

BỘ GIÁO DỤC VÀ ĐÀO TẠO

BỘ Y TẾ

VIỆN VỆ SINH DỊCH TỄ TRUNG ƯƠNG

-----*

BÙI MINH HIỀN

**THỰC TRẠNG VÀ HIỆU QUẢ CAN THIỆP
NÂNG CAO KIẾN THỨC, THÁI ĐỘ, THỰC HÀNH
CỦA PHỤ NỮ CÓ THAI VÀ DỊCH VỤ SÀNG LỌC
TRƯỚC SINH TẠI TỈNH BÌNH DƯƠNG**

LUẬN ÁN TIẾN SĨ Y TẾ CÔNG CỘNG

HÀ NỘI – 2024

BỘ GIÁO DỤC VÀ ĐÀO TẠO

BỘ Y TẾ

VIỆN VỆ SINH DỊCH TỄ TRUNG ƯƠNG

-----*-----

BÙI MINH HIỀN

**THỰC TRẠNG VÀ HIỆU QUẢ CAN THIỆP
NÂNG CAO KIẾN THỨC, THÁI ĐỘ, THỰC HÀNH
CỦA PHỤ NỮ CÓ THAI VÀ DỊCH VỤ SÀNG LỌC
TRƯỚC SINH TẠI TỈNH BÌNH DƯƠNG**

LUẬN ÁN TIẾN SĨ Y TẾ CÔNG CỘNG

Chuyên ngành: Y tế công cộng

Mã số: 9720701

Hướng dẫn khoa học:

- 1. PGS.TS. Trần Văn Hương**
- 2. TS. Vũ Hải Hà**

HÀ NỘI – 2024

LỜI CAM ĐOAN

Tôi cam đoan đây là công trình nghiên cứu của riêng tôi. Các số liệu và kết quả trong đề tài là trung thực và chưa từng được công bố trong bất kỳ công trình của tác giả nào khác.

Hà Nội, ngày 10 tháng 01 năm 2024

Tác giả

Bùi Minh Hiền

LỜI CẢM ƠN

Để hoàn thành chương trình học tập và luận án tốt nghiệp, với lòng kính trọng và biết ơn sâu sắc, tôi xin chân thành cảm ơn tất cả tập thể và cá nhân đã tạo điều kiện, hỗ trợ tôi trong suốt quá trình vừa qua.

Trước tiên, tôi xin trân trọng cảm ơn Phòng đào tạo sau đại học – Viện Vệ sinh dịch tễ Trung ương đã luôn giúp đỡ tôi nhiệt tình và tạo mọi điều kiện để tôi học tập, nghiên cứu đạt kết quả.

Tôi xin bày tỏ lòng biết ơn sâu sắc đến PGS.TS Trần Văn Hưởng và TS Vũ Hải Hà, là những người Thầy đã tận tình hướng dẫn tôi trong quá trình hoàn thành luận án này. Trân trọng cảm ơn những người thầy, người bạn luôn âm thầm giúp đỡ động viên tôi vượt qua khó khăn để đến được bến bờ thành quả như ngày hôm nay.

Tôi xin chân thành cảm ơn Ban Giám đốc Sở Y tế tỉnh Bình Dương, Trung tâm Chăm sóc Sức khỏe sinh sản, Chi cục Dân số - KHHGD. Lãnh đạo Ủy ban nhân dân, Trung tâm Y tế huyện, thị, thành phố và các Trạm Y tế tại địa phương, các anh chị Cộng tác viên và thành viên nhóm nghiên cứu đã nhiệt tình tham gia trong quá trình thu thập số liệu điều tra thực hiện đề tài. Đặc biệt tôi xin gửi lời cảm ơn sâu sắc đến người dân đã đồng ý tham gia công trình nghiên cứu này.

Cuối cùng, tôi xin gửi tấm lòng ân tình tới Gia đình thân yêu của tôi, nơi mà tôi đã được nhận nguồn động viên và truyền nhiệt huyết để tôi hoàn thành luận án.

Hà Nội, ngày 10 tháng 01 năm 2024

Bùi Minh Hiền

MỤC LỤC

LỜI CAM ĐOAN

LỜI CẢM ƠN

DANH MỤC BẢNG

DANH MỤC KÝ HIỆU, CHỮ VIẾT TẮT

ĐẶT VẤN ĐỀ1

Chương I. TỔNG QUAN.....3

1.1 Khái niệm và tầm quan trọng của sàng lọc trước sinh3

1.2 Thực trạng kiến thức, thái độ, thực hành về sàng lọc trước sinh7

1.3 Thực trạng cung cấp dịch vụ sàng lọc trước sinh.....19

1.4 Một số yếu tố ảnh hưởng đến cung cấp dịch vụ sàng lọc trước sinh24

1.5 Một số biện pháp can thiệp nhằm cải thiện kiến thức, thái độ và thực hành của phụ nữ và khả năng cung cấp dịch vụ sàng lọc trước sinh.....31

1.6 Một số đặc điểm về kinh tế, văn hóa, xã hội của tỉnh Bình Dương39

Chương II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU44

2.1 Đối tượng nghiên cứu.....44

2.1.1 Đối tượng nghiên cứu thực trạng kiến thức, thái độ, thực hành của phụ nữ có thai về sàng lọc trước sinh44

2.1.2 Đối tượng nghiên cứu thực trạng cung cấp dịch vụ sàng lọc trước sinh ..44

2.1.3 Đối tượng nghiên cứu một số yếu tố ảnh hưởng đến cung ứng dịch vụ sàng lọc trước sinh44

2.2 Thời gian và địa điểm nghiên cứu45

2.2.1 Thời gian nghiên cứu45

2.2.2 Địa điểm nghiên cứu.....45

2.3 Thiết kế nghiên cứu45

2.4 Phương pháp nghiên cứu.....48

2.4.1 Nghiên cứu mô tả cắt ngang48

2.4.2 Nghiên cứu can thiệp cộng đồng50

2.5 Phương pháp và công cụ thu thập số liệu.....57

2.5.1 Thực trạng kiến thức, thái độ, thực hành về sàng lọc trước sinh.....57

2.5.2	Thực trạng cung cấp dịch vụ sàng lọc trước sinh tại tuyến y tế cơ sở.....	57
2.5.3	Phân tích một số yếu tố ảnh hưởng đến sàng lọc trước sinh	58
2.6	Các biến số nghiên cứu và tiêu chuẩn đánh giá	58
2.7	Phân tích và xử lý dữ liệu.....	59
2.8	Biện pháp hạn chế sai số	60
2.9	Đạo đức nghiên cứu.....	60
Chương III.	KẾT QUẢ.....	62
3.1	Thực trạng kiến thức, thái độ, thực hành của phụ nữ có thai về sàng lọc trước sinh tại tỉnh Bình Dương, năm 2018	62
3.1.1	Đặc điểm dân số học của phụ nữ có thai	62
3.1.2	Kiến thức về sàng lọc trước sinh của phụ nữ có thai.....	66
3.1.3	Thái độ về sàng lọc trước sinh của phụ nữ có thai	69
3.1.4	Thực hành về sàng lọc trước sinh của phụ nữ có thai	70
3.1.5	Một số yếu tố liên quan đến kiến thức về sàng lọc trước sinh	71
3.1.6	Một số yếu tố liên quan đến thực hành về sàng lọc trước sinh.....	76
3.1.7	Phân tích đa biến một số yếu tố liên quan đến thực hành về sàng lọc trước sinh của phụ nữ có thai	83
3.2	Thực trạng cung cấp dịch vụ sàng lọc trước sinh và một số yếu tố ảnh hưởng tại tuyến y tế cơ sở tại tỉnh Bình Dương, năm 2018.....	84
3.2.1	Thực trạng cung cấp dịch vụ sàng lọc trước sinh tại tuyến y tế cơ sở.....	84
3.2.2	Một số yếu tố ảnh hưởng đến cung ứng dịch vụ sàng lọc trước sinh.....	92
3.3	Đánh giá kết quả can thiệp năng lực cung cấp dịch vụ sàng lọc trước sinh và nâng cao kiến thức, thái độ, thực hành của phụ nữ có thai và tại y tế cơ sở tỉnh Bình Dương, 2019 – 2022	99
3.3.1	Kết quả can thiệp năng lực cung cấp dịch vụ sàng lọc trước sinh tại tuyến y tế cơ sở tỉnh Bình Dương.....	99
3.3.2	Kết quả can thiệp nâng cao kiến thức, thái độ, thực hành về sàng lọc trước sinh của phụ nữ có thai tại tỉnh Bình Dương	105
Chương IV.	BÀN LUẬN.....	110

4.1	Thực trạng kiến thức, thái độ, thực hành của phụ nữ có thai về sàng lọc trước sinh tại tỉnh Bình Dương, năm 2018	110
4.1.1	Đặc điểm dân số học của phụ nữ có thai	110
4.1.2	Kiến thức về sàng lọc trước sinh của phụ nữ có thai.....	111
4.1.3	Thái độ về sàng lọc trước sinh của phụ nữ có thai	112
4.1.4	Thực hành về sàng lọc trước sinh của phụ nữ có thai	113
4.1.5	Một số yếu tố liên quan đến kiến thức về sàng lọc trước sinh	115
4.1.6	Một số yếu tố liên quan đến thực hành về sàng lọc trước sinh.....	116
4.2	Thực trạng cung cấp dịch vụ sàng lọc trước sinh và một số yếu tố ảnh hưởng tại tuyến y tế cơ sở tại tỉnh Bình Dương, năm 2018.....	119
4.2.1	Thực trạng cung ứng dịch vụ sàng lọc trước sinh tại tuyến y tế cơ sở ...	119
4.2.2	Một số yếu tố ảnh hưởng đến cung ứng dịch vụ sàng lọc trước sinh	121
4.3	Đánh giá kết quả can thiệp nâng cao kiến thức, thái độ, thực hành của phụ nữ có thai và năng lực cung cấp dịch vụ sàng lọc trước sinh tại y tế cơ sở tỉnh Bình Dương, 2019 – 2022	127
4.3.1	Đánh giá can thiệp tác động đến năng lực cung cấp các dịch vụ	127
4.3.2	Kết quả can thiệp nâng cao kiến thức, thái độ, thực hành.....	128
4.4	Một số đóng góp và hạn chế của nghiên cứu	131
4.4.1	Tính khoa học và thực tiễn	131
4.4.2	Điểm mới của đề tài.....	132
4.4.3	Hạn chế của đề tài.....	133
	KẾT LUẬN	135
	KIẾN NGHỊ.....	137
	TÀI LIỆU THAM KHẢO	
	DANH MỤC CÁC CÔNG TRÌNH NGHIÊN CỨU ĐÃ CÔNG BỐ	
	Phụ lục 1. Định nghĩa biến số nghiên cứu	
	Phụ lục 2. Cung ứng dịch vụ sàng lọc trước sinh tại Trung tâm Y tế	
	Phụ lục 3. Cung ứng dịch vụ sàng lọc trước sinh tại Trạm y tế	
	Phụ lục 4. Khảo sát kiến thức, thái độ, thực hành của phụ nữ có thai về sàng lọc trước sinh	

DANH MỤC BẢNG

Bảng 1.1	Sàng lọc dựa vào xét nghiệm.....	10
Bảng 1.2	Thời điểm và mục đích thực hiện các xét nghiệm sàng lọc trước sinh	1
Bảng 1.3	Thực trạng kiến thức về sàng lọc trước sinh trên thế giới	7
Bảng 1.4	Thực trạng xét nghiệm dự phòng bệnh lây truyền mẹ sang con.....	9
Bảng 1.5	Quy định của Bộ Y tế về cung cấp dịch vụ sàng lọc sơ sinh ở các tuyến ..	22
Bảng 1.6	Tóm tắt các nội dung cần thiết về truyền thông và tư vấn cho phụ nữ có thai tại trạm y tế xã, phường	27
Bảng 3.1	Đặc điểm dân số học của phụ nữ có thai	62
Bảng 3.2	Đặc điểm tiền sử gia đình và bệnh tật của phụ nữ có thai	64
Bảng 3.3.	Đặc điểm về tình trạng bệnh lý hiện tại của phụ nữ có thai	65
Bảng 3.4	Đặc điểm về thói quen ăn uống của phụ nữ có thai.....	66
Bảng 3.5	Kiến thức của phụ nữ có thai về sàng lọc trước sinh	66
Bảng 3.6	Thái độ của phụ nữ có thai về sàng lọc trước sinh	69
Bảng 3.7	Thực hành về sàng lọc trước sinh của phụ nữ có thai	70
Bảng 3.8	Một số đặc điểm dân số của phụ nữ có thai liên quan đến kiến thức về sàng lọc trước sinh	71
Bảng 3.9	Một số đặc điểm tiền sử gia đình và bệnh tật của phụ nữ có thai liên quan đến kiến thức về sàng lọc trước sinh.....	73
Bảng 3.10	Một số yếu tố về tình trạng bệnh lý của phụ nữ có thai liên quan đến kiến thức về sàng lọc trước sinh.....	74
Bảng 3.11	Một số yếu tố về tình trạng dinh dưỡng của phụ nữ có thai liên quan đến kiến thức về sàng lọc trước sinh.....	75
Bảng 3.12	Một số đặc điểm dân số của phụ nữ có thai liên quan đến thực hành về sàng lọc trước sinh	76
Bảng 3.13	Một số đặc điểm tiền sử gia đình và bệnh tật của phụ nữ có thai liên quan đến thực hành về sàng lọc trước sinh.....	78
Bảng 3.14	Một số yếu tố về tình trạng bệnh lý của phụ nữ có thai liên quan đến thực hành về sàng lọc trước sinh.....	79

Bảng 3.15 Một số yếu tố về tình trạng dinh dưỡng của phụ nữ có thai liên quan đến thực hành về sàng lọc trước sinh.....	80
Bảng 3.16 Kiến thức, thái độ liên quan đến thực hành về sàng lọc trước sinh.....	82
Bảng 3.17 Một số yếu tố liên quan đến thực hành chung đúng về sàng lọc trước sinh của phụ nữ có thai qua phân tích hồi quy đa biến.....	83
Bảng 3.18 Số lượng nhân viên y tế tại trung tâm y tế và tại trạm y tế năm 2018.....	84
Bảng 3.19 Trình độ của cán bộ nhân viên y tế tại các trung tâm y và trạm y tế.....	84
Bảng 3.20 Đào tạo về cung ứng dịch vụ sàng lọc trước sinh.....	85
Bảng 3.21 Cung ứng dịch vụ sàng lọc trước sinh tại Trung tâm và Trạm y tế.....	86
Bảng 3.22 Cung ứng dịch vụ sàng lọc trước sinh tại Trung tâm và Trạm y tế.....	87
Bảng 3.23 Trang thiết bị cung ứng dịch vụ sàng lọc trước sinh tại Trạm y tế.....	88
Bảng 3.24 Trang thiết bị cung ứng dịch vụ sàng lọc trước sinh tại Trung tâm y tế .	89
Bảng 3.25 Các dịch vụ chăm sóc sức khỏe sinh sản thiết yếu tại trạm y tế.....	90
Bảng 3.26 Các dịch vụ chăm sóc sức khỏe sinh sản thiết yếu tại Trung tâm y tế	91
Bảng 3.27 Kết quả số lượng nhân viên y tế được đào tạo về cung ứng dịch vụ sàng lọc trước sinh tại trung tâm y tế và tại trạm y tế trước và sau can thiệp	99
Bảng 3.28 Kết quả cung ứng dịch vụ sàng lọc trước sinh tại Trung tâm và trạm y tế trước và sau can thiệp.....	100
Bảng 3.29 Kết quả cung ứng dịch vụ sàng lọc trước sinh tại Trung tâm và trạm y tế trước và sau can thiệp.....	101
Bảng 3.30 Kết quả trang thiết bị y tế thiết yếu cung ứng dịch vụ sàng lọc trước sinh tại trạm y tế trước và sau can thiệp	102
Bảng 3.31 Kết quả trang thiết bị y tế thiết yếu cung ứng dịch vụ sàng lọc trước sinh tại Trung tâm Y tế trước và sau can thiệp	102
Bảng 3.32 Kết quả các dịch vụ chăm sóc sức khỏe sinh sản thiết yếu được cung ứng tại Trạm y tế trước và sau can thiệp	103
Bảng 3.33 Kết quả các dịch vụ chăm sóc sức khỏe sinh sản thiết yếu được cung ứng tại Trung tâm y tế trước và sau can thiệp.....	104
Bảng 3.35 Hiệu quả can thiệp nâng cao kiến thức về sàng lọc trước sinh của phụ nữ có thai tại tuyến y tế cơ sở, tỉnh Bình Dương	106

DANH MỤC KÝ HIỆU, CHỮ VIẾT TẮT

TIẾNG VIỆT

CSHQ	Chỉ số hiệu quả
DTBS	Dị tật bẩm sinh
GDSK	Giáo dục sức khỏe
KHHGD	Kế hoạch hóa gia đình
KTC	Khoảng tin cậy
SCT	Sau can thiệp
SKSS	Sức khỏe sinh sản
SLTS	Sàng lọc trước sinh
TCT	Trước can thiệp
THCS	Trung học cơ sở
THPT	Trung học phổ thông
TTCSSKSS	Trung tâm Chăm sóc Sức khỏe sinh sản

TIẾNG ANH

BMI	Body Mass Index (Chỉ số khối cơ thể)
OR	Odd ratio (Tỷ số chênh)
WHO	World Health Organisation (Tổ chức Y tế thế giới)

ĐẶT VẤN ĐỀ

Sàng lọc, chẩn đoán, điều trị trước sinh và sơ sinh để phát hiện, can thiệp và điều trị sớm các bệnh, tật, các rối loạn chuyển hóa, di truyền ngay trong giai đoạn bào thai và sơ sinh giúp cho trẻ sinh ra phát triển bình thường hoặc tránh được những hậu quả nặng nề về thể chất và trí tuệ, giảm thiểu số người tàn tật, thiếu năng trí tuệ trong cộng đồng, góp phần nâng cao chất lượng dân số [18]. Việc sàng lọc trước sinh thường được tuyên truyền, vận động trong quá trình quản lý, chăm sóc thai, bởi vậy việc quản lý thai tốt sẽ góp phần tăng cường sử dụng dịch vụ sàng lọc trước sinh, góp phần đảm bảo sức khỏe sinh sản.

Theo tổ chức Y tế thế giới, ước tính có khoảng 8 triệu trẻ sơ sinh bị dị tật bẩm sinh mỗi năm, chín trong số mười trẻ em sinh ra bị dị tật bẩm sinh nghiêm trọng là ở các nước có thu nhập thấp và trung bình [68], [69], [71], [103]. Trên thế giới, Đan Mạch là quốc gia đầu tiên trên thế giới thực hiện miễn phí sàng lọc trước sinh đối với hội chứng Down cho tất cả phụ nữ mang thai. Tỷ lệ sàng lọc trước sinh vượt trên 90,0%, cao hơn so với các quốc gia khác [84]. Tại một bệnh viện tại Anh, cho thấy tỷ lệ phụ nữ có thai được sàng lọc trước sinh là 85,4% [90].

Tại Việt Nam, theo Tổng cục Dân số - Kế Hoạch Hóa Gia Đình năm 2010 ước tính hàng năm nước ta có khoảng 22.000 – 30.000 trẻ sinh ra có dị tật bẩm sinh [53]. Tuy nhiên, các dị tật bẩm sinh có thể phòng ngừa bằng việc sàng lọc trước sinh và sàng lọc sau sinh. Theo Nguyễn Đức Vy (2006) mỗi phụ nữ có thai khi tiến hành sàng lọc trước sinh và kết hợp cùng sàng lọc sau sinh giúp loại bỏ 95% các trường hợp bất thường [63]. Ngày nay, nhiều nghiên cứu nhận thấy tầm quan trọng của kiến thức – thái độ - thực hành của phụ nữ có thai có vai trò quan trọng trong sàng lọc trước và sau sinh, tuy nhiên nghiên cứu của chúng tôi tập trung khảo sát sàng lọc trước sinh. Theo nghiên cứu tại Hoa Kỳ - 2011 [80], Thái Lan – 2009 [92], Uranda - 2006 [72] ghi nhận tỷ lệ kiến thức về sàng lọc trước sinh lần lượt là 60,0; 43,6 và 55,0. Tại Việt Nam, tỷ lệ này có sự biến động qua các nghiên cứu tại Bình Thuận 20,1% (2019) [29], Trà Vinh 73,8% (2019) [32], Long An 73,8% (2019) [49] có kiến thức đúng về sàng lọc trước sinh. Thực hành đúng qua nghiên cứu của

Phạm Thu Huyền là 59,5% [29], Nguyễn Thị Phương Tâm 75,5% [42] hay 86,1% của Võ Ngọc Minh Thư [49].

Một yếu tố quan trọng ảnh hưởng đến tỷ lệ sàng lọc trước sinh đó là khả năng cung cấp dịch vụ sàng lọc trước sinh. Từ năm 2007, Việt Nam đã triển khai Đề án sàng lọc trước sinh và sàng lọc sơ sinh và hiện đã được triển khai ở 63 tỉnh, thành phố trên cả nước, đem lại hiệu quả to lớn, giúp giảm bớt số trẻ sinh ra bị dị tật bẩm sinh, góp phần nâng cao chất lượng nguồn nhân lực. Tuy nhiên, trên thực tế, việc tổ chức thực hiện các dịch vụ sàng lọc trước sinh và sơ sinh vẫn còn nhiều khó khăn, nhất là sau năm 2017 ngân sách cả Trung ương và địa phương đều cắt giảm cho nên việc cung cấp miễn phí dịch vụ sàng lọc trước sinh và sơ sinh cũng giảm theo. Mặt khác, các dịch vụ sàng lọc trước sinh và sơ sinh dù đã được phân tuyến cho các cơ sở cung cấp dịch vụ song thực trạng cung cấp dịch vụ ở các tuyến còn nhiều hạn chế về khoảng cách, khả năng lựa chọn và chất lượng, chưa đáp ứng nhu cầu ngày càng đa dạng về sàng lọc trước sinh và sơ sinh của người dân, đặc biệt là sự biến động về nhân sự phụ trách công tác dân số, chăm sóc sức khỏe sinh sản, cơ sở vật chất, thiết bị y tế tại tuyến cơ sở chưa được quan tâm đầu tư.

Việc sàng lọc và chẩn đoán trước sinh nhằm phát hiện các trường hợp dị tật bẩm sinh ngày càng trở thành một vấn đề hết sức cấp thiết và có nhiều ý nghĩa trong chăm sóc sức khỏe cộng đồng. Bình Dương là một tỉnh thuộc miền Đông Nam Bộ, nằm trong vùng kinh tế trọng điểm phía Nam, có sự phát triển các khu công nghiệp nhanh và thu hút lượng lớn công nhân từ các tỉnh khác đến cư trú và làm việc, trong đó có rất nhiều nữ công nhân trong độ tuổi sinh đẻ - những người có nhu cầu sử dụng dịch vụ sàng lọc trước sinh. Vì vậy, chúng tôi thực hiện nghiên cứu ***“Thực trạng và hiệu quả can thiệp nâng cao kiến thức, thái độ, thực hành của phụ nữ có thai và dịch vụ sàng lọc trước sinh tại tỉnh Bình Dương”*** với các mục tiêu:

1. Mô tả thực trạng kiến thức, thái độ, thực hành của phụ nữ có thai về sàng lọc trước sinh tại tỉnh Bình Dương, năm 2018.
2. Mô tả thực trạng cung cấp dịch vụ sàng lọc trước sinh và một số yếu tố ảnh hưởng tại tuyến y tế cơ sở tại tỉnh Bình Dương, năm 2018.
3. Đánh giá kết quả can thiệp nâng cao kiến thức, thái độ, thực hành của phụ nữ

có thai và năng lực cung cấp dịch vụ sàng lọc trước sinh tại y tế cơ sở tỉnh Bình Dương, 2019 - 2022.

Chương I

TỔNG QUAN

1.1 KHÁI NIỆM VÀ TẦM QUAN TRỌNG CỦA SÀNG LỌC TRƯỚC SINH

1.1.1 Một số khái niệm

1.1.1.1 Sàng lọc

Sàng lọc là việc sử dụng các biện pháp thăm dò đơn giản, dễ áp dụng, có độ chính xác tương đối cao để phát hiện các cá thể trong một cộng đồng nhất định có nguy cơ hoặc sẽ mắc một bệnh lý nào đó. Sàng lọc trước sinh được tiến hành trong thời gian mang thai [5].

1.1.1.2 Sàng lọc trước sinh

Sàng lọc trước sinh (còn gọi là tầm soát trước sinh) là việc sử dụng các kỹ thuật trong thời gian mang thai để phát hiện nguy cơ dị tật bào thai [5].

1.1.1.3 Chẩn đoán trước sinh

Chẩn đoán trước sinh là việc sử dụng các biện pháp thăm dò đặc hiệu được tiến hành trong thời gian mang thai để chẩn đoán xác định những trường hợp nghi ngờ mắc bệnh thông qua việc sàng lọc [5].

1.1.1.4 Dị tật bào thai

Dị tật bào thai (còn gọi là dị tật bẩm sinh hay bất thường bẩm sinh) là những bất thường cấu trúc hoặc chức năng (bao gồm cả bất thường chuyển hóa) xảy ra từ thời kỳ bào thai và có thể được phát hiện trước, trong hoặc sau khi sinh. Là sự khiếm khuyết của cơ thể trong thời kỳ bào thai do yếu tố di truyền hoặc không di truyền [5].

1.1.1.5 Bất thường nhiễm sắc thể

Bất thường nhiễm sắc thể là sự bất thường về số lượng hoặc cấu trúc của một hoặc nhiều nhiễm sắc thể [5].

1.1.2 Tầm quan trọng của việc sàng lọc trước sinh

Sàng lọc trước sinh nhằm mục đích [21]:

- Chăm sóc theo dõi thai
- Xác định kết quả của thai nghén
- Lập kế hoạch đối phó với các biến chứng có thể có của quá trình sinh đẻ
- Lập kế hoạch đối phó với các vấn đề có thể xảy ra cho trẻ sơ sinh
- Hướng dẫn quyết định chấm dứt hay tiếp tục thai nghén
- Tìm kiếm các bất thường có thể ảnh hưởng đến các lần mang thai kế tiếp

Có nhiều các thủ thuật xâm nhập hoặc không xâm nhập được áp dụng trong chẩn đoán tiền sản. Mỗi thủ thuật chỉ có thể được thực hiện trong những thời điểm nhất định trong thai kỳ để cho những kết quả tối ưu nhất. Các thủ thuật chẩn đoán tiền sản bao gồm [21]:

- Siêu âm
- Chọc ối
- Chọc sinh thiết nhau
- Tìm tế bào thai trong máu mẹ
- Alpha-fetoprotein huyết thanh mẹ
- beta-HCG Huyết thanh mẹ
- Estriol huyết thanh mẹ

1.1.3 Một số kỹ thuật và xét nghiệm trong sàng lọc trước sinh

1.1.3.1 Quy định tại Việt Nam

Tại Việt Nam, theo Bộ Y tế thì Chương trình sàng lọc trước sinh và sơ sinh được triển khai thí điểm từ năm 2007 đến năm 2013. Tính đến năm 2020, mạng lưới cung cấp dịch vụ sàng lọc trước sinh và sơ sinh được triển khai đến 63 tỉnh (642 huyện và 9.546 xã). Tỷ lệ bà mẹ mang thai được sàng lọc trước sinh tăng từ 20% năm 2016 lên 56,43% năm 2019. Tỷ lệ trẻ em mới sinh được sàng lọc sơ sinh tăng từ 23% năm 2016 lên 40% năm 2019. Mô hình Tư vấn, khám sức khỏe trước khi kết hôn được thí điểm từ 2003 đến 2017. Tư vấn và khám sức khỏe trước khi kết hôn được triển khai tại 63 tỉnh (494 huyện và 3.523 xã). Nâng cao chất lượng dân số dân tộc ít người tại 492 xã thuộc 25 tỉnh, chú trọng đến đối tượng khó tiếp cận, tập trung vào nội dung giảm tảo hôn, hôn nhân cận huyết thống. Chú trọng vấn đề sàng

lọc trước sinh, Bộ Y tế cũng có những văn bản chỉ đạo chuyên môn kỹ thuật theo từng giai đoạn cụ thể:

Quyết định số 573/QĐ-BYT ngày 11 tháng 02 năm 2010 của Bộ trưởng Bộ Y tế về việc ban hành Quy trình sàng lọc, chẩn đoán trước sinh và sơ sinh [5].

Thông tư số 34/2016/TT-BYT của Bộ Y tế ngày 21 tháng 09 năm 2016 quy định về thăm khám, quy trình sàng lọc để phát hiện, điều trị, xử trí các bất thường, dị tật của bào thai [8].

Thông tư số 34/2017/TT-BYT ngày 18/8/2017 của Bộ Y tế hướng dẫn tư vấn, sàng lọc, chẩn đoán, điều trị trước sinh và sơ sinh [11].

Thông tư số 30/2019/TT-BYT của Bộ Y tế ngày 03 tháng 12 năm 2019 Sửa đổi, bổ sung một số điều của Thông tư số 34/2017/TT-BYT ngày 18 tháng 8 năm 2017 của Bộ trưởng Bộ Y tế hướng dẫn tư vấn, sàng lọc, chẩn đoán, điều trị trước sinh và sơ sinh [14].

Quyết định số 1807/QĐ-BYT ngày 21 tháng 04 năm 2020 của Bộ trưởng Bộ Y tế về việc ban hành Hướng dẫn về chuyên môn kỹ thuật trong sàng lọc, chẩn đoán, điều trị trước sinh và sơ sinh [18].

Đối tượng nguy cơ cần được sàng lọc, chẩn đoán trước sinh

Bao gồm tất cả các phụ nữ có thai đến thăm khám tại các cơ sở sản khoa. Chú trọng những đối tượng sau [15]:

- Phụ nữ có thai từ 35 tuổi trở lên
- Phụ nữ có thai có tiền sử bị sảy thai tự nhiên, sinh con dị tật, thai chết lưu hoặc có con chết sớm sau sinh
- Tiền sử gia đình phụ nữ có thai hoặc chồng đã có người được xác định bị dị tật bẩm sinh hoặc bất thường nhiễm sắc thể như hội chứng Down, Edward, Patau, Turner... hoặc mắc các bệnh di truyền như: Thalassemia, tăng sản thượng thận bẩm sinh, loạn dưỡng cơ Duchenne, teo cơ tủy,...
- Cặp vợ chồng kết hôn cận huyết thống
- Phụ nữ có thai nhiễm vi-rút Rubella, Herpes, Cytomegalovirus...
- Phụ nữ có thai sử dụng thuốc độc hại cho thai nhi hoặc tiếp xúc thường xuyên với môi trường độc hại

- Thai nhi có dấu hiệu nghi ngờ bất thường về hình thái, cấu trúc trên siêu âm hoặc xét nghiệm máu có phát hiện bất thường.

Các kỹ thuật và xét nghiệm huyết thanh học trong sàng lọc trước sinh

Siêu âm

Siêu âm là thủ thuật không xâm lấn, không gây nguy hại cả cho thai và mẹ. Sóng âm có tần số cao được sử dụng để tạo ra các hình ảnh các cơ quan khác nhau do sự hồi âm khi sóng âm đi tới các cơ quan, hình ảnh thai và buồng ối qua đó sẽ được khảo sát. Siêu âm có thể thấy được phôi thai ở tuổi thai 6 tuần. Việc ghi nhận các bất thường các cơ quan nội tạng và chi thai nhi tốt nhất trong khoảng 16 - 20 tuần [21].

Khám siêu âm giúp xác định được kích thước và vị trí tư thế của thai nhi, kích thước và vị trí của bánh nhau, số lượng nước ối và hình dáng giải phẫu của thai nhi. Tuy nhiên siêu âm cũng có một số giới hạn và một số các bất thường nhẹ có thể không được phát hiện. Ví dụ trong hội chứng Down (thể 3 nhiễm 21), các bất thường về hình thái học thường không rõ ràng mà chỉ là các hình ảnh gián tiếp như tăng độ mờ da gáy...[21].

Trong một thai kỳ, siêu âm nên thực hiện thường qui theo lịch đề nghị [21]:

Lần 1: Thai 5-7 tuần: xác định có thai, phát hiện các bất thường có thể có như thai lạc chỗ...

Lần 2: Thai 12 tuần: tính chính xác tuổi thai, đo độ mờ da gáy và phát hiện một số bất thường như thai vô sọ...

Lần 3: lúc thai khoảng 18-23 tuần: là thời điểm tốt nhất để khảo sát các bất thường về hình thái học thai nhi, khảo sát các bất thường hệ tim mạch.

Lần 4: thai 33 tuần: khảo sát đánh giá phát triển thai.

Lần 5: thai 37-38 tuần: siêu âm đánh giá độ trưởng thành của thai và góp phần tiên lượng chuyển dạ sinh.

Siêu âm còn giúp hướng dẫn một số các thủ thuật chẩn đoán xâm nhập như chọc ối, sinh thiết nhau thai, chọc cuống rốn.

Chọc ối

Chọc ối là một thủ thuật xâm nhập, dùng một kim tiêm (kim chọc tủy sống) đâm xuyên qua thành bụng vào khoang ối trong tử cung. Thời điểm để thực hiện chọc ối là từ tuần thứ 16 thai kỳ trở đi vì lúc này thai có đủ lượng nước ối cho thủ thuật. Trong chẩn đoán tiền sản, hầu hết thủ thuật chọc ối được thực hiện trong thời gian từ tuần thứ 16 đến tuần thứ 20 của thai kỳ [21].

Trong quý 3 thai kỳ, phân tích dịch ối để đánh giá độ trưởng thành phổi. Điều này có ý nghĩa quan trọng khi tuổi thai ít hơn 35 tuần, ở giai đoạn này phổi chưa đủ trưởng thành để duy trì sự sống vì phổi chưa sản xuất đủ chất tạo sức căng bề mặt các phế nang (surfactant). Sau sinh trẻ sẽ bị hội chứng suy hô hấp do bệnh màng trong. Nước ối có thể được phân tích bằng phương pháp phân cực huỳnh quang (fluorescence polarization) để tìm lecithin sphingomyelin (LS), và/hoặc phosphatidyl glycerol (PG) [21].



Hình 1.1 Dụng cụ chọc hút ối

Chọc sinh thiết nhau

Chọc sinh thiết nhau là kỹ thuật đưa kim qua ngã bụng dưới hướng dẫn của siêu âm để vào bánh nhau. Có thể đi ngã âm đạo trong những trường hợp bánh nhau nằm thấp ở mặt sau. Tuy nhiên hiện nay, tỷ lệ sinh thiết gai nhau ngã bụng là > 90%. Chọc sinh thiết nhau cũng được thực hiện bằng cách đưa một catheter qua đường âm đạo và lỗ cổ tử cung vào trong tử cung đến vùng bánh nhau dưới sự

hướng dẫn của siêu âm để lấy tổ chức lỏng nhau. Siêu âm có thể qua đường âm đạo hay đường bụng [21].

Các tế bào lỏng nhau được phân tích bằng các phương pháp khác nhau. Xét nghiệm phổ biến nhất là làm NST đồ của thai. Các tế bào có thể được nuôi cấy để xét nghiệm sinh học phân tử hoặc sinh hóa. Chọc sinh thiết nhau được thực hiện ở tuổi thai 9,5 đến 12 tuần. Không thực hiện sinh thiết gai nhau trước 11 tuần [21].

Alpha-fetoprotein Huyết thanh mẹ

Thai đang phát triển có 2 loại protein máu chính là Albumin và Alpha-fetoprotein (AFP). Xét nghiệm Alpha-fetoprotein huyết thanh mẹ (Maternal serum alpha-fetoprotein - MSAFP) được sử dụng để xác định gián tiếp lượng AFP trong máu thai nhi [21].

Để xét nghiệm MSAFP có giá trị thì phải xác định chính xác tuổi thai vì MSAFP tăng theo tuổi thai (tăng theo kích thước thai). MSAFP được tính theo bội số giá trị trung bình (MoM). MoM tăng cao hơn bình thường thì càng có khả năng bị dị tật bẩm sinh. MSAFP có độ nhạy lớn nhất trong tuổi thai 16-18 tuần nhưng thường người ta sử dụng nó để tính nguy cơ trong giới hạn tuổi thai 15-22 tuần [21].

Xét nghiệm Alpha-fetoprotein huyết thanh mẹ có thể giả tăng vì nhiều lý do mà không liên quan đến tật hở ống thần kinh hoặc hở thành bụng vì vậy xét nghiệm này không đạt độ đặc hiệu 100%. Lượng MSAFP cũng thay đổi theo các yếu tố chủng tộc, bệnh lý đái đường của người mẹ. Hơn nữa, nguyên nhân phổ biến nhất gây tăng MSAFP giả là do ước tính tuổi thai bị sai [21].

Kết hợp sàng lọc MSAFP và siêu âm có thể phát hiện được hầu như tất cả các thai vô não và hầu hết các trường hợp bị tật hở khe đốt sống. Khuyết ống thần kinh có thể được phân biệt với các dị tật thai khác (như hở thành bụng) bằng cách dùng xét nghiệm acetylcholinesterase từ dịch ối lấy được qua chọc ối. Nếu acetylcholinesterase tăng song hành với MSAFP thì khả năng có thể do khuyết ống thần kinh nhiều hơn. Trường hợp không phát hiện được acetylcholinesterase thì cũng là một dấu hiệu gợi ý của một vài dị tật thai khác [21].

Nhìn chung, MSAFP có ích trong sàng lọc hội chứng Down và một số thể 3 nhiễm khác. MSAFP có xu hướng thấp hơn bình thường ở thai bị Down và một số bất thường NST [21].

Beta-HCG Huyết thanh mẹ

Đây là xét nghiệm được sử dụng phổ biến nhất trong thai nghén. Khoảng 1 tuần sau khi phôi thụ tinh và làm tổ trong tử cung, tế bào nuôi sẽ sản xuất ra đủ lượng beta-hCG để chẩn đoán được thai nghén. Vì vậy, ngay sau khi mất kinh thì xét nghiệm hCG có thể dương tính. Định lượng beta hCG có ích trong chẩn đoán thai sớm và tiên lượng sảy thai, thai lạc chỗ vì các bệnh lý này lượng hCG thường thấp hơn bình thường [21].

Vào giai đoạn sau thai kỳ, ở cuối quý 2, hCG có thể được sử dụng kết hợp với MSAFP để sàng lọc các bất thường NST đặc biệt trong hội chứng Down. hCG tăng kết hợp với giảm MSAFP là một gợi ý thai bị Down [21].

hCG cao bất thường cũng gợi ý bệnh lý tế bào nuôi (chửa trứng). Nếu siêu âm không thấy cấu trúc thai kèm với hCG tăng bất thường là một gợi ý bệnh lý chửa trứng. Định lượng hCG có thể được sử dụng để theo dõi điều trị chửa trứng, ung thư tế bào nuôi hoặc tái phát ung thư tế bào nuôi [21].

Estriol huyết thanh mẹ

Lượng estriol trong huyết thanh mẹ phụ thuộc vào tình trạng thai, chức năng của bánh nhau và tình trạng sức khỏe cơ thể của người mẹ. Estriol có nguồn gốc từ dehydroepiandrosterone (DHEA) được sản xuất từ tuyến thượng thận sau đó được bánh nhau chuyển hóa thành estriol. Estriol đi vào máu mẹ và được bài xuất qua đường tiết niệu hoặc bài xuất qua gan vào mật. Xét nghiệm liên tục estriol trong quý 3 thai kỳ để theo dõi tình trạng của thai. Nếu estriol giảm báo hiệu thai đang có nguy cơ và có thể có chỉ định kết thúc thai kỳ. Estriol cũng giảm trong thai bị hội chứng Down hoặc thiếu sản tuyến thượng thận kèm theo vô não [21].

Inhibin A

InhibinA do bánh nhau và hoàng thể tiết ra. Inhibin-A được định lượng trong huyết thanh mẹ. Inhibin –A tăng là dấu hiệu nguy cơ của hội chứng Down hoặc báo hiệu nguy cơ sinh non [21].

Protein huyết thanh liên quan thai nghén

Trong quý đầu thai kỳ, Protein huyết thanh liên quan thai nghén (Pregnancy-associated plasma protein A (PAPP-A)) PAPP-A huyết thanh thấp là một dấu hiệu gợi ý thai bị thể 3 nhiễm 13, 18 và 21. Hơn nữa, mức PAPP-A thấp trong quý đầu dự báo một thai không tốt như thai nhẹ cân hay thai lưu. Trường hợp PAPP-A cao hơn bình thường là một dấu hiệu dự báo thai lớn [21].

Sàng lọc 3 xét nghiệm hoặc 4 xét nghiệm

Việc kết hợp các xét nghiệm huyết thanh có thể có thể làm gia tăng độ nhạy và độ đặc hiệu của việc phát hiện các bất thường thai. Các xét nghiệm cổ điển gọi là sàng lọc 3 xét nghiệm alpha-fetoprotein (MSAFP), beta-HCG, và estriol (uE3). Sàng lọc 4 xét nghiệm là thêm xét nghiệm inhibin-A [21].

Bảng 1.1 Sàng lọc dựa vào xét nghiệm [21]

Bệnh	MSAFP	uE3	HCG
Khuyết ống thần kinh	Tăng	Bình thường	Bình thường
Trisomy 21	Thấp	Thấp	Tăng
Trisomy 18	Thấp	Thấp	Thấp
Thai trứng	Thấp	Thấp	Rất cao
Đa thai	Tăng	Bình thường	Tăng
Thai lưu	Tăng	Thấp	Thấp

Giá trị các trị số này thay đổi rõ ràng theo tuổi thai

Quy trình sàng lọc trước sinh

a) Sàng lọc, chẩn đoán trước sinh trong 3 tháng đầu thai kỳ

Sàng lọc, chẩn đoán bệnh tan máu bẩm sinh Thalassemia

Việc sàng lọc, chẩn đoán bệnh tan máu bẩm sinh Thalassemia được thực hiện ở tuổi thai trước 21 tuần và được thực hiện càng sớm càng tốt [18].

Sàng lọc

- Đối tượng: Phụ nữ có thai trong 3 tháng đầu thai kỳ
- Phương pháp: Xét nghiệm tổng phân tích tế bào máu ngoại vi

Chẩn đoán

Đối tượng

- Phụ nữ có thai có kết quả sàng lọc nghi ngờ mang gen bệnh tan máu bẩm sinh Thalassemia;
- Chồng của phụ nữ có thai hoặc cha của thai nhi có kết quả sàng lọc dương tính;
- Phụ nữ có thai có tình trạng phù thai;
- Tiền sử phụ nữ có thai đã có con bị bệnh tan máu bẩm sinh Thalassemia hoặc tiền sử phù thai.

Phương pháp

- Xét nghiệm tổng phân tích tế bào máu ngoại vi với chồng của phụ nữ có thai hoặc cha của thai nhi;
- Xét nghiệm thành phần huyết sắc tố của phụ nữ có thai, chồng của phụ nữ có thai hoặc cha của thai nhi có nguy cơ cao;
- Xét nghiệm gen globin của phụ nữ có thai và chồng của phụ nữ có thai hoặc cha của thai nhi;
- Xét nghiệm di truyền từ gai rau khi thai 11 tuần đến 14 tuần hoặc tế bào dịch ối khi thai từ 16 tuần;
- Chẩn đoán gen bệnh tan máu bẩm sinh Thalassemia của thai nhi.

b) Quy trình thực hiện sàng lọc, chẩn đoán

Phụ nữ có thai nên được sàng lọc trước 14 tuần thai theo trình tự sau [18]:

- Tổng phân tích tế bào máu ngoại vi của phụ nữ có thai.

Ngưỡng nguy cơ sẽ do cơ sở khám bệnh, chữa bệnh thực hiện sàng lọc lựa chọn dựa trên điều kiện kỹ thuật, loại sinh phẩm, trang thiết bị, bằng chứng khoa học.

Theo khuyến cáo của Viện huyết học - Truyền máu Trung ương, ngưỡng sàng lọc của MCV là 85 fl và MCH là 28 pg.

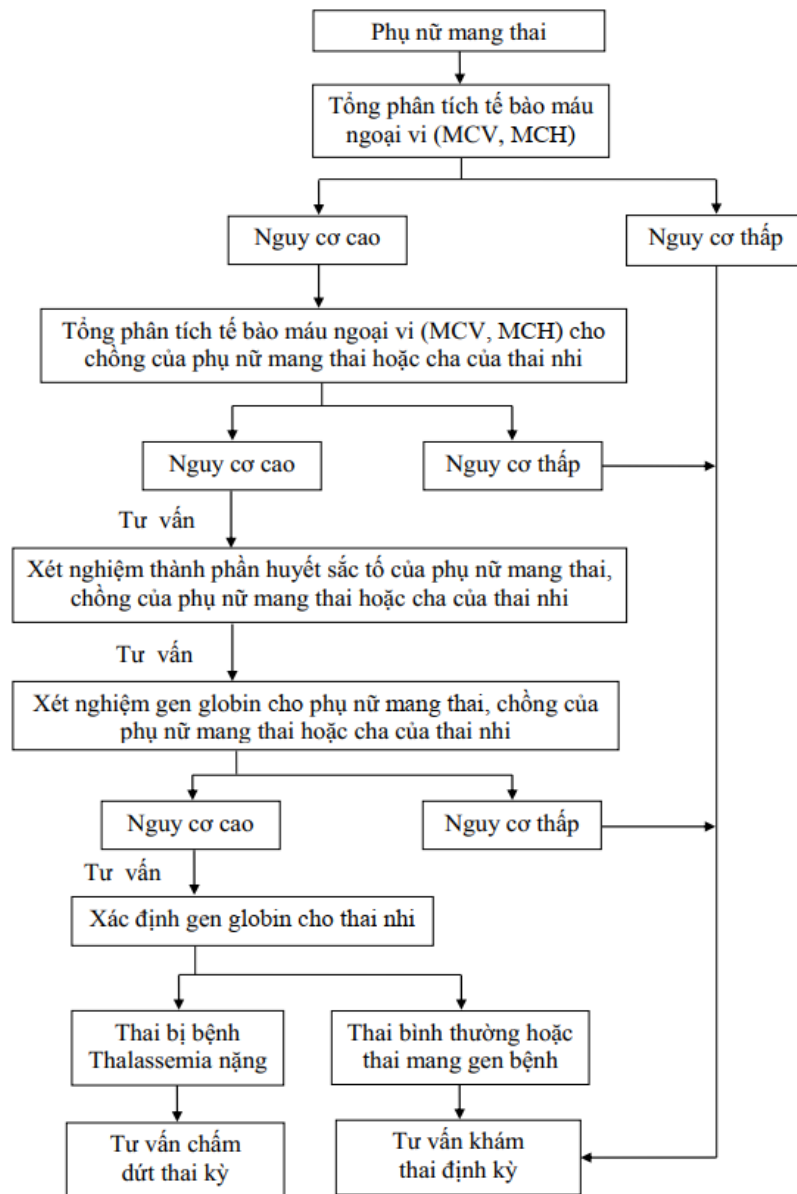
- Nếu kết quả xét nghiệm là nguy cơ thấp: hướng dẫn phụ nữ có thai khám thai định kỳ theo quy định.
- Nếu kết quả xét nghiệm là nguy cơ cao: tư vấn làm xét nghiệm tổng phân tích tế bào máu ngoại vi với chồng của phụ nữ có thai hoặc cha của thai nhi.

Nếu kết quả xét nghiệm với chồng của phụ nữ có thai hoặc cha của thai nhi là nguy cơ thấp: dừng lại.

Nếu kết quả xét nghiệm với chồng của phụ nữ có thai hoặc cha của thai nhi là nguy cơ cao: tư vấn xét nghiệm để xác định thành phần huyết sắc tố của phụ nữ có thai và chồng của phụ nữ có thai hoặc cha của thai nhi. Kết quả xét nghiệm sẽ được các chuyên gia huyết học và/hoặc chuyên gia tư vấn di truyền phân tích để đưa ra quyết định xét nghiệm gen bệnh theo từng trường hợp cụ thể.

- Xét nghiệm gen globin cho phụ nữ có thai và chồng của phụ nữ có thai hoặc cha của thai nhi. Căn cứ kết quả xét nghiệm gen globin, chuyên gia huyết học và/hoặc chuyên gia tư vấn di truyền sẽ tư vấn theo từng trường hợp cụ thể.

- Trong trường hợp cần xác định gen globin của thai nhi sẽ chỉ định lấy gai rau hoặc nước ối để chẩn đoán bằng kỹ thuật thích hợp. Căn cứ vào kết quả chẩn đoán chuyên gia huyết học và/hoặc chuyên gia tư vấn di truyền sẽ tư vấn theo từng trường hợp cụ thể, trường hợp thai nhi bị bệnh nặng sẽ tư vấn chấm dứt thai kỳ.



Sơ đồ 1.1 Sàng lọc, chẩn đoán trước sinh bệnh tan máu bẩm sinh Thalassemia [18]

c) Sàng lọc, chẩn đoán một số bất thường về số lượng nhiễm sắc thể và hình thái thai nhi

Sàng lọc

Đối tượng

- Phụ nữ có thai trong 3 tháng đầu thai kỳ [18].

Phương pháp

- Siêu âm thai: để xác định số lượng thai, đo chiều dài đầu mông của thai với mục đích xác định tuổi thai tương ứng 11 tuần đến 13 tuần 6 ngày, khảo sát cấu trúc thai, đo khoảng sáng sau gáy, xương mũi và các dấu hiệu khác [18].

- Xét nghiệm máu mẹ: ngoài việc tổng phân tích tế bào máu ngoại vi để sàng lọc bệnh tan máu bẩm sinh Thalassemia sẽ xét nghiệm các chất PAPP-A (Pregnancy Associated Plasma Protein A) và free beta hCG (free beta human Chorionic Gonadotropin) để sàng lọc các bất thường nhiễm sắc thể [18].

Để sàng lọc các bất thường nhiễm sắc thể có thể sử dụng 2 chỉ số PAPP-A và free beta hCG và các chỉ số siêu âm trên các chương trình tính nguy cơ phù hợp [18].

- Xét nghiệm ADN của thai nhi lưu hành trong máu mẹ (kỹ thuật sàng lọc trước sinh không xâm lấn - NIPT) để sàng lọc các bất thường NST của thai nhi [18].

Khuyến cáo: tuần thai để thực hiện xét nghiệm NIPT nên > 10 tuần sau khi có kết quả siêu âm thai và được chuyên gia tư vấn di truyền tư vấn để có chỉ định phù hợp. Xét nghiệm này có thể thay thế xét nghiệm PAPP-A và free beta hCG hoặc bổ sung cho các xét nghiệm trên tùy theo trường hợp [18].

Chẩn đoán

Đối tượng

- Những phụ nữ có thai có bất thường hình thái thai nhi và/hoặc có kết quả sàng lọc nguy cơ cao bất thường nhiễm sắc thể hoặc một số bệnh lý di truyền [18].

- Những phụ nữ có thai có nguy cơ sinh con dị tật bẩm sinh dựa trên tiền sử gia đình và có thể chẩn đoán bằng các kỹ thuật phù hợp [18].

Phương pháp

- Sử dụng kỹ thuật siêu âm phù hợp để chẩn đoán các hình thái bất thường của thai nhi [18].

- Sử dụng các kỹ thuật xét nghiệm di truyền phù hợp để xác định bất thường gen, nhiễm sắc thể [18].

Quy trình thực hiện sàng lọc, chẩn đoán

Phụ nữ có thai nên được sàng lọc từ tuần thai thứ 11 đến 13 tuần 6 ngày (tính tuổi thai theo chiều dài đầu mông của thai nhi, hạn chế tối đa tính tuổi thai theo kỳ kinh cuối cùng của phụ nữ có thai) theo trình tự sau [18]:

- Siêu âm thai để xác định số lượng thai, vị trí bánh rau, đo chiều dài đầu mông để xác định tuổi thai, khảo sát hình thái, cấu trúc thai, đo khoảng sáng sau gáy và các dấu hiệu siêu âm khác (nếu có) để tính nguy cơ mắc thể ba nhiễm 21, 18 và 13.

Trường hợp siêu âm phát hiện thấy thai nhi có bất thường nặng, tiên lượng thai kỳ xấu, không thể chữa khỏi hoặc không thể sống sau sinh thì tư vấn, hội chẩn chấm dứt thai kì. Các trường hợp khác thực hiện tiếp các bước sau đây:

- Thực hiện xét nghiệm sàng lọc trước sinh bằng phương pháp sinh hóa miễn dịch để định lượng PAPP-A và free beta hCG, kết hợp thông tin lâm sàng, siêu âm để tính nguy cơ thai bị bất thường nhiễm sắc thể 21, 18 và 13.

- Trong trường hợp phụ nữ có thai muốn thực hiện xét nghiệm sàng lọc bằng ADN của thai nhi lưu hành trong máu mẹ thì có thể thực hiện xét nghiệm này từ tuần thai thứ 10 của thai kỳ. Tuy nhiên trước đó cần siêu âm thai và đánh giá tiền sử mẹ để loại trừ một số trường hợp không thể chỉ định làm xét nghiệm này.

Ngưỡng nguy cơ sẽ do cơ sở khám bệnh, chữa bệnh thực hiện sàng lọc lựa chọn dựa trên điều kiện kỹ thuật, loại sinh phẩm, trang thiết bị, bằng chứng khoa học và chương trình tính nguy cơ.

- Nếu kết quả sàng lọc nguy cơ thấp (kết quả siêu âm thai, kết quả xét nghiệm các chất PAPP-A và free beta hCG hoặc kết quả NIPT): hướng dẫn phụ nữ có thai khám thai theo định kỳ.

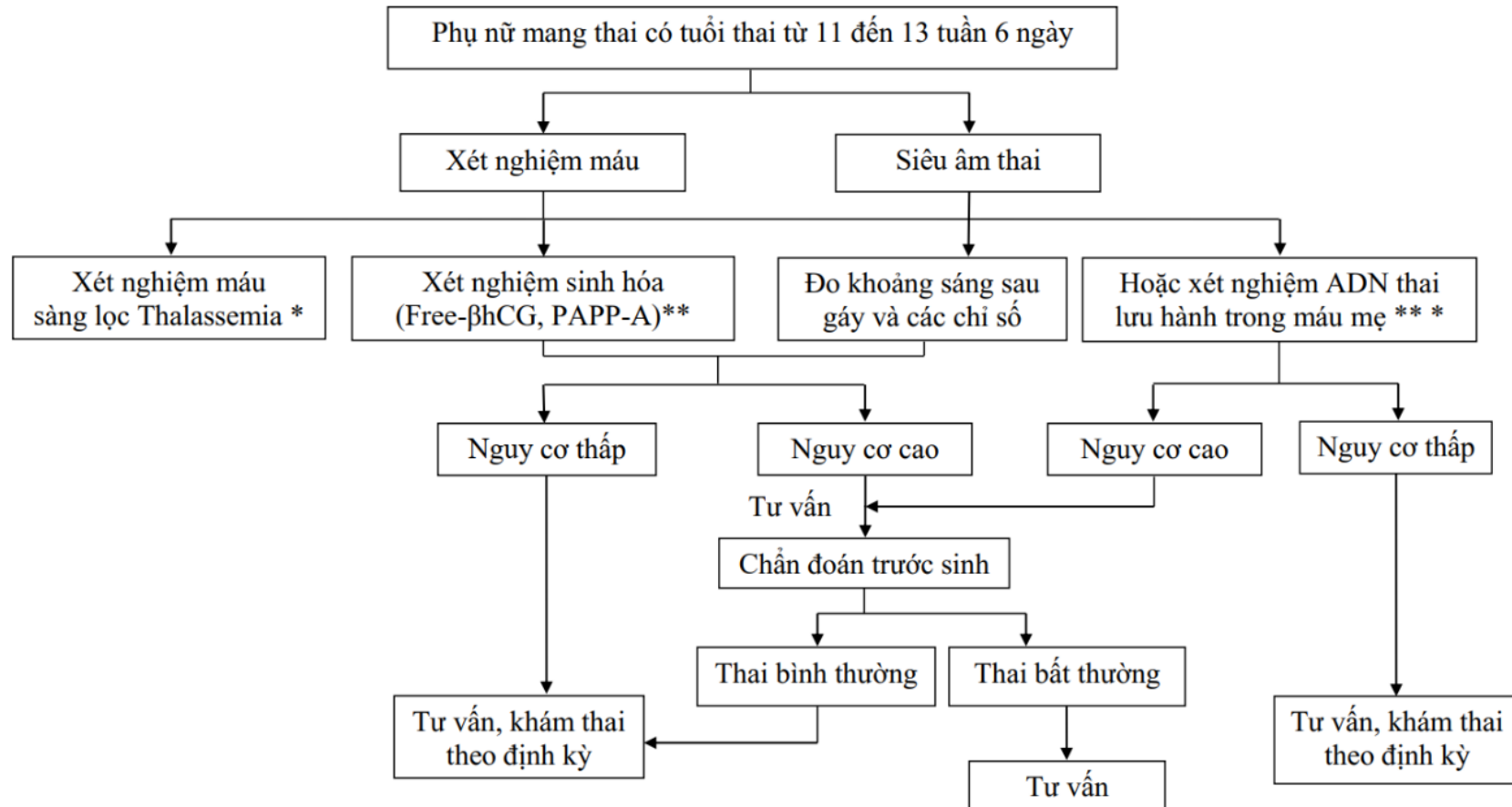
- Nếu kết quả sàng lọc nguy cơ cao (kết quả siêu âm thai, kết quả xét nghiệm các chất PAPP-A và free beta hCG hoặc kết quả NIPT): tư vấn để chẩn đoán trước sinh hoặc tư vấn phụ nữ có thai chỉ có xét nghiệm các chất PAPP-A và free beta hCG nguy cơ cao làm xét nghiệm sàng lọc bằng ADN của thai nhi lưu hành trong máu mẹ (để tăng hiệu quả của sàng lọc) trước khi quyết định thực hiện chẩn đoán trước sinh.

Thực hiện thủ thuật lấy mẫu gai rau (tuần thai 11 đến 14) để xét nghiệm di truyền chẩn đoán trước sinh bằng kỹ thuật phù hợp.

- Trường hợp không phát hiện được bất thường nhiễm sắc thể: hướng dẫn phụ nữ có thai khám thai theo định kỳ.

- Trường hợp phát hiện được bất thường nhiễm sắc thể: cần hội chẩn, nếu tiên lượng thai kỳ xấu, không thể điều trị hoặc không thể sống sau sinh sẽ tư vấn chấm dứt thai kỳ.

- Trường hợp có chỉ định xét nghiệm gen, chuyên gia tư vấn di truyền sẽ tư vấn căn cứ vào kết quả xét nghiệm.



Sơ đồ 1.2 Sàng lọc, chẩn đoán một số bất thường về số lượng nhiễm sắc thể và hình thái thai nhi trong 3 tháng đầu thai kỳ [18]

*: Thực hiện theo quy trình tại sơ đồ 1. Sàng lọc, chẩn đoán bệnh tan máu bẩm sinh Thalassemia

** : Chỉ thực hiện ở các cơ sở đủ điều kiện

***: Có thể sử dụng để sàng lọc bổ sung khi có kết quả xét nghiệm sinh hóa/huyết thanh nguy cơ cao

Sàng lọc, chẩn đoán trước sinh trong 3 tháng giữa thai kỳ

Sàng lọc

- Đối tượng: Phụ nữ có thai trong 3 tháng giữa thai kỳ [18].
- Phương pháp [18]:
- + Siêu âm thai: để phát hiện một số bất thường hình thái của thai nhi.
- + Xét nghiệm máu mẹ: nếu chưa sàng lọc PAPP-A và free beta hCG ở 3 tháng đầu thai kỳ sẽ sử dụng xét nghiệm 3 chất AFP (Alpha Fetoprotein), hCG (Human Chorionic Gonadotropin) hoặc beta hCG, uE3 (unconjugated Estriol) (xét nghiệm bộ ba: triple test), có thể thêm inhibin A (xét nghiệm bộ bốn: quadruple test) để sàng lọc thai nhi có nguy cơ cao mắc hội chứng Down (ba nhiễm sắc thể 21), hội chứng Edwards (ba nhiễm sắc thể 18), hội chứng Patau (ba nhiễm sắc thể 13) và dị tật hở ống thần kinh từ tuần thai 15 đến 22 tuần, tốt nhất là từ tuần thai 16 đến 18.
- + Có thể sử dụng kỹ thuật xét nghiệm ADN của thai nhi lưu hành trong máu mẹ để sàng lọc hội chứng Down, hội chứng Edwards, hội chứng Patau và một số bất thường nhiễm sắc thể khác

Chẩn đoán

Đối tượng

- Những phụ nữ có thai có bất thường hình thái thai nhi và/hoặc có kết quả sàng lọc nguy cơ cao bất thường nhiễm sắc thể hoặc một số bệnh lý di truyền [18].
- Những phụ nữ có thai có nguy cơ sinh con dị tật bẩm sinh dựa trên tiền sử gia đình và có thể chẩn đoán bằng các kỹ thuật phù hợp [18].

Phương pháp

- Sử dụng kỹ thuật siêu âm phù hợp để chẩn đoán các hình thái bất thường của thai nhi [18].
- Sử dụng các kỹ thuật xét nghiệm di truyền phù hợp để xác định bất thường gen, nhiễm sắc thể [18].

Quy trình thực hiện sàng lọc, chẩn đoán

- Siêu âm thai để phát hiện các bất thường hình thái thai nhi [18].

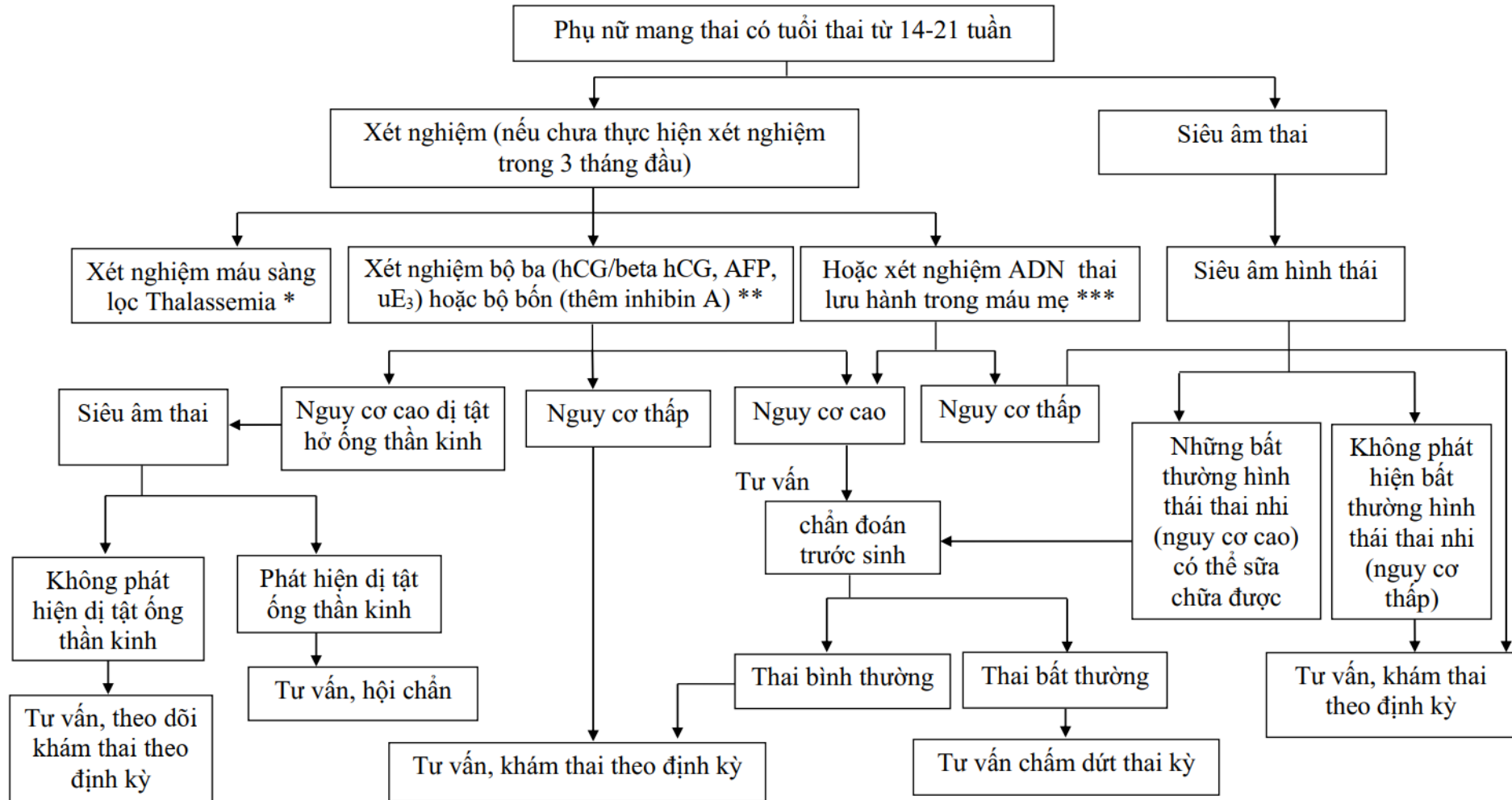
- + Những bất thường hình thái thai nhi có bất thường bẩm sinh nặng (nguy cơ cao), tiên lượng thai kỳ xấu, không thể chữa khỏi hoặc không thể sống sau sinh tư vấn kết quả siêu âm, hội chẩn chấm dứt thai kỳ theo quy định.
- + Những bất thường hình thái thai nhi (nguy cơ cao) có thể sửa chữa được (theo ý kiến của hội đồng chuyên môn) thì cần xét nghiệm chẩn đoán di truyền trước sinh để khẳng định.
- + Những trường hợp không phát hiện bất thường hình thái thai nhi (nguy cơ thấp) thì hướng dẫn phụ nữ có thai khám thai theo định kỳ.
 - Sàng lọc bất thường nhiễm sắc thể (nếu chưa sàng lọc trong 3 tháng đầu thai kỳ): thực hiện xét nghiệm bộ ba hoặc bộ bốn kết hợp với thông tin lâm sàng để tính nguy cơ thai bị lệch bội nhiễm sắc thể hoặc ADN của thai lưu hành trong máu mẹ.

Nguồn nguy cơ sẽ do cơ sở khám bệnh, chữa bệnh thực hiện sàng lọc lựa chọn dựa trên điều kiện kỹ thuật, loại sinh phẩm, trang thiết bị, bằng chứng khoa học và chương trình tính nguy cơ.

 - + Nếu kết quả sàng lọc nguy cơ thấp (kết quả xét nghiệm bộ ba hoặc bộ bốn hoặc ADN của thai nhi lưu hành trong máu mẹ): hướng dẫn phụ nữ có thai khám thai theo định kỳ.
 - + Nếu có nguy cơ cao dị tật hở ống thần kinh (kết quả xét nghiệm bộ ba hoặc bộ bốn): siêu âm thai để đánh giá hình thái cấu trúc của thai.
 - + Nếu kết quả sàng lọc nguy cơ cao bất thường nhiễm sắc thể (kết quả xét nghiệm bộ ba hoặc bộ bốn hoặc ADN của thai nhi lưu hành trong máu mẹ): tư vấn để chẩn đoán trước sinh hoặc tư vấn phụ nữ có thai chỉ có xét nghiệm bộ ba hoặc xét nghiệm bộ bốn nguy cơ cao làm xét nghiệm sàng lọc bằng ADN của thai nhi lưu hành trong máu mẹ (để tăng hiệu quả của sàng lọc) trước khi quyết định thực hiện chẩn đoán trước sinh.
 - Thực hiện chẩn đoán trước sinh với phụ nữ có thai có nguy cơ cao bất thường di truyền bằng sàng lọc siêu âm thai, xét nghiệm bộ ba, xét nghiệm bộ bốn, NIPT. Thực hiện thủ thuật lấy nước ối (từ tuần thai 16) hoặc máu cuống rốn (từ tuần thai 18) để xét nghiệm di truyền chẩn đoán trước sinh bằng kỹ thuật phù hợp.

- + Trường hợp không phát hiện được bất thường nhiễm sắc thể: hướng dẫn phụ nữ có thai khám thai theo định kỳ.
- + Trường hợp phát hiện được bất thường nhiễm sắc thể: cần hội chẩn, nếu tiên lượng thai kỳ xấu, không thể điều trị hoặc không thể sống sau sinh sẽ tư vấn chấm dứt thai kỳ.
- + Trường hợp phát hiện dị tật ống thần kinh bằng siêu âm thai, chuyên gia tư vấn kết quả; trường hợp siêu âm không phát hiện dị tật ống thần kinh hờ thì hướng dẫn phụ nữ có thai khám thai theo định kỳ.
- + Trường hợp có chỉ định xét nghiệm gen, chuyên gia tư vấn di truyền sẽ tư vấn căn cứ vào kết quả xét nghiệm.

Quy trình được thể hiện tại Sơ đồ 3. Sàng lọc, chẩn đoán một số bất thường về số lượng nhiễm sắc thể và hình thái thai nhi trong 3 tháng giữa thai kỳ [18].



Sơ đồ 1.3 Sàng lọc, chẩn đoán một số bất thường về số lượng nhiễm sắc thể và hình thái thai nhi trong 3 tháng giữa thai kỳ [18]

*: Thực hiện theo quy trình tại sơ đồ 1. Sàng lọc, chẩn đoán bệnh tan máu bẩm sinh Thalassemia

** : Chỉ thực hiện ở các cơ sở đủ điều kiện

***: Có thể sử dụng để sàng lọc bổ sung khi có kết quả xét nghiệm sinh hóa/huyết thanh nguy cơ cao

Sàng lọc tháng cuối thai kỳ

Không có chỉ định sàng lọc, chẩn đoán trước sinh trong 3 tháng cuối thai kỳ. Tuy nhiên, khuyến cáo các phụ nữ có thai cần siêu âm thai sản trong thời kỳ này để đánh giá tình trạng phát triển của thai nhi và tiên lượng cho cuộc đẻ [5].

Bảng 1.2 Thời điểm và mục đích thực hiện các xét nghiệm sàng lọc trước sinh

STT	Thời điểm	Loại xét nghiệm	Mục đích
1.	Lần khám thai đầu tiên	Máu mẹ, phân tích nhóm máu	- Dự phòng trường hợp cần truyền máu trong khi sinh
2.	(3 tháng đầu)	Máu mẹ, Huyết đồ	- Để đánh giá sản phụ có bị thiếu máu không (số lượng hồng cầu giảm) - Sàng lọc bệnh thalassemia. Việc sàng lọc dựa trên thể tích hồng cầu (MCV) và lượng hemoglobin trung bình trong hồng cầu (MCH) của mẹ. Nếu có nguy cơ mang gen bệnh này, mẹ cần được tư vấn di truyền.
3.		Máu mẹ, Ferritin	- Để đánh giá sản phụ có bị thiếu sắt hay không để được tư vấn chế độ ăn thích hợp và uống thêm viên sắt. - Sàng lọc bệnh thalassemia
4.		Máu mẹ, Rubella IgG/IgM	- Để phát hiện mẹ đã được miễn nhiễm với virus Rubella chưa, nếu chưa cần được cảnh báo khả năng lây nhiễm trong thời kỳ mang thai để phòng tránh và mẹ cần chích ngừa Rubella sau khi sinh. - <i>Nhiễm Rubella ở sản phụ có thể gây dị dạng nghiêm trọng cho thai nhi như: điếc, tật đầu nhỏ, mù, chậm phát triển</i>

STT	Thời điểm	Loại xét nghiệm	Mục đích
			<i>trí tuệ.</i>
5.		Máu mẹ, Toxo IgG/IgM	<ul style="list-style-type: none"> - Để phát hiện mẹ đã được miễn nhiễm với ký sinh trùng <i>Toxoplasma</i> chưa. - <i>Nhiễm Toxoplasma ở sản phụ có thể gây mù, tổn thương não của thai nhi. Mẹ mắc bệnh do ăn thức ăn bị nhiễm Toxoplasma chưa nấu chín như thịt tái hoặc do tiếp xúc với mèo hoặc phân mèo bị nhiễm Toxoplasma.</i>
6.		Máu mẹ, HBsAg và Anti-HBs	<ul style="list-style-type: none"> - Phát hiện viêm gan siêu vi B (HBV) - HBsAg cho biết sản phụ có đang bị nhiễm HBV không để tránh truyền bệnh cho con. - Anti-HBs để xem sản phụ đã được miễn dịch với HBV chưa. - <i>Nếu sản phụ bị nhiễm virus viêm gan B, có thể truyền bệnh cho thai nhi trước, trong hoặc sau khi sinh. Tình trạng này sẽ được ngăn ngừa nếu trẻ được chính ngừa viêm gan siêu vi B ngay sau khi sinh.</i>
7.		Máu mẹ, RPR	<ul style="list-style-type: none"> - Xét nghiệm khả năng mắc bệnh giang mai - Nếu RPR (+) sản phụ chỉ mới có nhiều khả năng mắc bệnh giang mai và cần làm tiếp các xét nghiệm khác để xác định chẩn đoán. - <i>Nếu mẹ bị giang mai, vi khuẩn giang</i>

STT	Thời điểm	Loại xét nghiệm	Mục đích
			<i>mai có thể gây dị dạng cho thai nhi hoặc gây chết thai. Phát hiện sớm giúp điều trị bệnh hiệu quả và tránh lây bệnh cho thai nhi.</i>
8.		Máu mẹ, Glucose máu khi đói, HbA1c	- Theo dõi đái tháo đường khi mang thai
9.		Máu mẹ Test nhanh HIV	- Xét nghiệm khả năng nhiễm HIV - Nếu test nhanh HIV (+) sản phụ chỉ mới có nhiều khả năng nhiễm HIV và cần làm tiếp các xét nghiệm khác để xác định chẩn đoán. - <i>Phát hiện sớm mẹ nhiễm HIV sẽ giúp giảm nguy cơ truyền bệnh cho thai nhi trước, trong và sau khi sinh.</i>
10.	Thực hiện trong những lần khám thai	Nước tiểu, phân tích các thông số nước tiểu (protein, đường, bạch cầu, cặn lắng, tế bào, vi trùng...)	- Theo dõi nhiễm trùng đường tiểu - Theo dõi tình trạng đái tháo đường (tiểu đường) ở phụ nữ có thai - Theo dõi lượng protein trong nước tiểu để đề phòng tiền sản giật <i>Tiền sản giật có thể dẫn đến sản giật với biểu hiện hôn mê, đột quy, phù phổi cấp... gây nguy hiểm cho cả mẹ và con.</i>
11.	11 đến trước 14 tuần thai	Siêu âm đo độ mờ da gáy, xương mũi	- Sàng lọc hội chứng Down và một số các bất thường nhiễm sắc thể khác - Phát hiện một số dị tật ở thai nhi
12.		Máu mẹ, đo nồng độ PAPP-A và free	- Phối hợp với kết quả siêu âm để sàng lọc hội chứng Down và một số các bất

STT	Thời điểm	Loại xét nghiệm	Mục đích
		beta hCG	thường nhiễm sắc thể khác
13.	15 - 18 tuần	Máu mẹ, đo nồng độ AFP	<ul style="list-style-type: none"> - Sàng lọc các khuyết tật làm hở ống thần kinh của thai nhi - Sàng lọc hội chứng Down và một số các bất thường nhiễm sắc thể khác - Sàng lọc khuyết tật thành bụng của thai nhi - AFP cũng tăng trong trường hợp song thai
14.		Máu mẹ, đo nồng độ AFP, hCG, uE3	- Sàng lọc hội chứng Down và một số các bất thường nhiễm sắc thể khác (nếu chưa sàng lọc ở quý I của thai kỳ).
15.	18 - 20 tuần	Siêu âm	<ul style="list-style-type: none"> - Phát hiện nhiều dị tật của thai nhi - <i>Đây là giai đoạn thai nhi đã phát triển đầy đủ nên siêu âm cho phép phát hiện nhiều dị tật của thai nhi.</i>
16.	24 - 28 tuần	Xét nghiệm khả năng dung nạp glucose	<ul style="list-style-type: none"> - Đánh giá nồng độ đường trong máu mẹ - Phát hiện mẹ mắc đái tháo đường khi mang thai
17.	Trước 28 tuần	Máu mẹ, phân tích yếu tố Rh (Rhesus)	<ul style="list-style-type: none"> - Để biết mẹ có yếu tố Rh (+) hay Rh (-), nếu Rh (-) mẹ cần được tư vấn di truyền <i>Nếu mẹ có Rh (-), bố Rh (+), thai nhi có Rh (+), cơ thể mẹ sẽ sản xuất kháng thể chống lại thai nhi. Nếu biết mẹ Rh (-), mẹ sẽ được điều trị từ tuần thai thứ 28 để cứu sống thai nhi.</i>
18.	35 - 37 tuần	Dịch phết âm đạo,	- Phát hiện liên cầu nhóm B để điều trị

STT	Thời điểm	Loại xét nghiệm	Mục đích
		trực tràng	dự phòng trước sinh <i>Nhiễm liên cầu nhóm B có thể gây nhiễm trùng ối, nhiễm trùng sau sinh. Đây là nguyên nhân phổ biến gây viêm phổi, viêm màng não ở trẻ sơ sinh do nhiễm liên cầu nhóm B khi sinh.</i>

Nguồn: Trung tâm Sàng lọc - Chẩn đoán trước sinh và sơ sinh, Bệnh viện Đại học Y Dược Huế [55]

Ngoài những xét nghiệm trên, sản phụ cần được đánh giá cân nặng, chiều cao, chỉ số BMI, theo dõi huyết áp, chiều cao tử cung trong quá trình mang thai. Căn cứ vào kết quả của các xét nghiệm trên bác sĩ có thể sẽ đề nghị làm các xét nghiệm bổ sung và tiếp tục theo dõi siêu âm.

1.1.3.2 Khuyến cáo của Hiệp Hội Sản Phụ Khoa Hoa Kỳ (American College of Obstetricians and Gynecologists - ACOG) về sàng lọc trước sinh

Năm 2007, Hiệp hội Sản phụ khoa Hoa Kỳ (ACOG) đã ban hành “Bản tin Thực hành ACOG số 77”, khuyến nghị cung cấp sàng lọc lệch bội (Là một xét nghiệm được thực hiện bằng cách kết hợp giữa siêu âm và xét nghiệm máu mẹ cũng như là các thông số sức khỏe của mẹ để tính toán ra nguy cơ có các lệch bội (bất thường số lượng nhiễm sắc thể) của thai nhi) hoặc xét nghiệm xâm lấn cho tất cả phụ nữ, lý tưởng nhất là ở lần khám thai đầu tiên của họ. Ý tưởng này mang tính cách mạng tại thời điểm đó vì trước đây chỉ những phụ nữ được coi là có nguy cơ cao mới được thực hiện các xét nghiệm này [64].

Sàng lọc trong quý I của thai kỳ dựa trên sự kết hợp đo độ mờ da gáy và xét nghiệm freeBeta hCG, PAPP-A trong máu của sản phụ có hiệu quả cao hơn chỉ sàng lọc dựa trên đo độ mờ da gáy [36].

Sản phụ có tăng nguy cơ thai nhi mắc hội chứng Down qua kết quả sàng lọc ở quý I của thai kỳ cần được tư vấn và lựa chọn giữa việc lấy gai nhau hoặc nước ối phục vụ cho chẩn đoán trước sinh [36].

Việc huấn luyện bài bản, chuẩn hóa, kiểm tra chất lượng thường xuyên và sử dụng thiết bị siêu âm phù hợp đóng một vai trò hết sức quan trọng để đảm bảo việc đo độ mờ da gáy trong sàng lọc trước sinh được thực hiện chính xác, nghiêm túc và đúng tiêu chuẩn. Việc đo độ mờ da gáy chỉ nên được thực hiện ở các trung tâm và do các cá nhân đã được công nhận đạt chuẩn thực hiện [36].

Sàng lọc các khuyết tật của ống thần kinh nên được tiến hành ở quý II của thai kỳ cho những sản phụ đã được sàng lọc và có kết quả “âm tính” ở quý I [36].

Khi đánh giá về sự phát triển của sàng lọc trước sinh, Howard Cuckle DPhil và Ron Maymon MD (2016) nhận xét rằng một loạt các phát triển về mặt kỹ thuật và khái niệm trong 4 thập kỷ qua đã dẫn đến việc áp dụng rộng rãi các chương trình sàng lọc trước sinh. Kết quả là, ở những quốc gia có chính sách sàng lọc tối ưu, hầu hết các trường hợp khuyết tật ống thần kinh và lệch bội thông thường đều có thể tránh được [74].

Tóm lại, sàng lọc trước sinh được thực hiện ở phụ nữ có thai 3 tháng đầu, 3 tháng giữa của thai kỳ để phát hiện sớm các bất thường của thai kỳ như thiếu men G6PD, bệnh lý nội tiết như suy giáp bẩm sinh, dị tật ống thần kinh (thai vô sọ, nứt đốt sống), bệnh về nhiễm sắc thể như hội chứng Down và các dị tật bẩm sinh khác ảnh hưởng đến sức khỏe, phát triển thể chất tâm thần của trẻ. Sàng lọc trước sinh nhằm chủ động phát hiện các dị tật, can thiệp sớm và có biện pháp phòng ngừa kịp.

1.2 THỰC TRẠNG KIẾN THỨC, THÁI ĐỘ, THỰC HÀNH VỀ SÀNG LỌC TRƯỚC SINH CỦA PHỤ NỮ CÓ THAI

1.2.1 Trên thế giới

1.2.1.1 Một số nghiên cứu về kiến thức sàng lọc trước sinh

Trong một nghiên cứu khảo sát ở người trưởng thành trên 18 tuổi ở cả nam và nữ do Muhammad Osman Arif và cộng sự (2008) tiến hành tại Pakistani cho thấy đa số người được hỏi (64,6%) đã biết về sàng lọc trước sinh và việc sử dụng nó trong chẩn đoán. Trong số này, (80%) đã biết đến siêu âm nhưng phần lớn số người được hỏi (76,5%) chưa biết đến khả năng ứng dụng chọc ối trong sàng lọc trước sinh [67].

Bảng 1.3 Thực trạng kiến thức về sàng lọc trước sinh trên thế giới

Địa điểm	Năm	Cỡ mẫu	Kiến thức về SLTS (%)
Australia [89]	2000	100	74,0
Thái Lan [92]	2009	714	43,6
Australia [100]	2004	232	62,0
Uranda [72]	2006	388	60,0
Hoa Kỳ [80]	2011	300	55,0

Tỷ lệ thai phụ có kiến thức đúng về sàng lọc trước sinh cũng được báo cáo trong một số nghiên cứu tại Thái Lan – 2009 [92], Hoa Kỳ - 2011 [80], Uranda - 2006 [72] tỷ lệ lần lượt là 43,6%; 55,0% và 60,0% và và Schoonen M. (89,0%) [95]. Tỷ lệ phụ nữ có thai có kiến thức về sàng lọc trước sinh tại Thái Lan còn thấp chỉ có 43,6%. Thái Lan là một nước Đông Nam Á nên nền y tế chưa phát triển bằng các

nước còn lại. Trong khi đó tỷ lệ sàng lọc ở Australia có tỷ lệ kiến thức cao hơn là 74,0%.

1.2.1.2 Một số nghiên cứu về thái độ sàng lọc trước sinh

Trong một khảo sát đánh giá về thái độ đối với việc sàng lọc trước sinh của người dân Na Uy do Morten Magelssen và cộng sự công bố năm 2018 [85], phần lớn người được hỏi ủng hộ việc tăng cường khả năng tiếp cận sàng lọc trước sinh bằng siêu âm (60%) và/hoặc giải trình tự bộ gen đầy đủ của DNA thai nhi (55%) dành cho tất cả phụ nữ mang thai. Tuy nhiên, một số cho rằng việc công khai sàng lọc trước sinh cho tất cả phụ nữ mang thai sẽ báo hiệu rằng những người mắc hội chứng Down là không mong muốn (46%) hoặc có thể bị chỉ trích vì góp phần vào một 'phân loại xã hội' (48%).

Một nghiên cứu tại New Zeland cho kết quả tỷ lệ thai phụ có thái độ tích cực về sàng lọc là 87,2% [93]. Trong nghiên cứu tại Pakistani năm 2008 của Muhammad Osman Arif và cộng sự cho thấy tỷ lệ chấp nhận sàng lọc trước sinh cao, chiếm 85,5% [67].

1.2.1.3 Một số nghiên cứu về thực hành sàng lọc trước sinh

Thực trạng xét nghiệm tầm soát bệnh Down được báo cáo ở Australia (2000) [89] cho thấy xét nghiệm Triple test là 69,0% và ở Anh (2011) xét nghiệm Triple test là 42,7% còn Double test 49,5% [90]. Tỷ lệ làm xét nghiệm sàng lọc hội chứng Down tại Anh cao, tỷ lệ xét nghiệm Double test và Triple test tương đối bằng nhau. Ở Australia chưa đánh giá được vì xét nghiệm Double test có độ chính xác cao hơn xét nghiệm Triple test vì vậy nên làm xét nghiệm Double test. Ở Hoa Kỳ và Anh đều có tỷ lệ siêu âm tối thiểu hai lần cao là 94,0% [77] và 99,0% [101]. Hoa Kỳ và Anh là hai quốc gia có nền y tế phát triển nên tỷ lệ tuân thủ tại đây cao là phù hợp.

Bảng 1.4 Thực trạng xét nghiệm dự phòng bệnh lây truyền mẹ sang con

Địa điểm	Năm	Cỡ mẫu	Tỷ lệ XN viêm gan B (%)	Tỷ lệ XN Rubella (%)	Tỷ lệ XN giang mai (%)	Tỷ lệ XN HIV (%)
Hà Lan [78]	1995	99.706	97,6	-	-	-
Hoa Kỳ [96]	2003	5.144	96,5	97,3	98,2	57,2%
Hoa Kỳ [82]	2004	7.691	80,0	80,0	90,0	-
Uganda [72]	2006	288	-	-	-	99,5

Tỷ lệ thai phụ ở các quốc gia xét nghiệm sàng lọc các bệnh lây truyền mẹ sang con cao. Năm 2003, tại Hoa Kỳ tỷ lệ xét nghiệm sàng lọc HIV còn thấp hơn tỷ lệ sàng lọc các xét nghiệm còn lại là 57,2%. Các xét nghiệm còn lại có tỷ lệ gần bằng nhau theo các năm. Một nghiên cứu ở phụ nữ mang thai tại các Tiểu vương quốc ẢRập Thống Nhất” của Salvi MB năm 2019 cho thấy 42,9% có thái độ đúng khi khám sàng lọc trước sinh nhưng chỉ có 14,7% thai phụ tuân thủ thực hành tốt [94].

1.2.2 Tại Việt Nam

1.2.2.1 Một số nghiên cứu về kiến thức sàng lọc trước sinh

Nghiên cứu của Đoàn Kim Thắng (2014), khảo sát trên 139 phụ nữ có thai trong độ tuổi sinh đẻ ở nông thôn Hà Nội. Tỷ lệ phụ nữ có thai nắm được các yếu tố nguy cơ dẫn đến bệnh tật ở thai nhi: bản thân và chồng nhiễm chất độc màu da cam 87,8% và mẹ mắc bệnh do virus ở những tháng đầu của thai kỳ thì nguy cơ dẫn đến dị tật thai nhi cao 87,8%, tiếp xúc với hóa chất hoặc môi trường sống độc hại 84,9%, yếu tố thuộc về gia đình, dòng họ có người mắc các tật, bệnh 77,7%, mẹ mang thai khi trên 35 tuổi 77,0%, nạo phá thai nhiều lần 70,5%, tiền sử xảy thai liên tiếp 67,6% và tiền sử thai chết lưu ảnh hưởng đến việc bệnh tật ở thai nhi 65,6% [43].

Nghiên cứu của Ngô Viết Lộc và cộng sự (2015), các bà mẹ có con từ 42 ngày tuổi đến dưới 1 tuổi trong thời gian nghiên cứu đang sinh sống tại 4 xã miền núi thuộc huyện Hòa Vang, thành phố Đà Nẵng. Nghiên cứu tiến hành trên 433 bà mẹ ghi nhận kiến thức về việc khám thai của các bà mẹ: nắm được ý nghĩa của việc khám thai 31,6% với số lần khám thai đạt 87,8% và thời điểm đi khám thai đúng là

87,5%. Kiến thức về các dấu hiệu bất thường đi khám ngay, biết ít hơn 3 dấu hiệu 16,9%, từ 3 dấu hiệu trở lên 82,6% và có 0,5% không nắm được các dấu hiệu bất thường khi mang thai. Kiến thức về lựa chọn nơi sinh của bà mẹ: trạm y tế có 31,2%, trung tâm y tế 64,9%, bệnh viện 70,0%, tại nhà 0,5% và không biết chiếm 0,9%. Kiến thức chung đúng về sàng lọc trước sinh là 54,3% [34].

Nghiên cứu của Phạm Thu Huyền và cộng sự (2018), tại Trung tâm CSSKSS tỉnh Bình Thuận, có 383 phụ nữ có thai có tuổi thai từ 11 tuần đến 13 tuần 6 ngày đến khám thai. Trong đó, tuổi trung bình là $28,2 \pm 5,8$ tuổi, chỉ có 10,7% phụ nữ có thai đã từng được làm SLTS, 35,5% phụ nữ có thai từng nhận được thông tin về chương trình SLTS. Kiến thức về SLTS đúng khi trả lời đúng từ 9/14 câu hỏi trở lên chỉ có 20,1% phụ nữ có thai có kiến thức đúng về SLTS. Kiến thức đúng về nội dung các xét nghiệm cần làm để chẩn đoán xác định thai bị DTBS là thấp nhất 8,1%. Kiến thức đúng về thời điểm thực hiện SLTS ở quý I thai kỳ với 31,8% [29].

Nghiên cứu của Phạm Thị Bé Lan và cộng sự (2019), với 420 phụ nữ có thai đến khám tại Bệnh viện Sản Nhi Trà Vinh, 73,8% phụ nữ có thai biết về sàng lọc trước sinh trong đó có 95,8% là được tư vấn từ nhân viên y tế. Trong số phụ nữ có thai biết về sàng lọc trước sinh, có 95,8% phụ nữ có thai biết sàng lọc trước sinh là để kiểm tra xem thai có dị tật hay bất thường. Siêu âm và xét nghiệm máu là các kỹ thuật được phụ nữ mang thai biết nhiều về sàng lọc trước sinh; chỉ 0,2% phụ nữ có thai biết về kỹ thuật chọc dò nước ối, phụ nữ có thai biết sàng lọc trước sinh tầm soát bệnh Down 79,4% và xem sàng lọc trước sinh là cần thiết thực hiện 90,3% [32].

Nghiên cứu của Võ Ngọc Minh Thư (2019), tại Phòng khám Sản phụ khoa - Kế hoạch hóa gia đình, Trung tâm Kiểm soát bệnh tật tỉnh Long An, kết quả cho thấy tỷ lệ phụ nữ có thai có kiến thức chung đúng về chương trình sàng lọc trước sinh ở phụ nữ có thai là 73,8%. Trong đó, phụ nữ có thai có kiến thức đúng về thời điểm SLTS 90,2%, phụ nữ có thai có kiến thức đúng về thời điểm xét nghiệm Double test 81,1%, %, phụ nữ có thai có kiến thức đúng về thời điểm xét nghiệm Triple test 80,1%, phụ nữ có thai có kiến thức đúng về thời điểm thực hiện xét nghiệm chọc hút nước ối 99,4%, kiến thức đúng về các xét nghiệm trước sinh để dự

phòng lây truyền từ mẹ sang thai nhi (xét nghiệm HIV, xét nghiệm giang mai, xét nghiệm Rubella, xét nghiệm viêm gan B) là 99,4% [49].

1.2.2.2 Một số nghiên cứu về thái độ sàng lọc trước sinh

Thực hành khám thai và siêu âm thai để sàng lọc trước sinh và phát hiện các dị tật thai nhi, các biểu hiện không tốt cho thai nhi và người mẹ là điều rất cần thiết trong quá trình mang thai của một người phụ nữ. Nghiên cứu của tác giả Đoàn Kim Thắng (2014), tại nông thôn Hà Nội, ghi nhận có 56,8% tham gia khảo sát lo ngại việc việc siêu âm trong quá trình mang thai. Cụ thể 55,6% lo ngại ảnh hưởng đến sức khỏe của thai nhi, sợ ảnh hưởng đến sức khỏe của mẹ 24,1%, lo ngại về chi phí nhiều hơn 16,5% và ghi nhận 3,8% phụ nữ có thai chịu ảnh hưởng của phong tục tập quán không cho phép siêu âm trong quá trình mang thai. Siêu âm nhằm phát hiện, can thiệp sớm các vấn đề ở thai nhi và trẻ sơ sinh và cũng là yếu tố quan trọng trong việc giảm tỷ lệ dị tật bẩm sinh ở trẻ được sinh ra [43].

Nghiên cứu của Nguyễn Thu Hiền và cộng sự (2018), tại Bệnh viện Trung Ương Thái Nguyên, đa số các sản phụ khi được tư vấn đều e ngại vấn đề sảy thai, lo lắng thai bị ảnh hưởng [24].

Nghiên cứu của Phạm Thu Huyền và cộng sự (2018), tại Trung tâm CSSKSS tỉnh Bình Thuận, có 383 phụ nữ có thai có tuổi thai từ 11 tuần đến 13 tuần 6 ngày đến khám thai. Thái độ về SLTS được đánh giá là có thái độ tích cực khi trả lời đúng từ 3/5 câu hỏi trở lên. Trong tổng số phụ nữ có thai tham gia nghiên cứu, chỉ có 30,8% phụ nữ có thai có thái độ tích cực về SLTS. Thái độ về việc đồng ý thực hiện SLTS không gây ảnh hưởng tới sức khỏe thai nhi chiếm tỉ lệ thấp với 27,2%. Thái độ về việc đồng ý tiếp tục thai kỳ trong những trường hợp thai bất thường có thể chữa được sau khi sinh có tỉ lệ cao nhất 78,6%. Đa số các đối tượng phân vân không biết có nên làm SLTS không 59,5%. Tuy nhiên, sau khi được nghe nhân viên y tế tư vấn về SLTS, số phụ nữ có thai chấp nhận thực hiện SLTS tăng từ 34,2% lên tới 85,1% [29].

Nghiên cứu của Võ Ngọc Minh Thư (2019), tại Phòng khám Sản phụ khoa - Kế hoạch hóa gia đình, Trung tâm Kiểm soát bệnh tật tỉnh Long An, kết quả cho thấy tỷ lệ phụ nữ có thai có thái độ tích cực về SLTS là 95,9%. Trong đó, phụ nữ có

thai nhận thấy sàng lọc trước sinh khi mang thai là cần thiết 98,7%, truyền thông phổ biến kiến thức về sàng lọc trước sinh là cần thiết 98,1%, việc khám thai là cần thiết 98,7%, việc siêu âm là cần thiết 98,7%, xét nghiệm Double test là cần thiết 98,7%, xét nghiệm Triple test là cần thiết 97,5%, chọc hút nước ối là cần thiết 98,1%, xét nghiệm máu dự phòng lây truyền từ mẹ sang con là cần thiết 98,4% [49].

1.2.2.3 Một số nghiên cứu về thực hành sàng lọc trước sinh

Nghiên cứu của Đoàn Kim Thắng (2014), khảo sát trên 139 phụ nữ có thai trong độ tuổi sinh đẻ ở nông thôn Hà Nội. Chỉ có 5,3% số phụ nữ tham gia biết trong các lần mang thai có dị tật thai. Tỷ lệ phụ nữ có thai có thực hiện xét nghiệm máu 91,2%, có siêu âm thai định kỳ 89,8%, lấy máu gót chân 78,1% và chọc hút dịch ối 65,0%. Nghiên cứu cũng ghi nhận 91,4% có đi khám thai tại các cơ sở y tế và 8,6% không thực hiện việc khám thai, 98,4% được tiêm phòng uốn ván, uống viên sắt phòng chống thiếu máu và siêu âm chẩn đoán tình trạng thai nhi và có 97,5% cho rằng cần thiết phải khám sàng lọc khi mang thai không có khác biệt nhiều theo độ tuổi cũng như trình độ học vấn [43].

Nghiên cứu của Ngô Viết Lộc và cộng sự (2015), các bà mẹ có con từ 42 ngày tuổi đến dưới 1 tuổi tại 4 xã miền núi thuộc huyện Hòa Vang, thành phố Đà Nẵng. Kết quả nghiên cứu cho thấy thực hành đúng về sàng lọc trước sinh là 71,8% [34].

Nghiên cứu của Phạm Thị Bé Lan và cộng sự (2017), tại bệnh viện Sản Nhi Trà Vinh, khảo sát 420 phụ nữ có thai kết quả cho thấy có 59% phụ nữ có thai có thực hiện sàng lọc trước sinh, trong đó có 56,7% thực hiện đầy đủ các kỹ thuật sàng lọc trước sinh. Trong quá trình mang thai 100% phụ nữ có thai thực hiện kỹ thuật siêu âm, 57,9% thực hiện Double test, 53,8% thực hiện Triple test nhưng chỉ có 1,9% là thực hiện chọc dò nước ối đều được thực hiện tại thành phố Hồ Chí Minh. Kết quả xét nghiệm trong số hơn 50% phụ nữ có thai được sàng lọc trước sinh, có 95,8% phụ nữ có thai có nguy cơ thấp và 4,2% phụ nữ có thai có nguy cơ cao [32].

Nghiên cứu của Nguyễn Thu Hiền và cộng sự (2018), tại bệnh viện Trung Ương Thái Nguyên [24], tỷ lệ các bà mẹ mang thai sử dụng kỹ thuật sàng lọc trước sinh có 300 trường hợp tuân thủ quy trình sàng lọc, chiếm 89,55%, 35 trường hợp

không sàng lọc đúng quy trình, chiếm 10,45%. Phụ nữ có thai sàng lọc đúng thời điểm 97,0%, phụ nữ có thai trễ sàng lọc quý I 3,0%. Phụ nữ có thai được siêu âm đo độ mờ da gáy của thai nhi, khảo sát xương chính mũi; kết hợp với xét nghiệm sinh hóa máu mẹ Double test (PAPP-a và free BetahCG) hiệu chỉnh tính chỉ số nguy cơ về 3 nhiễm sắc thể 18 (hội chứng Edward), 3 nhiễm sắc thể 13 (hội chứng Patau), ba nhiễm sắc thể 21 (hội chứng Down). Trong 325 trường hợp sàng lọc đúng quy trình từ quý I, khảo sát bằng siêu âm cho thấy 7,47% có nguy cơ cao; khi phối hợp kết quả xét nghiệm sinh hóa với siêu âm cho thấy tỷ lệ có nguy cơ cao giảm xuống chỉ còn 2,77%. Những trường hợp nguy cơ cao sẽ được tư vấn để khuyến cáo sinh thiết gai nhau ngay quý I hay chọc ối xét nghiệm ở quý II. Kết quả xét nghiệm tế bào thai trong gai nhau hay dịch ối sẽ khẳng định 99,9% có bất thường về nhiễm sắc thể 18, 13. Kết quả Sàng lọc quý II tình trạng thai để xác định bất thường của thai nhi thì việc siêu âm kiểm tra thai vào quý II được xem như là một công việc không thể thiếu được của thai kỳ. Với những kết quả thu được có thể báo cáo về sự chính xác của siêu âm chẩn đoán bệnh tim bẩm sinh trước sinh.

Nghiên cứu của Võ Ngọc Minh Thư (2019), tại Phòng khám Sản phụ khoa - Kế hoạch hóa gia đình, Trung tâm Kiểm soát bệnh tật tỉnh Long An, kết quả cho thấy tỷ lệ phụ nữ có thai có thực hành đúng về SLTS là 86,1%. Trong đó, tỷ lệ thai phụ tham gia có đi siêu âm đầy đủ vào 3 tháng đầu, 3 tháng giữa và 3 tháng cuối là 89,6%. Các xét nghiệm cần thực hiện trong quá trình mang thai, có 100,0% phụ nữ có thai đã xét nghiệm nước tiểu. Tiếp theo có 98,4% phụ nữ có thai đã làm xét nghiệm công thức máu và đường huyết. Phụ nữ có thai đã làm xét nghiệm HIV 97,8%. Phụ nữ có thai đã làm các xét nghiệm giang mai, rubella, viêm gan B có tỷ lệ là 97,5%. Phụ nữ có thai đã làm xét nghiệm Double test có tỷ lệ là 86,12% và 9,15% phụ nữ có thai làm xét nghiệm Triple test [49].

1.2.3 Một số yếu tố liên quan đến sàng lọc trước sinh của phụ nữ có thai

1.2.3.1 Kiến thức về sàng lọc trước sinh

Các nghiên cứu trước đây chỉ ra rằng kiến thức là một yếu tố quan trọng ảnh hưởng đến tỷ lệ thực hành về sử dụng SLTS. Nghiên cứu của Phạm Thị Bé Lan và cộng sự năm 2019 trên phụ nữ mang thai tại Trà Vinh [32]. Nghiên cứu của Phạm

Thu Huyền ghi nhận nhóm thai phụ có kiến thức đúng về sàng lọc trước sinh có hành vi đúng về sàng lọc trước sinh gấp 5,0 lần so với nhóm thai phụ có kiến thức chưa đúng về sàng lọc trước sinh [29]. Nghiên cứu của Nguyễn Thị Phương Tâm công bố kết quả nghiên cứu cho thấy những thai phụ có kiến thức đúng về sàng lọc trước sinh có tỷ lệ thực hành đúng bằng 1,10 lần so với những thai phụ có kiến thức chưa đúng ($p < 0,001$) [42].

1.2.3.2 Thái độ về sàng lọc trước sinh

Bên cạnh kiến thức, thái độ của thai phụ cũng là một trong những yếu tố có sự tác động đến việc thực hành sàng lọc trước sinh đúng. Nhóm thai phụ có thái độ đúng về sàng lọc trước sinh có hành vi đúng về sàng lọc trước sinh gấp 15,1 lần so với nhóm thai phụ có thái độ sai về sàng lọc trước sinh [29]. Tỷ lệ thai phụ có hành vi đúng của nhóm có kiến thức và thái độ chưa đúng thấp hơn 13,0% so với nhóm có kiến thức và hành vi đúng (PR=0,87; $p=0,010$); (KTC 95%: 0,77-0,99) [29].

Có mối liên quan giữa kiến thức với thái độ của thai phụ với $p < 0,001$. Những thai phụ có kiến thức đúng thì có tỷ lệ thái độ đúng bằng 6,59 lần so với những thai phụ có kiến thức chưa đúng với khoảng tin cậy 95% từ 4,12 - 10,56 [58].

1.2.3.3 Đặc điểm nhân khẩu học

a) Nhóm tuổi

Nghiên cứu của Nguyễn Thị Phương Tâm (2013), tại huyện Thủ Thừa, tỉnh Long An, nhóm phụ nữ có thai ở nhóm từ 25 đến 29 tuổi có tỷ lệ thực hành đúng cao gấp 1,31 lần so với nhóm phụ nữ có thai dưới 25 tuổi có ý nghĩa thống kê ($p < 0,01$) [42]. Nghiên cứu của Dairo M.D. và cộng sự (2010), tại Nigeria, nhóm phụ nữ từ 25 tuổi trở lên có thực hành đúng sàng lọc trước sinh cao hơn so với nhóm phụ nữ từ 25 tuổi trở xuống (OR = 2,24; 95% CI: 1,106 - 4,107) [75]. Nghiên cứu của Võ Ngọc Minh Thư (2019), tại Phòng khám Sản phụ khoa - Kế hoạch hóa gia đình, Trung tâm Kiểm soát bệnh tật tỉnh Long An, tỷ lệ phụ nữ có thai có thực hành đúng ở nhóm dưới 24 tuổi thấp hơn so với nhóm phụ nữ có thai từ 25 - 29 tuổi (PR = 0,88; $p < 0,05$) [49].

b) Dân tộc

Nghiên cứu của Nguyễn Xuân Oanh và cộng sự (2014) tại huyện Tuy Đức, tỉnh Đắk Nông [38], và nghiên cứu của Phạm Thị Bé Lan và cộng sự (2017), tại bệnh viện Sản Nhi Trà Vinh [32], kết quả đều cho thấy những phụ nữ có thai đồng bào dân tộc thiểu số có xu hướng thực hành sàng lọc trước sinh không đầy đủ cao hơn các phụ nữ có thai dân tộc Kinh ($p < 0,05$).

c) Nghề nghiệp

Theo nghiên cứu của Trần Văn Trị phụ nữ có thai là cán bộ viên chức có tỷ lệ thực hành cao gấp 1,21 lần so với phụ nữ có thai là công nhân ($p < 0,01$) [54]. Nghiên cứu của Nguyễn Xuân Oanh và cộng sự (2014), ở bà mẹ có con dưới 1 tuổi tại huyện Tuy Đức, tỉnh Đắk Nông, những bà mẹ làm nghề nông có xu hướng khám thai không đầy đủ cao gấp 7,5 lần so với các bà mẹ làm nghề khác ($p < 0,01$) [38].

d) Trình độ học vấn

Nghiên cứu của Nguyễn Xuân Oanh và cộng sự (2014), ở bà mẹ có con dưới 1 tuổi tại huyện Tuy Đức, tỉnh Đắk Nông. Mối liên quan giữa học vấn, nghề nghiệp với tình hình khám thai không đầy đủ của các bà mẹ, nghiên cứu tìm thấy các bà có học vấn dưới trung học cơ sở có xu hướng khám thai không đầy đủ cao gấp 2,9 lần so với các bà mẹ có học vấn từ trung học cơ sở trở lên ($p < 0,01$) [38].

e) Kinh tế

Nghiên cứu của tác giả Lâm Hà (2010), tại bệnh viện Từ Dũ, TP.HCM, thu cho biết phụ nữ có thai là hộ không nghèo có tỷ lệ thực hành đúng về SLTS gấp 1,8 lần so với phụ nữ có thai là hộ nghèo [45].

Theo nghiên cứu của Trần Văn Trị phụ nữ có thai không là hộ nghèo có tỷ lệ thực hành cao hơn 2 lần so với phụ nữ có thai là hộ nghèo ($p < 0,001$), phụ nữ có thai không là hộ nghèo có tỷ lệ thái độ tích cực gấp 1,54 lần so với phụ nữ có thai là hộ nghèo ($p < 0,001$) [54].

Nghiên cứu của Nguyễn Xuân Oanh và cộng sự (2014), ở bà mẹ có con dưới 1 tuổi tại huyện Tuy Đức, tỉnh Đắk Nông. Kinh tế cũng là một trong các yếu tố tác động đến việc khám thai không đầy đủ của các bà mẹ, đối với các bà mẹ có kinh tế

thuộc hộ gia đình nghèo có xu hướng khám thai không đầy đủ cao hơn 2 lần so với các bà mẹ có tình trạng kinh tế trung bình trở lên ($p < 0,01$) [38].

f) Bệnh phụ khoa

Theo nghiên cứu của Trần Văn Trị (2012), tại 5 quận TP.HCM cho thấy mối liên quan giữa kiến thức đúng với tiền sử bệnh phụ khoa ($p < 0,001$) [54].

g) Bệnh lý trong quá trình mang thai

Theo nghiên cứu của Trần Văn Trị (2012), tại 5 quận TP.HCM cho thấy mối liên quan giữa kiến thức đúng với bệnh lý trong quá trình mang thai ($p < 0,001$). Phụ nữ có thai không mắc bệnh trong lúc mang thai có tỷ lệ thái độ tích cực gấp 1,1 lần phụ nữ có thai mắc bệnh trong quá trình mang thai ($p < 0,05$). Phụ nữ có thai có bệnh lý lúc mang thai có tỷ lệ thực hành gấp 1,1 lần so với phụ nữ có thai không mắc bệnh ($p < 0,05$) [54].

h) Số lần mang thai

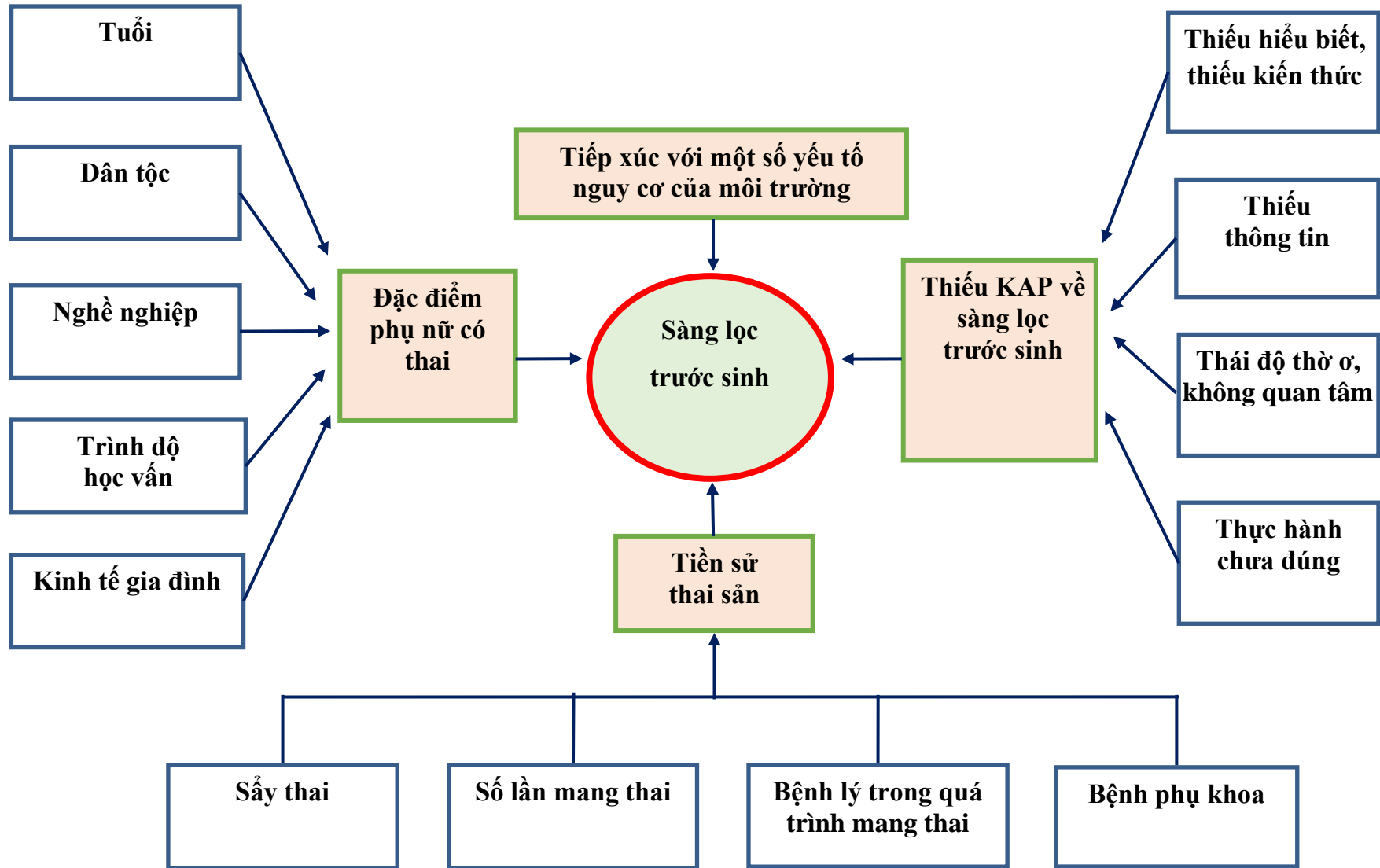
Theo nghiên cứu của Trần Văn Trị (2012), tại 5 quận TP.HCM cho thấy mối liên quan giữa thái độ tích cực với số lần mang thai ($p < 0,05$) [54].

i) Tiền sử sảy thai

Theo nghiên cứu của Lâm Hà Thu tại bệnh viện Từ Dũ TP.HCM cho thấy mối liên quan giữa tiền sử sảy thai và thực hành tiền sản của phụ nữ có thai [45]. Nghiên cứu của tác giả Trần Văn Trị (2012), tại 5 quận TP.HCM và nghiên cứu của tác giả Nguyễn Thị Phương Tâm (2013), tại huyện Thủ Thừa, tỉnh Long An đã tìm hiểu các yếu tố như số lần mang thai, tuổi thai hiện tại, tiền sử sản khoa, thói quen chưa tốt lúc mang thai nhưng chưa tìm thấy mối liên quan [54].

j) Truyền thông, tư vấn

Trong nghiên cứu của Phạm Thu Huyền đa số các đối tượng phân vân không biết có nên làm sàng lọc trước sinh không (59,5%). Tuy nhiên, sau khi được nghe nhân viên y tế tư vấn về sàng lọc trước sinh, số thai phụ chấp nhận thực hiện sàng lọc trước sinh tăng từ 34,2% lên tới 85,1%, hành vi đúng về sàng lọc trước sinh của các thai phụ tăng từ 31,9% lên tới 80,7% [29].



Sơ đồ 1.4 Khung lý thuyết về một số yếu tố liên quan đến sàng lọc trước sinh

Khung lý thuyết nghiên cứu được xây dựng dựa trên khung chất lượng chăm sóc sức khỏe bà mẹ và trẻ sơ sinh của Tổ chức Y tế thế giới [98]. Tỷ lệ tiếp cận, sử dụng dịch vụ thấp thường là do một loạt các yếu tố kinh tế xã hội và văn hóa từ phía người sử dụng dịch vụ, bao gồm nghèo đói, khoảng cách xa về mặt địa lý và khoảng cách đi lại tới các CSYT, sợ bị y, bác sĩ là nam giới khám, sợ bị nhân viên y tế kỳ thị và các rào cản ngôn ngữ do các nhân viên y tế không nói được ngôn ngữ DTTS. Việc mang thai và sinh con gắn liền với các truyền thống và văn hóa, do đó yếu tố văn hóa đóng một vai trò quan trọng trong việc tiếp cận, sử dụng các dịch vụ CSSKBM [12].

1.3 THỰC TRẠNG CUNG CẤP DỊCH VỤ SÀNG LỌC TRƯỚC SINH

1.3.1 Trên thế giới

Đan Mạch là quốc gia đầu tiên trên thế giới triển khai chương trình tầm soát hội chứng Down trước sinh miễn phí cho tất cả phụ nữ mang thai, và có tỷ lệ thực hiện cao (>90%) so với các quốc gia khác [84]. Thai phụ thực hiện sàng lọc trước sinh ở các nước phát triển trên thế giới như Na Uy, Thụy Điển, Phần Lan, Canada, Malta được báo cáo là 100% các trẻ sinh ra đều đã SLTS. Một số nước như Mỹ, Ba Lan, Tây Ban Nha, Ailen, Anh, Pháp trẻ em được sàng lọc ngay từ giai đoạn mẹ có thai cũng chiếm tỷ lệ lớn [70], [87].

1.3.2 Tại Việt Nam

Nhìn chung tại Việt Nam, việc cung cấp dịch vụ sàng lọc trước sinh chưa áp dụng được cho 100% phụ nữ có thai và Nghị quyết số 21-NQ/TU về công tác dân số trong tình hình mới đang đặt chỉ tiêu 70% phụ nữ mang thai được tầm soát ít nhất 4 loại bệnh tật bẩm sinh phổ biến nhất vào năm 2030 [2]. Về tổ chức thực hiện cung cấp dịch vụ căn cứ theo Quyết định số 1807/QĐ-BYT ngày 21 tháng 04 năm 2020 của Bộ trưởng Bộ Y tế về việc ban hành Hướng dẫn về chuyên môn kỹ thuật trong sàng lọc, chẩn đoán, điều trị trước sinh và sơ sinh việc cung cấp dịch vụ sàng lọc trước sinh [18]:

1.3.2.1 Tuyến Trung ương

a) Cơ quan quản lý

Bộ Y tế (Tổng cục Dân số) chịu trách nhiệm chỉ đạo và điều phối toàn bộ hoạt động của chương trình sàng lọc, chẩn đoán, điều trị trước sinh trong toàn quốc.

b) Cơ quan thực hiện

Các Trung tâm sàng lọc, chẩn đoán trước sinh khu vực bao gồm: Bệnh viện Phụ sản Trung ương, Trường Đại học Y Hà Nội, Bệnh viện Nhi Trung ương, Viện Huyết học - Truyền máu Trung ương, Trường Đại học Y Dược, Đại học Huế, Bệnh viện Từ Dũ, Bệnh viện Phụ sản Thành phố Cần Thơ, Bệnh viện Sản Nhi Nghệ An, các bệnh viện chuyên khoa và các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh được Bộ Y tế cho phép thực hiện chương trình sàng lọc, chẩn đoán, điều trị trước sinh trong phạm vi, địa bàn được phân công có nhiệm vụ:

- Chịu trách nhiệm chuyên môn, kỹ thuật về sàng lọc, chẩn đoán, điều trị trước sinh
- Chỉ đạo, hướng dẫn chuyên môn kỹ thuật về sàng lọc, chẩn đoán, điều trị trước sinh cho tuyến tỉnh và tuyến huyện
- Đào tạo chuyên môn, nghiệp vụ về sàng lọc, chẩn đoán, điều trị trước sinh
- Tổ chức và thực hiện các hoạt động tuyên truyền, vận động, giáo dục, tư vấn về sàng lọc, chẩn đoán, điều trị trước sinh trong phạm vi được phân công
- Thực hiện các xét nghiệm sàng lọc, chẩn đoán, điều trị trước sinh
- Giám sát, hỗ trợ kỹ thuật cho tuyến dưới
- Tổ chức mạng lưới thông kê, báo cáo
- Thành lập Hội đồng chuyên môn để xem xét, quyết định chỉ định chấm dứt thai kỳ trong trường hợp thai nhi có các bất thường bẩm sinh hoặc các bệnh lý di truyền.

1.3.2.2 Tuyển tỉnh

a) Cơ quan quản lý

Sở Y tế (Chi cục Dân số - Kế hoạch hóa gia đình) quản lý, chỉ đạo và điều phối, giám sát và kiểm tra toàn bộ hoạt động của chương trình sàng lọc, chẩn đoán, điều trị trước sinh trong phạm vi tỉnh, thành phố.

b) Cơ quan thực hiện

Bệnh viện Phụ sản (Trung tâm CS SKSS-Bình Dương) hoặc bệnh viện Sản nhi tỉnh, thành phố; cơ sở sàng lọc, chẩn đoán trước sinh tỉnh, thành phố; khoa Sản bệnh viện đa khoa tỉnh, thành phố hoặc khu vực; trung tâm kiểm soát bệnh tật tỉnh, thành phố; các bệnh viện chuyên khoa, các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh liên quan có nhiệm vụ:

- Tổ chức, thực hiện các hoạt động tuyên truyền, vận động, giáo dục, tư vấn về sàng lọc, chẩn đoán, điều trị trước sinh trong phạm vi tỉnh
- Tổ chức đào tạo chuyên môn, kỹ thuật về sàng lọc, chẩn đoán, điều trị trước sinh cho các cơ sở cung cấp dịch vụ trong phạm vi tỉnh
- Thực hiện các xét nghiệm sàng lọc trước sinh (siêu âm, sinh hóa) phát hiện các trường hợp nghi ngờ để chuyển tuyến trên. Trong trường hợp có chẩn đoán xác

định (như thai vô sọ, não úng thủy nặng, thoát vị thần kinh...), xử trí theo quy định về phân tuyến kỹ thuật

- Chỉ đạo, giám sát và hỗ trợ kỹ thuật cho tuyến dưới
- Thống kê, tổng hợp, báo cáo theo quy định.

1.3.2.3 Tuyến huyện

Trung tâm Y tế (phòng Dân số/ Khoa Dân số; Khoa sức khỏe sinh sản)/ Trung tâm Dân số - Kế hoạch hóa gia đình; Bệnh viện đa khoa huyện có nhiệm vụ:

- Tổ chức, thực hiện các hoạt động tuyên truyền, vận động, giáo dục, tư vấn về sàng lọc, chẩn đoán, điều trị trước sinh trong phạm vi huyện
- Thực hiện kỹ thuật siêu âm, các xét nghiệm thường quy về sàng lọc trước sinh để phát hiện các dấu hiệu nguy cơ, các bất thường về hình thái và cấu trúc thai nhi để chuyển tuyến trên
- Chỉ đạo, giám sát và hỗ trợ kỹ thuật cho tuyến xã
- Thống kê, tổng hợp, báo cáo theo quy định.

1.3.2.4 Tuyến xã

a) Trạm y tế xã có nhiệm vụ

- Thực hiện các hoạt động tuyên truyền, vận động, giáo dục, tư vấn về sàng lọc, chẩn đoán, điều trị trước sinh tại cộng đồng
- Phát hiện phụ nữ có thai có nguy cơ, tư vấn về sàng lọc, chẩn đoán, điều trị, hướng dẫn chuyển tuyến để thực hiện các kỹ thuật sàng lọc trước sinh
- Sàng lọc, phát hiện phụ nữ có thai có nguy cơ cao mắc các bệnh di truyền
- Quản lý chăm sóc phụ nữ có thai có nguy cơ cao theo chỉ định của tuyến trên
- Thống kê, tổng hợp, báo cáo
- Thực hiện các kỹ thuật sàng lọc trước sinh và sơ sinh khác theo quy định.

b) Cộng tác viên Dân số có nhiệm vụ

- Thực hiện các hoạt động tuyên truyền, vận động về lợi ích sàng lọc, chẩn đoán, điều trị trước sinh tại cộng đồng; chú trọng truyền thông trực tiếp đối với các đối tượng là phụ nữ đang mang thai và vận động họ tham gia chương trình sàng lọc, chẩn đoán, điều trị trước sinh

- Theo dõi, quản lý phụ nữ có thai theo chức năng nhiệm vụ; chú trọng các phụ nữ có thai có nguy cơ.

Bảng 1.5 Quy định của Bộ Y tế về cung cấp dịch vụ sàng lọc sơ sinh ở các tuyến

Tuyến Trung ương	Tuyến tỉnh	Tuyến huyện	Tuyến xã
<ul style="list-style-type: none"> - Chịu trách nhiệm chuyên môn, kỹ thuật về sàng lọc, chẩn đoán, điều trị trước sinh và sơ sinh; - Chỉ đạo, hướng dẫn chuyên môn kỹ thuật về sàng lọc, chẩn đoán, điều trị trước sinh và sơ sinh cho tuyến tỉnh và tuyến huyện; - Đào tạo chuyên môn, nghiệp vụ về sàng lọc, chẩn đoán, điều trị trước sinh và sơ sinh; - Tổ chức và thực hiện các hoạt động tuyên truyền, vận động, giáo dục, tư vấn về sàng lọc, 	<ul style="list-style-type: none"> - Tổ chức, thực hiện các hoạt động tuyên truyền, vận động, giáo dục, tư vấn về sàng lọc, chẩn đoán, điều trị trước sinh và sơ sinh trong phạm vi tỉnh; - Tổ chức đào tạo chuyên môn, kỹ thuật về sàng lọc, chẩn đoán, điều trị trước sinh và sơ sinh cho các cơ sở cung cấp dịch vụ trong phạm vi tỉnh; - Thực hiện các xét nghiệm sàng lọc trước sinh (siêu âm, sinh hóa) phát hiện các trường hợp nghi ngờ để chuyển tuyến trên. 	<ul style="list-style-type: none"> - Tổ chức, thực hiện các hoạt động tuyên truyền, vận động, giáo dục, tư vấn về sàng lọc, chẩn đoán, điều trị trước sinh và sơ sinh trong phạm vi huyện; - Thực hiện kỹ thuật siêu âm, các xét nghiệm thường quy về sàng lọc trước sinh để phát hiện các dấu hiệu nguy cơ, các bất thường về hình thái và cấu trúc thai nhi để chuyển tuyến trên; - Chỉ đạo, giám sát và hỗ trợ kỹ thuật cho tuyến xã; 	<ul style="list-style-type: none"> - Thực hiện các hoạt động tuyên truyền, vận động, giáo dục, tư vấn về sàng lọc, chẩn đoán, điều trị trước sinh và sơ sinh tại cộng đồng; - Phát hiện phụ nữ mang thai có nguy cơ, tư vấn về sàng lọc, chẩn đoán, điều trị, hướng dẫn chuyển tuyến để thực hiện các kỹ thuật sàng lọc trước sinh; - Sàng lọc, phát hiện phụ nữ mang thai có nguy cơ cao mắc các bệnh di truyền; - Quản lý chăm sóc phụ nữ mang thai

<p>chẩn đoán, điều trị trước sinh và sơ sinh trong phạm vi được phân công;</p> <ul style="list-style-type: none"> - Thực hiện các xét nghiệm sàng lọc, chẩn đoán, điều trị trước sinh và sơ sinh; - Giám sát, hỗ trợ kỹ thuật cho tuyến dưới; - Thành lập Hội đồng chuyên môn để xem xét, quyết định chỉ định chấm dứt thai kỳ trong trường hợp thai nhi có các bất thường bẩm sinh hoặc các bệnh lý di truyền. 	<p>Trong trường hợp có chẩn đoán xác định (như thai vô sọ, não úng thủy nặng, thoát vị thần kinh...), xử trí theo quy định về phân tuyến kỹ thuật;</p> <ul style="list-style-type: none"> - Chỉ đạo, giám sát và hỗ trợ kỹ thuật cho tuyến dưới; 		<p>có nguy cơ cao theo chỉ định của tuyến trên;</p> <ul style="list-style-type: none"> - Thực hiện các kỹ thuật sàng lọc trước sinh và sơ sinh khác theo quy định.
--	---	--	---

1.4 MỘT SỐ YẾU TỐ ẢNH HƯỞNG ĐẾN CUNG CẤP DỊCH VỤ SÀNG LỌC TRƯỚC SINH

1.4.1 Nguồn nhân lực thực hiện sàng lọc trước sinh

Một số nghiên cứu trước đây của (Anuwutnavin và cộng sự (2014); Welch & Poulin, (2003) cho thấy kỹ năng thực hành của của cơ sở cung cấp dịch vụ SLTS, có tác dụng to lớn trong việc giảm thiểu rủi ro và tăng sự thành công của dịch vụ SLTS [65], [102]. Và các cơ sở cung cấp dịch vụ SLTS chỉ nên sử dụng các dịch vụ sàng lọc theo lĩnh vực năng lực chuyên môn của mình [66], [79]. Có thể thấy kỹ năng thực hành hay năng lực chuyên môn của cơ sở cung cấp dịch vụ SLTS cốt lõi là con người, hay bản chất là năng lực chuyên môn của nhân viên y tế của cơ sở SLTS đó. Do đó việc trang bị cho cho nhân viên y tế đầy đủ kiến thức và kỹ năng thực hành tốt sẽ nâng cao ảnh hưởng tốt đến cung cấp dịch vụ SLTS.

1.1.1.1 Đối với tuyến xã

Duy trì nguồn nhân lực chuyên khoa sản thông qua việc tăng cường tuyển dụng, luân chuyển hộ sinh và đào tạo bổ sung kiến thức, kỹ năng về tư vấn và sàng lọc trước sinh cho y sĩ của các trạm y tế xã, ưu tiên các cơ sở tại các vùng khó khăn về địa lý.

1.1.1.2 Đối với tuyến huyện

Bổ sung, đào tạo số lượng bác sĩ chuyên khoa sản: đặc biệt ưu tiên các huyện có khó khăn về địa lý.

Tăng cường đào tạo tại chỗ, đào tạo lại, đào tạo theo nhu cầu, chuyển giao kỹ thuật từ tuyến trên cho tuyến dưới theo phương pháp cầm tay chỉ việc hoặc các hình thức phù hợp tại các cơ sở lâm sàng.

1.1.1.3 Đối với tuyến tỉnh

Đẩy mạnh công tác chỉ đạo tuyến, chuyển giao hỗ trợ kỹ thuật cho tuyến dưới.

Tăng cường bố trí nhân lực theo số giường bệnh, đặc biệt là nhân lực điều dưỡng và hộ sinh nhằm góp phần nâng cao chất lượng dịch vụ.

Rà soát, cập nhật, chuẩn hóa chương trình, tài liệu đào tạo đối với bác sĩ đa khoa, bác sĩ chuyên khoa sản (bao gồm cả chuyên khoa định hướng) và hộ sinh.

1.4.2 Cơ sở vật chất cung ứng dịch vụ sàng lọc trước sinh

Tăng cường cơ sở vật chất cho tuyến xã, đặc biệt các trạm y tế ở vùng nông thôn; nâng cấp, xây mới hoặc bố trí phòng đẻ riêng và cung cấp, bổ sung các dụng cụ, trang thiết bị còn thiếu. Duy trì nguồn cung cấp thuốc thiết yếu cho phụ nữ có thai, bà mẹ và cho trẻ sơ sinh, đặc biệt là các thuốc cấp cứu ở tuyến xã.

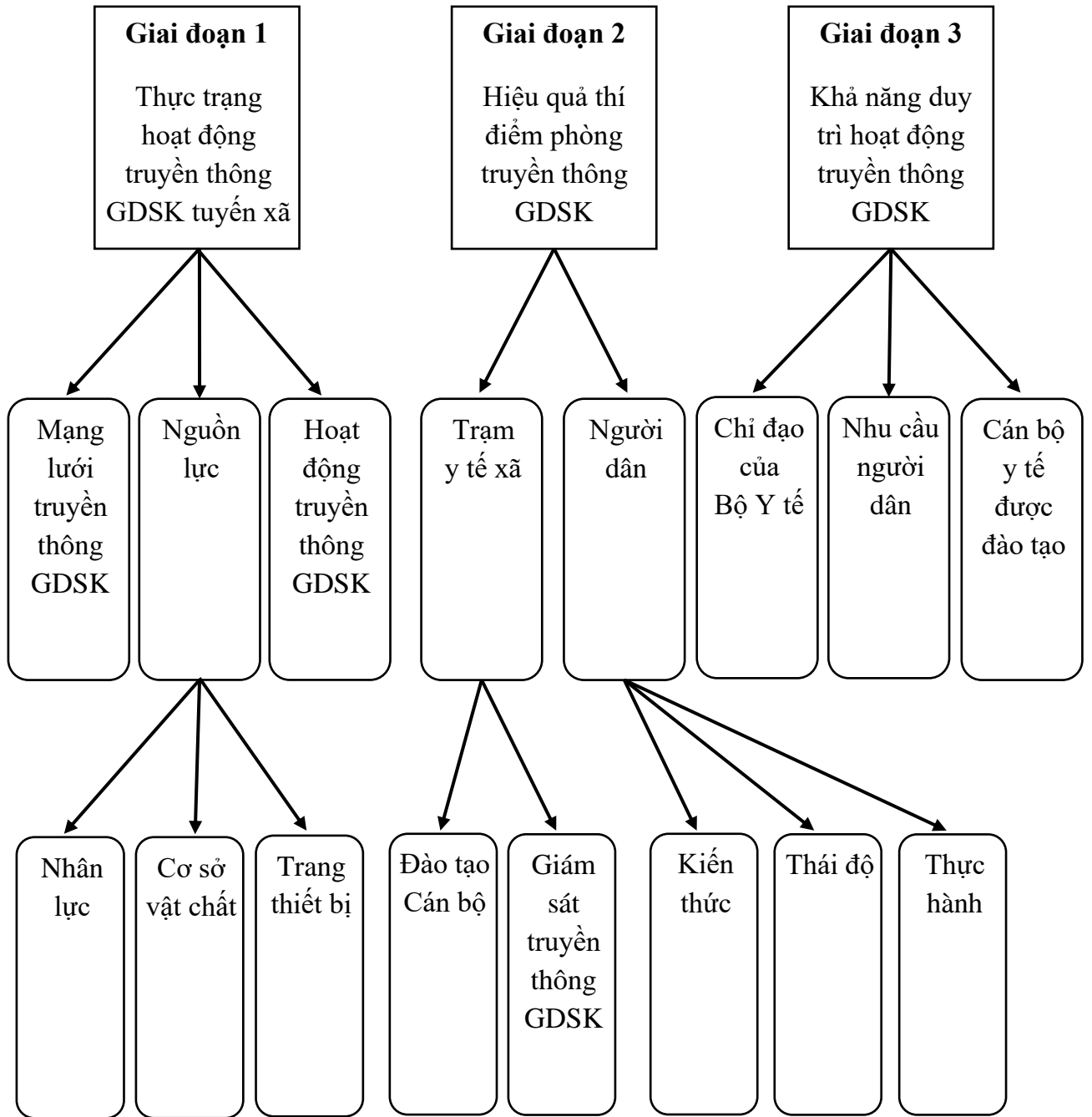
1.4.3 Trang thiết bị y tế cung ứng dịch vụ sàng lọc trước sinh

Sàng lọc trước sinh có thể hiểu là việc sử dụng các kỹ thuật khác nhau như xét nghiệm di truyền và sinh hóa để cung cấp thông tin cho phụ nữ mang thai về nguy cơ dị tật thai nhi. Do đó sự chính xác của kết quả có phần phụ thuộc vào trang thiết bị và hóa chất sinh phẩm. Nếu không có trang thiết bị sẽ không thể thực hiện SLTS, nếu không có hóa chất sinh phẩm sẽ không thể thực hiện SLTS. Bên cạnh đó nếu có đủ trang thiết bị và hóa chất sinh phẩm nhưng không đồng bộ cũng có thể không thực hiện được kỹ thuật sàng lọc hoặc cho kết quả không chính xác. Cho nên trang thiết bị và hóa chất sinh phẩm được đầu tư và đảm bảo tính đồng bộ là yếu tố tác động tốt đến khả năng cung cấp dịch vụ SLTS.

1.4.4 Công tác truyền thông về sàng lọc trước sinh

Truyền thông và tư vấn cho phụ nữ trong độ tuổi sinh đẻ là sự chuẩn bị cần thiết trước mang thai, bao gồm cả các nguy cơ có thể cho mẹ và thai, các phòng ngừa quan trọng, và các việc cần làm khi mang thai. Truyền thông và tư vấn không thể chỉ thực hiện trong một lần, mà nhiều lần trong suốt thời gian mang thai. Sáu bước của quá trình tư vấn sức khỏe sinh sản phải được tuân thủ: 1) Gặp gỡ, 2) Gợi hỏi, 3) Giới thiệu, 4) Giúp đỡ, 5) Giải thích, và 6) Gặp lại [6].

Nội dung của truyền thông và tư vấn trước khi mang thai bao gồm các hiểu biết cơ bản về khuyết tật bẩm sinh, tiền sử bản thân và gia đình, thuốc sử dụng trước và trong khi mang thai, các vacxin nên được dùng trước khi mang thai [6].



Sơ đồ 1.5 Khung lý thuyết truyền thông giáo dục sức khỏe nâng cao hoạt động sàng lọc trước sinh

Bảng 1.6 Tóm tắt các nội dung cần thiết về truyền thông và tư vấn cho phụ nữ có thai tại trạm y tế xã, phường [6]

Thông tin chung	Giai đoạn đầu của thời kỳ mang thai	Giai đoạn cuối của thời kỳ mang thai
<p>Chăm sóc khi có thai</p> <ul style="list-style-type: none"> - Khám thai ít nhất 3 lần trong 3 thời kỳ: 3 tháng đầu, 3 tháng giữa, 3 tháng cuối. Nếu có dấu hiệu bất thường phải đi khám ngay. - Chăm sóc khi có thai rất quan trọng để: <ul style="list-style-type: none"> + Biết là thai có bình thường hay không + Biết những gì có thể xảy ra + Xác định các yếu tố nguy cơ + Chọn những cơ sở y tế an toàn hơn để sinh + Những điều cần làm và cần tránh khi mang thai + Giảm các biến chứng sản khoa - Nhắc sản phụ lần khám thai tiếp theo. 	<p>Dinh dưỡng</p> <ul style="list-style-type: none"> - Dinh dưỡng tốt là cần thiết để thai nghén phát triển bình thường, chống lại bệnh tật. - Tránh thiếu máu - Cần tránh cho con bị suy dinh dưỡng và chậm phát triển về tinh thần. - Tăng khẩu phần ăn lên 25% so với lúc chưa có thai. - Hướng dẫn cụ thể cách ăn uống khi có thai. 	<p>Chuẩn bị cho chuyển dạ</p> <ul style="list-style-type: none"> - Những đồ dùng cần thiết khi đi đẻ - Chọn cơ sở y tế sẽ đến đẻ - Thu xếp sẵn tiền nong và phương tiện đi lại
<p>Tiêm chủng và bổ sung vi chất</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tiêm vacxin phòng uốn ván - Bổ sung sắt 	<p>Hướng dẫn về lao động và nghỉ ngơi</p>	<p>Hướng dẫn cụ thể nuôi con bằng sữa mẹ</p>
<p>Cho phụ nữ có thai biết các dấu hiệu của tai biến hay có nguy cơ</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Hướng dẫn cụ thể về vệ sinh cá nhân - Hướng dẫn về các hoạt động hàng ngày 	<p>Hướng dẫn về các biện pháp kế hoạch hóa gia đình sau đẻ</p>

1.4.5 Công tác quản lý phụ nữ có thai tại các tuyến y tế

Các yếu tố nguy cơ: mẹ có tuổi từ 35 trở lên, tiền sử có con bị dị tật bẩm sinh bất thường, gia đình có con bất thường, tiền sử tiếp xúc với các hóa chất độc hại, thuốc gây dị dạng thai, tia xạ... [13], [15].

Trạm y tế xã: Tư vấn cho các phụ nữ, các cặp vợ chồng có nguy cơ cao thai bị bất thường chuyển lên tuyến trên khám, nên thực hiện tư vấn và chuyển đi khám tuyến trên từ khi chưa có thai [13].

Bệnh viện huyện: Sàng lọc các bất thường của thai bằng siêu âm (lúc tuổi thai khoảng 11 - 13 tuần, 18-22 tuần và 28-32 tuần). Tư vấn gửi tuyến trên nếu siêu âm có dấu hiệu không bình thường [13].

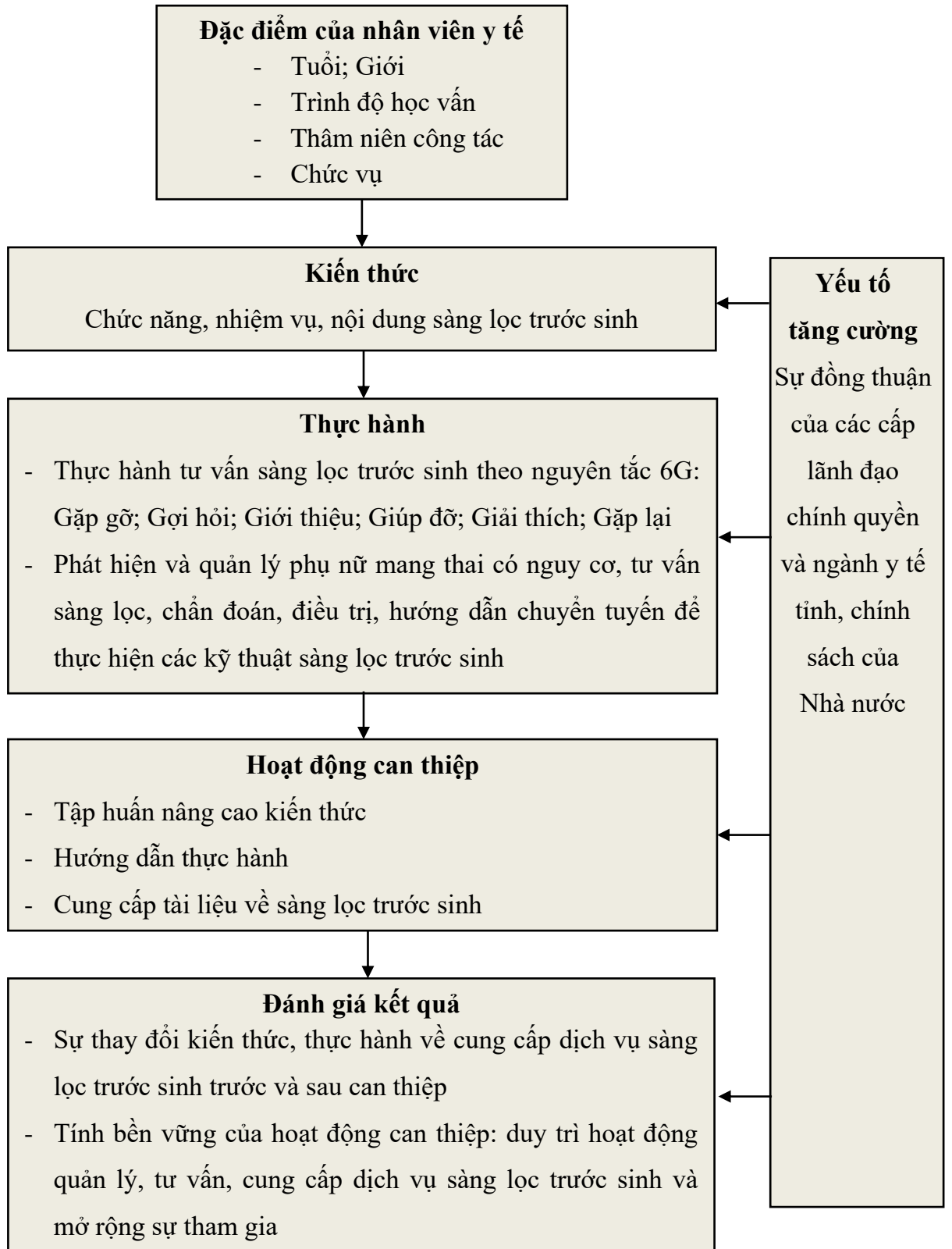
Bệnh viện tỉnh (hạng I trở lên): Thực hiện các thăm dò có thể được (siêu âm, hóa sinh, chọc hút nước ối, sinh thiết gai rau, nhiễm sắc đồ...) nhằm xác định chẩn đoán bất thường của thai. Tổ chức hội chẩn các chuyên khoa liên quan (sản khoa, chẩn đoán hình ảnh, nhi khoa/sơ sinh, ngoại khoa, xét nghiệm, giải phẫu bệnh lý...) để đề xuất thái độ xử trí đối với từng trường hợp cụ thể [13]. Giải thích cặn kẽ, tư vấn cho người bệnh và thân nhân người bệnh về những ý kiến và quyết định của hội đồng trong mọi trường hợp, để người bệnh và gia đình lựa chọn [13]. Nếu có chỉ định chấm dứt thai kỳ, sản phụ và người chồng (hoặc người mẹ đơn thân) phải có đơn xin chấm dứt thai kỳ. Nếu thai trên 22 tuần nên làm cho thai chết trong tử cung trước khi chấm dứt thai kỳ để cho nhân viên y tế và gia đình giảm bớt sang chấn tinh thần [13]. Tư vấn về lần có thai tiếp theo [13].

1.4.6 Hệ thống thông tin về sàng lọc trước sinh

Dormandy & Marteau, (2004); Martin và cộng sự (2014) cho rằng các cơ sở cung cấp dịch vụ SLTS cần có thông tin đầy đủ thông tin về các phương pháp kỹ thuật sàng lọc khác nhau và thời điểm thích hợp để tư vấn và truyền đạt thông tin cho phụ nữ mang thai về sàng lọc trước sinh [76], [86]. Do đó cần có những thông tin cập nhật và cơ sở cung cấp dịch vụ SLTS phải nắm rõ thông tin này. Bên cạnh đó việc phân cấp thực hiện SLTS theo các tuyến cơ sở SLTS nên cũng cần có sự đảm bảo thông tin liên lạc giữa các tuyến trong những trường hợp cần chỉ đạo, giám sát và hỗ trợ kỹ thuật [18].

Một số nghiên cứu trước đây của Dixon & Burton (2014); Dormandy et al. (2006) chỉ ra rằng phụ nữ mang thai nhận được thông tin toàn diện (thông qua sách, tài liệu quảng cáo và sự tư vấn của nữ hộ sinh và bác sĩ phụ khoa) sẽ đưa ra quyết định sáng suốt hơn trong quá trình SLTS).

Tăng cường năng lực quản lý cho mạng lưới sàng lọc trước sinh trong việc lập kế hoạch, triển khai thực hiện, theo dõi, giám sát và đánh giá công tác sàng lọc trước sinh tại các tuyến. Đẩy mạnh và cải thiện chất lượng công tác chỉ đạo tuyến về sản phụ khoa; tăng cường giám sát hỗ trợ, kiểm tra việc tuân thủ các quy trình, hướng dẫn chuyên môn, kỹ thuật về sàng lọc trước sinh của các cơ sở y tế. Tăng cường chia sẻ thông tin, kinh nghiệm và phối hợp hành động giữa đơn vị trong ngành y tế, các tổ chức liên quan trong việc triển khai các mô hình can thiệp có hiệu quả về sàng lọc trước sinh.



Sơ đồ 1.6 Khung lý thuyết can thiệp nâng cao hoạt động sàng lọc trước sinh

1.5 MỘT SỐ BIỆN PHÁP CAN THIỆP NHẪM CẢI THIỆN KIẾN THỨC, THÁI ĐỘ VÀ THỰC HÀNH CỦA PHỤ NỮ VÀ KHẢ NĂNG CUNG CẤP DỊCH VỤ SÀNG LỌC TRƯỚC SINH

1.5.1 Một số nghiên cứu về đánh giá kết quả nâng cao hoạt động sàng lọc trước sinh trên thế giới

1.5.1.1 Đánh giá kết quả nâng cao truyền thông giáo dục sức khỏe về sàng lọc trước sinh

Trên thế giới đã có một số nghiên cứu được thực hiện để thử nghiệm những mô hình hay hoạt động can thiệp nhằm cải thiện thực trạng cung cấp dịch vụ sàng lọc trước sinh của phụ nữ có thai hoặc phụ nữ trong độ tuổi sinh sản.

Nghiên cứu của Smith S.K. và cộng sự (2018), nâng cao kiến thức về sàng lọc trước sinh ở phụ nữ có thai mang thai dưới 13 tuần, từ 16 tuổi trở lên có trình độ học vấn thấp tại Úc. Tài liệu truyền thông hỗ trợ được xây dựng bởi các chuyên gia y tế, nhà nghiên cứu có chuyên môn về dịch tễ học, giáo dục di truyền học, tư vấn di truyền và tâm lý học. Tài liệu truyền thông hỗ trợ cho phụ nữ có trình độ học vấn thấp được thiết kế với ngôn ngữ đơn giản, màu sắc tươi sáng, bảng chú giải thuật ngữ y tế, hình ảnh minh họa trực quan sinh động, sơ đồ y tế đơn giản, giúp phụ nữ đưa ra các quyết định về sức khỏe sáng suốt bằng cách nêu rõ quyết định đó, cung cấp thông tin về các lợi ích và rủi ro tiềm ẩn. Kết quả cho thấy, đa phần phụ nữ có thai nhận thấy tập sách này được trình bày rất rõ ràng 76% và rất nhiều thông tin 23,8%. Nhìn chung, phụ nữ có thai có kiến thức đầy đủ về sàng lọc trước sinh và các xét nghiệm tiền sản không xâm lấn được cải thiện sau khi tiếp xúc với tài liệu truyền thông hỗ trợ quyết định tăng từ 4% lên 69% [99].

1.5.1.2 Đánh giá kết quả sử dụng các phương pháp nâng cao hoạt động sàng lọc trước sinh

Các công trình nghiên cứu trên thế giới đã chứng minh việc kết hợp các yếu tố sàng lọc sẽ góp phần làm tăng tỷ lệ phát hiện và giảm tỷ lệ dương tính sai trong sàng lọc trước sinh. Kiểu kết hợp nào cho tỷ lệ phát hiện càng cao, tỷ lệ dương tính sai càng thấp thì kiểu kết hợp đó càng có giá trị trong sàng lọc trước sinh.

Nghiên cứu của tác giả Kwon J.Y. (2011) với 8.085 phụ nữ có thai tham gia sàng lọc Triple test tại Hàn Quốc, sử dụng phần mềm HIT program với ngưỡng sàng lọc là 1/270 có 595 phụ nữ có thai có nguy cơ cao với hội chứng Down chiếm tỷ lệ 7,36% [83].

1.5.2 Một số nghiên cứu về đánh giá kết quả nâng cao hoạt động sàng lọc trước sinh tại Việt Nam

1.5.2.1 Đánh giá kết quả một số biện pháp can thiệp nhằm nâng cao năng lực cung cấp dịch vụ sàng lọc trước sinh

Chăm sóc sức khỏe ban đầu là nhiệm vụ trọng tâm của tuyến y tế cơ sở, truyền thông giáo dục sức khỏe là nội dung đầu tiên của chăm sóc sức khỏe ban đầu và cũng là nội dung trong chuẩn Quốc gia về y tế xã.

Trong nghiên cứu của tác giả Đoàn Kim Thắng (2013), ghi nhận các kênh thông tin mà phụ nữ có thai có thể tiếp cận là: từ đài truyền hình, tivi chiếm tỷ lệ cao nhất với 95,6%, từ cộng tác viên dân số 86,1%, 72,3% từ trạm y tế xã, 71,5% từ sách, báo, tài liệu tuyên truyền, 59,1% từ bạn bè và người thân và thấp nhất là 33,6% từ các cuộc họp phụ nữ [43].

Nghiên cứu của Trần Thị Nga và cộng sự (2018), tại 19 trạm y tế xã của huyện Bình Lục tỉnh Hà Nam, đánh giá khả năng duy trì hoạt động truyền thông giáo dục sức khỏe của các trạm y tế xã sau hoạt động can thiệp xây dựng phòng truyền thông giáo dục sức khỏe. Kết quả tại hai thời điểm năm 2009 và năm 2016 cho thấy cán bộ của trạm y tế xã thường xuyên được đào tạo và tham gia thực hiện các hoạt động truyền thông giáo dục sức khỏe (>90%); tất cả các trạm y tế xã vẫn duy trì tốt góc truyền thông giáo dục sức khỏe; trạm y tế xã được trang bị phương tiện và tài liệu truyền thông đầy đủ hơn năm 2009. Số lượt truyền thông gián tiếp trên đài phát thanh xã trung bình/tháng/trạm y tế xã tăng từ $6,2 \pm 4,4$ lượt trong năm 2009 lên $16,6 \pm 11,6$ lượt trong năm 2016. Số chủ đề truyền thông trung bình được phát/trạm y tế xã tăng từ $6,2 \pm 4,4$ lượt trong năm 2009 lên $30,1 \pm 20,9$ lượt trong năm 2016. Số lượt tư vấn được thực hiện trung bình/tháng/trạm y tế xã tăng từ $132,8 \pm 126,5$ lượt trong năm 2009 lên $212,2 \pm 176,6$ lượt trong năm 2016. Phòng truyền thông

giáo dục sức khỏe định kỳ giám sát, đánh giá hoạt động tại các trạm y tế xã 1 tháng/lần [35].

Nhìn chung, mỗi nghiên cứu có những phương pháp và hình thức can thiệp khác nhau để phù hợp với bối cảnh cũng như đối tượng riêng. Tuy nhiên, cốt lõi các hình thức đều tập trung vào đào tạo, nâng cao kiến thức, và thay đổi thực hành cho đối tượng. Để can thiệp hiệu quả tất cả các nội dung của sàng lọc trước sinh với tất cả các đối tượng thì cần phải có sự vào cuộc của nhiều thành phần, nhiều cơ quan ban ngành địa phương (tổ chức Đảng, đoàn thể, chính quyền, cơ quan tài chính, truyền thông...) chứ không chỉ riêng cơ quan y tế.

1.5.2.2 Đánh giá kết quả nâng cao truyền thông giáo dục sức khỏe về sàng lọc trước sinh

Nghiên cứu của Phạm Thu Huyền và cộng sự (2018), tại Trung tâm CSSKSS tỉnh Bình Thuận, có 383 phụ nữ có thai có tuổi thai từ 11 tuần đến 13 tuần 6 ngày đến khám thai. Trong đó, tuổi trung bình là $28,2 \pm 5,8$ tuổi, chỉ có 10,7% phụ nữ có thai đã từng được làm SLTS, 35,5% phụ nữ có thai từng nhận được thông tin về chương trình SLTS. Kiến thức về SLTS đúng khi trả lời đúng từ 9/14 câu hỏi trở lên có 20,1% phụ nữ có thai có kiến thức đúng về SLTS. Kiến thức hiểu biết về nội dung các xét nghiệm cần làm để chẩn đoán xác định thai bị DTBS là thấp nhất (8,1%). Kiến thức hiểu biết về thời điểm thực hiện SLTS ở quý I thai kỳ là cao nhất (31,8%). Thái độ về SLTS được đánh giá là có thái độ tích cực khi trả lời đúng từ 3/5 câu hỏi trở lên. Trong tổng số phụ nữ có thai tham gia nghiên cứu, chỉ có 30,8% phụ nữ có thai có thái độ tích cực về SLTS. Thái độ về việc đồng ý thực hiện SLTS không gây ảnh hưởng tới sức khỏe thai nhi chiếm tỉ lệ thấp nhất (27,2%). Thái độ về việc đồng ý tiếp tục thai kỳ trong những trường hợp thai bất thường có thể chữa được sau khi sinh có tỉ lệ cao nhất (78,6%). Đa số các đối tượng phân vân không biết có nên làm SLTS không (59,5%). Tuy nhiên, sau khi được nghe nhân viên y tế tư vấn về SLTS, số phụ nữ có thai chấp nhận thực hiện SLTS tăng từ 34,2% lên tới 85,1%, hành vi đúng về SLTS của các phụ nữ có thai tăng từ 31,9% lên tới 80,7% [29].

1.5.2.3 Đánh giá kết quả sử dụng các phương pháp nâng cao hoạt động sàng lọc trước sinh

Đề hướng đến xây dựng chương trình sàng lọc trước sinh nhằm phát hiện sớm các phụ nữ có thai có nguy cơ sinh con gặp phải các dị tật bẩm sinh, tác giả Đỗ Thị Thanh Thủy (2005), đã tiến hành khảo sát giá trị trung vị của một số chỉ số sinh hóa như AFP, free beta hCG và μ E3 trong huyết thanh của phụ nữ có thai ở 3 tháng giữa của thai kỳ. Nghiên cứu tiến hành trên 607 phụ nữ có thai từ tuần thai thứ 14 đến tuần thai thứ 22. Phương pháp nghiên cứu lấy máu chống đông, tách huyết thanh sau 2 đến 4 giờ, cất giữ ở -30 độ C. Tiến hành định lượng AFP trong huyết thanh bằng kỹ thuật ELISA với bộ thuốc thử của Gamma, Bỉ. AFP của phụ nữ có thai tăng ở 3 tháng giữa của thai kỳ có liên quan đến khuyết tật ống thần kinh của thai nhi và ngược lại cũng trong thời kỳ này nếu huyết thanh của phụ nữ có thai có AFP giảm cùng với tăng hCG và μ E3 thấp lại liên quan đến sinh con mắc hội chứng Down. AFP có nồng độ cao trong huyết thanh của thai nhi, đạt đỉnh cao lúc 14 tuần sau đó giảm dần. Các giá trị trung vị của tuổi thai và AFP qua nghiên cứu. Việc khảo sát và thiết lập trung vị cho các chỉ số sinh hóa AFP, hCG và μ E3 ở huyết thanh của phụ nữ có thai ở giai đoạn 3 tháng giữa của thai kỳ là rất cần thiết và cần thực hiện nhiều nghiên cứu với số liệu đa dạng và rộng rãi hơn [50].

Nghiên cứu của tác giả Đỗ Thị Thanh Thủy và cộng sự (2007), một nghiên cứu tiền cứu, cắt dọc sử dụng các giá trị trung vị của bộ ba xét nghiệm sàng lọc được xác lập từ bộ thuốc thử T21 Gamma (Bỉ) bằng kỹ thuật Elisa của máy bán tự động để tính nguy cơ cho tất cả phụ nữ có thai tham gia làm xét nghiệm sàng lọc nhằm phát hiện các trường hợp có nguy cơ cao mang thai bị hội chứng Down, Edward và dị tật ống thần kinh. Các nguy cơ được nhóm tác giả xác định là tuổi mẹ từ 35 trở lên, có bệnh sử gia đình về chuyển đoạn nhiễm sắc thể, có tiền căn từng sinh con có dị tật bẩm sinh, có những dấu hiệu bất thường được ghi nhận qua siêu âm hay có kết quả xét nghiệm sàng lọc từ nhỏ hơn 1/350 sẽ được tư vấn cho thực hiện xét nghiệm chẩn đoán là chọc hút dịch ối dưới sự phân tích nhiễm sắc thể đồ qua nuôi cấy tế bào ối hay làm FISH tùy thuộc vào tuổi thai lớn hay vấn đề sức khỏe của phụ nữ có thai. Nghiên cứu ghi nhận 2.435 phụ nữ có thai được sàng lọc ở

3 tháng giữa của thai kỳ, với 1707 phụ nữ có thai <35 tuổi và 728 phụ nữ có thai có độ tuổi từ 35 trở lên (30%), cân nặng ghi nhận từ 40 – 60 kg (85%). Việc nhớ kỳ kinh cuối có ý nghĩa rất quan trọng trong việc ước lượng tuổi thai, tính nguy cơ sai dẫn đến sai thời gian chọc hút dịch ối. Vì vậy, việc dùng siêu âm ngày nay trở nên phổ biến và tăng hiệu quả của các chương trình sàng lọc rất nhiều. Trong nghiên cứu của tác giả ghi nhận 29% phụ nữ có thai không nhớ ngày đầu kỳ kinh cuối hoặc nhớ không chính xác dẫn đến chênh lệch tuổi thai giữa siêu âm và trí nhớ phụ nữ có thai > 1 tuần. Kết quả của nghiên cứu ghi nhận, có 22 trường hợp rối loạn nhiễm sắc thể (12 trường hợp có hội chứng Down, 7 trường hợp hội chứng Edward, 1 Turner, 1 Kleifeter và 1 trường hợp thiếu men G6PD) và 11 dị tật ống thần kinh. Trong 12 trường hợp trisomy 21, có 66,7% được phát hiện khi sử dụng ngưỡng $\geq 1:250$ và nếu chọn ngưỡng $\geq 1:350$ thì có 83,3% (10/12) trisomy 21 được phát hiện. Nếu chọn ngưỡng T21 là 1:350 thì tỷ suất phát hiện hội chứng Edward là 71,4% (5/7) và tỷ suất phát hiện dị tật ống thần kinh là 72,7% (8/11). Từ đó, tác giả khuyến nghị thời gian xét nghiệm của 3 tháng giữa thai kỳ nên từ 16 – 18 tuần thay vì 15 – 21 tuần. Để tính toán chính xác nguy cơ mang thai dị tật cần chú ý đến yếu tố tuổi thai, tuổi mẹ, cân nặng của mẹ, kết hợp với các chỉ số sinh hóa (AFP, hCG, $\mu E3$). Đánh giá nguy cơ phụ nữ có thai có thể gặp phải T21, T18, NTD có thể sử dụng thêm phần mềm hỗ trợ là T21Soft. Do đó, từ nghiên cứu tác giả đánh giá việc thực hiện chẩn đoán trước sinh sau sàng lọc cho thấy khả năng phát hiện các trường hợp nguy cơ bằng kỹ thuật triple test có thể đạt mức 70-80%, việc phát hiện các bất thường nhiễm sắc thể có ý nghĩa vô cùng to lớn trong các chương trình sàng lọc [51].

Nghiên cứu của Đoàn Hữu Nhật Bình và cộng sự (2013), nghiên cứu tiến hành trên 1.516 phụ nữ có thai có tuổi thai từ 11 tuần đến 14 tuần 1 ngày (11-14⁺ tuần) thuộc khu vực miền Trung đồng ý tham gia sàng lọc trước sinh tại Bệnh viện Đại học Y Dược Huế. Những phụ nữ có thai SLTS 11-14⁺ tuần có nguy cơ cao mang thai mắc ít nhất 1 trong 3 hội chứng: T21, T18, T13, sau khi được tư vấn, đồng ý tham gia lấy ối làm xét nghiệm CDTS. Sau khi có đủ số lượng phụ nữ có thai đồng ý tham gia vào nghiên cứu, nhóm tác giả phân chia thành nhóm có nguy cơ cao và nhóm có nguy cơ thấp. Nguy cơ cao là nhóm có nguy cơ cao hơn ngưỡng

1:250 đối với hội chứng T21 và 1:150 đối với T18 và T13. Tỷ lệ các phụ nữ có thai mang thai có nguy cơ cao mắc ít nhất 1 trong 3 hội chứng: ba nhiễm sắc thể 21, ba nhiễm sắc thể 18, ba nhiễm sắc thể 13 là 9,6%, có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê $p < 0,001$ giữa hai nhóm nguy cơ cao và nguy cơ thấp. Tỷ lệ phụ nữ có thai có nguy cơ cao mang thai mắc ba nhiễm sắc thể 21, 18 và 13 theo các kiểu kết hợp các yếu tố sàng lọc tác giả nhận thấy: Tỷ lệ phụ nữ có thai có nguy cơ cao mang thai mắc T21 theo TM, độ dày MDG, PAPP-A và β -hCG tự do là thấp nhất (9,4%). Tỷ lệ phụ nữ có thai có nguy cơ cao mang thai mắc T21 theo TM, PAPP-A và β -hCG tự do là cao nhất (21,9%). Sự khác nhau về tỷ lệ phụ nữ có thai có nguy cơ cao mang thai mắc T21 giữa các kiểu kết hợp yếu tố sàng lọc là có ý nghĩa thống kê ($p < 0,001$). Sự khác nhau về tỷ lệ phụ nữ có thai có nguy cơ cao mang thai mắc T18, T13 giữa các kiểu kết hợp yếu tố sàng lọc là không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$). Tiêu chuẩn vàng để chẩn đoán các bất thường số lượng NST của thai nhi là kỹ thuật lập karyotype (lập nhiễm sắc thể đồ). Tuy nhiên, thời gian thực hiện và phân tích kết quả của kỹ thuật này thường phải mất từ 10-21 ngày kể từ ngày lấy mẫu, điều này gây rất nhiều khó khăn cho việc tư vấn và thực hiện thủ thuật đình thai cho các phụ nữ có thai được chẩn đoán mang thai mắc các bất thường số lượng NST. Do đó, hiện nay, các kỹ thuật chẩn đoán nhanh đã phát triển như: kỹ thuật FISH và kỹ thuật QF-PCR. Kỹ thuật QF-PCR, với thời gian chẩn đoán nhanh hơn (trong vòng 24 giờ), kỹ thuật đơn giản hơn và thực hiện cùng lúc được nhiều mẫu hơn so với kỹ thuật FISH, hiện đang là lựa chọn hàng đầu của các trung tâm sàng lọc - chẩn đoán trước sinh ở Việt Nam cũng như trên thế giới. Tiến hành chẩn đoán bằng kỹ thuật QF-PCR cho 78 phụ nữ có thai đồng ý tham gia, nghiên cứu phát hiện 7 trường hợp bất thường số lượng NST 21, 18, 13 chiếm tỷ lệ 9,0%. Trong 7 trường hợp dị tật được phát hiện bằng kỹ thuật QF-PCR có 6 trường hợp T21 (chiếm tỷ lệ cao nhất 85,7%), 1 trường hợp T18 (14,3%), không phát hiện trường hợp nào mắc T13 và các bất thường số lượng NST 21, 18, 13 khác [51].

Nghiên cứu của Lê Trần Anh Thư và cộng sự (2013), nghiên cứu cắt ngang mô tả đánh giá chương trình tầm soát hội chứng Down ở thai nhi ba tháng đầu thai kỳ tại Bệnh viện Hoàn Mỹ Đà Nẵng với 260 sản phụ được thăm khám. Kết quả dựa

vào đánh giá độ mờ da gáy (NT) vẽ trên phạm vi tham chiếu. Tỷ lệ NT > đường bách phân vị 95th là 4,3%. Giá trị của định lượng sinh hóa huyết thanh mẹ được thể hiện như là bội số của tuổi thai dự đoán. Tỷ lệ phần trăm của những trường hợp bất thường, ngoài đường bách phân vị 5th/95th là free beta HCG là 7,7% trên đường bách phân vị 95th, PAP-A 15,8% dưới đường bách phân vị 5th. Kết quả đánh giá có 10,8% phụ nữ có thai có nguy cơ cao gặp phải hội chứng Down ở thai nhi trong quá trình thai kỳ. Và nghiên cứu cũng ghi nhận có 2 trường hợp Down qua thăm khám và theo dõi [48].

Nghiên cứu của Trần Danh Cường và cộng sự (2017) tại Thanh Khê – Đà Nẵng và Biên Hòa, nghiên cứu cắt ngang tiến hành với 2868 phụ nữ tham gia khảo sát (1.466 ở Thanh Khê – Đà Nẵng và 1.402 ở Biên Hòa), có sàng lọc trước sinh bằng siêu âm 99,65% (99,5% tại Đà Nẵng và 99,7% ở Biên Hòa), hầu hết các phụ nữ có thai siêu âm thai > 3 lần (96,11% ở Thanh Khê - Đà Nẵng, 96,58% ở Biên Hòa). Số phụ nữ có thai siêu âm 2 lần hoặc 1 lần > 1%. Tuy nhiên, còn một số ít không theo dõi sự phát triển của thai bằng siêu âm. Làm Double test 38,66% (lần lượt cho hai địa điểm nghiên cứu 36,9% và 40,2%), Triple test 17,71% (lần lượt 13,9% và 21,6%). Tỷ lệ phụ nữ có thai theo dõi thai bằng siêu âm ở Biên Hòa cao hơn ở Thanh Khê - Đà Nẵng ở cả 3 thời điểm (3 tháng đầu, 3 tháng giữa và 3 tháng cuối) ($p < 0,05$). Ở Thanh Khê - Đà Nẵng và Biên Hòa, tỷ lệ phụ nữ có thai siêu âm thai ở 3 tháng giữa nhiều nhất, siêu âm ở 3 tháng đầu và 3 tháng cuối ít hơn. Siêu âm không chỉ có giá trị sàng lọc, mà còn có giá trị chẩn đoán bất thường hình thái [20].

Nghiên cứu của Hoàng Thị Ngọc Lan (2017), 425 phụ nữ có thai có thai nguy cơ cao cho bất thường nhiễm sắc thể bằng combined test, siêu âm thai, tuổi phụ nữ có thai được chọc hút dịch ối phân tích NST của thai. Sử dụng phần mềm LifeCycle 4.0 để tính toán nguy cơ đối với thai hội chứng Down dựa vào kết quả double test, tuổi mẹ và siêu âm thai đo khoảng sáng sau gáy. Kết quả cho thấy, tỷ lệ thai bất thường nhiễm sắc thể $17/425 = 4\%$, trong đó thai hội chứng Down là $13/425$ (3,05%). Dựa vào tuổi mẹ, tỷ lệ phát hiện thai hội chứng Down là 38,5% giá trị tiên đoán dương tính 1,7%, dựa vào khoảng sáng sau gáy của thai với ngưỡng > 2,5mm,

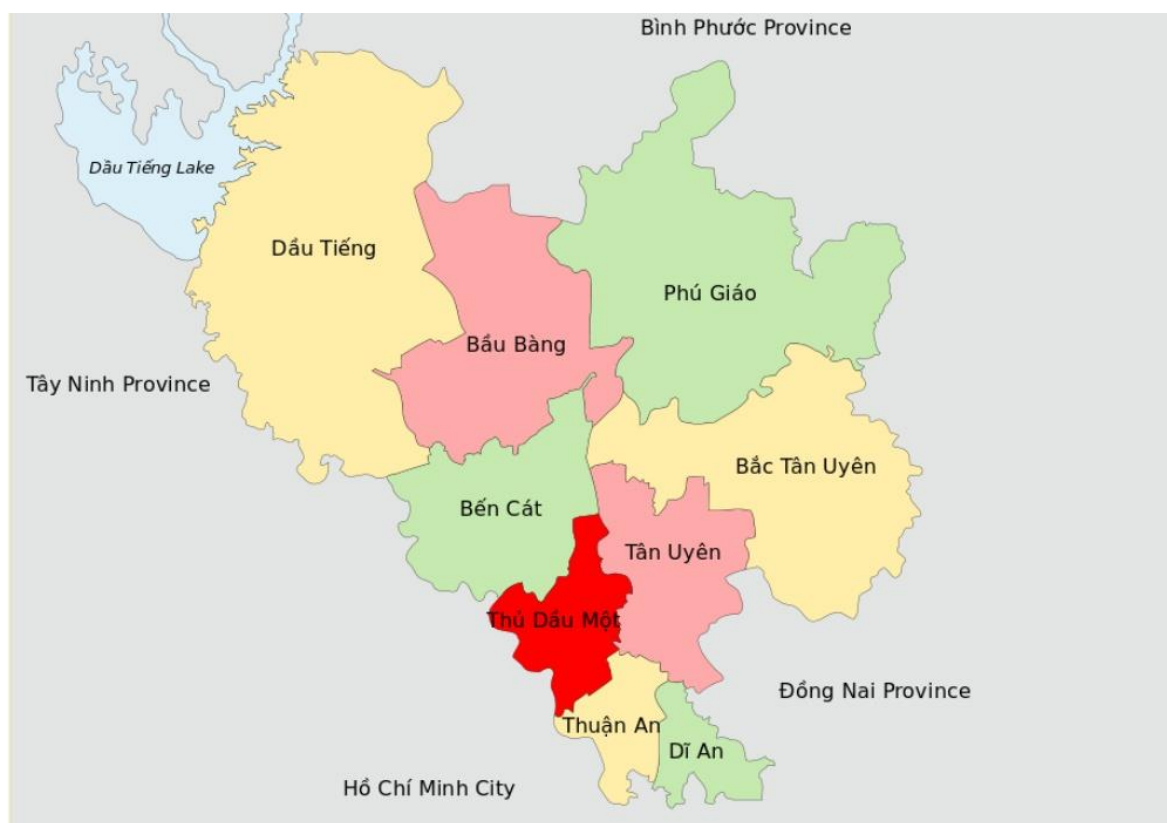
tỷ lệ phát hiện thai Hội chứng Down là 61,5%, giá trị tiên đoán dương tính 10,3%. Tỷ lệ phát hiện dựa combined test là 84,6%, giá trị tiên đoán dương tính 6,7%. Kết hợp các phương pháp sàng lọc tỷ lệ phát hiện thai hội chứng Down là 100%. (Sự kết hợp giữa siêu âm thai đo khoảng sáng sau gáy ở ba tháng đầu của thai kỳ và xét nghiệm double test (PAPP-A +fbhCG) được gọi là test combined) [31].

Nghiên cứu của Lê Thị Mai Dung (2019), Gồm 2.932 phụ nữ có thai từ 11 đến 21 tuần đến khám thai tại Bệnh viện Đại Học Y Dược TP. Hồ Chí Minh - Cơ sở 2 phối hợp cùng Bộ Môn Xét Nghiệm thuộc Khoa Điều Dưỡng Kỹ thuật Y Học thực hiện từ tháng 2/2014 đến tháng 12/2015, trong đó: 1637 phụ nữ có thai từ 11 đến 13 tuần 6 ngày và 1295 phụ nữ có thai từ 15 tuần đến 21 tuần 6 ngày. Thực hiện nghiên cứu mô tả, cắt ngang, phân tích so sánh, kết quả của nghiên cứu ghi nhận ba tháng đầu: tỷ lệ bất thường f-βhCG (MOM > 2,5): 20,83%; tỷ lệ bất thường PAPP-A (MOM<0,4): 3,85%. Bất thường cả hai thông số f-βhCG và PAPP-A: 0,54%. Tích hợp ba thông số: tuổi mẹ, hóa sinh, độ mờ da gáy thì tỷ lệ nguy cơ cao ở quý 1 là 7,57%. Ba tháng giữa: tỷ lệ bất thường hCG (MOM > 2,5): 4,55%; AFP (MOM <0,4): 0,39%; uE3 (MOM<0,5): 4,02%. Tỷ lệ bất thường 3 thông số hCG, AFP, uE3: 0,23%, tỷ lệ các ca có nguy cơ kết hợp cao quý 2 là 5,33%. Tỷ lệ các ca nguy cơ cao ba tháng đầu cao hơn ba tháng giữa thai kỳ. Ba tháng đầu tích hợp thêm thông số độ mờ da gáy làm tăng tỷ lệ số ca nguy cao so với ba tháng giữa, số trường hợp bị bỏ sót ở ba tháng đầu ít hơn. Cả hai quý của thai kỳ đều có tỷ lệ bất thường về hCG cao nhất. Sàng lọc hội chứng Down 3 tháng đầu thai kỳ có độ nhạy cao hơn và số ca bị bỏ sót ít hơn so với 3 tháng giữa thai kỳ [22].

Việc tổ chức triển khai việc chẩn đoán trước sinh đồng bộ, từ thăm khám lâm sàng, siêu âm, xét nghiệm sinh hoá, di truyền tế bào và di truyền phân tử để phát hiện các bất thường thai nhi, thực hiện các tham vấn di truyền kịp thời, góp phần làm giảm thiểu tỷ lệ bệnh di truyền và dị tật bẩm sinh.

1.6 MỘT SỐ ĐẶC ĐIỂM VỀ KINH TẾ, VĂN HÓA, XÃ HỘI CỦA TỈNH BÌNH DƯƠNG

Bình Dương là tỉnh thuộc miền Đông Nam bộ, nằm trong Vùng kinh tế trọng điểm phía Nam. Phía Đông giáp tỉnh Đồng Nai, phía Bắc giáp tỉnh Bình Phước, phía Tây giáp tỉnh Tây Ninh và một phần thành phố Hồ Chí Minh, phía Nam giáp thành phố Hồ Chí Minh và một phần tỉnh Đồng Nai. Theo thông tin thống kê mới nhất, tỉnh Bình Dương có diện tích tự nhiên là 2.694,43 km² (chiếm khoảng 0,83% diện tích cả nước, khoảng 12% diện tích miền Đông Nam bộ); dân số trung bình 2.568.689 người, GRDP bình quân đầu người đạt 151 triệu đồng/ năm (*Báo cáo của Cục Thống kê Bình Dương ngày 01 tháng 12 năm 2020*); 09 đơn vị hành chính cấp huyện (gồm: thành phố Thủ Dầu Một, thành phố Dĩ An, thành phố Thuận An, thị xã Bến Cát, thành phố Tân Uyên và các huyện Bàu Bàng, Bắc Tân Uyên, Dầu Tiếng, Phú Giáo) và 91 đơn vị hành chính cấp xã (41 xã, 45 phường, 05 thị trấn).



Hình 1.2 Bản đồ hành chính tỉnh Bình Dương

Ban Chấp hành Trung Ương Đảng (khóa XII) (2017), Nghị quyết số 21-NQ/TW ngày 25 tháng 10 năm 2017 về công tác dân số trong tình hình mới đã xác định mục tiêu đến năm 2030: tỷ lệ nam, nữ thanh niên được tư vấn, khám sức khỏe trước khi kết hôn đạt 90%; giảm 50% số cặp tảo hôn, giảm 60% số cặp hôn nhân cận huyết thống; 70% phụ nữ mang thai được tầm soát ít nhất bốn loại bệnh tật bẩm sinh phổ biến nhất [1].

Đầu tư của nhà nước cho chương trình tư vấn, khám sức khỏe trước khi kết hôn và sàng lọc trước sinh còn hạn chế, chưa có cơ chế để thực hiện xã hội hóa và huy động được các nguồn lực cho việc thực hiện các hoạt động của chương trình và phát triển những kỹ thuật tiên tiến trong sàng lọc, chẩn đoán, điều trị các bệnh tật trước sinh. Phát triển mạng lưới cung ứng dịch vụ còn chậm, cơ sở y tế tuyến huyện mới thực hiện kỹ thuật sàng lọc trước sinh bằng siêu âm, trạm y tế xã chỉ thực hiện được kỹ thuật lấy máu gót chân trẻ sơ sinh, sàng lọc sơ sinh mới triển khai trên toàn quốc được 02 bệnh (suy giáp bẩm sinh và thiếu men G6PD). Nhằm giải quyết những hạn chế, Thủ Tướng Chính Phủ đã ban hành Quyết định số 1999/QĐ-TTg ngày 07 tháng 12 năm 2020 về việc phê duyệt Chương trình mở rộng tầm soát, chẩn đoán, điều trị một số bệnh, tật trước sinh và sơ sinh đến năm 2030 với các mục tiêu cụ thể [47]:

- Tỷ lệ xã, phường, thị trấn có điểm, cơ sở cung cấp dịch vụ tư vấn, khám sức khỏe trước khi kết hôn; sàng lọc trước sinh; sàng lọc sơ sinh theo hướng dẫn chuyên môn đạt 70% năm 2025; 90% năm 2030.

- Tỷ lệ cơ sở y tế tuyến huyện trở lên đủ năng lực cung cấp dịch vụ tư vấn, khám sức khỏe trước khi kết hôn; sàng lọc trước sinh; sàng lọc sơ sinh theo hướng dẫn chuyên môn đạt 70% năm 2025; 90% năm 2030.

- Phát triển cơ sở sàng lọc, chẩn đoán trước sinh và sơ sinh ở bệnh viện chuyên khoa sản, sản - nhi hoặc bệnh viện đa khoa tỉnh tại 35 tỉnh, thành phố vào năm 2025 và tăng lên 56 tỉnh, thành phố năm 2030.

- 05 Trung tâm sàng lọc, chẩn đoán trước sinh và sơ sinh khu vực và các trung tâm chuyên sâu hiện có được nâng cấp; phát triển thêm 02 trung tâm sàng lọc, chẩn

đoán trước sinh và sơ sinh khu vực tại vùng Trung du, miền núi phía Bắc và Tây nguyên vào năm 2025.

- 03 cơ sở sàng lọc, chẩn đoán trước sinh, sơ sinh thuộc các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh hiện có đạt chuẩn ngang tầm ASEAN vào năm 2025.

Tập trung mở rộng mạng lưới, nhanh chóng phổ cập Chương trình cung cấp dịch vụ tầm soát, chẩn đoán, can thiệp, điều trị sớm bệnh tật trước sinh và sơ sinh cho mọi phụ nữ có thai và trẻ sơ sinh. củng cố, nâng cấp các cơ sở cung cấp dịch vụ theo phân cấp kỹ thuật. Hình thành các cơ sở sàng lọc trước sinh và sơ sinh ngang tầm khu vực. Từng bước mở rộng số lượng bệnh tật trong chương trình.

Bộ Y tế (2020), Công văn số 7375/BYT-TCDS ngày 31 tháng 12 năm 2020 về việc triển khai thực hiện Chương trình mở rộng tầm soát, chẩn đoán, điều trị một số bệnh, tật trước sinh và sơ sinh đến năm 2030 [16].

Theo báo cáo năm 2017 của Chi cục Dân số - Kế hoạch hoá gia đình tỉnh Bình Dương, số bà mẹ mang thai được sàng lọc trước sinh ước thực hiện quý 3/2017 là 4.166/6.600 bà mẹ, chiếm 63,1% so với kế hoạch. Số trẻ em sinh ra được sàng lọc sơ sinh ước thực hiện quý 3/2017: 3.727/11.880 trẻ, chiếm 31,3% so với kế hoạch. Số người được tư vấn và khám sức khỏe tiền hôn nhân: ước thực hiện quý 3/2017: 1.522 người. Tỷ lệ cập nhật các mục thông tin biến động báo cáo thống kê chuyên ngành kết xuất kho dữ liệu Dân số-KHHGD so với báo cáo thủ công tính tới thời điểm 31/8/2017: số trẻ sinh ra 4.771/8.338 (57,2%); số sinh lần ba 290/430 (67,4%); số đặt vòng tránh thai mới 7.596/9.516 (79,8%); số người thay vòng tránh thai 225/319(70,5%); số thôi sử dụng vòng tránh thai 127/419 (30,3%); số người triệt sản 92/121 (76%); số người cấy thuốc tránh thai 210/278 (75,5%).

Bình Dương gồm có 9 đơn vị hành chính cấp huyện, bao gồm 3 thành phố, 2 thị xã và 4 huyện với 91 đơn vị hành chính cấp xã (45 phường, 5 thị trấn và 41 xã) [60]. Mạng lưới cung cấp dịch vụ sàng lọc trước sinh tại tỉnh Bình Dương gồm [61]:

- Mạng lưới y tế công lập hiện có: 01 Khoa Sản – Bệnh viện đa khoa tỉnh; 09 Khoa phụ sản và chăm sóc sức khỏe sinh sản của 9 huyện/ thị xã/ thành phố; 02 Bệnh viện ngành (Bệnh viện đa khoa Cao su Dầu Tiếng, Bệnh viện Quân Y 4).

- Mạng lưới y tế ngoài công lập: có 14 bệnh viện đa khoa và 01 bệnh viện chuyên khoa và 39 phòng khám đa khoa tư nhân có thực hiện dịch vụ sản phụ khoa.

- Có 91/91 trạm y tế có hoạt động tư vấn khám sức khỏe tiền hôn nhân và tư vấn khám sàng lọc trước sinh. Đồng thời toàn bộ hệ thống cộng tác viên dân số, nhân viên y tế khu/ ấp được tập huấn về kỹ năng tư vấn khám sức khỏe tiền hôn nhân, khám sàng lọc trước sinh.

Tỷ lệ thực hiện sàng lọc trước sinh của mạng lưới y tế công chưa cao. Chương trình sàng lọc trước sinh được triển khai thực hiện trên địa bàn bước đầu nhận được sự ủng hộ của chính quyền, tuy nhiên vẫn còn tồn tại một số hạn chế [61]:

- Nhân viên y tế trong lĩnh vực chăm sóc sức khỏe sinh sản còn thiếu kiến thức và thiếu kỹ năng tư vấn sàng lọc trước sinh.

- Thiếu trang thiết bị máy móc thực hiện các xét nghiệm sàng lọc trước sinh: hiện nay máy xét nghiệm sàng lọc trước sinh chỉ bước đầu được trang bị ở các đơn vị như Trung tâm CSSKSS và Bệnh viện Đa khoa tỉnh Bình Dương. Hệ thống tuyến huyện chưa thể trực tiếp thực hiện các xét nghiệm, chỉ thực hiện dịch vụ sàng lọc trước sinh thông qua việc lấy và gửi mẫu lên tuyến trên; việc lấy và gửi mẫu của hệ thống y tế tư nhân chưa được kiểm tra và quản lý chặt chẽ. Đối với tầm soát bệnh Thalassemia chưa được trang bị máy móc xét nghiệm; khám sức khỏe tiền hôn nhân tại các cơ sở y tế tuyến tỉnh, huyện chưa được triển khai gói khám dịch vụ theo hướng dẫn của Bộ Y tế. Việc quản lý, kiểm tra, đánh giá chất lượng kết quả gói khám dịch vụ sàng lọc trước sinh của hệ thống y tế ngoài công lập chưa chặt chẽ.

- Thiếu hóa chất để xét nghiệm sàng lọc trước sinh tại các cơ sở y tế công lập (do công tác đầu thầu hóa chất ở các cơ sở y tế còn gặp khó khăn, vướng mắc).

- Chi phí xét nghiệm và siêu âm sàng lọc trước sinh cao so với bình quân thu nhập người dân.

- Nhìn chung, điều kiện để khám thai và sàng lọc trước sinh còn hạn chế. Các dịch vụ y tế nếu không thích hợp với bối cảnh địa phương hoặc không đáp ứng nhu cầu cụ thể của người dân địa phương thường không thu hút được người sử dụng. Sự hạn chế trong khả năng sẵn có của dịch vụ y tế, khả năng tiếp cận tới dịch vụ hoặc khả năng chi trả có thể là những nguyên nhân chính giải thích cho sự khác biệt

trong việc tiếp cận và sử dụng các dịch vụ sàng lọc trước sinh. Bên cạnh đó, các yếu tố khác như dịch vụ chăm sóc thai sản chất lượng thấp, thiếu trang thiết bị, nhân sự và những quy định của các cơ sở y tế cũng có thể ảnh hưởng đến việc tiếp cận và sử dụng dịch vụ sàng lọc trước sinh.

Chương II

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1 ĐỐI TƯỢNG NGHIÊN CỨU

2.1.1 Đối tượng nghiên cứu thực trạng kiến thức, thái độ, thực hành của phụ nữ có thai về sàng lọc trước sinh

Phụ nữ có thai sinh sống tại tỉnh Bình Dương.

Tiêu chí lựa chọn

Phụ nữ có thai từ 18 tuổi trở lên thường trú hoặc tạm trú từ 1 năm trở lên trên địa bàn tỉnh Bình Dương tại thời điểm nghiên cứu.

Tiêu chí loại ra

Phụ nữ có thai dưới 18 tuổi, không có hộ khẩu thường trú tại xã nghiên cứu, không đồng ý tham gia nghiên cứu, không đủ năng lực hành vi để trả lời câu hỏi điều tra (có tiền sử tâm thần, thiếu năng trí tuệ).

Đối tượng nghiên cứu thực trạng cung cấp dịch vụ sàng lọc trước sinh

Nhân viên y tế được phân công làm nhiệm vụ sàng lọc trước sinh tại 9 Trung tâm Y tế và 91 trạm y tế, tỉnh Bình Dương.

Cơ sở vật chất, trang thiết bị y tế, thuốc thiết yếu, sổ sách và các báo cáo tại 9 Trung tâm Y tế và 91 trạm y tế cung ứng dịch vụ sàng lọc trước sinh.

Tiêu chí lựa chọn

Nhân viên y tế được phân công làm nhiệm vụ sàng lọc trước sinh từ 6 tháng trở lên.

Tiêu chuẩn loại ra

Nhân viên y tế không có mặt tại thời điểm triển khai thực hiện nghiên cứu.

2.1.2 Đối tượng nghiên cứu một số yếu tố ảnh hưởng đến cung ứng dịch vụ sàng lọc trước sinh

Lãnh đạo Sở Y tế, lãnh đạo Trung tâm chăm sóc sức khỏe sinh sản tỉnh, lãnh đạo Trung tâm Y tế, lãnh đạo trạm y tế xã, bác sĩ, điều dưỡng phụ trách công tác sàng lọc trước sinh tại các Trung tâm Y tế và trạm y tế.

Phụ nữ có thai từ 18 tuổi trở lên đến khám, chữa bệnh tại các Trung tâm Y tế, trạm y tế, tỉnh Bình Dương.

Tiêu chuẩn lựa chọn

Nhân viên y tế công tác tại Trung tâm Y tế và trạm y tế từ 6 tháng trở lên.

Phụ nữ có thai từ 18 tuổi trở lên thường trú hoặc tạm trú từ 1 năm trở lên trên địa bàn tỉnh Bình Dương tại thời điểm nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ

Nhân viên y tế không có mặt tại thời điểm triển khai thực hiện nghiên cứu (trong khoảng thời gian thu thập số liệu định tính) hoặc có các vấn đề sức khỏe không thể thực hiện phỏng vấn.

Phụ nữ có thai không muốn tham gia nghiên cứu hoặc không đủ năng lực hành vi để trả lời câu hỏi điều tra (có tiền sử tâm thần, thiếu năng trí tuệ).

2.2 THỜI GIAN VÀ ĐỊA ĐIỂM NGHIÊN CỨU

2.2.1 Thời gian nghiên cứu

Nghiên cứu được thực hiện từ tháng 09 năm 2018 đến tháng 12 năm 2022.

Điều tra ban đầu thực trạng kiến thức, thái độ, thực hành của phụ nữ có thai về sàng lọc trước sinh tại tỉnh Bình Dương và thực trạng cung cấp dịch vụ sàng lọc trước sinh và một số yếu tố ảnh hưởng tại tuyến y tế cơ sở tại tỉnh Bình Dương từ tháng 8/2018 đến tháng 12/2018.

Thiết kế, lập kế hoạch can thiệp tại tuyến y tế cơ sở, tỉnh Bình Dương từ tháng 01/2019 đến tháng 02/2019.

Tiến hành can thiệp cộng đồng nâng cao kiến thức, thái độ, thực hành của phụ nữ có thai và năng lực cung cấp dịch vụ sàng lọc trước sinh tại y tế cơ sở tỉnh Bình Dương từ tháng 03/2019 đến tháng 12/2022.

2.2.2 Địa điểm nghiên cứu

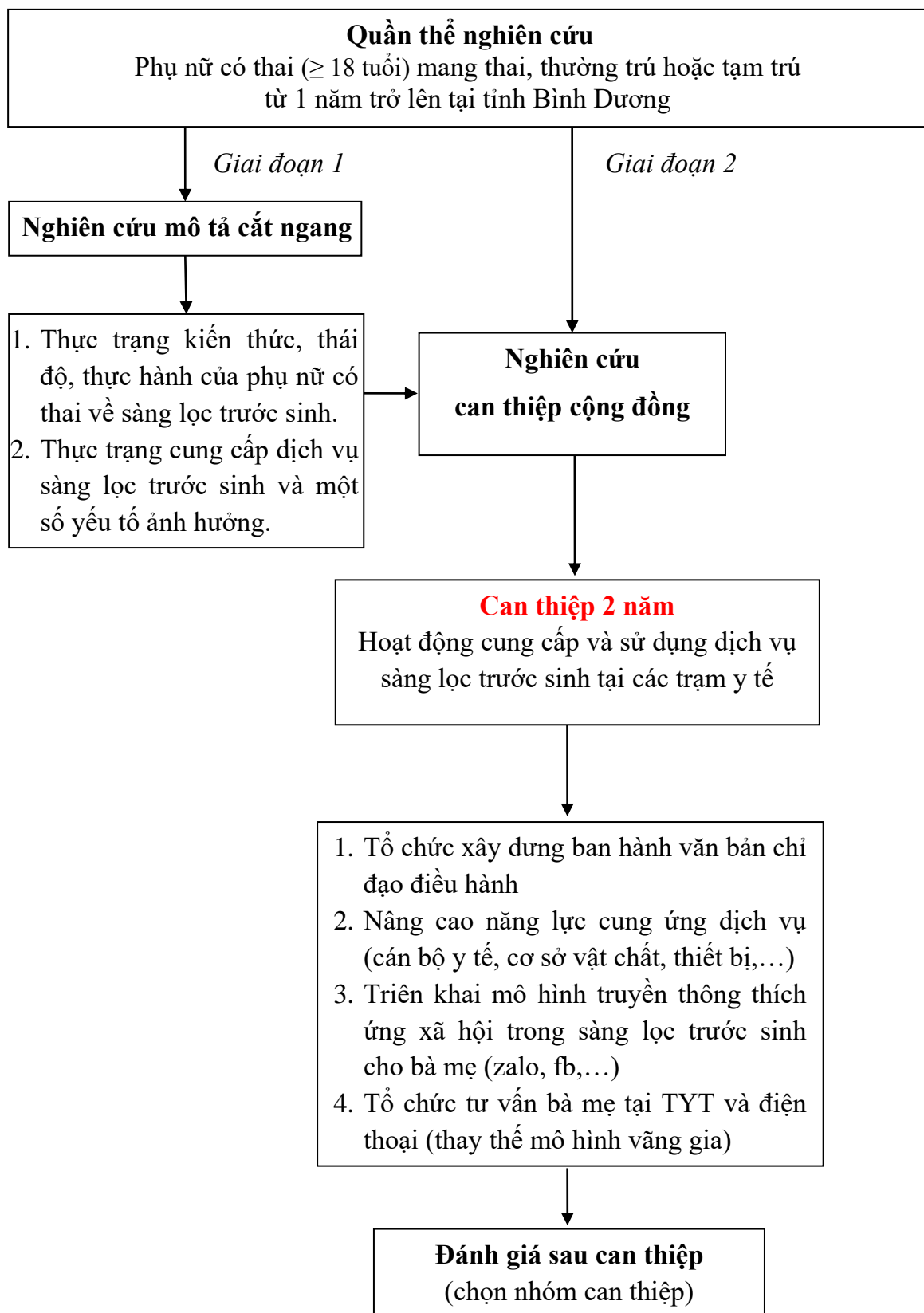
Nghiên cứu được tiến hành tại 91 trạm y tế và 9 Trung tâm Y tế huyện, tỉnh Bình Dương.

2.3 THIẾT KẾ NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu được thực hiện qua 2 giai đoạn và thiết kế theo 2 phương pháp:

Giai đoạn 1: Nghiên cứu mô tả cắt ngang kết hợp phương pháp định lượng và định tính về thực trạng kiến thức, thái độ, thực hành của phụ nữ có thai về sàng lọc trước sinh tại tỉnh Bình Dương và thực trạng cung cấp dịch vụ sàng lọc trước sinh và một số yếu tố ảnh hưởng tại tuyến y tế cơ sở tại tỉnh Bình Dương từ tháng 8/2018 đến tháng 12/2018.

Giai đoạn 2: Nghiên cứu can thiệp cộng đồng không đối chứng nâng cao kiến thức, thái độ, thực hành của phụ nữ có thai và năng lực cung cấp dịch vụ sàng lọc trước sinh tại y tế cơ sở tỉnh Bình Dương từ tháng 03/2019 đến tháng 12/2022.



Sơ đồ 2.1 Sơ đồ thiết kế nghiên cứu

2.4 PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.4.1 Nghiên cứu mô tả cắt ngang

2.4.1.1 Cỡ mẫu và kỹ thuật chọn mẫu mô tả thực trạng kiến thức, thái độ, thực hành về sàng lọc trước sinh của phụ nữ có thai

a) Cỡ mẫu

Cỡ mẫu tính theo công thức ước lượng một tỷ lệ, cỡ mẫu n.

$$n = Z^2_{(1-\alpha/2)} \times \frac{p(1-p)}{d^2} \times DE$$

Trong đó:

$Z_{(1-\alpha/2)} = 1,96$ trị số từ phân phối chuẩn với độ tin cậy 95%

p: trị số mong muốn của tỷ lệ. Theo nghiên cứu của Nguyễn Thị Phương Tâm (2013) tại huyện Thủ Thừa, tỉnh Long An cho thấy tỷ lệ thực hành đúng của phụ nữ có thai về sàng lọc trước sinh của phụ nữ có thai là 75,0% [42]. Chọn $p = 0,75$

$d = 0,05$ là sai số lựa chọn ; Hệ số thiết kế $DE = 2$

Tỷ lệ đồng ý tham gia nghiên cứu ước tính là 90% (10% từ chối). Vậy cỡ mẫu tối thiểu là $n=723$ phụ nữ có thai. Thực tế chúng tôi chọn được 809 phụ nữ có thai tham gia nghiên cứu.

b) Kỹ thuật chọn mẫu

Chọn mẫu ngẫu nhiên theo hệ thống đối với các thai phụ đáp ứng tiêu chuẩn chọn mẫu được đưa vào nghiên cứu

Bước 1: Lập danh sách là phụ nữ có thai hiện đang được quản lý thai tại trạm y tế. Sắp xếp thứ tự theo tên đối tượng và mã hóa thành số thứ tự

Bước 2: Lấy hệ số $k = 5$, theo danh sách lần lượt ta được các số thứ tự là 1,5,10,15,...đến khi đủ 10 thai phụ mỗi xã.

Trong trường hợp đối tượng vắng mặt, các cộng tác viên và nghiên cứu viên đến tại nhà đối tượng để thu thập các dữ kiện

2.4.1.2. Cỡ mẫu và kỹ thuật chọn mẫu mô tả thực trạng cung ứng dịch vụ sàng lọc trước sinh

- Chọn toàn bộ 91/91 trạm y tế.

- Chọn toàn bộ 9/9 Trung tâm Y tế cấp huyện.

2.4.1.3 *Cỡ mẫu và kỹ thuật chọn mẫu thực trạng cung cấp dịch vụ sàng lọc trước sinh và một số yếu tố ảnh hưởng đến cung ứng dịch vụ sàng lọc trước sinh*

Chọn mẫu có chủ đích để đảm bảo cung cấp thông tin cần thiết

Bảng kê khai cơ sở vật chất, thiết bị:

- Trạm Y tế: 91
- Trung tâm Y tế: 09

Sử dụng phương pháp phỏng vấn sâu cho các đối tượng bao gồm:

- Lãnh đạo Sở Y tế: 1 người
- Lãnh đạo Trung tâm Chăm sóc Sức khỏe Sinh sản tỉnh: 1 người

Sử dụng phương pháp thảo luận nhóm cho các đối tượng bao gồm:

- Thảo luận nhóm lãnh đạo Trung tâm Y tế: 9 người
- Thảo luận nhóm lãnh đạo trạm y tế: 91 người

2.4.1.4 *Tổ chức thực hiện điều tra cắt ngang*

Chuẩn bị

Thành lập nhóm nghiên cứu, tổ chức tập huấn cho các cộng tác viên tham gia nghiên cứu là NVYT của Trung tâm Y tế huyện, NVYT của trạm y tế và cộng tác viên y tế thôn bản của xã tại 9 huyện tham gia giám sát, điều tra phỏng vấn các đối tượng theo các bộ câu hỏi soạn sẵn.

Tổ chức hội nghị đồng thuận và triển khai thực hiện nghiên cứu cho các đối tượng là lãnh đạo Trung tâm y tế các huyện, Ban chỉ đạo chăm sóc sức khỏe nhân dân, trưởng trạm y tế xã tại địa bàn nghiên cứu.

Lập danh sách phụ nữ có thai tại 9 huyện (tại mỗi Trạm y tế) được chọn nghiên cứu cắt ngang, chọn ngẫu nhiên số người đưa vào mẫu.

Cộng tác viên tại các xã viết và gửi thư mời hoặc đến mời trực tiếp tại nhà đến các đối tượng được chọn vào danh sách theo lịch khám. Khám cho tất cả phụ nữ đến khám tại địa điểm khám trong xã (không từ chối); chỉ đưa vào danh sách những đối tượng nghiên cứu đã chọn. Tổ chức đoàn điều tra thu thập số liệu gồm 5 điều tra viên phỏng vấn đối tượng về kiến thức, thái độ và thực hành sàng lọc trước sinh.

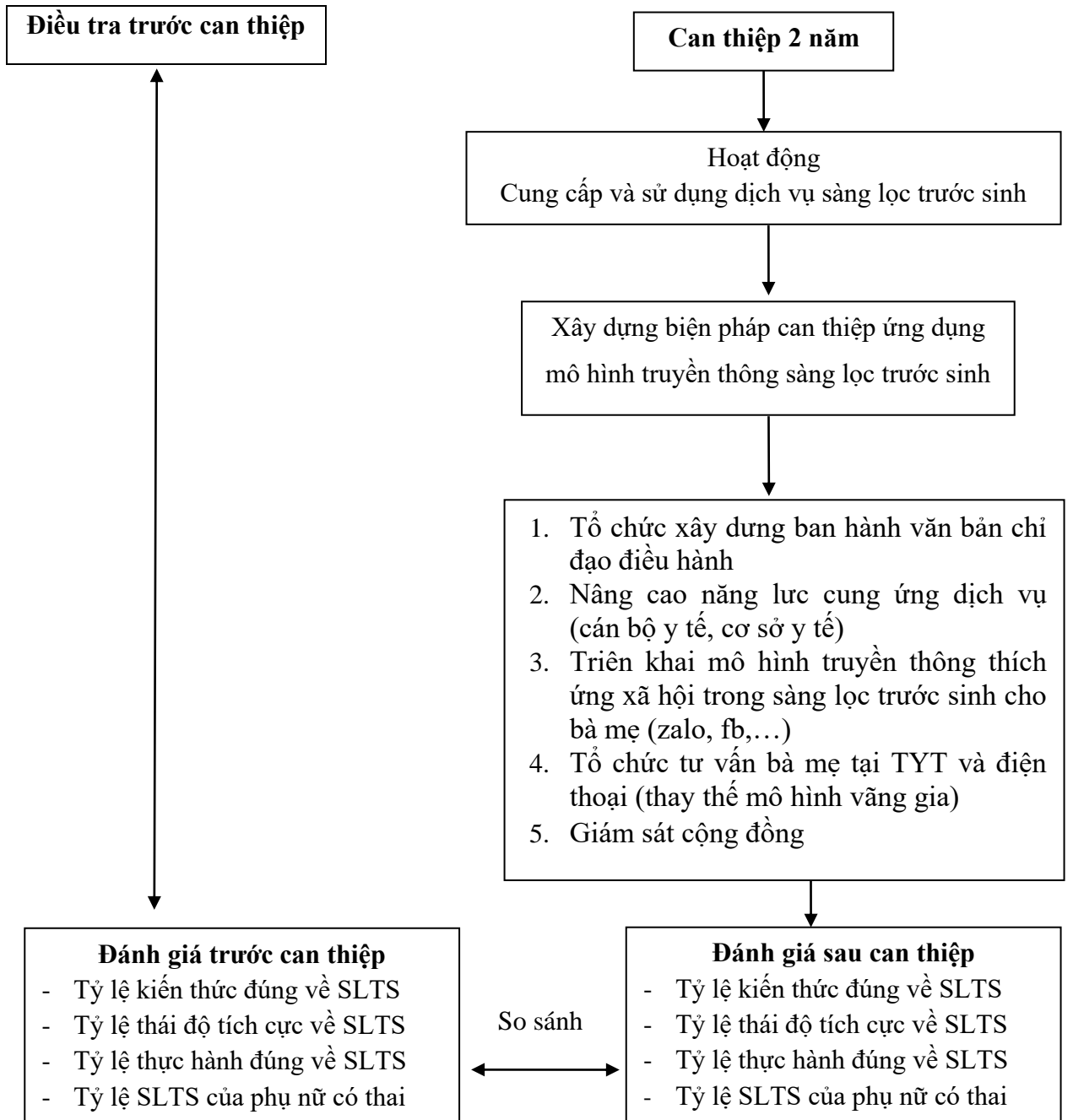
2.4.2 Nghiên cứu can thiệp cộng đồng

2.4.2.1 *Đối tượng can thiệp*

Đối tượng đích: Phụ nữ có thai từ 18 tuổi trở lên thường trú hoặc tạm trú từ 1 năm trở lên trên địa bàn tỉnh Bình Dương tại thời điểm nghiên cứu.

Đối tượng tăng cường/hỗ trợ: Cán bộ làm quản lý ở Trung tâm y tế huyện và các trạm y tế xã, các cán bộ chuyên trách công tác sàng lọc trước sinh; cơ sở vật chất khoa/phòng phụ trách chăm sóc sức khỏe sinh sản của các đơn vị thuộc đối tượng nghiên cứu.

2.4.2.2 Thiết kế nghiên cứu can thiệp



Sơ đồ 2.2 Sơ đồ can thiệp nâng cao năng lực cung cấp và sử dụng dịch vụ sàng lọc trước sinh tại cộng đồng

2.4.2.3 Chọn mẫu can thiệp nâng cao năng lực cung ứng dịch vụ sàng lọc trước sinh

Chọn mẫu thuận tiện 5 phụ nữ đến khám thai tại mỗi trạm y tế thỏa tiêu chí chọn vào.

2.4.2.4 Cỡ mẫu can thiệp cộng đồng ở phụ nữ có thai (phụ nữ có thai)

Cỡ mẫu nghiên cứu được tính theo công thức sau:

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

Trong đó: n là cỡ mẫu tối thiểu cho mỗi nhóm (trước và sau can thiệp);

α : mức ý nghĩa thống kê với độ tin cậy là 95%, $\alpha = 0,05$

β : xác suất của việc phạm phải sai lầm loại II, chọn $\beta = 0,2$

p_1 : tỷ lệ phụ nữ có thai có thực hành đúng về sàng lọc trước sinh trước can thiệp, chọn $p_1 = 0,57$ [32]

p_2 : tỷ lệ phụ nữ có thai có thực hành đúng về sàng lọc trước sinh ước đoán sau 1 năm can thiệp, chọn $p_2 = 0,7$

DE: hệ số thiết kế, chọn $DE = 2$.

Cỡ mẫu tối thiểu (không đối chứng) trước và sau can thiệp là $n = 430$. Thực tế chúng tôi chọn 455 phụ nữ có thai trước can thiệp và sau can thiệp.

Chọn mẫu đối tượng điều tra cộng đồng đánh giá trước và sau can thiệp:

Khảo sát trên 455 người đánh giá trước can thiệp và người sau can thiệp. Chọn mẫu hệ thống theo hệ số k, từ danh sách quản lý thai tại mỗi trạm y tế, chọn 5 thai phụ thỏa tiêu chí chọn vào.

2.4.2.5 Cơ sở để xây dựng biện pháp can thiệp cộng đồng

Bình Dương là nơi đối tượng công nhân nữ tập trung đông và có những đặc thù bất lợi cho việc tiếp nhận thông tin phòng chống bệnh tật, mặc dù nhiều năm qua đã có rất nhiều công tác triển khai thực hiện các chương trình truyền thông theo hướng dẫn của Trung ương nhưng việc tiếp nhận được thông tin và thay đổi hành vi về chăm sóc sức khỏe sinh sản trong đó tầm soát dị tật bẩm sinh, chăm sóc sức khỏe thai kỳ và các bệnh lý liên quan đến sức khỏe bà mẹ trẻ em,... thì các kênh truyền thông cũ và theo chương trình thì hầu như không hiệu quả. Trong khi, nhu cầu xã hội cần nâng cao kiến thức của người dân để tự phòng bệnh tật.

2.4.2.6 Nguyên tắc thực hiện can thiệp

Hoạt động can thiệp với vai trò trách nhiệm Trung tâm Sức khỏe sinh sản phối hợp với y tế địa phương.

Can thiệp theo hướng dự phòng: Các hoạt động đáp ứng được nhu cầu thực tế đặc trưng của người dân về quản lý, theo dõi giám sát và chủ động thực hiện tập luyện thể dục, thay đổi các thói quen có hại cho sức khỏe.

Có đủ nguồn lực tối thiểu để thực hiện các hoạt động: Truyền thông tư vấn tại cơ sở y tế, hướng dẫn tập luyện thể dục nâng cao sức khỏe tại thôn ấp, tại hộ gia đình. Phù hợp với năng lực và tinh thần trách nhiệm của cán bộ trạm y tế xã, nhân viên y tế thôn, ấp và cộng tác viên. Cần có sự quan tâm của chính quyền, đoàn thể về xã hội hoá công tác y tế.

Các hoạt động can thiệp có tính khả thi và duy trì, nhân rộng cho các xã khác có cùng điều kiện.

2.4.2.7 Biện pháp can thiệp

Thực hiện biện pháp can thiệp gồm 5 hoạt động như sau:

- (1) Tổ chức ban hành văn bản quản lý điều hành công tác sàng lọc trước sinh.
- (2) Tổ chức xây dựng mạng lưới triển khai thực hiện, quản lý hoạt động sàng lọc trước sinh.
- (3) Tổ chức tư vấn cho bà mẹ mang thai về phòng chống dị tật trẻ sơ sinh
- (4) Ứng dụng Công nghệ thông tin vào công tác truyền thông và giải pháp truyền thông thích ứng xã hội: Zalo, Fb, tư vấn trực tiếp và điện thoại trực tiếp.
- (5) Giám sát cộng đồng.

2.4.2.8 Xây dựng hệ thống văn bản quản lý điều hành công tác sàng lọc trước sinh

Kế hoạch của UBND tỉnh, huyện về triển khai sàng lọc trước sinh.

Tổ chức mạng lưới SLTS của ngành y tế, văn chỉ đạo của Sở Y tế với sự tham gia của Trung tâm chăm sóc sức khỏe sinh sản tỉnh Bình Dương, Chi cục DS - KHHGD tỉnh Bình Dương, Trung tâm Y tế huyện thị, các cộng tác viên phối hợp với Hội phụ nữ tỉnh Bình Dương.

- Nội dung và biện pháp thực hiện.

Cán bộ nghiên cứu sẽ giám sát các hoạt động can thiệp và thu thập số liệu, phân tích và điều chỉnh sai sót trong quá trình can thiệp.

Có sự giám sát hỗ trợ của Trung tâm Y tế của TTCSSKSS về khám điều trị sớm các trường hợp dị tật bẩm sinh .

Đánh giá kết quả

Số lượng nhân viên y tế hoạt động trong phạm vi chương trình.

Số lượng nhân viên y tế làm công tác truyền thông.

Triển khai và duy trì mô hình tầm soát và quản lý dị tật bẩm sinh tại Trung tâm chăm sóc sức khỏe sinh sản tỉnh Bình Dương.

2.4.2.9 Xây dựng tổ chức mạng lưới triển khai thực hiện sàng lọc trước sinh

Tổ chức bộ máy của ngành y tế, xin công văn chỉ đạo của Sở Y tế, nhân viên y tế, các cộng tác viên, thành viên ban chỉ đạo chăm sóc sức khỏe sinh sản. Phối hợp với Hội phụ nữ và xây dựng được mạng lưới cộng tác viên là nhân viên y tế và chính đối tượng là bà mẹ mang thai. Thành lập đội ngũ chuyên viên quản lý hồ sơ bệnh án riêng cho đối tượng.

Nguồn lực. Nhân lực do Nghiên cứu sinh mời và tuyển chọn từ đội ngũ chuyên viên của khoa Y tế Công cộng – Đại học Y Dược thành phố Hồ Chí Minh và mời nhân viên y tế địa phương tham gia phối hợp giám sát, mời đội ngũ cộng tác viên tại trung tâm y tế.

Đánh giá kết quả

Tất cả các khoa phòng bố trí nhân viên y tế hoạt động trong phạm vi chương trình

Trung tâm y tế có bố trí nhân viên y tế làm công tác truyền thông

Triển khai và duy trì mô hình tầm soát và quản lý sàng lọc trước sinh.

2.4.2.10 Tư vấn cho phụ nữ mang thai về sàng lọc trước sinh

Đối tượng: Phụ nữ có thai

Nội dung và biện pháp thực hiện:

Đối với những đối tượng đã phát hiện con có dị tật bẩm sinh trong nghiên cứu cắt ngang, tiếp tục thực hiện theo dõi theo thời gian hoặc đưa ra biện pháp xử lý. Tư vấn, hướng dẫn về thực hiện lối sống lành mạnh, hành vi có lợi cho sức khỏe.

Công tác tư vấn trực tiếp cho phụ nữ có thai qua điện thoại. Nội dung tờ rơi, tham khảo theo Trung tâm Truyền thông giáo dục sức khỏe tỉnh Bình Dương.

Nguồn lực: Nhân viên y tế và cộng tác viên y tế.

Theo dõi giám sát:

Nghiên cứu viên cùng nhóm nghiên cứu trực tiếp tham gia cùng cộng tác viên trao đổi khi cần thiết và luôn online trên mạng xã hội.

Giám sát và nhận báo cáo của cộng tác viên.

Thu thập hình ảnh, video (nếu cần) thực hiện trong các lần tư vấn cho phụ nữ có thai.

Đánh giá:

Tỷ lệ phụ nữ có thai có kiến thức đúng về sử dụng dịch vụ sàng lọc trước sinh

Tỷ lệ thay đổi về thực hiện siêu âm SLTS (trước - sau can thiệp)

Tỷ lệ thay đổi về thực hiện xét nghiệm Double test (TCT - SCT)

Tỷ lệ thay đổi về thực hiện xét nghiệm Triple test (TCT - SCT)

Tỷ lệ thay đổi về thực hiện xét nghiệm chọc hút nước ối (TCT - SCT)

Kết quả can thiệp nâng cao thực hành đúng về sàng lọc trước sinh.

2.4.2.11 Truyền thông giáo dục sức khỏe cộng đồng

Đối tượng: phụ nữ có thai

Nội dung và biện pháp thực hiện:

Nội dung can thiệp Truyền thông Giáo dục sức khỏe qua các kênh truyền thông. Tổ chức thực hiện các buổi hội thảo định kỳ tại Trung tâm chăm sóc sức khỏe sinh sản tỉnh Bình Dương.

- Thành lập nhóm ZALO, FB với trưởng nhóm là cán bộ y tế phụ trách chương trình Chăm sóc SKSS tại Trạm y tế, thành viên là bà mẹ mang thai được chọn can thiệp

- Thực hiện truyền thông qua loa phát thanh cho toàn bộ dân số can thiệp. Phát thanh nội dung phòng chống dị tật trẻ sơ sinh, lợi ích của hoạt động sàng lọc trước sinh vào lúc 5 giờ sáng và 5 giờ chiều ngày thứ 4 hàng tuần, mỗi lần 5 phút.

- Đặt pano tại nơi tập trung đông dân như đầu chợ xã, Ủy ban nhân dân xã, trạm y tế, trường học, trục đường chính, mỗi nơi 1 áp phích tiếng Việt.

- Phát tờ rơi cho người dân. 20.000 tờ rơi được đặt tại Trung tâm y tế cho người dân tự do được nhận miễn phí.

- Tổ chức các buổi hội thảo định kỳ 3 tháng/lần kết hợp giải đáp thắc mắc cho người dân, hướng dẫn, tư vấn cách phòng chống dị tật bẩm sinh, lợi ích của sàng lọc trước sinh đối với nhóm nhân viên y tế.

Dự phòng nhằm từ bỏ hành vi có hại như: hút thuốc lá, lạm dụng rượu bia, lười vận động, lạm dụng thuốc và hoá chất.

Khuyến khích thực hiện hành vi đúng như: Tăng cường vận động, từ bỏ các hành vi có hại cho sức khỏe đặc biệt là ảnh hưởng đến sự phát triển thai nhi.

Nhân viên y tế và cộng tác viên tuyên truyền vận động về lợi ích của tập thể dục thể thao, tư vấn cho từng đối tượng chọn phương pháp tập cho phù hợp.

Tài liệu được biên soạn dựa theo nội dung của Bộ Y tế, chương trình mục tiêu Quốc gia.

Nguồn lực: Nhân viên y tế, trạm y tế và các cộng tác viên của chương trình.

Theo dõi giám sát:

Theo dõi định kỳ số lượng tờ rơi được phát ra trong cộng đồng.

Thu thập hình ảnh, video các buổi nói chuyện chuyên đề tại trạm y tế xã.

Chỉ số đánh giá:

Tỷ lệ có kiến thức đúng về mục đích thực hiện SLTS (TCT - SCT)

Tỷ lệ có kiến thức đúng về nội dung SLTS (TCT - SCT)

Tỷ lệ có kiến thức đúng về đối tượng nguy cơ cần SLTS (TCT - SCT)

Tỷ lệ có kiến thức đúng về thời điểm cần siêu âm SLTS (TCT - SCT)

Tỷ lệ có kiến thức đúng về thời điểm xét nghiệm Double test (TCT - SCT)

Tỷ lệ có kiến thức đúng về thời điểm xét nghiệm Triple test (TCT - SCT)

Tỷ lệ có kiến thức đúng về thời điểm thực hiện chọc hút nước ối (TCT - SCT)

Kết quả can thiệp nâng cao kiến thức đúng về sàng lọc trước sinh

Thu thập dữ liệu trước và sau can thiệp

Tổ chức đoàn điều tra cắt ngang tại nhóm can thiệp.

Số đối tượng điều tra là những Phụ nữ có thai đã được chọn vào nhóm can thiệp.

Nội dung điều tra bao gồm. Điều tra kiến thức, thái độ và thực hành của đối tượng theo bộ công cụ về SLTS.

Đối tượng là nhân viên y tế và cơ sở vật chất, thiết bị y tế tại 9/9 Trung tâm y tế và 91/91 Trạm y tế theo bộ công cụ

2.4.2.12 Đo lường hiệu quả can thiệp

Để xác định hiệu quả của nghiên cứu can thiệp được đo bằng chỉ số hiệu quả can thiệp Cách tính chỉ số hiệu quả như sau:

$$\text{CSHQ (\%)} = \frac{|\text{Tỷ lệ sau can thiệp (p}_2\text{)} - \text{Tỷ lệ trước can thiệp (p}_1\text{)}|}{\text{Tỷ lệ trước can thiệp (p}_1\text{)}} \times 100$$

Đánh giá hiệu quả của nghiên cứu can thiệp dựa trên sự phối hợp chặt chẽ giữa giá trị p và chỉ số hiệu quả. Chỉ số hiệu quả có giá trị thực sự khi sự khác biệt trước và sau can thiệp có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).

2.5 PHƯƠNG PHÁP VÀ CÔNG CỤ THU THẬP SỐ LIỆU

2.5.1 Thực trạng kiến thức, thái độ, thực hành của phụ nữ có thai về sàng lọc trước sinh

Phòng vấn trực tiếp phụ nữ đến khám thai tại các trạm y tế bằng bộ câu hỏi soạn sẵn. Công cụ thu thập số liệu trong nghiên cứu là là bộ câu hỏi có cấu trúc được thiết kế dựa trên Thông tư số 34/2016/TT-BYT quy định qui trình sàng lọc để phát hiện, điều trị, xử trí các bất thường, dị tật bào thai và 1 số nghiên cứu liên quan [8]. Bộ câu hỏi được xây dựng và thử nghiệm trước khi thu thập số liệu.

2.5.2 Thực trạng cung cấp dịch vụ sàng lọc trước sinh tại tuyến y tế cơ sở

Báo cáo tổng kết hàng năm tổ chức hoạt động triển khai và các kết quả đạt được của công tác CSSKSS và sử dụng dịch vụ chăm sóc sức khỏe sinh sản của phụ nữ có thai tỉnh Bình Dương hàng năm, các báo cáo giám sát.

Sử dụng biểu mẫu thống kê thu thập thông tin tổ chức hoạt động triển khai và các kết quả đạt được của công tác CSSKSS tại Bình Dương hàng năm. Các hoạt động chuyên môn, tổ chức bộ máy, phát triển và quản lý nhân lực, quản lý tài chính, trang thiết bị và thuốc khi triển khai.

Các văn bản liên quan (kế hoạch, kế hoạch liên ngành chăm sóc sức khỏe sinh sản của phụ nữ có thai) của cơ quan Nhà nước, UBND các cấp, các ngành. Kết quả điều tra về tình trạng cung cấp và sử dụng dịch vụ sàng lọc trước sinh của phụ nữ có thai tại cộng đồng.

Mẫu điều tra cơ sở vật chất, nhân sự, thiết bị y tế

2.5.3 Phân tích một số yếu tố ảnh hưởng đến sàng lọc trước sinh

Phỏng vấn sâu nhân viên y tế về khó khăn, thuận lợi trong quá trình triển khai cung ứng dịch vụ sàng lọc trước sinh tại các tuyến y tế cơ sở, tỉnh Bình Dương gồm: Lãnh đạo Sở Y tế; Lãnh đạo Trung tâm CSSKSS tỉnh; Cán bộ phụ trách công tác CSSKSS của Trung tâm y tế huyện; Trạm trưởng Trạm y tế xã; Nữ hộ sinh xã.

Thảo luận nhóm: Nhân viên y tế thôn bản, nữ hộ sinh trên địa bàn xã, vai trò của nhân viên y tế đối với việc tiếp cận dịch vụ sàng lọc trước sinh của phụ nữ có thai. Các thông tin liên quan đến văn hóa, tập tục sinh đẻ, các quyền lợi, bình đẳng giới, yếu tố bạo lực gia đình, phân biệt đối xử, thông tin tìm hiểu kiến thức của phụ nữ có thai về sàng lọc trước sinh. Thảo luận về mức độ tham gia hoạt động, hiệu quả và khó khăn trong quá trình thực hiện cũng như một số yếu tố về kinh tế, văn hóa, xã hội ảnh hưởng đến kết quả hoạt động. Tình hình triển khai các hoạt động can thiệp và sự phối kết hợp giữa các cơ quan, ban ngành tại địa phương. Đồng thời có được thông tin cơ bản về kết quả các hoạt động của chương trình sàng lọc trước sinh và những nhận xét, đánh giá cụ thể, phản hồi về kinh nghiệm, bài học và những khó khăn cản trở trong quá trình thực hiện các chương trình can thiệp, đề xuất các giải pháp phù hợp cho cơ quan quản lý y tế.

2.6 CÁC BIẾN SỐ NGHIÊN CỨU VÀ TIÊU CHUẨN ĐÁNH GIÁ

Kiến thức về sàng lọc trước sinh gồm 14 nội dung [8], [18]: (1) Dự phòng trước khi mang thai; (2) Dự phòng trong thời gian mang thai; (3) Mục đích của việc sàng lọc trước sinh; (4) Nội dung của sàng lọc trước sinh; (5) Đối tượng cần thực hiện sàng lọc trước sinh; (6) Mục đích của việc siêu âm trong suốt thai kỳ; (7) Mục đích của xét nghiệm Double test của thai kỳ; (8) Thời điểm thực hiện xét nghiệm Double test; (9) Thời gian xét nghiệm Double Test chính xác; (10) Mục đích của xét nghiệm Triple test; (11) Thời điểm thực hiện xét nghiệm Triple test; (12) Thời điểm

xét nghiệm Triple test chính xác nhất; (13) Nguyên nhân cần chọc hút nước ối; (14) Các xét nghiệm trước sinh để DPLT từ mẹ sang thai nhi. Điểm cắt 50% được chọn để đánh giá là có kiến thức đạt hay không đạt. Tổng điểm kiến thức chung về sàng lọc trước sinh là 47 điểm. Điểm kiến thức chung đạt khi có tổng điểm ≥ 24 điểm, điểm kiến thức chung không đạt khi có tổng điểm < 24 điểm.

Thái độ về sàng lọc trước sinh được tính điểm dựa trên 13 nội dung đánh giá mức độ cần thiết: (1) Thực hiện sàng lọc trước sinh; (2) Truyền thông phổ biến kiến thức; (3) Khám thai định kỳ; (4) Siêu âm định kỳ; (5) Xét nghiệm Double test không ảnh hưởng đến sức khỏe của mẹ và bé; (6) Xét nghiệm Double test; (7) Xét nghiệm Triple test không ảnh hưởng đến sức khỏe của mẹ và bé; (8) Xét nghiệm Triple test; (9) Xét nghiệm HIV trước sinh khi mang thai; (10) Xét nghiệm giang mai trước sinh khi mang thai; (11) Xét nghiệm Rubella trước sinh khi mang thai; (12) Xét nghiệm viêm gan B trước sinh khi mang thai; (13) Sàng lọc, chẩn đoán và xử trí trước sinh thực hiện tự nguyện. Tổng điểm thái độ chung về sàng lọc trước sinh là 13 điểm. Điểm thái độ chung đạt khi có tổng điểm là 13 điểm, điểm thái độ chung không đạt khi có tổng điểm < 13 điểm.

Nhóm biến số thực hành về sàng lọc trước sinh gồm 4 nội dung: (1) Dự phòng trước khi mang thai; (2) Trong thời gian mang thai; (3) Thực hành sàng lọc trước sinh; (4) Thời điểm sàng lọc. Điểm cắt 50% được chọn để đánh giá là có thực hành đạt hay không đạt. Tổng điểm thực hành chung về sàng lọc trước sinh là 21 điểm. Điểm thực hành chung đạt khi có tổng điểm ≥ 11 điểm, điểm thực hành chung không đạt khi có tổng điểm < 11 điểm.

2.7 PHÂN TÍCH VÀ XỬ LÝ DỮ LIỆU

Dữ liệu được nhập bằng phần mềm Epidata 3.1 và phân tích bằng phần mềm Stata phiên bản 14.0.

Thông kê mô tả: tần số, tỷ lệ phần trăm đối với biến số định tính (nhóm biến số dân số học, nhóm biến số về các hành vi sức khỏe, biến số về kiến thức, thái độ, thực hành về sàng lọc trước sinh). Biến định lượng nếu phân phối chuẩn sử dụng trung bình \pm độ lệch chuẩn, nếu phân phối không chuẩn thì mô tả là trung vị và khoảng tứ phân vị.

Thống kê phân tích định lượng: xác định một số yếu tố liên quan đến thực hành sàng lọc trước sinh bằng kiểm định test χ^2 (phép kiểm chi bình phương) hoặc Fisher (khi có lớn hơn 20% các ô trong bảng vẽ có tần số mong đợi < 5), và hồi quy logistic cho các biến số định lượng liên tục. Xác định mối liên quan độc lập với thực hành sàng lọc trước sinh của các biến số phơi nhiễm bằng phân tích đa biến với hồi quy logistic. Nguyên tắc để đưa vào hoặc loại ra một biến số trong mô hình là khi đưa vào mô hình với $p \leq 0,2$ của các biến số đơn biến.

Phân tích định tính: Các cuộc phỏng vấn, thảo luận nhóm được ghi âm, gõ băng, mã hoá và phân tích theo chủ đề. Các nội dung phù hợp sẽ được trích dẫn đáp ứng mục tiêu nghiên cứu.

2.8 BIỆN PHÁP HẠN CHẾ SAI SỐ

Sai số do bỏ sót thông tin, khi ghi chép các câu trả lời của đối tượng trong quá trình phỏng vấn. Đối tượng không hợp tác hoặc cung cấp các số liệu sai lệch do giữ thể diện, hoặc vì các yếu tố mang tính tập quán. Cách khắc phục: tập huấn kỹ bộ câu hỏi, giám sát quá trình lấy thông tin. Lựa chọn các nghiên cứu viên có kinh nghiệm và trách nhiệm. Tổ chức rút kinh nghiệm trong nhóm nghiên cứu và giám sát sau mỗi đợt điều tra.

Sai số do nhập số liệu, lỗi số liệu do người nhập liệu bỏ sót hoặc vào nhầm số liệu. Cách khắc phục: làm sạch bảng hỏi trước khi xử lý, chỉ những bảng hỏi được điền đủ thông tin mới được chuyển giao cho nhóm nghiên cứu.

2.9 ĐẠO ĐỨC NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu được thông qua Hội đồng đạo đức Viện Vệ sinh dịch tễ Trung ương số VSDT 53/2018 ngày 28/12/2018.

Nghiên cứu được sự chấp thuận của Sở Y tế, Trung tâm y tế các huyện thị thuộc tỉnh Bình Dương và trạm y tế xã. Kết thúc nghiên cứu sẽ có báo cáo phản hồi kết quả cho địa phương.

Đối tượng nghiên cứu được cung cấp phiếu ICF thông báo và giải thích về mục đích yêu cầu của nghiên cứu và đồng ý tham gia nghiên cứu qua phiếu thỏa thuận. Những thông tin cá nhân về đối tượng nghiên cứu sẽ được giữ kín. Các số

liệu thu thập trong quá trình nghiên cứu được mã hoá và chỉ được nghiên cứu viên sử dụng cho mục tiêu nghiên cứu, không phục vụ cho mục đích nào khác.

Cán bộ nghiên cứu sẵn sàng giúp đỡ, chăm sóc và giải thích cho đối tượng khi họ gặp vấn đề về sức khỏe trong quá trình tham gia nghiên cứu.

Chương III

KẾT QUẢ

3.1 THỰC TRẠNG KIẾN THỨC, THÁI ĐỘ, THỰC HÀNH CỦA PHỤ NỮ CÓ THAI VỀ SÀNG LỌC TRƯỚC SINH TẠI TỈNH BÌNH DƯƠNG, NĂM 2018

3.1.1 Đặc điểm dân số học của phụ nữ có thai

Bảng 3.1 Đặc điểm dân số học của phụ nữ có thai (n = 809)

Đặc điểm dân số xã hội		Số lượng	Tỷ lệ (%)
Nhóm tuổi	< 25 tuổi	99	12,2
	25 – 34 tuổi	517	63,9
	≥ 35 tuổi	193	23,9
Dân tộc	Kinh	770	95,2
	Khmer	24	1,8
	Khác	15	3,0
Nơi ở hiện tại	Thành phố Thủ Dầu Một	142	17,5
	Thị xã Bến Cát	79	9,8
	Thành phố Dĩ An	67	8,3
	Thị xã Tân Uyên	115	14,2
	Thành phố Thuận An	94	11,6
	Huyện Bàu Bàng	70	8,7
	Huyện Bắc Tân Uyên	99	12,2
	Huyện Dầu Tiếng	30	3,7
	Huyện Phú Giáo	113	14,0
Nghề nghiệp	Nông dân	38	4,7
	Công nhân	459	56,7
	Cán bộ viên chức	79	9,8
	Kinh doanh buôn bán	59	7,3
	Nội trợ	159	19,7
	Khác	15	1,8
Trình độ	Dưới tiểu học	15	1,8

Đặc điểm dân số xã hội		Số lượng	Tỷ lệ (%)
học vấn	Tiểu học	72	8,9
	Trung học cơ sở	300	37,1
	Phổ thông trung học	275	34,0
	Trung cấp trở lên	147	18,2
Mối quan hệ	Không biết	231	28,6
họ hàng	Người ngoài họ tộc	568	70,2
với chồng	Có họ hàng bên ngoại hoặc bên nội	10	1,2

Khảo sát 809 phụ nữ mang thai, kết quả cho thấy đa phần phụ nữ mang thai là dân tộc Kinh với 95,2%, dân tộc Khmer và nhóm dân tộc khác có tỷ lệ thấp hơn lần lượt là 1,8% và 3,0%. Về nhóm tuổi, đa phần phụ nữ có thai từ 25 – 34 tuổi với 63,9%. Về nơi ở hiện tại, các thành phố và huyện khác nhau có tỷ lệ dân số khác nhau, với thành phố Thủ Dầu Một và thị xã Tân Uyên có tỷ lệ cao hơn với lần lượt 17,5% và 14,2%, huyện Dầu Tiếng có tỷ lệ thấp nhất là 3,7%.

Về nghề nghiệp, đa phần phụ nữ mang thai là công nhân với 56,7%, nông dân có tỷ lệ thấp với 4,7%. Các nhóm nghề nghiệp khác như cán bộ viên chức, kinh doanh buôn bán, nội trợ và khác có tỷ lệ khác nhau, cho thấy sự đa dạng trong lựa chọn nghề nghiệp của nhóm phụ nữ mang thai.

Về trình độ học vấn, nhóm trung học cơ sở có tỷ lệ là 37,1%, nhóm dưới tiểu học có tỷ lệ thấp với 1,8%. Các nhóm tiếp theo là tiểu học, phổ thông trung học và trung cấp trở lên. Về mối quan hệ họ hàng với chồng, nhóm người ngoài họ tộc có tỷ lệ cao là 70,2%, trong khi nhóm có họ hàng bên ngoại hoặc bên nội với tỷ lệ thấp là 1,2%, nhóm không biết có tỷ lệ là 28,6%.

Bảng 3.2 Đặc điểm tiền sử gia đình và bệnh tật của phụ nữ có thai (n = 809)

Tiền sử gia đình và bệnh tật		Số lượng	Tỷ lệ (%)
Gia đình có người bị dị tật bẩm sinh	Có	26	3,2
	Không	783	96,8
Gia đình có người mắc hội chứng Down	Có	8	2,2
	Không	791	97,8
Rong kinh	Có	67	8,3
	Không	742	91,7
Viêm đường sinh sản	Có	114	14,1
	Không	695	86,9
Số lần mang thai	Lần đầu	296	36,6
	Lần 2 trở lên	513	63,4
Tiền sử mang thai (sinh non, sảy thai, thai chết lưu...) (n=513)	Bình thường	439	85,6
	Có vấn đề	74	14,4

Tỷ lệ phụ nữ có thai trong gia đình có người bị dị tật bẩm sinh là 3,2%, gia đình có người mắc hội chứng Down là 2,2%. Về tình trạng sức khỏe, tỷ lệ phụ nữ có thai đã từng bị rong kinh là 8,3%, viêm đường sinh sản là 14,1%. Tỷ lệ phụ nữ có thai lần đầu là 36,6% và lần 2 trở lên là 63,4%. Tỷ lệ phụ nữ có thai đã từng sinh non, sảy thai, thai chết lưu... là 14,4%.

Bảng 3.3. Đặc điểm về tình trạng bệnh lý hiện tại của phụ nữ có thai (n = 809)

Tình trạng bệnh lý hiện tại		Số lượng	Tỷ lệ (%)
Thiếu máu thiếu sắt	Có	26	3,2
	Không	783	96,8
Viêm đường sinh sản	Có	66	8,2
	Không	743	91,8
Động kinh, co giật	Có	3	0,4
	Không	806	99,6
Cúm	Có	113	14,0
	Không	696	86,0
Quai bị	Có	6	0,7
	Không	803	99,3
Tim mạch	Có	4	0,5
	Không	805	99,5
Tăng huyết áp	Có	18	2,2
	Không	791	97,8
Đái tháo đường	Có	7	0,9
	Không	802	99,1
Rối loạn lipid máu	Có	5	0,6
	Không	804	99,4
Bệnh phổi/ viêm phế quản mạn tính	Có	6	0,7
	Không	803	99,3
Dùng thuốc để điều trị bệnh trong khi mang thai	Có	171	21,1
	Không	638	78,9
Cách sử dụng thuốc điều trị bệnh	Theo đơn bác sĩ	146	18,0
	Tự mua	25	3,1
	Không dùng	638	78,9

Về tình trạng bệnh lý hiện tại, tỷ lệ phụ nữ có thai mắc cúm là 14,0%, viêm đường sinh sản là 8,2%, thiếu máu thiếu sắt chiếm tỷ lệ thấp là 3,2%. Tỷ lệ phụ nữ có thai mắc các bệnh hiện tại đều dưới 2% gồm động kinh, co giật, quai bị, tim mạch, tăng huyết áp, đái tháo đường, rối loạn lipid máu, bệnh phổi/ viêm phế quản

mạn tính. Có tỷ lệ tương đối cao 21,1% thai phụ có dùng thuốc trong quá trình mang thai

Bảng 3.4 Đặc điểm về thói quen ăn uống của phụ nữ có thai (n = 809)

Thói quen ăn uống		Số lượng	Tỷ lệ (%)
Ăn kiêng	Có	95	11,7
	Không	714	88,3
Ăn mặn	Có	161	19,9
	Không	648	80,1
Uống bia/ rượu	Có	21	2,6
	Không	788	97,4
Uống trà/ cà phê	Có	221	27,3
	Không	588	72,7
Tiếp xúc với hóa chất độc hại	Có	21	2,6
	Không	788	97,4
Hút thuốc lá	Có	12	1,5
	Không	797	98,5
Trong gia đình có ai hút thuốc trong khi mang thai	Có	391	48,3
	Không	418	51,7

Về thói quen ăn uống, tỷ lệ phụ nữ có thai ăn kiêng là 11,7%, ăn mặn là 19,9%, uống bia/ rượu là 2,6%, uống trà/ cà phê là 27,3%, tiếp xúc với hóa chất độc hại là 2,6%, hút thuốc lá là 1,5%.

3.1.2 Kiến thức về sàng lọc trước sinh của phụ nữ có thai

Bảng 3.5 Kiến thức đúng của phụ nữ có thai về sàng lọc trước sinh (n=809)

Nội dung kiến thức		Số lượng	Tỷ lệ (%)
Mục đích của việc sàng lọc trước sinh	Biết được tình trạng sức khỏe của thai nhi	711	87,9
	Phát hiện các dị tật bẩm sinh của thai nhi	694	85,8
	Điều trị sớm các dị tật ở thai nhi	563	69,6
	Chấm dứt thai kỳ khi phát hiện thai nhi bị dị tật bẩm sinh	548	67,7
	Kiến thức đúng	483	59,7

Nội dung kiến thức		Số lượng	Tỷ lệ (%)
Nội dung sàng lọc trước sinh	Siêu âm, khám thai định kỳ	731	90,4
	Xét nghiệm máu của mẹ	737	91,1
	Chọc hút nước ối	353	43,6
	Chẩn đoán điều trị dị tật bẩm sinh	492	60,8
	Kiến thức đúng	316	39,1
Đối tượng cần thực hiện sàng lọc trước sinh	Mẹ từ 35 tuổi trở lên	591	73,1
	Tiền sử gia đình có người bị dị tật bẩm sinh	582	71,9
	Mẹ bị nhiễm virus cúm, rubella, sởi, ...	577	71,3
	Mẹ tiếp xúc với hóa chất độc hại khi mang thai	567	70,1
	Mẹ dùng thuốc để điều trị bệnh	533	65,9
	Mẹ mắc bệnh đái tháo đường	513	63,4
	Mẹ mắc bệnh tăng huyết áp	509	62,9
	Kiến thức đúng	373	46,1
Mục đích của việc siêu âm	Đo độ mờ da gáy ở thai nhi	590	72,9
	Quan sát hình thái thai nhi	637	78,7
	Phát hiện được những dị tật bẩm sinh	665	82,2
	Đánh giá sự phát triển thai phù hợp với tuổi	649	80,2
	Tiên lượng cho cuộc sinh dễ hay khó	583	72,1
	Kiến thức đúng	473	58,5
Mục đích xét nghiệm Double test	Phát hiện nguy cơ mắc hội chứng Down	604	74,7
	Phát hiện nguy cơ dị tật ống thần kinh	500	61,8
	Tầm soát virus gây dị tật thai nhi	451	55,8
	Kiến thức đúng	415	51,3
Thời điểm xét nghiệm Double test: Ba tháng đầu thai kỳ		502	62,1
Double test cho kết quả chính xác nhất: Khi thai từ 11 - 13 tuần 6 ngày		515	63,7
Mục đích của xét	Phát hiện nguy cơ mắc hội chứng Down	456	56,4
	Phát hiện nguy cơ dị tật ống thần kinh	456	56,4

Nội dung kiến thức		Số lượng	Tỷ lệ (%)
nghiệm	Phái hiện nguy cơ khuyết tật của bào thai	452	55,9
Triple test	Kiến thức đúng	371	45,9
Thời điểm xét nghiệm Triple test: Ba tháng giữa thai kỳ		446	55,1
Triple test cho kết quả chính xác nhất: Khi thai từ 16 - 18 tuần		361	44,6
Lý do thực hiện chọc hút nước ối	Khi phát hiện bất thường thấy trên siêu âm	413	51,1
	Khi phát hiện bất thường về sàng lọc máu	435	53,8
	Tiền sử gia đình có người bị dị tật bẩm sinh	346	42,8
	Mẹ từ 35 tuổi trở lên	307	38,0
	Kiến thức đúng	251	31,0
Xét nghiệm dự phòng lây truyền bệnh từ mẹ sang thai nhi	Xét nghiệm HIV	756	93,5
	Xét nghiệm giang mai	642	79,4
	Xét nghiệm Rubella	628	77,6
	Xét nghiệm viêm gan B	688	85,0
	Kiến thức đúng	590	72,9
Kiến thức chung đúng về sàng lọc trước sinh		185	22,9

Tỷ lệ phụ nữ có thai có kiến thức chung đúng về sàng lọc trước sinh khá thấp với 22,9%. Trong đó, đa phần phụ nữ có thai có kiến thức đúng về xét nghiệm dự phòng lây truyền bệnh từ mẹ sang thai nhi với tỷ lệ là 72,9%, kể đến là kiến thức đúng về thời điểm xét nghiệm Double test cho kết quả chính xác nhất (Khi thai từ 11 - 13 tuần 6 ngày) với tỷ lệ là 63,7%. Phụ nữ có thai có kiến thức đúng về nội dung sàng lọc trước sinh có tỷ lệ thấp với 39,1% và kiến thức đúng về lý do thực hiện chọc hút nước ối có tỷ lệ thấp với 31,0%.

3.1.3 Thái độ về sàng lọc trước sinh của phụ nữ có thai

Bảng 3.6 Thái độ đúng của phụ nữ có thai về sàng lọc trước sinh (n=809)

Nội dung thái độ	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Sàng lọc trước sinh khi mang thai là cần thiết	658	81,3
Truyền thông phổ biến kiến thức về SLTS là cần thiết	674	83,3
Việc khám thai định kỳ là cần thiết	672	83,1
Việc siêu âm định kỳ là cần thiết	682	84,3
Double test không ảnh hưởng đến sức khỏe của mẹ và bé	639	79,0
Xét nghiệm Double test là cần thiết	621	76,8
Triple test không ảnh hưởng đến sức khỏe của mẹ và bé	614	75,9
Xét nghiệm Triple test là cần thiết	616	76,1
Xét nghiệm HIV trước sinh khi mang thai là cần thiết	670	82,8
Xét nghiệm giang mai trước sinh khi mang thai là cần thiết	659	81,5
Xét nghiệm Rubella trước sinh khi mang thai là cần thiết	655	81,0
Xét nghiệm viêm gan B trước sinh khi mang thai là cần thiết	671	82,9
Sàng lọc, chẩn đoán và xử trí trước sinh thực hiện tự nguyện	672	83,1
Thái độ tích cực về sàng lọc trước sinh	531	65,6

Tỷ lệ phụ nữ có thai có thái độ tích cực về sàng lọc trước sinh là 65,6%. Trong đó, đa phần phụ nữ có thai có thái độ tích cực về việc nhận thấy siêu âm định kỳ là cần thiết với 84,3%, kể đến là thái độ tích cực về việc nhận thấy khám thai định kỳ là cần thiết với 83,1% và nhận thấy việc sàng lọc, chẩn đoán và xử trí trước sinh thực hiện tự nguyện với 83,1%.

3.1.4 Thực hành về sàng lọc trước sinh của phụ nữ có thai

Bảng 3.7 Thực hành đúng về sàng lọc trước sinh của phụ nữ có thai (n=809)

Nội dung thực hành		Số lượng	Tỷ lệ (%)
Khám thai	< 3 lần	116	14,3
	≥ 3 lần	693	85,7
Giai đoạn khám thai	Trong 3 tháng đầu của thai kỳ	793	98,0
	Trong 3 tháng giữa của thai kỳ	748	92,5
	Trong 3 tháng cuối của thai kỳ	687	84,9
	Khám thai đầy đủ ở 3 giai đoạn thai kỳ	675	83,4
Siêu âm	< 3 lần	127	15,7
	≥ 3 lần	682	84,3
Giai đoạn siêu âm	Trong 3 tháng đầu của thai kỳ	794	98,2
	Trong 3 tháng giữa của thai kỳ	732	90,5
	Trong 3 tháng cuối của thai kỳ	669	82,7
	Siêu âm đầy đủ ở 3 giai đoạn thai kỳ	656	81,1
Xét nghiệm dự phòng	Xét nghiệm công thức máu	695	85,9
	Xét nghiệm đường huyết	655	81,0
	Xét nghiệm nhóm máu Rh	533	65,9
	Xét nghiệm Double test	571	70,6
	Xét nghiệm Triple test	431	53,3
	Xét nghiệm HIV/AIDS	665	82,2
	Xét nghiệm viêm gan B	619	76,5
	Thực hiện đầy đủ các xét nghiệm	330	40,8
Thực hành chung đúng về sàng lọc trước sinh		260	32,1

Tỷ lệ phụ nữ có thai có thực hành chung đúng về sử dụng dịch vụ sàng lọc trước sinh khá thấp với 32,1%. Trong đó, phụ nữ có thai thực hiện đầy đủ các xét nghiệm sàng lọc trước sinh chỉ với 40,8%.

3.1.5 Một số yếu tố liên quan đến kiến thức về sàng lọc trước sinh của phụ nữ có thai

Bảng 3.8 Một số đặc điểm dân số của phụ nữ có thai liên quan đến kiến thức về sàng lọc trước sinh (n=809)

Đặc điểm dân số học		Kiến thức				p	OR (KTC 95%)
		Đúng (n=185)		Chưa đúng (n=624)			
		SL	%	SL	%		
Dân tộc	Kinh	179	23,3	591	76,7		1
	Khmer	3	12,5	21	87,5	0,228	0,47 (0,14 - 1,60)
	Khác	3	20,0	12	80,0	0,768	0,83 (0,23 - 2,96)
Nơi ở	Thủ Dầu Một	34	23,9	108	76,1		1
	Bến Cát	21	26,6	58	73,4	0,664	1,15 (0,61 - 2,16)
	Dĩ An	18	26,9	49	73,1	0,649	1,17 (0,60 - 2,27)
	Tân Uyên	17	14,8	98	85,2	0,069	0,55 (0,29 - 1,05)
	Thuận An	21	22,3	73	77,7	0,776	0,91 (0,49 - 1,70)
	Bàu Bàng	10	14,3	60	85,7	0,107	0,53 (0,24 - 1,15)
	Bắc Tân Uyên	37	37,4	62	62,6	0,025	1,90 (1,08 - 3,32)
	Dầu Tiếng	12	40,0	18	60,0	0,075	2,12 (0,93 - 4,84)
	Phú Giáo	15	13,3	98	86,7	0,034	0,49 (0,25 - 0,95)
Nghề nghiệp	Công nhân	114	24,8	345	75,2		1
	Nông dân	8	21,1	30	78,9	0,603	0,81 (0,36 - 1,81)
	Cán bộ viên chức	23	29,1	56	70,9	0,421	1,24 (0,73 - 2,11)
	Kinh doanh	17	28,8	42	71,2	0,509	1,22 (0,67 - 2,24)
	Nội trợ	20	12,6	139	87,4	0,002	0,44 (0,26 - 0,73)
	Khác	3	20,0	12	80,0	0,670	0,76 (0,21 - 2,73)
Trình độ học vấn	Dưới tiểu học	2	13,3	13	86,7		1
	Tiểu học	16	22,2	56	77,8	0,445	1,86 (0,38 - 9,10)
	Trung học cơ sở	67	22,3	233	77,7	0,418	1,87 (0,41 - 8,49)

Đặc điểm dân số học		Kiến thức				p	OR (KTC 95%)
		Đúng (n=185)		Chưa đúng (n=624)			
		SL	%	SL	%		
	Phổ thông trung học	59	21,5	216	78,5	0,458	1,78 (0,39 - 8,09)
	Trung cấp trở lên	41	27,9	106	72,1	0,238	2,51 (0,54 - 11,63)
Quan hệ	Người ngoài họ tộc	121	21,3	447	78,7		1
họ hàng	Không biết	61	26,4	170	73,6	0,120	1,33 (0,93 - 1,89)
với chồng	Có họ hàng	3	30,0	7	70,0	0,510	1,58 (0,40 - 6,21)

Một số đặc điểm dân số học của phụ nữ có thai liên quan đến kiến thức sàng lọc trước sinh gồm ($p < 0,05$): nơi ở, nghề nghiệp. Cụ thể:

Tỷ lệ kiến thức đúng ở nhóm phụ nữ có thai sinh sống tại Bắc Tân Uyên cao hơn so với nhóm phụ nữ có thai sinh sống tại Thủ Dầu Một ($p < 0,05$; OR = 1,90; KTC 95%: 1,08 - 3,32). Tỷ lệ kiến thức đúng ở nhóm phụ nữ có thai sinh sống tại Phú Giáo thấp hơn so với nhóm phụ nữ có thai sinh sống tại Thủ Dầu Một ($p < 0,05$; OR = 0,49; KTC 95%: 0,25 - 0,95)

Tỷ lệ kiến thức đúng ở nhóm phụ nữ có thai làm nội trợ thấp hơn so với nhóm phụ nữ có thai làm công nhân ($p < 0,05$; OR = 0,44; KTC 95%: 0,26 - 0,73).

Bảng 3.9 Một số đặc điểm tiền sử gia đình và bệnh tật của phụ nữ có thai liên quan đến kiến thức về sàng lọc trước sinh (n=809)

Đặc điểm tiền sử gia đình và bệnh tật		Kiến thức chung				p	OR (KTC 95%)
		Đúng (n=185)		Chưa đúng (n=624)			
		SL	%	SL	%		
Gia đình có người bị dị tật bẩm sinh	Không	174	22,2	609	77,8		1
	Có	11	42,3	15	57,7	0,016	2,57 (1,19 - 5,55)
Gia đình có người mắc hội chứng Down	Không	173	21,9	618	78,1		1
	Có	12	66,7	6	33,3	<0,001	7,14 (3,02 - 16,91)
Rong kinh	Không	177	23,9	565	76,1		1
	Có	8	11,9	59	88,1	0,026	0,43 (0,21 - 0,91)
Viêm đường sinh sản	Không	167	24,0	528	76,0		1
	Có	18	15,8	96	84,2	0,052	0,59 (0,35 - 1,01)
Số lần mang thai	Lần đầu	71	24,0	225	76,0		1
	≥ 2 lần	114	22,2	399	77,8	0,565	0,91 (0,65 - 1,27)

Một số yếu tố về tiền sử gia đình và bệnh tật liên quan đến kiến thức sàng lọc trước sinh gồm ($p < 0,05$): gia đình có người bị dị tật bẩm sinh, gia đình có người mắc hội chứng Down, rong kinh. Cụ thể:

Tỷ lệ kiến thức đúng ở nhóm phụ nữ có thai có người trong gia đình mắc dị tật bẩm sinh cao hơn so với nhóm phụ nữ có thai không có người trong gia đình mắc dị tật bẩm sinh ($p < 0,05$; OR = 2,57; KTC 95%: 1,19 - 5,55).

Tỷ lệ kiến thức đúng ở nhóm phụ nữ có thai có người trong gia đình mắc hội chứng Down cao hơn so với nhóm phụ nữ có thai không có người trong gia đình mắc hội chứng Down ($p < 0,001$; OR = 7,14; KTC 95%: 3,02 - 16,91).

Tỷ lệ kiến thức đúng ở nhóm phụ nữ có thai mắc bệnh rong kinh thấp hơn so với nhóm phụ nữ có thai không mắc bệnh rong kinh ($p < 0,05$; OR = 0,43; KTC 95%: 0,21 - 0,91).

Bảng 3.10 Một số yếu tố về tình trạng bệnh lý của phụ nữ có thai liên quan đến kiến thức về sàng lọc trước sinh (n=809)

Tình trạng bệnh lý		Kiến thức chung				p	OR (KTC 95%)
		Đúng (n=185)		Chưa đúng (n=624)			
		SL	%	SL	%		
Thiếu máu thiếu sắt	Không	167	23,2	554	76,8	0,568	1
	Có	18	20,5	70	79,5		0,85 (0,49 - 1,47)
Viêm đường sinh sản	Không	174	23,4	569	76,6	0,211	1
	Có	11	16,7	55	83,3		0,65 (0,34 - 1,27)
Cúm	Không	166	23,9	530	76,1	0,099	1
	Có	19	16,8	94	83,2		0,65 (0,38 - 1,09)
Tăng huyết áp	Không	179	22,6	612	77,4	0,285	1
	Có	6	33,3	12	66,7		1,71 (0,64 - 4,57)
Đái tháo đường	Không	182	22,7	620	77,3	0,206	1
	Có	3	42,9	4	57,1		2,55 (0,60 - 10,94)
Dùng thuốc điều trị bệnh khi mang thai	Không	145	22,7	493	77,3	0,854	1
	Có	40	23,4	131	76,6		1,04 (0,70 - 1,55)

Một số yếu tố về tình trạng bệnh lý của phụ nữ có thai không có mối liên quan có ý nghĩa thống kê với kiến thức sàng lọc trước sinh ($p > 0,05$).

Bảng 3.11 Một số yếu tố về tình trạng dinh dưỡng của phụ nữ có thai liên quan đến kiến thức về sàng lọc trước sinh (n=809)

Tình trạng dinh dưỡng		Kiến thức chung				p	OR (KTC 95%)
		Đúng (n=185)		Chưa đúng (n=624)			
		SL	%	SL	%		
Ăn kiêng	Không	158	22,1	556	77,9		1
	Có	27	28,4	68	71,6	0,170	1,40 (0,87 - 2,25)
Ăn mặn	Không	162	25,0	486	75,0		1
	Có	23	14,3	138	85,7	0,004	0,50 (0,31 - 0,80)
Uống bia/ rượu	Không	181	23,0	607	77,0		1
	Có	4	19,1	17	80,9	0,673	0,79 (0,26 - 2,37)
Uống trà/ cà phê	Không	147	25,0	441	75,0		1
	Có	38	17,2	183	82,8	0,018	0,62 (0,42 - 0,92)
Tiếp xúc với hóa chất độc hại	Không	180	22,8	608	77,2		1
	Có	5	23,8	16	76,2	0,917	1,06 (0,38 - 2,92)
Hút thuốc lá	Không	184	23,1	613	76,9		1
	Có	1	8,3	11	91,7	0,227	0,30 (0,04 - 2,11)
Gia đình có người hút thuốc khi mang thai	Không	108	25,8	310	74,2		1
	Có	77	19,7	314	80,3	0,038	0,70 (0,51 - 0,98)

Một số yếu tố về tình trạng dinh dưỡng của phụ nữ có thai liên quan đến kiến thức về sàng lọc trước sinh ($p < 0,05$) gồm: ăn mặn, uống trà/ cà phê, gia đình có người hút thuốc khi mang thai. Cụ thể:

Tỷ lệ kiến thức đúng ở nhóm phụ nữ có thai có ăn mặn thấp hơn so với nhóm phụ nữ có thai không ăn mặn ($p < 0,01$; OR = 0,50; KTC 95%: 0,31 - 0,80).

Tỷ lệ kiến thức đúng ở nhóm phụ nữ có thai có uống trà/ cà phê thấp hơn so với nhóm phụ nữ có thai không uống trà/ cà phê ($p < 0,05$; OR = 0,62; KTC 95%: 0,42 - 0,92).

Tỷ lệ kiến thức đúng ở nhóm phụ nữ có thai có người trong gia đình hút thuốc thấp hơn so với nhóm phụ nữ có thai không có người trong gia đình hút thuốc ($p < 0,05$; OR = 0,70; KTC 95%: 0,51 - 0,98).

3.1.6 Một số yếu tố liên quan đến thực hành về sàng lọc trước sinh của phụ nữ có thai

Bảng 3.12 Một số đặc điểm dân số của phụ nữ có thai liên quan đến thực hành về sàng lọc trước sinh (n=809)

Đặc điểm dân số học		Thực hành				p	OR (KTC 95%)
		Đúng (n=260)		Chưa đúng (n=549)			
		SL	%	SL	%		
Dân tộc	Kinh	252	32,7	518	67,3		1
	Khmer	3	12,5	21	87,5	0,049	0,29 (0,09 - 0,99)
	Khác	5	33,3	10	66,7	0,960	1,03 (0,35 - 3,04)
Nơi ở	Thủ Dầu Một	53	37,3	89	62,7		1
	Bến Cát	39	49,4	40	50,6	0,083	1,64 (0,94 - 2,86)
	Dĩ An	12	17,9	55	82,1	0,006	0,37 (0,18 - 0,75)
	Tân Uyên	41	35,6	74	64,4	0,782	0,93 (0,56 - 1,55)
	Thuận An	34	36,2	60	63,8	0,857	0,95 (0,55 - 1,63)
	Bàu Bàng	16	22,9	54	77,1	0,036	0,50 (0,26 - 0,96)
	Bắc Tân Uyên	28	28,3	71	71,7	0,145	0,66 (0,38 - 1,15)
	Dầu Tiếng	6	20,0	24	80,0	0,075	0,42 (0,16 - 1,09)
	Phú Giáo	31	27,4	82	72,6	0,096	0,63 (0,37 - 1,08)
Nghề nghiệp	Công nhân	155	33,8	304	66,2		1
	Nông dân	12	31,6	26	68,4	0,784	0,91 (0,44 - 1,84)
	Cán bộ viên chức	26	32,9	53	67,1	0,882	0,96 (0,58 - 1,60)
	Kinh doanh	19	32,2	40	67,8	0,811	0,93 (0,52 - 1,66)
	Nội trợ	43	27,0	116	73,0	0,118	0,73 (0,49 - 1,08)
	Khác	5	33,3	10	66,7	0,972	0,98 (0,33 - 2,92)

Đặc điểm dân số học		Thực hành				p	OR (KTC 95%)
		Đúng (n=260)		Chưa đúng (n=549)			
		SL	%	SL	%		
Trình độ học vấn	Dưới tiểu học	2	13,3	13	86,7		1
	Tiểu học	20	27,8	52	72,2	0,254	2,50 (0,52 - 12,08)
	Trung học cơ sở	100	33,3	200	66,7	0,126	3,25 (0,72 - 14,68)
	Phổ thông trung học	89	32,4	186	67,6	0,141	3,11 (0,69 - 14,08)
	Trung cấp trở lên	49	33,3	98	66,7	0,130	3,25 (0,71 - 14,97)
Quan hệ họ hàng với chồng	Người ngoài họ tộc	176	31,0	392	69,0		1
	Không biết	79	34,2	152	65,8	0,377	1,16 (0,84 - 1,60)
	Có họ hàng	5	50,0	5	50,0	0,210	2,23 (0,64 - 7,79)

Một số đặc điểm dân số học của phụ nữ có thai liên quan đến thực hành sàng lọc trước sinh gồm ($p < 0,05$): dân tộc, nơi ở. Cụ thể:

Tỷ lệ thực hành đúng ở nhóm phụ nữ có thai dân tộc Khmer thấp hơn so với nhóm phụ nữ có thai dân tộc Kinh ($p < 0,05$; OR = 0,29; KTC95%: 0,09 - 0,99).

Tỷ lệ thực hành đúng ở nhóm phụ nữ có thai sinh sống tại Dĩ An thấp hơn so với nhóm phụ nữ có thai sinh sống tại Thủ Dầu Một ($p < 0,01$; OR = 0,37; KTC 95%: 0,18 - 0,75). Tỷ lệ thực hành đúng ở nhóm phụ nữ có thai sinh sống tại Bàu Bàng thấp hơn so với nhóm phụ nữ có thai sinh sống tại Thủ Dầu Một ($p < 0,05$; OR = 0,50; KTC 95%: 0,26 - 0,96).

Bảng 3.13 Một số đặc điểm tiền sử gia đình và bệnh tật của phụ nữ có thai liên quan đến thực hành về sàng lọc trước sinh (n=809)

Đặc điểm tiền sử gia đình và bệnh tật		Thực hành				p	OR (KTC 95%)
		Đúng (n=260)		Chưa đúng (n=549)			
		SL	%	SL	%		
Gia đình có người bị dị tật bẩm sinh	Không	245	31,3	538	68,7		1
	Có	15	57,7	11	42,3	0,005	2,99 (1,40 - 6,39)
Gia đình có người mắc hội chứng Down	Không	248	31,4	543	68,6		1
	Có	12	66,7	6	33,3	0,002	4,38 (1,76 - 10,91)
Rong kinh	Không	236	31,8	506	68,2		1
	Có	24	35,8	43	64,2	0,500	1,20 (0,71 - 2,02)
Viêm đường sinh sản	Không	224	32,2	471	67,8		1
	Có	36	31,6	78	68,4	0,890	0,97 (0,63 - 1,49)
Số lần mang thai	Lần đầu	91	30,7	205	69,3		1
	≥ 2 lần	169	32,9	344	67,1	0,519	1,11 (0,81 - 1,51)

Một số đặc điểm tiền sử gia đình của phụ nữ có thai liên quan đến thực hành sàng lọc trước sinh gồm ($p < 0,05$): tiền sử gia đình có người bị dị tật bẩm sinh, tiền sử gia đình có người mắc hội chứng Down. Cụ thể:

Tỷ lệ thực hành đúng ở nhóm phụ nữ có thai trong gia đình có người bị dị tật bẩm sinh cao hơn so với nhóm phụ nữ trong gia đình không có người bị dị tật bẩm sinh ($p < 0,01$; OR = 2,99; KTC 95%: 1,40 - 6,39).

Tỷ lệ thực hành đúng ở nhóm phụ nữ có thai trong gia đình có người mắc hội chứng Down cao hơn so với nhóm phụ nữ trong gia đình không có người mắc hội chứng Down ($p < 0,01$; or = 4,38; KTC 95%: 1,76 - 10,91).

Bảng 3.14 Một số yếu tố về tình trạng bệnh lý của phụ nữ có thai liên quan đến thực hành về sàng lọc trước sinh (n=809)

Tình trạng bệnh lý		Thực hành				p	OR (KTC 95%)
		Đúng (n=260)		Chưa đúng (n=549)			
		SL	%	SL	%		
Thiếu máu thiếu sắt	Không	233	32,3	488	67,7	0,757	1
	Có	27	30,7	61	69,3		0,93 (0,57 - 1,50)
Viêm đường sinh sản	Không	235	31,6	508	68,4	0,297	1
	Có	25	37,9	41	62,1		1,32 (0,78 - 2,22)
Cúm	Không	226	32,5	470	67,5	0,615	1
	Có	34	30,1	79	69,9		0,90 (0,58 - 1,38)
Tăng huyết áp	Không	251	31,7	540	68,3	0,101	1
	Có	9	50,0	9	50,0		2,15 (0,86 - 5,37)
Đái tháo đường	Không	258	32,2	544	67,8	0,839	1
	Có	2	28,6	5	71,4		0,84 (0,16 - 4,37)
Dùng thuốc điều trị bệnh khi mang thai	Không	210	32,9	428	67,1	0,361	1
	Có	50	29,2	121	70,8		0,84 (0,58 - 1,22)

Một số yếu tố về tình trạng bệnh lý của phụ nữ có thai không có mối liên quan có ý nghĩa thống kê với thực hành sàng lọc trước sinh ($p > 0,05$).

Bảng 3.15 Một số yếu tố về tình trạng dinh dưỡng của phụ nữ có thai liên quan đến thực hành về sàng lọc trước sinh (n=809)

Tình trạng dinh dưỡng		Thực hành				p	OR (KTC 95%)
		Đúng (n=260)		Chưa đúng (n=549)			
		SL	%	SL	%		
Hút thuốc lá	Không	256	32,1	541	67,9		1
	Có	4	33,3	8	66,7	0,929	1,06 (0,32 - 3,54)
Ăn mặn	Không	210	32,4	438	67,6		1
	Có	50	31,1	111	68,9	0,742	0,94 (0,65 - 1,36)
Ăn kiêng	Không	226	31,7	488	68,3		1
	Có	34	35,8	61	64,2	0,417	1,20 (0,77 - 1,88)
Uống bia/ rượu	Không	252	32,0	536	68,0		1
	Có	8	38,1	13	61,9	0,554	1,31 (0,54 - 3,19)
Uống trà/ cà phê	Không	197	33,5	391	66,5		1
	Có	63	28,5	158	71,5	0,175	0,79 (0,56 - 1,11)
Tiếp xúc với khói thuốc lá	Không	153	36,6	265	63,4		1
	Có	107	27,4	284	72,6	0,005	0,65 (0,48 - 0,88)
Tiếp xúc với hóa chất độc hại	Không	256	32,5	532	67,5		1
	Có	4	19,1	17	80,9	0,193	0,49 (0,17 - 1,44)
Tham gia lớp học tiền sản	Có	133	44,9	163	55,1		1
	Không	127	24,8	386	75,2	<0,001	0,40 (0,30 - 0,54)
Khám thai định kỳ	Có	232	34,4	443	65,6		1
	Không	28	20,9	106	79,1	0,002	0,50 (0,32 - 0,78)
Siêu âm định kỳ	Có	227	34,6	429	65,4		1
	Không	33	21,6	120	78,4	0,002	0,52 (0,34 - 0,79)
Bảo hiểm y tế	Có	245	33,2	493	66,8		1
	Không	15	21,1	56	78,9	0,038	0,54 (0,30 - 0,97)
Nguồn thông tin SLTS từ NVYT	Có	161	43,4	210	56,6		1
	Không	99	22,6	339	77,4	<0,001	0,38 (0,28 - 0,51)

Một số yếu tố về thói quen sinh hoạt của phụ nữ có thai liên quan đến thực hành sàng lọc trước sinh gồm ($p < 0,05$): tiếp xúc với khói thuốc lá, tham gia lớp học tiền sản, khám thai định kỳ, siêu âm định kỳ, bảo hiểm y tế, tiếp cận nguồn thông tin sàng lọc trước sinh từ nhân viên y tế. Cụ thể:

Tỷ lệ thực hành đúng ở nhóm phụ nữ có thai có tiếp xúc với khói thuốc lá thấp hơn so với nhóm phụ nữ có thai không tiếp xúc với khói thuốc lá ($p < 0,01$; OR = 0,65; KTC 95%: 0,48 - 0,88).

Tỷ lệ thực hành đúng ở nhóm phụ nữ có thai không tham gia lớp học tiền sản thấp hơn so với nhóm phụ nữ có thai có tham gia lớp học tiền sản ($p < 0,01$; OR = 0,40; KTC 95%: 0,30 - 0,54).

Tỷ lệ thực hành đúng ở nhóm phụ nữ có thai không khám thai định kỳ thấp hơn so với nhóm phụ nữ có thai có khám thai định kỳ ($p < 0,01$; OR = 0,50; KTC 95%: 0,32 - 0,78).

Tỷ lệ thực hành đúng ở nhóm phụ nữ có thai không siêu âm định kỳ thấp hơn so với nhóm phụ nữ có thai có siêu âm định kỳ ($p < 0,01$; OR = 0,52; KTC 95%: 0,34 - 0,79).

Tỷ lệ thực hành đúng ở nhóm phụ nữ có thai không có bảo hiểm y tế thấp hơn so với nhóm phụ nữ có thai có bảo hiểm y tế ($p < 0,05$; OR = 0,54; KTC 95%: 0,30 - 0,97).

Tỷ lệ thực hành đúng ở nhóm phụ nữ có thai không được tiếp cận nguồn thông tin sàng lọc trước sinh từ NVYT thấp hơn so với nhóm phụ nữ có thai được tiếp cận nguồn thông tin sàng lọc trước sinh từ NVYT ($p < 0,05$; OR = 0,54; KTC 95%: 0,30 - 0,97).

Bảng 3.16 Kiến thức, thái độ liên quan đến thực hành về sàng lọc trước sinh (n=809)

Kiến thức, thái độ		Thực hành				p	OR (KTC 95%)
		Đúng (n=260)		Chưa đúng (n=549)			
		SL	%	SL	%		
Kiến thức	Đúng	83	44,9	102	55,1		1
	Chưa đúng	177	28,4	447	71,6	<0,001	0,49 (0,35 - 0,68)
Thái độ	Đúng	197	37,1	334	62,9		1
	Chưa đúng	63	22,7	215	77,3	<0,001	0,50 (0,36 - 0,69)

Kiến thức, thái độ về sàng lọc trước sinh liên quan đến thực hành sàng lọc trước sinh. Cụ thể:

Tỷ lệ thực hành đúng ở nhóm phụ nữ có thai có kiến thức chưa đúng thấp hơn so với nhóm phụ nữ có thai có kiến thức đúng ($p < 0,001$; OR = 0,49; KT C95%: 0,35 - 0,68).

Tỷ lệ thực hành đúng ở nhóm phụ nữ có thai có thái độ chưa tích cực thấp hơn so với nhóm phụ nữ có thai có thái độ tích cực ($p < 0,001$; OR = 0,50; KTC 95%: 0,36 - 0,69).

Sau khi phân tích đơn biến, có những yếu tố liên quan đến thực hành sàng lọc trước sinh ($p < 0,05$) gồm: dân tộc, nơi ở, tiền sử gia đình có người bị dị tật bẩm sinh, tiền sử gia đình có người mắc hội chứng Down, tiếp xúc với khói thuốc lá, tham gia lớp học tiền sản, khám thai định kỳ, siêu âm định kỳ, bảo hiểm y tế, tiếp cận nguồn thông tin sàng lọc trước sinh từ nhân viên y tế.

3.1.7 Phân tích đa biến một số yếu tố liên quan đến thực hành về sàng lọc trước sinh của phụ nữ có thai

Bảng 3.17 Một số yếu tố liên quan đến thực hành chung đúng về sàng lọc trước sinh của phụ nữ có thai qua phân tích hồi quy đa biến

Yếu tố liên quan	OR _{hc}	KTC 95%	P _{hc}
Kiến thức chung đúng	2,97	1,57 – 3,99	< 0,001
Thái độ chung tích cực	3,23	1,45 – 3,53	< 0,001
Không tiếp xúc với khói thuốc lá	1,47	1,09 – 1,98	0,012
Có tham gia lớp học tiền sản	2,28	1,69 – 3,07	< 0,001
Có khám thai định kỳ	1,93	1,25 – 3,01	0,003
Có siêu âm định kỳ	1,74	1,16 – 2,60	0,007
Có bảo hiểm y tế	1,82	1,01 – 3,26	0,045
Được tiếp cận nguồn thông tin SLTS từ NVYT	2,49	1,84 – 3,36	< 0,001

p_{pc}: giá trị p hiệu chỉnh

OR_{hc}: OR hiệu chỉnh

Sau khi kiểm soát các yếu tố bằng mô hình đa biến, một số yếu tố liên quan đến thực hành sàng lọc trước sinh ($p < 0,05$): kiến thức về sàng lọc trước sinh, thái độ về sàng lọc trước sinh, tiếp xúc với khói thuốc lá, tham gia lớp học tiền sản, khám thai định kỳ, siêu âm định kỳ, bảo hiểm y tế, tiếp cận nguồn thông tin sàng lọc trước sinh từ NVYT.

Tỷ lệ thực hành đúng tăng ở nhóm phụ nữ có thai kiến thức chung đúng, thái độ chung tích cực, không tiếp xúc với khói thuốc lá, có tham gia lớp học tiền sản, có khám thai định kỳ, có siêu âm định kỳ, có bảo hiểm y tế, được tiếp cận nguồn thông tin sàng lọc trước sinh từ NVYT.

Trên cơ sở này và căn cứ vào nguồn lực cung ứng dịch vụ sàng lọc trước sinh tại tuyến y tế cơ sở, chúng tôi chọn những yếu tố sau để can thiệp: được tiếp cận nguồn thông tin sàng lọc trước sinh từ NVYT, tham gia lớp học tiền sản, khám thai định kỳ, siêu âm định kỳ, bảo hiểm y tế.

3.2 THỰC TRẠNG CUNG CẤP DỊCH VỤ SÀNG LỌC TRƯỚC SINH VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ ẢNH HƯỞNG TẠI TUYẾN Y TẾ CƠ SỞ TẠI TỈNH BÌNH DƯƠNG, NĂM 2018

3.2.1 Thực trạng cung cấp dịch vụ sàng lọc trước sinh tại tuyến y tế cơ sở tại tỉnh Bình Dương, năm 2018

3.2.1.1 Nhân lực cung ứng dịch vụ sàng lọc trước sinh

Bảng 3.18 Số lượng nhân viên y tế tại trung tâm y tế và trạm y tế năm 2018

Nhân viên y tế	Trung tâm y tế	Trạm y tế
Bác sĩ	12	79
Y sĩ	6	150
Điều dưỡng	4	18
Dược sĩ	6	57
Nữ hộ sinh	25	86
Kỹ thuật viên xét nghiệm	4	0
Tổng số	57	390

Tổng số cán bộ nhân viên y tế tại Trung tâm và Trạm y tế lần lượt là 57 và 390 cán bộ. Tại TTYT nữ hộ sinh có số lượng lớn nhất (25/57), tiếp tới là bác sĩ (12/57). Trong khi, trạm y tế có số lượng y sĩ lớn nhất (150/390) và không có kĩ thuật viên xét nghiệm nào.

Bảng 3.19 Trình độ của cán bộ nhân viên y tế tại các trung tâm y và trạm y tế

Trình độ		Trung tâm y tế		Trạm y tế	
		Số lượng	Tỷ lệ (%)	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Bác sĩ	Đại học	6	50,0	79	100
	Chuyên khoa I	6	50,0	0	0
	Tổng	12	100	79	100
Y sĩ	Y sĩ nhi	3	50,0	66	44,0
	Y sĩ sản	3	50,0	59	39,3
	Y sĩ đa khoa	0	0	25	16,7
	Tổng	6	100	150	100

Trình độ		Trung tâm y tế		Trạm y tế	
		Số lượng	Tỷ lệ (%)	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Điều dưỡng	≤ Cao đẳng	3	75,0	18	100
	Đại học	1	25,0	0	0
	Tổng	4	100	18	100
Dược sĩ	Cao đẳng	5	83,3	47	82,5
	Đại học	1	16,7	10	17,5
Nữ hộ sinh	≤ Cao đẳng	19	76,0	73	84,9
	Đại học	6	24,0	13	15,1
	Tổng	25	100	86	100
Kỹ thuật viên xét nghiệm	≤ Cao đẳng	04	100	0	0
	Tổng	4	100	0	0

Qua bảng trên ta thấy, 100% bác sĩ tại TTYT và TYT đều có trình độ đại học trở lên, có 6 bác sĩ có trình độ chuyên khoa I. 100% y sĩ tại TTYT có chuyên khoa sản nhi, tại TYT y sĩ có chuyên khoa sản nhi chiếm tỷ lệ cao (83,2%). Các cán bộ y, dược khác trình độ cao đẳng trở xuống chiếm tỷ lệ cao.

Bảng 3.20 Đào tạo về cung ứng dịch vụ sàng lọc trước sinh

Nhân viên y tế	Đào tạo tại Trung tâm Y tế		Đào tạo tại Trạm y tế	
	Số lượng	Tỷ lệ (%)	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Bác sĩ	7	58,3	5	6,3
Y sĩ	3	50,0	13	6,7
Điều dưỡng	1	25,0	3	16,7
Nữ hộ sinh	20	80,0	60	69,8
Kỹ thuật viên xét nghiệm	0	0	0	0
Tổng số cán bộ được đào tạo	31	54,3	81	20,8

Về đào tạo cung ứng dịch vụ sàng lọc trước sinh, có 31 cán bộ được đào tạo tại trung tâm y tế (chiếm 54,3%), 81 cán bộ được đào tạo tại trạm y tế (chiếm 20,8%). Trong số cán bộ được đào tạo tại trung tâm y tế, số nữ hộ sinh được đào tạo

chiếm tỷ lệ cao nhất (80%), tiếp đến là lực lượng bác sĩ (58,3%), y sĩ (50%). Trong số cán bộ được đào tạo tại trạm y tế, số nữ hộ sinh được đào tạo chiếm tỷ lệ cao nhất (69,8%). Lực lượng KTV XN đều không được đào tạo tại trung tâm y tế và trạm y tế.

3.2.1.2 Cơ sở vật chất cung ứng dịch vụ sàng lọc trước sinh

Bảng 3.21 Cung ứng dịch vụ sàng lọc trước sinh tại Trung tâm và trạm y tế năm 2018

Phòng	Trung tâm y tế		Trạm y tế	
	Số lượng	Tỷ lệ (%)	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Phòng khám thai	9	100	85	93,4
Phòng khám phụ khoa	9	100	86	94,5
Phòng kỹ thuật KHHGD	9	100	87	95,6
Phòng sanh	8	88,9	88	96,7
Phòng nằm của sản phụ	7	77,8	67	73,6
Phòng/góc truyền thông tư vấn SKSS	6	66,7	75	82,4
Đầy đủ các phòng	8	88,9	63	69,2

Có 8 trung tâm y tế có đầy đủ các phòng (88,9%). Trong đó, phòng khám thai, phòng khám phụ khoa và phòng kỹ thuật KHHGD đều có ở 100% các TTYT. Tại TYT có 63 TYT có đầy đủ các phòng (69,2%). Trong đó, các phòng được cung ứng nhiều tại các TYT như phòng sanh (96,7%), phòng kỹ thuật KHHGD (95,6%), phòng khám phụ khoa (94,5%), phòng khám thai (93,4%). Đặc biệt, tại các TYT có thêm phòng/góc truyền thông tư vấn SKSS (82,4%).

“Cơ sở vật chất tại các trạm y tế nhìn chung cũng đã bố trí đầy đủ các phòng hoạt động chuyên môn, có xây dựng đầy đủ các kế hoạch hoạt động. Thực hiện đúng quy trình kiểm soát nhiễm khuẩn, nắm được danh sách bà mẹ dự kiến trong tháng và bà mẹ mang thai có nguy cơ tại địa phương.” (TLN – Lãnh đạo TTYT)

Bảng 3. 22 Cung ứng dịch vụ sàng lọc trước sinh tại Trung tâm và Trạm y tế năm 2018

Tiêu chí	Trung tâm y tế (n = 9)		Trạm y tế (n = 91)	
	Số lượng	Tỷ lệ (%)	Số lượng	Tỷ lệ (%)
1. Nguồn nước uống sạch thường xuyên	9	100	91	100
2. Nước sạch rửa tay	9	100	54	59,3
3. Nhà tiêu hợp vệ sinh	9	100	87	95,6
4. Các phòng dịch vụ sạch sẽ	9	100	65	71,4
5. Môi trường quanh sạch sẽ	8	88,9	58	63,7
6. Dụng cụ đựng rác	100	100	76	83,5
Đầy đủ các 6 tiêu chí	8	88,9	54	59,3

Qua bảng trên ta thấy có 8/9 TTYT đáp ứng đầy đủ cả 6 tiêu chí (88,9%). Trong đó, các tiêu chí được đáp ứng đầy đủ tại 100% TTYT như nguồn nước uống sạch thường xuyên, nước sạch rửa tay, nhà tiêu hợp vệ sinh, các phòng dịch vụ sạch sẽ và dụng cụ đựng rác. Tại TYT, nhận thấy 100% các TYT được cung ứng nguồn nước uống sạch thường xuyên. Tỷ lệ chung các TYT đáp ứng đầy đủ cả 6 tiêu chí khá cao (59,3%).

3.2.1.3 Trang thiết bị y tế cung ứng dịch vụ sàng lọc trước sinh

Bảng 3. 23 Trang thiết bị y tế thiết yếu cung ứng dịch vụ sàng lọc trước sinh tại Trạm y tế (n=91)

Trang thiết bị	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Bộ đỡ đẻ	89	97,8
Bộ khâu cắt tầng sinh môn	88	96,7
Bộ kiểm tra cổ tử cung	83	91,2
Bộ hồi sức sơ sinh	74	81,3
Bộ tháo đặt dụng cụ tử cung	80	87,9
Bộ khám phụ khoa	85	93,4
Bộ bơm hút Karman 1 van	84	92,3
Bàn đẻ	82	90,1
Đầy đủ 8 khoản	72	79,1

Về trang thiết bị y tế thiết yếu cung ứng dịch vụ CSSKSS tại trạm y tế, nhận thấy số trạm y tế được trang bị đầy đủ 8 khoản thiết yếu khá cao (79,1%). Trong đó, những trang bị y tế thiết yếu được cung ứng nhiều là bộ đỡ đẻ (97,8%), bộ khâu cắt tầng sinh môn (96,7%), bộ khám phụ khoa (93,4%), bộ bơm hút Karman 1 van (92,3%), bộ kiểm tra cổ tử cung (91,2%), bàn đẻ (90,1%). Bộ hồi sức sơ sinh được trang bị ít nhất tại các trạm y tế (81,3%).

Bảng 3.24 Trang thiết bị y tế thiết yếu cung ứng dịch vụ sàng lọc trước sinh tại Trung tâm Y tế (n=9)

Trang thiết bị	Số lượng	Tỷ lệ (%)
1. Bộ đỡ đẻ	5	55,6
2. Bộ khâu cắt tầng sinh môn	6	66,7
3. Bộ kiểm tra cổ tử cung	5	55,6
4. Bộ hồi sức sơ sinh	2	22,2
5. Bộ tháo đặt dụng cụ tử cung	8	88,9
6. Bộ khám phụ khoa	8	88,9
7. Bộ bơm hút Karman 1 van	8	88,9
8. Máy xét nghiệm sinh hóa thường quy	6	66,7
9 Máy siêu âm cấu hình 2D	8	88,9
Máy siêu âm cấu hình 3D,4D	2	22,2
Đầy đủ 9 khoản*	2	22,2

Về trang thiết bị y tế thiết yếu cung ứng dịch vụ CSSKSS tại Trung tâm y tế, nhận thấy tỷ lệ trung tâm y tế có đầy đủ các trang thiết bị y tế thiết yếu tương đối thấp, chiếm 22,2%. Những trang thiết bị y tế được cung ứng nhiều nhất tại trung tâm y tế như bộ tháo đặt dụng cụ tử cung, bộ khám phụ khoa, bộ bơm hút Karman 1 van, máy siêu âm cấu hình 2D (88,9%). Bộ hồi sức sơ sinh và máy siêu âm cấu hình 3D, 4D được cung ứng ít nhất tại các trung tâm y tế (22,2%).

3.2.1.4 Các dịch vụ chăm sóc sức khỏe sinh sản thiết yếu

Bảng 3.25 Các dịch vụ chăm sóc sức khỏe sinh sản thiết yếu được cung ứng tại trạm y tế (n=91)

Kỹ thuật	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Tiêm truyền kháng sinh	91	100,0
Tiêm thuốc co hồi tử cung	36	39,6
Tiêm thuốc chống co giật	36	39,6
Bóc rau nhân tạo và kiểm soát tử cung	54	59,3
Nạo hút tử cung	24	26,4
Hỗ trợ đẻ đường dưới	80	87,9
Cấp cứu ngạt trẻ sơ sinh	78	85,7
Đặt dụng cụ tử cung	91	100,0
Tiêm thuốc tránh thai	91	100,0
Khám phụ khoa	76	83,5
Điều trị bệnh phụ khoa	76	83,5
Tháo vòng tránh thai	91	100,0
Đầy đủ các kỹ thuật	24	26,4

Về các dịch vụ CSSKSS thiết yếu được cung ứng tại trạm y tế, nhận thấy, các kỹ thuật tiêm truyền kháng sinh, đặt dụng cụ tử cung, tiêm thuốc tránh thai, tháo vòng tránh thai đều được cung ứng đầy đủ tại các trạm y tế (100%). Tiếp đến là hỗ trợ đẻ đường dưới (87,9%), cấp cứu ngạt trẻ sơ sinh (85,7%), khám phụ khoa, điều trị bệnh phụ khoa (83,5%). Kỹ thuật nạo hút tử cung được thực hiện ít nhất (chiếm 26,4%). Tỷ lệ các trạm y tế được cung ứng đầy đủ các kỹ thuật chiếm 26,4%.

“Hiện nay, chất lượng chăm sóc sức khỏe sinh sản tại các trạm y tế đang ngày càng được nâng lên, đáp ứng yêu cầu tiếp cận các dịch vụ y tế gần nhất, có chất lượng, chi phí phù hợp với người dân. Các hộ gia đình trong xã cũng đã nắm được những kiến thức cơ bản về thực hành chăm sóc

sức khỏe bà mẹ, trẻ em như khám thai định kỳ, tiêm phòng uốn ván trước khi sinh, uống vitamin A..., tỷ lệ phụ nữ đến khám thai tại trạm y tế ngày càng tăng” (TLN – Trường TYT)

“Từ khi mang bầu tôi đã được nhân viên trạm y tế tuyên truyền, hướng dẫn cách theo dõi thai kỳ, kết hợp với khám thai, siêu âm định kỳ tại trạm nên khi chuyển dạ, tôi rất yên tâm sinh nở tại trạm y tế xã. Không chỉ đỡ đỡ an toàn, các y, bác sĩ còn hướng dẫn gia đình cách chăm sóc sản phụ một cách khoa học chứ không phải kiêng khem theo kinh nghiệm lạc hậu.” (PVS – PNMT1)

Bảng 3.26 Các dịch vụ chăm sóc sức khỏe sinh sản thiết yếu được cung ứng tại Trung tâm y tế (n=9)

Kỹ thuật	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Tiêm truyền kháng sinh	8	88,9
Tiêm thuốc co hồi tử cung	9	100
Tiêm thuốc chống co giật	9	100
Bóc rau nhân tạo và kiểm soát tử cung	8	88,9
Nạo hút tử cung	8	88,9
Hỗ trợ đẻ đường dưới	9	100
Cấp cứu ngạt trẻ sơ sinh	9	100
Đặt dụng cụ tử cung	9	100
Tiêm thuốc tránh thai	9	100
Khám phụ khoa	9	100
Điều trị bệnh phụ khoa	9	100
Tháo vòng tránh thai	9	100
Xét nghiệm Double test	5	55,5
Xét nghiệm Triple test	5	55,5
Đo độ mờ da gáy	4	44,4
Dọc dò dịch ối	0	0
Siêu âm 2 chiều	9	100
Siêu âm 3 chiều	2	22,2
Đầy đủ các kỹ thuật	0	0

Qua bảng tổng hợp trên ta thấy các dịch vụ CSSKSS thiết yếu được cung ứng tại TTYT với tỷ lệ cao (trên 88,9%) là 13/17 kỹ thuật. Không có TTYT nào cung ứng kỹ thuật đọc dò dịch ối, chỉ có 4/9 Trung tâm đo độ mờ da gáy và không có TTYT nào cung ứng đầy đủ 17 kỹ thuật.

3.2.2 Một số yếu tố ảnh hưởng đến cung ứng dịch vụ sàng lọc trước sinh tại tuyến y tế cơ sở, tỉnh Bình Dương

3.2.2.1 Đặc điểm của phụ nữ có thai

Mức sống hộ gia đình được xem là yếu tố ảnh hưởng lớn đến mức độ tiếp cận các dịch vụ sàng lọc trước sinh của phụ nữ mang thai.

“Hầu hết các phụ nữ mang thai nghèo đều thường không đi khám thai, siêu âm trong suốt cả thai kỳ.” (TLN – Trưởng TYT)

Thiếu kiến thức về sàng lọc trước sinh, phụ nữ mang thai chưa nhận thức được tầm quan trọng của việc sàng lọc trước sinh.

“Họ chưa nhận thức được tầm quan trọng của việc chăm sóc sức khỏe sinh sản, sàng lọc trước sinh. Vì không thấy được tầm quan trọng nên một số phụ nữ chỉ đi khám thai một lần duy nhất vào 03 tháng cuối thai kỳ.” (TLN – Trưởng TYT)

Phụ nữ có thai đi siêu âm, xét nghiệm không đúng thời điểm nên khó phát hiện các dị tật.

“Nhiều người chỉ quan tâm đến giới tính thai nhi, chưa mặn mà với việc khám sàng lọc trước sinh, chẩn đoán dị tật. Mặt khác, phụ nữ có thai đi siêu âm, xét nghiệm không đúng thời điểm nên khó phát hiện các dị tật.” (TLN – Lãnh đạo TTYT)

Chủ quan cho rằng sức khỏe của vợ chồng đều tốt nên trong quá trình mang thai chỉ siêu âm thai chủ yếu.

“Chủ quan cho rằng sức khỏe của vợ chồng đều tốt nên trong quá trình mang thai chỉ siêu âm thai chủ yếu. sức khỏe của cả hai vợ chồng đều tốt nên trong quá trình mang thai đưa con đầu lòng chỉ thực hiện siêu âm thai chủ yếu để theo dõi tim thai, chiều dài, cân nặng, giới tính của thai nhi mà không làm các xét nghiệm sàng lọc dị tật, dẫn tới một số trường hợp khi trẻ sinh ra đã mắc phải hội chứng Down.”

(PVS – Lãnh đạo TTCSSKSS)

3.2.2.2 Nhân lực cung ứng dịch vụ sàng lọc trước sinh

Thiếu nhân lực, trình độ nhân viên y tế yếu cũng được xác định là một trong những rào cản trong triển khai các dịch vụ y tế tại cơ sở. Mỗi trạm y tế chỉ có từ 6 - 12 nhân viên y tế nên áp lực công việc rất lớn.

“Hầu hết các trạm y tế còn khó khăn về mặt nhân lực như chỉ có bác sĩ y học cổ truyền, bác sĩ y học dự phòng, nên khó triển khai các kỹ thuật sàng lọc trước sinh cho phụ nữ có thai.” (TLN – Trưởng TYT)

Hầu hết nữ hộ sinh, y sĩ sản nhi, nhân viên y tế xã, phường và thôn, bản được đào tạo và có kỹ năng cơ bản về chăm sóc sức khỏe sinh sản chưa cao.

“Hầu hết nữ hộ sinh, y sĩ sản nhi, nhân viên y tế xã, phường và thôn, bản được đào tạo và có kỹ năng cơ bản về chăm sóc sức khỏe sinh sản chưa cao.” (TLN – Trưởng TYT)

“Để đào tạo nhân lực cho y tế tuyến xã, ngoài cử cán bộ, nhân viên y tế đi học tập, tập huấn thường xuyên, các địa phương cũng đào tạo nguồn bác sĩ tuyến xã theo hình thức đào tạo liên thông hoặc cử tuyển. Hiện nay, trong 91 trạm y tế tuyến xã thì có 79 trạm có bác sĩ.” (PVS – Lãnh đạo SYT)

Công tác sàng lọc trước sinh tại tuyến y tế cơ sở còn gặp nhiều khó khăn do năng lực chuyên môn của nhân viên y tế chưa tạo được sự tin tưởng cho người dân.

“Quản lý sàng lọc trước sinh tại tuyến huyện và tuyến xã đang gặp nhiều khó khăn do năng lực chuyên môn của nhân viên y tế chưa tạo được sự tin tưởng của người dân.” (TLN – Lãnh đạo TTYT)

“Một số trạm y tế xã có trang bị máy siêu âm, nhưng cán bộ y tế lại không biết sử dụng vì vậy nên phụ nữ có thai đến trung tâm y tế để thăm khám.” (TLN – Lãnh đạo TTYT)

Thu nhập của nhân viên y tế tại trạm y tế còn thấp, chưa đáp ứng được nhu cầu cuộc sống. Các chế độ, chính sách đãi ngộ, động viên, khuyến khích nhân viên y tế làm công tác chăm sóc thai sản tại trạm y tế còn nhiều bất cập.

“Nhân lực làm nhiệm vụ chăm sóc sức khỏe sinh sản tại trạm y tế đang thiếu

nguyên nhân là do thu nhập quá thấp chưa đáp ứng được nhu cầu. Một ca trực của nhân viên y tế chỉ có 40 ngàn đồng kiêm luôn bảo vệ và tạp vụ. Theo tôi để thu hút người mới và giữ chân người cũ thì cần tăng thu nhập cho cán bộ làm công tác chăm sóc sức khỏe sinh sản.” (TLN – Trường TYT)

Để giữ chân nhân viên y tế làm công tác chăm sóc sức khỏe sinh sản tại các trạm y tế cần tăng thu nhập, giảm tải một số biểu mẫu báo cáo rườm rà, đầu tư hệ thống máy móc để triển khai các báo cáo điện tử tại trạm y tế.

“Theo tôi cần tăng thu nhập cho nhân viên y tế là công tác chăm sóc sức khỏe sinh sản tại trạm và giảm tải một số biểu mẫu báo cáo rườm rà, đầu tư hệ thống máy móc để triển khai các báo cáo điện tử tại trạm.” (TLN – Trường TYT)

3.2.2.3 Cơ sở vật chất của tuyến y tế cơ sở

Cơ sở vật chất tại một số trạm y tế xuống cấp, không thu hút được phụ nữ có thai đến trạm y tế để thực hiện các kỹ thuật sàng lọc trước sinh. Để nâng cao cơ sở vật chất phục vụ công tác sàng lọc trước sinh cần ưu tiên từ nguồn ngân sách tỉnh để giải quyết những vấn đề trước mắt cho tuyến y tế cơ sở như thu hút bác sĩ về công tác, xây dựng và sửa chữa cơ sở vật chất.

“Theo tôi vấn đề cần quan tâm hiện nay trong quản lý công tác sàng lọc trước sinh là cơ sở vật chất tại các trạm y tế. Một số trạm y tế xuống cấp trầm trọng, hệ thống máy móc để triển khai các báo cáo điện tử hư hỏng nặng, những vướng mắc trong khám chữa bệnh bằng bảo hiểm y tế, vấn đề nước sạch để rửa tay cũng chưa được đảm bảo...nên chưa thu hút được nhiều phụ nữ có thai đến trạm để sử dụng dịch vụ sàng lọc trước sinh.” (TLN – Trường TYT)

“Cơ sở vật chất của trạm y tế được xây dựng đã lâu từ nguồn dự án di dân, hiện đã xuống cấp nghiêm trọng, tường bong tróc, nứt nẻ.” (TLN – Trường TYT)

“Tôi nghĩ tỉnh nhà cần ưu tiên từ nguồn ngân sách tỉnh để giải quyết những vấn đề trước mắt cho các trạm y tế như thu hút bác sĩ về công tác, xây dựng và sửa chữa cơ sở vật chất, nhất là ở những nơi vùng sâu vùng xa để thu hút và làm tốt công tác chăm sóc sức khỏe sinh sản cho người dân trong tỉnh.” (TLN – Trường TYT)

Về cơ sở làm việc, theo tiêu chuẩn, trung bình mỗi trạm y tế xã/phường cần có 9 phòng chức năng, trong đó có khoảng 3 phòng dành cho chăm sóc sức khỏe sinh sản. Các phòng cung ứng dịch vụ sàng lọc trước sinh tại trạm y tế gồm phòng khám thai, phòng khám phụ khoa, phòng kỹ thuật KHHGD, phòng sanh, phòng nằm của sản phụ, phòng/góc truyền thông tư vấn sức khỏe sinh s. Đa phần các trạm y tế đều chưa bố trí được các phòng làm việc riêng, trạm y tế phải lồng ghép chung phòng chuyên môn chuyên ngành với phòng chuyên môn chung đã phần nào có ảnh hưởng đến hoạt động chăm sóc sức khỏe sinh sản tại cơ sở.

“Phòng tư vấn, phòng hội chẩn, khu vực chờ khám khá chật hẹp so với số nhu cầu khám thai của sản phụ. Thường thì cứ một sản phụ đi khám thì có một người nhà đi cùng nên khi chờ vào khám còn thiếu chỗ ngồi, phải đứng. Khu vực chờ khám chật hẹp thiếu không khí, người bệnh đông, ồn ào.” (TLN – Trường TYT)

3.2.2.4 Trang thiết bị, thuốc thiết yếu cung ứng dịch vụ sàng lọc trước sinh

Trang thiết bị thiết yếu cung ứng dịch vụ sàng lọc trước sinh gồm bộ đỡ đẻ, bộ khâu cắt tầng sinh môn, bộ kiểm tra cổ tử cung, bộ hồi sức sơ sinh, bộ tháo đặt dụng cụ tử cung, bộ khám phụ khoa, bộ bơm hút Karman 1 van, bàn đẻ. Trang thiết bị cung ứng dịch vụ sàng lọc trước sinh tại các trạm y tế cần được đầu tư, cung cấp bảo đảm theo chuẩn về trang thiết bị.

“...còn thiếu trang thiết bị thiết yếu như bàn sinh, bàn khám phụ khoa, hoặc trang thiết bị đã hết thời gian sử dụng, hư hỏng song chưa được thay thế bổ sung (TLN – Trường TYT)

“Việc thiếu trang thiết bị phục vụ công tác chăm sóc sức khỏe sinh sản, sàng lọc trước sinh cũng khiến cho đội ngũ y, bác sĩ của trạm ít có cơ hội được ứng dụng những kiến thức đã học để trau dồi nghề nghiệp.” (TLN – Trường TYT)

3.2.2.5 Quản lý các dịch vụ chăm sóc sức khỏe sinh sản thiết yếu

Tình trạng khó khăn về cơ sở vật chất, trang thiết bị y tế phục vụ chăm sóc sức khỏe sinh sản và nhân lực, đa phần các trạm y tế mới chỉ thực hiện được các dịch vụ chăm sóc sức khỏe sinh sản thiết yếu như tiêm truyền kháng sinh, hỗ trợ đẻ đường dưới, đặt dụng cụ tử cung, tiêm thuốc tránh thai, khám phụ khoa, điều trị bệnh phụ

khoa, tháo vòng tránh thai.

“Mỗi ngày, trạm y tế xã tiếp nhận hàng chục sản phụ đến khám và điều trị bệnh. Thế nhưng, không ít trong số này phải chuyển tuyến. Nguyên nhân là do cơ sở vật chất, trang thiết bị y tế, nhân lực không đáp ứng được nhu cầu khám bệnh và thực hiện các dịch vụ kỹ thuật chăm sóc sức khỏe sinh sản cơ bản như tiêm thuốc co hồi tử cung, tiêm thuốc chống co giật, bóc rau nhân tạo và kiểm soát tử cung...”
(TLN – Trưởng TYT)

Một số mẫu sỏ chưa đúng theo mẫu và cần ghi chép theo đúng hướng dẫn của thông tư 37, cần phát hiện sớm phụ nữ mang thai để chăm sóc và quản lý kịp thời.

“Trạm y tế quản lý, ghi chép một số mẫu sỏ chưa đúng theo mẫu và cần ghi chép theo đúng hướng dẫn của thông tư 37, cần xây dựng chỉ tiêu tại trạm phù hợp theo kế hoạch của trung tâm y tế huyện. Cần phát hiện sớm bà mẹ mang thai để chăm sóc và quản lý kịp thời.” (TLN – Lãnh đạo TTYT)

Chương trình sàng lọc trước sinh cần được các cấp quan tâm, xây dựng thành một hệ thống thường quy trong chăm sóc thai kỳ.

“Để thực hiện tốt mục tiêu sàng lọc trước và sau sinh mà Chiến lược dân số và sức khỏe sinh sản Việt Nam giai đoạn 2011- 2020 đề ra; đồng thời hoàn thành tốt chương trình mục tiêu quốc gia về sức khỏe sinh sản. Trước hết công tác sàng lọc trước sinh cần được các cấp quan tâm, xây dựng thành một hệ thống thường quy trong chăm sóc thai kỳ.” (PVS – Lãnh đạo TTCSSKSS)

“Hiện nay, tuyến tỉnh không có máy để thực hiện xét nghiệm Double test. Hệ thống sàng lọc trước sinh của tuyến Tỉnh chưa được đầu tư đúng mức, hoạt động còn rời rạc. Cả tỉnh Bình Dương, chỉ có 01 trung tâm sàng lọc trước sinh tại Trung tâm sức khỏe sinh sản tỉnh Bình Dương, điều này gây nên sự khó khăn cho sản phụ khi tiếp cận dịch vụ.” (PVS – Lãnh đạo SYT)

3.2.2.6 Truyền thông, tư vấn nâng cao kiến thức, thái độ, thực hành của phụ nữ mang thai về sàng lọc trước sinh

Trạm y tế cần đẩy mạnh công tác phát hiện sớm phụ nữ mang thai để kịp thời tuyên truyền, tư vấn về chăm sóc sức khỏe sinh sản, sàng lọc trước sinh.

“Một phần phụ nữ có thai không biết đến chương trình sàng lọc trước sinh là do mình chưa có chủ động tuyên truyền nhiều. Theo tôi thì đội ngũ cộng tác viên của trạm nên thường xuyên theo dõi, nắm bắt số lượng phụ nữ trong độ tuổi sinh đẻ, phụ nữ mang thai để kịp thời tuyên truyền, tư vấn về chăm sóc sức khỏe sinh sản, kế hoạch hóa gia đình. Đồng thời, vận động chị em đi khám thai, khám sức khỏe định kỳ, qua đó sớm phát hiện tình trạng bị nhiễm độc thai nghén để có hướng xử lý kịp thời.” (TLN – Lãnh đạo TTYT)

Cần linh hoạt tổ chức các hoạt động truyền thông nâng cao kiến thức, thái độ, thực hành về sàng lọc trước sinh của phụ nữ mang thai.

“Theo tôi để làm tốt công tác truyền thông giáo dục sức khỏe về sức khỏe sinh sản, sàng lọc trước sinh thì nên linh hoạt tổ chức các hoạt động tuyên truyền vào buổi tối tại từng hộ gia đình, từ đó làm chuyển biến về nhận thức cho chị em.” (TLN – Lãnh đạo TTYT)

Từ kết quả phỏng vấn sâu và thảo luận nhóm nêu trên cho thấy các yếu tố hệ thống ảnh hưởng đến năng lực cung ứng dịch vụ sàng lọc trước sinh và kiến thức, thái độ, thực hành của phụ nữ có thai về sàng lọc trước sinh bao gồm: Không được tiếp cận và cập nhật được nguồn tài liệu về sàng lọc trước sinh; Chưa có những công cụ và giải pháp hữu hiệu phù hợp trong việc cung cấp thông tin, đào tạo và giám sát thường xuyên; Sự thụ động trong thực hiện các hoạt động sàng lọc trước sinh tại tuyến y tế cơ sở; Chính sách về đào tạo của cơ sở y tế; Cơ sở vật chất, trang thiết bị y tế chưa được quan tâm đầu tư phục vụ cho công tác sàng lọc trước sinh.

Qua nghiên cứu cho thấy tỷ lệ phụ nữ có thai có kiến thức chung đúng về sàng lọc trước sinh là 41,8%, thái độ tích cực về sàng lọc trước sinh là 65,6%, thực hành chung đúng về sàng lọc trước sinh là 32,1%. Với kết quả này cho thấy nhu cầu nâng cao kiến thức chuyển đổi thực hành về sàng lọc trước sinh ở phụ nữ có thai tại tỉnh

Bình Dương còn rất cao, nhiệm vụ chăm sóc sức khỏe sinh sản phụ nữ có thai nói riêng và phụ nữ tuổi sinh đẻ nói chung còn rất nặng nề và mất nhiều thời gian.

Bên cạnh đó, năng lực cung ứng dịch vụ sàng lọc trước sinh tại tuyến y tế cơ sở còn hạn chế (chưa đủ nguồn lực và cơ sở vật chất để thực hiện khám sàng lọc trước sinh). Vì vậy, cần có những biện pháp linh hoạt tổ chức các hoạt động truyền thông nâng cao kiến thức của phụ nữ có thai về sàng lọc trước sinh, quản lý phát hiện sớm những phụ nữ có thai tại tuyến y tế cơ sở để chăm sóc và vận động tham gia sàng lọc trước sinh.

3.3 ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ CAN THIỆP NĂNG LỰC CUNG CẤP DỊCH VỤ SÀNG LỌC TRƯỚC SINH VÀ NÂNG CAO KIẾN THỨC, THÁI ĐỘ, THỰC HÀNH CỦA PHỤ NỮ CÓ THAI VÀ TẠI Y TẾ CƠ SỞ TỈNH BÌNH DƯƠNG, 2019 – 2022

Qua nghiên cứu thực trạng kiến thức, thái độ, thực hành về sàng lọc trước sinh của phụ nữ có thai; Thực trạng cung cấp dịch vụ sàng lọc trước sinh và một số yếu tố ảnh hưởng tại tuyến y tế cơ sở tại tỉnh Bình Dương, chúng tôi nhận thấy có rất nhiều vấn đề liên quan đến thực hành sàng lọc trước sinh của phụ nữ có thai. Để đạt được hiệu quả can thiệp tốt nhất chúng tôi đưa ra mô hình can thiệp dựa vào vai trò của cộng đồng, tuyến y tế cơ sở theo các nhóm giải pháp can thiệp bao gồm:

- (1) Tổ chức xây dựng ban hành văn bản chỉ đạo điều hành
- (2) Nâng cao năng lực cho NVYT tuyến y tế cơ sở về kỹ năng truyền thông, kỹ năng sàng lọc trước sinh
- (3) Truyền thông về sàng lọc trước sinh cho phụ nữ có thai nhằm nâng cao kiến thức, thái độ và thực hành tốt về sàng lọc trước sinh tại 91 trạm y tế xã; Triển khai mô hình truyền thông thích ứng xã hội trong sàng lọc trước sinh cho bà mẹ (zalo, fb, SMS...)
- (4) Tổ chức tư vấn bà mẹ tại TYT và điện thoại (thay thế mô hình vắng gia)
- (5) Giám sát cộng đồng

3.3.1 Kết quả can thiệp nâng cao năng lực cung ứng dịch vụ sàng lọc trước sinh tại tuyến y tế cơ sở, tỉnh Bình Dương

Bảng 3. 27 Kết quả số lượng nhân viên y tế được đào tạo về cung ứng dịch vụ sàng lọc trước sinh tại trung tâm y tế và tại trạm y tế trước và sau can thiệp

Đơn vị	Trước can thiệp		Sau can thiệp		p
	Cỡ mẫu	Tỉ lệ (%)	Cỡ mẫu	Tỉ lệ (%)	
Trung tâm Y tế	57	54,3	82	65,8	0,17
Trạm y tế	390	20,8	476	28,3	0,011

Qua bảng trên ta thấy, sau can thiệp tỷ lệ nhân viên y tế tại TTYT được đào tạo tăng từ 54,3% lên 65,8%, tuy nhiên sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê

($p=0,17$). Tỷ lệ nhân viên y tế được đào tạo sau can thiệp tại Trạm y tế tăng từ 20,8% lên 28,3% và sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê ($p=0,011$).

Bảng 3.28 Kết quả cung ứng dịch vụ sàng lọc trước sinh tại Trung tâm và trạm y tế trước và sau can thiệp

Phòng	Trung tâm y tế (n = 9)			Trạm y tế (n = 91)		
	Trước CT	Sau CT	So sánh sau/ trước	Trước CT	Sau CT	p
Phòng khám thai	100	100	Giữ nguyên	93,4	95,6	>0,05
Phòng khám phụ khoa	100	100	Giữ nguyên	94,5	94,5	>0,05
Phòng/góc truyền thông tư vấn SKSS	66,7	88,9	Tăng	82,4	93,4	>0,05
Đầy đủ các phòng	7(77,8)	8(88,9)	Tăng	69,2	76,9	>0,05

Về kết quả cung ứng dịch vụ sàng lọc trước sinh, tại TTYT sau can thiệp số lượng các phòng chuyên môn đa phần giữ nguyên, có tăng nhẹ tỷ lệ phòng nằm của sản phụ (77,8% lên 88,9%). Tại TYT các phòng chuyên môn tăng sau can thiệp, tỷ lệ số TYT có đầy đủ các phòng tăng từ 69,2% lên 76,9%. Tuy nhiên, các sự khác nhau này đều không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$).

Bảng 3. 29 Kết quả cung ứng dịch vụ sàng lọc trước sinh tại Trung tâm và trạm y tế trước và sau can thiệp

Tiêu chí	Trung tâm y tế (n = 9)			Trạm y tế (n = 91)		
	Trước CT	Sau CT	So sánh sau/ trước	Trước CT	Sau CT	p
(1) Nguồn nước uống sạch thường xuyên	9 (100)	9 (100)	Giữ nguyên	91 (100)	91 (100)	> 0,05
(2) Nước sạch rửa tay	9 (100)	9 (100)	Giữ nguyên	54 (59,3)	91 (100)	< 0,001
(3) Nhà tiêu hợp vệ sinh	9 (100)	9 (100)	Giữ nguyên	87 (95,6)	87 (95,6)	> 0,05
(4) Các phòng dịch vụ sạch sẽ	9 (100)	9 (100)	Giữ nguyên	65 (71,4)	84 (92,3)	< 0,001
(5) Môi trường quanh trạm y tế sạch sẽ	8 (88,9)	9 (100)	Tăng	58 (63,7)	85 (93,4)	<0,0001
(6) Dụng cụ đựng rác	9 (100)	9 (100)	Giữ nguyên	76 (83,5)	85 (93,4)	0,037
Đầy đủ 6 tiêu chí	8 (88,9)	9 (100)	Tăng	54 (59,3)	75 (82,4)	< 0,001

Về cung ứng nước sạch và vệ sinh môi trường tại TTYT, sau can thiệp đa số các tiêu chí đều được giữ nguyên, tăng từ 88,9% lên 100% với tiêu chí môi trường quanh TrYT sạch sẽ. 100% các Trung tâm đầy đủ cả 6 tiêu chí sau can thiệp. Tại TYT sau can thiệp các tiêu chí đều được cải thiện. Số Trạm đáp ứng cả 6 tiêu chí tăng từ 59,3% lên 82,4%, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê ($p < 0,001$).

Bảng 3.30 Kết quả trang thiết bị y tế thiết yếu cung ứng dịch vụ sàng lọc trước sinh tại trạm y tế trước và sau can thiệp

Trang thiết bị	Trước can thiệp		Sau can thiệp		p
	SL	%	SL	%	
Bộ đỡ đẻ	89	97,8	90	98,9	> 0,05
Bộ khâu cắt tầng sinh môn	88	96,7	90	98,9	> 0,05
Bộ kiểm tra cổ tử cung	83	91,2	88	96,7	> 0,05
Bộ hồi sức sơ sinh	74	81,3	89	97,8	< 0,001
Bộ tháo đặt dụng cụ tử cung	80	87,9	90	98,9	0,003
Bộ khám phụ khoa	85	93,4	90	98,9	> 0,05
Bộ bơm hút Karman 1 van	84	92,3	86	94,5	> 0,05
Bàn đẻ	82	90,1	86	94,5	> 0,05
Đầy đủ 8 khoản	72	79,1	82	90,1	0,04

Qua bảng trên ta thấy, sau can thiệp trang thiết bị y tế thiết yếu tại trạm y tế đều tăng so với trước can thiệp. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ở một số trang thiết bị như bộ hồi sức sơ sinh ($p < 0,001$), bộ tháo đặt dụng cụ tử cung ($p < 0,01$). Tổng số Trạm có đầy đủ cả 8 khoản tăng từ 72 lên 82 và sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).

Bảng 3. 31 Kết quả trang thiết bị y tế thiết yếu cung ứng dịch vụ sàng lọc trước sinh tại Trung tâm Y tế trước và sau can thiệp

Trang thiết bị	Trước can thiệp (n = 9)		Sau can thiệp (n = 9)		So sánh sau/trước
	SL	%	SL	%	
1. Bộ đỡ đẻ	5	55,6	7	77,8	Tăng
2. Bộ khâu cắt TSM	6	66,7	7	77,8	Tăng
3. Bộ kiểm tra cổ tử cung	5	55,6	8	88,9	Tăng
4. Bộ hồi sức sơ sinh	2	22,2	7	77,8	Tăng
5. Bộ tháo đặt dụng cụ TC	9	100	9	100	Giữ nguyên

6. Bộ khám phụ khoa	9	100	9	100	Giữ nguyên
7. Bộ bơm hút Karman 1 van	8	88,9	8	88,9	Giữ nguyên
8. Máy XNSH thường quy	6	66,7	7	77,8	Tăng
9 (a). Máy SA cấu hình 2D	8	88,9	7	77,8	Giảm
9.(b) Máy SA cấu hình 3D,4D	2	22,2	4	44,4	Tăng
Đầy đủ 9 khoản*	2	22,2	4	44,4	Tăng

Số lượng trang thiết bị y tế cung ứng dịch vụ CSSKSS tại các TTYT đa phần tăng. Tăng nhiều nhất ở bộ hồi sức sơ sinh (tăng từ 22,2% lên 77,8%) và máy SA cấu hình 3D,4D (tăng từ 22,2% lên 44,4%). Máy SA cấu hình 2D giảm (từ 88,9% xuống 77,8%). Số TTYT có đầy đủ 9 khoản tăng sau can thiệp (từ 22,2% lên 44,4%).

Bảng 3.32 Kết quả các dịch vụ chăm sóc sức khỏe sinh sản thiết yếu được cung ứng tại Trạm y tế trước và sau can thiệp

Trang thiết bị	Trước can thiệp (n = 91)		Sau can thiệp (n = 91)		p
	SL	%	SL	%	
Tiêm truyền kháng sinh	91	100	91	100	> 0,05
Tiêm thuốc co hồi tử cung	36	39,6	86	94,5	< 0,001
Tiêm thuốc chống co giật	36	39,6	84	92,3	< 0,001
Bóc rau nhân tạo, kiểm soát tử cung	54	59,3	57	62,6	> 0,05
Nạo hút tử cung	24	26,4	57	62,6	< 0,001
Hỗ trợ đẻ đường dưới	80	87,9	85	93,4	> 0,05
Cấp cứu ngạt trẻ sơ sinh	78	85,7	82	90,1	> 0,05
Đặt dụng cụ tử cung	91	100	91	100	> 0,05
Tiêm thuốc tránh thai	91	100	91	100	> 0,05
Khám phụ khoa	76	83,5	89	97,8	0,001
Điều trị bệnh phụ khoa	76	83,5	88	96,7	0,003
Tháo vòng tránh thai	91	100	91	100	> 0,05
Đầy đủ các kỹ thuật	24	26,4	51	56,0	0,001

Các dịch vụ CSSKSS thiết yếu tại TYT đều tăng sau can thiệp. Các dịch vụ tăng mạnh nhất là tiêm thuốc co hồi tử cung (từ 39,6% lên 94,5%), tiêm thuốc chống co giật (từ 39,6% lên 92,3%) sự khác biệt này đều có ý nghĩa thống kê ($p < 0,001$). Số TYT thực hiện đầy đủ các kỹ thuật tăng từ 26,4% lên 56,0%, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê ($p < 0,001$).

Bảng 3.33 Kết quả các dịch vụ chăm sóc sức khỏe sinh sản thiết yếu được cung ứng tại Trung tâm y tế trước và sau can thiệp

Tên kỹ thuật	Trước can thiệp (n = 9)		Sau can thiệp (n = 9)		So sánh sau/trước
	SL	%	SL	%	
Xét nghiệm Double test	5	55,6	8	88,9	Tăng
Xét nghiệm Triple test	5	55,6	8	88,9	Tăng
Đo độ mờ da gáy	4	44,4	9	100	Tăng
Dọc dò dịch ối	0	0	3	33,3	Tăng
Siêu âm 2 chiều	9	100	9	100	Giữ nguyên
Siêu âm 3 chiều	2	22,2	4	44,4	Tăng
Đầy đủ các kỹ thuật	0	0	3	33,3	Tăng

Qua bảng trên ta thấy, các dịch vụ tại TTYT sau can thiệp đều tăng. Các dịch vụ xét nghiệm Double test, xét nghiệm Triple test tăng từ 5 lên 8 TTYT đáp ứng. Kỹ thuật dọc dò dịch ối trước can thiệp chưa được thực hiện tại các TTYT tăng lên 3 sau can thiệp. Số TTYT thực hiện đầy đủ các kỹ thuật tăng từ 0 lên 3 TTYT.

3.3.2 Kết quả can thiệp nâng cao kiến thức, thái độ, thực hành về sàng lọc trước sinh của phụ nữ có thai tại tỉnh Bình Dương

Bảng 3.34 Đặc điểm của phụ nữ mang thai trước và sau can thiệp

Đặc điểm học sinh		Trước can thiệp (n = 455)		Sau can thiệp (n = 455)		p
		SL	%	SL	%	
Dân tộc	Kinh	436	95,9	436	95,9	> 0,05
	Khác	19	4,1	19	4,1	
Nghề nghiệp	Nông dân	23	5,1	23	5,1	> 0,05
	Công nhân	259	56,9	259	56,9	
	Cán bộ viên chức	48	10,5	48	10,5	
	Kinh doanh	29	6,4	29	6,4	
	Nội trợ	86	18,9	86	18,9	
	Khác	10	2,2	10	2,2	
Trình độ học vấn	Dưới tiểu học	11	2,4	11	2,4	> 0,05
	Tiểu học	43	9,5	43	9,5	
	THCS	172	37,8	172	37,8	
	PTTH	151	33,2	151	33,2	
	≥ Trung cấp	78	17,1	78	17,1	

Khảo sát 455 phụ nữ có thai trước can thiệp và 455 phụ nữ có thai sau can thiệp, kết quả cho thấy các đặc điểm về dân tộc, nghề nghiệp, trình độ học vấn đều không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$); đối tượng nghiên cứu đã khai trình lập thông tin với ban đầu đảm bảo tính tương đồng về đặc điểm dân số can thiệp.

Bảng 3.35 Hiệu quả can thiệp nâng cao kiến thức về sàng lọc trước sinh của phụ nữ có thai tại tuyến y tế cơ sở, tỉnh Bình Dương

Kiến thức về sàng lọc trước sinh	TCT (n=455)		SCT (n=455)		p	CSHQ (%)
	SL	%	SL	%		
Dự phòng trước khi mang thai	172	37,8	324	71,2	<0,001	88,4
Dự phòng trong thời gian mang thai	177	38,9	338	74,3	<0,001	91,0
Mục đích sàng lọc trước sinh	316	69,5	392	86,2	<0,001	24,1
Nội dung sàng lọc trước sinh	362	79,6	395	86,8	0,003	9,1
Đối tượng nguy cơ	228	50,1	329	72,3	<0,001	44,3
Mục đích siêu âm sàng lọc	211	46,4	341	74,9	<0,001	61,6
Mục đích xét nghiệm Double test	217	47,7	351	77,1	<0,001	61,8
Thời điểm xét nghiệm Double test: 03 tháng đầu	172	37,8	325	71,4	<0,001	89,0
Double test chính xác nhất: thai từ 11-13 tuần 6 ngày	149	32,7	289	63,5	<0,001	94,0
Mục đích xét nghiệm Triple test	216	47,5	351	77,1	<0,001	62,5
Thời điểm xét nghiệm Triple test: Ba tháng giữa	160	35,2	303	66,6	<0,001	89,4
Triple test chính xác nhất: Khi thai từ 16 - 18 tuần	153	33,6	282	62,0	<0,001	84,3
Nguyên nhân cần chọn lọc	219	48,1	315	69,2	<0,001	43,8
Xét nghiệm dự phòng	313	68,8	348	76,5	0,009	11,2
Kiến thức chung đúng (≥ 7 điểm)	215	47,3	336	73,8	<0,001	56,3

Tỷ lệ phụ nữ có thai có kiến thức đúng về sàng lọc trước sinh tăng từ 47,3% lên 73,8% ($p < 0,001$; CSHQ = 56,3%). Tỷ lệ phụ nữ có thai có kiến thức đúng về các nội dung sàng lọc trước sinh tăng trên 80% gồm: mục đích của sàng lọc trước sinh tăng từ 69,5% lên 86,2%, nội dung sàng lọc trước sinh tăng từ 79,6 % lên 86,8%.

Bảng 3.36 Hiệu quả can thiệp nâng cao thái độ về sàng lọc trước sinh của phụ nữ có thai tại tuyến y tế cơ sở, tỉnh Bình Dương

Thái độ về sàng lọc trước sinh	TCT (n=455)		SCT (n=455)		p	CSHQ (%)
	SL	%	SL	%		
Sàng lọc trước sinh khi mang thai là cần thiết	335	73,7	375	82,4	0,001	11,9
Truyền thông về sàng lọc trước sinh là cần thiết	342	75,2	390	85,7	<0,001	14,0
Việc khám thai định kỳ là cần thiết	341	74,9	371	81,5	0,016	8,8
Việc siêu âm định kỳ là cần thiết	360	79,2	389	85,5	0,012	8,1
Xét nghiệm Double test không ảnh hưởng đến sức khỏe của mẹ và bé	319	70,2	377	82,9	<0,001	18,2
Xét nghiệm Double test là cần thiết	358	78,7	389	85,5	0,007	8,7
Xét nghiệm Triple test không ảnh hưởng đến sức khỏe của mẹ và bé	315	69,2	369	81,1	<0,001	17,1
Xét nghiệm Triple test là cần thiết	356	78,3	388	85,3	0,006	9,0
Xét nghiệm HIV trước sinh khi mang thai là cần thiết	388	85,2	412	90,5	0,015	6,2
Xét nghiệm giang mai khi mang thai là cần thiết	374	82,3	410	90,1	0,001	9,6
Xét nghiệm Rubella khi mang thai là cần thiết	316	69,4	371	81,5	<0,001	17,4
Xét nghiệm viêm gan B khi mang thai là cần thiết	339	74,4	374	82,2	0,005	10,3
Việc sàng lọc, chẩn đoán và xử trí trước sinh thực hiện tự nguyện	390	85,7	419	92,1	0,002	7,4
Thái độ tích cực (đạt 13 điểm)	288	63,2	367	80,7	<0,001	27,4

Tỷ lệ phụ nữ có thai có thái độ tích cực về sàng lọc trước sinh tăng từ 63,2% lên 80,7% ($p < 0,001$; CSHQ = 27,4%).

Bảng 3.37 Hiệu quả can thiệp nâng cao thực hành về sàng lọc trước sinh của phụ nữ có thai tại tuyến y tế cơ sở, tỉnh Bình Dương

Thực hành về sàng lọc trước sinh		TCT (n=455)		SCT (n=455)		P	CSHQ (%)
		SL	%	SL	%		
Dự phòng trước khi mang thai	Khám sức khỏe tiền hôn nhân	124	27,3	238	52,3	<0,001	91,9
	Khám sức khỏe trước khi mang thai	157	34,5	304	66,8	<0,001	93,6
	Bổ sung axit folic	193	42,4	304	66,8	<0,001	57,5
	Tiêm chủng một số loại vắc xin	145	31,9	287	63,1	<0,001	97,9
	Kiến thức chung	155	34,1	307	67,5	<0,001	98,1
Trong thời gian mang thai	Khám thai định kỳ	203	44,6	375	82,4	<0,001	84,7
	Siêu âm định kỳ	168	36,9	332	73,0	<0,001	97,6
	Bổ sung axit folic	126	27,7	249	54,7	<0,001	97,6
	Tiêm chủng một số loại vắc xin	146	32,1	247	54,3	<0,001	69,2
	Phòng tránh nhiễm trùng	123	27,0	232	51,0	<0,001	88,6
	Thực hành chung	153	33,6	298	65,5	<0,001	94,8
Thực hành sàng lọc trước sinh	Siêu âm sàng lọc	342	75,2	379	83,3	0,003	10,8
	Xét nghiệm công thức máu	227	49,9	318	69,9	<0,001	40,1
	Xét nghiệm đường huyết	228	50,1	339	74,5	<0,001	48,7
	Xét nghiệm nhóm máu Rh	173	38,0	256	56,3	<0,001	48,0
	Xét nghiệm Double test	197	43,3	338	74,3	<0,001	71,6
	Xét nghiệm Triple test	175	38,5	324	71,2	<0,001	85,1
	Xét nghiệm HIV/AIDS	224	49,2	376	82,6	<0,001	67,9
	Xét nghiệm giang mai	209	45,9	357	78,5	<0,001	70,8
	Xét nghiệm Rubella	208	45,7	328	72,1	<0,001	57,7
	Xét nghiệm viêm gan B	221	48,6	347	76,3	<0,001	57,0
	Thực hành chung	220	48,4	336	73,8	<0,001	52,7

Thực hành về sàng lọc trước sinh		TCT (n=455)		SCT (n=455)		p	CSHQ (%)
		SL	%	SL	%		
Thời điểm sàng lọc	Khi thai được 11 - 14 tuần	149	32,7	295	64,8	<0,001	98,0
	Khi thai được 20 - 24 tuần	132	29,0	261	57,4	<0,001	97,7
Thực hành chung đúng (≥ 11 điểm)		174	38,2	309	67,9	<0,001	77,6

Kết quả cho thấy, tỷ lệ phụ nữ có thai có thực hành đúng về sàng lọc trước sinh tăng từ 38,2% lên 67,9% ($p < 0,05$; CSHQ = 77,6%). Trong đó, tỷ lệ phụ nữ có thai có thực hành đúng về dự phòng trước khi mang thai tăng từ 34,1% lên 67,5%, thực hành trong thời gian mang thai tăng từ 33,6% lên 65,5%, xét nghiệm sàng lọc tăng từ 48,4% lên 73,8%.

Chương IV

BÀN LUẬN

4.1 THỰC TRẠNG KIẾN THỨC, THÁI ĐỘ, THỰC HÀNH CỦA PHỤ NỮ CÓ THAI VỀ SÀNG LỌC TRƯỚC SINH TẠI TỈNH BÌNH DƯƠNG, NĂM 2018

4.1.1 Đặc điểm dân số học của phụ nữ có thai

Nghiên cứu của chúng tôi được thực hiện trên 809 phụ nữ có thai tại tỉnh Bình Dương. Qua bảng 3.1 cho thấy về nhóm tuổi, đa phần phụ nữ có thai trong độ tuổi từ 25 – 34 tuổi với 63,9%, nhóm phụ nữ có thai từ 35 tuổi trở lên với 23,9%. Tương tự kết quả nghiên cứu của Ngô Thị Vân Huyền và cộng sự (2021) tại Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên, tỷ lệ phụ nữ có thai trong độ tuổi từ 25 – 34 tuổi là 59,4% [30], nghiên cứu của Phạm Thị Mỹ Linh và cộng sự (2022) tại Thành phố Cần Thơ, tỷ lệ phụ nữ có thai đa phần trong độ tuổi từ 26 – 34 tuổi với 54,7% [33], nghiên cứu của Đỗ Thị Hồng Hải (2022) tại Bệnh viện Phụ Sản Hà Nội, tỷ lệ phụ nữ có thai đa phần trong độ tuổi từ 25 – 30 tuổi với 50,6% [23]. Độ tuổi từ 25 – 34 tuổi là độ vàng trong xây dựng gia đình và kế hoạch hóa gia đình, độ tuổi phù hợp để mang thai của phụ nữ, hạn chế các rủi ro, biến chứng thường gặp trong thai kỳ như mang thai ngoài tử cung, tiền sản giật, nguy cơ thai chết lưu và dọa sảy thai.

Về dân tộc, đa phần phụ nữ có thai tham gia nghiên cứu là dân tộc Kinh với 95,2%. Tương tự, nghiên cứu của Phạm Ngọc Hưng (2017) tại Bệnh viện Phụ Sản Hà Nội, 94,3% phụ nữ có thai là dân tộc Kinh [28].

Về nghề nghiệp, đa phần phụ nữ có thai tham gia nghiên cứu là công nhân với 56,7%, nội trợ là 19,7%, cán bộ viên chức là 9,8%, kinh doanh buôn bán 7,3%, nông dân là 4,7%. Về trình độ học vấn, đa phần phụ nữ có thai tham gia nghiên cứu có trình độ học vấn trung học cơ sở với 37,1%. Bình Dương là một trong những tỉnh có tỷ lệ dân nhập cư cao nhất trong cả nước, thu hút rất nhiều dân lao động nhập cư từ các tỉnh nên đa phần số lao động làm việc trong khu công nghiệp trong độ tuổi lập gia đình và sinh đẻ. Nhìn chung, nhóm tuổi, trình độ học vấn, yếu tố nghề nghiệp của

dân cư sống trên địa bàn tỉnh Bình Dương cũng khá tương đồng với kết quả nghiên cứu nhân khẩu học.

Bình Dương là tỉnh thuộc miền Đông Nam Bộ, nằm trong vùng kinh tế trọng điểm phía Nam, gồm 3 thành phố, 2 thị xã và 4 huyện với 91 đơn vị hành chính cấp xã [60]. Dân số Bình Dương hiện tại khoảng 2.891.827 người [40]. Trong đó, dân số nữ chiếm 51,7%, lao động nữ 15 tuổi trở lên chiếm 31,7%, dân nhập cư khoảng 53,5%, đa số là phụ nữ trong độ tuổi sinh đẻ đến sinh sống và làm việc [40]. Vì vậy, nhu cầu chăm sóc sức khỏe sinh sản cho phụ nữ tại tỉnh Bình Dương là rất lớn.

4.1.2 Kiến thức về sàng lọc trước sinh của phụ nữ có thai

Nghiên cứu trên 809 phụ nữ có thai tại tỉnh Bình Dương, kết quả cho thấy tỷ lệ phụ nữ có thai có kiến thức đúng về sàng lọc trước sinh là 41,8%. Kết quả này tốt hơn so với kết quả nghiên cứu Phạm Thu Huyền (2018) tại Trung tâm Chăm sóc Sức khỏe Sinh sản tỉnh Bình Thuận, tỷ lệ phụ nữ có thai có kiến thức đúng về sàng lọc trước sinh ở quý I thai kỳ là 20,1% [29]. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn so với kết quả của Trần Văn Trị (2012) tại 05 quận - huyện thành phố Hồ Chí Minh với tỷ lệ kiến thức chung đúng là 38,0% [54], nghiên cứu của Nguyễn Thị Phương Tâm (2013) tại huyện Thủ Thừa, tỉnh Long An với tỷ lệ kiến thức chung đúng là 48,4% [41], nghiên cứu của Phạm Lê Sỹ Cường (2016) tại 2 Trung tâm chẩn đoán trước sinh ở Việt Nam với tỷ lệ kiến thức chung đúng là 63% [19], nghiên cứu của Phạm Thị Bé Lan (2019) tại Bệnh viện Sản Nhi Trà Vinh với tỷ lệ kiến thức đúng là 73,8% [32], nghiên cứu của Võ Ngọc Minh Thư (2019) tại Trung tâm kiểm soát bệnh tật tỉnh Long An với tỷ lệ kiến thức đúng là 73,8% [49], nghiên cứu của Trần Thị Mộng Tuyên và cộng sự (2022) tại huyện Thủ Thừa tỉnh Long An với tỷ lệ kiến thức đúng đạt 53,3% [58], nghiên cứu của Phí Vĩnh Bảo và cộng sự (2023) tại Bệnh viện Thành phố Thủ Đức với tỷ lệ phụ nữ có thai có kiến thức chung đúng về sàng lọc trước sinh là 60,8% [3], Thái Lan – 2009 với 43,6% [92], Hoa Kỳ - 2011 với 60,0% [80], Uranda - 2006 với 55,0% [72].

Các nghiên cứu có sự khác biệt về tỷ lệ kiến thức đúng có thể do sử dụng các điểm cắt lựa chọn thời gian thực hiện nghiên cứu khác nhau như Phạm Thu Huyền

lấy điểm cắt là quý I của thai kì để tiến hành khảo sát hay nghiên cứu Nguyễn Thị Phương Tâm đối tượng hướng đến là phụ nữ có thai từ 20 tuần trở lên. Nghiên cứu của chúng tôi lựa chọn đối tượng tương tự nghiên cứu của tác giả Trần Văn Tri không giới hạn tuổi thai của phụ nữ có thai nên chỉ có 44,6% phụ nữ có thai từ 6 tháng trở lên [54]. Các nghiên cứu sử dụng một thang đo khác nhau để đánh giá kiến thức chung nên dẫn đến sự chênh lệch. Một phần ảnh hưởng của trình độ học vấn như nghiên cứu của Phạm Thu Huyền chủ yếu phụ nữ có thai có trình độ học vấn cấp I chiếm đa số, nghiên cứu của chúng tôi chủ yếu là trung học cơ sở (cấp 2). Hay điểm cắt tính điểm khác nhau, cụ thể, Phạm Thu Huyền sử dụng thang điểm đánh giá là có kiến thức đúng khi trả lời đúng từ 9/14 câu hỏi trở lên, Nguyễn Thị Phương Tâm ghi nhận phụ nữ có thai được xem là có kiến thức chung đúng khi trả lời đúng ít nhất 6 kiến thức trong 8 kiến thức thành phần về sàng lọc trước sinh.

Nhìn chung, so với thế giới tỷ lệ kiến thức đúng về sàng lọc trước sinh qua các y văn trong nước còn thấp do đó cần tăng cường truyền thông giáo dục sức khỏe về sàng lọc trước sinh cho phụ nữ có thai, phát triển các mạng lưới sàng lọc trước sinh từ trung ương đến địa phương. Tại các vùng nông thôn, vùng núi tỷ lệ phụ nữ có thai có kiến thức đúng về sàng lọc trước sinh còn thấp do truyền thông chưa tốt, phụ nữ có thai chưa nhận thức đúng về sàng lọc trước sinh. Nghiên cứu của Phạm Thu Huyền và cộng sự (2018) tại Bình Thuận đã cho thấy những phụ nữ có thai sinh sống tại thành phố có tỷ lệ kiến thức đúng về sàng lọc trước sinh cao hơn so với những phụ nữ có thai sinh sống tại các huyện [29].

4.1.3 Thái độ về sàng lọc trước sinh của phụ nữ có thai

Tỷ lệ phụ nữ có thai có thái độ tích cực về sàng lọc trước sinh là 65,6%. Trong đó, đa phần phụ nữ có thai có thái độ tích cực về việc nhận thấy siêu âm định kỳ là cần thiết với 84,3%, kể đến là thái độ tích cực về việc nhận thấy khám thai định kỳ là cần thiết với 83,1% và nhận thấy việc sàng lọc, chẩn đoán và xử trí trước sinh thực hiện tự nguyện với 83,1%. Kết quả này thấp hơn so với nghiên cứu của Nguyễn Thị Phương Tâm (2013) tại huyện Thủ Thừa với thái độ tích cực đạt 88,7% [41], nghiên cứu của Phạm Lê Sỹ Cường (2016) tại 2 Trung tâm chẩn đoán trước

sinh ở Việt Nam với tỷ lệ kiến thức chung đúng là 78% [19], nghiên cứu của Hoàng Thị Thu Hoài (2020) tại huyện Krông Buk tỉnh Đắk Lắk với thái độ tích cực đạt gần 90% (86 – 88% thể hiện sự tích cực) [25], nghiên cứu của Đỗ Thị Nhiên (2021) tại thành phố Buôn Ma Thuột, tỉnh Đắk Lắk với thái độ tích cực đạt 81,8% [37], nghiên cứu của Pop-Tudose M.E. và cộng sự (2018) tại Romania với thái độ tích cực đạt 78,9% [91]. Sự khác biệt có thể bắt nguồn từ văn hóa tín ngưỡng, vùng miền địa phương và tâm lý của phụ nữ có thai ở các quốc gia, khu vực sinh sống khác nhau. Tỷ lệ phụ nữ có thai có thái độ tích cực về sàng lọc trước sinh tại Bình Dương chưa cao. Nguyên nhân có thể là do nhiều trường hợp kết quả chẩn đoán ban đầu thiếu chính xác, tâm trạng lo âu làm tăng mức độ áp lực tâm lý của sản phụ.

Đa phần phụ nữ có thai đều đồng ý việc sàng lọc trước sinh khi mang thai là cần thiết với 81,3% và truyền thông phổ biến kiến thức về SLTS là cần thiết với 83,3%. Tương tự, nghiên cứu của Phạm Lê Sỹ Cường (2016) tại 2 Trung tâm chẩn đoán trước sinh ở Việt Nam, kết quả cho thấy tỷ lệ phụ nữ có thai đồng ý với quan điểm tất cả các phụ nữ mang thai đều nên làm SLTS từ 76% - 93,3% và đồng ý với quan điểm sẽ làm SLTS ở những lần mang thai sau với 80,5% - 93,9% [19]. Đây là dấu hiệu thực sự đáng mừng trong quá trình nhận thức của phụ nữ có thai và sự thành công của công tác truyền thông về sàng lọc trước sinh trong thời gian qua.

Nhìn chung, việc nâng cao kiến thức cho phụ nữ có thai về sàng lọc trước sinh và việc hình thành cho phụ nữ có thai một nền tảng tâm lý hoàn thiện là vấn đề cấp thiết, thách thức đối với tuyến y tế cơ sở.

4.1.4 Thực hành về sàng lọc trước sinh của phụ nữ có thai

Tỷ lệ phụ nữ có thai có thực hành chung đúng về sàng lọc trước sinh trong nghiên cứu của chúng tôi khá thấp với 32,1%. Nghiên cứu của Phạm Thu Huyền đa số các đối tượng phân vân không biết có nên làm sàng lọc trước sinh không (59,5%). Tuy nhiên, sau khi được nghe nhân viên y tế tư vấn về sàng lọc trước sinh, số phụ nữ có thai chấp nhận thực hiện sàng lọc trước sinh tăng từ 34,2% lên tới 85,1%, hành vi đúng về sàng lọc trước sinh của các phụ nữ có thai tăng từ 31,9% lên tới 80,7% [29]. Chênh lệch lớn với nghiên cứu của Võ Ngọc Minh Thư (86,1%) [49], Nguyễn Thị

Phuong Tâm ghi nhận thực hành chung đúng chiếm 75,5%, số lần khám thai từ 3 trở lên chiếm 95,3%; số lần siêu âm từ 2 lần trở lên chiếm 99,1% hay thực hiện siêu âm lần 1 và lần 2 lần lượt là 82,5% và 89,1% chiếm tỷ lệ khác cao [42]. Trong nghiên cứu của chúng tôi cũng ghi nhận tỷ lệ khám thai từ 3 lần trở lên cũng ở mức cao với 85,7%; siêu âm từ 3 lần trở lên chiếm 84,3% cho thấy sự quan tâm về mặt khám thai và siêu âm thai của các phụ nữ có thai qua các nghiên cứu. Điều này cho thấy việc quản lý chăm sóc thai nghén của địa phương khá tốt, tuy nhiên tỷ lệ thực hành chưa cao nên cần quan tâm nhiều hơn.

Siêu âm nhằm phát hiện và can thiệp sớm các vấn đề bất thường phát hiện được ở thai nhi là một giải pháp ưu việt trong sàng lọc giảm tỷ lệ dị tật bẩm sinh ở trẻ. Theo Nguyễn Đức Vy (2006) nhận định mỗi phụ nữ có thai khi tiến hành sàng lọc trước sinh và kết hợp cùng sàng lọc sau sinh giúp loại bỏ 95% các trường hợp bất thường [63]. Trong nghiên cứu của Đoàn Kim Thắng ghi nhận tình trạng khám thai định kỳ là 89,8%, thực hiện xét nghiệm máu là 91,2%; chọc hút dịch ối là 65,0% [43]. Nghiên cứu của Phạm Thị Bé Lan đặc điểm về thực trạng thực hành sàng lọc trước sinh của phụ nữ có thai có 59% thực hiện sàng lọc trước sinh [32]. Trong nghiên cứu này còn ghi nhận 57,9% thực hiện Double test và có 53,8% thực hiện Triple test nhưng chỉ có 1,9% là thực hiện chọc dò nước ối đều được thực hiện tại Thành phố Hồ Chí Minh vì các kỹ thuật trên không có tại cơ sở y tế công cũng như tư nhân trong tỉnh [32]. Nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận xét nghiệm Double test và Triple test lần lượt là 70,6% và 53,3% cao hơn so với nghiên cứu của Phạm Thị Bé Lan có thể sự khác biệt do Bình Dương cũng là một trong những trung tâm kinh tế lớn, việc tiếp cận với các bệnh viện lớn hay các kỹ thuật tốt hơn so với Long An vào thời điểm nghiên cứu của tác giả. So với trên thế giới tỷ lệ các xét nghiệm trong nghiên cứu của chúng tôi có thể cao hơn do thời điểm nghiên cứu cách nhau khá xa, thực trạng xét nghiệm tầm soát bệnh Down trên thế giới tại Australia (2000) xét nghiệm Triple test 69,0% [89] và tại Anh (2011) xét nghiệm Double test 49,5% [90].

4.1.5 Một số yếu tố liên quan đến kiến thức về sàng lọc trước sinh của phụ nữ có thai

Xét mối liên quan giữa kiến thức về sàng lọc trước sinh của phụ nữ có thai với các đặc điểm dân số học nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận mối liên quan có ý nghĩa thống kê những phụ nữ có thai sống tại Bắc Tân Uyên có kiến thức về sàng lọc trước sinh cao gấp 1,9 lần so với những phụ nữ có thai sống tại Thủ Dầu Một ($p < 0,05$; KTC 95%: 1,08 - 3,32); Phụ nữ có thai sống tại Phú Giáo có kiến thức về sàng lọc trước sinh bằng 0,49 lần so với phụ nữ có thai sống tại Thủ Dầu Một ($p < 0,05$; KTC 95%: 0,25 - 0,95); Nhóm phụ nữ có thai có nghề nghiệp là nội trợ có kiến thức về sàng lọc trước sinh bằng 0,44 lần so với nhóm làm công nhân ($p < 0,01$; KTC 95%: 0,26 - 0,73). Trong nghiên cứu của Võ Ngọc Minh Thư cũng tìm thấy mối liên quan giữa kiến thức chung đúng với nghề nghiệp, tuy nhiên sự khác biệt đối tượng là nhóm có nghề nghiệp cán bộ viên chức có kiến thức chung đúng hơn 1,32 lần so với nhóm công nhân (KTC 95%: 1,18 - 1,48). Nghiên cứu của Nguyễn Thị Phương Tâm cũng ghi nhận cán bộ viên chức có tỷ lệ kiến thức đúng cao hơn các nhóm tuy nhiên sự khác biệt trong nghiên cứu này không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$. Bên cạnh đó nghiên cứu của Võ Ngọc Minh Thư còn tìm thấy mối liên quan kiến thức đúng và thu nhập gia đình ($p < 0,05$). Nhóm phụ nữ có thai có thu nhập gia đình từ 10 đến 20 triệu đồng có tỷ lệ kiến thức đúng gấp 1,2 lần so với nhóm phụ nữ có thai có thu nhập gia đình dưới 10 triệu đồng (KTC 95%: 0,69-0,98). Có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa tỷ lệ phụ nữ có thai có kiến thức đúng và học vấn với $p < 0,001$. Cụ thể những phụ nữ có thai có trình độ trung cấp trở lên có tỷ lệ kiến thức đúng cao gấp 1,33 lần so với phụ nữ có thai có trình độ trung học phổ thông (KTC 95%: 1,17 - 1,51) [49]. Một nghiên cứu của tác giả Case A.P. tại Texas phụ nữ có thai có trình độ trung học có tỷ lệ kiến thức bằng 0,37 lần phụ nữ có thai có trình độ cao đẳng [73]. Tuy nhiên, nghiên cứu của chúng tôi không tìm thấy các yếu tố như học vấn ($p > 0,05$) hay thu nhập (không đề cập) có mối liên quan đến kiến thức chung đúng.

Ngoài ra, nghiên cứu của chúng tôi tìm thấy mối liên quan giữa kiến thức về sàng lọc trước sinh của phụ nữ có thai với các đặc điểm tiền sử gia đình và bệnh tật

ghi nhận mối liên quan có ý nghĩa thống kê giúp bổ sung y văn như ở những phụ nữ có thai có gia đình có người bị dị tật bẩm sinh có kiến thức về sàng lọc trước sinh bằng 2,57 lần so với nhóm không ($p < 0,05$; KTC 95%: 1,19 - 5,55); Phụ nữ có thai có gia đình có người mắc hội chứng Down có kiến thức về sàng lọc trước sinh bằng 7,14 lần so với nhóm không ($p < 0,001$; KTC 95%: 3,02 - 16,91); Đối với phụ nữ có thai có tiền sử rong kinh có kiến thức về sàng lọc trước sinh bằng 0,43 lần so với nhóm không ($p < 0,05$; KTC 95%: 0,21 - 0,91); Điều này cho thấy đối với những gia đình có tiền sử dị tật bẩm sinh hay mắc hội chứng Down họ có sự quan tâm hơn đối với các vấn đề về sàng lọc trước sinh có thể do họ được tư vấn bởi nhân viên y tế hoặc tự tìm hiểu chủ động.

Một số đặc điểm về tình trạng dinh dưỡng của phụ nữ có thai trong nghiên cứu của chúng tôi có liên quan đến kiến thức về sàng lọc trước sinh ghi nhận mối liên quan ý nghĩa thống kê với các đặc điểm như: ăn mặn, uống trà/cà phê và trong gia đình có người hút thuốc lá ($p < 0,05$). Tỷ lệ kiến thức đúng của nhóm phụ nữ có thai có thói quen không tốt trong quá trình mang thai thấp hơn 50,0% nhóm phụ nữ có thai không có thói quen không tốt trong quá trình mang thai (PR=0,5; $p < 0,001$) (KTC 95%: 0,31-0,82) trong nghiên cứu của Võ Ngọc Minh Thu [49].

4.1.6 Một số yếu tố liên quan đến thực hành về sàng lọc trước sinh của phụ nữ có thai

Sau khi kiểm soát các yếu tố bằng mô hình đa biến, kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy không có mối liên quan giữa đặc điểm dân số học, tình trạng bệnh lý của phụ nữ có thai với thực hành đúng về sàng lọc trước sinh ($p > 0,05$). Tuy nhiên, nghiên cứu của Võ Ngọc Minh Thu (2019) tìm thấy sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa tỷ lệ phụ nữ có thai có hành vi đúng và số lần sảy thai với $p < 0,001$. Cụ thể là phụ nữ có thai sảy thai nhiều hơn một lần có tỷ lệ hành vi đúng cao gấp 1,15 lần so với phụ nữ có thai không có sảy thai (KTC 95%: 1,09 - 1,20) [49], ngoài ra, nghiên cứu này còn tìm thấy tỷ lệ hành vi đúng của nhóm phụ nữ có thai dưới 24 tuổi thấp hơn 12,0% so với nhóm phụ nữ có thai từ 25 - 29 tuổi (PR = 0,88; $p < 0,05$); (KTC 95%: 0,79 - 0,98). Tỷ lệ phụ nữ có thai hành vi đúng ở nhóm có thu

nhập dưới 10 triệu đồng thấp hơn 13,0% so với nhóm có thu nhập từ 10 đến dưới 20 triệu đồng (PR = 0,87; $p < 0,05$); (KTC 95%: 0,78 - 0,98) [49]. Theo nghiên cứu của Trần Văn Trị phụ nữ có thai là cán bộ viên chức có tỷ lệ thực hành cao gấp 1,21 lần so với phụ nữ có thai là công nhân ($p < 0,05$) [54]. Nghiên cứu của Kou K.O. và cộng sự (2015) tại Hong Kong, kết quả cho thấy phụ nữ có thai lựa chọn nhận thông tin về sàng lọc trước sinh phần lớn từ bác sĩ Sản khoa với 47,4%, nhận thông tin từ Web là 41,5% [81].

Việc tiếp cận nguồn thông tin sàng lọc trước sinh từ NVYT có liên quan đến thực hành về sàng lọc trước sinh. Cụ thể, tỷ lệ thực hành đúng ở nhóm phụ nữ có thai được tiếp cận nguồn thông tin sàng lọc trước sinh từ NVYT cao hơn so với nhóm phụ nữ có thai không được tiếp cận nguồn thông tin sàng lọc trước sinh từ NVYT (OR = 2,49; KTC 95%: 1,84 – 3,36). Nghiên cứu của Trần Thị Mộng Tuyên (2022) tại huyện Thủ Thừa, tỉnh Long An, kết quả cho thấy nhân viên y tế là nguồn cung cấp kiến thức về sàng lọc trước sinh phổ biến nhất, nhóm phụ nữ có thai từng nghe về sàng lọc trước sinh có kiến thức đúng cao hơn so với nhóm chưa từng nghe thông tin về sàng lọc trước sinh với $p < 0,01$ [57]. Nghiên cứu của Hoàng Thị Thu Hoài (2020) tại Đắc Lắc, đa phần phụ nữ có thai biết đến các xét nghiệm sàng lọc dị tật bẩm sinh chủ yếu thông qua nhân viên y tế với 65,7%, Internet với 41,4% [25]. Điều này cho thấy NVYT là đóng vai trò quan trọng trong việc cung cấp các thông tin về sàng lọc trước sinh.

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy kiến thức, thái độ về sàng lọc trước sinh có liên quan đến thực hành về sàng lọc trước sinh. Cụ thể, phụ nữ có thai có kiến thức và thái độ đúng càng cao sẽ có tỷ lệ thực hành đúng càng cao. Nghiên cứu của Phạm Thu Huyền ghi nhận nhóm phụ nữ có thai có kiến thức đúng về sàng lọc trước sinh có hành vi đúng về sàng lọc trước sinh gấp 5,0 lần so với nhóm phụ nữ có thai có kiến thức chưa đúng về sàng lọc trước sinh. Nhóm phụ nữ có thai có thái độ đúng về sàng lọc trước sinh có hành vi đúng về sàng lọc trước sinh gấp 15,1 lần so với nhóm phụ nữ có thai có thái độ sai về sàng lọc trước sinh [29]. Nghiên cứu của Nguyễn Thị Phương Tâm kết quả cho thấy những phụ nữ có thai có kiến thức đúng

về sàng lọc trước sinh có tỷ lệ thực hành đúng bằng 1,10 lần so với những phụ nữ có thai có kiến thức chưa đúng ($p < 0,001$) [42]. Nghiên cứu của Võ Ngọc Minh Thu ghi nhận tỷ lệ phụ nữ có thai có thái độ đúng ở nhóm có kiến thức chưa đúng thấp hơn 11,0% so với nhóm có kiến thức đúng (PR = 0,89; $p < 0,001$); (KTC 95%: 0,82 - 0,97). Tỷ lệ phụ nữ có thai có hành vi đúng ở nhóm có kiến thức chưa đúng thấp hơn 14,0% so với nhóm có kiến thức chưa đúng (PR = 0,86; $p < 0,01$); (KTC 95%: 0,76 - 0,98). Tỷ lệ phụ nữ có thai có hành vi đúng của nhóm có kiến thức và thái độ chưa đúng thấp hơn 13,0% so với nhóm có kiến thức và hành vi đúng (PR = 0,87; $p < 0,05$); (KTC 95%: 0,77 - 0,99) [49]. Điều này cho thấy kiến thức và thái độ của phụ nữ có thai là một trong những yếu tố có sự tác động đến việc thực hành sàng lọc trước sinh đúng do đó, việc quan trọng của chúng ta là nâng cao nhận thức và kiến thức cho phụ nữ có thai giúp họ hiểu và an tâm về sử dụng các dịch vụ sàng lọc trước sinh giúp tăng tỷ lệ tham gia và giảm tỷ lệ dị tật bẩm sinh.

Qua kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy tỷ lệ kiến thức đúng và thực hành đúng về sàng lọc trước sinh của phụ nữ có thai tương đối thấp. Tại Việt Nam, hiện nay chương trình sàng lọc trước sinh đã phủ sóng trên khắp 63 tỉnh thành, tỷ lệ sàng lọc trước sinh tăng từ 20% năm 2016 lên 54,43% năm 2019. Mặc dù chương trình sàng lọc trước sinh ngày càng được phát triển và mở rộng nhưng vẫn còn nhiều hạn chế do thiếu trang thiết bị, nhân lực y tế, truyền thông chưa tốt, kiến thức, thái độ, thực hành của phụ nữ có thai về sàng lọc trước sinh chưa đầy đủ. Vì vậy, chúng tôi tiến hành đánh giá thực trạng cung cấp dịch vụ sàng lọc trước sinh tại tuyến y tế cơ sở và phân tích một số yếu tố ảnh hưởng.

4.2 THỰC TRẠNG CUNG CẤP DỊCH VỤ SÀNG LỌC TRƯỚC SINH VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ ẢNH HƯỞNG TẠI TUYẾN Y TẾ CƠ SỞ TẠI TỈNH BÌNH DƯƠNG, NĂM 2018

4.2.1 Thực trạng cung ứng dịch vụ sàng lọc trước sinh tại tuyến y tế cơ sở, tỉnh Bình Dương

Mạng lưới y tế cơ sở là tuyến y tế gần dân nhất, là cầu nối giữa ngành y tế và người dân trong cộng đồng, là tuyến y tế có nhiệm vụ trực tiếp chăm sóc sức khoẻ nhân dân [4]. Theo báo cáo của Bộ Y tế (2015), chất lượng nguồn nhân lực y tế cơ sở ở nhiều nơi chưa đáp ứng nhu cầu khám chữa bệnh ngày càng cao của nhân dân, việc thu hút các nhân viên y tế có trình độ chuyên môn giỏi về công tác tại tuyến cơ sở còn gặp khó khăn do chính sách đãi ngộ chưa thỏa đáng; đầu tư cho y tế cơ sở cả về cơ sở hạ tầng và trang thiết bị chưa đáp ứng được yêu cầu [9].

Việc đánh giá thực trạng các nguồn lực của trạm y tế đáp ứng Bộ tiêu chí quốc gia về y tế xã được thực hiện thông qua các bảng kiểm dựa theo Quyết định số 4667/BYT [7], các kết quả kiểm tra cuối năm các trạm y tế cũng như việc quan sát, phỏng vấn và đánh giá của nghiên cứu viên về thực trạng hiện nay của các trạm y tế. Qua kết quả nghiên cứu, khảo sát 91 trạm y tế cho thấy tổng số nhân lực là 390 người, số lượng y sĩ lớn nhất (150/390) và không có kỹ thuật viên xét nghiệm, y sĩ có chuyên khoa Sản Nhi là 83,2%; khảo sát 9 Trung tâm Y tế cho thấy tổng nhân lực là 57 người, nữ hộ sinh có số lượng lớn nhất (25/57), bác sĩ (12/57), 100% y sĩ có chuyên khoa sản nhi. Nghiên cứu của Nguyễn Hữu Thắng và cộng sự (2015) tại huyện Bình Lục tỉnh Hà Nam, kết quả cũng cho thấy 84,2% trạm y tế xã có đủ biên chế, 68,4% trạm y tế xã có bác sĩ, 6/19 trạm y tế xã không có bác sĩ [44]. Nghiên cứu của Nông Tuấn Phong và cộng sự (2022) tại tỉnh Cao Bằng, kết quả cho thấy tỷ lệ nhân viên y tế trên toàn bộ các trạm y tế xã, phường đạt mức $17,12 \pm 9,2/10.000$ dân, trung bình 4,45 nhân viên y tế/1 trạm y tế và 58,3% các trạm y tế xã đủ nhân lực tối thiểu, 100% các TYT xã có y sĩ, các vị trí chức danh khác đều thiếu [39]. Tương tự, nghiên cứu của Đàm Thị Tuyết và cộng sự (2020) tại Trung tâm Y tế huyện Tân Uyên, tỉnh Lai Châu, theo Thông tư số 37/2016/TT-BYT thì số lượng

nhân lực của TTYT được phân công dựa vào vị trí việc làm của đơn vị [10], tuy nhiên nhân lực của TTYT cũng chưa đảm bảo theo vị trí việc làm vì vẫn còn thiếu bác sĩ, điều dưỡng, thừa y sĩ, dược sĩ [59]. Từ đó cho thấy, Sở Y tế tỉnh Bình Dương cần có những chính sách đãi ngộ nhằm thu hút, duy trì cán bộ, đồng thời có kế hoạch phân bổ nguồn nhân lực hợp lý góp phần đáp ứng tốt cho công tác chăm sóc sức khỏe nhân dân tại tuyến y tế cơ sở.

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy về đào tạo cung ứng dịch vụ sàng lọc trước sinh, 54,3% cán bộ được đào tạo tại trung tâm y tế, 20,8% cán bộ được đào tạo tại Trạm y tế. Về cơ sở vật chất, 88,9% Trung tâm Y tế và 59,3% Trạm y tế có đầy đủ các phòng cung ứng dịch vụ sàng lọc trước sinh. Nghiên cứu của Ngô Trí Tuấn và cộng sự (2016) tại 240 trạm y tế nằm trong 8 vùng sinh thái Việt Nam, tỷ lệ trạm y tế sẵn có y sĩ sản nhi và nữ hộ sinh trung học lần lượt là 37,8% và 77,8% [56].

Về trang thiết bị y tế thiết yếu cung ứng dịch vụ sàng lọc trước sinh, 22,2% Trung tâm Y tế và 79,1% Trạm y tế được trang bị đầy đủ các trang thiết bị y tế thiết yếu. Nghiên cứu của Ngô Trí Tuấn và cộng sự (2016) cho thấy mặc dù tỷ lệ trạm y tế sẵn có năng lực cung cấp hoặc chỉ định các dịch vụ chăm sóc trước sinh cao trên 92% tuy nhiên tỷ lệ trạm y tế xã sẵn có các loại thuốc, vắc xin cho công tác chăm sóc trước sinh thiếu nhiều từ 40 - 70% [56].

Về các dịch vụ chăm sóc sức khỏe sinh sản thiết yếu được cung ứng, 26,4% Trạm y tế cung ứng đầy đủ 12 kỹ thuật và không có Trung tâm Y tế nào cung ứng đầy đủ 17 kỹ thuật. Nhìn chung, việc cung ứng dịch vụ sàng lọc trước sinh của tuyến y tế cơ sở còn nhiều hạn chế: tình trạng sở vật chất, trang thiết bị, thuốc thiết yếu và nhân lực trong công tác sàng lọc trước sinh còn thiếu cả số lượng, chất lượng và cả năng lực ở nhiều tuyến y tế cơ sở.

4.2.2 Một số yếu tố ảnh hưởng đến cung ứng dịch vụ sàng lọc trước sinh tại tuyến y tế cơ sở, tỉnh Bình Dương

Tại Việt Nam, thực hiện Chiến lược Dân số và Sức khỏe sinh sản Việt Nam giai đoạn 2011-2020 [46], Quyết định 1999/QĐ-TTg ngày 7/12/2020 của Thủ tướng Chính phủ phê duyệt chương trình mở rộng tầm soát, chẩn đoán, điều trị một số bệnh, tật trước sinh và sơ sinh đến năm 2030 [47], Quyết định số 3845/QĐ-BYT ngày 11/8/2021 của Bộ trưởng Bộ Y tế ban hành danh mục một số bệnh, tật bẩm sinh được tầm soát, chẩn đoán, điều trị trước sinh và sơ sinh thuộc gói dịch vụ cơ bản [17], hiện nay chương trình sàng lọc trước sinh đã phủ sóng trên khắp 63 tỉnh thành, tỷ lệ sàng lọc trước sinh tăng từ 20% năm 2016 lên 54,43% năm 2019. Tại tỉnh Bình Dương, mặc dù chương trình sàng lọc trước sinh ngày càng được phát triển và mở rộng nhưng vẫn còn nhiều hạn chế do thiếu trang thiết bị, nhân lực y tế, truyền thông chưa tốt, kiến thức của phụ nữ có thai về sàng lọc trước sinh chưa đầy đủ.

4.2.2.1 Đặc điểm của phụ nữ có thai

Qua kết quả phỏng vấn sâu và thảo luận nhóm cho thấy mức sống hộ gia đình được xem là yếu tố ảnh hưởng lớn đến mức độ tiếp cận các dịch vụ sàng lọc trước sinh của phụ nữ mang thai. Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Shalaby H.A.R. và cộng sự (2012) tại Ai Cập, kết quả cho thấy chi phí xét nghiệm ảnh hưởng đến quyết định của phụ nữ có thai có thực hiện sàng lọc trước sinh hay không với 56,7% [97]. Nghiên cứu của Kou K.O. và cộng sự (2015) tại Hong Kong, kết quả cũng cho thấy có 36,8% phụ nữ có thai không thực hiện xét nghiệm sàng lọc trước sinh chuyên sâu và không thực hiện NIPT (Non-Invasive prenatal testing – Một kỹ thuật xét nghiệm sàng lọc trước sinh không xâm lấn) từ vòng đầu vì họ không thể chi trả được cho dịch vụ này [81]. Nghiên cứu của Phạm Lê Sỹ Cường (2016) tại 2 Trung tâm chẩn đoán trước sinh ở Việt Nam, kết quả cho thấy phụ nữ có thai có thu nhập trên 5 triệu/tháng có khả năng ra quyết định thực hiện chọc hút dịch ối cao hơn so với những phụ nữ có thai có thu nhập dưới 5tr/tháng (OR = 27,02; KTC 95%: 22,42 – 31,95; $p < 0.01$) [19].

Thiếu kiến thức về sàng lọc trước sinh, phụ nữ mang thai chưa nhận thức được tầm quan trọng của việc sàng lọc trước sinh. Một số nghiên cứu trong nước và trên thế giới đã chỉ ra rằng trình độ học vấn có liên quan đến kiến thức về sàng lọc trước sinh của phụ nữ có thai. Trình độ học vấn cao thì xu hướng tiếp cận các dịch vụ y tế càng thuận lợi. Nghiên cứu của Molla W. và cộng sự (2021) tại Ethiopia, kết quả cho thấy nơi sinh sống và trình độ văn hóa có ảnh hưởng đến kiến thức và thái độ về sàng lọc trước sinh của phụ nữ có thai. Kết quả của Molla W. đã chỉ ra rằng nhóm phụ nữ có thai có trình độ văn hóa càng cao thì kiến thức đúng càng cao, thái độ càng tích cực hơn so với các nhóm còn lại [88]. Tuyến y tế cơ sở nên tăng cường truyền thông nâng cao kiến thức cho các đối tượng phụ nữ có thai có trình độ học vấn và thu nhập thấp, để từ đó tăng cường hiệu quả của sàng lọc trước sinh mang, giảm được các gánh nặng dị tật bẩm sinh cho gia đình, xã hội và đạt được mục tiêu nâng cao chất lượng dân số.

Siêu âm là xét nghiệm cơ bản, phụ nữ có thai trong 3 tháng đầu thai kỳ sẽ được bác sĩ Sản khoa chỉ định thực hiện siêu âm và nghe tim thai để có thể theo dõi tình trạng sức khỏe của thai nhi [18]. Qua kết quả phỏng vấn sâu cho thấy một số phụ nữ có thai đi siêu âm, xét nghiệm không đúng thời điểm nên khó phát hiện các dị tật. Gia đình và người chồng đóng vai trò quan trọng trong việc hình thành cho phụ nữ có thai một thái độ tích cực, không lo lắng khi tham gia thực hiện sàng lọc trước sinh trong quá trình mang thai. Chính vì vậy, truyền thông cho gia đình của phụ nữ có thai về sàng lọc trước là điều cần thiết để phổ cập kiến thức liên quan đến thai kỳ và các xét nghiệm sàng lọc trước sinh bởi quyết định cuối cùng được đưa ra phụ thuộc hoàn toàn vào phụ nữ có thai và gia đình.

4.2.2.2 Nhân lực cung ứng dịch vụ sàng lọc trước sinh

Thiếu nhân lực, trình độ nhân viên y tế yếu cũng được xác định là một trong những rào cản trong triển khai các dịch vụ y tế tại cơ sở. Mỗi trạm y tế chỉ có từ 6 - 12 nhân viên y tế nên áp lực công việc rất lớn. Hầu hết nữ hộ sinh, y sỹ sản nhi, nhân viên y tế xã, phường và thôn, bản được đào tạo và có kỹ năng cơ bản về chăm sóc sức khỏe sinh sản chưa cao. Nghiên cứu của Nguyễn Văn Tiến và cộng sự

(2015) tại huyện Kiến Xương, tỉnh Thái Bình, kết quả cho thấy tỷ lệ nhân viên y tế thôn cho rằng trình độ chuyên môn đã đáp ứng được công việc chỉ có 42,1% [52]. Nghiên cứu của Nguyễn Thanh Hòa và cộng sự (2023) tại các trạm y tế vùng biên giới Tây Nam bộ tỉnh Đồng Tháp, chỉ có 6,3% trạm y tế đảm bảo đủ số lượng người làm việc và cơ cấu chức danh nghề nghiệp theo đề án vị trí việc làm của trạm y tế [26].

Sự phù hợp giữa chuyên môn được đào tạo và công việc được giao là yếu tố then chốt để hoàn thành công việc của mỗi cá nhân. Trong nghiên cứu của chúng tôi, nhân sự tại tuyến y tế cơ sở có một số thay đổi do NVYT nghỉ việc và có sự thay thế nữ hộ sinh tại trạm nhưng không đúng chức năng như điều dưỡng, y tế công cộng nên không đủ năng lực làm tốt công tác chuyên môn chăm sóc sức khỏe sinh sản, sàng lọc trước sinh. Tương tự, nghiên cứu của Phạm Ngọc Hưng (2017) tại Bệnh viện Phụ Sản Hà Nội, thiếu nhân lực là yếu tố ảnh hưởng đến chất lượng dịch vụ sàng lọc chẩn đoán trước sinh; nhân lực có nhiều vị trí làm việc kiêm nhiệm như một số bác sĩ và kỹ thuật viên xét nghiệm, chẩn đoán hình ảnh và một số vị trí không nằm trong lĩnh vực chuyên môn nên đôi khi không đảm đương được công việc mỗi khi quá tải bệnh nhân [28].

Công tác sàng lọc trước sinh tại tuyến y tế cơ sở còn gặp nhiều khó khăn do năng lực chuyên môn của nhân viên y tế chưa tạo được sự tin tưởng cho người dân. Theo nghiên cứu của Nguyễn Đăng Vững và cộng sự (2015) tại 2 xã ở huyện Duy Tiên, tỉnh Hà Nam, tỷ lệ phụ nữ có thai khám thai tại trạm y tế xã chỉ với 19,2%, cơ sở y tế tuyến huyện chỉ với 15,5% [62].

Thu nhập của nhân viên y tế tại trạm y tế còn thấp, chưa đáp ứng được nhu cầu cuộc sống. Các chế độ, chính sách đãi ngộ, động viên, khuyến khích nhân viên y tế làm công tác chăm sóc thai sản tại trạm y tế còn nhiều bất cập.

Để giữ chân nhân viên y tế làm công tác chăm sóc sức khỏe sinh sản tại các trạm y tế cần tăng thu nhập, giảm tải một số biểu mẫu báo cáo rườm rà, đầu tư hệ thống máy móc để triển khai các báo cáo điện tử tại trạm y tế.

4.2.2.3. Cơ sở vật chất của tuyến y tế cơ sở

Thực trạng cơ sở vật chất còn tồn tại nhiều vấn đề gây ảnh hưởng, khó khăn cho phụ nữ có thai cũng như ảnh hưởng đến việc thực hiện đúng qui trình khám, sàng lọc chẩn đoán trước sinh. Cơ sở vật chất tại một số trạm y tế xuống cấp, không thu hút được phụ nữ có thai đến trạm y tế để thực hiện các kỹ thuật sàng lọc trước sinh. Để nâng cao cơ sở vật chất phục vụ công tác sàng lọc trước sinh cần ưu tiên từ nguồn ngân sách tỉnh để giải quyết những vấn đề trước mắt cho tuyến y tế cơ sở như thu hút bác sĩ về công tác, xây dựng và sửa chữa cơ sở vật chất.

Về cơ sở làm việc, theo tiêu chuẩn, trung bình mỗi trạm y tế xã/phường cần có 9 phòng chức năng, trong đó có khoảng 3 phòng dành cho chăm sóc sức khỏe sinh sản. Các phòng cung ứng dịch vụ sàng lọc trước sinh tại trạm y tế gồm phòng khám thai, phòng khám phụ khoa, phòng kỹ thuật KHHGĐ, phòng sanh, phòng nằm của sản phụ, phòng/góc truyền thông tư vấn sức khỏe sinh sản. Đa phần các trạm y tế đều chưa bố trí được các phòng làm việc riêng, trạm y tế phải lồng ghép chung phòng chuyên môn chuyên ngành với phòng chuyên môn chung đã phần nào có ảnh hưởng đến hoạt động chăm sóc sức khỏe sinh sản tại cơ sở. Tương tự, nghiên cứu của Phạm Ngọc Hưng (2017) tại Bệnh viện Phụ Sản Hà Nội, tất cả các phòng ốc chỉ đạt diện tích tối thiểu, khu vực tiếp đón, khu vực chờ khám, phòng siêu âm hội chẩn chật hẹp không có chỗ ngồi, khu vệ sinh bệnh nhân không được vệ sinh thường xuyên là những yếu tố ảnh hưởng đến chất lượng dịch vụ sàng lọc chẩn đoán trước sinh [28].

4.2.2.4 Trang thiết bị, thuốc thiết yếu cung ứng dịch vụ sàng lọc trước sinh

Trang thiết bị thiết yếu cung ứng dịch vụ sàng lọc trước sinh gồm bộ đỡ đẻ, bộ khâu cắt tầng sinh môn, bộ kiểm tra cổ tử cung, bộ hồi sức sơ sinh, bộ tháo đặt dụng cụ tử cung, bộ khám phụ khoa, bộ bơm hút Karman 1 van, bàn đẻ. Trang thiết bị cung ứng dịch vụ sàng lọc trước sinh tại các trạm y tế cần được đầu tư, cung cấp bảo đảm theo chuẩn về trang thiết bị. Hiện nay, trang thiết bị y tế phục vụ sàng lọc trước sinh tại các đơn vị y tế trong toàn tỉnh còn thiếu như: máy siêu âm màu 3D tốc độ cao, máy xét nghiệm sinh hóa máu... Hiện chương trình sàng lọc chủ yếu được

thực hiện ở một số đơn vị y tế tuyến tỉnh, bệnh viện tuyến huyện và các cơ sở y tế đã được chuyển giao kỹ thuật. Hầu hết các cơ sở y tế tuyến huyện triển khai kỹ thuật sàng lọc trước sinh chủ yếu là siêu âm, xét nghiệm công thức máu bình thường. Nghiên cứu của Nguyễn Thanh Hòa và cộng sự (2023) tại các trạm y tế vùng biên giới Tây Nam bộ tỉnh Đồng Tháp, chỉ có 3/16 trạm y tế (chiếm 18,8%) đảm bảo đầy đủ trang thiết bị để thực hiện tốt các nhiệm vụ được giao; nhân viên y tế có khả năng sử dụng các trang thiết bị y tế được cấp và 43,8% trạm y tế xã có đủ thuốc chữa bệnh, thuốc chống sóc và thuốc cấp cứu thông thường; quản lý thuốc theo đúng quy định [26].

4.2.2.5 Quản lý các dịch vụ chăm sóc sức khỏe sinh sản thiết yếu

Tại tỉnh Bình Dương, các trung tâm y tế huyện, thị xã, thành phố, các trạm y tế chỉ siêu âm kiểm tra thai nhi, không thực hiện dịch vụ xét nghiệm máu cho phụ nữ có thai trước sinh cũng như trẻ sơ sinh. Phụ nữ có thai muốn làm xét nghiệm sàng lọc trước sinh đều phải đến các bệnh viện.

Tình trạng khó khăn về cơ sở vật chất, trang thiết bị y tế phục vụ công tác sàng lọc trước sinh và nhân lực, đa phần các trạm y tế mới chỉ thực hiện được các dịch vụ chăm sóc sức khỏe sinh sản thiết yếu như tiêm truyền kháng sinh, hỗ trợ đẻ đường dưới, đặt dụng cụ tử cung, tiêm thuốc tránh thai, khám phụ khoa, điều trị bệnh phụ khoa, tháo vòng tránh thai.

Một số mẫu số chưa đúng theo mẫu và cần ghi chép theo đúng hướng dẫn của thông tư 37, cần phát hiện sớm phụ nữ mang thai để chăm sóc và quản lý kịp thời.

Chương trình sàng lọc trước sinh cần được các cấp quan tâm, xây dựng thành một hệ thống thường quy trong chăm sóc thai kỳ.

4.2.2.6 Truyền thông, tư vấn nâng cao kiến thức, thái độ, thực hành của phụ nữ mang thai về sàng lọc trước sinh

Truyền thông, tư vấn sàng lọc trước sinh giúp tăng tỷ lệ phụ nữ có thai tham gia thực hiện SLTS, từ đó giúp giảm thiểu được gánh nặng cho gia đình, xã hội và nâng cao chất lượng dân số. Nghiên cứu của Đỗ Thị Hồng Hải (2022) tại Bệnh viện Phụ Sản Hà Nội, kết quả cho thấy việc tự tìm hiểu thông tin về sàng lọc trước sinh

qua các nguồn thông tin không chính thống là yếu tố dẫn đến kiến thức của phụ nữ có thai chưa cao [23]. Theo Đỗ Thị Hồng Hải (2022), đa số phụ nữ có thai biết đến các thông tin về sàng lọc, chẩn đoán trước sinh từ kinh nghiệm bản thân và từ người quen với 89,7%, tiếp đến là từ mạng xã hội và internet với 47,4%, một phần nhỏ thừa nhận tìm hiểu qua y tế địa phương, bệnh viện với 36,6% và báo đài, tivi với 24,9% [23]. Nghiên cứu của Phạm Lê Sỹ Cường (2016) tại 2 Trung tâm chẩn đoán trước sinh ở Việt Nam, kết quả cho thấy chỉ có 3% phụ nữ có thai được tư vấn tại trạm y tế xã, 2% phụ nữ có thai được tư vấn bởi cộng tác viên dân số. Nguyên nhân là do NVYT tại các trạm y tế, cộng tác viên dân số có kiến thức chưa đủ, chưa chú trọng về vấn đề sàng lọc trước sinh, cũng như uy tín của trạm y tế đối với phụ nữ có thai [19].

Trong nghiên cứu của chúng tôi, qua kết quả thảo luận nhóm cho thấy các trạm y tế cần đẩy mạnh công tác phát hiện sớm phụ nữ mang thai để kịp thời tuyên truyền, tư vấn về chăm sóc sức khỏe sinh sản, sàng lọc trước sinh. Đối tượng được truyền thông là tất cả phụ nữ trong độ tuổi sinh đẻ; trong đó, phụ nữ có thai từ 35 tuổi trở lên, phụ nữ có tiền sử sảy thai tự nhiên, thai chết lưu hoặc có con chết sớm sau sinh, cặp vợ chồng kết hôn cận huyết, phụ nữ có thai thường xuyên tiếp xúc với môi trường độc hại, tiền sử gia đình có người mắc các dị tật hoặc bệnh di truyền. Cần linh hoạt tổ chức các hoạt động truyền thông nâng cao kiến thức, thái độ, thực hành về sàng lọc trước sinh của phụ nữ mang thai.

4.3 KẾT QUẢ CAN THIỆP NÂNG CAO KIẾN THỨC, THÁI ĐỘ, THỰC HÀNH CỦA PHỤ NỮ CÓ THAI VÀ NĂNG LỰC CUNG CẤP DỊCH VỤ SÀNG LỌC TRƯỚC SINH TẠI Y TẾ CƠ SỞ TỈNH BÌNH DƯƠNG

Qua nghiên cứu thực trạng kiến thức, thái độ, thực hành về sàng lọc trước sinh của phụ nữ có thai; Thực trạng cung cấp dịch vụ sàng lọc trước sinh và một số yếu tố ảnh hưởng tại tuyến y tế cơ sở tại tỉnh Bình Dương, chúng tôi nhận thấy có rất nhiều vấn đề liên quan đến thực hành sàng lọc trước sinh của phụ nữ có thai. Để đạt được hiệu quả can thiệp tốt nhất chúng tôi đưa ra mô hình can thiệp dựa vào vai trò của cộng đồng, tuyến y tế cơ sở theo các nhóm giải pháp can thiệp bao gồm:

- (1) Tổ chức xây dựng ban hành văn bản chỉ đạo điều hành, kế hoạch hoạt động.
- (2) Nâng cao năng lực cho NVYT tuyến y tế cơ sở về kỹ năng truyền thông, kỹ năng sàng lọc trước sinh.
- (3) Truyền thông về sàng lọc trước sinh cho phụ nữ có thai nhằm nâng cao kiến thức, thái độ và thực hành tốt về sàng lọc trước sinh tại 91 trạm y tế xã; Triển khai mô hình truyền thông thích ứng xã hội trong sàng lọc trước sinh cho bà mẹ (zalo, fb, SMS...)
- (4) Tổ chức tư vấn bà mẹ tại TYT và điện thoại, mạng xã hội (thay thế mô hình vãng gia)
- (5) Giám sát cộng đồng
- (6) Đầu tư cơ sở vật chất trang thiết bị cho y tế cơ sở.

4.3.1 Kết quả can thiệp nâng cao năng lực cung ứng dịch vụ sàng lọc trước sinh tại tuyến y tế cơ sở, tỉnh Bình Dương

Trên cơ sở dữ liệu thu được từ điều tra ban đầu kể cả định lượng và định tính, tìm ra những điểm trống về kiến thức, thái độ, thực hành của phụ nữ có thai tại địa bàn nghiên cứu chúng tôi đã xây dựng nội dung can thiệp bao gồm một hệ thống kiến thức về sàng lọc trước sinh và những kỹ thuật thực hành tư vấn sàng lọc trước sinh dựa trên những tài liệu của Đảng, Chính Phủ, Bộ Y tế Việt Nam, Tổ Chức Y tế thế giới... ban hành. Giải đáp, làm rõ các vấn đề khi NVYT đề xuất. Thực hiện

phân loại đối tượng theo trình độ khi tập huấn kiến thức, tiến hành hướng dẫn thực hành theo hình thức đóng vai và cầm tay chỉ việc tại TYT. Qua đó, công tác đào tạo cung ứng dịch vụ sàng lọc trước sinh, tỷ lệ nhân viên y tế được đào tạo tại các Trung tâm Y tế tăng từ 54,3% lên 65,8%, sự khác nhau không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$), các Trạm y tế tăng từ 20,8% lên 28,3% ($p < 0,05$).

Về cơ sở vật chất cung ứng dịch vụ sàng lọc trước sinh, đầy đủ các phòng tại các Trung tâm Y tế tăng từ 77,8% lên 88,9%, các Trạm y tế tăng từ 69,2% lên 76,9%. Tuy nhiên các sự khác nhau này đều không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$). Về cung ứng nước sạch và vệ sinh môi trường, đáp ứng đủ 6 tiêu chí tại các Trung tâm Y tế tăng từ 88,9% lên 100% ($p < 0,05$), các Trạm y tế tăng từ 59,3% lên 82,4% ($p < 0,05$). Về trang thiết bị y tế thiết yếu cung ứng dịch vụ sàng lọc trước sinh, các Trung tâm Y tế có đầy đủ 9 khoản tăng từ 22,2% lên 44,4%, các Trạm y tế có đầy đủ cả 8 khoản tăng từ 72% lên 82% ($p < 0,05$). Về các dịch vụ chăm sóc sức khỏe sinh sản thiết yếu được cung ứng, các Trung tâm Y tế thực hiện đầy đủ các kỹ thuật tăng từ 0% lên 3%, các Trạm y tế thực hiện đầy đủ các kỹ thuật tăng từ 26,4% lên 56,0%.

4.3.2 Kết quả can thiệp nâng cao kiến thức, thái độ, thực hành của phụ nữ có thai tại tỉnh Bình Dương

4.3.2.1 Hiệu quả can thiệp nâng cao kiến thức của phụ nữ có thai về sàng lọc trước sinh tại tuyến y tế cơ sở, tỉnh Bình Dương, 2019- 2022

Trước can thiệp, tỷ lệ phụ nữ có thai có kiến thức chung đúng về sàng lọc trước sinh trong nghiên cứu của chúng tôi là **22.9%**. Kết quả này thấp hơn so với nghiên cứu của Nguyễn Thị Phương Tâm (2013) tại huyện Thủ Thừa, tỉnh Long An với tỷ lệ kiến thức chung đúng đạt 48,4% [41], nghiên cứu của Trần Thị Mộng Tuyền và cộng sự (2022) tại huyện Thủ Thừa tỉnh Long An với tỷ lệ kiến thức đúng đạt 53,3% [58]. Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy đa phần phụ nữ có thai ít được tiếp cận các thông tin về sàng lọc trước sinh đầy đủ hơn thông qua các phương tiện truyền thông như nhân viên y tế, báo đài, tivi. Tại các vùng nông thôn, vùng núi tỷ lệ phụ nữ có thai có kiến thức đúng về sàng lọc trước sinh còn thấp do truyền thông

chưa tốt, phụ nữ có thai chưa nhận thức đúng về sàng lọc trước sinh. Nghiên cứu của Phạm Thu Huyền và cộng sự (2018) tại Bình Thuận đã cho thấy những phụ nữ có thai sinh sống tại thành phố có tỷ lệ kiến thức đúng về sàng lọc trước sinh cao hơn so với những phụ nữ có thai sinh sống tại các huyện [29]. Sau can thiệp, tỷ lệ phụ nữ có thai có kiến thức đúng về sàng lọc trước sinh tăng từ 47,3% lên 73,8% ($p < 0,001$; CSHQ = 56,3%).

Sau can thiệp, kiến thức về sàng lọc trước sinh của phụ nữ có thai đến khám thai tại tuyến y tế cơ sở, tỉnh Bình Dương gia tăng từ 47,3% lên 73,8%. Điều này cho thấy hiệu quả của việc tăng cường tổ chức tập huấn các kiến thức về sức khỏe sinh sản nói chung và sàng lọc trước sinh nói riêng cho nhân viên y tế tuyến cơ sở và mạng lưới cộng tác viên dân số tại địa phương; Hiệu quả của việc tăng cường truyền thông chăm sóc tiền sản cho phụ nữ có thai (zalo, facebook, tin nhắn SMS) và tư vấn sàng lọc trước sinh tại các trạm y tế.

4.3.2.2 Hiệu quả can thiệp nâng cao thái độ của phụ nữ có thai về sàng lọc trước sinh tại tuyến y tế cơ sở, tỉnh Bình Dương, 2019- 2022

Trước can thiệp, tỷ lệ phụ nữ có thai có thái độ tích cực về sàng lọc trước sinh trong nghiên cứu của chúng tôi là 63,2%. Kết quả này thấp hơn so với nghiên cứu của Nguyễn Thị Phương Tâm (2013) tại huyện Thủ Thừa với thái độ tích cực đạt 88,7% [41], nghiên cứu của Hoàng Thị Thu Hoài (2020) tại huyện Krông Buk tỉnh Đắk Lắk với thái độ tích cực đạt gần 90% (86 – 88% thể hiện sự tích cực) [25], nghiên cứu của Đỗ Thị Nhiên (2021) tại thành phố Buôn Ma Thuột, tỉnh Đắk Lắk với thái độ tích cực đạt 81,8% [37], nghiên cứu của Pop-Tudose M.E. và cộng sự (2018) tại Romania với thái độ tích cực đạt 78,9% [91]. Sự khác biệt có thể bắt nguồn từ văn hóa tín ngưỡng, vùng miền địa phương và tâm lý của phụ nữ có thai ở các quốc gia, khu vực sinh sống khác nhau. Thái độ tích cực về sàng lọc trước sinh trong nghiên cứu của chúng tôi chưa cao do việc thực hiện các xét nghiệm sàng lọc trước sinh có thể chịu ảnh hưởng bởi nhiều yếu tố dẫn đến sai sót, nhiều trường hợp kết quả chẩn đoán ban đầu thiếu chính xác, mang đến tâm trạng lo âu buồn bã, làm tăng mức độ áp lực tâm lý của sản phụ. Sau can thiệp, mức độ tin tưởng của phụ nữ

đến khám thai tại tuyến y tế cơ sở, tỉnh Bình Dương với các xét nghiệm sàng lọc trước sinh tăng lên do kiến thức đúng của phụ nữ có thai về sàng lọc trước sinh gia tăng từ 47,3% lên 73,8% nên cũng ảnh hưởng đến thái độ về thực hiện sàng lọc trước sinh.

4.3.2.3 Hiệu quả can thiệp nâng cao thực hành của phụ nữ có thai về sàng lọc trước sinh tại tuyến y tế cơ sở, tỉnh Bình Dương, 2019- 2022

Trước can thiệp, tỷ lệ phụ nữ có thai có thực hành chung đúng về sàng lọc trước sinh trong nghiên cứu của chúng tôi là 38,2%. Kết quả này thấp hơn so với nghiên cứu của Võ Ngọc Minh Thu (2019) tại phòng khám Sản phụ khoa – Kế hoạch hóa gia đình tỉnh Long An với thực hành chung đúng đạt 88,7% [49]. Điều này có thể lý giải do nghiên cứu của Võ Ngọc Minh Thu được thực hiện tại phòng khám Sản phụ khoa tuyến tỉnh nên đa phần phụ nữ có điều kiện kinh tế, thực hành sàng lọc trước sinh đúng và đủ các xét nghiệm theo hướng dẫn. Nghiên cứu của Salvi M.S. (2020) tại Các Tiểu vương quốc Ả rập Thống nhất cho thấy chỉ có 14,74% phụ nữ có thai có thực hiện xét nghiệm Double test, hai lý do chính khiến phụ nữ có thai từ chối không xét nghiệm Double test là chi phí cao 43,65% và niềm tin tôn giáo 25,39% [94].

Sau can thiệp, thực hành về sàng lọc trước sinh của phụ nữ đến khám thai tại tuyến y tế cơ sở, tỉnh Bình Dương tăng lên do kiến thức và thái độ tích cực của phụ nữ về sàng lọc trước sinh gia tăng nên cũng ảnh hưởng đến thực hành về thực hiện sàng lọc trước sinh. Nghiên cứu của Vũ Văn Hoàn và cộng sự (2017) tại 2 xã huyện Thuận Châu, tỉnh Sơn La, với giải pháp huy động sự tham gia của chính quyền, cộng đồng trong vận động người dân thực hiện các quy định về làm mẹ an toàn, kết quả cho thấy, hiệu quả can thiệp ở các chỉ số đánh giá về thực hành làm mẹ an toàn đều tăng từ 17% đến 35% [27].

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ phụ nữ có thai thực hiện siêu âm sàng lọc tăng từ 75,2% lên 83,3%, xét nghiệm sàng lọc tăng từ 48,4% lên 73,8%. Điều này cho thấy hiệu quả của việc tư vấn thực hành sàng lọc trước sinh tại các trạm y tế. Siêu âm là phương pháp sàng lọc trước sinh đơn giản nên hầu hết phụ nữ có thai

nào cũng thực hiện khi khám thai định kỳ. Đặc biệt, khi thai nhi 11 - 14 tuần tuổi, siêu âm sẽ giúp khảo sát hình dáng thai nhi, đo độ mờ da gáy, phát hiện được các dị tật về hình thái. Tuy nhiên, phương pháp này không giúp sàng lọc chính xác và đầy đủ dị tật thai nhi gặp phải. Vì vậy, phụ nữ có thai được tư vấn thực hiện kết hợp xét nghiệm máu Double test và Triple test nhằm kiểm tra nguy cơ thai nhi bị bất thường nhiễm sắc thể.

4.4 MỘT SỐ ĐÓNG GÓP VÀ HẠN CHẾ CỦA NGHIÊN CỨU

4.4.1 Tính khoa học và thực tiễn

Việc tăng cường tỷ lệ phụ nữ có thai tham gia vào chương trình sàng lọc trước sinh góp phần giúp những trẻ sơ sinh khỏe mạnh, nâng cao chất lượng dân số, làm giảm chi phí xã hội, gánh nặng ngân sách y tế cho việc điều trị. Nghiên cứu có giá trị thực tiễn mô tả thực trạng kiến thức, thái độ, thực hành của phụ nữ có thai về sàng lọc trước sinh tại tỉnh Bình Dương, năm 2018. Mô tả thực trạng cung cấp dịch vụ sàng lọc trước sinh và một số yếu tố ảnh hưởng tại tuyến y tế cơ sở tại tỉnh Bình Dương, năm 2018. Đánh giá kết quả can thiệp nâng cao kiến thức, thái độ, thực hành của phụ nữ có thai và năng lực cung cấp dịch vụ sàng lọc trước sinh tại y tế cơ sở tỉnh Bình Dương, 2019 – 2022 bằng phương pháp truyền thông tư vấn cộng đồng. Nghiên cứu góp phần cung cấp các thông tin và bằng chứng cho quá trình xây dựng và hoàn thiện hệ thống chính sách và thực hiện các can thiệp nâng cao sức khoẻ sinh sản.

Nghiên cứu cho thấy tỷ lệ phụ nữ có thai có kiến thức chung đúng về sàng lọc trước sinh là 41,8%, thái độ tích cực về sàng lọc trước sinh là 65,6%, thực hành chung đúng về sàng lọc trước sinh là 32,1%. Với kết quả này cho thấy nhu cầu nâng cao kiến thức chuyển đổi thực hành về sàng lọc trước sinh ở phụ nữ có thai tại tỉnh Bình Dương còn rất cao, nhiệm vụ chăm sóc sức khoẻ sinh sản phụ nữ có thai nói riêng và phụ nữ tuổi sinh đẻ nói chung còn rất nặng nề và mất nhiều thời gian. Bên cạnh đó, năng lực cung ứng dịch vụ sàng lọc trước sinh tại tuyến y tế cơ sở còn hạn chế (chưa đủ nguồn lực và cơ sở vật chất để thực hiện khám sàng lọc trước sinh). Vì vậy, cần có những biện pháp linh hoạt tổ chức các hoạt động truyền thông nâng cao

kiến thức của phụ nữ tuổi sinh đẻ về sàng lọc trước sinh, quản lý phát hiện sớm những phụ nữ có thai tại tuyến y tế cơ sở để chăm sóc và vận động tham gia sàng lọc trước sinh. Quy trình nghiên cứu được tuân thủ từ việc xác định những yếu tố liên quan đến kiến thức, thực hành về sàng lọc trước sinh của phụ nữ có thai, sau đó phân tích và đưa ra năm biện pháp can thiệp chính.

Nghiên cứu đã cho thấy hiệu quả của can thiệp phối hợp giữa nâng cao năng lực cung ứng dịch vụ sàng lọc trước sinh và can thiệp truyền thông tăng cường kiến thức và thực hành về sàng lọc trước sinh. Chỉ số hiệu quả chung cho phần kiến thức là 56,3%, chỉ số hiệu quả chung cho phần thái độ là 27,4% và chỉ số hiệu quả chung cho phần thực hành là 77,6%. Kết quả này cho thấy các can thiệp là xứng đáng để triển khai bởi những tác động rõ trên kiến thức và thực hành về sàng lọc trước sinh của phụ nữ có thai.

Mô hình can thiệp được phụ nữ có thai, nhân viên y tế, lãnh đạo các Trung tâm Y tế, lãnh đạo các Trạm y tế chấp nhận tham gia, có tính khả thi khi nhân rộng và bền vững, đáp ứng được mục tiêu của Chính phủ về Chương trình mở rộng tầm soát, chẩn đoán, điều trị một số bệnh, tật trước sinh và sơ sinh đến năm 2030. Phát huy được chức năng, nhiệm vụ của tuyến y tế cơ sở, góp phần tăng khả năng tiếp cận của phụ nữ có thai đối với dịch vụ sàng lọc trước sinh ngay tại cơ sở, bảo đảm công bằng trong chăm sóc sức khỏe và giảm thấp nhất chi phí chăm sóc sức khỏe sinh sản, sàng lọc trước sinh cho phụ nữ.

4.4.2 Điểm mới của đề tài

Vận dụng sự chỉ đạo của cơ quan quản lý là Ủy ban nhân dân tỉnh, Sở Y tế, Ủy ban nhân dân huyện ban hành kế hoạch thực hiện đã tạo thuận lợi rất lớn trong triển khai và mang lại tính hiệu quả của đề tài.

Xác định được tỷ lệ phụ nữ có thai có kiến thức đúng, thái độ tích cực, thực hành đúng về sàng lọc trước sinh tại tỉnh Bình Dương.

Xác định được các yếu tố ảnh hưởng đến cung ứng dịch vụ sàng lọc trước sinh tại tuyến y tế cơ sở, tỉnh Bình Dương.

Chúng tôi nhận thấy tầm quan trọng của việc tổ chức các hoạt động truyền thông nâng cao kiến thức, thái độ, thực hành của phụ nữ có thai về sàng lọc trước sinh, quản lý phát hiện sớm những phụ nữ có thai tại tuyến y tế cơ sở để chăm sóc và vận động tham gia sàng lọc trước sinh.

Mô hình can thiệp phối hợp giữa nâng cao năng lực cung ứng dịch vụ sàng lọc trước sinh và can thiệp truyền thông thích ứng xã hội trong sàng lọc trước sinh cho phụ nữ có thai (zalo, facebook, tin nhắn SMS...) và đánh giá được hiệu quả can thiệp bằng phương pháp truyền thông nâng cao kiến thức, thái độ, thực hành về sàng lọc trước sinh.

Năng lực chuyên môn của tuyến y tế cơ sở là vô cùng quan trọng trong nâng cao năng lực dịch vụ sàng lọc dị tật bẩm sinh.

Với những can thiệp như trên việc duy trì các hoạt động sau can thiệp là rất khả quan vì chủ yếu các hoạt động dựa vào nguồn lực sẵn có tại địa phương đặc biệt đã nhận được sự đồng thuận của lãnh đạo các cấp ngành y tế, sự ủng hộ, nhiệt tình của những người tham gia vào chương trình can thiệp.

4.4.3 Hạn chế của đề tài

Nghiên cứu của chúng tôi tiến hành tại 9 Trung tâm Y tế và 91 Trạm y tế xã tại tỉnh Bình Dương do đó không tránh khỏi những hạn chế:

Đầu tiên, nghiên cứu chỉ tiến hành trên phạm vi tỉnh Bình Dương và đối tượng đích nghiên cứu là phụ nữ có thai nên chưa thể khái quát và đại diện một cách chính xác cho các tỉnh khác trong cả nước. Số đối tượng tham gia điều tra trước và sau can thiệp không hoàn toàn đồng nhất. Tuy nhiên, nghiên cứu này có thể tham khảo cho các nghiên cứu tương tự để thực hiện ở các địa phương khác nhằm tìm ra biện pháp can thiệp thích hợp nâng cao năng lực sàng lọc trước sinh và kiến thức, thái độ, thực hành về sàng lọc trước sinh của phụ nữ tuổi sinh đẻ (15 – 49 tuổi).

Nghiên cứu của chúng tôi cũng chưa chia được theo nhóm tuổi thai/tuổi mẹ để có đánh giá sát hơn các nhóm đối tượng, giúp nâng cao hiệu quả can thiệp.

Cần có những nghiên cứu thực hiện trên đối tượng là các cặp vợ chồng, những người có nhu cầu sử dụng các dịch vụ sàng lọc trước sinh có chất lượng, phù hợp

tâm lý, khả năng của bản thân và gia đình, bảo đảm sự bình đẳng, bền vững trong việc chăm sóc sức khỏe cho người dân.

Về mẫu can thiệp, do nghiên cứu trong đúng thời điểm dịch Covid-19 bùng phát nghiêm trọng, nên đã ảnh hưởng rất nhiều đến hoạt động can thiệp và kết quả nghiên cứu.

Nghiên cứu chưa đề cập đến hệ thống y tế tư nhân, y tế tư nhân hiện nay được khách hàng lựa chọn thực hiện dịch vụ chăm sóc sức khỏe sinh sản ngày càng nhiều, và hệ thống y tế tư nhân cũng đã cung cấp được các dịch vụ sàng lọc trước sinh.

KẾT LUẬN

1. Thực trạng kiến thức, thái độ thực hành về sàng lọc trước sinh của phụ nữ có thai trên địa bàn tỉnh Bình Dương, năm 2018

Tỷ lệ phụ nữ có thai có kiến thức chung đúng về sàng lọc trước sinh là 41,8%, thái độ tích cực về sàng lọc trước sinh là 65,6%, thực hành chung đúng về sàng lọc trước sinh là 32,1%.

Một số yếu tố liên quan đến kiến thức của phụ nữ có thai về sàng lọc trước sinh ($p < 0,05$): nơi ở, nghề nghiệp của phụ nữ có thai, trình độ học vấn, số lần mang thai.

Một số yếu tố liên quan đến thực hành của phụ nữ có thai về sàng lọc trước sinh ($p < 0,05$): trình độ học vấn, kiến thức và thái độ về sàng lọc trước sinh, tham gia lớp học tiền sản, khám thai đúng lịch, siêu âm đúng lịch, tiếp xúc với môi trường độc hại.

2. Thực trạng cung cấp dịch vụ sàng lọc trước sinh và một số yếu tố ảnh hưởng tại tuyến y tế cơ sở tại tỉnh Bình Dương, năm 2018

Thực trạng cung cấp dịch vụ sàng lọc trước sinh tại tuyến y tế cơ sở

Về trình độ chuyên môn, tổng số nhân viên y tế tại Trung tâm Y tế là 57 người, nữ hộ sinh có số lượng lớn nhất (25/57), bác sĩ (12/57), 100% y sĩ có chuyên khoa Sản Nhi. Tại Trạm y tế là 390 người, số lượng y sĩ lớn nhất (150/390) và không có kỹ thuật viên xét nghiệm, y sĩ có chuyên khoa Sản Nhi là 83,2%.

Về đào tạo cung ứng dịch vụ sàng lọc trước sinh, 54,3% cán bộ được đào tạo tại Trung tâm Y tế, 20,8% cán bộ được đào tạo tại Trạm y tế.

Về cơ sở vật chất, 88,9% Trung tâm Y tế và 59,3% Trạm y tế có đầy đủ các phòng cung ứng dịch vụ sàng lọc trước sinh.

Về trang thiết bị y tế cung ứng dịch vụ sàng lọc trước sinh, 22,2% Trung tâm Y tế và 79,1% Trạm y tế được trang bị đầy đủ các trang thiết bị y tế thiết yếu.

Một số yếu tố ảnh hưởng đến cung ứng dịch vụ sàng lọc trước sinh

Đặc điểm của phụ nữ có thai: Kinh tế gia đình thấp nên phụ nữ có thai thường/ít không đi khám thai, siêu âm; Thiếu kiến thức về sàng lọc trước sinh.

Nhân lực cung ứng dịch vụ sàng lọc trước sinh: Thiếu nhân lực, trình độ nhân viên y tế yếu chưa tạo được sự tin tưởng với người dân; Đào tạo, tập huấn các kỹ năng cơ bản về chăm sóc sức khỏe sinh sản chưa cao; Các chế độ, chính sách đãi ngộ, động viên, khuyến khích nhân viên y tế làm công tác chăm sóc thai sản tại trạm y tế còn nhiều bất cập.

Cơ sở vật chất và trang thiết bị y tế của tuyến y tế cơ sở: Đa phần các trạm y tế chưa bố trí được các phòng làm việc riêng, phải lồng ghép chung phòng chuyên môn chuyên ngành; Thiếu trang thiết bị phục vụ chăm sóc sức khỏe sinh sản.

Quản lý các dịch vụ chăm sóc sức khỏe sinh sản thiết yếu: Một số mẫu sổ chưa đúng theo mẫu và cần ghi chép theo đúng hướng dẫn; Mạng lưới cộng tác viên chưa tích cực phát hiện sớm phụ nữ mang thai để chăm sóc và quản lý kịp thời; Hệ thống sàng lọc trước sinh chưa được đầu tư đúng mức, hoạt động còn rời rạc.

Truyền thông nâng cao kiến thức, thái độ, thực hành về sàng lọc trước sinh: Chưa linh hoạt tổ chức các hoạt động truyền thông.

3. Đánh giá kết quả can thiệp năng lực cung cấp dịch vụ sàng lọc trước sinh và nâng cao kiến thức, thái độ, thực hành của phụ nữ có thai và tại y tế cơ sở tỉnh Bình Dương, 2019 – 2022

Kết quả can thiệp năng lực cung cấp dịch vụ sàng lọc trước sinh tại y tế cơ sở tỉnh Bình Dương: Về đào tạo cung ứng dịch vụ sàng lọc trước sinh, tỷ lệ nhân viên y tế được đào tạo tại các Trung tâm Y tế tăng từ 54,3% lên 65,8%, sự khác nhau không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$), các Trạm y tế tăng từ 20,8% lên 28,3% ($p < 0,05$). Về trang thiết y tế thiết yếu cung ứng dịch vụ sàng lọc trước sinh, các Trung tâm Y tế có đầy đủ 9 khoản tăng từ 22,2% lên 44,4%, các Trạm y tế có đầy đủ cả 8 khoản tăng từ 72% lên 82% ($p < 0,05$).

Kết quả can thiệp kiến thức, thái độ, thực hành về sàng lọc trước sinh của phụ nữ có thai: Tỷ lệ phụ nữ có thai có kiến thức đúng về sàng lọc trước sinh tăng từ 47,3% lên 73,8% ($p < 0,05$; CSHQ = 56,3%), thái độ tích cực về sàng lọc trước sinh tăng từ 63,2% lên 80,7% ($p < 0,05$; CSHQ = 27,4%), thực hành đúng về sàng lọc trước sinh tăng từ 38,2% lên 67,9% ($p < 0,05$; CSHQ = 77,6%).

KIẾN NGHỊ

Kiến nghị cho phụ nữ mang thai

Phụ nữ mang thai cần chủ động khám thai định kỳ ít nhất 4 lần trong ba giai đoạn của thai kỳ tại cơ sở y tế để được quản lý, theo dõi sức khỏe của mẹ và thai nhi và được tư vấn về sàng lọc trước sinh; Cần tiêm phòng đầy đủ theo hướng dẫn của nhân viên y tế để phòng bệnh. Tham gia chặt chẽ chương trình quản lý thai tại Trạm Y tế địa phương, thực hiện tốt công tác cập nhật kiến thức, thái độ, hành vi đúng để có thai kỳ khỏe mạnh và hạn chế tối đa trẻ sinh ra bị mắc các dị tật bẩm sinh. Tránh các yếu tố nguy cơ ảnh hưởng đến sức khỏe thai kỳ.

Kiến nghị cho các Trạm y tế

Tăng cường rà soát, quản lý và theo dõi phụ nữ có thai để hướng dẫn và khuyến khích họ tham gia sàng lọc trước sinh. Chú trọng đối tượng công nhân trong các cụm công nghiệp và phụ nữ có thai có thu nhập thấp.

Đẩy mạnh công tác truyền thông để nâng cao nhận thức cho phụ nữ có thai về sàng lọc trước sinh bằng nhiều hình thức khác nhau; chú trọng truyền thông thích ứng qua mạng xã hội (zalo, facebook, viber,...); đặc biệt là đưa phụ nữ mang thai vào nhóm tư vấn do cán bộ y tế phụ trách chương trình quản lý đã mang lại hiệu quả rất cao.

Mạng lưới chuyên trách, cộng tác viên dân số cơ sở cần đẩy mạnh công tác tuyên truyền, xem xét tư vấn qua điện thoại thay thế công tác vãng gia truyền thống đối với gia đình cho phụ nữ có thai, phụ nữ trong độ tuổi sinh đẻ về mục đích, ý nghĩa, quy trình của sàng lọc trước sinh.

Thường xuyên cập nhật kiến thức cho mạng lưới, đầu tư cơ sở vật chất đảm bảo đủ điều kiện triển khai danh mục kỹ thuật chuyên môn theo phân tuyến.

Kiến nghị cho các Trung tâm Y tế

Tăng cường công tác tập huấn truyền thông, tư vấn, quản lý đối tượng cho đội ngũ cộng tác viên, cán bộ chuyên trách dân số, y tế tại địa phương.

Phối hợp với các đơn vị chuyên môn xây dựng, nhân bản và cung cấp các sản phẩm truyền thông về nội dung sàng lọc trước sinh. Cần chú trọng hình thức, nội

dung, cách thể hiện phù hợp với các nhóm dân số đặc thù, khó tiếp cận ở các vùng khó khăn, đa dạng hóa các sản phẩm truyền thông.

Xây dựng kế hoạch dài hạn để thực hiện danh mục kỹ thuật chuyên môn liên quan đến sàng lọc dị tật bẩm sinh: nhân lực, trang thiết bị, mô hình,... để đảm bảo tính bền vững hướng đến mục tiêu chung của quốc gia.

Kiến nghị cho Sở Y tế tỉnh Bình Dương

Tăng cường việc hướng dẫn, chỉ đạo các hoạt động cụ thể từ tỉnh đến cơ sở, phối hợp chặt chẽ giữa ban quản lý các cấp, cung cấp và trao đổi thông tin về tình hình thực hiện sàng lọc trước sinh. Có cơ chế phối kết hợp trong việc chuyển tuyến khi khám, chẩn đoán, vận chuyển, xét nghiệm sàng lọc phát hiện bệnh; đưa vào chỉ tiêu, kế hoạch thực hiện của ngành y tế.

Tăng cường phân cấp chuyên môn, giao nhiệm vụ,... hướng đến sự chủ động về nguồn lực tại chỗ.

Tham mưu chế độ chính sách hỗ trợ công tác viên và nhân viên y tế tuyến cơ sở thông qua Hội đồng nhân dân tỉnh để tạo nên tính bền vững của chương trình.

-----HẾT-----

TÀI LIỆU THAM KHẢO

TIẾNG VIỆT

1. Ban Chấp hành Trung Ương Đảng (2017), *Nghị quyết số 21-NQ/TW ngày 25 tháng 10 năm 2017 về Hội nghị lần thứ sáu Ban chấp hành Trung Ương khóa XII*, Hà Nội.
2. Ban chấp hành Trung ương Đảng (2017), *Nghị quyết số 21-NQ/TW ngày 25/10/2017 của Ban chấp hành Trung ương Đảng khóa XII về công tác dân số trong tình hình mới*, Hà Nội.
3. Phí Vĩnh Bảo, Lê Thanh Chiến (2023), "Kiến thức về sàng lọc trước sinh và một số yếu tố liên quan của thai phụ tại Bệnh viện Thành phố Thủ Đức năm 2020". *Tạp chí Y học Việt Nam*, Tập 531, Số 2, tr.169-172.
4. Bộ Chính trị (2005), *Nghị quyết số 46/NQ-TW ngày 23/02/2005 về công tác bảo vệ, chăm sóc và nâng cao sức khỏe nhân dân trong tình hình mới*, Hà Nội.
5. Bộ Y tế (2010), *Quyết định số 573/QĐ-BYT ngày 11 tháng 2 năm 2010 về việc ban hành quy trình sàng lọc, chẩn đoán trước sinh và sơ sinh*, Hà Nội
6. Bộ Y tế (2014), *Tài liệu chuyên môn hướng dẫn khám, chữa bệnh tại trạm y tế xã, phường*, NBX. Y học, Hà Nội, tr.89-98.
7. Bộ Y tế (2014), *Quyết định số 4667/QĐ-BYT ngày 07 tháng 11 năm 2014 của Bộ Y tế về việc ban hành bộ tiêu chí quốc gia về y tế xã giai đoạn đến 2020*, Hà Nội
8. Bộ Y tế (2016), *Thông tư số 34/2016/TT-BYT ngày 21 tháng 9 năm 2016 quy định về thăm khám, các quy trình sàng lọc để phát hiện, điều trị, xử trí các bất thường, dị tật của bào thai*, Hà Nội.
9. Bộ Y tế (2016), *Tăng cường y tế cơ sở hướng tới bao phủ chăm sóc sức khỏe toàn dân - Báo cáo chung tổng quan ngành y tế năm 2015*, Hà Nội.
10. Bộ Y tế (2016), *Thông tư số 37/2016/TT-BYT của Bộ Y tế: Hướng dẫn chức năng, nhiệm vụ, quyền hạn và cơ cấu tổ chức của Trung tâm Y tế huyện, quận, thị xã, thành phố thuộc tỉnh, thành phố thuộc thành phố trực thuộc Trung ương*, Hà Nội.

11. Bộ Y tế (2017), *Thông tư số 34/2017/TT-BYT ngày 18/8/2017 của Bộ Y tế hướng dẫn tư vấn, sàng lọc, chẩn đoán, điều trị trước sinh và sơ sinh*, Hà Nội.
12. Bộ Y tế, Quỹ dân số Liên Hợp Quốc tại Việt Nam (2017), *Những rào cản trong tiếp cận các dịch vụ chăm sóc sức khỏe bà mẹ và kế hoạch hóa gia đình của đồng bào dân tộc thiểu số Việt Nam*, tr.82.
13. Bộ Y tế (2017), *Hướng dẫn Quốc gia về các dịch vụ chăm sóc sức khỏe sinh sản (Ban hành kèm theo Quyết định số 4128/QĐ-BYT ngày 29/7/2016 của Bộ trưởng Bộ Y tế)*, Hà Nội.
14. Bộ Y tế (2019), *Thông tư số 30/2019/TT-BYT ngày 03/12/2019 về sửa đổi, bổ sung một số điều của Thông tư số 34/2017/TT-BYT ngày 18/8/2017 của Bộ trưởng Bộ Y tế hướng dẫn tư vấn, sàng lọc, chẩn đoán, điều trị trước sinh và sơ sinh*, Hà Nội.
15. Bộ Y tế (2019), *Chăm sóc sức khỏe ban đầu theo nguyên lý y học gia đình dành cho hộ sinh làm việc tại trạm y tế xã*, tr.169-170.
16. Bộ Y tế (2020), *Công văn số 7375/BYT-TCDS ngày 31 tháng 12 năm 2020 về việc triển khai thực hiện Chương trình mở rộng tầm soát, chẩn đoán, điều trị một số bệnh, tật trước sinh và sơ sinh đến năm 2030*, Hà Nội.
17. Bộ Y tế (2021), *Quyết định số 3845/QĐ-BYT ngày 11 tháng 8 năm 2021 ban hành danh mục một số bệnh, tật bẩm sinh được tầm soát, chẩn đoán, điều trị trước sinh và sơ sinh thuộc gói dịch vụ cơ bản*, Hà Nội.
18. Bộ Y tế (2023), *Quyết định số 1807/QĐ-BYT về Hướng dẫn về chuyên môn kỹ thuật trong sàng lọc, chẩn đoán, điều trị trước sinh và sơ sinh*, Hà Nội.
19. Phạm Lê Sỹ Cường (2016), *Kiến thức, thái độ về sàng lọc, chẩn đoán trước sinh và lựa chọn chọc hút dịch ối của các thai phụ ≥ 35 tuổi có chỉ định chọc hút dịch ối tại 2 Trung tâm chẩn đoán trước sinh ở Việt Nam năm 2016*, Luận văn Thạc sĩ Y tế công cộng, Trường Đại học Y tế công cộng, Hà Nội.
20. Trần Danh Cường, Dương Hồng Chương, Trần Đức Phấn và cộng sự (2017), "Tình hình theo dõi thai sản ở Thanh Khê - Đà Nẵng và Biên Hòa". *Tạp chí Y dược học Quân sự số chuyên đề 2017*, tr.336-342.

21. Võ Văn Đức, Hà Thị Minh Thi, Trương Văn Trí (2010), *Tài liệu tập huấn sàng lọc và chẩn đoán trước sinh*, Trung tâm Sàng lọc - Chẩn đoán trước sinh Trường Đại học Y Dược Huế, tr.3-18.
22. Lê Thị Mai Dung (2019), "So sánh tỷ lệ nguy cơ cao ba tháng đầu và ba tháng giữa thai kỳ trong sàng lọc trước sinh hội chứng Down". *Tạp chí Y học thành phố Hồ Chí Minh*, Tập 23, Số 5, tr.243-250.
23. Đỗ Thị Hồng Hải, Đỗ Thị Thùy Dung (2023), "Thực trạng nhu cầu tư vấn sàng lọc trước sinh của thai phụ tại Bệnh viện Phụ Sản Hà Nội". *Tạp chí Y học Việt Nam*, Tập 522, Số 1, tr.129-133.
24. Nguyễn Thu Hiền, Nguyễn Thu Giang, Đỗ Hà Thanh (2018), "Kết quả sàng lọc trước sinh các dị tật bẩm sinh thường gặp tại Bệnh viện Trung Ương Thái Nguyên". *Tạp chí Khoa học và Công nghệ*, 188 (12), tr.55-59.
25. Hoàng Thị Thu Hoài (2020), *Kiến thức, thái độ và thực hành của phụ nữ mang thai về dự phòng dị tật bẩm sinh tại huyện Krông Buk tỉnh Đắk Lắk năm 2020*, Trường Đại học Y tế công cộng, Hà Nội,
26. Nguyễn Thanh Hoài, Tạ Văn Trâm (2023), "Thực trạng nguồn lực đáp ứng bộ tiêu chí quốc gia về y tế xã tại các trạm y tế vùng biên giới Tây Nam bộ tỉnh Đồng Tháp". *Tạp chí Y học Việt Nam*, Tập 529, Số 2, tr.225-229.
27. 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 Hmông 15-49 tuổi tại 2 xã huyện Thuận Châu, tỉnh Sơn La". *Tạp chí Y học dự phòng*, Tập 27, Số 9, tr.196-203.
28. Phạm Ngọc Hưng (2017), *Đánh giá của khách hàng về chất lượng dịch vụ sàng lọc chẩn đoán trước sinh và một số yếu tố ảnh hưởng tại Bệnh viện Phụ Sản Hà Nội năm 2017*, *Tạp chí Trường Đại học Y tế công cộng*, Hà Nội,
29. Phạm Thu Huyền, Vũ Thị Nhung (2019), "Kiến thức - thái độ - thực hành về sàng lọc trước sinh ở quý 1 và các yếu tố liên quan của thai phụ tại trung tâm chăm sóc sức khỏe sinh sản tỉnh Bình Thuận". *Tạp chí Y học thành phố Hồ Chí Minh*, Tập 23, Số 2, tr.101-108.

30. Ngô Thị Vân Huyền, Hoàng Thị Mai Nga, Nguyễn Thu Trang, Trần Lệ Thu (2021), "Thực trạng kiến thức của thai phụ về dị tật bẩm sinh tại Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên năm 2020". *Tạp chí Trường Đại học Tây Nguyên*, Số 47, tr.93-98.
31. Hoàng Thị Ngọc Lan, Nguyễn Đình Bắc, Phạm Lê Sĩ Cường và cộng sự (2017), "Đánh giá giá trị của các test sàng lọc trước sinh trong ba tháng đầu thai kỳ để phát hiện thai hội chứng DOWN". *Tạp chí Phụ sản*, Tập 15, Số 2, tr.12-17.
32. Phạm Thị Bé Lan, Lê Thanh Tiên, Trương Thị Thu Hiền và cộng sự (2019), "Thực hành về sàng lọc trước sinh của các phụ nữ mang thai đến sinh tại Bệnh viện Sản Nhi Trà Vinh năm 2017 và các yếu tố liên quan". *Tạp chí Y học thành phố Hồ Chí Minh*, Tập 23, Số 2, tr.132-140.
33. Phạm Thị Mỹ Linh, Nguyễn Hữu Trung (2022), "Kiến thức, thái độ, hành vi về tầm soát lệch bội chi ở quý I thai kỳ bằng Comnined test của thai phụ tại Cần Thơ". *Tạp chí Y học thành phố Hồ Chí Minh*, Tập 26, Số 1, tr.85-89.
34. Ngô Viết Lộc, Lê Thị Thanh Huyền (2015), "Kiến thức và thực hành về chăm sóc thai sản tại Huyện Hòa Vang, thành phố Đà Nẵng năm 2015". *Tạp chí Y học thành phố Hồ Chí Minh*, Tập 21, Số 1, tr.49-53.
35. Trần Thị Nga, Nguyễn Văn Hiến, Nguyễn Duy Luật (2018), "Khả năng duy trì hoạt động truyền thông giáo dục sức khỏe của các trạm y tế xã thuộc huyện Bình Lục tỉnh Hà Nam sau can thiệp xây dựng phòng truyền thông giáo dục sức khỏe". *Tạp chí Y học dự phòng*, Tập 28, Số 4, tr.118-123.
36. Nguyễn Viết Nhân (2010), *Tài liệu hướng dẫn sàng lọc trước sinh*, Bộ môn Di truyền, Trường Đại học Y Dược Huế, tr.1-7.
37. Đỗ Thị Nhiên, Đinh Thị Phương Hòa, Lê Minh Thi (2021), "Kiến thức, thái độ của phụ nữ từ 20 - 35 tuổi về dự phòng dị tật bẩm sinh và một số yếu tố liên quan tại thành phố Buôn Ma Thuột tỉnh Đắk Lắk năm 2019". *Tạp chí Khoa học Nghiên cứu Sức khỏe và Phát triển*, Tập 5, Số 6, tr.27-36.
38. Nguyễn Xuân Oanh, Lã Ngọc Quang, Phan Văn Trọng (2016), "Thực trạng sử dụng dịch vụ trước sinh và một số yếu tố liên quan ở các bà mẹ có con dưới

một tuổi tại huyện Tuy Đức, tỉnh Đắk Nông năm 2014". *Tạp chí Y tế công cộng*, Số 40, tr.102-109.

39. Nông Tuấn Phong, Nguyễn Tiến Dũng, Nguyễn Thị Phương Lan (2022), "Thực trạng về số lượng nhân lực tuyến y tế cơ sở cao bằng và các yếu tố ảnh hưởng đến nhân lực năm 2021". *Tạp chí Y học dự phòng*, Tập 32, Số 8, tr.93-101.
40. Sở Y tế Bình Dương (2023) *Báo cáo tổng kết Chương trình Chăm sóc sức khỏe sinh sản - Dự án Cải thiện tình trạng dinh dưỡng trẻ em năm 2022 và Phương hướng nhiệm vụ năm 2023*, Bình Dương
41. Nguyễn Thị Phương Tâm (2013), *Kiến thức , thái độ, thực hành của thai phụ về chương trình sàng lọc trước sinh tại huyện Thủ Thừa, tỉnh Long An năm 2013*, *Tạp chí Y học Thành phố Hồ Chí Minh*,
42. Nguyễn Thị Phương Tâm, Huỳnh Ngọc Vân Anh, Ngô Thị Kim Phụng (2015), "Kiến thức và thực hành của thai phụ về sàng lọc trước sinh tại huyện Thủ Thừa tỉnh Long An". *Tạp chí Y học thành phố Hồ Chí Minh*, Tập 19, Số 1, tr.62-72.
43. Đoàn Kim Thắng (2014), "Nhận thức, thực hành khám sàng lọc trước sinh và sàng lọc sơ sinh của phụ nữ có chồng trong độ tuổi sinh đẻ ở nông thôn Hà Nội". *Tạp chí Xã Hội học*, 3 (127), tr.53-61.
44. Nguyễn Hữu Thắng, Ngô Trí Hiệp, Phùng Thị Hoa, Lê Mạnh Hùng (2015), "Thực trạng nguồn nhân lực y tế công tại huyện Bình Lục tỉnh Hà Nam, năm 2014". *Tạp chí Y học dự phòng*, Tập 25, Số 6, tr.55-60.
45. Lâm Hà Thu, Nguyễn Văn Lơ (2010), "Tỷ lệ thực hành đúng về chăm sóc tiền sản và một số yếu tố liên quan của thai phụ đến khám tại bệnh viện Từ Dũ, TPHCM năm 2009". *Tạp chí Y học thành phố Hồ Chí Minh*, Tập 14, Số 1, tr.330-334.
46. Thủ tướng Chính phủ (2011), *Quyết định số 2013/QĐ-TTG ngày 14/11/2011 của Thủ tướng Chính phủ: Phê duyệt Chiến lược Dân số và Sức khỏe sinh sản Việt Nam giai đoạn 2011 - 2020*, Hà Nội

47. Thủ tướng Chính phủ (2020), *Quyết định số 1999/QĐ-TTg ngày 07 tháng 12 năm 2020 về việc Phê duyệt Chương trình mở rộng tầm soát, chẩn đoán, điều trị một số bệnh, tật trước sinh và sơ sinh đến năm 2030*, Hà Nội
48. Lê Trần Anh Thư, Võ Hồ Quỳnh Như, và cộng sự (2013), "Tầm soát phát hiện thai nhi bị Hội chứng Down ở các bà mẹ mang thai ba tháng đầu tại bệnh viện Hoàn Mỹ Đà Nẵng". *Tạp chí Phụ Sản*, Tập 11, Số 1, tr.16-22.
49. Võ Ngọc Minh Thư (2019), *Kiến thức, thái độ, hành vi của thai phụ về khám sàng lọc trước sinh tại Phòng khám Sản phụ khoa - Kế hoạch hóa gia đình, Trung tâm Kiểm soát bệnh tật tỉnh Long An năm 2019*, Tạp chí HNKH 2019, Đại học Y Dược thành phố Hồ Chí Minh, tr.32-66.
50. Đỗ Thị Thanh Thủy (2005), "Khảo sát giá trị trung vị của Alpha Fetoprotein (AFP) trong huyết thanh của thai phụ ở 3 tháng giữa thai kỳ". *Tạp chí Y học Thành phố Hồ Chí Minh*, Tập 9, Số 1, tr.179-182.
51. Đỗ Thị Thanh Thủy và cộng sự (2007), "Kết quả bước đầu áp dụng sàng lọc và chẩn đoán trước sinh ở 3 tháng giữa thai kỳ nhằm can thiệp sớm các trường hợp dị tật bẩm sinh". *Tạp chí Y học thành phố Hồ Chí Minh*, Tập 11, Số 1, tr.1-6.
52. Nguyễn Văn Tiến, Nguyễn Văn Huy (2015), "Thực trạng kiến thức và thực hành của nhân viên y tế thôn trong chương trình làm mẹ an toàn tại huyện Kiến Xương, tỉnh Thái Bình năm 2014 và một số yếu tố liên quan". *Tạp chí Y học dự phòng*, Tập 25, Số 6, tr.39-47.
53. Tổng cục Thống kê (2010), *Báo cáo hội thảo xây dựng danh mục một số bệnh được khám sàng lọc, chẩn đoán trước sinh và sơ sinh*, Hà Nội
54. Trần Văn Trị (2012), *Kiến thức, thái độ, thực hành của thai phụ về chương trình sàng lọc trước sinh tại 05 quận - huyện thành phố Hồ Chí Minh*, Đại học Y Dược thành phố Hồ Chí Minh, pp.60-84.
55. Trung tâm Sàng lọc - Chẩn đoán trước sinh và sơ sinh (2020), *Các xét nghiệm bạn cần làm khi mang thai*, Bệnh viện Đại học Y Dược Huế, tr.1-2.
56. Ngô Trí Tuấn, Nguyễn Thị Thanh Luyến, Nguyễn Hoàng Long, Dương Đức Thiện, Trần Anh Tuấn (2016), "Khả năng cung ứng dịch vụ chăm sóc trước

- sinh tại trạm y tế xã ở một số vùng/ miền Việt Nam năm 2014". *Tạp chí Y học dự phòng*, Tập 26, Số 7, tr.102-107.
57. Trần Thị Mộng Tuyền (2022), *Kiến thức, thái độ, thực hành về sàng lọc trước sinh của phụ nữ mang thai và các yếu tố liên quan tại huyện Thủ Thừa, tỉnh Long An năm 2022*, Trường Đại học Y tế công cộng, Hà Nội,
58. Trần Thị Mộng Tuyền, Lê Minh Thi (2022), "Kiến thức, thái độ, thực hành về sàng lọc trước sinh của phụ nữ mang thai và các yếu tố liên quan tại huyện Thủ Thừa, tỉnh Long An năm 2022". *Tạp chí Y học Dự phòng*, Tập 32, Số 6, tr.105-115.
59. Đàm Thị Tuyết, Hoàng Minh Nam, Lê Vũ Cương (2020), "Thực trạng nguồn nhân lực Trung tâm Y tế huyện Tân Uyên, tỉnh Lai Châu". *Tạp chí Khoa học và Công nghệ Đại học Thái Nguyên*, Tập 225, Số 1, tr.96-101.
60. Ủy ban Thường vụ Quốc hội (2020), *Nghị quyết số 1110/NQ-UBTVQH14 ngày 09 tháng 12 năm 2020 của Ủy Ban Thường vụ Quốc hội: Về việc thành lập thị trấn Tân Bình thuộc huyện Bắc Tân Uyên, tỉnh Bình Dương*, Hà Nội
61. Ủy ban nhân dân tỉnh Bình Dương (2021), *Kế hoạch số 6281/KH-UBND ngày 06 tháng 12 năm 2021 về việc triển khai thực hiện Chương trình mở rộng tầm soát, chẩn đoán, điều trị một số bệnh, tật trước sinh và sơ sinh đến năm 2030*, Hà Nội
62. Nguyễn Đăng Vững, Nguyễn Hà Giang (2015), "Thực trạng sử dụng một số dịch vụ chăm sóc trước sinh và một số yếu tố liên quan các bà mẹ có con dưới 5 tuổi tại 2 xã ở huyện Duy Tiên, tỉnh Hà Nam, năm 2013". *Tạp chí Y học dự phòng*, Tập 25, Số 6, tr.118-124.
63. Nguyễn Đức Vy (2006), *Mô hình dị tật bẩm sinh và giá trị chẩn đoán thai dị dạng bằng siêu âm tại Bệnh viện Phụ sản Trung Ương*, Báo cáo khoa học tại Hội thảo Quốc Gia định hướng nâng cao chất lượng dân số Việt nam 2006 - 2010, Hà Nội, tháng 8/2006.

TIẾNG ANH

64. ACOG Committee on Practice Bulletins (2007), "ACOG Practice Bulletin No. 77: screening for fetal chromosomal abnormalities". *Obstet Gynecol*, 109 (1), 217-27.
65. Anuwutnavin S., Chanprapaph P., Ruangvutilert P., et al. (2014), "Short-term outcomes after second-trimester genetic amniocentesis in Siriraj Hospital". *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 124 (3), pp.222-225.
66. Ardichvili A., Jondle D., Kowske B. (2010), "Dimensions of ethical business cultures: Comparing data from 13 countries of Europe, Asia, and the Americas". *Human Resource Development International*, 13 (3), pp.299-315.
67. Arif M.O., Fatmi Z., Pardeep B., et al. (2008), "Attitudes and perceptions about prenatal diagnosis and induced abortion among adults of Pakistani population". *Prenat Diagn*, 28 (12), pp.1149-1455.
68. Benn P.A., Clive J.M., Collins R. (1997), "Medians for secondtrimester maternal serum α -fetoprotein, human chorionic gonadotropin and unconjugated estriol; differences between races or ethnic groups". *Clinical Chemistry*, 43 (2), pp.333-337.
69. Bolar K., Hoffman A.R., Maneatis T., et al. (2008), "Long – term safety o recombinant human growth hormone in Turner syndrome". *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, 93 (2), pp.344-351.
70. Boyd P.A., Devigan C., Khoshnood B., et al. (2008), "Survey of prenatal screening policies in Europe for structural malformations and chromosome anomalies, and their impact on detection and termination rates for neural tube defects and Down's syndrome". *Bjog*, 115 (6), 689-96.
71. Breathnach F.M., Malone F.D., Lambert-Messerlian G., et al. (2007), "First – and second – trimester screening: detection of aneuploidies other than Down syndrome". *Obstet Gynecol Ireland*, 110 (3), pp.651-658.
72. Byamugisha R., Ndeezi G., Tumwine J.K., et al. (2006), "Attitudes to routine HIV counselling and testing, and knowledge about prevention of mother to child transmission of HIV in eastern Uganda: a crosssectional survey among

- antenatal attendees". *Journal of the International AIDS Society*, 13 (1), pp.52-63.
73. Case A.P., Ramadhani T.A., Canfield M.A., Wicklund C.A. (2007), "Awareness and Attitudes Regarding Prenatal Testing among Texas Women of Childbearing Age". *National Society of Genetic Counselors*, 16 (5), pp.655-661.
74. Cuckle H., Maymo R. (2016), "Development of prenatal screening--A historical overview". *Semin Perinatol*, 40 (1), pp.12-22.
75. Dairo M.D., Owoyokun K.E. (2010), "Factors affecting the utilization of antenatal care services in Ibadan, Nigeria". *African Journals OnLine*, 12 (1), pp.3-13.
76. Dormandy E., Marteau T.M. (2004), "Uptake of a prenatal screening test: The role of healthcare professionals' attitudes towards the test". *Prenatal diagnosis*, 24 (11), pp.864-868.
77. Ewigman B.G., Crane J.P., Frigoletto F.D., et al. (1993), "Effect of Prenatal Ultrasound Screening on Perinatal Outcome". *The New England Journal of Medicine*, 329, pp.821-827.
78. Grosheide P.M., Wladimiroff J.W., Heijntink R.A., et al. (1995), "Proposal for routine antenatal screening at 14 weeks for hepatitis B surface antigen". *International Journal of Gynecology' & Obstetric*, 53 (3), pp.305-316.
79. Kariminejad M.H., Kariminejad A. (2009), "A review on prenatal screening and diagnosis". *Genetics in the 3rd Millennium*, 7 (1), pp.1558-1566.
80. Kladny B., Williams A., Gupta A., et al. (2011), "Genetic counseling following the detection of hemoglobinopathy trait on the newborn screen is well received, improves knowledge, and relieves anxiety". *Genet Med*, 13 (7), pp.658-661.
81. Kou K.O., Poon C.F., Tse W.C., et al. (2015), "Knowledge and future preference of Chinese women in a major public hospital in Hong Kong after undergoing non-invasive prenatal testing for positive aneuploidy screening: a questionnaire survey". *BMC Pregnancy and Childbirth*, 15 (1), 199.

82. Koumans E.H.A., Rosen J., Dyke M.K.V., et al. (2004), "Prevention of mother-to-child transmission of infections during pregnancy: implementation of recommended interventions, United States, 2003 - 2004". *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 206 (2), pp.1-23.
83. Kwon J.Y., Park I.Y., Park Y.G., et al. (2011), "Korean-specific parameter models for calculating the risk of Down syndrome in the second trimester of pregnancy". 26 (12), pp.1619-1624.
84. Lou S., Petersen O.B., Jorgensen F.S., et al. (2017), "National screening guidelines and developments in prenatal diagnoses and live births of Down syndrome in 1973–2016 in Denmark". *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 97 (2), pp.195-203.
85. Magelssen M., Solberg B., Supphellen M., et al. (2018), "Attitudes to prenatal screening among Norwegian citizens: liberality, ambivalence and sensitivity". *BMC Medical Ethics*, 19 (1), 80.
86. Martin L., Hutton E.K., Spelten E.R., et al. (2014), "Midwives' views on appropriate antenatal counselling for congenital anomaly tests: Do they match clients' preferences? ". *Midwifery*, 30 (6), pp.600-609.
87. Moldogazieva N.T., Terent'ev A.A., Shaïtan K.V. (2005) "Relationship between structure and function of anpha – fetoprotein: conformation status and biological activity". *Biomed Khim*, 76 (3), pp.345-351.
88. Molla W., Mengistu N., Wudneh A. (2022), "Pregnant women's knowledge, attitude, and associated factors toward obstetric ultrasound in public hospitals, Ethiopia, 2021: Multi-centered cross-sectional study". *Womens Health (Lond)*, 18, 17455057221091357.
89. Mulvey S., Wallace E.M. (2000), "Women's knowledge of and attitudes to first and second trimester screening for Down's syndrome". *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 107 (10), pp.1302-1305.

90. Nawaz T.S., Tringham G.M., Holding S., et al. (2011), "Direct access midwifery booking for prenatal care and its role in Down syndrome screening". *Prenatal Diagnosis*, 31 (10), pp.985-989.
91. Pop-Tudose M.E., Popescu-Spineni D., Armean P., et al. (2018), "Attitude, knowledge and informed choice towards prenatal screening for Down Syndrome: a cross-sectional study". *BMC Pregnancy and Childbirth*, 18 (1), 439.
92. Pruksanusak N., Suwanrath C., Ounjai K., et al. (2009), "A survey of the knowledge and attitudes of pregnant Thai women towards Down syndrome screening". *Obstetrics & Gynecology*, 35 (5), pp. 876-881.
93. Rowe H.J., Fisher J.R., Quinlivan J.A. (2006), "Are pregnant Australian women well informed about prenatal genetic screening? A systematic investigation using the Multidimensional Measure of Informed Choice". *Aust N Z J Obstet Gynaecol*, 46 (5), pp.433-439.
94. Salvi M.B. (2020), "Knowledge, attitude and practice of down syndrome screening among pregnant women attending clinic in Sharjah, United Arab Emirates". *International Journal of Reproduction Contraception Obstetrics and Gynecology*, 9 (7), 2765-2770.
95. Schoonen M., Essink-Bot M.L., Wildschut H., et al. (2012), "The provision of information and informed decision-making on prenatal screening for Down syndrome: a questionnaire-and register-based survey in a non-selected population". *Patient Education and Counseling*, 8 (3), pp.351-359.
96. Schrag S.J., Arnold K.E., Mohle-Boetani J.C., et al. (2003), "Prenatal screening for infectious diseases and opportunities for prevention". *Obstetrics & Gynecology*, 102 (4), pp.753-760.
97. Shalaby H.A., Elhady R.A., Gamal A. M., et al. (2012), "Prenatal diagnosis in low resource setting: is it acceptable?". *The Journal of Obstetrics and Gynecology of India*, 62 (5), 515-9.

98. Sheffel A., Karp C., Creanga A.A. (2018), "Use of Service Provision Assessments and Service Availability and Readiness Assessments for monitoring quality of maternal and newborn health services in low-income and middleincome countries". *BMJ Glob Health*, 3, pp.1-9.
99. Smith S.K., Cai A., Wong M., et al. (2018), "Improving women's knowledge about prenatal screening in the era of non-invasive prenatal testing for Down syndrome – development and acceptability of a low literacy decision aid". *BMC Pregnancy and Childbirth*, 18 (499), pp.1-14.
100. Suriadi C., Jovanovska M., Quinlivan J.A. (2004), "Factors affecting mothers' knowledge of genetic screening". *Obstetrics & Gynecology*, 44 (1), pp. 30-34.
101. Thornton J.G., Hewison J., Lilford R.J., et al. (1995) "A randomised trial of three methods of giving information about prenatal testing". *BMJ*, 311 (7013), pp.1127-1130.
102. Welch R.A., Poulin V. (2003), "Specific roles of the obstetrician-gynecologist". *Obstet Gynecol Clin North Am*, 30 (3), 601-15.
103. World Health Organization (2023), *World Birth Defects Day: Many birth defects, one voice*, <https://www.who.int/southeastasia/news/detail/02-03-2023-world-birth-defects-day-many-birth-defects-one-voice#:~:text=Globally%2C%20an%20estimated%208%20million,%2D%20and%20middle%2Dincome%20countries>, Truy cập ngày 05/04/2023.

DANH MỤC CÁC CÔNG TRÌNH NGHIÊN CỨU ĐÃ CÔNG BỐ

LIÊN QUAN ĐẾN LUẬN ÁN

1. Bùi Minh Hiền, Nguyễn Khương Duy, Vũ Hải Hà, Võ Thị Kim Anh, Trần Văn Hưởng (2023), Thực trạng quản lý thai và sử dụng dịch vụ sàng lọc trước sinh tại tỉnh bình dương năm 2018 – 2022, Tạp chí Y học Việt Nam, Tập 531, Số 1B, tr.382-386.
2. Bùi Minh Hiền, Nguyễn Khương Duy, Vũ Hải Hà, Võ Thị Kim Anh, Trần Văn Hưởng (2023), Thực trạng kiến thức, thực hành về sử dụng dịch vụ sàng lọc trước sinh của phụ nữ có thai tại các trạm y tế, tỉnh bình dương năm 2018 – 2019, Tạp chí Y học Việt Nam, Tập 531, Số 1B, tr.393-397.
3. Bùi Minh Hiền, Nguyễn Hồng Chương, Trần Văn Hưởng, Vũ Hải Hà, Lại Thị Minh, Võ Thị Kim Anh (2023), Hiệu quả can thiệp nâng cao kiến thức, thái độ, thực hành của phụ nữ tuổi sinh đẻ về sàng lọc trước sinh tại tuyến y tế cơ sở, tỉnh Bình Dương, 2019 – 2022, Tạp chí Y học Việt Nam, Tập 532, Số 2, tr.150-155.

PHỤ LỤC 1
ĐỊNH NGHĨA BIẾN SỐ NGHIÊN CỨU

STT	Biến số/ Chỉ số	Định nghĩa/ Cách tính	Phân loại biến	Phương pháp thu thập số liệu
Một số thông tin chung về đối tượng nghiên cứu				
1.	Giới tính	Giới tính của đối tượng được phỏng vấn	Nhị giá	Phỏng vấn trực tiếp bằng bộ câu hỏi
2.	Nhóm tuổi	Tuổi được tính theo năm dương lịch từ lúc sinh cho đến thời điểm nghiên cứu	Thứ tự	Phỏng vấn trực tiếp bằng bộ câu hỏi
3.	Trình độ học vấn	Cấp học cao nhất đã học xong	Thứ tự	Phỏng vấn trực tiếp bằng bộ câu hỏi
4.	Nghề nghiệp	Công việc chính đem lại thu nhập chủ yếu cho đối tượng được phỏng vấn	Danh định	Phỏng vấn trực tiếp bằng bộ câu hỏi
Kiến thức về sàng lọc trước sinh				
5.	Dự phòng trước khi mang thai	Gồm 4 nội dung: (1) Khám sức khỏe tiền hôn nhân; (2) Khám sức khỏe trước khi mang thai; (3) Bổ sung axit folic; (4) Tiêm chủng một số loại vắc xin.		
6.	Trong thời gian mang thai	Gồm 5 nội dung: (1) Khám thai định kỳ; (2) Siêu âm định kỳ; (3) Bổ sung axit folic; (4) Tiêm chủng một số loại vắc xin; (5) Phòng tránh nhiễm trùng.		
7.	Mục đích của việc sàng lọc trước sinh	Gồm 4 nội dung: (1) Biết được tình trạng sức khỏe của thai nhi; (2) Phát hiện các dị tật bẩm sinh của thai nhi; (3) Điều trị sớm các dị tật ở thai	Nhị giá	Phỏng vấn trực tiếp bằng bộ câu hỏi

STT	Biển số/ Chỉ số	Định nghĩa/ Cách tính	Phân loại biến	Phương pháp thu thập số liệu
		nhi; (4) Chấm dứt thai kỳ khi phát hiện thai nhi DTBS.		
8.	Nội dung sàng lọc trước sinh	Gồm 4 nội dung: (1) Siêu âm, khám thai định kỳ; (2) Xét nghiệm máu của mẹ; (3) Chọc hút nước ối; (4) Chẩn đoán điều trị dị tật bẩm sinh	Nhị giá	Phỏng vấn trực tiếp bằng bộ câu hỏi
9.	Đối tượng cần sàng lọc trước sinh	Gồm 7 nội dung: (1) Mẹ từ 35 tuổi trở lên; (2) Tiền sử gia đình có người bị DTBS; (3) Mẹ bị nhiễm virus cúm, rubella, sởi,...; (4) Mẹ tiếp xúc với hóa chất độc hại; (5) Mẹ dùng thuốc để điều trị bệnh; (6) Mẹ mắc bệnh đái tháo đường; (7) Mẹ mắc bệnh tăng huyết áp	Nhị giá	Phỏng vấn trực tiếp bằng bộ câu hỏi
10.	Mục đích của việc siêu âm	Gồm 5 nội dung: (1) Đo độ mờ da gáy ở thai nhi; (2) Quan sát hình thái thai nhi; (3) Phát hiện được những dị tật bẩm sinh; (4) Đánh giá sự phát triển thai phù hợp với tuổi; (5) Tiên lượng cho cuộc sinh	Nhị giá	Phỏng vấn trực tiếp bằng bộ câu hỏi
11.	Mục đích xét nghiệm Double test	Gồm 3 nội dung: (1) Phát hiện nguy cơ mắc hội chứng Down; (2) Phát hiện nguy cơ dị tật ống thần kinh; (3) Tầm soát virus gây dị tật thai nhi	Nhị giá	Phỏng vấn trực tiếp bằng bộ câu hỏi
12.	Thời điểm làm Double test chính xác nhất	Double test cho kết quả chính xác nhất: thai từ 11 - 13 tuần 6 ngày	Nhị giá	Phỏng vấn trực tiếp bằng bộ câu hỏi
13.	Mục đích xét nghiệm	Gồm 3 nội dung: (1) Phát hiện nguy cơ mắc hội chứng Down;	Nhị giá	Phỏng vấn trực tiếp bằng

STT	Biến số/ Chỉ số	Định nghĩa/ Cách tính	Phân loại biến	Phương pháp thu thập số liệu
	Triple test	(2) Phát hiện nguy cơ dị tật ống thần kinh; (3) Phát hiện nguy cơ khuyết tật của bào thai		bộ câu hỏi
14.	Thời điểm làm Triple test chính xác nhất	Triple test cho kết quả chính xác nhất: thai từ 16 - 18 tuần	Nhị giá	Phỏng vấn trực tiếp bằng bộ câu hỏi
15.	Nguyên nhân cần chọc hút nước ối	Gồm 4 nội dung: (1) Khi phát hiện bất thường thấy trên siêu âm; (2) Khi phát hiện bất thường về sàng lọc máu; (3) Tiền sử gia đình có người bị dị tật bẩm sinh; (4) Mẹ từ 35 tuổi trở lên	Nhị giá	Phỏng vấn trực tiếp bằng bộ câu hỏi
16.	Xét nghiệm dự phòng lây truyền từ mẹ sang thai nhi	Gồm 4 nội dung: (1) Xét nghiệm HIV; (2) Xét nghiệm giang mai; (3) Xét nghiệm Rubella; (4) Xét nghiệm viêm gan B	Nhị giá	Phỏng vấn trực tiếp bằng bộ câu hỏi
Thái độ về sàng lọc trước sinh của phụ nữ mang thai				
17.	Sàng lọc trước sinh khi mang thai là cần thiết	Đánh giá theo thang đo Likert 5 mức độ: Rất đồng ý; Đồng ý; Bình thường; Không đồng ý; Rất không đồng ý	Thứ bậc	Phỏng vấn trực tiếp bằng bộ câu hỏi
18.	Truyền thông về sàng lọc trước sinh là cần thiết	Đánh giá theo thang đo Likert 5 mức độ: Rất đồng ý; Đồng ý; Bình thường; Không đồng ý; Rất không đồng ý	Thứ bậc	Phỏng vấn trực tiếp bằng bộ câu hỏi
19.	Việc khám thai định kỳ là cần thiết	Đánh giá theo thang đo Likert 5 mức độ: Rất đồng ý; Đồng ý; Bình thường; Không đồng ý; Rất không đồng ý	Thứ bậc	Phỏng vấn trực tiếp bằng bộ câu hỏi
20.	Việc siêu âm định kỳ là cần thiết	Đánh giá theo thang đo Likert 5 mức độ: Rất đồng ý; Đồng ý; Bình thường; Không đồng ý; Rất không đồng ý	Thứ bậc	Phỏng vấn trực tiếp bằng bộ câu hỏi

STT	Biến số/ Chỉ số	Định nghĩa/ Cách tính	Phân loại biến	Phương pháp thu thập số liệu
21.	Xét nghiệm Double test không ảnh hưởng đến sức khỏe của mẹ và bé	Đánh giá theo thang đo Likert 5 mức độ: Rất đồng ý; Đồng ý; Bình thường; Không đồng ý; Rất không đồng ý	Thứ bậc	Phòng vấn trực tiếp bằng bộ câu hỏi
22.	Xét nghiệm Double test là cần thiết	Đánh giá theo thang đo Likert 5 mức độ: Rất đồng ý; Đồng ý; Bình thường; Không đồng ý; Rất không đồng ý	Thứ bậc	Phòng vấn trực tiếp bằng bộ câu hỏi
23.	Xét nghiệm Triple test không ảnh hưởng đến sức khỏe của mẹ và bé	Đánh giá theo thang đo Likert 5 mức độ: Rất đồng ý; Đồng ý; Bình thường; Không đồng ý; Rất không đồng ý	Thứ bậc	Phòng vấn trực tiếp bằng bộ câu hỏi
24.	Xét nghiệm Triple test là cần thiết	Đánh giá theo thang đo Likert 5 mức độ: Rất đồng ý; Đồng ý; Bình thường; Không đồng ý; Rất không đồng ý	Thứ bậc	Phòng vấn trực tiếp bằng bộ câu hỏi
25.	Xét nghiệm HIV trước sinh khi mang thai là cần thiết	Đánh giá theo thang đo Likert 5 mức độ: Rất đồng ý; Đồng ý; Bình thường; Không đồng ý; Rất không đồng ý	Thứ bậc	Phòng vấn trực tiếp bằng bộ câu hỏi
26.	Xét nghiệm giang mai khi mang thai là cần thiết	Đánh giá theo thang đo Likert 5 mức độ: Rất đồng ý; Đồng ý; Bình thường; Không đồng ý; Rất không đồng ý	Thứ bậc	Phòng vấn trực tiếp bằng bộ câu hỏi
27.	Xét nghiệm Rubella khi mang thai là cần thiết	Đánh giá theo thang đo Likert 5 mức độ: Rất đồng ý; Đồng ý; Bình thường; Không đồng ý; Rất không đồng ý	Thứ bậc	Phòng vấn trực tiếp bằng bộ câu hỏi
28.	Xét nghiệm viêm gan B khi mang thai là cần thiết	Đánh giá theo thang đo Likert 5 mức độ: Rất đồng ý; Đồng ý; Bình thường; Không đồng ý; Rất không đồng ý	Thứ bậc	Phòng vấn trực tiếp bằng bộ câu hỏi
29.	Việc sàng lọc, chẩn đoán và xử	Đánh giá theo thang đo Likert 5 mức độ: Rất đồng ý; Đồng	Thứ bậc	Phòng vấn trực tiếp bằng bộ

STT	Biển số/ Chỉ số	Định nghĩa/ Cách tính	Phân loại biến	Phương pháp thu thập số liệu
	trí trước sinh thực hiện tự nguyện	ý; Bình thường; Không đồng ý; Rất không đồng ý		câu hỏi
Thực hành về sàng lọc trước sinh của phụ nữ mang thai				
30.	Dự phòng trước khi mang thai	Thực hiện 4 nội dung: (1) Khám sức khỏe tiền hôn nhân; (2) Khám sức khỏe trước khi mang thai; (3) Bổ sung axit folic; (4) Tiêm chủng một số loại vắc xin	Nhị giá	Phỏng vấn trực tiếp bằng bộ câu hỏi
31.	Trong thời gian mang thai	Thực hiện 5 nội dung: (1) Khám thai định kỳ; (2) Siêu âm định kỳ; (3) Bổ sung axit folic; (4) Tiêm chủng một số loại vắc xin; (5) Phòng tránh nhiễm trùng		
32.	Thực hành sàng lọc trước sinh	Thực hiện 10 nội dung: (1) Siêu âm sàng lọc; (2) Xét nghiệm công thức máu; (3) Xét nghiệm đường huyết; (4) Xét nghiệm nhóm máu Rh; (5) Xét nghiệm Double test; (6) Xét nghiệm Triple test; (7) Xét nghiệm HIV/AIDS; (8) Xét nghiệm giang mai; (9) Xét nghiệm Rubella; (10) Xét nghiệm viêm gan B	Nhị giá	Phỏng vấn trực tiếp bằng bộ câu hỏi
33.	Thời điểm sàng lọc	Thời điểm thực hiện sàng lọc trước sinh gồm 2 nội dung: (1) Khi thai được 11 - 14 tuần; (2) Khi thai được 20 - 24 tuần	Nhị giá	Phỏng vấn trực tiếp bằng bộ câu hỏi

PHỤ LỤC 2

CUNG ỨNG DỊCH VỤ SÀNG LỌC TRƯỚC SINH TẠI TRUNG TÂM Y TẾ

Mã số phiếu:

Ngày điều tra:.....

A. THÔNG TIN CHUNG

Tên cơ quan y tế:.....

Địa chỉ:

1	Họ và tên cán bộ y tế cung cấp thông tin	.....
2	Giới tính	1. Nam 2. Nữ
3	Năm sinh (ương lịch)	..... năm
4	Thâm niên y tế	..... năm
5	Thâm niên làm việc tại cơ quan y tế	..... năm
6	Trình độ chuyên môn	.....
7	Chức vụ	.....

B. NHÂN LỰC Y TẾ

	Nhân viên y tế	Nam	Nữ	Tổng
B1	1. Bác sĩ			
	2. Y sĩ			
	3. Điều dưỡng			
	4. Dược sĩ			
	5. Nữ hộ sinh			
	6. Kỹ thuật viên xét nghiệm			
B2	Hợp đồng lao động	Biên chế	Hợp đồng dài hạn	Hợp đồng ngắn hạn
	1. Bác sĩ			
	2. Y sĩ			
	3. Điều dưỡng			
	4. Dược sĩ			
	5. Nữ hộ sinh			

6. Kỹ thuật viên xét nghiệm				
B2	Trình độ bác sĩ	1. Đại học: người	2. Thạc sĩ: người	3. Chuyên khoa cấp I: người
		4. Chuyên khoa cấp II: người	5. Tiến sĩ: người	
B3	Chuyên môn của bác sĩ	1. Bác sĩ chuyên khoa sản	2. Bác sĩ đa khoa	3. Khác (ghi rõ):
B4	Chuyên môn của y sĩ	1. Y sĩ sản	2. Y sĩ nhi	3. Khác (ghi rõ):.....
B5	Trình độ điều dưỡng	1. Trung cấp: người	2. Cao đẳng: người	3. Đại học: người
		4. Thạc sĩ: người		
B6	Trình độ của nữ hộ sinh	1. Trung cấp: người	2. Cao đẳng: người	3. Đại học:..... người
		4. Thạc sĩ: người		
B7	Trình độ của dược sĩ	1. Trung cấp: người	2. Cao đẳng: người	3. Đại học:..... người
		4. Thạc sĩ:..... người		
B8	Trình độ của kỹ thuật viên xét nghiệm	1. Trung cấp: người	2. Cao đẳng: người	3. Đại học: người
		4. Thạc sĩ: người		

B9	Số lượng nhân viên y tế được đào tạo về cung ứng dịch vụ sàng lọc trước sinh	1. Bác sĩ: người 2. Y sĩ: người 3. Hộ sinh: người 4. Điều dưỡng: người 5. Kỹ thuật viên: người
B10	Theo Anh/Chị cần làm gì để nâng cao chất lượng nhân lực y tế cung ứng dịch vụ sàng lọc trước sinh	

C. DANH MỤC CÁC PHÒNG CHUYÊN MÔN CUNG ỨNG DỊCH VỤ SÀNG LỌC TRƯỚC SINH

C1	Phòng khám thai	1. Có	2. Không
C2	Phòng khám phụ khoa	1. Có	2. Không
C3	Phòng kỹ thuật kế hoạch hóa gia đình	1. Có	2. Không
C4	Phòng sanh	1. Có	2. Không
C5	Phòng nằm của sản phụ	1. Có	2. Không
C6	Phòng/góc truyền thông tư vấn sức khỏe sinh sản	1. Có	2. Không
C7	Theo Anh/Chị cần làm gì để nâng cao chất lượng cơ sở vật chất cung ứng dịch vụ sàng lọc trước sinh		

D. CUNG ỨNG NƯỚC SẠCH VÀ VỆ SINH MÔI TRƯỜNG THEO HƯỚNG DẪN QUỐC GIA VỀ SÀNG LỌC TRƯỚC SINH

D1	Nguồn nước uống sạch thường xuyên	1. Có	2. Không
D2	Nước sạch rửa tay	1. Có	2. Không

D3	Nhà tiêu hợp vệ sinh	1. Có	2. Không
D4	Các phòng dịch vụ sạch sẽ	1. Có	2. Không
	Môi trường quanh trạm y tế sạch sẽ	1. Có	2. Không
D5	Dụng cụ đựng rác	1. Có	2. Không
D6	Theo Anh/Chị cần làm gì để đảm bảo nước sạch và vệ sinh môi trường đáp ứng nhu cầu sàng lọc trước sinh		

E. DANH MỤC TRANG THIẾT BỊ Y TẾ THIẾT YẾU CUNG ỨNG DỊCH VỤ SÀNG LỌC TRƯỚC SINH

E1	Bộ đỡ đẻ	..... Bộ	
E2	Bộ khâu cắt tầng sinh môn	..... Bộ	
E3	Bộ kiểm ra cổ tử cung	..... Bộ	
E4	Bộ hồi sức sơ sinh	..... Bộ	
E5	Bộ tháo đặt dụng cụ tử cung	..... Bộ	
E6	Bộ khám phụ khoa	..... Bộ	
E7	Bộ bơm hút Karman 1 van	..... Bộ	
E8	Máy xét nghiệm sinh hóa thường quy	1. Có	2. Không
E9	Máy siêu âm cấu hình 2D	1. Có	2. Không
E10	Máy siêu âm cấu hình 3D	1. Có	2. Không
E11	Theo Anh/Chị cần làm gì để nâng cao chất lượng trang thiết bị y tế cung ứng dịch vụ sàng lọc trước sinh		

**F. DANH MỤC CÁC DỊCH VỤ SÀNG LỌC TRƯỚC SINH ĐƯỢC CUNG
ỨNG TẠI TRUNG TÂM Y TẾ**

F1	Tiêm truyền kháng sinh	1. Có	2. Không
F2	Tiêm thuốc co hồi tử cung	1. Có	2. Không
F3	Tiêm thuốc chống co giật	1. Có	2. Không
F4	Bóc rau nhân tạo và kiểm soát tử cung	1. Có	2. Không
F5	Nạo hút tử cung	1. Có	2. Không
F6	Hỗ trợ đẻ đường dưới	1. Có	2. Không
F7	Cấp cứu ngạt trẻ sơ sinh	1. Có	2. Không
F8	Đặt dụng cụ tử cung	1. Có	2. Không
F9	Tiêm thuốc tránh thai	1. Có	2. Không
F10	Khám phụ khoa	1. Có	2. Không
F11	Điều trị bệnh phụ khoa	1. Có	2. Không
F12	Tháo vòng tránh thai	1. Có	2. Không
F13	Xét nghiệm Double test	1. Có	2. Không
F14	Xét nghiệm Triple test	1. Có	2. Không
F15	Đo độ mờ da gáy	1. Có	2. Không
F16	Dọc dò dịch ối	1. Có	2. Không
F17	Siêu âm 2 chiều	1. Có	2. Không
F18	Siêu âm 3 chiều	1. Có	2. Không
F19	<p>Theo Anh/Chị cần làm gì để nâng cao chất lượng các dịch vụ sàng lọc trước sinh</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>		

ĐIỀU TRA VIÊN

(Ký tên và ghi rõ họ, tên)

PHỤ LỤC 3

CUNG ỨNG DỊCH VỤ SÀNG LỌC TRƯỚC SINH TẠI TRẠM Y TẾ

Mã số phiếu:

Ngày điều tra:.....

A. THÔNG TIN CHUNG

Tên cơ quan y tế:.....

Địa chỉ:

1	Họ và tên cán bộ y tế cung cấp thông tin	.....
2	Giới tính	2. Nam 2. Nữ
3	Năm sinh (ương lịch)	..... năm
4	Thâm niên y tế	..... năm
5	Thâm niên làm việc tại cơ quan y tế	..... năm
6	Trình độ chuyên môn	.....
7	Chức vụ	.....

B. NHÂN LỰC Y TẾ

	Nhân viên y tế	Nam	Nữ	Tổng
B1	1. Bác sĩ			
	2. Y sĩ			
	3. Điều dưỡng			
	4. Dược sĩ			
	5. Nữ hộ sinh			
B2	Hợp đồng lao động	Biên chế	Hợp đồng dài hạn	Hợp đồng ngắn hạn
	1. Bác sĩ			
	2. Y sĩ			
	3. Điều dưỡng			
	4. Dược sĩ			
	5. Nữ hộ sinh			
	Trình độ bác sĩ	1. Đại học: người		

		2. Thạc sĩ: người 3. Chuyên khoa cấp I: người 4. Chuyên khoa cấp II: người
B3	Chuyên môn của bác sĩ	1. Bác sĩ chuyên khoa sản 2. Bác sĩ đa khoa 3. Khác (ghi rõ):
B4	Chuyên môn của y sĩ	1. Y sĩ sản 2. Y sĩ nhi 3. Khác (ghi rõ):
B5	Trình độ điều dưỡng	1. Trung cấp: người 2. Cao đẳng: người 3. Đại học: người
B6	Trình độ của nữ hộ sinh	1. Trung cấp: người 2. Cao đẳng: người 3. Đại học:..... người
B7	Trình độ của dược sĩ	1. Trung cấp: người 2. Cao đẳng: người 3. Đại học: người
B7	Số lượng nhân viên y tế được đào tạo về cung ứng dịch vụ sàng lọc trước sinh	1. Bác sĩ: người 2. Y sĩ: người 3. Hộ sinh: người 4. Điều dưỡng: người
B8	Trạm y tế xã có nhân viên trực 24/7 hay không?	1. Có 2. Không

B9	Theo Anh/Chị cần làm gì để nâng cao chất lượng nhân lực y tế cung ứng dịch vụ sàng lọc trước sinh

C. DANH MỤC CÁC PHÒNG CHUYÊN MÔN CUNG ỨNG DỊCH VỤ SÀNG LỌC TRƯỚC SINH

C1	Phòng khám thai	1. Có	2. Không
C2	Phòng khám phụ khoa	1. Có	2. Không
C3	Phòng kỹ thuật kế hoạch hóa gia đình	1. Có	2. Không
C4	Phòng sanh	1. Có	2. Không
C5	Phòng nằm của sản phụ	1. Có	2. Không
C6	Phòng/góc truyền thông tư vấn sức khỏe sinh sản	1. Có	2. Không
C7	Theo Anh/Chị cần làm gì để nâng cao chất lượng cơ sở vật chất cung ứng dịch vụ sàng lọc trước sinh		
		
		
		
		
		

D. CUNG ỨNG NƯỚC SẠCH VÀ VỆ SINH MÔI TRƯỜNG THEO HƯỚNG DẪN QUỐC GIA VỀ SÀNG LỌC TRƯỚC SINH

D1	Nguồn nước uống sạch thường xuyên	1. Có	2. Không
D2	Nước sạch rửa tay	1. Có	2. Không
D3	Nguồn nước mà trạm y tế xã sử dụng là từ đâu?	1. Nước máy 2. Giếng khoan	

		3. Giếng đào 4. Nước mưa 5. Khác (ghi rõ):
D4	Nhà tiêu cho bệnh nhân sử dụng hợp vệ sinh	1. Có 2. Không
D5	Loại nhà tiêu cho bệnh nhân sử dụng	1. Tự hoại/bán tự hoại 2. Thấm dội nước 3. Hai ngăn 4. Một ngăn 5. Khác (ghi rõ):
D6	Các phòng dịch vụ sạch sẽ	1. Có 2. Không
D7	Môi trường quanh trạm y tế sạch sẽ	1. Có 2. Không
D8	Dụng cụ đựng rác	1. Có 2. Không
D9	Theo Anh/Chị cần làm gì để đảm bảo nước sạch và vệ sinh môi trường đáp ứng nhu cầu sàng lọc trước sinh	

E. DANH MỤC TRANG THIẾT BỊ Y TẾ THIẾT YẾU CUNG ỨNG DỊCH VỤ SÀNG LỌC TRƯỚC SINH

E1	Bộ đỡ đẻ	..... Bộ
E2	Bộ khâu cắt tầng sinh môn	..... Bộ
E3	Bộ kiểm tra cổ tử cung	..... Bộ
E4	Bộ hồi sức sơ sinh	..... Bộ
E5	Bộ tháo đặt dụng cụ tử cung	..... Bộ
E6	Bộ khám phụ khoa	..... Bộ
E7	Bộ bơm hút Karman 1 van	..... Bộ
E8	Bàn đẻ	..... Bàn đẻ

E9	Theo Anh/Chị cần làm gì để nâng cao chất lượng trang thiết bị y tế cung ứng dịch vụ sàng lọc trước sinh

F. DANH MỤC CÁC DỊCH VỤ SÀNG LỌC TRƯỚC SINH ĐƯỢC CUNG ỨNG TẠI TRẠM Y TẾ

F1	Tiêm truyền kháng sinh	1. Có	2. Không
F2	Tiêm thuốc co hồi tử cung	1. Có	2. Không
F3	Tiêm thuốc chống co giật	1. Có	2. Không
F4	Bóc rau nhân tạo và kiểm soát tử cung	1. Có	2. Không
F5	Nạo hút tử cung	1. Có	2. Không
F6	Hỗ trợ đẻ đường dưới	1. Có	2. Không
F7	Cấp cứu ngạt trẻ sơ sinh	1. Có	2. Không
F8	Đặt dụng cụ tử cung	1. Có	2. Không
F9	Tiêm thuốc tránh thai	1. Có	2. Không
F10	Khám phụ khoa	1. Có	2. Không
F11	Điều trị bệnh phụ khoa	1. Có	2. Không
F12	Tháo vòng tránh thai	1. Có	2. Không

F13	Theo Anh/Chị cần làm gì để nâng cao chất lượng các dịch vụ sàng lọc trước sinh

ĐIỀU TRA VIÊN
(Ký tên và ghi rõ họ, tên)

PHỤ LỤC 4
KHẢO SÁT KIẾN THỨC, THÁI ĐỘ, THỰC HÀNH CỦA
PHỤ NỮ CÓ THAI VỀ SÀNG LỌC TRƯỚC SINH

A. THÔNG TIN CÁ NHÂN

TT	NỘI DUNG CÂU HỎI	TRẢ LỜI
A1	Năm sinh	.....
A2	Dân tộc	1. Kinh 2. Hoa 3. Khmer 4. Khác (ghi rõ):
A3	Nơi ở hiện tại	Tỉnh/Thành phố: Quận/Huyện: Phường/Xã:
A4	Nghề nghiệp hiện tại của chị?	1. Nông dân 2. Công nhân 3. Cán bộ viên chức 4. Học sinh, sinh viên 5. Kinh doanh, buôn bán 6. Nội trợ 7. Thất nghiệp 8. Khác:
A5	Trình độ học vấn cao nhất đã hoàn thành của chị?	1. Mù chữ 2. Dưới tiểu học 3. Tiểu học 4. Trung học cơ sở 5. Trung học phổ thông 6. Trung cấp trở lên
A6	Thu nhập bình quân hàng tháng của gia đình	..... triệu đồng/tháng
A7	Chị kết hôn với chồng có mối quan hệ họ hàng như thế nào?	1. Không biết 2. Người ngoài họ tộc 3. Có họ hàng bên ngoại 4. Có họ hàng bên nội dưới 3 đời 5. Có họ hàng bên nội trên 3 đời
A8	Chị có bảo hiểm y tế không?	1. Có 2. Không

B. TIỀN SỬ GIA ĐÌNH VÀ BỆNH TẬT CỦA PHỤ NỮ CÓ THAI

TT	NỘI DUNG CÂU HỎI	TRẢ LỜI	
B1	Tiền sử gia đình của chị có gặp những trường hợp nào sau đây?		
	1. Gia đình có người bị dị tật bẩm sinh	1. Có	2. Không
	2. Gia đình có người mắc hội chứng Down	1. Có	2. Không
	3. Khác (ghi rõ):.....		
B2	Trong những lần mang thai trước đây, chị có gặp trường hợp nào sau đây? (hỏi phụ nữ có thai mang thai từ lần thứ 2 trở lên)		
	1. Sinh con ra bị dị tật bẩm sinh	1. Có	2. Không
	2. Tiền sản giật ở lần mang thai trước	1. Có	2. Không
	3. Sinh non	1. Có	2. Không
	4. Thai ngoài tử cung	1. Có	2. Không
	5. Sảy thai tự nhiên	1. Có	2. Không
	6. Thai chết lưu	1. Có	2. Không
	7. Con chết sớm sau sinh	1. Có	2. Không
	8. Nạo phá thai	1. Có	2. Không
	9. Khác (ghi rõ):		
B3	Trước đây, chị đã có những bệnh lý phụ khoa nào?		
	1. Rong kinh	1. Có	2. Không
	2. Viêm đường sinh sản	1. Có	2. Không
	3. Băng huyết sau sinh	1. Có	2. Không
	4. Khác (ghi rõ):		
B4	Từ lúc bắt đầu mang thai đến nay, chị đã mắc bệnh nào sau đây?		
	1. Thiếu máu, thiếu sắt	1. Có	2. Không
	2. Viêm đường sinh sản	1. Có	2. Không
	3. Động kinh, co giật	1. Có	2. Không
	4. Cúm	1. Có	2. Không
	5. Quai bị	1. Có	2. Không
	6. Tim mạch	1. Có	2. Không
	7. Tăng huyết áp	1. Có	2. Không
	8. Đái tháo đường	1. Có	2. Không
	9. Rối loạn lipid máu	1. Có	2. Không
	10. Bệnh phổi/ viêm phế quản mạn tính	1. Có	2. Không
	11. Bệnh khác (ghi rõ):		

B5	Từ lúc bắt đầu mang thai đến nay, chị thói quen ăn, uống nào sau đây?	
	1. Chị có ăn kiêng loại thức ăn không?	1. Có 2. Không
	2. Chị có ăn mặn không?	1. Có 2. Không
	3. Uống bia	1. Có 2. Không
	4. Uống rượu	1. Có 2. Không
	5. Uống trà	1. Có 2. Không
	6. Uống cà phê	1. Có 2. Không
	7. Tiếp xúc với hóa chất, thuốc trừ sâu	1. Có 2. Không
	8. Hút thuốc lá	1. Có 2. Không
B6	Trong gia đình chị có ai hút thuốc trước khi chị có thai không?	1. Có 2. Không
B7	Trong gia đình chị có ai hút thuốc trong khi chị có thai không?	1. Có 2. Không
B8	Từ lúc bắt đầu mang thai đến nay, chị có dùng thuốc để điều trị bệnh không?	1. Có 2. Không
B9	Cách sử dụng thuốc điều trị bệnh	1. Theo đơn bác sĩ 2. Tự mua 3. Không dùng
B10	Số lần chị mang thai (số lần mang thai = số con hiện có + số lần sảy thai)	1. Không có → chuyên B12 2. Một lần 3. Hai lần 4. Ba lần 5. Từ 4 lần trở lên
B11	Số con hiện tại đang còn sống	1. Không có 2. Một lần 3. Hai lần 4. Ba lần 5. Từ 4 lần trở lên
B12	Chị đang mang thai lần thứ mấy?	1. Lần thứ 1 2. Lần thứ 2 3. Từ lần thứ 3 trở lên
B13	Tuổi thai hiện tại	.....tuần

C. KIẾN THỨC VỀ SÀNG LỌC TRƯỚC SINH

TT	NỘI DUNG CÂU HỎI	TRẢ LỜI
D1	Theo chỉ mục đích của việc sàng lọc trước sinh là gì?	
	1. Biết được tình trạng sức khỏe của thai nhi	1. Có 2. Không 3. Không biết
	2. Phát hiện các dị tật bẩm sinh của thai nhi	1. Có 2. Không 3. Không biết
	3. Điều trị sớm các dị tật ở thai nhi	1. Có 2. Không 3. Không biết
	4. Chấm dứt thai kỳ khi phát hiện thai nhi bị dị tật bẩm sinh	1. Có 2. Không 3. Không biết
	5. Khác (ghi rõ):	
D2	Theo chỉ sàng lọc trước sinh gồm những nội dung gì?	
	1. Siêu âm, khám thai định kỳ	1. Có 2. Không 3. Không biết
	2. Xét nghiệm máu của mẹ	1. Có 2. Không 3. Không biết
	3. Chọc hút nước ối	1. Có 2. Không 3. Không biết
	4. Chẩn đoán điều trị dị tật bẩm sinh	1. Có 2. Không 3. Không biết
	5. Khác (ghi rõ):	
D3	Theo chỉ những trường hợp nào cần thực hiện sàng lọc trước sinh?	
	1. Mẹ từ 35 tuổi trở lên	1. Có 2. Không 3. Không biết
	2. Tiền sử gia đình bên vợ/ chồng có người bị dị tật bẩm sinh	1. Có 2. Không 3. Không biết
	3. Mẹ bị nhiễm virus cúm, rubella, sởi, ...	1. Có 2. Không 3. Không biết
	4. Mẹ tiếp xúc với hóa chất độc hại, thuốc trừ sâu khi mang thai	1. Có 2. Không 3. Không biết
	5. Mẹ dùng thuốc để điều trị bệnh	1. Có 2. Không 3. Không biết
	6. Mẹ mắc bệnh đái tháo đường	1. Có 2. Không 3. Không biết
	7. Mẹ mắc bệnh tăng huyết áp	1. Có 2. Không 3. Không biết
	8. Khác (ghi rõ):	
D4	Theo chỉ khi nào nên thực hiện sàng lọc trước sinh?	1. Không biết 2. Trước 11 tuần 3. Từ 11 tuần trở đi 4. Khác (ghi rõ):
D5	Theo chỉ việc sàng lọc sơ sinh thực hiện ở đâu?	
	1. Bệnh viện phụ sản	1. Có 2. Không 3. Không biết
	2. Trung tâm chăm sóc sức khỏe sinh sản	1. Có 2. Không 3. Không biết
	3. Trung tâm y tế huyện	1. Có 2. Không 3. Không biết
	4. Bệnh viện huyện	1. Có 2. Không 3. Không biết
	5. Bệnh viện đa khoa tỉnh	1. Có 2. Không 3. Không biết
	6. Trạm y tế	1. Có 2. Không 3. Không biết
	7. Khác (ghi rõ):	

D6	Theo chỉ mục đích của việc siêu âm trong suốt thai kỳ là gì?			
	1. Đo độ mờ da gáy ở thai nhi	1. Có	2. Không	3. Không biết
	2. Quan sát hình thái thai nhi	1. Có	2. Không	3. Không biết
	3. Phát hiện được những dị tật bẩm sinh	1. Có	2. Không	3. Không biết
	4. Đánh giá sự phát triển thai phù hợp với tuổi	1. Có	2. Không	3. Không biết
	5. Tiên lượng cho cuộc sinh đẻ hay khó	1. Có	2. Không	3. Không biết
	6. Khác (ghi rõ):			
D7	Theo chỉ mục đích của xét nghiệm Double test trong 3 tháng đầu của thai kỳ là gì?			
	1. Phát hiện nguy cơ mắc hội chứng Down	1. Có	2. Không	3. Không biết
	2. Phát hiện nguy cơ dị tật ống thần kinh	1. Có	2. Không	3. Không biết
	3. Tầm soát virus gây dị tật thai nhi	1. Có	2. Không	3. Không biết
	4. Khác (ghi rõ):			
D8	Theo chỉ xét nghiệm Double test được thực hiện vào thời điểm nào?	1. Ba tháng đầu thai kỳ 2. Ba tháng giữa thai kỳ 3. Ba tháng cuối thai kỳ 4. Không biết		
D9	Theo chỉ xét nghiệm Double test nên thực hiện vào thời điểm nào để kết quả chính xác nhất?	1. Khi thai dưới 11 tuần 2. Khi thai từ 11 tuần - 13 tuần 6 ngày 3. Khi thai từ 14 tuần trở lên 4. Không biết		
D10	Theo chỉ mục đích của xét nghiệm Triple test trong 3 tháng giữa của thai kỳ là gì?			
	1. Phát hiện nguy cơ mắc hội chứng Down	1. Có	2. Không	3. Không biết
	2. Phát hiện nguy cơ dị tật ống thần kinh	1. Có	2. Không	3. Không biết
	3. Phát hiện nguy cơ khuyết tật của bào thai	1. Có	2. Không	3. Không biết
	4. Khác (ghi rõ):			
D11	Theo chỉ xét nghiệm Triple test được thực hiện vào thời điểm nào?	1. Ba tháng đầu thai kỳ 2. Ba tháng giữa thai kỳ 3. Ba tháng cuối thai kỳ 4. Không biết		
D12	Theo chỉ xét nghiệm Triple test nên thực hiện vào thời điểm nào để kết quả chính xác nhất?	1. Khi thai dưới 16 tuần 2. Khi thai từ 16 - 18 tuần 3. Khi thai trên 18 tuần		

		4. Không biết
D13	Theo chị khi nào cần thực hiện xét nghiệm chọc hút nước ối?	
	1. Khi phát hiện bất thường thấy trên siêu âm	1. Có 2. Không 3. Không biết
	2. Khi phát hiện bất thường về sàng lọc máu	1. Có 2. Không 3. Không biết
	3. Tiền sử gia đình bên vợ hoặc chồng có người bị dị tật bẩm sinh	1. Có 2. Không 3. Không biết
	4. Mẹ từ 35 tuổi trở lên	1. Có 2. Không 3. Không biết
	5. Khác (ghi rõ):	
D14	Theo chị cần thực hiện các xét nghiệm nào trước sinh để dự phòng lây truyền bệnh từ mẹ sang thai nhi?	
	1. Xét nghiệm HIV	1. Có 2. Không 3. Không biết
	2. Xét nghiệm giang mai	1. Có 2. Không 3. Không biết
	3. Xét nghiệm Rubella	1. Có 2. Không 3. Không biết
	4. Xét nghiệm viêm gan B	1. Có 2. Không 3. Không biết
	5. Xét nghiệm viêm gan C	1. Có 2. Không 3. Không biết
	6. Khác (ghi rõ):	

D. THÁI ĐỘ CỦA PHỤ NỮ CÓ THAI VỀ SÀNG LỌC TRƯỚC SINH

Dưới đây là những câu hỏi thăm dò **THÁI ĐỘ** của chị về việc sàng lọc trước sinh. Chị khoanh tròn vào một số từ 1 đến 5, tương ứng với mức độ đồng tình cho từng câu hỏi:

1	2	3	4	5
Rất không đồng ý	Không đồng ý	Không ý kiến	Đồng ý	Rất đồng ý

TT	NỘI DUNG CÂU HỎI	MỨC ĐỘ ĐỒNG Ý				
		1	2	3	4	5
E1	Sàng lọc trước sinh khi mang thai là cần thiết	1	2	3	4	5
E2	Truyền thông phổ biến kiến thức về sàng lọc trước sinh là cần thiết	1	2	3	4	5
E3	Việc khám thai định kỳ là cần thiết để theo dõi tình trạng sức khỏe và tình hình phát triển của thai nhi	1	2	3	4	5
E4	Việc siêu âm định kỳ là cần thiết để theo dõi tình trạng sức khỏe và tình hình phát triển của thai nhi	1	2	3	4	5
E5	Xét nghiệm Double test không ảnh hưởng đến sức khỏe của mẹ và bé	1	2	3	4	5
E6	Xét nghiệm Double test là cần thiết để phát hiện nguy cơ mắc hội chứng Down và một số bất thường nhiễm sắc thể khác của thai nhi	1	2	3	4	5

E7	Xét nghiệm Triple test không ảnh hưởng đến sức khỏe của mẹ và bé	1	2	3	4	5
E8	Xét nghiệm Triple test là cần thiết để phát hiện nguy cơ mắc hội chứng Down và dị tật ống thần kinh của thai nhi	1	2	3	4	5
E9	Chọc hút nước ối là cần thiết để chẩn đoán bất thường nhiễm sắc thể của thai nhi	1	2	3	4	5
E10	Xét nghiệm HIV trước sinh khi mang thai là cần thiết để dự phòng lây nhiễm HIV từ mẹ sang con	1	2	3	4	5
E11	Xét nghiệm giang mai trước sinh khi mang thai là cần thiết để dự phòng lây nhiễm từ mẹ sang con	1	2	3	4	5
E12	Xét nghiệm Rubella trước sinh khi mang thai là cần thiết để dự phòng lây nhiễm từ mẹ sang con	1	2	3	4	5
E13	Xét nghiệm viêm gan B trước sinh khi mang thai là cần thiết để dự phòng lây nhiễm viêm gan B từ mẹ sang con	1	2	3	4	5
E14	Xét nghiệm viêm gan C trước sinh khi mang thai là cần thiết để dự phòng lây nhiễm viêm gan C từ mẹ sang con	1	2	3	4	5
E15	Việc sàng lọc, chẩn đoán và xử trí trước sinh đối với phụ nữ mang thai được thực hiện trên tinh thần tự nguyện	1	2	3	4	5

E. THỰC HÀNH VỀ SÀNG LỌC TRƯỚC SINH

TT	NỘI DUNG CÂU HỎI	TRẢ LỜI
F1	Từ lúc bắt đầu mang thai đến nay, chị có đi khám thai vào các thời điểm:	
	1. Trong 3 tháng đầu của thai kỳ	1. Có 2. Không
	2. Trong 3 tháng giữa của thai kỳ	1. Có 2. Không
	3. Trong 3 tháng cuối của thai kỳ	1. Có 2. Không
F2	Tuổi thai khi bắt đầu đi khám	.....tuần
F3	Số lần chị đi khám thai	.....lần
F4	Số lần chị đi khám thai cụ thể:	
	1. Lần thứ nhất	Tuần thứ .....của thai kỳ
	2. Lần thứ hai	Tuần thứ .....của thai kỳ
	3. Lần thứ ba	Tuần thứ .....của thai kỳ
	4. Lần thứ nhất 4 trở lên	Tuần thứ .....của thai kỳ
F5	Chị khám thai tại đâu?	
	1. Tại nhà	1. Có 2. Không
	2. Bệnh viện huyện	1. Có 2. Không
	3. Trung tâm y tế huyện	1. Có 2. Không
	4. Bệnh viện tỉnh	1. Có 2. Không

	5. Phòng khám đa khoa khu vực	1. Có	2. Không
	6. Trạm y tế xã/phường	1. Có	2. Không
	7. Bệnh viện tư nhân	1. Có	2. Không
	8. Phòng khám tư nhân	1. Có	2. Không
	9. Khác (ghi rõ):		
F6	Ai là người khám thai cho chị trong thời kỳ mang thai?		
	1. Bác sĩ	1. Có	2. Không
	2. Nữ hộ sinh	1. Có	2. Không
	3. Điều dưỡng	1. Có	2. Không
	4. Y sĩ	1. Có	2. Không
	5. Thầy lang, mụ vườn	1. Có	2. Không
	6. Khác (ghi rõ):		
F7	Từ lúc bắt đầu mang thai đến nay, chị có đi siêu âm vào các thời điểm sau đây:		
	1. Trong 3 tháng đầu của thai kỳ	1. Có	2. Không
	2. Trong 3 tháng giữa của thai kỳ	1. Có	2. Không
	3. Trong 3 tháng cuối của thai kỳ	1. Có	2. Không
F8	Số lần chị đi siêu âm	.....lần	
F9	Số lần chị đi siêu âm cụ thể		
	1. Lần thứ nhất	Tuần thứ	của thai kỳ
	2. Lần thứ hai	Tuần thứ	của thai kỳ
	3. Lần thứ ba	Tuần thứ	của thai kỳ
	4. Lần thứ nhất 4 trở lên	Tuần thứ	của thai kỳ
F10	Từ lúc bắt đầu mang thai đến nay, chị có làm các xét nghiệm sau đây:		
	1. Xét nghiệm công thức máu (thiếu máu, thiếu sắt)	1. Có	2. Không
	2. Xét nghiệm đường huyết	1. Có	2. Không
	3. Xét nghiệm nhóm máu Rh	1. Có	2. Không
	4. Xét nghiệm Double test	1. Có	2. Không
	5. Xét nghiệm Triple test	1. Có	2. Không
	6. Xét nghiệm HIV	1. Có	2. Không
	7. Xét nghiệm giang mai	1. Có	2. Không
	8. Xét nghiệm Rubella	1. Có	2. Không
	9. Xét nghiệm viêm gan B	1. Có	2. Không
	10. Xét nghiệm viêm gan C	1. Có	2. Không
	11. Xét nghiệm phết tế bào cổ tử cung	1. Có	2. Không
	12. Xét nghiệm nước tiểu	1. Có	2. Không
	13. Khác (ghi rõ):		

F11	Lý do chị không đi khám tham định kỳ? (câu hỏi dành cho phụ nữ có thai không đi khám thai lần nào trong suốt thai kỳ hoặc khám thai không đầy đủ 3 lần vào 3 tháng đầu, 3 tháng giữa và 3 tháng cuối của thai kỳ)		
	1. Cơ sở y tế quá xa	1. Có	2. Không
	2. Không có tiền để đi khám thai	1. Có	2. Không
	3. Chồng/mẹ chồng không cho đi khám thai	1. Có	2. Không
	4. Lý do về tập tục văn hóa	1. Có	2. Không
	5. Không có phương tiện để đi đến cơ sở y tế	1. Có	2. Không
	6. Ngại, xấu hổ	1. Có	2. Không
	7. Không biết phải đi khám/không có thông tin để đi khám	1. Có	2. Không
	8. Quá bận nên không có thời gian đi khám	1. Có	2. Không
	9. Khác (ghi rõ):		

Xin chân thành cảm ơn!