

**BÀI BÁO NGHIÊN CỨU GÓC****Sự thay đổi kiến thức, thái độ, thực hành của người cha trong hỗ trợ nuôi con hoàn toàn bằng sữa mẹ trong 6 tháng đầu: Can thiệp cộng đồng áp dụng lý thuyết nhận thức xã hội**

Trần Hữu Bích

**TÓM TẮT**

**Mục tiêu:** đánh giá kết quả can thiệp giáo dục sức khỏe nhằm nâng cao kiến thức, thái độ, thực hành hỗ trợ nuôi con bằng sữa mẹ hoàn toàn (NCBSMHT) của người cha.

**Phương pháp nghiên cứu:** 390 và 412 cặp vợ chồng phụ nữ mang thai tham gia vào nhóm can thiệp (huyện Kim Thành) và chứng (huyện Cẩm Giàng). Can thiệp giáo dục sức khỏe sử dụng thiết kế phòng thực nghiệm kéo dài 1 năm áp dụng lý thuyết hành vi nhận thức xã hội.

**Kết quả:** Người cha trong nhóm can thiệp có điểm kiến thức về NCBSMHT, thái độ tích cực hơn, sự tự tin, niềm tin và chuẩn mực xã hội cao hơn về NCBSMHT và họ cũng tham gia nhiều hơn trong hỗ trợ các bà mẹ NCBSMHT.

**Kết luận:** Can thiệp dựa vào cộng đồng cần được duy trì và được đánh giá thêm ở qui mô lớn hơn trong việc khuyến khích người cha hỗ trợ NCBSMHT trong 6 tháng đầu.

**Từ khóa:** Kiến thức, thái độ, thực hành của người cha, nuôi con bằng sữa mẹ, lý thuyết nhận thức xã hội.

**ĐẶT VẤN ĐỀ**

Sự tham gia, hỗ trợ của người cha được cho là sự hỗ trợ về mặt xã hội cho bà mẹ NCBSMHT trong gia đình (1, 2). Kiến thức, thái độ và thực hành (KAP) của người cha về NCBSMHT có liên quan với trình độ học vấn, số con, kinh nghiệm làm cha và loại gia đình (3, 4) và có mối liên quan chặt chẽ với nhau (5). Bên cạnh người mẹ, người cha được khuyến nghị là đối tượng đích cho chương trình can thiệp NCBSMHT (4-6).

Lý thuyết nhận thức xã hội (NTXH) được áp dụng nhiều trong chương trình can thiệp giáo dục sức khỏe, thay đổi hành vi (1). Thuyết này đề cập đến sự tương tác qua lại lẫn nhau giữa ba yếu tố hành vi, con người và môi trường (7), trong đó hành vi chịu sự tác động qua lại

của các yếu tố con người và môi trường. Yếu tố thuộc về con người bao gồm nhận thức, hiểu biết, niềm tin, sự tự tin và chuẩn mực xã hội (1) có thể chịu tác động bởi chương trình can thiệp (7). Các yếu tố môi trường (sự hỗ trợ và chuẩn mực xã hội) chịu sự tác động bởi thành viên hộ gia đình, nhóm đồng đẳng, lãnh đạo chính quyền và các tổ chức xã hội (7). Lý thuyết NTXH (8-11) và hành vi dự định (12) đã được áp dụng vào thiết kế can thiệp, công cụ thu thập thông tin về vai trò và sự tham gia của người cha vào NCBSMHT và dinh dưỡng trẻ nhỏ. Nghiên cứu của Michell Box cho thấy 4 nghiên cứu can thiệp vào người cha đã áp dụng lý thuyết NTXH (13). Tuy nhiên các nghiên cứu này đều không đánh giá các kết quả can thiệp về thay đổi KAP của người cha trong hỗ trợ bà mẹ NCBSMHT (14, 15). Nghiên cứu tại Canada (16), Mỹ (17) và Việt



\*Địa chỉ liên hệ: Trần Hữu Bích  
Email: thb@huph.edu.vn  
Trường Đại học Y tế công cộng

Ngày nhận bài: 02/10/2017  
Ngày phản biện: 30/10/2017  
Ngày đăng bài: 25/12/2017

Nam (18) đã cho thấy can thiệp vào người cha có thể thay đổi sự tự tin (16), KAP về hỗ trợ NCBSMHT của người cha (17, 18). Trong nghiên cứu này chúng tôi giả định rằng sau can thiệp, người cha ở địa bàn can thiệp sẽ có kiến thức về NCBSMHT, thái độ, sự tự tin, chuẩn mực xã hội và niềm tin về NCBSMHT cũng như hỗ trợ bà mẹ NCBSMHT nhiều hơn so với người cha ở địa bàn không can thiệp.

## PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

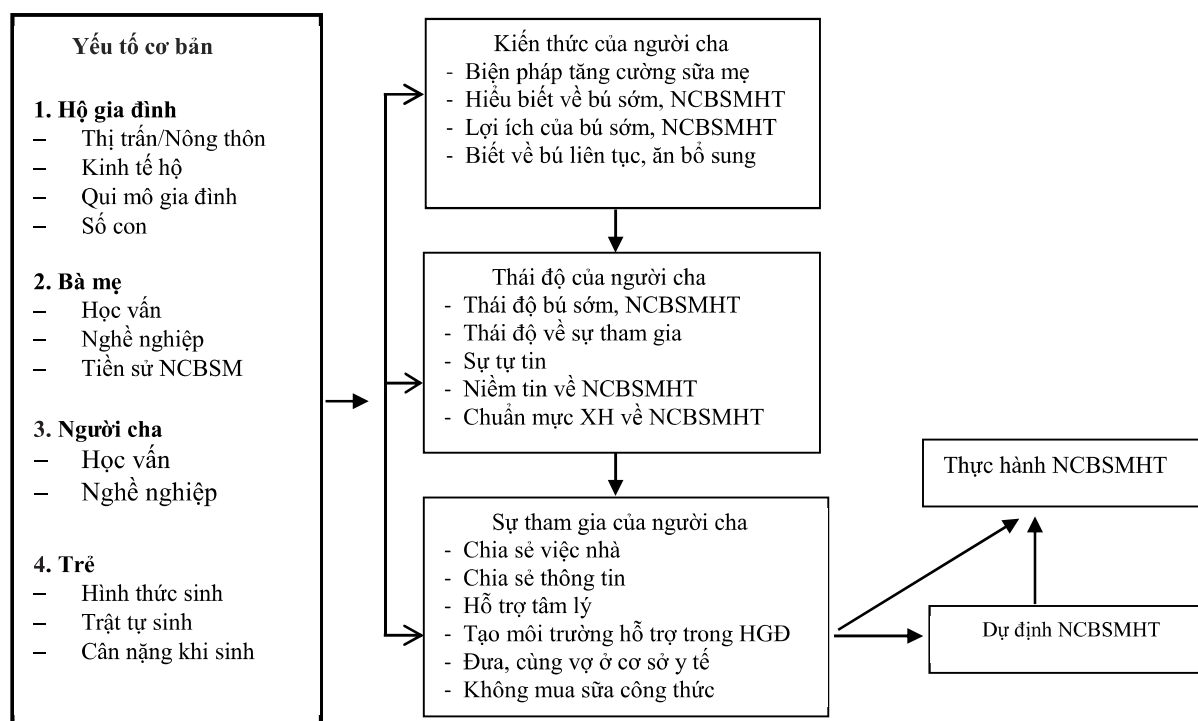
### Phương pháp nghiên cứu

Nghiên cứu sử dụng thiết kế phỏng thực nghiệm, trước-sau, có nhóm chứng không tương đương, trong đó địa bàn can thiệp là 12 xã và 1 thị trấn của huyện Kim Thành và nhóm chứng là 12 xã, thị trấn của Cẩm Giàng – Hải Dương. Huyện Cẩm Giàng được lựa chọn vì không giáp với huyện Kim Thành và có các dịch vụ chăm sóc sức khỏe bà mẹ, trẻ em, kinh tế xã hội và sức khỏe tương đương so với Kim Thành.

Đối tượng nghiên cứu là nam giới của hộ gia đình (HGD) có 2 vợ chồng là cư dân của địa bàn nghiên cứu, có vợ mang thai từ 12-27 tuần tính đến ngày 21/3/2013. Người chồng phải sống với vợ hoặc duy trì liên lạc thường xuyên với vợ qua lần về thăm nhà hoặc/và qua điện thoại, internet. Chồng hoặc vợ bị loại khỏi nghiên cứu nếu người vợ bị xác định sai là có thai hoặc bị sẩy thai, tử vong chu sinh, tử vong sơ sinh trong quá trình theo dõi, có vấn đề sức khỏe nghiêm trọng mà không thể trả lời các câu hỏi trong nghiên cứu, đã ly dị, di cư khỏi địa bàn hoặc từ chối hợp tác trong quá trình nghiên cứu.

### Chọn mẫu

Nam giới được lựa chọn thông qua việc lựa chọn người phụ nữ đủ điều kiện. Chọn mẫu được tiến hành từ tháng 2 đến tháng 3 năm 2014, dựa trên danh sách phụ nữ mang thai sẵn có từ chương trình quản lý thai nghén được cập nhật với sự tham gia của y tế thôn. Do số lượng phụ nữ mang thai ít nên toàn bộ phụ nữ có tuổi thai từ 12-27 tuần đã được chọn.



Hình 1. Khung lý thuyết can thiệp nâng cao vai trò người cha trong hỗ trợ NCBSMHT

Số các đối tượng nghiên cứu tại địa bàn can thiệp và chúng là 390 và 412 cặp vợ chồng. Vấn đề đạo đức của nghiên cứu được Hội đồng đạo đức của Trường Đại học Y tế công cộng xem xét và chấp thuận theo quyết định số 007/2014/YTCC-HD3 ngày 26/02/2014.

### Chương trình can thiệp

Can thiệp được thực hiện theo khung lý thuyết (Hình 1) từ tháng 5 năm 2014 đến tháng 9 năm 2015. Tổng số 36 nữ hộ sinh của trạm y tế và bệnh viện huyện được đào tạo hai ngày về tư vấn NCBSM. Sau hai ngày tập huấn, các học viên được thực hành tư vấn tại HGD theo 4 giai đoạn cho các ông bố có trẻ tương tự tại địa bàn khác ngoài địa bàn can thiệp trước khi tiến hành tư vấn cho các ông bố trong địa bàn can thiệp.

Truyền thông đại chúng hướng đến người cha bao gồm hoạt động truyền thông qua loa đài (dạng kịch nói phát 2 lần/tuần), pano và tờ rơi nhằm mục đích nâng cao kiến thức về NCBSMHT và cách hỗ trợ bà mẹ cũng như tạo môi trường thuận lợi hỗ trợ người cha tham gia vào NCBSMHT.

Giáo dục và tư vấn nhóm (5-10 người từ 35-40 phút) cho người cha tại trạm y tế được tích hợp vào hoạt động khám thai, tiêm chủng cho phụ nữ và trẻ em ngày 25 hàng tháng khi người cha đi cùng vợ hoặc mang con đến trạm. Hoạt động này cung cấp kiến thức về sữa mẹ, chăm sóc trẻ và bà mẹ, các hoạt động mà người đàn ông cần phải biết và làm để giúp đỡ vợ trong giai đoạn trước và sau sinh để các mẹ có thể NCBSMHT. Tài liệu dùng tư vấn là những tài liệu mà cán bộ y tế đã nhận được từ khoá đào tạo trước đó và bao gồm cả tài liệu truyền thông, quà tặng của chương trình như cốc và tờ rơi có lôgô và thông điệp khuyến khích người cha “Có anh giúp đỡ con bú nhiều hơn”. Khoảng 52% người cha được tư vấn cá nhân tại nơi sinh ngay từ ngày đầu tiên được thể hiện vai trò làm cha của mình nhằm tạo niềm tin, sự tự tin của người cha vào việc tiếp tục hỗ trợ vợ NCBSMHT sau sinh. Ngoài ra, người cha còn được trao cuốn

lich phát triển tình cảm cha-con và được hướng dẫn cách sử dụng để chăm sóc phát triển trẻ theo giai đoạn cụ thể từ lúc sinh đến 12 tháng tuổi. Tư vấn cá nhân còn được tiến hành 4 lần theo giai đoạn tại HGD. Khoảng 92% người cha được tư vấn trong lần thăm HGD đầu tiên diễn ra trong ba tháng cuối thai kỳ với trọng tâm là việc chăm sóc thai phụ và trẻ sơ sinh, lợi ích của sữa mẹ (kể cả sữa non) và cách người đàn ông có thể giúp đỡ và hỗ trợ người vợ như một cặp đôi để khởi xướng và duy trì NCBSMHT. Tại buổi tư vấn này, áo phông với biểu tượng và thông điệp hỗ trợ NCBSMHT được phát để khuyến khích sự tham gia của người cha vào chương trình can thiệp.

Người cha được tư vấn trong lần thăm HGD thứ hai (ở tuần đầu sau sinh), lần thăm thứ ba (vào ngày thứ 42) và lần thứ tư (tại thời điểm 3,5 tháng) với tỷ lệ tương ứng là 97%, 98% và 94%. Trong các cuộc tư vấn này, cán bộ tư vấn tiếp tục thảo luận với người cha về những rào cản và thách thức trong chăm sóc bà mẹ và trẻ em, đặc biệt là cách thức hỗ trợ và duy trì NCBSMHT thích hợp với người mẹ và thời gian phù hợp bắt đầu cho trẻ ăn bổ sung.

Trong thời gian 10 tháng, từ 9/2014, 13 câu lạc bộ của người cha đã hoạt động với sự hỗ trợ của y tế, chính quyền địa phương và tổ chức xã hội. Câu lạc bộ là nơi các ông bố chia sẻ và học hỏi kinh nghiệm trong hỗ trợ người vợ cho con được bú sữa mẹ sớm và hoàn toàn trong 6 tháng đầu. Như một cách để củng cố kiến thức, sự tự tin và khuyến khích sự thay đổi hướng đến hành vi tốt, tạo môi trường thuận lợi và xây dựng chuẩn mực xã hội về sự tham gia của người cha vào việc hỗ trợ NCBSMHT, cuộc thi “Ai yêu vợ con hơn” đã được tổ chức với sự tham gia của đại diện chính quyền, cán bộ y tế, đoàn thể và các ông bố trong dự án và gia đình.

Tại huyện chúng, các dịch vụ y tế đặc thù dành cho người cha không được triển khai. Bà mẹ và trẻ nhỏ chủ yếu tiếp cận các dịch vụ chăm sóc sức khỏe bà mẹ trẻ em thường nhật diễn ra tại địa phương.

## Số liệu thu thập

Trong nghiên cứu này, nơi cư trú được xác định là thị trấn so với nông thôn, gia đình hạt nhân là một gia đình hai thế hệ. Kinh tế HGĐ được đo gián tiếp bằng cách đánh giá điểm số của 13 vật dụng lâu bền (Cronbach Alpha = 0,69). Các đặc tính cơ bản của trẻ như giới tính, cân nặng khi sinh, hình thức sinh và thứ tự sinh của trẻ được thu thập từ người mẹ vào thời điểm 1 tháng.

Kiến thức của người cha về NCBSM được thu thập từ 11 câu hỏi về cách chăm sóc bà mẹ để tốt cho sức khỏe và có nhiều sữa, lợi ích của bú sớm, bú hoàn toàn đối với sức khỏe của bà mẹ, trẻ nhỏ, thế nào là NCBSMHT trong 6 tháng đầu cũng như tần suất và thời gian cho trẻ bú mẹ. Tổng số điểm kiến thức của người cha về NCBSMHT là từ 0 đến 40. Công cụ đo lường và cách cho điểm kiến thức được tham khảo từ Bích và cộng sự (18). Thái độ bao gồm thái độ cho trẻ bú sớm sau sinh (3 mục; Cronbach Alpha = 0,5), thái độ về NCBSMHT trong 6 tháng đầu (2 mục; Cronbach Alpha = 0,71), thái độ về sự hỗ trợ của người cha trong việc NCBSM và chăm sóc trẻ (3 mục; Cronbach Alpha = 0,84), sự tự tin trong việc NCBSMHT (2 mục; Cronbach Alpha = 0,77), chuẩn mực xã hội (5 mục; Cronbach Alpha = 0,95) và niềm tin của người cha về NCBSMHT (3 mục; Cronbach Alpha = 0,61). Đối với câu hỏi tích cực, điểm số từ 1 với “Hoàn toàn không đồng ý” đến 5 với “Hoàn toàn đồng ý”. Điểm của thang đo là tổng điểm của các mục trong từng thang đo nhỏ, số điểm càng cao càng nói lên thái độ tích cực, sự tự tin, chuẩn mực xã hội và niềm tin lớn hơn của người cha về NCBSMHT. Ba thang đo về thái độ của người cha được tham khảo từ bộ công cụ từ nghiên cứu của Bích (18), thang đo về sự tự tin, chuẩn mực xã hội và niềm tin được phát triển dựa trên tham khảo Swigart (19). Kiến thức và thái độ của người cha được thu thập ở điều tra ban đầu và tháng thứ nhất sau sinh. Thực hành của người cha được thu thập từ 8 câu hỏi tự điền về các hoạt động như chia sẻ công việc nhà với vợ, hỗ trợ, động viên tinh

thần, chăm sóc dinh dưỡng, tạo môi trường hỗ trợ NCBSMHT trong gia đình, không mua sữa ngoài (18). Mức độ tham gia của người cha được gộp thành hai nhóm, một nhóm có mức thực hành thường xuyên và nhóm khác là không thường xuyên.

Điều tra viên thu thập số liệu được tập huấn điều tra, không tham gia vào hoạt động xây dựng, triển khai can thiệp và bị làm “mù” với giả thuyết nghiên cứu.

## Chiến lược phân tích

Số liệu được nhập bằng phần mềm EpiData và phân tích bằng phần mềm IBM SPSS 20. Phân phối của biến liên tục được coi là chuẩn khi các giá trị về độ lệch và nhọn của biến trong khoảng từ -1,0 đến + 1,0. Kiểm định Chi-square được sử dụng để đánh giá sự khác biệt về tỷ lệ giữa can thiệp và chứng. Tỷ số chênh đã được sử dụng để đánh giá tác động của can thiệp. Kiểm định ANCOVA và hồi qui đa biến logarit được sử dụng để đánh giá hiệu quả can thiệp lên KAP kiểm soát với sự khác biệt giữa hai địa bàn cũng như các yếu tố nhiễu tiềm tàng như nơi cư trú, loại gia đình, kinh tế hộ, giáo dục, nghề nghiệp của người cha, giới và thứ tự sinh của trẻ; KAP tương ứng ở điều tra ban đầu và tháng thứ nhất. Giá trị  $p = 0,05$  được coi là có ý nghĩa thống kê.

## KẾT QUẢ

Do di cư và sảy thai tự nhiên, 19 người cha không tham gia vào điều tra KAP tại một tháng và 20 bà mẹ không tham gia vào khảo sát thực hành cho con bú.

Ở địa bàn can thiệp (Bảng 1), có nhiều HGĐ sống ở khu vực nông thôn (93,2% so với 85,1%), nhiều HGĐ có kinh tế thấp (63,6% so với 36,2%), nhiều gia đình hạt nhân hơn, nhưng có ít người cha làm việc gần nhà hơn và bà mẹ có trình độ học vấn thấp hơn so với địa bàn chứng (p < 0,05). Các đặc tính của trẻ không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa hai địa bàn.

**Bảng 1. Thông tin cơ bản ở điều tra ban đầu tại địa bàn can thiệp (n = 368) và chứng (n = 403). Kiểm định Chi-square được thực hiện để đánh giá sự khác biệt giữa hai địa bàn.**

Đặc tính cơ bản	Địa bàn		Tổng	Giá trị P
	Can thiệp n (%)	Chứng n (%)		
<b>Địa dư</b>				
Nông thôn	364 (93,3)	351 (85,2)	715 (89,0)	<0,001
Thị trấn	26 (6,7)	61 (14,8)	87 (11,0)	
<b>Kinh tế HGD</b>				
Dưới ngưỡng trung bình (phân vị 50% thấp)	248 (63,6)	149 (36,2)	397 (49,5)	<0,001
Trên ngưỡng trung bình (phân vị 50% cao)	142 (36,4)	263 (63,8)	405 (50,5)	
<b>Nghề nghiệp người cha</b>				
Gần nhà	150 (38,5)	211 (51,2)	361 (45,0)	<0,001
Không gần nhà	240 (61,5)	201 (48,8)	441 (55,0)	
<b>Trình độ học vấn mẹ</b>				
Dưới bậc THPT	187 (47,9)	150 (36,4)	337 (42,0)	<0,001
Từ bậc THPT trở lên	203 (52,1)	262 (63,6)	465 (58,0)	
<b>Nghề nghiệp người mẹ</b>				
Gần nhà	129 (33,1)	134 (32,5)	263 (32,8)	0,87
Không gần nhà	261 (66,9)	278 (67,5)	539 (67,2)	
<b>Loại gia đình</b>				
Hạt nhân	171 (43,8)	151 (36,7)	322 (40,1)	0,04
Đa thế hệ	219 (56,2)	261 (63,3)	480 (59,9)	

Tại một tháng sau sinh (Bảng 2), điểm kiến thức của người cha về NCBSMHT ở địa bàn can thiệp cao hơn so với kiến thức của người cha ở địa bàn chứng ( $p < 0,001$ ). Bảng 2 cũng

cho thấy điểm thái độ đối về NCBSMHT, về chuẩn mực xã hội và niềm tin về NCBSMHT trong 6 tháng đầu của người cha ở địa bàn can thiệp cao hơn so với địa bàn chứng ( $p < 0,001$ ).

**Bảng 2. Điểm kiến thức và thái độ của người cha giữa nhóm can thiệp và chứng tại tháng thứ nhất (Kim Thành n = 361, Cẩm Giàng n = 391). Test ANCOVA điều chỉnh với nơi cư trú, kinh tế hộ, điểm kiến thức và thái độ ở điều tra ban đầu, học vấn, nghề nghiệp cha và thứ tự sinh**

Kết quả	Mục thông tin	Trung bình (SD) [SE]		Khác biệt trung bình giữa 2 nhóm	Giá trị P
		Can thiệp n = 361	Chứng n = 391		
Điểm kiến thức về NCBSM	22	24,2 (5,1) [0,27]	21,1 (5,0) [0,26]	3,1	<0,001
Thái độ về bú sớm	3	10,57 (2,42) [0,13]	10,40 (2,25) [0,11]	0,17	>0,05
Thái độ về NCBSMHT	2	6,80 (1,95) [0,10]	5,46 (1,84) [0,09]	1,34	<0,001
Chuẩn mực xã hội về NCBSMHT	5	16,51 (5,23) [0,28]	14,21 (5,03) [0,25]	2,30	<0,001
Niềm tin NCBSMHT	3	10,08 (2,41) [0,13]	8,74 (2,53)[0,13]	2,34	<0,001

Vì phân bố không chuẩn nên điểm thái độ về sự tham gia vào hỗ trợ NCBSMHT và sự tự tin được phân loại thành 2 nhóm có sự tự tin, thái độ về sự tham gia cao và thấp dựa trên trung vị của phân bố tương ứng là 8,0 và 12. Kết quả phân tích đa biến cho thấy sự tự tin của người cha về NCBSMHT cao hơn ở giai đoạn 1 tháng. Người cha ở địa bàn can thiệp có sự tự tin cao hơn gấp 1,77 lần so với người cha ở địa bàn không can thiệp (CI 95% 1,06-2,95;  $p = 0,03$ ). (Số liệu không trình bày ở đây).

Ở tháng thứ tư sau sinh (Bảng 3), người cha ở địa bàn can thiệp tiếp tục duy trì sự tham gia hỗ trợ vợ NCBSMHT thông qua các hoạt động chăm sóc dinh dưỡng cho vợ, động viên vợ NCBSMHT và không mua sữa ngoài cho con nhiều hơn 2 lần so với người cha ở địa bàn chứng ( $p < 0,001$ ). Người cha ở địa bàn can thiệp đã đồng hành cùng với vợ từ 1,6 đến 2,5 lần nhiều hơn trong các hoạt động sử dụng dịch vụ y tế và thuyết phục người nhà về NCBSMHT trong 6 tháng đầu ( $p < 0,001$ ).

**Bảng 3. Phân tích hồi quy logarit thực hành hỗ trợ NCBSM của người cha ở tháng thứ nhất (n = 752) và tháng thứ tư (n = 736) kiểm soát với nơi cư trú, loại gia đình, kinh tế hộ, giáo dục và nghề của người cha, giới và thứ tự sinh của trẻ**

Thực hành thường xuyên	Can thiệp n (%)	Chứng n (%)	AOR (95% CI) Ref = Chứng	Giá trị P
<b>Chia sẻ việc nhà và công việc khác với vợ</b>				
Tháng thứ nhất	329 (91,1)	317 (81,1)	2,44 (1,52-3,93)	<0,001
Tháng thứ tư	293 (83,0)	302 (78,9)	NA	0,153
<b>Chia sẻ với vợ ý kiến về NCBSMHT</b>				
Tháng thứ nhất	277 (76,7)	254 (65,0)	1,62(1,15–2,29)	<0,01
Tháng thứ tư	262 (74,2)	239 (62,2)	1,05(0,62–1,78)	0,87
<b>Giúp vợ tăng cường sức khỏe</b>				
Tháng thứ nhất	344 (95,3)	326 (83,4)	4,93(2,71-8,95)	<0,001
Tháng thứ tư	328 (92,9)	320 (83,3)	2,28(1,32–3,93)	0,003
<b>Cùng vợ đi khám sức khỏe</b>				
Tháng thứ nhất	228 (63,2)	229 (58,6)	NA	0,198
Tháng thứ tư	237 (67,1)	210 (54,7)	1,63(1,17–2,27)	<0,01
<b>Cùng vợ tham gia hoạt động bên ngoài</b>				
Tháng thứ nhất	166 (46,0)	163 (41,7)	NA	0,23
Tháng thứ tư	194 (55,0)	256 (53,0)	NA	0,72
<b>Không mua sữa công thức</b>				
Tháng thứ nhất	190 (52,6)	103 (26,3)	3,13(2,24–4,36)	<0,001
Tháng thứ tư	173 (49,0)	116 (30,2)	1,97(1,40–2,76)	<0,001
<b>Thuyết phục thành viên HGD về tầm quan trọng của NCBSMHT</b>				
Tháng thứ nhất	234 (64,8)	223 (57,0)	1,33(0,97–1,83)	0,082
Tháng thứ tư	261 (73,9)	187 (48,7)	2,52(1,79–3,54)	<0,001
<b>Ngợi khen vợ NCBSMHT</b>				
Tháng thứ nhất	253 (70,1)	203 (52,9)	2,13(1,54–2,96)	<0,001
Tháng thứ tư	259 (73,4)	187 (48,7)	2,16(1,52–3,06)	<0,001

## BÀN LUẬN

Kết quả nghiên cứu cho thấy kiến thức về NCBSM của người cha có thể thay đổi dưới tác động can thiệp phù hợp với kết quả từ các nghiên cứu đánh giá vai trò của người cha trong việc NCBSM (18, 20). Người cha ở địa

bàn can thiệp có điểm hiểu biết cao hơn so với người cha ở địa bàn không can thiệp với điểm khác biệt giữa hai địa bàn can thiệp và chứng là 3,1 điểm ( $p < 0,001$ ), trong khi đó sự khác biệt về kiến thức tương ứng ở nghiên cứu trước là 6,3 điểm (18). Đây là bằng chứng tốt cho thấy rằng người cha có thể học hỏi nhiều

hơn về kiến thức về NCBSM khi họ tham gia vào các hoạt động giáo dục, tư vấn về NCBSM mà đã được đề cập trong các nghiên cứu quan sát trước đó (5, 20, 21) cũng như trong nghiên cứu can thiệp giáo dục thay đổi hành vi có phân bổ ngẫu nhiên với sự tham gia của nam giới cùng với bà mẹ trong giai đoạn trước sinh (17). Cùng với kiến thức, sự cải thiện thái độ và tự tin của người cha về NCBSMHT trong 6 tháng đầu trong nghiên cứu này cũng được tìm thấy trong các nghiên cứu can thiệp cộng đồng hướng tới người cha (18) và trong thử nghiệm lâm sàng có kiểm soát tại bệnh viện (16, 17).

Ở tháng thứ tư sau sinh, người cha vẫn tiếp tục duy trì sự hỗ trợ trực tiếp bà mẹ trong việc không mua sữa ngoài cho con bú cũng như gián tiếp vào việc động viên tinh thần và chăm sóc dinh dưỡng cho bà mẹ, thuyết phục thành viên gia đình ủng hộ việc NCBSMHT nhiều hơn. Sự thay đổi về thực hành hỗ trợ bà mẹ của người cha trong nghiên cứu này cũng được tìm thấy tương tự như trong nghiên cứu can thiệp cộng đồng của Bích (18) và trong can thiệp bao gồm người cha và người mẹ của Sciacca (17).

Sự thay đổi KAP của người cha trong nghiên cứu này được tìm thấy có thể do chương trình can thiệp thay đổi hành vi của người cha trong việc hỗ trợ bà mẹ NCBSMHT được thiết kế dựa trên lý thuyết NTXH được áp dụng rộng rãi trong các can thiệp giáo dục sức khỏe thay đổi hành vi nói chung (7) và NCBSMHT hướng đến người cha nói riêng (13) và dựa trên chu trình sống tiếp diễn từ giai đoạn mang thai, khi sinh và sau sinh bằng phương pháp tiếp cận tổng hợp đa cấu phần (22). Trong nghiên cứu này, chính quyền huyện, xã, hệ thống y tế, ban ngành có liên quan đã tích cực tham gia vào thiết kế và triển khai các hoạt động can thiệp. Môi trường hỗ trợ trong gia đình cũng có thể được tác động bởi chính người cha và các truyền thông đại chúng. Tính giá trị của kết quả nghiên cứu được đảm bảo bởi địa bàn chứng nhận xa khu

vực can thiệp và có nhiều điểm tương đồng về chỉ số kinh tế xã hội và sức khỏe do cùng nằm trong một tỉnh đồng bằng và không có can thiệp nào tương tự triển khai trong thời gian nghiên cứu.

Kết quả cần được phiên giải một cách thận trọng do nghiên cứu sử dụng thiết kế phỏng thực nghiệm, số liệu dựa trên cá thể và phụ thuộc vào dữ liệu tự khai báo. Mức ý nghĩa thống kê của sự khác biệt có thể giảm nếu trong khâu phân tích yếu tố cụm được kiểm soát. Bên cạnh đó tác động của yếu tố nhiễu do không đo lường và kiểm soát được có thể ảnh hưởng đến tính giá trị của kết quả nghiên cứu. Vì can thiệp được thiết kế theo gói, các hoạt động được triển khai cùng lúc nên việc đánh giá tác động riêng rẽ của từng hoạt động không thực hiện được và không phải là mục tiêu của nghiên cứu.

## KẾT LUẬN

Giáo dục sức khỏe thay đổi hành vi đã góp phần cải thiện kiến thức, thái độ và thực hành hỗ trợ bà mẹ NCBSMHT trong 6 tháng đầu của người cha. Can thiệp cần triển khai theo gói cho nam giới có vợ trong cùng gia đình. Tác động can thiệp cần thử nghiệm lại bằng cách sử dụng thiết kế nghiên cứu mạnh hơn và ở phạm vi rộng hơn.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bandura A. Health promotion from the perspective of social cognitive theory. *Psychology and Health*. 1998;13:623-49.
2. Nguyen P, Menon P, et al. A situational review of infant and young child feeding practices and interventions in Viet Nam. *Asia Pac J Clin Nutr*. 2011;20(3):359-74.
3. Freed G, Fraley J, et al. Attitudes of expectant fathers regarding breast-feeding. *Pediatrics*. 1992;90:224-7.
4. Sijabat F, Thongpat S, et al. Factors associated with breastfeeding practice among mothers in Medan, Indonesia. *J Health Res*. 2015;29:S53-S9.

5. Bar-Yam BN, Darby L. Fathers and breastfeeding: A review of literature. *J Hum Lact.* 1997;13(1):45-50.
6. Raj V, Plichá S. The role of social support in breastfeeding promotion: A Literature Review. *J Hum Lact.* 1998;14(1):41-5.
7. Baranowski T, Perry C, Parcel G. How individuals, environments, and health behavior interact: Social cognitive theory. In: *Health behavior and health education: Theory, research, and practice.* 3rd ed. San Francisco, CA: Jossey-Bass; 2002. p. 165-84.
8. Tohotoa J, Maycock B, et al. Supporting mothers to breastfeed: the development and process evaluation of a father inclusive perinatal education support program in Perth, Western Australia. *Health Promot Int.* 2011;26(3):351-61.
9. White B, Martin A, et al. Theory-Based Design and Development of a Socially Connected, Gamified Mobile App for Men About Breastfeeding (Milk Man). *JMIR Mhealth Uhealth.* 2016;4(2).
10. Sharma M, Petosa R. Impact of expectant fathers in breast-feeding decisions. *J Am Diet Assoc.* 1997;97(11):1311-3.
11. Mitchell-Box K, Braun K. Fathers Thoughts on Breastfeeding and Implications for a Theory Based Intervention. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing.* 2012;41(6):E41-E50.
12. Ajzen I. The theory of planned behavior. *Organizational Behavior and Human Decision Processes.* 1991;50(2):179-211.
13. Mitchell-Box K, Braun K. Impact of male-partner-focused interventions on breastfeeding initiation, exclusivity, and continuation. *J Hum Lact.* 2013;24(9):473-9.
14. Pisacane A, Continisio G, et al. A controlled trial of the father's role in breastfeeding promotion. *Pediatrics.* 2005;116(4):494 -8.
15. Susin L, Giugliani E. Inclusion of fathers in an intervention to promote breastfeeding: impact on breastfeeding rates. *J Hum Lact.* 2008;24(4):386-92.
16. Abbass-Dick J, Stern S, et al. Coparenting Breastfeeding Support and Exclusive Breastfeeding: A Randomized Controlled Trial. *Pediatrics.* 2015;135(1):102-10.
17. Sciacca J, Dube D, et al. A breast-feeding education and promotion program: Effects on knowledge, attitudes and support for breast feeding. *J Community Health.* 1995 20(6):473-90.
18. Bích T, Cuong N. Changes in knowledge, attitude and involvement of fathers in supporting exclusive breastfeeding: A community-based intervention study in a rural area of Viet Nam. *Int J Public Health.* 2016.
19. Swigart T, Bonvecchio A, et al. Breastfeeding practices, beliefs, and social norms in low-resource communities in Mexico: Insights for how to improve future promotion strategies. *PLoS ONE.* 2017;12(7).
20. Tohotoa J, Maycock B, et al. Dads make a difference: an exploratory study of paternal support for breastfeeding in Perth, Western Australia. *International breastfeeding journal.* 2009;4(15).
21. Sherriff N, Hall V, et al. Engaging and supporting fathers to promote breast feeding: a concept analysis. *Midwifery.* 2014;30(6):667-77.
22. Amy B, Ruth D. Fathers' experiences of supporting breastfeeding: challenges for breastfeeding promotion and education. *Maternal and Child Nutrition.* 2014;10:510-26.

## **Changes of knowledge, attitude and practice of fathers regarding supporting six months exclusive breastfeeding: Results of a community-based intervention applying social cognitive theory**

**Tran Huu Bich**

*Hanoi University of Public Health*

Objective: This study evaluates the results of the health education intervention aimed at improving paternal knowledge, attitude toward exclusive breastfeeding (EBF) and also involvement in supporting EBF. Methods: A quasi-experimental design was used. At baseline, 390 and 412 pregnant women and their husbands were enrolled into the intervention and control groups, respectively. The 1-year intervention applied social cognitive theory targeting fathers included mass media, game show-style community events, group and individual counseling and home visits. Main findings: Fathers in the intervention group had higher breastfeeding knowledge scores and higher attitude scores reflecting more positive attitudes toward 6 months EBF, self-efficacy, belief and social norms in practicing EBF. And they were also more likely to report active involvement in supporting mothers to practice EBF through direct and indirect supporting activities. Conclusions: The community-based education model should be maintained in a package and considered for conducting further evaluation in wider application to mobilize fathers of intact families in supporting EBF.

**Keywords:** *Fathers, knowledge, attitude and practice, Breastfeeding, social cognitive theory.*