

BỘ GIÁO DỤC VÀ ĐÀO TẠO BỘ Y TẾ
ĐẠI HỌC Y DƯỢC THÀNH PHỐ HỒ CHÍ MINH

PHẠM DIỆP THÙY DƯƠNG

**KIẾN THỨC, THÁI ĐỘ, THỰC HÀNH
VỀ VÀNG DA SƠ SINH
CỦA BÀ MẸ VÀ NHÂN VIÊN Y TẾ SẢN NHI
TẠI THÀNH PHỐ HỒ CHÍ MINH**

Chuyên ngành: NHI – SƠ SINH
Mã số: 62.72.16.01

TÓM TẮT LUẬN ÁN TIẾN SĨ Y HỌC

TP Hồ Chí Minh - Năm 2014

Công trình được hoàn thành tại:
ĐẠI HỌC Y DƯỢC THÀNH PHỐ HỒ CHÍ MINH

Người hướng dẫn khoa học: PGS. TS. LÂM THỊ MỸ
PGS. TS. PHẠM LÊ AN

Phản biện 1:

Phản biện 2:

Phản biện 3:

Luận án sẽ được bảo vệ tại Hội đồng chấm luận án cấp Nhà nước
hợp tại ĐẠI HỌC Y DƯỢC THÀNH PHỐ HỒ CHÍ MINH
vào hồi: giờ ngày tháng năm

Có thể tìm hiểu luận án tại thư viện:

- Thư viện Quốc gia Việt Nam
- Thư viện Khoa học Tổng hợp TPHCM
- Thư viện Đại học Y Dược TPHCM

DANH MỤC CÁC CÔNG TRÌNH NGHIÊN CỨU ĐÃ CÔNG BỐ LIÊN QUAN ĐẾN ĐỀ TÀI LUẬN ÁN

1. Phạm Diệp Thùy Dương (2013). “Kiến thức - thái độ - thực hành về vàng da sơ sinh của bà mẹ tại TP. Hồ Chí Minh”. Y học TP. Hồ Chí Minh, 17(2), tr. 69-73.
2. Phạm Diệp Thùy Dương (2013). “Kiến thức - thái độ - thực hành về vàng da sơ sinh của nhân viên y tế nhi khoa trung cấp và sản khoa tại TP. Hồ Chí Minh”. Y học TP. Hồ Chí Minh, 17(2), tr. 74-78.

GIỚI THIỆU LUẬN ÁN

Đặt vấn đề

Vàng da do tăng bilirubin gián tiếp là vấn đề sức khỏe thường gặp nhất ở trẻ sơ sinh và là sinh lý trong phần lớn trường hợp. Tuy nhiên, đôi khi nồng độ bilirubin trong máu tăng cao khó tiên lượng, và vượt quá ngưỡng não của trẻ, gây bệnh lý não do bilirubin (vàng da nhân). Bệnh lý não do bilirubin là hoàn toàn có thể dự phòng, dựa trên cơ sở bilirubin chỉ gây độc khi đã thấm vào mô não, nghĩa là chỉ khi nồng độ vượt quá ngưỡng não của trẻ. Do đó, việc bà mẹ phát hiện vàng da và đưa con đến khám sớm, cũng như việc nhân viên y tế xử lý đúng vàng da sơ sinh tại cơ sở điều trị là điều quyết định. Tuy nhiên, nghiên cứu của Trần Liên Anh tại Viện Nhi Trung ương cũng như nghiên cứu của chúng tôi tại bệnh viện Nhi Đồng 2 những năm gần đây cho thấy số trẻ nhập viện lại vì vàng da nặng vẫn còn nhiều, và thường đến viện trong tình trạng tăng bilirubin máu đã tiến triển, đôi khi đã có dấu hiệu bệnh lý não do bilirubin.

Ở trẻ đủ tháng và gần đủ tháng, nồng độ bilirubin máu thường đạt đỉnh vào ngày thứ 4 đến ngày thứ 6 sau sinh. Do thời gian nằm viện hậu sản trung bình khoảng 2 ngày nếu sanh ngã dưới và 4 ngày nếu sinh mổ, bilirubin máu thường chỉ đến điểm đỉnh khi trẻ đã xuất viện hậu sản theo mẹ. Vì vậy, trẻ đủ tháng hay gần đủ tháng “có vẻ khỏe mạnh” trở thành nhóm có nguy cơ mắc bệnh lý não nếu quá trình phát hiện, theo dõi và xử lý tăng bilirubin máu không được thực hiện tốt.

Vì sao tại Việt Nam, nhiều trẻ sơ sinh bị vàng da cần điều trị vẫn còn được bà mẹ đưa đến khám quá muộn và chưa được nhân viên y tế xử trí kịp thời? Có phải (1) vì kiến thức, thái độ và thực hành của bà mẹ về vàng da chưa đúng nên không đưa trẻ đến khám kịp thời? (2) vì kiến thức, thái độ và thực hành của nhân viên y tế về vàng da chưa tốt nên chưa có các biện pháp hướng dẫn bà mẹ theo dõi vàng da, cũng như chưa đánh giá và xử lý tăng bilirubin máu đúng mức? (3) hay là do kết hợp cả 2 lý do trên?

Chúng tôi thực hiện nghiên cứu này với mục tiêu:

Mục tiêu tổng quát

Đánh giá kiến thức, thái độ, thực hành của các bà mẹ, nhân viên y tế sản khoa và nhi khoa về vấn đề vàng da sơ sinh thông qua việc xây dựng công cụ đo lường có giá trị nội dung và tin cậy.

Mục tiêu chuyên biệt

1. Xây dựng và đánh giá công cụ đo lường kiến thức, thái độ, thực hành về vàng da sơ sinh, gồm bộ câu hỏi khảo sát kiến thức, thái độ, kiến

thức thực hành để phỏng vấn và bảng kiểm thực hành về vàng da sơ sinh cho các bà mẹ, nhân viên y tế sản khoa và nhi khoa.

2. Xác định tỉ lệ đối tượng có kiến thức, thái độ, kiến thức thực hành và thực hành đúng về vàng da sơ sinh trong nhóm các bà mẹ có con dưới 15 ngày tuổi, trong nhóm điều dưỡng, nữ hộ sinh, bác sĩ sản khoa, và trong nhóm bác sĩ nhi khoa.

3. Xác định mối liên quan giữa kiến thức, thái độ, kiến thức thực hành về vàng da sơ sinh với nhau và với một số yếu tố dịch tễ của các nhóm đối tượng trên.

Tính cấp thiết của đề tài

Chúng tôi thực hiện nghiên cứu này với mong muốn tìm hiểu nguyên nhân trẻ sơ sinh vàng da nặng được đưa đến khám và được điều trị muộn, nhằm đề ra giải pháp thích hợp để giảm thiểu bệnh lý não do bilirubin, một bệnh lý để lại di chứng nặng nề nhưng hoàn toàn có thể dự phòng.

Những đóng góp mới của luận án

- Lần đầu tiên kết hợp kết quả nghiên cứu định tính và nghiên cứu định lượng, nghiên cứu này xây dựng được công cụ đo lường kiến thức, thái độ, thực hành về vàng da sơ sinh hoàn chỉnh, có giá trị nội dung và độ tin cậy chấp nhận được, bao gồm bộ câu hỏi khảo sát kiến thức, thái độ, kiến thức thực hành để phỏng vấn và bảng kiểm thực hành về vàng da sơ sinh cho phép khảo sát cả 3 nhóm dân số:
 - ✓ bà mẹ: bộ câu hỏi gồm 25 câu với hệ số Cronbach's alpha là 0,720 và bảng kiểm thực hành gồm 4 đề mục thực hành;
 - ✓ nhóm nhân viên y tế nhi khoa trung cấp và nhân viên y tế sản khoa: bộ câu hỏi gồm 21 câu với hệ số Cronbach's alpha là 0,613 và bảng kiểm thực hành gồm 8 đề mục thực hành;
 - ✓ nhóm bác sĩ nhi: bộ câu hỏi gồm 26 câu với hệ số Cronbach's alpha là 0,791 và bảng kiểm thực hành gồm 10 đề mục thực hành.
- Kết quả phỏng vấn kiến thức, thái độ, kiến thức thực hành trên 1290 đối tượng và đánh giá thực hành trên 323 đối tượng trong cả 3 nhóm về vấn đề vàng da sơ sinh cho thấy kiến thức, thái độ, kiến thức thực hành và thực hành về vàng da sơ sinh của cả bà mẹ lẫn nhân viên y tế sản khoa, nhi khoa đều chưa đúng, chưa đủ; cùng với sự tồn tại khá phổ biến của nhiều niềm tin sai lệch. Điều này cho thấy đây là nguyên nhân của tình trạng trẻ sơ sinh vàng da nặng được đưa đến khám và điều trị muộn.
- Yếu tố dịch tễ có tác động lớn nhất đến kiến thức, thái độ, kiến thức thực hành của bà mẹ cũng như nhân viên y tế sản khoa và nhi khoa là tần số tiếp xúc với vàng da sơ sinh và vàng da sơ sinh nặng.

Bố cục của luận án

Luận án có 102 trang: Mở đầu 4 trang; Tổng quan tài liệu 27 trang; Đối tượng và phương pháp nghiên cứu 18 trang; Kết quả 29 trang; Bàn luận 22 trang; Kết luận 1 trang và Kiến nghị 1 trang. Có 46 bảng, 1 hình, 2 biểu đồ và 3 sơ đồ. Có 117 tài liệu tham khảo gồm 28 tiếng Việt và 89 tiếng Anh.

CHƯƠNG 1 - TỔNG QUAN TÀI LIỆU

1.1. Tổng quan về công cụ đo lường kiến thức, thái độ, thực hành về vàng da sơ sinh

Để đo lường kiến thức, thái độ, thực hành về vàng da (VD) sơ sinh (SS), cần có bộ câu hỏi khảo sát kiến thức, thái độ, kiến thức thực hành để phỏng vấn và bảng kiểm thực hành về VD SS riêng cho từng nhóm đối tượng nghiên cứu.

1.1.1. Đặc trưng của công cụ đo lường kiến thức, thái độ, thực hành

Bộ câu hỏi khảo sát kiến thức, thái độ, kiến thức thực hành để phỏng vấn và bảng kiểm thực hành phải có giá trị nội dung và độ tin cậy chấp nhận được. Khi đó, kết quả thu được sẽ chính xác và có thể so sánh trong nhiều nhóm khảo sát, cũng như cho phép tìm mối quan hệ giữa các biến quan tâm.

1.1.1.1. Giá trị nội dung của bộ câu hỏi khảo sát kiến thức, thái độ, kiến thức thực hành để phỏng vấn

Bộ câu hỏi khảo sát kiến thức, thái độ, kiến thức thực hành để phỏng vấn có giá trị nội dung khi đo lường đúng kiến thức, thái độ, kiến thức thực hành của người được phỏng vấn. Điều này có được khi người được phỏng vấn hiểu rõ bộ câu hỏi và tin tưởng để trả lời chính xác, đúng với kiến thức, suy nghĩ và hành động của họ vào thời điểm khảo sát. Do đó, điều cơ bản của việc hình thành bộ câu hỏi khảo sát có giá trị là xây dựng được các câu hỏi dựa trên những từ khóa và đề mục sử dụng trong ngôn ngữ hàng ngày của đối tượng được phỏng vấn, để tạo sự tin tưởng và thông hiểu cho họ, giúp họ trả lời chính xác. Mặt khác, nội dung của bộ câu hỏi khảo sát cần bao phủ được các lĩnh vực của chủ đề nghiên cứu. Do đó, để bộ câu hỏi khảo sát có tính giá trị, cần kết hợp kết quả của nghiên cứu định tính và nghiên cứu định lượng.

- **Nghiên cứu định tính:** thông qua hình thức thảo luận nhóm có trọng tâm, giúp xác định các từ khóa, các đề mục trong bộ câu hỏi bằng ngôn ngữ thực tế hàng ngày của đối tượng nghiên cứu. Nhờ đó, khi sử dụng bộ câu hỏi khảo sát kiến thức, thái độ, kiến thức thực hành xây dựng theo

cách này để phỏng vấn, người được phỏng vấn sẽ đồng cảm, dễ hiểu bằng câu hỏi, có lòng tin nên sẽ trả lời đúng và trung thực điều muốn khảo sát.

- **Mô hình Niềm tin sức khỏe:** mô hình cho phép giải thích một cách duy lý kết quả thu được từ công cụ đo lường kiến thức, thái độ, kiến thức thực hành và hành vi/ thực hành; vì nhiều mối quan hệ trong thực tế khoa học sức khỏe có thể phức tạp, chứ không phải đơn thuần là quan hệ nhân quả như trong dịch tễ - khoa học sức khỏe. Mô hình được chọn trong nghiên cứu là mô hình Niềm tin sức khỏe, dựa trên cơ sở cơ bản là các nhận thức về khả năng dễ mắc bệnh, về mức độ trầm trọng của bệnh, về lợi ích của hành vi dự phòng, về động cơ thúc đẩy và về rào cản thực hiện hành vi dự phòng.

- **Ý kiến chuyên gia:** Chuyên gia về lĩnh vực nghiên cứu là người có nhiều kinh nghiệm và tiếp xúc nhiều năm với đối tượng nghiên cứu. Họ có thể sử dụng ngôn ngữ của đối tượng nghiên cứu một cách nhuần nhuyễn để diễn tả các khái niệm hàn lâm, hiểu rõ sự khác biệt văn hóa giữa các vùng miền, nắm vững các vấn đề thực tế về lĩnh vực nghiên cứu. Giá trị nội dung của một bộ câu hỏi khảo sát nằm ở khả năng đo được chính xác điều cần đo, nghĩa là mức độ bao phủ các lĩnh vực nội dung của vấn đề. Giá trị này được chứng minh bằng kết quả đánh giá và phê bình bộ câu hỏi khảo sát của một nhóm chuyên gia trong lĩnh vực. Mặt khác, khi chưa quyết định được là sẽ sử dụng từ ngữ, câu hoặc dạng câu hỏi nào để người được phỏng vấn dễ hiểu nhất, dễ trả lời sát thực nhất, nhà nghiên cứu có thể sử dụng kỹ thuật Delphi để xin ý kiến các chuyên gia. Kỹ thuật này giúp đạt được sự đồng thuận về một vấn đề cụ thể bằng cách sử dụng một loạt các câu hỏi lặp lại để thu thập dữ liệu từ một nhóm chuyên gia.

1.1.1.2. Độ tin cậy của bộ câu hỏi khảo sát kiến thức, thái độ, kiến thức thực hành để phỏng vấn: là tính nhất quán nội bộ (hay khả năng lặp lại của các kết quả) của bộ câu hỏi khảo sát, cho phép đánh giá mức độ tin cậy của việc thiết lập một “biến tổng hợp” trên cơ sở nhiều “biến đơn”. Độ tin cậy được đánh giá qua việc xác định hệ số Cronbach’s alpha.

1.1.1.3. Giá trị nội dung của bảng kiểm thực hành: Thực hành phải được đánh giá thông qua quan sát với công cụ đo lường là bảng kiểm thực hành. Nó giúp đảm bảo tính thống nhất và hoàn chỉnh trong quy trình kiểm tra việc thực hiện một yêu cầu. Để đảm bảo bảng kiểm có giá trị nội dung, cần xây dựng theo mục tiêu đo lường sát hợp với đối tượng được đánh giá, theo đúng các bước của quy trình và có ý kiến đánh giá của chuyên gia trong lĩnh vực nghiên cứu.

1.1.2. Các nghiên cứu khảo sát kiến thức, thái độ, thực hành về vàng da sơ sinh đã được công bố

Về mục tiêu khảo sát kiến thức, thái độ, thực hành về VD SS, có 6 nghiên cứu trên đối tượng là bà mẹ ở nước ngoài và 2 ở Việt Nam đã được công bố. Với đối tượng là nhân viên y tế (NVYT), chỉ có 1 nghiên cứu tại Nigeria, và chưa thấy nghiên cứu nào được công bố ở Việt Nam. Các bộ câu hỏi khảo sát để phỏng vấn sử dụng trong tất cả các nghiên cứu trong và ngoài nước này đều là tự xây dựng; và chưa có nghiên cứu nào đề cập đến cách xây dựng bộ câu hỏi khảo sát để phỏng vấn cũng như cơ sở, kết quả đánh giá tính giá trị và độ tin cậy của nó. Hơn nữa, các nghiên cứu có khảo sát thực hành về VD SS đều đã chỉ đánh giá thực hành thông qua phỏng vấn mà không bằng bảng kiểm. Mặt khác, chưa có nghiên cứu nào khảo sát đồng thời kiến thức, thái độ, thực hành trên cả NVYT và bà mẹ để đánh giá vấn đề toàn diện hơn, vì đây là các nhóm đối tượng có vai trò quan trọng trong xử lý VD SS.

1.2. Kiến thức, thái độ, thực hành về vàng da sơ sinh

1.2.1. Kiến thức, thái độ, thực hành của nhân viên y tế sản khoa và nhi khoa

Chưa có nghiên cứu về vấn đề này ở nước ta. Thăm dò thực tế của chúng tôi gợi ý kiến thức của NVYT cả ở khoa sản và khoa nhi về VD SS là chưa đồng bộ, chưa đủ và chưa cập nhật. Các niềm tin sai lệch về hiệu quả của ánh nắng trên VD SS, về thời điểm tái khám VD, ... vẫn còn phổ biến. Điều này dẫn đến thái độ không tin vào mỗi đe dọa ít gặp nhưng có thật và nặng nề, bất hồi phục của tình trạng tăng bilirubin máu nặng, đưa đến việc thực hành không đủ, không đúng. Ở cấp đơn vị y tế, việc thiếu các phác đồ đồng bộ, cụ thể, khả thi và mạng lưới nhằm quản lý, truy tìm VD SS nặng sau xuất viện cũng như điều trị tăng bilirubin máu nặng cũng là một nguyên nhân lớn dẫn đến thực hành sai của NVYT.

1.2.2. Kiến thức, thái độ, thực hành của bà mẹ

Nghiên cứu của Lê Minh Quý năm 2006, của Nguyễn Lê Bình năm 2007, của Võ Thị Tiến năm 2010 và thăm dò thực tế đều cho thấy kiến thức, thái độ, thực hành của bà mẹ về VD SS còn rất thấp. Các bà mẹ còn chưa tiếp cận được với các nguồn thông tin khoa học. Do chưa hiểu đúng về mỗi đe dọa của VD SS nên họ coi thường và đánh đồng mọi trường hợp đều là VD sinh lý. Các bà mẹ cũng chưa biết cách phát hiện VD. Các niềm tin sai lệch về hiệu quả của phơi nắng trên VD, tập quán nằm buồng tối cũng như kiêng ra khỏi nhà trong thời kỳ hậu sản... cản trở bà mẹ đưa trẻ đi khám để được điều trị kịp thời VD nặng.

CHƯƠNG 2 - ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Thiết kế nghiên cứu

Do chưa tìm được công cụ đo lường có sẵn thích hợp, chúng tôi đã phải tự xây dựng. Nghiên cứu của chúng tôi gồm 2 giai đoạn kết hợp kết quả của nghiên cứu định tính và nghiên cứu định lượng:

- **Giai đoạn I (Mục tiêu I) - Xây dựng và đánh giá công cụ đo lường kiến thức, thái độ, thực hành về VD SS:**

- Bộ câu hỏi khảo sát để phỏng vấn kiến thức, thái độ, kiến thức thực hành về VD SS: kết hợp nghiên cứu định tính và nghiên cứu định lượng.

- ✓ thực hiện nghiên cứu định tính (thảo luận nhóm có trọng tâm) với 2 đối tượng là bà mẹ và NVYT sản khoa để xác định các từ khóa và đề mục thích hợp

- ✓ xây dựng bộ câu hỏi có chứa các từ khóa và đề mục vừa thu được, dựa trên khung Mô hình Niềm tin sức khỏe

- ✓ xin ý kiến đánh giá và góp ý của các chuyên gia SS và sử dụng kỹ thuật Delphi chỉnh sửa, rồi nghiên cứu thử

- ✓ phỏng vấn toàn bộ dân số chọn mẫu khảo sát kiến thức, thái độ, kiến thức thực hành, rồi xử lý dữ liệu để xác định độ tin cậy của bộ câu hỏi khảo sát thông qua hệ số Cronbach's alpha.

- Bảng kiểm thực hành về VD SS: xây dựng theo mức độ yêu cầu thực hành phù hợp với từng nhóm đối tượng, theo từng bước đúng quy trình, sau đó xin ý kiến đánh giá, góp ý của các chuyên gia SS rồi tiến hành nghiên cứu thử. Dân số khảo sát thực hành được chọn ra theo phương pháp thuận tiện từ dân số khảo sát kiến thức, thái độ, kiến thức thực hành.

- **Giai đoạn II (Mục tiêu 2 và 3) – Khảo sát kiến thức, thái độ, thực hành về VD SS và các mối liên quan:** nghiên cứu cắt ngang. Dữ liệu thu thập từ:

- Kết quả phỏng vấn của bộ câu hỏi khảo sát (trên dân số khảo sát kiến thức, thái độ, kiến thức thực hành)

- Kết quả đánh giá của bảng kiểm thực hành (trên dân số khảo sát thực hành).

2.2. Đối tượng nghiên cứu

2.2.1. Dân số mục tiêu: Chúng tôi chọn thành phố Hồ Chí Minh (TPHCM) để tiến hành nghiên cứu vì dân số tập trung và khá đa dạng.

2.2.2. **Dân số chọn mẫu:** 3 nhóm dân số chọn mẫu tương ứng:

- Nhóm bà mẹ: Các bà mẹ đang nuôi con trong vòng 14 ngày đầu và cư ngụ trên địa bàn TPHCM từ 12 tháng trở lên tính đến ngày phỏng vấn, đang nằm viện hậu sản tại các cơ sở y tế tại TPHCM;
- Nhóm NVYT sản nhi: bao gồm NVYT nhi khoa trung cấp và NVYT sản khoa (bác sĩ (BS) sản khoa lâm sàng và nữ hộ sinh), thực hành trong lĩnh vực Nhi khoa hay Sản khoa lâm sàng liên tiếp từ 12 tháng trở lên tại các cơ sở y tế ở TPHCM và có làm việc với trẻ SS.
- Nhóm BS nhi: BS làm việc trong lĩnh vực Nhi khoa lâm sàng liên tiếp từ 12 tháng trở lên tại các cơ sở y tế ở TPHCM và có làm việc với trẻ SS.

2.2.3. **Cỡ mẫu:** Công thức chung để tính cỡ mẫu:

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

Trong đó, $p_1 = p_2 = p_3 = 0,5$ = tỷ lệ các đối tượng trong mỗi nhóm có kiến thức đúng, hay thái độ đúng, hay kiến thức thực hành đúng, mong đạt được trong nghiên cứu; $d = 0,07$; mức ý nghĩa hay sai lầm loại 1 = 0,05; độ tin cậy = 95%. Cỡ mẫu tính được cho mỗi nhóm dân số khảo sát kiến thức, thái độ, kiến thức thực hành là: $n_1 = n_2 = n_3 = 192$.

2.2.4. **Kỹ thuật chọn mẫu**

- Chọn các cơ sở y tế tại TPHCM theo phương pháp đại diện: chọn tất cả các bệnh viện chuyên khoa nhi, chuyên khoa sản và rút thăm để chọn ra ½ các bệnh viện đa khoa công lập và tư nhân. Có 23 cơ sở y tế được chọn.
- Sau đó, chọn đối tượng theo phương pháp thuận tiện tại các cơ sở y tế. Khi đánh giá thực hành, chỉ giới hạn trong những đối tượng đã được phỏng vấn đến khi đủ số (chỉ kiểm thực hành NVYT ở bệnh viện chuyên khoa sản).

2.3. **Liệt kê và định nghĩa biến số:** có 5 nhóm biến số:

- Biến số dịch tễ học
- Biến số khảo sát kiến thức
- Biến số khảo sát thái độ
- Biến số khảo sát kiến thức thực hành
- Biến số khảo sát thực hành.

Bốn biến số khảo sát kiến thức, khảo sát thái độ, khảo sát kiến thức thực hành và khảo sát thực hành đều là biến tổng hợp, gồm nhiều biến đơn.

- Mỗi biến đơn về kiến thức, thái độ hay kiến thức thực hành là 1 câu hỏi. Đối tượng được chọn 1 chọn lựa soạn sẵn trong mỗi câu hỏi (Phụ lục 2) (mỗi câu hỏi về kiến thức hay kiến thức thực hành chỉ có 1 câu trả lời đúng, còn mỗi câu hỏi về thái độ có 2 câu trả lời đúng). Trả lời đúng được tính 1 điểm; trả lời sai được tính 0 điểm.

- Mỗi biến đơn về thực hành là một đề mục thực hành, là biến nhị giá gồm Có và Không (Có là có làm đề mục thực hành; Không là không làm đề mục thực hành) (Phụ lục 3). Có làm đề mục thực hành được tính 1 điểm; không làm đề mục thực hành được tính 0 điểm.

Đối tượng sẽ được phân nhóm là có kiến thức, thái độ, kiến thức thực hành hay thực hành đúng khi đạt $\geq 70\%$ điểm tối đa của biến khảo sát kiến thức, thái độ, kiến thức thực hành hay thực hành tương ứng cho từng nhóm đối tượng.

2.3.1. Biến số dịch tễ học

2.3.1.1. Nhóm bà mẹ

- Biến số đặc tính của bà mẹ

- Tuổi: biến liên tục, theo năm; và xếp thành biến nhị giá (<25 ; ≥ 25)
- Trình độ văn hóa: biến nhị giá (\leq cấp III; $>$ cấp III).
- Nghề nghiệp: biến nhị giá (lao động trí óc; lao động chân tay)
- Có thân nhân hay bạn bè thân thiết là NVYT không: biến nhị giá (có; không)

- Số con hiện có: biến liên tục; và xếp thành biến nhị giá (1; >1).

- Biến số đặc tính của con

- Giới tính: biến nhị giá (nam; nữ)
- Số ngày tuổi: biến liên tục, theo ngày; và xếp thành biến nhị giá (≤ 3 ngày; >3 ngày).

2.3.1.2. Nhóm NVYT nhi khoa trung cấp và NVYT sản khoa và nhóm BS nhi

- Tuổi: biến liên tục, theo năm
- Giới tính: biến nhị giá (nam; nữ)
- Trình độ chuyên môn cao nhất:
 - ✓ Nhóm NVYT sản nhi: biến rời (BS sản; nữ hộ sinh; điều dưỡng)
 - ✓ Nhóm BS nhi: biến nhị giá (đại học; sau đại học)
- Thời gian theo dõi/ chăm sóc trẻ SS: biến liên tục, theo năm tròn; và xếp thành biến nhị giá (≤ 5 năm; > 5 năm)
- Tần số tiếp xúc với trẻ SS trung bình mỗi tuần: biến rời; 3 giá trị (< 10 lần; 10 – 40 lần; > 40 lần)
- Loại đơn vị công tác: biến rời; 3 giá trị (bệnh viện đa khoa; bệnh

viện nhi; bệnh viện sản khoa)

2.3.2. *Biến số khảo sát kiến thức*: bao gồm lần lượt 17; 13 và 19 biến đơn (câu hỏi) về kiến thức cho nhóm bà mẹ, NVYT sản nhi và BS nhi.

2.3.3. *Biến số khảo sát thái độ*: bao gồm lần lượt 4; 3 và 3 biến đơn (câu hỏi) về kiến thức cho nhóm bà mẹ, NVYT sản nhi và BS nhi.

2.3.4. *Các biến số về kiến thức thực hành*: bao gồm lần lượt 4; 5 và 4 biến đơn (câu hỏi) về kiến thức cho nhóm bà mẹ, NVYT sản nhi và BS nhi.

2.3.5. *Các biến số về thực hành*: bao gồm lần lượt 4; 8 và 10 biến đơn (đề mục thực hành) cho nhóm bà mẹ, NVYT sản nhi và BS nhi.

Đối tượng được xem là có kiến thức, thái độ, kiến thức thực hành hay thực hành đúng khi đạt $\geq 70\%$ tổng số biến đơn của biến tổng hợp tương ứng cho từng nhóm đối tượng.

2.4. Xây dựng và đánh giá công cụ đo lường - Thu thập - Xử lý - Phân tích dữ liệu

Chúng tôi xây dựng và đánh giá công cụ đo lường, gồm bộ câu hỏi khảo sát kiến thức, thái độ, kiến thức thực hành để phỏng vấn và bảng kiểm thực hành về VD SS riêng cho từng nhóm đối tượng nghiên cứu. Sau đó, khảo sát kiến thức, thái độ, thực hành về VD SS của các nhóm đối tượng nghiên cứu tương ứng thông qua bộ công cụ vừa xây dựng.

2.4.1. *Xây dựng và đánh giá bộ câu hỏi khảo sát kiến thức, thái độ, kiến thức thực hành để phỏng vấn về vàng da sơ sinh*: theo từng bước:

- Hình thành từ khóa, đề mục của bộ câu hỏi khảo sát cho từng nhóm đối tượng dựa trên của nghiên cứu định tính: mời riêng từng nhóm đối tượng, gợi ý thảo luận tự do theo hiểu biết và ngôn ngữ của họ dựa trên các câu hỏi gợi ý về VD SS, rồi thu âm và ghi chép lại.

- Hình thành các câu hỏi dựa trên khung mô hình Niềm tin sức khỏe: thiết lập các câu hỏi về VD SS dựa trên khung là mô hình Niềm tin sức khỏe cho từng nhóm đối tượng, trong đó sử dụng những từ khóa có được từ các cuộc thảo luận nhóm theo chủ đề (nội dung câu trả lời đúng được lấy từ y văn).

- Bổ sung các câu hỏi nhằm đánh giá các nội dung cần thiết khác về kiến thức, thái độ, kiến thức thực hành về VD SS (về vấn đề đánh giá, xử lý VD, VD sớm và các niềm tin sai lệch).

- Mời các chuyên gia trong lĩnh vực SS đánh giá giá trị nội dung của bộ câu hỏi khảo sát và cho ý kiến đóng góp. Đối với những từ, câu, dạng câu hỏi còn chưa quyết định được cách dùng sao cho dễ hiểu, nhờ các

chuyên gia SS chọn lựa rồi lấy ý kiến được nhiều người chọn nhất bằng kỹ thuật Delphi.

- Tiến hành nghiên cứu thử để điều chỉnh cho phù hợp thực tế.
- Sử dụng bộ câu hỏi khảo sát để phỏng vấn toàn bộ dân số khảo sát kiến thức, thái độ, kiến thức thực hành tương ứng. Sau khi thu thập dữ liệu, xác định độ tin cậy của bộ câu hỏi khảo sát cho từng nhóm đối tượng thông qua hệ số Cronbach's alpha.

Tới đây, chúng tôi hoàn tất việc xây dựng bộ câu hỏi khảo sát kiến thức, thái độ và kiến thức thực hành về VD SS để phỏng vấn riêng cho mỗi nhóm đối tượng có giá trị nội dung và tin cậy.

2.4.2. Xây dựng và đánh giá bảng kiểm thực hành về vàng da sơ sinh: xây dựng 3 bảng kiểm cho 3 nhóm đối tượng tương ứng dựa trên mức độ yêu cầu thực hành phù hợp với từng nhóm đối tượng theo các bước trong quy trình:

- Xác định tên của bảng kiểm
- Xác định đối tượng đo lường
- Xác định mục tiêu cần đo lường
- Xác định các đề mục của bảng kiểm
- Xác định thứ tự ưu tiên của các đề mục
- Xác định tiêu chí hoàn thành của các đề mục
- Nghiên cứu thử và chỉnh sửa
- Xin ý kiến đánh giá của chuyên gia trong lĩnh vực nghiên cứu.

Vậy, cho tới thời điểm này, chúng tôi xây dựng được công cụ đo lường kiến thức, thái độ, thực hành về VD SS, bao gồm bộ câu hỏi khảo sát kiến thức, thái độ, kiến thức thực hành để phỏng vấn và bảng kiểm thực hành về VD SS có giá trị và tin cậy cho từng nhóm đối tượng nghiên cứu.

2.4.3. Thu thập dữ liệu

- Người phỏng vấn (6 sinh viên Y6 đã được huấn luyện) sử dụng bộ câu hỏi khảo sát kiến thức, thái độ, kiến thức thực hành về VD SS đã được xây dựng để phỏng vấn rộng, thu thập dữ liệu trên 3 nhóm đối tượng tương ứng.

- Người đánh giá thực hành (6 sinh viên Y6, 1 BS nhi và 5 nữ hộ sinh đã được huấn luyện) sử dụng bảng kiểm thực hành về VD SS đã được xây dựng cho từng nhóm đối tượng tương ứng để thực hiện việc đánh giá.

2.4.4. Xử lý và phân tích dữ liệu: bằng phần mềm SPSS 15.0 for Window

- Xác định độ tin cậy của bộ câu hỏi khảo sát kiến thức, thái độ, kiến thức thực hành đã được xây dựng bằng hệ số Cronbach's alpha;

- Mô tả các biến số rời bằng tần số (phần trăm) và các biến số liên tục bằng trung bình (độ lệch chuẩn) trên dữ liệu của bộ câu hỏi khảo sát và của bảng kiểm thực hành đã được xây dựng;

- Xác định mối liên quan giữa kiến thức, thái độ và kiến thức thực hành về VD SS với nhau, cũng như với các yếu tố dịch tễ bằng phép kiểm Chi bình phương hay Fisher exact test (trên dữ liệu của bộ câu hỏi khảo sát; với p value có giá trị thống kê nếu $< 0,05$).

2.4.5. Kiểm soát sai lệch

- **Sai lệch chọn lựa:** Tập huấn người phỏng vấn kiến thức, thái độ, kiến thức thực hành và người đánh giá thực hành tôn trọng các tiêu chí nhận vào và tiêu chí loại trừ.

- **Sai lệch thông tin**

- ✓ Người phỏng vấn không được giúp đối tượng trả lời.

- ✓ Tiến hành đánh giá thực hành ít nhất 3 tháng sau thời điểm được phỏng vấn đối với 2 nhóm NVYT; ít nhất 2 ngày đối với nhóm bà mẹ. Đánh giá thực hành của các đối tượng 2 nhóm NVYT mà không thông báo cho biết, cũng không can thiệp vào thực hành của họ.

- **Sai lệch hệ thống:** Công cụ đo lường được thành lập qua nhiều bước một cách khoa học và chặt chẽ, thông qua kết quả của nghiên cứu định tính và định lượng.

2.5. Vấn đề y đức: nghiên cứu này không vi phạm y đức vì có tờ đồng thuận do các đối tượng ký trước khi tham gia nghiên cứu; đối tượng có quyền ngưng tham gia nếu không muốn tiếp tục nữa; câu hỏi không chứa thông tin nhận dạng; dữ liệu thu thập được lưu trữ trong các tập tin được bảo vệ bằng mật khẩu; và người phân tích các dữ liệu hoàn toàn không biết ai là người tham gia nghiên cứu.

CHƯƠNG 3 - KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Mục tiêu 1 - Xây dựng và đánh giá công cụ đo lường

3.1.1. Xây dựng và đánh giá bộ câu hỏi khảo sát kiến thức, thái độ và kiến thức thực hành về vàng da sơ sinh để phỏng vấn:

- **Thảo luận nhóm có trọng tâm:**

Có bảy cuộc thảo luận nhóm của các bà mẹ và một cuộc thảo luận nhóm của NVYT sản khoa.

Bảng 3.1. Kết quả 7 cuộc thảo luận nhóm có trọng tâm của các bà mẹ
(n= 67)

| Câu hỏi | Từ khóa hay đề mục thu được |
|---|---|
| 1. Chị có nghe nói trẻ SS đổi màu da không? | VD; VD sinh lý; VD bệnh lý |
| 2. Vị trí xuất hiện màu vàng? | Mặt; tay, chân; bụng; cả người |
| 3. Ai đã từng thấy? | Chưa thấy; thấy trẻ SS được mang đi chiếu đèn lúc ở bệnh viện sản |
| 4. Làm sao biết trẻ có VD? | Nhìn da ở mặt, thân; nghe BS nói mới biết |
| 5. VD đe dọa gì cho trẻ? | VD là sinh lý, không nguy hiểm, tự khỏi; là khi bệnh lý thì cần điều trị; hư gan; có thể nguy hiểm nhưng không rõ là gì, vì trẻ còn quá nhỏ nên lo lắng; có trẻ VD rồi bị liệt và điếc; |
| 6. Làm gì khi trẻ VD? | Phơi nắng; uống nước đường; không bớt thì mang đi khám; mang đi khám nếu trẻ VD; mang đi khám khi bú yếu; chiếu đèn vài ngày nếu nhẹ, còn nặng chưa rõ; |
| 7. Nguyên nhân VD? | Thiếu vitamin D/ A; VD sinh lý sẽ tự hết; mẹ ăn thức ăn có màu vàng lúc có thai/ lúc cho trẻ bú |

Bảng 3.2. Kết quả cuộc thảo luận nhóm có trọng tâm của NVYT sản khoa
(n=8)

| Câu hỏi | Từ khóa hay đề mục thu được |
|---|--|
| 1. Thế nào là VD bệnh lý? | Khi có bú kém hay lừ đừ; xuất hiện trước giờ thứ 24 |
| 2. Dấu hiệu báo VD đang ở mức nguy hiểm? | VD sớm trong 1-2 ngày đầu; VD sậm; bú kém |
| 3. Hậu quả có thể có của VD SS nặng? | VD nhân |
| 4. Cần làm gì khi trẻ VD? | Uống nước đường; phơi nắng; VD nặng thì gửi khám chuyên khoa nhi để chiếu đèn hay thay máu |
| 5. Cần dặn dò gì khi trẻ VD chuẩn bị xuất viện hậu sản theo mẹ? | Dặn dò mẹ cho uống thêm nước đường và phơi nắng sáng; nếu VD tăng thêm, tới chân hay kèm bú kém thì tái khám |

- **Áp dụng mô hình Niềm tin sức khỏe vào vấn đề VD SS:** xây dựng các câu hỏi về kiến thức, thái độ, kiến thức thực hành về VD SS cho từng nhóm đối tượng dựa trên mô hình Niềm tin sức khỏe, trong đó sử dụng các từ khóa và đề mục thu được từ các cuộc thảo luận nhóm có trọng tâm của nhóm đó. Để bộ câu hỏi không quá dài, gây mệt mỏi và khuyến khích tỉ lệ trả lời chính xác cao, chúng tôi chỉ sử dụng phần chính yếu của mô hình (gồm nhận thức về khả năng dễ mắc bệnh, nhận thức về mức độ trầm trọng của bệnh và nhận thức về lợi ích khi thực hiện hành động dự phòng). Ngoài ra, chúng tôi thêm một số câu hỏi nhằm đánh giá các phần cần thiết khác về kiến thức, thái độ, kiến thức thực hành về VD SS; trong đó cũng dùng các từ khóa, đề mục có từ nghiên cứu định tính.

- **Ý kiến chuyên gia về giá trị nội dung:** cả 10 chuyên gia SS đều đánh giá tốt giá trị nội dung của bộ câu hỏi khảo sát. Có 2 ý kiến góp ý chỉnh sửa.

- **Kỹ thuật Delphi:** Có 8 chuyên gia SS tham gia thực hiện.

- **Nghiên cứu thử:** đem nghiên cứu thử trên 15 đối tượng cho mỗi nhóm. Kết quả cho thấy không cần điều chỉnh gì thêm. Các câu hỏi đều rõ ràng, dễ hiểu và các đối tượng đã không yêu cầu giải thích lại. Thời gian hoàn thành phần trả lời là 10 - 15 phút cho cả 3 nhóm đối tượng.

- **Xác định độ tin cậy:** thực hiện phỏng vấn toàn bộ dân số khảo sát kiến thức, thái độ, kiến thức thực hành tương ứng. Sau khi xử lý dữ liệu, tiến hành xác định độ tin cậy của bộ câu hỏi khảo sát cho từng nhóm đối tượng thông qua hệ số Cronbach's alpha.

Vậy, sau các bước trên, chúng tôi đã xây dựng hoàn chỉnh bộ câu hỏi khảo sát kiến thức, thái độ, kiến thức thực hành về VD SS để phỏng vấn cho 3 nhóm đối tượng có giá trị nội dung và tin cậy chấp nhận được (bà mẹ 25 câu hỏi - Cronbach's alpha 0,720; NVYT sản nhi 21 câu hỏi - Cronbach's alpha 0,613; Bs nhi 26 câu hỏi - Cronbach's alpha).

3.1.1. Xây dựng và đánh giá bảng kiểm thực hành: Mục tiêu là đo lường thực hành về VD SS ở các mức độ yêu cầu khác nhau phù hợp với từng nhóm đối tượng và theo sát các bước trong quy trình. Chúng tôi mang bảng kiểm này nhờ 8 chuyên gia SS đánh giá: tất cả đều đồng thuận là các bảng kiểm sát hợp và có giá trị. Sau đó, tiến hành nghiên cứu thử trên các đối tượng tương ứng.

Tới đây, chúng tôi đã xây dựng được bảng kiểm thực hành về VD SS có giá trị nội dung cho 3 nhóm đối tượng (lần lượt có 4; 8 và 10 đề mục thực hành cho nhóm bà mẹ; nhóm NVYT sản nhi và nhóm BS nhi).

Chúng tôi sử dụng bảng kiểm thực hành này để đánh giá thực hành về VD SS của 3 nhóm đối tượng tương ứng.

Như vậy, vào thời điểm này, chúng tôi đã xây dựng hoàn chỉnh công cụ đo lường gồm bộ câu hỏi khảo sát kiến thức, thái độ, kiến thức thực hành để phỏng vấn và bảng kiểm thực hành về VD SS có giá trị nội dung, tin cậy cho từng nhóm đối tượng nghiên cứu.

3.2. Mục tiêu 2 - Tỷ lệ đối tượng có kiến thức, thái độ, kiến thức thực hành và thực hành đúng về vàng da sơ sinh trong mỗi nhóm

3.2.1. Đặc điểm dịch tễ học của 3 nhóm

Từ tháng 6/2010 đến tháng 5/2012, tổng cộng chúng tôi đã phỏng vấn 1290 đối tượng và kiểm tra thực hành trên 323 đối tượng tại 23 cơ sở y tế.

Bảng 3.11. Phân bố các đối tượng nghiên cứu

| | Nhóm bà mẹ | Nhóm NVYT sản nhi | Nhóm BS nhi | Tổng cộng |
|---|-----------------------|------------------------------|------------------------|------------------|
| Phỏng vấn kiến thức, thái độ, kiến thức thực hành | 497 | 607 | 186 | 1290 |
| Kiểm tra thực hành | 164 | 119 | 40 | 323 |

- **Nhóm bà mẹ:** có 497 bà mẹ được phỏng vấn. Tuổi trung bình là 30 (± 5); 60,6% sinh con so; 27% có trình độ > cấp III; 23,3% có bạn bè thân thiết hay thân nhân là NVYT.

Vào thời điểm bà mẹ tham gia phỏng vấn, con của các bà mẹ này có tuổi trung bình là 3,5 ngày ($\pm 1,5$), trong đó 301(60,6%) là ≤ 3 ngày tuổi.

- **Nhóm NVYT sản nhi:** Có 607 NVYT nhi khoa trung cấp và NVYT sản khoa được phỏng vấn. Tuổi trung bình là 35 ± 10 ; 26% là điều dưỡng, 61,6% là nữ hộ sinh và 12,4% là BS sản khoa; 26% làm việc với trẻ SS > 5 năm; 74% tiếp xúc với trẻ SS > 40 lần/ tuần; 56% làm việc tại bệnh viện đa khoa, 27,9% tại bệnh viện sản và 16,1% tại bệnh viện nhi.

- **Nhóm BS nhi:** Có 186 BS nhi được phỏng vấn. Tuổi trung bình là $37,5 \pm 8,5$; 44,1% đã được đào tạo sau đại học; 85% điều trị trẻ SS ≤ 5 năm; 36% tiếp xúc với trẻ SS > 40 lần/ tuần, và 19,9% 10 - 40 lần/ tuần; 37,6% làm việc tại bệnh viện đa khoa, 11,8% tại bệnh viện sản và 50,5% tại bệnh viện nhi.

3.2.2. Tỷ lệ đối tượng có kiến thức, thái độ, kiến thức thực hành và thực hành về vàng da sơ sinh đúng trong mỗi nhóm

Bảng 3.17. Tỷ lệ đối tượng có kiến thức, thái độ, kiến thức thực hành và thực hành đúng trong nhóm bà mẹ

| Biến tổng hợp | n (%) |
|-----------------------------|--------------|
| Kiến thức (n=497) | 24 (4,8) |
| Thái độ (n=497) | 299 (60,2) |
| Kiến thức thực hành (n=497) | 225 (45,3) |
| Thực hành (n=164) | 30 (18,3) |

Bảng 3.20. Tỷ lệ đối tượng có kiến thức, thái độ, kiến thức thực hành và thực hành đúng trong nhóm NVYT sản nhi

| Biến tổng hợp | n (%) |
|-----------------------------|--------------|
| Kiến thức (n=607) | 313 (51,6) |
| Thái độ (n=607) | 441 (72,7) |
| Kiến thức thực hành (n=607) | 336 (55,4) |
| Thực hành (n=119) | 30 (25,2) |

Bảng 3.23. Tỷ lệ đối tượng có kiến thức, thái độ, kiến thức thực hành và thực hành đúng trong nhóm BS nhi

| Biến tổng hợp | n (%) |
|-----------------------------|--------------|
| Kiến thức (n=186) | 137 (73,7) |
| Thái độ (n=186) | 175 (94,1) |
| Kiến thức thực hành (n=186) | 117 (62,9) |
| Thực hành (n=40) | 12 (30,0) |

3.3. Mục tiêu 3 - Mối liên quan giữa kiến thức, thái độ, kiến thức thực hành về vàng da sơ sinh với nhau và với các yếu tố dịch tễ

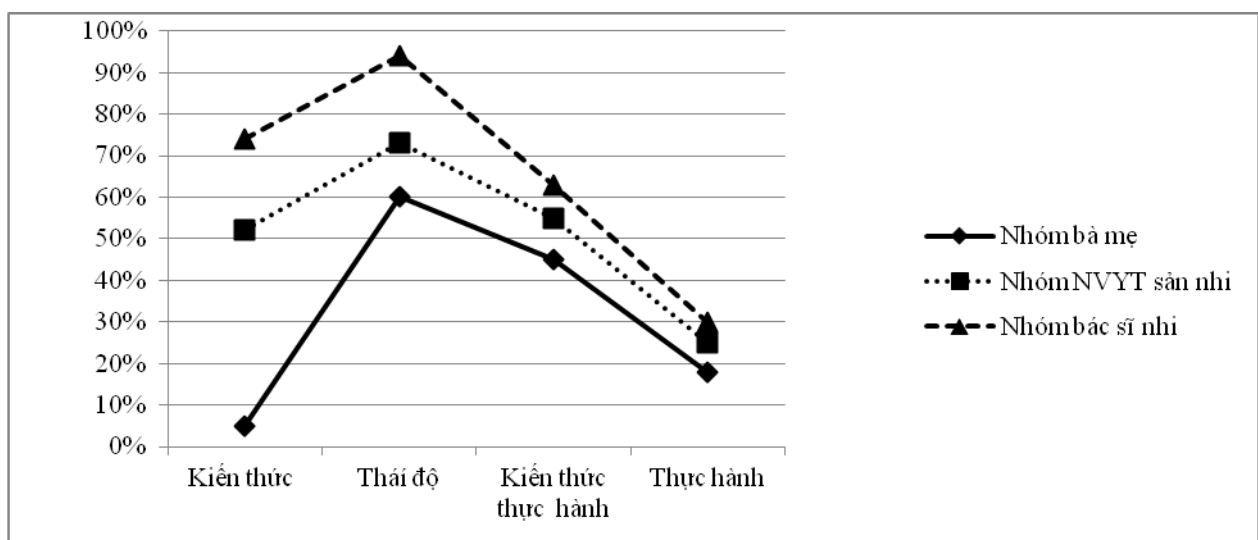
Các mối tương quan trong nghiên cứu được kiểm định bằng phép kiểm Chi bình phương và Fisher exact test.

- Trong nhóm bà mẹ

- Cả 3 thành phần kiến thức, thái độ và kiến thức thực hành đều có liên quan với nhau ($p < 0,05$).
- Có mối liên quan có ý nghĩa ($p < 0,05$) giữa kiến thức thực hành với:
 - ✓ Số con: bà mẹ sinh con so có kiến thức thực hành tốt bà mẹ hơn sinh con 1.

- ✓ Số ngày tuổi của trẻ (tính đến ngày phỏng vấn): bà mẹ có con >3 ngày tuổi có kiến thức thực hành tốt hơn bà mẹ có con ≤ 3 ngày tuổi.
- **Trong nhóm NVYT sản nhi**
 - Chỉ có kiến thức có liên quan với thái độ ($p < 0,05$)
 - Có mối liên quan có ý nghĩa ($p < 0,05$) giữa kiến thức và thái độ với:
 - ✓ Tần số tiếp xúc với trẻ SS: tiếp xúc càng thường xuyên thì kiến thức và thái độ càng tốt.
 - ✓ Loại cơ sở y tế: NVYT nhi khoa trung cấp và NVYT sản khoa làm việc tại bệnh viện chuyên khoa (sản hay nhi) có kiến thức và thái độ tốt hơn; kém nhất là NVYT nhi khoa trung cấp và NVYT sản khoa làm việc bệnh viện đa khoa.
- **Trong nhóm BS nhi**
 - Cả 3 thành phần kiến thức, thái độ và kiến thức thực hành đều có liên quan với nhau ($p < 0,05$).
 - Có mối liên quan có ý nghĩa giữa kiến thức thực hành ($p < 0,05$) với:
 - ✓ Trình độ: các BS nhi đã được đào tạo sau đại học có kiến thức thực hành tốt hơn các BS nhi chưa được đào tạo.
 - ✓ Thời gian điều trị trẻ SS: các BS nhi đã điều trị trẻ SS >5 năm có kiến thức thực hành tốt hơn các BS nhi điều trị ≤ 5 năm.
 - ✓ Tần số tiếp xúc với trẻ SS: các BS nhi tiếp xúc với trẻ SS ≥ 10 lần/tuần có kiến thức thực hành tốt hơn các BS nhi tiếp xúc < 10 lần/tuần.

3.4. Tóm tắt kết quả



Biểu đồ 3.1. Tỷ lệ đối tượng có kiến thức, thái độ, kiến thức thực hành và thực hành đúng trong 3 nhóm

Bảng 3.36. Tóm tắt tỉ lệ đối tượng có kiến thức, thái độ, kiến thức thực hành và thực hành đúng về vàng da sơ sinh trong 3 nhóm và các mối liên quan n (%)

| | | Nhóm bà mẹ | Nhóm NVYT sản nhi | Nhóm BS nhi |
|---|----------------------------|---|---|---|
| | Kiến thức chung | 24 (4,8) | 313 (51,6) | 137 (73,7) |
| Kiến thức | Không có niềm tin sai lệch | - VD không luôn là sinh lý 305(61,4) - Phơi nắng không giúp điều trị VD 13(2,6) - Không cần kiêng ra ngoài 225(45,3) - Trẻ VD có bú kém/ lừ đừ mới đi khám là muộn 309(62,2) | - VD không luôn là sinh lý 502(82,7) - Phơi nắng không giúp điều trị VD 67(11,0) | - Phơi nắng không giúp điều trị VD 69 (37,1) - Trẻ VD có bú kém/ lừ đừ mới đi khám là muộn 152 (81,7) - VD tới căng chân mới làm bilirubin máu là muộn 136 (73,1) |
| Thái độ | | 299 (60,2) | 441 (72,7) | 175 (94,1) |
| Kiến thức thực hành | | 225 (45,3) | 336 (55,4) | 117 (62,9) |
| Thực hành | | 30 (18,3) | 30 (25,2) | 12 (30,0) |
| Mối liên quan kiến thức - thái độ | | (+) | (+) | (+) |
| Mối liên quan kiến thức-kiến thức thực hành | | (+) | (-) | (+) |
| Mối liên quan thái độ-kiến thức thực hành | | (+) | (-) | (+) |
| Mối liên quan giữa kiến thức, thái độ, kiến thức thực hành với các yếu tố dịch tễ | | Kiến thức thực hành liên quan với: - Số ngày tuổi của trẻ - Số con | Kiến thức và thái độ liên quan với: - Tần số tiếp xúc trẻ SS - Loại cơ sở y tế đối tượng làm việc | Kiến thức thực hành liên quan với: - Tần số tiếp xúc trẻ SS - Thời gian điều trị trẻ SS - Trình độ |

CHƯƠNG 4 - BÀN LUẬN

4.1. Mục tiêu 1 - Xây dựng và đánh giá công cụ đo lường kiến thức, thái độ, thực hành về vàng da sơ sinh

Qua quá trình nghiên cứu, chúng tôi đã xây dựng được công cụ đo lường kiến thức, thái độ, thực hành về VD SS của bà mẹ, NVYT sản nhi và BS nhi, bao gồm bộ câu hỏi khảo sát kiến thức, thái độ, kiến thức thực hành để phỏng vấn (bà mẹ 25 câu, hệ số Cronbach's alpha 0,720; NVYT sản nhi 21 câu, hệ số Cronbach's alpha 0,613; BS nhi 26 câu, hệ số Cronbach's alpha 0,791) và bảng kiểm thực hành (bà mẹ 4 đề mục thực hành; NVYT sản nhi 8 đề mục thực hành; BS nhi 10 đề mục thực hành). Đây là công cụ đo lường đầu tiên cho phép khảo sát đồng thời không những cả kiến thức, thái độ lẫn thực hành, mà còn trên cả 3 nhóm đối tượng có vai trò quan trọng trong vấn đề VD SS.

Chúng tôi quyết định khảo sát đồng thời kiến thức, thái độ, thực hành về VD SS nhằm đánh giá toàn diện hơn bức tranh VD SS. Chúng tôi cũng đã quyết định khảo sát trên cả bà mẹ, NVYT sản nhi và BS nhi, vì các nhóm đối tượng này có liên hệ với nhau và quan trọng trong xử lý VD SS. Công cụ đo lường là phải riêng biệt cho mỗi nhóm đối tượng do khác biệt về kiến thức, trình độ và yêu cầu trong vấn đề VD SS.

Vì chưa tìm được công cụ đo lường có sẵn trong và ngoài nước thích hợp, chúng tôi đã tự xây dựng.

- Bộ câu hỏi khảo sát kiến thức, thái độ và kiến thức thực hành:

Nghiên cứu định tính: Thảo luận nhóm có trọng tâm cho chúng tôi các từ khóa và đề mục sát hợp với ngôn ngữ hàng ngày của các nhóm đối tượng nghiên cứu. Nhờ đó, khi hỏi các bà mẹ nhận thức về mức độ trầm trọng của VD nặng, chúng tôi đã dùng “liệt hay điếc suốt đời”, thay vì “di chứng” do “nhiễm độc bilirubin tiến triển” hay “VD nhân” như đối với NVYT. Chúng tôi đã thu thập được khái niệm “trẻ VD là do mẹ ăn các chất có màu vàng, hay do thiếu vitamin A hay vitamin D” để khảo sát về các niềm tin sai lệch của các bà mẹ. Cũng vậy, chúng tôi biết được niềm tin vào nước đường và ánh nắng mặt trời trong việc điều trị VD SS của NVYT sản khoa... Do vậy, bộ câu hỏi của chúng tôi dễ hiểu và sát thực. Điều này được chứng minh bằng thực tế là thời gian cần thiết để hoàn thành phần trả lời ở cả 3 nhóm đều chỉ từ 10 đến 15 phút và không có đối tượng được phỏng vấn nào yêu cầu giải thích nội dung các câu hỏi, dù trình độ học vấn của họ có thể không cao. Bộ câu hỏi gần gũi với thực tế cuộc sống hàng ngày của đối tượng được phỏng vấn cũng giúp họ trả lời đúng với kiến thức, suy nghĩ và hành động của họ vào thời điểm khảo sát.

Điều này làm tăng giá trị nội dung và tính khả thi của bộ câu hỏi. Các bộ câu hỏi trong các nghiên cứu trước đây tại Việt Nam không có những từ ngữ, đề mục này.

Khung mô hình Niềm tin sức khỏe: đã giúp chúng tôi định hướng các câu hỏi vào nhận thức về mối đe dọa của VD nặng và VD nhân, cũng như lợi ích của việc đưa trẻ VD đi khám sớm và theo dõi sát VD của các nhóm đối tượng nghiên cứu. Nó còn giúp giải thích việc đối tượng thực hiện hay không thực hiện hành vi dự phòng trong thực tế mà không theo quan hệ nhân quả. Thật vậy, trong kết quả nghiên cứu của chúng tôi, tỉ lệ đối tượng thực hành đúng trong mỗi nhóm đều thấp hơn so với tỉ lệ đối tượng có kiến thức, thái độ, kiến thức thực hành đúng; nghĩa là không phải khi đối tượng có kiến thức, thái độ đúng thì thực hành cũng sẽ đúng. Mô hình Niềm tin sức khỏe cho phép giải thích điều này: việc thực hiện hành vi dự phòng hay không còn phụ thuộc vào động cơ thúc đẩy và các rào cản. Ở đây, rào cản ngăn các bà mẹ đưa trẻ VD đi khám sớm có thể là người thân, không có tiền, phương tiện ... hay do nằm phòng tối nên không phát hiện được trẻ VD. Đối với NVYT sản khoa và nhi khoa, rào cản lại có thể là tình trạng quá tải, thiếu máy đo bilirubin qua da, thân nhân không đồng thuận với việc lấy máu của trẻ... hay do thiếu phác đồ xử lý VD SS cụ thể và khả thi. Tuy nhiên, trong nghiên cứu này, chúng tôi chưa khảo sát động cơ thúc đẩy và các rào cản thực hiện hành động dự phòng. Các nghiên cứu trước tại Việt Nam cũng như trên thế giới mà chúng tôi tham khảo được đều chưa công bố cơ sở khung mô hình của bộ câu hỏi.

Ý kiến của chuyên gia SS: Bộ câu hỏi mà chúng tôi xây dựng ban đầu đã được chỉnh sửa thông qua sự đánh giá và góp ý của các chuyên gia SS. Cả 10 chuyên gia đều đồng thuận là bộ câu hỏi có giá trị nội dung tốt, khảo sát khá toàn diện cả về kiến thức, thái độ và kiến thức thực hành cũng như những niềm tin sai lệch phổ biến của các nhóm đối tượng. Thông qua kỹ thuật Delphi, các chuyên gia SS giúp chúng tôi lựa chọn được những cụm từ, câu rõ ràng, dễ hiểu và không gây nhầm lẫn. Ví dụ, 7 trong 8 chuyên gia đã chọn dùng cụm từ “VD mức độ nặng” thay vì “VD nặng”. Thật vậy, “VD mức độ nặng” sẽ nhấn mạnh, gây được chú ý hơn khái niệm “nặng” đang được đề cập. Chưa thấy đề cập đến việc đánh giá tính giá trị trong các nghiên cứu đã công bố trên đây.

Hệ số Cronbach's alpha: Bộ câu hỏi khảo sát của chúng tôi có độ tin cậy chấp nhận được, thể hiện qua hệ số Cronbach's alpha: nhóm bà mẹ 0,720; nhóm NVYT sản nhi 0,613 và nhóm BS nhi 0,791. Việc đánh giá độ tin cậy bằng Cronbach's alpha cũng chưa thấy công bố ở các nghiên cứu trong và ngoài nước khác.

- **Bảng kiểm thực hành:** Thực hành chỉ có thể được đánh giá chính xác bằng bảng kiểm. Đánh giá thực hành bằng cách phỏng vấn không luôn cung cấp kết quả chính xác, vì thường có sự khác biệt giữa lý thuyết và thực hành bởi nhiều rào cản, như trong mô hình Niềm tin sức khỏe. Bảng kiểm thực hành của chúng tôi có:

Các mức yêu cầu thực hành đúng phù hợp: Chúng tôi xây dựng bảng kiểm thực hành dựa trên các mức yêu cầu thực hành đúng phù hợp với từng nhóm đối tượng. Do không có kinh nghiệm đánh giá VD, các bà mẹ chỉ được yêu cầu biết chú ý và phát hiện VD ở con mình (để có thể đưa con đi khám khi VD). Khi trẻ được đưa đến khám hay khi khám trẻ tại viện, ngoài việc cần biết cách phát hiện VD ở mọi trẻ SS, NVYT sản nhi và BS nhi phải đánh giá được mức độ VD lâm sàng, hướng dẫn tái khám VD đúng lúc và đều phải chuyển/ cho nhập chuyên khoa nhi ngay những trẻ VD sớm. Do là người quyết định điều trị, các BS nhi còn cần biết chỉ định đo bilirubin trong máu và yêu cầu xét nghiệm nhóm máu mẹ và con ở trẻ VD. Các yêu cầu về cận lâm sàng chỉ được đặt ra cho nhóm BS nhi, vì họ là người cho chỉ định trị liệu và chẩn đoán nguyên nhân.

Quy trình xây dựng bảng kiểm thực hành: Việc tuân thủ các bước trong quy trình đã chúng tôi giúp tập trung vào mục tiêu nghiên cứu, tránh bỏ sót, chủ quan.

Điều kiện đánh giá chặt chẽ: để việc kiểm tra có thể tiến hành một cách chính xác nhất. Đối tượng nghiên cứu ký đồng thuận ngay trước khi tham gia khảo sát, liền sau đó chúng tôi phỏng vấn với bộ câu hỏi, và chỉ kiểm tra thực hành sau ít nhất 2 ngày đối với bà mẹ và 3 tháng đối với nhóm NVYT sản nhi và nhóm BS nhi. Những người đánh giá thực hành là những NVYT có uy tín, làm việc ngay tại BV mà đối tượng công tác. Nhờ đó, họ có thể tiến hành đánh giá một cách tự nhiên và kín đáo, không làm ảnh hưởng đến thực hành của đối tượng. Những đề mục thực hành cần đặt câu hỏi trực tiếp cho đối tượng đã được dẫn nhập bằng các vấn đề không liên quan đến VD SS để tránh gây chú ý.

Giá trị nội dung: Tất cả các chuyên gia SS đã đánh giá là bảng kiểm thực hành này có giá trị nội dung tốt, đáp ứng với mục tiêu nghiên cứu và phù hợp với thực tế.

Tóm lại, đây là nghiên cứu đầu tiên xây dựng được công cụ đo lường kiến thức, thái độ, thực hành về VD SS có giá trị và độ tin cậy chấp nhận được, giúp khảo sát trên cả 3 nhóm bà mẹ, NVYT sản nhi và BS nhi.

4.2. Mục tiêu 2 - Tỷ lệ đối tượng có kiến thức, thái độ, kiến thức thực hành và thực hành đúng về vàng da sơ sinh trong mỗi nhóm

Tổng cộng, chúng tôi đã thực hiện phỏng vấn kiến thức, thái độ, kiến thức thực hành 1290 đối tượng và đánh giá thực hành 323 đối tượng tại 23 cơ sở y tế trên địa bàn TPHCM.

4.2.1. Đặc điểm dịch tễ học của các nhóm đối tượng

- **Nhóm bà mẹ:** Có 497 bà mẹ tham gia phỏng vấn.

Đây là một tập hợp có đặc điểm dịch tễ đại diện cho các bà mẹ ở một thành phố lớn như TPHCM. Có khoảng $\frac{1}{4}$ các bà mẹ có bạn thân hay thân nhân là NVYT, tương hợp với TPHCM là nơi tập trung dịch vụ y tế cao, NVYT khá đông và phân bố rộng khắp. Điều này cho phép bà mẹ tiếp cận dễ dàng với các thông tin và dịch vụ y tế thông qua các mối quan hệ riêng.

Lúc bà mẹ được phỏng vấn, trẻ SS con của các bà mẹ có tuổi trung bình 3,5 ngày, là thời điểm VD sinh lý gần đạt đỉnh, có thể nhìn thấy dễ dàng.

- **Nhóm NVYT sản nhi:** gồm 607 NVYT sản nhi. Với 88% là NVYT trung cấp (sản khoa và nhi khoa), tập hợp này phù hợp với cấu trúc y tế hiện tại của các đối tượng làm cùng một nhiệm vụ trên trẻ SS là chăm sóc và theo dõi trẻ tại viện. Thực tế, NVYT thuộc nhóm này thường gần gũi, là nguồn thông tin y tế đầu tiên và có ảnh hưởng mạnh mẽ đến kiến thức, thái độ, thực hành của thân nhân trẻ về VD SS. Thời gian chăm sóc/ theo dõi trẻ SS trung bình là 8,5 năm và $\frac{3}{4}$ thường xuyên tiếp xúc với trẻ SS (> 40 lần/tuần) cho thấy phần lớn đã có nhiều kinh nghiệm trong công việc với trẻ SS.

- **Nhóm BS nhi:** gồm 186 BS nhi khoa. Tập hợp này đại diện cho các BS nhi tại TPHCM, đã có kinh nghiệm thực hành lâm sàng nhi khoa khá lâu, và gần $\frac{1}{2}$ đã được bồi dưỡng sau đại học về chuyên ngành nhi. Do VD SS là một vấn đề thuộc chuyên khoa SS nhưng lại khá phổ biến và cơ bản mà BS nhi nào cũng có ít nhiều cơ hội tư vấn và xử lý, chúng tôi thu nhận vào nhóm này các BS ở nhiều chuyên khoa khác nhau của nhi khoa tại các cơ sở y tế, dù họ có thường xuyên làm việc với trẻ SS hay không.

4.2.2. Tỷ lệ đối tượng có kiến thức, thái độ, kiến thức thực hành và thực hành đúng về vàng da sơ sinh trong mỗi nhóm

- Tỷ lệ đối tượng có kiến thức, thái độ, kiến thức thực hành và thực hành về VD SS đúng đều tăng dần từ nhóm bà mẹ sang nhóm NVYT sản nhi, và cao nhất ở nhóm BS nhi. Kết quả này là phù hợp với thực tế: nhóm đối tượng phổ thông có kiến thức, thái độ, kiến thức thực hành và thực hành thấp nhất, kế đến là nhóm kết hợp NVYT sản nhi gặp VD SS bệnh lý ít hơn so với các BS nhi khoa. Điều này một lần nữa cho thấy công cụ đo lường của chúng tôi là có giá trị và tin cậy.

- Tỷ lệ kiến thức đúng ở 3 nhóm là thấp; nhóm BS nhi có đạt nhưng vẫn chưa đủ (4,8% ở nhóm bà mẹ; 51,6% ở nhóm NVYT sản nhi và 73,7% ở nhóm BS nhi). Nguyên nhân là nhận thức về mối đe dọa của VD

SS và nhận thức về lợi ích của hành động dự phòng VD nặng của mỗi nhóm đều chưa tốt, lại bị ảnh hưởng mạnh mẽ bởi các niềm tin sai lệch. Sự tồn tại của các niềm tin này khá phổ biến ở cả 3 nhóm, làm trì hoãn thêm việc xử lý kịp thời VD nặng. Các nghiên cứu trong và ngoài nước được công bố trước đây cũng ghi nhận các niềm tin sai lệch này.

- Tỷ lệ thái độ đúng là khá cao (60,2% ở nhóm bà mẹ; 72,7% ở nhóm NVYT sản nhi và 94,1% ở nhóm BS nhi), nhưng trên thực tế chưa ảnh hưởng mạnh lên thực hành do có nhiều yếu tố khác cùng tác động, phù hợp với mô hình Niềm tin sức khỏe.

- Tỷ lệ kiến thức thực hành đúng tăng dần, ở mức thấp vừa và không khác biệt rõ ở các nhóm (45,3% ở nhóm bà mẹ; 55,4% ở nhóm NVYT sản nhi; và 62,9% ở nhóm BS nhi).

- Ngoài ảnh hưởng của kiến thức, thái độ và kiến thức thực hành, thực hành còn chịu tác động mạnh mẽ của nhiều yếu tố như trong mô hình Niềm tin sức khỏe: bối cảnh xã hội, điều kiện và môi trường làm việc cụ thể. Tình trạng quá tải, thiếu phác đồ cụ thể và phù hợp, không có máy đo bilirubin qua da, lấy máu xét nghiệm khó, phản ứng không thuận lợi của thân nhân trẻ, đưa trẻ đến bệnh viện chuyên khoa tái khám tốn kém và cần nhiều thời gian...có thể là những rào cản cho việc thực hành VD SS đúng cách. Do vậy, so với kiến thức, thái độ, kiến thức thực hành, tỷ lệ thực hành đúng của các nhóm là rất thấp (18,3% ở nhóm bà mẹ; 25,2% ở nhóm NVYT sản nhi và 30,0% ở nhóm BS nhi). Kết quả này phù hợp với thực tế là còn nhiều trẻ VD nặng cần điều trị nhập viện trễ. Nghiên cứu của Trần Liên Anh tại Viện Nhi Trung ương từ 5/2001 - 5/2002 ghi nhận có 28,2% trẻ SS VD nặng đã cần được thay máu, trong đó 62,5 % trẻ đã có dấu hiệu bệnh lý não do bilirubin trước nhập viện. Nghiên cứu của chúng tôi tại bệnh viện Nhi Đồng 2 giai đoạn 2009 - 2011 cho thấy trong 1262 trẻ nhập viện vì VD tăng bilirubin gián tiếp, có 50,4% vào viện khi đã tăng bilirubin máu nặng và có 8,7% phải thay máu.

- Tỷ lệ đối tượng có kiến thức, thái độ, kiến thức thực hành và thực hành về VD SS đúng thấp trong cả 3 nhóm cho thấy các bà mẹ lẫn NVYT sản khoa, nhi khoa còn chưa tiếp cận được với các nguồn thông tin khoa học về mối đe dọa tiềm ẩn của VD SS nặng, cũng như về lợi ích của hành động dự phòng và các khuyến cáo thực hành cụ thể.

4.3. Mục tiêu 3 - Mối liên quan giữa kiến thức, thái độ, kiến thức thực hành về vàng da sơ sinh với nhau và với các yếu tố dịch tễ học

- Kiến thức, thái độ, kiến thức thực hành của nhóm bà mẹ và của nhóm BS nhi có liên quan chặt chẽ với nhau ($p < 0,05$), đây là một mối liên quan hợp lý: càng có kiến thức đúng thì càng có thái độ và kiến thức thực

hành đúng; cũng như càng có thái độ đúng thì càng có kiến thức thực hành đúng. Như vậy, việc tăng cường kiến thức đúng hứa hẹn cải thiện thái độ và kiến thức thực hành về vàng da sơ sinh.

- Riêng trong nhóm NVYT sản nhi, kiến thức có mối liên quan với thái độ; trong khi kiến thức thực hành lại không liên quan với thái độ lẫn với kiến thức như thường thấy. Kết quả này cho thấy “hiệu ứng bầy đàn” (herd effect) là nguyên nhân, vì NVYT trung cấp chiếm đến 88% nhóm này. Kiến thức và thái độ về VD SS không vững vàng, kiến thức thực hành của các đối tượng này có thể chịu tác động trực tiếp bởi kiến thức thực hành của những người xung quanh mà không theo mức kiến thức hay thái độ riêng của bản thân. Nói cách khác, họ có thể làm theo những gì đồng nghiệp, người đi trước đang làm hơn là theo kiến thức thực có.

- Mối liên quan giữa kiến thức, thái độ, kiến thức thực hành về VD SS với các yếu tố dịch tễ đã xác định được yếu tố tác động lớn nhất đến kiến thức, thái độ, kiến thức thực hành của các nhóm đối tượng: đó là cơ hội tiếp xúc với VD SS và VD SS nặng thường xuyên hay không của cả bà mẹ cũng như NVYT sản khoa và nhi khoa.

KẾT LUẬN

Qua quá trình nghiên cứu, chúng tôi đã đạt:

Mục tiêu 1: Xây dựng được công cụ đo lường kiến thức, thái độ, thực hành về vàng da sơ sinh, bao gồm bộ câu hỏi khảo sát kiến thức, thái độ, kiến thức thực hành để phỏng vấn và bảng kiểm thực hành về vàng da sơ sinh riêng cho từng nhóm đối tượng nghiên cứu có giá trị nội dung và độ tin cậy chấp nhận được:

- Nhóm bà mẹ: bộ câu hỏi khảo sát gồm 25 câu (Cronbach's alpha 0,720) và bảng kiểm thực hành gồm 4 đề mục;

- Nhóm nhân viên y tế nhi khoa trung cấp và nhân viên y tế sản khoa: bộ câu hỏi khảo sát gồm 21 câu (Cronbach's alpha 0,613) và bảng kiểm thực hành gồm 8 đề mục;

- Nhóm bác sĩ nhi: bộ câu hỏi khảo sát gồm 26 câu (Cronbach's alpha 0,791) và bảng kiểm thực hành gồm 10 đề mục.

Mục tiêu 2: Kết quả khảo sát xác định được tỉ lệ đối tượng có kiến thức, thái độ, kiến thức thực hành và thực hành đúng về vàng da sơ sinh lần lượt là:

- Nhóm bà mẹ: 5%; 60%, 45% và 18%;

- Nhóm nhân viên y tế nhi khoa trung cấp và nhân viên y tế sản khoa: 52%; 73%; 55% và 25%;

- Nhóm bác sĩ nhi: 74%; 94%; 63% và 30%.

Mục tiêu 3: Kết quả khảo sát về các mối liên quan cho thấy:

- Trong nhóm bà mẹ và nhóm bác sĩ nhi, kiến thức, thái độ, kiến thức thực hành có liên quan với nhau. Tuy nhiên, trong nhóm nhân viên y tế nhi khoa trung cấp và nhân viên y tế sản khoa, chỉ có mối liên quan giữa kiến thức với thái độ.
- Giữa các yếu tố dịch tễ với kiến thức, thái độ, kiến thức thực hành:
 - Bà mẹ sinh con so hoặc có con > 3 ngày tuổi có tỉ lệ có kiến thức thực hành đúng cao hơn.
 - nhân viên y tế nhi khoa trung cấp và nhân viên y tế sản khoa tiếp xúc thường xuyên với trẻ sơ sinh hoặc làm việc tại bệnh viện sản hay bệnh viện nhi có tỉ lệ có kiến thức và thái độ đúng cao hơn.
 - Bác sĩ nhi đã được đào tạo sau đại học hoặc tiếp xúc với trẻ sơ sinh ≥ 10 lần/ tuần hoặc đã điều trị trẻ sơ sinh > 5 năm có tỉ lệ có kiến thức thực hành đúng cao hơn.

KIẾN NGHỊ

Qua kết quả nghiên cứu, chúng tôi xin kiến nghị:

1. Nên áp dụng công cụ đo lường vừa xây dựng được để khảo sát tại các trung tâm có chăm sóc và điều trị trẻ sơ sinh, nhằm đánh giá hiệu quả bộ công cụ, đồng thời có cái nhìn toàn diện hơn về kiến thức, thái độ, thực hành về vàng da sơ sinh của bà mẹ, nhân viên y tế sản khoa và nhi khoa.
2. Tăng cường các nguồn thông tin khoa học cho các phụ nữ trong độ tuổi sinh sản qua các phương tiện tivi, báo đài, sách, trang mạng của bộ Y tế... cũng như các lớp tư vấn tiền sản, chương trình tivi tại phòng khám thai, tờ bướm cho thân nhân... về mối đe dọa tiềm ẩn của vàng da sơ sinh nặng, về tác hại của các niềm tin sai lệch, về lợi ích của hành động dự phòng và các khuyến cáo thực hành cụ thể.
3. Tăng cường cập nhật thường xuyên các thông tin về mối đe dọa tiềm ẩn của vàng da sơ sinh và chương trình dự phòng vàng da sơ sinh nặng cho nhân viên y tế trong chương trình đào tạo y khoa trung cấp, đại học và sau đại học, cũng như trong các chương trình cập nhật y khoa liên tục, sách báo, hội thảo hay các trang mạng y khoa.
4. Phát triển mạng lưới chăm sóc sức khỏe cho trẻ sơ sinh rộng rãi tại các trung tâm y tế cơ sở về nhân lực (nhân viên y tế tại các trung tâm y tế phường xã, nhân viên y tế vãng gia, hệ thống bác sĩ gia đình) cũng như trang thiết bị (máy đo bilirubin qua da, xét nghiệm bilirubin máu). Tăng cường thông tin về vàng da và các vấn đề sức khỏe khác của trẻ sơ sinh.