

# Can thiệp tăng cường kiến thức về chữa ngoài tử cung ở phụ nữ 15-49 tuổi có chồng tại Đại Từ Thái Nguyên

Đây là một phần kết quả nghiên cứu can thiệp cộng đồng đánh giá trước sau có nhóm chứng. Nghiên cứu viên (NCV) đã can thiệp trên 6 xã huyện Đại Từ tỉnh Thái Nguyên và so sánh với nhóm đối chứng là 6 xã huyện Đông Hy. Mục tiêu can thiệp nhằm tăng cường khả năng chẩn đoán sớm chữa ngoài tử cung (CNTC) ở phụ nữ có thai. NCV sử dụng mô hình PRECEDE - PROCEED trong can thiệp trên đối tượng là phụ nữ có chồng (PNCC) và cán bộ y tế, hoạt động can thiệp chủ yếu là truyền thông thay đổi hành vi. Bài báo này trình bày sự thay đổi kiến thức về CNTC của PNCC trước và sau can thiệp. Có 1186 PNCC tham gia giai đoạn đánh giá trước và 1095 PNCC tham gia đánh giá sau can thiệp. Kết quả cho thấy, sau can thiệp kiến thức về CNTC ở PNCC ở địa bàn can thiệp đã tăng lên so với trước can thiệp. Ngoài ra ở giai đoạn sau can thiệp, kiến thức về CNTC của PNCC ở Đại Từ đều tốt hơn so với PNCC ở Đông Hy. Nghiên cứu cho thấy mô hình can thiệp có hiệu quả trong tăng cường kiến thức của PNCC về CNTC.

Từ khóa: Chữa ngoài tử cung, kiến thức, can thiệp cộng đồng, phụ nữ có chồng, Thái Nguyên

## An interventional study to improve knowledge of married women about ectopic pregnancy in Dai Tu district, Thai Nguyen province

This is a part of the community-based interventional study with a control group and pre-post evaluations. Intervention was conducted in 6 communes in Dai Tu district, compared to a control group of 6 communes in Dong Hy district, Thai Nguyen province. The study aims to enhance early diagnosis of ectopic pregnancy in pregnant women. The PRECEDE-PROCEED model was applied. Target populations are married women and health staffs. This paper discusses the changes in women's knowledge about ectopic pregnancy before and after the intervention. There were 1,186 married women taking part in the study with pre-intervention evaluation, and 1,095 participated in post-intervention evaluation. Study findings show that the women's post-intervention knowledge about ectopic pregnancy in Dai Tu has been improved compared with pre-intervention. In addition, post-intervention knowledge about ectopic pregnancy of married women in Dai Tu is better than that

of women in Dong Hy. The intervention model is effective in enhancing the knowledge of married women about ectopic pregnancy.

Key words: Ectopic pregnancy, knowledge, intervention, married woman, Thai Nguyen.

Tác giả

## 1. Đặt vấn đề

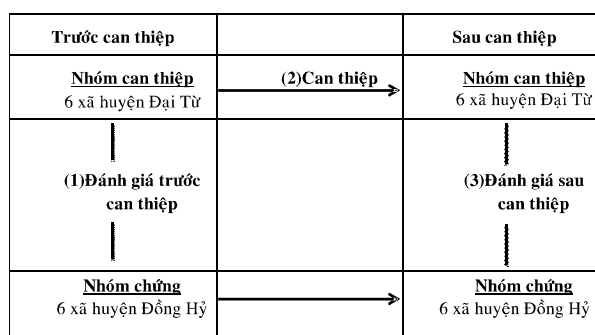
Chửa ngoài tử cung (CNTC) hay còn được gọi là chửa lạc chỗ là trường hợp trứng đã được thụ tinh nhưng không làm tổ và phát triển ở buồng tử cung. CNTC là một cấp cứu sản khoa cần phải được chẩn đoán và xử trí kịp thời nếu không có thể dẫn đến vỡ khối chửa và gây ngập máu trong ổ bụng, gây tử vong mẹ. Có tới 9% tử vong ở phụ nữ có thai trong vòng 3 tháng đầu là do CNTC vỡ[5]. CNTC là nguyên nhân quan trọng gây ra bệnh và tử vong mẹ trên toàn thế giới[3]. Ở Việt Nam, CNTC là một biến chứng nguy hiểm gây tử vong cao ở phụ nữ có thai, phương pháp điều trị cơ bản hiện tại ở VN vẫn là phẫu thuật, đặc biệt là các phẫu thuật cấp cứu khi có vỡ CNTC.

Đại Từ là một huyện miền núi của tỉnh Thái Nguyên với nhiều dân tộc sinh sống. Trong huyện có một bệnh viện huyện và 31 trạm y tế xã. Bệnh viện huyện đã phải tiếp nhận những trường hợp CNTC vỡ vào mổ cấp cứu trong tình trạng nguy kịch, với những tình huống này các bác sỹ cũng còn rất ngần ngại khi phải xử trí. Trong những trường hợp phát hiện CNTC sớm (chưa vỡ) họ đều giới thiệu chuyển tuyến trên điều trị, việc chẩn đoán CNTC sớm còn gặp nhiều khó khăn. Từ những thực trạng trên chúng tôi đã xây dựng và triển khai một chương trình can thiệp cộng đồng tại Đại Từ-Thái Nguyên nhằm tăng cường khả năng chẩn đoán sớm CNTC ở địa bàn. Bài báo này là một phần trích từ nghiên cứu can thiệp trên với mục tiêu “Đánh giá sự thay đổi kiến thức về CNTC của phụ nữ có chồng trước và sau can thiệp tại Đại Từ”.

## 2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế giả thực nghiệm: Can thiệp (CT) cộng đồng đánh giá trước sau có nhóm chứng. Nghiên cứu (NC) được triển khai từ 9/2008 đến 2/2011 tại 2 huyện Đại Từ và Đồng Hỷ-Thái Nguyên. Trong

đó 6 xã của Đại Từ là địa bàn CT được chọn có chủ đích, 6 xã của Đồng Hỷ là địa bàn chứng (không CT) được chọn dựa trên tiêu chí là huyện có nhiều địa điểm tương đồng với Đại Từ, không quá gần Đại Từ để tránh ảnh hưởng khi triển khai CT. NC gồm 3 giai đoạn:



Hình 1: Sơ đồ thiết kế NC

### Giai đoạn 1: Điều tra cơ bản (Baseline)

Thiết kế NC mô tả cắt ngang, định lượng kết hợp định tính: nhằm thu thập những chỉ số trước CT và thông tin giúp xây dựng chương trình CT.

### Giai đoạn 2: Can thiệp

CT được thực hiện trên 6 xã của Đại Từ với nhóm đối tượng đích là 1) Phụ nữ có chồng và 2) Cán bộ y tế. Với các hoạt động, nội dung nhằm tăng cường kiến thức (KT) về CNTC tại Đại Từ (địa bàn can thiệp). Các hoạt động CT dựa trên mô hình PRECEDE-PROCEED, đây là một mô hình thay đổi hành vi được sử dụng nhiều trong các can thiệp về y tế công cộng. Các hoạt động can thiệp hoạt động chính là: 1)Tập huấn nâng cao trình độ tư vấn về CNTC đối với CBYT tuyến xã và thôn bản. 2)Truyền thông về CNTC qua các ấn phẩm/ hình thức truyền thông (tờ rơi, phát thanh loa đài, tư vấn). Với các địa bàn dùng làm nhóm chứng (6 xã huyện Đồng Hỷ), không có bất kỳ hoạt động CT nào.

**Giai đoạn 3: Đánh giá sau can thiệp**

Sử dụng NC cắt ngang với công cụ thu thập số liệu tương tự điều tra ban đầu và có chỉnh sửa cho phù hợp giai đoạn đánh giá sau để đánh giá sự thay đổi sau CT. Điều tra viên (ĐTV) phỏng vấn lại những PNCC đã tham gia vào giai đoạn trước CT.

**Mẫu nghiên cứu:** được tính toán theo công thức cỡ mẫu 2 tỷ lệ: Nghiên cứu viên (NCV) đã xem xét nhiều phương án tính toán cỡ mẫu với các đặc tính ước tính từ NC ở Chí Linh[1]. Các phương án tính toán cỡ mẫu cân nhắc đến các chỉ số về kiến thức cũng như thực hành do mục tiêu của can thiệp tổng thể là tăng cường cả kiến thức, thực hành của PNCT hướng tới chẩn đoán sớm CNTC. Bài báo này là một phần kết quả nghiên cứu được trích ra từ nghiên cứu can thiệp tổng thể. Từ kết quả tính toán cỡ mẫu và cân nhắc đến nguồn lực, trọng số, bản chất, giá trị của các chỉ số, NCV quyết định lấy chỉ số "Khám thai sớm" ở PN có thai để tính cỡ mẫu.

$$n = \frac{\left\{ Z_{1-\frac{\alpha}{2}} \sqrt{2\bar{p}(1-\bar{p})} + Z_{1-\beta} \sqrt{p_1(1-p_1) + p_2(1-p_2)} \right\}^2}{(p_1 - p_2)^2} \times \frac{100}{16,6}$$

= 440

Trong đó:

- n= Cỡ mẫu cần thiết cho nghiên cứu định lượng ở nhóm can thiệp
- Z 1-α/2 : Hệ số tin cậy =1,96 với α=0,05
- p1: Tỷ lệ PN có thai đi khám thai sớm trước can thiệp=16,2%[1]
- p2: Tỷ lệ phụ nữ có thai đi khám thai sớm sau CT (kết quả kỳ vọng)=40%
- 1-β: Lực mẫu
- Giá trị 16,6: Tỷ lệ PNCC thuộc nhóm NC có thai trong khoảng thời gian CT (2 năm)[1].

Tính toán thêm các hệ số phụ như tỷ lệ mất theo dõi (27%), tỷ lệ từ chối tham gia (5%) thì cỡ mẫu cần thiết ở nhóm CT là 600 PNCC. NC chọn 6 xã ở Đồng Hỷ làm nhóm chứng- với tỷ số can thiệp/chứng là 1/1 vậy khoảng 600 PNCC của huyện Đồng Hỷ được chọn vào NC. Trên thực tế, số PNCC tham gia NC ở giai đoạn trước can thiệp là 1186 và số PNCC tham gia vào giai đoạn sau CT là 1095.

Chọn mẫu hai giai đoạn:

- *Giai đoạn 1: Chọn xã- Chọn mẫu phân tầng:* Các xã của 2 huyện được chia thành 2 nhóm: 1)Nhóm xã khó khăn (danh sách 135); 2)Nhóm xã không khó khăn. Chọn ngẫu nhiên 2 xã từ nhóm 1 và 4 xã từ nhóm 2 bằng bốc thăm ngẫu nhiên từ danh sách các xã.

- *Giai đoạn 2-Chọn PNCC:* Dùng phương pháp chọn mẫu ngẫu nhiên đơn sử dụng Excel với câu lệnh =RAND()

Điều tra viên (ĐTV) phỏng vấn trực tiếp các PNCC đã được chọn (dựa trên danh sách mẫu do NCV cung cấp) tại hộ gia đình sử dụng Phiếu phỏng vấn có cấu trúc, bộ phiếu đã được thử nghiệm trên 50 PNCC xã Khôi Kỳ trong tháng 9/2008. Sự tham gia của PNCC vào NC là hoàn toàn tự nguyện, PNCC đã được nhóm NC tư vấn về sức khỏe sinh sản (SKSS) và CNTC khi có nhu cầu.

ĐTV là các cán bộ trung tâm Y tế dự phòng huyện Đại Từ và huyện Đồng Hỷ, mỗi huyện có 05 ĐTV như vậy tổng số có 10 ĐTV. Đây là những người đã có nhiều kinh nghiệm trong thực địa cộng đồng và các nghiên cứu YTCC/dự phòng. Giám sát viên là 03 giảng viên trường Đại học Y Dược Thái Nguyên và bản thân NCV.

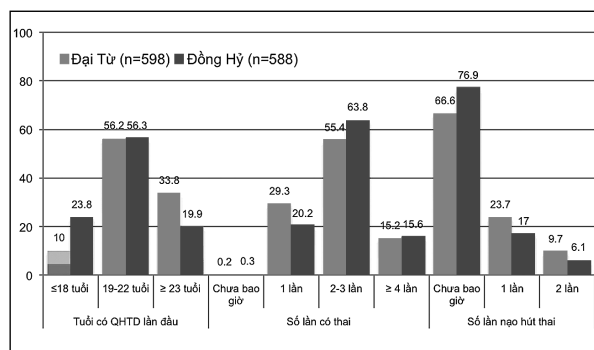
Số liệu được nhập bằng Epidata và phân tích bằng STATA. Các phân tích mô tả phù hợp đã được sử dụng, khi so sánh các chỉ số giữa hai huyện ở từng thời điểm đo lường kiểm định χ2 Pearson được dùng với các biến phân loại và kiểm định t-hai mẫu được dùng với các biến định lượng. Khi so sánh các chỉ số đo lường trước và sau can thiệp của các nhóm, kiểm định t ghép cặp được dùng với các biến định lượng và kiểm định χ2 Mc Nemar được dùng với các biến phân loại.

**3. Kết quả**

**Bảng 3.1. Đặc điểm chung của PNCC trước can thiệp**

Đặc điểm chung của PNCC		Đại Từ (n=598)	Đồng Hỷ (n=588)	Chung (n=1186)
		n(%)	n(%)	n(%)
Nhóm tuổi	18-24 tuổi	88(14,7)	67(11,4)	155(13,1)
	25-34 tuổi	327(54,7)	310(52,7)	637(53,7)
	35-44 tuổi	153(25,6)	174(29,6)	327(27,6)
	45-49 tuổi	30(5,0)	37(6,3)	67(5,6)
Trình độ học vấn	Cấp 1 trở xuống	115(19,2)	155(26,4)	270(22,8)
	Cấp 2	359(60,0)	347(59,0)	706(59,5)
	Từ cấp 3 trở lên	124(20,7)	96(16,3)	220(18,5)
Nghề nghiệp	Làm ruộng	520(87,0)	504(85,7)	1024(86,3)
	Khác	78(13,0)	84(14,3)	162(13,7)
Dân tộc	Kinh	521(87,1)	486(82,7)	1007(84,9)
	Tày	23(3,8)	39(6,6)	62(5,2)
	Nùng	27(4,5)	26(4,4)	53(4,5)
	Sán Diu	7(1,2)	25(4,3)	32(2,7)
	Khác	20(3,3)	12(2,0)	32(2,7)

Qua thu thập thông tin từ PNCC tại Đại Từ và Đồng Hỷ - Thái Nguyên ở giai đoạn trước và sau CT chúng tôi có được một số kết quả sau.



**Biểu đồ 3.1. Thông tin chung về tiền sử sản khoa trước CT**

### 3.1. Thông tin chung về PNCC

Bảng 3.1 cho thấy tổng số có 1186 PNCC đã tham gia vào đánh giá trước CT, số PNCC huyện Đại Từ là 598 (50,4%) và số PNCC huyện Đồng Hỷ là 588 (49,6%). Hơn 50% PNCC nằm trong độ tuổi 25-34, tiếp theo là PNCC 35-44 tuổi (27,6%). Gần 60% PNCC có trình độ học vấn cấp 2. Đa số PNCC có nghề nghiệp làm ruộng, tỷ lệ này ở Đại Từ là 87% và ở Đồng Hỷ là 85,7%. Chủ yếu phụ nữ trong NC là dân tộc Kinh (84,9%), những dân tộc khác chiếm tỷ lệ nhỏ.

Tỷ lệ phụ nữ có QHTD lần đầu ở lứa tuổi 19-22 là 56,2%, có 16,9% phụ nữ QHTD lần đầu ở lứa tuổi từ 18 trở xuống (Biểu đồ 3.1). Ở thời điểm trước CT có 3 phụ nữ chưa mang thai lần nào. Có 59,2% PNCC đã có thai từ 2-3 lần, tỷ lệ có thai một lần là 24,8%. Phần lớn PNCC chưa nạo hút thai bao giờ (71,7%), tỷ lệ nạo hút một lần là 20,4% và hai lần là 7,9%.

### 3.2. Sự thay đổi kiến thức về CNTC của PNCC trước và sau CT

Với KT về khám thai sớm, bảng 3.2 cho thấy trước CT ở Đại Từ có 18,9% PNCC cho rằng phụ nữ có thai nên đi khám thai ngay trong tháng đầu, tỷ lệ này sau CT tăng lên 53,4% (p<0,001). Với Đồng Hỷ, ở đánh giá ban đầu tỷ lệ PNCC cho rằng nên đi khám thai ngay trong tháng đầu là 23% và ở đánh giá sau chỉ là 18,5% (p>0,05). Ở giai đoạn trước CT, tỷ lệ PNCC cho rằng nên đi khám thai sớm ở Đại Từ thấp hơn so với Đồng Hỷ (p<0,01), tuy nhiên ở giai đoạn đánh giá sau CT thì tỷ lệ PNCC cho rằng nên đi khám thai sớm ở Đại Từ lại cao hơn Đồng Hỷ (53,4% so với 18,5%).

**Bảng 3.2. KT về khám thai và dấu hiệu bất thường trước và sau CT**

Kiến thức	Đại Từ n(%)		Đồng Hỷ n(%)		p
	Trước (n=598)	Sau (n=522)	Trước (n=588)	Sau (n=573)	
<b>Thời gian nên đi khám thai lần đầu</b>					
Không cần đi khám	3(0,5) <sup>a</sup>	1(0,2) <sup>a</sup>	7(1,2) <sup>a</sup>	8(1,4) <sup>b</sup>	-
Trong tháng đầu	113(18,9) <sup>a</sup>	279(53,4) <sup>b</sup>	135(23,0) <sup>a</sup>	105(18,5) <sup>b</sup>	<0,001
Trong 2-3 tháng đầu	377(63,0) <sup>a</sup>	226(43,3) <sup>b</sup>	373(63,4) <sup>a</sup>	366(63,9) <sup>a</sup>	<0,001
Trong 3-6 tháng đầu	100(16,7) <sup>a</sup>	16(3,1) <sup>b</sup>	47(8,0) <sup>c</sup>	53(9,2) <sup>c</sup>	<0,001
Trong 3 tháng cuối	2(0,3)	0(0,0)	4(0,7)	24(4,2)	-
<b>Nơi khám thai lần đầu</b>					
Không cần đi khám	3(0,5) <sup>a</sup>	1(0,2) <sup>a</sup>	4(0,7) <sup>a,b</sup>	10(1,7) <sup>b</sup>	<0,05
Trạm y tế	541(90,5) <sup>a</sup>	490(93,9) <sup>b</sup>	580(98,6) <sup>c</sup>	474(82,7) <sup>d</sup>	<0,01
Bệnh viện huyện	48(8,0) <sup>a</sup>	30(5,7) <sup>a</sup>	3(0,5) <sup>b</sup>	72(12,6)	<0,01
Bệnh viện tỉnh	3(0,5)	0(0,0)	1(0,2)	5(0,9)	-
Phòng khám tư	3(0,5)	1(0,2)	0(0,0)	1(0,2)	-
<b>Biết các dấu hiệu bất thường</b>					
Không biết	56(9,4) <sup>a</sup>	1(0,2) <sup>b</sup>	33(5,6) <sup>c</sup>	28(4,9) <sup>c</sup>	<0,01
Ra huyết	288(48,2) <sup>a</sup>	427(81,8) <sup>b</sup>	384(65,3) <sup>c</sup>	380(66,3) <sup>c</sup>	<0,001
Đau bụng	300(50,2) <sup>a</sup>	372(71,3) <sup>b</sup>	312(53,1) <sup>b,c</sup>	33(5,7) <sup>c</sup>	<0,05
Buồn nôn	136(22,7) <sup>a</sup>	94(18,0) <sup>a,b</sup>	104(17,7) <sup>b</sup>	89(15,5) <sup>b</sup>	<0,05
Choáng	86(14,4) <sup>a</sup>	185(35,4) <sup>b</sup>	54(9,2) <sup>c</sup>	56(9,8) <sup>c</sup>	<0,05

<sup>a,b,c</sup>: Trong cùng một hàng/dòng: các ký tự chữ giống nhau thể hiện các nhóm không có sự khác biệt (p<0,05), các ký tự khác nhau thể hiện các nhóm có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê.  
p: Giá trị p khi các cặp so sánh có sự khác biệt, đây là giá trị lớn nhất giữa các cặp so sánh

Về nơi khám thai lần đầu, đa số PNCC cho rằng nên đi khám tại trạm y tế (94,5% trước CT và 88% sau CT), tiếp đó là nên khám tại bệnh viện huyện.

Bảng 3.2 cho thấy trước CT, tỷ lệ PNCC ở Đại Từ không biết các dấu hiệu bất thường khi mang thai là 9,4%, sau CT tỷ lệ này giảm chỉ là 0,2% (p<0,01). Ở Đồng Hỷ, tỷ lệ PNCC không biết các dấu hiệu bất thường khi mang thai ở giai đoạn đánh giá ban đầu là 5,6% và giai đoạn đánh giá sau là 4,9%, không có sự khác biệt giữa hai thời điểm đánh giá (p>0,05). Ở Đại Từ, tỷ lệ PNCC biết các dấu hiệu ra huyết, đau bụng, choáng là dấu hiệu nguy hiểm khi có thai sau CT lần lượt là 81,8%; 71,3% và 35,4% đều cao hơn so với giai đoạn đánh giá trước CT (p<0,05). Tuy nhiên ở Đồng Hỷ thì tỷ lệ PNCC biết về các dấu hiệu kể trên ở giai đoạn đánh giá sau đều không khác so với giai đoạn đánh giá trước (p>0,05).

Ở giai đoạn đánh giá trước CT, bảng 3.3 cho thấy tỷ lệ PNCC ở Đại Từ không biết bất kỳ một dấu hiệu nào của CNTC là 51,3%, tỷ lệ này ở giai đoạn sau CT chỉ là 15,1% thấp hơn so với giai đoạn trước CT (p<0,001). Tỷ lệ PNCC ở Đồng Hỷ ở giai đoạn đánh giá ban đầu không biết bất kỳ một dấu hiệu

nào của CNTC là 53,2%, ở giai đoạn đánh giá sau tỷ lệ này là 47,1 cũng thấp hơn so với giai đoạn đánh giá trước nhưng sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê ( $p>0,05$ ). Ở giai đoạn đánh giá ban đầu không có sự khác biệt về tỷ lệ PNCC không biết bất kỳ một dấu hiệu nào của CNTC giữa hai nhóm PNCC ở Đại Từ và Đồng Hỷ ( $p>0,05$ ). Tuy nhiên ở giai đoạn đánh giá sau can thiệp, tỷ lệ này ở PNCC Đại Từ thấp hơn ở phụ nữ Đồng Hỷ ( $p<0,01$ ).

**Bảng 3.3. Kiến thức về CNTC của PNCC**

Kiến thức	Đại Từ n(%)		Đồng Hỷ n(%)		p
	Trước (n=598)	Sau (n=522)	Trước (n=588)	Sau (n=573)	
<b>Biết các dấu hiệu CNTC</b>					
Không biết	307(51,3) <sup>a</sup>	79(15,1) <sup>b</sup>	313(53,2) <sup>a,c</sup>	270(47,1) <sup>a,c</sup>	<0,05
Chậm kinh	87(14,5) <sup>a</sup>	192(36,8) <sup>b</sup>	71(12,1) <sup>a</sup>	49(8,6) <sup>c</sup>	<0,05
Ru huyết	173(28,9) <sup>a,c</sup>	362(69,3) <sup>b</sup>	142(24,1) <sup>a</sup>	195(34,0) <sup>c</sup>	<0,01
Đau bụng	153(25,6) <sup>a</sup>	307(58,8) <sup>b</sup>	214(36,4) <sup>c</sup>	213(37,2) <sup>c</sup>	<0,001
Chóng	47(7,9) <sup>a</sup>	141(27,0) <sup>b</sup>	31(5,3) <sup>a,c</sup>	26(4,5) <sup>c</sup>	<0,05
<b>Biết người hay mắc CNTC</b>					
Không biết	199(33,3) <sup>a</sup>	40(7,7) <sup>b</sup>	239(40,6) <sup>c</sup>	153(26,7) <sup>d</sup>	<0,01
VNĐSD	207(34,6) <sup>a</sup>	284(54,4) <sup>b</sup>	214(36,4) <sup>a</sup>	154(26,9) <sup>c</sup>	<0,01
Tiền sử nạo phá thai	201(33,6) <sup>a</sup>	355(68,0) <sup>b</sup>	238(40,5) <sup>c</sup>	189(33,0) <sup>a</sup>	<0,05
Tiền sử mổ đẻ	42(7,0) <sup>a</sup>	201(38,5) <sup>b</sup>	43(7,3) <sup>a</sup>	21(3,7) <sup>c</sup>	<0,05
Tiền sử dặt vòng	39(6,5) <sup>a</sup>	208(39,8) <sup>b</sup>	50(8,5) <sup>a</sup>	38(6,6) <sup>a</sup>	<0,001
Hút thuốc	4(0,7) <sup>a</sup>	183(35,1) <sup>b</sup>	19(3,2) <sup>a</sup>	27(4,7) <sup>a</sup>	<0,01

<sup>a,b,c,d</sup>: Trong cùng một hàng/dòng: các ký tự chữ giống nhau thể hiện các nhóm không có sự khác biệt ( $p<0,05$ ), các ký tự khác nhau thể hiện các nhóm có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê.  
p: Giá trị p khi các cặp so sánh có sự khác biệt, đây là giá trị lớn nhất giữa các cặp so sánh

Tỷ lệ PNCC ở Đại Từ không biết ai là người hay mắc CNTC ở giai đoạn trước CT là 33,3% và sau CT giảm xuống chỉ còn 7,7% ( $p<0,001$ ). Tỷ lệ này ở Đồng Hỷ trong giai đoạn đánh giá trước là 40,6% và giai đoạn đánh giá sau là 26,7%, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê ( $p<0,01$ ). Ở Đại Từ, tỷ lệ PNCC biết nguy cơ mắc CNTC ở những PN bị VNĐSD, tiền sử nạo phá thai, tiền sử mổ đẻ, hút thuốc trước can thiệp lần lượt là 34,6%; 33,6%; 7% và 0,7% đều thấp hơn so với các tỷ lệ này ở giai đoạn sau CT ( $p<0,05$ ). Ở Đồng Hỷ lại có chiều hướng ngược lại, kết quả đánh giá ở giai đoạn trước còn cao hơn hoặc không có sự khác biệt so với giai đoạn đánh giá sau (Bảng 3.3)

Bảng 3.4 cho thấy điểm trung bình (TB) kiến thức chung về CNTC của PNCC ở Đại Từ trước CT là 8,7 điểm và ở Đồng Hỷ là 8,9 điểm. Không có sự khác biệt về điểm TB kiến thức về CNTC giữa hai nhóm ( $p>0,05$ ) ở giai đoạn trước CT.

Sau CT, điểm TB kiến thức chung về CNTC của PNCC ở Đại Từ là 13,3 điểm, tăng hơn so với giai đoạn trước CT khoảng 4,7 điểm ( $p<0,001$ ). Với Đồng Hỷ, điểm TB kiến thức sau CT là 8,8 điểm, không có sự khác biệt so với giai đoạn trước CT ( $p>0,05$ ).

**Bảng 3.4. Sự thay đổi kiến thức chung về CNTC trước và sau CT**

Huyện	Trước can thiệp		Sau can thiệp		p	CI95% sự thay đổi
	TB	ĐLC	TB	ĐLC		
Đại Từ	8,7*	2,8	13,3**	4,5	<0,001	4,1-5,0
Đồng Hỷ	8,9*	3,2	8,8**	3,9	>0,05	(-0,54)-0,27
Chung	8,83	3,0	10,93	4,7	<0,001	1,78-2,43

\*  $p>0,05$ ; \*\*  $p<0,001$   
Kiểm định t ghép cặp được dùng để so sánh điểm kiến thức trước và sau can thiệp của từng huyện. Kiểm định thái mẫu độc lập được dùng để so sánh giữa hai địa bàn can thiệp ở cùng thời điểm.

#### 4. Bàn luận

##### Thông tin chung

Tuổi của PNCC tham gia NC chủ yếu ở lứa tuổi 25-44 và có trình độ học vấn hết cấp II (phổ thông cơ sở), làm ruộng là chính. Những đặc điểm này cũng tương tự như NC của Bùi Thị Thu Hà[1]. Số lần nạo hút thai của PNCC tương đối cao, tương đương với số nạo/ hút thai chung của cả nước[2]. Hơn 60% số PNCC đã sinh 2 con, 30% đã sinh một con, đây cũng là xu hướng chung của cả nước, số lượng PNCC sinh nhiều con đã giảm đi. Thực trạng này cũng tương đương với NC ở Chí Linh[1].

##### Sự thay đổi kiến thức về CNTC của PNCC

Kiến thức về khám thai và các dấu hiệu bất thường

Khám thai sớm ngay khi phát hiện có thai hay trong tháng đầu của thời kỳ thai nghén là rất quan trọng trong việc tăng khả năng phát hiện sớm CNTC. Trước CT, tỷ lệ PNCC cho rằng nên đi khám thai sớm ở Đại Từ là 18,9% và Đồng Hỷ là 23%, tỷ lệ này là tương đương nhau ( $p>0,05$ ). Tuy nhiên sau CT tỷ lệ PNCC cho rằng nên đi khám thai sớm ở Đại Từ tăng lên 53% cao hơn so với giai đoạn trước can thiệp ( $p<0,001$ ) trong khi ở Đồng Hỷ là không có sự thay đổi giữa hai giai đoạn đánh giá. Cho dù có sự cải thiện ở nhóm CT nhưng tỷ lệ PNCC ở Đại Từ sau CT vẫn cho rằng nên khám thai ở tuổi thai 2-3 tháng là tương đối cao (43,3%). Theo khuyến cáo thì người phụ nữ nên đi khám thai ngay sau khi phát

hiện ra có thai nhưng chuẩn quốc gia về SKSS lại chỉ yêu cầu phải đi khám lần đầu tiên trong 3 tháng đầu cho nên điều đó cũng giải thích được tại sao nhiều PNCC vẫn cho rằng khám trong 2-3 tháng đầu là đạt yêu cầu "sớm"[4]. Có lẽ đây cũng là một điểm mà những nhà quản lý chương trình nên xem xét. Việc chậm trễ đi khám thai có thể dẫn đến việc không xử trí kịp thời khi có những biểu hiện không bình thường như đau bụng, ra máu ...

Về nơi khám thai lần đầu đại đa số PNCC ở cả Đồng Hỷ và Đại Từ đều cho rằng nên đến các cơ sở y tế công lập, đặc biệt tỷ lệ PNCC tin tưởng và cho rằng nên đến trạm y tế xã rất cao (trên 90%). Điều này cho thấy những nỗ lực của y tế tuyến cơ sở trong chăm sóc sức khỏe bà mẹ trẻ em và đó cũng là cơ sở để NCV lấy cán bộ y tế tuyến cơ sở là một trong những đối tượng can thiệp của chương trình. Khi đã có được niềm tin từ PNCC thì sự tư vấn của CBYT về CNTC với PNCC cũng hiệu quả hơn.

Ở Đại Từ, tỷ lệ PNCC biết các dấu hiệu bất thường, đặc biệt các dấu hiệu có liên quan đến CNTC như ra huyết, đau bụng, choáng sau CT đều cao hơn giai đoạn trước CT ( $p < 0,05$ ). Tuy nhiên ở Đồng Hỷ thì không có sự khác biệt về các tỷ lệ này ở hai giai đoạn đánh giá ( $p > 0,05$ ). Tất cả các chỉ số trên ở Đại Từ giai đoạn sau CT đều tốt hơn Đồng Hỷ. Điều này cho thấy chương trình CT đã có tác động đến việc tăng cường kiến thức của PNCC về dấu hiệu bất thường khi mang thai. Kết quả NC của chúng tôi cũng tương tự NC ở Chí Linh[1], tuy nhiên NC của chúng tôi có nhóm chứng nên phần nào bằng chứng về hiệu quả chương trình CT được khẳng định vững vàng hơn.

#### **Kiến thức về chữa ngoài tử cung**

Tỷ lệ PNCC không biết các dấu hiệu của CNTC ở Đại Từ sau CT thấp hơn trước can thiệp ( $p < 0,001$ ), điều này đồng nghĩa với tỷ lệ PNCC biết về các dấu hiệu CNTC đã tăng lên. Ở cả 04 dấu hiệu hay gặp của CNTC, tỷ lệ PNCC biết sau CT đều tăng. Tuy nhiên ở Đồng Hỷ thì không có sự thay đổi về các tỷ lệ này giữa trước và sau CT ( $p > 0,05$ ). Một điểm lưu ý là ở giai đoạn trước CT thì tỷ lệ biết các dấu hiệu CNTC ở Đồng Hỷ và Đại Từ là tương đương nhau.

Trước CT, tỷ lệ PNCC biết người hay mắc CNTC như VNĐSD, tiền sử nạo phá thai, tiền sử mổ đẻ... ở Đại Từ đều thấp hơn so với sau CT ( $p < 0,05$ ). Trái lại ở Đồng Hỷ các tỷ lệ này ở giai đoạn đánh giá trước lại có xu hướng cao hơn so với đánh giá

sau. Cũng như nhiều chỉ số khác, các tỷ lệ này ở Đồng Hỷ và Đại Từ giai đoạn trước CT là tương đương, thậm chí tỷ lệ biết yếu tố nguy cơ là tiền sử nạo phá thai hay hút thuốc thì ở Đồng Hỷ còn cao hơn Đại Từ. Các kết quả này lại cho thấy tác động rõ ràng của chương trình CT lên kiến thức của PNCC về CNTC.

#### **Sự thay đổi KT chung về CNTC trước và sau can thiệp**

Trước CT, điểm TB kiến thức về CNTC ở PNCC của Đại Từ là 8,7 điểm và tương đương với Đồng Hỷ (8,9 điểm). Sau can thiệp, điểm TB kiến thức của PNCC ở Đại Từ tăng lên 13,3 điểm ( $p < 0,001$ ) trong khi điểm của Đồng Hỷ là 8,8 điểm và không thay đổi so với trước CT ( $p > 0,05$ ), như vậy sau CT điểm kiến thức của Đại Từ đã cao hơn so với Đồng Hỷ ( $p < 0,001$ ).

Những sự thay đổi trong từng chỉ số đo lường cụ thể về kiến thức CNTC cũng như trong điểm KT chung ở hai địa bàn cũng như hai giai đoạn đánh giá đã cho thấy kết quả của chương trình CT. Cụ thể chương trình CT đã có hiệu quả trong việc tăng cường KT địa bàn can thiệp (Đại Từ), thể hiện ở KT sau can thiệp tốt hơn so với giai đoạn trước CT. Ở nhóm chứng (Đồng Hỷ) không có các hoạt động CT thì kiến thức của PNCC về CNTC không có sự thay đổi giữa đánh giá trước và sau. Khi so sánh giữa hai nhóm, ở giai đoạn đánh giá trước, KT của PNCC là tương đương nhau, tuy nhiên ở giai đoạn đánh giá sau KT của PNCC ở Đại Từ tốt hơn so với PNCC ở Đồng Hỷ.

#### **Chương trình can thiệp**

NCV áp dụng mô hình PRECEDE - PROCEED trong CT, đây là mô hình có tác động vào 3 nhóm yếu tố chính: (1) Yếu tố tiền đề: quan niệm về cần thiết khám thai sớm và xử trí sớm khi có dấu hiệu bất thường; KT về thời điểm khám thai lần đầu; dấu hiệu; yếu tố nguy cơ CNTC; (2) Yếu tố cho phép (thực hành khám thai sớm) và xử trí sớm khi có dấu hiệu bất thường nghi ngờ CNTC; (3) Yếu tố tăng cường: tư vấn về dấu hiệu bất thường khi có thai, về CNTC khi có dấu hiệu bất thường và các xét nghiệm. Trong bài báo này NCV trình bày những phân liên quan đến KT về CNTC của PNCC như vậy chủ yếu là Yếu tố tiền đề trong mô hình CT.

Kết quả cho thấy chương trình đã có những thành công trong việc thay đổi KT về CNTC của

PNCC. Khung lý thuyết PRECEDE PROCEED được sử dụng nhiều để lập kế hoạch CT trong nâng cao sức khỏe và đã được áp dụng thành công tại nhiều lĩnh vực khác nhau. Đây là mô hình tương đối linh động, có tính đến nhiều yếu tố, cộng đồng và môi trường. NC này một lần nữa chứng minh mô hình PRECEDE PROCEED có thể được sử dụng trong các can thiệp cộng đồng của các chương trình thuộc sức khỏe sinh sản.

### ***Ưu điểm và hạn chế***

NCV sử dụng thiết kế đánh giá trước sau và có nhóm chứng vì vậy đã cung cấp những bằng chứng tốt hơn về hiệu quả của chương trình CT so với những NC trước đó không có nhóm chứng[1].

NC đã sử dụng ĐTV là CBYT tuyến huyện của chính địa bàn NC nên có thể ảnh hưởng đến kết quả NC khi CBYT ý thức được mục tiêu NC cũng như họ cũng chính là một trong những đối tượng của chương trình CT. NCV đã khắc phục điểm yếu này bằng cách nhắc nhở ĐTV và tăng cường sự giám sát trong quá trình thu thập SL đặc biệt ở địa bàn Đại Từ.

Tỷ lệ mất theo dõi ở hai địa bàn tương đối khác

nhau: Đại Từ là 12,7% và Đồng Hỷ là 2,5%, tuy nhiên khi phân tích nhóm đối tượng mất theo dõi thì đặc điểm của nhóm này không có sự khác biệt. Ngoài ra các tỷ lệ này đều thấp hơn tỷ lệ chấp nhận được đưa ra khi tính toán cỡ mẫu là 27%.

Mô hình PRECEDE - PROCEED có thể được dùng trong các chương trình CT ở cộng đồng. Địa phương đã triển khai chương trình CT có thể duy trì hoạt động CT với những tài liệu đã được chuẩn bị, nên duy trì các buổi phát thanh (1 lần/ tháng) và CBYT cần thường xuyên tư vấn cho PNCC về CNTC và các dấu hiệu của CNTC nhằm tăng cường kiến thức của PNCC từ đó tăng cường khả năng phát hiện sớm CNTC.

### ***Lời cảm ơn***

NCV xin chân thành cảm ơn các PNCC ở Đại Từ và Đồng Hỷ đã tham gia vào NC. Cảm ơn các CBYT của 12 xã, huyện Đại Từ và Đồng Hỷ đã giúp đỡ quá trình triển khai NC, các GV trường Đại học Y Dược Thái Nguyên đã tham gia giám sát số liệu và góp ý cho NC.

---

#### **Tài liệu tham khảo**

##### **Tài liệu tiếng Việt**

1. Bùi Thị Thu Hà và Lê Minh Thi (2007), Can thiệp cộng đồng hướng tới chẩn đoán sớm chữa ngoài tử cung ở địa bàn Chí Linh, Hải Dương, Báo cáo kết quả nghiên cứu.
2. UNFPA (2007), Nghiên cứu về sức khỏe sinh sản tại Việt nam: Báo cáo rà soát các nghiên cứu giai đoạn 2000-2005, Báo cáo nghiên cứu

#### **Tài liệu tiếng Anh**

3. Anorlu RI, Oluwole A, Abudu OO, và Adebajo S (2005), Risk factors for ectopic pregnancy in Lagos, Nigeria. , Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica, số 84, tr. 184-188.
4. Department of Reproductive Health (2001), National Standard Guideline on Reproductive Health Services., MOH
5. Kurt T Barnhart, Ingrid Katz, Amy Hummel, và Clarisa R Gracia (2002), Presumed diagnosis of ectopic pregnancy, , Obstet Gynecol, số 100(3), tr. 505-10.