

HIỆU QUẢ CAN THIỆP VỀ THỰC HÀNH CHĂM SÓC THAI TRƯỚC SINH CỦA CÁC BÀ MẸ CÓ CON DƯỚI 2 TUỔI TẠI 5 TỈNH MIỀN NÚI

NGUYỄN THỊ THANH TÂM,
NGUYỄN VIỆT TIẾN, ĐÀO VĂN DŨNG

TÓM TẮT

Nghiên cứu được thực hiện nhằm đánh giá hiệu quả của chăm sóc trước sinh cho các bà mẹ có con dưới 2 tuổi tại các tỉnh miền núi bắc, tây nguyên và miền trung giai đoạn 2006-2011. Kết quả cho thấy tỷ lệ các bà mẹ được khám thai đầy đủ từ 3 lần trở lên tăng từ 77,2% trước can thiệp tăng lên 84,8% sau can thiệp. Tỷ lệ phụ nữ đi khám thai ở cơ sở y tế tuyến huyện và tỉnh tăng nhanh sau can thiệp (tăng từ 34,9% lên 49,5%). Tỷ lệ phụ nữ tiêm phòng uốn ván giảm từ 71,8% trước can thiệp xuống còn 68,6% sau can thiệp. Tuy nhiên, sự khác biệt không mang ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$. Kết luận: chương trình can thiệp nâng cao chăm sóc trước sinh là khá hiệu quả về khám thai và tiêm phòng uốn ván nhưng vẫn còn một số hạn chế. Cần tiếp tục duy trì hoạt động và theo dõi nhằm đánh giá hiệu quả lâu dài của công tác này.

Từ khóa: chăm sóc trước sinh, khám thai, tiêm phòng uốn ván, miền núi

SUMMARY

The study was carried out to evaluate the effect of antenatal care among mothers with children's age of under 2 years in Northern mountain areas, Central highlands and Central areas in 2006-2011. The results showed that ANC ≥ 3 times was 77.2% increased to 84.8% after the intervention. ANC in the district and province hospital increased rapidly after intervention (from 34.9% to 49.5%). Tetanus vaccination ≥ 2 was 71.8% decreased to 68.6% after the intervention. However, the difference was not statistically significant with $p > 0.05$. Conclusions: the intervention program to improve prenatal care is quite effective for the ANC and tetanus vaccination was limited. Need to maintain and monitor to assess long-term effectiveness.

Keywords: antenatal care, ANC, tetanus vaccination, mountain areas

ĐẶT VẤN ĐỀ

Theo Tổ chức Y tế Thế giới, ước tính mỗi năm khoảng 585.000 phụ nữ tử vong do những nguyên nhân có liên quan đến thai nghén và sinh đẻ, 99% số đó là ở các nước đang phát triển [9]. Tại các nước đang phát triển, mang thai và sinh con là nguyên nhân thứ 2 (sau HIV/AIDS) trong số những nguyên nhân hàng đầu gây tử vong cho phụ nữ trong độ tuổi sinh sản [3], [4]. Có ít nhất 7 triệu phụ nữ sống sót sau sinh phải đối mặt với những vấn đề sức khỏe nghiêm trọng, và hơn 50 triệu phụ nữ phải gánh chịu những hậu quả có hại cho sức khỏe sau khi sinh [9]. Tại các nước đang phát triển, mang thai và sinh đẻ là nguyên nhân chính dẫn đến tử vong, bệnh tật và tàn phế cho phụ nữ trong độ tuổi sinh sản [6], [9], chiếm ít nhất 18% gánh nặng bệnh tật ở nhóm tuổi này - nhiều hơn bất kỳ một vấn đề sức khỏe nào khác [9].

Kế hoạch quốc gia Làm mẹ an toàn với 3 nhiệm vụ là nâng cao năng lực của cán bộ y tế; nâng cao chất lượng của các dịch vụ làm mẹ an toàn và nâng cấp cơ

sở vật chất và trang thiết bị ở các vùng sâu, vùng xa và các tỉnh miền núi [8]. Ba tỉnh miền núi phía bắc là Hà Giang, Hòa Bình, Phú Thọ và hai tỉnh Tây Nguyên là Kon Tum và Ninh Thuận là những tỉnh mà tỷ suất chết của trẻ em < 1 tuổi và tỷ suất tử vong mẹ rất cao trong cả nước. Chính vì vậy, các tỉnh trên đã được chọn để được cung cấp trang thiết bị y tế, đào tạo nâng cao năng lực cán bộ y tế, tăng cường cường công tác truyền thông trên cộng đồng để nhằm mục đích nâng cao chất lượng cán bộ y tế, hiểu biết của người dân để tiến tới nhằm làm giảm tỷ lệ tử vong mẹ và trẻ sơ sinh [8]. Chương trình làm mẹ an toàn đã được tiến hành ở 5 tỉnh trên từ năm 2006 đến nay. Tuy nhiên, chưa có một nghiên cứu đánh giá hiệu quả nào mang tính chất tổng thể tại các vùng núi. Nghiên cứu này được thực hiện nhằm mục tiêu đánh giá hiệu quả của chăm sóc trước sinh (tập trung chủ yếu vào khám thai và tiêm phòng uốn ván) cho các bà mẹ có con dưới 2 tuổi tại các tỉnh miền núi bắc, tây nguyên và miền trung giai đoạn 2006-2011.

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

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

2. Phương pháp nghiên cứu

Là một thiết kế nghiên cứu mô tả cắt ngang so sánh trước sau can thiệp trên cộng đồng sử dụng mô hình đánh giá hiệu quả "trước-sau" can thiệp (Quasi-experimental study). Cỡ mẫu áp dụng cho nghiên cứu can thiệp trước – sau được tính theo công thức [10]:

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

Trong đó:

n_1 : Số bà mẹ được cán bộ y tế đỡ đẻ trước can thiệp

n_2 : Số bà mẹ được cán bộ y tế đỡ đẻ sau can thiệp

$Z_{(1-\alpha/2)}$: Hệ số tin cậy với mức xác suất 95% = 1,96

$Z_{(1-\beta)}$: Lực mẫu (80%)

p_1 : Tỷ lệ bà mẹ được cán bộ y tế đỡ đẻ trước can thiệp ước tính là 30%.

p_2 : Tỷ lệ bà mẹ được cán bộ y tế đỡ đẻ sau can thiệp ước 50%.

P : $p_1 + p_2 / 2$

Cỡ mẫu tính theo ngẫu nhiên đơn là 103. Nhưng chọn mẫu trong nghiên cứu này là chọn mẫu ngẫu nhiên chùm (random cluster sampling) nên cần nhân với hệ số hiệu ứng thiết kế (design effect – DE) là 2, do vậy cỡ mẫu là 206 cho 1 tỉnh. Do chọn 30 chùm/tỉnh nên ước số chung nhỏ nhất chia hết cho 30 chùm là 210. Vậy cỡ mẫu tính được cho nghiên cứu can thiệp đánh giá trước sau cho 1 tỉnh là $n_2 = n_2 = 210$

đối tượng nghiên cứu/tỉnh. Mỗi tỉnh chọn 30 chùm (mỗi chùm là một xã), tại mỗi xã có 7 bà mẹ có con < 2 tuổi được lựa chọn theo phương pháp “Công liền công”.

KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Biểu đồ 1. Thay đổi thực hành khám thai đủ từ 3 lần trước và sau can thiệp

Tỷ lệ các bà mẹ được khám thai đầy đủ từ 3 lần trở lên/lần mang thai tăng từ 77,2% trước can thiệp tăng lên 84,8% sau can thiệp. Sự thay đổi này mang ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Bảng 1. Thay đổi về thực hành khám thai đủ từ 3 lần trở lên theo tỉnh

Địa phương	Trước can thiệp		Sau can thiệp		CSHQ (%)	p
	Số lượng	Tỷ lệ %	Số lượng	Tỷ lệ %		
Phú Thọ	198	94,3	198	94,3	0	>0,05
Hà Giang	95	45,2	133	63,3	40,1	<0,05
Hòa Bình	195	92,8	208	99,0	6,8	>0,05
Ninh Thuận	165	78,6	190	90,5	15,3	<0,05
Kon Tum	100	47,8	135	64,3	34,5	<0,05

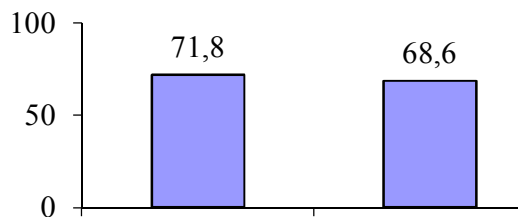
Tỷ lệ các bà mẹ được khám thai đủ từ 3 lần trở lên tăng ở 3 tỉnh Hà Giang, Ninh Thuận và Kon Tum trước và sau can thiệp. Sự thay đổi này mang ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Tại 2 tỉnh Phú Thọ và Hòa Bình vẫn duy trì được tỷ lệ khám thai đầy đủ từ 3 lần trở lên trên 90%.

Bảng 2. Thay đổi thực hành của các bà mẹ về nơi khám thai chung cho 5 tỉnh

Nơi khám thai	Trước can thiệp		Sau can thiệp		CSHQ (%)	p
	Số lượng	Tỷ lệ %	Số lượng	Tỷ lệ %		
Trạm y tế xã	819	78,0	821	78,2	0,2	>0,05
Cơ sở y tế tuyến trên	367	34,9	520	49,5	41,8	<0,05
NVYT thôn, bản	20	1,9	38	3,6	89,5	>0,05
Cơ sở chữa bệnh tư	182	17,3	349	33,2	91,9	<0,05
Thầy thuốc tự nhiên	1	0,1	4	0,4	300,0	>0,05

Tỷ lệ phụ nữ đi khám thai tại trạm y tế xã không thay đổi trước và sau can thiệp. Tuy nhiên, tỷ lệ phụ

nữ đi khám thai ở cơ sở y tế tuyến huyện và tỉnh tăng nhanh sau can thiệp (tăng từ 34,9% lên 49,5%). Sự khác biệt mang ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$ và chỉ số can thiệp tăng 41,8%. Tương tự, tỷ lệ phụ nữ đi khám thai ở cơ sở y tế tư nhân tăng nhanh sau can thiệp (tăng từ 17,3% lên 33,2%). Sự khác biệt mang ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$ và chỉ số can thiệp tăng 91,9%.



Biểu đồ 2. Thay đổi thực hành tiêm phòng uốn ván đủ mũi trước và sau can thiệp

Tỷ lệ phụ nữ tiêm phòng uốn ván giảm từ 71,8% trước can thiệp xuống còn 68,6% sau can thiệp. Tuy nhiên, sự khác biệt không mang ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$ và chỉ số can thiệp giảm 4,5%.

Bảng 3. Thay đổi về tỷ lệ phụ nữ mang thai được tiêm phòng uốn ván đủ mũi trước và sau can thiệp cho từng tỉnh

Địa phương	Trước can thiệp		Sau can thiệp		CSHQ (%)	p
	Số lượng	Tỷ lệ %	Số lượng	Tỷ lệ %		
Phú Thọ	176	83,7	149	71,0	15,2	>0,05
Hà Giang	127	60,6	105	50,0	17,5	>0,05
Hòa Bình	155	73,7	149	71,0	3,7	>0,05
Ninh Thuận	156	74,3	160	76,2	2,6	>0,05
Kon Tum	144	68,4	158	75,2	9,9	>0,05

Tỷ lệ các bà mẹ được tiêm phòng uốn ván tại 3 tỉnh Phú Thọ, Hà Giang và Hòa Bình đều giảm không nhiều sau can thiệp, tuy nhiên sự suy giảm này không mang ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$. Tỷ lệ các bà mẹ được tiêm phòng uốn ván tại 2 tỉnh còn lại là Ninh Thuận và Kon Tum đều gia tăng không nhiều sau can thiệp, sự gia tăng này không mang ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

BÀN LUẬN

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy, tỷ lệ các bà mẹ được khám thai đầy đủ từ 3 lần trở lên/lần mang thai tăng có ý nghĩa thống kê từ 77,2% trước can thiệp tăng lên 84,8% sau can thiệp ($p < 0,05$). Tỷ lệ phụ nữ đi khám thai tại trạm y tế xã không thay đổi trước và sau can thiệp. Tuy nhiên, tỷ lệ phụ nữ đi khám thai ở cơ sở y tế tuyến huyện và tỉnh tăng nhanh sau can thiệp (tăng từ 34,9% lên 49,5%). Sự khác biệt mang ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$ và chỉ số can thiệp tăng 41,8%. Tương tự, tỷ lệ phụ nữ đi khám thai ở cơ sở y tế tư nhân tăng nhanh sau can thiệp (tăng từ 17,3% lên 33,2%). Sự khác biệt mang ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$ và chỉ số can thiệp tăng 91,9%.

Kết quả trên cho thấy mặc dù chương trình can thiệp đã có hiệu quả nhưng vẫn còn một số hạn chế (1) Mô hình hành vi tìm kiếm dịch vụ chăm sóc sức khỏe ở khu vực miền núi còn mang tính bị động, (2) ở khu vực này còn tồn tại nhiều phong tục tập quán, thói quen có ảnh hưởng xấu đến hành vi chăm sóc sức khỏe, coi việc sinh nở là chuyện kín đáo, cúng bái, tin vào các bà đỡ, (3) Bên cạnh đó thì còn một số yếu tố khác như hạn chế tiếp cận về địa lý, điều kiện kinh tế xã hội của địa phương, năng lực kinh tế của gia đình, trình độ học vấn, ngôn ngữ cũng ảnh hưởng rất lớn đến nhận thức, thái độ và hành vi tìm kiếm dịch vụ chăm sóc sức khỏe bà mẹ của phụ nữ dân tộc thiểu số [2], [5], [7], [8].

Tại Việt Nam đã thực hiện một số chương trình LMAT ở một số tỉnh/thành phố trong khuôn khổ hợp tác với Quỹ Dân số Liên hiệp quốc tại 7 tỉnh trong cả nước cũng như kết quả can thiệp tại một số tỉnh về làm mẹ an toàn ở các tỉnh khác của Tổ chức Cứu trợ trẻ em quốc tế, các can thiệp tập trung chủ yếu vào đào tạo cán bộ y tế theo Chuẩn quốc gia về CSSKSS, hỗ trợ kỹ thuật, truyền thông thay đổi hành vi và hỗ trợ trang thiết bị cần thiết [5], [8]. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi khá phù hợp với kết quả của các nghiên cứu trên. Kết quả nghiên cứu can thiệp về LMAT của Tổ chức Cứu trợ trẻ em quốc tế cho thấy có sự cải thiện rất tốt về khám thai ở 3 tỉnh Thái Nguyên, Thừa Thiên-Huế và Vĩnh Long. Tỷ lệ bà mẹ đi khám thai đủ 3 lần sau can thiệp là 91,1%, cao hơn trước can thiệp là 84,3% [5]. Kết quả một nghiên cứu khác ở Lào năm 2012 cũng cho thấy sau can thiệp tỷ lệ các bà mẹ ở nhóm can thiệp có hiểu biết về khám thai ít nhất 3 lần (≥ 3 lần) trong thai kỳ là 100% cao hơn so với 88,5% bà mẹ ở nhóm đối chứng. Tỷ lệ các bà mẹ ở nhóm can thiệp có thực hành chăm sóc trước sinh về đã khám thai ≥ 3 lần là 92,0% cao hơn so với 45,0% bà mẹ ở nhóm đối chứng [1].

Kết quả của chúng tôi cho thấy tỷ lệ phụ nữ tiêm phòng uốn ván giảm từ 71,8% trước can thiệp xuống còn 68,6% sau can thiệp. Tuy nhiên, sự khác biệt không mang ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$ và chỉ số can thiệp giảm 4,5%. Kết quả nghiên cứu này khác với kết quả nghiên cứu của một số tác giả khác [1], [11]. Kết quả nghiên cứu ở Lào năm 2012 cho thấy tỷ lệ các bà mẹ ở nhóm can thiệp có hiểu biết về tiêm phòng uốn ván thêm ít nhất 2 lần trở lên hoặc tiêm đủ mũi là 99,5% cao hơn so với 54,5% các bà mẹ ở nhóm đối chứng. Tỷ lệ các bà mẹ ở nhóm can thiệp có hiểu biết về tiêm phòng uốn ván thêm ít nhất 2 lần trở lên hoặc tiêm đủ mũi là 99,5% cao hơn so với 54,5% các bà mẹ ở nhóm đối chứng [1], [3]. Kết quả của báo cáo cuối kỳ của Quỹ Dân số Liên hiệp quốc và Tổ chức cứu trợ trẻ em quốc tế cũng cho thấy có sự cải thiện về tỷ lệ bà mẹ được tiêm phòng uốn ván. Các tỉnh có sự cải thiện nhẹ so với đầu kỳ và đạt tỷ lệ phụ nữ được tiêm phòng

uốn ván đủ mũi cao hơn các tỉnh khác ở cuối kỳ (76,2% và 75,2%) [8] và tăng từ 77,3% lên 90% sau can thiệp [5].

KẾT LUẬN

Chương trình can thiệp nâng cao chăm sóc trước sinh với các hoạt động nâng cao năng lực của cán bộ y tế; nâng cao chất lượng của các dịch vụ làm mẹ an toàn và nâng cấp sơ sở vật chất và trang thiết bị ở các vùng sâu, vùng xa và các tỉnh miền núi là khá hiệu quả về khám thai và tiêm phòng uốn ván nhưng vẫn còn một số hạn chế. Cần tiếp tục duy trì hoạt động và theo dõi nhằm đánh giá hiệu quả lâu dài của công tác này.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Khamphanh Prabouasone, Ngô Văn Toàn, Lê Anh Tuấn, Bùi Văn Nhon. Hiệu quả can thiệp nâng cao kiến thức và thực hành về làm mẹ an toàn cho các bà mẹ 15-49 tuổi tại tỉnh Bo Lì Khăm Xay, Lào năm 2011. Tạp chí Y học Thực hành, Vol. 859, N^o2-March, 2013.
2. Khamphanh Prabouasone, Ngô Văn Toàn, Lê Anh Tuấn, Bùi Văn Nhon. Kiến thức và thực hành chăm sóc trước sinh của các bà mẹ có con nhỏ dưới 2 tuổi và một số yếu tố ảnh hưởng tại tỉnh Bo Lì Khăm Xay, Lào năm 2010. Tạp chí Nghiên cứu Y học, Vol. 80, N^o4-Dec, 2012.
3. Manithip C et al (2011). Factors associated with antenatal care utilization among rural women in Lao People's Democratic Republic. *Matern Child Health Journal*; 15, pp. 1356-62.
4. Mesay H et al (2010). Knowledge about obstetric danger signs among pregnant women in Aleta Wondo district, Sidama Zone, Southern Ethiopia. *Ethiop J Health Sci*; 20 (1), pp. 25-32.
5. Lê Thiện Thái và Ngô Văn Toàn (2011). Đánh giá hiệu quả các biện pháp can thiệp nhằm nâng cao kiến thức và thực hành chăm sóc sơ sinh của các bà mẹ tại 3 tỉnh Thái Nguyên, Huế, Vĩnh Long giai đoạn 2008-2011. *Tạp chí Y học thực hành*; 5 (822), tr. 16-20.
6. UNICEF (2008). Báo cáo của Quỹ Nhi đồng Liên Hiệp quốc nhấn mạnh nguy cơ tử vong bà mẹ ở các nước đang phát triển. *Dân số và phát triển*; 11(92), tr. 25-26.
7. UNICEF (2012). Percentage of women aged 15-49 years attended at least once during pregnancy by skilled health personnel (doctor, nurse, midwife), 2000-2011, Last update. *Statistics by Area / Maternal Health*.
8. UNFPA (2011). 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 tham gia chương trình quốc gia 7.
9. World Health Organization & UNICEF (2003). *Antenatal Care in Developing Countries: Promises, achievements and opportunities, An analysis of trends levels and differentials 1990-2001*.
10. World Health Organization (1993). *Sample size and sampling in medical research*, WHO, Geneva
11. WHO, UNFPA & UNICEF (1999). *Women friendly health service: Experience in maternal care, Mexico city*.