

THỰC TRẠNG CHĂM SÓC SƠ SINH THIẾT YẾU SỚM VÀ NUÔI CON BẰNG SỮA MẸ TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA HUYỆN GIA LÂM

Lê Quang Minh✉, Nguyễn Thị Kim Ngân, Nguyễn Thị Kiểm

Bệnh viện Đa khoa huyện Gia Lâm

Chăm sóc sơ sinh thiết yếu sớm (EENC) và Nuôi con bằng sữa mẹ (BF) là những can thiệp quan trọng giúp giảm tỷ lệ tử vong sơ sinh. Nghiên cứu mô tả cắt ngang tiến cứu được thực hiện trên 171 cặp mẹ con tại Bệnh viện Đa khoa huyện Gia Lâm từ tháng 5/2023 đến tháng 9/2023. Kết quả cho thấy tỷ lệ hoàn thành EENC là 84,2% và tỷ lệ trẻ bú mẹ hoàn toàn là 73,7%. Thời gian da kề da trung bình là $84,95 \pm 29,02$ phút. Nghiên cứu chỉ ra rằng sinh mổ là yếu tố nguy cơ chính dẫn đến việc không hoàn thành EENC. Trong khi đó, các yếu tố làm tăng nguy cơ trẻ không được bú mẹ hoàn toàn bao gồm cả sinh mổ và việc không hoàn thành EENC trước đó. Nghiên cứu khuyến nghị cần có các biện pháp giảm tỷ lệ sinh mổ và nâng cao chất lượng thực hiện EENC.

Từ khoá: Chăm sóc sơ sinh thiết yếu sớm, EENC, nuôi con bằng sữa mẹ, da kề da, Bệnh viện Đa khoa Gia Lâm.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Giai đoạn 28 ngày đầu đời là giai đoạn dễ bị tổn thương nhất của trẻ, với tỷ lệ tử vong toàn cầu năm 2018 là 18 ca trên 1000 ca sinh sống, tương đương khoảng 7000 trẻ tử vong mỗi ngày.¹ Tỷ lệ tử vong sơ sinh chiếm tới 47% trong tổng số ca tử vong ở trẻ dưới 5 tuổi vào năm 2018, tăng từ 40% năm 1990. Tại Việt Nam, tỷ lệ tử vong sơ sinh năm 2018 là 11 ca trên 1000 ca sinh sống. Các nghiên cứu cho thấy gần ba phần tư số ca tử vong xảy ra trong tuần đầu tiên, nhấn mạnh sự cần thiết của các can thiệp ngay sau sinh.²

Chăm sóc sơ sinh thiết yếu sớm (EENC) là những hướng dẫn của Tổ chức Y tế Thế giới (WHO) bao gồm các can thiệp đơn giản nhưng hiệu quả như da kề da, kẹp cắt rốn chậm và hỗ trợ bú mẹ sớm, giúp cải thiện sức khỏe bà mẹ

và trẻ sơ sinh.³⁻⁶ Các biện pháp trong gói chăm sóc sơ sinh thiết yếu sớm là các biện pháp đơn giản, ít tốn kém và mang lại hiệu quả cao. Tuy nhiên việc áp dụng EENC tại Việt Nam còn nhiều khó khăn như khó thay đổi về thói quen của nhân viên y tế, nhận thức của gia đình sản phụ, sự lạm dụng sữa công thức... Việc áp dụng Chăm sóc thiết yếu sớm và hỗ trợ bằng sữa mẹ là một trong những điều kiện tiên quyết để đạt được danh hiệu “Bệnh viện thực hành nuôi con bằng sữa mẹ xuất sắc”. Theo thống kê của Bộ y tế tính đến cuối tháng 10 năm 2025, Hà Nội mới có bệnh viện công lập đầu tiên đạt được danh hiệu này. Tại Bệnh viện Đa khoa huyện Gia Lâm, các can thiệp về EENC và Nuôi con bằng sữa mẹ (BF) đã bắt đầu được áp dụng từ đầu năm 2023 đến nay. Tuy chúng tôi cũng đã có những cải thiện bước đầu về kết quả thực hiện nhưng trong quá trình triển khai chúng tôi cũng gặp khá nhiều những rào cản vướng mắc. Do đó, chúng tôi đã thực hiện nghiên cứu này với hai mục tiêu chính là mô tả kết quả thực hiện chăm sóc sơ sinh thiết yếu sớm và nuôi con bằng

Tác giả liên hệ: Lê Quang Minh

Bệnh viện Đa khoa huyện Gia Lâm

Email: dr.minh.khth.bvgl@gmail.com

Ngày nhận: 03/10/2025

Ngày được chấp nhận: 06/11/2025

sữa mẹ tại Bệnh viện Đa khoa huyện Gia Lâm đồng thời phân tích một số yếu tố liên quan đến kết quả thực hiện EENC và BF.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP

1. Đối tượng

Tiêu chuẩn lựa chọn: tất cả bà mẹ và trẻ sơ sinh sinh tại Bệnh viện đa khoa huyện Gia Lâm trong thời gian nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ: các trường hợp thiếu thông tin nghiên cứu hoặc cập nhật chậm thông tin trên phần mềm thu thập số liệu.

2. Phương pháp

Thiết kế nghiên cứu: Mô tả cắt ngang tiến cứu.

Phương pháp chọn mẫu: chọn mẫu thuận tiện lấy tất cả bệnh nhân thỏa mãn tiêu chuẩn lựa chọn trong thời gian nghiên cứu từ tháng 5 đến tháng 9/2023.

Cỡ mẫu: Không áp dụng công thức tính cỡ mẫu do nghiên cứu lấy tất cả đối tượng thỏa mãn tiêu chuẩn lựa chọn. Chúng tôi thu thập được thông tin của 171 đối tượng nghiên cứu.

Quy trình nghiên cứu

Bước 1: Lập bệnh án nghiên cứu và lựa chọn đối tượng theo tiêu chuẩn nghiên cứu.

Bước 2: Thu thập thông tin của các biến số theo mục tiêu nghiên cứu.

Bước 3: Thực hiện mục tiêu 1: Mô tả kết quả thực hiện EENC và BF.

Bước 4: Phân nhóm đối tượng trong nghiên cứu thành các nhóm: nhóm hoàn thành và không hoàn thành EENC, nhóm trẻ bú mẹ hoàn toàn và không bú mẹ hoàn toàn trong thời gian nằm viện để phân tích các yếu tố liên quan đến các nhóm này.

Các biến số nghiên cứu

- Các thông tin chung của đối tượng nghiên cứu: Tuổi thai, cách sinh, giờ sinh, giới tính, tiền sử mẹ, con.

- Các biến số chính trong nghiên cứu:

+ Biến số “Hoàn thành EENC”: tiêu chuẩn hoàn thành Chăm sóc sơ sinh thiết yếu sớm theo các tiêu chuẩn của quyết định 4673 và 6734 do Bộ Y tế ban hành.^{5,6}

+ Biến số “Trẻ bú mẹ hoàn toàn trong thời gian nằm viện”: Trẻ không ăn hay uống thêm bất cứ thứ gì khác ngoài sữa mẹ, ngoại trừ các trường hợp có chỉ định của bác sỹ (như trẻ có mẹ bị bệnh nặng không thể cho trẻ bú sữa hoặc vắt sữa được, mẹ đang bị chiếu tia xạ hoặc phải dùng thuốc chống chỉ định cho con bú như các thuốc kháng giáp trạng, thuốc chống ung thư... trẻ mắc các bệnh chuyển hoá không dung nạp được sữa mẹ).

Xử lý số liệu

Sử dụng phần mềm SPSS 26.0 để xử lý số liệu.

Các thuật toán thống kê: mô tả, kiểm định, so sánh. Sử dụng test Khi bình phương và test Fisher's Exact để xét mối liên quan giữa 2 biến định tính. Tính tỉ suất chênh – OR để xác định các yếu tố nguy cơ. Sử dụng kiểm định T test so sánh trung bình của 2 biến chuẩn. Giá trị $p < 0,05$ được coi là có ý nghĩa thống kê.

3. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu nhằm phục vụ cho việc nâng cao khám chữa bệnh chăm sóc sức khỏe bà mẹ và trẻ sơ sinh; được tiến hành sau khi thông qua hội đồng khoa học và y đức, được sự chấp thuận của lãnh đạo Bệnh viện Đa khoa huyện Gia Lâm.

III. KẾT QUẢ

1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Đa phần số trẻ trong nghiên cứu là trẻ đủ tháng (96,5%). Tỷ lệ sinh mổ cao 39,2% so với mức khuyến cáo của WHO.

Bảng 1. Các biến định tính của đối tượng nghiên cứu

	Tên biến	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
<i>Tuổi thai</i>	Non	6	3,5
	Đủ tháng	165	96,5
<i>Cách sinh</i>	Mổ	67	39,2
	Thường	104	60,8
<i>Giới tính</i>	Nam	90	52,6
	Nữ	81	47,4
<i>Ngày giờ sinh</i>	Ngoài giờ hành chính	110	64,3
	Trong giờ hành chính	61	35,7
<i>Giai đoạn can thiệp</i>	Giai đoạn 1 (tháng 5, 6)	73	42,7
	Giai đoạn 2 (tháng 7, 8, 9)	98	57,3
<i>Mẹ được tư vấn da kề da trước khi sinh</i>	Có	171	100
	Không	0	0
<i>Trẻ được kẹp cắt rốn muộn</i>	Có	171	100
	Không	0	0
<i>Trẻ được lau khô ủ ấm ngay sau khi sinh</i>	Có	171	100
	Không	0	0
<i>Mẹ được tiêm bắp 10 đơn vị oxytocin</i>	Có	171	100
	Không	0	0
<i>Hoàn thành EENC</i>	Đạt	144	84,2
	Không đạt	27	15,8
<i>Trẻ bú mẹ hoàn toàn trong thời gian nằm viện</i>	Có	126	73,7
	Không	45	26,3
Tổng số		171	100

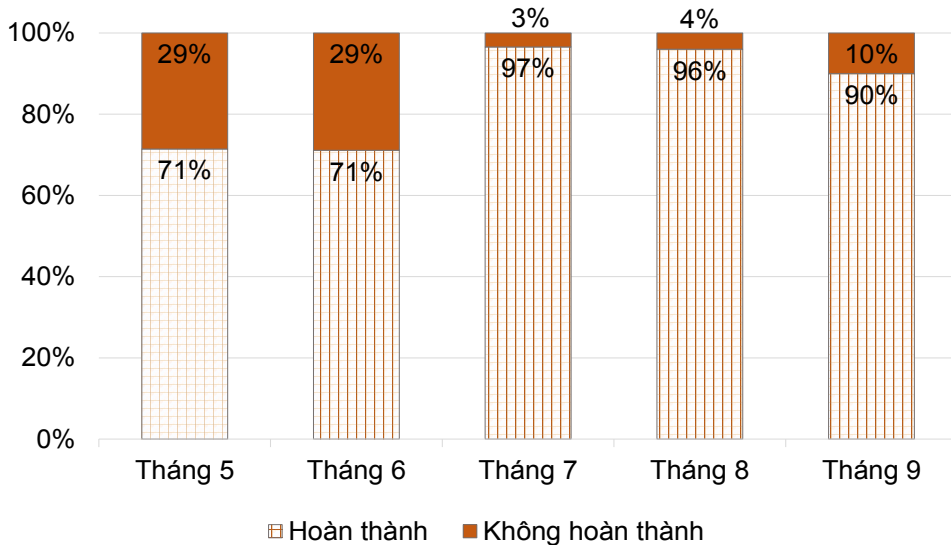
Bảng 2. Các biến định lượng của đối tượng nghiên cứu

Biến số	Số lượng (n)	$\bar{x}$	SD
Thời gian da kề da (tính theo phút)	171	84,95	29,02
Con được bú mẹ lần đầu tiên sau sinh (phút)	89	53,94	27,70
Cữ bú đầu tiên kéo dài trong bao lâu? (tính theo phút)	96	19,73	14,19
Thời gian mẹ nằm hậu phẫu (tính theo tiếng)	35	18,80	6,47
Trẻ dùng sữa ngoài từ bao giờ	17	13,12	19,66

Thời gian da kề da trung bình là $84,95 \pm 29,02$ phút. Có sự khác biệt đáng kể giữa hai nhóm sinh: nhóm sinh thường có thời gian da kề da trung bình là $93,22 \pm 16,51$ phút, dài hơn

một cách có ý nghĩa thống kê so với nhóm sinh mổ là $72,10 \pm 38,31$ phút ($p = 0,01$).

2. Thực trạng chăm sóc sơ sinh thiết yếu sớm (EENC)



Biểu đồ 1. Tỷ lệ hoàn thành chăm sóc sơ sinh thiết yếu sớm

Tỷ lệ hoàn thành EENC (bao gồm việc đảm bảo thời gian da kề da tối thiểu 90 phút) là 84,2% (144 trường hợp), trong khi 15,8% (27 trường hợp) không hoàn thành. Tỷ lệ này cho thấy sự cải thiện đáng kể qua các tháng, tăng từ 71% lên mức cao nhất là 97% và duy trì trên 90% trong 3 tháng cuối của nghiên cứu (tháng 7, 8, 9).

Trong số 27 trường hợp không hoàn thành

EENC, các nguyên nhân có thể thay đổi được chiếm đa số (74,07%). Lý do phổ biến nhất là “mẹ không hợp tác” chiếm 44,44% (12 trường hợp), tiếp theo là các nguyên nhân từ phía nhân viên y tế (thiếu nhân lực, thiếu kiến thức) chiếm 25,93% (7 trường hợp). Các nguyên nhân không thể thay đổi được như bệnh lý của mẹ (4 trường hợp) và bệnh lý của con (3 trường hợp) chỉ chiếm một phần nhỏ (25,93%).

Bảng 3. Các yếu tố liên quan đến việc hoàn thành chăm sóc sơ sinh thiết yếu sớm

	Hoàn thành EENC	Không n (%)	Có n (%)	OR (KTC 95%)	p – value
<i>Cách sinh</i>	Sinh Mổ	24 (35,8)	43 (64,2)	18,79 (5,37 – 65,73)	0,01
	Sinh Thường	3 (2,9)	101 (97,1)	1	
<i>Tuổi thai</i>	Non tháng	3 (50,0)	3 (50,0)	-	0,05
	Đủ tháng	24 (14,5)	141 (85,5)	-	
<i>Giới tính</i>	Nam	15 (16,7)	75 (83,3)	-	0,74
	Nữ	12 (14,8)	69 (85,2)	-	

Hoàn thành EENC		Không n (%)	Có n (%)	OR (KTC 95%)	p – value
Giai đoạn can thiệp	Giai đoạn 1 (tháng 5, 6)	21(28,8)	52 (71,1)	6,19 (2,35 – 16,32)	0,01
	Giai đoạn 2 (tháng 7, 8, 9)	6 (6,1)	92 (93,9)	1	
Ngày giờ sinh	Ngoài giờ hành chính	14 (12,7)	96 (87,3)	-	0,14

Cách sinh và giai đoạn can thiệp là các yếu tố liên quan đến việc hoàn thành EENC.

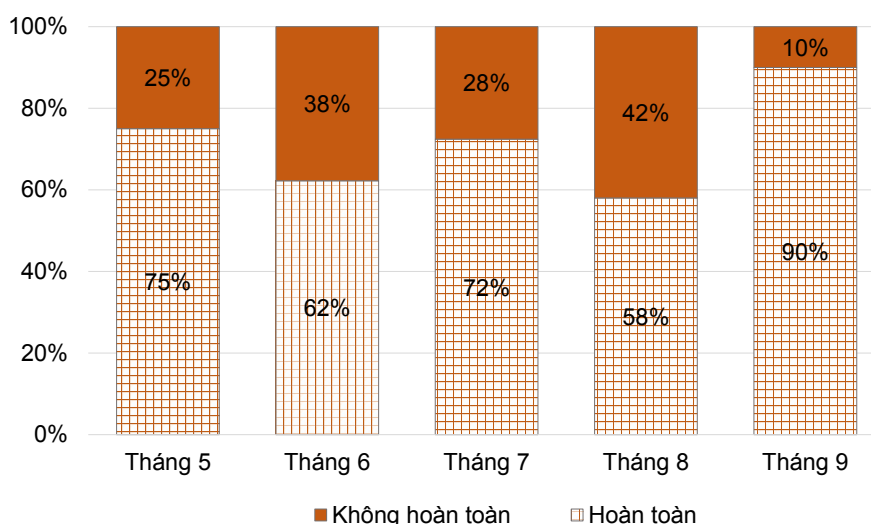
3. Thực trạng nuôi con bằng sữa mẹ

Tỷ lệ trẻ được bú mẹ hoàn toàn trong suốt thời gian nằm viện là 73,7% (126 trường hợp). Có 45 trẻ (26,3%) không được bú mẹ hoàn toàn.

Cữ bú đầu tiên của trẻ diễn ra trung bình sau $53,94 \pm 27,70$ phút kể từ lúc sinh và kéo dài trung bình $19,73 \pm 14,19$ phút. Trong số những

trẻ phải dùng sữa công thức, thời điểm bắt đầu trung bình là $13,12 \pm 19,66$ giờ sau sinh, và có tới 88,2% trẻ dùng sữa công thức ngay trong ngày đầu tiên.

Lý do chính dẫn đến việc trẻ không được bú mẹ hoàn toàn, theo phản hồi từ các bà mẹ là “mẹ không có sữa hoặc không đủ sữa”, chiếm tới 68,89% (31 trường hợp). Các lý do khác bao gồm bệnh lý của con (13,33%), sự lo lắng của các thành viên khác trong gia đình (11,11%), và các lý do khác (6,67%).



Biểu đồ 2. Tỷ lệ trẻ được bú mẹ hoàn toàn trong thời gian nằm viện

Bảng 4. Các yếu tố liên quan đến việc trẻ bú mẹ hoàn toàn trong thời gian nằm viện

Trẻ bú mẹ hoàn toàn trong thời gian nằm viện		Không n (%)	Có n (%)	OR (KTC 95%)	p – value
<i>Cách sinh</i>	Sinh Mổ	28 (41,8)	39 (58,2)	3,67 (1,80 – 7,48)	0,01
	Sinh Thường	17 (16,3)	87 (83,7)	1	
<i>Tuổi thai</i>	Non tháng	3 (50,0)	3 (50,0)	-	0,19
	Đủ tháng	42 (25,5)	123 (74,5)	-	
<i>Giới tính</i>	Nam	21 (23,3)	69 (76,7)	-	0,35
	Nữ	24 (29,6)	57 (70,4)	-	
<i>Giai đoạn can thiệp</i>	Giai đoạn 1 (tháng 5, 6)	24 (32,9)	49 (67,1)	-	0,09
	Giai đoạn 2 (tháng 7, 8, 9)	21 (21,4)	77 (78,6)	-	
<i>Ngày giờ sinh</i>	Ngoài giờ hành chính	24 (21,8)	86 (78,2)	-	0,07
	Trong giờ hành chính	21 (34,4)	40 (65,6)	-	
<i>Hoàn thành EENC</i>	Không	19 (70,4)	8 (29,6)	10,78 (4,26 – 27,29)	0,01
	Có	26 (18,1)	118 (81,9)	1	

Cách sinh và việc hoàn thành EENC là các yếu tố liên quan đến việc trẻ bú mẹ hoàn toàn trong thời gian nằm viện.

IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu của chúng tôi cung cấp cái nhìn toàn diện đầu tiên về việc triển khai chăm sóc sơ sinh thiết yếu sớm (EENC) và nuôi con bằng sữa mẹ (BF) tại Bệnh viện Đa khoa huyện Gia Lâm. Kết quả cho thấy những thành công bước đầu đáng ghi nhận trong việc áp dụng EENC, nhưng cũng chỉ ra những thách thức lớn trong việc thúc đẩy nuôi con bằng sữa mẹ hoàn toàn trong thời gian nằm viện, đặc biệt trong bối cảnh tỷ lệ sinh mổ còn ở mức cao.

Tỷ lệ hoàn thành EENC trong nghiên cứu đạt 84,2% là một kết quả rất đáng khích lệ. Con số này, đặc biệt là khi đã duy trì trên 90% trong ba tháng cuối của nghiên cứu, cho thấy quy trình thực hiện EENC đang dần được chuẩn hóa và trở thành một thực hành thường quy tại bệnh viện. Khi đối chiếu với Bộ Tiêu chí chất

lượng bệnh viện Việt Nam của Bộ Y tế, việc đạt tỷ lệ thực hiện da kề da trên 80% cho cả sinh thường và sinh mổ đã giúp bệnh viện đạt được yêu cầu ở mức 5 của tiểu mục E1.3, mức cao nhất của tiêu chí này.⁷

Tuy nhiên, thách thức lớn nhất đối với việc thực hiện EENC tại bệnh viện chính là tỷ lệ sinh mổ còn ở mức cao (39,2%). Tỷ lệ này tuy tương đồng với mức trung bình của cả nước nhưng cao hơn gấp đôi so với khuyến cáo của WHO (10 - 15%).⁸ Phân tích của chúng tôi cho thấy sinh mổ làm tăng nguy cơ không hoàn thành EENC lên gần 19 lần (OR = 18,79) so với sinh thường. Điều này là dễ hiểu, bởi việc thực hiện EENC trong sinh mổ đòi hỏi sự phối hợp chặt chẽ và đồng bộ giữa nhiều bên gồm khoa Phụ sản, đơn nguyên Gây mê hồi sức và khoa Nhi, đồng thời các ca sinh mổ thường tiềm ẩn nhiều nguy cơ cho cả mẹ và con hơn, dễ dẫn đến việc không thể thực hiện được da kề da.

Phân tích sâu hơn về các lý do không hoàn thành EENC cho thấy phần lớn (74,07%) đến

từ các nguyên nhân có thể thay đổi được, trong đó “mẹ không hợp tác” và các vấn đề từ “nhân viên y tế” (thiếu nhân lực, kiến thức) là chủ yếu. Chúng tôi nhận thấy rằng khi không thay đổi được nhận thức của cả sản phụ và nhân viên y tế thì khó có thể hoàn thành EENC. Điều này cho thấy tiềm năng cải thiện tỷ lệ hoàn thành EENC là rất lớn thông qua các biện pháp can thiệp theo nguyên nhân gốc rễ như tăng cường tư vấn, giáo dục sức khỏe cho sản phụ trước sinh và tổ chức đào tạo, bổ sung nhân lực cho các kíp trực...

Trái ngược với thành công của EENC, tỷ lệ trẻ được bú mẹ hoàn toàn trong thời gian nằm viện chỉ đạt 73,7%, chưa đạt mục tiêu tối thiểu 90% theo tiêu chí mức 4 của Bộ Y tế. Lý do hàng đầu được các bà mẹ đưa ra là “không có hoặc không đủ sữa” (68,89%). Tuy nhiên, cần phải nhìn nhận rằng đây không chỉ đơn thuần là vấn đề sinh lý mà còn phản ánh những thiếu sót trong công tác tư vấn và hỗ trợ. Khi người mẹ và gia đình không được trang bị đủ kiến thức và kỹ năng, họ dễ dàng lo lắng và lựa chọn sữa công thức như một giải pháp thay thế nhanh chóng. Kinh nghiệm từ Bệnh viện Hùng Vương đã cho thấy việc tăng cường truyền thông, đào tạo và phối hợp liên khoa có thể cải thiện đáng kể tỷ lệ này.⁹ Đây cũng là một trong những thách thức lớn nhất đối với quá trình triển khai hỗ trợ nuôi con bằng sữa mẹ - Thay đổi nhận thức của sản phụ và gia đình.

Một trong những vấn đề còn tồn tại khiến cho việc can thiệp hỗ trợ cho trẻ bú mẹ vào giai đoạn ngày đầu tiên sau khi đẻ gặp nhiều khó khăn đó chính là thời gian nằm phòng hậu phẫu còn kéo dài ($18,8 \pm 6,47$ tiếng). Mặc dù đã có những can thiệp về mặt quy định, chính sách cải thiện vấn đề này (thời gian nằm phòng hậu phẫu trong tháng 9 giảm hơn so với tháng 7, 8, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$) nhưng kết quả của tháng 9 ($14,94 \pm 6,84$ tiếng) vẫn còn cách khá xa so với mong muốn

ban đầu là thời gian mẹ và trẻ sơ sinh nằm hậu phẫu giảm xuống còn 4 đến 6 tiếng. Khi thời gian nằm hậu phẫu kéo dài dẫn đến hạn chế sự hỗ trợ của các nữ hộ sinh của khoa Sản cho sản phụ và em bé – những người được đào tạo bài bản hơn về tư vấn và hỗ trợ nuôi con bằng sữa mẹ.

Nghiên cứu của chúng tôi đã chứng minh một cách rõ ràng rằng sinh mổ không chỉ là yếu tố nguy cơ lớn nhất của việc không hoàn thành EENC mà còn làm tăng nguy cơ trẻ không được bú mẹ hoàn toàn lên 3,67 lần (với $p = 0,01$). Bên cạnh đó, việc không hoàn thành EENC sẽ làm tăng nguy cơ trẻ không được bú mẹ hoàn toàn lên tới 10,78 lần (với $p = 0,01$). Điều này khẳng định việc thực hiện EENC là bước khởi đầu quan trọng đối với bà mẹ và trẻ sơ sinh, tạo tiền đề sinh lý và tâm lý cho việc nuôi con bằng sữa mẹ thành công. Như nghiên cứu của Righard đã chỉ ra, bất kỳ sự cách ly nào giữa mẹ và con trong những giờ đầu sau sinh đều làm giảm khả năng bú mẹ hiệu quả.¹⁰ Do đó, mọi nỗ lực để thực hiện trọn vẹn EENC, đặc biệt là trong các ca sinh mổ, sẽ mang lại lợi ích kép cho cả việc chăm sóc tức thì và nuôi dưỡng lâu dài cho trẻ.

Hạn chế của nghiên cứu: do thời gian nghiên cứu ngắn, cỡ mẫu nghiên cứu còn ít (171 đối tượng nghiên cứu) nên chưa có tính đại diện cao cho cả quần thể nhất là trong việc xác định các yếu tố liên quan.

V. KẾT LUẬN

Kết quả thực hiện chăm sóc sơ sinh thiết yếu sớm và nuôi con bằng sữa mẹ có sự cải thiện dần qua từng tháng triển khai. Tỷ lệ sinh mổ trong nghiên cứu tương đối cao và là yếu tố nguy cơ của việc không hoàn thành EENC cũng như trẻ bú mẹ không hoàn toàn trong thời gian nằm viện. Việc giảm tỷ lệ sinh mổ và tăng tỷ lệ hoàn thành EENC sẽ góp phần tăng tỷ lệ trẻ bú mẹ hoàn toàn trong bệnh viện cũng như

làm giảm gánh nặng chi phí y tế và chi phí an sinh xã hội.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. United Nations Inter-agency Group for Child Mortality Estimation. Levels and Trends in Child Mortality: Report 2019. UNICEF; 2019. <https://www.unicef.org/reports/levels-and-trends-child-mortality-report-2019>
2. Sankar MJ, Natarajan CK, Das RR, et al. When do newborns die? A systematic review of timing of overall and cause-specific neonatal deaths in developing countries. *J Perinatol Off J Calif Perinat Assoc.* 2016;36 Suppl 1(Suppl 1):S1-S11. doi:10.1038/jp.2016.27
3. Moore ER, Bergman N, Anderson GC, et al. Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants. *Cochrane Database Syst Rev.* 2016;11(11):CD003519. doi:10.1002/14651858.CD003519.pub4
4. McDonald SJ, Middleton P, Dowswell T, et al. Effect of timing of umbilical cord clamping of term infants on maternal and neonatal outcomes. *Cochrane Database Syst Rev.* 2013;2013(7):CD004074. doi:10.1002/14651858.CD004074.pub3
5. Bộ Y tế. Quyết định về việc phê duyệt tài liệu hướng dẫn chuyên môn chăm sóc thiết yếu bà mẹ, trẻ sơ sinh trong và ngay sau mổ lấy thai.; 2016.
6. Bộ Y tế. Quyết định về việc phê duyệt tài liệu hướng dẫn chuyên môn chăm sóc thiết yếu bà mẹ, trẻ sơ sinh trong và ngay sau đẻ. 2014.
7. Bộ Y tế. Bộ tiêu chí chất lượng bệnh viện Việt Nam.; 2016.
8. World Health Organization. Infant and Young Child Feeding: Model Chapter for Textbooks for Medical Students and Allied Health Professionals. World Health Organization; 2009. Accessed April 24, 2023
9. Trần Thị Thanh Thủy. Cải thiện thực hành nuôi con bằng sữa mẹ. Paper presented at: Hội thảo trực tuyến Chăm sóc sơ sinh thiết yếu sớm; February 15, 2022; Online.
10. Righard L, Alade MO. Effect of delivery room routines on success of first breast-feed. *Lancet Lond Engl.* 1990;336(8723):1105-1107. doi:10.1016/0140-6736(90)92579-7

Summary

OUTCOMES OF EARLY ESSENTIAL NEWBORN CARE AND BREASTFEEDING AT GIA LAM GENERAL HOSPITAL

Early Essential Newborn Care (EENC) and Breastfeeding (BF) are crucial interventions to reduce neonatal mortality. A cross-sectional descriptive study was conducted on 171 mother-infant pairs at Gia Lam General Hospital from May 2023 to September 2023. The results showed that the EENC completion rate was 84.2%, and the exclusive breastfeeding rate was 73.7%. The average skin-to-skin contact duration was 84.95 ± 29.02 minutes. Cesarean section was identified as the main risk factor for incomplete EENC. Meanwhile, the risk factors for non-exclusive breastfeeding included both cesarean section and prior failure to complete EENC. The study recommends implementing measures to reduce the rate of cesarean sections and to improve the quality of EENC implementation.

Keywords: Early Essential Newborn Care, EENC, Breastfeeding, Skin-to-skin contact, Gia Lam General Hospital.