

Hiệu quả của chương trình giáo dục tiền sản cho thai phụ tại Bệnh viện Hùng Vương

Trần Thị Ngọc Phượng¹, Hoàng Thị Diễm Tuyết¹, Huỳnh Nguyễn Khánh Trang¹

¹ Bộ môn Sản phụ khoa, Trường Đại học Y khoa Phạm Ngọc Thạch, thành phố Hồ Chí Minh

doi:10.46755/vjog.2022.1.781

Tác giả liên hệ (Corresponding author): Huỳnh Nguyễn Khánh Trang; email: tranghnk08@gmail.com

Nhận bài (received): 10/3/2020 - Chấp nhận đăng (accepted): 5/1/2022

Tóm tắt

Trong thai kỳ, nỗi sợ giúp thai phụ chuẩn bị tâm lý đầy đủ cho một cuộc sinh tốt đẹp. Tuy nhiên, khi sợ hãi ở mức độ không kiểm soát được, ảnh hưởng nặng nề đến thể chất và tinh thần của thai phụ được gọi là chứng “sợ sinh con”. Tư vấn, hướng dẫn, tạo điều kiện để trải nghiệm quá trình sinh cho thai phụ sẽ giúp ổn định tâm sinh lý thai phụ trước sinh.

Mục tiêu: Xác định tỷ lệ kiến thức, thái độ và hành vi của thai phụ ở ba tháng cuối thai kỳ trước và sau khi tham gia chương trình giáo dục tiền sản tại Bệnh viện Hùng Vương và sự hài lòng.

Phương pháp: Nghiên cứu cắt ngang trên 134 thai phụ ở 3 tháng cuối thai kỳ tại Bệnh viện Hùng Vương hội đủ các tiêu chí chọn mẫu trong thời gian từ 02/2019 – 08/2019.

Kết quả: Chương trình “Hành trình vượt cạn” (HTVC) giúp thai phụ: Tỷ lệ thay đổi kiến thức: 99,3 KTC 95% [98,6 -99,9]; Tỷ lệ thay đổi thái độ 80,7 KTC05% [73,9 – 87,3] và hành vi 76,9 KTC 95% [69,8 -84]. Tỷ lệ sinh ngã âm đạo (ÂĐ) ở nhóm tham gia HTVC so với tỷ lệ chung của bệnh viện cùng thời gian là 48,6% KTC 95% [47,9 - 49,3] và 34,1% KTC 95% [25,7 - 42,5]. Tỷ lệ khách hàng hài lòng khi tham gia chương trình là 99,3% và mức độ rất hài lòng 78,4 KTC 95% [74,8 -84].

Kết luận: Thai phụ nên tham gia các chương trình giáo dục tiền sản và trong tương lai vấn đề này cần được nghiên cứu thêm

Từ khóa: Chứng sợ sinh con, nghiên cứu cắt ngang, giáo dục tiền sản.

Efficiency of antenatal education program for pregnant women at Hung Vuong hospital

Tran Thi Ngoc Phuong¹, Hoang Thi Diem Tuyet¹, Huynh Nguyen Khanh Trang¹

¹The Pham Ngoc Thach University of Medicine

Abstract

During pregnancy, fear helps pregnant women prepare fully for a good birth. However, when fear is uncontrolled, it severely affects the physical and mental well-being of pregnant women and is called “fear of childbirth”. Advice, guidance, and facilitation to experience the process of giving birth to pregnant women will help them to stabilize their physiology before birth.

Objectives: To determine the ratio of knowledge, attitudes and behaviors of pregnant women in the last trimester before and after participating in the antenatal education program at Hung Vuong Hospital as well as their satisfaction.

Methods: A cross-sectional study of 134 women in the last 3 months of pregnancy at Hung Vuong Hospital met the criteria for sample selection from February 2019 to August 2019.

Results: “Journey to birth” program to help pregnant women: Rate of change of knowledge: 99.3 CI 95% [98.6 -99.9]; The rate of attitude change 80.7 CI 05% [73.9 - 87.3] and behavior 76.9 CI 95% [69.8 -84]. The rate of vaginal birth in the group participating in “Journey to birth” program compared with the general rate in Hung vuong hospital at the same time was 48.6% 95% CI [47.9 - 49.3] and 34.1% 95% CI [25.7 - 42.5]. The rate of satisfied customers participating in the program is 99.3% and very satisfied rate: 78.4 95% confidence interval [74.8 -84].

Conclusion: Pregnant women should participate in antenatal education programs and this issue needs more research in the future

Keywords: fear of childbirth, cross-sectional study, antenatal education.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Mang thai và sinh đẻ được mô tả như là một giai đoạn chuyển tiếp, hoặc một ngưỡng sinh tồn mà phụ nữ khi đi sinh phải vượt qua. Sinh con là một kinh nghiệm

với nhiều khía cạnh đa diện và độc đáo của mỗi người phụ nữ, và chịu ảnh hưởng mạnh mẽ bởi bối cảnh xã hội nơi mình sinh sống [1]. Những kỳ vọng và kinh nghiệm của phụ nữ khi mang thai và sinh đẻ trong tự nhiên

đều mang tính tích cực và tiêu cực, đó là cảm giác vui mừng, mong mỏi, nhưng cũng đầy âu lo và sợ hãi. Mặc dù thực tế chăm sóc thai sản ngày nay khá phát triển và an toàn, nhưng khi đi sinh người phụ nữ không thể không lo lắng. Cảm giác lo sợ cho bản thân và thai nhi và sợ đau khi chuyển dạ thường dễ dẫn đến yêu cầu mổ lấy thai (MLT) vào thời điểm chuyển dạ [2,3].

Trong vài thập kỷ qua, nỗi lo sợ khi sinh con của phụ nữ ngày càng được quan tâm nghiên cứu [5]. Ban đầu nghiên cứu này được thực hiện ở các nước Bắc Âu, sau đó là Châu Âu và các quốc gia khác trên thế giới. Bên cạnh những nghiên cứu mô tả tỷ lệ và đặc điểm với nhiều loại bảng câu hỏi, các nghiên cứu đi sâu vào phân tích và can thiệp để làm cải thiện tình trạng “sợ sinh” [6, 7]. Các hình thức này bao gồm: lớp tư vấn tiền sản, gọi điện tư vấn, tư vấn qua bảng câu hỏi, tổ chức lớp học yoga, chuyển tham quan ngắn tại phòng sinh,... Các phương pháp này cho thấy phụ nữ trong nhóm can thiệp đã giảm đáng kể tỷ lệ sợ sinh (OR 0,58 [KTC 95% CI 0,38-0,88]) [7].

Mổ lấy thai làm tăng tỷ lệ sống của mẹ và bé khi có chỉ định. Nhưng khi tỷ lệ mổ > 10% thì việc mổ lấy thai không liên quan đến việc giảm tỷ lệ tử vong của mẹ và bé. Chính vì vậy Tổ chức Y tế thế giới (WHO) khuyến cáo tỷ lệ mổ lấy thai không nên vượt quá 15% ở các quốc gia và vùng lãnh thổ [3]. Tỷ lệ MLT ở các nước trên thế giới đang tăng đều đặn qua từng năm [8]. Theo các số liệu gần đây, tỉ lệ MLT ở Bắc Mỹ khoảng 25%, Trung Mỹ khoảng 30%, hơn 30% ở các nước châu Âu và lên đến 40% ở các nước châu Mỹ Latinh [9]. Tại Việt Nam, tỉ lệ MLT tăng gấp 2 đến 3 lần so với khuyến cáo. Các bệnh viện phụ sản lớn như bệnh viện Phụ Sản trung ương năm 1998 là 34,6%, năm 2000 là 35,1%, năm 2005 là 39,1% [10], bệnh viện Trung ương Huế 2015 là 57,57% [11], bệnh viện Từ Dũ 48% năm 2009 [10], bệnh viện Hùng Vương 2016 là 47,6% [12].

Năm 2017, Bệnh viện Hùng Vương đưa ra mô hình “Hành trình vượt cạn” (HTVC) như một hình thức giáo dục tiền sản với việc tư vấn, cung cấp thông tin toàn diện thông qua phối hợp: tư vấn tiền sản, gọi điện tư vấn, tư vấn qua bảng câu hỏi, tổ chức lớp học yoga, chuyển tham quan ngắn tại phòng sinh. Trong nỗ lực giảm tỷ lệ mổ sinh chung và bước đầu tìm hiểu về lợi ích của chương trình giáo dục tiền sản trên, chúng tôi thực hiện đề tài với câu hỏi nghiên cứu: hiệu quả của chương trình “Hành trình vượt cạn” trên thai phụ ba tháng cuối thai kỳ tại bệnh viện Hùng Vương như thế nào? Với những lí do như vậy chúng tôi thực hiện nghiên cứu **“Hiệu quả của chương trình giáo dục tiền sản cho thai phụ tại Bệnh viện Hùng Vương”** với mục tiêu:

1. *Xác định tỷ lệ thay đổi kiến thức, thái độ và hành vi của thai phụ ba tháng cuối thai kỳ trước và sau khi tham gia “Hành trình vượt cạn”.*

2. *Khảo sát mức độ hài lòng của thai phụ ba tháng cuối thai kỳ khi tham gia “Hành trình vượt cạn”.*

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu cắt ngang

Đối tượng: Thai phụ khỏe mạnh có tuổi thai 3 tháng cuối thai kỳ, khám thai tại phòng khám thai bệnh viện Hùng Vương.

Tiêu chuẩn nhận bệnh:

Các thai phụ khỏe mạnh đến khám thai tại phòng khám bệnh viện phụ sản Hùng Vương. Các thai phụ đồng ý tham gia nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ:

Các thai phụ khỏe mạnh đến khám thai tại phòng khám bệnh viện phụ sản Hùng Vương. Có vết mổ sinh cũ. Không đồng ý tham gia nghiên cứu.

Công thức tính cỡ mẫu sẽ sử dụng dạng công thức thống kê của giả định về sự thay đổi tỷ lệ trước sau trong thể nghiên cứu bắt cặp tự thân.

Trả lời trước can thiệp	Trả lời sau can thiệp	
	Đúng	Sai
Đúng	A	B
Sai	C	D

Test thống kê sử dụng là McNemar theo công thức

$$\frac{|B - C|}{(B + C)^2} = Z^2$$

Gọi N là tổng số cá thể trong mẫu khảo sát, gọi P1 là tỷ lệ trước trả lời đúng – sau trả lời sai (P1=B/N), gọi P2 là tỷ lệ trước trả lời sai sau trả lời đúng (P2=C/N).

Vậy công thức tính cỡ mẫu tối thiểu sẽ là:

$$N = Z^2 * \frac{(P1 + P2)^2}{|P1 - P2|}$$

Vậy tương ứng với mỗi câu hỏi khảo sát sẽ có một ước lượng mẫu tối thiểu khác nhau tương ứng. Chúng tôi lựa chọn chỉ số ước lượng nào lớn nhất và lấy chỉ số đó. Kết quả là với P1=0,2 và P2=0,3, cỡ mẫu tối thiểu là 100 mẫu.

Nghiên cứu thực hiện 134 đối tượng. Trong thời gian từ 02/2019 – 08/2019.

Cách tiến hành: *Bước 1:* Phỏng vấn thai phụ với bảng câu hỏi trước khi tham gia chương trình; *Bước 2:* Phỏng vấn thai phụ với bảng câu hỏi trước sau khi tham gia chương trình; *Bước 3:* Liên lạc qua điện thoại được cung cấp từ đối tượng tham gia nghiên cứu để ghi nhận phương thức sinh.

Bảng thu thập số liệu gồm có 3 phần:

Thông tin cá nhân và thai kỳ: họ tên, tuổi, địa chỉ, tình trạng hôn nhân, tình trạng việc làm, số con, số lần khám thai, nơi khám thai, một số thông tin về thai kỳ,...;

Khảo sát trước khi tham gia HTVC: 17 câu;

Khảo sát sau khi tham gia HTVC: 23 câu.

Xử lý số liệu:

Sử dụng phần mềm Excel để nhập số liệu và phần mềm thống kê SPSS 16.0 để xử lý kết quả và phân tích số liệu.

3. KẾT QUẢ

Bảng 1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm	n	Tỷ lệ (%)
Độ tuổi		30,59 ± 4,41
Tình trạng việc làm		
Toàn thời gian	52	38,8
Bán thời gian	15	11,2
Làm nhiều nơi	11	8,2
Nghỉ làm việc khi có thai	37	27,6
Nội trợ	19	14,2
Trình độ học vấn		
≥ THCS	3	2,2
THPT	51	38,1
Đại học	60	44,8
Sau đại học	20	14,9
Chuẩn bị cho thai kỳ lần này		
Rất kỹ	2	1,5
Có chuẩn bị	124	92,5
Chưa chuẩn bị	8	6,0
Nơi sinh sống		
Tp Hồ Chí Minh	109	81,3
Ngoài Tp Hồ Chí Minh	25	18,7
Tình trạng hôn nhân		
Có chồng	132	98,5
Mẹ đơn thân	2	1,5
Số con hiện có		
0	113	84,3
1	16	11,9
2	5	3,8
Khám thai theo lịch hẹn		
Đầy đủ	39	29,1
Có nhưng không đúng lịch	90	67,2
Chỉ siêu âm	5	0,7
Tuổi thai		
28 đến 33 tuần 6 ngày	49	36,6
34 đến 36 tuần 6 ngày	46	34,3
Trên 37 tuần	39	29,1

Bảng 2. Tỷ lệ thay đổi: kiến thức, thái độ, hành vi sau khi tham dự chương trình HTVC

Yếu tố	n	Tỷ lệ (%)	KTC 95%
Kiến thức	133	99,3	98,6 - 99,9
Thái độ	108	80,7	73,9 - 87,3
Hành vi	103	76,9	69,8 - 84,0

Tỷ lệ thay đổi về kiến thức, thái độ và chọn lựa thử thách chuyển dạ (hành vi) lần lượt ghi nhận 99,3%, 80,7% và 76,9%.

Bảng 3. Tỷ lệ các mức độ hài lòng của thai phụ trong nghiên cứu

Mức độ	n	Tỷ lệ %	KTC 95%
Rất hài lòng	105	78,4	71 - 85
Hài lòng	28	20,9	13,2 - 27,8
Không ý kiến	1	0,6	0,46 - 0,74

Mức độ rất hài lòng trong nghiên cứu 78,4%.

4. BÀN LUẬN

Hành trình vượt cạn đã cung cấp cho thai phụ một khối lượng kiến thức đáng kể giúp thai phụ có hiểu biết về cuộc sinh sắp tới, quá trình sắp diễn ra với họ và những dịch vụ hỗ trợ khi họ sinh tại bệnh viện. Qua đó giúp thai phụ và gia đình khỏi bối ngỡ và an tâm hơn khi đi sinh thực sự. Hơn 99% thai phụ tham gia ghi nhận chương trình đã cung cấp các kiến thức và giải đáp những thắc mắc của khách hàng để chuẩn bị cho quá trình vượt cạn sắp tới. Tất cả các câu hỏi về mặt kiến thức cho thấy khi tham gia khoá tham quan thai phụ nhận được khá đầy đủ các kiến thức về các thủ tục chuẩn bị khi nhập viện, các vật dụng cần chuẩn bị.

HTVC còn giới thiệu các dịch vụ y tế hữu ích: giảm đau sản khoa, chăm sóc sàן chậu sau sinh, lưu giữ máu cuống rốn, phòng sinh gia đình để người chồng có thể bên cạnh thai phụ trong suốt cuộc sinh.... Một số thai phụ đã từng nghe về dịch vụ giảm đau sản khoa trước đây, nhưng rất ít người biết đến dịch vụ tự tay người thân cắt rốn cho bé và họ rất thích thú trước thông tin này. Khi tham quan các khu vực của phòng sinh khách hàng sẽ được giải thích về các giai đoạn của chuyển dạ, khi nào thì nằm ở phòng chờ, khi nào sẽ chuyển phòng sinh. Ở từng khu vực lưu ý những vấn đề gì? Theo dõi ra sao? Ăn uống như thế nào?

Trong nghiên cứu này cho thấy sinh mổ có 42 trường hợp chiếm tỷ lệ 34,1%, thấp hơn tỷ lệ mổ chung của BV năm 2017 theo khảo sát của tác giả Đại Nam là 47,6% trong đó chủ động là 14,7% và mổ khi vào chuyển dạ là 32,9% [11]. Tuy nhiên trong nghiên cứu của chúng tôi ở thời điểm bệnh viện đã có sự phân loại mổ sinh một cách hệ thống theo phân loại Robson, trong đó nhóm 1 con so đơn thai ngôi đầu trên 37 tuần chuyển dạ tự nhiên tỷ lệ mổ là 40,4% [11]. Trong nghiên cứu của chúng tôi không khảo sát thời điểm sinh, tuy nhiên trong nghiên cứu của chúng tôi tỷ lệ con so đơn thai là 86,9% chiếm đa số mẫu, tỷ lệ mổ vẫn thấp hơn so với tỷ lệ theo nhóm Robson 1 trong cùng thời gian tại bệnh viện. Mặc dù sự so sánh này có thể chưa thuyết phục vì bệnh viện là nơi tiếp nhận nhiều thai kỳ nguy cơ cao từ các tuyến dưới chuyển đến, đây cũng là một trong các giới hạn của nghiên cứu. Mặc dù có các hạn chế, nghiên cứu cũng đã cho thấy hiệu quả của chương trình không những cung cấp về kiến thức mà còn góp phần thay đổi hành vi của thai phụ. Sau khi tham gia chương trình để hiểu rõ về quá trình sinh nở đa số thai phụ thích chọn phương pháp sinh ngã âm đạo hơn là mổ sinh, và chỉ mổ sinh khi có chỉ định y khoa. Tỷ lệ của chúng tôi cũng gần tương đồng với kết quả mổ sinh khi vào chuyển dạ tại bệnh viện là 32,9% [11].

Theo tác giả Khunpradit trong một tổng quan trên Cochrane, bằng chứng về hiệu quả của các biện pháp can thiệp trực tiếp đối với phụ nữ mang thai bị hạn chế. Có một số bằng chứng cho thấy liệu pháp nhóm tiền sản và các lớp chuẩn bị sinh có thể có hiệu quả trong việc giảm tỷ lệ mổ lấy thai ở những thai kỳ có nguy cơ thấp [3].

Về sự hài lòng ghi nhận của chương trình theo nhận định của khách hàng, 99,3% cho rằng chương trình hiệu quả và rất hiệu quả. Chỉ dưới 1% không cho ý kiến về hiệu

quả của chương trình.

Hạn chế: do thiết kế nghiên cứu cắt ngang cho thấy tình trạng tại thời điểm nghiên cứu nên tương quan nhân quả tương đối thấp và không thể giúp phân tích chính xác diễn tiến tâm lý của thai phụ trong thai kỳ. Các nghiên cứu về vấn đề này sau này có thể chọn đối tượng nghiên cứu mỗi nhóm con sinh lần đầu để dễ so sánh với các nghiên cứu khác, hoặc so sánh tỷ lệ phẫu thuật ở nhóm con lần đầu của nghiên cứu với tỷ lệ mổ lấy thai con lần đầu chung của BV hoặc các nghiên cứu khác để thấy sự khác biệt của các chương trình tương tự.

5. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu cắt ngang trên 134 thai phụ có thai 3 tháng cuối thai kỳ tại bệnh viện Hùng Vương từ 02/2019 – 08/2019 chúng tôi rút ra được một số kết quả như sau: Chương trình HTVC giúp thai phụ: Tỷ lệ thay đổi kiến thức: 99,3 KTC 95% [98,6 -99,9]; Tỷ lệ thay đổi thái độ 80,7 KTC05% [73,9 – 87,3] và hành vi 76,9 KTC 95% [69,8 -84]. Tỷ lệ sinh ngã ÂĐ ở nhóm tham gia HTVC so với tỷ lệ chung của BV cùng thời gian là 48,6% KTC 95% [47,9 - 49,3] và 34,1% KTC 95% [25,7 - 42,5]. Tỷ lệ khách hàng hài lòng khi tham gia chương trình là 99,3% và mức độ rất hài lòng 78,4 KTC 95% [74,8 -84].

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Fuglenes D, Aas E, Botten G, Øian P, Kristiansen IS. Why do some pregnant women prefer cesarean? The influence of parity, delivery experiences, and fear. *Am J Obstet Gynecol.* 2011;205(1):45. e41-45.e49. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2011.03.043>.
2. Ayers S. Fear of childbirth, postnatal post-traumatic stress disorder and midwifery care. *Midwifery.* 2014; 30(2):145–8. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2013.12.001>
3. Khunpradit S, Tavender E, Lumbiganon P, Laopaiboon M, Wasiak J, Gruen RL. Non-clinical interventions for reducing unnecessary cesarean section (Review). *Cochrane Database of Systematic Reviews 2011*, Issue 6. Art. No.: CD005528. DOI: 10.1002/14651858.CD005528.pub2.
4. Brodrick, A., 2014. Too afraid to push: dealing with fear of childbirth. *The Practicing Midwife* 17, 15–17. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24669516>
5. Robson M, Hartigan L, Murphy M (2013), Methods of achieving and maintaining an appropriate cesarean section rate, *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol*, 27(2):297-308.
6. Haines, H., Pallant, J.F., Karlström, A., Hildingsson, I., 2011. Cross-cultural comparison of levels of childbirth-related fear in an Australian and Swedish sample. *Midwifery* 27, 560–567. <http://dx.doi.org/10.1016/j.midw.2010.05.004>
7. Nerum, H., Halvorsen, L., Sorlie, T., Osian, P., 2006. Maternal request for a cesarean section due to fear of birth - can it be changed through crisis orientated counseling? *Birth* 33, 221–228. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1523-536X.2006.00107.x>

8. Alexandre Dumont. Y tế toàn cầu cho mẹ và bé: tiến triển mổ lấy thai trên thế giới. Hội nghị Sản Phụ khoa Việt Pháp Châu Á Thái Bình Dương lần thứ 16.2016. http://benhvienphusantrunguoc.org.vn/stores/customer_file/bvpstwadadministrator/052016/31/Cham_soc_SK_English.pdf
9. Hofberg K, Ward MR. Fear of pregnancy and childbirth. *Postgrad Med J.* 2003;79(935):505–10. quiz 508-510
10. Phạm Bá Nhạ. Nghiên cứu về chỉ định mổ lấy thai tại khoa sản bệnh viện Bạch Mai năm 2008. Tạp chí Y học số 2, 2010. <https://text.123doc.org/document/2557579-nghien-cuu-ve-chi-dinh-mo-lay-thai-tai-khoa-san-benh-vien-bach-mai-nam-2008.htm>.
11. Đoàn Vũ Đại Nam. Khảo sát tỷ lệ mổ lấy thai theo phân loại Robson tại bệnh viện Hùng Vương 2016-2017. Đề tài tốt nghiệp bác sĩ nội trú năm 2017. <https://drive.google.com/file/d/0BywHx2tPZ7qwTVFKbFZKek9weFk/view>.
12. Vũ Duy Minh. Tỷ lệ nhiễm khuẩn sau mổ lấy thai và các yếu tố liên quan tại Bệnh viện Từ Dũ 2009. http://www.tudu.com.vn/cache/1038340_Bs.%20CKII.%20Vu%20Duy%20Minh.pdf.