

Published online 2020. doi: 10.4236/ jbm. 2020. 87001

5. **Arias de la Torre J, Vilaqut G, Ronaldson A, et al.** Reliability and cross-country equivalence of the 8-item version of the Patient Health Questionnaire (PHQ-8) for the assessment of depression: results from 27 countries in Europe. *Lancet Reg Health Eur.* 2023;31:100659. Published 2023 Jun 6. doi: 10.1016/j.lanep. 2023.100659
6. **Putekova S, Martinkova J, Hutkova M.** Sleep

Disturbances in Seniors with Parkinson's Disease. *Clinical Social Work and Health Intervention.* Published online 2020.

7. **Nguyễn Thị Thu Hiền, Nguyễn Thanh Bình.** Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng rối loạn giấc ngủ trên bệnh nhân Parkinson. Published online 2020.
8. **Martinez-Martin P, Skorvanek M, Henriksen T, et al.** Impact of advanced Parkinson's disease on caregivers: an international real-world study. *J Neurol.* 2023;270(4): 2162-2173. doi: 10.1007/ s00415-022-11546-5

ĐÁNH GIÁ HIỆU QUẢ CAN THIỆP BẰNG TRUYỀN THÔNG GIÁO DỤC SINH SẢN LÊN TỶ LỆ MỔ LẤY THAI TẠI TỈNH CÀ MAU NĂM 2022-2023

Huỳnh Ngọc Linh¹, Nguyễn Thế Tân¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá hiệu quả can thiệp bằng truyền thông giáo dục sức khỏe sinh sản lên tỷ lệ mổ lấy thai của nhóm can thiệp và nhóm chứng tại tỉnh Cà Mau năm 2022-2023. **Phương pháp:** Nghiên cứu can thiệp cộng đồng có đối chứng trên 950 thai phụ tỉnh Cà Mau từ 6/2022-6/2023. Các thai phụ được chia thành 2 nhóm: nhóm chứng (không can thiệp), nhóm can thiệp bằng truyền thông giáo dục sức khỏe sinh sản. Đánh giá kết quả tỷ lệ mổ lấy thai sau 12 tháng can thiệp. **Kết quả:** Sau can thiệp, tỷ lệ mổ lấy thai ở nhóm can thiệp truyền thông giáo dục sức khỏe sinh sản là 36,46% giảm 6,94% so với tỷ lệ mổ lấy thai ở nhóm chứng là 43,4%. Các yếu tố làm giảm tỷ lệ mổ lấy thai có ý nghĩa ở nhóm can thiệp là thai phụ ở thành thị, nội trợ, viên chức, mang thai lần đầu, mang thai đủ tháng. **Kết luận:** Biện pháp can thiệp bằng truyền thông giáo dục sức khỏe sinh sản làm giảm tỷ lệ mổ lấy thai sau 12 tháng ở nhóm can thiệp so với nhóm chứng. **Từ khóa:** sinh mổ, sinh ngã âm đạo, can thiệp, truyền thông giáo dục sức khỏe sinh sản.

SUMMARY

EVALUATING THE EFFECTIVENESS OF INTERVENTION USING REPRODUCTIVE HEALTH EDUCATION AND COMMUNICATION ON THE CESAREAN SECTION RATE IN CA MAU PROVINCE IN 2022-2023

Objective: Evaluating the effectiveness of interventions using reproductive health education and communication on the cesarean section rate of intervention and control groups in Ca Mau province in 2022-2023. **Methods:** Controlled community intervention study on 950 pregnant women in Ca Mau province from June 2022 to June 2023. Pregnant

women were divided into 2 groups: control group (non-intervention), intervention group with reproductive health education and communication. Evaluate the outcomes of cesarean section rates after 12 months of intervention. **Results:** After the intervention, the cesarean section rate in the reproductive health education and communication intervention group was 36.46%, a decrease of 6.94% compared to the cesarean section rate in the control group of 43.4%. Factors that significantly reduced the rate of cesarean section in the intervention group were pregnant women in urban areas, housewives, public employees, first-time pregnancies, and full-term pregnancies. **Conclusions:** Intervention using reproductive health education and communication reduced the rate of cesarean section after 12 months in the intervention group compared to the control group. **Keywords:** cesarean section, vaginal birth, intervention, reproductive health education and communication.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Hiện nay, tình trạng mổ lấy thai (MLT) đang gia tăng nhanh trên thế giới và cả Việt Nam. Tỷ lệ sinh mổ gia tăng có liên quan đến một số kết quả tiêu cực bao gồm giảm đáng kể dân số của trẻ em, làm xấu đi tình trạng sức khỏe của các thế hệ tương lai, tăng tỷ lệ mắc bệnh ở phụ nữ trong độ tuổi sinh sản, và quan trọng nhất là tăng nguy cơ biến chứng có thể gây tử vong trong các lần mang thai tiếp theo. Nguy cơ tăng dần với sự gia tăng số lần mổ lấy thai trước đó. Hơn nữa, MLT có liên quan đến việc tăng nguy cơ mắc bệnh hen suyễn và béo phì ở trẻ em. Có nhiều yếu tố dẫn đến sự gia tăng đáng kể tỉ lệ mổ lấy thai. Một số yếu tố thứ yếu được biết đến như đặc điểm nhân khẩu học dân số, chỉ số khối cơ thể, tuổi mẹ, tình trạng đa thai... Tuy nhiên, bản thân các yếu tố này không thể giải thích mức độ của sự gia tăng như vậy cũng như sự khác biệt lớn giữa các quốc gia, do đó các yếu tố chính về

¹Trường Cao đẳng Y tế Cà Mau

Chịu trách nhiệm chính: Huỳnh Ngọc Linh

Email: hnlinh.kyd@tvu.edu.vn

Ngày nhận bài: 7.3.2024

Ngày phản biện khoa học: 17.4.2024

Ngày duyệt bài: 14.5.2024

xã hội, văn hóa, yêu cầu của gia đình và thậm chí của bác sỹ sản khoa là một sự gia tăng đáng kể số trường hợp MLT được coi là không cần thiết. Các nghiên cứu về can thiệp làm giảm tỷ lệ mổ lấy thai ở Việt Nam còn rất ít. Nhằm cung cấp thêm số liệu khoa học về vấn đề này tại vùng Đồng bằng Cửu Long nói chung và tại tỉnh Cà Mau nói riêng, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài "Đánh giá hiệu quả can thiệp bằng truyền thông giáo dục sức khỏe sinh sản lên tỉ lệ mổ lấy thai tại tỉnh Cà Mau năm 2022-2023".

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Những thai phụ mang thai cứ trú ít nhất từ 6 tháng trở lên tại tỉnh Cà Mau dựa vào danh sách quản lý thai tại trạm Y tế, mang thai từ 16 tuần đến 24 tuần, chưa có tiền sử mổ lấy thai, không có chỉ định mổ lấy thai chủ động.

Các thai phụ được bốc thăm ngẫu nhiên, chia thành 2 nhóm: nhóm can thiệp và nhóm chứng.

- Nhóm chứng: mỗi phường, xã chọn tất cả bà mẹ mang thai, nhóm này không can thiệp: các bà mẹ này không được truyền thông giáo dục sức khỏe và theo dõi kiểm tra trực tiếp từ nghiên cứu nhưng vẫn có thể nhận được các hướng dẫn từ các nhân viên y tế, phương tiện truyền thông hoặc người thân.

- Nhóm can thiệp bằng truyền thông giáo dục sức khỏe sinh sản mỗi phường, xã chọn những bà mẹ mang thai, nhóm này được can thiệp bằng truyền thông giáo dục sức khỏe sinh sản trong suốt thai kỳ.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

- Thiết kế nghiên cứu: Can thiệp cộng đồng có đối chứng.

- Biện pháp can thiệp: Thông qua truyền thông-giáo dục sức khỏe trực tiếp với nhiều hình thức: nói chuyện trực tiếp, thăm hộ gia đình, tuyên truyền và gián tiếp bao gồm áp phích, tờ rơi, sách mỏng. Nội dung can thiệp tuyên truyền giáo dục sức khỏe: Nội dung truyền thông gồm nguy cơ của mổ lấy thai và lợi ích của sinh ngã âm đạo.

- Đánh giá kết quả can thiệp sau 12 tháng, thông qua các chỉ số: Đánh giá bằng chỉ số trực tiếp: thông qua hiệu số của tỉ lệ sinh mổ ở hai nhóm can thiệp và nhóm chứng (ước tính bằng chỉ số ARR và NNT); Đánh giá bằng các chỉ số gián tiếp: Ghi nhận, so sánh nhóm chứng và nhóm can thiệp các chỉ số: số lần khám thai, cân nặng tăng trong thai kỳ, cân nặng lúc sinh.

- Thời gian can thiệp: 12 tháng (từ tháng 6/2022 đến tháng 6/2023)

- Phương pháp xử lý và phân tích số liệu

+ Sử dụng phần mềm Epi-data 3.02 để nhập và giám sát dữ liệu và xử lý thống kê bằng phần mềm STATA 12.0.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Để dự phòng những trường hợp mất mẫu trong quá trình can thiệp chúng tôi đã chọn 1032 thai phụ tại các phường xã. Sau 12 tháng can thiệp, có một số thai phụ không đến tham gia tư vấn đầy đủ và không liên lạc được sau sinh, nên chúng tôi loại ra. Chúng tôi đánh giá kết quả can thiệp trên 950 thai phụ đầy đủ các yêu cầu của nghiên cứu, cụ thể: nhóm chứng là 470 người, nhóm can thiệp truyền thông giáo dục sức khỏe sinh sản (viết tắt là TTGDSKSS) là 480 người.

3.1. Đặc điểm chung của hai nhóm can thiệp

Bảng 3.1. Đặc điểm dân số, xã hội học của hai nhóm nghiên cứu

Đặc điểm	Nhóm can thiệp (n,%)	Nhóm chứng (n,%)	p
Địa chỉ			
Nông thôn	360(75)	350(74,47)	0,85
Thành Thị	120(25)	120 (25,53)	
Học vấn			
Tiểu học	48(10,0)	55(11,7)	0,3
Trung học cơ sở	101(21,04)	118(25,11)	
Trung học phổ thông	278(57,92)	247(52,55)	
Cao đẳng ⁺	53(11,04)	50(10,64)	
Nghề nghiệp			
Nông dân, nội trợ	320(51,45)	302(48,55)	0,77
Công chức, viên chức	34(52,31)	31(47,69)	
Buôn bán	58(46,77)	66(53,23)	
Khác	58(48,92)	71(51,08)	
Số con			
Con đầu	214(44,58)	229(48,72)	0,2

Con thứ hai trở lên	266(55,42)	241(51,28)	
Số tuần mang thai			
Non tháng	58(12,08)	61(12,98)	0,67
Đủ tháng	422(87,92)	409(87,02)	

Nhận xét: Không có sự khác biệt giữa nơi cư trú, trình độ học vấn, nghề nghiệp, số con, số tuần mang thai của các sản phụ ở nhóm chứng và nhóm can thiệp với p đều $>0,05$.

Bảng 3.2. Tỷ lệ sinh mổ ở nhóm chứng và nhóm can thiệp

Phương pháp sinh	Nhóm can thiệp (n,%)	Nhóm chứng (n,%)	P	OR [KTC 95%]	Chỉ số ARR	Chỉ số NNT
Sinh mổ	175(36,46)	204(43,4)	0,03	0,74 [0,57-0,97]	0,069	14,4
Sinh Ngã âm đạo	305(63,54)	266(56,6)				
Tổng	480(100)	470(100)				

Nhận xét: Sau can thiệp tỷ lệ sinh mổ ở nhóm can thiệp là 36,46% thấp hơn so với tỷ lệ sinh mổ ở nhóm chứng với tỷ lệ 43,4% và sự khác biệt giữa hai nhóm có ý nghĩa thống kê, $p=0,03$.

Bảng 3.3. Mối liên quan giữa các yếu tố của thai phụ và tỷ lệ sinh mổ ở nhóm chứng và nhóm can thiệp

Đặc điểm	Tỷ lệ sinh mổ		P	OR [KTC95%]
	Nhóm can thiệp (n=480)	Nhóm chứng (n=470)		
Địa chỉ				
Nông thôn (n=710)	134(37,22)	148(42,29)	0,16	
Thành Thị (n=240)	41(34,17)	56(46,67)	0,04	0,69 [0,54-0,87]
Học vấn				
Tiểu học (103)	22(45,83)	23(41,81)	0,68	-
Trung học cơ sở (219)	37(36,63)	51(43,22)	0,32	-
Trung học phổ thông (525)	99(35,61)	103 (41,7)	0,15	-
Cao đẳng+ (103)	17(32,07)	27(54,0)	0,02	0,4 [0,16-0,96]
Nghề nghiệp				
Nông dân, nội trợ (622)	115(35,93)	132(43,7)	0,048	0,72 [0,51-0,99]
Công chức, viên chức (65)	10(29,41)	17(54,83)	0,038	0,44 [0,21-0,96]
Buôn bán (124)	22(37,93)	27(40,9)	0,75	-
Khác (129)	28(48,27)	28(39,43)	0,34	-
Số con				
Con đầu (443)	75(35,05)	107(46,72)	0,01	0,61 [0,41-0,91]
Con thứ hai trở lên (507)	100(37,59)	97(40,25)	0,54	-
Số tuần mang thai				
Non tháng (119)	24(41,38)	31(50,82)	0,39	-
Đủ tháng (831)	151(35,78)	173(42,3)	0,04	0,76 [0,59-0,97]

Nhận xét: Thai phụ cư trú ở thành thị, có trình độ cao đẳng trở lên, nông dân, công viên chức, có 2 con trở lên, mang thai đủ tháng ở nhóm can thiệp có tỷ lệ sinh mổ thấp hơn so với nhóm chứng có ý nghĩa thống kê, p đều $<0,05$.

Bảng 3.4. Phân tích hồi quy đa biến các yếu tố liên quan và hiệu quả can thiệp lên tỷ lệ mổ lấy thai

Chi số	Mô hình 1		Mô hình 2	
	OR [KTC95%]	p	OR [KTC95%]	p
Nhóm can thiệp	0,73 [0,38-0,96]	0,02	0,71 [0,43-0,94]	0,02
Địa chỉ (thành thị)	0,7 [0,51 -0,95]	0,018	0,68 [0,54-0,85]	0,02
Nghề nghiệp				
Nông dân, nội trợ			0,71 [0,51-0,99]	0,04
Công chức, viên chức			0,42 [0,24-0,71]	0,001
Số con	0,62 [0,35-0,88]	0,004	0,64 [0,43-0,89]	0,01
Số tuần mang thai	0,77 [0,6-0,97]	0,06	0,73 [0,55-0,96]	0,03
Hosmer-Lemeshow's	9,52; $p = 0,29$		11,82; $p = 0,31$	
AIC	146,7		143,77	
BIC	414		412	

Nhận xét: Hai mô hình đều có kiểm định Hosmer-Lemeshow's với $p > 0,05$ nên phù hợp. Tuy nhiên mô hình 2 có AIC và BIC nhỏ hơn nên sẽ là mô hình được chọn để phân tích.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm chung mẫu nghiên cứu.

Nhìn chung, đặc điểm chung của thai phụ tham gia nghiên cứu can thiệp giữa nhóm chứng và nhóm can thiệp tương đồng nhau. Về địa chỉ nơi cư trú nhóm chứng có 350 thai phụ ở nông thôn, chiếm 74,47% (350/470) so với 75% (360/480 người ở nhóm can thiệp). Đối với những thai phụ ở thành thị có 240 người và chia đều cho nhóm chứng và nhóm can thiệp mỗi nhóm 120 người, vì vậy không có sự khác biệt giữa hai nhóm, $p=0,85$. Kết quả Bảng 3.1 còn cho thấy, trình độ học vấn, nghề nghiệp, số con, số tuần mang thai của thai phụ tham gia ở các nhóm cũng khác nhau không có ý nghĩa thống kê, với p đều $> 0,05$.

4.2. Kết quả can thiệp lên tỷ lệ mổ lấy thai ở các nhóm. Kết quả sau can thiệp, trong tổng số 470 thai phụ ở nhóm chứng có 204/470 thai phụ được sinh mổ chiếm 43,4% và 266 thai phụ được sinh NÂĐ chiếm 56,6% trong khi đó ở nhóm can thiệp chỉ có 175/480 thai phụ sinh mổ chiếm 36,46% và 305 thai phụ sinh NÂĐ sự khác biệt giữa 2 nhóm có ý nghĩa thống kê với $p=0,03$ và $OR=0,74$ KTC95% [0,57-0,97]. Như vậy so với nhóm chứng sau thời gian can thiệp nhóm can thiệp truyền thông GDSKSS giảm chênh lệch sinh mổ là 0,74 lần hay giảm khoảng 26%. Kết quả này gợi ý rằng, việc can thiệp đã tác động đến kết quả giảm tỉ lệ mổ lấy thai. Đây là kết quả bước đầu cho thấy hiệu quả của can thiệp truyền thông GDSKSS tác động lên tỉ lệ mổ lấy thai ở những thai phụ không có chỉ định mổ lấy thai chủ động. Vì chưa có nhiều nghiên cứu về can thiệp GDSKSS trong việc làm giảm tỉ lệ mổ lấy thai ở Việt Nam nên chúng tôi chưa tìm được tài liệu để so sánh kết quả này. Nhưng ghi nhận bước đầu của chúng tôi phù hợp với kết quả của các nghiên cứu khác ở ngoài nước. Nghiên cứu của Yunhui Tang tại Trung Quốc cho thấy giáo dục trước khi sinh có một số tác động tích cực đến giảm mổ lấy thai theo yêu cầu của bà mẹ. Trong số 644 phụ nữ mang thai tham gia giáo dục trước khi sinh, có 559 (86,8%) phụ nữ mang thai sinh ngã âm đạo và chỉ có 85 (13,2%) phụ nữ mang thai mổ lấy. Ngược lại, trong thời gian trong thời gian nghiên cứu, có 4.134 phụ nữ mang thai không tham gia khóa giáo dục trước khi sinh có 2.470 (59,7%) phụ nữ mang thai sinh bằng ngã âm đạo, mổ lấy thai là 40,3% thấp hơn

đáng kể so với với phụ nữ mang thai đã tham gia một khóa học giáo dục trước khi sinh $p < 0,0001$ [6]. Tương tự, nghiên cứu Mahboubeh Shirzad tại Iran cho thấy các biện pháp can thiệp làm giảm các ca mổ lấy thai không cần thiết [2]. Tổ chức y tế thế giới đã đưa ra các khuyến nghị về các can thiệp phi lâm sàng để giảm các trường hợp mổ lấy thai không cần thiết. Các khuyến nghị được nhóm theo mục tiêu của can thiệp: (a) can thiệp nhằm vào phụ nữ, (b) can thiệp nhằm vào các chuyên gia chăm sóc sức khỏe, và (c) can thiệp nhằm mục tiêu vào các tổ chức y tế thế giới, cơ sở, hoặc hệ thống [4].

4.3. Các yếu tố ảnh hưởng đến hiệu quả can thiệp tỷ lệ mổ lấy thai

4.3.1. Các yếu tố liên quan đến tỉ lệ sinh mổ giữa nhóm chứng và nhóm can thiệp

Nơi cư trú của các thai phụ. Kết quả bảng 3.3 đã cho thấy có sự khác biệt tỉ lệ sinh mổ giữa nhóm chứng và can thiệp như đã trình bày ở trên. Khi xét đến yếu tố nơi cư trú của các thai phụ và phương thức sinh sau can thiệp, nhóm can thiệp ở nông thôn có tỉ lệ sinh mổ là 37,22% và tỉ lệ sinh mổ ở nhóm chứng 42,29% tỉ lệ ở nhóm chứng cao hơn một chút nhưng sự khác biệt giữa hai nhóm không có ý nghĩa thống kê, $p=0,16$. Trong khi ở thành thị nhóm can thiệp chỉ có 34,17% sinh mổ với 41/120 thai phụ thấp hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm chứng với 56/120 thai phụ sinh mổ chiếm 46,67% với $p=0,04$. Hơn nữa, với chỉ số $OR=0,69$; KTC 95% [0,54-0,87] cho thấy thai phụ ở thành thị có ảnh hưởng đến tỉ lệ sinh mổ ở nhóm can thiệp, cùng nhận được các biện pháp can thiệp nhưng những thai phụ ở nông thôn không có sự khác biệt giữa nhóm chứng và nhóm can thiệp. Trong khi đó nhóm thai phụ ở thành thị được can thiệp có chênh lệch giảm tỉ lệ sinh mổ 0,69 lần so với những thai phụ ở nhóm chứng.

Khi xét về yếu tố học vấn, số liệu bảng nhóm can thiệp thai phụ có trình độ cao đẳng trở lên có tỉ lệ sinh mổ thấp nhất với 17/53 thai phụ sinh mổ với tỉ lệ 32,07% trong khi ở nhóm chứng tỉ lệ sinh mổ ở nhóm chứng có trình độ học vấn từ cao đẳng trở lên có tỉ lệ tương đối cao là 54% sự khác biệt giữa các nhóm có ý nghĩa thống kê, $p=0,02$. Riêng đối với các trình độ học vấn còn lại không có sự khác biệt giữa nhóm chứng và nhóm can thiệp với p đều $> 0,05$.

Về mối liên quan ở các nhóm nghề nghiệp với tỉ lệ sinh mổ giữa nhóm can thiệp và nhóm chứng. Nhóm nghề nghiệp nông dân, nội trợ ở nhóm chứng có tỉ lệ sinh mổ là 43,7% (132/302) cao hơn so với nhóm can thiệp là 35,93%

115/320 thai phụ. Tương tự ở nhóm viên chức, công chức tỉ lệ sinh mổ chiếm tỉ lệ cao ở nhóm chúng 54,83% so với 29,41% ở nhóm can thiệp và sự khác biệt có ý nghĩa thống kê, $p < 0,05$. Tuy nhiên, phân nhóm viên chức, công chức chiếm số lượng ít trong nghiên cứu cần có nghiên cứu với cỡ mẫu lớn hơn để khẳng định. Đối với nhóm nghề nghiệp buôn bán và nhóm nghề khác không có sự khác biệt giữa nhóm chúng và can thiệp.

Phân tích giữa hai nhóm bà mẹ sinh con đầu và con thứ hai trở lên. Nhóm can thiệp tỉ lệ sinh mổ ở nhóm con đầu là 35,05% với 75/214 thai phụ thấp hơn so với nhóm những thai phụ không can thiệp 107/229 với 46,72%. Như vậy nhóm bà mẹ mang thai con đầu khi can thiệp sẽ có hiệu quả làm giảm tỷ lệ sinh mổ khoảng 39% so với nhóm không can thiệp với $OR = 0,61 [0,41 - 0,91]$, $p = 0,01$.

Trong nghiên cứu Xiaoyan X [5], với số lượng mẫu rất lớn 1.921.932 thai phụ tỷ lệ sinh mổ của các ca sinh con so cao hơn so với tỷ lệ sinh mổ của tất cả các ca sinh so với các nhóm còn lại nhưng thấp hơn 14,2% sau can thiệp. Trong khi đó không có sự giảm đáng kể ở nhóm thai phụ mang thai lần thứ hai trở lên giảm từ 21,9% giảm xuống 19,1% (giảm 2,8%) và nhóm thai phụ đã sinh mổ trước đó từ 92,6% còn 90,2% (giảm 2,4%). Vì vậy, chúng tôi cho rằng phụ nữ chưa sinh con có thể nhiều khả năng được hưởng lợi từ các biện pháp can thiệp [3]. Ngoài ra, với mức cao tỷ lệ mổ lấy thai lặp đi lặp lại đối với phụ nữ sinh nhiều con, nhất là những thai phụ đã sinh mổ trước đó chúng tôi tin rằng các can thiệp trong tương lai nên nhằm mục tiêu vào các thai phụ sinh con lần đầu là chủ yếu. Theo tổ chức y tế thế giới các biện pháp giáo dục, các lớp hướng dẫn chuẩn bị sinh và các chương trình hỗ trợ sẽ giúp phụ nữ mang thai lần đầu giảm nỗi sợ hãi và làm giảm tỉ lệ sinh mổ [4].

Trong nghiên cứu của chúng tôi, so sánh giữa hai nhóm thai phụ mang thai đủ tháng và non tháng, sau 12 tháng can thiệp, ở nhóm chúng không can thiệp, có số thai phụ mổ lấy thai là 31/61 chiếm 50,82%, ở nhóm can thiệp số thai phụ mang thai non tháng có tỉ lệ sinh mổ là 41,38% thấp hơn so với nhóm chúng. Tuy nhiên, tỉ lệ này vẫn cao hơn so với nhóm thai phụ mang thai đủ tháng ở nhóm can thiệp với 151/422 với 35,78%. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa nhóm chúng và can thiệp tìm thấy ở trong cùng nhóm chúng hoặc can thiệp và giữa nhóm sinh non tháng và đủ tháng. Các nghiên cứu gần đây cho thấy rằng tỉ lệ sinh mổ ở thai phụ mang thai non tháng vẫn còn cao với các lí

do y khoa và yêu cầu của thai phụ. Một nghiên cứu đoàn hệ hồi cứu 10 năm được thực hiện bởi Alina Luca, nghiên cứu bao gồm trên 62330 thai phụ [1]. Kết quả là sinh non bằng phương thức sinh mổ tăng từ 37,0% năm 2007 lên 60,0% năm 2017.

Kết quả còn cho thấy chỉ số NNT ở nhóm can thiệp TTGDSKSS so với nhóm chúng là 14,4. Như vậy để giảm được 1 thai phụ phải mổ lấy thai ở nhóm TTGDSKSS cần can thiệp khoảng 15 thai phụ. Kết quả này gợi ý rằng, việc can thiệp đã tác động đến kết quả giảm tỷ lệ mổ lấy thai. Đây là kết quả bước đầu cho thấy hiệu quả của can thiệp truyền thông GDSKSS tác động lên tỷ lệ mổ lấy thai ở những thai phụ không có chỉ định mổ lấy thai chủ động.

4.3.2. Phân tích đa biến và tỉ lệ mổ lấy thai sau can thiệp. Từ phân tích đơn biến cho thấy có sự khác biệt giữa hai nhóm can thiệp so với nhóm chúng, các yếu tố liên quan bao gồm: thai phụ ở thành thị, nhóm nghề nghiệp (nông dân, nội trợ; công chức, viên chức), số con, số tuần mang thai của thai phụ có ảnh hưởng đến tỷ lệ sinh mổ sau can thiệp. Chúng tôi chọn 2 mô hình để phân tích, mô hình thứ nhất là không có biến số nghề nghiệp và mô hình thứ hai với đầy đủ các biến số. Kết quả kiểm định Hosmer với $p = 0,29$ cho mô hình 1 và $p = 0,31$ cho mô hình 2 cho thấy có sự phù hợp của mô hình ước lượng và mô hình của các giá trị quan sát như vậy cả hai mô hình phù hợp tốt với dữ liệu. Phân tích đa biến cho thấy với mô hình đầy đủ các biến số có giá trị $AIC = 143,7$ và $BIC = 412$ nhỏ hơn so với mô hình còn lại với $AIC = 146,7$ và $BIC = 414$ và tất cả các biến đều có ý nghĩa thống kê. Vì vậy chúng tôi chọn mô hình đầy đủ các biến số để phân tích. Từ kết quả cho thấy nếu giữ các biến khác cố định thì với hệ số ước lượng của nhóm can thiệp TTGDSKSS là $-0,32$ và với $OR = 0,71$ sẽ làm giảm nguy cơ mổ lấy thai so với nhóm chúng là 29%; $p < 0,001$. Những thai phụ ở thành thị được can thiệp sẽ giảm chênh lệch mổ lấy thai 32% so với nhóm không được can thiệp. Thai phụ nông dân, nội trợ và công chức, viên chức được can thiệp sẽ làm giảm tỷ lệ mổ lấy thai lần lượt là 39% và 58% với $p < 0,05$. Tương tự với $OR = 0,64$ và $0,73$ cho thấy sau can thiệp nhóm thai phụ mang thai lần đầu, mang thai đủ tháng sẽ giảm tỷ lệ sinh mổ có ý nghĩa thống kê so với nhóm còn lại.

V. KẾT LUẬN

- Sau 12 tháng nhóm can thiệp giảm được 29% tỉ lệ mổ lấy thai so với nhóm chúng. Cần

can thiệp khoảng 15 thai phụ để giảm được một trường hợp mổ lấy thai.

- Những thai phụ ở thành thị được can thiệp sẽ giảm chênh lệch mổ lấy thai 32% so với nhóm không được can thiệp. Thai phụ ở thành thị; nông dân, nội trợ và công chức, viên chức được can thiệp sẽ làm giảm tỷ lệ mổ lấy thai lần lượt là 32%; 39% và 58% với $p < 0,05$. Tương tự với $OR = 0,64$ và $0,73$ cho thấy sau can thiệp nhóm thai phụ mang thai lần đầu, mang thai đủ tháng sẽ giảm tỷ lệ sinh mổ có ý nghĩa thống kê so với nhóm còn lại.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Alina Luca, Vinturache A, Ilea C, Avasiloiie A, Paduraru L, Carauleanu A, et al** (2022), "Birth trauma in preterm spontaneous vaginal and cesarean section deliveries: A 10-years retrospective study", PLoS ONE, 17(10): e0275726.
2. **Mahboubeh Shirzad**, (2020), "Effect of "motivational interviewing" and "information, motivation, and behavioral skills" counseling interventions on choosing the mode of delivery in pregnant women: a study protocol for a randomized controlled trial", Trial, 21, e:970.
3. **Song G, Wei YM, Zhu WW, Yang HX** (2017), "Cesarean Section Rate in Singleton Primiparae and Related Factors in Beijing, China", Chinese Medical Journal, 130(20) pp:2395–401.
4. **WHO** (2018). "Recommendations non-clinical interventions to reduce unnecessary caesarean sections", ISBN 978-92-4-155033-8.
5. **Xiaoyan X, Zhou Z, Shen S, Lu J, Zhang L, Huang P, et al** (2019), "Effect of a two-stage intervention package on the cesarean section rate in Guangzhou, China: A before-and-after study" PLoS Med 16(7):1002846.
6. **Yunhui Tang, et al** (2020), "Promotion of Prenatal Education Courses Is associated With Reducing the Rates of Caesarean Section: A Case-Control Study", Public Health, doi: 10.3389/fpubh.666337.

ĐÁNH GIÁ SỰ HÀI LÒNG CỦA NGƯỜI BỆNH ĐÁI THÁO ĐƯỜNG VỀ CUNG CẤP SUẤT ĂN CỦA KHOA DINH DƯỠNG BỆNH VIỆN NỘI TIẾT TRUNG ƯƠNG

Phạm Thị Hằng¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá mức độ hài lòng của người bệnh đái tháo đường về cung cấp suất ăn của Khoa dinh dưỡng, Bệnh viện Nội tiết Trung ương. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 255 người bệnh đái tháo đường đang điều trị nội trú và có sử dụng suất ăn tại Bệnh viện Nội tiết Trung ương trong khoảng thời gian từ tháng 05/2022 đến 6/2022. **Kết quả:** Số người bệnh hài lòng và rất hài lòng với nhân viên phát suất ăn về thái độ cởi mở dễ tiếp xúc, giao tiếp nhẹ nhàng và chào hỏi lễ phép khi đưa suất ăn chiếm gần 90%. Có 100% người bệnh hài lòng với giá trị dinh dưỡng và món ăn được chế biến phù hợp với tình trạng của người bệnh. Có 206 NB đánh giá các món ăn phù hợp với khẩu vị chiếm 80,8%. Hầu hết người bệnh hài lòng với nguồn gốc các loại thực phẩm và cách chế biến thực phẩm của bệnh viện chiếm lần lượt 96,1% và 91,7%. Có 100% người bệnh hài lòng về khay đựng thức ăn có nắp đậy và 82% hài lòng về khay đựng được vệ sinh sạch sẽ. Có 90,2% trả lời bệnh viện cung cấp suất ăn đã đáp ứng trên 70% mong đợi của người bệnh. **Kết luận:** Đa số người bệnh hài lòng với cung

cấp suất ăn của bệnh viện. **Từ khóa:** sự hài lòng, đái tháo đường, cung cấp suất ăn.

SUMMARY

EVALUATING DIABETES' SATISFACTION WITH MEAL SUPPLY OF THE NUTRITION DEPARTMENT OF CENTRAL ENDOCRINE HOSPITAL

Objective: Evaluating the level of satisfaction of diabetic patients with the meal provision of the Department of Nutrition, Central Endocrine Hospital. **Method:** A cross-sectional descriptive study on 255 people with diabetes receiving inpatient treatment and using meals at the Central Endocrine Hospital during the period from May 2022 to June 2022. **Results:** The number of patients who are satisfied and very satisfied with the staff delivering meals in terms of their open, approachable attitude, gentle communication and polite greetings when delivering meals accounts for nearly 90%. 100% of patients are satisfied with the nutritional value and dishes prepared to suit the patient's condition. There were 206 patients who rated the dishes as suitable to their taste, accounting for 80.8%. Most patients are satisfied with the origin of the hospital's foods and food preparation. 100% of patients are satisfied that the food tray has a lid and 82% are satisfied that the tray is clean. 90.2% responded that the hospital provided meals that met over 70% of patients' expectations. **Conclusion:** Most patients are satisfied with the hospital's food provision.

Keywords: satisfaction, diabetes, catering.

¹Trường Đại học Điều dưỡng Nam Định

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Thị Hằng

Email: hangddnd@gmail.com

Ngày nhận bài: 7.3.2024

Ngày phản biện khoa học: 17.4.2024

Ngày duyệt bài: 13.5.2024