

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**

CHUYÊN NGÀNH: Y TẾ CÔNG CỘNG

MÃ SỐ: 9 72 07 01

TÓM TẮT LUẬN ÁN TIẾN SĨ Y TẾ CÔNG CỘNG

HÀ NỘI - 2024

**CÔNG TRÌNH NGHIÊN CỨU NÀY ĐƯỢC HOÀN THÀNH TẠI
VIỆN VỆ SINH DỊCH TỄ TRUNG ƯƠNG**

Người hướng dẫn khoa học:

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

Phản biện 1: GS.TS. Lương Xuân Hiến

Phản biện 2: GS. TS. Đào Văn Dũng

Phản biện 3: TS. Phạm Phương Lan

Luận án được bảo vệ trước Hội đồng đánh giá luận án cấp Viện họp tại Viện Vệ sinh dịch tễ Trung ương.

Vào hồi 09 giờ 00, ngày 10 tháng 01 năm 2024

Có thể tìm hiểu luận án tại:

1. Thư viện Quốc gia
2. Thư viện Viện Vệ sinh Dịch tễ Trung ương

DANH MỤC CÔNG TRÌNH ĐÃ CÔNG BỐ CỦA TÁC GIẢ LIÊN QUAN ĐẾN LUẬN ÁN

1. Bùi Minh Hiền, Nguyễn Khương Duy, Vũ Hải Hà, Võ Thị Kim Anh, Trần Văn Hương (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 Hương (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 Hương, 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.

ĐẶT VẤN ĐỀ

Nâng cao chất lượng dân số, đảm bảo nguồn nhân lực cho phát triển xã hội luôn là một trong những mục tiêu hàng đầu của các quốc gia trên thế giới. 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 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 Thu [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.

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 này 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.

NHỮNG ĐÓNG GÓP MỚI CỦA LUẬN ÁN

- 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 khỏe 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 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 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.

- Tính bền vững: 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.

- Tính mới: 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.

CẤU TRÚC CỦA LUẬN ÁN

Luận án gồm 136 trang (không kể các trang bìa, mục lục, các danh mục, tài liệu tham khảo, phụ lục) bao gồm: Đặt vấn đề: 2 trang; Chương 1: 41 trang; Chương 2: 18 trang; Chương 3: 48 trang; Chương 4: 34 trang; Kết luận: 2 trang và kiến nghị: 2 trang. Luận án có 41 bảng, 11 hình, biểu đồ, sơ đồ. Tài liệu tham khảo: 103 tài liệu (tiếng Việt: 52; tiếng Anh: 51).

Chương 1. TỔNG QUAN TÀI LIỆU

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

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

Tầm quan trọng của việc sàng lọc trước sinh [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.

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

Tại các vùng nông thôn, vùng núi tỷ lệ thai phụ có kiến thức đúng, thái độ tích cực, thực hành đúng về sàng lọc trước sinh còn thấp do truyền thông chưa tốt, thai phụ chưa nhận thức đúng về sàng lọc trước sinh. Về kiến thức, 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 (2022) tại huyện Thủ Thừa tỉnh Long An với tỷ lệ kiến thức đúng đạt 53,3% [58]. Về thái độ, 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]. Về thực hành, nghiên cứu của Phạm Thị Bé Lan (2017) tại bệnh viện Sản Nhi Trà Vinh có 59% phụ nữ có thai có thực hiện sàng lọc trước sinh [32], nghiên cứu của Nguyễn Thu Hiền và cộng sự (2018) tại bệnh viện Trung Ương Thái Nguyên, có 89,55% phụ nữ có thai có thực hiện sàng lọc trước sinh [24].

1.3 Thực trạng cung cấp dịch vụ sàng lọc trước sinh

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 SLTS 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].

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

Một số yếu tố ảnh hưởng đến cung cấp dịch vụ sàng lọc trước sinh: Nguồn nhân lực thực hiện SLTS; Cơ sở vật chất cung ứng dịch vụ SLTS; Trang thiết bị y tế cung ứng dịch vụ SLTS; Công tác truyền thông về SLTS; Công tác quản lý phụ nữ có thai tại các tuyến y tế; Hệ thống thông tin về SLTS.

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

Nghiên cứu của Smith S.K. và cộng sự (2018) tại Úc, nâng cao kiến thức về sàng lọc trước sinh ở phụ nữ có thai mang thai dưới 13 tuần có trình độ học vấn thấp. 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, 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].

Chương 2. ĐỐI TƯỢNG, PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1 Đối tượng, địa điểm, thời gian nghiên cứu

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.

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.

Thời gian nghiên cứu: Giai đoạn 1: nghiên cứu mô tả cắt ngang từ tháng 8/2018 đến 12/2018. Giai đoạn 2: nghiên cứu can thiệp từ tháng 3/2019 đến 10/2022.

Địa điểm điều tra cắt ngang là 91 Trạm y tế và 9 Trung tâm Y tế huyện thuộc 09 đơn vị hành chính cấp huyện, gồm: thành phố Thủ Dầu Một, thành phố Dĩ An, thành phố Thuận An, thành phố Tân Uyên, thị xã Bến Cát và các huyện Bàu Bàng, huyện Bắc Tân Uyên, huyện Dầu Tiếng, huyện Phú Giáo.

Địa điểm nghiên cứu can thiệp: 91 Trạm y tế, tỉnh Bình Dương.

2.2 Phương pháp nghiên cứu

2.2.1 Nghiên cứu mô tả, cắt ngang

2.2.1.1 Cỡ mẫu khảo sát kiến thức, thái độ, thực hành của phụ nữ có thai

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

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

Trong đó: $Z_{1-\alpha/2} = 1,96$ (với độ tin cậy 95%); với mức ý nghĩa thống kê $\alpha=0,05$; 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 80%. 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.

2.2.1.2 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

2.2.1.3 Cỡ mẫu nghiên cứu một số yếu tố ảnh hưởng

Phòng vấn sâu: 1 Lãnh đạo Sở Y tế; 1 - Lãnh đạo Trung tâm Chăm sóc Sức khỏe Sinh sản tỉnh.

Thảo luận nhóm: Thảo luận nhóm lãnh đạo Trung tâm Y tế (9 người); Thảo luận nhóm lãnh đạo trạm y tế (9 người).

2.2.1.4 Biến số nghiên cứu

Công cụ thu thập số liệu trong nghiên cứu 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].

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.

2.2.2 Nghiên cứu can thiệp cộng đồng có đối chứng

Cỡ mẫu nghiên cứu được tính theo công thức sau:

$$n = \frac{\left\{ Z_{1-\alpha/2} \sqrt{2\bar{p}(1-\bar{p})} + Z_{1-\beta} \sqrt{p_1(1-p_1) + p_2(1-p_2)} \right\}^2}{(p_1 - p_2)^2}$$

Trong đó: n là cỡ mẫu tối thiểu cho mỗi nhóm (trước can thiệp 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 ở can thiệp là $n = 430$. Thực tế chọn 455 phụ nữ có thai trước can thiệp và sau can thiệp. Chọn hệ thống 5 phụ nữ đến khám thai tại mỗi trạm y tế thỏa tiêu chí chọn vào.

2.2.3 Nội dung can thiệp

Triển khai các hoạt động can thiệp: (1) Xây dựng hệ thống văn bản quản lý điều hành công tác sàng lọc trước sinh tại tỉnh Bình Dương; (2) Nâng cao năng lực cung ứng dịch vụ; (3) Triển khai mô hình truyền thông thích ứng xã hội trong chăm sóc tiền sản cho bà mẹ (zalo, facebook, tin nhắn SMS); (4) Tổ chức tư vấn bà mẹ tại trạm y tế và điện thoại (thay thế mô hình vãng gia); (5) Giám sát cộng đồng.

2.3 Xử lý và phân tích số liệu

Số liệu được nhập bằng Epidata 3.0, được làm sạch và phân tích bằng phần mềm Stata/IC14.0. 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, nhóm biến số về thực trạng cung ứng dịch vụ sàng lọc trước sinh). Phân tích một số yếu tố liên quan đến thực hành sàng lọc trước sinh bằng test χ^2 , OR. So sánh kết quả trước - sau dựa trên phương pháp so sánh 2 tỷ lệ, dùng test χ^2 . Đánh giá hiệu quả can thiệp thông qua chỉ số hiệu quả (CSHQ): $CSHQ = |p_1 - p_2|$.

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.

2.4 Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu được thông qua Hội đồng đạo đức Viện Vệ sinh dịch tễ Trung ương, sự chấp thuận của Sở Y tế, 9 Trung tâm Y tế và 91 Trạm y tế thuộc tỉnh Bình Dương. Đối tượng nghiên cứu được cung cấp thông tin đầy đủ và lấy ý kiến đồng thuận trước khi tham gia, được bảo mật thông tin cá nhân và đảm bảo các quyền lợi khác.

Chương 3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

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 Kiến thức đúng 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)

Kiến thức về sàng lọc trước sinh	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Mục đích của việc sàng lọc trước sinh	483	59,7
Nội dung sàng lọc trước sinh	316	39,1
Đối tượng cần thực hiện sàng lọc trước sinh	373	46,1
Mục đích của việc siêu âm	473	58,5
Mục đích xét nghiệm Double test	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: từ 11-13 tuần 6 ngày	515	63,7
Mục đích của xét nghiệm Triple test	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: từ 16-18 tuần	361	44,6
Lý do thực hiện chọc hút nước ối	251	31,0
Xét nghiệm dự phòng lây truyền bệnh từ mẹ sang thai nhi	590	72,9
Kiến thức chung đúng	185	22,9

Tỷ lệ phụ nữ có thai có kiến thức chung đúng về sàng lọc trước sinh khá thấp với 22,9%. Đa phần phụ nữ có thai có kiến thức đúng còn thấp dưới 50% ở các nội dung gồm: đối tượng cần thực hiện sàng lọc trước sinh với 46,1%, mục đích của xét nghiệm Triple test với 45,9%, thời điểm Triple test cho kết quả chính xác nhất với 44,6%, nội dung sàng lọc trước sinh với 39,1%, lý do thực hiện chọc hút nước ối với 31,0%.

3.1.2 Thái độ đúng 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 chung	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%.

3.1.3 Thực hành đúng 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

Nội dung thực hành		Số lượng	Tỷ lệ (%)
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		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%.

3.1.4 Một số yếu tố liên quan đến thực hành về sàng lọc trước sinh

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 SLTS, thái độ về SLTS, 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 nguồn lực đáp ứng chất lượng dịch vụ khám, chữa bệnh bảo hiểm y tế tại Khoa Khám bệnh thuộc Trung tâm Y tế huyện

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.

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

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%).

3.2.2 Một số yếu tố ảnh hưởng đến nguồn lực đáp ứng chất lượng dịch vụ khám, chữa bệnh bảo hiểm y tế tại Khoa Khám bệnh thuộc Trung tâm Y tế huyện

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.

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.

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

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 ($p > 0,05$).

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	438	96,2	> 0,05
	Khác	19	4,1	17	3,8	
Nghề nghiệp	Nông dân	23	5,1	25	5,5	> 0,05
	Công nhân	259	56,9	256	56,3	
	Cán bộ viên chức	48	10,5	52	11,4	
	Kinh doanh	29	6,4	31	6,8	
	Nội trợ	86	18,9	83	18,2	
	Khác	10	2,2	8	1,8	
Trình độ học vấn	Dưới tiểu học	11	2,4	13	2,9	> 0,05
	Tiểu học	43	9,5	47	10,3	
	THCS	172	37,8	168	36,9	
	PTTH	151	33,2	148	32,5	
	≥ Trung cấp	78	17,1	79	17,4	

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 ($p > 0,05$).

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

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
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 chọc ối	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	374	82,3	410	90,1	0,001	9,6

Thái độ về sàng lọc trước sinh	TCT (n=455)		SCT (n=455)		p	CSHQ (%)
	SL	%	SL	%		
cần thiết						
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

Thực hành về sàng lọc trước sinh		TCT (n=455)		SCT (n=455)		p	CSHQ (%)
		SL	%	SL	%		
	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
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 4. 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 Kiến thức đúng 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 22,9%. Tương đồng 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 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 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].

4.1.2 Thái độ đúng 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.

4.1.3 Thực hành đúng 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 Phương 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.

4.1.4 Một số yếu tố liên quan đến thực hành 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].

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

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 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.

4.2.2 Một số yếu tố ảnh hưởng đến 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. Bên cạnh đó, 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. 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. 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. Theo nghiên cứu của Phạm Lê Sỹ Cường (2016) tại 2 Trung

tâm chẩn đoán trước sinh, 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].

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

4.3.1 Đánh giá can thiệp nâng cao năng lực cung ứng dịch vụ sàng lọc trước sinh tại các cơ sở y tế công lập trên địa bàn tỉnh Bình Dương

Về 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 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

Hiệu quả can thiệp nâng cao kiến thức về SLTS: 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 47,3%. 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.

Hiệu quả can thiệp nâng cao thái độ về SLTS: 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.

Hiệu quả can thiệp nâng cao thực hành về SLTS: Trước can thiệp, tỷ lệ phụ nữ có thai có thực hành 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 Thư (2019) tại phòng khám Sản phụ khoa – Kế hoạch hóa gia đình tỉnh Long An với thực hành đúng đạt 88,7% [49]. Điều này có thể lý giải do nghiên cứu của Võ Ngọc Minh Thư 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 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, nhân lực cung ứng dịch vụ sàng lọc trước sinh, cơ sở vật chất và trang thiết bị y tế của tuyến y tế cơ sở, quản lý các dịch vụ chăm sóc sức khỏe sinh sản thiết yếu, 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

Kết quả can thiệp năng lực cung cấp dịch vụ sàng lọc trước sinh tại y tế cơ sở: 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 bị y tế 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%).

KHUYẾN NGHỊ

Qua kết quả nghiên cứu chúng tôi xin đề xuất một số khuyến nghị sau đây:

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, 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-----