

## **ĐẶT VẤN ĐỀ**

Theo đánh giá của Liên hiệp quốc trong năm 2015, Việt Nam là một trong những quốc gia đã đạt chỉ số giảm tử vong trẻ dưới 1 tuổi của Mục tiêu Thiên niên kỷ, trong đó tử vong sơ sinh đóng góp quan trọng vào chỉ tiêu này [1]. Tỷ lệ tử vong trẻ em đã giảm đáng kể từ 58/1000 năm 1990 xuống còn 12/1000 trẻ đẻ năm 2014 [2]. Tuy nhiên để duy trì thành quả đó, Việt Nam cũng phải vượt qua 2 thách thức lớn, đó là còn sự khác biệt về sức khỏe trẻ em giữa các vùng miền và tỷ lệ tử vong sơ sinh cao, đặc biệt là trong tuần đầu sau đẻ.

Chăm sóc sơ sinh đã được Bộ Y tế quan tâm đặc biệt trong thập kỷ qua, tuy nhiên mức độ giảm tử vong trẻ sơ sinh vẫn còn chậm hơn nhiều so với tử vong ở trẻ dưới 1 tuổi và tử vong ở trẻ dưới 5 tuổi [3]. Theo báo cáo của Vụ Sức khỏe Bà mẹ và Trẻ em năm 2014, tỷ lệ tử vong sơ sinh đang chiếm khoảng 60% số tử vong trẻ dưới 5 tuổi và hơn 70% tử vong ở trẻ dưới 1 tuổi. Vì vậy các can thiệp giảm tử vong sơ sinh vẫn cần được đặt ở vị trí ưu tiên hàng đầu trong các can thiệp về cứu sống trẻ em [4].

Nguyên nhân chính gây tử vong ở trẻ sơ sinh là đẻ non, nhiễm khuẩn và ngạt đầu là các nguyên nhân có thể phòng tránh được. Tiếp cận chăm sóc liên tục từ gia đình, cộng đồng đến cơ sở y tế với các can thiệp như tiêm vắc xin phòng uốn ván, thực hiện cuộc đẻ an toàn, hồi sức sơ sinh, nuôi con bằng sữa mẹ, phòng chống viêm phổi sơ sinh v.v.. đã được chứng minh là có thể giảm tới 75% tỷ lệ tử vong sơ sinh [5]. Vì thế WHO đang kêu gọi tiến hành thêm nhiều nghiên cứu nhằm cung cấp các bằng chứng rõ rệt hơn về hiệu quả của can thiệp giảm tử vong sơ sinh cũng như duy trì tính hiệu quả bền vững của các mô hình can thiệp, đặc biệt cho các nước thu nhập thấp và trung bình, nơi chiếm tới 98% số tử vong sơ sinh trên toàn thế giới [6].

Quyết định Phê duyệt “Hướng dẫn tổ chức thực hiện đơn nguyên sơ sinh và góc sơ sinh tại các tuyến y tế” của Bộ Y tế ban hành năm 2011 là một văn bản pháp lý quan trọng nhằm cụ thể hóa Chỉ thị 04/BYT-CT về “tăng cường chất lượng chăm sóc và giảm tử vong sơ sinh” trong toàn quốc [7]. Tuy nhiên, do hạn chế về nguồn nhân lực, cơ sở hạ tầng, trang thiết bị và thuốc thiết yếu cho chăm sóc sơ sinh (CSSS), việc thành lập và vận hành đơn nguyên sơ sinh ở bệnh viện huyện và góc sơ sinh ở trạm y tế (TYT) xã chưa được thực hiện ở tất cả các cơ sở y tế trong toàn quốc [8]. Đồng thời các nghiên cứu đánh giá một số dịch vụ và hiệu quả triển khai các can thiệp về chăm sóc sơ sinh còn rất khó khăn và hiện có số lượng hạn chế. Tại tỉnh Thanh Hoá, cho đến nay vẫn chưa có nghiên cứu về cung cấp dịch vụ CSSS tại tuyến huyện và tuyến xã. Chính vì những lý do trên, nghiên cứu **“Thực trạng và hiệu quả cải thiện dịch vụ chăm sóc sơ sinh tại cơ sở y tế một số huyện thuộc tỉnh Thanh Hoá”** được thực hiện nhằm các mục tiêu sau:

1. *Mô tả thực trạng chăm sóc sơ sinh và một số yếu tố liên quan tại 4 huyện tỉnh Thanh Hóa năm 2015.*
2. *Đánh giá hiệu quả một số giải pháp can thiệp nhằm cải thiện cung cấp dịch vụ chăm sóc sơ sinh tại 4 huyện trên năm 2015-2016.*

## **Chương 1**

### **TỔNG QUAN**

#### **1.1. Đại cương về sơ sinh và chăm sóc sơ sinh.**

##### **1.1.1. Thời kỳ sơ sinh.**

Thời kỳ sơ sinh được giới hạn từ khi sinh đến hết 4 tuần đầu tiên sau sinh (28 ngày). Thời kỳ sơ sinh được chia thành 2 giai đoạn phụ thuộc vào chăm sóc và liên quan mật thiết đến tử vong sơ sinh. Giai đoạn sơ sinh sớm là từ khi sinh đến 7 ngày sau sinh. Trong giai đoạn này do trẻ sơ sinh mới tiếp xúc với môi trường bên ngoài cần phải thích nghi ngay với cuộc sống do vậy cần chăm sóc rất cẩn thận. Đặc điểm sinh lý chủ yếu của thời kỳ này là sự thích nghi của trẻ với cuộc sống bên ngoài tử cung. Trẻ sơ sinh trong giai đoạn sơ sinh sớm rất dễ mắc bệnh và tử vong. Theo WHO tỷ suất tử vong sơ sinh giai đoạn sớm chiếm khoảng 75% tỷ suất tử vong sơ sinh [9]. Giai đoạn sơ sinh muộn bắt đầu từ ngày thứ 7 cho đến hết 28 ngày sau sinh. Giai đoạn này trẻ sơ sinh vẫn tiếp tục thích nghi với cuộc sống bên ngoài với những dấu hiệu vàng da sinh lý, sụt cân và ngủ nhiều. Do đặc điểm trên nên trong giai đoạn này trẻ sơ sinh dễ bị nhiễm trùng. Đứng hàng đầu về bệnh lý là nhiễm khuẩn ở phổi, rốn, da, tiêu hoá và nhiễm khuẩn huyết. Diễn biến bệnh thường rất nặng và tỷ lệ tử vong cao.

Trẻ sơ sinh khoẻ mạnh được đánh giá qua các chỉ số cơ bản như trẻ không sinh non (tuổi thai từ 37 tuần trở lên); cân nặng khi sinh đủ (từ 2500 gam trở lên); khóc to, da hồng, nhịp thở đều, chỉ số Apgar từ 8 điểm trở lên ở phút thứ nhất, 9-10 điểm từ phút thứ 5; trẻ bú khoẻ, không nôn, có phân xu và không có dị tật bẩm sinh.

##### **1.1.2. Yêu cầu chăm sóc sơ sinh**

Chăm sóc sơ sinh ngay sau đẻ phải hết sức nghiêm ngặt về chuyên môn và đảm bảo vệ sinh. Các công việc phải thực hiện ngay sau đẻ là cần làm thông và vệ sinh đường thở; lau khô, giữ ấm cho trẻ; tiến hành làm rốn; đánh

giá hiện trạng giới tính, phát hiện dị tật bẩm sinh, cân trẻ, đo chiều dài toàn thân; vệ sinh mắt bằng nước vô khuẩn, nhỏ mắt bằng argirol 1%; tiêm bắp vitamin K<sub>1</sub> 1mg liều duy nhất, nếu có điều kiện tiêm phòng viêm gan B, cho trẻ nằm cùng mẹ, bú mẹ càng sớm càng tốt (trong vòng 1 giờ sau sinh) [10].

Chăm sóc những ngày tiếp theo cũng hết sức quan trọng gồm quan sát hàng ngày về màu da, nhịp thở, tần số tim, thân nhiệt, tình trạng bú mẹ. Chăm sóc rốn phải được thực hiện ngay sau đẻ tới khi rốn rụng, lên sẹo khô, đảm bảo vô khuẩn trong và sau khi cắt, làm rốn. Tiếp tục theo dõi những bất thường ở rốn như hôi, rỉ máu, chặm rụng; loét quanh rốn; đã rụng nhưng còn lõi rốn, u rốn; chảy máu rốn khi rốn chưa rụng.

Trạm y tế xã cần chuyển trẻ sơ sinh lên tuyến trên khi rốn có những biểu hiện nhiễm trùng như có mùi hôi, chảy nước vàng, sưng đỏ, có mủ; có u hạt nhỏ, rỉ máu ướt; rốn không sạch, trẻ sốt. Ngoài ra, việc chăm sóc da; giữ ấm; giữ sạch sẽ toàn thân, khuyến khích cho bú sớm và nuôi con bằng sữa mẹ là những nội dung mà người CBYT cần tư vấn đầy đủ cho bà mẹ và người chăm sóc trẻ. Trong 28 ngày đầu sau sinh hệ thống miễn dịch ở trẻ chưa hoàn chỉnh nên trẻ sơ sinh rất dễ mắc các bệnh nhiễm khuẩn. Vì vậy, chăm sóc tốt trẻ trong giai đoạn sơ sinh là góp phần quan trọng trong việc giảm tỷ lệ bệnh tật và tử vong; giúp có một khởi đầu tốt đẹp cho sự lớn lên và phát triển của trẻ sau này.

### **1.1.3. Chăm sóc ngay sau sinh**

#### ***Bảo đảm trẻ thở được bình thường***

Bình thường ngay khi được đỡ ra khỏi bụng mẹ, trẻ thở ngay, biểu hiện bằng tiếng khóc chào đời. Những trường hợp này, không phải can thiệp gì đối với trẻ và phải thực hiện ngay các chăm sóc cần thiết cho một trẻ bình thường. Nếu trẻ ngạt, không thở, tím tái hoặc có khó khăn với nhịp thở đầu cần tiến hành hồi sức ngay.

### ***Giữ ấm***

Trẻ có thể bị lạnh ngay cả ở mùa hè, vì ngay khi lọt lòng mẹ, nước ối bao quanh da của trẻ bay hơi gây mất nhiệt hay khi da của trẻ tiếp xúc với đồ vật lạnh sẽ bị truyền mất nhiệt, do đó trẻ dễ bị hạ thân nhiệt. Trẻ bị hạ nhiệt độ rất dễ bị viêm phổi hoặc các bệnh khác, vì vậy để giữ ấm cho trẻ ngay sau khi đẻ, phòng đẻ cần có điều kiện chăm sóc sơ sinh. Phòng đẻ phải được sưởi ấm từ 28°C đến 30°C (không để dưới 25°C), không có gió lùa, không để quạt trực tiếp lên người mẹ và trẻ sơ sinh. Tốt nhất là ngay sau khi đỡ trẻ ra đặt trẻ tiếp xúc da kề da với mẹ ít nhất 90 phút: Đặt trẻ vào một khăn khô ở trên bụng mẹ, nhẹ nhàng thấm khô máu và phân su trên da trẻ và không lau sạch chất gây ngay sau sinh. Thay khăn khô khác và đặt trẻ tiếp xúc da kề da với mẹ, phủ áo và chăn lên cả hai mẹ con. Nếu không thể đặt con tiếp xúc da kề da với mẹ thì: mặc áo, đội mũ, quấn tã áo ấm sau khi làm rốn cho trẻ và đặt trẻ nằm gần với mẹ, và theo dõi sát tình trạng mẹ và con 15 phút/lần trong giờ đầu sau sinh. Đồng thời, cần đánh giá tình trạng trẻ sơ sinh có cần hồi sức hay không. Nếu cần hồi sức, phải hồi sức ngay. Nếu trẻ khóc to, da hồng, nhịp thở 40-60 lần/phút không cần phải hồi sức và tiến hành các chăm sóc thường quy.

### ***Các chăm sóc thường quy [10]***

***Chăm sóc rốn:*** Thay găng tay trước khi cặp, cắt rốn, buộc chỉ vô khuẩn (hoặc bằng kẹp nhựa) và sát khuẩn rốn bằng cồn 70°(kẹp và kéo cắt rốn phải được tiệt khuẩn và sử dụng riêng cho mỗi trẻ). Kẹp và cắt rốn ở khoảng 2-3 cm kể từ chân rốn. Che rốn bằng gạc mỏng vô khuẩn trong ngày đầu, đến ngày thứ hai trở đi để rốn hở, không bôi, đắp bất cứ thứ gì lên mặt cuống rốn.

***Chăm sóc mắt:*** Lau sạch mắt bằng vải mềm, thấm ướt nước sạch và nhỏ mắt mỗi bên một hoặc hai giọt Argryrol 1% để đề phòng viêm mắt do lậu cầu.

***Các chăm sóc khác:*** Kiểm tra miệng, vom miệng, theo dõi phân su để phát hiện dị tật về hậu môn.

*Cho bú trong vòng 1 giờ sau sinh:* Hỗ trợ bà mẹ cho con bú sữa mẹ càng sớm càng tốt trong vòng 1 giờ đầu sau đẻ. Không cho trẻ ăn, uống bất cứ thứ gì khác ngoài sữa mẹ.

*Cân và đo trẻ:* Cân đánh giá hiện trạng, giới tính, cân, đo chiều dài cơ thể.

*Tiêm Vitamin K<sub>1</sub>:* tiêm bắp 1mg liều duy nhất.

*Tiêm vắc xin* phòng lao và viêm gan B.

### ***Vệ sinh:***

Các CBYT luôn phải rửa tay bằng nước sạch, xà phòng và đeo găng tay trước và sau khi tiếp xúc, chăm sóc trẻ. Khi đỡ đẻ, CBYT y tế phải mang các dụng cụ bảo vệ để không bị dây máu hoặc các dịch tiết. Các dụng cụ như kẹp, kéo, khay... sau mỗi lần sử dụng cần được khử nhiễm, đánh rửa sạch bằng nước và xà phòng rồi hấp tiệt khuẩn theo các qui định. Tã lót, áo, khăn quấn bé cần được giữ khô và sạch. Tuyệt đối không dùng chung các dụng cụ khi chăm sóc trẻ.

#### **1.1.4. Chăm sóc trẻ trong ngày đầu sau sinh**

Trong ngày đầu sau khi sinh, trẻ sơ sinh cần được nằm cùng giường với mẹ, tiếp tục giữ ấm cho trẻ, hướng dẫn bà mẹ tư thế cho con bú, cho trẻ ngậm bắt vú đúng, cho bú theo nhu cầu của trẻ, cho bú cả ngày lẫn đêm. CBYT cần hướng dẫn bà mẹ theo dõi và thông báo cho nhân viên y tế khi có một trong các dấu hiệu bất thường như sờ thấy trẻ lạnh, chảy máu rốn, không bú mẹ được, chưa ỉa phân su hoặc chưa có nước tiểu. CBYT cần theo dõi trẻ 15-20 phút/lần trong 2 giờ đầu, theo dõi 1 giờ/lần trong 6 giờ đầu và 6 giờ/lần trong thời gian còn lại trong ngày. Đối với những trẻ mổ đẻ, cần theo dõi ảnh hưởng của thuốc mê ở trẻ và bà mẹ. Đặc biệt, không tắm trẻ trong vòng 1 ngày sau sinh và không cho xuất viện/trạm y tế trước 12 giờ tuổi [10].

### 1.1.5. Chăm sóc trẻ trong vòng 28 ngày tiếp theo.

#### ***Chăm sóc chung:***

- Bảo đảm trẻ luôn được nằm trong phòng ấm (28°C đến 30°C), đủ ánh sáng, không có gió lùa, không có khói
- Trẻ luôn được nằm cùng với mẹ.
- Phải được ngủ màn, tránh muỗi và côn trùng đốt.
- Không tiếp xúc với người đang bị bệnh, vật nuôi.
- Không đặt trẻ trực tiếp dưới ánh nắng mặt trời.
- Không đặt trẻ trên nền lạnh, cứng.
- Không đặt trẻ nằm sấp.
- Bà mẹ không nên nằm hoặc hong than.

#### ***Theo dõi***

- Màu da: mới lọt lòng da đỏ, sau chuyển hồng hào, từ 3 tới 5 ngày tiếp theo, da trẻ có màu vàng nhẹ (vàng da sinh lý), môi hồng.

Nếu vàng da sớm (trước 3 ngày) và tăng nhanh, cần chuyển lên tuyến trên điều trị.

- Nhịp thở: bình thường 40 - 60 lần/1phút, dưới 40 hay trên 60 đều là bất thường, cần theo dõi tìm nguy cơ bệnh lý.
- Nhịp tim: bình thường từ 120 đến 140 lần/1phút.
- Thân nhiệt hàng ngày: bình thường từ 36,5°C đến 37,4°C (nhiệt độ cạp nách).
- Tiêu hoá: trẻ đi ngoài phân su (xanh đen, quánh) trong vòng 24 giờ sau đẻ, sau đó đi phân vàng 3 - 4 lần/ngày. Nếu trẻ không đi phân su trong ngày đầu, hoặc bú ít (dưới 6 lần/ngày) hoặc bỏ bú cần tìm nguyên nhân để xử trí hoặc chuyển tuyến.
- Tiết niệu: Trẻ được bú mẹ ngay sau khi đẻ thường đi tiểu trong ngày đầu khoảng 7-8 lần một ngày. Nếu sau 24 giờ trẻ không đi tiểu, kiểm tra xem trẻ có được bú mẹ đủ không, có bị sốt hoặc tiêu chảy không và chuyển lên tuyến trên nếu không tìm được nguyên nhân.

### ***Chăm sóc rốn***

Chăm sóc rốn là một quá trình liên tục phải làm từ ngay sau đẻ tới khi rụng, lên sẹo khô.

#### ***Cách chăm sóc rốn:***

- Với rốn bình thường: luôn giữ rốn khô, thoáng và sạch sẽ, cuống rốn sẽ rụng tự nhiên sau 6 đến 8 ngày, nếu sau 10 ngày rốn không rụng cần kiểm tra lại, nếu rốn không nhiễm khuẩn, cắt bỏ cuống rốn.
- Hạn chế sờ vào cuống rốn và vùng quanh rốn
- Để rốn hở, quần tã phía dưới rốn
- Khi rốn dính bẩn phân, nước tiểu: rửa bằng nước sạch (tốt nhất là rửa bằng xà phòng dùng cho trẻ em), sau đó thấm khô.
- Rốn mới rụng phải giữ chân rốn khô, sạch cho tới khi liền sẹo.
- Trường hợp chảy máu cuống rốn khi rốn chưa rụng: dùng chỉ vô khuẩn buộc chặt lại. Nếu vẫn tiếp tục chảy máu, phải băng ép lại và tiêm bắp vitamin K 5mg. Tìm nguyên nhân gây chảy máu và điều trị theo nguyên nhân.
- Nếu rốn ướt, hôi, rỉ máu, quanh rốn nổi mẩn, chậm rụng rốn: rửa sạch rốn bằng các dung dịch sát khuẩn (iốt polividone 2,5%) sau đó chấm dung dịch tím gentian 0,5% vào chân rốn ngày 4 lần cho đến khi rốn khô. Không rắc bột kháng sinh vào rốn.
- Trường hợp rốn đã rụng nhưng còn lõi rốn sẽ tiết dịch vàng có thể gây nhiễm khuẩn, xử trí bằng chấm nitrat bạc 5% vào nụ hạt để teo dần, nếu quá lớn phải đốt điện.

#### ***Chăm sóc mắt:***

- Rửa tay sạch trước và sau khi chăm sóc mắt.
- Dùng khăn sạch lau mắt: lau từ trong ra ngoài.
- Không nhỏ bất kỳ chất gì vào mắt.



### ***Chăm sóc da và giữ vệ sinh***

- Vệ sinh thân thể, tắm rửa bằng nước sạch, ấm từ 35 - 37°C, trong phòng có nhiệt độ trên 25°C, không có gió lùa, chỉ được dùng loại xà phòng có độ xút thấp (xà phòng dùng cho trẻ em). Tắm từng phần, không nhúng toàn thân trẻ vào chậu nước. Dùng khăn mềm lau cho trẻ khi tắm, tránh chà xát mạnh gây xây xát da, tránh để nước vào rốn, vào tai trẻ, thời gian tắm bộ không nên kéo dài quá 10 phút.

- Không cần thiết phải tắm hàng ngày

- Lau mắt trẻ bằng nước sạch trước khi tắm, rửa.

- Vệ sinh đồ vải: áo tã, chăn, chiếu, khăn trải giường cho bé phải được thay giặt hàng ngày.

### ***Giữ ấm***

Phòng trẻ nằm phải ấm (không dưới 25°C), không có gió lùa, tã ướt phải thay ngay, cho trẻ nằm cùng với mẹ, áo tã của trẻ phải khô - sạch và ấm.

***Khuyến khích nuôi con bằng sữa mẹ hoàn toàn:*** cho bú sớm trong 30 phút đầu sau sinh đến khi trẻ 6 tháng tuổi. Cho trẻ bú cả ngày lẫn đêm, bất cứ khi nào trẻ muốn, ít nhất là 8 lần/ngày. Không được cho trẻ xuất viện khi trẻ chưa biết bú.

### ***Hướng dẫn cho bà mẹ biết về các dấu hiệu nguy hiểm cần đưa đến CSYT ngay***

- Bú kém/bỏ bú

- Ngủ li bì, khó đánh thức

- Thở bất thường (khó thở, thở rên, thở nhanh (>60 lần/phút) hoặc chậm (<40 lần/phút) hoặc có rút làm lồng ngực nặng)

- Co giật

- Sốt cao (>38.5°C) hoặc hạ thân nhiệt (<36.5°C)

- Viêm tấy đỏ mắt hoặc mắt có mũ

- Viêm tấy lan rộng vùng quanh rốn hoặc rốn có mũ

- Chảy máu bất cứ chỗ nào

- Vàng da đậm hoặc vàng da sớm (trong vòng 24 giờ sau đẻ).
- Nôn liên tục
- Bụng chướng
- Không đái, ỉa sau 24 giờ.

#### **1.1.6. Nội dung chăm sóc sơ sinh tại trạm y tế xã [10]**

- Thực hiện chăm sóc sơ sinh thiết yếu ngay sau đẻ và trong giai đoạn sơ sinh.
- Chăm sóc sơ sinh từ 2.000g không có suy hô hấp, bú được.
- Hồi sức sơ sinh cơ bản, gồm 19 nội dung.
- Hỗ trợ bà mẹ cho con bú sớm trong vòng một giờ sau đẻ và bú mẹ hoàn toàn.
- Phát hiện các dấu hiệu bệnh lý trẻ sơ sinh cần chuyển tuyến, thực hiện chuyển tuyến an toàn và xử trí ban đầu trước khi chuyển.
- Xử trí các vấn đề thông thường ở trẻ sơ sinh theo Hướng dẫn quốc gia về các dịch vụ chăm sóc sức khỏe sinh sản (sau đây gọi tắt là Hướng dẫn Quốc gia).
- Hướng dẫn bà mẹ giữ ấm cho trẻ bằng phương pháp KMC (da kề da).
- Hướng dẫn và hỗ trợ nhân viên y tế thôn bản/cô đỡ thôn bản theo dõi trẻ sơ sinh tại nhà.
- Để thực hành chăm sóc sơ sinh đúng, CBYT cần có khả năng thực hiện 8 nội dung chăm sóc sơ sinh thiết yếu ngay sau sinh như:
  - + Lau khô và kích thích trẻ
  - + Theo dõi nhịp thở và màu sắc da của trẻ
  - + Hồi sức (khi cần thiết)
  - + Ủ ấm cho trẻ
  - + Chăm sóc rốn
  - + Cho trẻ bú mẹ
  - + Chăm sóc mắt
  - + Tiêm Vitamin K<sub>1</sub>, tiêm phòng Viêm gan B sơ sinh.

### **1.1.7. Nội dung chăm sóc sơ sinh tại bệnh viện đa khoa tuyến huyện**

- Thực hiện chăm sóc sơ sinh thiết yếu ngay sau đẻ và trong giai đoạn sơ sinh.
- Hồi sức sơ sinh cơ bản và nâng cao, gồm 26 thực hành.
- Điều trị các bệnh lý sơ sinh theo Hướng dẫn Quốc gia.
- Tổ chức chuyên tuyến an toàn.
- Hướng dẫn và hỗ trợ tuyến xã về chuyên môn kỹ thuật.

#### ***Sơ sinh non tháng, nhẹ cân***

Sơ sinh non tháng là trẻ sinh ra trước tuần 37, bất kể cân nặng ra sao. Sơ sinh non tháng được chia 2 mức độ theo tuổi thai. Trẻ cực kỳ non tháng (tuổi thai dưới 28 tuần hay dưới 196 ngày). Trẻ non tháng khác (từ 28 tuần trở lên nhưng dưới 37 tuần hay từ 196 ngày đến 259 ngày).

Sơ sinh nhẹ cân là sơ sinh có cân nặng dưới 2500 gr khi sinh, không kể đến tuổi thai. Sơ sinh nhẹ cân được chia 2 mức độ theo cân nặng. Trẻ rất nhẹ cân (Cân nặng khi đẻ <1000 gam trở xuống). Trẻ nhẹ cân (Cân nặng khi đẻ từ 1000 - 2499 gam).

Nguy cơ trẻ non tháng, nhẹ cân là hạ thân nhiệt; dễ nhiễm khuẩn; dễ bị suy hô hấp; hít phải nước ối; dễ rối loạn chuyển hoá, đặc biệt hạ đường huyết; tỷ lệ mắc bệnh và tử vong cao. Do vậy đối với sơ sinh non tháng, nhẹ cân phải được chăm sóc ở cơ sở y tế tuyến tỉnh trở lên.

Chăm sóc sơ sinh non tháng, nhẹ cân cần đảm bảo 3 nguyên tắc chính là nuôi bằng sữa mẹ; duy trì nhiệt độ cơ thể; vệ sinh và vô khuẩn [10].

Dinh dưỡng cho trẻ non tháng, nhẹ cân là vấn đề thiết yếu, phải cho ăn sớm, cân hàng ngày để theo dõi và bổ sung một số sinh tố giúp cho nâng cao sức đề kháng của trẻ và dự phòng một số biến chứng trong thời kỳ này. Các sinh tố cần bổ sung là vitamin D 80-100 ĐV/ ngày; vitamin C 50 mg/ngày; vitamin E 5 -10mg/ ngày; vitamin K<sub>1</sub> 1 mg/ kg tiêm bắp ngay sau sinh [10].

Điều hoà thân nhiệt cho trẻ sơ sinh non tháng, nhẹ cân là một trong những yếu tố sống còn. Hiện nay có 2 phương pháp chính đang được áp dụng tại các cơ sở y tế là ủ ấm trong lồng kính và da kề da (KMC mother care-KMC). Nếu trẻ được nuôi trong lồng ấp tùy theo cân nặng mà duy trì nhiệt độ trong lồng ấp cho thích hợp (trẻ dưới 2000 gam nhiệt độ trong lồng ấp  $33-34^{\circ}\text{C}$ ; trẻ dưới 1500 gr nhiệt độ trong lồng ấp  $34-35^{\circ}\text{C}$ ; nhiệt độ phòng  $28-30^{\circ}\text{C}$ ).

Chăm sóc phải hết sức vô khuẩn; theo dõi nhiễm khuẩn; đề phòng xuất huyết; theo dõi các rối loạn khác: rối loạn hô hấp; nôn, sặc, rối loạn tiêu hoá. Phát hiện sớm các bất thường về cơ xương, khớp, thị lực.

Chuyển sơ sinh non tháng, nhẹ cân lưu ý giữ ấm thân nhiệt [10].

Theo khuyến cáo mới nhất của WHO khu vực Châu Á- Thái Bình Dương, gói dịch vụ chăm sóc bà mẹ và trẻ sơ sinh thiết yếu trong và ngay sau sinh, bao gồm xử lý tích cực giai đoạn 3 chuyển dạ, lau khô và kích thích, da kề da, cắt rốn chậm, cho bú sớm và hồi sức sơ sinh ngay góp phần giảm tử vong sơ sinh.

- Trong thời gian tại cơ sở y tế, nhân viên y tế cần có kỹ năng để thực hiện các biện pháp sau đây:

- Xúc tiến và hỗ trợ bà mẹ cho con bú sớm hoàn toàn (trong vòng 1 giờ đầu sau sinh).

- Giúp đỡ để giữ ấm cho trẻ sơ sinh (thúc đẩy sự tiếp xúc giữa mẹ và trẻ sơ sinh);

- Tăng cường hợp vệ sinh dây rốn và chăm sóc da;

- Đánh giá các em bé có dấu hiệu của các vấn đề sức khoẻ nghiêm trọng, và tư vấn cho các gia đình để tìm kiếm sự chăm sóc y tế kịp thời nếu cần thiết (dấu hiệu nguy cơ bao gồm các vấn đề liên quan đến cho trẻ ăn, hoặc nếu trẻ sơ sinh giảm các hoạt động, khó thở, sốt, co giật hoặc co giật, hoặc cảm thấy lạnh);

- Khuyến khích đăng ký khai sinh và tiêm phòng kịp thời theo lịch trình quốc gia;
- Xác định và hỗ trợ trẻ sơ sinh cần được chăm sóc bổ sung (ví dụ như những trẻ có trọng lượng sinh thấp, bị bệnh hoặc người mẹ mang thai bị nhiễm HIV);
- Nếu khả thi, cung cấp điều trị tại nhà đối với bệnh nhiễm trùng tại địa phương và một số vấn đề liên quan tới cho trẻ ăn.

## **1.2. Thực trạng chăm sóc sơ sinh**

### **1.2.1. Thực trạng cung cấp dịch vụ chăm sóc sơ sinh.**

Báo cáo rà soát các nghiên cứu về chăm sóc sức khỏe tại Việt Nam giai đoạn 2000-2005 của UNFPA thì khoảng 3/4 phụ nữ biết về thời điểm chính xác cho bú sữa sau khi sinh [11]. Nhiều phụ nữ dân tộc thiểu số (54%) không biết sử dụng sữa non cho con bú, thường vắt bỏ sữa non không cho con bú ngay sau sinh. Tỷ lệ cho con bú sữa mẹ ngay sau sinh cũng khác nhau giữa các nghiên cứu. Nói chung, tỷ lệ này vào khoảng từ một nửa đến 2/3 ở các vùng sâu, xa và miền núi [12]. Tuy thế, nhiều bà mẹ dân tộc thiểu số không sử dụng sữa non cho con bú và khoảng một nửa số trẻ được nuôi bằng các nguồn thực phẩm khác trong tháng đầu sau đẻ. Trái ngược với tình trạng này, tỷ lệ cho con bú ngay sau sinh trong phụ nữ dân tộc Kinh cao hơn, đạt tới 2/3 số các bà mẹ [12].

Kết quả can thiệp của Chương trình CSSS của Bộ Y tế và UNFPA cho thấy việc cung cấp trang thiết bị cho CSSS là một hoạt động được thực hiện ngay từ đầu chu kỳ và các năm sau đó [12]. Các trang thiết bị này được cung cấp để giúp các cơ sở y tế thành lập mới, hoặc tăng cường các dịch vụ đang có nhưng chưa hoàn thiện như xây dựng đơn nguyên sơ sinh, trang thiết bị cho CSSS được cung cấp cho cả ba tuyến tỉnh, huyện và xã. Các TTB nhận được ở tuyến huyện phổ biến cho đơn nguyên sơ sinh: lồng ấp, giường sưởi ấm, máy đo nồng độ ô xy qua da, máy CPAP cho trẻ sơ sinh, đèn điều trị vàng da dụng

cụ hồi sức sơ sinh, máy hút đờm rãi. Đại đa số các bệnh viện huyện đã có đủ TTBYT (máy móc và dụng cụ) để có thể cung cấp dịch vụ CSSS. Các TYT xã được cung cấp các TTB thiết yếu như dụng cụ hồi sức sơ sinh, máy hút nhót, bàn đẻ, chậu tắm sơ sinh, cân và thước đo sơ sinh, nhiệt kế, panh, kéo, bơm kim tiêm, bông băng côn. Sau can thiệp, các TYT xã đã có đủ các loại TTB cơ bản phục vụ cho CSSS ở các xã. Việc có đủ TTB đã giúp cho cung cấp dịch vụ CSSS thuận lợi hơn. Việc thực hiện hoạt động kiểm kê tài sản hàng năm và những TTB hỏng được sửa chữa hoặc mua mới là rất hiệu quả theo đánh giá của CBYT cơ sở. Bên cạnh đó, cơ quan quản lý đã có can thiệp, điều chuyển TTB khi cơ sở sử dụng không hiệu quả. Ví dụ ở một số tỉnh, Sở Y tế đã điều chuyển lồng ấp sơ sinh cho trẻ sinh non ở tuyến xã về bệnh viện huyện do không được sử dụng ở tuyến xã. Những can thiệp này đã giúp các cơ sở y tế có thể tận dụng tối đa các TTB phục vụ cho cung cấp dịch vụ CSSS.

Các dự án thí điểm đã tổ chức linh hoạt nhiều hình thức đào tạo khác nhau, phù hợp với nhu cầu và hoàn cảnh thực tế của địa phương. Các địa phương cử người đi học định hướng chuyên khoa, hoặc cử người đi đào tạo ngắn hạn, theo chứng chỉ được tổ chức tại bệnh viện trung ương hoặc bệnh viện tỉnh, có hình thức đào tạo mang tính chất cầm tay chỉ việc, chuyên giao công nghệ tại chỗ theo kíp, phương pháp thực hành kỹ năng CSSS. Tất cả những hình thức đào tạo đã nhằm cung cấp cho người học những kỹ năng cần thiết để cung cấp được dịch vụ CCSS và do cơ sở lựa chọn phù hợp với hoàn cảnh thực tế của từng địa phương. Hình thức linh hoạt như vậy cho phép cơ sở y tế có khả năng lựa chọn, chủ động về phương án nhân sự khi quyết định cử người đi học. Dự án đã hỗ trợ kinh phí cho việc đào tạo cán bộ đi học dài ngày (bằng, chứng chỉ), hỗ trợ cán bộ đi tập huấn ngắn hạn (kinh phí đi lại, tiền ăn) [12], [13].

Các cán bộ được đào tạo nâng cao trình độ về các lĩnh vực khác nhau, tùy thuộc vào vị trí công tác. Các nội dung đào tạo chính bao gồm: đào tạo chuyên môn dựa vào năng lực, đào tạo quản lý, giám sát và quản lý hậu cần. Những người cung cấp dịch vụ tại các cơ sở y tế đã xác nhận rằng họ được tham gia nhiều lớp tập huấn nâng cao năng lực CSSS. Các lớp đào tạo kéo dài từ 3-7 ngày tập trung chủ yếu vào Hướng dẫn quốc gia về dịch vụ CSSS, cấp cứu sơ sinh [12], [13]. Tùy theo nội dung, các chương trình đào tạo này được thực hiện cho cả tuyến huyện, xã để đảm bảo sự đồng nhất liên tục trong hiểu biết và áp dụng các quy định của Bộ Y tế về CSSS. Với tuyến huyện, là nơi nhận chuyển tuyến từ xã, thực hiện phần lớn các xử trí cấp cứu sơ sinh và hỗ trợ kỹ thuật giám sát tuyến dưới, nên CBYT của khoa sản, khoa nhi của bệnh viện và của Khoa SKSS của Trung tâm Y tế huyện cũng được đào tạo. Với tuyến xã, tất cả nhân viên tham gia vào cung cấp dịch vụ CSSS, các trưởng trạm đều được đào tạo các nội dung thích hợp.

Đối tượng của các chương trình đào tạo là bác sĩ sản khoa, hộ sinh, y sĩ sản nhi, nhân viên các phòng xét nghiệm, các nhà quản lý y tế cấp huyện, xã. Riêng đối với chương trình đào tạo về chăm sóc sơ sinh, để tăng cường nhân lực cho cung cấp dịch vụ này ở huyện, các bác sĩ đa khoa và các điều dưỡng phụ trách phần điều trị nhi của khoa sản nhi cũng được đào tạo về phần chăm sóc sơ sinh thiết yếu và cấp cứu.

**Bảng 1.1. Tình hình cung cấp dịch vụ chăm sóc sơ sinh tại TYT [8],[14]**

<b>Dịch vụ chăm sóc sơ sinh</b>	<b>Tỷ lệ %</b>
Tư vấn nuôi con bằng sữa mẹ và nuôi dưỡng trẻ nhỏ	97,3
Điều trị bệnh thông thường ở trẻ sơ sinh	93,2
Chăm sóc rốn sơ sinh	87,9
Hướng dẫn bà mẹ ủ ấm trẻ bằng phương pháp da kề da	81,7
Hồi sức sơ sinh ngạt	77,8
Tắm trẻ sơ sinh 24 giờ sau khi sinh	73,8
Tiêm Vitamin K <sub>1</sub> cho trẻ sơ sinh	61,9

Một số loại dịch vụ được cung cấp ở nhiều TYT nhất (trên 90% TYT cung cấp) là: Tư vấn nuôi con bằng sữa mẹ và nuôi dưỡng trẻ nhỏ; Điều trị bệnh thông thường ở trẻ sơ sinh và Xử trí ban đầu các trường hợp cấp cứu ở trẻ sơ sinh [8], [14]. Hồi sức sơ sinh ngay và tiêm Vitamin K<sub>1</sub> cho trẻ sơ sinh chỉ được thực hiện ở 77,8% và 61,9% số TYT.

**Bảng 1.2. Tình hình cung cấp dịch vụ CSSS tại bệnh viện huyện [8],[14]**

Dịch vụ chăm sóc sơ sinh	Tỷ lệ %
Tư vấn nuôi con bằng sữa mẹ	94,5
Cấp cứu sặc sữa	87,2
Tư vấn chăm sóc trẻ sơ sinh nhẹ cân, non tháng	71,9
Điều trị vàng da trẻ sơ sinh	36,0
Nuôi dưỡng trẻ sơ sinh nhẹ cân, non tháng bằng lồng ấp	26,9
Thở máy áp lực dương liên tục (CPAP) không xâm nhập	16,6
Hút dịch, khí màng phổi áp lực thấp	15,6
Mở khí quản	15,3

Nhóm dịch vụ CSSS được thực hiện và được cung cấp nhiều nhất là dịch vụ tư vấn nuôi con bằng sữa mẹ (94,5%). Nuôi dưỡng trẻ sơ sinh nhẹ cân, non tháng bằng lồng ấp và điều trị vàng da trẻ sơ sinh là hai dịch vụ đơn giản, nằm trong khả năng chuyên môn của các BV huyện, song cũng chỉ được thực hiện ở 26,9% và 36% bệnh viện. Dịch vụ hút dịch, khí màng phổi áp lực thấp là các dịch vụ ít được thực hiện nhất (15% BV thực hiện) [8], [14].

### **1.2.2. Một số yếu tố ảnh hưởng chất lượng dịch vụ chăm sóc sơ sinh**

#### **Cơ sở hạ tầng cho chăm sóc trẻ sơ sinh**

Cơ sở hạ tầng là một trong những yếu tố quan trọng để đảm bảo chất lượng dịch vụ chăm trẻ sơ sinh. Cơ sở hạ tầng bao gồm bảng phân công trực, điện, điện thoại, nước, phòng tắm, nhà vệ sinh, rác thải, các phòng chức năng



và công cụ truyền thông. Cơ sở hạ tầng vẫn còn chưa thật đầy đủ trong các cơ sở CSSS. Chỉ 3/4 bệnh viện huyện ở Kiên Giang, và khoảng 1/2 ở Hà Tây có hạ tầng đầy đủ. Chưa đến 1/2 các cơ sở y tế có đủ nước sạch, hơn 1/3 các TYT xã và TTYT huyện có nhà vệ sinh và phòng tắm, chỉ có một số rất ít là có đủ điều kiện [12]. Mặc dù tất cả các cơ sở đều thực hiện xử lý rác thải, phương pháp chính được dùng vẫn là đốt và chôn ở cấp huyện. Điện thoại, phương tiện liên lạc tối quan trọng khi khẩn cấp, cũng được trang bị ở các cơ sở y tế. Các tài liệu truyền thông cho không có đủ ở cấp huyện và cấp xã. Việc thiếu nghiêm trọng các tài liệu về chăm sóc trẻ sơ sinh và chăm sóc sau sinh được chỉ ra trong các nghiên cứu. Có đến 2/3 dự án là thực hiện các hoạt động truyền thông nhưng chỉ có 10% các tài liệu truyền thông là có liên quan đến CSSS [12].

Theo báo cáo kết quả điều tra của Vụ BMTE, Bộ Y tế năm 2010 thì trung bình mỗi TYT ở nước ta có tổng số gần 9 phòng, trong đó có khoảng 3 phòng dành cho CSSKSS [8]. CSSKSS là một trong số các nội dung của chăm sóc sức khỏe ban đầu, rất cần được chú trọng ở tuyến y tế cơ sở. Tuy vậy, vẫn có 3,1% TYT hoàn toàn không có phòng nào. Các điều kiện khác là nguồn điện lưới, nguồn cấp nước sạch, nhà vệ sinh thấm dột nước/tự hoại và điện thoại cố định, nhìn chung trên 90% số TYT đã có. Về nơi xử lý chất thải (chôn, đốt), gần 80% TYT có máy vi tính và 26,4% TYT có kết nối Internet [8]. Theo Hướng dẫn quốc gia năm 2009, cơ sở y tế tuyến xã không chỉ cần đáp ứng yêu cầu về số lượng phòng kỹ thuật mà còn cần phải đảm bảo các tiêu chuẩn tối thiểu về kết cấu hạ tầng và trang thiết bị [15].

### **Dụng cụ/trang thiết bị y tế/thuốc thiết yếu cho chăm sóc sơ sinh**

Số lượng và chủng loại của các thiết bị y tế cho CSSS cũng được quy định trong Hướng dẫn quốc gia năm 2009. Một nghiên cứu đánh giá tại một số tỉnh thuộc 3 miền của Việt Nam cũng cho thấy các dụng cụ y tế ở các cấp

xã và huyện đều có đủ chủng loại nhưng thiếu về số lượng trong đó có cả các dụng cụ rất thiết yếu như cân trẻ sơ sinh, dụng cụ cho CSSS [13].

Thuốc thiết yếu cho CSSS cũng là một trong những việc cần quan tâm hàng đầu. Trong các nghiên cứu của UNFPA và Tổ chức Cứu trợ Trẻ em Quốc tế tại các tỉnh vùng khó khăn trong giai đoạn 2006-2010 và 2012 cho thấy có từ 2/3 đến 4/5 số trạm y tế xã thiếu các thuốc thiết yếu cho chăm sóc và cấp cứu sơ sinh và có khoảng 1/3 bệnh viện huyện không có đủ các thuốc thiết yếu cho chăm sóc và cấp cứu sơ sinh [12], [13]. Các nghiên cứu này cũng chỉ ra rằng các cơ sở y tế không chỉ thiếu về chủng loại thuốc cấp cứu sơ sinh mà ngay cả khi có đủ chủng loại thì cũng thiếu về số lượng các loại thuốc trên.

Theo kết quả điều tra về thực trạng cung cấp dịch vụ CSSKSS của Bộ Y tế thì thuốc thiết yếu cho chăm sóc sơ sinh là rất thiếu ở các trạm y tế xã cũng như ở bệnh viện huyện tại các vùng khó khăn [14].

Thuốc thiết yếu là những thuốc phải luôn sẵn có bất cứ lúc nào với chất lượng đảm bảo, đủ số lượng cần thiết với điều kiện bảo quản, cung ứng và sử dụng an toàn. Đối với mỗi nhóm thuốc cho CSSS, nếu TYT không có bất kỳ loại nào trong danh mục của nhóm thì sẽ được coi như là không có. Nếu TYT có ít nhất một trong số danh mục của nhóm thì sẽ được coi là TYT có nhưng không đủ; còn nếu TYT có đầy đủ tất cả các loại trong danh mục của nhóm thì được coi là TYT có đầy đủ các loại và đạt Hướng dẫn quốc gia. Kết quả khảo sát của Vụ CSSKSS, Bộ Y tế năm 2010 cho thấy: Nhóm thuốc có đầy đủ các loại, nhiều nhất là vitamin và chất khoáng (49,9% TYT có); tiếp đến là nhóm thuốc an thần và hạ huyết áp (tương ứng 34,3% và 18,3% TYT có), các nhóm còn lại, đa số TYT có nhưng không đầy đủ (77% - 93% TYT có) [12]. Đáng chú ý nhất là nhóm thuốc an thần và hạ huyết áp, bên cạnh những TYT có đầy đủ các loại trong danh mục, vẫn còn một tỷ lệ đáng kể TYT hoàn toàn không sẵn có một loại thuốc nào (tương ứng 65,7% và 28,5% TYT). Bảy nhóm còn lại, cũng luôn tồn tại trên dưới 10% TYT không có một loại thuốc nào [12].

Theo kết quả khảo sát, trên 80% TYT có povidon iod 10% (thuộc nhóm thuốc sát khuẩn/khử khuẩn. Presept viên 1,25g hoặc 2,5g và Vitamin K<sub>1</sub> 1mg/ml có ở trên 60% TYT [12].

**Bảng 1.3. Thực trạng trang thiết bị CSSS tại bệnh viện huyện [8],[14]**

Trang thiết bị chăm sóc sơ sinh	Số BV hiện có		Số TTB hiện có	
	n	%	TS	TB
Máy hút nhót cho trẻ sơ sinh	535	89,9	721	1,21
Bộ cung cấp oxy (Bình oxy, van giảm áp và bộ làm ẩm)	425	71,4	680	1,14
Bộ hồi sức sơ sinh (đủ theo HDQG)	408	68,6	472	0,79
Đèn sưởi sơ sinh	405	68,1	520	0,87
Máy tạo oxy	315	52,9	415	0,70
Lồng ấp sơ sinh	305	51,3	409	0,69
Đèn điều trị vàng da	244	41,0	309	0,52
Thước đo chiều dài sơ sinh	241	40,5	283	0,48
Máy thở áp lực dương liên tục (CPAP)	83	13,9	101	0,17
Đèn hồng ngoại điều trị	56	9,4	82	0,14
Máy theo dõi chức năng sống của trẻ sơ sinh	29	4,9	35	0,06
Máy đo pH máu thai nhi	16	2,7	17	0,03

Kết quả nghiên cứu của Bộ Y tế cho thấy không có loại TTB chăm sóc sơ sinh nào có đủ ở 100% số BV huyện được khảo sát. Nhiều nhất là máy hút nhót cho trẻ sơ sinh (có ở 89,9% số BV), tiếp đến là bộ thở oxy (Bình oxy, van giảm áp và bộ làm ẩm) có ở 71,4% BV; Bộ hồi sức sơ sinh (đủ theo HDQG), có ở 68,6% BV; Đèn sưởi sơ sinh có ở 68,1% BV; 52,9% BV có máy tạo oxy; và 51,3% có lồng ấp sơ sinh. Các TTB còn lại đều chỉ có ở dưới 41% BV; trong đó đèn hồng ngoại điều trị, máy theo dõi chức năng sống của

trẻ và Máy đo pH máu thai nhi có ở ít BV nhất (dưới 10% số BV có). Tính trung bình, chỉ có máy hút nhót cho trẻ sơ sinh và bộ thở oxy là có đủ 1 bộ/1 BV, các loại TTB khác trung bình không đủ 1 bộ/1 bệnh viện [ 8 ] , [ 14 ] .

**Bảng 1.4. Tình hình TTB/thuốc của đội cấp cứu lưu động tại các BV huyện [8],[14]**

Trang thiết bị/thuốc của đội cấp cứu lưu động	Số BV hiện có		Số TTB hiện có	
	n	%	TS	TB
Bộ làm rốn trẻ sơ sinh	356	59,8	466	0,78
Bộ hồi sức sơ sinh	277	46,6	297	0,50
Bộ đặt nội khí quản trẻ em	178	29,9	183	0,31
Túi ôxy và bộ dụng cụ thở ôxy	260	43,7	350	0,59
Dịch truyền + Dây truyền huyết thanh	418	70,3	2641	4,44
Bơm/kim tiêm	432	72,6	6545	11,00

Kết quả khảo sát của Bộ Y tế cho thấy: trên 70% có bơm/kim tiêm; bộ đỡ đẻ; Oxytoxin/Ergometrin; dịch truyền, dây truyền huyết thanh; trên 60% có túi đựng thuốc cấp cứu lưu động; Đáng chú ý, chỉ dưới 40% đội cấp cứu lưu động của BV có bộ đặt nội khí quản trẻ em [ 8 ] , [ 14 ] .

### **Số lượng CBYT chăm sóc sơ sinh**

Số lượng CBYT, kiến thức và thực hành của CBYT, đặc biệt là của các cán bộ trực tiếp CSSS đóng góp phần rất quan trọng vào số lượng và chất lượng dịch vụ CSSS. Theo quy định của Bộ Y tế, bệnh viện huyện phải có bác sĩ chuyên ngành sản/phụ khoa, nữ hộ sinh trung cấp hay y sĩ chuyên ngành nhi và sản, và các nhân viên chuyên sâu. TYT xã cần phải có nữ hộ sinh trung học hoặc y sĩ chuyên ngành sản nhi hoặc một bác sĩ. Không phải tất cả các TYT xã có đủ nhân lực theo yêu cầu về CSSS, thiếu CBYT cũng

được coi là những khó khăn và rào cản trong việc thực hiện dịch vụ chăm sóc trẻ sơ sinh có chất lượng cả ở trong nước và quốc tế [8], [16],[17]. Một số vấn đề khác cũng đáng quan tâm như chất lượng làm việc thấp, hoặc việc chuyển chuyên quá nhiều do nhân viên không được đào tạo, phụ cấp thấp hoặc công việc tạm thời [12],[18].

Các nghiên cứu đều cho kết quả chung rằng kiến thức và kỹ năng của nhân viên y tế về CSSS còn nhiều hạn chế. Nhiều CBYT không được đào tạo lại hoặc được đào tạo rất hạn chế sau khi đã tốt nghiệp đại học, cao đẳng hoặc trung học y tế. Mặc dù nhiều tỉnh, thành phố nhận được các dự án can thiệp để tăng cường năng lực cho các nhân viên y tế qua các chương trình đào tạo, các tài liệu đào tạo lại không có một chuẩn chung và ít mang tính thực tiễn cho công việc. Kinh nghiệm trên thế giới và Việt Nam cho thấy chương trình đào tạo cần phải tiến hành đồng thời với việc nâng cấp cơ sở vật chất như dụng cụ và thuốc chữa bệnh [12], [13], [19].

Có một thực tế cho thấy thời gian qua, năng lực thực hành CSSS của CBYT còn rất hạn chế. Theo báo cáo rà soát của Bộ Y tế cho thấy những yếu tố gây nên việc hạn chế thực hành các kỹ năng đã được học là do thiếu các trang thiết bị, thuốc men, vật tư, thiếu đào tạo định kỳ, kỹ năng hồi sức sơ sinh còn hạn chế [14].

Ngành y tế đã xác định trong những năm tới, công tác tập trung nhiều nhất là CSSS, nhằm nâng cao sức khỏe, giảm bệnh tật, tử vong ở trẻ sơ sinh tại Việt Nam. Để thực hiện được mục tiêu trên cần kiện toàn, nâng cao năng lực thực hành, cũng như khắc phục những hạn chế đối với nhân viên cung cấp dịch vụ CSSS. Kết hợp và tăng cường chặt chẽ giữa việc đào tạo nâng cao năng lực cho cán bộ chuyên môn và cung cấp các thiết bị, thuốc thiết yếu, cũng như cải tạo một cách đồng bộ chất lượng dịch vụ CSSS; tăng cường giám sát hỗ trợ, nhất là giám sát hỗ trợ sau đào tạo nhằm nâng cao kiến thức

và kỹ năng thực hành cho đội ngũ người cung cấp dịch vụ ở các tuyến, đặc biệt cho vùng miền núi khó khăn. Xây dựng mô hình can thiệp cung cấp dịch vụ chăm sóc sơ sinh thiết yếu cơ bản và toàn diện, trên cơ sở những kết quả thu được sẽ nhân rộng ra các địa phương trong cả nước. Tùy theo nhu cầu thực tế của từng vùng, từng địa phương, tăng cường tính tiếp cận văn hóa trong cung cấp dịch vụ chăm sóc sơ sinh.

### **Yếu tố kinh tế - xã hội và văn hoá.**

Các yếu tố làm tăng tỷ lệ tử vong trẻ sơ sinh trong cộng đồng là do nghèo đói, mẹ không khám thai và học văn thấp. Để giảm thiểu hậu quả, cần đẩy mạnh công tác truyền thông về việc phòng tránh, chăm sóc và theo dõi cho trẻ sinh non và nhẹ cân trên các phương tiện truyền thông đại chúng. Các thai phụ nên đi khám, theo dõi thai, có chế độ lao động, nghỉ ngơi, dinh dưỡng hợp lý để tránh bị sinh non và giảm sơ sinh tử vong.

Trên thế giới cũng như tại Việt Nam vẫn còn sự khác biệt quá lớn giữa các vùng kinh tế- xã hội và địa lý và chăm sóc sức khỏe cũng như chăm sóc sức khỏe trẻ sơ sinh. Trẻ sơ sinh trong các gia đình nghèo, ở các vùng sâu xa, khó khăn về địa lý ít tiếp cận được với các dịch vụ chăm sóc y tế có chất lượng dẫn đến tỷ lệ suy dinh dưỡng, tỷ lệ mắc bệnh và tử vong cao [12], [20].

Việc cải thiện sức khỏe trẻ sơ sinh không chỉ hoàn toàn trông đợi vào việc cung cấp các dịch vụ y tế. Để đảm bảo thực sự hiệu quả, bền vững, cần phải mở rộng quy mô áp dụng các biện pháp can thiệp mang tính thiết yếu trong một khuôn khổ tăng cường và lồng ghép các chương trình với hệ thống y tế cũng như thúc đẩy tạo dựng một môi trường thuận lợi cho việc thực hiện các quyền của phụ nữ. Nếu không giải quyết tình trạng phân biệt đối xử và bất bình đẳng với phụ nữ và trẻ em gái tồn tại từ lâu nay thì mức độ hiệu quả, bền vững và thậm chí tính khả thi của những hoạt động hỗ trợ tăng cường chăm sóc sức khỏe ban đầu có nguy cơ bị giảm đi rất nhiều.

### **Kiến thức và thực hành chăm sóc sơ sinh**

Để đảm bảo chất lượng CSSS thì không thể tách rời chất lượng, số lượng và phân bố của CBYT làm công tác CSSS.

Nguồn nhân lực y tế cùng với cơ sở hạ tầng, trang thiết bị và thuốc thiết yếu có tầm quan trọng đặc biệt trong chăm sóc sơ sinh. Nguồn nhân lực trong CSSS bao gồm cả số lượng CBYT, phân bố CBYT cũng như kiến thức và thực hành của CBYT, đặc biệt là của các cán bộ trực tiếp CSSS là những người đóng góp phần rất quan trọng vào số lượng và chất lượng dịch vụ CSSS. Theo quy định của Bộ Y tế, nhằm nâng cao chất lượng cung cấp dịch vụ CSSS, bệnh viện huyện phải có bác sĩ chuyên ngành sản/phụ khoa, nhi khoa, nữ hộ sinh trung cấp hay y sĩ chuyên ngành nhi và sản, và các nhân viên chuyên sâu. TYT xã cần phải có nữ hộ sinh trung học hoặc y sĩ chuyên ngành sản nhi hoặc một bác sĩ [7]. Tuy nhiên, một số nghiên cứu chỉ ra rằng các bệnh viện huyện thiếu bác sĩ, đặc biệt người có chuyên môn sâu về sơ sinh [12], [13], [21]. Tương tự, không phải tất cả các TYT xã có đủ nhân lực theo yêu cầu về CSSS. Thiếu CBYT cũng được coi là những khó khăn và rào cản trong việc thực hiện dịch vụ chăm sóc trẻ sơ sinh có chất lượng cả ở trong nước và ngoài nước [12], [13], [22], [23]. Một số vấn đề khác cũng đáng quan tâm như chất lượng làm việc thấp, hoặc việc chuyển chuyên quá nhiều do nhân viên không được đào tạo, phụ cấp thấp hoặc công việc tạm thời [24], [25]. Các nghiên cứu đều cho kết quả chung là kiến thức và kỹ năng của nhân viên y tế về CSSS còn hạn chế [12], [13]. Nhiều nhân viên y tế không hề được đào tạo lại sau khi đã tốt nghiệp đại học hoặc trung học y tế trong nhiều năm [8], [14]. Mặc dù nhiều tỉnh/thành phố nhận được các dự án can thiệp để tăng cường năng lực cho các nhân viên y tế qua các chương trình đào tạo, các tài liệu đào tạo lại không có một chuẩn chung và ít mang tính thực tiễn cho công việc [13]. Kinh nghiệm trên thế giới và Việt Nam cho thấy chương trình đào tạo

cần phải tiến hành đồng thời với việc nâng cấp cơ sở vật chất như dụng cụ và thuốc men thì mới có thể mang lại hiệu quả cao trong CSSS [12], [13],[25],[26].

Theo kết quả khảo sát của Bộ Y tế, trung bình mỗi TYT có khoảng 6 cán bộ hiện đang làm việc (bao gồm cả cán bộ chuyên môn và những cán bộ khác) [14]. Cán bộ có ở nhiều TYT nhất là YSĐK (gần 80% số TYT), tiếp đến là NHS trung học (70,6%). Số BSĐK có ở 52,3% TYT và YSSN có ở 41,7% TYT. Đã có 47 TYT có ThS/BSCK I Sản, 70 TYT có ThS/BSCK I Nhi, 100 TYT có BSCK định hướng Sản và 92 TYT có BSCK định hướng Nhi. Trong số này, có 2 TYT mà tại mỗi TYT có 2 ThS/BSCK I Nhi là TYT xã Yên Lạc (huyện Nguyên Bình – Cao Bằng) và TYT xã Vĩnh Thọ (Thành phố Nha Trang – Khánh Hòa) [14].

Cũng theo cuộc khảo sát này, tỷ lệ TYT có bác sĩ chênh lệch đáng kể giữa các vùng sinh thái, thấp nhất ở các vùng Tây Bắc (37,4%), Tây Nguyên (46,3%) và Duyên hải miền Trung (50,2%). Vùng có tỷ lệ TYT có bác sĩ cao nhất là ĐBSCL và ĐBSH (73,5% và 72,1%) [14]. Tỷ lệ TYT có NHS/YSSN (NHS từ sơ học đến đại học) chênh lệch không nhiều giữa các vùng sinh thái, thấp nhất ở Đông Bắc cũng là 88,4%, còn cao nhất ở vùng Đồng bằng sông Cửu Long cũng chỉ là 95,4%.

Chỉ có 62,9% TYT hiện đã có bác sĩ. Bác sĩ được nói đến ở đây là bất kể cán bộ nào có trình độ đại học y trở lên (BSĐK, BSCK I, II hoặc chuyên khoa định hướng Sản/Nhi, và BS chuyên khoa khác). Tỷ lệ TYT trên cả nước có NHS trung học trở lên là 73,3%. Tỷ lệ TYT có NHS hoặc YSSN là 93,7% và TYT có NHS trung học trở lên hoặc YSSN là 91,3%. Chênh lệch không nhiều về tỷ lệ TYT có NHS/YSSN giữa các vùng sinh thái ở nước ta [14]. Trung bình tại mỗi bệnh viện huyện hiện có 24 cán bộ chuyên môn đang làm việc tại khoa Sản và khoa Nhi (hoặc Ngoại-Sản và Nội-Nhi). Trong số này, nhiều nhất là cán bộ có trình độ trung học, bao gồm điều dưỡng trung học (trung



bình 7,19 người/bệnh viện), nữ hộ sinh trung học (NHSTH) (6,33 người/BV) và y sỹ đa khoa (YSĐK) (2,5 người/BV). Số có trình độ Đại học trở lên (bao gồm bác sĩ đa khoa (BSĐK), bác sĩ chuyên khoa (BSCK) định hướng Sản/Nhi, thạc sỹ/BSCKI Sản/Nhi và tiến sỹ/bác sĩ chuyên khoa II (TS/BSCK II Sản/Nhi) chỉ chiếm con số khiêm tốn (hơn 5 người/BV) [14]. Trong số cán bộ có trình độ đại học trở lên, số TS/BSCK II Sản và Nhi chiếm tỷ lệ rất ít (2% số BV có TS/BSCK II Sản và 2,4% có TS/BSCK II Nhi). Hầu hết khoa Sản, Nhi của các BV có NHS trung học (98% BV có) [14].

Kết quả khảo sát của Bộ Y tế có tổng số 3260 bác sỹ hiện đang làm việc tại các khoa Sản, Nhi của 595 BV huyện. Trong số này, số BSĐK chiếm tỷ lệ cao hơn nhiều số BSCK Sản/Nhi (59,9% BSĐK so với 27,8% BSCK Sản và 12,3% BSCK Nhi) [14]. Theo vùng sinh thái, Tây Bắc; Tây Nguyên và Đông Bắc là 3 vùng có tỷ lệ BSCK Nhi ít hơn so với tỷ lệ chung của cả nước (7,5% so với 12,3%). Tại những huyện nghèo về kinh tế, số BS hiện đang làm việc chiếm phần đông là BSĐK (80,3% là BSĐK, so với những huyện không nghèo số BSĐK chỉ chiếm 57,8%). Cũng tại những huyện nghèo, tỷ lệ BSCK ít hơn hẳn so với những huyện không nghèo (16,2% so với 29% BSCK Sản, 3,5% so với 13,2% BSCK Nhi). Tình trạng cũng tương tự ở những huyện khó khăn so với những huyện không khó khăn (về địa lý). Theo đó, tại những huyện khó khăn, số BSĐK chiếm phần đông hơn so với những huyện không khó khăn (70,5% so với 53,9%); ngược lại, số BSCK Sản và Nhi lại ít hơn hẳn (23% so với 30,5% BSCK Sản, 6,6% so với 15,6% BSCK Nhi) [14].

Trung bình có gần 7 NHS có trình độ trung học trở lên hiện đang làm việc tại khoa Sản, Nhi của mỗi BV huyện được khảo sát. Con số này thấp hơn hẳn ở các vùng là Tây Bắc và Đông Bắc (dưới 5 NHS/BV) so với các vùng còn lại. Các huyện nghèo (về kinh tế) hoặc khó khăn (về địa lý) cũng có số NHS trình độ trung học trở lên thấp hơn so với các huyện không nghèo và không khó khăn [14].

Theo khuyến cáo mới nhất của TCYTTG khu vực Châu Á- Thái Bình Dương, gói dịch vụ chăm sóc bà mẹ và trẻ sơ sinh thiết yếu trong và ngay sau sinh bao gồm xử lý tích cực giai đoạn 3 chuyển dạ, lau khô và kích thích, da kề da, cắt rốn chậm, cho bú sớm và hồi sức sơ sinh ngay góp phần giảm tử vong sơ sinh. Do vậy, các kiến thức và kỹ năng của CBYT cần phải có để chăm sóc mẹ và trẻ ngay sau khi sinh.

Các nghiên cứu trên thế giới về kiến thức, thực hành chăm sóc sơ sinh đã được thực hiện nhiều ở các nước phát triển và gần như đã hoàn thiện và thành chuẩn mực. Các nghiên cứu cho thấy ở các nước phát triển các nội dung CSSS cũng như kiến thức và kỹ năng của CBYT rất chuẩn mực, do vậy tỷ suất tử vong cũng như mắc bệnh của trẻ sơ sinh giảm rất thấp [27], [28], [29]. Tỷ lệ cán bộ trực tiếp làm công tác CSSS có kiến thức và kỹ năng tốt trong CSSS rất cao, chiếm từ 90-100%. Tại các quốc gia trên tỷ suất tử vong của trẻ sơ sinh giảm xuống chỉ từ 2-3 trẻ/1000 trẻ đẻ sống [30], [31]. Ngược lại, tại các nước đang phát triển ở Châu Á, châu Phi các nghiên cứu cho thấy các hướng dẫn chuẩn về CSSS cũng như kiến thức và kỹ năng CSSS là khá thấp. Tỷ lệ cán bộ trực tiếp làm công tác CSSS có kỹ năng tốt trong CSSS ở các tuyến dao động trong khoảng từ 10-50% [32], [33]. Tỷ lệ CBYT trực tiếp làm công tác CSSS thấp nhất là ở tuyến xã phường và tương đương, dao động trong khoảng 5-20% và ở tuyến huyện, tỷ lệ CBYT trực tiếp làm công tác CSSS dao động trong khoảng từ 20-60% [34], [35],[36].

Tại Việt Nam, một số nghiên cứu trên 42 CBYT tại Bệnh viện Nhi, 60 CBYT ở 3 bệnh viện huyện, 60 CBYT ở 32 xã tỉnh Thanh Hoá cho thấy chỉ có 50% CBYT kể được những nội dung về chăm sóc sơ sinh các kiến thức cơ bản [21].

Một nghiên cứu khác về kiến thức, thực hành chăm sóc sức khỏe sinh sản của 714 CBYT xã là trạm trưởng và nữ hộ sinh hoặc y sỹ sản nhi tại 360 xã

của 12 tỉnh tham gia Dự án chu kỳ VI của UNFPA bằng phương pháp phỏng vấn và bảng kiểm dựa theo Hướng dẫn quốc gia trong đó có phần nghiên cứu về kiến thức, thực hành chăm sóc sơ sinh tại 5 tỉnh miền Bắc, 4 tỉnh miền Trung, 3 tỉnh miền Nam, cho thấy tỷ lệ đạt chăm sóc chung cho sơ sinh bình thường 9 ngày sau sinh) đạt 61,1%. Trong đó, kiến thức về “tiêm vitamin K<sub>1</sub>, một liều duy nhất “ và rửa mắt bằng Argryol...” đạt rất thấp chỉ có 11,9% và 22,7% (theo thứ tự kể trên) [37].

Một nghiên cứu gần đây nhất của UNFPA được thực hiện trên 7 tỉnh dự án trong giai đoạn 2006 - 2010 cho thấy người cung cấp dịch vụ (CCDV) được yêu cầu liệt kê đủ 7 nội dung cần thực hiện để chăm sóc trẻ sơ sinh ngay sau đẻ theo hướng dẫn chuẩn quốc gia. Điều đáng lo ngại là chỉ có trên 1/3 số người CCDV có thể liệt kê đầy đủ các nội dung cần làm để chăm sóc trẻ sơ sinh sau đẻ ở thời điểm cuối kỳ (38,5%) dù đã tăng hơn 2 lần so với đầu kỳ (17,1%). Nội dung mà nhiều người CCDV ở cuối kỳ bỏ qua là “rửa mắt cho trẻ” (đạt 51%). Nội dung đánh giá tình trạng của bé cũng bị gần 30% số cán bộ CCDV bỏ qua ở thời điểm điều tra cuối kỳ. Đây là những lý do dẫn đến tỷ lệ thấp cán bộ CCDV nêu được đủ 7 nội dung chăm sóc trẻ ngay sau sinh. Các nội dung được nhiều Cán bộ nhớ đến nhất ở cuối kỳ là làm thông đường thở của trẻ, lau khô, giữ ấm và làm rốn (dao động từ 93,7% đến 98,9%) [12]. Điểm trung bình kiến thức về CSSS ngay sau đẻ thường chỉ là 68,6/100. Sự khác biệt về điểm trung bình kiến thức về CSSS khác biệt theo khu vực, cao hơn ở các tỉnh ít khó khăn như Phú Thọ, Tiền Giang, Hoà Bình và Bến Tre (80,5/100 điểm so với CQG), trong khi đó Kon Tum là tỉnh đạt điểm trung bình thấp nhất ở nội dung này (69,2/100 điểm so với CQG) [12].

Nghiên cứu của UNFPA cũng cho thấy có 8 nguy cơ thường gặp đối với trẻ sơ sinh non tháng mà CBYT cần phải nắm vững để phát hiện và xử trí kịp thời. Tuy nhiên, hầu hết CBYT ở cả tuyến huyện và xã không thể liệt kê đầy đủ cả 8 nguy cơ, tỷ lệ CBYT đạt yêu cầu theo Hướng dẫn quốc gia về vấn đề

này chỉ đạt rất thấp (7,4%) [12]. Đây là một vấn đề rất quan trọng và cần thiết cho CBYT trong khi quyết định các phương pháp điều trị hoặc chuyển lên tuyến trên cho trẻ sơ sinh. Điều này đặc biệt quan trọng cho những xã và huyện ở các vùng sâu vùng xa, nơi thiếu thôn trang thiết bị, thuốc thiết yếu cho CSSS cũng như phương tiện giao thông khó khăn cùng với đường xá xa xôi và hậu quả là trẻ sơ sinh không được điều trị đúng hoặc chuyển lên tuyến trên muộn [38].

Nghiên cứu trên cũng cho thấy kiến thức của CBYT về nguy cơ hạ thân nhiệt sau sinh, ngạt sơ sinh, suy hô hấp, vàng da kéo dài, nhiễm khuẩn (dao động từ 64,5% đến 78,2%). Các nguy cơ ít được CBYT đề cập đến bao gồm viêm ruột, xuất huyết và hạ đường huyết (chỉ dao động trong khoảng 28% đến 37,9%). Đây là những lý do dẫn đến tỷ lệ thấp CBYT đạt Hướng dẫn quốc gia trong nhận diện nguy cơ thường gặp đối với trẻ sơ sinh non tháng [12]. Sự khác biệt cũng rõ ràng theo khu vực, Hà Giang và Kon Tum là 2 tỉnh có điểm kiến thức trung bình của cán bộ CCDV chỉ đạt dưới 50% CQG, trong khi Tiền Giang là tỉnh đạt số điểm trung bình cao nhất (75/100 điểm) và cao hơn nhiều so với các tỉnh khác [12].

Về kỹ năng chăm sóc sơ sinh, kết quả nghiên cứu của UNFPA ở 7 tỉnh năm 2010 cho thấy kết quả quan sát cho thấy có sự cải thiện khá tốt về tỷ lệ CBYT đạt CQG về thực hành chăm sóc trẻ sơ sinh chỉ là 44,5%. “Chăm sóc mắt cho trẻ” và “tiêm vitamin K<sub>1</sub>” là 2 nội dung đạt tỷ lệ thấp (47,9% và 59,7%) [12]. Sau khi can thiệp, trừ nội dung chăm sóc mắt cho trẻ có tỷ lệ đạt chưa cao (70,5%), 6 nội dung còn lại đều được đa số cán bộ CBYT thực hiện trong quá trình chăm sóc trẻ (dao động từ 89,4% đến 100%). Sự cải thiện về kỹ năng thực hành chăm sóc trẻ sơ sinh còn thể hiện qua sự gia tăng đáng kể điểm trung bình thực hành của CBYT ở cuối kỳ so với đầu kỳ (tăng 10,1

điểm). Điểm trung bình thực hành của hầu hết các tỉnh đều rất cao ở cuối kỳ (dao động từ 90 đến 97/100 điểm). Do các quan sát này được thực hiện toàn bộ ở tuyến bệnh viện huyện nên có thể kết luận là hầu hết trẻ được sinh ra tại bệnh viện đều được tiêm vitamin K<sub>1</sub> ngay sau đẻ ở cuối kỳ (99,2%), tăng 39,5% so với đầu kỳ [12]. Tuy nhiên, có thể khẳng định rằng tỷ lệ này thấp hơn nhiều ở những trẻ sinh ra tại TYT. Hiện nay tỷ lệ TYT có đỡ đẻ có vitamin K<sub>1</sub> ở cuối kỳ còn khá thấp (63,8%), đặc biệt là tại các tỉnh Phú Thọ, Hà Giang và Kon Tum. Vitamin K<sub>1</sub> được đóng gói từ 10-20 liều/ông, không thuận tiện cho việc sử dụng tại các CSYT có ít khách hàng như TYT. Chương trình cần chú trọng hơn đến các hoạt động can thiệp nhằm làm tăng tỷ lệ TYT có vitamin K<sub>1</sub>. Các đề xuất với các công ty dược phẩm về đóng gói vitamin K<sub>1</sub> sao cho tiện sử dụng hơn đối với các TYT cũng cần được quan tâm trong thời gian tới [12].

Gần đây, trong những năm từ năm 2007 đến năm 2013, Tổ chức Cứu trợ Trẻ em và một số tác giả khác đã tiến hành hàng loạt các nghiên cứu đánh giá thực trạng CSSS tại nhiều tỉnh vùng nói khó khăn ở cả 3 miền Bắc Trung Nam. Kết quả nghiên cứu tương đối phù hợp với kết quả nghiên cứu của UNFPA. Kết quả nghiên cứu cho thấy đa số kiến thức về chăm sóc sơ sinh của CBYT ở mức trung bình và dưới trung bình (trung bình: 43,8%; dưới trung bình: 39,3%) và chỉ có 16,9% các nhân viên y tế được đánh giá là có kiến thức tốt về chăm sóc bà mẹ và trẻ sơ sinh [13], [39], [40], [41].

**Bảng 1.5. Thực hành các nội dung CSSS CBYT tuyến huyện và xã [39]**

	CBYT tuyến huyện		CBYT tuyến xã		Chung
	n	%	n	%	%
Tốt	2	14	3	16	15
Trung bình	7	46	7	40	43
Dưới mức TB	5	41	8	44	42,5

Đối với tuyến huyện, chỉ có 14% được đánh giá có kiến thức tốt; 46% ở mức trung bình và 41% ở mức dưới trung bình. Đối với tuyến xã, kiến thức của các nữ hộ sinh tại các xã chỉ 16% được đánh giá có kiến thức tốt và 84% ở mức trung bình và dưới trung bình [39]. Điều này hoàn toàn hợp lý vì tại tuyến y tế xã, tỷ lệ CBYT được đi tập huấn lại về CSSS rất thấp. Mặt khác, ngay cả khi được đi tập huấn về CSSS thì khả năng tiếp thu kiến thức cũng bị hạn chế rất nhiều so với các CBYT ở tuyến huyện và tuyến xã.

**Bảng 1.6. Kiến thức về các nội dung chăm sóc sơ sinh ngay sau sinh tuyến huyện và xã tại 3 tỉnh [39]**

Kiến thức	BS Sản		NHS, DD khoa sản		NHS BV huyện		NHS TYT xã		Chung %
	n	%	n	%	n	%	n	%	
Lau khô và kích thích	7	43,75	10	37	9	29	8	23,5	31,48
Kiểm tra đường thở	4	23,8	11	41,7	10	33,2	10	31,3	32,5
Hỏi sức nếu cần	1	6,25	1	3,7	1	3,22	1	2,9	3,6
Ủ ấm	5	31,25	11	40,7	15	48,38	12	35,3	39,81
Chăm sóc rốn	3	18,75	5	18,5	4	12,9	3	8,8	13,89
Cho bú mẹ	12	75	15	55,5	21	67,7	18	52,9	61,11
Chăm sóc mắt	4	25	6	22,2	5	16,1	6	17,6	19,44
Tiêm Vitamin K <sub>1</sub>	5	31,25	9	33,3	6	19,35	7	20,5	25
Đủ cả 8 nội dung	0	0	0	0	0	0	0	0	0

Trong số các kiến thức và kỹ năng về chăm sóc sức khỏe sinh sản thì các nội dung CSSS là rất quan trọng. Theo Hướng dẫn Quốc gia về chăm sóc sức khỏe sinh sản 2009 thì có 8 nội dung CSSS. Các nội dung CSSS đầu đời này sẽ giúp làm giảm tỷ lệ mắc bệnh và tử vong cho trẻ sơ sinh. Kiến thức và kỹ năng của CBYT về lĩnh vực này còn nhiều hạn chế. Nghiên cứu ở Yên Bái cho thấy không có CBYT nào nêu được tất cả 8 nội dung chăm sóc thiết yếu cho

trẻ sơ sinh sau sinh. Tỷ lệ CBYT hiểu biết cao nhất là nội dung làm sạch rốn (Chung: 79,4%; Bác sĩ sản: 75%; Nữ hộ sinh tuyến tỉnh và huyện: 87% và Nữ hộ sinh tuyến xã: 74%). Các nội dung về kiểm tra đường thở và hồi sức cấp cứu còn được biết rất ít (3,8% và 3,6%) [39]. Ngạt sơ sinh cũng là một bệnh gây tác hại không nhỏ về sức khỏe cho trẻ sơ sinh và sự phát triển của trẻ sau này. Nghiên cứu này cũng cho thấy chỉ có 32,5% các nhân viên y tế biết được triệu chứng ngạt sơ sinh (Điều dưỡng khoa nhi: 23,8%; Nữ hộ sinh khoa sản: 41,7% và NHS tuyến xã: 31,3%) và 36,4% biết được triệu chứng hạ thân nhiệt ở trẻ sơ sinh (Điều dưỡng khoa nhi: 25%; Nữ hộ sinh khoa sản: 32,1% và NHS tuyến xã: 42,9%) [39]. Kiến thức của các bác sĩ nhi là tốt nhất và kém nhất ở các nữ hộ sinh tuyến xã. Nghiên cứu trên cũng cho thấy 64,1% các nhân viên y tế đã định nghĩa đúng về trường hợp đẻ non. Trong đó cao nhất là bác sĩ khoa nhi 100% trả lời đúng và thấp nhất là các điều dưỡng khoa nhi chỉ 38,9% định nghĩa đúng. Tỷ lệ các đối tượng nghiên cứu trả lời đúng tất cả các trường hợp chuyên tuyến rất thấp, tính chung cho tất cả đối tượng là 34,8%. Cao nhất là các bác sĩ khoa Nhi (50%) và thấp nhất là các nữ hộ sinh tuyến xã (28,1%) [39].

### **1.2.3. Yếu tố ảnh hưởng đến kiến thức và thực hành CSSS của CBYT.**

Kiến thức và kỹ năng của CBYT về chuyên môn nói chung cũng như về CSSS nói riêng còn nhiều hạn chế như đã trình bày ở trên. Có nhiều yếu tố ảnh hưởng đến kiến thức và kỹ năng của CBYT trong CSSS như chương trình học tập và công tác đào tạo mới trong nhà trường, đào tạo bổ sung cập nhật trong khi làm việc, công tác giám sát CSSS từ tuyến trên, chế độ đã ngộ như lương bổng, thăm quan học tập, chính sách luân chuyển cán bộ, nơi công tác, công việc hàng ngày, lưu lượng bệnh nhân.

Việc đào tạo cán bộ y tế cho công tác CSSS ở các cơ sở y tế là rất quan trọng. Kinh nghiệm tại nhiều nước trên thế giới, muốn nâng cao sức khỏe trẻ

sơ sinh thì yếu tố con người là quan trọng nhất. Vai trò của người nữ hộ sinh là rất cao trong việc nâng cao sức khoẻ bà mẹ và trẻ sơ sinh. Tuy nhiên, không thể phủ nhận được kiến thức và kỹ năng CSSS của người nữ hộ sinh. Có khá nhiều nước trên thế giới, cũng như ở Việt Nam, số lượng nữ hộ sinh được đào tạo khá nhiều và được phân bố ở khắp các tuyến từ TYT xã đến bệnh viện trung ương nhưng hiệu quả CSSS chưa thật cao thể hiện qua tỷ lệ tử vong cao của trẻ sơ sinh ở các vùng khó khăn [42], [43], [44], [45].

Điều này đặc biệt quan trọng ở các nước đang phát triển, trong đó có Việt Nam, do công tác đào tạo chưa đạt được theo chuẩn mực quốc tế, hàng năm rất ít có cơ hội đào tạo cho các CBYT làm công tác CSSS, hệ thống chuyển tuyến gặp rất nhiều khó khăn, chất lượng chăm sóc y tế vẫn còn nhiều hạn chế. Theo Hướng dẫn Quốc gia về CSSKSS, tất cả các CBYT các tuyến đều được đào tạo lại, cập nhật các kiến thức về kỹ năng CSSS. Tuy nhiên, do điều kiện hạn chế về nguồn lực nên không phải tất cả CBYT đều được tập huấn một cách bài bản, đặc biệt là về CSSS và cấp cứu sơ sinh. Các nghiên cứu của UNFPA cũng như của Tổ chức Cứu trợ trẻ em, tỷ lệ CBYT của các tuyến y tế cơ sở, đặc biệt là tuyến xã, tập huấn về kỹ năng CSSS và cấp cứu sơ sinh là chưa đầy đủ. Chỉ dưới 50% CBYT tuyến huyện và tuyến xã được tập huấn về CSSS, đặc biệt thấp ở tuyến xã do thiếu người phục vụ hàng ngày [12], [13]. Tỷ suất tử vong trẻ sơ sinh còn khá cao (16/1.000 trẻ đẻ sống) [2]. Năm 2010, theo số liệu của Tổng cục Thống kê số tử vong sơ sinh trên toàn quốc là 15.104 trẻ, tỷ lệ trẻ suy dinh dưỡng nhẹ cân dưới 5 tuổi (cân nặng/tuổi) là 16,8% [2].

Công tác đào tạo về CSSS vẫn còn gặp nhiều khó khăn, hầu như chỉ có những tỉnh có dự án hỗ trợ thì CBYT mới có khả năng tiếp cận đầy đủ các chương trình đào tạo ngắn hạn về CSSS. Những người hành nghề y tế tư nhân mặc dù có tham gia cung cấp dịch vụ CSSKSS nhưng chưa được tham gia các



lớp đào tạo lại về CSSS. Do hạn chế về nguồn lực nên các chương trình đào tạo đều thực hiện theo phương pháp đào tạo giảng viên cho các tuyến: Đào tạo giảng viên trung ương, giảng viên tuyến tỉnh và thực hiện tại địa phương. Theo nhận định của cán bộ quản lý các chương trình, chất lượng đào tạo còn chưa đáp ứng được yêu cầu. Giám sát sau đào tạo chưa thực hiện được do thiếu kinh phí và nguồn lực [12], [13].

Công tác giám sát chuyên môn về CSSS đóng góp một phần rất quan trọng vào chất lượng cung cấp dịch vụ CSSS cũng như vào kiến thức và kỹ năng của CBYT. Mặc dù ngành Y tế, đặc biệt là Vụ Sức khỏe Bà mẹ và Trẻ em đã cố gắng thiết lập được hệ thống theo dõi giám sát bao gồm cả hướng dẫn và biểu mẫu cho công tác giám sát sức khỏe bà mẹ và trẻ sơ sinh, tuy nhiên vẫn còn một số điểm còn bất cập. Mặc dù đã có nhiều cố gắng nhưng ngành y tế hiện nay vẫn chưa đưa ra được một cách toàn diện các chỉ số để theo dõi giám sát tiến độ thực hiện của các chương trình can thiệp về sức khỏe bà mẹ và trẻ sơ sinh, đặc biệt là các chỉ số quá trình. Điều này cũng là một yếu tố ảnh hưởng đến kiến thức và thực hành của CBYT và từ đó ảnh hưởng đến sức khỏe trẻ sơ sinh.

Việc huy động được đội ngũ giám sát viên có cam kết cao còn gặp nhiều khó khăn vì công việc hàng ngày của họ quá bận. Cán bộ giám sát vẫn chính là các CBYT đang công tác tại các bệnh viện hoặc các cơ sở y tế, họ có quá nhiều việc làm tại các bệnh viện. Mặt khác trình độ chuyên môn cũng như kỹ năng giám sát của các CBYT hiện nay còn nhiều hạn chế khiến cho việc hỗ trợ CBYT tuyến dưới triển khai công việc rất khó, đặc biệt những kỹ thuật yêu cầu người giám sát phải có thời gian và trình độ trong công tác giám sát. Mặc dù là công tác giám sát hỗ trợ kỹ thuật từ tuyến trên xuống tuyến dưới được ghi nhận là có hiệu quả. Tuy nhiên, về tính khả thi thì còn nhiều băn khoăn do chi phí quá cao và tốn nguồn nhân lực rất lớn.

Như vậy, xu hướng ít sử dụng dịch vụ y tế CSSS ngày càng ít tại tuyến xã xuất hiện gần đây và có thể tạo ra các ảnh hưởng không tốt như lãng phí nguồn lực, đầu tư không đúng tại các khu vực dự án ở xã. Do vậy, ngay cả những nhà quản lý cũng còn đưa ra những yêu cầu thiết thực cơ cấu danh mục trang thiết bị cho trạm y tế xã để phù hợp với tình hình thực tế trong giai đoạn hiện nay.

Nghiên cứu của Dương Công Hoạt và cộng sự tại các huyện Diên Châu, Tương Dương và Thanh Chương tỉnh Nghệ An trong năm 2004 ở 3 bệnh viện huyện và 32 xã cho thấy những nội dung về chăm sóc sơ sinh rất cần thiết như giữ thông thoáng đường thở, giữ ấm, khám toàn thân chỉ được dưới 50% CBYT nhắc tới. Đặc biệt, CBYT tuyến huyện rất ít để ý đến việc chăm sóc mắt, cân trẻ, tiêm vitamin K<sub>1</sub>, tiêm phòng lao và viêm gan B cho trẻ (chỉ có dưới 20% CBYT tuyến tỉnh, huyện kể ra) [46]. Một nghiên cứu khác ở nước ngoài cũng cho kết quả tương tự như kết quả của tác giả trên [47].

### **1.3. Kết quả hoạt động của một số mô hình can thiệp chăm sóc sơ sinh tại bệnh viện huyện và các trạm y tế xã**

Tại Việt Nam hiện nay đã có một số các Dự án/Nghiên cứu can thiệp nhằm giảm tỷ số tử vong mẹ (hoặc tỷ suất tử vong trẻ dưới 1 tuổi), tập trung nhiều vào giảm tỷ suất tử vong sơ sinh (tử vong trong vòng 28 ngày sau khi sinh) đã được triển khai trong giai đoạn 2000-2016. Các chiến lược chính được chọn cho các can thiệp này là đào tạo CBYT, đầu tư nâng cấp cơ sở hạ tầng, trang thiết bị và thuốc thiết yếu và giám sát hỗ trợ.

Trên thế giới cũng như ở Việt Nam, mô hình thành công của tổ chức Cứu trợ Trẻ em Mỹ nhằm tăng cường cung cấp dịch vụ CSSS có chất lượng và giảm tỷ lệ tử vong sơ sinh cũng đã được thực hiện tại một số tỉnh khó khăn trên toàn quốc chia thành 3 giai đoạn từ năm 2002 cho đến nay [13]. Giai đoạn đầu có 2 tỉnh được chọn là Khánh Hoà và Đà Nẵng, giai đoạn 2 là 3 tỉnh Thái Nguyên, Thừa Thiên Huế và Vĩnh Long, giai đoạn 3 bao gồm 3 tỉnh Yên Bái, Đắk Lắk và Cà Mau. Hoạt động can thiệp của dự án “Làm mẹ an toàn và

chăm sóc trẻ sơ sinh liên tục từ gia đình đến cơ sở y tế” tập trung vào 4 lĩnh vực cơ bản: đào tạo cho CBYT, nâng cao cơ sở hạ tầng, trang thiết bị, thuốc thiết yếu và giám sát hoạt động CSSS tại tuyến huyện và xã. Kết quả nghiên cứu ở giai đoạn 3 cho thấy có kết quả rất tốt. Sau can thiệp, kiến thức về chăm sóc sức khỏe trẻ sơ sinh năm 2016 của CBYT có nhiều thay đổi so với năm 2012 [13]. Tại Yên Bái, tỷ lệ cán bộ có kiến thức CSSS dưới trung bình giảm tới 30,4% (từ 39,3% xuống còn 8,9%). Tại Cà Mau, tỷ lệ cán bộ có kiến thức CSSS ở mức dưới trung bình chỉ còn 3,7% (giảm 18,7%), tỷ lệ cán bộ có kiến thức ở trung bình giảm 15,4%, và 55,3% có kiến thức đạt loại tốt và loại khá [13].

Tại cả 2 tỉnh, cơ sở vật chất, trang thiết bị và các dịch vụ chăm sóc trẻ sơ sinh đã được cải thiện nhiều so với năm 2012 nhờ sự đầu tư của nhà nước, của tỉnh, của bệnh viện và sự hỗ trợ của dự án về các trang thiết bị chăm sóc bà mẹ và trẻ sơ sinh. Tại Yên Bái, nếu năm 2012 nhiều dịch vụ chăm sóc chưa được thực hiện như cung cấp hỗ trợ hô hấp bằng Am-bu bóp bóng, chăm sóc trẻ sơ sinh bằng phương pháp da kề da và tiêm phòng lao khi sinh tại các xã thuộc cả 2 huyện Lục Yên và Trạm Tấu. Kết quả nghiên cứu năm 2016 đã cho thấy có nhiều thay đổi. Mặc dù một số trạm vẫn chưa cung cấp dịch vụ tiêm phòng lao khi sinh nhưng hỗ trợ hô hấp cho trẻ sơ sinh bằng Am bu bóp bóng và chăm sóc trẻ sơ sinh bằng phương pháp da kề da đã được thêm nhiều xã triển khai với sự hỗ trợ từ dự án. Đa số các trạm y tế của các xã có cung cấp các dịch vụ chăm sóc sức khỏe trẻ sơ sinh và có bổ sung thêm một số dịch vụ chăm sóc mà trong năm 2012 chưa có như hỗ trợ hô hấp bằng Am-bu bóp bóng, chăm sóc trẻ sơ sinh bằng phương pháp da kề da [13].

Một dự án can thiệp nhằm nâng cao cung cấp dịch vụ CSSKSS trong đó CSSS là một nội dung quan trọng do UNFPA khởi xướng đã cho kết quả rất khả quan nhờ các hoạt động can thiệp phù hợp [12]. Kết quả can thiệp cho thấy việc cung cấp trang thiết bị cho CSSS là một hoạt động được thực hiện

ngay từ đầu chu kỳ và các năm sau đó là rất hợp lý dựa trên nhu cầu của các cơ sở y tế. Các trang thiết bị này được cung cấp để giúp các cơ sở y tế thành lập mới, hoặc tăng cường các dịch vụ đang có nhưng chưa hoàn thiện ở đơn nguyên sơ sinh tại bệnh viện huyện và góc sơ sinh ở TYT xã. Các TTB nhận được ở tuyến tỉnh và huyện phổ biến cho đơn nguyên và góc sơ sinh bao gồm: lồng ấp, giường sưởi ấm, máy đo nồng độ ô xy qua da, CPAP cho trẻ sơ sinh, đèn điều trị vàng da dụng cụ hồi sức sơ sinh, máy hút đờm rãi. Kết quả đánh giá hoạt động can thiệp vào năm 2010 cho thấy đại đa số các cơ sở y tế có bố trí đủ số phòng, đủ TTB y tế cung cấp dịch vụ CSSS. Việc đào tạo sử dụng TTB y tế cũng như các công tác kiểm kê, bảo dưỡng và điều chuyển TTB y tế có tác dụng tốt đối với các cơ sở y tế trong việc cung cấp dịch vụ CSSS tại các bệnh viện huyện và TYT xã ở các tỉnh [12].

Dự án đã tổ chức linh hoạt nhiều hình thức đào tạo khác nhau, phù hợp với nhu cầu và hoàn cảnh thực tế của địa phương. Các cán bộ được đào tạo nâng cao trình độ về các lĩnh vực khác nhau, tùy thuộc vào vị trí công tác. Có 3 nội dung đào tạo chính: Đào tạo chuyên môn dựa vào năng lực, đào tạo quản lý, giám sát và quản lý hậu cần. Những người cung cấp dịch vụ tại các cơ sở y tế đã xác nhận rằng họ được tham gia nhiều lớp tập huấn nâng cao năng lực CSSS. Các lớp đào tạo kéo dài từ 7-10 ngày tập trung chủ yếu vào Hướng dẫn Quốc gia về dịch vụ CSSKSS cho cả cán bộ quản lý và người cung cấp dịch vụ CSSS (đào tạo cơ bản để nâng cao kiến thức và kỹ năng về chuẩn quốc gia). Tùy theo nội dung, các chương trình đào tạo này được thực hiện cho cả huyện, xã để đảm bảo sự đồng nhất liên tục trong hiểu biết và áp dụng các qui định của Bộ Y tế. Với tuyến huyện, là nơi nhận chuyển tuyến từ xã, thực hiện phần lớn các xử trí cấp cứu sơ sinh và hỗ trợ kỹ thuật giám sát tuyến dưới, nên CBYT của khoa sản/nhi và của Khoa SKSS của Trung tâm Y tế huyện cũng được đào tạo. Với tuyến xã, tất cả nhân viên tham gia vào cung

cấp dịch vụ CSSS như hộ sinh, y sĩ sản nhi, trưởng trạm đều được đào tạo các nội dung thích hợp. Các CBYT này cũng được đào tạo vận hành đơn nguyên sơ sinh tại bệnh viện huyện và góc sơ sinh tại TYT xã. Cách làm này là một giải pháp phù hợp để tăng cường năng lực cung cấp dịch vụ cho sơ sinh trong khi nguồn nhân lực chuyên ngành về sơ sinh không có ở tuyến huyện. Đây là một giải pháp tăng cường phối kết hợp sản nhi trong bệnh viện nhằm tăng cơ hội cứu sống trẻ sơ sinh. Kiến thức của CBYT về CSSS đã được cải thiện sau can thiệp (tăng từ 50,7 lên 61,4/100 điểm). Có sự cải thiện rõ rệt về kỹ năng thực hành của CBYT trong CSSS (tăng từ 66,3 lên 75,6/100 điểm). Năng lực cung cấp dịch vụ CSSS của CBYT bệnh viện huyện và trạm y tế xã được nâng cao.

Qua tổng quan các tài liệu nghiên cứu trên thế giới và Việt Nam về thực trạng CSSKSS nói chung cũng như chăm sóc sức khỏe sơ sinh nói riêng có thể kết luận rằng thực trạng chăm sóc sức khỏe sơ sinh trên khía cạnh cơ sở hạ tầng, trang thiết bị, thuốc thiết yếu cũng như năng lực của CBYT là còn thiếu và yếu, đặc biệt là ở tuyến y tế cơ sở. Tuy các kết quả can thiệp trên một số địa bàn về cơ sở hạ tầng, trang thiết bị, thuốc thiết yếu cũng như năng lực của CBYT là có hiệu quả nhưng cần thiết phải có một nghiên cứu đánh giá về hiệu quả can thiệp thiết lập đơn nguyên sơ sinh tại Bệnh viện đa khoa tuyến huyện và góc sơ sinh tuyến xã để cung cấp các bằng chứng cho công tác lập chính sách và kế hoạch nhằm nâng cao chất lượng chăm sóc sức khỏe trẻ sơ sinh.

## Chương 2

### ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

#### 2.1. Đối tượng nghiên cứu

CBYT của 4 bệnh viện huyện và các trạm y tế xã của 4 huyện. Tại bệnh viện đa khoa huyện: là các bác sĩ, nữ hộ sinh, y sĩ sản nhi và điều dưỡng sản tại các khoa nhi, khoa sản. Tại trạm y tế: là bác sĩ, y sĩ sản nhi, nữ hộ sinh và điều dưỡng. Những CBYT trên đều đồng ý tự nguyện tham gia vào nghiên cứu.

Đơn nguyên sơ sinh tại bệnh viện đa khoa huyện và các góc sơ sinh của các trạm y tế xã cùng các trang thiết bị y tế sử dụng cho chăm sóc sơ sinh.

Vài nét về địa bàn 4 huyện nghiên cứu:



Quan Sơn là một huyện miền núi, phía Đông Nam và phía Đông giáp giáp huyện Lang Chánh, phía Đông Bắc giáp huyện Bá Thước, phía Bắc giáp huyện Quan Hóa, đều của tỉnh Thanh Hóa. Phía Tây Bắc, phía Tây và Tây Nam huyện Quan Sơn là biên giới Việt - Lào. Trên địa bàn huyện có sông

Luông là nhánh đầu nguồn của sông Mã, chảy theo hướng Tây - Đông. Diện tích tự nhiên của huyện Quan Sơn là 943,45 km<sup>2</sup>. Dân số cuối năm 2008 là 34.915 người<sup>[1]</sup>, mật độ dân số 37 người/km<sup>2</sup>, là huyện thưa dân nhất của tỉnh Thanh Hóa, gồm các dân tộc: Thái, Mường, Mông, Kinh, là 1 trong 63 huyện nghèo trên toàn quốc theo Chương trình 30a của Chính phủ.

Thường Xuân là huyện miền núi nằm ở phía Tây tỉnh Thanh Hóa được thành lập năm 1837 (năm Minh Mạng thứ XVIII) với tên gọi Châu Thường, sau Cách mạng Tháng Tám năm 1945 đổi tên là huyện Thường Xuân. Huyện có chung 17 km đường biên giới với huyện Sầm Sơn, tỉnh Hòa Bình, nước Cộng hòa Dân chủ nhân dân Lào. Có 17 xã, thị trấn. Huyện Thường Xuân có diện tích tự nhiên: 1.105,05 km<sup>2</sup>, là huyện rộng nhất tỉnh Thanh Hóa. Địa hình đồi núi thấp, bị chia cắt nhiều, độ dốc lớn, có các đỉnh núi: Bù Chò (1.563 m), Bù Rinh (1.291m). Có Sông Chu, Sông Dát chảy qua. Có đường biên giới với nước Lào ở phía tây huyện. Đất rừng chiếm khoảng 80% diện tích. Dân số năm 2013 là 90.675 người, gồm các dân tộc: Thái, Mường, Kinh. Thường Xuân là cũng 1 trong 63 huyện nghèo trên toàn quốc theo Chương trình 30a của Chính phủ.

Thọ Xuân cách thành phố Thanh Hoá (đi theo quốc lộ 47) 36 km về phía tây. Huyện có diện tích tự nhiên 295,885 km<sup>2</sup><sup>[1]</sup>, có 41 xã, thị trấn, dân số năm 2009 là 233.752 người. Thọ Xuân là một huyện đồng bằng, trên địa bàn huyện có sông Chu chảy theo hướng từ tây sang đông.

Yên Định là một huyện đồng bằng nằm dọc theo sông Mã, cách thành phố Thanh Hóa 28 km về phía tây bắc, phía bắc và phía tây giáp huyện Cẩm Thủy và huyện Vĩnh Lộc, phía đông giáp huyện Vĩnh Lộc (lấy sông Mã làm ranh giới), phía tây giáp huyện Ngọc Lặc, phía tây và tây nam giáp huyện Thọ Xuân phía nam giáp huyện Thiệu Hóa (lấy sông Cầu Chày làm ranh giới). Diện tích tự nhiên: 210,24 km<sup>2</sup>. Dân số 161.000 người, gồm 29 xã, thị trấn.

## **2.2. Phương pháp nghiên cứu**

### **2.2.1. Thời gian**

- Nghiên cứu mô tả thực trạng từ tháng 10 năm 2014 đến tháng 3 năm 2015.
- Nghiên cứu can thiệp tại bệnh viện và trạm y tế xã từ tháng 6/2015- tháng 5/2016.

### **2.2.2. Địa điểm**

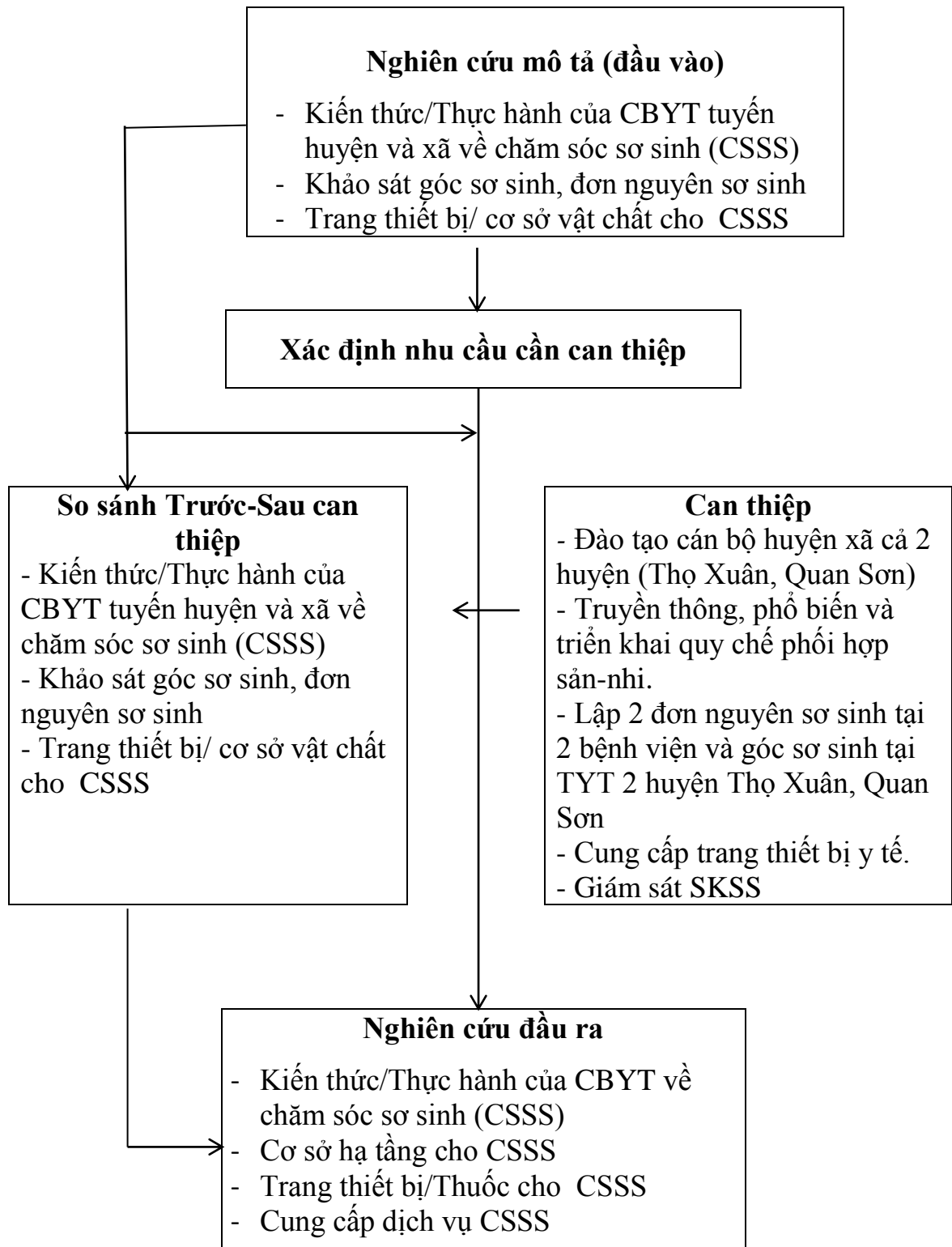
Địa bàn nghiên cứu mô tả bao gồm 4 huyện: 2 huyện miền núi là Quan Sơn và Thường Xuân, 2 huyện đồng bằng là Thọ Xuân và Yên Định

Địa bàn nghiên cứu can thiệp bao gồm 2 huyện Quan Sơn, Thọ Xuân

### **2.2.3. Thiết kế nghiên cứu**

Đề tài được thực hiện theo 2 thiết kế nghiên cứu. Thiết kế nghiên cứu mô tả cắt ngang có phân tích và thiết kế can thiệp tại các cơ sở y tế có đối chứng. Nghiên cứu này gồm 3 giai đoạn chính sau:





**Giai đoạn 1: Điều tra cơ bản** trong thời gian từ tháng 10 năm 2014 đến tháng 3 năm 2015 áp dụng phương pháp thu thập số liệu định lượng.

Thiết kế điều tra cắt ngang, mô tả thực trạng trang thiết bị, cơ sở vật chất, kiến thức, thực hành chăm sóc sơ sinh của CBYT huyện, xã.

**Giai đoạn 2: Thực hiện can thiệp tại các cơ sở y tế (tháng 6/2015-5/2016)**

Trên cơ sở kết quả điều tra cơ bản xác định những vấn đề cần can thiệp trong đó lựa chọn 2 hoạt động can thiệp chính là thiết lập 2 đơn nguyên sơ sinh Bệnh viện huyện (1 huyện miền núi và 1 huyện đồng bằng) và 54 góc sơ sinh tại TYT 2 huyện, đào tạo cán bộ và cải thiện chất lượng chăm sóc sơ sinh.

**Giai đoạn 3: Đánh giá sau can thiệp từ tháng 7/2016-12/2016**

Đánh giá kết quả can thiệp bằng so sánh theo mô hình trước-sau và can thiệp và đối chứng dựa trên các chỉ số đánh giá được xây dựng từ điều tra đánh giá trước can thiệp trên các nhóm đối tượng như đã điều tra đánh giá ban đầu.

**2.2.4. Cỡ mẫu nghiên cứu cắt ngang**

Tính cỡ mẫu áp dụng theo công thức:

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

Trong đó:

n : cỡ mẫu nghiên cứu

$Z^2_{(1-\alpha/2)}$  : Hệ số tin cậy (ở mức ý 95%)

p : Tỷ lệ CBYT có kiến thức về các dấu hiệu nguy hiểm ở trẻ sơ sinh (50%) [17].

d : Sai số tuyệt đối (5%).

Cỡ mẫu nghiên cứu tính được là 384. Nghiên cứu được thực hiện trên tất cả các CBYT trong 4 huyện, bao gồm 402 người (bao gồm cả CBYT tuyến huyện và tuyến xã).

Toàn bộ CBYT ở các khoa sản, khoa nhi làm công tác CSSS tại 4 bệnh viện huyện được chọn chủ đích cho nghiên cứu bao gồm 2 huyện miền núi

(Thường Xuân, Quan Sơn) và 2 huyện đồng bằng (Thọ Xuân và Yên Định). Nghiên cứu toàn bộ các cán bộ làm công tác chăm sóc sơ sinh của 100 TYT xã (17 TYT xã thị trấn huyện Thường Xuân, 13 TYT xã huyện Quan Sơn, 29 TYT xã huyện Yên Định, 41 TYT xã huyện Thọ Xuân).

### 2.2.5. Cỡ mẫu cho nghiên cứu can thiệp

Công thức tính cỡ mẫu:

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

$n_1$ : cỡ mẫu nghiên cứu trước can thiệp

$n_2$ : cỡ mẫu nghiên cứu sau can thiệp

$Z_{(1-\alpha/2)}$ : Hệ số tin cậy (95%).

$Z_{(1-\beta)}$ : Lực mẫu (80%).

$p_1$ : Tỷ lệ CBYT có kiến thức về các dấu hiệu nguy hiểm ở trẻ sơ sinh trước can thiệp (50%) [14].

$p_2$ : Tỷ lệ CBYT có kiến thức về các dấu hiệu nguy hiểm ở trẻ sơ sinh sau can thiệp (ước lượng 70%)

$p$ : Giá trị trung bình của  $p_1$  và  $p_2$ .  $p=(p_1+p_2)$ .

Cỡ mẫu tính được là 104 cho mỗi nhóm.

Thực tế nghiên cứu chọn toàn bộ CBYT ở các khoa sản, khoa nhi làm công tác CSSS tại 2 bệnh viện huyện Thọ Xuân, Quan Sơn và các TYT thuộc 2 huyện này là 223 (nhóm can thiệp) và 2 bệnh viện huyện Thường Xuân, Yên Định và các TYT 2 huyện là 179 (nhóm đối chứng).

### 2.2.6. Các hoạt động can thiệp

Tại 2 huyện can thiệp Thọ Xuân, Quan Sơn: Thiết lập Đơn nguyên sơ sinh tại Bệnh viện huyện và góc sơ sinh tuyến xã tại 100% số xã (Quan Sơn 13 xã, Thọ Xuân: 41 xã). Đào tạo chăm sóc sơ sinh cho toàn bộ CBYT huyện, xã cả 2 huyện.

Tại 2 huyện đối chứng Thường Xuân, Yên Định: Không can thiệp.

Ngoài ra cả 4 huyện đều can thiệp hỗ trợ truyền thông, phổ biến và triển khai quy chế phối hợp sản- nhi, triển khai các hoạt động quỹ chăm sóc sơ sinh như nhau.

### ***2.2.6.1. Can thiệp thiết lập Đơn nguyên sơ sinh tại 2 Bệnh viện huyện Thọ Xuân và Quan Sơn***

(1) **Cung cấp trang thiết bị y tế:** Danh mục tại Quyết định 1142/QĐ-BYT, mua sắm và cung cấp trang thiết bị thiết yếu như đèn chiếu vàng da, Máy thở áp lực dương liên tục (CPAP), máy đo bộ bão hoà oxygen qua da, lồng ấp sơ sinh.

(2) **Đào tạo cán bộ:** Mỗi Bệnh viện cử luân phiên 3-4 kíp cán bộ mỗi kíp 1 Bs và 2-3 điều dưỡng, hộ sinh, YSSN tham gia các khoá đào tạo gối nhau, theo hình thức cuốn chiếu. Tổng CBYT được đào tạo Bệnh viện huyện Thọ Xuân là 31, huyện Quan Sơn là 23. Quá trình đào tạo chuyên môn được chia thành các giai đoạn như sau:

#### ***Giai đoạn 1: Học lý thuyết (7 ngày)***

Ở giai đoạn này, các học viên được học lý thuyết về chăm sóc sơ sinh thiết yếu và chăm sóc trẻ sơ sinh bệnh lý. Phương pháp học tích cực, gồm đọc tài liệu, động não, đóng vai và trình diễn trên mô hình giải phẫu, các giảng viên là bác sĩ khoa sơ sinh Bệnh viện Nhi Thanh Hóa.

Chương trình đào tạo được chính các giảng viên thiết kế có sự tham khảo của bệnh viện huyện nên vừa đảm bảo về tính khách quan vừa đảm bảo về tính chủ quan (theo mặt bệnh và mô hình bệnh tật đặc thù của địa phương).

Các nội dung đào tạo lý thuyết gồm: Rối loạn thân nhiệt; Vàng da ở trẻ sơ sinh; Điều trị suy hô hấp ở trẻ sơ sinh; Các phương pháp cung cấp ô xy; Hồi sức trẻ ngạt sau đẻ tại phòng đẻ; Chăm sóc và điều trị đẻ non; Dự tật sơ

sinh cần can thiệp sớm; Hạ đường máu; Co giật ở trẻ sơ sinh; Các thủ thuật: Các thủ thuật chọc màng phổi; Nhiễm trùng da, rôm; Chăm sóc thiết yếu cho trẻ sơ sinh bình thường; Chuyển viện an toàn; Thực hành: các thủ thuật và cấp cứu sơ sinh; Giao tiếp và hỗ trợ tinh thần cho gia đình bệnh nhân; Ra viện và khám lại; Chăm sóc trẻ bằng phương pháp KMC; Nuôi dưỡng đường miệng và truyền dịch ở trẻ sơ sinh; Phối hợp sản - nhi; Nhiễm trùng thông thường ở trẻ sơ sinh; Tư vấn bà mẹ và gia đình về chăm sóc trẻ sơ sinh; Phòng chống nhiễm khuẩn; Nuôi con bằng sữa mẹ...

***Giai đoạn 2: Thực hành lâm sàng tại bệnh viện nhi Thanh Hóa (3 tháng)***

Ở giai đoạn này, các học viên được thành hành trên bệnh nhân nhi đang điều trị tại Khoa sơ sinh, BV Nhi Thanh Hóa. Nội dung thực hành là những nội dung đã được học trong giai đoạn học lý thuyết. Trong thời gian thực hành ở đây, các học viên được các giảng viên kèm cặp sát sao đảm bảo các kỹ thuật được áp dụng chuẩn mực. Học viên là bác sĩ được bác sĩ kèm cặp, học viên là điều dưỡng viên được điều dưỡng kèm cặp. Phương pháp học ở đây là học trên ca bệnh, cầm tay chỉ việc. Một giảng viên kèm 4 -6 học viên.

Trước khi được thực hành trên người bệnh, các học viên được định hướng lại nội dung thực hành lâm sàng. Mỗi học viên phải tự xác định cho mình mục tiêu học tập, đồng thời đặt ra các chỉ tiêu cần đạt được trong thời gian thực hành tại đây. Hàng ngày, học viên làm việc và cùng họp giao ban buổi sáng với Khoa, cùng trực đêm với các CBYT khác của Khoa. Các học viên phải tuân thủ đầy đủ các nội quy làm việc của Khoa sơ sinh như nhân viên của Khoa: Mỗi học viên có Sổ tay thực hành lâm sàng.

Sau ba tháng thực hành, các giảng viên sơ kết lại quá trình học tập của học viên và đưa ra nhận xét về từng học viên. Về mặt chuyên môn, các học viên đều có khả năng làm việc độc lập tại tuyến huyện khi gặp các ca bệnh tương tự.

Các học viên này được các giảng viên tỉnh xuống giám sát hỗ trợ. Qua giám sát hỗ trợ này, các học viên tự tin hơn về kỹ năng chuyên môn của mình.

**(3) Vận hành Đơn nguyên sơ sinh:** Sau các giai đoạn học chuyên môn như ở trên, học viên được trở về nơi làm việc của mình và bắt đầu thực hành. Công việc được bắt đầu bằng việc tổ chức lại khoa/phòng cho Đơn nguyên sơ sinh, lắp đặt trang thiết bị cần thiết, xây dựng quy chế phối hợp sản-nhi trong chẩn đoán và điều trị các ca bệnh. Các bệnh viện đều xác định sẽ cố gắng giữ sơ sinh bệnh lại để điều trị theo phân tuyến chuyên môn. Trong những ca bệnh khó nhưng vẫn nằm trong phân tuyến chuyên môn, vượt quá khả năng hiện tại của CBYT kíp trực sẽ mời bác sĩ nhi tuyến trên xuống hỗ trợ tại chỗ chứ không chuyển tuyến. Trước đây các bác sĩ của khoa nhi chỉ được mời sang khoa sản để hội chẩn khi trẻ đã ra đời và đang gặp vấn đề về sức khỏe. Nhưng khi khoa sản gặp một ca đẻ khó và tiên lượng là có vấn đề thì mời bác sĩ của ĐNSS hội chẩn, cùng tiên lượng cuộc đẻ và cùng xử trí ngay khi đứa trẻ ra đời. Nếu trẻ gặp vấn đề, chuyển ngay lên ĐNSS nơi có đầy đủ TTB cần thiết để được theo dõi và điều trị tích cực.

**(4) Giám sát hỗ trợ sau đào tạo:** Việc giám sát chuyên môn được các giảng viên tuyến tỉnh tiến hành định kỳ. Mục tiêu là hỗ trợ tuyến dưới, đảm bảo các kỹ năng chuyên môn được áp dụng đúng. Ngoài ra, các giám sát viên cũng xem xét lại vấn đề tổ chức phòng/khoa điều trị bệnh, xem lại hồ sơ bệnh nhân và xem xét từng ca bệnh xem quá trình chẩn đoán và điều trị tại bệnh viện có theo đúng chuyên môn hay không. Việc giám sát tập trung vào 3 tháng đầu sau khi ĐNSS đi vào vận hành, sau đó tần suất giám sát hỗ trợ sẽ thưa dần theo quý và năm sau sẽ giám sát hỗ trợ 2 lần/năm, hoặc giám sát đột suất.

#### ***2.2.6.2. Can thiệp góc sơ sinh tại TYT 2 huyện Thọ Xuân và Quan Sơn***

**(1) Cung cấp trang thiết bị cho Góc sơ sinh TYT (danh mục theo Quyết định số 1142/QĐ-BYT)**

## **(2) Đào tạo cho cán bộ tuyến xã**

Tại các huyện chọn can thiệp sẽ đào tạo cho cán bộ Trạm Y tế xã theo hình thức luân phiên mỗi TYT 1-2 CBYT được chọn cử thành mỗi lớp 20-25 học viên, gộp nhau theo hình thức cuốn chiếu để CBYT tham gia đỡ đẻ, chăm sóc sơ sinh tuyến xã được đào tạo. Huyện Quan Sơn 2 lớp: 37 học viên, Thọ Xuân 6 lớp: 132 học viên.

**Nội dung:** Chăm sóc thiết yếu cho trẻ sơ sinh bình thường; Chuyên viên an toàn; Nhiễm trùng thông thường ở trẻ sơ sinh; Tư vấn bà mẹ và gia đình về chăm sóc trẻ sơ sinh; Phòng chống nhiễm khuẩn; Nuôi con bằng sữa mẹ; Giao tiếp và hỗ trợ tinh thần cho gia đình bệnh nhân; ...

**Thời gian:** 1 lớp 3 tuần, gồm:

+ Lý thuyết 5 ngày

+ Thực hành: 2 tuần tại Bệnh viện đa khoa huyện, chủ yếu tại khoa sản, khoa nhi, khoa cấp cứu hồi sức.

Lớp học được xây dựng các tiêu chí lý thuyết, thực hành cơ bản cần đạt được có kiểm tra đánh giá trước và sau lớp học.

**(3) Vận hành Góc sơ sinh:** Triển khai đỡ đẻ thường và CSSS thiết yếu tại phòng đẻ và góc sơ sinh. Nội dung theo phân tuyến CSSS tuyến xã đã được đào tạo, chủ yếu là chăm sóc sơ sinh khoẻ mạnh, phát hiện sớm dấu hiệu nguy hiểm, chuyển tuyến kịp thời sơ sinh bệnh lý.

**(4) Giám sát hỗ trợ sau đào tạo:** Việc giám sát chuyên môn được các giảng viên tuyến tỉnh và huyện tiến hành định kỳ. Việc giám sát tập trung vào 3 tháng đầu sau khi góc sơ sinh vận hành, sau đó tần suất giám sát hỗ trợ sẽ thưa dần theo quý và năm sau sẽ giám sát hỗ trợ 2 lần/năm, hoặc giám sát đột suất.

Cán bộ đơn nguyên sơ sinh, khoa sản, khoa nhi của bệnh viện huyện có lịch hàng quý xuống ít nhất 1 trạm y tế 1 lần để hướng dẫn cầm tay chỉ việc chăm sóc sơ sinh thiết yếu tuyến xã, hỗ trợ những trường hợp bệnh lý khác.

Các học viên tuyến xã sẽ được giám sát hỗ trợ 6 tháng đầu 1 tháng 1 lần, trong những tháng tiếp theo 1 quý 1 lần do cán bộ tuyến huyện đã được đào tạo cho đơn nguyên sơ sinh hỗ trợ.

### **2.3. Kỹ thuật thu thập số liệu**

Thu thập số liệu về kiến thức của CBYT về CSSS bằng kỹ thuật phỏng vấn theo bảng hỏi. Thu thập số liệu về thực hành của CBYT bằng quan sát trực tiếp và mô hình (với xử trí sặc sữa và hồi sức sơ sinh) dựa trên bảng kiểm Dạy và học kỹ năng lâm sàng của Nguyễn Văn Sơn và Ngô Văn Hựu và Bảng kiểm của Save the Children .

Thang điểm đánh giá về kiến thức và thực hành của CBYT dựa theo Hướng dẫn quốc gia về Chăm sóc SKSS năm 2009 phần Chăm sóc sơ sinh.

- **Tổng điểm kiến thức:** Tổng 38 điểm, trong đó: nhận biết về dấu hiệu nguy hiểm: 10 điểm, chăm sóc ngay sau sinh: 8 điểm, kiến thức về lợi ích nuôi con bằng sữa mẹ: 5 điểm, kiến thức về lợi ích phương pháp da kề da: 10 điểm, kiến thức về chỉ định áp dụng phương pháp da kề da: 5 điểm (để đơn giản hơn trong đánh giá quy ước đồng đều mỗi nội dung trả lời đúng 1 điểm).

- **Tổng điểm thực hành:** Tổng 8 điểm với CBYT tuyến xã (mỗi thực hành đúng theo bảng kiểm tính 1 điểm) , gồm:

1. Lau khô và kích thích trẻ
2. Theo dõi nhịp thở và màu sắc da
3. Hồi sức (nếu cần)
4. Ủ ấm
5. Chăm sóc rốn
6. Cho bú mẹ
7. Chăm sóc mắt
8. Cân, tiêm Vitamin K<sub>1</sub>, Viêm gan B

Với CBYT tuyến huyện điểm thực hành 8-26 điểm tùy theo chủng loại chuyên môn.



- Quy định: Nếu số điểm đạt  $\geq 50\%$  thì coi như đã đạt yêu cầu.

Điều tra viên: Là bác sĩ Trung tâm Chăm sóc Sức khỏe Sinh sản, Bệnh viện Nhi, TTYT huyện được chọn nghiên cứu.

Tất cả các điều tra viên được dự một lớp tập huấn về phương pháp điều tra, theo dõi và phỏng vấn đối tượng theo bộ câu hỏi có sẵn.

+ Nội dung tập huấn: về nội dung bảng hỏi, bảng kiểm, phương pháp và kỹ năng phỏng vấn, ghi chép và thực tập thu thập số liệu, tổng hợp và báo cáo.

+ Giảng viên: Nhóm nghiên cứu Trung tâm CSSKSS tỉnh

+ Trong quá trình điều tra và phỏng vấn chỉ có 2 người (điều tra viên và người được điều tra), không có người thứ 3 để đảm bảo tính khách quan.

## **2.4. Biến số và chỉ số sử dụng trong nghiên cứu**

### **2.4.1. Nhóm biến số về thực trạng chăm sóc sơ sinh và một số yếu tố liên quan.**

#### **Nhóm biến số về một số đặc trưng của đối tượng nghiên cứu:**

- Số lượng, CBYT 4 huyện và xã

- Tỷ lệ phần trăm (%) theo nhóm tuổi, tỷ lệ giới tính theo chức danh, tỷ lệ thâm niên theo chức danh.

#### **Nhóm biến số về chăm sóc sơ sinh:**

- Số xã có góc sơ sinh, số lượng trang thiết bị góc sơ sinh

- Nhóm biến số về kiến thức chăm sóc sơ sinh của CBYT

#### **Nhóm biến số về chăm sóc sau sinh:**

- Kiến thức của CBYT xã có kiến thức về các nội dung chăm sóc ngay sau sinh: Lau khô và kích thích trẻ, Theo dõi nhịp thở và màu sắc da, hồi sức nếu cần, ủ ấm, chăm sóc rốn, cho bú mẹ, chăm sóc mắt, cân và tiêm vitamin K<sub>1</sub>.

- Kiến thức về lợi ích của phương pháp da kề da: Giúp mẹ và bé thư giãn, bình tĩnh, giúp trẻ bớt khóc, cải thiện nhịp tim, giữ ấm cho trẻ, tăng thời lượng trẻ ngủ sâu, cải thiện sức đề kháng.

**Nhóm biến số về thực hành chăm sóc sơ sinh của CBYT tuyến xã:**

- Thực hành và tỷ lệ cán bộ thực hành chăm sóc sơ sinh trước và sau can thiệp: Chăm sóc sơ sinh sau đẻ, tắm và chăm sóc rốn cho trẻ sơ sinh, tư vấn nuôi con, xử trí sặc sữa, hồi sức sơ sinh, cân đo trẻ, thực hành KMC.

**Nhóm biến số về số lượng các dịch vụ chăm sóc sơ sinh tại trạm y tế xã:**

- Số lượng các hoạt động chăm sóc sơ sinh về chăm sóc đẻ non, nhẹ cân, chẩn đoán và xử trí vàng da, suy hô hấp, xử trí viêm phổi, nhiễm khuẩn mắt, rốn.

- Thực trạng thiết bị cho chăm sóc sơ sinh tại bệnh viện huyện trước và sau can thiệp: Đèn sưởi ấm, cân trẻ sơ sinh và thước đo chiều dài, ống hút đờm, ống thở oxy, đèn chiếu vàng da.

- Kiến thức của CBYT huyện chăm sóc sơ sinh, tỷ lệ cán bộ kể được dấu hiệu nguy hiểm của trẻ sơ sinh, tỷ lệ CBYT tuyến huyện có kiến thức về 8 nội dung chăm sóc sức khỏe sinh sản. Tỷ lệ cán bộ có kiến thức về lợi ích của phương pháp da kề da.

**Nhóm biến số chính liên quan đến chăm sóc sơ sinh:**

- Mối liên quan giữa đặc điểm trung cá nhân và kiến thức chăm sóc sơ sinh (dấu hiệu nguy hiểm, kiến thức 8 nội dung chăm sóc sơ sinh và thực hành chăm sóc sơ sinh): Tuổi (<30 tuổi, ≥30 tuổi); giới (nam/nữ); thâm niên công tác (<5 năm, 5-10 năm, 10-15 năm, >15 năm), dân tộc (Kinh, khác), trình độ chuyên môn (bác sỹ, điều dưỡng, nữ hộ sinh), địa dư (Thọ Xuân, Quan Sơn, Thường Xuân, Yên Định).

**2.4.2. Nhóm biến số/chỉ số về hiệu quả một số giải pháp can thiệp nhằm cải thiện cung cấp dịch vụ chăm sóc sơ sinh.**

- Hiệu quả nâng cao tỷ lệ trạm tế xã có góc sơ sinh.
- Kiến thức của CBYT xã về dấu hiệu nguy hiểm của trẻ sơ sinh sau can thiệp.
- Tỷ lệ kiến thức của CBYT về lợi ích của phương pháp da kề da.
- Số lượng dịch vụ chăm sóc sơ sinh trước và sau can thiệp.

## **2.5. Xử lý và phân tích số liệu.**

### **2.5.1. Nhập số liệu**

Phần mềm SPSS 16.0 được sử dụng để nhập và quản lý số liệu. Số liệu do nhóm chuyên gia của Viện học Dự phòng và Y tế Công cộng Đại học Y Hà Nội làm sạch số liệu trước khi nhập vào phần mềm. Quy trình làm sạch số liệu như kiểm tra lỗi tùy chọn, mã hoá và chuyển câu sẽ được tạo ra trong phần mềm “CHECK” của SPSS 16.0.

### **2.5.2. Phân tích số liệu**

Số liệu về kiến thức, thực hành, trang thiết bị về CSSS được phân tích và trình bày ở dạng tần số và tỷ lệ %. Mỗi liên quan giữa kiến thức và thực hành CSSS và một số yếu tố được phân tích đơn biến và phân tích đa biến. Tỷ suất chênh thô và điều chỉnh (OR) và khoảng tin cậy ở mức xác suất 95% (95% CI) được trình bày để xem xét mối liên quan có ý nghĩa thống kê.

Để xác định hiệu quả can thiệp ở các thời điểm đầu kỳ (năm 2014) và cuối kỳ (năm 2016), chỉ số hiệu quả (CSHQ) được tính theo công thức sau:

$$\text{CSHQ (\%)} = \frac{|P2 - P1|}{P1} \times 100$$

Trong đó P1 là kết quả có tại thời điểm đánh giá trước can thiệp năm 2014 và P2 là kết quả tại thời điểm đánh giá sau can thiệp năm 2016.

## **2.6. Sai số và các khắc phục**

### **- Sai số**

- + Sai số trong quá trình thu thập số liệu và đo lường.
- + Sai số do điều tra viên.
- + Sai số trong quá trình nhập liệu.
- + Sai số do đối tượng không nhớ chính xác, thiếu thông tin.

**- Cách khắc phục:**

+ Điều tra viên, nhập liệu viên: Tập huấn kỹ cho điều tra viên thống nhất cách thu thập thông tin cũng như giám sát hỗ trợ kịp thời để bổ sung những thông tin thu thập còn thiếu.

+ Giám sát chặt chẽ quá trình thu thập số liệu.

+ Kiểm tra ngẫu nhiên thông tin của 10% phiếu đã thu thập nếu phát hiện ra sai sót từ 10% trở lên của phỏng vấn viên nào thì sẽ yêu cầu phỏng vấn viên đó làm lại toàn bộ phiếu.

**2.7. Đạo đức nghiên cứu.**

Lấy ý kiến đồng ý tham gia nghiên cứu của đối tượng. Mọi thông tin liên quan đến danh tính cá nhân được điều tra viên, nghiên cứu viên hoàn toàn bảo mật Nghiên cứu tuân thủ quy trình xét duyệt đề cương của Hội đồng đạo đức Trường Đại học Y Hà Nội.

Mọi đối tượng nghiên cứu đều được giải thích đầy đủ về mục đích và nội dung nghiên cứu. Các số liệu và kết quả nghiên cứu chỉ được sử dụng cho mục đích nghiên cứu đã được đề ra, không sử dụng cho mục đích khác không liên quan đến nghiên cứu.

### Chương 3

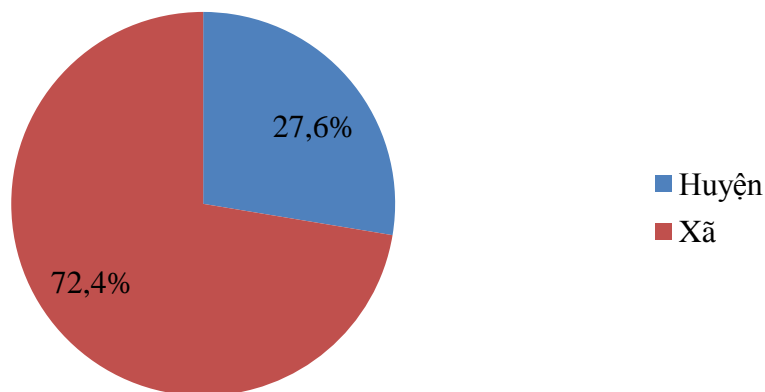
## KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

### 3.1. Đặc điểm của đối tượng nghiên cứu.

**Bảng 3.1. Phân bố số lượng CBYT của 4 huyện được nghiên cứu**

Tên huyện	Số lượng	Tỷ lệ %
Thọ Xuân	163	40,6
Quan Sơn	60	14,9
Thường Xuân	82	20,4
Yên Định	97	24,1
Tổng	402	100

Bảng trên cho thấy nghiên cứu được tiến hành trên 4 huyện với sự tham gia của 402 CBYT, trong đó huyện Thọ Xuân có nhiều CBYT tham gia nhất (40,6%) và ít nhất là huyện Quan Sơn là huyện miền núi (14,9%).



**Biểu đồ 3.1. Phân bố CBYT được nghiên cứu theo 4 huyện/xã**

Biểu đồ trên cho thấy trong tổng số 402 cán bộ được nghiên cứu, tỷ lệ CBYT được nghiên cứu tại bệnh viện huyện chiếm 27,6% và trạm y tế xã chiếm 72,4%.

**Bảng 3.2. Phân bố CBYT của 4 huyện và xã theo chức danh nghề nghiệp**

Chức danh	Bệnh viện huyện		Trạm y tế xã		Tổng	
	n	%	n	%	n	%
Bác sĩ	20	18,0	48	16,5	68	16,9
Điều dưỡng	42	37,8	16	5,5	58	14,4
Nữ hộ sinh	30	27,0	61	21,0	91	22,6
Khác (YSDK, YSSK)	19	17,1	166	57,0	185	46,0
Tổng	111	100	291	100	402	100

Bảng trên cho thấy tỷ lệ bác sĩ được nghiên cứu chiếm 16,9%, tỷ lệ điều dưỡng chiếm 14,4%, nữ hộ sinh chiếm 22,6% và một tỷ lệ lớn CBYT là y sĩ đa khoa, y sĩ sản nhi (46,0%).

**Bảng 3.3. Phân bố một số đặc trưng cá nhân của CBYT của 4 huyện**

Nội dung	Bác sĩ		Điều dưỡng		Nữ hộ sinh		YSN, YSDK		Tổng	
	SL	%	SL	%	SL	%	SL	%	SL	%
<b>Nhóm tuổi</b>										
<30	8	11,8	40	69,0	24	26,4	47	25,4	119	29,6
≥30	60	88,2	18	31,0	67	73,6	138	74,6	283	70,4
Tổng	68	100	58	100	91	100	185	100	402	100
<b>Giới tính</b>										
Nam	43	63,2	11	19,0	0	0	73	39,5	127	31,6
Nữ	25	36,8	47	81,0	91	100	112	60,5	275	68,4
Tổng	68	100	58	100	91	100	185	100	402	100

Nội dung	Bác sĩ		Điều dưỡng		Nữ hộ sinh		YSN, YSDK		Tổng	
	SL	%	SL	%	SL	%	SL	%	SL	%
<b>Thâm niên công tác</b>										
<5 năm	7	10,3	34	58,6	18	19,8	48	25,9	107	26,6
5-10 năm	5	7,4	15	25,9	17	18,7	16	8,6	53	13,2
10-15 năm	14	20,6	5	8,6	16	17,6	34	18,4	69	17,2
>15 năm	42	61,8	4	6,9	40	44,0	87	47,0	173	43,0
<b>Tổng</b>	68	100	58	100	91	100	185	100	402	100
<b>Dân tộc</b>										
Kinh	57	83,8	50	86,2	75	82,4	141	76,2	323	80,3
Khác	11	16,2	8	13,8	16	17,6	44	23,8	79	19,7
<b>Tổng</b>	68	100	58	100	91	100	185	100	402	100

Bảng trên cho thấy phần lớn CBYT đều ở độ tuổi từ 30 trở lên và là nữ (70,4% và 68,4%). Tỷ lệ CBYT có thời gian công tác từ 15 năm trở lên chiếm 43%. Tỷ lệ CBYT là người Kinh chiếm 80,3%.

### **3.1.1. Thực trạng chăm sóc sơ sinh**

#### **3.1.1.1. Chăm sóc sơ sinh tại trạm y tế xã**

##### **a, Góc sơ sinh tại trạm y tế xã**

Theo Hướng dẫn tổ chức thực hiện đơn nguyên sơ sinh và góc sơ sinh năm 2011 do Bộ Y tế ban hành, mỗi trạm y tế xã cần có một góc sơ sinh và mỗi bệnh viện huyện cần có một đơn nguyên sơ sinh. Mỗi góc sơ sinh và đơn nguyên cần có những cơ sở trang thiết bị, thuốc và nhân lực nhất định.

**Bảng 3.4. Tỷ lệ các xã của 4 huyện có góc sơ sinh trước khi can thiệp**

Huyện	Tổng số xã	Số xã có góc sơ sinh	Tỷ lệ % số xã có góc sơ sinh
Thọ Xuân	41	29	70,7
Quan Sơn	13	1	7,7
Thường Xuân	17	9	52,9
Yên Định	29	3	10,3

Bảng trên cho thấy tỷ lệ trạm y tế xã có góc sơ sinh dao động từ 7,7% đến 70,7%. Tại huyện Thọ Xuân, tỷ lệ trạm y tế xã có góc sơ sinh cao nhất là 70,7% và thấp nhất là ở huyện Quan Sơn 7,7%.

**Bảng 3.5. Thực trạng trang thiết bị góc sơ sinh xã của 4 huyện trước can thiệp**

Trang thiết bị	Thọ Xuân (41 xã)	Quan Sơn (13 xã)	Thường Xuân (17 xã)	Yên Định (29 xã)	Tổng (100 xã)
Bàn làm rôn và hồi sức sơ sinh	35	12	15	29	65
Đèn sưởi ấm	35	1	15	3	54
Thước đo chiều dài trẻ sơ sinh	32	1	14	3	50
Cân trẻ sơ sinh	35	12	15	29	91
Nhiệt kế	35	12	15	29	91
Hệ thống thở oxygen	24	12	10	19	65
Bộ hồi sức sơ sinh	29	12	9	13	63
Thiết bị bơm kim tiêm	35	12	15	29	91
Kim lấy thuốc số 18	35	12	15	28	90
Các thiết bị khác	35	12	15	29	91



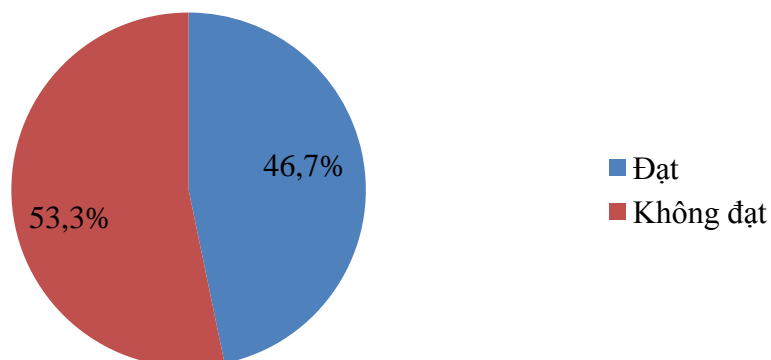
Bảng trên cho thấy trong số 100 góc sơ sinh tại trạm y tế xã, không có một góc sơ sinh nào đủ tất cả các trang thiết bị theo yêu cầu của Bộ Y tế. Trong đó thiếu nhất những dụng cụ cho cấp cứu sơ sinh quan trọng nhất là bàn làm rôn và hồi sức sơ sinh (65/100), hệ thống thở oxygen (65/100), bộ hồi sức sơ sinh (63/100), đèn sưởi ấm (54/100).

#### **b, Kiến thức về chăm sóc sơ sinh của CBYT tuyến xã**

**Bảng 3.6. Tỷ lệ CBYT xã của 4 huyện có kiến thức về dấu hiệu nguy hiểm trẻ sơ sinh trước can thiệp (n=291)**

<b>Các dấu hiệu nguy hiểm</b>	<b>Số lượng</b>	<b>Tỷ lệ (%)</b>
Bú kém	148	50,9
Co giật	258	88,7
Thở bất thường	180	61,9
Rón chảy máu, mủ	190	65,3
Bỏ bú	193	66,3
Ngủ li bì	201	69,1
Vàng da đậm	209	71,8
Nôn trớ liên tục	195	67,0
Chậm đi ngoài >24h	171	58,8
Sốt cao trên 38°C	150	51,6
Biết đủ 10 dấu hiệu	52	17,9

Bảng trên cho thấy kiến thức của CBYT xã về 10 dấu hiệu nguy hiểm của trẻ sơ sinh vẫn còn hạn chế. Đại đa số các CBYT xã biết các dấu hiệu nguy hiểm của trẻ sơ sinh từ 50,9% đến 88,7%. Chỉ riêng tỷ lệ CBYT biết về triệu chứng co giật chiếm 88,7%. Đặc biệt tỷ lệ CBYT hiểu cả 10 triệu chứng nguy hiểm là rất thấp, chỉ chiếm 17,9%.



**Biểu đồ 3.2. Tỷ lệ CBYT trạm y tế xã của 4 huyện biết dấu hiệu nguy hiểm của trẻ sơ sinh**

Biểu đồ trên cho thấy tỷ lệ CBYT hiểu biết về các dấu hiệu nguy hiểm của trẻ sơ sinh đạt yêu cầu chỉ chiếm 46,7%. Tiêu chí đạt yêu cầu là tất cả các câu hỏi về 10 dấu hiệu nguy hiểm phải đạt từ 50% tổng số điểm trở lên.

**Bảng 3.7. Tỷ lệ CBYT xã của 4 huyện có kiến thức về các nội dung chăm sóc ngay sau sinh trước can thiệp (n=291)**

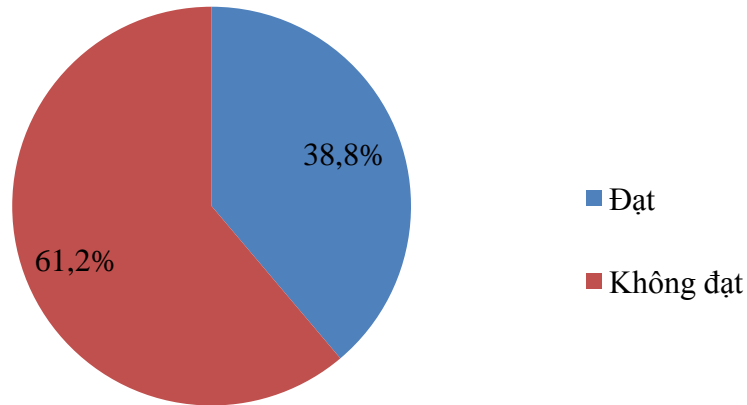
Nội dung chăm sóc sơ sinh	Số lượng	Tỷ lệ %
Lau khô và kích thích trẻ	218	74,9
Theo dõi nhịp thở và màu sắc da	153	52,6
Hỏi sức nếu cần	83	28,5
Ủ ấm	213	73,2
Chăm sóc rốn	253	86,9
Cho bú mẹ	178	61,2
Chăm sóc mắt	117	40,2
Cân và tiêm Vitamin K <sub>1</sub>	189	65,0
Đủ 8 nội dung	11	3,8

Bảng trên cho thấy kiến thức của CBYT xã về 8 nội dung chăm sóc trẻ sơ sinh ngay sau sinh vẫn còn hạn chế. Đại đa số các CBYT xã biết các nội dung chăm sóc trẻ sơ sinh ngay sau sinh từ 52,6% đến 86,9%. Chỉ riêng tỷ lệ CBYT biết chăm sóc rốn chiếm 86,9%. Tỷ lệ CBYT biết cần hồi sức cho trẻ sơ sinh chiếm 28,5% và chăm sóc mắt chiếm 40,2%. Đặc biệt tỷ lệ CBYT biết cả 8 nội dung chăm sóc sơ sinh ngay sau sinh là rất thấp, chỉ chiếm 3,8%.

**Bảng 3.8. Tỷ lệ CBYT xã của 4 huyện có kiến thức về lợi ích của phương pháp da kề da trước can thiệp (n=291)**

Lợi ích	Số lượng	Tỷ lệ %
Giúp mẹ và bé thư giãn, bình tĩnh lại	170	58,4
Giúp trẻ bớt khóc	171	58,8
Cải thiện nhịp tim	151	51,9
Giữ ấm trẻ	165	56,7
Tăng thời lượng trẻ ngủ sâu	145	49,8
Cải thiện sức đề kháng, chống nhiễm trùng	158	54,3
Kích thích hệ tiêu hóa	161	55,3
Kích thích sản xuất các hoocmon thúc đẩy tuyến sữa	158	54,3
Thắt chặt quan hệ và giao tiếp giữa cha mẹ và bé	169	58,1
Đề da bé tiếp xúc được với các loại vi khuẩn có lợi trên cơ thể mẹ, chống nhiễm trùng	164	56,4
Biết đủ các nội dung trên	13	4,5

Bảng trên cho thấy kiến thức của CBYT xã về lợi ích của phương pháp da kề da ngay sau sinh vẫn còn hạn chế. Đại đa số các CBYT xã biết lợi ích của phương pháp da kề da từ 49,8% đến 58,8%. Đặc biệt tỷ lệ CBYT biết tất cả lợi ích của phương pháp da kề da là rất thấp, chỉ chiếm 4,5%.



**Biểu đồ 3.3. Tỷ lệ CBYT xã có kiến thức chung về lợi ích da kê da trước can thiệp**

Biểu đồ trên cho thấy tỷ lệ CBYT hiểu biết chung về lợi ích của phương pháp da kê da đạt yêu cầu chỉ chiếm 38,8%. Tiêu chí đạt yêu cầu là tất cả các câu hỏi về 10 lợi ích của phương pháp da kê da phải đạt từ 50% tổng số điểm trở lên.

### c, Thực hành chăm sóc sơ sinh của CBYT tuyến xã

**Bảng 3.9. Tỷ lệ CBYT xã thực hành được các nội dung chăm sóc trẻ sơ sinh trước can thiệp (n=291)**

Thực hành CSSS	Số lượng	Tỷ lệ %
Chăm sóc sơ sinh sau đẻ	267	91,8
Tắm và chăm sóc rốn cho trẻ sơ sinh	123	42,3
Tư vấn nuôi con bằng sữa mẹ	286	98,3
Xử trí sặc sữa	264	90,7
Hồi sức sơ sinh	258	88,7
Cân đo trẻ	227	78,0
Thực hành KMC	93	32,0
Thực hành được 7 nội dung	31	10,7

Bảng trên cho thấy thực hành chăm sóc sơ sinh của CBYT xã vẫn còn hạn chế ở một số nội dung. Tỷ lệ CBYT thực hành được thực hành da kề da chỉ chiếm 32,0%, tắm và chăm sóc rốn cho trẻ sơ sinh chiếm 42,3%. Đặc biệt tỷ lệ CBYT thực hành được đủ cả 7 nội dung chăm sóc trẻ sơ sinh sau đẻ là rất thấp, chỉ chiếm 10,7%.

**Bảng 3.10. Số lượng các dịch vụ chăm sóc sơ sinh tại các trạm y tế xã trước can thiệp**

<b>Tên các hoạt động chăm sóc sơ sinh</b>	<b>Số lượng dịch vụ</b>
Chăm sóc trẻ đẻ non, nhẹ cân	154
Chăm sóc da	411
Phát hiện dị tật bẩm sinh	29
Tư vấn nuôi con bằng sữa mẹ	219
Chẩn đoán và xử trí hạ thân nhiệt	66
Chẩn đoán và xử trí rối loạn điện giải	16
Chẩn đoán và xử trí vàng da	0
Chẩn đoán và xử trí suy hô hấp	0
Chẩn đoán và xử trí viêm phổi	0
Chăm sóc KMC	0
Chẩn đoán và xử trí xuất huyết sơ sinh	0
Chẩn đoán và xử trí nhiễm khuẩn huyết	0
Chẩn đoán và xử trí nhiễm khuẩn mắt	34
Chẩn đoán và xử trí nhiễm khuẩn rốn	33
Chẩn đoán và xử trí trẻ sinh ra từ bà mẹ mắc các bệnh viêm gan, HIV, giang mai, lao	0
Chẩn đoán và xử trí hội chứng co giật	2
Chẩn đoán và xử trí sặc sữa	43
Chẩn đoán và xử trí hạ đường huyết sau sinh	103
Hồi sức sơ sinh ngay sau sinh	3

Bảng trên cho thấy các dịch vụ chăm sóc sơ sinh tại trạm y tế trước can thiệp. Các dịch vụ như chăm sóc trẻ đẻ non, nhẹ cân; Tư vấn nuôi con bằng sữa mẹ; chẩn đoán và xử trí nhiễm khuẩn rốn lần lượt là 411; 154; 219; 33. Tuy nhiên, có một số dịch vụ chưa có như chẩn đoán và xử trí rối loạn điện giải; chẩn đoán và xử trí nhiễm khuẩn huyết, chẩn đoán viêm phổi (n=0).

### **3.1.1.2. Chăm sóc sơ sinh tại đơn nguyên sơ sinh bệnh viện huyện**

#### **a, Đơn nguyên sơ sinh tại bệnh viện huyện**

Trước khi can thiệp cả 4 bệnh viện huyện được nghiên cứu đều không có đơn nguyên sơ sinh theo Quyết định số 1142/QĐ-BYT năm 2011 do Bộ Y tế ban hành

**Bảng 3.11. Thực trạng thiết bị cho chăm sóc sơ sinh tại các bệnh viện huyện trước can thiệp**

<b>Tên trang thiết bị</b>	<b>Thọ Xuân</b>	<b>Quan Sơn</b>	<b>Thường Xuân</b>	<b>Yên Định</b>
Đèn sưởi ấm	1	2	0	0
Cân trẻ sơ sinh và thước đo chiều dài	2	1	1	1
Ống hút đờm 6- 8, găng sạch	10	8	5	3
Hệ thống thở oxygen: bộ trộn oxygen-khí trời	0	1	1	1
Kim lườn tĩnh mạch, kim bướm	1	1	1	1
Đèn chiếu vàng da	0	0	1	0
Máy thở áp lực dương liên tục (CPAP)	0	0	0	0
Bộ chọc dò tủy sống	1	1	0	
Máy đo đường huyết tại giường	0	0	0	0
Giường sưởi ấm, lồng ấp	1	1	0	0
Đồ vải sạch dùng cho sơ sinh	2	2	3	1
Máy đo độ bão hòa oxygen qua da	0	0	0	0
Giường chăm sóc KMC	0	0	1	0
Máy điều hòa nhiệt độ 2 chiều	0	0	0	0
Nhiệt kế	2	3	3	3

Trước can thiệp, các dụng cụ và trang thiết bị y tế tại các khoa nhi thiếu khá nhiều. Một số trang thiết bị và dụng cụ thiếu hoàn toàn ở cả các khoa nhi như máy điều hoà nhiệt độ 2 chiều, máy đo độ bão hòa oxygen qua da, máy đo đường huyết tại giường, máy thở áp lực dương liên tục (CPAP). Đặc biệt ở các bệnh viện huyện Thường Xuân và Yên Định thiếu nhiều trang thiết bị và dụng cụ nhất.

**Bảng 3.12. Số phòng cho chăm sóc sơ sinh trước can thiệp tại 4 bệnh viện huyện**

<b>Đơn vị</b>	<b>Số Phòng</b>	<b>Số giường</b>	<b>Trực thuộc khoa</b>
Thọ Xuân	1	3	Nhi
Yên Định	1	3	Nhi
Quan Sơn	0	0	-
Thường Xuân	0	0	-

Ở hai bệnh viện huyện Thọ Xuân và Yên Định, mỗi đơn nguyên sơ sinh có 1 phòng và 3 giường trực thuộc khoa Nhi cho chăm sóc sơ sinh.

**Bảng 3.13. Nhân lực thực hiện chăm sóc sơ sinh so với nhân lực khoa và nhân lực đào tạo về CSSS trước can thiệp**

<b>Đơn vị</b>	<b>Nhân lực toàn khoa</b>	<b>Nhân lực được đào tạo</b>	<b>Nhân lực CSSS</b>
Thọ Xuân	16	8	8
Yên Định	11	3	3
Quan Sơn	3	1	1
Thường Xuân	4	2	1

Tại bệnh viện huyện Thọ Xuân, cả khoa Nhi có 16 cán bộ (2 bác sỹ và 6 điều dưỡng và nữ hộ sinh). Có 3 cán bộ được đào tạo về chăm sóc sơ sinh và có 8 cán bộ làm công tác chăm sóc sơ sinh. Bác sỹ được đào tạo tại Bệnh viện Nhi Trung ương từ 12- 24 tuần. Các nữ hộ sinh và điều dưỡng được đào tạo 12 tuần tại Bệnh viện Nhi Trung ương trong 12 tuần.

Tại bệnh viện huyện Yên Định, cả khoa Nhi có 11 cán bộ (1 bác sỹ và 2 điều dưỡng và nữ hộ sinh). Có 3 cán bộ được đào tạo về chăm sóc sơ sinh và có 3 cán bộ làm công tác chăm sóc sơ sinh. Bác sỹ được đào tạo tại Bệnh viện Nhi Trung ương 8 tuần. Các nữ hộ sinh và điều dưỡng được đào tạo 12 tuần tại Bệnh viện Nhi Trung ương trong 8 tuần.

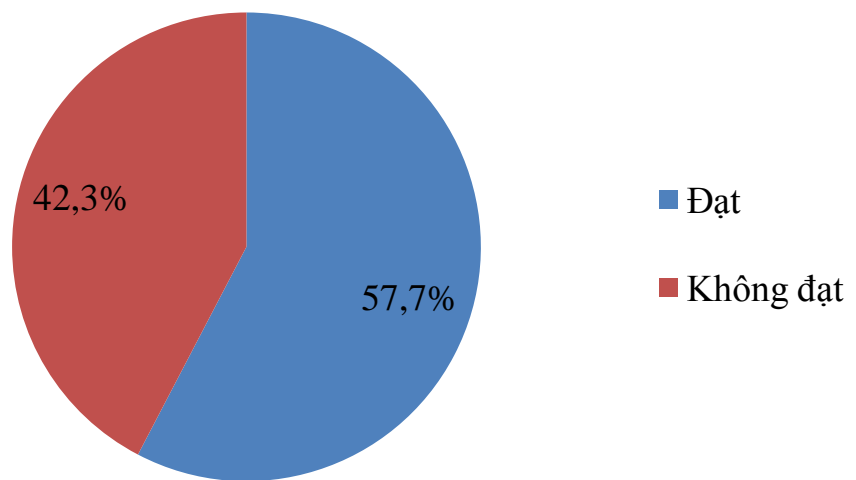
#### **b. Kiến thức về chăm sóc sơ sinh**

**Bảng 3.14. Tỷ lệ CBYT huyện có kiến thức về dấu hiệu nguy hiểm trẻ sơ sinh trước can thiệp (n=111)**

<b>Dấu hiệu</b>	<b>Số lượng</b>	<b>Tỷ lệ %</b>
Bú kém	51	46,0
Co giật	94	84,7
Thở bất thường	60	54,1
Rốn chảy máu, mủ	53	47,8
Bỏ bú	73	65,8
Ngủ li bì	49	44,1
Vàng da đậm	78	70,3
Nôn trớ liên tục	53	47,8
Chậm đi ngoài sau 24h	48	43,2
Sốt cao trên 38°C	63	56,8
Kể được 10 dấu hiệu	4	3,6



Bảng trên cho thấy kiến thức của CBYT bệnh viện huyện về 10 dấu hiệu nguy hiểm của trẻ sơ sinh vẫn còn hạn chế. Đa số các CBYT biết các dấu hiệu nguy hiểm của trẻ sơ sinh từ 43,2% đến 65,8%. Chỉ riêng tỷ lệ CBYT biết về triệu chứng co giật cao hơn, chiếm 84,7% và vàng da đậm chiếm 70,3%. Đặc biệt tỷ lệ CBYT hiểu cả 10 triệu chứng nguy hiểm là rất thấp, chỉ chiếm 3,6%.



**Biểu đồ 3.4: Kết quả khảo sát kiến thức về dấu hiệu nguy hiểm trẻ sơ sinh của CBYT bệnh viện huyện trước can thiệp**

Biểu đồ trên cho thấy tỷ lệ CBYT hiểu biết về các dấu hiệu nguy hiểm của trẻ sơ sinh đạt yêu cầu chỉ chiếm 57,7%. Tiêu chí đạt yêu cầu là tất cả các câu hỏi về 10 dấu hiệu nguy hiểm phải đạt từ 50% tổng số điểm trở lên.

**Bảng 3.15. Tỷ lệ CBYT huyện có kiến thức về các nội dung chăm sóc ngay sau sinh trước can thiệp (n=111)**

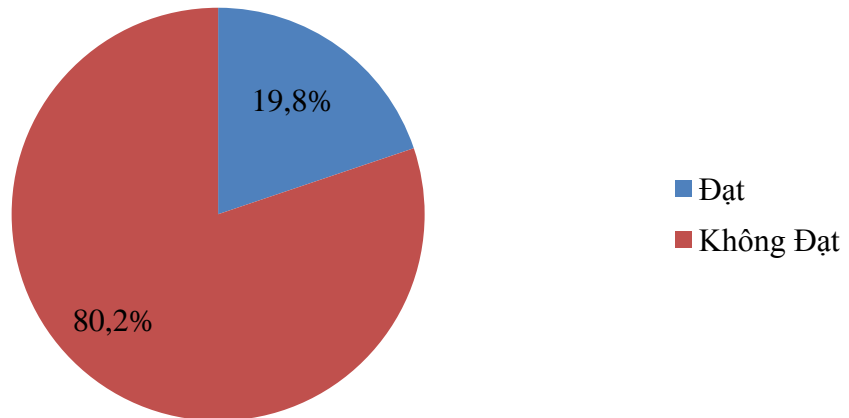
<b>Kiến thức về các nội dung CSSS</b>	<b>Số lượng</b>	<b>Tỷ lệ %</b>
Lau khô và kích thích trẻ	90	81,1
Theo dõi nhịp thở và màu sắc da	47	42,3
Hỏi sức nếu cần	28	25,2
Ủ ấm	85	76,6
Chăm sóc rốn	101	91,0
Cho bú mẹ	83	74,8
Chăm sóc mắt	111	100
Cân và tiêm Vitamin K <sub>1</sub>	79	71,2
Đủ 8 nội dung	9	8,1

Bảng trên cho thấy kiến thức của CBYT huyện về 8 nội dung chăm sóc trẻ sơ sinh ngay sau sinh khá cao nhưng kiến thức về một số nội dung vẫn còn hạn chế. Đa số các CBYT biết các nội dung chăm sóc trẻ sơ sinh ngay sau sinh từ 71,2% đến 91,0%. Chỉ riêng tỷ lệ CBYT biết chăm sóc mắt chiếm 100%. Tỷ lệ CBYT biết cần hỏi sức cho trẻ sơ sinh chiếm 25,2% và theo dõi nhịp thở và màu sắc da chiếm 42,3%. Đặc biệt tỷ lệ CBYT biết cả 8 nội dung chăm sóc sơ sinh ngay sau sinh là rất thấp, chỉ chiếm 8,1%.

**Bảng 3.16. Tỷ lệ CBYT huyện có kiến thức về lợi ích của phương pháp da kê da trước can thiệp (n=111)**

<b>Lợi ích của phương pháp da kê da</b>	<b>Số lượng</b>	<b>Tỷ lệ %</b>
Giúp mẹ và bé thư giãn, bình tĩnh lại	81	73,0
Giúp trẻ bớt khóc	53	47,8
Cải thiện nhịp tim	54	48,7
Giữ ấm trẻ	60	54,1
Tăng thời lượng trẻ ngủ sâu	55	49,6
Cải thiện sức đề kháng, chống nhiễm trùng	61	55,0
Kích thích hệ tiêu hóa	55	49,6
Kích thích các hóc môn thúc đẩy tuyến sữa	50	45,1
Thắt chặt quan hệ và giao tiếp giữa mẹ và trẻ	64	57,7
Đề da bé tiếp xúc với các loại vi khuẩn có lợi trên cơ thể mẹ	71	64,0
Biết đủ các nội dung trên	5	4,5

Bảng trên cho thấy kiến thức của CBYT bệnh viện huyện về lợi ích của phương pháp da kê da ngay sau sinh vẫn còn hạn chế. Đại đa số các CBYT xã biết lợi ích của phương pháp da kê da từ 45,1% đến 73,0%. Đặc biệt tỷ lệ CBYT biết tất cả lợi ích của phương pháp da kê da là rất thấp, chỉ chiếm 4,5%.



**Biểu đồ 3.5: Kiến thức chung về lợi ích da kê da của CBYT tuyến huyện trước can thiệp**

Biểu đồ trên cho thấy tỷ lệ CBYT hiểu biết chung về lợi ích của phương pháp da kê da đạt yêu cầu chỉ chiếm 19,8%. Tiêu chí đạt yêu cầu là tất cả các câu hỏi về 10 lợi ích của phương pháp da kê da phải đạt từ 50% tổng số điểm trở lên.

**Bảng 3.17. Tỷ lệ CBYT huyện có thực hành chăm sóc trẻ sơ sinh trước can thiệp (n=111)**

Thực hành	Số lượng	Tỷ lệ %
Chăm sóc sơ sinh sau đẻ	105	94,6
Tắm và chăm sóc rốn cho trẻ sơ sinh	64	57,7
Tư vấn nuôi con bằng sữa mẹ	107	96,4
Xử trí sặc sữa	102	91,9
Hồi sức sơ sinh	96	86,5
Cân đo trẻ	87	78,4
Thực hành KMC	34	30,6
Thực hành đủ các nội dung trên	24	21,6

Bảng trên cho thấy thực hành chăm sóc sơ sinh của CBYT bệnh viện huyện dao động khá lớn giữa các nội dung. Tỷ lệ CBYT thực hành được thực hành chăm sóc sơ sinh sau sinh, tư vấn nuôi con bằng sữa mẹ, xử trí sặc sữa trên 90%, hồi sức sơ sinh chiếm 86,5% và cân đo trẻ chiếm 78,4%. Tuy nhiên, một số thực hành khác như tắm và chăm sóc rốn cho trẻ sơ sinh, thực hành KMC chiếm tỷ lệ thấp (57,7% và 30,6%). Đặc biệt tỷ lệ CBYT thực hành được đủ cả 7 nội dung chăm sóc trẻ sơ sinh sau đẻ là rất thấp, chỉ chiếm 21,6%.

**Bảng 3.18. Số lượng dịch vụ chăm sóc sơ sinh được cung cấp tại các đơn nguyên sơ sinh trước can thiệp**

Kỹ năng	Số lượng dịch vụ
Hút nhót	1137
Bóp bóng	317
Lau khô	1137
Thở oxy	0
Hướng dẫn thực hành đúng ủ ấm kanguru	0
Thực hiện bú sớm trong 1h đầu	341
Nuôi bằng sữa mẹ hoàn toàn	171
Tư vấn nuôi con bằng sữa mẹ	171
Đặt ống thông tĩnh mạch rốn sơ sinh	0
Đặt nội khí quản cấp cứu sơ sinh+ máy thở	0
Chọc dò tủy sống sơ sinh	0
Điều trị vàng da trẻ sơ sinh bằng phương pháp chiếu đèn	0

<b>Kỹ năng</b>	<b>Số lượng dịch vụ</b>
Truyền máu sơ sinh	4
Chọc hút dịch, khí màng phổi sơ sinh	2
Đặt ống thông dạ dày sơ sinh	1
Rửa dạ dày sơ sinh	1
Ép tim ngoài lồng ngực	0
Dẫn lưu màng phổi sơ sinh	1
Khám sơ sinh	3
Chăm sóc rốn sơ sinh	171
Tắm sơ sinh	639
Đặt sonde hậu môn sơ sinh	0
Bóp bóng Ambu, thổi ngạt sơ sinh	317
Hồi sức sơ sinh cơ bản	1
Hồi sức sơ sinh cơ bản nâng cao	0
Cố định tạm thời gãy xương sơ sinh	0

Bảng trên cho thấy số lượng dịch vụ chăm sóc sơ sinh được cung cấp tại các đơn nguyên sơ sinh trước can thiệp. Số lần hút nhót là 1137 lần, bóp bóng là 317 lần, lau khô là 1137 lần. Số lần được tắm sơ sinh là 639 lần. Tuy nhiên vẫn còn một số dịch vụ mà các đơn nguyên chưa làm như thở oxy, hướng dẫn thực hành ủ ấm KMC, đặt ống nội khí quản sơ sinh+máy thở, đặt ống tĩnh mạch sơ sinh.

### 3.1.2. Một số yếu tố liên quan đến chăm sóc sơ sinh

**Bảng 3.19. Mối liên quan giữa một số yếu tố liên quan đến kiến thức về dấu hiệu nguy hiểm trẻ sơ sinh**

Nội dung		Kiến thức về dấu hiệu nguy hiểm		OR (95%CI)	OR hiệu chỉnh (95%CI)
		Không đạt n (%)	Đạt n (%)		
Tuổi	<30	57 (54,3)	48 (45,7)	1	1
	≥30	131 (48,7)	138 (51,3)	1,25 (0,8-2,0)	1,28 (0,5-3,2)
Giới	Nữ	132 (49,3)	136 (50,6)	1	1
	Nam	65 (52,4)	59 (47,6)	0,88 (0,6-1,4)	1,06 (0,6-1,9)
Thâm niên công tác (năm)	<5	48 (53,9)	41 (46,1)	1	1
	5-10	28 (56)	22 (44)	0,9(0,5-1,9)	1,5 (0,6-3,4)
	10-15	35 (53,0)	31 (47,0)	1,0 (0,6-2,0)	1,2 (0,4-3,5)
	>15	77 (45,6)	92 (54,4)	1,40 (0,8-2,4)	1,5 (0,6-4,0)
Dân tộc	Kinh	131(43,2)	172 (56,8)	1	1
	Khác	57 (80,3)	14 (19,7)	0,2 (0,1-0,4)	0,4 (0,1-0,9)
Trình độ	Bác sỹ	23 (33,8)	45 (66,2)	1	1
	ĐD	23 (39,7)	35 (60,3)	0,8 (0,4-1,6)	1,2(0,5-3,1)
	NHS	55 (60,4)	36 (39,6)	0,3 (0,2-0,7)	0,38 (0,2-0,8)
	YS	101(50,3)	200 (49,8)	0,4 (0,2-0,8)	0,48 (0,3-0,9)
Địa dư	Thọ Xuân	63 (38,7)	100 (61,4)	1	1
	Quan Sơn	40 (66,7)	20 (33,3)	0,3 (0,2-0,6)	0,5 (0,2-1,1)
	Thường Xuân	56 (68,3)	26 (31,7)	0,3 (0,2-0,5)	0,3 (0,1-0,8)
	Yên Định	43 (44,3)	54 (55,7)	0,8 (0,5-1,3)	0,7 (0,4-1,2)

Trên phương trình phân tích hồi qui đa biến về mối liên quan giữa một số yếu tố liên quan và hiểu biết về các dấu hiệu nguy hiểm ở trẻ sơ sinh, chỉ có một số yếu tố ảnh hưởng. Những CBYT người dân tộc, không phải là bác sỹ và làm việc tại huyện Thường Xuân có kiến thức về các dấu hiệu nguy hiểm ở trẻ sơ sinh kém hơn có ý nghĩa thống kê so với những CBYT khác  $p < 0,05$ .

**Bảng 3.20. Mối liên quan giữa một số yếu tố liên quan đến kiến thức về nội dung chăm sóc sơ sinh**

Nội dung		Kiến thức kể được 8 nội dung chăm sóc sơ sinh		OR (95%CI)	OR hiệu chỉnh (95%CI)
		Không đạt n (%)	Đạt n (%)		
Tuổi	<30	28 (26,7)	77 (73,3)	1	1
	≥30	99 (36,8)	170 (63,2)	0,6 (0,4-1,0)	0,7 (0,3-1,6)
Giới	Nữ	75 (28,0)	193 (72,0)	1	1
	Nam	55 (44,4)	56 (55,7)	0,5 (0,3-0,8)	0,5 (0,3-0,9)
Thâm niên công tác (năm)	<5	23 (25,8)	66 (74,2)	1	1
	5-10	20 (40,0)	30 (60,0)	0,5 (0,3-1,1)	0,7 (0,3-1,5)
	10-15	19 (28,8)	47 (71,2)	0,9 (0,4-1,8)	1,1 (0,4-3,1)
	>15	65 (38,5)	104 (61,5)	0,6 (0,3-0,99)	0,7 (0,2-1,7)
Dân tộc	Kinh	89 (29,4)	214 (70,6)	1	1
	Khác	38 (53,5)	33 (46,5)	0,4 (0,2-0,6)	0,7 (0,3-1,7)
Trình độ	BS	17(25,0)	51(75,0)	1	1
	ĐD	16 (27,6)	42 (72,4)	0,9 (0,4-2,00)	0,4(0,2-1,1)
	NHS	29 (31,9)	62 (68,1)	0,7(0,4-1,4)	0,5 (0,2-1,1)
	YS	73 (39,5)	112 (60,5)	0,5(0,3-0,96)	0,5 (0,2-0,95)
Địa dư	Thọ Xuân	51(31,4)	112(68,7)	1	1
	Quan Sơn	26 (43,3)	34 (56,7)	0,6 (0,3-1,1)	0,8 (0,3-1,7)
	Thường Xuân	36 (43,9)	46 (56,10)	0,6 (0,3-1,0)	0,7 (0,3-1,7)
	Yên Định	22 (22,7)	75 (77,3)	1,6 (0,9-2,8)	1,6 (0,9-2,8)

Trên phương trình phân tích hồi qui đa biến về mối liên quan giữa một số yếu tố liên quan và hiểu biết về các nội dung chăm sóc sơ sinh, chỉ có một số yếu tố ảnh hưởng. Những CBYT người dân tộc, là y sỹ và làm việc tại huyện Quan Sơn có kiến thức về các nội dung chăm sóc sơ sinh kém hơn có ý nghĩa thống kê so với những CBYT khác, những người là dân tộc khác có kiến thức bằng 0,7 lần dân tộc kinh.



**Bảng 3.21. Mối liên quan giữa một số yếu tố liên quan đến kiến thức về phương pháp da kê da**

Nội dung		Kiến thức chung về lợi ích của da kê da		OR (95%CI)	OR hiệu chỉnh (95%CI)
		Không đạt n (%)	Đạt n (%)		
Tuổi	<30	74 (70,5)	31 (29,5)	1	1
	≥30	169 (62,8)	100 (37,2)	1,41(0,9-2,3)	2,3 (0,9-5,7)
Giới	Nữ	182 (67,9)	86 (32,1)	1	1
	Nam	77 (62,1)	47 (37,9)	1,3 (0,8-2,0)	0,8 (0,5-1,4)
Thâm niên công tác (năm)	<5	57 (64,0)	32 (36,0)	1	1
	5-10	37 (74,0)	13 (26,0)	0,6 (0,3-1,4)	0,5 (0,2-1,1)
	10-15	47 (71,2)	19 (28,8)	0,7 (0,4-1,4)	0,2 (0,1-0,7)
	>15	102 (60,4)	67 (39,6)	1,2 (0,7-2,0)	0,4 (0,2-1,1)
Dân tộc	Kinh	192 (63,4)	111(36,6)	1	1
	Khác	51 (71,8)	20 (28,2)	0,7 (0,4-1,2)	0,5 (0,2-1,3)
Trình độ	Bác sỹ	30 (44,1)	38 (55,9)	1	1
	ĐD	46 (79,3)	12 (20,7)	0,2 (0,1-0,5)	0,2 (0,1-0,6)
	NHS	68 (74,5)	23 (25,3)	0,3 (0,1-0,5)	0,3 (0,1-0,6)
	YS	123 (66,5)	62 (33,5)	0,5 (0,2-0,7)	0,4 (0,-0,7)
Địa dư	Thọ Xuân	109(66,8)	54(33,1)	1	1
	Quan Sơn	45(75,0)	15(25,0)	0,7 (0,3-1,3)	1,1 (0,5-2,5)
	Thường Xuân	57 (69,5)	25 (30,5)	0,9 (0,5-1,6)	2,5 (1,0-6,2)
	Yên Định	56 (57,7)	41 (42,3)	1,5 (0,9-2,5)	1,6 (0,9-2,7)

Trên phương trình phân tích hồi qui đa biến về mối liên quan giữa một số yếu tố liên quan và hiểu biết về lợi ích của phương pháp da kê da, chỉ có một số yếu tố ảnh hưởng. Những CBYT không phải là bác sỹ, có thời gian làm việc từ 10-15 năm có kiến thức về lợi ích của phương pháp da kê da kém hơn có ý nghĩa thống kê so với những CBYT khác.

**Bảng 3.22. Một số yếu tố liên quan đến thực hành chăm sóc trẻ sơ sinh của CBYT**

Nội dung		Thực hành chăm sóc trẻ sơ sinh		OR (95%CI)	OR hiệu chỉnh (95%CI)
		Không đạt n (%)	Đạt n (%)		
Tuổi	<30	25 (23,8)	80 (76,2)	1	1
	≥30	51 (19,0)	218 (81,0)	1,3 (0,8-2,3)	0,98 (0,4-2,7)
Giới	Nữ	58 (21,6)	210 (78,4)	1	1
	Nam	20 (16,1)	104 (83,9)	1,4 (0,8-2,5)	0,9 (0,4-1,8)
Thâm niên công tác (năm)	<5	21(23,6)	68 (76,4)	1	1
	5-10	11 (22,0)	39 (78,0)	1,1 (0,5-2,5)	1,16 (0,5-3,00)
	10-15	12 (18,2)	54 (81,8)	1,4 (0,6-3,1)	0,9 (0,3-3,1)
	>15 năm	32 (18,9)	137 (81,1)	1,3 (0,71-2,57)	0,9 (0,3-2,8)
Dân tộc	Kinh	60 (19,8)	243 (80,2)	1	1
	Khác	16 (22,5)	55 (77,5)	0,9 (0,5-1,6)	0,4 (0,1-1,3)
Trình độ	Bác sỹ	8 (11,8)	60 (88,2)	1	1
	ĐD	18 (31,0)	40 (69,0)	0,3 (0,1-0,8)	0,2 (0,06-0,5)
	NHS	25 (27,5)	66 (72,5)	0,4 (0,1-0,9)	0,3 (0,1-0,8)
	YS	28 (15,1)	157 (84,9)	0,8 (0,3-1,7)	0,7 (0,3-1,8)
Địa dư	Thọ Xuân	37(22,7)	126(77,3)	1	1
	Quan Sơn	14 (23,3)	46 (76,7)	0,96 (0,5-2,0)	1,9 (0,7-5,4)
	Thường Xuân	11 (17,5)	71 (86,6)	1,9 (0,9-4,0)	3,1 (0,9-10,9)
	Yên Định	17 (17,5)	80 (82,5)	1,4 (0,7-2,6)	1,5 (0,8-2,9)

Trên phương trình phân tích hồi qui đa biến về mối liên quan giữa một số yếu tố liên quan và thực hành CSSS (thực hành được tốt 5/7 nội dung CSSS), những CBYT không phải là bác sỹ và y sỹ có thực hành CSSS kém hơn có ý nghĩa thống kê so với những CBYT khác.

## 3.2. Hiệu quả can thiệp nâng cao cung cấp dịch vụ

### 3.2.1. Hiệu quả nâng cao cung cấp dịch vụ CSSS tại trạm y tế xã

#### 3.2.1.1. Nâng cao góc sơ sinh

**Bảng 3.23. Hiệu quả nâng cao tỷ lệ trạm y tế xã có góc sơ sinh**

Tỷ lệ	Nhóm chứng		Nhóm can thiệp		p	CSHQ
	Trước CT	Sau CT	Trước CT	Sau CT		
<b>TYT xã có góc sơ sinh</b>	12/46	12/46	30/54	54/54	0,18	80

Bảng kết quả trên cho thấy hiệu quả nâng cao tỷ lệ trạm y tế có góc sơ sinh. Sau khi can thiệp số xã có góc sơ sinh đã tăng từ 30 lên 54 xã, chỉ số hiệu quả tăng 80%.

**Bảng 3.24. Hiệu quả nâng cao trang thiết bị cho góc sơ sinh**

Trang thiết bị	Nhóm chứng (n=46)		Nhóm can thiệp (n=54)		p	CSHQ
	Trước CT	Sau CT	Trước CT	Sau CT		
Bàn làm rôn và hồi sức sơ sinh	44(95,7)	44(95,7)	47(87,0)	54(100)	0,48	14,9
Đèn sưởi ấm	18(39,1)	18(39,1)	36(66,7)	54(100)	0,29	49,9
Thước đo chiều dài trẻ sơ sinh	17(37,0)	17(37,0)	33(61,1)	54(100)	0,2	63,6
Cân trẻ sơ sinh	44(95,7)	44(95,7)	47(87,0)	54(100)	0,63	14,9
Nhiệt kế	44(95,7)	44(95,7)	47(87,0)	54(100)	0,63	14,9
Hệ thống thở oxygen	29(63,0)	29(63,0)	36(66,7)	54(100)	0,22	49,9
Bộ hồi sức sơ sinh	22(47,8)	22(47,8)	41(75,9)	54(100)	0,44	31,7
Thiết bị bơm kim tiêm	44(95,7)	44(95,7)	47(87,0)	54(100)	0,63	14,9
Kim lấy thuốc số 18	43(93,5)	43(93,5)	47(87,0)	54(100)	0,63	14,9
Các thiết bị khác	44(95,7)	44(95,7)	47(87,0)	54(100)	0,63	14,9

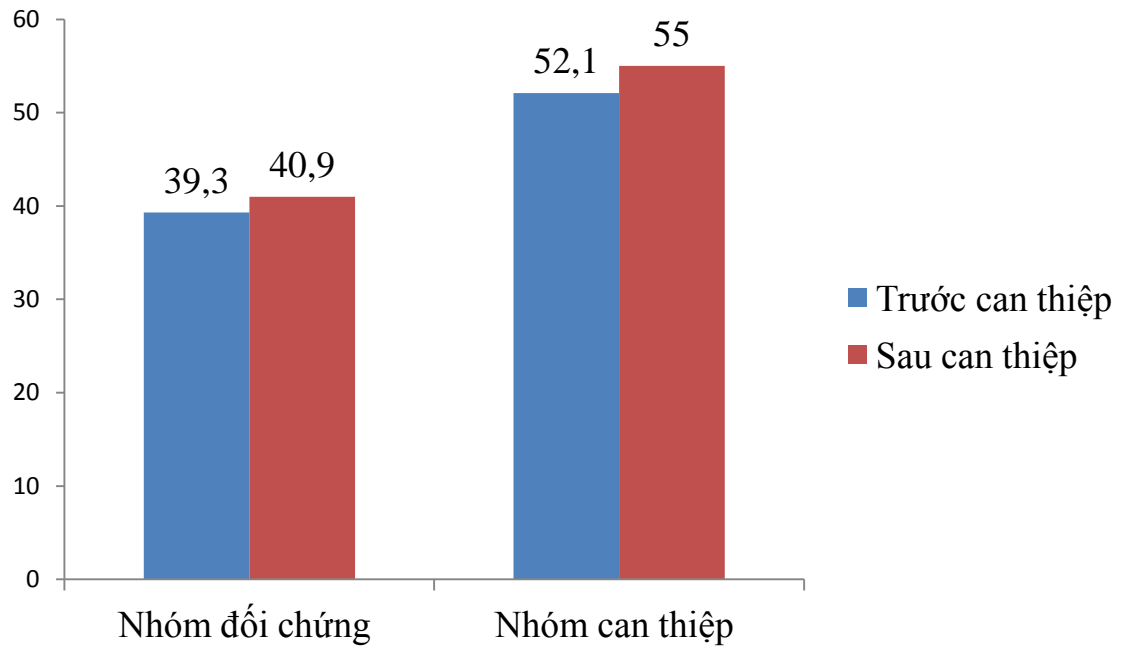
Bảng trên cho thấy, sau can thiệp các chỉ số hiệu quả về việc nâng cao trang thiết bị góc sơ sinh đều tăng, trong đó chỉ số về thước đo chiều dài trẻ sơ sinh tăng cao nhất (63,6%), tiếp đó đến hệ thống thở oxy và đèn sưởi ấm (49,9%). Các chỉ số về thiết bị bơm kim tiêm, kim lấy thuốc số 18, các thiết bị khác tăng 14,9%.

### 3.2.1.2. Nâng cao kiến thức chăm sóc sơ sinh của CBYT

**Bảng 3.25. Hiệu quả nâng cao kiến thức của CBYT xã về dấu hiệu nguy hiểm của trẻ sơ sinh**

Các dấu hiệu nguy hiểm	Nhóm chứng		Nhóm can thiệp		p	CSHQ
	Trước CT	Sau CT	Trước CT	Sau CT		
Bú kém	50 (40,9)	52 (42,6)	98 (58,0)	108 (63,9)	0,001	6,2
Co giật	101 (82,8)	103 (84,4)	157 (92,9)	164 (97,0)	0,001	2,5
Thở bất thường	65 (53,3)	67 (54,9)	115 (68,1)	127 (75,2)	0,001	7,4
Rốn chảy máu, mũ	72 (59,0)	76 (62,3)	118 (69,8)	128 (75,7)	0,013	2,9
Bỏ bú	79 (64,8)	82 (67,2)	114 (67,5)	127 (75,2)	0,13	7,6
Ngủ li bì	82 (67,2)	84 (68,9)	119 (70,4)	130 (76,9)	0,12	6,8
Vàng da đậm	90 (73,8)	92 (75,4)	119 (70,4)	126 (74,6)	0,87	3,7
Nôn trớ liên tục	75 (61,5)	76 (62,3)	120 (71,0)	134 (79,3)	0,001	10,3
Chậm đi ngoài >24h	59 (48,4)	61 (50,0)	112 (66,3)	125 (78,0)	0,001	8,2
Sốt cao trên 38°C	52 (42,6)	55 (45,1)	98 (58,0)	114 (67,5)	0,001	10,6
Biết đủ 10 dấu hiệu	7 (5,7)	11 (9,0)	45 (26,6)	80 (47,3)	0,001	20,6

Bảng trên cho thấy hầu hết kiến thức về dấu hiệu nguy hiểm của trẻ sơ sinh của CBYT xã đều tăng lên có ý nghĩa thống kê sau can thiệp với p dao động từ 0,001 đến 0,013. Các chỉ số hiệu quả của các kiến thức này đều tăng từ 2,5%-20,6%. Còn lại 3 kiến thức bỏ bú, li bì và vàng da đậm ở trẻ sơ sinh của CBYT xã đều tăng nhưng không có ý nghĩa thống kê.



**Biểu đồ 3.6: Hiệu quả nâng cao kiến thức của CBYT xã về các dấu hiệu nguy hiểm trẻ sơ sinh**

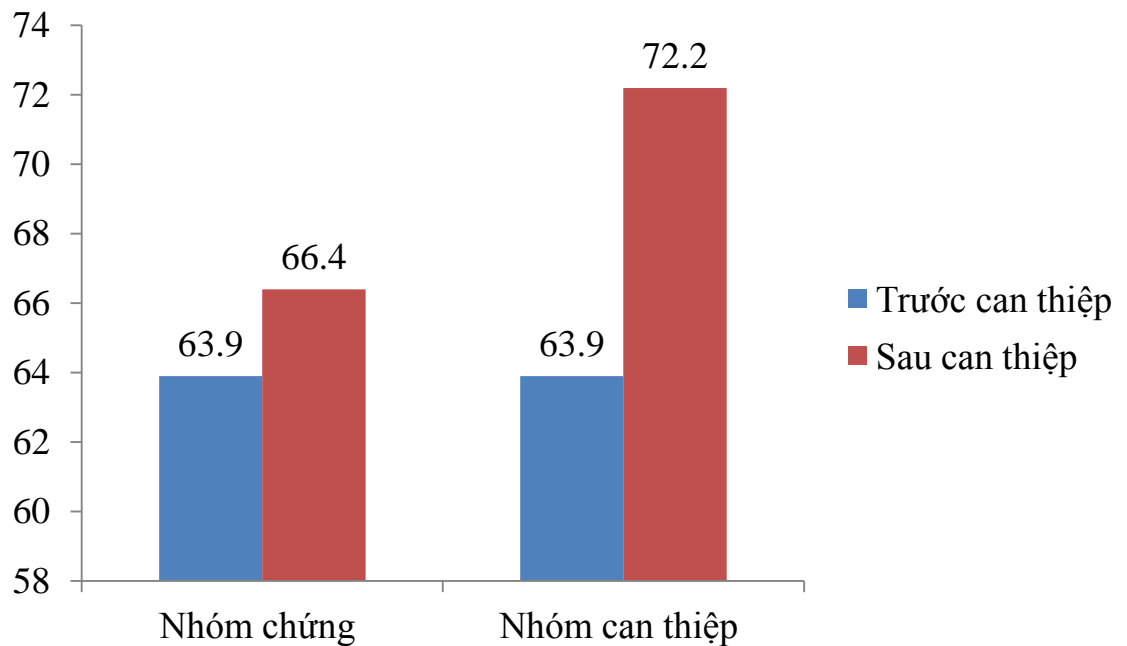
Biểu đồ trên cho thấy sau can thiệp kiến thức chung về các dấu hiệu nguy hiểm của trẻ sơ sinh ở mức đạt (>50% tổng số 10 nội dung CSSS) tăng từ 52,1% lên 55,0% trong nhóm can thiệp so với 39,3% lên 40,9% trong nhóm đối chứng. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với  $p=0,02$  và CSHQ tăng 1,5%.

**Bảng 3.26. Hiệu quả nâng cao kiến thức về nội dung chăm sóc ngay sau sinh của CBYT tuyến xã sau can thiệp**

Các dấu hiệu nguy hiểm	Nhóm chứng		Nhóm can thiệp		p	CSHQ
	Trước CT	Sau CT	Trước CT	Sau CT		
Lau khô và kích thích trẻ	92 (75,4)	96 (8,7)	126 (74,6)	154 (91,1)	0,003	17,9
Theo dõi nhịp thở và màu sắc da	54 (44,2)	58 (47,5)	99 (58,6)	124 (73,4)	0,001	17,8
Hồi sức nếu cần	21 (17,2)	24 (19,7)	62 (36,7)	83 (49,1)	0,001	19,6
Ủ ấm	92 (75,4)	97 (79,5)	121 (71,6)	137 (81,1)	0,74	7,8
Chăm sóc rốn	117 (95,9)	121 (99,2)	136 (88,5)	152 (89,9)	0,001	8,4
Cho bú mẹ	81 (66,4)	87 (71,3)	97 (57,4)	117 (69,2)	0,700	13,2
Chăm sóc mắt	59 (48,4)	66 (54,1)	58 (34,3)	85 (50,3)	0,52	34,7
Cân và tiêm Vitamin K <sub>1</sub>	77 (63,1)	85 (69,7)	112 (66,3)	136 (80,5)	0,03	11,0
Đủ 8 nội dung	6 (4,9)	12 (9,8)	5 (3,0)	16 (9,5)	0,92	119,9

Bảng trên cho thấy hầu hết kiến thức về các nội dung chăm sóc ngay sau sinh của CBYT xã đều tăng lên có ý nghĩa thống kê sau can thiệp với p dao động từ 0,001 đến 0,03. Các chỉ số hiệu quả của các kiến thức này đều tăng từ 7,8-119,9%. Còn lại 3 nội dung ủ ấm trẻ sơ sinh, chăm sóc mắt và cho trẻ bú

trong vòng 1 giờ sau sinh của CBYT xã đều tăng nhưng không có ý nghĩa thống kê. Đặc biệt, tỷ lệ biết đủ cả 8 nội dung CSSS ngay sau sinh tăng từ 3,0% trước can thiệp tăng lên 9,5% nhưng không có ý nghĩa thống kê với  $p=0,92$ .



**Biểu đồ 3.7: Hiệu quả nâng cao kiến thức về 8 nội dung chăm sóc trẻ sơ sinh tuyến xã**

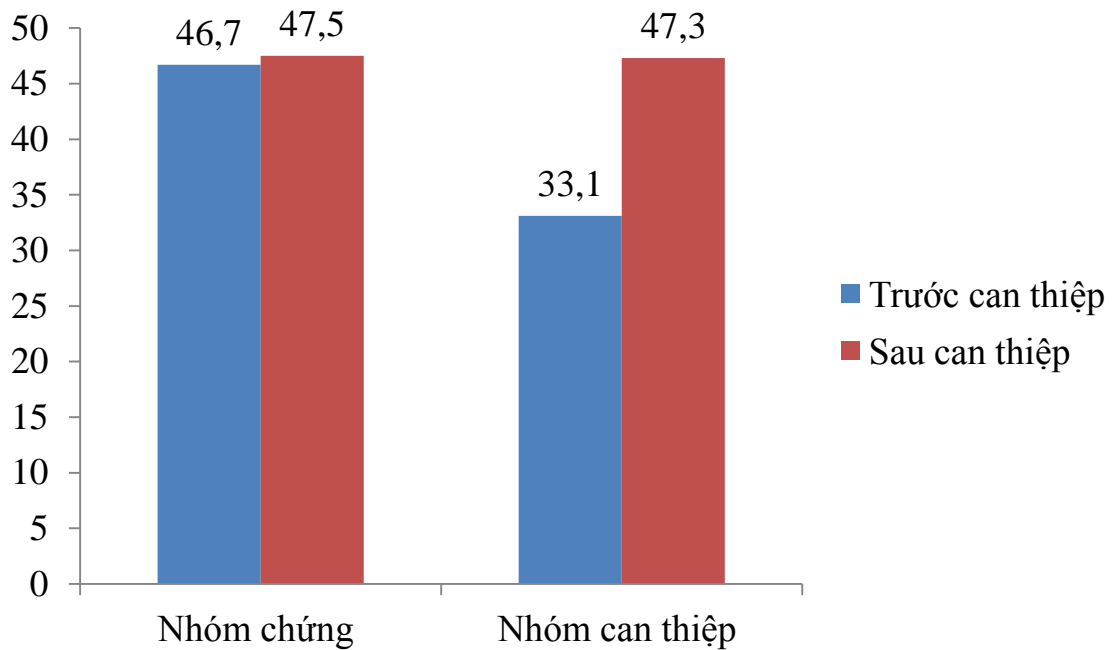
Biểu đồ trên cho thấy sau can thiệp kiến thức chung về nâng cao kiến thức 8 nội dung chăm sóc trẻ sơ sinh ở mức đạt (>50% tổng số 8 nội dung CSSS) tăng từ 63,9% lên 72,2% trong nhóm can thiệp so với 63,9% lên 66,4 % trong nhóm đối chứng. Sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với  $p=0,29$  và CSHQ tăng 9,1%.

**Bảng 3.27. Hiệu quả nâng cao kiến thức về lợi ích của phương pháp da kê da của CBYT tuyến xã sau can thiệp**

Kiến thức lợi ích của phương pháp da kê da	Nhóm chứng		Nhóm can thiệp		p	CSHQ
	Trước CT	Sau CT	Trước CT	Sau CT		
Giúp thư giãn, bình tĩnh lại	84 (68,9)	89 (73,0)	86 (50,9)	102 (60,4)	0,026	12,7
Trẻ bớt khóc	72 (59,0)	76 (62,3)	99 (58,6)	116 (68,6)	0,26	11,6
Cải thiện nhịp tim	61 (50,0)	67 (54,9)	90 (53,3)	112 (66,3)	0,05	14,6
Giữ ấm trẻ	74 (60,7)	78 (63,9)	91 (53,9)	108 (63,9)	0,996	13,3
Tăng thời lượng trẻ ngủ	53 (43,4)	62 (50,8)	92 (54,4)	121 (71,6)	0,001	14,5
Cải thiện sức đề kháng, chống nhiễm trùng	71 (58,2)	74 (60,7)	87 (51,5)	105 (62,1)	0,80	16,5
Kích thích hệ tiêu hóa	69 (56,6)	72 (59,0)	92 (54,4)	109 (64,5)	0,34	14,1
Kích thích hooomon thúc đẩy tuyến sữa	77 (63,1)	84 (68,9)	81 (47,9)	98 (58,0)	0,06	11,9
Thắt chặt quan hệ giữa mẹ và bé	74(60,7)	81(66,4)	95(56,2)	107(63,3)	0,59	3,2
Đề da bé tiếp xúc được với các loại vi khuẩn có lợi trên cơ thể mẹ	80(65,6)	84(68,9)	84(49,7)	103(61,0)	0,17	17,6
Biết đủ các nội dung trên	7(5,7)	11(9,0)	6(3,6)	9(5,3)	0,219	7,00



Bảng trên cho thấy chỉ có 2 kiến thức về các lợi ích của phương pháp da kê da của CBYT xã như giúp mẹ và bé thư giãn, bình tĩnh và tăng thời lượng trẻ ngủ sâu tăng lên có ý nghĩa thống kê sau can thiệp với p dao động từ 0,026 đến 0,001. Còn lại 8 kiến thức về các lợi ích của phương pháp da kê da khác của CBYT xã đều tăng nhưng không có ý nghĩa thống kê. Đặc biệt, tỷ lệ biết đủ các lợi ích của phương pháp da kê da tăng từ 3,6% trước can thiệp tăng lên 5,3% nhưng không có ý nghĩa thống kê với  $p=0,219$ .



**Biểu đồ 3.8: Hiệu quả nâng cao kiến thức lợi ích của phương pháp da kê da sau can thiệp**

Biểu đồ trên cho thấy sau can thiệp kiến thức chung về lợi ích của phương pháp da kê da ở mức đạt (>50% tổng số 10 nội dung) tăng từ 33,1% lên 47,3% trong nhóm can thiệp so với 46,7% lên 47,5% trong nhóm đối chứng. Sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với  $p=0,97$  và CSHQ tăng 41,09%.

### 3.2.1.3. Nâng cao thực hành chăm sóc sơ sinh của CBYT xã

**Bảng 3.28. Hiệu quả nâng cao thực hành về chăm sóc trẻ sơ sinh sau can thiệp của CBYT xã**

Nội dung thực hành chăm sóc sơ sinh	Nhóm chứng		Nhóm can thiệp		p	CSHQ
	Trước CT	Sau CT	Trước CT	Sau CT		
Chăm sóc sơ sinh sau đẻ	114 (93,4)	110 (91,7)	153 (94,4)	158 (94,1)	0,43	1,48
Tắm và chăm sóc rốn cho trẻ sơ sinh	56 (45,9)	69 (57,5)	67 (41,4)	84 (50,6)	0,2	2,93
Tư vấn nuôi con bằng sữa mẹ	120 (98,4)	115 (94,3)	166 (100)	169 (100)	0,002	4,17
Xử trí sặc sữa	113 (92,6)	107 (89,2)	151 (91,0)	155 (92,8)	0,28	1,69
Hồi sức sơ sinh	109 (90,1)	106 (88,3)	149 (89,7)	153 (91,6)	0,36	0,13
Cân đo trẻ	100 (82,0)	92 (75,4)	127 (75,2)	131 (77,5)	0,68	4,86
Thực hành KMC	27 (22,1)	45 (36,9)	66 (39,1)	57 (33,7)	0,58	53,07
Thực hành được 7 nội dung	11 (9,0)	14 (11,5)	2 (11,8)	29 (17,2)	0,18	17,78

Bảng trên cho thấy các nội dung thực hành CSSS của các CBYT tuyến xã hầu hết đều tăng sau can thiệp ở nhóm can thiệp so với nhóm đối chứng, tuy nhiên chỉ có thực hành tư vấn nuôi con bằng sữa mẹ là tăng cao có ý nghĩa thống kê sau can thiệp. Tỷ lệ CBYT thực hành được cả 7 nội dung tăng từ 11,8% lên 17,2% trong nhóm can thiệp nhưng sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê.

**Bảng 3.29. Số lượng các dịch vụ chăm sóc sơ sinh tại các trạm y tế xã trước và sau can thiệp**

Tên các hoạt động chăm sóc sơ sinh	Thực hiện tại TYT xã	
	Trước can thiệp	Sau can thiệp
Chăm sóc trẻ đẻ non, nhẹ cân	154	514
Phát hiện dị tật bẩm sinh	29	96
Tư vấn nuôi con bằng sữa mẹ	219	1096
Chẩn đoán và xử trí hạ thân nhiệt	66	219
Chẩn đoán và xử trí vàng da	0	329
Chẩn đoán và xử trí suy hô hấp	0	164
Chẩn đoán và xử trí viêm phổi	0	99
Chẩn đoán và xử trí xuất huyết sơ sinh	0	38
Chẩn đoán và xử trí nhiễm khuẩn huyết	0	20
Chẩn đoán và xử trí nhiễm khuẩn mắt	34	112
Chẩn đoán và xử trí nhiễm khuẩn rốn	33	109
Chẩn đoán và xử trí trẻ sinh ra từ bà mẹ mắc các bệnh VG, HIV, giang mai, lao	0	11
Chẩn đoán và xử trí hội chứng co giật	2	8
Chẩn đoán và xử trí sặc sữa	43	143

Bảng trên cho thấy hầu hết các dịch vụ chăm sóc sơ sinh đều tăng sau can thiệp, đặc biệt là các dịch vụ phát hiện dị tật bẩm sinh, tư vấn nuôi con bằng sữa mẹ, chẩn đoán và xử trí suy hô hấp, hạ thân nhiệt, chẩn đoán và xử trí sặc sữa....

### 3.2.2. Hiệu quả nâng cao cung cấp dịch vụ CSSS tại đơn nguyên sơ sinh

#### 3.2.2.1. Nâng cao đơn nguyên sơ sinh

**Bảng 3.30. Hiệu quả nâng cao tỷ lệ bệnh viện huyện có đơn nguyên sơ sinh**

Tỷ lệ	Nhóm chứng		Nhóm can thiệp		p	CSHQ
	Trước CT	Sau CT	Trước CT	Sau CT		
BVH có góc sơ sinh	0	0	0	2 (100)	0,5	-

Trước can thiệp các huyện đều không có đơn nguyên sơ sinh. Sau khi can thiệp, đã có 2 huyện có đơn nguyên sơ sinh

**Bảng 3.31. Hiệu quả nâng cao trang thiết bị cho đơn nguyên sơ sinh**

Trang thiết bị	Nhóm chứng		Nhóm can thiệp	
	Trước CT	Sau CT	Trước CT	Sau CT
Đèn sưởi ấm	0	0	3	4
Cân trẻ sơ sinh và thước đo chiều dài	2	2	3	4
Ống hút đờm 6- 8, găng sạch	8	8	18	20
Hệ thống thở oxygen: bộ trộn oxygen- khí trời	2	2	1	4
Kim luồn tĩnh mạch, kim bướm	2	2	2	2
Đèn chiếu vàng da	1	1	0	4
Máy thở áp lực dương liên tục (CPAP)	0	0	0	4
Bộ chọc dò tủy sống	0	0	2	2
Máy đo đường huyết tại giường	0	0	0	2
Giường sưởi ấm, lồng ấp	0	0	2	4
Đồ vải sạch dùng cho sơ sinh	4	4	4	4
Máy đo độ bão hòa oxygen qua da	0	0	0	4
Giường chăm sóc KMC	1	1	0	6
Máy điều hòa nhiệt độ 2 chiều	0	0	0	2
Nhiệt kế	6	6	5	10

Bảng trên cho thấy hiệu quả nâng cao trang thiết bị đơn nguyên sơ sinh. Hầu hết trang thiết bị đã được tăng lên sau khi can thiệp, đèn sưởi ấm (tăng 1 cái); hệ thống thở oxy (tăng 3 cái); giường chăm sóc KMC (tăng 6 cái); máy điều hòa nhiệt độ hai chiều (tăng 2 cái); nhiệt kế (tăng 5 cái).

**Bảng 3.32. Số lượng các dịch vụ chăm sóc sơ sinh tại các đơn nguyên sơ sinh trước và sau can thiệp**

Kỹ năng	Số lượng dịch vụ trung bình	
	Trước can thiệp	Sau can thiệp
Hút nhót	1137	1422
Bóp bóng	317	793
Lau khô	1137	1422
Thở oxy	0	238
Hướng dẫn thực hành đúng ủ ấm KMC	0	711
Thực hiện bú sớm trong 1h đầu	341	1137
Nuôi bằng sữa mẹ hoàn toàn	171	1137
Tư vấn nuôi con bằng sữa mẹ	171	1137
Đặt ống thông tĩnh mạch rốn sơ sinh	0	9
Đặt nội khí quản cấp cứu sơ sinh+ máy thở	0	9
Chọc dò tủy sống sơ sinh	0	3
Điều trị vàng da ở trẻ sơ sinh bằng phương pháp chiếu đèn	0	341
Truyền máu sơ sinh	4	9
Chọc hút dịch, khí màng phổi sơ sinh	2	5
Đặt ống thông dạ dày (hút dịch hoặc nuôi	1	10

Kỹ năng	Số lượng dịch vụ trung bình	
	Trước can thiệp	Sau can thiệp
đưỡng) sơ sinh		
Rửa da dày sơ sinh	1	6
Ép tim ngoài lồng ngực	0	12
Dẫn lưu màng phổi sơ sinh	1	2
Khám sơ sinh	3	12
Chăm sóc rốn sơ sinh	171	341
Tắm sơ sinh	639	1422
Đặt sonde hậu môn sơ sinh	0	6
Bóp bóng Ambu, thổi ngạt sơ sinh	317	634
Hồi sức sơ sinh cơ bản	1	12
Hồi sức sơ sinh cơ bản nâng cao	0	7
Cố định tạm thời gãy xương sơ sinh	0	11

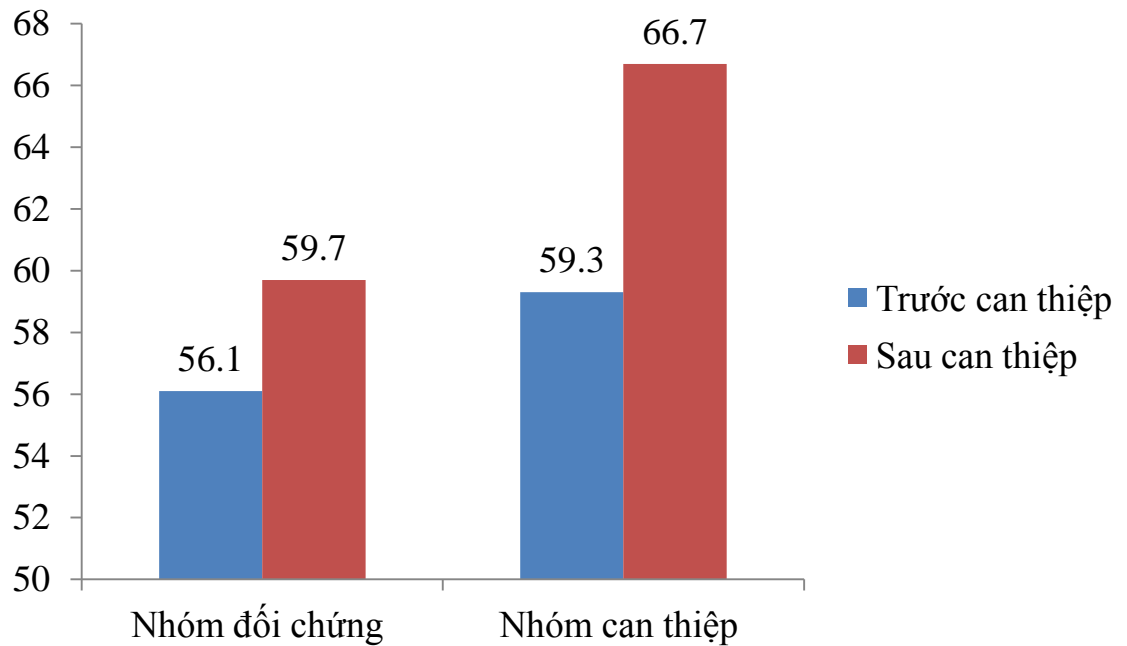
Số lượng dịch vụ chăm sóc sơ sinh tại các đơn nguyên sơ sinh sau can thiệp đều tăng. Máy hút nhót tăng từ 1137 lên 1422 lần hút, dịch vụ thở oxy tăng từ 0 lên 711 lần sử dụng dịch vụ. Dịch vụ tư vấn nuôi con bằng sữa mẹ tăng từ 171 lần lên 1137 lần. Các CBYT đã đặt được sonde hậu môn sơ sinh từ 0 lần lên 6 lần sau can thiệp. Tương tự, các chỉ số dịch vụ hồi sức sơ sinh cơ bản, cố định tạm thời gãy xương sơ sinh đều tăng so với trước can thiệp.

### 3.2.2.2. Nâng cao kiến thức chăm sóc sơ sinh của CBYT

**Bảng 3.33. Hiệu quả nâng cao kiến thức của CBYT huyện về dấu hiệu nguy hiểm trẻ sơ sinh sau can thiệp**

Các dấu hiệu nguy hiểm	Nhóm chứng		Nhóm can thiệp		p	CSHQ
	TCT	SCT	TCT	SCT		
Bú kém	28 (49,1)	30 (52,6)	23 (42,6)	29 (53,7)	0,91	18,9
Co giật	48 (84,2)	50 (87,7)	46 (85,2)	47 (87,0)	0,91	2,0
Thở bất thường	33 (57,9)	37 (64,9)	27 (50,0)	33 (61,1)	0,68	10,1
Rốn chảy máu, mũ	34(59,7)	36(63,2)	19(35,2)	30 (55,6)	0,42	52,0
Bỏ bú	37 (64,9)	41 (71,9)	36 (66,7)	40 (74,1)	0,80	0,3
Ngủ li bì	27 (47,4)	33 (57,9)	22 (40,7)	27 (5,0)	0,40	65,5
Vàng da đậm	36 (63,2)	39 (68,4)	42 (77,8)	46 (85,2)	0,04	1,2
Nôn trớ liên tục	30 (52,6)	36 (63,2)	23 (42,6)	33 (61,1)	0,82	23,5
Chậm đi ngoài >24h	29(50,9)	30(52,6)	19(35,2)	24 (44,4)	0,39	22,9
Sốt cao trên 38°C	32 (56,1)	36 (63,2)	31(57,4)	35 (64,8)	0,86	0,4
Biết đủ 10 dấu hiệu	4 (7,0)	8 (14,0)	0	2 (3,7)	0,06	-

Bảng trên cho thấy hầu hết kiến thức về dấu hiệu nguy hiểm của trẻ sơ sinh của CBYT huyện đều tăng nhẹ nhưng không có ý nghĩa thống kê sau can thiệp. Duy nhất có một kiến thức về vàng da đậm của CBYT tăng từ 77,8% lên 85,2% ở nhóm can thiệp, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với  $p=0,04$ .



**Biểu đồ 3.9: Hiệu quả nâng cao kiến thức chung về dấu hiệu nguy hiểm trẻ sơ sinh sau can thiệp**

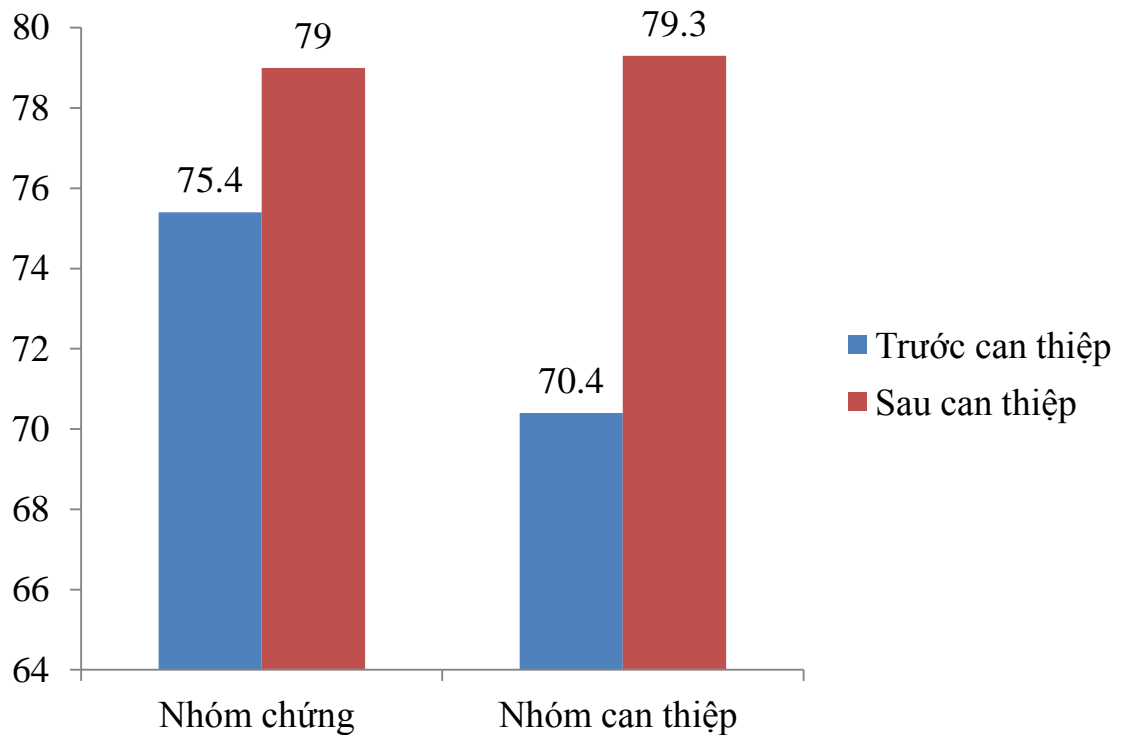
Biểu đồ trên cho thấy sau can thiệp kiến thức chung về các dấu hiệu nguy hiểm của trẻ sơ sinh ở mức đạt (>50% tổng số 10 nội dung CSSS) tăng từ 59,3% lên 66,7% trong nhóm can thiệp so với 56,1% lên 59,6% trong nhóm đối chứng. Tuy nhiên, sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê.



**Bảng 3.34. Hiệu quả nâng cao kiến thức về các nội dung chăm sóc ngay sau sinh của CBYT tuyến huyện sau can thiệp**

Các dấu hiệu nguy hiểm	Nhóm chứng		Nhóm can thiệp		p	CSHQ
	Trước CT	Sau CT	Trước CT	Sau CT		
Lau khô và kích thích trẻ	47 (82,5)	50 (87,7)	43 (79,6)	50 (92,6)	0,39	9,9
Theo dõi nhịp thở và màu sắc da	25 (43,9)	29 (50,9)	22 (40,7)	31 (57,4)	0,49	24,9
Hồi sức nếu cần	16 (28,1)	19 (33,3)	12 (22,2)	20 (37,0)	0,68	48,0
Ủ ấm	46 (80,7)	48 (84,2)	39 (72,2)	45 (83,3)	0,9	11,0
Chăm sóc rốn	52 (91,2)	57 (94,7)	49 (90,7)	53 (98,2)	0,34	4,3
Cho bú mẹ	37 (64,9)	39 (68,4)	46 (85,2)	51 (94,4)	0,001	5,5
Chăm sóc mắt	57 (100)	51 (89,5)	54 (100)	54 (100)	0,014	10,5
Cân và tiêm Vitamin K <sub>1</sub>	43 (75,4)	45 (79,0)	36 (66,7)	41 (75,9)	0,70	9,2
8 nội dung	6 (10,5)	7 (12,5)	3 (5,6)	14 (25,9)	0,07	347,9

Bảng trên cho thấy hầu hết kiến thức về các nội dung chăm sóc ngay sau sinh của CBYT huyện đều tăng nhưng không có ý nghĩa thống kê sau can thiệp. Còn lại 2 nội dung hướng dẫn cho bú mẹ và chăm sóc mắt tăng sau can thiệp và sự khác biệt có ý nghĩa thống kê. Đặc biệt, tỷ lệ biết đủ cả 8 nội dung CSSS ngay sau sinh tăng từ 5,6% trước can thiệp tăng lên 25,9% nhưng không có ý nghĩa thống kê với  $p=0,07$ .



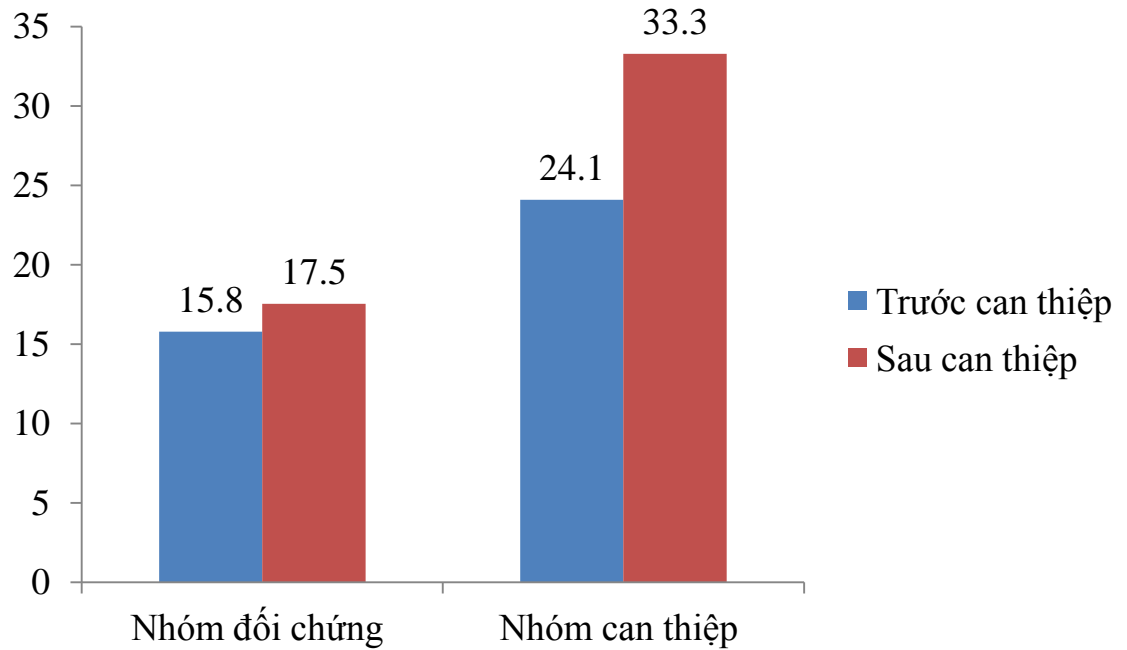
**Biểu đồ 3.10: Hiệu quả nâng cao kiến thức của CBYT huyện về 8 nội dung chăm sóc trẻ sơ sinh**

Biểu đồ trên cho thấy sau can thiệp kiến thức chung về nâng cao kiến thức 8 nội dung chăm sóc trẻ sơ sinh ở mức đạt (>50% tổng số 8 nội dung CSSS) tăng từ 70,4% lên 79,6% trong nhóm can thiệp so với 75,4% lên 79,0% trong nhóm đối chứng. Sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với  $p=0,93$  và CSHQ tăng 8,5%.

**Bảng 3.35. Hiệu quả nâng cao kiến thức của CBYT huyện về lợi ích của phương pháp da kê da**

Kiến thức lợi ích của da kê da	Nhóm chứng		Nhóm can thiệp		p	CSHQ
	Trước CT	Sau CT	Trước CT	Sau CT		
Giúp thư giãn, bình tĩnh lại	41 (71,9)	42 (73,7)	40 (74,1)	46 (85,2)	0,14	12,6
Trẻ bớt khóc	25 (43,9)	26 (45,6)	28 (51,9)	33 (61,1)	0,10	13,9
Cải thiện nhịp tim	26 (45,6)	29 (50,9)	28 (51,9)	32 (59,3)	0,38	2,7
Giữ ấm trẻ	29 (50,9)	31 (54,4)	31 (57,4)	35 (64,8)	0,26	6,00
Tăng thời lượng trẻ ngủ	28 (49,1)	30 (52,6)	27 (50,0)	32 (59,3)	0,48	11,4
Cải thiện sức đề kháng, chống nhiễm trùng	33 (57,9)	32 (56,1)	28 (51,9)	35 (64,8)	0,35	22,00
Kích thích hệ tiêu hóa	30 (52,6)	30 (52,6)	25 (46,3)	28 (51,9)	0,93	12,00
Kích thích hoocmon thúc đẩy tuyến sữa	26 (45,6)	27 (47,4)	24 (44, 4)	28 (51,9)	0,64	12,8
Thắt chặt quan hệ giữa mẹ và bé	31(54,4)	31(54,4)	33(61,1)	36(66,7)	0,19	9,1
Đề da bé tiếp xúc được với các loại vi khuẩn có lợi trên cơ thể mẹ	36 (63,2)	38 (66,7)	35 (64,8)	40 (74,1)	0,93	8,7
Biết đủ các nội dung trên	2 (3,5)	5 (8,8)	3 (5,6)	12 (15,3)	0,049	25,7

Bảng trên cho thấy tỷ lệ CBYT có kiến thức về lợi ích của phương pháp da kê da của CBYT huyện đều tăng lên sau can thiệp nhưng chưa có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê. Riêng tỷ lệ CBYT có kiến thức về tất cả các lợi ích của phương pháp da kê da tăng lên sau can thiệp có ý nghĩa thống kê với  $p=0,049$ .



**Biểu đồ 3.11: Hiệu quả nâng cao kiến thức của CBYT huyện về lợi ích của da kê da sau can thiệp**

Biểu đồ trên cho thấy sau can thiệp kiến thức chung về lợi ích của phương pháp da kê da ở mức đạt (>50% tổng số 10 nội dung) tăng từ 24,1% lên 33,3% trong nhóm can thiệp so với 15,8% lên 17,5% trong nhóm đối chứng. Sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với  $p=0,06$  và CSHQ tăng 27,4%.

### 3.2.2.3. Nâng cao thực hành chăm sóc sơ sinh của CBYT huyện

**Bảng 3.36. Hiệu quả nâng cao thực hành của CBYT huyện về chăm sóc trẻ sơ sinh**

Nội dung thực hành chăm sóc sơ sinh	Nhóm chứng		Nhóm can thiệp		p	CSHQ
	Trước CT	Sau CT	Trước CT	Sau CT		
Chăm sóc sơ sinh sau đẻ	55 (96,5)	50 (90,9)	50 (92,6)	50 (92,6)	0,75	5,7
Tắm và chăm sóc rốn cho trẻ sơ sinh	37 (64,9)	27 (49,1)	27 (50,0)	31 (57,4)	0,5	9,6
Tư vấn nuôi con bằng sữa mẹ	57 (100)	54 (94,7)	50 (92,6)	53 (98,2)	0,34	0,7
Xử trí sặc sữa	55 (96,5)	50 (89,3)	47 (87,0)	45 (83,3)	0,36	3,2
Hồi sức sơ sinh	49 (86,0)	46 (82,1)	47 (87,0)	44 (81,8)	0,93	1,5
Cân đo trẻ	44 (77,2)	47(82,5)	43(79,6)	43(79,6)	0,7	6,8
Thực hành KMC	20 (35,1)	28 (49,1)	14 (25,9)	20 (37,0)	0,2	2,9
Thực hành được 7 nội dung	14 (24,6)	12 (21,1)	10 (18,5)	8 (14,8)	0,4	5,7

Bảng trên cho thấy đa số các nội dung thực hành CSSS của các CBYT tuyến xã hầu hết đều tăng hoặc giữ nguyên sau can thiệp ở nhóm can thiệp so với nhóm đối chứng nhưng không có ý nghĩa thống kê. Tuy nhiên, thực hành xử trí sặc sữa, hồi sức sơ sinh và thực hành đủ cả 7 nội dung giảm nhẹ và không có ý nghĩa thống kê.

## **Chương 4**

### **BÀN LUẬN**

#### **4.1. Thực trạng chăm sóc sơ sinh tại trạm y tế xã**

##### **4.1.1. Góc sơ sinh tại trạm y tế xã**

Bên cạnh kiến thức và kỹ năng của CBYT thì cơ sở vật chất, trang thiết bị và thuốc thiết yếu cho chăm sóc sơ sinh cũng đóng một vai trò quan trọng trong việc cung cấp các dịch vụ chăm sóc sơ sinh có chất lượng. Bắt đầu từ năm 2011 theo Quyết định 1142/ QĐ-BYT về việc thành lập và thực hiện CSSS tại góc sơ sinh trạm y tế xã, có nhiều tỉnh đã rất quyết tâm trong việc xây dựng góc sơ sinh tại TYT xã [48]. Tuy nhiên, còn khá nhiều tỉnh vẫn chưa tiến hành xây dựng hoặc xây dựng chưa đủ các góc sơ sinh tại TYT xã [14].

Nghiên cứu của chúng tôi mô tả thực trạng số lượng góc sơ sinh tại trạm y tế xã cũng như sự sẵn có và mức độ sử dụng cơ sở vật chất, trang thiết bị và thuốc thiết yếu cho chăm sóc sơ sinh. Chúng tôi đã tiến hành kiểm kê theo chủng loại và thực trạng sử dụng cơ sở vật chất, trang thiết bị và các thuốc thiết yếu tại bệnh viện huyện và các trạm y tế tại địa bàn nghiên cứu theo quyết định của Bộ Y tế về góc sơ sinh và đơn nguyên sơ sinh. Nghiên cứu sinh cùng các cán bộ nghiên cứu đã quan sát trực tiếp cơ sở vật chất, trang thiết bị và các thuốc thiết yếu tại các bệnh viện huyện và tại các trạm y tế xã. Nội dung thu thập số liệu dựa trên quyết định phân tuyến kỹ thuật cho trạm y tế xã và bệnh viện huyện cũng như dựa trên nội dung của Hướng dẫn Quốc gia về CSSKSS [15], [48].

Theo Hướng dẫn được Bộ Y tế ban hành năm 2011 về việc tổ chức thực hiện đơn nguyên sơ sinh và góc sơ sinh, mỗi trạm y tế xã cần có một góc sơ sinh và mỗi bệnh viện huyện cần có một đơn nguyên sơ sinh. Góc sơ sinh có

thể được đặt ngay tại phòng đẻ. Đơn nguyên sơ sinh có thể đặt tại khoa nhi hoặc khoa sản. Mỗi góc sơ sinh tại trạm y tế xã và đơn nguyên sơ sinh tại bệnh viện huyện cần có những cơ sở trang thiết bị, thuốc và nhân lực theo qui định của Bộ Y tế. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy tỷ lệ trạm y tế xã được nghiên cứu có góc sơ sinh ở từng huyện dao động từ 7,7% đến 70,7%. Tại huyện Thọ Xuân, tỷ lệ trạm y tế xã có góc sơ sinh cao nhất với 70,7% và thấp nhất là ở huyện Quan Sơn 7,7%. Kết quả nghiên cứu cũng chỉ ra trong số 100 góc sơ sinh tại trạm y tế xã được nghiên cứu, không có một góc sơ sinh nào đủ tất cả các trang thiết bị theo quy định của Bộ Y tế. Trong đó thiếu nhất những dụng cụ cho cấp cứu sơ sinh quan trọng nhất là bàn làm rôn và hồi sức sơ sinh (65/100), hệ thống thở oxygen (65/100), bộ hồi sức sơ sinh (63/100), đèn sưởi ấm (54/100).

Gần như chưa có các nghiên cứu về góc sơ sinh, trang thiết bị, thuốc thiết yếu để cung cấp dịch vụ CSSS ở Việt Nam. Lý do là các nhà nghiên cứu vẫn chưa tập trung về vấn đề này, hơn nữa quyết định thành lập đơn nguyên sơ sinh và góc sơ sinh vẫn còn mới nhiều địa phương vẫn chưa triển khai. Một nghiên cứu gần đây nhất được tiến hành tại tỉnh Đắk Lắk năm 2013-2016 tại 2 huyện Buôn Đôn và Cư Kuin của tỉnh Đắk Lắk cho thấy tất cả các trạm y tế xã đều không có góc sơ sinh, kém hơn nhiều so với kết quả nghiên cứu của chúng tôi [49]. Lý do của việc ít xây dựng các góc sơ sinh ở TYT xã, nghiên cứu trên cho thấy (1) tỷ lệ đẻ tại TYT xã rất thấp (khoảng <2%); (2) không có đủ điều kiện để trang bị cho góc sơ sinh và (3) thiếu kiểm tra giám sát của y tế cấp trên về thực hiện chủ trương này [49]. Cũng theo nghiên cứu này, tất cả các hoạt động CSSS ngay sau sinh được tiến hành tại ngay phòng đẻ và sau đó thì được thực hiện tại phòng sau đẻ. Kết quả nghiên cứu trên chỉ ra rằng chỉ có những dụng cụ y tế đơn giản như găng tay, bồn rửa, bàn chải, xà phòng và nhiệt kế là đầy đủ còn những dụng cụ cần thiết

cho cấp cứu chăm sóc sơ sinh như máy hút đờm rãi và ống hút, bơm kim truyền dịch đều không có đầy đủ. Nghiên cứu cũng đề cập đến một vấn đề rất cần quan tâm, đó là tỷ lệ sinh ở trạm y tế xã của 2 huyện trên rất thấp, do vậy cũng cần cân nhắc việc đầu tư về trang thiết bị cho CSSS tại trạm y tế xã do hầu hết các ca đẻ đều xảy ra ở bệnh viện huyện/tỉnh [49].

Một nghiên cứu khác ở các tỉnh Đồng bằng Sông Cửu Long cũng cho thấy tỷ lệ sinh ở trạm y tế xã rất thấp do đường xá và phương tiện giao thông thuận lợi. Nghiên cứu cũng khuyến cáo là chỉ trang bị đủ cơ sở cho CSSS cho tuyến xã để sử dụng trong các trường hợp cấp cứu trẻ sơ sinh khi đẻ rơi hoặc đẻ tại trạm. Cần tập trung trang thiết bị, thuốc và nhân lực cho CSSS tại tuyến bệnh viện huyện [12].

Một cuộc kiểm kê gần đây trên phạm vi toàn quốc của Bộ Y tế năm 2013 cho thấy mới chỉ có khoảng 1/3 trạm y tế xã trong cả nước có góc chăm sóc sơ sinh. Có sự khác biệt rất lớn về phân bố góc sơ sinh ở TYT xã giữa các vùng miền trong cả nước. Tỷ lệ trạm y tế xã có góc CSSS chủ yếu tập trung ở vùng một số tỉnh đồng bằng và các thành phố [14]. Sự thiếu hụt về góc sơ sinh đạt tiêu chuẩn chính là những khó khăn cho việc cung cấp dịch vụ chăm sóc ngay sau sinh tại trạm y tế xã. Kết quả nghiên cứu này cần được Sở Y tế tỉnh Thanh Hoá đẩy mạnh việc thành lập góc sơ sinh cho TYT xã do một số lý do sau đây: (1) tỷ lệ sinh ở TYT xã tại các huyện miền núi của tỉnh Thanh Hoá vẫn còn cao, nhu cầu CSSS tại trạm y tế vẫn còn cao; (2) Các trạm y tế xã của các huyện miền núi ở vùng sâu vùng xa, đường xá, phương tiện vận chuyển trẻ sơ sinh lên tuyến trên rất khó khăn.

Các kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng phù hợp với kết quả nghiên cứu gần đây tại 7 tỉnh khó khăn và tại 2 tỉnh Yên Bái và Cà Mau, điều tra của Bộ Y tế về trang thiết bị y tế cho CSSS. Các nghiên cứu này đều chỉ ra rằng rất ít trạm y tế xã có đủ bộ dụng cụ cho CSSS (1,3%), nhưng hầu hết các bộ



dụng cụ đều không đầy đủ về cơ số, tỷ lệ TYT có ít nhất một bộ dụng cụ đủ cho mỗi loại cũng thấp (dưới 50%) và không một cơ sở y tế nào có đủ số bộ đủ theo Hướng dẫn Quốc gia [13], [14]. Trang thiết bị cho chăm sóc sơ sinh của hai bệnh viện huyện Trạm Tàu, Lục Yên (tỉnh Yên Bái) và hai bệnh viện huyện U Minh và Thới Bình (tỉnh Cà Mau) vẫn còn thiếu nhiều so với tiêu chuẩn của Bộ Y tế ban hành năm 2009 [13].

Ở một số quốc gia đang phát triển, tình trạng thiếu các đơn nguyên sơ sinh cũng như địa điểm cho CSSS tại các phòng khám nhà hộ sinh, trạm y tế cũng khá phổ biến như ở các nước Nam Á và châu Phi. Kết quả nghiên cứu cho thấy ở một số quốc gia như Ấn Độ, Bangladesh và Tanzania cơ sở hạ tầng cho CSSS ở các tuyến này còn thấp hơn ở Việt Nam [50],[51],[52]. Mặc dù các quốc gia này đã có rất nhiều cố gắng trong việc cung cấp dịch vụ CSSS nhưng khó khăn của họ một phần nào cũng giống Việt Nam, đó là hạn chế về nguồn lực. WHO đã có những khuyến cáo và cảnh báo cho các quốc gia có nguồn lực hạn chế cần có những biện pháp để nâng cao công tác chăm sóc sơ sinh nhằm mục tiêu cuối cùng là giảm tỷ suất tử vong sơ sinh [53], [54], [55].

#### **4.1.2. Kiến thức và thực hành về chăm sóc sơ sinh của CBYT tuyến xã**

Ở các quốc gia phát triển, chương trình đào tạo các thầy thuốc chuyên khoa nhi hoặc chuyên khoa sản cũng như cho các cán bộ khác công tác trong lĩnh vực CSSS là khá toàn diện. Ngược lại, ở các quốc gia đang phát triển do thời gian đào tạo ngắn, chương trình không được thiết kế đầy đủ và thiếu hẳn phần CSSS, do vậy kiến thức và kỹ năng của CBYT rất hạn chế. Tuy nhiên, việc đào tạo liên tục có vai trò quan trọng trong việc khắc phục những hạn chế này.

Các nghiên cứu của Vụ Sức khỏe Bà mẹ và Trẻ em đã phát hiện một số trạm y tế có đủ cơ sở hạ tầng, các trang thiết bị và thuốc thiết yếu cung cấp dịch vụ CSSS nhưng lại thiếu các CBYT có kiến thức và kỹ năng thực hành

và ngược lại cuối cùng không cung cấp đủ các dịch vụ CSSS. Vai trò của người CBYT tại các tuyến dưới là rất quan trọng do là người đầu tiên tiếp xúc với bà mẹ và trẻ sơ sinh. Các nghiên cứu về kiến thức, thực hành chăm sóc sơ sinh đã được thực hiện nhiều ở các nước phát triển và gần như các CBYT đã có đủ kiến thức và kỹ năng để cung cấp các dịch vụ CSSS. Các nghiên cứu ở các nước phát triển như Mỹ, Anh, Thụy Điển, Na Uy, Phần Lan, Pháp và các quốc gia khác cho thấy kiến thức và kỹ năng của các CBYT rất chuẩn mực, do vậy tỷ suất tử vong cũng như mắc bệnh của trẻ sơ sinh giảm rất thấp [56], [57].

Kiến thức và thực hành của CBYT trong chăm sóc sức khỏe nói chung cũng như trong chăm sóc sơ sinh nói riêng đóng góp rất quan trọng vào chất lượng chăm sóc sức khỏe chung cũng như trong chăm sóc sức khỏe sơ sinh. Đây là một trong những thành phần chính của cung cấp dịch vụ y tế cùng với sự sẵn có của cơ sở hạ tầng, trang thiết bị y tế và thuốc. Trong những năm gần đây, WHO đã xuất bản nhiều ấn phẩm cho các quốc gia thành viên có tỷ lệ tử vong sơ sinh cao, trong đó tập trung nhấn mạnh nhiều vào chăm sóc sức khỏe bà mẹ và trẻ sơ sinh. Báo cáo tập trung vào phân tích nguồn lực trong chăm sóc sức khỏe, đặc biệt là nguồn nhân lực trong chăm sóc sơ sinh. Báo cáo này một lần nữa khẳng định vai trò của người thầy thuốc và những kiến thức và kỹ năng của họ trong chăm sóc sức khỏe bà mẹ và trẻ sơ sinh [55].

Kiến thức của CBYT về CSSS phụ thuộc rất nhiều vào công tác đào tạo mới cũng như đào tạo liên tục sau khi tốt nghiệp từ các trường đại học y, cao đẳng và trung học y tế. Trong nhiều năm, chương trình đào tạo về CSSS còn nhiều hạn chế cả về số lượng bài giảng, thời gian học tập cũng như tài liệu tham khảo cho sinh viên. Trước đây lĩnh vực CSSS không được phân định rõ ràng là thuộc phạm vi của chuyên khoa nhi hay chuyên khoa sản, đặc biệt

là chăm sóc sơ sinh giai đoạn sớm (trong vòng 1 tuần đầu sau khi sinh). Nhận thức được vấn đề này, ngành y tế đã có những đột phá trong quyết định xây dựng góc sơ sinh tại TYT xã và đơn nguyên sơ sinh tại bệnh viện huyện. Bên cạnh đó, các bài giảng về CSSS đã được soạn thảo và đưa vào áp dụng trong các trường y. Ngay từ năm 2010, xuất phát từ khuyến cáo của Vụ Sức khỏe Bà mẹ và Trẻ em, UNFPA, Tổ chức Cứu trợ Trẻ em Quốc tế, UNICEF, các trường đại học y cũng như các trường cao đẳng y đã bổ sung các bài giảng về CSSS vào chương trình đào tạo cho sinh viên và tiến hành đào tạo ngay. Việc đào tạo liên tục về CSSS cho các cán bộ làm việc trong khối sản nhi mới được triển khai nhưng số lượng CBYT tham gia tập huấn chưa nhiều. Ngay từ năm 2011, một hội nghị được tổ chức ở Thành phố Đà Nẵng do Bộ Y tế tổ chức với sự có mặt của một số trường Đại học Y và Cao đẳng y đã cam kết xây dựng và tiến hành giảng dạy về CSSS. Tuy nhiên, thời gian và thời lượng đào tạo về CSSS chưa đủ do khung chương trình giảng dạy là khá cứng, không thể bổ sung được nhiều nội dung CSSS trong chương trình giảng dạy cho sinh viên. Bên cạnh chương trình đào tạo, cơ sở thực hành để đào tạo mới cũng như đào tạo liên tục về CSSS chưa thật tốt và hạn chế về số lượng giảng viên có kỹ năng. Tất cả những yếu tố trên đã ảnh hưởng đến chất lượng dịch vụ CSSS, đặc biệt là cho các vùng sâu vùng xa, vùng miền núi. Điều này thể hiện rất rõ sự chênh lệch về tỷ suất tử vong sơ sinh, rất cao ở các vùng sâu vùng xa, vùng miền núi. Điều này gợi ý cho ngành y tế cần tập trung nguồn lực, đào tạo và giám sát công tác cung ứng dịch vụ CSSS ở những vùng trên, nơi có tỷ suất tử vong sơ sinh cao.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, kiến thức của CBYT xã về các dấu hiệu nguy hiểm của trẻ sơ sinh vẫn còn hạn chế. Cụ thể, tỷ lệ CBYT biết cả 10 dấu hiệu chỉ là 17,9%, trong đó dấu hiệu được các CBYT biết nhiều nhất là “co giật” là 88,66%, dấu hiệu ít được các CBYT biết nhất là “bú kém”

(50,86%). Các kết quả này là thấp, phản ánh trình độ chuyên môn còn hạn chế. Một nghiên cứu tại 15 TYT xã, huyện Buôn Đôn và Cư Kuin, tỉnh Đắk Lắk cho thấy tỷ lệ CBYT có kiến thức về CSSS ở mức trung bình đạt 59,2%; ở mức khá chỉ đạt 19,8% [49]. Có thể lý giải được là do các CBYT ở tuyến huyện và tuyến y tế xã ít được đào tạo thường xuyên và ít được giám sát hoạt động CSSS. Việc đào tạo theo Hướng dẫn Quốc gia đã được triển khai trên phạm vi toàn quốc nhưng một số CBYT vẫn không được đào tạo do mới ra trường hoặc do mới được chuyển công tác sang lĩnh vực CSSS. Nghiên cứu tại Tây Nguyên cũng cho thấy kiến thức của CBYT xã về các nội dung chăm sóc trẻ sơ sinh ngay sau sinh còn thấp [49]. Một người CBYT muốn làm tốt công tác chăm sóc sơ sinh thì cần nắm được những kiến thức chung về các bước chăm sóc sơ sinh ngay sau sinh như tiêm, tắm trẻ sơ sinh, hướng dẫn cho bú sớm, phát hiện ngạt sơ sinh, sơ sinh nhẹ cân (<2500gram), sinh non (<37 tuần), nhiễm trùng, các dị tật bẩm sinh... cũng như các hoạt động chăm sóc sơ sinh khác.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ CBYT xã biết đầy đủ các nội dung chăm sóc trẻ sơ sinh ngay sau sinh chỉ chiếm 3,78%. Tuy nhiên, kết quả nghiên cứu của chúng tôi vẫn cao hơn so với kết quả của tác giả Tạ Như Đính khi khảo sát thực trạng chăm sóc trẻ sơ sinh tại tỉnh Đắk Lắk 2013-2016 [49]. Trong nghiên cứu đó, không có CBYT nào nêu được đầy đủ tất cả nội dung CSSS ngay sau sinh. Điều này có thể được giải thích là do sự khác nhau về địa bàn nghiên cứu. Đắk Lắk là một tỉnh miền núi, điều kiện kinh tế và xã hội còn đang phát triển, trình độ của CBYT còn hạn chế, chính điều này làm nên sự khác biệt về kết quả trong kiến thức của CBYT. Mặt khác tỷ lệ các bà mẹ đẻ tại trạm y tế của tỉnh Đắk Lắk là khá thấp (2%), do vậy CBYT xã không có cơ hội thực hành CSSS. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi phù hợp với kết quả nghiên cứu khác ở Việt Nam tiến hành trên

đối tượng là CBYT xã và bệnh viện huyện tại tỉnh miền núi. Nghiên cứu tại Việt Nam năm 2010 do UNFPA tài trợ và một nghiên cứu khác năm 2012 cũng cho thấy tỷ lệ CBYT huyện và xã có kiến thức về chăm sóc sơ sinh thấp (dao động từ 5-42%) [12]. Trong các nghiên cứu này, không có cán bộ nào có thể liệt kê được đủ các bước chăm sóc sơ sinh trong và ngay sau sinh. Các nghiên cứu này cũng chỉ ra lý do dẫn đến việc không có một CBYT nào liệt kê được đủ 8 bước chăm sóc sơ sinh, đó là hàng ngày họ có thể thực hành cả 8 bước nhưng khi phỏng vấn có thể họ quên không nhớ hết. Khi phỏng vấn thu thập thông tin các điều tra viên không được phép gợi ý mà chỉ hỏi “*Còn gì nữa không?*”. Nếu gợi ý cho CBYT về các bước chăm sóc sơ sinh thì họ sẽ đồng ý và có thể sẽ gây nên sai số hệ thống làm tăng kết quả (over-estimation).

Tại Việt Nam, một nghiên cứu khác trên 60 CBYT ở 3 bệnh viện huyện, 60 CBYT ở 32 xã cho thấy chỉ có 50% CBYT liệt kê được những nội dung về chăm sóc sơ sinh. Đặc biệt, chỉ có 20% CBYT huyện kể được các bước CSSS như chăm sóc mắt, cân trẻ, tiêm Vitamin K<sub>1</sub>, tiêm phòng lao và viêm gan [49]. Một nghiên cứu khác, được tiến hành tại 4 bệnh viện đa khoa huyện và 98 xã tại Thanh Hóa cho thấy tỷ lệ CBYT xã biết về các dấu hiệu nguy hiểm của trẻ sơ sinh còn nhiều hạn chế dao động từ 50,9-88,7% [58]. Một nghiên cứu khác ở 4 bệnh viện tại Hà Nội về kiến thức và thực hành của CBYT về ủ ấm và nuôi con bằng sữa mẹ trong vòng 1 giờ đầu sau sinh cũng cho thấy sự chênh lệch rất nhiều giữa kiến thức và thực hành. Gần như tất cả các CBYT đều có kiến thức khá tốt về 2 nội dung trên nhưng thực hành của họ, tư vấn cho bà mẹ thì lại thấp hơn nhiều. Lý do cũng đã được nêu ra: (1) có nhiều sản phụ đẻ trong ngày nên họ không có thời gian hướng dẫn và giám sát; (2) các bà mẹ ở nội thành Hà Nội có kiến thức và thực hành khá tốt về 2 nội dung trên [59].

Các kết quả nghiên cứu thế giới và trong nước đều chỉ ra rằng kiến thức của nhân viên y tế về chăm sóc sơ sinh ở các nước đang phát triển còn nhiều hạn chế. Nhiều CBYT không hề được đào tạo lại sau khi đã tốt nghiệp đại học hoặc trung học y tế trong nhiều năm, hoặc họ được đào tạo nhưng không phải nội dung chăm sóc sơ sinh [49], [60], [61], [62]. Các tài liệu đào tạo cũng như tham khảo cho CSSS chưa thống nhất và ít mang tính thực tiễn cũng như chú ý đến đặc trưng của các vùng, các dân tộc. Kinh nghiệm trên thế giới và Việt Nam cho thấy chương trình đào tạo cần phải tiến hành đồng thời với trang bị kiến thức, đào tạo thực hành đi kèm và cùng với việc nâng cấp cơ sở vật chất, trang thiết bị y tế và thuốc thiết yếu thì mới có thể mang lại hiệu quả cao trong chăm sóc sơ sinh [12], [13], [61], [63]. Bên cạnh đó phương pháp đào tạo cần tập trung nhiều vào đào tạo kỹ năng và không nên đào tạo tập trung kéo dài quá nhiều do CBYT còn phải thực hiện công việc hàng ngày ở địa bàn của họ. Đặc biệt, Sau đào tạo nhất thiết phải có các hình thức giám sát hoạt động CSSS một cách phù hợp và có hiệu quả đồng thời với việc cung cấp đầy đủ các tài liệu để họ có thể tra cứu khi gặp những trường hợp khó và họ chưa gặp bao giờ. Bài học kinh nghiệm về sự thành công của 3 dự án can thiệp tại Việt Nam trong những năm gần đây về tăng cường dịch vụ CSSS đã cho thấy, giám sát là một trong những yếu tố rất quan trọng [12], [13], [61]. Hình thức giám sát cũng rất quan trọng, đó là giám sát hỗ trợ với hình thức “cầm tay chỉ việc”. Các CBYT tuyến trên thực hiện giám sát hỗ trợ tại địa phương trên những trường hợp CSSS hoặc cấp cứu sơ sinh. Cán bộ giám sát vừa giúp đỡ vừa chỉ bảo các kỹ năng cho CBYT tuyến dưới. Trong dự án của UNFFPA, bằng hình thức giám sát này đã cứu sống được một số trẻ sơ sinh tại huyện Tu mơ rông (Kon Tum) và huyện Mèo Vạc (Hà Giang) [12].

Trong nghiên cứu của chúng tôi, thực hành chăm sóc sơ sinh của CBYT xã vẫn còn hạn chế ở một số nội dung. Tỷ lệ CBYT xã thực hành da kê da chỉ chiếm 32,0%, tắm và chăm sóc rốn cho trẻ sơ sinh chiếm 42,3%. Đặc biệt tỷ lệ CBYT thực hành được đủ các nội dung chăm sóc trẻ sơ sinh sau đẻ là rất thấp, chỉ chiếm 10,7%. Theo WHO, việc tiếp xúc da kê da sớm sau sinh có tác động tích cực lên sự thành công của việc cho trẻ bú mẹ lần đầu tiên, bú mẹ ngày thứ 3, lúc 1-4 tháng, cũng như tổng thời gian cho bú mẹ, vì vậy CBYT cần nắm vững để có thể hướng dẫn các bà mẹ thực hành đúng sau sinh.

Nghiên cứu của tác giả Tạ Như Đỉnh tiến hành can thiệp thực hành cho các CBYT về chăm sóc sơ sinh đã chỉ ra rằng, trước can thiệp (2013) chỉ có 40% trạm y tế xã thực hiện phương pháp này. Tuy nhiên sau can thiệp (2016), có tới 100% trạm y tế xã đã thực hiện [61]. Điều này cho thấy hiệu quả của việc can thiệp nâng cao kiến thức cho CBYT, rõ có hiệu quả cao; góp phần nâng cao chất lượng chăm sóc sơ sinh. Cũng theo nghiên cứu này, kết quả ấn tượng nhất là không có bất kỳ một CBYT nào của bệnh viện huyện và trạm y tế xã liệt kê được đủ tất cả nội dung chăm sóc cho trẻ sơ sinh. Kiến thức về từng nội dung CSSS, tỷ lệ CBYT biết các nội dung quan trọng nhất của chăm sóc sơ sinh rất thấp như theo dõi nhịp thở và màu sắc da (5%), hồi sức nếu cần (5,9%), chăm sóc mắt (13,8%) và cho bú trong vòng 1 giờ sau sinh (14,5%) [64]. Tỷ lệ CBYT biết các nội dung CSSS cao nhất là chăm sóc rốn (76,3%) và ủ ấm (67,8%). Tỷ lệ CBYT biết các nội dung CSSS khác dao động từ 27,6-35,5%. Thông qua nghiên cứu định tính và quan sát tại TYT xã, lý do của hạn chế này là CBYT đã được học về CSSS nhưng không được đào tạo lại và được giám sát thường xuyên, một số TYT xã Cư Kuin và Buôn Đôn thực hiện đỡ đẻ ít (chiếm 1,6-1,7%) [64].

## **4.2. Thực trạng chăm sóc sơ sinh tại đơn nguyên sơ sinh bệnh viện huyện**

### **4.2.1. Đơn nguyên sơ sinh tại bệnh viện huyện**

Theo Quyết định số 1142/QĐ-BYT năm 2011 do Bộ Y tế ban hành thì mỗi bệnh viện huyện cần thành lập một đơn nguyên sơ sinh. Đơn nguyên sơ sinh có thể nằm tại khoa nhi hoặc khoa sản tùy bệnh viện bố trí. Việc thành lập đơn nguyên sơ sinh tại tuyến huyện đem lại nhiều lợi ích tích cực cho công tác chăm sóc sức khỏe trẻ sơ sinh. Đây chính là cầu nối giữa y tế tuyến cơ sở và tuyến cao hơn, giúp giảm thiểu các trường hợp tai biến sơ sinh, giảm tải cho các bệnh viện tuyến trên trong việc điều trị các trường hợp bệnh lý sơ sinh. Ngoài ra, nó còn giúp bệnh viện quản lý tốt hơn tất cả các ca bệnh lý sơ sinh trên địa bàn huyện thông qua ghi chép sổ sách tại đơn nguyên sơ sinh. Rõ ràng đơn nguyên sơ sinh tại bệnh viện huyện rất quan trọng trong CSSS nhưng không phải tất cả các bệnh viện huyện đều đã thành lập. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi chỉ ra rằng, trước can thiệp cả bốn bệnh viện huyện đều chưa thành lập đơn nguyên sơ sinh. Bên cạnh đó, các dụng cụ và trang thiết bị y tế tại các khoa nhi thiếu khá nhiều. Một số trang thiết bị và dụng cụ thiếu hoàn toàn ở cả các khoa nhi như máy điều hoà nhiệt độ 2 chiều, máy đo độ bão hòa oxygen qua da, máy đo đường huyết tại giường, máy thở áp lực dương liên tục (CPAP). Đặc biệt ở các bệnh viện huyện Thường Xuân và Yên Định thiếu nhiều trang thiết bị và dụng cụ nhất. Các kết quả này phù hợp với nghiên cứu được tiến hành tại tỉnh Yên Bái và Cà Mau. Tại các xã nghiên cứu của 4 huyện Trạm Tấu, Lục Yên (Yên Bái) và hai bệnh viện huyện U Minh và Thới Bình (Cà Mau) vẫn còn thiếu nhiều trang thiết bị cho CSSS. Những trang thiết bị còn thiếu như: kim lấy thuốc số 18 và ống thông dạ dày và hậu môn [13]. Kết quả của chúng tôi cũng khá phù hợp với một nghiên cứu khác được tiến hành trên toàn quốc năm 2013, cho rằng khoảng 1/3 trạm y tế xã đã có góc sơ sinh và một số bệnh viện huyện đã có đơn nguyên sơ sinh [14].



Các kết quả chỉ ra rằng hiện nay việc thành lập và duy trì hoạt động của đơn nguyên sơ sinh tại tuyến huyện còn gặp nhiều khó khăn và chưa đồng đều giữa các địa phương. Các khó khăn này có thể lý giải là do tại một số địa phương có thành lập đơn nguyên sơ sinh theo kinh phí hỗ trợ từ các dự án nước ngoài, trong khi đó tại một số địa phương do không có đủ kinh phí cũng như chất lượng CBYT còn hạn chế nên chưa thể thành lập được.

Gần đây, Bộ Y tế đã có chủ trương thành lập các bệnh viện sản nhi ở tuyến tỉnh. Đây là một chủ trương đúng và tạo nhiều cơ hội cho các CBYT ở bệnh viện huyện và trạm y tế xã được học tập về CSSS một cách bài bản và dễ dàng do không phải học giữa khoa sản và khoa nhi của bệnh viện tỉnh. Tại Thanh Hoá, Bệnh viện Phụ sản, Bệnh viện Nhi đã được thành lập rất sớm và là cơ sở đào tạo, giám sát hỗ trợ về CSSS cho các đơn nguyên sơ sinh tại bệnh viện huyện và các trạm y tế xã.

#### **4.2.2. Kiến thức và thực hành về chăm sóc sơ sinh của CBYT tuyến huyện**

Việc cung cấp dịch vụ chăm sóc sơ sinh tại tuyến bệnh viện huyện là nơi trực tiếp nhận các ca sơ sinh chuyển tuyến từ trạm y tế xã phụ thuộc nhiều vào kiến thức và kỹ năng thực hành chăm sóc sơ sinh của CBYT, sự sẵn có của cơ sở hạ tầng, trang thiết bị và thuốc thiết yếu cho chăm sóc sơ sinh. Một số bệnh viện huyện có đủ các trang thiết bị và thuốc thiết yếu cho chăm sóc sơ sinh nhưng lại thiếu các CBYT có kiến thức và kỹ năng thực hành và ngược lại. Hậu quả là các bệnh viện huyện này không cung cấp đủ các dịch vụ CSSS. Các kết quả nghiên cứu về kiến thức và thực hành của CBYT về chăm sóc sơ sinh tại các quốc gia phát triển đều cho thấy kiến thức và kỹ năng của các CBYT rất tốt, các trang thiết bị và thuốc đều đầy đủ; số lượng và chất lượng dịch vụ CSSS đều đảm bảo và chính những lý do này đã làm giảm tỷ suất tử vong cũng như mắc bệnh của trẻ sơ sinh. Tại các quốc gia trên tỷ suất tử vong của trẻ sơ sinh giảm xuống chỉ từ 2-3 trẻ/1000 trẻ

đẻ sống [65], [66]. Ngược lại, tại các nước đang phát triển ở Châu Á, châu Phi thì kiến thức và kỹ năng CSSS của CBYT vẫn còn hạn chế [67], [68], [69]. Đã có nhiều các khuyến cáo, hướng dẫn và chính sách của các tổ chức quốc tế cũng như các tổ chức phi chính phủ trong lĩnh vực nâng cao kiến thức và thực hành cho CBYT ở các quốc gia có tỷ suất tử vong sơ sinh cao [70],[71], [72].

Trong nghiên cứu của chúng tôi, kiến thức của các CBYT bệnh viện huyện về 10 dấu hiệu nguy hiểm của trẻ sơ sinh còn hạn chế, thậm chí còn thấp hơn so với CBYT xã. Tỷ lệ CBYT huyện biết cả 10 triệu chứng nguy hiểm là rất thấp, chỉ chiếm 3,6%. Dấu hiệu mà các CBYT biết nhiều nhất là co giật (84,7%), tiếp sau đó là vàng da đậm (70,3%), các dấu hiệu mà CBYT ít biết nhất là chậm đi ngoài sau 24h (43,2%), bú kém (46,0%). Các kết quả này cao hơn so với một số nghiên cứu trước được tiến hành trước đó như tại các quốc gia đang phát triển với tỷ lệ dao động từ 17-37%. 55,0% [73], [74]. Có sự khác biệt về kết quả của các nghiên cứu này là do thời điểm và địa điểm nghiên cứu của các nghiên cứu khác nhau, đặc biệt là sự khác biệt lớn về kinh tế xã hội, hệ thống chăm sóc sơ sinh khác nhau, vì vậy trong mỗi giai đoạn cần bổ sung cập nhật kiến thức về CSSS cho CBYT.

Nghiên cứu cũng chỉ ra kiến thức của CBYT huyện về các nội dung chăm sóc trẻ sơ sinh ngay sau sinh khá cao nhưng kiến thức về một số nội dung vẫn còn hạn chế. Đa đa số các CBYT biết các nội dung chăm sóc trẻ sơ sinh ngay sau sinh từ 71,2% đến 91,0%. Chỉ riêng tỷ lệ CBYT biết chăm sóc mắt chiếm 100%. Tỷ lệ CBYT biết cần hồi sức cho trẻ sơ sinh chiếm 25,2% và theo dõi nhịp thở và màu sắc da chiếm 42,3%. Tuy nhiên, tỷ lệ CBYT biết tất cả nội dung chăm sóc sơ sinh ngay sau sinh là rất thấp, chỉ chiếm 8,1%. Kết quả này thấp hơn so với kết quả nghiên cứu của tác giả Tạ Như Đính khi tỷ lệ cán bộ biết cả 8 nội dung là 25,2% [50].

Nghiên cứu gần đây được thực hiện trên 7 tỉnh dự án trong giai đoạn 2006-2010 cho thấy người CBYT được yêu cầu liệt kê đủ 8 nội dung của CSSS ngay sau đẻ theo hướng dẫn quốc gia. Điều đáng lo ngại là chỉ có trên 1/3 số CBYT có thể liệt kê đầy đủ các bước cần làm để chăm sóc trẻ sơ sinh sau đẻ ở thời điểm cuối kỳ (38,5%). Nội dung nhiều CBYT bỏ qua là “rửa mắt cho trẻ” (đạt 51%), đánh giá tình trạng trẻ sơ sinh 30%. Đây là những lý do của tỷ lệ thấp CBYT nêu được đủ 8 nội dung chăm sóc trẻ ngay sau sinh. Các nội dung được nhiều cán bộ nhớ đến nhất ở cuối kỳ là làm thông đường thở của trẻ, lau khô, giữ ấm và làm rón (dao động từ 93,7% đến 98,9%) [12].

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy thực hành chăm sóc sơ sinh của CBYT bệnh viện huyện dao động khá lớn giữa các nội dung. Tỷ lệ CBYT thực hành chăm sóc sơ sinh sau sinh, tư vấn nuôi con bằng sữa mẹ, xử trí sặc sữa trên 90%, hồi sức sơ sinh chiếm 86,49% và cân đo trẻ chiếm 78,38%. Tuy nhiên, một số thực hành khác như tắm và chăm sóc rón cho trẻ sơ sinh, thực hành KMC chiếm tỷ lệ thấp (57,7% và 30,6%). Đặc biệt tỷ lệ CBYT thực hành được đủ cả 7 nội dung chăm sóc trẻ sơ sinh sau đẻ là rất thấp, chỉ chiếm 21,6%.

Một nghiên cứu tại tỉnh Đắk Lắk năm 2013 cho thấy kiến thức của các CBYT về hai biến chứng thường gặp và nguy hiểm nhất ở trẻ sơ sinh khá thấp. Tỷ lệ CBYT có khả năng chăm sóc trẻ ngạt sau sinh chiếm 52% và chăm sóc trẻ bị hạ thân nhiệt chỉ đạt 11,2% [49]. Tỷ lệ CBYT biết xác định trẻ sơ sinh cần hồi sức ngạt sau sinh chiếm 44%, biết sử dụng ambu trong hồi sức ngạt chiếm 61,2%, biết bóp bóng, bóp tim ngoài lồng ngực chỉ chiếm 30,2%. Cũng theo nghiên cứu trên, tỷ lệ các CBYT trả lời đúng các tình huống phải chuyên tuyến trên theo Hướng dẫn Quốc gia về CSSS rất thấp. Tỷ lệ các bác sỹ bệnh viện trả lời đúng các tình huống phải chuyên

tuyển trên chỉ chiếm 15,1%. Tỷ lệ nữ hộ sinh và điều dưỡng tại bệnh viện huyện trả lời đúng các tình huống phải chuyển tuyển trên chỉ chiếm 7,1% và CBYT xã trả lời đúng các tình huống phải chuyển tuyển trên chỉ chiếm 6,2% [49]. Việc chuyển tuyển đúng và qui định phân tuyển kỹ thuật chăm sóc sơ sinh góp phần quan trọng trong việc giảm tỷ lệ tử vong của trẻ sơ sinh.

Nhiều nghiên cứu được tiến hành trước đây đã chỉ ra rằng kiến thức về chăm sóc sơ sinh của CBYT là rất quan trọng nhưng thực hành CSSS quyết định nhất trong chất lượng CSSS. Nhiều CBYT có kiến thức về các bước chăm sóc sơ sinh cũng như sơ cấp cứu nhưng thực hành lại thấp hơn kiến thức. Điều này có thể được giải thích là do họ chưa có nhiều điều kiện để thực hành những kiến thức đã được học cũng như thiếu sự giám sát từ CBYT tuyển trên [47], [49]. Một nghiên cứu về CSSS trên phạm vi 7 tỉnh trong cả nước năm 2010 cho thấy thực hành của CBYT về nguy cơ hạ thân nhiệt sau sinh, ngạt sơ sinh, suy hô hấp, vàng da kéo dài, nhiễm khuẩn (dao động từ 64,5% đến 78,2%). Các nguy cơ ít được người CBYT đề cập đến bao gồm viêm ruột, xuất huyết và hạ đường huyết (chỉ dao động trong khoảng 28% đến 37,9%). Đây là những lý do dẫn đến tỷ lệ thấp CBYT đạt Hướng dẫn Quốc gia về CSSKSS, nhận diện nguy cơ thường gặp đối với trẻ sơ sinh non tháng [12]. Sự khác biệt cũng rõ ràng giữa các khu vực có điều kiện kinh tế và dân trí khác nhau. Một nghiên cứu tiến hành tại 12 tỉnh khó khăn tại 3 vùng Bắc, Trung và Nam Việt Nam cũng chỉ ra rằng các CBYT tại các vùng khó khăn thường thiếu hụt nhiều kiến thức cũng như thực hành về chăm sóc sơ sinh, vì vậy, công tác đào tạo lại và đào tạo cập nhật về chăm sóc sơ sinh cho CBYT tại bệnh viện huyện và trạm y tế xã là rất quan trọng [37].

Trong nghiên cứu này, các nội dung thực hành mà CBYT còn yếu thường tập trung vào các thực hành như tắm và chăm sóc rốn cho trẻ sơ sinh (57,6%), thực hành KMC (30,6%). Đáng chú ý, tỷ lệ CBYT thực hành đúng

cả 7 nội dung chăm sóc trẻ sơ sinh sau đẻ là rất thấp, chỉ chiếm 21,6%. Kết quả này cao hơn so với kết quả được tìm thấy trong nghiên cứu của tác giả Tạ Như Đính (2017), trong nghiên cứu này tác giả chỉ ra không có một CBYT nào có thể liệt kê đủ 8 bước của chăm sóc sơ sinh trong và ngay sau sinh [49]. Hiện nay, hoạt động đào tạo lại cho CBYT tại Việt Nam còn hạn chế. Nhiều CBYT sau khi tốt nghiệp chưa từng được đi đào tạo lại, hoặc được đào tạo các nội dung không liên quan đến chăm sóc sơ sinh [49]. Một số địa phương nhận được sự hỗ trợ từ các tổ chức quốc tế, thông qua các dự án can thiệp để tăng cường năng lực cho CBYT nhưng tài liệu đào tạo lại không có một chuẩn mực chung cũng như ít mang ứng dụng thực tiễn cho chăm sóc sơ sinh. Vì vậy, các chương trình đào tạo sau này cần tiến hành đồng thời với trang bị kiến thức, nâng cấp cơ sở vật chất, có như vậy mới có thể giúp nâng cao hiệu quả trong nâng cao tay nghề cho CBYT trong lĩnh vực chăm sóc sơ sinh.

### **4.3. Một số yếu tố liên quan đến chăm sóc sơ sinh**

Giai đoạn sơ sinh là giai đoạn trẻ mới ra đời, trẻ còn non nớt, sức đề kháng kém nên rất dễ mắc bệnh, đặc biệt là các bệnh nhiễm trùng và có thể dẫn đến tử vong. Các biện pháp chăm sóc sơ sinh trong giai đoạn này rất có giá trị nhằm nâng cao tình trạng sức khỏe và giảm tỷ lệ tử vong sơ sinh, đặc biệt là trong giai đoạn sơ sinh sớm. Theo quy định của Bộ Y tế cũng như các Hướng dẫn của WHO, mỗi giai đoạn phát triển cần có sự chăm sóc của riêng biệt tập trung vào những nội dung cần thiết [48], [72]. Giai đoạn ngay sau sinh, chăm sóc cần thiết có những hoạt động phát hiện, chẩn đoán và xử trí các trường hợp ngay sau sinh, trẻ sinh non và nhẹ cân, cho bú ngay trong vòng 1 giờ đầu sau sinh cũng như phát hiện các dấu hiệu nguy hiểm của trẻ sơ sinh. Giai đoạn sơ sinh sớm (trong vòng 1 tuần đầu sau sinh) cần chú ý nhiều đến các bệnh nhiễm trùng, chế độ chăm sóc rốn, mắt, bú mẹ là rất quan trọng. Giai đoạn sơ sinh muộn (từ ngày thứ 7 sau sinh cho đến hết 28 ngày), những hoạt động chăm sóc trên cũng rất quan trọng do tử vong sơ sinh sớm chiếm tỷ

lệ rất cao. Vai trò của người CBYT trong giai đoạn này là trực tiếp thực hiện các hoạt động CSSS và tư vấn cho các bà mẹ và người nhà trong CSSS tại hộ gia đình. Điều này đòi hỏi các CBYT cần có đầy đủ kiến thức và thực hành về các hoạt động CSSS và kỹ năng tư vấn cho CSSS.

Trên thế giới đã có các nghiên cứu về một số yếu tố đặc trưng của bà mẹ cũng như kiến thức và thực hành của CBYT ảnh hưởng đến dịch vụ chăm sóc sơ sinh. Các yếu tố này bao gồm tuổi, giới, trình độ chuyên môn, thâm niên nghề nghiệp, tuyến bệnh viện, địa bàn công tác [75], [76], [77], [78]. Ở các nước phát triển ở Châu Âu, Mỹ và Đông Á, sự khác biệt về các đặc trưng của CBYT đến kiến thức và thực hành CSSS không lớn do họ được đào tạo tốt trong trường đại học, cao đẳng y tế. Mặt khác, họ thường xuyên được đào tạo bổ xung và cập nhật kiến thức về CSSS. Thêm vào đó, cơ chế giám sát hỗ trợ thường xuyên từ tuyến y tế trên xuống tuyến y tế dưới cũng làm tăng kiến thức và kỹ năng về CSSS của người CBYT. Điều kiện làm việc cũng như trang thiết bị, thuốc cho CSSS rất đầy đủ ở các cơ sở y tế cũng đóng góp vào sự không khác biệt này.

Ngược lại, tại các nước đang phát triển giống như Việt Nam, có sự ảnh hưởng nhiều giữa các đặc trưng cá nhân của CBYT và kiến thức cũng như thực hành CSSS. Các yếu tố ảnh hưởng cơ bản đến kiến thức và thực hành CSSS ở các quốc gia này chủ yếu là nội dung và phương pháp đào tạo CBYT, địa bàn công tác, tần xuất và chất lượng giám sát của y tế tuyến trên cũng như cơ hội thực hành trên lâm sàng [79], [80], [81]. Một nghiên cứu tại Việt Nam gần đây cho thấy các kỹ năng lâm sàng CSSS của các CBYT tuyến huyện và trạm y tế xã tại 2 tỉnh miền núi Hà Giang và Kon Tum là rất hạn chế do những CBYT ở đây là những người dân tộc, có trình độ văn hoá thấp, đã được đào tạo nhưng khả năng tiếp thu bị hạn chế và đặc biệt tại trạm y tế xã ít có cơ hội thực hành CSSS [12], [38].

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy những CBYT người dân tộc, không phải là bác sỹ và làm việc tại huyện Thường Xuân có kiến thức về các dấu hiệu nguy hiểm ở trẻ sơ sinh kém hơn có ý nghĩa thống kê so với những CBYT khác. Những CBYT người dân tộc, là y sỹ và làm việc tại huyện Quan Sơn có kiến thức về các nội dung chăm sóc sơ sinh kém hơn có ý nghĩa thống kê so với những CBYT khác. Những CBYT không phải là bác sỹ, có thời gian làm việc từ 10-15 năm có kiến thức về lợi ích của phương pháp da kề da kém hơn có ý nghĩa thống kê so với những CBYT khác. Những CBYT không phải là bác sỹ và y sỹ có thực hành CSSS kém hơn có ý nghĩa thống kê so với những CBYT khác. Kết quả nghiên cứu trên phản ánh rất rõ những đặc trưng của CBYT và kiến thức và kỹ năng CSSS. Những CBYT ở các huyện vùng sâu vùng xa, là người dân tộc có kiến thức và kỹ năng CSSS kém hơn những CBYT khác. Lý do có thể là (1) khả năng tiếp thu kiến thức trong đào tạo cũng như cơ hội được học tập thấp hơn những CBYT khác; (2) hoạt động giám sát hỗ trợ CSSS của tuyến trên cũng bị hạn chế nhiều; (3) cơ hội thực hành CSSS không nhiều và trang thiết bị cho CSSS thiếu nhiều. Những lý do trên cũng đã được một số nghiên cứu tại Việt Nam trong giai đoạn gần đây xác định [12], [49]. Một nghiên cứu tại 7 tỉnh năm 2010 cho thấy các kiến thức và kỹ năng CSSS của CBYT tuyến huyện và TYT xã rất hạn chế. Chưa đến 20% CBYT tại TYT và 40% CBYT tại bệnh viện huyện có kiến thức và kỹ năng về CSSS [12]. Kiến thức và kỹ năng CSSS lại hạn chế nhiều hơn ở các tỉnh miền núi như Hà Giang và Ninh Thuận. Nghiên cứu về trang thiết bị và thuốc thiết yếu cũng cho thấy việc cung cấp dịch vụ CSSS bị hạn chế là do thiếu trang thiết bị và thuốc thiết yếu cho CSSS [12].

Một nghiên cứu khác tại Yên Bái và Cà Mau trong năm 2013 cũng cho kết quả tương tự như kết quả nghiên cứu của chúng tôi. Những CBYT là người dân tộc, sống ở vùng núi cao cũng có kiến thức và kỹ năng về CSSS rất

hạn chế. Đặc biệt là ở 2 huyện Trạm Tấu và Lục Yên của tỉnh Yên Bái, tỷ lệ CBYT được đào tạo thường xuyên và cập nhật về CSSS rất thấp [13]. Một nghiên cứu khác ở tỉnh Đắc Lắc gần đây cũng cho kết quả tương tự [49]. Những kết quả nghiên cứu trên về kiến thức và thực hành CSSS của CBYT ở các vùng khó khăn đặt ra một số vấn đề là liệu ngành y tế đã thật sự tập trung vào những nhóm CBYT là người dân tộc và ở các vùng miền núi, vùng sâu vùng xa hay chưa? Trong thời gian tới, việc tập trung đào tạo về CSSS cho CBYT là người dân tộc cho vùng núi và cho tuyến TYT xã và bệnh viện huyện là rất quan trọng nhằm nâng cao dịch vụ CSSS và có thể làm giảm quá tải ở các bệnh viện tỉnh và trung ương.

Trong giai đoạn từ năm 2000 trở lại đây một số quốc gia châu Á cũng đã có những nghiên cứu về thực trạng kiến thức và kỹ năng CSSS của CBYT. Kết quả nghiên cứu ở các quốc gia trên cũng có kết quả tương tự như của chúng tôi trên 2 khía cạnh (1) kiến thức và thực hành CSSS của CBYT vẫn còn hạn chế; (2) vẫn có sự khác biệt về kiến thức và kỹ năng CSSS giữa những nhóm CBYT khác nhau và các vùng miền [16], [22], [23]. Đặc biệt, các nghiên cứu trên chỉ rõ rằng đối với người dân tộc, sống ở vùng sâu vùng xa thì có 3 yếu tố quan trọng nhất đó là tài liệu giảng dạy và tham khảo phải được sử dụng bằng ngôn ngữ phù hợp với bản thân họ, phương pháp đào tạo là “cầm tay chỉ việc” và đặc biệt là công tác giám sát hỗ trợ của y tế tuyến trên.

#### **4.4. Hiệu quả can thiệp nâng cao cung cấp dịch vụ chăm sóc sơ sinh**

##### **4.4.1. Hiệu quả nâng cao cung cấp dịch vụ CSSS tại trạm y tế xã**

###### **4.4.1.1. Thiết lập và vận hành góc sơ sinh tại trạm y tế xã**

Xuất phát từ tình hình thực tế hiện nay, ở Việt Nam đang có một số dự án/nghiên cứu can thiệp nhằm giảm tỷ suất tử vong trẻ dưới 1 tuổi, trong đó tập trung chính vào giảm tỷ suất tử vong trẻ sơ sinh (tử vong trong vòng 28



ngày đầu sau khi sinh). Các dự án can thiệp này đã được triển khai trong giai đoạn từ 2000 – 2016 [18],[23].

Ba chiến lược chính được lựa chọn cho các can thiệp này là:

- Cung cấp các giải pháp, các chương trình và hoạt động đào tạo nhằm tăng cường năng lực cho các nhà lãnh đạo và nhân viên y tế (bao gồm bác sĩ, nữ hộ sinh và bà đỡ dân gian). Chiến lược can thiệp này chiếm 4/5 trong tổng số các dự án. Đào tạo góp phần tăng cường năng lực trong chẩn đoán và điều trị các tai biến sản khoa, kỹ năng trong chăm sóc sau sinh cho bà mẹ và trẻ em.

- Nâng cấp cơ sở vật chất cho các cơ sở hộ sinh: Cung cấp các trang thiết bị y tế, nâng cấp cơ sở vật chất và thuốc thiết yếu cho cơ sở CSSKBMTE, tập trung vào CSSS.

- Triển khai các hoạt động TT-GD-TT để cung cấp thông tin về chăm sóc trước sinh, chẳng hạn như thăm khám đầy đủ và đúng cách cho thai phụ, cung cấp các vi chất cho mẹ trong thời kỳ mang thai. Cách làm này được sử dụng trong khoảng 60% các Dự án/Nghiên cứu can thiệp.

Trên thế giới cũng như ở Việt Nam, các mô hình can thiệp của tổ chức Cứu trợ Trẻ em về giảm tỷ lệ tử vong mẹ và giảm tử vong sơ sinh cũng đã được thực hiện. Một là “Làm mẹ an toàn và chăm sóc trẻ sơ sinh liên tục từ gia đình đến cơ sở y tế” [9], [18]. Dự án nhằm cung cấp dịch vụ cho phụ nữ mang thai có thể lựa chọn đẻ tại nhà hoặc cơ sở y tế, bao gồm cả dịch vụ chuyển tuyến nếu cần thiết. Mô hình này được đánh giá là tốt và hiệu quả trong tăng cường chất lượng dịch vụ CSSKBMTE, tăng sự tiếp cận, hiểu biết và thực hành cho bà mẹ, gia đình và cộng đồng. Một mô hình thành công khác là “Chăm sóc sức khỏe bà mẹ và trẻ em – Cứu sống các trẻ em”, tập trung chính vào hoạt động đào tạo và TT - GD - TT cho những người có liên quan, với những hỗ trợ tăng cường như giám sát, vận động sự tham gia của cộng đồng, lồng ghép chương trình nuôi con bằng sữa mẹ và chăm sóc trẻ

bệnh. Một chương trình can thiệp khác nữa với mục tiêu giảm tỷ lệ chết sơ sinh cũng cho thấy các hứa hẹn trong việc làm giảm 13% của tỉ lệ tử vong sơ sinh tại các tỉnh miền núi hưởng can thiệp.

#### ***4.4.1.2. Nâng cao kiến thức và thực hành chăm sóc sơ sinh của CBYT xã.***

Song song với quá trình cải thiện cơ sở vật chất cho cơ sở y tế thì bên cạnh đó việc nâng cao trình độ cho CBYT về chăm sóc sơ sinh thông qua đào tạo cập nhật cho CBYT là vô cùng quan trọng. Bên cạnh đó cũng cần cung cấp thêm tài liệu như hướng dẫn quốc gia và các tài liệu đào tạo chăm sóc sơ sinh khác giúp thuận tiện cho việc tra cứu và tham khảo. Trên thế giới nói chung và Việt Nam nói riêng hiện nay đã có những can thiệp nhằm nâng cao trình độ cho CBYT về chăm sóc sơ sinh ở cả các tuyến cơ sở. Các can thiệp đã tổ chức linh hoạt, với nhiều hình thức đào tạo khác nhau, phù hợp với nhu cầu và hoàn cảnh thực tế của địa phương. Có thể kể đến các hình thức như: các địa phương cử người đi học định hướng chuyên khoa, hoặc cử người đi đào tạo ngắn hạn, theo chúng chỉ được tổ chức tại bệnh viện trung ương hoặc bệnh viện tỉnh, hoặc có hình thức đào tạo mang tính chất cầm tay chỉ việc, chuyển giao công nghệ tại chỗ theo ê kíp, phương pháp thực hành kỹ năng. Tất cả những hình thức đào tạo đó nhằm cung cấp cho người học những kỹ năng cần thiết cho chăm sóc sơ sinh và do cơ sở lựa chọn phù hợp với hoàn cảnh thực tế của từng địa phương. Hình thức linh hoạt như vậy cho phép cơ sở y tế có khả năng lựa chọn, chủ động về phương án nhân sự khi quyết định cử người đi học. Các địa phương đã hỗ trợ kinh phí cho việc đào tạo cán bộ đi học dài ngày (bằng, chứng chỉ), hỗ trợ cán bộ đi tập huấn ngắn hạn (kinh phí đi lại, tiền ăn). Chương trình đào tạo cô đỡ thôn bản tại chỗ 18 tháng là một chương trình đào tạo đáp ứng yếu tố văn hoá, giúp để có được nguồn nhân lực về CSSS tại các thôn bản xa xôi, hẻo lánh [16].

Tùy thuộc vào vị trí công tác khác nhau mà các cán bộ được đào tạo nâng cao trình độ về các lĩnh vực khác nhau. Những người cung cấp dịch vụ tại các cơ sở y tế đã xác nhận rằng họ được tham gia nhiều lớp tập huấn nâng cao năng lực chăm sóc sơ sinh. Các lớp đào tạo kéo dài từ 3-24 ngày tập trung chủ yếu vào Hướng dẫn Quốc gia về dịch vụ CSSKSS cho cả cán bộ quản lý và người cung cấp dịch vụ (Đào tạo cơ bản để nâng cao kiến thức và kỹ năng về chuẩn quốc gia), chăm sóc và cấp cứu sơ sinh. Tùy theo nội dung, các chương trình đào tạo này được thực hiện cho cả ba tuyến tỉnh, huyện, xã để đảm bảo sự đồng nhất liên tục trong hiểu biết và áp dụng các qui định của Bộ Y tế trong chăm sóc sơ sinh. Với tuyến huyện, là nơi nhận các trường hợp chuyển tuyến từ TYT xã, thực hiện phần lớn các xử trí cấp cứu sơ sinh và hỗ trợ kỹ thuật giám sát tuyến dưới, nên CBYT của khoa sản, của bệnh viện cũng được đào tạo. Với tuyến xã, tất cả nhân viên tham gia vào cung cấp dịch vụ CSSS như hộ sinh, y sĩ sản nhi, trưởng trạm đều được đào tạo các nội dung thích hợp. Đối tượng của các chương trình đào tạo là bác sĩ sản khoa, hộ sinh, y sĩ sản nhi, nhân viên các phòng xét nghiệm, các nhà quản lý y tế cấp tỉnh, huyện, xã. Riêng đối với chương trình đào tạo về chăm sóc sơ sinh, để tăng cường nhân lực cho cung cấp dịch vụ này ở huyện, các bác sĩ đa khoa/nội khoa và các điều dưỡng phụ trách phần điều trị nhi của khoa Nội – Nhi - Lây cũng được đào tạo về phần chăm sóc sơ sinh. Một số nhân viên này cũng được đào tạo để vận hành đơn nguyên sơ sinh. Cách làm này chúng tôi cho rằng là một giải pháp phù hợp để tăng cường năng lực cung cấp dịch vụ cho sơ sinh trong khi nguồn nhân lực chuyên ngành về CSSS còn hạn chế ở tuyến huyện. Đây cũng là một giải pháp tăng cường phối kết hợp sản nhi trong bệnh viện nhằm tăng cơ hội cứu sống trẻ sơ sinh.

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi chỉ ra rằng sau can thiệp, kiến thức của CBYT xã về các dấu hiệu nguy hiểm của trẻ sơ sinh được cải thiện đáng kể.

Tỷ lệ CBYT xã có kiến thức đạt ở nhóm chứng tăng từ 39,3% lên 41,0%, trong khi đó ở nhóm can thiệp tỷ lệ này tăng từ 52,1% lên 55,0%. Chỉ số hiệu quả trong can thiệp này là 1,5% và kết quả này có ý nghĩa thống kê ( $p = 0,02$ ). Kết quả này tương tự với kết quả được tìm thấy trong nghiên cứu của tác giả Tạ Như Đỉnh tiến hành can thiệp nâng cao kiến thức chăm sóc sơ sinh cho CBYT xã tại tỉnh Đắk Lắk năm 2017 [64]. Đặc biệt, sau can thiệp thì tỷ lệ CBYT xã biết đủ 10 dấu hiệu nguy hiểm của trẻ sơ sinh tăng lên một cách rõ rệt với chỉ số hiệu quả là 20,6% ( $p = 0,001$ ). Trong khi ở nhóm chứng thì tỷ lệ này tăng lên rất ít (từ 5,7% lên 9,0%) thì ở nhóm can thiệp đã cho thấy hiệu quả can thiệp một cách rõ rệt (tăng từ 26,6% lên 47,3%). Kiến thức về các dấu hiệu khác cũng được cải thiện một cách rõ rệt như “Sốt cao trên 38<sup>0</sup>C” (CSHQ = 10,6%), “Nôn trớ liên tục” (CSHQ = 10,3%). Tuy rằng sau can thiệp, nhìn chung kiến thức của CBYT đã được cải thiện một cách rõ rệt nhưng tỷ lệ CBYT biết cả 10 dấu hiệu nguy hiểm vẫn dưới 50%. Các nghiên cứu trong tương lai cần truyền thông hiệu quả hơn nữa để có thể cải thiện tình trạng này bởi vì nếu CBYT không nắm được đầy đủ các dấu hiệu nguy hiểm của trẻ sơ sinh thì rất có thể dẫn đến trường hợp bỏ sót, gây ra các biến chứng không may cho trẻ.

Can thiệp của chúng tôi còn tiến hành nâng cao kiến thức về 8 nội dung chăm sóc trẻ sơ sinh cho CBYT tuyến xã. Sau can thiệp, tỷ lệ CBYT có kiến thức về 8 nội dung chăm sóc trẻ sơ sinh ở nhóm chứng tăng từ 63,9% lên 66,4% và ở nhóm can thiệp tăng từ 63,9% lên 72,2%. Sự tăng này là nhỏ với chỉ số hiệu quả là 9,1% và không có ý nghĩa thống kê ( $p = 0,29$ ). So sánh với một nghiên cứu được tiến hành trước đó của Tạ Như Đỉnh thì kết quả nghiên cứu của chúng tôi cao hơn [64]. Trong nghiên cứu đó, tỷ lệ CBYT có kiến thức trước can thiệp chỉ là 21%, sau can thiệp tăng lên 36,9%. Có sự chênh lệch này là do ngay từ ban đầu, kiến thức của các CBYT trong nghiên cứu của

chúng tôi đã cao hơn, vì vậy nên trong quá trình can thiệp họ tiếp thu nhanh hơn và hiệu quả hơn [64]. Hoạt động can thiệp của dự án “Làm mẹ an toàn và chăm sóc trẻ sơ sinh liên tục từ gia đình đến cơ sở y tế” tại tỉnh Yên Bái và Cà Mau đã đạt kết quả tốt. Kiến thức về chăm sóc sức khỏe trẻ sơ sinh năm 2016 của CBYT có nhiều thay đổi so với năm 2012 [13]. Tại Yên Bái, tỷ lệ cán bộ có kiến thức CSSS dưới trung bình giảm tới 30,4% (từ 39,3% xuống còn 8,9%). Tại Cà Mau, tỷ lệ cán bộ có kiến thức CSSS ở mức dưới trung bình chỉ còn 3,7% (giảm 18,7%), tỷ lệ cán bộ có kiến thức ở trung bình giảm 15,4%, và 55,3% có kiến thức đạt loại tốt và loại khá.

#### **4.4.2. Hiệu quả nâng cao cung cấp dịch vụ CSSS tại đơn nguyên sơ sinh**

##### ***4.4.2.1. Nâng cao đơn nguyên sơ sinh tại bệnh viện huyện***

Trên thế giới cũng như Việt Nam, hai mô hình thành công của tổ chức Cứu trợ Trẻ em Mỹ về giảm tỷ lệ tử vong mẹ và giảm tỷ lệ tử vong sơ sinh được thực hiện. Một là “Làm mẹ an toàn và chăm sóc trẻ sơ sinh liên tục từ gia đình đến cơ sở y tế” [13]. Dự án cung cấp dịch vụ cho phụ nữ mang thai tại nhà hay cơ sở y tế, bao gồm cả dịch vụ chuyển tuyến nếu cần thiết. Mô hình này được đánh giá là tốt và hiệu quả trong tăng cường chất lượng dịch vụ CSSKBMTE, tăng sự tiếp cận, hiểu biết và thực hành cho bà mẹ, gia đình và cộng đồng. Một mô hình thành công khác là “Chăm sóc sức khỏe bà mẹ, trẻ em- Cứu sống các trẻ em”, tập trung chính vào hoạt động đào tạo và TT-GD-TT cho những người có liên quan, với những hỗ trợ tăng cường như giám sát, vận động sự tham gia của cộng đồng, lồng ghép chương trình nuôi con bằng sữa mẹ và chăm sóc trẻ bệnh. Một chương trình can thiệp khác nữa với mục tiêu giảm tỷ lệ chết sơ sinh cũng cho thấy các hứa hẹn trong việc làm giảm 13% của tỉ lệ tử vong sơ sinh tại các tỉnh miền núi hưởng can thiệp [64].

Kết quả can thiệp của Chương trình CSSS của Bộ Y tế và UNFPA cho thấy việc cung cấp trang thiết bị cho CSSS là một hoạt động được thực hiện

ngay từ đầu chu kỳ và các năm sau đó. Các trang thiết bị này được cung cấp để giúp các cơ sở y tế thành lập mới, hoặc tăng cường các dịch vụ đang có nhưng chưa hoàn thiện như mổ đẻ, truyền máu, phòng xét nghiệm, đơn nguyên sơ sinh. TTB y tế được cung cấp cho cả ba tuyến tỉnh, huyện và xã. Các TTB nhận được ở tuyến tỉnh và huyện phổ biến cho đơn nguyên, đơn nguyên sơ sinh: lồng áp, giường sưởi ấm, máy đo nồng độ ô xy qua da, CPAP cho trẻ sơ sinh, đèn điều trị vàng da dụng cụ hồi sức sơ sinh, máy hút đờm rãi. Đại đa số các bệnh viện huyện đã có đủ TTBYT (máy móc và dụng cụ) để có thể cung cấp dịch vụ CSSS tại bệnh viện. Điển hình nhất là Phú Thọ và Bến Tre đã có đủ các loại TTB y tế cần thiết, còn Kon Tum vẫn còn thiếu một số TTB cho CSSS. Các TTB được nhận ở tuyến xã phổ biến là: hồi sức sơ sinh, máy hút nhớt, đèn khám, chậu tắm sơ sinh, ghế đầu xoay bằng inox, bàn để dụng cụ, đèn sưởi ấm, cân trẻ sơ sinh, bơm kim tiêm, bông băng cồn. Sau can thiệp, cả 3 tỉnh Phú Thọ, Bến Tre và Kon Tum đã có đủ các loại TTB cơ bản phục vụ cho CSSS. UNFPA còn cung cấp một số lượng lớn xe cứu thương cho các huyện [12]. Bên cạnh đó các tỉnh còn được cung cấp xe bán tải, xe máy cho hoạt động giám sát, hỗ trợ kỹ thuật và cấp cứu lưu động của tuyến tỉnh, huyện và chuyển tuyến. Các chỉ số như tim thai, ngôi thai đều được phát hiện chính xác và giúp cho việc chẩn đoán, xử trí kịp thời. Việc thực hiện hoạt động kiểm kê tài sản hàng năm và từ đó đề xuất UNFPA những TTB hỏng để có thể sửa chữa hoặc mua mới là rất hiệu quả theo đánh giá của CBYT cơ sở. Bên cạnh đó, cơ quan quản lý đã có can thiệp, điều chuyển TTB y tế khi cơ sở sử dụng không hiệu quả. Ví dụ như ở Bến Tre, Sở Y tế đã điều chuyển giường sưởi ấm cho em bé sinh non ở tuyến xã về bệnh viện tỉnh do không sử dụng được ở tuyến xã. Những can thiệp này đã giúp các cơ sở y tế có thể tận dụng tối đa các TTB y tế phục vụ cho CSSS [12].

Kết quả đánh giá cũng cho thấy đại đa số các cơ sở y tế có bố trí đủ địa điểm, đủ TTB y tế để cung cấp dịch vụ CSSS. Việc đào tạo sử dụng TTBYT cũng như các công tác như kiểm kê bảo dưỡng và điều chuyển trang thiết bị y tế có tác dụng tốt đối với các cơ sở y tế trong việc cung cấp dịch vụ CSSS tại các bệnh viện huyện và TYT xã [12]. Kết quả này phù hợp với nghiên cứu tại Yên Bái và Cà Mau, đại đa số các cơ sở y tế có bố trí đủ số phòng, đủ TTB y tế cung cấp dịch vụ CSSS. Việc đào tạo sử dụng TTB y tế cũng như các công tác kiểm kê, bảo dưỡng và điều chuyển TTB y tế có tác dụng tốt đối với các cơ sở y tế trong việc cung cấp dịch vụ CSSS tại các bệnh viện huyện và TYT xã ở các tỉnh [13].

#### ***4.4.2.2. Nâng cao kiến thức và kỹ năng chăm sóc sơ sinh của CBYT huyện***

Có thể nói rằng trong bất kỳ lĩnh vực nào thì công tác đào tạo cán bộ, nâng cao kiến thức và kỹ năng chuyên môn cũng mang tầm quan trọng hàng đầu, đặc biệt là đối với CBYT khi mà các kiến thức mới luôn được cập nhật hàng giờ. Vì vậy có thể nói rằng việc đào tạo CBYT cho công tác chăm sóc sơ sinh ở các cơ sở y tế là rất quan trọng. Trên thế giới và Việt Nam đã có những can thiệp về nâng cao trình độ cho CBYT về CSSS [82], [83], [84], [85]. Các can thiệp đã tổ chức linh hoạt, nhiều hình thức đào tạo khác nhau, phù hợp với nhu cầu và hoàn cảnh thực tế của địa phương. Các địa phương cử người đi học định hướng chuyên khoa, hoặc cử người đi đào tạo ngắn hạn, theo chứng chỉ được tổ chức tại bệnh viện trung ương hoặc bệnh viện tỉnh, có hình thức đào tạo mang tính chất cầm tay chỉ việc, chuyển giao công nghệ tại chỗ theo ê kíp, phương pháp thực hành kỹ năng. Tất cả những hình thức đào tạo đó nhằm cung cấp cho người học những kỹ năng cần thiết cho CCSS và do cơ sở lựa chọn phù hợp với hoàn cảnh thực tế của từng địa phương. Hình thức linh hoạt như vậy cho phép cơ sở y tế có khả năng lựa chọn, chủ động về phương án

nhân sự khi quyết định cử người đi học. Các địa phương đã hỗ trợ kinh phí cho việc đào tạo cán bộ đi học dài ngày (bằng, chứng chỉ), hỗ trợ cán bộ đi tập huấn ngắn hạn (kinh phí đi lại, tiền ăn). Chương trình đào tạo cô đỡ thôn bản tại chỗ 18 tháng là một chương trình đào tạo đáp ứng yêu tố văn hoá, giúp để có được nguồn nhân lực về CSSS tại các thôn bản xa xôi, hẻo lánh [84], [85], [86], [87].

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy sau can thiệp, kiến thức về CSSS của CBYT bệnh viện huyện được cải thiện rõ rệt, kiến thức chung về các dấu hiệu nguy hiểm của trẻ sơ sinh ở mức đạt tăng từ 5,6% lên 25,9% trong nhóm can thiệp. Tỷ lệ CBYT biết đủ các nội dung CSSS ngay sau sinh tăng từ 70,4% trước can thiệp tăng lên 79,6%. Thực hành của CBYT bệnh viện huyện về CSSS tăng lên hoặc được duy trì sau can thiệp. Có được những kết quả này có thể là do một số những nguyên nhân. Thứ nhất, nội dung tập huấn cho CBYT xã và bệnh viện huyện dựa theo Hướng dẫn quốc gia về CSSKSS nhưng đã được biên soạn lại cho ngắn gọn và dễ hiểu cho CBYT người dân tộc. Thứ hai, phương pháp đào tạo cũng được thiết kế hợp lý, giảng dạy đi liền với thực hành tại bệnh viện huyện. Tài liệu về CSSS cũng được cấp phát cho tất cả các CBYT huyện và xã để họ có thể tra cứu sau khi đào tạo cũng là một yếu tố thúc đẩy sự thành công của can thiệp. Một yếu tố nữa cũng phải kể đến, đó là công tác giám sát hỗ trợ các hoạt động chăm sóc sơ sinh. Bệnh viện huyện có kế hoạch giám sát định kỳ 2 tháng/lần và các hình thức giám sát phối hợp nhiều hoạt động. Mô hình này cũng đã được một số nước trên thế giới áp dụng và cho thấy sự thành công của mô hình tại Nepal, Bangladesh và một số quốc gia khác [78], [88], [89], [90].

Trong một nghiên cứu tại vùng Tây Nguyên, hiệu quả nâng cao kiến thức chung về CSSS của CBYT cả bệnh viện huyện và TYT xã tại tỉnh Đắk



Lắc đều được nâng cao sau can thiệp. Nghiên cứu này cho thấy tỷ lệ CBYT đã có kiến thức CSSS đạt mức khá trước can thiệp tăng từ 21% lên 36,9% sau can thiệp [61]. Tỷ lệ CBYT đã có kiến thức CSSS đạt mức khá trước can thiệp tăng từ 23,7% lên 52,7% sau can thiệp. Tỷ lệ CBYT đã có kiến thức đúng chỉ được tắm cho trẻ sơ sinh sau 24 giờ tăng từ 34,9% trước can thiệp lên 79% sau can thiệp. Sau can thiệp kiến thức của CBYT xã và huyện về hai biến chứng thường gặp và nặng là ngạt và hạ thân nhiệt đều được cải thiện tốt. Kiến thức về các triệu chứng ngạt trẻ sơ sinh tăng từ 52% lên 80,9% và hạ thân nhiệt tăng từ 11,2% lên 72,4%. Tỷ lệ CBYT biết cách sử dụngambu trong hồi sức ngạt tăng từ 61,2% trước can thiệp lên 82,2% sau can thiệp. Tỷ lệ CBYT biết xác định thời gian tối đa có dấu hiệu ngừng thở tăng từ 13,8% trước can thiệp lên 57,2% sau can thiệp. Tỷ lệ CBYT biết cách bóp bóng và bóp tim ngoài lồng ngực tăng từ 30,2% trước can thiệp lên 63,8% sau can thiệp [61].

Kinh nghiệm tại nhiều nước trên thế giới đặc biệt là công tác chăm sóc sức khỏe bà mẹ và trẻ sơ sinh cho thấy muốn nâng cao sức khỏe trẻ sơ sinh thì yếu tố đầu tiên quan trọng nhất chính là con người. Có khá nhiều nước trên thế giới, cũng như ở Việt Nam, số lượng nữ hộ sinh được đào tạo khá nhiều và được phân bố ở khắp các tuyến từ TYT xã đến bệnh viện trung ương đã đóng góp rất nhiều vào việc giảm tử vong sơ sinh [91], [92], [93], [94]. Các cán bộ được đào tạo nâng cao trình độ về các lĩnh vực khác nhau, tùy thuộc vào vị trí công tác. Có 3 nội dung đào tạo chính: Đào tạo chuyên môn dựa vào năng lực, đào tạo quản lý, giám sát và quản lý hậu cần. Những người cung cấp dịch vụ tại các cơ sở y tế đã xác nhận rằng họ được tham gia nhiều lớp tập huấn nâng cao năng lực CSSS. Các lớp đào tạo kéo dài từ 7-10 ngày tập trung chủ yếu vào Hướng dẫn Quốc gia về dịch vụ CSSKSS cho cả cán bộ quản lý

và người cung cấp dịch vụ CSSS (đào tạo cơ bản để nâng cao kiến thức và kỹ năng về chuẩn quốc gia) [61]. Với tuyến huyện, là nơi nhận chuyên tuyến từ xã, thực hiện phần lớn các xử trí cấp cứu sơ sinh và hỗ trợ kỹ thuật giám sát tuyến dưới, nên CBYT của khoa sản/nhi và của Khoa SKSS của Trung tâm Y tế huyện cũng được đào tạo.

#### **4.4.3. Nâng cao số lượng dịch vụ chăm sóc sơ sinh**

Một số nghiên cứu ở các nước đang phát triển về triển khai các hoạt động can thiệp chăm sóc sơ sinh cho thấy sau can thiệp số lượng các dịch vụ chăm sóc sơ sinh đã được nâng cao cả về số lượng và chất lượng [94], [95], [96]. Điều này hoàn toàn hợp lý do trình độ CBYT được nâng cao, các trang thiết bị, thuốc đều sẵn sàng. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy hầu hết các dịch vụ chăm sóc sơ sinh tại trạm y tế xã đều tăng sau can thiệp, đặc biệt là các dịch vụ phát hiện dị tật bẩm sinh, tư vấn nuôi con bằng sữa mẹ, chẩn đoán và xử trí suy hô hấp, hạ thân nhiệt, chẩn đoán và xử trí sặc sữa. Không chỉ ở TYT xã mà ở bệnh viện huyện số lượng dịch vụ chăm sóc sơ sinh tại các đơn nguyên sơ sinh sau can thiệp đều tăng. Máy hút nhót tăng từ 1137 lên 1422 lần hút, dịch vụ thở oxy tăng từ 0 lên 711 lần sử dụng dịch vụ. Dịch vụ tư vấn nuôi con bằng sữa mẹ tăng 171 lần từ 0 lên 171 lần tư vấn. Tại đây, các y bác sĩ đã đặt được sonde hậu môn sơ sinh từ 0 lần lên 6 lần sau can thiệp. Tương tự, các chỉ số dịch vụ hồi sức sơ sinh cơ bản, cố định tạm thời gãy xương sơ sinh đều tăng so với trước can thiệp.

Một số nghiên cứu ở Việt Nam và thế giới trong thời gian gần đây cũng cho thấy các dịch vụ CSSS tại trạm y tế xã và bệnh viện huyện có tăng cao về số lượng cũng như chất lượng sau can thiệp [61], [97], [98], [99]. Tuy nhiên, một số nghiên cứu khác lại cho thấy việc gia tăng số lượng cũng như chất

lượng CSSS lại phụ thuộc nhiều vào số lượng các bà mẹ sinh con tại trạm y tế xã nhiều hay ít. Nghiên cứu của UNFPA tại 7 tỉnh năm 2010 cho thấy ở một số tỉnh Đồng bằng sông Cửu Long có rất ít bà mẹ đến sinh ở TYT xã mà chủ yếu sinh ở bệnh viện huyện do đường giao thông tốt, phương tiện sẵn có. Ở những xã như vậy thì số lượng dịch vụ CSSS không tăng sau can thiệp [12]. Kết quả của nghiên cứu trên lại cho thấy hình ảnh hoàn toàn trái ngược với trạm y tế xã. Số lượng và chất lượng các hoạt động CSSS ở các bệnh viện huyện được cải thiện rất nhiều sau can thiệp. Ở một số quốc gia đang phát triển, tại các khu vực thành thị và gần thành thị, tỷ lệ phụ nữ sinh con tại các bệnh viện tỉnh/thành phố hoặc trung ương nhiều, kết quả cũng tương tự như kết quả nghiên cứu tại Việt Nam [94], [100], [101].

Trong khuôn khổ hợp tác trong chương trình “Cứu sống trẻ sơ sinh” giữa Tổ chức Cứu trợ Trẻ em Quốc tế và các quốc gia có tỷ suất tử vong sơ sinh cao, tập trung chủ yếu ở khu vực Nam Á và Đông Nam Á, trong đó có Việt Nam. Các hoạt động can thiệp nhằm cải thiện dịch vụ CSSS và nâng cao kiến thức và thực hành CSSS cho các bà mẹ được thực hiện trong giai đoạn từ đầu những năm 2000 đến nay. Sau can thiệp, tại các quốc gia trên chất lượng và số lượng dịch vụ CSSS đều được cải thiện nhiều và từ đó tỷ suất tử vong sơ sinh cũng giảm đáng kể ngay sau đó [102], [103], [104].

### **Những đóng góp mới của luận án**

Điểm mới của luận án là từ năm 2011, Bộ Y tế đã có quyết định chỉ đạo các địa phương triển khai đơn nguyên sơ sinh ở bệnh viện huyện và góc sơ sinh ở trạm y tế xã. Cho đến hiện nay vẫn chưa có một nghiên cứu nào đánh giá việc thực hiện thiết lập góc sơ sinh, đơn nguyên sơ sinh trên toàn quốc cũng như hiệu quả hoạt động của góc sơ sinh và đơn nguyên sơ sinh. Kết quả

ngiên cứu của chúng tôi cho thấy gần 5 năm sau khi có quyết định của Bộ Y tế tại 2 huyện được nghiên cứu của tỉnh Thanh Hoá cũng chỉ mới có khoảng 41% trạm y tế xã có góc sơ sinh (dao động từ 7,7% đến 70,7%). Cả 4 bệnh viện huyện nghiên cứu đều chưa có đơn nguyên sơ sinh trước khi can thiệp. Năng lực cung cấp dịch vụ CSSS có chất lượng trước can thiệp chưa đảm bảo do kiến thức và thực hành của CBYT còn nhiều hạn chế, thêm vào đó thiếu trang thiết bị, thiếu thuốc thiết yếu cho chăm sóc sơ sinh cũng là những nguyên nhân đóng góp vào.

Một điểm mới khác đó là nâng cao hiệu quả can thiệp về CSSS cho trạm y tế xã và bệnh viện huyện thông qua các hoạt động can thiệp phù hợp với địa phương. Thông qua các hoạt động đào tạo, cung cấp thêm trang thiết bị, thuốc và giám sát thường xuyên các hoạt động CSSS đã nâng cao số lượng và chất lượng cung cấp các dịch vụ CSSS tại TYT xã và bệnh viện huyện. Những kết quả này sẽ là các bằng chứng đóng góp cho công tác lập chính sách y tế và kế hoạch can thiệp cho các địa bàn khác trong khu vực.

#### **4.5. Điểm mạnh, điểm yếu của nghiên cứu**

Nghiên cứu của chúng tôi bao gồm hai thiết kế nghiên cứu bao gồm cả thiết kế nghiên cứu mô tả và nghiên cứu can thiệp có đối chứng tiến hành trên bốn bệnh viện huyện và các TYT xã tại tỉnh Thanh Hóa. Điều này giúp đánh giá rõ hơn vai trò của kiến thức đến thực hành chăm sóc sơ sinh của CBYT cũng như hiệu quả can thiệp. Thiết kế nghiên cứu này thường được áp dụng trên thế giới để đánh giá hiệu quả của can thiệp. Với thiết kế nghiên cứu can thiệp có đối chứng, hiệu quả can thiệp được đánh giá tốt hơn các thiết kế nghiên cứu không can thiệp [105], [106]. Nghiên cứu cũng nhận được nhiều sự giúp đỡ về kỹ thuật và nguồn lực từ Sở y tế tỉnh Thanh Hóa, các bệnh viện

đa khoa cũng như từ các bệnh viện sản Nhi tỉnh cũng như trung ương. Đặc biệt là trong nghiên cứu can thiệp, các hoạt động can thiệp được bàn bạc kỹ lưỡng cùng các bên và bệnh viện sản nhi tỉnh là nơi đào tạo cho CBYT huyện và xã. Bộ công cụ thu thập số liệu được sửa chữa và cập nhật từ các Hướng dẫn Quốc gia về CSSKSS phần Chăm sóc sơ sinh, hướng dẫn phân tuyến kỹ thuật cũng như của Bộ Y tế những nghiên cứu của UNFPA cũng như của Tổ chức Cứu trợ Trẻ em Quốc tế, là những đơn vị quản lý và chỉ đạo về kỹ thuật cho những nghiên cứu can thiệp cung cấp bằng chứng lập chính sách và kế hoạch. Việc thu thập số liệu trước can thiệp cũng như sau can thiệp do nghiên cứu sinh và nhóm nghiên cứu của Trường Đại học Y Hà Nội là những người đã có nhiều kinh nghiệm nghiên cứu tiến hành. Việc giám sát các hoạt động can thiệp trực tiếp do nghiên cứu sinh cùng nhóm nghiên cứu của Trường Đại học Y Hà Nội thực hiện với sự giúp đỡ của các bệnh viện tỉnh và bệnh viện huyện. Do vậy, các số liệu công bố trong luận án đã hạn chế được các sai số hệ thống trong nghiên cứu. Việc kiểm kê cơ sở hạ tầng, trang thiết bị và thuốc thiết yếu cho chăm sóc sơ sinh được thực hiện thông qua quan sát trực tiếp tại bệnh viện huyện và trạm y tế xã cung cấp được những số liệu sát thực và khách quan.

## **KẾT LUẬN**

### **1. Thực trạng chăm sóc sơ sinh và một số yếu tố liên quan**

#### **1.1. Thực trạng chăm sóc sơ sinh**

**Tại trạm y tế xã:** Thực trạng cung cấp dịch vụ CSSS tại trạm y tế xã còn hạn chế, có 7/19 (36,8%) nội dung CSSS không được cung cấp tại trạm y tế xã. Tỷ lệ trạm y tế xã có góc sơ sinh thấp (41,2%). Kiến thức về CSSS của CBYT xã còn rất hạn chế, tỷ lệ CBYT có kiến thức về 10 dấu hiệu nguy hiểm của trẻ sơ sinh thấp (31,3%), biết tất cả các nội dung chăm sóc ngay sau sinh (31,3%). Thực hành CSSS của CBYT xã vẫn còn hạn chế, tỷ lệ CBYT xã thực hành da kề da chỉ chiếm 32,0%, tắm và chăm sóc rốn cho trẻ sơ sinh chiếm 42,27% và thực hành được đủ các nội dung CSSS sau đẻ chỉ đạt 10,7%.

**Tại bệnh viện huyện:** Thực trạng cung cấp dịch vụ CSSS tại bệnh viện huyện còn hạn chế, có 10/26 (38,4%) nội dung CSSS không được cung cấp. Cả 4 bệnh viện huyện đều không có đơn nguyên sơ sinh. Các dụng cụ và trang thiết bị y tế tại các khoa nhi thiếu khá nhiều. Kiến thức của CBYT huyện về CSSS còn hạn chế, tỷ lệ CBYT huyện hiểu biết tất cả các dấu hiệu nguy hiểm chiếm 57,7%. Thực hành chăm sóc sơ sinh của CBYT còn hạn chế và dao động khá lớn giữa các nội dung. Tỷ lệ CBYT thực hành được thực hành chăm sóc sơ sinh sau sinh, tư vấn nuôi con bằng sữa mẹ, xử trí sặc sữa trên 90%, hồi sức sơ sinh chiếm 86,5% và cân đo trẻ chiếm 78,4%. Tỷ lệ CBYT thực hành được tất cả nội dung chăm sóc trẻ sơ sinh sau đẻ là rất thấp, chỉ đạt 21,6%.

#### **1.2. Một số yếu tố liên quan**

Những CBYT người dân tộc, không phải là bác sỹ và làm việc tại huyện Thường Xuân có kiến thức về các dấu hiệu nguy hiểm ở trẻ sơ sinh thấp hơn có ý nghĩa thống kê so với những CBYT khác. Những CBYT người dân tộc, là y sỹ và làm việc tại huyện Quan Sơn có kiến thức về các nội dung chăm sóc sơ sinh thấp hơn có ý nghĩa thống kê so với những CBYT khác. Những CBYT không

phải là bác sỹ, có thời gian làm việc từ 10-15 năm có kiến thức về lợi ích của phương pháp da kề da thấp hơn có ý nghĩa thống kê so với những CBYT khác. Những CBYT không phải là bác sỹ và y sỹ có thực hành CSSS thấp hơn có ý nghĩa thống kê so với những CBYT khác.

## **2. Hiệu quả nâng cao một số biện pháp can thiệp**

### **2.1. Hiệu quả nâng cao cung cấp dịch vụ chăm sóc sơ sinh tại trạm y tế xã**

Hiệu quả cung cấp dịch vụ tại trạm y tế xã đã được cải thiện nhiều sau can thiệp. Sau can thiệp, tất cả 54 trạm y tế xã đã có góc sơ sinh với đầy đủ các trang thiết bị. Kiến thức về CSSS của CBYT xã tăng cao, kiến thức chung về các dấu hiệu nguy hiểm của trẻ sơ sinh ở mức đạt tăng từ 52,1% lên 55,0% trong nhóm can thiệp. Tỷ lệ CBYT biết tất cả nội dung CSSS ngay sau sinh tăng từ 3,0% trước can thiệp tăng lên 9,5%. Thực hành của CBYT về CSSS tăng lên sau can thiệp, tỷ lệ CBYT thực hành được tất cả nội dung CSSS tăng từ 11,8% lên 17,2% trong nhóm can thiệp.

### **2.2. Hiệu quả nâng cao cung cấp dịch vụ chăm sóc sơ sinh tại bệnh viện huyện**

Sau can thiệp, đã xây dựng được 2 đơn nguyên sơ sinh với đầy đủ các trang thiết bị cho CSSS. Nhiều dịch vụ CSSS được cung cấp nhiều hơn sau can thiệp như tư vấn nuôi con bằng sữa mẹ, thực hiện bú sớm trong vòng 1 giờ đầu sau sinh, điều trị vàng da ở trẻ sơ sinh bằng chiếu đèn, chăm sóc trẻ đẻ non và nhẹ cân, hồi sức ngay sau sinh bóp bóng và thổi ngạt, và nhiều dịch vụ CSSS chưa được cung cấp trước can thiệp nhưng đã được cung cấp sau can thiệp. Sau can thiệp, kiến thức về CSSS của cán bộ y bệnh viện huyện được cải thiện rõ rệt, kiến thức chung về các dấu hiệu nguy hiểm của trẻ sơ sinh ở mức đạt tăng từ 5,6% lên 25,9% trong nhóm can thiệp. Tỷ lệ CBYT biết đủ các nội dung CSSS ngay sau sinh tăng từ 70,4% trước can thiệp tăng lên 79,6%. Thực hành của CBYT bệnh viện huyện về CSSS tăng lên hoặc được duy trì sau can thiệp.

**KHUYẾN NGHỊ**

1. Mô hình can thiệp Đơn nguyên sơ sinh và góc sơ sinh dựa trên việc nâng cao trình độ CBYT, cơ sở hạ tầng, trang thiết bị y tế, thuốc thiết yếu cho CSSS cần được mở rộng cho các huyện khác tại tỉnh Thanh Hoá và đề xuất trên địa bàn toàn quốc.
2. Cần thiết tiếp tục công tác giám sát kỹ thuật cho CBYT về CSSS tại TYT xã/ huyện.
3. Cần tiếp tục theo dõi thêm để có thể đánh giá được hiệu quả (đánh giá tác động cần nhiều thời gian hơn 1 năm) cung cấp dịch vụ CSSS cả về số lượng và chất lượng.



## **DANH MỤC CÁC CÔNG TRÌNH NGHIÊN CỨU ĐÃ CÔNG BỐ CÓ LIÊN QUAN ĐẾN LUẬN ÁN**

1. Lương Ngọc Trương, Ngô Văn Toàn, Bùi Văn Nhơn (2015). Kiến thức về dấu hiệu nguy hiểm và thực hành chăm sóc sơ sinh của CBYT Bệnh viện huyện và Trạm Y tế tại tỉnh Thanh Hoá 2014-2015, *Tạp chí Y học Thực hành*. Số 11/2015, 135-138.
2. Lương Ngọc Trương, Ngô Văn Toàn, Ngô Toàn Anh (2016). Hiệu quả hoạt động can thiệp nâng cao kiến thức về dấu hiệu nguy hiểm của trẻ sơ sinh và chăm sóc da kề da của CBYT xã và huyện tỉnh Thanh Hoá năm 2015-2016. *Tạp chí Phụ sản*. Số 14 (02) 2016, 54-58.
3. Lương Ngọc Trương, Ngô Văn Toàn, Ngô Toàn Anh (2017). Hiệu quả hoạt động can thiệp nâng cao thực hành chăm sóc sơ sinh của CBYT xã và huyện tỉnh Thanh Hoá năm 2015-2016. *Tạp chí Y học Việt Nam*. Số 2 năm 2017, 23-27.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. United Nations (2015), *The Millennium Development Goals Report 2015*, New York: UN DESA.
2. Tổng cục thống kê (2015), *Niên giám Thống kê năm 2015*, Nhà xuất bản Thống kê, Hà Nội.
3. Ministry of Health (2015), "Joint annual health review 2015: Strengthening primary health care at the grassroots towards universal health coverage", *Ministry of Health, Hanoi, Vietnam 2016*.
4. Bộ Y Tế (2014), *Báo cáo Tổng kết công tác Chăm sóc sức khỏe sinh sản năm 2014, phương hướng kế hoạch năm 2015*.
5. Blencowe H Lawn JE, Oza S, You D, Lee ACC and Waiswa P (2014), "Every newborn: Progress, priorities, and potential beyond survival", *Lancet*. 384, 189-205.
6. WHO (2015), *Global neonatal and infant mortality rate*, [[http://www.who.int/gho/child\\_health/mortality/neonatal\\_infant\\_text/en/in/2015](http://www.who.int/gho/child_health/mortality/neonatal_infant_text/en/in/2015).]
7. Bộ Y Tế (2003), *Chỉ thị 04/CT-BYT ngày 10 tháng 10 năm 2003 về việc tăng cường chất lượng chăm sóc sơ sinh nhằm giảm tỷ lệ tử vong sơ sinh*.
8. Vụ Sức khỏe sinh sản Bộ Y tế (2010), *Báo cáo kết quả khảo sát thực trạng mạng lưới và năng lực cung cấp dịch vụ CSSKSS Việt Nam 2010*, Hà Nội.
9. World Health Organisation (2015), "Maternal and neonatal deaths 2014, Geneva, Swzeland. 2015".
10. Bộ Y tế (2014), *Quyết định số 4673/2014/QĐ-BYT ngày 10/11/2014 về việc Phê duyệt tài liệu hướng dẫn chuyên môn chăm sóc thiết yếu bà mẹ, trẻ sơ sinh trong và ngay sau đẻ*.

11. UNFPA (2007), *Nghiên cứu về sức khỏe sinh sản tại Việt Nam. Báo cáo rà soát các nghiên cứu giai đoạn 2000-2005.*
12. UNFPA (2011), *Sự thay đổi về chất lượng cung cấp và sử dụng dịch vụ chăm sóc sức khỏe sinh sản giai đoạn 2006-2010 tại 7 tỉnh tham gia chương trình quốc gia 7, Hanoi UNFPA report, Vietnam.*
13. Tổ chức Cứu trợ trẻ em quốc tế (2016), *Báo cáo đánh giá kết quả can thiệp về chăm sóc sức khỏe sinh sản tại 3 tỉnh Việt Nam 2012-2016, Hà Nội.*
14. Bộ Y tế (2013), *Báo cáo kết quả khảo sát bổ sung thực trạng cung cấp chăm sóc sức khỏe sinh sản, Hà Nội.*
15. Bộ Y tế (2009), *Hướng dẫn chuẩn Quốc gia về các dịch vụ chăm sóc sức khỏe sinh sản, Hà Nội, 31-44, 52-65.*
16. Dipty Nawal Aritra Das, Manoj K. Singh et al (2016), "Impact of a nursing skill improvement Intervention on Newborn-Specific Delivery ", *Practices: An Experience from Bihar, India. BIRTH 2016. DOI: 10.1111/birt.12239.*
17. Practices: An Experience from Bihar (2005), "Community- based interventions for improving perinatal and neonatal health outcomes in developing countries: A review of the evidence". *Pediatrics 115(Suppl 2):519–617.*
18. Roy R Varghese B, Saha S (2014), "Fostering Maternal and Newborn Care in India the Yashoda Way: Does This Improve Maternal and Newborn Care Practices during Institutional Delivery? ", *PLoS ONE 9(1): e84145. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0084145>.*
19. Carter BS and Stahlman M (2001), "Reflections on neonatal intensive care in the U.S.: limited success or success with limits?", *J Clin Ethics. Fall 12(3), 215-22.*
20. Abhishek Singh et al (2012), "Socio-economic inequalities in the use of postnatal care in India", *journal.pone.0037037. 7(5), 12-21.*

21. Lương Ngọc Trương (2008), Kiến thức, thực hành chăm sóc bà mẹ và trẻ sơ sinh tại 2 huyện Ngọc Lặc, Như Thanh tỉnh Thanh Hoá, *Hội nghị Sản Phụ khoa Việt – Pháp- Châu Á- Thái Bình Dương lần thứ VIII- Chuyên ngành sơ sinh-ngày 15-16 tháng 5 năm 2008*.
22. Mullany LC Arifeen SE, Shah R, et al (2012), "The effect of cord cleaning with chlorhexidine on neonatal mortality in rural Bangladesh: a community-based, cluster-randomised trial", *Lancet*. 379(9820)(1022-100).
23. Dhakal S et al (2007), *Utilisation of postnatal care among rural women in Nepal*, BMC Pregnancy Childbirth, Vol. 19(7).
24. Nguyễn Thị Thùy Dương Vương Tiến Hòa Phạm Phương Lan, Lê Anh Tuấn (2012), "Hiệu quả mô hình chăm sóc sau sinh tại nhà cho các bà mẹ đến sinh con tại Bệnh viện Phụ sản trung ương và Bệnh viện Ba Vì", *Tạp chí Y học dự phòng*, . tập XXII (số 6 (133)), 124-132.
25. Kinney MV Friberg IK, Lawn JE et al (2010), "Sub-Saharan Africa's mothers, newborns, and children: How many lives could be saved with targeted health interventions? ", *PLoS Med*. 7(6)(e1000295).
26. Derman RJ Goudar SS, Honnunar NV et al (2015), "An intervention to enhance obstetric and newborn care in India: A cluster randomized-trial", *Matern Child Health J*. 19(12), 2698-2706.
27. Cousens S Black RE, Johnson HL et al (2010), "Global, regional, and national causes of child mortality in 2008: a systematic analysis", *Lancet*. 375(1969-1987).
28. Duffy D and Reynolds P (2011), "Babies born at the threshold of viability: attitudes of paediatric consultants and trainees in South East England", *Acta Paediatrica*. 100, 42-46.

29. Murphy RO Haward MF, and Lorenz JM (2012), "Default options and neonatal resuscitation decisions", *J Med Ethics*. 2012 Dec(38 (12)), 713-8.
30. Wang H Lozano R, Foreman KJ et al (2011), "Progress towards Millennium Development Goals 4 and 5 on maternal and child mortality: an updated systematic analysis", *Lancet*. 378, 1139-1165.
31. World Bank (2015), *World Bank country specific data: Neonatal mortality rate: World Bank*, truy cập tại trang web <http://data.worldbank.org/indicator/SH.DYN.NMRT>.
32. Mullany LC Imdad A, Baqui AH, et al (2013), "The effect of umbilical cord cleansing with chlorhexidine on omphalitis and neonatal mortality in community settings in developing countries: a meta-analysis", *BMC Public Health*(13(Suppl 3):S15).
33. Jain M Iyengar K, Thomas S, et al (2014), "Adherence to evidence based care practices for childbirth before and after a quality improvement intervention in health facilities of Rajasthan, India", *BMC Pregnancy Childbirth*, 14:270.
34. Katz J Mullany LC, Li YM (2008), "Breast-Feeding Patterns, Time to Initiation, and Mortality Risk among Newborns in Southern Nepal", *J Nutrition*. 138(3), 599-603.
35. Mammen A. Vaid A., Primrose B., Kang G (2007), " Infant mortality in an Urban Slum, Indian Journal of Peadiatrics". Volume 74.
36. Sauvarin J (2006), "Maternal and Neonatal Health in East and South-East Asia", 1-21.
37. UNFPA (2006), "Sự thay đổi về chất lượng cung cấp và sử dụng dịch vụ chăm sóc sức khỏe sinh sản giai đoạn 2001-2006 tại 12 tỉnh tham gia chương trình quốc gia VI. Báo cáo dự án".

38. UNFPA (2008), *Tình trạng Sức khỏe sinh sản của đồng bào dân tộc Hmông tỉnh Hà Giang*, Hanoi UNFPA report, Vietnam, Hà Nội.
39. Save the Children International (2013), *MCH report in three provinces in Vietnam*, Hanoi, Vietnam.
40. Ngô Văn Toàn (2006), "Kiến thức và thực hành chăm sóc khi sinh tại Thành phố Đà Nẵng", *Tạp chí thông tin Y học thực hành*.
41. Ngô Văn Toàn (2007), "Phân tích đa biến mối liên quan giữa các yếu tố ảnh hưởng và thực hành chăm sóc trước và trong khi sinh tại tỉnh Quảng Trị năm 2005", *Tạp chí Y học thực hành*. 1, 25-27.
42. Blencowe H Cousens S, Stanton C, Chou D, and Ahmed S (2011), "National, regional, and worldwide estimates of stillbirth rates in 2009 with trends since 1995: a systematic analysis", *Lancet*. 377, 1319-1330.
43. Kerber K Lawn JE, Enweronu-Laryea C, and Cousens S (2010), "3.6 Million Neonatal Deaths-What Is Progressing and What Is Not?", *Semin Perinatol*. 34(6)(371-86).
44. Lee AC Lawn JE, Kinney M, Sibley L, and Carlo WA (2009), "Two million intrapartum-related stillbirths and neonatal deaths: where, why, and what can be done? ", *Int J Gynaecol Obstet* 107(Suppl 1), S5-18; S19.
45. Cousen S Lawn JE, Zupan J (2005), "4 Million neonatal deaths: When? Where? Why? ", *Lancet*. 365(9474), 9-18 ; 891-900.
46. Dương Công Hoạt, Đinh Phương Hòa, Lương Xuân Hiến (2005), Một số kiến thức và thực hành của CBYT các tuyến ở Nghệ An về chăm sóc sức khỏe trẻ em, *Tạp chí Y học thực hành chuyên đề Trung tâm nghiên cứu dân số và sức khỏe nông thôn*, 26-31.
47. Tamrat T and Kachnowski S (2012), "Special delivery: an analysis of mHealth in maternal and newborn health programs and their outcomes around the world", *Matern Child Health J*. 16, 1092-101.

48. Bộ Y Tế (2011), *Quyết định 1142/ QĐ-BYT ngày 18/4/2011 về phê duyệt tài liệu chuyên môn "Hướng dẫn tổ chức thực hiện đơn nguyên sơ sinh và góc sơ sinh tại các tuyến y tế"*.
49. Ngô Toàn Anh, Tạ Như Đỉnh, Chu Hùng Cường, Ngô Văn Toàn, Nguyễn Anh Dũng (2016), "Thực trạng kiến thức của CBYT, cơ sở hạ tầng và thuộc thiết yếu cho chăm sóc sơ sinh tại tuyến y tế cơ sở của hai huyện tỉnh Đắk Lắk", *Tạp chí thông tin Y học Dự phòng*. 2016. 8 (181), 61-67.
50. Ranganathan P Datta SS, and Sivakumar KS (2014), "A study to assess the feasibility of Text Messaging Service in delivering maternal and child healthcare messages in a rural area of Tamil Nadu, India", *Australas Med J*. 7, 175-80.
51. Syed U Darmstadt GL, Patel Z (2006), "Review of domiciliary newborn-care practices in Bangladesh", *J Health Popul Nutr* 24(4), 380.
52. Mrisho M et al (2009), "The use of antenatal and postnatal care: perspectives and experiences of women and health care providers in rural southern Tanzania", *BMC Pregnancy Childbirth*. 9(1), 10.
53. WHO (2016), "*Children: reducing mortality*", , *Fact sheet 178*, WHO Media centre.
54. WHO (2005), "*The world health report 2005-make every mother and child count*".
55. World Health Organization and Save the Children (2013), *Surviving the First day - State of the world's Mother 2013*.
56. Agarwal S and Labrique A (2014), "Newborn health on the line: the potential mHealth applications", *JAMA*. 312, 229-30.
57. Goldenberg RL Pasha O, McClure EM, et al (2010), "Communities, birth attendants and health facilities: A continuum of emergency maternal and newborn care (the Global Network's EmONC trial)", *BMC Pregnancy Childbirth*, 10-82.

58. Lương Ngọc Trương (2007), "Nghiên cứu tỷ lệ tử vong sơ sinh và một số yếu tố liên quan tại Thanh Hóa ", *Tạp chí Y học thực hành* 8, 28-31.
59. Ngô Văn Toàn (2006), "Nghiên cứu ủ ấm da kề da và nuôi con bằng sữa mẹ trong vòng một giờ đầu sau đẻ tại 4 bệnh viện tại Hà Nội năm 2006", *Tạp chí thông tin Y Dược.* 7, 22-26.
60. Dhaher E et al (2008), *Factors associated with lack of postnatal care among Palestinian women: a cross-sectional study of three clinics in the West Bank*, BMC Pregnancy Childbirth., Vol. 8(26).
61. Ngô Toàn Anh, Tạ Như Đính, Ngô Văn Toàn (2016), "Đánh giá hiệu quả mô hình can thiệp nhằm tăng cường các dịch vụ chăm sóc sơ sinh tại hai huyện, tỉnh Đắk Lắk", *Tạp chí thông tin Y học Dự phòng.* 8(181), 69-77.
62. Katz J Mullany LC, Khattry SK (2010), "Neonatal hypothermia and associated risk factors among newborns of southern Nepal", *BMC Med.* 8(1), 43.
63. Terhi J. Lohela Robin C. Nesbitt (2013), "Quality along the Continuum: A Health Facility Assessment of Intrapartum and Postnatal Care in Ghana. Plos One. Published: November 27, 2013".
64. Tạ Như Đính (2017), "Thực trạng và hiệu quả can thiệp nâng cao năng lực chăm sóc trẻ sơ sinh ở bệnh viện huyện, trạm y tế xã tỉnh Đắk Lắk, 2013-2016", *Luận án Tiến sỹ Y học. Viện Vệ sinh Dịch tễ Trung Ương.*
65. Foreman KJ Hogan MC, Naghavi M et al. (2010), "Maternal mortality for 181 countries, 1980-2008: A systematic analysis of progress towards Millennium Development Goal 5", *Lancet.* 375 (9726), 1609-1623.
66. Inoue M Oestergaard MZ, Yoshida S et al. (2011), "Neonatal mortality levels for 193 countries in 2009 with trends since 1990: a systematic analysis of progress, projections, and priorities", *PLoS Med* 8: e1001080. *PubMed:* 21918640.



67. Ogunfowora OB Ogunlesi TA, Ogundeyi MM (2009), "Prevalence and risk factors for hypothermia on admission in Nigerian babies <72 h of age", *J Perinat Med.* 37(2), 180-184.
68. Hill Z Penfold S, Mrisho M, et al (2010), "A large cross-sectional community- based study of newborn care practices in southern Tanzania", *PLoS One.* 5(12):e15593.
69. Peterson S Waiswa P, Tomson G, Pariyo GW (2010), "Poor newborn care practices-a population based survey in eastern Uganda", *BMC Pregnancy Childbirth.* 10(1):9.
70. Lee AC Wall SN, Carlo W et al. (2010), "Reducing intrapartum-related neonatal deaths in low- and middle-income countries-What works? ", *Semin Perinatol.* 34(6), 395-407.
71. WHO and UNICEF (2012), *World Bank and United Nation. Levels and trends in Child mortality, The Report 2012 - Estimates developed by the UN inter-group for Child mortality Estimation.*
72. World Health Organization (2013), *WHO Recommendations on Postnatal Care of the Mother and Newborn*, Switzerland: World Health Organization Geneva.
73. Cousens S Soofi S, Imdad A (2012), "Topical application of chlorhexidine to neonatal umbilical cords for prevention of omphalitis and neonatal mortality in a rural district of Pakistan: a community-based, cluster-randomised trial. ", *Lancet.* 379(9820):1029-1036.
74. Uzma Syed et al (2006), "Immediate and Early Postnatal Care for Mothers and Newborns in Rural Bangladesh", *J Health Population Nutrition(24(4))*, 508-518.
75. Janvier A and Lantos J (2014), "Ethics and etiquette in neonatal intensive care", *JAMA Pediatrics.* 168 (9), 857-8.

76. Singh M (2003), "Ethical and social issues in the care of the newborn", *Indian J Pediatr.* 70(5), 417-20.
77. Mammen A Vaid A, Primrose B, and Kang G (2007), "Infant mortality in an Urban Slum", *Indian Journal of Peadiatrics.* 74(5), 449-453
78. W. A. Carlo, Goudar, S. S., Jehan, I (2010), "Newborn-care training and perinatal mortality in developing countries", *New England Journal of Medicine.* 362(7), 614-623.
79. Nyathi L (2017), "Investigating the accessibility factors that influence antenatal care services utilisation in Mangwe district, Zimbabwe", *African Journal of Primary Health Care & Family Medicine*(ISSN: (Online) 2071-2936, (Print) 2071-2928.).
80. Selvaraj S Balarajan Y, Subramanian SV (2011), "Health care and equity in India", *Lancet* 2011. 377:505–515. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(10\)61894-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(10)61894-6).
81. Li M Jiang H, Wen LM, Hu Q, Yang D, and He G (2014), "Effect of short message service on infant feeding practice: findings from a community-based study in Shanghai, China", *JAMA Pediatrics.* 168, 471- 478.
82. Nurmatov UB Lee SH, and Nwaru BI (2016), "Effectiveness of Health interventions for maternal, newborn and child health in low- and middle-income countries: Systematic review and meta-analysis", *J Glob Health.* 6(1), 010401.
83. Kaur R Singh SK, Gupta M et al. (2012), "Impact of national rural health mission on perinatal mortality in rural India", *Indian J Pediatr.* 49(2), 136-138.
84. Lê Thiện Thái, Ngô Văn Toàn (2012), "Đánh giá hiệu quả các biện pháp can thiệp nhằm nâng cao kiến thức và thực hành chăm sóc sơ sinh của các bà mẹ tại 3 tỉnh Thái Nguyên, Thừa thiên- Huế, Vĩnh Long giai đoạn 2008- 2011", *Tạp chí Y học Thực hành*, 16-21.

85. Lê Anh Tuấn, Bùi Văn Nhơn, Ngô Văn Toàn, Khamphanh Prabouasone (2012), "Hiệu quả can thiệp nâng cao kiến thức và thực hành về làm mẹ an toàn cho các bà mẹ 15-49 tuổi tỉnh Bo li khăm xay, Lào năm 2011", *Tạp chí Y học Thực hành*.
86. Meadow W and Lantos J (2009), "Moral reflections on neonatal intensive care", *Pediatrics*. 2009(123 (2)), 595-7.
87. Nuffield Council on Bioethics (2013), "Critical care decisions in fetal and neonatal medicine: ethical issues", *Nuffield Council on Bioethics - Neonatal Medicine*.
88. Petrini M Shrestha S, Turale S (2013), "Newborn care in Nepal: the effects of an educational intervention on nurses' knowledge and practice", *International Nursing Review* 2013. 60 (2), 205-211.
89. Yoonjung Choi Gary Darmstadt L, Shams EA (2010), Evaluation of a Cluster-Randomized Controlled Trial of a Package of Community-Based Maternal and Newborn Interventions in Mirzapur, Bangladesh.
90. Hebe N. Gouda Dettrick Z, Eliana Jimenez-Soto (2016), *Measuring Quality of Maternal and Newborn Care in Developing Countries*, truy cập ngày, tại trang web <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0157110>.
91. Marcus JR Rajaratnam JK, Flaxman AD, Wang H, and Levin-Rector A (2010), "Neonatal, postneonatal, childhood, and under-5 mortality for 187 countries, 1970–2010: a systematic analysis of progress towards Millennium Development Goal 4", *Lancet*. 375, 1988–2008.
92. WB (2016), *Estimates developed by the UN Inter-agency group for child mortality estimation*, New York, USA.
93. Jin NR You D, Wardlaw T (2014), "Levels & trends in child mortality. United Nations Inter-agency Group for Child Mortality Estimation (UN IGME)".

94. Agrawal P Spector JM, Kodkany B et al (2012), "Improving quality of care for maternal and newborn health", *PLoS ONE*. 7 (5):e35151.
95. et al K.J. Kerber (2007), "Continuum of care for maternal, newborn, and child health: from slogan to service delivery", *Lancet*. 2007. 370(9595), 1358-69.
96. Bell EF (2007), "Noninitiation or withdrawal of intensive care for high-risk newborns", *Pediatrics*. 119(2), 401-3.
97. Peter Waiswa Christine Kayemba Nalwadda, Juliet Kiguli et al (2013), *High Compliance with Newborn Community-to-Facility Referral in Eastern Uganda: An Opportunity to Improve Newborn Survival*, truy cập ngày, tại trang web <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0081610>.
98. Kallander K Waiswa P, Peterson S et al (2010), "Using the three delays model to understand why newborn babies die in eastern Uganda", *Trop Med Int Health* 15: 964-972.
99. Sachdev HS Gogia S (2010), "Home visits by community health workers to prevent neonatal deaths in developing countries: a systematic review", *Bull World Health Organ* 88: 658-666B.
100. Peterson SS Waiswa P, Namazzi G et al. (2012), "The Uganda Newborn Study: an effectiveness study on improving newborn health and survival in rural Uganda through a community-based intervention linked to health facilities-study protocol for a cluster randomized controlled trial", *Trials* 13: 213.
101. El-Arifeen S Baqui AH, Darmstadt GL et al (2008), "Effect of community-based newborn-care intervention package implemented through two service-delivery strategies in Sylhet district, Bangladesh: a cluster-randomised controlled trial", *Lancet*. 371: 1936-1944.
102. Kerber KJ (2007), "Continuum of care for maternal, newborn, and child health", *Lancet*. 379(9595), 1358-69.

103. Carter BS and Bhatia J (2011), "Comfort/palliative care guidelines for neonatal practice: development and implementation in an academic medical center", *J Perinatol.* 21(5), 279-83.
104. Verhagen AA (2013), "The Groningen Protocol for newborn euthanasia; which way did the slippery slope tilt?", *J Med Ethics.* 39(5), 293-5.
105. Browne JL Sondaal SF, and Amoakoh-Coleman M (2016), "Assessing the Effect of Interventions in Improving Neonatal Care in Low and Middle-Income Countries: A Systematic Review", *PLoS One.* 11(5), e0154664.
106. Tripathy P Nair N, Prost A (2010), "Improving newborn survival in low-income countries: community-based approaches and lessons from South Asia.", *PLoS Med* 7.

--	--	--	--

**PHIẾU ĐIỀU TRA KHẢO SÁT ĐƠN NGUYÊN SƠ SINH**

Bệnh viện đa khoa huyện.....

Là đơn vị của khoa nhi:  Là đơn vị của khoa sản:  Khác (ghi rõ):

Số phòng của đơn nguyên sơ sinh:.....phòng

Phòng:.....

Số giường:.....

Phòng:.....

Số giường:.....

Phòng:.....

Số giường:.....

• Có góc sơ sinh trong phòng đẻ

• Có góc sơ sinh trong phòng mổ

1. Thông tin chung:

STT	Thông tin	Số lượng	Ghi chú
1	Dân số		
2	Số xã/phường		
3	Số thôn/bản		
4	Số sơ sinh sống:		
	- Số nữ		
	- Số nam		
5	Tử vong sơ sinh		
	- Số nữ		
	- Số nam		
	- Sơ sinh sớm		
	- Sơ sinh muộn		
	- Tại viện		
6	- Tại nhà		
	Nguyên nhân tử vong:		
	- Đẻ non/ nhẹ cân		
	- Viêm phổi sơ sinh		
	- Dị tật bẩm sinh		
	- Ngạt		
	- Hạ thân nhiệt		
	- Xuất huyết não - màng não		
	- Nhiễm khuẩn		
	- Nhẹ cân		
	- Ngôi bất thường		
	- Thai già tháng		
	- Vàng da huyết tán		
- Nguyên nhân khác			

**2. Trang thiết bị tại đơn nguyên sơ sinh:**

TT	Tên trang thiết bị	Hiện trạng		Chưa có
		Đang sử dụng	Đã hỏng	
1	Đèn sưởi ấm			
2	Cân trẻ sơ sinh và thước đo chiều dài			
3	Ống hút đờm 6- 8, găng sạch			
4	Hệ thống thở oxygen: bộ trộn oxygen- khí trời			
5	Kim luân tĩnh mạch, kim bướm			
6	Đèn chiếu vàng da			
7	Máy thở áp lực dương liên tục (CPAP)			
8	Bộ chọc dò tủy sống			
9	Máy đo đường huyết tại giường			
10	Giường sưởi ấm, lồng ấp			
11	Đồ vải sạch dùng cho sơ sinh			
12	Máy đo độ bão hoà oxygen qua da (nếu có điều kiện)			
13	Giường cho bà mẹ thực hiện chăm sóc trẻ bằng phương pháp KMC			
14	Máy điều hoà nhiệt độ 2 chiều			
15	Nhiệt kế			

**3. Nhân lực:**

- Tổng số nhân viên của khoa: .....
- Số nhân viên thực hiện chăm sóc và điều trị sơ sinh: ....., trong đó:
  - + Số bác sĩ: .....
  - + Số điều dưỡng: .....
  - + Khác: .....
- Số nhân viên được tham gia đào tạo về chăm sóc và điều trị trẻ sơ sinh:

STT	Trình độ chuyên môn	Số lượng	Thời gian đào tạo (Tuần)	Nơi đào tạo	Ghi chú
1					
2					
3					
3					
5					
6					
7					
8					
9					
10					

**4. Số trẻ sơ sinh được điều trị tại viện:**

TT	Năm	Số trẻ sơ sinh nhập viện	Số điều trị thành công	Số trẻ chuyển tuyến	Số trẻ Tử vong	Có đơn nguyên SS	
						Có	Chưa
1	2008						
2	2009						
3	2010						
4	2011						
5	2012						
6	2013						
7	2014						
8	2015						
9	2016						

**5. Các mặt bệnh thường phải chuyển tuyến:**

TT	Tên mặt bệnh	Lý do chuyển tuyến	Có đơn nguyên	
			Có	Chưa có
1				
2				
3				
4				
5				
6				

**6. Các kỹ năng đã thực hiện được tại đơn nguyên sơ sinh**

STT	Kỹ năng	Thực hiện được	Chưa thực hiện
1.	Hút nhót		
2.	Bóp bóng		
3.	Lau khô		
4.	Thở oxy		
5.	Hướng dẫn thực hành đúng ủ ấm KMC		
6.	Thực hiện bú sớm trong 1h đầu		
7.	Nuôi bằng sữa mẹ hoàn toàn		
8.	Tư vấn nuôi con bằng sữa mẹ		
9.	Đặt ống thông tĩnh mạch rốn sơ sinh		
10.	Đặt nội khí quản cấp cứu sơ sinh+ máy thở		
11.	Chọc dò tủy sống sơ sinh		
12.	Điều trị vàng da ở trẻ sơ sinh bằng p. pháp chiếu đèn		
13.	Truyền máu sơ sinh		



<b>STT</b>	<b>Kỹ năng</b>	<b>Thực hiện được</b>	<b>Chưa thực hiện</b>
14.	Chọc hút dịch, khí màng phổi sơ sinh		
15.	Đặt ống thông dạ dày (hút dịch hoặc nuôi dưỡng) sơ sinh		
16.	Rửa dạ dày sơ sinh		
17.	Ép tim ngoài lồng ngực		
18.	Dẫn lưu màng phổi sơ sinh		
19.	Khám sơ sinh		
20.	Chăm sóc rốn sơ sinh		
21.	Tắm sơ sinh		
22.	Đặt sonde hậu môn sơ sinh		
23.	Bóp bóng Ambu, thổi ngạt sơ sinh		
24.	Hồi sức sơ sinh cơ bản		
25.	Hồi sức sơ sinh cơ bản nâng cao		
26.	Cố định tạm thời gãy xương sơ sinh		

**8. Công tác phối hợp sản – nhi:**

.....  
 .....

**9. Góp ý hoàn thiện mô hình đơn nguyên sơ sinh của cơ sở:**

.....  
 .....

....., ngày ..... tháng..... năm 20...

**Xác nhận của CSYT**

**Điều tra viên**

--	--	--	--

### PHIẾU ĐIỀU TRA KHẢO SÁT GÓC SƠ SINH

Xã.....Huyện.....

Phòng:.....

Số giường:.....

Phòng:.....

Số giường:.....

Phòng:.....

Số giường:.....

- Có góc sơ sinh trong phòng đẻ

2. Thông tin chung:

STT	Thông tin	Số lượng	Ghi chú
1	Dân số		
2	Số Thôn/bản		
3	Số sơ sinh sống:		
	- Số nữ		
	- Số nam		
4	Tử vong sơ sinh		
	- Số nữ		
	- Số nam		
	- Sơ sinh sớm		
	- Sơ sinh muộn		
	- Tại Trạm		
- Tại nhà			
5	Nguyên nhân tử vong:		
	- Đẻ non/ nhẹ cân		
	- Viêm phổi sơ sinh		
	- Dị tật bẩm sinh		
	- Ngạt		
	- Hạ thân nhiệt		
	- Xuất huyết não - màng não		
	- Nhiễm khuẩn		
	- Nhẹ cân		
	- Ngôi bất thường		
	- Thai già tháng		
- Vàng da huyết tán			
- Nguyên nhân khác			

## 2. Trang thiết bị tại góc sơ sinh:

T T	Tên trang thiết bị	Hiện trạng		Chưa có
		Đang sử dụng	Đã hỏng	
1	Bàn làm rôn và hồi sức sơ sinh			
2	Đèn sưởi ấm			
3	Thước đo chiều dài trẻ sơ sinh			
4	Cân trẻ sơ sinh			
5	Nhiệt kế			
6	Hệ thống thở oxygen			
7	Bộ hồi sức sơ sinh			
8	Thiết bị bơm kim tiêm			
9	Đồ vải sạch dùng cho sơ sinh			
10	Giường cho bà mẹ thực hiện chăm sóc trẻ bằng phương pháp KMC			
11	Máy hút dịch			
12	Mặt nạ sơ sinh			
13	Ống hút đờm 6- 8, găng sạch			

## 3. Nhân lực:

- Tổng số nhân viên của Trạm: .....
- Số nhân viên thực hiện chăm sóc và điều trị sơ sinh: ....., trong đó:
  - + Số bác sĩ: .....
  - + Số YSSN: .....
  - + Số NHS:.....;
  - + Khác:.....
- Số nhân viên được tham gia đào tạo về chăm sóc và điều trị trẻ sơ sinh:

STT	Trình độ chuyên môn	Số lượng	Thời gian đào tạo (Tuần)	Nơi đào tạo	Ghi chú
1					
2					
3					
3					
5					
6					

## 4. Các bệnh thường phải chuyển tuyến:

TT	Tên bệnh	Lý do chuyển tuyến	Có góc đơn nguyên	
			Có	Chưa có
1				
2				
3				
4				
5				
6				

### 5. Các kỹ năng đã thực hiện được tại góc sơ sinh

STT	Kỹ năng	Thực hiện được	Chưa thực hiện
1.	Hút nhót		
2.	Bóp bóng		
3.	Lau khô		
4.	Hướng dẫn thực hành đúng ủ ấm kanguru		
5.	Thực hiện bú sớm trong 1h đầu		
6.	Nuôi bằng sữa mẹ hoàn toàn		
7.	Tư vấn nuôi con bằng sữa mẹ		
8.	Khám sơ sinh		
9.	Chăm sóc rốn sơ sinh		
10.	Tắm sơ sinh		
11.	Đặt sonde hậu môn sơ sinh		
12.	Bóp bóng Ambu, thổi ngạt sơ sinh		
13.	Hỏi sức sơ sinh cơ bản		
14.	Cố định tạm thời gãy xương sơ sinh		

### 8. Công tác phối hợp sản – nhi:

.....  
.....  
.....

### 9. Góp ý hoàn thiện góc sơ sinh của cơ sở:

.....  
.....

....., ngày .....tháng.....năm 20...

Xác nhận của CSYT

Điều tra viên

**Phụ lục 3:**

**CÂU HỎI ĐÁNH GIÁ KIẾN THỨC VỀ CHĂM SÓC  
SƠ SINH CỦA ĐIỀU DƯỠNG SƠ SINH TUYẾN HUYỆN**

-----

Thời gian: 60ph

Câu 1: khoanh tròn vào câu trả lời đúng nhất

Điều trị hạ thân nhiệt bao gồm:

- Làm ấm trẻ bằng cách cho tiếp xúc trực tiếp da với da giữa trẻ và mẹ nếu như mẹ có ở đó.
- Động viên mẹ cho con bú thường xuyên hơn.
- Điều trị nhiễm trùng.
- Tất cả các giải pháp nêu trên.

Câu 2: khoanh tròn vào câu trả lời đúng nhất

Chẩn đoán có khả năng cho bú sai tư thế dựa vào:

- Tiền sử hay chí và/hoặc sặc trong khi bú, ngoài ra trẻ vẫn khỏe mạnh bình thường.
- Tiền sử người mẹ không có khả năng cho con bú tốt và khám trẻ vẫn bình thường.
- Trẻ bú chậm và chóng mệt, ngoài ra khám trẻ vẫn bình thường.
- Không phải các ý nêu trên.

Câu 3: Khoanh tròn vào câu trả lời đúng nhất

Cho ăn sữa mẹ qua ống thông dạ dày bao gồm:

- đặt ống thông dạ dày và phải xác định chắc chắn ống thông ở đúng vị trí trước mỗi lần cho ăn.
- Cho phép người mẹ nhìn nhân viên y tế cho ăn qua ống thông.
- Động viên người mẹ giữ trẻ và tham gia vào việc cho ăn.
- Cả a và c.

Câu 4: Khoanh tròn vào câu trả lời đúng nhất

Người mẹ của trẻ bị khuyết tật bẩm sinh:

- Không nên nhìn trẻ.
- Cần được nhìn trẻ và ôm trẻ ngay lập tức.
- Nên được phép nhìn trẻ khi mà cô ta cảm thấy đã sẵn sàng.
- Không phải các ý kiến trên.

Câu 5: Khoanh tròn vào câu trả lời đúng nhất

Các môn mủ/ môn nước trên da của trẻ sơ sinh nên được:

- rửa bằng dung dịch sát khuẩn và miếng gạc xốp mịn sạch và phủ kín bằng băng khô.
- Rửa bằng dung dịch sát khuẩn và miếng gạc xốp mịn sạch và phủ bằng băng ướt.
- Rửa bằng dung dịch kháng khuẩn và miếng xopps mịn sạch, lau bằng dung dịch tím gentian 0,5% hai lần một ngày.
- Rửa bằng dung dịch kháng khuẩn và miếng xốp mịn sạch, lau bằng dung dịch tím gentian 0,5% bốn lần một ngày.

Câu 6: Khoanh tròn vào câu trả lời đúng nhất

Sau khi chọc hút vào ổ áp xe:

- Dùng một miếng gạc vô khuẩn lấy mẫu mủ để xét nghiệm.
- Nên phá túi mủ bằng kẹp vô trùng hoặc đã được tiệt trùng tốt
- Rửa ổ áp xe bằng dung dịch truyền tĩnh mạch và để vết thương hở.

d. Tất cả các ý kiến trên.

Câu 7: Khoanh tròn vào câu trả lời đúng nhất

Khi trẻ được ra viện người mẹ cần được:

- Tư vấn về việc chăm sóc ở nhà và hẹn khám lại để theo dõi.
- Tư vấn về việc chăm sóc tại nhà và chỉ quay lại khi trẻ có vấn đề.
- Tư vấn chăm sóc tại nhà.
- Hẹn tái khám để theo dõi.

**Trả lời đúng (Đ), sai (S) cho mỗi câu sau vào ô tương ứng:**

	<b>ĐÚNG</b>	<b>SAI</b>
Câu 8: Lắng nghe mỗi quan tâm của người nhà bệnh và khuyến khích họ hỏi là quan trọng trong khi chăm sóc sơ sinh bất thường.		
Câu 9: Các dung dịch khử khuẩn và khử nhiễm (khử uế) có cùng chung mục đích.		
Câu 10: Nếu sử dụng lại các găng phẫu thuật loại dùng một lần găng được xử lý lại hơn 3 lần.		
Câu 11: Tất cả sơ sinh bệnh và sơ sinh non yếu, thiếu cân cần được đánh giá trước khi tiến hành bất cứ thủ tục hành chính thông thường nào cho phép bệnh nhân nào vào viện.		
Câu 12: Phương pháp da kề da là phù hợp để ủ ấm và duy trì thân nhiệt trẻ sơ sinh có những vấn đề đe dọa tính mạng.		
Câu 13: Nếu trẻ sơ sinh cần được chuyển tới bệnh viện tuyến trên hoặc bệnh viện chuyên khoa, cần chuyển bà mẹ đi cùng nếu có thể.		
Câu 14: các tĩnh mạch bàn tay và bàn chân, cũng như các tĩnh mạch vùng cổ và đùi, có thể dùng để lấy máu xét nghiệm thường qui.		
Câu 15: Nên sử dụng kim cỡ 25- hoặc 27 để tiêm trong da.		
Câu 16: Trong 15 phút đầu tiên sau khi bắt đầu truyền máu, cần theo dõi diện mạo chung, thân nhiệt, nhịp tim, và nhịp thở của trẻ 5 phút một lần.		
Câu 17: Nên sử dụng đường tĩnh mạch để tiêm kháng sinh cho trẻ bệnh.		
Câu 18: Trẻ sơ sinh có mẹ bị HIV dương tính không nên tiêm chủng thường qui.		
Câu 19: Hạ thân nhiệt trung bình là chắc chắn nếu thân nhiệt sơ sinh từ 32 <sup>0</sup> C - 36,4 <sup>0</sup> C		
Câu 20: Đo thân nhiệt qua đường trực tràng chỉ nên dùng nếu thân nhiệt quá thấp được xác định qua lấy thân nhiệt thường xuyên đường nách.		
Câu 21: Trẻ thiếu cân thường bú khó, đơn giản là vì chúng chưa phát triển đầy đủ để có thể bú tốt.		
Câu 22: xác định vị trí chính xác của ống thông dạ dày chỉ cần thiết khi đặt ống và không cần thiết trước mỗi lần cho ăn qua ống thông.		
Câu 23: Một thành tố quan trọng trong chăm sóc sơ sinh có khuyết tật là cần nâng đỡ về tình cảm và làm an lòng bà mẹ.		
Câu 24: Nhiễm khuẩn da ở sơ sinh hiếm khi lây nhiễm.		
Câu 25: Rốn bị đỏ và sưng với bán kính >1cm xung quanh rốn cần được coi là nhiễm khuẩn rốn nặng.		

Câu 26: Sau khi chích và dẫn lưu ổ áp-xe, vết thương cần được phủ bằng gạc khô và gắn băng không thấm nước.		
Câu 27: Những trẻ thiếu cân và/hoặc có bệnh vàng da không nên tiêm chủng lúc sinh.		
Câu 28: Phương pháp thường dùng nhất trong theo dõi và đánh giá sự tăng trưởng của trẻ sơ sinh là cân nặng.		
Câu 29: Một trẻ sơ sinh bị ốm nặng có thể cần hoặc không cần theo dõi sau khi ra viện		

Câu 30: Nguyên tắc khám trẻ sơ sinh là ưu tiên, không để trẻ chờ, khám khi có người thân và hai nguyên tắc nữa là:

- a. ....
- b. ....

Câu 31: Khi nhận bé sơ sinh đến khám 2 việc cần làm song song là:

- a. ....
- b. ....

Câu 32: Khoanh tròn vào câu trả lời đúng nhất:

Trước khi khám một giờ trẻ 2 tuổi, nên :

- a. Rửa tay bằng xà phòng và lau bằng khăn sạch, sau đó mang găng
- b. Rửa tay bằng xà phòng và lau bằng khăn sạch
- c. Tắm trẻ bằng nước xà phòng
- d. Mang găng vô trùng

Câu 33: Khoanh tròn vào câu trả lời đúng nhất:

Nên bắt đầu cho trẻ bú mẹ:

- a. Sau khi tắm trẻ lần đầu tiên.
- b. Khi trẻ bắt đầu khóc
- c. Trong 1 giờ đầu sau sinh
- d. Khi có sữa mẹ

Câu 34: Hãy chọn 1 định nghĩa đúng về trẻ đẻ non tháng là :

- a. Trẻ có cân nặng khi đẻ < 2500g
- b. Trẻ sinh ra trước tuần thai thứ 37
- c. Trẻ trên da có nhiều lông tơ
- d. Trẻ chưa có phản xạ bú
- e. Trẻ bị suy hô hấp

Câu 35: Khoanh tròn vào câu trả lời đúng nhất:

Vị trí bắt mạch trung tâm ở trẻ sơ sinh hay dùng là:

- a. Mạch cảnh
- b. Mạch nách
- c. Mạch bẹn
- d. Mạch quay

Câu 36: Khoanh tròn vào câu trả lời đúng nhất:

Tỷ lệ bóp bóng- bóp tim ngoài lồng ngực trẻ sơ sinh là:

- a. 5/1
- b. 3/1
- c. 15/2
- d. 1/15

Câu 37: Khoanh tròn vào các tình huống cần chuyển trẻ cấp cứu lên tuyến trên:

- a. Trẻ bỏ bú
- b. Đi ngoài 3 lần một ngày, phân nhiều nước
- c. Co giật
- d. Bú mẹ 5 lần/ ngày
- e. Nhiệt độ cơ thể  $36^{\circ}\text{C}$
- f. Vàng da ngay sau khi đẻ

Câu 38: Khoanh tròn vào câu trả lời đúng nhất:

Đề phòng hạ thân nhiệt cho trẻ sơ sinh

- a. Cho trẻ nằm bếp than
- b. Đặt hai chai nước nóng ở hai bên trẻ
- c. Phòng sanh ấm áp, lau khô, mặc quần áo ấm cho trẻ, bú mẹ sớm và cho nằm cạnh mẹ
- d. Cho trẻ uống nước đường
- e. Tất cả đều đúng

Câu 39: Chọn vị trí tiêm bắp tốt nhất ở trẻ sơ sinh

- a. Nhóm cơ delta
- b. Nhóm cơ ở mông, ở phần tư phía bên ngoài
- c. Nhóm cơ tứ đầu đùi, phía ngoài
- d. Nhóm cơ tứ đầu đùi, phía trong
- e. Tất cả đều đúng



**Phụ lục 4:**

**PHIẾU ĐÁNH GIÁ  
KIẾN THỨC VÀ THỰC HÀNH CHĂM SÓC SƠ SINH CỦA CÁN BỘ  
ĐƠN NGUYÊN SƠ SINH**

Bệnh viện huyện : Thọ Xuân (1)  Quan Sơn (2),   
 Yên Định (3)  Thường Xuân (4)

Họ và tên cán bộ : .....

Trình độ chuyên môn : .....

Ngày điều tra : .....

**1. Kiến thức chăm sóc sơ sinh****1.1. Kiến thức chăm sóc sơ sinh thường sau đẻ.**

Anh/chị hãy cho biết những việc làm trong chăm sóc sơ sinh thường sau đẻ ?  
(Điều tra viên không đọc)

STT	Nội dung	Đúng	Sai
1	Làm thông đường thở của bé		
2	Lau khô và giữ ấm cho trẻ		
3	Làm rón		
4	Đánh giá tình trạng bé: Giới tính, dị tật, cân nặng, chiều dài....		
5	Nhỏ mắt bằng Argylol		
6	Tiêm Vitamin K <sub>1</sub>		
7	Bú mẹ trong vòng 30 phút sau sinh.		
8	Hồi sức ( nếu cần)		

**1.2. Kiến thức chăm sóc sơ sinh thường 24 giờ sau sinh :**

Anh/chị hãy cho biết những việc phải theo dõi trong chăm sóc sơ sinh bình thường sau sinh:

STT	Nội dung	Đúng	Sai
1	Nhịp thở		
2	Màu sắc da		
3	Bú mẹ		
4	Chảy máu rốn		
5	Theo dõi phân su và nước tiểu		

**2. Xử trí khi có dấu hiệu, triệu chứng nguy hiểm:**

Anh/chị hãy cho biết phải làm gì ngay khi trẻ sơ sinh có các dấu hiệu, triệu chứng sau : (ĐTV chỉ đọc phần dấu hiệu, triệu chứng)

STT	Triệu chứng, dấu hiệu	Xử trí	Đúng	Sai
1	Tím tái, khóc rên	Hồi sức sơ sinh		
2	Bỏ bú	Đổ sữa		
3	Tiếp tục bỏ bú	Chuyển tuyến		
4	Hạ thân nhiệt	Ủ ấm		
5	Chảy máu rốn	Làm lại rón		

Ngày.....tháng.....năm 20....

**Xác nhận của CSYT**

**Điều tra viên**

## **Phụ lục 5**

### **PHỎNG VẤN SÂU LÃNH ĐẠO BỆNH VIỆN**

#### **1. Thông tin chung:**

Họ và tên người được phỏng vấn:

Chức vụ:

Đơn vị công tác:

Ngày phỏng vấn:

Điều tra viên phỏng vấn:

#### **2. Nội dung phỏng vấn:**

**a)** Anh/chị cho biết đơn nguyên sơ sinh bệnh viện được triển khai từ khi nào? Tình trạng hiện tại của đơn nguyên sơ sinh?

**b)** Anh/chị cho biết đánh giá của anh/chị về hiệu quả hoạt động của đơn nguyên sơ sinh?

**c)** Sau khi được hỗ trợ thành lập và đưa vào hoạt động tới nay, đơn nguyên sơ sinh đã hoạt động như thế nào? Ban lãnh đạo bệnh viện đã có những giải pháp gì để duy trì và nâng cao hiệu quả hoạt động của đơn nguyên sơ sinh?

**d)** Anh/chị cho biết so với lúc ban đầu thì hiện tại đơn nguyên sơ sinh đã có những thay đổi như thế nào, nguyên nhân của sự thay đổi.

**e)** Công tác phối hợp sản – nhi tại bệnh viện có hỗ trợ như thế nào tới hoạt động của đơn nguyên sơ sinh? Theo anh/chị cần có thay đổi gì trong quy chế phối hợp sản-nhi hay không? Tại sao?

**f)** Theo anh/chị trên địa bàn huyện những yếu tố nào ảnh hưởng nhiều tới hiệu quả can thiệp của đơn nguyên sơ sinh? Tại sao?

**g)** Theo anh/chị để nâng cao hiệu quả hoạt động của đơn nguyên sơ sinh trong thời gian tới cần có những hoạt động gì?

*Ngày.....tháng.....năm 20....*

**Người cung cấp thông tin**

**Điều tra viên**

--	--	--	--

**BẢNG KIỂM CÂN ĐO TRẺ**

Họ và tên:.....

Trình độ chuyên môn:.....

Đơn vị công tác:.....

Cách ghi điểm cho mỗi lần thực hiện:

Làm đúng đủ theo chuẩn mực hay hướng dẫn 2 điểm

Làm đúng chưa đủ hoặc làm đủ chưa đúng theo chuẩn mực hay hướng dẫn 1 điểm

Làm sai hoặc không làm

0 điểm

STT	CÁC NỘI DUNG	Điểm
	<b>CHUẨN BỊ</b>	
1	Dụng cụ: - Cân; - Thước đo chiều dài/cao; - Thước dây; - Phiếu/hồ sơ cân đo trẻ.	
2	Nơi cân đo đủ ánh sáng, thoáng mát về mùa hè, ấm và kín gió vào mùa đông.	
3	Người đo và người trợ giúp mang trang phục đúng quy định.	
	<b>THỰC HIỆN</b>	
4	Chào hỏi, tiếp xúc với trẻ và mẹ hoặc người nhà của trẻ để tạo không khí thân thiện.	
5	Giải thích cho bà mẹ hoặc người nhà và trẻ (nếu là trẻ lớn) về công việc sắp làm và hướng dẫn hợp tác.	
6	Hỏi họ Tên, tuổi, giới tính, địa chỉ và các thông tin hành chính liên quan đến trẻ.	
	<b>Cân</b>	
7	- Trẻ dưới 2 tuổi dùng cân lòng máng hoặc cân treo có nệm cho trẻ nằm; - Trẻ trên 2 tuổi có thể dùng cân bàn, cân đòn, cân điện tử...	
8	Đặt cân bàn trên một mặt phẳng cứng, chắc, thuận lợi cho trẻ nội dung lên xuống khi cân. Nếu là cân treo phải treo ở vị trí chắc chắn và phải có dây bảo vệ quả cân, treo cân ngang tầm mắt của người đo và sao cho nôi đặt trẻ đủ cao không chạm đất.	
9	Chỉnh cân về vị trí số 0 và kiểm tra độ nhạy, độ chính xác của Cân với một vật chuẩn đã biết chính xác trọng lượng.	
10	Cởi bỏ bớt quần áo, giày dép, chỉ nên mặc 1 bộ quần áo mỏng.	
11	Đặt trẻ lên cân (dỗ trẻ nếu trẻ khóc), đọc nhanh kết quả khi kim của cân đứng yên và ghi lại kết quả theo đơn vị kilogram với một số lẻ. Trong trường hợp trẻ khóc, cần người trợ giúp bế trẻ: Cân người trợ giúp trước, sau đó đưa trẻ cho người trợ giúp bế và đứng yên trên cân, sau đó trừ đi cân nặng của người trợ giúp để có kết quả cân nặng của trẻ.	

STT	CÁC NỘI DUNG	Điểm
	<b>CHUẨN BỊ</b>	
	<b><i>Đo chiều cao/chiều dài</i></b>	
12	Chọn loại thước đo: - Trẻ dưới 2 tuổi hoặc dưới 85cm: đo chiều dài nằm; - Trẻ từ 2 tuổi trở lên hoặc từ 85cm trở lên: đo chiều cao đứng.	
	<b><i>Đo chiều dài nằm</i></b>	
13	Đặt thước trên mặt phẳng nằm ngang, chắc, thuận lợi cho việc đo trẻ.	
14	Bỏ bớt mũ, giày dép, quần áo, tất chân hay bất kể thứ gì có thể ảnh hưởng đến việc đo chiều dài trẻ.	
15	Đặt trẻ nằm ngửa thẳng trên ván của thước đo, đặt đầu trẻ áp sát “phần chặn đầu” của thước, hướng mắt của trẻ vuông góc với mặt thước.	
16	Người trợ giúp áp 2 tai trẻ để trẻ nhìn thẳng; người đo một tay để vào gối hoặc cổ chân trẻ để giữ thẳng chân và bàn chân thẳng đứng, tay kia đưa thanh chạy áp vào gút chân trẻ.	
17	Giúp trẻ ngồi dậy và đọc kết quả với 1 số lẻ, ghi kết quả đo vào phiếu/hồ sơ.	
	<b><i>Đo chiều cao đứng</i></b>	
18	Đặt thước trên mặt phẳng cứng, tựa vào tường/bàn/cây hay cầu thang... đảm bảo thước đứng vững, vuông góc với mặt đất bằng phẳng và thuận lợi cho việc đo trẻ. Thước được kéo ra hết hoàn toàn, đầu trên của thước được cố định bằng chiếc đinh gắn trên tường. Phần dưới của thước có thể di chuyển lên xuống để đo chiều cao đứng của trẻ.	
19	Bỏ bớt mũ, giày dép, quần áo, tất chân, cặp tóc hay bất kể thứ gì có thể ảnh hưởng đến việc đo chiều cao trẻ.	
20	Trẻ đứng dựa lưng vào thước, bàn chân ở giữa thước, gút chân + bắp chân + hông + vai + đầu theo một đường thẳng áp sát vào thước, mắt nhìn thẳng về phía trước theo đường nằm ngang, hai tay bỏ thùng hai bên mình.	
21	Người trợ giúp tay trái giữ gối và ộp gối chụm lại, tay phải giữ cổ chân sao cho gút chân ộp sát vào đế thước. Người đo: tay trái giữ cằm cho đầu thẳng và áp sát vào mặt thước, tay phải ộp mặt thanh trượt (phần chặn đầu) vào sát đỉnh đầu và vuông góc với thước đo.	
22	Khi vị trí của trẻ đã chính xác, đọc số đo bằng centimet và chính xác với 1 số lẻ.	
23	Bỏ thanh trượt trên đầu trẻ ra, bỏ tay trái khỏi cằm trẻ và giúp trẻ ra khỏi thước.	
24	Ghi kết quả đo chiều cao vào phiếu/hồ sơ.	
	<b><i>Đo vòng đầu, vòng ngực, vòng cánh tay</i></b>	
25	Bỏ mũ, áo.	
26	Trẻ đứng thẳng (hoặc nằm với trẻ dưới 2 tuổi), hai tay ở tư thế xuôi tự nhiên.	
27	<b><i>Đo vòng đầu:</i></b> quấn thước dây vòng qua trán mép trên 2 cung	

STT	CÁC NỘI DUNG	Điểm
	<b>CHUẨN BỊ</b>	
	lông mày, mép trên 2 vành tai, qua ụ cằm.	
28	<i>Đo vòng ngực:</i> quấn thước dây vòng qua 2 núm vú, mỏm dưới xương bả vai, đọc và ghi kết quả.	
29	<i>Đo vòng cánh tay:</i> quấn thước dây vòng qua điểm giữa của đường nối từ mỏm cùng vai tới điểm trên lồi cầu cánh tay, dây vuông góc với trục cánh tay.	
30	Đọc và ghi ngay vào phiếu đo/hồ sơ kết quả từng số đo bằng centimet và chính xác với 1 số lẻ.	
31	Giúp trẻ trở về tư thế thoải mái, thu dọn dụng cụ và nhận định các kết quả cân, đo và ghi vào hồ sơ.	

Nhận xét:.....  
.....  
.....  
.....

....., ngày      tháng      năm 201...  
**Điều tra viên**

Phụ lục 7:

Mã số:

--	--	--	--

### BẢNG KIỂM THỰC HIỆN KMC

Họ và tên:.....

Trình độ chuyên môn:.....

Đơn vị công tác:.....

Cách ghi điểm cho mỗi lần thực hiện:

Làm đúng đủ theo chuẩn mực hay hướng dẫn 2 điểm

Làm đúng chưa đủ hoặc làm đủ chưa đúng theo chuẩn mực hay hướng dẫn 1 điểm

Làm sai hoặc không làm 0 điểm

STT	CÁC NỘI DUNG	Điểm
	<b>CHUẨN BỊ</b>	
1	Đáp ứng tiêu chuẩn thực hiện đối với cả mẹ và bé Bà mẹ được tư vấn, hướng dẫn thực hiện	
2	Chuẩn bị đồ dùng	
	<b>THỰC HIỆN</b>	
3	Bé trẻ bằng 1 bàn tay nâng dưới cổ và lưng trẻ, tay kia bế nâng phần mông trẻ	
4	Nâng nhẹ phần dưới cằm để giữ đầu, cổ trẻ không bị gập xuống làm cản trở đường thở của trẻ	
5	Đặt trẻ lên ngực mẹ, nằm sấp giữa 2 bầu vú mẹ ở tư thế thẳng đứng với ngực kề ngực, đầu trẻ nằm quay về 1 bên.	
6	Đặt hai tay trẻ ôm phía trên và 2 chân rút vào phía bên dưới 2 bầu vú mẹ, giống tư thế con ếch.	
7	Một tay giữ đầu, kéo áo cho hoàn chỉnh, sau cùng kéo phần dưới áo phủ xuống 2 bàn chân trẻ.	
8	Trẻ được đội thêm nón, đi tất và lót tả. người mẹ cần một cái áo địu bằng vải chun giãn để giữ trẻ luôn ở vị trí KMC và tránh di động đầu và cổ bé.	
9	Hướng dẫn bà mẹ theo dõi trẻ Bà mẹ có thể đi lại cùng con và làm một số việc nhẹ nhàng.	

Nhận xét:.....

.....

....., ngày tháng năm 201...

**Điều tra viên**

**BẢNG KIỂM CHĂM SÓC SƠ SINH NGAY SAU ĐẼ**

Họ và Tên:.....

Trình độ chuyên môn:.....

Đơn vị công tác:.....

Cách ghi điểm cho mỗi lần thực hiện:

Làm đúng đủ theo chuẩn mực hay hướng dẫn 2 điểm

Làm đúng chưa đủ hoặc làm đủ chưa đúng theo chuẩn mực hay hướng dẫn 1 điểm

Làm sai hoặc không làm 0 điểm

Những nội dung đánh dấu (\*) Là nội dung quan trọng cần được nhân hệ số.

ST T	CÁC NỘI DUNG	Điểm
	<b>CHUẨN BỊ</b>	
1	Phòng ấm áp (26-28 <sup>0</sup> C), tránh gió lùa. Bàn làm rón có đủ ánh sáng và đủ ấm.	
2	Dụng cụ: a) Dụng cụ hồi sức sơ sinh (để ở nơi có thể lấy dễ dàng): máy hút nhớt, máy thở oxy, mặt nạ và bóng hồi sức, cốc đựng xà phòng và cốc đựng nước sạch, gạc vụn khuẩn; b) Dụng cụ cắt rốn - làm rón vụn khuẩn: chỉ không tiêu (hoặc 1 kẹp rón nhựa), 2 kẹp không máu, 1 kéo, băng gạc vụn khuẩn, băng thun hoặc băng cuộn, cồn sát khuẩn 70 <sup>0</sup> , 2 đũa găng vụn khuẩn; c) Thuốc tra mắt: Argylol hoặc Nitrate bạc 0,5%, hoặc Erythromycin 0,5%; nước muối sinh lý; d) Dụng cụ lau khô và ủ ấm: 2 khăn vụn khuẩn, chăn, mũ, áo, Tã khô sạch và ấm cho bé.	
3	NVYT mang trang phục y tế (áo, mũ, khẩu trang), rửa tay, mang găng vụn khuẩn.	
	<b>THỰC HIỆN</b>	
4	Ngay sau khi đầu bé xô ra khỏi TSM, dùng ngón tay quấn gạc vụn khuẩn lau sạch nước ối ở miệng và mũi bé. Nếu có phân su cần hút cho bé càng sâu càng tốt.	
5	Đặt bé lên bụng mẹ, phủ một khăn vụn khuẩn lên người bé.	
6	Lau khô bé ngay theo trình tự: mặt - đầu - gáy - ngực - hông - lưng - 2 cánh tay đến bàn và ngón tay - 2 đùi xuống bàn chân, cuối cùng kết thúc ở mông và bộ phận sinh dục. Dùng bàn tay xát nhẹ vào lưng bé khi đang lau khô để kích thích bé thở. (*)	
7	Thay khăn khô và ấm khác để tiếp tục ủ ấm cho bé, quan sát màu da, hơi thở và nhịp tim của bé, tính điểm APGAR và o phút thứ 1, thứ 5 và thứ 10 sau sinh. (*)	
8	Cặp cắt rốn (chờ dây rốn hết đập mới tiến hành cặp, cắt; trường hợp thai ngạt thì không cần chờ đợi mà tiến hành cặp cắt rốn ngay và tiến hành hồi sức), nếu bé khóc to: đặt bé nằm sấp trên	

<b>ST T</b>	<b>CÁC NỘI DUNG</b>	<b>Điểm</b>
	<b>CHUẨN BỊ</b>	
	ngực mẹ giữa 2 bầu vú.	
9	Sau khi đỡ rau, chuyển bé sang bàn làm rốn và tiến hành làm rốn theo bảng kiểm tương ứng.	
10	Nhỏ thuốc mắt: Argylol hoặc Nitrate bạc 0,5%, hoặc Erythromycin 0,5% hoặc lau mắt bé bằng nước muối sinh lý.	
11	Khám toàn thân bé và kiểm tra dị tật, xác định giới tính. (*)	
12	Mặc áo, quần tã, đội mũ, ủ ấm cho bé.	
13	Cân và đo bé.	
14	Theo dõi bé về toàn trạng, thở, màu sắc da, thân nhiệt, ăn ngủ, đại tiểu tiện, rốn với tần suất phù hợp từng thời điểm (15-20 phút/lần trong vòng 2 giờ đầu sau sinh; 1 giờ/lần từ giờ thứ 3 đến giờ thứ 7; 6 giờ/lần từ giờ thứ 7 đến hết ngày đầu).	
15	Tiêm Vitamin K <sub>1</sub> , vắc-xin viêm gan B, BCG (nếu có)	
16	Trao bé cho gia đình, thông báo tình trạng sức khoẻ của bé, hướng dẫn để bé được bú sữa mẹ sớm trong vòng 1 giờ đầu sau đẻ và hướng dẫn mẹ nhận biết các dấu hiệu bất thường ở bé (bỏ bú, khó thở, tím tái, chảy máu rốn...) để báo ngay cho NVYT.	
17	Thu dọn và xử lý dụng cụ, tháo găng, rửa tay.	
18	Ghi hồ sơ/phiếu chăm sóc.	

Nhận xét:.....  
.....  
.....  
.....

....., ngày      tháng      năm 201..  
**Điều tra viên**



**BẢNG KIỂM HỒI SỨC SƠ SINH NGAY SAU ĐẼ**

Họ và tên:.....

Trình độ chuyên môn:.....

Đơn vị công tác:.....

Cách ghi điểm cho mỗi lần thực hiện:

Làm đúng đủ theo chuẩn mực hay hướng dẫn 2 điểm

Làm đúng chưa đủ hoặc làm đủ chưa đúng theo chuẩn mực hay hướng dẫn 1 điểm

Làm sai hoặc không làm 0 điểm

Những nội dung đánh dấu (\*) là nội dung quan trọng cần được nhân hệ số.

**\*Ghi chú: Nội dung này thực hành trên Mô hình trẻ sơ sinh**

STT	CÁC NỘI DUNG	Điểm
	<b>CHUẨN BỊ</b>	
1	Bàn hồi sức luôn sẵn sàng trong tình trạng sạch, khô, ấm, đủ ánh sáng và có trải khăn sạch.	
2	Dụng cụ: (*) - 3 mảnh gạc vô trùng để lau khô mũi, miệng bé; - 3 mảnh vải sạch để lau khô bé, bọc bé sau khi lau và cuộn tròn để kê dưới vai bé; - Dụng cụ hút nhót phù hợp (máy hút nhót sơ sinh hoặc ống hút nhót có bầu); dụng cụ thở oxy, nguồn oxy; - Bóng hồi sức kóm mặt nạ sạch và phù hợp Cân nặng của trẻ; - Ống nghe.	
3	Giải thích tình trạng sức khỏe hiện tại của bé cho mẹ hoặc người nhà và hướng dẫn những điều cần thiết để khẩn trương hợp tác.	
4	NVYT mang trang phục y tế (áo, mũ, khẩu trang), rửa tay, mang găng vụn khuẩn.	
	<b>THỰC HIỆN</b>	
5	<i>Trong 30 giây đầu tiên:</i> Đánh giá nhanh chỉ số APGAR để xác định tình trạng của bé. Nếu bé không khóc, không thở hoặc tím tái, ủ ấm và tiến hành hồi sức ngay. (*)	
6	<i>Làm thông đường thở:</i> Đặt bé nằm đầu hơi ngửa, khẩn trương hút dịch lần lượt ở miệng	

STT	CÁC NỘI DUNG	Điểm
	<b>CHUẨN BỊ</b>	
	- hầu hống - mũi (đưa ống hút vào dưới 5cm nếu hút qua miệng và dưới 3cm nếu hút qua mũi, hút khi rút ống hút ra). Kích thích thở và đặt mặt nạ trộm qua miệng và mũi của bé, tiến hành bóp bóng qua mặt nạ (hoặc thổi ngạt miệng - miệng hoặc miệng - mũi trong trường hợp không có bóng hồi sức), quan sát ngực bé phồng lên khi bóp bóng hoặc thổi ngạt. (*) Cung cấp oxy (nếu cần).	
7	<i>30 giây tiếp theo:</i> - Nếu bé hồng lại thì chăm sóc thường quy và theo dõi sát; - Nếu bé vẫn không thở: nhanh chóng kiểm tra lại mặt nạ, chỉnh lại tư thế đầu bé và tiếp tục bóp bóng.	
8	<i>Sau 1 phút:</i> - Nếu bé tự thở được: tiếp tục ủ ấm và theo dõi sát mạch, nhịp thở, nhiệt độ. - Nếu bé vẫn không thở: kiểm tra nhịp tim: - <i>Nếu nhịp tim &gt; 60 lần/phút:</i> bóp bóng (hoặc thổi) 40 lần/phút, cung cấp oxy (nếu có), ngừng bóp bóng (hoặc thổi) khi nhịp thở > 30 lần/phút; - <i>Nếu nhịp tim &lt; 60 lần/phút:</i> gọi người hỗ trợ, tiến hành bóp tim ngoài lồng ngực 100-120 lần/phút phối hợp nhịp nhàng với bóp bóng có oxy (hoặc thổi) (đặt ngón trỏ và ngón giữa lên giữa ngực bé, ngay đường núm vú, ấn sâu 1,5cm, mỗi lần ấn đếm 1-2-3, bóp bóng 1 lần hoặc thổi 1 hơi vào lần ấn thứ 4, sau đó lại đếm lại. Không nhắc các ngón tay lên khỏi ngực bé trong khi bóp bóng hoặc thổi). (*)	
9	Sau 1 chu kỳ hô hấp nhân tạo (3 lần ấn tim và 1 lần bóp bóng hoặc thổi), kiểm tra lại nhịp tim và hơi thở của bé. - Nếu bé vẫn chưa thở hoặc tim không đập, tiếp tục bóp tim và bóp bóng (hoặc thổi) trong thời gian ít nhất 20 phút hoặc cho đến khi nhịp tim của bé đạt > 60 lần/phút và bé tự thở được > 30 lần/phút; - Nếu nhịp tim > 60 lần/phút và bé chưa tự thở được: ngừng bóp tim và tiếp tục thổi cho đến khi bé tự thở được.	
10	Nếu bé tự thở được: tiếp tục ủ ấm, cho thở oxy và kích thích cho đến khi bé trở nên hồng hào.	
11	Tiến hành làm rốn và thực hiện các chăm sóc thường quy khác (theo Bảng kiểm chăm sóc sơ sinh ngày đầu sau đẻ).	
	<b>Hoặc</b>	
10	Ngừng hồi sức nếu không thấy có kết quả sau khi đã hồi sức tích cực 30 phút hoặc chuyển tuyến trên nếu điểm APGAR $\leq$ 6.	
11	<i>Từ tuyến huyện trở lên:</i> - Đặt nội khí quản để bóp bóng giúp bé thở ngay;	

STT	CÁC NỘI DUNG	Điểm
	<b>CHUẨN BỊ</b>	
	- Dùng các thuốc và dịch truyền để hồi sức cấp cứu theo chỉ định.	
12	Theo dõi chặt chẽ phát hiện sớm các dấu hiệu bất thường về nhịp thở, nhịp tim và màu sắc da.	
13	Xác định nguyên nhân gây ngạt và chuyển vào khoa sơ sinh hoặc chuyển tuyến cao hơn để tiếp tục điều trị (nếu cần).	
14	Thông báo tình trạng sức khỏe của bé cho mẹ hoặc người nhà, hướng dẫn cụ thể cách theo dõi, chăm sóc bé và hợp tác với NVYT trong quá trình điều trị.	
15	Thu dọn dụng cụ, rửa tay, ghi hồ sơ/phiếu chăm sóc.	
20	Đội mũ, mặc áo, quần Tã, nhỏ mắt, cân bé.	
21	Dùng tăm bông nhỏ lau lỗ mũi và tai bé, tránh đưa sâu vào trong.	
22	Quấn khăn và chuyển bé về giường với mẹ, dặn bà mẹ cho bé bú ngay.	
23	Thu dọn dụng cụ và ghi phiếu chăm sóc.	

Nhận xét:

.....  
.....  
.....

....., ngày tháng năm 201....  
**Điều tra viên**

**BẢNG KIỂM TƯ VẤN NUÔI CON BẰNG SỮA MẸ**

Họ và Tên:.....

Trình độ chuyên môn:.....

Đơn vị công tác:.....

Cách ghi điểm cho mỗi lần thực hiện:

Làm đúng đủ theo chuẩn mực hay hướng dẫn 2 điểm

Làm đúng chưa đủ hoặc làm đủ chưa đúng theo chuẩn mực hay hướng dẫn 1 điểm

Làm sai hoặc không làm 0 điểm

STT	CÁC NỘI DUNG	Điểm
	<b>CHUẨN BỊ</b>	
1	Nơi tư vấn: đảm bảo riêng tư cho KH (tránh bị gián đoạn trong quá trình tư vấn và tránh nhiều người nghe thấy các thông tin cơ bản của KH).	
2	Dụng cụ: tranh ảnh, tờ rơi, tài liệu truyền thông tư vấn nuôi con bằng sữa mẹ.	
3	Người tư vấn: mang trang phục y tế theo quy định.	
	<b>THỰC HIỆN (6 chữ G)</b>	
	<b>G1 - Gặp gỡ</b>	
4	Tiếp đón, chào hỏi KH và người thân gia đình họ niềm nở, thân thiện để họ an tâm ngay từ khi tiếp xúc.	
5	Mời ngồi ngang hàng với người tư vấn. Nếu KH là sản phụ mới sinh, còn mệt nên để họ nằm, người tư vấn ngồi bên cạnh.	
6	Người tư vấn tự giới thiệu: Tên, chức vụ, nhiệm vụ chính tại cơ sở.	
	<b>G2 - Gọi hỏi</b>	
7	Hỏi Tên, tuổi, địa chỉ của KH.	
8	Hỏi về hoàn cảnh sinh sống, tiền sử bệnh tật toàn thân, bệnh phụ khoa.	
9	Hỏi về tình trạng hôn nhân, tiền sử thai nghẹn và sẩy, đẻ trước đây và lần đẻ vừa qua.	
10	Hỏi về tình trạng hoạt động tình dục và BPTT đang áp dụng.	
11	Hỏi về tình trạng kinh nguyệt, đặc biệt là đã có kinh trở lại chưa sau khi đẻ.	
12	Hỏi về kinh nghiệm nuôi con lần sinh trước (nếu có), xem KH đã biết gì về việc nuôi con bằng sữa mẹ.	
13	Dùng các câu hỏi mở, khéo léo gọi hỏi những lo lắng, băn khoăn của KH trong vấn đề nuôi con (nếu có).	
14	Hỏi về tình trạng tiết sữa hiện nay, về biện pháp KH đã dùng để tăng thêm lượng sữa.	
	<b>G3 - Giới thiệu</b>	
15	Giới thiệu với KH về những lợi ích của việc nuôi con bằng sữa mẹ.	
16	Hướng dẫn KH kỹ thuật cho con bú đúng. Chú ý nói những điều khách chưa biết hoặc làm chưa đúng phát hiện được qua phần gọi hỏi.	
17	Hướng dẫn KH các biện pháp để duy trì nguồn sữa mẹ (nhấn mạnh về chế độ ăn, uống của mẹ, cho bú đúng cách, cho con bú mẹ hoàn toàn cả ngày và đêm...).	

STT	CÁC NỘI DUNG	Điểm
	<b>CHUẨN BỊ</b>	
	<b>G4 - Giúp đỡ</b>	
18	Giúp KH hiểu biết đầy đủ về những điều họ muốn biết hoặc những điều họ hiểu chưa đúng (nhấn mạnh việc cần thiết cho trẻ bú mẹ hoàn toàn trong 6 tháng đầu).	
19	Hướng dẫn cho KH thực hành việc cho con bú bằng biện pháp “ <i>cầm tay chỉ việc</i> ” (như cách bế con, ngậm bắt vú, giữ cho sữa xuống từ từ, bú nằm, bú ngồi, nếu sinh đôi: cách cho từng đứa con bú hay cho bú cả hai cùng lúc, cách đánh giá bữa bú của trẻ).	
20	Luôn luôn vui vẻ động viên, an ủi, giúp KH an tâm và tin tưởng rằng họ hoàn toàn có khả năng đủ sữa để nuôi con.	
	<b>G5 - Giải thích</b>	
21	Giải thích cho KH biết cơ chế tiết sữa và cách duy trì tốt nguồn sữa với cách nói cụ thể, đơn giản, dễ hiểu, dễ nhớ, phù hợp với trình độ nhận thức của KH.	
22	Nếu phát hiện KH có những ứng xử chưa phù hợp (ăn kiêng, không uống nhiều nước, không cho bú đêm, cho bú theo giờ, đau vú là ngừng không cho con bú, cho trẻ ăn sữa ngoài vì quan niệm sữa mẹ không tốt...) thì nhẹ nhàng kiên trì góp ý, giải thích, hướng dẫn. Không được tỏ thái độ bức bối, chê bai hoặc áp đặt ý kiến chủ quan cho KH.	
23	Nói rõ các dấu hiệu bất thường, một số bệnh lý về vú cần phải thông báo ngay cho NVYT (sốt, sưng, đau ở núm vú hay bầu vú...).	
24	Giải thích và hướng dẫn cụ thể cho KH cách giữ gìn vệ sinh vú hàng ngày.	
25	Đề nghị KH nhắc lại hoặc làm một số động tác (cách bế con, cho con ngậm bắt vú, theo dõi con bú, kích thích cho trẻ bú liên tục nếu trẻ vừa bú vừa ngủ...) để đảm bảo KH đã thực hành đúng.	
26	Cung cấp các tài liệu TT-GD-TT tư vấn về nuôi con bằng sữa mẹ phù hợp với KH (nếu có).	
	<b>G6 - Gặp lại</b>	
27	Khuyến khích KH và gia đình liên lạc với NVYT bất cứ khi nào thấy cần trao đổi hay cảm thấy bất thường trong việc nuôi con bằng sữa mẹ.	
28	Cung cấp thông tin địa chỉ tiếp đón KH và giúp họ làm tốt việc nuôi con bằng sữa mẹ.	
29	Chào tạm biệt và tiễn KH ra về.	
30	Ghi chép hồ sơ KH.	

Nhận xét:.....

....., ngày tháng năm 201..

**Điều tra viên**

**BẢNG KIỂM XỬ TRÍ SẠC SỮA**

Họ và tên:.....

Trình độ chuyên môn:.....

Đơn vị công tác:.....

Cách ghi điểm cho mỗi lần thực hiện:

Làm đúng đủ theo chuẩn mực hay hướng dẫn 2 điểm

Làm đúng chưa đủ hoặc làm đủ chưa đúng theo chuẩn mực hay hướng dẫn 1 điểm

Làm sai hoặc không làm 0 điểm

Những nội dung đánh dấu (\*) là nội dung quan trọng cần được nhân hệ số.

**Ghi chú: Nội dung này thực hành trên Mô hình trẻ sơ sinh**

STT	CÁC NỘI DUNG	Điểm
	<b>CHUẨN BỊ</b>	
1	Các dụng cụ cấp cứu luôn trong trạng thái sẵn sàng để sử dụng: - Dụng cụ hút nhót phù hợp (máy hút nhót sơ sinh hoặc ống hút nhót có bầu); - Bóng hồi sức kèm mặt nạ sạch và phù hợp cân nặng của trẻ; - Ống nghe. <b>* Trên thực tế dùng Mô hình trẻ sơ sinh do Bộ Y tế cung cấp.</b>	
	<b>THỰC HIỆN</b>	
2	Xác định ngay tình trạng sặc sữa ở trẻ nhỏ.	
3	Ngay khi phát hiện bé bị sặc sữa, đặt bé nằm sấp trên cẳng tay và bàn tay trái hoặc trên đùi của bạn, đầu thấp hơn thân. (*)	
4	Dùng bàn tay phải vỗ 5 cái vào lưng “bé” ở khoảng giữa 2 xương bả vai.	
5	Nếu còn tắc nghẽn: kẹp bé giữa hai bàn tay và hai cẳng tay, đầu thấp hơn thân để chuyển từ sấp sang ngửa, dùng 2 ngón tay (trỏ và giữa) ấn 5 lần vào vị trí dưới điểm cắt của đường nối 2 núm vú với đường giữa ức một khoát ngón tay. (*)	
6	Quan sát vùng mũi và họng của bé, nếu có sữa thì hút sạch. Có thể lặp lại các nội dung 4 và 5 nếu cần.	
7	Trong suốt quá trình cấp cứu phải quan sát và đánh giá trẻ, nếu ngừng tim ngừng thở thì tiến hành hồi sức ngay.	
8	- Tuyên xã: chuyển tuyến khi trẻ đã thở được; - Tuyên huyện: xử trí các biến chứng kèm theo và chuyển tuyến nếu vượt quá khả năng điều trị hoặc tình trạng của bé không cải thiện sau 2 ngày điều trị; - Tuyên tỉnh và trung ương: hỗ trợ hô hấp khi cần và điều trị các biến chứng nặng kèm theo.	
9	Thông báo cho bà mẹ và gia đình tình hình sức khỏe của bé và hướng dẫn những điều cần thiết để hợp tác trong quá trình theo dõi và chăm sóc trẻ.	
10	Thu dọn dụng cụ, rửa tay, ghi hồ sơ/phiếu chăm sóc.	

Nhận

xét:.....

....., ngày tháng năm 201...

**Điều tra viên**

Phụ lục 12:

Mã số:

--	--	--	--

## BẢNG KIỂM TẮM VÀ CHĂM SÓC RỒN CHO TRẺ SƠ SINH

Họ và tên:.....

Trình độ chuyên môn:.....

Đơn vị công tác:.....

Cách ghi điểm cho mỗi lần thực hiện:

Làm đúng đủ theo chuẩn mực hay hướng dẫn 2 điểm

Làm đúng chưa đủ hoặc làm đủ chưa đúng theo chuẩn mực hay hướng dẫn 1 điểm

Làm sai hoặc không làm 0 điểm

STT	CÁC NỘI DUNG	Điểm
	<b>CHUẨN BỊ</b>	
1	NVYT mang trang phục y tế (áo, mũ, khẩu trang), rửa tay thường quy.	
2	Giải thích cho bà mẹ/người nhà về công việc sắp làm và hướng dẫn những điều cần thiết để hợp tác.	
3	Chuẩn bị phòng tắm bé đủ ấm, đóng cửa tránh gió lùa.	
4	Dụng cụ: 2 chậu tắm bé, 1 chậu sạch đựng nước chín ấm 35-37 <sup>0</sup> C (kiểm tra nhiệt độ nước bằng khuỷu tay); dầu gội, xà phòng/sữa tắm bé; trải tấm nilon sạch trên đệm nằm tắm bé; áo, tã, mũ và 2 khăn bông khô sạch cỡ lớn và 2 khăn cỡ nhỏ; cồn 70 <sup>0</sup> , bông cầu/gạc vụn khuẩn; tấm bông nhỏ; bao gạc rốn/băng rốn vụn khuẩn; nước muối sinh lý nhỏ mắt; 1 khay nhỏ đựng 2 kẹp phẫu tích vụn khuẩn, 1 đôi găng sạch; 1 khay hạt đậu; 1 cân bé; dung dịch sát khuẩn tay nhanh.	
	<b>THỰC HIỆN</b>	
5	Bé bé ra bàn tắm, nói chuyện làm quen với bé trước khi tắm.	
6	Đặt 1 khăn bông cỡ lớn lên tấm nilon và quấn bé trong khăn.	
7	Rửa tay thường quy, mang găng tay.	
8	Cởi mũ, áo, tã của bé cho vào chậu đựng đồ bẩn.	
9	Cắt băng, tháo bỏ băng, gạc ở dây rốn để vào khay hạt đậu.	
10	Đứng sao cho tay phải ở cùng bên vôi nước, tránh nước chảy vào mặt bé; tay trái bé trẻ nằm ngửa, phần cẳng tay đỡ dưới lưng và bàn tay đỡ đầu bé, kẹp 2 chân bé vào nách.	
11	Rửa mặt: tay phải dùng gạc mềm nhúng nước chín ấm vắt nhẹ, lau riêng từng bên mắt (từ góc trong ra ngoài); dùng khăn nhỏ nhúng nước sạch lau mũi, tai và các phần còn lại của mặt.	
12	Gội đầu ép 2 vành tai để bịt 2 lỗ tai, làm ướt tóc, thoa dầu gội, xả nước ấm lên đầu và thoa đầu cho sạch dầu gội, lau khô đầu bằng khăn nhỏ.	
13	Thoa xà phòng hoặc sữa tắm bắt đầu từ nửa người trên và xả nước ấm cho sạch xà phòng (lưu ý làm sạch vùng cổ, nách và các nếp gấp da của bé).	
14	Lau sạch vùng sinh dục, sau đó tắm nửa người dưới tương tự như tắm nửa người trên và kết thúc ở bộ phận sinh dục của bé.	

STT	CÁC NỘI DUNG	Điểm
15	Trong khi tắm, luôn cho nước lên người bé để tránh lạnh nhưng không được làm ướt rốn.	
16	Đặt bé lên khăn lau khô người cho bé, quấn bé trong khăn bông to khô và chuyển sang bàn chăm sóc rốn.	
17	Sát khuẩn tay, mở bao gạc rốn, kiểm tra tình trạng rốn.	
18	Dùng kẹp phẫu tích kẹp bông chấm dung dịch cồn 70 <sup>0</sup> và sát khuẩn từ đầu rốn xuống chân dây rốn và rộng ra da bông xung quanh chân dây rốn 3cm (làm 2 lần).	
19	Chờ cồn khô, dùng 1 kẹp phẫu tích nâng dây rốn lên, kẹp thứ 2 gấp gạc đặt phía trên chân dây rốn, gói rốn bằng kẹp, băng rốn.	
20	Đội mũ, mặc áo, quấn tã, nhỏ mắt, cân bé.	
21	Dùng tăm bông nhỏ lau lỗ mũi và tai bé, tránh đưa sâu vào trong.	
22	Quấn khăn và chuyển bé về giường với mẹ, dặn bà mẹ cho bé bú ngay.	
23	Thu dọn dụng cụ và ghi phiếu chăm sóc.	

Nhận xét:.....

.....

....., ngày tháng năm 201..

**Điều tra viên**



**MẪU 2A: CÂU HỎI LƯỢNG GIÁ KIẾN THỨC BÁC SĨ NHI KHOA  
SƠ SINH TUYẾN HUYỆN VỀ CHĂM SÓC SƠ SINH**

Thời gian: 60ph

Họ tên người được phỏng vấn:.....

Trình độ chuyên môn:.....

Đơn vị công tác:.....

Cán bộ Phòng vấn:.....

Ngày phỏng vấn:.....

**Câu 1:** Một trẻ hơn 3 ngày tuổi, mẹ có tiền sử bị nhiễm trùng tử cung hoặc bị sốt trong khi chuyển dạ hoặc sau khi đẻ, hiện tại không có biểu hiện bị bệnh:

(Khoanh tròn vào câu đúng nhất)

- a. Không cần điều trị
- b. Chỉ cần theo dõi
- c. Tiêm kháng sinh tĩnh mạch và theo dõi
- d. Cho uống kháng sinh và theo dõi

**Câu 2:** Chăm sóc trẻ có mẹ bị HIV dương tính bao gồm:

(Khoanh tròn vào câu đúng nhất)

- a. Tôn trọng bí mật riêng tư của người mẹ và gia đình
- b. Chăm sóc trẻ như đối với các trẻ khác
- c. Tiêm phòng cho trẻ tất cả theo thường quy
- d. Tất cả các ý trên

**Câu 3:** Cần phải hồi sức có dùng bóng bóp ngay cho trẻ sơ sinh nếu như nhịp thở của trẻ là: (Khoanh tròn vào câu đúng nhất)

- a. Từ 30 đến 60 lần/phút
- b. Từ 30 đến 40 lần/phút
- c. Từ 20 đến 30 lần/phút
- d. Dưới 20 lần/phút

**Câu 4:** Liều chuẩn của paraldehyde đường trực tràng cho trẻ sơ sinh là:

(Khoanh tròn vào câu đúng nhất)

- a. 3,0 ml/kg Cân nặng, hoà với 2ml dầu lạc.
- b. 3,0 ml/kg Cân nặng hoà với 2ml dầu lạc.
- c. 1,3 ml/kg Cân nặng, hoà với 2ml dầu lạc
- d. 0,5 ml/kg Cân nặng, hoà với 5ml dầu lạc

**Câu 5:** Nếu trên lâm sàng đánh giá vàng da ở mức độ nặng thì việc chiếu đèn nên:

(Khoanh tròn vào câu đúng nhất)

- a. Trì hoãn cho đến khi lấy máu xét nghiệm và có kết quả Bilirubin huyết tương
- b. Chỉ bắt đầu khi cân nặng của trẻ < 2,5kg
- c. Chỉ bắt đầu nếu cân nặng của trẻ > 2,5kg
- d. Bắt đầu ngay lập tức và lấy máu đo nồng độ Bilirubin huyết tương nếu điều kiện cho phép

**Câu 6:** Nếu nghi ngờ trẻ bị tắc hoặc dị dạng tiêu hóa thì:

(Khoanh tròn vào câu đúng nhất)

- a. Phải đặt đường truyền tĩnh mạch và truyền dịch tùy theo tuổi của trẻ

- b. Nếu đã đặt ống thông dạ dày thì nên lưu lại đảm bảo dẫn lưu tự do cho dạ dày
- c. Nên sắp xếp và chuyển khẩn cấp đến bệnh viện tuyến trên hoặc trung tâm chuyên khoa để phẫu thuật
- d. Tất cả các ý trên

**Câu 7:** Nếu trẻ bị ỉa chảy có dấu hiệu mất nước thì:

*(Khoanh tròn vào câu đúng nhất)*

- a. Phải đặt đường truyền và truyền dịch trong khi vẫn cho trẻ bú mẹ
- b. Đặt đường truyền, truyền dịch và ngừng bú mẹ
- c. Đặt đường truyền, truyền dịch và cho sữa mẹ qua đường ống thông dạ dày
- d. Cho trẻ tiếp tục bú mẹ và đánh giá tình trạng mất nước trong 12 giờ

**Câu 8:** Một trẻ đang được điều trị chảy máu dưới màng nhện nên dùng:

*(Khoanh tròn vào câu đúng nhất)*

- a. Vitamin K<sub>1</sub> với liều 1mg tiêm bắp một lần hoặc tiêm tĩnh mạch nếu như có sẵn đường truyền tĩnh mạch, chỉ dùng cho trẻ mới đẻ không tiêm vitamin K<sub>1</sub>
- b. Vitamin K<sub>1</sub> với liều 1mg tiêm bắp một lần hoặc tiêm tĩnh mạch khi có sẵn đường truyền, ngay cả khi đã dùng vitamin K<sub>1</sub> lúc mới đẻ
- c. Vitamin K<sub>1</sub> với liều 1mg hai lần, hoặc tiêm tĩnh mạch nếu đã có sẵn đường truyền, khoảng cách giữa hai liều là 2 giờ
- d. Truyền máu, không quan tâm đến nồng độ hemoglobin

**Câu 9:** Việc điều trị chung của gãy tay hoặc bụi chân ở trẻ sơ sinh bao gồm:

*(Khoanh tròn vào câu đúng nhất)*

- a. Cố định chi bằng nẹp bột
- b. Cố định chi bằng đai và/ hoặc thanh nẹp và dây đai
- c. Kéo chi bị gãy
- d. Để mặc chi bị gãy tự liền

**Câu 10:** Trẻ bị nhiễm trùng rốn nặng cần phải điều trị bằng:

*(Khoanh tròn vào câu đúng nhất)*

- a. Ampicillin và Gentamicin tùy theo cân nặng và độ tuổi của trẻ
- b. Cloxaxillin đơn thuần tùy theo cân nặng và độ tuổi của trẻ
- c. Ampicillin đơn thuần tùy theo cân nặng và độ tuổi của trẻ
- d. Chỉ Gentamicin tùy theo tuổi và Cân nặng của trẻ

**Câu 11:** Ở các nước có tỷ lệ mắc lao cao thì việc tiêm phòng BCG:

*(Khoanh tròn vào câu đúng nhất)*

- a. Nên tiêm ngay sau khi đẻ càng sớm càng tốt, không có ngoại lệ
- b. Nên tiêm càng sớm càng tốt sau khi sinh, đối với trẻ đang mắc bệnh thì phải đợi sau khi khỏi và trước khi ra viện
- c. Nên trì hoãn nếu như người mẹ bị lao phổi thể đang hoạt động và đã điều trị chưa được hai tháng trước khi sinh hoặc là được chẩn đoán lao sau khi sinh
- d. Cả ba và c

**Trả lời đúng hay sai vào các ô tương ứng (đánh dấu X) với các câu từ 12- 26**

	<b>Đúng</b>	<b>Sai</b>
<b>Câu 12:</b> Lắng nghe mỗi quan tâm của người nhà bệnh nhân và khuyến khích họ hỏi là có quan trọng trong khi chăm sóc sơ sinh bất thường.		
<b>Câu 13:</b> Tất cả sơ sinh bệnh và sơ sinh non yếu, thiếu cân cần được đánh giá trước khi tiến hành bất cứ thủ tục hành chính thông thường nào cho phép bệnh nhân vào viện		
<b>Câu 14:</b> Tiến trình đánh giá nhanh chỉ cần thiết nếu sơ sinh được chuyển tới		
<b>Câu 15:</b> Hồi sức dùng bóng và mặt nạ không nên cố gắng làm trừ khi đã có sẵn oxygen		
<b>Câu 16:</b> Phương pháp da kề da là phù hợp để ủ ấm và duy trì thân nhiệt trẻ sơ sinh có những vấn đề đe dọa tính mạng		
<b>Câu 17:</b> Trước khi đưa catheter vào tĩnh mạch rốn, buộc hoặc khâu dây rốn cần được làm xung quanh nền đáy dây rốn và cắt dây rốn phía trên 1- 2 cm		
<b>Câu 18:</b> Yếu tố nguy cơ duy nhất liên quan đến truyền máu là nhiễm virus như HIV và viêm gan B		
<b>Câu 19:</b> Nhiều dấu hiệu có thể thể hiện một vấn đề sức khỏe của trẻ sơ sinh, trong khi một dấu hiệu có thể thể hiện nhiều vấn đề sức khỏe		
<b>Câu 20:</b> Cần nghi ngờ có ngạt nếu sơ sinh có bệnh sử đẻ khó hoặc kéo dài và/ hoặc trẻ không tự thở tự nhiên khi sinh		
<b>Câu 21:</b> Chọc dò tủy sống chỉ nên làm khi có kim chọc dò tủy sống		
<b>Câu 22:</b> Sau khi đặt trực tràng thuốc paraldehyde, nếu trẻ không đáp ứng với liều thuốc trong vòng 5 phút, nên đặt lại liều thuốc đó		
<b>Câu 23:</b> Sơ sinh có đường máu dưới 55mg/dl nên được điều trị với đường máu thấp		
<b>Câu 24:</b> Liệu trị chiếu ánh sáng (phototherapy) không nên bắt đầu trước khi đo lượng bilirubin huyết thanh của sơ sinh		
<b>Câu 25:</b> Nên nghĩ tới chẩn đoán dị tật hoặc tắc dạ dày ruột với sơ sinh có nôn và/ hoặc chướng bụng, nếu ống thông dạ dày không qua được		
<b>Câu 26:</b> Với trẻ sơ sinh bị thiếu nước do ỉa chảy nên điều trị bằng truyền dịch, và cho ngừng bú sữa mẹ		

**Câu 27:** Khi nào trẻ sơ sinh cần khám:  
(Khoanh tròn vào câu đúng nhất)

- a. Ngay sau khi sinh
- b. Trong vòng 12h đầu sau sinh
- c. Sau lần bú đầu tiên
- d. Trong vòng giờ đầu
- e. Câu b, c, d đúng

**Câu 28:** Nguyên tắc khám trẻ sơ sinh là ưu tiên, không để trẻ chờ, khám khi có người thân và hai nguyên tắc nữa là: (Điền vào chỗ trống)

- a. ....
- b. ....

**Câu 29:** Trước khi khám một trẻ 2 giờ tuổi, nên:  
(Khoanh tròn vào câu đúng nhất)

- a. Rửa tay bằng xà phòng và lau bằng khăn sạch, sau đó mang găng
- b. Rửa tay bằng xà phòng và lau bằng khăn sạch
- c. Tắm trẻ bằng nước và xà phòng
- d. Mang găng vô trùng

**Câu 30:** Các tiêu chuẩn lựa chọn trẻ cho áp dụng phương pháp KMC toàn diện tại bệnh viện. (Điền vào chỗ trống)

- a. ....
- b. ....
- c. ....
- d. ....

**Câu 31:** Vị trí bím tim ngoài lồng ngực  
(Khoanh tròn vào câu đúng nhất)

- a. Đường nối 2 vú
- b. Đường nối 2 vú xuống 1 khoát ngón tay
- c. 1/3 dưới lồng ngực
- d. 1/3 giữa lồng ngực

**Câu 32:** Khoanh tròn vào các tình huống cần chuyển trẻ cấp cứu lên tuyến trên:  
(Khoanh tròn vào các ý đúng)

- a. Trẻ bỏ bú
- b. Đi ngoài 3 lần/ ngày, phân nhiều nước
- c. Co giật
- d. Bú mẹ 5 lần/ ngày
- e. Nhiệt độ cơ thể 36<sup>0</sup>C
- f. Vàng da ngay sau khi đẻ

**Câu 33:** Khoanh tròn vào các dấu hiệu cần đưa trẻ đến cơ sở y tế càng nhanh càng tốt (Khoanh tròn vào các ý đúng)

- a. Sốt 38<sup>0</sup>5
- b. Vàng da kéo dài
- c. Trật khớp háng bẩm sinh
- d. Trẻ đẻ nhẹ cân

**Câu 34:** Khi bệnh nhân ở trong tình trạng nặng cần được chăm sóc và điều trị tích cực, BHYT cần: *(Đánh dấu x vào ô tương ứng đúng, sai)*

Nội dung	Đúng	Sai
Nói với người nhà là bệnh nhân nặng là do người nhà đưa đến quá muộn.		
Cho bà mẹ ở cùng với trẻ.		
Phải cố gắng cho trẻ bú sữa mẹ hoàn toàn ngay cả khi trẻ phải thở oxy.		
Cho tất cả người nhà vào thăm trẻ.		
Không cho những người bị sốt hoặc bị bệnh truyền nhiễm vào thăm trẻ.		
Không cần phải thay quần áo vào thăm trẻ.		

**Câu 35:** Phòng ngừa thiếu vitamin K:

*(Khoanh tròn vào câu đúng nhất)*

- Chỉ dành cho các trẻ sinh non.
- Chỉ dành cho các trẻ có nguy cơ cao.
- Chỉ dành cho trẻ sinh tại nhà.
- Dành cho tất cả trẻ sơ sinh.

**Câu 36:** Vị trí chọc dò màng phổi là:

*(Khoanh tròn vào câu đúng nhất)*

- Liên sườn 2- 3 đường giữa xương đũa.
- Liên sườn 2- 3 đường nách giữa.
- Liên sườn 2- 3, bờ dưới xương sườn.

**Câu 37:** Vị trí chọc dò nước não tủy:

*(Khoanh tròn vào câu đúng nhất)*

- Khe giữa đốt sống lưng 2- 3
- Khe giữa đốt sống lưng 4- 5

**Câu 38:** Tư thế bệnh nhân khi tiến hành động tác vỗ lưng, ấn ngực trong cấp cứu sắc sủa là: *(Khoanh tròn vào câu trả lời đúng nhất)*

- Đầu ở vị trí thấp
- Đầu ở vị trí cao
- Trẻ nằm ngửa, kê gối

**Câu 39:** Thiết lập một đường truyền nội tủy xương.

*(Khoanh tròn vào các câu trả lời đúng)*

- Thiết lập một đường truyền nội tủy xương để truyền dịch trong trường hợp khẩn cấp mà không lấy được tĩnh mạch ngoại biên hoặc TM rốn.
- Có thể cho các loại thuốc cấp cứu, ngay cả Adrenalin và Bicarbonate vào cơ thể qua đường truyền nội tủy xương.
- Có thể truyền máu vào cơ thể qua đường truyền nội tủy xương.
- Đường truyền nội tủy xương chỉ có thể lưu lại không quá 8 giờ đồng hồ.
- Biến chứng của truyền nội tủy xương là viêm tủy xương.

**Câu 40:** *Đánh dấu x vào ô tương ứng đúng, sai*

- Tuyệt đối không nên tiêm chủng thường quy cho trẻ sơ sinh có mẹ bị HIV dương tính  
Đúng  Sai
- Cho (sơ sinh) ăn thay thế là lựa chọn số 1 trong trường hợp mẹ bị nhiễm HIV nếu gia đình có khả năng  
Đúng  Sai

## Phụ lục 14

### **Mẫu 2B: CÂU HỎI ĐÁNH GIÁ KIẾN THỨC VỀ CHĂM SÓC SƠ SINH CỦA BÁC SĨ SẢN KHOA TUYẾN HUYỆN**

Họ tên người được phỏng vấn:.....

Trình độ chuyên môn:.....

Đơn vị công tác:.....

Cán bộ Phòng vấn:.....

Ngày phỏng vấn:.....

**Câu 1:** Một trẻ hơn 3 ngày tuổi, mẹ có tiền sử bị nhiễm trùng tử cung hoặc sốt trong khi chuyển dạ hoặc sau khi đẻ, hiện tại không có biểu hiện bị bệnh:

*(Khoanh tròn vào câu trả lời đúng nhất)*

- Không cần điều trị.
- Chỉ cần theo dõi.
- Tiêm kháng sinh tĩnh mạch và theo dõi.
- Cho uống kháng sinh và theo dõi.

**Câu 2:** Chăm sóc trẻ có mẹ bị HIV dương tính bao gồm:

*(Khoanh tròn vào câu trả lời đúng nhất)*

- Tôn trọng bí mật riêng tư của người mẹ và gia đình.
- Chăm sóc trẻ như đối với các trẻ khác.
- Tiêm phòng cho trẻ tất cả theo thường quy.
- Tất cả các ý trên.

**Câu 3:** Cần phải hồi sức có dùng bóp bóng ngay cho trẻ nếu như nhịp thở của trẻ là:

*(Khoanh tròn vào câu trả lời đúng nhất)*

- Từ 30 đến 60 lần/phút.
- Từ 30 đến 40 lần/phút.
- Từ 20 đến 30 lần/phút.
- Dưới 20 lần/phút.

**Câu 4:** Liều chuẩn của paraldeyde đường trực tràng cho trẻ sơ sinh là

*(Khoanh tròn vào câu trả lời đúng nhất)*

- 3,0 ml/kg Cân nặng, hoà với 2ml dầu lạc.
- 3,0 ml/kg Cân nặng hoà với 2ml dầu lạc.
- 1,3 ml/kg Cân nặng, hoà với 2ml dầu lạc
- 0,5 ml/kg Cân nặng, hoà với 5ml dầu lạc

**Câu 5:** Nếu trên lâm sàng đánh giá vàng da ở mức độ nặng thì việc chiếu đèn nên:

*(Khoanh tròn vào câu trả lời đúng nhất)*

- Trì hoãn cho đến khi lấy máu xét nghiệm và có kết quả Bilirubin huyết tương.
- Chỉ bắt đầu khi cân nặng của trẻ < 2,5kg.
- Chỉ bắt đầu nếu cân nặng của trẻ > 2,5kg.
- Bắt đầu ngay lập tức và lấy máu đo nồng độ Bilirubin huyết tương nếu điều kiện cho phép.

**Câu 6:** Nếu nghi ngờ trẻ bị tắc hoặc dị dạng tiêu hóa thì:

*(Khoanh tròn vào câu trả lời đúng nhất)*

- Phải đặt đường truyền tĩnh mạch và truyền dịch tùy theo tuổi của trẻ.

- f. Nếu đã đặt ống thông dạ dày thì nên lưu lại đảm bảo dẫn lưu tự do cho dạ dày.
- g. Nên sắp xếp và chuyển khẩn cấp đến bệnh viện tuyến trên hoặc trung tâm chuyên khoa để phẫu thuật.
- h. Tất cả các ý trên.

**Câu 7:** Nếu trẻ bị ỉa chảy có dấu hiệu mất nước thì:

*(Khoanh tròn vào câu trả lời đúng nhất)*

- e. Phải đặt đường truyền và truyền dịch trong khi vẫn cho trẻ bú mẹ.
- f. Đặt đường truyền, truyền dịch và ngừng bú mẹ.
- g. Đặt đường truyền, truyền dịch và cho sữa mẹ qua đường ống thông dạ dày.
- h. Cho trẻ tiếp tục bú mẹ và đánh giá tình trạng mất nước trong 12 giờ.

**Câu 8:** Việc điều trị chung của gãy tay hoặc chân ở trẻ sơ sinh bao gồm:

*(Khoanh tròn vào câu trả lời đúng nhất)*

- e. Cố định chi bằng nẹp bột.
- f. Cố định chi bằng đai và/ hoặc thanh nẹp và dây đai.
- g. Kéo chi bị gãy.
- h. Để mặc chi bị gãy tự liền.

**Câu 9:** Trẻ bị nhiễm trùng rôn nặng cần phải điều trị bằng:

*(Khoanh tròn vào câu trả lời đúng nhất)*

- e. Ampicillin và Gentamicin tùy theo cân nặng và độ tuổi của trẻ.
- f. Cloxaxillin đơn thuần tùy theo cân nặng và độ tuổi của trẻ.
- g. Ampicillin đơn thuần tùy theo cân nặng và độ tuổi của trẻ.
- h. Chỉ Gentamicin tùy theo tuổi và Cân nặng của trẻ.

**Trả lời đúng hay sai vào các ô tương ứng (đánh dấu X) với các câu từ 10- 16**

	Đúng	Sai
<b>Câu 10:</b> lắng nghe mỗi quan tâm của người nhà bệnh nhân và khuyến khích họ hỏi là quan trọng trong chăm sóc sơ sinh bất thường		
<b>Câu 11:</b> Hồi sức dùng bóng và mặt nạ không nên cố gắng làm trừ khi đã có sẵn oxygen		
<b>Câu 12:</b> Yếu tố nguy cơ duy nhất liên quan đến truyền máu là nhiễm virus như HIV và viêm gan B		
<b>Câu 13:</b> Nhiều dấu hiệu có thể thể hiện một vấn đề sức khỏe của trẻ sơ sinh, trong khi một dấu hiệu có thể thể hiện nhiều vấn đề sức khỏe.		
<b>Câu 14:</b> Cần nghi ngờ có ngạt nếu sơ sinh có bệnh sử dễ khó hoặc kéo dài và/ hoặc trẻ không thở tự nhiên khi sinh.		
<b>Câu 15:</b> Sơ sinh có đường máu dưới 55mg/dl nên được điều trị với đường máu thấp.		
<b>Câu 16:</b> Xương bị rời ra khỏi vị trí bình thường sau một cuộc đẻ khó chắc chắn là gãy xương.		

**Câu 17:** Khi nào trẻ sơ sinh cần khám:

*(Khoanh tròn vào câu trả lời đúng nhất)*

- a. Ngay sau khi sinh
- b. Trong vòng 12 giờ đầu sau sinh
- c. Sau cữ bú đầu tiên

- d. Trong vòng giờ đầu
- e. Câu b, c, d đúng

**Câu 18:** Liệt kê 8 nội dung chăm sóc sơ sinh thiết yếu ngay sau đẻ:  
(Điền vào chỗ trống)

- a. ....
- b. ....
- c. ....
- d. ....
- e. ....
- f. ....
- g. ....

**Câu 19:** Trước khi khám một trẻ 2 giờ tuổi cần:

(Khoanh tròn vào câu trả lời đúng nhất)

- e. Rửa tay bằng xà phòng và lau bằng khăn sạch, sau đó mang găng.
- f. Rửa tay bằng xà phòng và lau bằng khăn sạch.
- g. Tắm trẻ bằng nước và xà phòng.
- h. Mang găng vô trùng.

**Câu 20:** Chăm sóc rốn trẻ bao gồm:

(Khoanh tròn vào câu trả lời đúng nhất)

- a. Sát khuẩn bằng cồn.
- b. Băng rốn bằng gạc vô trùng.
- c. Rửa rốn với nước đun sôi để nguội và để hở rốn.
- d. Bụi thuốc kháng sinh lên rốn.

**Câu 21:** Nên bắt đầu cho trẻ bú mẹ:

(Khoanh tròn vào câu trả lời đúng nhất)

- a. Sau khi tắm trẻ lần đầu tiên.
- b. Khi trẻ bắt đầu khóc.
- c. Trong 1 giờ đầu sau sinh.
- d. Khi có sữa mẹ.

**Câu 22:** Những tình huống nào sau đây có thể làm trẻ bị lạnh trong giai đoạn từ sau khi đẻ đến khi xuất viện: (Đánh dấu x vào ô tương ứng đúng, sai)

	Tình huống trẻ bị lạnh	Đúng	Sai
1	Phòng quá lạnh		
2	Trẻ bị gió lùa		
3	Trẻ nằm gần cửa sổ mở toang		
4	Trẻ không được lau khô ngay sau khi đẻ		
5	Đầu không khô		
6	Đầu để trần không được che đội		
7	Trẻ được đặt trực tiếp trên bề mặt lạnh		
8	Không có sự tiếp xúc trực tiếp da với da		
9	Trẻ không có đủ quần áo mặc		
10	Trẻ không nằm với mẹ		



	Tình huống trẻ bị lạnh	Đúng	Sai
11	Trẻ được bọc quá chặt		
12	Trẻ không có đủ chăn bọc ấm		
13	Trẻ không được cho bú		
14	Trẻ được tắm ngay sau khi đẻ		
15	Trẻ không được che đậy tốt khi tiến hành hồi sức sơ sinh		

**Câu 23:** Những cách thức nào dưới đây có thể dùng giữ ấm cho trẻ sau khi đẻ đến lúc xuất viện: (Đánh dấu x vào ô tương ứng đúng, sai)

	Cách giữ ấm cho trẻ	Đúng	Sai
1	Đảm bảo nhiệt độ trong phòng là 25 <sup>0</sup> C - 28 <sup>0</sup> C		
2	Đắp thêm chăn nếu phòng không đủ ấm		
3	Lau khô trẻ ngay sau đẻ: lau khô toàn bộ		
4	Đề đầu không khô		
5	Đề đầu trần không được đội mũ		
6	Đặt trẻ trực tiếp trên bề mặt lạnh		
7	Đặt trẻ tiếp xúc da kề da với mẹ		
8	Không để trẻ nằm với mẹ		
9	Bọc chặt trẻ		
10	Không cho trẻ bú mẹ		
11	Tắm ngay sau khi đẻ		

**Câu 24:** Trẻ đẻ non tháng là: (Khoanh tròn vào câu trả lời đúng nhất)

- Trẻ có cân nặng khi đẻ < 2500g.
- Trẻ sinh ra trước tuần thai thứ 37.
- Trẻ trên da có nhiều lông tơ
- Trẻ chưa có phản xạ bú
- Trẻ bị suy hô hấp

**Câu 25:** Hãy nêu nguyên tắc cơ bản trong chăm sóc trẻ đẻ non/ nhẹ cân:  
(Điền vào chỗ trống)

- .....
- .....
- .....

**Câu 26:** Hãy nêu ít nhất 5 vấn đề thường gặp của trẻ sơ sinh non tháng và nhẹ cân:  
(Điền vào chỗ trống)

- .....
- .....
- .....
- .....
- .....

**Câu 27:** Hãy nêu 1 điểm chung và 1 điểm khác nhau cơ bản giữa sơ sinh non tháng và trẻ chậm phát triển trong tử cung: (Điền vào chỗ trống)

- Điểm chung .....
- Điểm khác .....

**Câu 28:** (Điền vào chỗ trống)

- Loại dị tật ở vị trí nào trên cơ thể trẻ sơ sinh bắt buộc phải thực hiện được (nếu có) để giải quyết sớm ngay sau đẻ? .....

Hãy nêu một dấu hiệu lâm sàng chung nhất của dị dạng không có hậu môn và tắc ruột là gì ?

.....  
**Câu 29:** Hãy nêu 2 tai biến thường gặp nhất ở trẻ sơ sinh ngay sau đẻ:  
(Điền vào chỗ trống)

a. .... b. ....

**Câu 30:** Các thao tác hồi sức sơ sinh: (Đánh dấu x tương ứng vào ô đúng, sai)

Thao tác	Đ	S
a. Hút họng hầu		
b. Kích thích hô hấp ngoài da ở lưng và gót chân		
c. Hỗ trợ hô hấp bằng mặt nạ		
d. Hà hơi thổi ngạt mồm- mồm		
e. Tưới cồn lên bụng trẻ		
f. Xoa bóp tim ngoài lồng ngực		
g. Đốc ngược trẻ lên		

**Câu 31:** Các dấu hiệu đánh giá kết quả hồi sức tốt:  
(Đánh dấu x tương ứng vào ô đúng, sai)

Thao tác	Đ	S
a. Hồng hào		
b. Thở đều		
c. Khóc rên		
d. Nhịp tim > 100 lần/phút		
e. Trương lực cơ nhẽo		
f. Phản xạ tốt		
g. Nhiệt độ cơ thể <36 <sup>0</sup> C		
h. Bú tốt		

**Câu 32:** Thời gian tối đa để xác định ngừng thở là:  
(Khoanh tròn vào câu trả lời đúng nhất)

- a. 5 giây
- b. 10 giây
- c. 30 giây
- d. 60 giây

**Câu 33:** Tỷ lệ ép tim - bóp bóng trẻ sơ sinh là:  
(Khoanh tròn vào câu trả lời đúng nhất)

- a. 5/1
- b. 3/1
- c. 15/2
- d. 1/15

**Câu 34:** Vị trí bóp tim ngoài lồng ngực:  
(Khoanh tròn vào câu trả lời đúng nhất)

- a. Đường nối 2 vú
- b. Đường nối 2 vú xuống 1 khoát ngón tay
- c. 1/3 dưới lồng ngực
- d. 1/3 giữa lồng ngực

**Câu 35:** các tình huống cần chuyển trẻ cấp cứu lên tuyến trên:  
(Khoanh tròn vào các ý đúng)

- a. Trẻ bỏ bú.
- b. Đi ngoài 3 lần một ngày, phân nhiều nước.

- c. Co giật.
- d. Bú mẹ 5 lần/ngày.
- e. Nhiệt độ cơ thể 36<sup>0</sup>C.
- f. Vàng da ngay sau khi đẻ.

**Câu 36:** Cần đưa trẻ đến cơ sở y tế càng nhanh càng tốt nếu có một trong các dấu hiệu sau: *(Khoanh tròn vào các ý đúng)*

- a. Sốt 38<sup>0</sup>5.
- b. Vàng da kéo dài.
- c. Trật khớp hông bẩm sinh.
- d. Trẻ đẻ nhẹ cân.

**Câu 37:** Khi bệnh nhân ở trong tình trạng nặng cần chăm sóc và điều trị tích cực BHYT cần: *(Đánh dấu x tương ứng vào ô đúng, sai)*

	Đúng	Sai
Nói với người nhà bệnh nhân nặng là do người nhà đưa đến quá muộn		
Cho bà mẹ ở cùng với trẻ		
Phải cố gắng cho con dùng sữa mẹ hoàn toàn ngay cả khi trẻ phải thở oxy		
Cho tất cả người nhà vào thăm		
Không cho những người bị sốt hoặc bị bệnh truyền nhiễm vào thăm trẻ		
Không cần phải thay quần áo khi vào thăm trẻ		

**Câu 38:** *Đánh dấu x tương ứng vào ô đúng, sai*

	Đúng	Sai
Tất cả trẻ đẻ ra trong vòng 7 ngày đều phải nằm tại khoa sản		
Chỉ có bác sĩ nhi mới được phép hỏi sức sơ sinh		
Cần phải có chỗ để hỏi sức sơ sinh ngay trong phòng đẻ		
Cán bộ đỡ đẻ cần phải có kỹ năng chăm sóc thiết yếu trẻ sơ sinh		

**Câu 39:** Phòng ngừa thiếu vitamin K:

*(Khoanh tròn vào câu trả lời đúng nhất)*

- A. Chỉ dành cho các trẻ sinh non
- B. Chỉ dành cho các trẻ có nguy cơ cao
- C. Chỉ dành cho các trẻ sơ sinh tại nhà
- D. Dành cho tất cả trẻ sơ sinh

**Câu 40:** *Đánh dấu x tương ứng vào ô đúng, sai*

- a. Tuyệt đối không nên tiêm chủng thường quy trẻ sơ sinh có mẹ bị HIV dương tính  
 Đúng  Sai
- b. Cho (sơ sinh) ăn thay thế là lựa chọn số 1 trong trường hợp mẹ bị nhiễm HIV nếu gia đình có khả năng  
 Đúng  Sai

--	--	--	--

## MẪU 2C: CÂU HỎI ĐÁNH GIÁ KIẾN THỨC VỀ CHĂM SÓC SƠ SINH CỦA NỮ HỘ SINH/ĐIỀU DƯỠNG TUYẾN HUYỆN

Thời gian: 60 ph

Họ tên người được phỏng vấn:.....

Trình độ chuyên môn:.....

Đơn vị công tác:.....

Cán bộ Phỏng vấn:.....

Ngày phỏng vấn:.....

**Câu 1:** Điều trị hạ thân nhiệt bao gồm:

*(Khoanh tròn vào ý đúng nhất)*

- a. Làm ấm trẻ bằng cách cho tiếp xúc trực tiếp da kề da giữa trẻ và mẹ nếu như có mẹ ở đó.
- b. Động viên mẹ cho bú thường xuyên hơn.
- c. Điều trị nhiễm trùng.
- d. Tất cả các giải pháp nêu trên.

**Câu 2:** Chẩn đoán có khả năng cho bú sai tư thế dựa vào:

*(Khoanh tròn vào ý đúng nhất)*

- a. Tiền sử hay chí và/ hoặc sặc trong khi bú, ngoài ra trẻ vẫn khỏe mạnh bình thường.
- b. Tiền sử người mẹ không có khả năng cho con bú tốt và khám trẻ vẫn bình thường.
- c. Trẻ bú chậm và chùng mệt, ngoài ra khám trẻ vẫn bình thường.
- d. Không phải các ý nêu trên.

**Câu 3:** Cho ăn sữa mẹ qua ống thông dạ dày bao gồm:

*(Khoanh tròn vào ý đúng nhất)*

- a. Đặt ống thông dạ dày và phải xác định chắc chắn ống thông ở đúng vị trí trước mỗi lần cho ăn.
- b. Cho phép người mẹ nhìn nhân viên y tế cho ăn qua ống thông.
- c. Động viên người mẹ giữ trẻ và tham gia vào việc cho ăn .
- d. Không phải các ý kiến trên.

**Câu 4:** Các môn mù/ môn nước trên da của trẻ sơ sinh nên được:

*(Khoanh tròn vào ý đúng nhất)*

- a. Rửa bằng dung dịch sát khuẩn và miếng gạc xốp, mịn sạch và phủ kín bằng băng khô.
- b. Rửa bằng dung dịch sát khuẩn và miếng gạc xốp mịn sạch và phủ bằng khăn ướt.
- c. Rửa bằng dung dịch kháng khuẩn và miếng xốp mịn sạch, lau bằng dung dịch tím gentian 0,5% hai lần một ngày.
- d. Rửa bằng dung dịch kháng khuẩn và miếng xốp mịn sạch, lau bằng dung dịch tím gentian 0,5% bốn lần một ngày.

**Câu 5:** Sau khi chọc hút vào ổ áp xe”:

*(Khoanh tròn vào ý đúng nhất)*

- a. Dùng một miếng gạc vô khuẩn lấy mẫu mủ để xét nghiệm.
- b. Nén phủ túi mủ bằng kẹp vô trùng hoặc đã được tiệt trùng tốt.

- c. Rửa ô áp xe bằng dung dịch dùng truyền tĩnh mạch và để vết thương hở.
- e. Tất cả các ý kiến trên.

**Câu 6:** Khi trẻ được ra viện người mẹ cần được:

(Khoanh tròn vào ý đúng nhất)

- a. Tư vấn về việc chăm sóc ở nhà và hẹn khám lại để theo dõi.
- b. Tư vấn về việc chăm sóc tại nhà và chỉ quay lại khi trẻ có vấn đề.
- c. Tư vấn chăm sóc tại nhà
- d. Hẹn tái khám để theo dõi.

**Đánh dấu X tương ứng với câu trả lời đúng (Đ) hay (S) cho mỗi câu từ câu 7 đến câu 29**

	Đúng	Sai
<b>Câu 7:</b> Lắng nghe mỗi quan tâm của người nhà bệnh nhân và khuyến khích họ hỏi là quan trọng trong khi chăm sóc sơ sinh bất thường.		
<b>Câu 8:</b> Các dung dịch khử khuẩn và khử nhiễm (khử uế) có cùng chung mục đích .		
<b>Câu 9:</b> phương pháp da kề da là phù hợp để ủ ấm và duy trì thân nhiệt trẻ sơ sinh có những vấn đề đe dọa tính mạng.		
<b>Câu 10:</b> Nếu trẻ sơ sinh cần được chuyển tới bệnh viện tuyến trên hoặc bệnh viện chuyên khoa, cần chuyển bà mẹ đi cùng nếu có thể.		
<b>Câu 11:</b> Các tĩnh mạch bàn tay và bàn chân, cũng như các tĩnh mạch vùng cổ và đùi, có thể dùng lấy máu xét nghiệm thường quy.		
<b>Câu 12:</b> Nên sử dụng kim tiêm cỡ 25- hoặc 27 để tiêm trong da.		
<b>Câu 13:</b> Trong 15 phút đầu tiên sau khi bắt đầu truyền máu, cần theo dõi diện mạo chung, thân nhiệt, nhịp tim, và nhịp thở của trẻ 5 phút một lần.		
<b>Câu 14:</b> Nên sử dụng đường tĩnh mạch để tiêm kháng sinh cho trẻ bệnh.		
<b>Câu 15:</b> Trẻ sơ sinh có mẹ bị HIV dương tính không nên tiêm chủng thường quy.		
<b>Câu 16:</b> Hạ thân nhiệt trung bình là chắc chắn nếu thân nhiệt sơ sinh từ 32,0 <sup>0</sup> C đến 36,4 <sup>0</sup> C.		
<b>Câu 17:</b> Đo thân nhiệt qua đường trực tràng chỉ nên dùng nếu thân nhiệt quá thấp được xác định qua lấy thân nhiệt thường xuyên đường nách.		
<b>Câu 18:</b> Một phần quan trọng của đánh giá trẻ sơ sinh khó bú là quan sát kỹ năng cho con bú của bà mẹ.		
<b>Câu 19:</b> Chỉ nên khuyến khích cho bú sữa mẹ sớm và hoàn toàn nếu trẻ không có vấn đề gì bất thường lúc sinh và sau sinh.		
<b>Câu 20:</b> Trẻ thiếu cân thường bú khó, đơn giản vì chúng chưa phát triển đầy đủ để có thể bú tốt.		
<b>Câu 21:</b> Xác định vị trí chính xác của ống thông dạ dày chỉ cần thiết khi đặt ống và không cần thiết trước mỗi lần cho ăn qua ống thông.		
<b>Câu 22:</b> Xương bị rời ra khỏi vị trí bình thường sau một cuộc đẻ khó chắc chắn là gãy xương.		
<b>Câu 23:</b> Một thành tố quan trọng trong chăm sóc sơ sinh có khuyết tật là cần nâng đỡ về tình cảm và làm an lòng bà mẹ.		
<b>Câu 24:</b> Nhiễm khuẩn da ở sơ sinh hiếm khi lây nhiễm.		

	<b>Đúng</b>	<b>Sai</b>
<b>Câu 25:</b> Rốn bị đỏ và sưng với bán kính 1cm xung quanh rốn cần được coi là nhiễm khuẩn rốn nặng .		
<b>Câu 26:</b> Sau khi chích và vá dẫn lưu ổ áp xe, vết thương cần được phủ bằng gạc khô và găng băng không thấm nước.		
<b>Câu 27:</b> Những trẻ thiếu cân và/ hoặc có bệnh vàng da không nên tiêm chủng lúc sinh .		
<b>Câu 28:</b> Phương pháp thường dùng nhất trong theo dõi và đánh giá sự tăng trưởng của trẻ sơ sinh là cân nặng.		
<b>Câu 29:</b> Một trẻ sơ sinh bị ốm nặng có thể cân hoặc không cân theo dõi sau khi ra viện.		

**Câu 30:** Khi nhận bé sơ sinh đến khám 2 việc cần là xong xong là:

*(Điền vào chỗ trống)*

- a. ....
- b. ....

**Câu 31:** Liệt kê 8 nội dung chăm sóc sơ sinh thiết yếu ngay sau khi sinh:

*(Điền vào chỗ trống)*

1. ....
2. ....
3. ....
4. ....
5. ....
6. ....
7. ....
8. ....

**Câu 32:** Chăm sóc rốn trẻ bao gồm:

*(Khoanh tròn vào ý đúng nhất)*

- a. Sát khuẩn bằng cồn.
- b. Băng rốn bằng gạc vô trùng.
- c. Rửa rốn với nước đun sôi để nguội và để hở rốn.
- d. Bụi thuốc kháng sinh lên rốn.

**Câu 33:** Nên bắt đầu cho trẻ bú mẹ:

*(Khoanh tròn vào ý đúng nhất)*

- a. Sau khi trẻ tắm lần đầu tiên.
- b. Khi trẻ bắt đầu khóc.
- c. Trong 1 giờ đầu sau sinh.
- d. Khi có sữa mẹ.

**Câu 34:** Hãy nêu 2 tai biến thường bắt gặp nhất ở trẻ sơ sinh ngay sau khi đẻ:

*(Điền vào chỗ trống)*

- a. ....
- b. ....

**Câu 35:** Hãy chọn việc nào sau đây cần được làm ngay sau khi sinh với trẻ sơ sinh:

*(Khoanh tròn vào ý đúng nhất)*

- a. Đếm nhịp tim.
- b. Đánh giá nhịp thở.
- c. Đánh giá màu sắc da.
- d. Kẹp cắt rốn.

**Câu 36:** Hãy chọn những việc làm đồng thời sau là đúng nhất cho trẻ ngay sau sinh:  
(Khoanh tròn vào ý đúng nhất)

- a. Kẹp rốn và lau khô.
- b. Đánh giá nhịp thở và lau khô.
- c. Đếm nhịp tim và đánh giá trương lực cơ.
- d. Làm rốn và quấn tã.

**Câu 37:** Thời gian tối đa để xác định ngừng thở là:  
(Khoanh tròn vào ý đúng nhất)

- a. 5 giây
- b. 10 giây
- c. 30 giây
- d. 60 giây

**Câu 38:** chọn vị trí tiếp bắp tốt nhất ở trẻ sơ sinh:  
(Khoanh tròn vào ý đúng nhất)

- a. Nhóm cơ Delta
- b. Nhóm cơ ở mông, ở phần tư phía trên bên ngoài
- c. Nhóm cơ tứ đầu đùi, phía ngoài
- d. Nhóm cơ tứ đầu đùi, phía trong
- e. Tất cả đều đúng.

--	--	--	--

**MẪU 2E: CÂU HỎI ĐÁNH GIÁ KIẾN THỨC CỦA NỮ HỘ SINH VÀ  
BÁC SĨ TUYỂN XÃ VỀ CHĂM SÓC SƠ SINH**

Thời gian: 45 phút

Họ tên người được phỏng vấn:.....

Trình độ chuyên môn:.....

Đơn vị công tác:.....

Cán bộ Phòng vấn:.....

Ngày phỏng vấn:.....

**Câu 1:** Khi đo nhiệt độ trực tràng sơ sinh thì nhiệt kế nên đặt trong trực tràng:

*(Khoanh tròn vào ý đúng nhất)*

- a. Độ sâu tối đa 2cm.
- b. Độ sâu tối đa 3cm.
- c. Độ sâu tối đa 4cm.
- d. Độ sâu tối đa 5cm.

**Câu 2:** Chẩn đoán có khả năng cho bú sai tư thế dựa vào:

*(Khoanh tròn vào ý đúng nhất)*

- a. Tiền sử hay chí và/ hoặc sặc trong khi bú, ngoài ra trẻ vẫn khỏe mạnh bình thường.
- b. Tiền sử người mẹ không có khả năng cho con bú tốt và khám trẻ vẫn bình thường.
- c. Trẻ bú chậm và chùng mệt, ngoài ra khám trẻ vẫn bình thường.
- d. Không phải các ý nêu trên.

**Câu 3:** Nguyên lý cơ bản của việc cho bú sữa mẹ đơn thuần bao gồm:

*(Khoanh tròn vào ý đúng nhất)*

- a. Động viên cho bú mẹ sớm và chỉ bú sữa mẹ thường xuyên mỗi khi có thể.
- b. Giải thích cho người mẹ và gia đình biết lợi ích của việc chỉ bú mẹ và cho bú sớm.
- c. Động viên người mẹ cho bú theo nhu cầu ngày và đêm kéo dài tùy theo trẻ muốn.
- d. Tất cả các ý trên.

**Câu 4:** Kể 8 nội dung chăm sóc sơ sinh thiết yếu ngay sau đẻ:

*(Điền vào chỗ trống)*

- a. ....
- b. ....
- c. ....
- d. ....
- e. ....
- f. ....
- g. ....
- h. ....



**Đánh dấu X vào ô tương ứng đúng (Đ) hay sai (S) cho các câu từ câu 5 đến câu 16**

Nội dung	Đúng	Sai
<b>Câu 5:</b> Các dung dịch khử khuẩn và khử nhiễm (khử uế) có cùng chung mục đích.		
<b>Câu 6:</b> Nếu trẻ sơ sinh cần được chuyển tới bệnh viện tuyến trên hoặc bệnh viện chuyên khoa, cần chuyển bà mẹ đi cùng nếu có thể.		
<b>Câu 7:</b> Nên sử dụng kim cỡ 25- hoặc 27 để tiêm trong da cho trẻ sơ sinh		
<b>Câu 8:</b> Hạ thân nhiệt trung bình là chắc chắn nếu thân nhiệt quá thấp được xác định qua lấy thân nhiệt thường xuyên đường nách.		
<b>Câu 9:</b> Đo thân nhiệt qua đường trực tràng chỉ nên dùng nếu thân nhiệt quá thấp được xác định qua lấy thân nhiệt thường xuyên đường nách.		
<b>Câu 10:</b> Một phần quan trọng của đánh giá trẻ sơ sinh khó bú là quan sát kỹ năng cho con bú của bà mẹ.		
<b>Câu 11:</b> Chỉ nên khuyến khích cho bú sữa mẹ sớm và hoàn toàn nếu trẻ không có vấn đề gì bất thường lúc sinh và sau sinh.		
<b>Câu 12:</b> Trẻ thiếu cân thường bú khó đơn giản là vì chúng chưa phát triển đầy đủ để có thể bú tốt.		
<b>Câu 13:</b> Một thành tố quan trọng trong chăm sóc sơ sinh có khuyết tật là cần nâng đỡ về tình cảm và làm an toàn lòng mẹ.		
<b>Câu 14:</b> Rốn bị đỏ và sưng với bán kính > 1cm xung quanh rốn cần được coi là nhiễm khuẩn rốn nặng.		
<b>Câu 15:</b> Những trẻ thiếu cân và/ hoặc có bệnh vàng da không nên tiêm chủng lúc sinh.		
<b>Câu 16:</b> phương pháp thường dùng nhất trong theo dõi và đánh giá sự tăng trưởng của trẻ sơ sinh là cân nặng		

**Câu 17:** Chăm sóc ngay sau sinh cho một trẻ bình thường bao gồm:

*(Khoanh tròn vào câu trả lời đúng nhất)*

- Tiếp xúc da kề da sau đó đặt trẻ vào lồng ấp.
- Lau khô trẻ, bỏ khăn ướt, quấn trẻ bằng khăn sạch và khô.
- Kích thích trẻ bằng cách vỗ vào lòng bàn chân trẻ.
- Hút đờm để làm thông đường thở.

**Câu 18:** Chăm sóc rốn trẻ bao gồm:

*(Khoanh tròn vào câu trả lời đúng nhất)*

- Sát khuẩn bằng cồn.
- Băng rốn bằng gạc vô trùng.
- Rửa rốn với nước đun sôi để nguội và để hở rốn.
- Bụi thuốc kháng sinh lên rốn.

**Câu 19:** Nên bắt đầu cho trẻ bú lần đầu tiên:

*(Khoanh tròn vào câu trả lời đúng nhất)*

- Sau khi trẻ tắm lần đầu tiên.
- Khi trẻ bắt đầu khóc.
- Trong 1 giờ đầu sau sinh.
- Khi có sữa mẹ.

- Câu 20:** Trẻ non tháng là: *(Khoanh tròn vào câu trả lời đúng nhất)*
- Trẻ có cân nặng khi đẻ < 2500g.
  - Trẻ sinh ra trước tuần thai thứ 37.
  - Trẻ trên da có nhiều lông tơ.
  - Trẻ chưa có phản xạ bú.
  - Trẻ bị suy hô hấp.
- Câu 21:** Hãy nêu tai biến thường gặp nhất ở trẻ sơ sinh ngay sau đẻ:  
*(Điền vào chỗ trống)*
- a. .... b. ....
- Câu 22:** Hãy chọn việc nào sau đây cần được làm ngay sau sinh với con:  
*(Khoanh tròn vào câu trả lời đúng nhất)*
- Đếm nhịp tim.
  - Đánh giá nhịp thở.
  - Đánh giá màu sắc da.
  - Kẹp cắt rốn.
- Câu 23:** Những việc làm đồng thời đúng nhất cho trẻ ngay sau sinh:  
*(Khoanh tròn vào các ý đúng)*
- Kẹp rốn và lau khô.
  - Đánh giá nhịp thở và lau khô.
  - Đếm nhịp tim và đánh giá trương lực cơ.
  - Làm rốn và cuốn tã.
- Câu 24:** Thời gian tối đa để xác định ngừng thở là:  
*(Khoanh tròn vào câu trả lời đúng nhất)*
- 5 giây.
  - 10 giây.
  - 30 giây.
  - 60 giây.
- Câu 25:** Vị trí bắt mạch trung tâm ở trẻ sơ sinh hay dùng là:  
*(Khoanh tròn vào câu trả lời đúng nhất)*
- Mạch cảnh.
  - Mạch nách.
  - Mạch bẹn.
  - Mạch quay.
- Câu 26:** Tỷ lệ ép tim - bóp bóng trẻ sơ sinh là:  
*(Khoanh tròn vào câu trả lời đúng nhất)*
- 5/1
  - 3/1
  - 15/2
  - 1/15

BỘ GIÁO DỤC VÀ ĐÀO TẠO

BỘ Y TẾ

**TRƯỜNG ĐẠI HỌC Y HÀ NỘI**

=====

**LƯƠNG NGỌC TRƯỜNG**

THỰC TRẠNG VÀ HIỆU QUẢ CAN THIẬP  
CẢI THIỆN

ĐECH VÔ CHỈM SẮC SỰ SINH TỈ CỰ  
SÈ Y TỒ

MÉT SÈ HUYỀN THUỐC TỠNH THANH HO,

Chuyên ngành: Y tế công cộng

Mã số : 62720301

**LUẬN ÁN TIẾN SĨ Y HỌC**

HƯỚNG DẪN KHOA HỌC:

PGS.TS. Ngô Văn Toàn

**HÀ NỘI - 2018**

## LỜI CẢM ƠN

*Trong quá trình học tập và thực hiện luận án này, tôi đã nhận được sự hỗ trợ hiệu quả, tạo điều kiện nghiên cứu, làm việc của nhiều đơn vị, các thầy, cô giáo, đồng nghiệp, bạn bè và người thân trong gia đình.*

*Tôi xin bày tỏ lòng biết ơn sâu sắc đến Ban Giám hiệu, Phòng Đào tạo sau đại học, Viện Đào tạo Y học Dự phòng và Y tế Công cộng, giảng viên, cán bộ các phòng, khoa của Trường Đại học Y Hà Nội luôn tạo điều kiện cho tôi trong suốt quá trình học tập và hoàn thành luận án.*

*Tôi xin trân trọng bày tỏ lòng biết ơn sâu sắc tới PGS.TS. Ngô Văn Toàn, người thầy giúp tôi lựa chọn, định hướng, trực tiếp hướng dẫn tôi trong suốt quá trình học tập cũng như hoàn thành luận án này.*

*Tôi xin bày tỏ lòng biết ơn đến Lãnh đạo Sở Y tế, Bệnh viện đa khoa huyện, Trung tâm Y tế huyện, Trạm Y tế xã trong tỉnh Thanh Hóa đã tích cực ủng hộ và phối hợp với cán bộ điều tra trong quá trình thu thập số liệu thực địa.*

*Tôi xin chân thành cảm ơn cán bộ Trung tâm Chăm sóc sức khỏe sinh sản tỉnh Thanh Hoá, xin gửi tấm lòng ân tình đến gia đình: thân mẫu của tôi, anh chị em trong gia đình; vợ và hai con gái yêu quý là nguồn động viên giúp tôi hoàn thành luận án này.*

**Tác giả luận án**

**Lương Ngọc Trương**

## **LỜI CAM ĐOAN**

Tôi là Lương Ngọc Trương, Nghiên cứu sinh khóa 33 Trường Đại học Y Hà Nội, chuyên ngành Y tế Công cộng, xin cam đoan:

1. Đây là luận án do bản thân tôi trực tiếp thực hiện dưới sự hướng dẫn của PGS.TS. Ngô Văn Toàn.
2. Công trình này không trùng lặp với bất kỳ nghiên cứu nào khác đã được công bố tại Việt Nam.
3. Các số liệu và thông tin trong nghiên cứu là hoàn toàn chính xác, trung thực và khách quan, đã được xác nhận và chấp thuận của cơ sở nơi nghiên cứu.

Tôi xin hoàn toàn chịu trách nhiệm trước pháp luật về những cam kết này.

*Hà Nội, Ngày 22 tháng 1 năm 2018*

**Người viết cam đoan**

**Lương Ngọc Trương**

## DANH MỤC TỪ VIẾT TẮT

BVCSTE	Bảo vệ chăm sóc trẻ em
CBYT	CBYT
CSSS	Chăm sóc sơ sinh
CSYT	Cơ sở Y tế
CT	Can thiệp
ĐC	Đối chứng
ĐNSS	Đơn nguyên sơ sinh
DT	Dân tộc
EENC	Chăm sóc sơ sinh thiết yếu ngay sau sinh
GDP	Thu nhập quốc dân hàng năm
GSS	Góc sơ sinh
IFPRI	Viện nghiên cứu chính sách lương thực
KMC	Chăm sóc da kề da
OR	Tỷ suất chênh
QĐ	Quyết định
SBA	Người đỡ đẻ có kỹ năng
SKSS	Sức khỏe sinh sản
TTB	Trang thiết bị
TVSS	Tử vong sơ sinh
UBND	Ủy ban Nhân dân
UNICEF	UNICEF
UNFPA	Quỹ Dân số Liên hiệp quốc
WHO	WHO

## MỤC LỤC

<b>ĐẶT VẤN ĐỀ .....</b>	<b>1</b>
<b>Chương 1: TỔNG QUAN.....</b>	<b>3</b>
1.1. Đại cương về sơ sinh và chăm sóc sơ sinh. ....	3
1.1.1. Thời kỳ sơ sinh.....	3
1.1.2. Yêu cầu chăm sóc sơ sinh.....	3
1.1.3. Chăm sóc ngay sau sinh.....	4
1.1.4. Chăm sóc trẻ trong ngày đầu sau sinh.....	6
1.1.5. Chăm sóc trẻ trong vòng 28 ngày tiếp theo. ....	7
1.1.6. Nội dung chăm sóc sơ sinh tại trạm y tế xã .....	10
1.1.7. Nội dung chăm sóc sơ sinh tại bệnh viện đa khoa tuyến huyện ...	11
1.2. Thực trạng chăm sóc sơ sinh.....	13
1.2.1. Thực trạng cung cấp dịch vụ chăm sóc sơ sinh. ....	13
1.2.2. Một số yếu tố ảnh hưởng chất lượng dịch vụ chăm sóc sơ sinh...	16
1.2.3. Yếu tố ảnh hưởng đến kiến thức và thực hành CSSS của CBYT. ...	31
1.3. Kết quả hoạt động của một số mô hình can thiệp chăm sóc sơ sinh tại bệnh viện huyện và các trạm y tế xã.....	34
<b>Chương 2: ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU.....</b>	<b>38</b>
2.1. Đối tượng nghiên cứu .....	38
2.2. Phương pháp nghiên cứu.....	40
2.2.1. Thời gian .....	40
2.2.2. Địa điểm.....	40
2.2.3. Thiết kế nghiên cứu.....	40
2.2.4. Cỡ mẫu nghiên cứu cắt ngang.....	42
2.2.5. Cỡ mẫu cho nghiên cứu can thiệp.....	43
2.2.6. Các hoạt động can thiệp .....	43



2.3. Kỹ thuật thu thập số liệu .....	48
2.4. Biến số và chỉ số sử dụng trong nghiên cứu .....	49
2.4.1. Nhóm biến số về thực trạng chăm sóc sơ sinh và một số yếu tố liên quan.....	49
2.4.2. Nhóm biến số/chỉ số về hiệu quả một số giải pháp can thiệp nhằm cải thiện cung cấp dịch vụ chăm sóc sơ sinh. ....	50
2.5. Xử lý và phân tích số liệu. ....	51
2.5.1. Nhập số liệu.....	51
2.5.2. Phân tích số liệu .....	51
2.6. Sai số và các khắc phục.....	51
2.7. Đạo đức nghiên cứu. ....	52
<b>Chương 3: KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU .....</b>	<b>53</b>
3.1. Đặc điểm của đối tượng nghiên cứu. ....	53
3.1.1. Thực trạng chăm sóc sơ sinh.....	55
3.1.2. Một số yếu tố liên quan đến chăm sóc sơ sinh .....	71
3.2. Hiệu quả can thiệp nâng cao cung cấp dịch vụ.....	75
3.2.1. Hiệu quả nâng cao cung cấp dịch vụ CSSS tại trạm y tế xã .....	75
3.2.2. Hiệu quả nâng cao cung cấp dịch vụ CSSS tại đơn nguyên sơ sinh ...	84
<b>Chương 4: BÀN LUẬN.....</b>	<b>94</b>
4.1. Thực trạng chăm sóc sơ sinh tại trạm y tế xã.....	94
4.1.1. Góc sơ sinh tại trạm y tế xã.....	94
4.1.2. Kiến thức và thực hành về chăm sóc sơ sinh của CBYT tuyến xã ..	97
4.2. Thực trạng chăm sóc sơ sinh tại đơn nguyên sơ sinh bệnh viện huyện ..	104
4.2.1. Đơn nguyên sơ sinh tại bệnh viện huyện .....	104
4.2.2. Kiến thức và thực hành về chăm sóc sơ sinh của CBYT tuyến huyện ....	105
4.3. Một số yếu tố liên quan đến chăm sóc sơ sinh .....	109
4.4. Hiệu quả can thiệp nâng cao cung cấp dịch vụ chăm sóc sơ sinh .....	112

4.4.1. Hiệu quả nâng cao cung cấp dịch vụ CSSS tại trạm y tế xã .....	112
4.4.2. Hiệu quả nâng cao cung cấp dịch vụ CSSS tại đơn nguyên sơ sinh ...	117
4.4.3. Nâng cao số lượng dịch vụ chăm sóc sơ sinh .....	122
4.5. Điểm mạnh, điểm yếu của nghiên cứu.....	124
<b>KẾT LUẬN .....</b>	<b>126</b>
<b>KHUYẾN NGHỊ.....</b>	<b>128</b>
<b>DANH MỤC CÁC CÔNG TRÌNH NGHIÊN CỨU ĐÃ CÔNG BỐ CÓ</b>	
<b>LIÊN QUAN ĐẾN LUẬN ÁN</b>	
<b>TÀI LIỆU THAM KHẢO</b>	
<b>PHỤ LỤC</b>	

## DANH MỤC BẢNG

Bảng 1.1.	Tình hình cung cấp dịch vụ chăm sóc sơ sinh tại TYT .....	15
Bảng 1.2.	Tình hình cung cấp dịch vụ CSSS tại bệnh viện huyện .....	16
Bảng 1.3.	Thực trạng trang thiết bị CSSS tại bệnh viện huyện .....	19
Bảng 1.4.	Tình hình TTB/thuốc của đội cấp cứu lưu động tại các BV huyện...	20
Bảng 1.5.	Thực hành các nội dung CSSS CBYT tuyến huyện và xã .....	29
Bảng 1.6.	Kiến thức về các nội dung chăm sóc sơ sinh ngay sau sinh tuyến huyện và xã tại 3 tỉnh .....	30
Bảng 3.1.	Phân bố số lượng CBYT của 4 huyện được nghiên cứu .....	53
Bảng 3.2.	Phân bố CBYT của 4 huyện và xã theo chức danh nghề nghiệp.....	54
Bảng 3.3.	Phân bố một số đặc trưng cá nhân của CBYT của 4 huyện .....	54
Bảng 3.4.	Tỷ lệ các xã của 4 huyện có góc sơ sinh trước khi can thiệp .....	56
Bảng 3.5.	Thực trạng trang thiết bị góc sơ sinh xã của 4 huyện trước can thiệp ...	56
Bảng 3.6.	Tỷ lệ CBYT xã của 4 huyện có kiến thức về dấu hiệu nguy hiểm trẻ sơ sinh trước can thiệp.....	57
Bảng 3.7.	Tỷ lệ CBYT xã của 4 huyện có kiến thức về các nội dung chăm sóc ngay sau sinh trước can thiệp .....	58
Bảng 3.8.	Tỷ lệ CBYT xã của 4 huyện có kiến thức về lợi ích của phương pháp da kề da trước can thiệp .....	59
Bảng 3.9.	Tỷ lệ CBYT xã thực hành được các nội dung chăm sóc trẻ sơ sinh trước can thiệp.....	60
Bảng 3.10.	Số lượng các dịch vụ chăm sóc sơ sinh tại các trạm y tế xã trước can thiệp .....	61
Bảng 3.11.	Thực trạng thiết bị cho chăm sóc sơ sinh tại các bệnh viện huyện trước can thiệp .....	62
Bảng 3.12.	Số phòng cho chăm sóc sơ sinh trước can thiệp tại 4 bệnh viện huyện ....	63

Bảng 3.13.	Nhân lực thực hiện chăm sóc sơ sinh so với nhân lực khoa và nhân lực đào tạo về CSSS trước can thiệp.....	63
Bảng 3.14.	Tỷ lệ CBYT huyện có kiến thức về dấu hiệu nguy hiểm trẻ sơ sinh trước can thiệp.....	64
Bảng 3.15.	Tỷ lệ CBYT huyện có kiến thức về các nội dung chăm sóc ngay sau sinh trước can thiệp .....	66
Bảng 3.16.	Tỷ lệ CBYT huyện có kiến thức về lợi ích của phương pháp da kê da trước can thiệp.....	67
Bảng 3.17.	Tỷ lệ CBYT huyện có thực hành chăm sóc trẻ sơ sinh trước can thiệp ..	68
Bảng 3.18.	Số lượng dịch vụ chăm sóc sơ sinh được cung cấp tại các đơn nguyên sơ sinh trước can thiệp .....	69
Bảng 3.19.	Mối liên quan giữa một số yếu tố liên quan đến kiến thức về dấu hiệu nguy hiểm trẻ sơ sinh .....	71
Bảng 3.20.	Mối liên quan giữa một số yếu tố liên quan đến kiến thức về nội dung chăm sóc sơ sinh .....	72
Bảng 3.21.	Mối liên quan giữa một số yếu tố liên quan đến kiến thức về phương pháp da kê da .....	73
Bảng 3.22.	Một số yếu tố liên quan đến thực hành chăm sóc trẻ sơ sinh của CBYT ..	74
Bảng 3.23.	Hiệu quả nâng cao tỷ lệ trạm y tế xã có góc sơ sinh .....	75
Bảng 3.24.	Hiệu quả nâng cao trang thiết bị cho góc sơ sinh.....	75
Bảng 3.25.	Hiệu quả nâng cao kiến thức của CBYT xã về dấu hiệu nguy hiểm của trẻ sơ sinh .....	76
Bảng 3.26.	Hiệu quả nâng cao kiến thức về nội dung chăm sóc ngay sau sinh của CBYT tuyến xã sau can thiệp.....	78
Bảng 3.27.	Hiệu quả nâng cao kiến thức về lợi ích của phương pháp da kê da của CBYT tuyến xã sau can thiệp.....	80

Bảng 3.28.	Hiệu quả nâng cao thực hành về chăm sóc trẻ sơ sinh sau can thiệp của CBYT xã .....	82
Bảng 3.29.	Số lượng các dịch vụ chăm sóc sơ sinh tại các trạm y tế xã trước và sau can thiệp.....	83
Bảng 3.30.	Hiệu quả nâng cao tỷ lệ bệnh viện huyện có đơn nguyên sơ sinh .	84
Bảng 3.31.	Hiệu quả nâng cao trang thiết bị cho đơn nguyên sơ sinh.....	84
Bảng 3.32.	Số lượng các dịch vụ chăm sóc sơ sinh tại các đơn nguyên sơ sinh trước và sau can thiệp.....	85
Bảng 3.33.	Hiệu quả nâng cao kiến thức của CBYT huyện về dấu hiệu nguy hiểm trẻ sơ sinh sau can thiệp.....	87
Bảng 3.34.	Hiệu quả nâng cao kiến thức về các nội dung chăm sóc ngay sau sinh của CBYT tuyến huyện sau can thiệp.....	89
Bảng 3.35.	Hiệu quả nâng cao kiến thức của CBYT huyện về lợi ích của phương pháp da kề da .....	91
Bảng 3.36.	Hiệu quả nâng cao thực hành của CBYT huyện về chăm sóc trẻ sơ sinh .....	93

## DANH MỤC BIỂU ĐỒ

Biểu đồ 3.1.	Phân bố CBYT được nghiên cứu theo 4 huyện/xã .....	53
Biểu đồ 3.2.	Tỷ lệ CBYT trạm y tế xã của 4 huyện biết dấu hiệu nguy hiểm của trẻ sơ sinh .....	58
Biểu đồ 3.3.	Tỷ lệ CBYT xã có kiến thức chung về lợi ích da kề da trước can thiệp .....	60
Biểu đồ 3.4:	Kết quả kê được dấu hiệu nguy hiểm trẻ sơ sinh của CBYT bệnh viện huyện trước can thiệp.....	65
Biểu đồ 3.5:	Kiến thức chung về lợi ích da kề da của CBYT tuyến huyện trước can thiệp .....	68
Biểu đồ 3.6:	Hiệu quả nâng cao kiến thức của CBYT xã về các dấu hiệu nguy hiểm trẻ sơ sinh.....	77
Biểu đồ 3.7:	Hiệu quả nâng cao kiến thức về 8 nội dung chăm sóc trẻ sơ sinh tuyến xã .....	79
Biểu đồ 3.8:	Hiệu quả nâng cao kiến thức lợi ích của phương pháp da kề da sau can thiệp.....	81
Biểu đồ 3.9:	Hiệu quả nâng cao kiến thức chung về dấu hiệu nguy hiểm trẻ sơ sinh sau can thiệp .....	88
Biểu đồ 3.10:	Hiệu quả nâng cao kiến thức của CBYT huyện về 8 nội dung chăm sóc trẻ sơ sinh.....	90
Biểu đồ 3.11:	Hiệu quả nâng cao kiến thức của CBYT huyện về lợi ích của da kề da sau can thiệp .....	92