

# KIẾN THỨC, THÁI ĐỘ VỀ PHƯƠNG PHÁP SINH Ở THAI PHỤ CÓ VẾT MỔ CŨ LẤY THAI

Trịnh Ngọc Bích, Huỳnh Thị Thu Thủy  
Bệnh viện Từ Dũ

## Tóm tắt

**Mục tiêu:** Xác định tỉ lệ kiến thức đúng về phương pháp sinh ở thai phụ có vết mổ cũ lấy thai đến khám tại bệnh viện Từ Dũ, Khảo sát sự liên quan giữa kiến thức với thái độ lựa chọn phương pháp sinh ở thai phụ có vết mổ cũ. **Phương pháp:** Nghiên cứu cắt ngang trên 384 thai phụ có vết mổ cũ trong thời gian từ 01/02/2014 đến 01/05/2014, tại phòng khám thai bệnh viện Từ Dũ thỏa tiêu chí chọn mẫu được chọn ngẫu nhiên đơn theo thời gian, phỏng vấn bằng bộ câu hỏi soạn sẵn. **Kết quả:** thai phụ có kiến thức đúng về phương pháp sinh là 10,9%. Thái độ tốt với mổ lấy thai là 52,3% (Thai phụ được dặn dò về ngừa thai sau sinh có kiến thức cao hơn 3,09 lần (1,5 - 8,1) so với nhóm thai phụ không được dặn dò). **Kết luận:** Những yếu tố làm tăng kiến thức và thái độ thích sinh ngã âm đạo bao gồm thai phụ theo đạo, có chồng là công nhân viên, không có đau bụng sinh lần có thai trước. Phụ nữ sống ở khu vực tỉnh thành, không được tư vấn ngừa thai lần mổ trước, biết lý do mổ lần trước có khuynh hướng thích mổ lấy thai hơn, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê. **Từ khóa:** Kiến thức, thái độ, phương pháp sinh, thai phụ.

## Abstract

### KNOWLEDGE, ATTITUDE ON THE METHOD OF BIRTH IN

## PREGNANT WOMEN WITH A PREVIOUS CAESAREAN SCAR

**Objective:** Determine the ratio of correct knowledge about methods of birth in women with a previous cesarean incision examined at Tu Du Hospital, the relationship between knowledge and attitudes selection method of birth in pregnant women had a previous cesarean scar. **Methods:** A cross-sectional study of 384 women with a previous cesarean scar in the period from 01.02.2014 to 05.01.2014, at the antenatal clinic Tu Du Hospital eligible sample was selected randomly from time, interview questionnaire prepared. **Results:** women with the right knowledge about methods of birth is 10.9%. Good attitude with cesarean section was 52.3% (Pregnant women are advised him postpartum contraceptive knowledge, 3.09 times higher (1.5 to 8.1) compared with women not advice). **Conclusion:** These factors increase the knowledge and attitudes like vaginal birth including religious women, whose husbands are employees, not with abdominal pain before birth pregnancies. Women living in provincial areas, not contraception counseling before surgery, to know why the previous section tend to prefer more cesarean section, the difference was statistically significant. **Key words:** knowledge, attitude, pregnant women, method of birth.

## 1. Đặt vấn đề

Tỷ lệ mổ lấy thai (MLT) ngày càng tăng cao trên thế giới. Bên cạnh sự ra đời của kháng sinh, sự phát triển gây mê hồi sức, kỹ thuật vô khuẩn, phẫu thuật MLT đã không ngừng phát triển và trở thành khái niệm rất quen thuộc với thai phụ. Mục đích của phẫu thuật MLT nhằm làm giảm sang chấn cho trẻ sơ sinh, giảm tai biến cho mẹ và giảm đáng kể tỉ lệ tử vong cho mẹ và trẻ sơ sinh. Tỉ lệ MLT tăng [5] dẫn đến tỉ lệ sinh mổ lại ở thai phụ có vết MLT trước đó tăng cao theo [7].

Phương pháp MLT tuy có ưu điểm nhưng vẫn có những biến chứng do phẫu thuật, những dự hậu về sau. Để giảm những nguy cơ trên, nhiều nghiên cứu được thực hiện [43, 50]. Khảo sát kiến thức, thái độ của thai phụ về phương pháp sinh. Nhận thức chưa đúng của thai phụ là một trong những yếu tố chính yếu làm gia tăng số lượng phụ nữ trên thế giới chọn MLT chủ động mà

không có chỉ định y khoa [28]. Điều này thật không phù hợp tự nhiên và gây ảnh hưởng chất lượng cuộc sống sau này của thai phụ. MLT chỉ nên đặt ra trong những trường hợp mà tiền lượng sinh ngã âm đạo cho thấy không an toàn cho mẹ và thai. Do đó, chúng tôi thực hiện nghiên cứu: "Kiến thức, thái độ về phương pháp sinh ở thai phụ có vết mổ cũ đến khám tại bệnh viện Từ Dũ nhằm đánh giá bước đầu nhận thức thai phụ, giúp giảm nhẹ những lo lắng, có quyết định phù hợp khi sinh.

### Mục tiêu nghiên cứu

Mục tiêu chính:

Xác định tỉ lệ kiến thức đúng về phương pháp sinh ở thai phụ có vết mổ cũ lấy thai đến khám tại bệnh viện Từ Dũ.

Mục tiêu phụ:

1. Khảo sát sự liên quan giữa kiến thức với thái độ lựa chọn phương pháp sinh ở thai phụ có vết mổ cũ.

2. Khảo sát sự liên quan giữa kiến thức có về phương pháp sinh của thai phụ với một số đặc điểm cá nhân xã hội.

## 2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu cắt ngang  
Cỡ mẫu:

Vì nghiên cứu nhằm xác định tỉ lệ nên công thức tính cỡ mẫu cho ước lượng một tỉ lệ được dùng Trong đó:

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

-  $\alpha$  là sai lầm loại 1 ( $\alpha = 0,05$ )

- Z: là trị số từ phân phối chuẩn tương ứng với  $\alpha$

$$Z_{1-\alpha/2} = 1,96$$

- d = 0,05: sai số của ước lượng

- p là tỉ lệ mong đợi của nghiên cứu

Nghiên cứu này chọn ngưỡng sai lầm loại 1 là 0,05 nên có giá trị Z = 1,96. Sai số kỳ vọng trong nghiên cứu này là d = 5%. Giá trị p có được dựa vào các nghiên cứu trước đây.

Tỉ lệ kiến thức đúng về mổ cũ lấy thai dao động nhiều từ 1,6% đến 81%, nên chọn p = 0,50; vậy cỡ mẫu cần có ít nhất cho nghiên cứu là 384 thai phụ.

## 3. Kết quả

Trong thời gian nghiên cứu từ 01/02/2014 đến 01/05/2014, tại phòng khám thai Bệnh viện Từ Dũ trung bình một ngày có khoảng 30 thai phụ có vết mổ cũ trên 28 tuần đến khám thai mỗi ngày, chúng tôi mời khoảng 8 đến 10 người đồng ý tham gia và thỏa tiêu chí chọn mẫu vào mẫu nghiên cứu.

### Phân bố tỉ lệ kiến thức, thái độ về phương pháp sinh

Kiến thức của thai phụ về mổ lấy thai

Kiến thức mổ lấy thai (8 câu)	đúng	chưa đúng
Lý do mổ góp phần quyết định cho phương pháp sinh ở lần thai này	53(13,8%)	331(86,2%)
Khi có một lần sinh mổ, lần sinh sau bắt buộc phải mổ lại	168(43,8%)	216(56,2%)
Khả năng gặp nguy hiểm tăng theo số lần MLT thai	171(44,5%)	213(55,5%)
Khả năng vỡ tử cung trong sinh mổ âm đạo cao hơn	198(51,6%)	186(48,4%)
Khả năng tổn thương các tạng trong ổ bụng trong sinh mổ cao hơn trong sinh mổ âm đạo	128(33,3%)	256(66,7%)
Sức khỏe của mẹ yếu, phục hồi chậm hơn sau MLT	236(61,5%)	148(38,5%)
Bé không được ở cạnh và bú mẹ ngay sau sinh	284(74,0%)	100(26,0%)
Bé dễ bị rối loạn đường hô hấp, dị ứng hơn trong MLT	175(45,6%)	209(54,4%)
Kiến thức chung về mổ lấy thai	42(10,9%)	342(89,1%)

Thái độ về sinh mổ âm đạo (bảng 2)

### Liên quan giữa các yếu tố với kiến thức về mổ lấy thai

Mối liên quan giữa đặc điểm của thai phụ và kiến thức chung về MLT (bảng 3)

**Bảng 2.** Phân bố thái độ về sinh mổ âm đạo

Thái độ thích sinh mổ âm đạo	Thích	Không thích
Sức khỏe mẹ phục hồi nhanh hơn sau sinh mổ âm đạo	375(97,7%)	9(2,3%)
Tạo môi quan hệ mẹ con sớm	373(97,1%)	11(2,9%)
Khả năng gặp biến chứng do phẫu thuật lúc MLT	322(83,8%)	62(16,2%)
Khả năng gặp biến chứng do gây tê, gây mê lúc MLT	332(86,5%)	52(13,5%)
Chi phí sinh mổ âm đạo thấp	375(97,7%)	9(2,3%)
Kết cuộc, sinh mổ âm đạo dễ chịu hơn	225(58,6%)	159(41,4%)

**Bảng 3.** Mối liên quan giữa đặc điểm cá nhân xã hội của thai phụ và kiến thức chung

Yếu tố	Kiến thức về MLT		OR	KTC 95%	P*
	Đúng (42)	Chưa đúng (342)			
<b>Nhóm tuổi</b>					
≤25 tuổi	1(2,4)	109(31,9)			
>25 tuổi	41(97,6)	233(68,1)	19,50	2,60-141,00	0,004
<b>Nghề nghiệp</b>					
Khác	20(47,6)	194(56,7)	1		
Nội trợ	22(52,4)	148(43,3)	1,44	0,76-2,74	0,26
<b>Nơi ở hiện tại</b>					
TPHCM	14(33,3)	96(28,1)	1		
Tỉnh thành	28(66,7)	246(71,9)	0,78	0,39-1,54	0,48
<b>Tình trạng kinh tế</b>					
Khó khăn	3(7,1)	33(9,7)	1		
≥Đủ sống	39(92,9)	309(90,4)	1,39	0,41-4,74	0,60
<b>Trình độ học vấn</b>					
≤Cấp 1	1(2,4)	14(4,1)	1		
≥Cấp 2	41(97,6)	328(95,9)	1,75	0,24-13,70	0,59
<b>Tôn giáo</b>					
Không	38(90,5)	217(63,5)	1		
Có	4(9,5)	125(36,6)	1,18	0,06-0,52	0,002
<b>Dân tộc</b>					
Khác	3(7,1)	23(6,7)	1		
Kinh	39(92,9)	319(93,3)	0,94	0,26-5,09	0,91
<b>Nghề nghiệp của chồng</b>					
Khác	31(73,8)	289(84,5)	1		
CNV	11(26,2)	53(15,5)	1,93	0,92-4,09	0,080

(\*) hồi quy Logistic

Mối liên hệ giữa tiền sử sản khoa với kiến thức chung: (Bảng 4)

(\*) Phép kiểm hồi quy logistic

### Liên quan giữa các yếu tố với thái độ về mổ lấy thai:

Mối liên quan giữa các đặc điểm cá nhân xã hội của thai phụ với thái độ thích mổ lấy thai (Bảng 5)

(\*) Ttest - Two group mean\_ comparison test

Mối liên quan giữa kiến thức và thái độ thích mổ lấy thai (Bảng 6)

(\*) Ttest- Two group mean\_ comparison test

Mối liên quan giữa kiến thức với thái độ thích sinh mổ âm đạo. (Bảng 7)

(\*) Ttest- Two group mean\_ comparison test.

## 4. Bàn luận

### Kiến thức của thai phụ về mổ lấy thai

Theo nghiên cứu của chúng tôi, tỉ lệ kiến thức đúng chung về MLT chiếm 10,9%, tỉ lệ này tương tự

**Bảng 4.** Mối liên hệ giữa tiền sử sản khoa với kiến thức chung:

Yếu tố	Kiến thức về mổ lấy thai		OR	KTC 95%	P*
	Đúng	Chưa đúng			
<b>Nhóm số lần có thai</b>					
2 lần	26(61,9)	250(73,1)	1		
≥3 lần	16(38,1)	92(26,9)	1,67	0,86-3,26	0,13
<b>Nhóm số lần sảy thai</b>					
Chưa sảy	31(73,8)	252(73,7)	1		
≥1 lần	11(26,2)	90(26,3)	0,99	0,48-2,05	0,99
<b>Nhóm số lần sinh sống</b>					
<2 lần	39(92,9)	317(92,7)	1		
≥2 lần	3(7,1)	25(7,3)	0,98	0,28-3,34	0,96
<b>Phương pháp sinh lần trước</b>					
Sinh mổ	38(90,5)	311(90,9)	1		
Sinh thường và mổ	4(9,5)	31(9,1)	1,06	0,35-3,15	0,92
<b>Thời gian từ lần mổ lấy thai lần trước đến nay</b>					
≥24 tháng	37(88,1)	273(79,8)	1		
<24 tháng	5(11,9)	69(20,2)	0,53	0,20-1,40	0,21
<b>Đau bụng trong lần sinh trước</b>					
Không	10(23,8)	123(36,0)	1		
Có	32(76,2)	219(64,0)	1,79	0,85-3,78	0,12
<b>Được tư vấn, dẫn dắt qua thai ở lần sinh trước</b>					
Không	7(83,3)	141(41,2)	1		
Có	35(16,7)	201(58,8)	3,51	1,51-8,12	0,003
<b>Biết lý do mổ lấy thai lần trước</b>					
Không	8(19,1)	68(19,9)	1		
Có	35(80,9)	274(80,1)	1,05	0,47-2,38	0,89

**Bảng 5.** Mối liên quan giữa đặc điểm cá nhân xã hội của thai phụ với thái độ thích MLT

Đặc điểm	Điểm trung bình thái độ	Khác biệt	P*
<b>Nhóm tuổi</b>			
≤25 tuổi	4,05		
>25 tuổi	4,10	-0,05	0,74
<b>Nghề nghiệp</b>			
Nội trợ	4,05		
Khác	4,10	0,37	0,74
<b>Nơi ở hiện tại</b>			
TPHCM	3,80		
Tỉnh thành	4,19	-0,39	0,029
<b>Tình trạng kinh tế</b>			
Khó khăn	4,04		
Đủ sống trở lên	4,39	0,35	0,25
<b>Trình độ học vấn</b>			
≤Cấp 1	3,73		
≥Cấp 2	4,09	-0,36	0,51
<b>Tôn giáo</b>			
Có	4,07		
Không	4,09	-0,01	0,93
<b>Dân tộc</b>			
Khác	4,19		
Kinh	4,07	0,13	0,72
<b>Nhóm tuổi của chồng</b>			
< 25 tuổi	3,63		
≥25 tuổi	4,16	-0,52	0,22

nghien cứu của tác giả B.S.Aali và B. Motamedi (2005) ở Iran chiếm 7,5% [16], và tỉ lệ này vẫn cao hơn so với nghiên cứu của tác giả Nusrat (2007) ở Pakistan,

**Bảng 6.** Mối liên quan giữa kiến thức và thái độ thích mổ lấy thai

Đặc điểm	Điểm TB thái độ thích MLT	Khác biệt	P*
<b>Kiến thức chung</b>			
Đúng	4,04		
Chưa đúng	4,36	-0,316	0,21

**Bảng 7.** Mối liên quan giữa kiến thức với thái độ thích sinh ngã âm đạo.

Đặc điểm	Điểm trung bình thái độ	Khác biệt	P*
<b>Kiến thức chung</b>			
Đúng	5,60		
Chưa đúng	5,16	-0,43	0,0001

theo tác giả này, tỉ lệ kiến thức tốt về MLT chỉ chiếm 1,6% [49]. Cụ thể như sau:

**Bảng 8.** Tỷ lệ mổ lấy thai

Tác giả	KT tốt	KT trung bình	KT chưa tốt
Nghiên cứu của chúng tôi	10,9%	41,2%	47,9%
B.S.Aali, B. Motamedi (2005)	7,5%	29,0%	63,5%
Nusrat (2007)	1,6%	10,5%	87,9%

Ở từng câu hỏi kiến thức cụ thể, chúng tôi đúc kết thành bảng sau.

**Bảng 9.** Bảng so sánh kiến thức chung về MLT với các nghiên cứu khác.

Kiến thức mổ lấy thai	Chúng tôi	Nghiên cứu khác
Lý do mổ góp phần quyết định cho phương pháp sinh ở lần thai này	13,8%	Bernstein (2012) 59%
Khí có một lần sinh mổ, lần sinh sau bắt buộc phải mổ lại	43,8%	B.S.Aali (2005) 62,7% Nusrat (2007) 14,8%
Khả năng gặp nguy hiểm tăng theo số lần MLT thai	44,5%	Bernstein (2012) 55,6%
Khả năng vỡ tử cung trong sinh ngã âm đạo cao hơn	51,6%	Chen MM (2012) 39,4%
Khả năng tổn thương các tạng trong ổ bụng trong MLT cao hơn trong sinh ngã âm đạo	33,3%	Bernstein (2012) 53,1%
Sức khỏe của mẹ yếu, phục hồi chậm hơn sau MLT	61,5%	B.S.Aali (2005) 60,8% Nusrat (2007) 59,0%
Bé không được ở cạnh và bú mẹ ngay sau sinh	74,0%	Chen MM (2012) 30,4%
Bé dễ bị rối loạn đường hô hấp, dị ứng hơn trong MLT	45,6%	B.S.Aali (2005) 28,1% Nusrat (2007) 2,7% Chen MM (2012) 51,5%

So với kết quả phỏng vấn của các tác giả nước ngoài, nhóm thai phụ trong nghiên cứu của chúng tôi có kiến thức chưa tốt nhiều nhất chung quanh vấn đề lý do mổ góp phần quyết định cho phương pháp sinh ở lần thai này chỉ chiếm 13,8% so với 59% và khả năng tổn thương các tạng trong ổ bụng trong MLT lại cao hơn trong sinh ngã âm đạo chỉ chiếm 33,3% so với 53,1%.

Tỉ lệ thai phụ có kiến thức tốt về bé dễ bị rối loạn đường hô hấp, miễn dịch khi sinh mổ chiếm 45,6%, tỉ lệ thai phụ có kiến thức chưa tốt trong nghiên cứu của chúng tôi là 54,4%, trong khi theo tác giả Chen MM và Hancock H (2012) là 48,5% thai phụ không biết về vấn đề này. Trong khi theo các tác giả B.S.Aali và B. Motamedi (2005) ở Iran [16] và của tác giả Nusrat (2007) ở Pakistan [49] tỉ lệ thai phụ không

biết nguy cơ bệnh đường hô hấp ở bé sinh mổ cao hơn sinh thường chiếm rất cao, tỉ lệ này lần lượt là 97,3% và 71,9%.

Do trong nghiên cứu của chúng tôi có thêm một số câu hỏi về kiến thức ở mức độ đơn giản, được thêm bộ câu hỏi của tác giả N. Bernstein, tác giả Chen M.M (2012) [21] có tham khảo thêm ý kiến chuyên môn, bảng điểm cũng chia ở mức đơn giản là đúng và chưa đúng nên tỉ lệ phần kiến thức đúng của chúng tôi chiếm tỉ lệ cao hơn các nghiên cứu của các tác giả nước ngoài.

### **Thái độ của thai phụ về mổ lấy thai**

Trong nghiên cứu của chúng tôi, về thái độ thích MLT, có gần 1/2 thai phụ chiếm 40,4% cho rằng MLT thích hợp hơn không kể kinh tế hay chỉ định y khoa, tỉ lệ này phù hợp theo nghiên cứu của tác giả B.S.Aali và B. Motamedi (2005) ở Iran [16] tỉ lệ này 43,8%, tuy nhiên so với tác giả Nusrat (2007) ở Pakistan tỉ lệ này chỉ chiếm 11,2% [49], riêng tại Nigeria, theo tác giả M. Aziken (2007) tỉ lệ này là 6,1% [19]. Tỉ lệ thai phụ cho rằng cần MLT khi diễn biến cuộc sinh không còn thuận lợi nữa chiếm 81,8% so với trong nghiên cứu của 2 tác giả B.S. Aali và B. Motamedi (2005) ở Iran [16] là 5,2%, so với của tác giả Nusrat (2007) ở Pakistan là 27,5% [49]. Tỉ lệ thai phụ sợ không chịu nổi vấn đề đau trong chuyển dạ chiếm 49,7%, tỉ lệ này cao hơn nhiều so với nghiên cứu của tác giả Nusrat (2007) ở Pakistan tỉ lệ này chỉ chiếm 4,9% [49], và tại Nigeria M.Aziken (2007) chiếm 29,1%[19]. Tỉ lệ thai phụ lo ngại có sẹo MLT lần trước sẽ không an toàn cho mẹ và bé trong lần sinh này chiếm 87,2%. Quan điểm cho rằng MLT ngăn cản vùng tăng sinh môn chiếm 81,8%, so với nghiên cứu của 2 tác giả B.S. Aali và B. Motamedi (2005) ở Iran [16] tỉ lệ này là 16,7% và 11,0% có sự không tương xứng vì theo nghiên cứu của chúng tôi, nhóm phụ nữ quan tâm đến vấn đề dân tăng sinh môn khi về sau này chiếm tỉ lệ cao.

Thái độ chung về thích MLT của chúng tôi được tính như biến số định lượng, là tổng điểm của các câu thái độ thích MLT. So với tác giả B.S.Aali và B. Motamedi (2005) ở Iran [16] tỉ lệ này là 33%, của tác giả Nusrat (2007) ở Pakistan chiếm 1,3% và tỉ lệ này của chúng tôi cao gấp đôi ở Iran, cao hơn gấp nhiều lần ở Pakistan, do chúng tôi lấy mẫu ở phụ nữ đã từng MLT ít nhất một lần.

### **Thái độ của thai phụ về sinh ngả âm đạo**

Tỉ lệ thai phụ cho rằng sức khỏe mẹ phục hồi nhanh hơn sau sinh ngả âm đạo chiếm 97,7% so tác giả B.S. Aali và B. Motamedi (2005) ở Iran [16] tỉ lệ này là 88,8%, so với của tác giả Nusrat (2007) ở Pakistan là 98%. Đây là câu trả lời mà thai phụ đồng ý chiếm

tỉ lệ cao nhất. Bên cạnh đó, quan điểm tạo mối quan hệ mẹ con sớm chiếm 97,1% chiếm tỉ lệ cao hơn hẳn so với tác giả B.S. Aali và B. Motamedi (2005) ở Iran [16] tỉ lệ này là 73%, so với của tác giả Nusrat (2007) ở Pakistan là 34,4%. Tỉ lệ thai phụ cho rằng kết cuộc sinh âm đạo dễ chịu hơn chiếm 58,6% tương tự với tác giả B.S. Aali và B. Motamedi (2005) ở Iran [16] tỉ lệ này là 54,9%, so với của tác giả Nusrat (2007) ở Pakistan là 90,5%. Nhóm thai phụ thích chọn sinh ngả âm đạo vì cho rằng khả năng gặp biến chứng trong và sau mổ cao, khả năng gặp biến chứng do phẫu thuật chiếm 83,8%, khả năng gặp biến chứng do gây tê, gây mê chiếm 86,5% so với tác giả B.S. Aali và B. Motamedi (2005) tỉ lệ thai phụ sợ biến chứng gây tê, gây mê là 54,9%. Tỉ lệ thai phụ cho rằng thích sinh ngả âm đạo do chi phí sinh thấp chiếm 97,7% so với của tác giả Nusrat (2007) ở Pakistan, có khảo sát nhóm thai phụ từ chối sinh mổ vì đắt tiền chiếm 14,6%.

### **Các yếu tố liên quan giữa kiến thức, thái độ, hành vi của thai phụ về phương pháp sinh**

#### *Liên quan đến kiến thức chung về mổ lấy thai*

Nhóm tuổi thai phụ >25 có kiến thức tốt cao hơn 19,5 lần ( $P<0,05$ ). Nhóm thai phụ không tôn giáo có kiến thức tốt hơn nhóm thai phụ có tôn giáo hơn 1,18 lần ( $P<0,05$ )

Tiền sử được tư vấn, dặn dò ngừa thai ở lần mổ trước có kiến thức tốt cao hơn 3,51 lần so với không được dặn dò ( $P<0,05$ )

#### *Liên quan đến thái độ thích mổ lấy thai:*

Nhóm thai phụ ở tỉnh thành có khuynh hướng thích MLT cao hơn (4,19/3,80) so với nhóm thai phụ ở thành phố. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê ( $P<0,05$ ) được lý giải do thai phụ ở vùng tỉnh thích được MLT hơn và muốn cuộc mổ được an toàn, lên thành phố khám, chọn bệnh viện lớn khám.

Nhóm thai phụ không được tư vấn dặn dò ngừa thai ở lần sinh sau để vết mổ lành tốt có khuynh hướng thích MLT hơn, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ( $P<0,05$ ).

Nhóm thai phụ có biết lý do mổ ở lần thai trước có khuynh hướng thích MLT hơn nhóm không biết lý do mổ ở lần trước, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ( $P<0,05$ ).

Về kiến thức của thai phụ, nhóm thai phụ có kiến thức chưa đúng có khuynh hướng thích MLT hơn nhóm còn lại, khác biệt 0,316, tuy nhiên sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê ( $P>0,05$ ).

## **5. Kết luận**

Qua khảo sát 384 thai phụ có tiền căn MLT ở lần sinh trước trong thời gian từ tháng 3 đến tháng 5 năm 2014 tại bệnh viện Từ Dũ, chúng tôi rút ra kết luận như sau:

1. Tỷ lệ thai phụ có kiến thức đúng về phương pháp sinh (có  $\geq 6$  câu đúng trong tổng số 8 câu) :

- Tỷ lệ thai phụ có kiến thức đúng (đạt 6 câu đúng) về phương pháp sinh chiếm tỷ lệ thấp 10,9%, kiến thức chưa đúng 89,1%.

2. Liên quan giữa kiến thức với thái độ chọn phương pháp sinh:

- Thái độ tốt thích MLT có 201 trường hợp (52.3%)  
 - Thai phụ có kiến thức đúng về phương pháp sinh có khuynh hướng thích MLT ít hơn so với nhóm kiến thức chưa đúng, tuy nhiên sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê ( $P > 0,05$ ).

- Thái độ tốt thích sinh ngã âm đạo có 86 trường hợp (22,4%).

- Thai phụ có kiến thức đúng về phương pháp sinh có khuynh hướng thích sinh ngã âm đạo hơn so với nhóm kiến thức chưa đúng, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ( $P < 0,05$ ).

3. Khảo sát sự liên quan giữa kiến thức, thái độ của thai phụ có vết mổ lấy thai với một số đặc điểm cá nhân xã hội (ĐĐCNXH):

Có 3 yếu tố ĐĐCNXH liên quan đến kiến thức về mổ lấy thai:

Tuổi của thai phụ trên 25 tuổi, thai phụ không theo đạo, thai phụ đã được tư vấn và dặn dò ngừa thai ở lần mổ trước có kiến thức đúng cao hơn nhóm còn lại, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ( $P < 0,05$ ).

Có 3 yếu tố ĐĐCNXH liên quan đến thái độ về mổ lấy thai:

Thai phụ sống ở tỉnh thành, không được tư vấn dặn dò ngừa thai ở lần mổ trước, có biết lý do mổ ở lần thai trước có khuynh hướng thích MLT hơn ( $P < 0,05$ ).

Có 2 yếu tố ĐĐCNXH liên quan đến thái độ về sinh ngã âm đạo:

Thai phụ theo đạo, thai phụ không có đau bụng sinh ở lần thai trước thích sinh ngã âm đạo hơn ( $P < 0,05$ ).

## Tài liệu tham khảo

- Bộ y tế (2007) Giáo dục và nâng cao sức khỏe, Nhà xuất bản Y học Hà Nội, tr.37-40.
- Đại Học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh (2011) Bài giảng Sản Phụ khoa tập I, Nhà xuất bản Y học, tr.451-453.
- Bệnh viện Từ Dũ (2012) "Báo cáo tổng kết cuối năm 2012".
- Bệnh viện Từ Dũ (2013) "Báo cáo tổng kết cuối năm 2013".
- Nguyễn Đức Hình, Nguyễn Việt Anh (2009) "Chỉ định và một số yếu tố liên quan đến mổ lấy thai ở Bệnh viện đa khoa tỉnh Hà Tây". Tạp chí y học Việt Nam, tháng 5, số 1, chuyên đề, tập 357, 28-30.
- Nguyễn Thị Ngọc Phương, Nguyễn Song Nguyên (2010) "Mổ đẻ gây nguy hiểm cho bà mẹ và thai nhi". Tạp chí y học Việt Nam, 12-15.
- Phạm Văn Soan (2002) "Nhân xét trên 579 sản phụ có tiền sử mổ lấy thai tại Bệnh viện Phụ sản Hà Nội năm 2000". Tạp chí Thông tin y dược, số 7, , 30-33.
- Phan Trường Duyệt (1998) Lịch sử phẫu thuật mổ lấy thai trong phẫu thuật sản phụ khoa, Nhà Xuất bản y học, 13-25.
- Ta Xuân Lan, Nguyễn Thị Ngọc Khanh (1999) "Thái độ xử trí đối với sản phụ có sẹo mổ lấy thai cũ tại Viện bảo vệ bà mẹ và trẻ sơ sinh năm 1993-1994". Tạp chí Thông tin y dược, 157-161.
- Huỳnh Thị Thu Thủy (2008) "Báo cáo tổng kết cuối năm 2007 của Bệnh viện Từ Dũ".
- Trần Thị Lợi, Nguyễn Thị Duy Tài (2011) Thực hành Sản Phụ khoa Đại học Y Dược Nhà xuất bản Y học, Thành phố Hồ Chí Minh tr.100-103.
- Vũ Thị Nhung (2013) "Lam dụng sanh mổ ở Việt Nam". Tạp chí y dược học, 23.
- Vũ Thị Nhung, Nguyễn Công Khanh (2013) "Sinh mổ và những thiệt thòi với hệ miễn dịch". Tạp chí thuốc và biệt dược, 32-33.
- ACOG (1996) "ACOG releases practice guidelines on vaginal delivery after previous cesarean birth". American family physician, 53 (2), 775-6.
- Paula J Laws Elizabeth A Sullivan, (1995) "Australia's mothers and babies". Australian health review : a publication of the Australian Hospital Association, 18 (3), 137-8.

- Aali B. S, Motamedi B (2005) "Women's knowledge and attitude towards modes of delivery in Kerman, Islamic Republic of Iran". East Mediterr Health J, 11 (4), 663-72.

- Adjahoto E. O, Ekouevi D. K, Hodonou K. A (2001) "[Factors predicting outcome of trial of labor after prior cesarean section in a developing country]". Journal de gynecologie, obstetrique et biologie de la reproduction, Facteurs predictifs de l'issue d'une epreuve uterine en milieu sous-equipe, 30 (2), 174-9.

- Anderson T (2006) "Caesarean section for non-medical reasons at term". The practising midwife, 9 (8), 34-5.

- M. Aziken, L. Omo-Aghoja, F. Okonofua (2007) "Perceptions and attitudes of pregnant women towards caesarean section in urban Nigeria". Acta obstetrica et gynecologica Scandinavica, 86 (1), 42-7.

- Begum B, Zaman R. U, Rahman A, Rahaman M. S, Uddin M. K, Hafiz R, Abedin F (2009) "Comparison of risks and benefits of normal vaginal and caesarian section deliveries in a public tertiary hospital in Bangladesh". Mymensingh medical journal : MMJ, 18 (1 Suppl), S12-14.

- Bernstein S. N, Matalon-Grazi S, Rosenn B. M (2012) "Trial of labor versus repeat cesarean: are patients making an informed decision?". American journal of obstetrics and gynecology, 207 (3), 204 e1-6.

- Broe S, Khoo S. K (1989) "How safe is caesarean section in current practice? A survey of mortality and serious morbidity". Aust N Z J Obstet Gynaecol, 29 (2), 93-8.

- Chen M. M, Hancock H (2012) "Women's knowledge of options for birth after Caesarean Section". Women and birth : journal of the Australian College of Midwives, 25 (3), e19-26.

- Chong E. S, Mongelli M (2003) "Attitudes of Singapore women toward cesarean and vaginal deliveries". International journal of gynaecology and obstetrics: the official organ of the International Federation of Gynaecology and Obstetrics, 80 (2), 189-94.

- Cohen B, Atkins M (2001) "Brief history of vaginal birth after cesarean section". Clinical obstetrics and gynecology, 44 (3), 604-8.

26. Cohen Nancy Wainer, Estner Lois J (1983) Silent knife : cesarean prevention and vaginal birth after cesarean, VBAC, Bergin & Garvey Publishers, S. Hadley, Mass.,
27. Coleman V. H, Lawrence H, Schulkin J (2009) "Rising cesarean delivery rates: the impact of cesarean delivery on maternal request". *Obstetrical & gynecological survey*, 64 (2), 115-9.
28. Cotzias C. S, Paterson-Brown S, Fisk N. M (2001) "Obstetricians say yes to maternal request for elective caesarean section: a survey of current opinion". *European journal of obstetrics, gynecology, and reproductive biology*, 97 (1), 15-6.
29. Crowther C. A, Dodd J. M, Hiller J. E, Haslam R. R, Robinson J. S (2012) "Planned vaginal birth or elective repeat caesarean: patient preference restricted cohort with nested randomised trial". *PLoS medicine*, 9 (3), e1001192.
30. Dodd J, Crowther C. A (2003) "Vaginal birth after Caesarean section: a survey of practice in Australia and New Zealand". *The Australian & New Zealand journal of obstetrics & gynaecology*, 43 (3), 226-31.
31. Gurol-Urganci I, Cromwell D. A, Edozien L. C, Smith G. C, Onwere C, Mahmood T. A, Templeton A, van der Meulen J. H (2011) "Risk of placenta previa in second birth after first birth cesarean section: a population-based study and meta-analysis". *BMC pregnancy and childbirth*, 11, 95.
32. Hamilton B. E, Hoyert D. L, Martin J. A, Strobino D. M, Guyer B (2013) "Annual summary of vital statistics: 2010-2011". *Pediatrics*, 131 (3), 548-58.
33. Hamsho A, Alloub M (1999) "Spontaneous rupture of a 13 week gravid scarred uterus". *Journal of obstetrics and gynaecology : the journal of the Institute of Obstetrics and Gynaecology*, 19 (3), 316-7.
34. Hansell R. S, McMurray K. B, Huey G. R (1990) "Vaginal birth after two or more cesarean sections: a five-year experience". *Birth*, 17 (3), 146-50; discussion 150-1.
35. Hemminki E, Lofgren T (1990) "Comparability of reasons for cesarean sections in patient records and mothers' interviews". *Birth*, 17 (4), 207-9.
36. Holland M. G, Bienstock J. L (2008) "Recurrent ectopic pregnancy in a cesarean scar". *Obstetrics and gynecology*, 111 (2 Pt 2), 541-5.
37. Homer C. S, Johnston R, Foureur M. J (2011) "Birth after caesarean section: changes over a nine-year period in one Australian state". *Midwifery*, 27 (2), 165-9.
38. Hopkins K (2000) "Are Brazilian women really choosing to deliver by cesarean?". *Social science & medicine*, 51 (5), 725-40.
39. ICHSC (2009) "The Information Centre for Health and Social Care. England: Maternity Statistics".
40. Kramer HM1, Kwee A, Bremer HA (2009) "[Once a C-section, always a C-section?].". 136-40.
41. Landon M. B (2010) "Predicting uterine rupture in women undergoing trial of labor after prior cesarean delivery". *Seminars in perinatology*, 34 (4), 267-71.
42. Lawrence E (1997) "Aurelia, Cecily & Ann: a brief survey of caesarean section". *Modern midwife*, 7 (5), 15-7.
43. Lee Nigel (2013) "Reducing the Caesarean section rate". *Australian nursing journal* (July 1993), 21 (2), 42.
44. MacDorman M, Declercq E, Menacker F (2011) "Recent trends and patterns in cesarean and vaginal birth after cesarean (VBAC) deliveries in the United States". *Clinics in perinatology*, 38 (2), 179-92.
45. Malloy M. H (2008) "Impact of cesarean section on neonatal mortality rates among very preterm infants in the United States, 2000-2003". *Pediatrics*, 122 (2), 285-92.
46. Martin J. A, Hamilton B. E, Sutton P. D, Ventura S. J, Mathews T. J, Kirmeyer S, Osterman M. J (2010) "Births: final data for 2007". *National vital statistics reports : from the Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Health Statistics, National Vital Statistics System*, 58 (24), 1-85.
47. McGrath P, Phillips E, Vaughan G (2010) "Vaginal birth after Caesarean risk decision-making: Australian findings on the mothers' perspective". *International journal of nursing practice*, 16 (3), 274-81.
48. SN Mukherjee (2006) "Rising cesarean section rate". *Journal Obstet Gynecol India* 56, No 4, 298-300.
49. Nusrat Nisar, Nisar Ahmed Soho, Ahson Memon (2007) "Knowledge, Attitude Preference of pregnant Women towards Modes of Delivery". *Journal of midwifery & women's health*, 08 (03)
50. Roberts Christine L, Algert Charles S, Todd Angela L, Morris Jonathan M (2013) "Reducing caesarean section rates--no easy task". *The Australian & New Zealand journal of obstetrics & gynaecology*, 53 (3), 310-313.
51. N. Schuitemaker, J. van Roosmalen, G. Dekker, P. van Dongen, H. van Geijn, J. B. Gravenhorst (1997) "Maternal mortality after cesarean section in The Netherlands". *Acta obstetrica et gynecologica Scandinavica*, 76 (4), 332-4.
52. P. H. Shiono, D. McNellis, G. G. Rhoads (1987) "Reasons for the rising cesarean delivery rates: 1978-1984". *Obstetrics and gynecology*, 69 (5), 696-700.
53. Sierra-Solis A, Leo-Barahona M, Romero-Lopez A. I, Gomez-Guerrero J. M (2013) "Placenta percreta with bladder invasion: an uncommon cause of hematuria during pregnancy". *Radiologia, Placenta percreta con invasion vesical: una causa infrecuente de hematuria en la embarazada.*
54. Toohill J, Gamble J, Creedy D. K (2013) "A critical review of vaginal birth rates after a primary Caesarean in Queensland hospitals". *Aust Health Rev*, 37 (5), 642-8.
55. Uddin S. F, Simon A. E (2013) "Rates and success rates of trial of labor after cesarean delivery in the United States, 1990-2009". *Maternal and child health journal*, 17 (7), 1309-14.
56. Williams C (2010) "Obstetrics". *Medicine of the year*, 4 (3), 121-33.
57. Williams D. R (2005) "The top 10 reasons elective cesarean section should be on decline". *AWHONN lifelines / Association of Women's Health, Obstetric and Neonatal Nurses*, 9 (1), 23-4.
58. Williams Deanne R (2005) "The Top 10 Reasons Elective Cesarean Section Should Be on the Decline". *AWHONN Lifelines*, 9 (1), 23-24.
59. B. Langer, G. Schlaeder (1998) "[What does the cesarean rate mean in France?].". *Journal de gynecologie, obstetrique et biologie de la reproduction, Que penser du taux de cesarienne en France?*, 27 (1), 62-70.