

**BỆNH VIỆN SẢN NHI TỈNH PHÚ THỌ**  
**KHOA SƠ SINH**



**ĐỀ TÀI NGHIÊN CỨU KHOA HỌC**  
**THỰC TRẠNG KIẾN THỨC VỀ CHĂM SÓC TRẺ ĐỂ NON**  
**CỦA CÁC BÀ MẸ TẠI KHOA SƠ SINH**  
**BỆNH VIỆN SẢN NHI TỈNH PHÚ THỌ - NĂM 2023**

**Chủ đề tài: ĐDV Hoàng Thị Trang**  
**Cộng sự: BSCKI: Nguyễn Đức Hậu**  
**ĐDCKI: Tưởng Thu Huyền**

**PHÚ THỌ - 2023**  
**TÓM TẮT NGHIÊN CỨU**

Mỗi năm trên thế giới có khoảng 4 triệu trẻ sơ sinh tử vong, nguyên nhân gây tử vong hàng đầu là đẻ non. Ở trẻ đẻ non các cơ quan của trẻ đều chưa trưởng thành dễ thích nghi với cuộc sống mới nên có nhiều nguy cơ về bệnh tật, biến chứng và một phần là do chăm sóc trước, trong và sau khi sinh chưa tốt. Hầu hết các bà mẹ đều chưa có kiến thức để biết cách chăm sóc, theo dõi trẻ nên nhân viên y tế (NVYT) chính là người phải cung cấp cho họ những kiến thức để họ biết cách chăm sóc, nuôi dưỡng trẻ. Chính vì vậy, tôi tiến hành nghiên cứu này nhằm tìm hiểu kiến thức của các bà mẹ và thực trạng công tác giáo dục sức khoẻ (GDSK) cho các bà mẹ có con đẻ non tại Khoa Sơ sinh Bệnh viện Sản nhi tỉnh Phú Thọ năm 2023.

Nghiên cứu sử dụng phương pháp thực trạng cắt ngang, kết hợp nghiên cứu định lượng và định tính. 94 bà mẹ có con đẻ non trong thời gian thu thập số liệu được tiếp cận và phỏng vấn theo bộ câu hỏi thiết kế sẵn, phỏng vấn sâu lãnh đạo khoa, điều dưỡng trưởng và 8 bà mẹ về kiến thức chăm sóc trẻ đẻ non, 01 cuộc thảo luận nhóm với điều dưỡng viên trong khoa nhằm khai thác các thông tin về thực trạng công tác GDSK.

Kết quả cho thấy, 66% bà mẹ có kiến thức đạt về chăm sóc trẻ đẻ non. Điều dưỡng viên là người cung cấp kiến thức cho bà mẹ nhiều nhất chiếm tỉ lệ 50 - 60%, Tuy nhiên, mong muốn của các bà mẹ được nhận thông tin từ bác sĩ lại rất cao (81%). Có tới 1/3 số bà mẹ chưa nhận được thông tin GDSK từ CBYT. Hạn chế về nhân lực trong khi số lượng bệnh nhân quá đông, cơ sở vật chất chật hẹp, trang thiết bị thiếu, kinh nghiệm tư vấn GDSK chưa nhiều cũng như thiếu sự phối hợp giữa bác sĩ và điều dưỡng trong công tác GDSK là những khó khăn trong triển khai công tác GDSK tại khoa và sự không hài lòng của các bà mẹ.

Nghiên cứu đưa ra khuyến nghị cần duy trì và tăng cường các buổi GDSK tại khoa hơn nữa. Đa dạng hoá nội dung, GDSK theo chủ đề và từng nhóm đối tượng. Tạo điều kiện cho các bà mẹ thực hành ngay trong buổi GDSK, có sự tham gia và phối hợp của bác sĩ trong hoạt động này tại bệnh viện.

## **ĐẶT VẤN ĐỀ**

Theo báo cáo của WHO, mỗi năm trên thế giới có 4 triệu trẻ sơ sinh tử vong, chiếm 40% số trẻ tử vong dưới 5 tuổi, trong đó 75% tử vong sơ sinh sớm. Nguyên nhân gây tử vong chính là: đẻ non (27%), nhiễm khuẩn (36%), ngạt và chấn thương sản khoa (23%). 99,9% tử vong sơ sinh xảy ra ở các nước đang phát triển nơi mà các bà mẹ không được chăm sóc đầy đủ trước, trong và sau khi sinh [19].

Tại Việt Nam, nhiều nghiên cứu từ trước tới nay cũng cho thấy nguyên nhân chính gây tử vong sơ sinh vẫn là đẻ non[19]. Ở trẻ đẻ non, cấu trúc của các cơ quan chưa trưởng thành để thích nghi với cuộc sống bên ngoài nên trẻ non tháng có nguy cơ cao về bệnh tật và gặp nhiều biến chứng [4]. Quá trình điều trị, chăm sóc trẻ đẻ non là một quá trình lâu dài và phức tạp, cần có sự phối hợp tốt giữa sản và nhi. Nếu được hưởng một chế độ chăm sóc tốt, trẻ sẽ thích nghi và phát triển gần như một trẻ sinh đủ tháng bình thường. Tuy nhiên các bà mẹ thường không có kiến thức về theo dõi, chăm sóc trẻ đẻ non nên rất cần sự hướng dẫn về kiến thức và thực hành từ phía nhân viên y tế ngay từ những ngày đầu để có thể thực hiện theo dõi.

chăm sóc trẻ đúng cách, tránh được các sai sót, tai biến đáng tiếc xảy ra.

Công tác GDSK trong bệnh viện hiện đang là vấn đề được các quốc gia trên thế giới quan tâm với mục đích nâng cao sự hiểu biết về bệnh tật. Thực hiện tốt công tác GDSK góp phần giảm thiểu bệnh tật, giảm tỉ lệ tử vong, giảm quá tải bệnh viện. Tại Việt Nam, công tác GDSK là một trong những nhiệm vụ quan trọng trong 10 nội dung chăm sóc sức khỏe ban đầu. Thông tư 07 do Bộ Y tế ban hành về chăm sóc người bệnh toàn diện, qui định rõ 12 nhiệm vụ của điều dưỡng, trong đó nhiệm vụ thứ 4 là trách nhiệm hướng dẫn GDSK cho người bệnh trong thời kỳ nằm điều trị tại bệnh viện [21],

Khoa sơ sinh Bệnh viện Sản Nhi tỉnh Phú Thọ hàng năm tiếp nhận điều trị hơn 1000 trẻ sơ sinh trong đó gần 120 trẻ là đẻ non [20]. Vậy công tác giáo dục cho các bà mẹ về theo dõi, chăm sóc cho trẻ đẻ non được thực hiện ra sao? Các bà mẹ có nhận được những kiến thức cơ bản để có thể chăm sóc trẻ đúng cách tại gia đình không? Cách tổ chức cũng như phương pháp giáo dục như thế nào và hiệu quả ra sao là những câu hỏi đặt ra mà chưa có câu trả lời. Chính vì vậy nghiên cứu “Thực trạng kiến thức về chăm sóc trẻ đẻ non của các bà mẹ tại Khoa sơ sinh - Bệnh viện Sản Nhi tỉnh Phú Thọ” được thực hiện nhằm tìm hiểu thực trạng kiến thức của các bà mẹ cũng như công tác GDSK cho các bà mẹ có con đẻ non tại khoa Sơ sinh, để từ đó đưa ra các khuyến nghị nhằm cải thiện công tác GDSK, nâng cao kiến thức và thực hành đúng trong chăm sóc trẻ đẻ non của các bà mẹ, giảm nguy cơ tai biến, bệnh tật và tử vong cho trẻ. Hy vọng nghiên cứu sau khi hoàn thành sẽ góp phần tăng cường hiệu quả của công tác GDSK về chăm sóc trẻ đẻ non và trong tương lai những kết quả này sẽ được chia sẻ và mở rộng, áp dụng cho các khoa Nhi/ Bệnh viện Nhi trong cả nước để phát huy hiệu quả trong giảm tai biến, bệnh tật và tử vong cho trẻ đẻ non. Vì vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài **“Thực trạng kiến thức về chăm sóc trẻ đẻ non của các bà mẹ tại khoa sơ sinh – Bệnh viện Sản Nhi tỉnh Phú Thọ năm 2023”** với mục tiêu: Đánh giá thực trạng công tác GDSK cho các bà mẹ có trẻ đẻ non của Điều dưỡng khoa Sơ sinh, Bệnh viện Sản nhi tỉnh Phú Thọ năm 2023.

# Chương 1

## TỔNG QUAN TÀI LIỆU

### 1.1. Đặc điểm trẻ sơ sinh đẻ non:

#### 1.1.1. Một số khái niệm trẻ sơ sinh và trẻ đẻ non:

*Trẻ sơ sinh:* Trẻ sơ sinh hay con mới đẻ là thuật ngữ chỉ về một trẻ em được sinh ra trong vòng một giờ, ngày, hoặc một vài tuần nhất định từ khi lọt lòng. Trẻ sơ sinh (từ tiếng La tinh: neonatus) đề cập đến một trẻ sơ sinh trong 28 ngày đầu sau khi sinh. Thuật ngữ "sơ sinh" bao gồm trẻ sơ sinh thiếu tháng, và trẻ đủ tháng [2].

*Trẻ sơ sinh đủ tháng:*

- Trẻ sơ sinh được xem như đủ tháng khi tuổi thai (tính từ ngày đầu của kỳ kinh cuối đến khi sinh) trong khoảng 37- 42 tuần, trung bình là 40 tuần hay 280 ngày.

- Trọng lượng: Trẻ gái 2.900g - 3.000g

Trẻ trai 3.000g - 3.100g

- Chiều dài 50cm [4],

*Trẻ sơ sinh non tháng:*

- Theo bảng phân loại quốc tế bệnh tật lần thứ 10 (ICD - 10) qui định: Trẻ sơ sinh non tháng (hay trẻ đẻ non) là trở sinh ra dưới 37 tuần thai (< 256 ngày) [23], [24].

- Theo Hoàng Công Chánh, trẻ sơ sinh đẻ non là trẻ ra đời trước thời hạn bình thường trong tử cung có tuổi thai <37 tuần, tính từ ngày đầu của chu kỳ kinh cuối [4],

- Một số tác giả lại dựa vào tuổi thai và một số đặc điểm của trẻ mà người ta chia ra sẩy thai, đẻ quá non, đẻ non.

Bảng 1.1. Một số đặc điểm của trẻ sơ sinh [14]

Tuổi thai (tuần)	<22	22 - 27	28 - 37
Phân loại	Sẩy thai	Đẻ cực non	Đẻ non
cân nặng (g)	<500	500 - 999	1000 - 2500
Chiều dài (cm)	<25	25-37	38 - 45

Nếu dựa vào cân nặng khi sinh thì chia như sau:

- Trẻ có cân nặng khi sinh cực kỳ thấp < 1000g
- Trẻ có cân nặng khi sinh rất thấp 1000g - 1499g
- Trẻ có cân nặng khi sinh thấp < 2500g.

Trẻ sơ sinh đẻ non chiếm tỷ lệ tương đối cao. Trên thế giới nếu tính trên tổng số cuộc đẻ thì trẻ đẻ non chiếm tỉ lệ 7,5 - 9% [42], khoảng 15 triệu ca đẻ non mỗi năm, cứ 10 trẻ thì có hơn 1 trẻ được sinh ra quá sớm và cứ 30 giây lại có 1 trẻ sinh non bị chết.

Tại Việt Nam theo ước tính của Bộ Y tế, mỗi năm có từ 100.000 - 150.000 bé chào đời khi tuổi thai chưa đến 37 tuần với cân nặng ít hơn 2.500g. Tại các bệnh viện phụ sản trên cả nước, tỉ lệ trẻ được sinh quá sớm có xu hướng tăng lên.

### **1.1.2. Đặc điểm sinh lý, bệnh lý và chăm sóc trẻ đẻ non:**

#### **1.1.2.1. Những đặc điểm của trẻ đẻ non:**

- Trẻ đẻ non có cân nặng thấp < 2500g và chiều dài: < 45cm
- Da: càng đẻ non da càng mỏng, đỏ, mạch máu dưới da càng rõ. Tổ chức mỡ dưới da phát triển kém. Trên da có nhiều lông tơ. Chính vì vậy mà trẻ đẻ non hay có nguy cơ bị hạ nhiệt độ.
- Tổ chức vú và đầu vú chưa phát triển.
- Tóc ngắn, phía trán và đỉnh ngắn hơn cằm
- Thần kinh luôn luôn bị ức chế, ít phản ứng, tiếng khóc nhỏ. các phản xạ bẩm sinh yếu hoặc chưa có [4].

Đặc điểm giải phẫu sinh lý:

Tất cả các trẻ đẻ non đều có biểu hiện ít nhiều thiếu sót về sự trưởng thành của các hệ thống trong cơ thể. Những đặc điểm sinh lý phụ thuộc vào mức độ và nguyên nhân đẻ non và đặc điểm đó chứng tỏ khả năng thích nghi kém với môi trường bên ngoài tử cung của trẻ:

*Về hô hấp:* Trẻ thường khóc chậm sau đẻ, khóc yếu, thở không đều, thời gian ngừng thở dài (7-10 giây), rối loạn nhịp thở có thể tới 3 đến 4 tuần sau đẻ hoặc lâu hơn tùy tuổi thai. Những rối loạn đó do trung tâm hô hấp chưa hoàn chỉnh, lồng ngực trẻ đẻ non hẹp, xương sườn mềm dễ biến dạng, cơ liên sườn chưa phát triển, giãn nở kém cũng làm hạn chế di động lồng ngực. Tất cả các yếu tố trên đã làm cản trở hô hấp của trẻ đẻ non. Theo Peipe và Miller, trong một đến hai tuần đầu cần theo dõi nhịp thở của trẻ để kịp thời phát hiện nguy cơ suy hô hấp và đề tiên lượng trẻ. Nhịp thở 60 lần/phút có thể kéo dài vài ngày tới một đến hai tuần nhưng các cơn ngừng thở ít và ngắn dần, đó là tiên lượng tốt.

*Thần kinh:* Tổ chức não chứa nhiều nước, hồi não chưa hình thành, không rõ các đường rãnh, nếp nhăn. Thần kinh vỏ não chưa hoạt động, trẻ nằm lịm suốt ngày, ít cử động, thở nông, khóc yếu trong nhiều tuần tùy thuộc vào mức độ đẻ non. Mọi hoạt động phụ thuộc vào thần kinh thực vật, các phản xạ bẩm sinh yếu, hoặc chưa có. Trẻ dễ bị suy dinh dưỡng sớm để lại những di chứng thần kinh. Biến chứng thần kinh: Thường gặp là xuất huyết não và nhuyễn não chất trắng, có thể kết hợp hoặc riêng rẽ.

1. Xuất huyết não: thường gặp trong 3 ngày đầu của cuộc sống, có thể gặp chảy máu trước sinh. Xuất huyết não ở ngày thứ 5, 6 ít gặp.

Yếu tố thuận lợi:

- Tất cả các yếu tố làm mất sự điều hòa tuần hoàn não, tăng quá mức tưới máu não.
- Tăng khí cacbonic trong máu, toan máu dẫn đến giãn mạch máu não.
- Đứt mạch máu não và sự đông máu không hoàn chỉnh dẫn đến chảy máu.

Chẩn đoán bằng siêu âm qua thóp, CT sọ não

Tỉ lệ xuất não càng cao ở những đứa trẻ càng non: 60% xuất huyết não gặp ở trẻ dưới 28 tuần.

2. Tổn thương não do thiếu máu cục bộ: nhuyễn não chất trắng dẫn đến những hậu quả thần kinh lâu dài.

Vị trí thường gặp: phía trước và sau của sừng não thất bên, cạnh thân não bên, vùng trước và sừng chằm. Đó là những vùng ít động mạch hình vòng cung. Ở trẻ đẻ non vùng này rộng tới vài mm. Tất cả các nguyên nhân gây thiếu máu não là nguyên nhân gây hoại tử não chất trắng.

- Xảy ra trước đẻ: nhiễm độc thai nghén, rau tiền đạo chảy máu, bong rau.

- Xảy ra sau đẻ: đặc biệt là trụy mạch.

Chẩn đoán bằng siêu âm qua thóp, Ct sọ não.

Vị trí, kích thước, số lượng ổ tổn thương sẽ giúp cho tiên lượng về sau. Tỉ lệ của hoại tử não chất trắng là 12 - 15 % ở trẻ dưới 1500g, 8% ở trẻ lớn hơn 34 tuần.

*Chức năng tiêu hóa*: Hệ tiêu hóa kém phát triển, các men tiêu hóa nói chung ít, phản xạ bú yếu hoặc chưa có ở những trẻ quá non (<28 tuần). Dạ dày nhỏ, nằm ngang và cao sát cơ hoành, dễ giãn nên trẻ dễ nôn trớ sau ăn, do đó phải cho ăn ít một, nhiều bữa trong ngày. Nhu động ống tiêu hóa kém nên rất dễ bị viêm ruột hoại tử.

*Chức năng điều hòa thân nhiệt*: Khi ra đời, do nhiệt độ bên ngoài thấp hơn trong tử cung, trẻ sơ sinh nói chung dễ bị mất nhiệt. Khả năng điều hòa nhiệt kém, nhiệt độ trẻ đẻ non phụ thuộc hoàn toàn vào nhiệt độ môi trường, bị mất nhiệt cao hơn so với trẻ đẻ đủ tháng vì thần kinh chưa hoàn chỉnh, da mỏng, diện tích da tương đối rộng do cân nặng thấp. Hoặc trẻ bị sốt cao, mất nước nhiều nếu nhiệt độ môi trường cao và khô.

*Khả năng miễn dịch*: Khả năng bảo vệ cơ thể chống nhiễm khuẩn của trẻ đẻ non rất kém, chưa phát triển đầy đủ hoặc chưa phát triển. Da mỏng và có độ toan thấp nên ít có tác dụng kháng khuẩn. Lượng Globulin miễn dịch thiếu cả về



chất và khối lượng nên khả năng tự tạo miễn dịch lại càng yếu. Chính vì vậy mà không nên tắm hàng ngày vì da bé dễ bị khô. Có thể tắm cho bé 1 - 2 lần trong tuần.

Do những nguyên nhân trên, trẻ đẻ non dễ bị nhiễm khuẩn dẫn đến tỷ lệ tử vong cao [4]:

*Bệnh về mắt:* Ở một số trẻ đẻ non, nhất là trẻ quá nhẹ cân, mạch máu võng mạc phát triển bất thường, gây bệnh võng mạc ở trẻ sinh non, gọi tắt là ROP. Tỷ lệ bệnh càng cao nếu trẻ sinh càng non tháng và càng nhẹ cân. Không phải tất cả trẻ đẻ non đều mắc bệnh ở mắt, với những trẻ đẻ non có cân nặng khi sinh dưới 2.000g là trẻ có nguy cơ bị bệnh, đặc biệt là những trẻ có cân nặng dưới 1.500g.

Bệnh võng mạc ở trẻ đẻ non khi biểu hiện ra bên ngoài là đã ở giai đoạn quá muộn. Nhưng khi bệnh ở giai đoạn sớm thì nhìn bằng mắt thường không thể phát hiện được bệnh (bề ngoài mắt có vẻ bình thường). Bác sĩ chuyên khoa mắt sẽ có dụng cụ, máy móc chuyên dụng để khám đáy mắt của trẻ và phát hiện bệnh ở giai đoạn rất sớm. Lần khám thứ nhất thường vào tuần thứ 3-4 sau khi sinh, hoặc tuần thứ 31 kể từ lần có kinh nguyệt sau cùng của người mẹ (khi bắt đầu có thai), số lần khám dao động từ 2 lần/tuần tới 2 tuần một lần, phụ thuộc vào mức độ nguy cơ phát triển ROP (do bác sĩ điều trị cân nhắc, tùy từng trường hợp cụ thể). Thời gian theo dõi trong vòng 45 tuần từ thời điểm có kinh nguyệt sau cùng của người mẹ, hoặc là 3,5 tháng sau khi sinh, nếu như không có sự phát triển của bệnh và có sự hình thành đầy đủ mạch máu võng mạc.

Hiệu quả của điều trị tốt hơn nếu bệnh được phát hiện sớm và trẻ bị bệnh ở mức độ nhẹ hoặc trung bình, kết quả điều trị kém hơn với hình thái nặng, Nhìn chung, tỉ lệ thành công khi điều trị bằng laser là vào khoảng 65% với hình thái nặng và khoảng 90 - 95% với hình thái nhẹ hoặc trung bình.

#### *1.1.2.2. Đặc điểm bệnh lý*

Đặc điểm bệnh lý tùy thuộc vào tác nhân ảnh hưởng vào từng thời kỳ [14]:

- Trước đẻ: Nhiễm trùng bào thai, dị tật bẩm sinh, rối loạn chuyển hóa....
- Trong đẻ: Ngạt, sang chấn, nhiễm trùng sớm....
- Sau đẻ: Nhiễm trùng mắc phải toàn thân hoặc tại chỗ....

Về mặt thời gian được chia ra:

- Nhiễm trùng sơ sinh sớm ở tuần đầu sau đẻ: bệnh thường liên quan đến mẹ và cuộc đẻ, bệnh do thiếu trưởng thành các hệ thống hoặc do dị tật.

- Nhiễm trùng sơ sinh muộn là ở ba tuần sau: Bệnh thường do nuôi dưỡng, nhiễm khuẩn bệnh viện, chăm sóc kém và môi trường gây ra.

Các bệnh lý trẻ đẻ non thường gặp:

*Hệ hô hấp*: Bệnh màng trong; Con ngừng thở; Viêm phổi bẩm sinh; Viêm phế quản phổi.

Biểu hiện về hô hấp thường gặp và nặng nề. Bệnh đứng vị trí hàng đầu trong các bệnh lý tại khoa sơ sinh:

Bệnh màng trong:

- Nguyên nhân do thiếu chất surfactan.
- Chẩn đoán dựa vào hội chứng suy hô hấp xảy ra trên trẻ đẻ non dưới 35 tuần, cấp tính trong ngày đầu hoặc ngày thứ 2 sau đẻ, triệu chứng co rút cơ hô hấp rất rõ. Triệu chứng để khẳng định chẩn đoán là hình ảnh XQ: phổi ít nở, nốt mờ lan tỏa 2 phế trường, giảm độ sáng của nhu mô phổi, ứ khí trong các nhánh phế quản.
- Điều trị: hô hấp viện trợ ngay + chất surfactan.
- Hậu quả thường gặp là tình trạng sơ phổi, hoặc sơ vồng mạc mắt do dùng Oxy liều cao và kéo dài.

Chậm hấp thu dịch phế nang:

- Dẫn đến suy hô hấp kéo dài vài giờ sau đẻ, thường gặp ở trẻ sơ sinh cân nặng thấp.
- Trung tâm hô hấp chưa hoàn chỉnh, gây nên những cơn ngừng thở “tiên phát” kéo dài từ vài giây đến 20 giây. Có thể gây tím chậm và tím tái nếu cơn ngừng thở kéo dài.

- Ngừng thở “thứ phát” trong các bệnh sau: xuất huyết não, màng não, viêm não màng mũ, giảm đường huyết, giảm can-xi huyết

*Hệ tiêu hóa:* Viêm dạ dày ruột; Viêm ruột hoại tử; Tắc ruột: Do nhu động ruột ở trẻ đẻ non kém do bộ máy tiêu hóa chưa phát triển hoàn chỉnh nên dễ gây tắc ruột vì vậy mat - xa toàn thân đặc biệt là vùng bụng để giúp cho bộ máy tiêu hóa của trẻ; Giãn đại tràng bẩm sinh; ruột chảy.

*Bệnh lý chuyển hóa:* Rối loạn chuyển hóa đường; Hạ canxi.

- Hạ đường huyết: do tăng tiêu thụ (đảm bảo thân nhiệt, duy trì hô hấp), dự trữ glycogen kém. Triệu chứng đa dạng: run rẩy, tím tái, suy hô hấp, ngừng thở, bỏ bú, co giật, hạ nhiệt độ...). Sử trí: 3-4 ml/kg Gluco se 10% tiêm tĩnh mạch chậm, sau đó truyền đường với nồng độ 0,3-0,6g/kg/giờ.

- Hạ Natri máu: < 130 mmol/l do các ống lượn chưa trưởng thành, mất Na, thiếu hormon và/hoặc không tác dụng với ống lượn. Mất nước vào khoang gian bào, do vậy cần hạn chế lượng dịch đưa vào.

- Giảm canxi huyết: < 2 mmol/l do hoạt động của calcitonin, tăng pho spho máu, thiếu VTM D và Ca của mẹ trong quá trình mang thai. Trẻ thường tăng kích thích, run rẩy, tăng trương lực, Trong những trường hợp nặng trẻ co giật, tím tái, ngừng thở, tim to, nhịp tim nhanh, khoảng QT kéo dài. Phòng bằng canxi 0,3g/kg/ngày, VTM D 1500 đơn vị/ngày. Điều trị bằng canxi 1000-1500 đơn vị/m<sup>2</sup>/ngày tiêm tĩnh mạch sau đó dùng đường uống, kết hợp với VTM D. Trong trường hợp co giật, tiêm TM thật chậm canxi clorua 10-20 mg/kg/ngày.

*Nhiễm khuẩn:* Nhiễm khuẩn mẹ con; Nhiễm khuẩn huyết; Viêm phế quản phổi; Viêm màng não.

*Bệnh lý hệ tuần hoàn:* Còn ống động mạch; Thông liên nhĩ, thất; Suy tim (Điển hình nhất là bệnh lý còn ống động mạch)

- Hay gặp ở trẻ đẻ non dưới 32 tuần. Trẻ càng non thì cơ của động mạch càng chưa trưởng thành, khó co lại sau khi sinh, do vậy ống động mạch ở trẻ đẻ non tồn tại lâu hơn nhiều so với trẻ đủ tháng. Hơn nữa, tăng khối lượng tuần hoàn

làm cho ống động mạch mở lại vào ngày thứ 3- 6

Triệu chứng của còn ống động mạch là:

- Tình trạng suy hô hấp tăng lên (phải hô hấp viện trợ vào ngày thứ 2 - 5, tăng nhu cầu Oxy...)
- Tiếng thổi tâm thu, ít khi liên tục, có thể không nghe thấy. Phải kiểm tra nhiều lần trong ngày.
- Mạch nảy và nhanh.
- XQ phổi thấy hình ảnh ứ máu phổi.
- Siêu âm tim thấy rõ ống động mạch.

Điều trị:

- Hạn chế lượng dịch đưa vào: trẻ dưới 1000g: 100 ml/kg/ngày

1001 - 1500 g: 80 ml/kg/ngày

trên 1500g: 60 ml/kg/ngày

- Nếu đứa trẻ vẫn còn phù, có thể dùng furosemide 1mg/kg, giảm lượng nước đưa vào.
- Đảm bảo nhu cầu Oxy cho trẻ.
- Thuốc:

+ Indomethacine để ức chế hệ thống prostaglandine. Liều phòng: 0,1 mg/kg/liều tiêm tĩnh mạch 12, 24, 48 và 72 giờ sau đẻ. Liều điều trị 0,2 mg/kg/liều x 3 liều cách nhau 12 giờ. Tiêm tĩnh mạch chậm.

+ Ibuprofene: 10 mg/kg sau đó 5 mg/kg 24 và 48 giờ. Tiêm tĩnh mạch.

- Nếu ống động mạch không đóng sau điều trị bằng thuốc thì thất ống động mạch bằng phương pháp ngoại khoa

*Bệnh lý hệ tạo máu:* Vàng da tăng Bilirubin tự do; Rối loạn đông máu.

*Bệnh lý về mắt:* Bệnh ROP ở trẻ đẻ non nhẹ cân.

### *Dị tật bẩm sinh:*

- Dị tật bẩm sinh hệ tuần hoàn
- Dị tật bẩm sinh hệ thần kinh
- Dị tật bẩm sinh hệ tiêu hóa
- Dị tật bẩm sinh hệ cơ xương khớp
- Dị tật bẩm sinh tiết niệu.

#### *1.1.2.3. Chăm sóc trẻ đẻ non:*

Nhiều bà mẹ có trẻ đẻ non thường có tâm trạng hoảng hốt, lo sợ về số phận con mình, nhiều người rơi vào trạng thái trầm cảm, phiền muộn, lo lắng. Nhiều bà mẹ lại phó mặc cho bệnh viện trong việc chăm sóc con cái mình trong những tháng đầu sau sinh. “Đây là những cách hành xử sai lầm, vô hình dung đẩy con mình vào tình cảnh trầm trọng hơn” Hơn lúc nào hết, các cháu sinh thiếu tháng rất cần bàn tay nâng niu, yêu thương, âu yếm hàng ngày của người đã sinh ra chúng. Vì vậy các bà mẹ cần phải được cung cấp kiến thức để biết cách chăm sóc trẻ đúng cách ngay từ những ngày đầu.

*Mục tiêu chăm sóc:* Chăm sóc trẻ đẻ non đảm bảo đúng qui trình kỹ thuật và an toàn; Phòng tránh tai biến cho trẻ.

#### *Nguyên tắc điều trị và chăm sóc*

Đối với trẻ đẻ non thiếu tháng các hệ cơ quan của trẻ chưa được hình thành đầy đủ nên khả năng sinh lý của trẻ rất yếu, cơ thể rất dễ mắc bệnh và dẫn tới tình trạng bệnh nặng nếu ta không biết cách chăm sóc đúng cách. Nguyên tắc điều trị và chăm sóc phải đảm bảo như sau:

- **Đảm bảo thân nhiệt:** Trẻ sinh thiếu tháng rất dễ bị hạ thân nhiệt, ngay cả khi thời tiết nóng bức do khả năng sinh nhiệt kém, lại dễ mất nhiệt vì vậy cần giữ thân nhiệt ổn định cho trẻ để tránh các biến chứng như suy hô hấp, tổn thương thần kinh và có khi gây xuất huyết não.

- **Hỗ trợ hô hấp:** Trẻ sinh thiếu tháng dễ bị suy hô hấp vì lồng ngực dễ biến dạng, cơ hoành yếu, phổi kém giãn nở, các phế nang chưa trưởng thành, xoa bóp thường xuyên cho trẻ phát huy những tác dụng chủ yếu như giúp bộ

máy hô hấp của trẻ hoạt động tốt hơn, nâng cao khả năng đề kháng của cơ thể, đẩy nhanh quá trình trao đổi chất và đào thải những độc tố qua da, kích thích cơ bắp của trẻ phát triển, chống táo bón và giúp trẻ có giấc ngủ ngon hơn.

- Chống nhiễm khuẩn: Chế độ thuốc bổ xung cho trẻ: Vitamin K 1-2 mg/ngày tiêm bắp, Vitamin C 50mg/ngày X 1 tháng, Vitamin B1 1mg/ngày X 1 tháng. Vitamin D 400 đv/ngày từ tuần thứ 3, Vitamin E 20mg/kg/ngày, từ tuần thứ 2x3-4 tuần, Sắt Sunfat 2mg/ngày từ tuần 4-6, Axit folic 50mcrogam/ngày.

- Đảm bảo dinh dưỡng: Sữa mẹ là nguồn dinh dưỡng tốt nhất, tuy nhiên đối với trẻ đẻ non để trẻ bắt kịp đà tăng trưởng được như trẻ đủ tháng vẫn cần phải bổ sung thêm năng lượng vào sữa mẹ.

- Đảm bảo vệ sinh: Một nguyên tắc khi chăm sóc trẻ đẻ non là luôn phải rửa tay khi chăm sóc trẻ do hệ miễn dịch của trẻ chưa phát triển đầy đủ.

- Điều trị các bệnh kèm theo (nếu có) [4].

## **1.2. Công tác giáo dục sức khỏe và vai trò của truyền thông GDSK**

### **1.2.1. *Khái niệm chung về sức khỏe và giáo dục sức khỏe:***

Từ xa xưa con người đã luôn luôn đề cao sức khỏe, coi đó là thứ tài sản quý giá nhất, ông cha ta vẫn thường có câu “Sức khỏe là vàng”, “ Có sức khỏe là có tất cả”. Sức khỏe vẫn thường được hiểu đơn thuần là sự khỏe mạnh về thể chất, là sự không có về bệnh tật, cũng có khi sức khỏe được hiểu đồng nghĩa với khỏe mạnh.

Theo tuyên ngôn của Tổ chức Y tế Thế giới (WHO) đã đưa ra định nghĩa về sức khỏe “Sức khỏe là trạng thái thoải mái cả về thể chất, tâm thần và xã hội, chứ không chỉ đơn thuần là không có bệnh tật” và “Nâng cao sức khỏe và bảo vệ sức khỏe của người dân là điều quan trọng thiết yếu trong công cuộc duy trì kinh tế và phát triển xã hội, trong việc đóng góp một đời sống với chất lượng cao và cho một thế giới hòa bình” [9]. Hơn nữa mục IV trong bản tuyên ngôn này cũng đã nêu rõ “Người dân có quyền hạn và trách nhiệm tham gia vào quá trình lập kế hoạch và công tác chăm sóc sức khỏe trong phạm vi cá nhân và phạm vi tập thể”.

Giáo dục sức khỏe; Giáo dục sức khỏe cũng giống như giáo dục chung đó

là quá trình tác động nhằm thay đổi kiến thức, thái độ và thực hành của con người. Phát triển những thực hành lành mạnh mang lại tình trạng sức khỏe tốt nhất có thể được cho con người [10]. Như vậy, GDSK cung cấp các kiến thức mới làm cho đối tượng được giáo dục hiểu biết rõ hơn các vấn đề sức khỏe bệnh tật, từ đó họ có thể nhận ra các vấn đề sức khỏe bệnh tật liên quan đến bản thân, gia đình, cộng đồng nơi họ đang sinh sống, dẫn đến thay đổi tích cực giải quyết các vấn đề bệnh tật sức khỏe.

Có thể nhận thấy rằng định nghĩa này nhấn mạnh đến 3 lĩnh vực của giáo dục sức khỏe là: Kiến thức của con người về sức khỏe; Thái độ của con người về sức khỏe; Thực hành của con người về sức khỏe.

Cũng từ định nghĩa trên cho thấy giáo dục sức khỏe là cả một quá trình dài nên cần tiến hành thường xuyên, liên tục, lâu dài bằng nhiều biện pháp khác nhau chứ không phải là một công việc có thể làm một lần là xong. Vì vậy, để thực hiện công tác giáo dục sức khỏe chúng ta phải có sự đầu tư thích đáng, hết sức kiên trì thì mới đem lại hiệu quả cao.

GDSK không chỉ là cung cấp thông tin một chiều mà là quá trình tác động qua lại hai chiều và hợp tác giữa người giáo dục sức khỏe và đối tượng được giáo dục sức khỏe. Ở đây vai trò của giáo dục sức khỏe là tạo những hoàn cảnh thuận lợi cho mọi người tự giáo dục mình. Biến quá trình giáo dục thành quá trình tự học, quá trình đó diễn ra thông qua sự nỗ lực của người học (đối tượng được giáo dục sức khỏe) với sự giúp đỡ, tạo ra hoàn cảnh thuận lợi của người dạy. Từ sơ đồ trên cho thấy mối quan hệ giữa người làm giáo dục sức khỏe và đối tượng được giáo dục sức khỏe. Người làm công tác giáo dục sức khỏe không chỉ dạy cho học viên của mình mà còn học từ học viên của mình. Thu nhận thông tin phản hồi là vấn đề hết sức quan trọng mà người làm công tác giáo dục sức khỏe cần phải hết sức coi trọng, để kịp thời điều chỉnh bổ sung những thông tin thiếu sót làm cho các chương trình giáo dục sức khỏe thêm sinh động và thu hút sự quan tâm của cộng đồng.

Giáo dục sức khỏe không chỉ là cung cấp các thông tin chính xác, đầy đủ

về sức khỏe bệnh tật mà còn nhấn mạnh đến các yếu tố khác ảnh hưởng đến hành vi sức khỏe con người như là nguồn lực hiện có, sự lãnh đạo của cộng đồng, hỗ trợ xã hội, kỹ năng tự chăm sóc sức khỏe... Vì thế GDSK sử dụng nhiều phương pháp khác nhau để giúp cho mọi người hiểu được hoàn cảnh riêng của họ và chọn các hoạt động tăng cường sức khỏe thích hợp.

### ***1.2.2. Mục tiêu và vai trò của GDSK***

*Mục tiêu giáo dục sức khỏe:* Mục tiêu cơ bản của giáo dục sức khỏe là giúp cho mọi người:

- Xác định những vấn đề và nhu cầu sức khỏe của họ.
- Hiểu rõ những điều gì họ có thể làm được để giải quyết những vấn đề sức khỏe, bảo vệ và tăng cường sức khỏe bằng những khả năng của chính họ cũng như sự giúp đỡ từ bên ngoài.
- Quyết định những hành động thích hợp nhất để tăng cường cuộc sống khỏe mạnh.
- Giáo dục sức khỏe góp phần thực hiện một trong những quyền của con người là quyền được chăm sóc và bảo vệ sức khỏe.

*Vị trí và tầm quan trọng của giáo dục sức khỏe:*

Trong chăm sóc sức khỏe ban đầu, truyền thông và giáo dục sức khỏe có vai trò quyết định ảnh hưởng đến sức khỏe của họ. Vì vậy, để giúp cho người dân có những quyết định đúng đắn có lợi cho sức khỏe của họ, người dân cần phải được cung cấp những kiến thức cần thiết, huấn luyện những kỹ năng và thực hành những điều có lợi cho sức khỏe.

- Vì vậy, GDSK là là một bộ phận công tác y tế quan trọng nhằm làm thay đổi hành vi sức khỏe, góp phần tạo dựng, bảo vệ và nâng cao sức khỏe cho con người.

- Nếu giáo dục sức khỏe đạt kết quả tốt nó sẽ giúp làm giảm tỉ lệ mắc bệnh , tỉ lệ tàn phế và tử vong nhất là ở các nước đang phát triển đồng thời góp phần tăng cường hiệu quả các dịch vụ y tế.

So với các giải pháp dịch vụ y tế khác, giáo dục sức khỏe là một công tác



khó làm và khó đánh giá kết quả, nhưng nếu làm tốt sẽ mang lại hiệu quả cao nhất với chi phí ít nhất.

### ***1.2.3. Truyền thông GDSK trong bệnh viện tại Việt Nam:***

Tại Việt Nam, công tác giáo dục sức khỏe là một trong những nhiệm vụ quan trọng trong 10 nội dung chăm sóc sức khỏe ban đầu. Nghị quyết của đại hội Đảng XI đã đánh giá trong những năm qua ngành y tế đã vượt qua nhiều khó khăn, triển khai đạt kết quả trong công tác Bảo vệ và chăm sóc sức khỏe nhân dân. Nhận thức rõ được tầm quan trọng của việc hướng dẫn GDSK. gần đây nhất năm 2011, BHYT đã ra thông tư 07/2011/TT-BYT đã hướng dẫn chi tiết công tác điều dưỡng về chăm sóc người bệnh trong bệnh viện gồm 12 điều, trong đó Điều 4 về Hướng dẫn giáo dục sức khỏe có ghi: Bệnh viện có quy định và tổ chức các hình thức hướng dẫn giáo dục sức khỏe phù hợp; Người bệnh nằm viện được điều dưỡng viên, hộ sinh viên giáo dục sức khỏe, hướng dẫn tự chăm sóc, theo dõi, phòng bệnh trong thời gian nằm viện và sau khi ra viện.

#### *Tại Bệnh viện Sản Nhi tỉnh Phú Thọ*

Thực hiện đúng thông tư 07, Ban Giám đốc đã có công văn đến từng khoa lâm sàng trong bệnh viện phải thực hiện công tác hướng dẫn GDSK cho bệnh nhân đang nằm điều trị với tần suất ít nhất là 1 lần/tuần. Phòng Điều dưỡng sẽ đi kiểm tra theo lịch (được Ban Giám đốc duyệt) và báo cáo trong hội nghị giao ban cán bộ chủ chốt về tình hình GDSK chung trong bệnh viện theo quý, những khoa làm tốt cũng như những khoa làm chưa tốt để có ý kiến chỉ đạo kịp thời. Chính nhờ vậy mà công tác GDSK tại các khoa làm tương đối tốt theo báo cáo năm 2020, tỉ lệ thực hiện theo đúng lịch tại các khoa lên tới 87% [22].

Về cách thức tổ chức buổi GDSK trong bệnh viện, điều dưỡng trưởng các khoa sẽ lên kế hoạch từng buổi GDSK và chuẩn bị nội dung cho điều dưỡng viên trong khoa thực hiện theo tháng, đảm bảo 1 tuần/1 lần cho tất cả các bà mẹ/NCS có trẻ đang nằm điều trị tại khoa được nghe về GDSK. Các bà mẹ/NCS sẽ được tập trung vào phòng riêng hoặc được hướng dẫn ngay tại phòng tùy theo điều kiện CSVC để nghe điều dưỡng viên nói về một nội dung theo lịch được

phân công trong vòng 20 đến 30 phút, về nội dung của buổi GDSK, Bệnh viện đã xây dựng quyển GDSK gồm 30 bài cơ bản mà nội dung chính là chăm sóc trẻ từ sơ sinh đến tuổi học đường. Những nội dung này đã được thông qua Hội đồng khoa học của Bệnh viện sau đó được in ấn và phát cho tất cả các khoa. Ngoài ra tùy thuộc vào tính chất chuyên sâu của từng khoa, mà khoa tự xây dựng nội dung riêng để hướng dẫn trong buổi GDSK. Theo qui định sau mỗi buổi GDSK, người điều dưỡng viên hướng dẫn chính trong buổi GDSK đó đều phải có nhiệm vụ lượng giá về kiến thức của người được GDSK thông qua bộ câu hỏi và người được GDSK phải trả lời được từ 90% trở lên về kiến thức cũng như thực hành mới được đánh giá là buổi GDSK đạt.

### **1.3. Các nghiên cứu về chăm sóc trẻ đẻ non và giáo dục sức khỏe cho các bà mẹ về chăm sóc trẻ**

#### ***1.3.1. Nghiên cứu nước ngoài:***

Trên thế giới việc quản lý ngay từ khi người mẹ có thai đã rất được quan tâm. Đã có rất nhiều các chương trình, nghiên cứu về việc hỗ trợ cho các bà mẹ khi mang thai có nguy cơ đẻ non hoặc đẻ trẻ thấp cân như ở Canada, các bà mẹ được nhận từ NVYT những lời khuyên, những lời tư vấn về dinh dưỡng, cách dùng thuốc, nghỉ ngơi...và cả được hỗ trợ về mặt tinh thần[18].

Cũng nhiều nghiên cứu chỉ ra tỉ lệ biến chứng và tử vong ở trẻ đẻ non như tại Mỹ 25% tử vong sơ sinh có liên quan tới các biến chứng của đẻ non [21]. Trong một nghiên cứu theo dõi khác ở Braxin, trẻ đẻ non có nguy cơ chết chu sinh cao gấp 13 lần so với các trẻ bình thường và cao gấp 2 lần so với trẻ cân nặng thấp do chậm phát triển trong tử cung [14].

Nghiên cứu năm 2007 tại Braxin về trải nghiệm của người mẹ về chương trình giáo dục sức khỏe về chăm sóc trẻ đẻ non cho thấy các bà mẹ rất thích thú tham gia hoạt động này, họ đánh giá cao hiệu quả hoạt động GDSK trong việc cung cấp cho họ kiến thức và kỹ năng chăm sóc trẻ đẻ non, đồng thời xem đó là một phương thức rất tốt trong việc chia sẻ thông tin với gia đình/các thành viên khác. Chương trình GDSK còn được xem như là cơ hội để họ lắng nghe, chia sẻ

và giải tỏa stress cũng như giúp phát triển mối quan hệ với các bà mẹ khác và cán bộ y tế [17].

Một nghiên cứu khác tại Mỹ về khoá GDSK cho 30 bà mẹ có trẻ sinh non từ 28 - 35 tuần tuổi tại khoa sơ sinh được chia làm 2 nhóm và kết quả cho thấy có sự khác biệt về kiến thức giữa nhóm được chăm sóc bình thường và nhóm được có cơ hội để nói chuyện với NVYT về tình hình của họ và những điều họ quan tâm về trẻ [20].

Việc cho trẻ bú sữa mẹ cũng rất được chú trọng trong công tác GDSK, điều đó cũng được chứng minh trong nghiên cứu về tư vấn cho các bà mẹ có trẻ đẻ non khi cho con bú sữa mẹ như ở Italy [25], Mỹ [16].

### ***1.3.2. Tại Việt Nam:***

Theo nghiên cứu tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương của Trần Quang Hiệp tỉ lệ đẻ non trong 3 năm từ 1998 - 2000 là 10,32% [7]. Nghiên cứu của Tăng Chí Thượng và cộng sự năm 2006 tại 6 tỉnh phía Nam, đẻ non và biến chứng của đẻ non chiếm 46,7% số tử vong sơ sinh [20]. Theo Nguyễn Ngọc Anh tại khoa nhi Bệnh viện tỉnh Khánh Hòa năm 2003 - 2005, đẻ non chiếm 30,8% nguyên nhân gây tử vong sơ sinh [1]. Theo nghiên cứu của Đinh Thị Phương Hòa tại một số vùng miền Bắc cho thấy 87% trẻ có cân nặng < 2000g tử vong trong giai đoạn sơ sinh sớm [8].

PGS.TS.BS Ngô Minh Xuân, Chủ tịch Hội Chu sinh - sơ sinh thành phố Hồ Chí Minh, trưởng khoa Sơ sinh bệnh viện Từ Dũ, cho biết, cứ 1,2 triệu trẻ em Việt Nam ra đời thì có tới hơn 100.000 trẻ bị sinh non. Ngoài những thua thiệt về thể chất, tâm thần, trẻ đẻ non lại còn phải tốn nhiều viện phí.

Trong những năm gần đây, các tổ chức sức khoẻ trẻ em đã cố gắng để nâng cao nhận thức về sự nguy hiểm của đẻ non và những gì có thể thực hiện được để ngăn chặn điều này. Đó cũng chính là mục đích của Ngày Thế giới vì trẻ đẻ non (17 - 11), một ngày để giáo dục các bà mẹ về việc làm thế nào để chăm sóc cho em bé được sinh ra quá sớm.

Sự sống của trẻ đẻ non phụ thuộc rất lớn vào nơi các bé được sinh ra. Có

một thực tế đáng ngạc nhiên rằng: 90% trẻ đẻ non ở các nước có thu nhập thấp bị tử vong, trong khi đó 90% trẻ sinh non trẻ đẻ non ở các nước có thu nhập cao có thể tồn tại, đây là một sự đối lập hoàn toàn có thể khắc phục được bởi hơn 75% các trường hợp tử vong do biến chứng đẻ non có thể được ngăn chặn mà không cần chăm sóc đặc biệt. Trong đó việc thực hiện GDSK cho các bà mẹ có kiến thức để biết chăm sóc trẻ đúng cách cũng đã đem lại hiệu quả trong việc giảm tỉ lệ tử vong và biến chứng ở trẻ.

Một số nghiên cứu khác về tìm hiểu kiến thức bà mẹ cho con bú sau sinh, bao gồm cả trẻ đẻ non, kết quả cho thấy 74% bà mẹ biết tư thế cho con bú đúng, gần 50% bà mẹ trả lời đúng về thời gian cho con bú sớm sau sinh như ở bệnh viện y học - Huế [11]. Kết quả tương tự như vậy cũng được chứng minh ở nghiên cứu của Huỳnh Văn Tú ở Bệnh viện phụ sản Bình dương năm 2010 [25] và nghiên cứu của Lê Thị Mai ở bệnh viện ĐKTV Thái Nguyên năm 2006 [16].

Tuy nhiên vẫn chưa có nghiên cứu, báo cáo nào tìm hiểu về việc GDSK của điều dưỡng cho bà mẹ về kiến thức chăm sóc trẻ đẻ non để khi được ra viện bà mẹ hay người chăm sóc trẻ có thể tự theo dõi, chăm sóc trẻ đẻ non tại nhà.



## Chương 2

### PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

#### 2.1. Thiết kế nghiên cứu:

Nghiên cứu mô tả cắt ngang, kết hợp định lượng và định tính.

#### 2.2. Đối tượng nghiên cứu:

##### 2.2.1. Đối tượng nghiên cứu

- Các bà mẹ có con sinh non đang nằm điều trị tại đơn nguyên sơ sinh của khoa sơ sinh

- Điều dưỡng tại khoa sơ sinh.
- Điều dưỡng trưởng khoa sơ sinh.
- Lãnh đạo khoa sơ sinh

##### 2.2.2. Đối tượng loại trừ:

- Các bà mẹ có con đẻ non cần chế độ chăm sóc đặc biệt( Vì ốm đau, hoặc còn phải điều trị hay vì một lý do nào đó mà không ở cùng trẻ, mà người khác trông trẻ thay mẹ).
- Các bà mẹ không muốn hợp tác.

#### 2.3. Thời gian và địa điểm nghiên cứu:

*Thời gian:* Từ tháng 3 đến tháng 4 năm 2023.

*Địa điểm:* Khoa sơ sinh bệnh viện Sản Nhi tỉnh Phú Thọ.

#### 2.4. Phương pháp chọn mẫu:

##### 2.4.1. Cỡ mẫu định lượng:

- *Đối tượng:* Bà mẹ có trẻ đẻ non được định nghĩa là trẻ được sinh ra ở tuần thai < 37 tuần.

- *Chọn mẫu:* Toàn bộ các bà mẹ đủ tiêu chuẩn trong thời gian thu thập số liệu. Trong thời gian từ 20/3 - 27/4/2023, có 94 bà mẹ đã được tham gia vào nghiên cứu đảm bảo những tiêu chuẩn sau:

+ Tuổi thai < 37 tuần( theo bảng phân loại quốc tế bệnh tật lần thứ 10) [33].

+ Được nằm cùng với mẹ (mẹ tham gia chăm sóc trẻ cùng với điều

đưỡng)

+ Tự nguyện tham gia trả lời bộ câu hỏi phỏng vấn

- *Phương pháp thu thập số liệu:* Phỏng vấn trực tiếp các bà mẹ theo bộ câu hỏi đã thiết kế sẵn vào thời điểm trước khi ra viện. Mục đích là đánh giá thực trạng công tác GDSK của điều dưỡng khoa sơ sinh cho các bà mẹ có con đẻ non tại khoa sơ sinh trong thời gian nằm viện, kết quả và sự hài lòng của các bà mẹ với công tác hướng dẫn, GDSK về chăm sóc trẻ đẻ non cho các bà mẹ.

- *Công cụ thu thập số liệu:* Bộ câu hỏi phỏng vấn về kiến thức của các bà mẹ (phụ lục 1).

#### **2.4.2. Cỡ mẫu định tính:**

- *Đối tượng:* Điều dưỡng trưởng, điều dưỡng viên, các bà mẹ, lãnh đạo khoa sơ sinh

- *Mục đích:* Tìm hiểu thực trạng công tác GDSK cho các bà mẹ về cs trẻ đẻ non và các yếu tố ảnh hưởng tới kết quả GDSK.

- *Phương pháp thu thập thông tin:*

+ Thảo luận nhóm: Thực hiện 1 cuộc thảo luận nhóm (TLN) với các điều dưỡng chăm sóc trẻ tại khoa, số lượng điều dưỡng tham gia: 10 người đại diện cho thâm niên công tác khác nhau (>10 năm, 5-10 năm, < 5 năm), trình độ chuyên môn khác nhau (đại học, cao đẳng, trung học).

Cuộc TLN được thực hiện theo hướng dẫn TLN đã chuẩn bị nhằm khai thác các thông tin liên quan đến việc thực hiện công tác hướng dẫn GDSK cho các bà mẹ trong việc chăm sóc trẻ đẻ non đúng cách, những khó khăn, thuận lợi và các đề xuất (hướng dẫn TLN phụ lục 4). Cuộc TLN được tiến hành bởi tác giả là người điều hành và 1 thư ký là điều dưỡng viên của Bệnh viện.

+ Phỏng vấn sâu (PVS): thực hiện 8 cuộc PVS với 8 bà mẹ trong đó 02 bà mẹ có kiến thức tốt và 02 bà mẹ có kiến thức chưa tốt trước khi ra viện, 02 bà mẹ có tham gia GDSK và 02 bà mẹ chưa tham gia hoạt động GDSK tại Khoa để tìm hiểu các thông tin liên quan đến kiến thức của các bà mẹ và đánh giá hiệu quả của công tác tư vấn GDSK tại Khoa.

Cuộc PVS được thực hiện theo hướng dẫn PVS cho các bà mẹ (Phụ lục 5).

Thực hiện 01 PVS với Điều dưỡng trưởng khoa sơ sinh nhằm tìm hiểu thông tin về kiến thức của các bà mẹ trong việc chăm sóc trẻ đẻ non, về nội dung, việc tổ chức và thực hiện GDSK cho các bà mẹ về chăm sóc trẻ đẻ non, khó khăn, thuận lợi và khuyến nghị (Phụ lục 3).

Thực hiện 01 PVS với lãnh đạo khoa sơ sinh nhằm tìm hiểu thông tin về kiến thức của các bà mẹ trong việc chăm sóc trẻ đẻ non, việc tổ chức và thực hiện GDSK cho các bà mẹ về chăm sóc trẻ đẻ non tại khoa, khó khăn, thuận lợi và khuyến nghị (Phụ lục 2).

#### ***2.4.3. Công cụ thu thập số liệu:***

##### *2.4.3.1. Bộ câu hỏi phỏng vấn các bà mẹ về kiến thức chăm sóc trẻ đẻ non:*

*Cấu trúc bộ câu hỏi:* Các câu hỏi trong phần kiến thức được xây dựng dựa trên bài giảng về chăm sóc trẻ đẻ non do khoa sơ sinh bệnh viện Nhi xây dựng đã được thông qua hội đồng của bệnh viện vào ngày 11 tháng 8 năm 2020, gồm 5 nội dung chính: Chăm sóc hô hấp; Chăm sóc thân nhiệt; Chăm sóc dinh dưỡng và cho bú; Vệ sinh da và mát xa cho trẻ; Khám mắt, khám định kỳ, phát hiện bất thường.

*Thử nghiệm:* Bộ câu hỏi sau khi xây dựng đã được phỏng vấn thử với 10 bà mẹ để điều chỉnh và loại bỏ những câu hỏi không rõ ràng làm cho người được phỏng vấn hiểu khác nhau.

*Tiêu chuẩn đánh giá kiến thức của các bà mẹ:* Mỗi câu trả lời đúng được tính là 1 điểm. Có 15 câu hỏi tương đương với 15 điểm. Nếu bà mẹ trả lời đúng từ 10 câu trở lên (2/3 số điểm) là đạt, dưới 10 câu là không đạt. Chi tiết cách tính điểm xem trong phụ lục 6.

##### *2.4.3.2. Hướng dẫn thảo luận nhóm điều dưỡng viên:*

Sử dụng trong thảo luận nhóm với điều dưỡng viên tại khoa nhằm khai thác các thông tin liên quan đến kiến thức của các bà mẹ về chăm sóc trẻ đẻ non và thực trạng nội dung, tần suất, những thuận lợi, khó khăn trong công tác



GDSK cho các bà mẹ có trẻ đẻ non và các đề xuất nhằm cải thiện hiệu quả của công tác này tại khoa.

#### *2.4.3.3. Hướng dẫn phỏng vấn sâu: gồm 3 loại*

*PVS các bà mẹ:* Nhằm khai thác các thông tin sâu hơn về kiến thức của các bà mẹ về chăm sóc trẻ đẻ non, nhu cầu hướng dẫn GDSK. các hoạt động GDSK tại khoa họ đã tham gia, đánh giá về hoạt động GDSK tại khoa về nội dung, phương pháp, cách truyền đạt.... và các đề xuất nhằm cải thiện kiến thức cho các bà mẹ.

*Hướng dẫn PVS điều dưỡng trưởng:* Nhằm tìm hiểu thông tin về thực trạng công tác GDSK cho các bà mẹ có trẻ đẻ non, những khó khăn, thuận lợi trong việc triển khai và đề xuất cải thiện.

*Hướng dẫn PVS lãnh đạo khoa:* Nhằm tìm hiểu các thông tin về thực trạng công tác GDSK cho các bà mẹ có trẻ đẻ non, những khó khăn, thuận lợi trong việc triển khai và hướng giải quyết cũng như hỗ trợ của lãnh đạo bệnh viện trong việc tăng cường hiệu quả của công tác GDSK hiện nay.

### **2.5. Phương pháp thu thập số liệu:**

*Phỏng vấn các bà mẹ về kiến thức chăm sóc trẻ đẻ non trước khi ra viện:*

Điều tra viên: 2 điều dưỡng viên tại phòng điều dưỡng và 1 điều dưỡng trưởng khối ( phụ trách khoa sơ sinh). Trước khi triển khai thu thập số liệu, các điều tra viên được tập huấn về mục tiêu, phương pháp nghiên cứu và cách sử dụng bộ câu hỏi phỏng vấn.

Tổ chức thu thập số liệu: Phỏng vấn các bà mẹ trước khi ra viện. Tất cả các bà mẹ được ra viện trong thời gian từ 20/3 - 27/4/2023 có đủ tiêu chuẩn lựa chọn được các điều tra viên tiếp cận và phỏng vấn theo bộ câu hỏi đã chuẩn bị. Trước khi tiến hành phỏng vấn ĐTV giải thích rõ mục đích của nghiên cứu và cuộc phỏng vấn chỉ tiến hành khi đối tượng đồng ý.

- Giám sát thu thập số liệu: Phiếu được rút thăm ngẫu nhiên và phỏng vấn lại để kiểm tra tính chính xác của thông tin thu được.

*Số liệu định tính:* Nghiên cứu viên trực tiếp tiến hành TLN điều dưỡng và tiến hành phỏng vấn sâu các bà mẹ, điều dưỡng và lãnh đạo khoa. Tất cả các cuộc TLN, PVS được ghi âm sau khi được sự đồng ý của đối tượng, sau đó được kiểm tra, gỡ băng.

## 2.6. Các biến số nghiên cứu:

STT	Tên biến	Định nghĩa biến/Chỉ số	Phân loại	Phương pháp thu thập
<b>I. Thông tin về trẻ</b>				
1	Giới	Giới tính nam/nữ của trẻ		Phỏng vấn
2	Tuần thai	Số tuần thai được tính đến thời điểm sản phụ sinh ra trẻ		Phỏng vấn
3	Thứ tự của trẻ trong gia đình	Là con đầu hay con thứ mấy trong gia đình		Phỏng vấn
4	Cân nặng	Cân nặng lúc trẻ vừa được sinh ra		Phỏng vấn
5	Nơi chuyển trẻ đến viện	Cháu được đưa đến viện từ đâu( nhà, tuyến tỉnh, tuyến huyện...)		Phỏng vấn
<b>II. Thông tin chung về bà mẹ</b>				
6	Tuổi của mẹ	Số tuổi của bà mẹ tính đến thời điểm được điều tra		Phỏng vấn
7	Địa chỉ nhà ở	Nơi đăng ký hộ khẩu hoặc tạm trú		Phỏng vấn

8	Mẹ có tiền sử sinh non	Mẹ có tiền sử sinh non		Phỏng vấn
9	Trình độ học vấn	Bằng cấp cao nhất của bà mẹ( trung cấp, cao đẳng, đại học....		Phỏng vấn
<b>III. Kiến thức:</b>				
10	Kiến thức về những vấn đề bất thường về hô hấp ở trẻ đẻ non	Cơ quan hô hấp không đảm nhiệm được chức năng như bình thường		Phỏng vấn
11	Trẻ đẻ non hay có cơn ngừng thở	Trẻ không thở( lồng ngực trẻ không di động)		Phỏng vấn
12	Xử trí của bà mẹ/NCS ngay khi gặp trẻ có cơn ngừng thở	Xử trí của bà mẹ/người chăm sóc ngay khi trẻ có cơn ngừng thở tím tái		Phỏng vấn
13	Theo dõi nhiệt độ thường xuyên cho trẻ	Nhiệt độ cơ thể của trẻ thường xuyên được theo dõi		Phỏng vấn
14	Đo nhiệt độ cho trẻ bằng cách nào	Cách đo thân nhiệt cho trẻ		Phỏng vấn
15	Trẻ dễ bị hạ nhiệt độ	Nhiệt độ của trẻ thấp hơn so với chỉ số nhiệt độ bình thường		Phỏng vấn
16	Nhiệt độ phòng thích hợp cho trẻ đẻ non	Nhiệt độ phòng phù hợp với thân nhiệt của trẻ cho sự phát triển		Phỏng vấn

17	Loại sữa tốt nhất cho trẻ để đảm bảo cho sự tăng trưởng tốt	Loại sữa nào tốt nhất cho trẻ để đảm bảo cho sự tăng trưởng của trẻ		Phòng vấn
18	Cách cho trẻ bú	Cách để cho trẻ bú mẹ được hiệu quả		Phòng vấn
19	Tần xuất tắm cho trẻ	Trẻ được tắm hàng ngày		Phòng vấn
20	Rửa tay khi chăm sóc trẻ	Bà mẹ rửa tay trước khi chăm sóc trẻ		Phòng vấn
21	Mát xa cho trẻ	Trẻ được xoa bóp nhẹ nhàng từ đầu đến chân		
22	Khám mắt cho trẻ	Trẻ được đưa đến bác sĩ khoa mắt để khám		Phòng vấn
23	Thời gian cần cho trẻ đi khám mắt	Tuần được chỉ định là trẻ phải được khám mắt		Phòng vấn
24	Tái khám sau khi ra viện	Trẻ có phải khám lại sau khi đã được ra viện		Phòng vấn
25	Tỷ lệ các bà mẹ đã từng tham gia GDSK	Số các BM đã từng được GDSK trong thời gian nằm tại Khoa/tổng số BM phòng vấn		Phòng vấn
26	Số buổi GDSK trung bình 1 BM nhận được	Tổng số buổi GDSK các BM nhận được/tổng số các BM được GDSK tại Khoa		Phòng vấn
27	Nguồn cung cấp kiến thức của bà	Kiến thức của bà mẹ có được được nhận từ đâu		Phòng vấn

	mẹ			
28	Nguồn kiến thức GDSK mong muốn	Mong muốn của các bà mẹ được nhận hướng dẫn GDSK từ nguồn nào		Phỏng vấn
29	Nhận xét về hoạt động GDSK tại khoa	Nhận xét của bà mẹ/NCS về hoạt động hướng dẫn GDSK tại khoa		Phỏng vấn
30	Sự hài lòng của BM về công tác GDSK	Sự hài lòng về thời gian, hình thức, nội dung, cách tổ chức, thái độ của NVYT trong các buổi GDSK		Phỏng vấn PVS
31	Khó khăn trong thực hiện GDSK	Những khó khăn ảnh hưởng tới thực hiện GDSK		TLN PVS
32	Thuận lợi trong thực hiện GDSK	Những thuận lợi trong thực hiện GDSK tại Khoa		TLN PVS
33	Nhân lực thực hiện GDSK	Số lượng CNYT tham gia GDSK, trình độ, kinh nghiệm, kỹ năng		TLN PVS
34	Thời gian, tần suất thực hiện GDSK	Thời gian, tần suất thực hiện GDSK		TLN PVS
35	Hình thức tổ chức GDSK	Hình thức tổ chức các buổi GDSK		TLN PVS
36	Nội dung GDSK	Nội dung các buổi GDSK		TLN PVS
37	Cơ sở vật chất, TTB phục vụ GDSK	Số phòng, số trang thiết bị phục vụ GDSK		TLN PVS

### **2.7. Phương pháp phân tích số liệu:**

Tất cả số liệu thu thập trong quá trình nghiên cứu được làm sạch, sau đó được mã hóa và nhập vào máy tính bằng chương trình Epidata 3.0. số liệu được xử lý bằng phần mềm SPSS 16.0.

*Bước 1:* Thực trạng đặc điểm đối tượng nghiên cứu

- Tỷ lệ phần trăm và phân bố tần suất được dùng để thực trạng các biến rời rạc, thứ bậc, định danh.

- Trung bình, trung vị và độ biến thiên được dùng để ước tính cho các biến liên tục.

*Bước 2:* Thông tin định tính được gỡ băng, xem xét các biên bản và ghi chép trong lúc PVS/TLN rồi phân tích theo từng chủ đề để trả lời các câu hỏi nghiên cứu

### **2.8. Vấn đề đạo đức trong nghiên cứu:**

Nội dung nghiên cứu phù hợp. được lãnh đạo viện Sản Nhi tỉnh Phú Thọ quan tâm, ủng hộ.

Đối tượng nghiên cứu được giải thích rõ ràng về mục đích và nội dung của nghiên cứu trước khi tiến hành phỏng vấn và chỉ tiến hành khi có sự chấp nhận hợp tác tham gia của đối tượng nghiên cứu và đảm bảo thông tin được giữ kín không ảnh hưởng tới điều trị của trẻ.

Kết quả nghiên cứu sẽ được phản hồi cho lãnh đạo Bệnh viện sản nhi tỉnh Phú Thọ, đội ngũ cán bộ quản lý cũng như nhân viên y tế tại bệnh viện sau khi kết thúc nghiên cứu. Kết quả nghiên cứu có thể làm bằng chứng cho các giải pháp phát triển hướng dẫn GDSK tại các khoa trong bệnh viện và nhân rộng cho các cơ sở tuyến tỉnh.

### **2.9. Hạn chế của nghiên cứu và hướng khắc phục.**

Trong nghiên cứu này một số sai sót có thể gặp là: Đề tài mới chỉ đánh giá thay đổi kiến thức của các bà mẹ trong thời gian nằm viện mà chưa đánh giá được thực hành của các bà mẹ; Thông tin mới chỉ được thu thập trong 1 thời gian ngắn, trên cỡ mẫu nhỏ nên kết quả có thể chưa đại diện cho toàn bộ quần thể; Nghiên cứu có thể tiềm ẩn sai sót nhớ lại, sai sót phỏng vấn.

### **2.10. Cách khắc phục sai sót**

Hướng dẫn kỹ cho các đối tượng trước khi phỏng vấn và điền vào bộ câu hỏi Kiểm tra kỹ các phiếu ngay tại chỗ để đảm bảo các thông tin thu thập đầy đủ  
Làm sạch số liệu trước khi nhập, tạo file check để hạn chế sai sót do nhập số liệu.

### Chương 3

#### KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

#### 3.1. Thông tin chung về đối tượng nghiên cứu:

##### 3.1.1. Thông tin chung về trẻ

Tại khoa sơ sinh BV Sản nhi tỉnh Phú thọ, từ ngày 20/3 /2023 đến 27/4/2023 có trẻ đẻ non phù hợp với yêu cầu của đối tượng nghiên cứu, được và phỏng

**Bảng 3.1: Thông tin chung về trẻ trong**

Yếu tố về xã hội đối với trẻ	n	Tỷ lệ %
<b>Giới:</b>		
Nam	58	61.7
Nữ	36	38.3
<b>Tuần thai khi sinh</b>		
28 - 30 tuần	31	33
31-32 tuần	24	25.5
33 - 34 tuần	20	21.3
Từ tuần 35 trở lên	19	2.1
<b>Thứ tự trong tổng số con sinh ra cùng mẹ</b>		
Thứ nhất	53	56.4
Thứ hai	30	31.9
Thứ ba	9	9.6
<b>Cân nặng khi sinh của trẻ</b>		
1000 — 1500g	28	29,8
1501 -2000g	45	47,9
2001-2500g	15	16
Từ 2501 g trở lên	6	6,3
<b>Tổng</b>	<b>94</b>	<b>100</b>

Trong tổng số 94 trẻ đẻ non được chọn vào mẫu nghiên cứu, đa số trẻ được sinh ra với tuần thai từ 28 - 30 tuần (chiếm 33%). Trẻ sinh ra trong tuần thai từ tuần 34 trở lên chiếm tỷ lệ thấp nhất với 20,2%. về giới tính, tỷ lệ trẻ trai (58,5%) cao hơn tỷ lệ trẻ gái (41,5%).

Phần lớn số trẻ đẻ non là thuộc con đầu và con thứ 2 của người mẹ, (chiếm tỷ lệ 88,3%). Trẻ đẻ non là con đầu chiếm tỷ lệ cao nhất với 56,4% trong khi đó tỷ lệ trẻ đẻ non khi sinh là con thứ 3 và 4 chỉ chiếm tỷ lệ 11,7%.

Trẻ đẻ non có cân nặng khi sinh trong khoảng từ 1000 - 2000g chiếm tỷ lệ 77,7%. Trẻ đẻ non có cân nặng trong khoảng từ 2001 - 2500g chiếm tỷ lệ 16%. Chỉ có 6,3% trẻ có cân nặng khi sinh từ 250 Ig trở lên.

### 3.1.2. Thông tin chung về bà mẹ

**Bảng 3.2: Thông tin chung về bà mẹ trong nghiên cứu**

Đặc điểm của bà mẹ	n	Tỷ lệ %
<b>Nơi chuyển đến BV sản nhi Phú Thọ</b>		
- Từ nhà	16	17
- BV huyện	71	75,5
- Trạm y tế xã, phường	4	4,3
- Khác	3	3,2
<b>Nơi ở hiện tại</b>		
- Việt Trì	28	29,8
- Các huyện trong tỉnh	66	70,2
<b>Tuổi mẹ</b>		
Dưới 20 tuổi	3	3,2
Từ 20-24 tuổi	31	33
Từ 25 -29 tuổi	22	23,4
Từ 30 - 34 tuổi	26	27,7
Từ 35 -39 tuổi	7	7,4
Từ 40 tuổi trở lên	5	5,3
<b>Trình độ học vấn cao nhất</b>		
Tiểu học	0	0
THCS	24	25,5
THPT	35	37,3
Cao đẳng/trung cấp	16	17
Đại học	18	19,1
Trên đại học	1	1,1



Tỷ lệ trẻ được chuyển từ BV tuyến huyện lên chiếm 3/4, tỷ lệ chuyển đến từ trạm y tế xã, phường chiếm rất ít (4.3%). Đáng lưu ý là có 17% chuyển đến bệnh viện từ nhà. Là bệnh viện chuyên khoa nhi tuyến cuối của tỉnh nên 71% số bà mẹ đưa trẻ đẻ non đến bệnh viện sản nhi tỉnh Phú Thọ là từ các huyện của tỉnh Phú Thọ.

Nhóm tuổi của bà mẹ có trẻ đẻ non tập trung chủ yếu trong độ tuổi từ 20 - 34 tuổi, chiếm tỷ lệ 84,1%. Trong đó các bà mẹ trong độ tuổi từ 20 - 24 có tỷ lệ trẻ đẻ non cao nhất với 33%. Trong 94 đối tượng chỉ có 3 bà mẹ dưới 20 tuổi chiếm 3,2%.

Nhìn chung các bà mẹ tham gia nghiên cứu đều có trình độ văn hoá cơ bản (ít nhất đều hết cấp 2). Gần 40% các bà mẹ có trình độ cao đẳng/ trung cấp/đại học và sau đại học.

### **3.2. Thực trạng kiến thức của bà mẹ trước khi ra viện và nguồn cung cấp thông tin cho các bà mẹ về chăm sóc trẻ đẻ non**

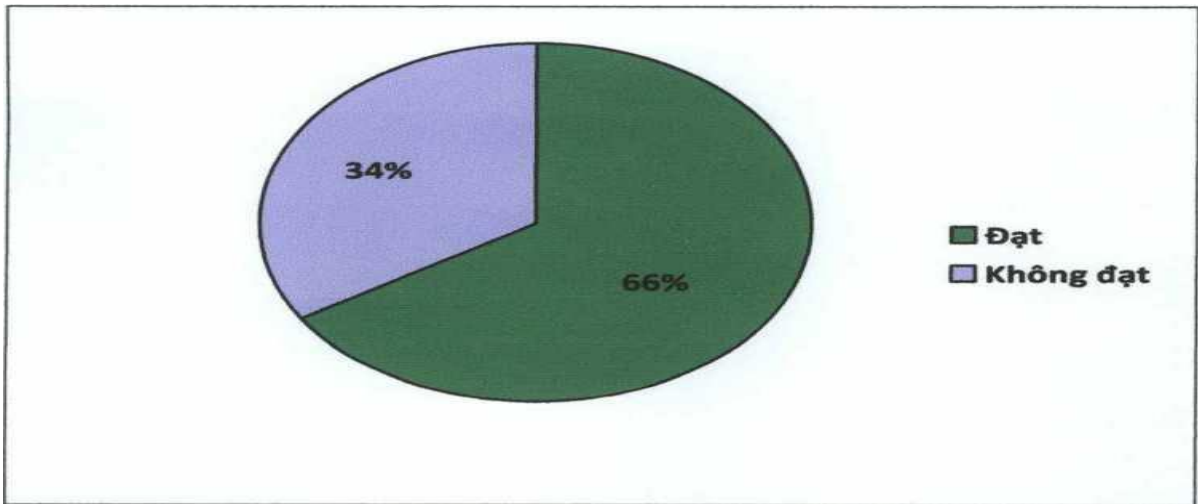
***Bảng 3.3. Kiến thức về chăm sóc trẻ đẻ non của các bà mẹ trong nghiên cứu***

Nội dung	Đánh giá kiến thức của các bà mẹ			
	Có/đúng		Không biết/không đúng	
	N	%	N	%
Biết về những vấn đề bất thường về hô hấp ở trẻ đẻ non	70	74.5	24	25.5
Biết về cơn ngừng thở ở trẻ đẻ non	67	71.3	27	28.7
Cách xử trí khi trẻ có cơn ngừng thở	63	67.0	31	33.0
Biết trẻ cần theo dõi nhiệt độ thường xuyên	91	96.8	3	3.2
Biết được cách đo thân nhiệt của trẻ	92	97.9	2	2.1
Biết trẻ dễ bị hạ nhiệt độ	73	77.7	21	22.3

Biết nhiệt độ phòng thích hợp cho trẻ đẻ non	69	73.4	25	26.6
Biết sữa tốt nhất cho trẻ đẻ đảm bảo cho sự tăng trưởng tốt	32	34.0	62	66.0
Biết cách để trẻ bú mẹ được dễ dàng	73	77.7	21	22.3
Biết trẻ cần được tắm hàng ngày	24	25.5	70	74.5
Biết nhất thiết phải rửa tay khi chăm sóc	94	100.0	0	0
Biết trẻ cần được mát xa nhẹ nhàng	92	97.9	2	2.1
Biết trẻ cần đi khám mắt	7	7.4	87	92.6
Biết thời gian cần đưa trẻ đi khám mắt	34	40	53	60
Biết cần đưa trẻ quay lại khám định kỳ sau khi ra viện	90	95.7	4	4.3

Phần lớn các BM có kiến thức tốt về thân nhiệt của trẻ, việc quay lại khám định kỳ trước khi ra viện và rửa tay trước khi chăm sóc trẻ (chiếm tỷ lệ lần lượt là 73%, 90% và 100%). Tuy nhiên kiến thức về vệ sinh tắm cho trẻ còn kém khi có 3/4 các bà mẹ không biết việc không nhất thiết phải tắm cho trẻ hàng ngày. Có đến 93% bà mẹ cho rằng cứ đẻ non là phải đi khám mắt cho trẻ.

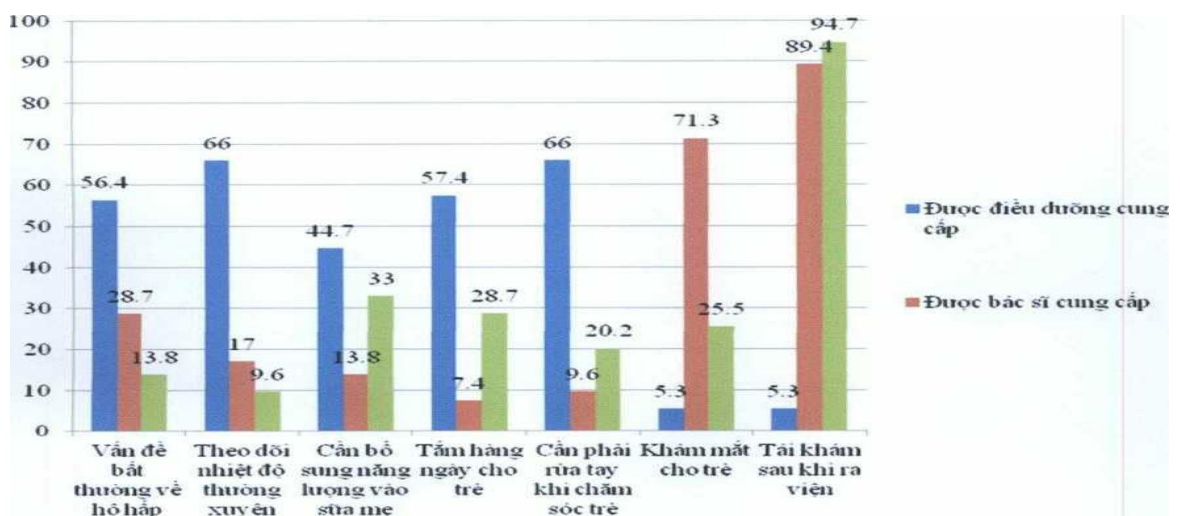
Kiến thức về theo dõi về hô hấp rất quan trọng trong việc theo dõi trẻ đẻ non, tuy nhiên ở phần này các bà mẹ vẫn trả lời sai đến gần 30%, việc biết cách xử trí kịp thời khi trẻ có cơn ngừng thở để tránh nguy hiểm tính mạng trẻ thì vẫn có tới 31 bà mẹ trả lời sai (chiếm 33%). Đặc biệt, 2/3 số bà mẹ không biết rằng đối với trẻ đẻ non thì ngoài sữa mẹ ra vẫn cần bổ sung thêm cả năng lượng khác để cho trẻ có thể bắt kịp đà tăng trưởng so với trẻ đẻ đủ tháng nên vẫn trả lời sai. Nhiều bà mẹ cho rằng chỉ cần sữa mẹ là đủ.



**Biểu đồ 3.1: Kiến thức chung của các bà mẹ về chăm sóc trẻ**

Như vậy trong số 94 bà mẹ được hỏi về kiến thức thì có 62 bà mẹ là đạt từ 2/3 tổng số điểm trở lên chiếm 66%. Có 1 bà mẹ là trả lời được đúng 100%. Đây là bà mẹ có thời gian nằm viện trên 2 tuần, được tham gia 2 buổi GDSK và cháu này là cháu thứ 2, cũng có thể do thời gian nằm lâu và đã có kinh nghiệm chăm một cháu đầu nên kiến thức của bà mẹ là rất tốt. Bà mẹ này cũng được chọn để phỏng vấn sâu nhằm khai thác các yếu tố ảnh hưởng đến kiến thức của các bà mẹ. Tuy vậy có tới 1/3 các BM có kiến thức chưa đạt về chăm sóc trẻ sơ sinh non tháng, điều này sẽ ảnh hưởng quan trọng tới việc chăm sóc cũng như sức khoẻ của trẻ sau khi ra viện.

### 3.3. Nguồn thông tin cho các BM về chăm sóc trẻ đẻ non.



**Biểu đồ 3.2: Nguồn cung cấp kiến thức cho các bà mẹ**

Trong quá trình nằm viện, các bà mẹ nhận được kiến thức chăm sóc trẻ đẻ non từ rất nhiều nguồn, tuy nhiên qua kết quả bảng trên ta thấy nổi bật lên được, các bà mẹ nhận được phần nhiều những kiến thức chăm sóc trẻ là từ điều dưỡng viên chiếm từ 44,7% đến 66%. Riêng về phần tái khám và đi khám mắt cho trẻ thì điều dưỡng viên lại phổ biến cho các bà mẹ rất ít chiếm 5,3%. Phần nhận được từ các nguồn khác như qua người thân, sách báo, vô tuyến...chiếm từ 9,6 đến 33%, trừ việc đi khám lại là 94,7%, phần lớn là do mẹ tự biết phải đi khám lại cho trẻ.

Nhưng 3 nội dung cuối liên quan đến khám mắt và tái khám thì lại chủ yếu nhận được từ bác sĩ.

Nguồn thông tin về chăm sóc trẻ đẻ non quan trọng thứ hai là từ kinh nghiệm bản thân, hoặc kinh nghiệm từ người thân trong gia đình.

Thông tin từ nguồn này chủ yếu là về các kiến thức chăm sóc trẻ sơ sinh như việc tắm hàng ngày, tư thế bú, vệ sinh tay trước khi tiếp xúc với trẻ.

Việc học tập từ các bà mẹ có con cùng phòng, qua quan sát điều dưỡng viên thực hiện và qua sách báo, vô tuyến, internet... về cách chăm sóc trẻ đẻ non chiếm tỷ lệ thấp dưới 10%.

Ngoài việc được điều dưỡng viên hướng dẫn trong buổi GDSK, các bà mẹ còn học được qua quan sát điều dưỡng viên thực hành, nhưng chiếm tỷ lệ thấp.

**Bảng 3.4: Nguồn thông tin GDSK BM mong muốn nhận được**

Nội dung	n	%
Người thân trong gia đình	1	1,1
Các bà mẹ có trẻ đẻ non khác	2	2,1
Điều dưỡng khoa sơ sinh	10	10,6
Bác sĩ khoa sơ sinh	81	86,2
Khác	0	0

Các bà mẹ mong muốn nhận được thông tin về kiến thức từ bác sĩ rất cao

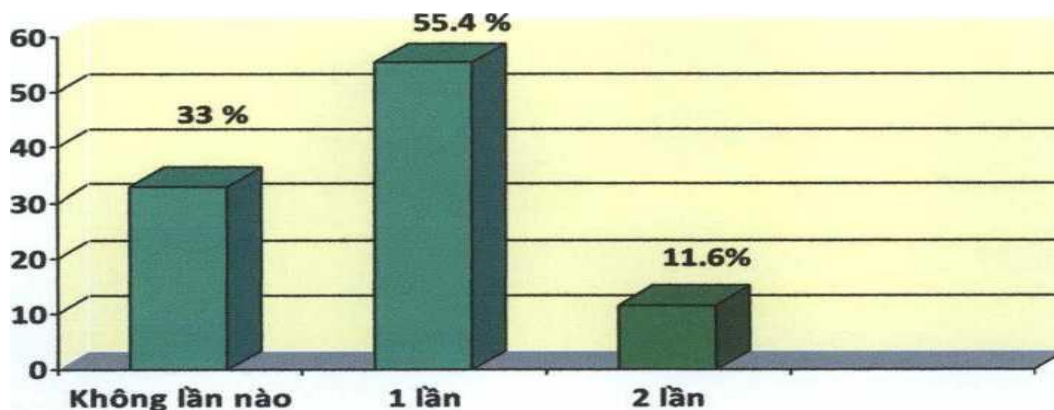
(86,2%), trong khi đó mong muốn nhận được từ điều dưỡng viên lại rất ít (10,6%), sau đó mới đến bà mẹ có trẻ đẻ non khác và người thân trong gia đình.

### 3.4. Công tác giáo dục sức khỏe cho các bà mẹ về chăm sóc trẻ đẻ non và sự hài lòng của các bà mẹ.

#### 3.4.1. Việc thực hiện GDSK cho các bà mẹ về chăm sóc trẻ đẻ non.

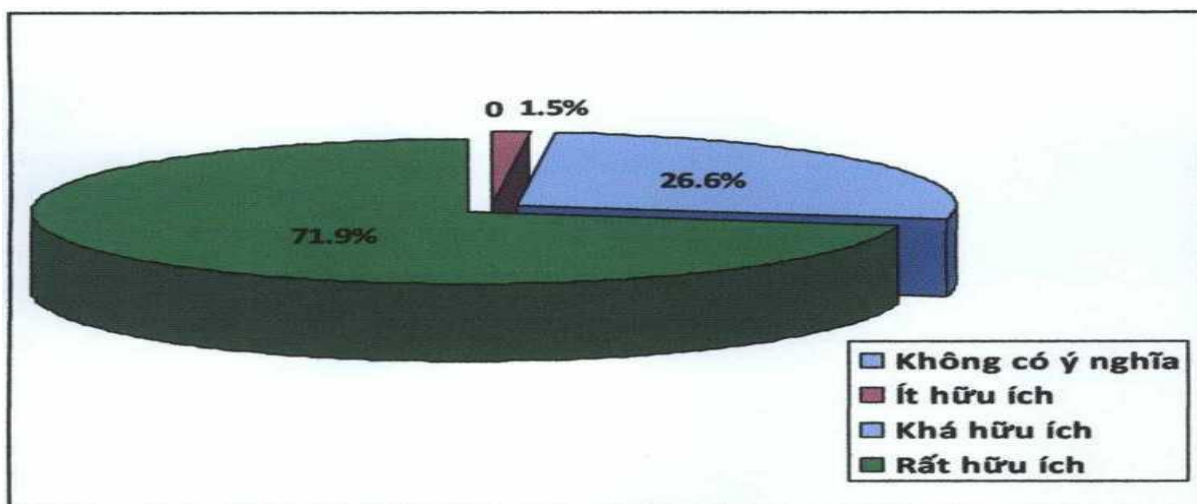
Những kiến thức phổ biến trong buổi GDSK chủ yếu là do điều dưỡng viên soạn nên rất dễ truyền đạt lại cho người nghe.

Trong 94 bà mẹ được hỏi thì có 30 bà mẹ (tương đương 33%) cho tới thời điểm ra viện là chưa được tham gia buổi GDSK nào. Hơn một nửa trong số các BM là được tham gia một lần 55,4%, còn tham gia từ hai buổi trở lên rất ít chỉ chiếm 11,6%.



*Biểu đồ 3.3: Số lần BM tham dự GDSK tại Khoa*

#### 3.4.2. Nhận xét về mức độ hữu ích của GDSK tại Khoa



*Biểu đồ 3.4: Nhận xét của về mức độ hữu ích của GDSK tại khoa*

Hầu như tất cả các bà mẹ đều đánh giá rất cao các buổi GDSK tại Khoa (63/64 đối tượng).

Đặc biệt, các BM đều nhận thức được trẻ đẻ non cần được chăm sóc đặc biệt nhưng lại lúng túng không biết cách chăm sóc thế nào vì trẻ đẻ non cần chăm sóc khác biệt so với trẻ đủ tháng. Vì vậy ngay cả các bà mẹ đã từng có kinh nghiệm nuôi trẻ nhưng với trẻ đẻ non thấy cũng rất khó khăn:

### 3.4.3. Đánh giá mức độ hài lòng của các BM/người CS với công tác GDSK

**Bảng 3.5: Mức độ hài lòng của các BM đã tham gia GDSK**

Yếu tố Đánh giá	Không hài lòng		Ít hài lòng		Hài lòng		Rất hài lòng	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Tần xuất hướng dẫn GDSK	2	3	6	10	35	54	21	33
Hình thức hướng dẫn GDSK và cách tổ chức	2	3	9	14	43	67	10	16
Nội dung hướng dẫn	0	0	3	5	38	59	23	36
Thái độ của người hướng	0	0	2	3	38	59	24	38
Đánh giá chung	4	6,25	1	1,7	41	64	18	28

#### 3.4.3. Khó khăn, thuận lợi trong thực hiện GDSK cho các BM có trẻ đẻ non

Kết quả cho thấy sự hài lòng của các bà mẹ đã tham gia GDSK với công tác GDSK rất cao. Tuy nhiên dù có tới 92% các bà mẹ hài lòng và rất hài lòng với hoạt động này tại Khoa, nhưng còn nhiều bà mẹ cho biết mong muốn được GDSK nhiều hơn nữa trong thời gian nằm viện:

Mặc dù có các bà mẹ nghe nội dung 2 buổi trùng nhau nhưng họ cũng không hề phàn nàn và đều thấy hài lòng

Tuy nhiên vẫn còn 17% các bà mẹ chưa hài lòng với hình thức và cách thức tổ chức của buổi GDSK

BN không được báo trước là buổi nào trong tuần sẽ được nghe NV nói về GDSK mà chỉ đến khi được mời ra mới biết nên khó khăn hơn trong việc bố trí thời gian và giảm tập trung.

Một số bà mẹ cho biết phải đứng ở hành lang để nghe, không thấy thoải mái, nghe không rõ, đôi khi không nhìn thấy được hết cô NV thực hành. Điều này có ảnh hưởng tới tiếp thu kiến thức của họ

Sau buổi nghe về GDSK, các bà mẹ không được thực hành ngay mà chỉ được nhìn các cô làm mẫu.

Đánh giá chung mức độ hài lòng của các bà mẹ đã được tham gia GDSK đạt 92%.

#### **3.4.4. Khó khăn, thuận lợi trong thực hiện GDSK cho các BM có trẻ đẻ non**

##### *3.4.4.1. Thuận lợi:*

Lãnh đạo khoa nhận thức được tầm quan trọng của GDSK nên rất quan tâm, và tạo điều kiện để bố trí tổ chức những buổi GDSK theo được đúng lịch.

Bên cạnh đó, các bà mẹ rất hưởng ứng hoạt động này, sẵn sàng bố trí thời gian và tham gia nhiệt tình.

##### *3.4.4.2. Khó khăn:*

Về TTB: Hiện khoa không có phòng riêng để thực hiện GDSK và đây là một trong những hạn chế lớn nhất trong việc đáp ứng nhu cầu GDSK của các bà mẹ.

Trang thiết bị phục vụ GDSK chưa đủ để phục vụ cho buổi GDSK

Về nhân lực - thời gian: Đây cũng là lý do cơ bản khiến việc thực hiện GDSK còn hạn chế.

Điều dưỡng thiếu kỹ năng GDSK và cách tổ chức buổi GDSK: Kết quả TLN cho thấy chỉ có khoảng 3/4 điều dưỡng tự tin đứng trước đám đông để thực hiện hướng dẫn GDSK.

Những điều dưỡng có thời gian đi làm <5 năm thường chưa có đủ kinh nghiệm cũng như đủ tự tin để đứng trước đám đông để nói.

Phần lớn điều dưỡng chưa được đào tạo về GDSK (8 trong tổng số 10 điều dưỡng trong thảo luận nhóm cho biết) mà chỉ bằng kinh nghiệm và thời gian để chuyển tải những kiến thức của họ cho các bà mẹ. Có 2 người đã từng được học về truyền thông GDSK nhưng cũng đã quá lâu (trên 6 năm), chưa

được đào tạo lại.

Điều dưỡng cũng chưa biết cách đánh giá kết quả các bà mẹ nắm được kiến thức đến đâu sau khi thực hiện GDSK. Vì vậy, hầu như chưa có hoạt động trao đổi, rút kinh nghiệm sau mỗi buổi GDSK để cải thiện trong các buổi sau.

Việc GDSK vẫn chưa đa dạng về hình thức và đáp ứng hết nhu cầu của NB.

Thiếu sự tham gia của bác sĩ cũng như sự hỗ trợ kỹ thuật của toàn khoa: Chịu trách nhiệm tổ chức và thực hiện các buổi GDSK hiện nay chủ yếu là điều dưỡng chứ chưa có bác sĩ tham gia. Trong khi đó GDSK cho trẻ đẻ non có liên quan tới nhiều vấn đề chuyên môn nên rất cần sự hỗ trợ của bác sĩ và các cán bộ chuyên môn khác

Trong khi đó, kết quả khảo sát từ phía bà mẹ cho thấy đa số các bà mẹ đều muốn được bác sĩ cung cấp thông tin và hướng dẫn cách chăm sóc cho trẻ chiếm tới 81%, sau đó mới đến điều dưỡng và các nguồn khác (Bảng 3.4)

Chưa có cơ chế động viên, khuyến khích thích đáng: Hiện nay công tác GDSK được coi là nhiệm vụ của điều dưỡng và hầu như chỉ có điều dưỡng thực hiện. Mặc dù nhận thức được tầm quan trọng nhưng hiện nay Khoa chưa có cơ chế động viên, khuyến khích cụ thể cho cán bộ thực hiện công tác này nên chưa khuyến khích được sự nhiệt tình tham gia.



## **Chương 4**

### **BÀN LUẬN**

#### **4.1. Đặc điểm đối tượng nghiên cứu:**

Kết quả nghiên cứu cho thấy tuổi mẹ có trẻ đẻ non tập trung trong độ tuổi 20 - 24 tuổi (33%), kết quả này phù hợp với kết quả nghiên cứu của Triệu Thị Hồng Thái (41,8% là con đầu)[22] và nghiên cứu của Mai Trọng Dũng (chiếm 37,25%)[6]. Thực tế đây là số sản phụ vào đẻ ở độ tuổi này cao hơn so với các độ tuổi khác do đó mà đẻ non cũng gặp nhiều hơn. Kết quả của chúng tôi không nêu được các nguy cơ về tuổi mẹ dẫn tới đẻ non. Hầu hết các tác giả nghiên cứu về các yếu tố nguy cơ dẫn đến đẻ non đều công nhận rằng nguy cơ đẻ non tăng lên ở những bà mẹ dưới 20 tuổi hoặc trên 35 tuổi [34].

Đối tượng ở nông thôn cao hơn thành thị chiếm tỉ lệ 72,6%. về trình độ học vấn hơn 60% là bà mẹ có trình độ hết cấp 2 và cấp 3, gần 40% bà mẹ có trình độ trung học và đại học.

Đặc điểm của trẻ đẻ non trong nhóm đối tượng này là trai chiếm 61.1% gấp 1,57 lần trẻ gái đẻ non. Kết quả này cũng phù hợp với kết quả của Triệu Thị Hồng Thái với tỉ lệ là 1,75 [22]. Mẹ sinh con thứ nhất chiếm tỉ lệ đẻ non cao nhất là 57,9%, nhóm trẻ sinh non chiếm tỉ lệ cao nhất là 28 - 30 tuần (chiếm 33%). Cân nặng trung bình của các trẻ là 1700g, chủ yếu là nhóm có cân nặng từ 1501g đến 2000 g (47,9%). Kết quả này khác so với nghiên cứu của Nguyễn Thị Kim Liên chủ yếu gặp ở trẻ có cân nặng từ 1000 - 1500 g [12]. Có thể là do nghiên cứu này chỉ thực hiện ở những ca đã được nằm ghép với mẹ là những cháu tương đối cứng cáp nên chỉ số cân nặng có thể cao hơn.

#### **4.2. Kiến thức của các bà mẹ về chăm sóc trẻ sinh non:**

Nghiên cứu đánh giá kiến thức chăm sóc trẻ đẻ non của các bà mẹ trước khi ra viện cho thấy tỉ lệ đạt khi trả lời bộ câu hỏi về kiến thức chăm sóc trẻ đẻ non là 66%. . Kết quả này cũng tương tự trong nghiên cứu về kiến thức của bà mẹ cho trẻ bú sớm sau sinh của Lê Thị Mai ở BVĐK Thái Nguyên là 70% [15], hay của Vũ Mạnh Tiến 67,2% ở bệnh viện Phụ sản Trung ương [25]. Tuy nhiên

khi so sánh với những nghiên cứu tìm hiểu về kiến thức xử trí đúng khi con bị tiêu chảy thì tỉ lệ trả lời đúng lại rất cao như của Nguyễn Thị Thanh Ngọc tại phòng khám Phúc Xá - Ba Đình, Hà Nội là 91,37% [17] và Nguyễn Văn Thanh tại BVĐKKV Bông Sơn là 87,8% [24]. Như vậy ta thấy rằng việc tuyên truyền GDSK hết sức quan trọng, việc phòng và xử trí khi trẻ bị tiêu chảy là chương trình quốc gia được phổ biến tuyên truyền rất rộng rãi trên báo đài, vô tuyến nên người dân có được nhiều kiến thức hơn. Khi khảo sát về nguồn thông tin chăm sóc trẻ đẻ non mà các bà mẹ nhận được nhiều nhất thì có đến 50 - 60 % các bà mẹ trả lời là từ hướng dẫn của điều dưỡng viên. Điều này cho thấy việc GDSK tại khoa mà hiện nay chủ yếu do các điều dưỡng thực hiện đã góp phần quan trọng trong việc nâng cao kiến thức của các bà mẹ về chăm sóc đối tượng rất đặc biệt là trẻ đẻ non. Tuy vậy, vẫn còn 1/3 các bà mẹ chưa có kiến thức đạt về chăm sóc trẻ. Điều này rất đáng lo ngại vì việc thiếu kiến thức có thể sẽ dẫn tới thực hiện không đúng những yêu cầu trong chăm sóc trẻ sau khi ra viện, dễ dẫn tới các biến chứng và ảnh hưởng tới sức khoẻ của trẻ. Từ đó dẫn đến vòng luẩn quẩn trẻ lại phải vào viện, gây tốn kém về kinh tế cho gia đình, đứa trẻ đã yếu vì đẻ non nay lại thêm các biến chứng, càng kéo dài thêm thời gian nằm viện, càng làm cho đứa trẻ ốm yếu thêm khó lòng bắt kịp với trẻ đẻ đủ tháng và gây hiện tượng quá tải cho bệnh viện. Đây cũng là cơ sở để Khoa sơ sinh xem xét lại vì sao vẫn còn đến 1/3 các bà mẹ trả lời chưa đạt, phải chăng thời gian dành cho buổi GDSK chưa đủ, điều dưỡng viên chưa có kỹ năng để truyền đạt lại cho người nghe, hay do cách thức tổ chức chưa hợp lý.

Khi tìm hiểu về kiến thức của bà mẹ về tư thế cho con bú đúng ở bệnh viện Y - Dược Huế của Phan Thị Tâm Khuê năm 2009 thì tỉ lệ trả lời đúng của các bà mẹ cao hơn hẳn ( 82%) [11] cũng có thể vì ở nghiên cứu này là đối với trẻ đẻ đủ tháng nên các bà mẹ đỡ vất vả hơn trong chăm sóc con nên các bà mẹ chú tâm được hơn nên kết quả cũng tốt hơn. Kiến thức về vệ sinh cho trẻ, ở trẻ đẻ non có rất nhiều chất gây, đây chính là lớp để bảo vệ cho cơ thể của trẻ nên trẻ không cần phải tắm hàng ngày như trẻ đẻ đủ tháng nhưng trong kết quả

nghiên cứu vẫn có 3/4 các bà mẹ phỏng vấn cho rằng nên tắm hàng ngày cho trẻ. Đây cũng là thông tin đề khoa cần nhấn mạnh hơn trong buổi GDSK để các bà mẹ không bị hiểu lầm.

Phần lớn những nội dung các bà mẹ có kiến thức đúng là về chăm sóc thân nhiệt, vệ sinh, chăm sóc da và tái khám cho trẻ sau khi ra viện. Tuy nhiên, vẫn còn khoảng 1/4 - 1/3 bà mẹ chưa biết cách chăm sóc và theo dõi hô hấp cho trẻ, biết về cơn ngừng thở và việc phải xử trí ngay khi có cơn ngừng thở. Điều này đặc biệt nguy hiểm đến tính mạng của trẻ nếu không biết cách xử trí kịp thời khi trẻ đã ra viện không có NVYT hay phương tiện cấp cứu, mà ở trẻ sơ sinh đặc biệt là trẻ đẻ non diễn biến bệnh xảy ra rất nhanh, đó cũng là lý do mà tỉ lệ tử vong ở trẻ đẻ non chiếm cao nhất. Lý do bà mẹ chưa có kiến thức tốt về theo dõi và xử trí về hô hấp có thể do điều dưỡng viên khi xử trí cho trẻ nhưng không giải thích cho BM hoặc những trẻ đó trong thời gian nằm viện chưa có biểu hiện về hô hấp đề có những can thiệp nên người mẹ chưa có kiến thức, đây cũng là cơ sở để khoa sơ sinh cũng như các điều dưỡng thực hiện trong buổi GDSK lưu ý để cải thiện trong các buổi GDSK tới.

Có tới 2/3 bà mẹ còn chưa biết về dinh dưỡng tốt nhất cho trẻ, các bà mẹ vẫn quan niệm là chỉ cần sữa mẹ là đủ. Các bà mẹ đã biết về tầm quan trọng của sữa mẹ nhưng khi được hỏi về tư thế nào là hiệu quả khi cho con bú thì vẫn còn 30% các bà mẹ trả lời sai. Có thể là do các bà mẹ mới chỉ được nghe mà không được thực hành trong buổi GDSK nên chưa áp dụng được ngay trong chăm sóc trẻ. Đây cũng là điểm yếu của khâu GDSK của Khoa do chưa có cho các bà mẹ thực hành ngay sau khi được hướng dẫn cũng như không có đánh giá sau mỗi buổi GDSK nên nhân viên cũng không biết được các bà mẹ nhận được kiến thức là bao nhiêu phần trăm.

Chính vì thấy được lợi ích cũng như tầm quan trọng như vậy mà khoa sơ sinh cần duy trì tổ chức đều đặn các buổi GDSK cho tất cả các BM có trẻ nằm tại khoa nói chung cũng như bà mẹ có trẻ đẻ non nói riêng. Trong 8 cuộc phỏng vấn sâu với các BM đều nói là các bà mẹ nhận được rất nhiều kiến thức từ

những buổi GDSK đó, rất hiệu quả không chỉ có kiến thức mà còn được học về thực hành, kinh nghiệm mà chỉ có thể học hỏi được từ trong môi trường bệnh viện từ bác sĩ, điều dưỡng, bà mẹ khác...vì kiến thức chăm trẻ đẻ non rất là khác và nhiều không như là trẻ đẻ đủ tháng.

Đặc biệt hơn 93% bà mẹ cho rằng trẻ đẻ non nào cũng cần được đi khám mắt (có thể do tâm lý lo lắng, thấy các cháu khác được gọi đi khám mắt thì họ nghĩ tất cả các cháu là đẻ non cũng đều phải đi). Nhưng vào thời gian nào thì 60% trả lời sai trong đó hơn một nửa trả lời là không biết vào thời gian nào. Như đã được trình bày ở phần tổng quan, việc khám mắt phải được khám vào đúng thời điểm vì nếu để muộn thì tỉ lệ để cứu được mắt đưa trẻ giảm đi 1/3. Đây cũng là thông tin để Khoa xem lại nội dung trong buổi GDSK còn để sót nội dung này hay nói nhưng chưa rõ nên các bà mẹ trả lời chưa đúng còn cao.

Bảng 3.3 cho ta thấy kiến thức bà mẹ có được chủ yếu là do điều dưỡng viên hướng dẫn. Có 15 câu hỏi thì 12 câu là nhận được kiến thức từ điều dưỡng viên (chiếm >60%), 3 câu còn lại chủ yếu các bà mẹ biết được do bác sĩ hướng dẫn khi kê giấy ra viện cho BN (>90%). Mặc dù được điều dưỡng viên chăm sóc các cháu 24/24 h nhưng khi được hỏi bà mẹ có học được gì qua quan sát điều dưỡng viên khi chăm sóc trẻ không thì lại rất ít (chiếm <10%) đứng sau đó là các bà mẹ nhận được kiến thức từ các bà mẹ khác cùng phòng qua học hỏi lẫn nhau và học hỏi qua người thân. Điều đó chứng tỏ nếu chỉ quan sát không thôi, bà mẹ vẫn chưa dám làm theo mà phải có người hướng dẫn khi thực hành thì các bà mẹ mới thực hành được. Kiến thức nhận được qua sách báo, vô tuyến chiếm tỷ lệ rất nhỏ (3,4%) cũng có thể các BM không nghĩ là họ sẽ sinh non nên không chú tâm để tìm hiểu kiến thức khi mang thai. Kết quả nghiên cứu này thấp hơn với kết quả nghiên cứu của Nguyễn Văn Hiến và các cộng sự có 85% người dân được hỏi ý kiến nói là nhận được thông tin sức khỏe từ CBYTJ27], hay một nghiên cứu khác của Đỗ Thị Thu Trang có trên 80% NB nhận được kiến thức từ CBYT [26].

Một nguồn thông tin khác cũng thường được đề cập đến trong mối liên

quan tới kiến thức chăm sóc trẻ là từ kinh nghiệm bản thân hoặc từ người thân trong gia đình. Tuy nhiên, trong nghiên cứu này tỷ lệ bà mẹ có kiến thức về chăm sóc trẻ đẻ non từ kinh nghiệm bản thân hoặc người thân trong gia đình chiếm tỷ lệ thấp. Điều này được lý giải là do sinh non là những trường hợp đặc biệt nên không nhiều người có kinh nghiệm. Do đó, vai trò của CBYT trong việc cung cấp thông tin đầy đủ và chính xác lại càng quan trọng. Có thể do nghiên cứu này đưa ra bộ câu hỏi ít và tương đối đơn giản nên chưa đánh giá được khách quan về mối liên quan này.

Mặc dù các bà mẹ nhận được kiến thức chăm sóc và theo dõi trẻ thông qua điều dưỡng hướng dẫn chiếm hơn 50%, tuy nhiên khi được hỏi là mong muốn nhận được thông tin theo dõi và chăm sóc trẻ từ nguồn nào nhất thì mong muốn của các BM được bác sĩ hướng dẫn chiếm rất cao chiếm tới 86,2%, sau đó mới đến điều dưỡng là 10,6%. Điều đó cho thấy người dân vẫn có sự tin tưởng hơn ở bác sĩ, mặc dù điều dưỡng là người thường xuyên tiếp xúc, chăm sóc và theo dõi chính của trẻ. Điều này cũng cần được đưa vào như một trong những nội dung truyền thông GDSK để gia đình trẻ hiểu đúng hơn về vai trò, trách nhiệm của người điều dưỡng, xây dựng niềm tin và sự hợp tác, từ đó hiệu quả truyền thông nói riêng và công việc nói chung của người điều dưỡng viên cũng như công tác điều trị bệnh sẽ cao hơn.

Khoa sơ sinh có lịch GDSK, trong đó nội dung được thay đổi theo từng tuần, tuy nhiên điều dưỡng viên được phân công thường nói theo những chủ đề chung chung cho tất cả đối tượng khác nhau nhau cùng nghe để có những kiến thức cơ bản trong chăm sóc, theo dõi trẻ chứ chưa có chủ đề riêng cho nhóm bà mẹ sinh non. Có lẽ do lưu lượng BN vào đông, luôn quá tải và thiếu sự giám sát của điều dưỡng trưởng nên điều dưỡng viên cũng ngại phải chuẩn bị nội dung cho những bài mới.

### **4.3. Thực trạng công tác giáo dục sức khỏe của Điều dưỡng viên cho các bà mẹ về theo dõi, chăm sóc trẻ đẻ non tại khoa sơ sinh**

Qua khảo sát, chúng tôi nhận thấy khoa sơ sinh đã tổ chức thực hiện

GDSK cho các bà mẹ theo đúng lịch như đã được phân ở khoa cũng như lịch đã đăng ký với BV là 1 lần/một tuần. Tuy nhiên gần 1/3 bà mẹ có trẻ đẻ non đến khi ra viện vẫn chưa được nghe buổi GDSK nào, trong 1/3 BM này chỉ có 6 bà mẹ trả lời về kiến thức là đạt ( 9,5%) bằng 1/9 so với bà mẹ đã từng được nghe về buổi GDSK. Như vậy có sự khác biệt rất lớn về kiến thức giữa BM được nghe và không được nghe buổi GDSK. Đây cũng là cơ sở để khoa xem xét lại hình thức tổ chức, có thể chia nhỏ số lượng người nghe bằng cách tổ chức tại từng phòng, hoặc lồng ghép vào trong công việc chăm sóc của điều dưỡng viên để làm sao tất cả các BM khi vào nằm tại Khoa đều được nghe về cách chăm sóc, theo dõi trẻ. Lý do không tham gia nghe GDSK có thể do thời gian nằm viện ngắn dưới 7 ngày hoặc do phải đưa trẻ đi khám chuyên khoa khác đúng vào lúc tổ chức buổi GDSK và một nguyên nhân nữa là do không được báo trước để các bà mẹ sắp xếp thời gian mà chỉ đến khi được mời ra nghe mới biết được tham gia buổi GDSK của khoa. Một lý do nữa cũng gây cản trở cho các bà mẹ ra nghe là do còn vướng bé vì thời điểm đó chỉ được một mẹ và một con trông nhau chứ không có người nhà nên để các bé ở lại giường thì không yên tâm mà bế trẻ đi theo thì lại không được thoải mái khi không đủ ghế ngồi cho các bà mẹ hay khi bé khóc đòi ăn, có lẽ do chưa tạo được môi trường thuận lợi nhất cho các bà mẹ khi ra nghe nên chất lượng của buổi nghe cũng bị ảnh hưởng dẫn đến hiệu quả buổi GDSK giảm.

Với các bà mẹ đã tham gia GDSK, mặc dù còn chưa hài lòng về csvc, TTB như BN đông, ưu tiên giường điều trị cho BN nên hiện nay không có phòng để dành cho GDSK. Mỗi khi muốn tổ chức thì điều dưỡng viên lại phải chuẩn bị như đi kê ghế, lấy tranh ảnh, dụng cụ... tuy nhiên nhiều khi vẫn không đủ ghế để cho các bà mẹ ngồi. Thêm vào đó, Khoa chưa được trang bị đủ cho công tác GDSK như thiếu máy chiếu để có thể chiếu lên cho các bà mẹ xem, tranh ảnh tờ rơi không có đủ ở các phòng để phát cho các bà mẹ. Nếu có đầy đủ những trang bị này sẽ giúp cho việc các bà mẹ dễ hiểu và mừng rỡ được nhanh hơn, điều dưỡng viên có thêm thời gian để trả lời những băn khoăn, thắc

mắc của các bà mẹ.

Khi được hỏi về mức độ hài lòng đối với tần xuất và hình thức tổ chức thì vẫn còn 12,5% các bà mẹ chưa hài lòng vì các bà mẹ mong muốn được nghe nhiều hơn về số buổi GDSK trong tuần mà như hiện nay khoa qui định 1 lần/tuần, mong muốn được bác sĩ nói thêm về tiên lượng của trẻ, tương lai về sau của trẻ...về cách thức tổ chức buổi GDSK thì các bà mẹ vẫn chưa thấy thoải mái khi lượng người nghe trong một buổi quá đông thậm chí đến ghế cũng không đủ để cho bà mẹ ngồi trong khi họ là những người đang trong thời gian kiêng cử cần được nghỉ ngơi, đây cũng là vấn đề Khoa cần xem xét lại, có thể chia nhỏ buổi GDSK theo từng phòng, từng bệnh để tạo điều kiện tốt hơn cho các bà mẹ. Khi được hỏi về mức độ hài lòng chung với buổi GDSK thì hầu hết các bà mẹ đều hài lòng (92,5%) và cho rằng buổi GDSK rất hữu ích, có lẽ các bà mẹ cũng cảm thông và cũng quen với tình trạng quá tải của các tuyến Trung ương do lượng bệnh nhân lớn nên mức độ rất hài lòng và khá hài lòng khá cao( 92%), điều này cũng được thấy tương tự trong báo cáo của Lê Hải Yến năm 2012 tại bệnh viện Mắt Trung Ương khi được hỏi về mức độ hài lòng đối với buổi GDSK tại phòng khám là 95,9% [34] và 93% tại bệnh viện Lao Quảng Ninh năm 2009[5].

Do thiếu nhân lực, các CBYT đều bận rộn, phải hoàn thành nhiều công việc khác nhau nên thời gian dành cho GDSK bị giảm bớt, từ thời gian chuẩn bị, đến thời gian GDSK. BN đông luôn luôn quá tải nên thời gian GDSK cũng bị hạn chế phải làm nhanh để còn làm chuyên môn cho nên trong buổi GDSK điều dưỡng viên mới chỉ nói được về kiến thức và làm thực hành mẫu được một bệnh nhân hoặc trên búp bê chứ chưa để các BM được thực hành và cũng không đánh giá lại kiến thức và thực hành của các bà mẹ đến đâu. Điều này cũng làm ảnh hưởng đến hiệu quả thu nhận kiến thức của các bà mẹ, có lẽ vì vậy mà chỉ có 66% các BM trả lời đúng.

Mặc dù không có BM nào phàn nàn về nội dung trong buổi GDSK, các BM đều khen ngợi mức độ hữu ích của buổi GDSK, nhưng thực tế nội dung

trong các buổi GDSK gần như không thay đổi. Với tình trạng luôn quá tải BN nhưng khoa vẫn luôn duy trì công tác tổ chức GDSK cho các bà mẹ, đó là sự cố gắng rất lớn của lãnh đạo khoa cũng như nhân viên trong khoa sơ sinh, đặc biệt là các điều dưỡng viên. Tuy vậy, việc tổ chức thực hiện phần nào vẫn mang tính hình thức, đối phó và chưa thực sự chú trọng tới hiệu quả và đối tượng đích là các bà mẹ. Cách thực hiện thì người sau nhìn người trước mà không được đào tạo bài bản. Lãnh đạo khoa và điều dưỡng trưởng đều thấy GDSK là rất cần thiết cho các bà mẹ để họ biết cách phối hợp với điều dưỡng viên trong việc điều trị cho con tuy nhiên khoa chưa có buổi tổ chức sinh hoạt riêng từng chủ đề GDSK cho điều dưỡng viên theo định kỳ để cập nhật những kiến thức mới trong việc theo dõi, chăm sóc trẻ mà mới chỉ có kết hợp luôn vào trong buổi giao ban cũng như khoa chưa có những báo cáo tháng hay quý về công tác GDSK tại khoa để có những định hướng cũng như để xây dựng kế hoạch tiếp theo. Trong khi đó, kết quả phỏng vấn cho thấy các bà mẹ rất có nhu cầu được hướng dẫn, chăm sóc trẻ đẻ non.

Để cải thiện công tác này trong Khoa, rất cần thiết có sự tham gia hỗ trợ của Ban lãnh đạo, các bác sỹ và cán bộ khác trong khoa. Lịch tổ chức các buổi GDSK cũng cần linh hoạt, thông báo trước tới các bà mẹ để họ chủ động bố trí tham gia. Về nội dung nên phân loại theo đối tượng nghe như là các bà mẹ có trẻ đẻ non, các bà mẹ có trẻ bị bệnh tim, trẻ bị viêm phổi... Cũng có thể để tiết kiệm thời gian phần đầu buổi GDSK có thể tập trung tất cả các BM nói về những kiến thức chung cần chăm sóc cho tất cả các trẻ. Sau đó thì phân loại thành các khu theo từng loại đối tượng để cung cấp tiếp thông tin như vậy thì các BM sẽ nhận được nhiều thông tin hữu ích để chăm sóc trẻ hơn. Khoa cũng cần đề xuất có phòng tư vấn riêng để cho những bà mẹ có nhu cầu đăng ký được tư vấn sâu hơn theo giờ hay theo chủ đề ngoài những buổi tổ chức chung ở khoa. Từ đó bệnh viện cũng có thể nghiên cứu việc thu một phần phí từ dịch vụ tư vấn, GDSK để có nguồn lực đầu tư cơ sở vật chất, trang thiết bị, nhân lực.... để công tác GDSK thực sự có chất lượng, hiệu quả



## KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu 94 bà mẹ có trẻ đẻ non có tuổi thai <37 tuần tại khoa sơ sinh BV Sản Nhi tỉnh Phú Thọ trong thời gian từ tháng 3 đến hết tháng 4 năm 2023, chúng tôi thấy:

Cho đến thời điểm ra viện, kiến thức của bà mẹ về theo dõi, chăm sóc trẻ đạt 66%, chủ yếu là kiến thức về thân nhiệt trẻ, nhiệt độ phòng, cho trẻ đi khám định kỳ sau khi được về nhà hay tư thế cho trẻ bú. Còn 34% trả lời chưa đạt, phần kiến thức chưa đạt là về vệ sinh, dinh dưỡng và thời gian đưa trẻ đi khám mắt.

66% kiến thức về theo dõi, chăm sóc trẻ các bà mẹ nhận được chủ yếu là từ điều dưỡng (>50%), sau đó mới đến bác sĩ, đến người thân, rồi mới đến các bà mẹ cùng phòng và sau đó mới đến vô tuyến, đài báo.... Mặc dù nhận được kiến thức từ điều dưỡng là nhiều nhưng khi được hỏi, các BM vẫn mong muốn được nhận thông tin kiến thức từ bác sĩ (86,2%). Tỷ lệ hài lòng chung trong buổi GDSK 92%, vẫn còn 12,5% là ít và chưa hài lòng, chủ yếu là về TTB, CSVC và cách thức cũng như hình thức tổ chức buổi GDSK. Có 8 bà mẹ khi được phỏng vấn sâu đều trả lời là chưa được thực hành ngay trong buổi GDSK. Trong phần thảo luận nhóm cũng như phỏng vấn sâu ĐĐT và lãnh đạo khoa vẫn còn 1 thực tế còn tồn tại là 1/3 ĐD trong khoa chưa đủ tự tin đứng trước đám đông để thuyết trình, một phần là do thời gian công tác chưa nhiều, một phần là do không được qua lớp nào về TT GDSK đề học về kỹ năng cũng như về phương pháp truyền đạt. về nội dung trong buổi GDSK, khoa vẫn nói chung cho tất cả các đối tượng cùng ra nghe chứ chưa phân các bà mẹ theo nhóm bệnh. Trong 94 bà mẹ được phỏng vấn thì vẫn còn 30 bà mẹ cho đến thời điểm ra viện chưa được tham dự buổi GDSK nào.

## **KHUYẾN NGHỊ**

Việc thực hiện GDSK cho các bà mẹ có trẻ sinh non là vô cùng quan trọng và có ý nghĩa trong việc nâng cao kiến thức cho các bà mẹ về chăm sóc và theo dõi trẻ, từ đó làm giảm nguy cơ biến chứng và tử vong cho trẻ. Để nâng cao hiệu quả hoạt động GDSK tại Khoa sơ sinh, một số khuyến nghị được đưa ra như sau:

- Bổ sung thêm TTB như máy chiếu, tranh ảnh, tờ rơi...để người nghe dễ hiểu hơn và đỡ mất thời gian của người điều dưỡng khi nói về GDSK.

- Duy trì đều đặn các buổi GDSK, đa dạng các hình thức GDSK như lồng ghép ngay vào trong công việc chăm sóc hàng ngày của điều dưỡng viên, khi khám bệnh của bác sĩ hay phát tờ rơi, tranh ảnh

- Nhấn mạnh hơn nội dung về vệ sinh, dinh dưỡng và thời gian đi khám mắt và vai trò của điều dưỡng viên cho các bà mẹ trong buổi GDSK.

- Tạo cơ hội để các BM có thể được thực hành ngay trong buổi GDSK sẽ giúp các BM nắm chắc hơn về kiến thức.

- Phân nội dung trong buổi GDSK theo nhóm đối tượng nghe.

- Bệnh viện cần định kỳ tổ chức những lớp về TT GDSK cho nhân viên trong bệnh viện nói chung và điều dưỡng khoa sơ sinh nói riêng.