

ẢNH HƯỞNG CỦA YẾU TỐ KINH TẾ XÃ HỘI ĐẾN TIẾP CẬN DỊCH VỤ CHĂM SÓC TRƯỚC SINH CỦA PHỤ NỮ DÂN TỘC THIỂU SỐ, MIỀN TRUNG VIỆT NAM

Cao Ngọc Thành, Võ Văn Thắng, Lê Đình Dương, Đặng Khánh Ly
Trường Đại học Y Dược Huế

Tóm tắt

Đặt vấn đề: Sự mất cân bằng trong các tiến bộ đạt được về trong chăm sóc y tế đặc biệt chăm sóc thai sản tại những vùng sâu miền núi, người dân tộc thiểu số ngày càng được thể hiện rõ. Nghiên cứu thực hiện nhằm mô tả tình hình sử dụng các dịch vụ chăm sóc thai sản và các yếu tố liên quan ở phụ nữ người dân tộc thiểu số. **Phương pháp nghiên cứu:** Sử dụng thiết kế nghiên cứu mô tả cắt ngang thực hiện tại huyện miền núi A Lưới tỉnh Thừa Thiên Huế. Tổng cộng có 381 phụ nữ dân tộc thiểu số sinh con trong thời gian 1 năm tính tới thời điểm nghiên cứu được mời tham gia điều tra tại hộ gia đình. Mô hình hồi quy logistic được sử dụng để tìm yếu tố liên quan với khám thai trên đây đủ trên 3 lần của người phụ nữ. **Kết quả:** Hơn ¾ phụ nữ s được khám thai từ 3 lần trở lên chiếm 81,1% trong đó đúng và đủ là 78,2%. Tuy nhiên có 3,1% bà mẹ không được khám thai bất cứ lần nào. Phụ nữ ở lớn tuổi có tỷ lệ khám thai đầy đủ cao hơn so với nhóm trẻ dưới 20 tuổi (OR= 3,59; 5,58; 2,66 lần lượt ở nhóm tuổi 20-24; 25-29 và ≥ 30 tuổi). Bà mẹ có học vấn cao (từ THCS trở lên) có tỷ lệ khám thai đầy đủ cao gấp 2,5 lần so với nhóm học vấn thấp hơn. Tỷ lệ khám thai đầy đủ liên quan với kiến thức về chăm sóc thai sản và sự hỗ trợ gia đình khi người phụ nữ mang thai. **Kết luận:** Có sự hạn chế về tiếp cận và sử dụng các dịch vụ chăm sóc thai sản ở các khu vực miền núi người dân tộc thiểu số tại miền Trung Việt Nam. Những mô hình can thiệp ở phụ nữ nên tập trung ở nhóm phụ nữ trẻ tuổi, học vấn thấp và hạn chế về kiến thức trong chăm sóc thai sản và đặc biệt là nâng cao sự hỗ trợ của cộng đồng gia đình cho người phụ nữ khi mang thai.

Từ khóa: chăm sóc thai sản, dịch vụ y tế, phụ nữ, dân tộc thiểu số, miền núi.

ABSTRACT

EFFECTIVENESS OF SOCIOECONOMIC TO UTILIZATION OF ANTENATAL CARE AMONG MINORITY POPULATIONS IN A REMOTE AREA IN CENTRAL VIETNAM

Cao Ngọc Thành, Võ Văn Thắng, Lê Đình Dương, Đặng Khánh Ly
Hue University of Medicine and Pharmacy

Background: Growing evidence suggests that there are imbalances in the achievements in health care in Vietnam, especially in the mountainous areas, and particularly among ethnic minority groups. The aim of this study is to describe the determinants of maternal care services utilization and related factors among ethnic minority women in a mountainous rural area of central Vietnam. **Methods:** A cross-sectional study design was conducted in A-Luoi, a rural mountainous district of Central Vietnam. A total of 381 ethnic minority women preceding twelve months were included in the survey. Preceding the survey, households were interviewed based on a structured questionnaire. Multivariate logistic regression model analysis was used to define the significant factors related to adequate antenatal care (ANC) visits. **Results:** More than four-fifth (81.1) of women had undergone at least 3 antenatal care visit during their previous pregnancy. However, there were still 3.1% of women who not received any antenatal care visits. Women in the older age group were more likely to have adequate ANC visits than women who were younger than 20 years old (aOR=3.59; 5.58; 2.66 were age groups 20-24; 25-29 and ≥ 30 respectively). In addition, women with higher education (secondary or above) were more likely (aOR = 2.50) to attend 3 ANC services compared to women who with lower education (primary level or less). Knowledge of maternal health care services and receiving support from family during pregnancy or giving birth were defined significant different from the model. **Conclusion:** There was limitation in approach and utilization of maternal health care among ethnic minority women in

- Địa chỉ liên hệ: Cao Ngọc Thành, email: thanhykhue@yahoo.com

DOI: 10.34071/jmp.2017.4.1

- Ngày nhận bài: 12/8/2017, Ngày đồng ý đăng: 2/9/2017, Ngày xuất bản: 18/9/2017

remote areas in Central Vietnam. The interventions focusing on women in the younger age group, with lower education level, and designed to improve knowledge about maternal health, would be most beneficial.

Keywords: Antenatal care visits (ANC), maternal health care, minority women, mountainous

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Chăm sóc sức khỏe cho phụ nữ mang thai và sinh đẻ là một trong tám mục tiêu phát triển thiên niên kỷ được 189 quốc gia thành viên Liên Hợp Quốc nhất trí phần đầu đạt được vào năm 2015 [Nations, 2015 #1; Nations, 2015 #1]. Báo cáo năm 2015 cho thấy chăm sóc thai sản đã đạt nhiều thành tựu: tỷ suất chết mẹ giảm dần từ 380/100.000 xuống còn 330 (2000) và 210 (2013), so với năm 1990 tỷ suất chết mẹ đã giảm 45% trên toàn cầu vào năm 2014. Tỷ lệ bà mẹ sinh con nhận được sự hỗ trợ của nhân viên y tế tăng từ 59% (1990) lên 71% (2014). Tỷ lệ sử dụng các biện pháp tránh thai ở phụ nữ 15-49 tăng từ 55% (1990) lên 64% (2015) [1]. Mặc dù đã đạt được nhiều thành tựu nổi bật trong công tác chăm sóc sức khỏe cho bà mẹ và phụ nữ mang thai tuy nhiên báo cáo cũng chỉ ra những vấn đề phải đối mặt: Những người nghèo nhất và nhóm dễ bị tổn thương nhất đang bị bỏ lại phía sau, những tiến bộ đạt được không đồng đều giữa các khu vực và các nước, hàng triệu người vẫn đang bị lãng quên.

Trên thế giới, 800 phụ nữ chết mỗi ngày do các nguyên nhân liên quan đến mang thai và sinh đẻ. Đây cũng là nguyên nhân gây tử vong đứng thứ 2 sau HIV/AIDS ở phụ nữ trong độ tuổi sinh đẻ. Tình trạng chăm sóc phụ nữ mang thai phản ánh khoảng cách giữa các nước giàu và nghèo, có chưa tới 1% các trường hợp tử vong mẹ xảy ra tại các nước phát triển trong khi tỷ lệ này là 99% ở các nước đang và chậm phát triển. Tỷ lệ tử vong mẹ cao hơn ở vùng nông thôn, ở nhóm phụ nữ nghèo và học vấn thấp. Tại các quốc gia đang phát triển, tỷ lệ phụ nữ khám thai ít nhất 4 lần chiếm tỷ lệ từ 56% vùng nông thôn đến 72% vùng thành thị. Phụ nữ không nhận được những chăm sóc y tế thiết yếu sẽ mất cơ hội sớm phát hiện các vấn đề sức khỏe và chậm tiếp cận với những chăm sóc và điều trị thích hợp [2,3].

Tại Việt Nam, dù sức khỏe bà mẹ đã được cải thiện đáng kể với tỷ lệ tử vong mẹ giảm mạnh từ 233/100.000 trẻ sinh sống năm 1990, xuống còn 69/100.000 trẻ đẻ sống năm 2009, báo cáo tham vấn của tổ chức Liên Hợp Quốc tại Việt Nam cho thấy vẫn cần phải tiếp tục nỗ lực hơn nữa để đạt được chỉ tiêu của Mục tiêu phát triển thiên niên kỷ (MDG 5) là giảm tỷ lệ tử vong mẹ còn 58,3 ca tử vong/100.000 trẻ đẻ sống. Mất cân bằng trong sự tiến bộ, vẫn còn có sự khác biệt lớn về tỷ suất tử vong mẹ giữa các vùng miền [4,5].

1. Mô tả tình hình sử dụng các dịch vụ chăm sóc thai sản của bà mẹ người dân tộc thiểu số có con dưới 1 tuổi huyện miền núi A Lưới, tỉnh Thừa Thiên Huế.

2. Xác định một số yếu tố liên quan đến sử dụng dịch vụ chăm sóc thai sản của đối tượng nghiên cứu.

2. PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Địa điểm và đối tượng

Nghiên cứu mô tả cắt ngang thực hiện tại 8 xã và 1 thị trấn của huyện miền núi A Lưới, miền Trung Việt Nam

Những phụ nữ sinh con trong vòng 1 năm tính tới thời điểm nghiên cứu người dân tộc thiểu số được chọn tham gia vào nghiên cứu. Danh sách các phụ nữ sinh con trong 1 năm qua được cung cấp theo báo cáo của trạm y tế xã.

2.2. Phương pháp nghiên cứu: Thiết kế nghiên cứu mô tả cắt ngang

2.3. Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu

Cỡ mẫu được tính theo công thức ước tính một tỷ lệ.

$$n = 1,96 \times p(1-p)/d^2 \times df$$

Với $p = 0,875$ là tỷ lệ sinh từ 3 lần trở lên theo báo cáo của Bộ y tế Việt Nam 2013; hệ số thiết kế mẫu = 2; sai số chọn là 5% và dự trữ mất mẫu là 10%. Tổng cộng có 381 phụ nữ được chọn tham gia nghiên cứu. Chọn mẫu theo phương pháp chọn mẫu chùm nhiều giai đoạn. Lựa chọn 9/22 đơn vị hành chính của huyện A Lưới theo phân bố khu vực biên giới hay không: 5 xã biên giới: Hương Nguyên, Đông Sơn, Hồng Bắc, Hồng Trung, xã Nhâm và 4 xã không thuộc biên giới: Thị trấn A Lưới, A Ngo, Hồng Kim, Hương Lâm.

Tại mỗi xã lập danh sách tất cả các bà mẹ có đầy đủ theo các tiêu chí chọn mẫu được đưa vào mẫu nghiên cứu. Tổng cộng có 381 bà mẹ tham gia.

2.4. Thu thập số liệu

Bộ công cụ thu thập thông tin được phát triển trên cơ sở hướng dẫn quốc gia về các dịch vụ chăm sóc sức khỏe sinh sản của Bộ y tế Việt Nam năm 2009. Nghiên cứu thử hiệu chỉnh bộ câu hỏi được thực hiện tại trạm y tế thị trấn A Lưới trên 30 đối tượng. Số liệu được thu thập từ tháng 5 đến tháng 8 năm 2015 bằng phương pháp phỏng vấn trực tiếp tại hộ gia đình.

2.5. Biến số nghiên cứu

Biến phụ thuộc: Số lần khám thai và thời điểm khám thai tại các cơ sở y tế. Khám thai được đánh giá đầy đủ

khi khám từ 3 lần trở lên và đúng vào 3 thời điểm.

Khảo sát dịch vụ chăm sóc thai sản bao gồm chăm sóc trước sinh: số lần khám thai, địa điểm khám, thời gian khám thai, các dịch vụ khám thai bao gồm khám toàn thân, khám sản khoa, xét nghiệm và tiêm phòng, tư vấn và giáo dục sức khỏe.

Chăm sóc trong khi sinh: nơi sinh con, phương pháp sinh, cán bộ y tế hỗ trợ. Chăm sóc sau sinh bao gồm khám lại sau sinh con, được tư vấn về dinh dưỡng, lao động, nuôi con bằng sữa mẹ, dấu hiệu nguy hiểm sau sinh và biện pháp tránh thai.

Biến độc lập:

Các biến số về đặc điểm nhân khẩu và xã hội học của phụ nữ và người chồng: tuổi, dân tộc, trình độ học vấn, nghề nghiệp.

Nhóm biến số về đặc điểm về gia đình bao gồm: nơi sống; số thế hệ trong gia đình, hoàn cảnh sống riêng hay chung với bố mẹ, bảo hiểm y tế, kinh tế gia đình.

Các biến số liên quan đến tiền sử sinh con: số con hiện tại, số con trai, tính chất mang thai, độ tuổi

kết hôn của vợ và chồng, sự hỗ trợ gia đình khi mang thai và sinh con.

Kiến thức của về chăm sóc thai sản được đánh giá trên 12 mục và được chia thành 2 nhóm đạt nếu trả lời đúng từ 9/12 mục, không đạt nếu ít hơn 9 mục.

2.6. Phân tích số liệu: Sử dụng phần mềm SPSS 20.0 để phân tích số liệu. Phương pháp Stepwise backward được sử dụng trong mô hình đa biến với mức ý nghĩa $p < 0,05$ được sử dụng để xem xét mối liên quan có ý nghĩa của các biến số trong mô hình cuối cùng.

2.7. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu được sự chấp thuận của Hội đồng Y Đức trường Đại học Y Dược Huế, Sở Y tế tỉnh Thừa Thiên Huế, Trung tâm y tế huyện A Lưới và 9 xã, thị trấn tham gia nghiên cứu.

Nghiên cứu thực hiện trên nguyên tắc tự nguyện tham gia, đối tượng được giải thích rõ mục tiêu nghiên cứu và các thông tin cá nhân được bảo mật và mã hóa.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm tỷ lệ khám thai

Bảng 1. Số lần khám thai

Khám thai	n	%
<3 lần	60	15,7
≥3 lần	309	80,2
0 lần	12	3,1
Tổng	381	100,0
Khám thai đúng 3 thời điểm	298	78,2
Trung bình (khoảng)	3,45	(0 – 12)

Trong số 381 bà mẹ, 369 (96,9%) bà mẹ được nhận ít nhất 1 lần khám thai, tuy nhiên vẫn còn 12 (3,1%) không được khám thai lần nào. Trung bình số lần khám thai của phụ nữ trong suốt thời kỳ mang thai là 3.45 lần. 78,2% bà mẹ được khám thai đầy đủ vào 3 thời điểm của thai kỳ và cao nhất vào 3 tháng cuối. Đa số phụ nữ được khám thai tại bệnh viện huyện và trạm y tế xã với tỷ lệ 76,4% và 65,0%.

3.2. Phân bố tỷ lệ khám thai theo các đặc điểm chung

3.2.1. Phân bố tỷ lệ khám thai đầy đủ theo đặc điểm của bà mẹ

Bảng 2. Đặc điểm bà mẹ với tỷ lệ khám thai trên 3 lần

Biến số	Tổng n (%)	<3 khám thai (%)	≥3 khám thai (%)	p
Độ tuổi				
<20	45(11,8)	42,2	57,8	0,001
20 – 24	159 (41,7)	23,3	76,7	
25 – 29	93 (24,4)	15,1	84,9	
≥30	84 (22,0)	15,5	84,5	

Dân tộc

Tà Ôi	116 (30,4)	28,4	71,6	0,042
Ka Tu	64 (16,8)	12,5	87,5	
Pa Kô	194 (50,9)	21,6	78,4	
Khác	7 (1,8)	0	100,0	

Trình độ học vấn

≤ Tiểu học	137 (36,0)	33,6	66,4	<0,001
≥ THCS	244 (64,0)	15,2	84,8	

Nghề nghiệp

Nông, lâm nghiệp	310 (81,4)	24,8	75,2	0,003
Khác	71 (18,6)	8,5	91,5	

Ba nhóm dân tộc chiếm chủ yếu là người Pa Kô (50,9%); Tà Ôi (30,4%) và Ka Tu (16,8%), những nhóm dân tộc khác chiếm tỷ lệ rất thấp 1,8%. Độ tuổi chiếm tỷ lệ chủ yếu là từ 20-34 (81,6%), dưới 20 tuổi (11,8%) và trên 34 tuổi (6,6%). Học vấn thấp (mù chữ và tiểu học) chiếm 36%. Nghề nghiệp là nông, lâm nghiệp chiếm tỷ lệ đa số 81,4%.

3.2.2. Phân bố tỷ lệ khám thai theo đặc điểm người chồng và gia đình

Bảng 3. Đặc điểm chung của chồng và gia đình với tình hình khám thai

Biến số	Tổng n (%)	<3 khám thai (%)	≥3 khám thai (%)	p
Độ tuổi chồng				
<20	15 (3,9)	33,3	66,7	0,043
20 – 24	106 (27,8)	30,2	69,8	
25 – 29	114 (29,9)	17,5	82,5	
≥30	146 (38,3)	17,8	82,2	
Dân tộc chồng				
Tà Ôi	122 (32,0)	33,6	66,4	<0,001
Ka Tu	67 (17,6)	7,5	92,5	
Pa Kô	172 (45,1)	21,5	78,5	
Khác	20 (5,2)	0	100,0	
Trình độ học vấn chồng				
≤ Tiểu học	147 (38,6)	30,6	69,4	0,001
≥ THCS	234 (61,4)	16,2	83,8	
Nghề nghiệp chồng				
Nông, lâm nghiệp	330 (86,6)	24,2	75,8	0,003
Khác	51 (13,4)	5,9	94,1	
Hoàn cảnh sống				
Sống chung với bố mẹ	139 (36,5)	20,1	79,9	0,56
Sống riêng	242 (63,5)	22,7	77,3	
Bảo hiểm y tế				
Có	284 (74,5)	20,1	79,9	0,165
Không	97 (25,5)	26,8	73,2	
Kinh tế gia đình				
Nghèo	127 (33,3)	29,9	70,1	0,007
Không nghèo	254 (66,7)	17,7	82,3	

Nhóm tuổi chồng, dân tộc, trình độ học vấn, nghề nghiệp và kinh tế gia đình có liên quan với tỷ lệ khám thai đầy đủ.

3.2.3. Phân bố tỷ lệ khám thai theo đặc điểm hôn nhân và sinh con

Bảng 4. Đặc điểm đặc điểm hôn nhân và sinh con với tỷ lệ khám thai

Biến số	Tổng n (%)	<3 lần khám thai (%)	≥3 lần khám thai (%)	p
Tuổi kết hôn bà mẹ				
< 18 tuổi	61 (16,0)	34,4	65,6	0,009
≥ 18 tuổi	320 (84,0)	19,4	80,6	

Tuổi kết hôn chồng				
<20 tuổi	62(16,3)	32,3	67,7	0,029
≥ 20 tuổi	319(83,7)	19,7	80,3	
Tuổi sinh con bà mẹ				
< 20	127(33,3)	32,3	67,7	0,001
20 – 24	183 (48,0)	20,2	79,8	
25 – 29	54 (14,2)	7,4	92,6	
≥ 30	17 (4,5)	5,9	94,1	
Số lần sinh				
1 lần	170 (44,6)	22,4	77,6	0,809
> 1 lần	211 (55,4)	21,3	78,7	
Số con trai				
có	267 (70,1)	22,8	77,2	0,442
không	114 (29,9)	19,3	80,7	
Tính chất mang thai				
Chủ động	325(85,3)	20,3	79,7	0,092
Bị động	56 (14,7)	30,4	69,6	
Sự hỗ trợ gia đình				
Nhiều	119 (31,2)	9,2	90,8	<0,001
Trung bình	181 (47,5)	22,1	77,9	
không	81 (21,3)	39,5	60,5	
Kiến thức chăm sóc thai sản				
Đầy đủ	233 (61,2)	8,6	91,4	<0,001
Không đầy đủ	168 (38,8)	42,6	57,4	

Độ tuổi kết hôn dưới 18 tuổi là 16,0%; chồng dưới 20 tuổi là 16,3%. Độ tuổi trung bình kết hôn người vợ là 20; người chồng là 24 tuổi. Độ tuổi sinh con lần đầu cao nhất là nhóm 20-24 tuổi chiếm 48%; nhóm dưới 20 tuổi chiếm 33,3%. Số bà mẹ sinh lần đầu và hơn 1 lần chiếm tỷ lệ lần lượt 44,6% và 55,4%. Tỷ lệ bà mẹ mang thai chủ động là 85,3% và bị động do vỡ kế hoạch là 14,7%.

3.3. Các yếu tố liên quan với khám thai đúng từ 3 lần trở lên

Phân tích đơn biến các yếu tố về nhân khẩu, xã hội học cho thấy có 9 yếu tố có liên quan có ý nghĩa ($p < 0,05$) với khám thai từ 3 lần trở lên của phụ nữ là: độ tuổi, dân tộc, trình độ học vấn, nghề nghiệp của cả người phụ nữ và người chồng, yếu tố kinh tế gia đình (Bảng 2 và Bảng 3).

Tuổi kết hôn của người phụ nữ và người chồng, tuổi sinh con đầu lòng của người phụ nữ, sự hỗ trợ gia đình, kiến thức về chăm sóc thai sản của người phụ nữ có liên quan có ý nghĩa với khám thai trên 3 lần với $p < 0,05$ (Bảng 4).

Bảng 5. Mô hình liên quan khám thai đầy đủ với các yếu tố đặc điểm chung

Biến số	Crude OR(95% CI)	Adjusted OR (95%CI)
Nhóm tuổi mẹ		
<20 tuổi	1	1
20 – 24 tuổi*	2,41 (1,20 – 4,83)	2,66 (1,21 – 5,84)
25 – 29 tuổi**	4,12 (1,82 – 9,37)	3,59 (1,41 – 9,09)
>30 tuổi **	3,99 (1,73 – 9,21)	5,58 (2,04 – 15,23)
Trình độ học vấn mẹ		
Dưới THCS	1	1
Từ THCS trở lên**	2,83 (1,72 – 4,65)	2,50 (1,39 – 4,50)
Kiến thức CTS		
Không đầy đủ	1	1
Đầy đủ**	7,89 (4,49 – 13,85)	5,48 (3,00 – 9,9)
Sự hỗ trợ gia đình		
Không/ ít	1	1
vừa phải/trung bình**	6,41 (2,98 – 13,76)	4,28 (1,82 – 10,06)
Nhiều*	2,30 (1,31 – 4,06)	2,28 (1,16 – 4,50)

*Stati ti ally signifi ant at $p < 0,5$ level of confid nce

** Stati ti ally signifi ant at $p < 0,01$ level of confid nce

Mô hình phân tích đa biến bao gồm 16 yếu tố độc lập ($p < 0,1$) từ bảng 4 và bảng 5 với khám thai từ 3 lần trở lên, kết quả mô hình cuối cùng cho thấy bốn 4 yếu tố là tuổi mẹ, trình độ học vấn mẹ, kiến thức về chăm sóc thai sản và sự hỗ trợ gia đình liên quan có ý nghĩa với $p < 0,05$. Những phụ nữ có tuổi càng cao thì khám thai từ 3 lần trở lên cao hơn so với nhóm phụ nữ trẻ dưới 20 tuổi với $aOR = 2,66$ (95%CI: 1, 21 – 5,84) ở nhóm phụ nữ từ 20 đến 24 tuổi; $aOR = 3,59$ (95%CI: 1,41 – 9,09) ở nhóm phụ nữ từ 25 đến 29 tuổi và $aOR = 5,58$ (95%CI: 2,04 – 15,23) ở nhóm bà mẹ trên 29 tuổi. So với nhóm học vấn dưới THCS thì khám thai từ 3 lần trở lên cao hơn ở nhóm học vấn từ THCS trở lên với $aOR = 2,50$ (95%CI: 1,39 – 4,50). Những phụ nữ có kiến thức đầy đủ về chăm sóc thai sản được khám thai cao hơn với $aOR = 5,48$ (95% CI: 3,00 – 9,9) so với nhóm có kiến thức không đầy đủ. So với nhóm phụ nữ không hoặc nhận được ít hỗ trợ từ gia đình khi mang thai, nhóm phụ nữ nhận được sự hỗ trợ gia đình càng nhiều thì khám thai từ 3 lần trở lên càng cao $aOR = 4,28$ (1,82 – 10,06) ở nhóm trung bình và $aOR = 2,28$ (1,16 – 4,50) ở nhóm nhiều.

4. BÀN LUẬN

Tỷ lệ bà mẹ khám thai từ 3 lần trở lên và đúng 3 thời điểm của thai kỳ là 78,2%, tỷ lệ này thấp hơn so với báo cáo của Bộ Y tế Vụ Sức khỏe bà mẹ và trẻ em năm 2013 cho thấy tỷ lệ phụ nữ khám thai từ 3 lần trở lên trong 3 thời kỳ trung bình toàn quốc đạt 87,5% tăng 0,1% so với năm 2012. Trung du và miền núi phía Bắc và Tây Nguyên vẫn là các vùng có tỷ lệ phụ nữ được khám thai 3 lần trong 3 thời kỳ thấp nhất với tỷ lệ tương ứng là 76,9% và 77,5%, khu vực Bắc Trung Bộ và duyên hải miền Trung là 88,3% [5]. Tuy nhiên khác biệt này chủ yếu là do địa điểm nghiên cứu là một huyện miền núi với đối tượng là phụ nữ người dân tộc thiểu số. Báo cáo Bộ y tế cũng cho thấy số lần khám thai trung bình của một phụ nữ khu vực miền núi thấp hơn so với toàn quốc [3] và thấp hơn ở các khu vực miền núi. Kết quả chúng tôi tương tự nghiên cứu của tác giả Trần Nhật Tân tỷ lệ khám thai từ 3 lần trở lên là 89,4% [19]. Nghiên cứu của UNFPA năm 2007 cho thấy tỷ lệ bà mẹ khám thai dao động từ 1/3 đến 4/5 tùy thuộc vào khu vực và dân tộc, tính trung bình số lần khám thai trung bình là 2,7 ở vùng núi và 3,7 ở vùng đồng bằng [7]. Tác giả Đỗ Quang Hà lại cho thấy con số bà mẹ được khám thai đủ từ 3 lần trở lên của các bà mẹ vùng nông thôn tỉnh Bắc Giang tương đồng với kết quả chúng tôi tìm được là 82,3% [8]. Nghiên cứu của tác giả Emilia Goland và cộng sự về bất bình đẳng trong sử dụng dịch vụ chăm sóc thai sản tại Việt Nam cho

thấy tỷ lệ bà mẹ nhận được chăm sóc từ nhân viên y tế tối thiểu một lần trong thai kỳ là 87% [8].

Tuổi là một trong những chỉ báo quan trọng đo lường năng lực và khả năng làm chủ cũng như ra quyết định tìm kiếm và nhận sự chăm sóc sức khỏe nói chung cũng như chăm sóc thai sản. Nghiên cứu cho thấy so với nhóm phụ nữ trẻ tuổi thì những phụ nữ có tuổi càng cao thì tuổi càng tỷ lệ khám thai đầy đủ càng cao. Kết quả này tương tự với nghiên cứu của tác giả Trần Khánh Toàn và cộng sự so với nhóm bà mẹ có tuổi từ 25-34 tuổi thì phụ nữ có tuổi thấp hơn được khám thai đầy đủ thấp hơn có ý nghĩa so với nhóm bà mẹ lớn tuổi $aOR = 0,58$ (0,40 – 0,84) [10]. Kết quả nghiên cứu của tác giả Prashant Kumar Singh ở những trẻ vị thành niên đã kết hôn tại vùng nông thôn Ấn Độ cũng cho thấy những đứa trẻ từ 18-19 tuổi sử dụng dịch vụ chăm sóc thai sản đầy đủ cao hơn có ý nghĩa so với nhóm dưới 18 tuổi và sự khác biệt có ý nghĩa trong mô hình phân tích đa biến [11]. Tỷ lệ bà mẹ được khám thai ít nhất 4 lần cũng khác nhau theo độ tuổi trong nghiên cứu của tác giả Babalolaso với nhóm tuổi dưới 24 tuổi thì nhóm bà mẹ lớn tuổi hơn được khám cao gấp 1,3 lần (1,12-1,54) [44]. Kết quả nghiên cứu của tác giả Nitaichakraborty cho thấy bà mẹ lớn tuổi thường tìm kiếm dịch vụ y tế cao hơn so với nhóm tuổi nhỏ hơn. 42% bà mẹ trên 35 tuổi tìm kiếm sự giúp đỡ từ bác sĩ hay điều dưỡng so với tỷ lệ 28,5% ở nhóm bà mẹ dưới 20 tuổi [13].

Trình độ học vấn của bà mẹ càng cao thì tỷ lệ được khám thai đầy đủ cao hơn so với nhóm học vấn thấp (dưới THCS). Nghiên cứu của tác giả Khamphanh Prabouasone cũng cho thấy tỷ lệ bà mẹ có học vấn cao được khám thai đầy đủ cao hơn 85% so với 48,8% ở nhóm học vấn thấp [13]. Một nghiên cứu tại Thừa Thiên Huế, tỷ lệ bà mẹ thực hành chăm sóc trước sinh tốt cao hơn ở nhóm học vấn cao 42,69% so với 23,5% ở nhóm học vấn thấp hơn [20]. Tại Haiti, Phụ nữ có học vấn càng cao thì khả năng được khám thai ít nhất 4 lần cao hơn so với nhóm học vấn thấp, so với nhóm không đi học thấp hơn lần lượt là 1,5 và 3 lần so với nhóm bà mẹ có trình độ học vấn là tiểu học và nhóm từ THCS trở lên [44]. Nghiên cứu tại vùng nông thôn Bangladesh cho thấy trình độ học vấn của bà mẹ có liên quan với tình hình sử dụng các dịch vụ chăm sóc y tế, tỷ lệ bà mẹ sử dụng các dịch vụ chăm sóc y tế tăng lên từ 26,% ở nhóm không biết chữ lên 34,6% ở nhóm trên THCS [45]. Mô hình hiệu chỉnh cho thấy trình độ bà mẹ có liên quan với tỷ suất tử vong mẹ: so với những bà mẹ được giáo dục trên 12 năm thì những bà mẹ không được giáo dục có nguy cơ tử vong mẹ cao gấp 2,7 lần ; con số này ở nhóm được đào tạo

từ 1 đến 6 năm là 2 lần [51]. Sự hỗ trợ gia đình khi bà mẹ mang thai: Kết quả cho thấy bà mẹ càng nhận được sự hỗ trợ nhiều từ phía gia đình thì khả năng được khám thai đầy đủ càng cao. Phụ nữ nhận được nhiều và trung bình hỗ trợ từ gia đình trong quá trình mang thai và sinh đẻ thì khám thai đầy đủ cao hơn so với nhóm không nhận được sự hỗ trợ từ gia đình lần lượt là 2,3 lần và 4,3 lần. Sự hỗ trợ gia đình mang lại cho bà những điều kiện được chăm sóc, tiếp cận sớm và sử dụng đầy đủ các dịch vụ chăm sóc thai sản thông qua những hỗ trợ của các thành viên trong gia đình không chỉ về mặt kinh tế; điều kiện chăm sóc, sức khỏe và cả yếu tố tâm lý.

Kiến thức về chăm sóc thai sản: Kiến thức chăm sóc thai sản có ý nghĩa quan trọng ảnh hưởng đến quyết định tìm kiếm và sử dụng các dịch vụ chăm sóc y tế nói chung và dịch vụ chăm sóc thai sản của bà mẹ mang thai. Hầu hết các nghiên cứu hiện nay đều thừa nhận và tìm thấy ảnh hưởng chặt chẽ giữa kiến thức và hành vi của đối tượng. Theo tác giả Khamphanh Prabouasone thì tỷ lệ bà mẹ được tiêm phòng uốn ván và uống viên sắt khác biệt có ý nghĩa giữa các bà mẹ có kiến thức chăm sóc trước sinh khác nhau [13]. Nghiên cứu của tác giả Nguyễn Chiến Thắng cũng cho thấy tỷ lệ thực hiện tốt việc khám thai giữa 2 nhóm kiến thức chung về khám thai cũng khác biệt nhau có ý nghĩa; kiến thức về chăm sóc trước sinh liên quan có ý nghĩa với thực

hành chăm sóc trước sinh[14]. Một nghiên cứu khá tương đồng với nghiên cứu của chúng tôi của tác giả Tôn Thất Chiêu tại vùng ven biển đầm phá tỉnh Thừa Thiên Huế cho thấy tỷ lệ sử dụng đầy đủ dịch vụ chăm sóc trước sinh ở nhóm có kiến thức về làm mẹ an toàn là 100%; trong khi tỷ lệ này ở nhóm kiến thức chưa tốt là 61,8%[15].

5. KẾT LUẬN

Hơn ¾ phụ nữ dân tộc thiểu số được khám thai đầy đủ từ 3 lần trở lên tuy nhiên tỷ lệ này thay đổi giữa các nhóm dân tộc khác nhau. Các yếu tố về nhân khẩu xã hội có liên quan với khám thai đầy đủ được tìm thấy trong mô hình cuối cùng là tuổi và trình độ học vấn của người phụ nữ. Trong khi kiến thức về chăm sóc thai sản và sự hỗ trợ gia đình cũng là những yếu tố liên quan đến tình hình khám thai của người phụ nữ.

LỜI CẢM ƠN

Nhóm nghiên cứu xin gửi lời cảm ơn đến Sở khoa học và Công nghệ, Sở y tế tỉnh Thừa Thiên Huế, Trung tâm y tế và các trạm y tế xã đã tham gia nghiên cứu tại huyện A Lưới, tỉnh Thừa Thiên Huế. Khoa Y tế Công Cộng, Trường Đại học Y Dược Huế đã tham gia hỗ trợ trong nghiên cứu này.

Đây là kết quả của đề tài KHCN cấp tỉnh được ngân sách nhà nước tỉnh Thừa Thiên Huế đầu tư.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. United Nations (2015), *The Millennium development goals report 2015*.
2. United Nations (2014), *The Millennium development goals report 2014*.
3. WHO (2013), *10 facts of maternal health*.
4. United Nation in Vietnam (2015), *The Millennium development goals report of Vietnam, Improving mother health*. <http://www.vn.undp.org/content/vietnam/vi/home/mdgovoverview/overview/mdg5/>
5. Ministry of Health (2013), "Report on reproductive health activities in 2013" pp.22 – 24. Hanoi 2013
6. General statistics office of Vietnam, UNICEF, UNFPA. Monitoring the situation of children and women: Multiple Indicator Cluster Survey (MICS) 2010-2011. Hanoi; 2011.
7. UNFPA (2007), *Research on reproductive health in Vietnam: A review for the period 2000-2005*.
8. Goland Emilia, Dinh Thi Phuong Hoa, Målqvist Mats (2012) "Inequity in maternal health care utilization in Vietnam". *International Journal for Equity in Health*, page 4.
9. UNICEF (2014), Enabling district health teams to identify barriers to equitable access
10. Trần Khánh Toàn, Karin Gottvall, Nguyễn Đức Hình, Henry Ascher, Max Petzold (2012), "Factors associated with antenatal care adequacy in rural and urban contexts-results from two health and demographic surveillance sites in Vietnam". *BMC Health Services Research*, p.5
11. Prashant Kumar Singh, Rajesh Kumar Rai, Manoj Alagarajan, Lucky Singh (2012), "Determinants of Maternity Care Services Utilization among Married Adolescents in Rural India". p.6.
12. Stella O. Babalola (2014) "Factors associated with use of maternal health services in Haiti: a multilevel analysis". *Pan American Journal of Public Health*, 36 (1), p1-p.9.
13. Nitai Chakraborty, M. Ataharul isla, Rafiqul Islam chowdhury, Wasimul bari, Halida hanum Akhter (2003) "Determinants of the use of maternal health services in rural Bangladesh". *Health promotion i ternational* 18(4), p.333.
14. Nguyễn Chiến Thắng (2012), *Nghiên cứu tình hình cung cấp và sử dụng dịch vụ chăm sóc thai sản tại huyện Cư kuin, tỉnh Đắk Lắk*, Luận án Chuyên khoa cấp II, Trường Đại học Y Dược Huế.
15. Tôn Thất Chiêu (2012), *Nghiên cứu tình hình sử dụng dịch vụ làm mẹ an toàn của các bà mẹ có con dưới 1 tuổi thuộc vùng ven biển, đầm phá tỉnh Thừa Thiên Huế năm 2011*, Luận án Chuyên khoa cấp II, Trường Đại học Y Dược Huế.