau khi mắc NKHHCT [4]. TCYTTG khuyến cáo bà mẹ cần tăng cường cho trẻ bú/ăn và uống nước nhiều khi trẻ mắc NKHHCT để trẻ có thể nhanh chóng hồi phục[5]. Dựa trên những khuyến cáo của TCYTTG và những phát hiện trong đánh giá ban đầu, chúng tôi đã xây dựng nội dung truyền thông cách chăm sóc trẻ tại nhà gồm bốn nội dung chính: cho ăn nhiều hơn, cho bú hoặc uống nhiều hơn, làm thông thoáng mũi họng, giữ ấm vào mùa đông và làm mát vào mùa hè.

Khái niệm ăn nhiều, uống nhiều hơn là những khái niệm mang tính tương đối. Sẽ rất khó khăn để có thể lượng giá chính xác khẩu phần ăn của trẻ trong từng bữa. Đây cũng là một vấn đề phụ thuộc nhiều yếu tố như hoàn cảnh kinh tế cho phép của từng gia đình. Vì lý do đó, các hướng dẫn quốc tế thường không đưa ra chuẩn mực quy định cụ thể lượng thức ăn, nước uống cũng như các thành phần của khẩu phần ăn mà chỉ hướng dẫn và đánh giá một cách tương đối[5]. Nghiên cứu này cũng xây dựng thông điệp truyền thông là tăng cường cho trẻ ăn uống trong và sau khi ốm, nghĩa là với khối lượng tăng hơn so với bình thường. Đây cũng là một tiêu chí được sử dụng trong đánh giá trước và sau can thiệp.

Bảng 1: So sánh thực hành chăm sóc trẻ tại nhà của bà mẹ

Chăm sóc trẻ ốm	Can thiệp				Đối chứng			
	TCT	SCT	Chênh	CSHQ	TCT	SCT	Chênh	CSHQ
	n=211	n=198			n=171	n=189		
Tăng cường ăn	61	93			65	56		
	28,9%	54,4%	25,5 ^a	88,1	38,0%	29,6%	-8,4	-22,1
Uống/bú	70	92			65	61		

nhiều hơn	33,2%	53,8%	20,6 ^a	62,2	32,83	32,28	-0,55	-1,68
Giữ thông thoáng mũi, họng	52	65			57	59		
	24,6%	32,8%	8,2 ^c	33,3	33,3%	31,2%	-0,2	-0,6
Giữ ấm/làm mát	95	117			81	85		
	46,4%	59,1%	12,7 ^a	27,4	47,4%	45,0%	-2,4	-3,2

So sánh sự khác biệt giữa 2 tỷ lệ bằng phương pháp thống kê kiểm định χ^2 .

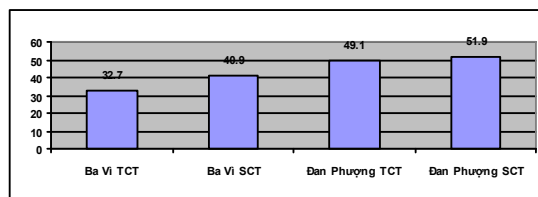
a: khác biệt có ý nghĩa thống kê với mức p<0,001

c: khác biệt có ý nghĩa thống kê với mức p<0,05

Kết quả đánh giá thực hành chăm sóc trẻ ốm cho thấy, các can thiệp thay đổi hành vi chăm sóc trẻ tại nhà đã đạt được hiệu quả khá cao (Bảng 1). Tất cả bốn chỉ số đánh giá hành vi chăm sóc trẻ tại nhà của bà mẹ là tăng cường cho ăn, tăng cường cho uống, làm thông thoáng mũi họng, giữ ấm hoặc làm mát cho trẻ, đều tăng sau can thiệp và khác biệt có ý nghĩa thống kê so với trước ở huyện can thiệp Ba Vì. Trong khi đó tại Đan Phượng, tất cả các chỉ số lại giảm.

3. Thực hành theo dõi các dấu hiệu bệnh.

Thực hành theo dõi trẻ bệnh của bà mẹ nhóm can thiệp có tăng khoảng 8% so với ban đầu nhưng sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê. Nhóm đối chứng tỷ lệ tăng còn thấp hơn và cũng không có ý nghĩa thống kê.



Hình 1: Thực hành theo dõi dấu hiệu bệnh của trẻ

Còn một tỷ lệ không nhỏ bà mẹ (gần 60%) đã không thực hiện được việc theo dõi, chăm sóc trẻ tại nhà. Có lẽ do kinh tế, xã hội ngày một phát triển, bà mẹ ngày càng bận rộn hơn với các công việc ngoài gia đình như tạo thu nhập cũng như tham gia công việc xã hội. Thời gian dành cho chăm sóc trẻ vì thế phải giảm, bà mẹ sẽ ít có thời gian chăm sóc trẻ hơn ngay cả khi trẻ ốm.

4. Thực hành tái khám cho trẻ.

Những trẻ đi khám được kê KS nếu không có dấu hiệu bất thường vẫn cần được tái khám lại sau 2 ngày dùng thuốc. Thực hành tái khám khi sử dụng KS của bà mẹ được trình bày tại Bảng 2.

Bảng 2: So sánh thực hành tái khám khi được kê đơn KS của bà mẹ

Tái khám khi dùng KS	Ba Vì				Đan Phượng			
	TCT	SCT	Chênh	CSHQ	TCT	SCT	Chênh	CSHQ
	n=95	n=76			n=86	n=82		
	5	29			6	7		
	5,3%	38,2%	32,9 ^a	620,8	7,0%	8,5%	1,5	21,4

So sánh sự khác biệt giữa 2 tỷ lệ bằng phương pháp thống kê kiểm định χ^2 .

a: khác biệt có ý nghĩa thống kê với mức $p < 0,001$.

Trong số trẻ đi khám được kê đơn KS, trước can thiệp hầu hết bà mẹ không cho trẻ đi khám lại. Tỷ lệ trẻ đi khám lại chỉ đạt 5,3% ở Ba Vì và 7,0% ở Đan Phượng. Qua tìm hiểu thông tin định tính, nghiên cứu nhận thấy do CBYT có quá nhiều công việc, còn bà mẹ khi thấy trẻ đỡ thường chủ quan cho rằng uống thuốc là đã hết bệnh không cần khám lại.

Để giải quyết thực trạng trẻ không tái khám khi dùng KS, chúng tôi đã hướng dẫn bà mẹ nếu đã được kê đơn KS cần tái khám sau 2 ngày dù có được hẹn hay không. Trong nhóm can thiệp, sau khi được cung cấp kiến thức, đã có tới khoảng 1/3 số bà mẹ đưa trẻ đi khám lại sau từ 2-3 ngày dùng KS. Tỷ lệ này sau can thiệp tăng có ý nghĩa thống kê so với trước can thiệp với $p < 0,001$ và CSHQ can thiệp đạt đến 620,8%. Ở nhóm chứng, kết quả đánh giá sau can thiệp vẫn cho thấy có rất ít bà mẹ được kê đơn KS cho con đi khám lại và tỷ lệ này không có sự khác biệt lớn so với trước can thiệp.

KẾT LUẬN

Sau khi được can thiệp, tỷ lệ bà mẹ biết cách chăm sóc trẻ NKHHCT tại nhà tăng có ý nghĩa thống kê so với trước can thiệp tại nhóm được can thiệp.

Can thiệp chưa tác động hiệu quả đến thực hành theo dõi trẻ bệnh của bà mẹ.

Thực hành tái khám theo hẹn cho trẻ mắc NKHHCT có sử dụng KS đã có thay đổi theo chiều hướng tích cực sau khi được can thiệp.

V. Khuyến Nghị

Thường xuyên cập nhật thông tin, tuyên truyền cho gia đình và cộng đồng, đặc biệt là những người chăm sóc trẻ để hỗ trợ họ nâng cao kiến thức, thực hành trong CSSK trẻ em.

Tiếp tục tìm kiếm những giải pháp tích hợp hơn, chuyên biệt hơn để can thiệp vào những vấn đề còn khó thay đổi như vấn đề theo dõi trẻ bệnh.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Kirwood B.P., Gove S., Roger S., Lob Levyt J. (1995), "Potential interventions for the prevention of childhood pneumonia in developing countries: a systematic review," Bulletin of the WHO, 73(6), pp.193 - 198.
2. Rasmussen Z., Hadi A., Afsana K., Begum S.A. (2001), "Case management of childhood pneumonia in developing countries: recent relevant research and current initiatives," International Tubercle and Lung Diseases, 4(9), pp.807-826.
3. WHO (1998), "Acute respiratory infections: the forgotten pandemic," WHO bulletin, 76, pp.102-103.
4. WHO (1998), Improving family and community practices: A component of the IMCI strategy, Department of child and adolescent health and development, WHO/UNICEF.
5. WHO (1999), IMCI-Adaptation Guide, WHO/CHS/CAH., 21, pp12-13.