

BỘ GIÁO DỤC & ĐÀO TẠO

BỘ Y TẾ

TRƯỜNG ĐẠI HỌC Y TẾ CÔNG CỘNG

NGUYỄN ĐÌNH DỰ

**ĐÁNH GIÁ HIỆU QUẢ MÔ HÌNH ĐÀO TẠO CÔ ĐỠ THÔN
BẢN NGƯỜI DÂN TỘC THIỂU SỐ THEO CHƯƠNG TRÌNH
18 THÁNG TẠI TỈNH HÀ GIANG**

LUẬN ÁN TIẾN SĨ Y TẾ CÔNG CỘNG

HÀ NỘI - 2015

BỘ GIÁO DỤC VÀ ĐÀO TẠO

BỘ Y TẾ

TRƯỜNG ĐẠI HỌC Y TẾ CÔNG CỘNG

NGUYỄN ĐÌNH DỰ

**ĐÁNH GIÁ HIỆU QUẢ MÔ HÌNH ĐÀO TẠO CÔ ĐỠ THÔN BẢN
NGƯỜI DÂN TỘC THIỂU SỐ THEO CHƯƠNG TRÌNH
18 THÁNG TẠI TỈNH HÀ GIANG**

CHUYÊN NGÀNH: Y TẾ CÔNG CỘNG

Mã số: 62.72.03.01

LUẬN ÁN TIẾN SĨ Y TẾ CÔNG CỘNG

**Hướng dẫn khoa học: PGS.TS. Bùi Thị Thu Hà
PGS.TS. Vũ Hoàng Lan**

HÀ NỘI - 2015

LỜI CAM ĐOAN

Tôi xin cam đoan đây là công trình nghiên cứu do chính tôi thực hiện. Các số liệu, kết quả trong luận án là trung thực và chưa được ai công bố trong bất kỳ công trình nào khác.

Tác giả

Nguyễn Đình Dự

LỜI CẢM ƠN

Tôi xin gửi lời cảm ơn chân thành nhất tới Ban Giám hiệu Trường Đại học Y tế công cộng, Phòng Đào tạo sau đại học, Bộ môn sức khỏe sinh sản các bạn đồng nghiệp và các Khoa - Phòng liên quan của Trường đã tạo điều kiện giúp đỡ tôi trong suốt quá trình học tập.

Tôi xin bày tỏ lòng biết ơn chân thành và sâu sắc tới Phó giáo sư, Tiến sĩ Bùi Thị Thu Hà và Phó giáo sư, Tiến sĩ Vũ Hoàng Lan, những người Thầy tâm huyết đã tận tình hướng dẫn, động viên khích lệ, dành nhiều thời gian hướng dẫn cho tôi trong quá trình thực hiện luận án.

Tôi xin gửi lời cảm ơn chân thành tới Sở Y tế tỉnh Hà Giang, Ủy ban nhân dân huyện Đồng Văn và Xín Mần, Trung tâm Chăm sóc sức khỏe sinh sản, Trung tâm Y tế huyện Đồng Văn và Xín Mần, đã ủng hộ, phối hợp, tạo điều kiện và chia sẻ thông tin, tài liệu cho tôi trong quá trình thực hiện luận án.

Cuối cùng, tôi xin gửi tấm lòng ân tình tới Gia đình, bố mẹ, vợ và các con tôi là nguồn động viên và truyền nhiệt huyết để tôi hoàn thành luận án.

Hà Nội, ngày tháng 01 năm 2016

MỤC LỤC

DANH MỤC CHỮ VIẾT TẮT	vi
DANH MỤC BẢNG	vii
DANH MỤC BIỂU ĐỒ	ix
TÓM TẮT NGHIÊN CỨU	0
ĐẶT VẤN ĐỀ	1
MỤC TIÊU NGHIÊN CỨU	4
1. Mục tiêu chung	4
2. Mục tiêu cụ thể	4
Chương 1	5
TỔNG QUAN TÀI LIỆU	5
1. Nhân lực cho LMAT	5
2. Chương trình làm mẹ an toàn	6
2.1. Bối cảnh ra đời	6
2.2. Nội dung về làm mẹ an toàn	29
2.3. Triển khai chương trình	30
3. Chương trình can thiệp giảm tử vong mẹ ở các vùng khó khăn	32
4. Các yếu tố ảnh hưởng tới hiệu quả can thiệp làm giảm TVM	45
5. Thực trạng về chương trình làm mẹ an toàn tại tỉnh Hà Giang	48
Chương 2	50
PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU	50
2.1. Đối tượng nghiên cứu	50
2.2. Thời gian và địa điểm nghiên cứu	50
2.2.1. Thời gian:	50
2.2.2. Địa điểm nghiên cứu: Thu thập số liệu ở tuyến tỉnh, huyện và xã	51
2.3. Thiết kế nghiên cứu	52
2.4. Mẫu và phương pháp chọn mẫu	54
2.5. Phương pháp thu thập số liệu	54
2.6. Phân tích số liệu	54
2.7. Biến số nghiên cứu và công cụ thu thập thông tin	55
2.8. Vấn đề đạo đức của nghiên cứu	56
2.9. Hạn chế của nghiên cứu, sai số và biện pháp khắc phục	56
Chương 3	57
KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU	57
3.1. Kết quả chương trình đào tạo cô đỡ thôn bản 18 tháng	57
3.1.1. Tổ chức đào tạo	57
3.1.2. Thực hiện đào tạo	61
3.1.3. Đánh giá kết quả đào tạo	66
3.2. Đánh giá kết quả hoạt động của cô đỡ thôn bản	71
3.2.1. Hoạt động của CĐTĐB tại cộng đồng	71
3.2.2. Cung cấp dịch vụ	72
3.2.3. Sử dụng dịch vụ y tế	79
3.2.4. Sử dụng dịch vụ tại cộng đồng	85
3.2.5. Tử vong mẹ, tai biến sản khoa, tử vong sơ sinh và bệnh sơ sinh	90
3.3. Phân tích một số yếu tố ảnh hưởng đến hoạt động của CĐTĐB	92
3.3.1. Môi trường chính sách	92
3.3.2. Môi trường văn hóa xã hội	98

Chương 4	100
BÀN LUẬN	100
4.1. Hiệu quả chương trình đào tạo cô đỡ thôn bản 18 tháng.....	100
4.1.1. Tổ chức đào tạo	100
4.1.2. Thực hiện đào tạo	102
4.1.3. Đánh giá kết quả đào tạo.....	104
4.2. Kết quả hoạt động của Cô đỡ thôn bản.....	107
4.3. Một số yếu tố ảnh hưởng đến hoạt động của CĐTĐ.....	111
4.4. Một số hạn chế của nghiên cứu.....	114
Chương 5	116
KẾT LUẬN	116
5.1. Hiệu quả chương trình đào tạo CĐTĐ.....	116
5.2. Hoạt động của cô đỡ thôn bản tại địa phương	116
5.3. Một số yếu tố ảnh hưởng đến hoạt động của CĐTĐ tại địa phương.....	116
Chương 6	118
KHUYẾN NGHỊ	118
1. Bộ Y tế.....	118
2. UBND tỉnh.....	118
3. Nhà tài trợ	118
TÀI LIỆU THAM KHẢO	119
Tiếng Việt	119
Tiếng Anh	120
Phụ lục 1: Phiếu hỏi tự điền cho CĐTĐ.....	124
Phụ lục 2. Hướng dẫn phỏng vấn sâu và thảo luận nhóm	130
Phụ lục 2.1. Hướng dẫn PVS cán bộ QLYT tại tỉnh và huyện	130
Phụ lục 2.2. Hướng dẫn PVS nhóm giảng viên	132
Phụ lục 2.3. Hướng dẫn PVS nhóm giám sát viên.....	134
Phụ lục 2.4. Hướng dẫn TLN cán bộ quản lý y tế tuyến Huyện.....	136
Phụ lục 2.5. Hướng dẫn phỏng vấn sâu cô đỡ thôn bản	138
Phụ lục 2.6. Hướng dẫn PVS Nữ hộ sinh của trạm y tế xã.....	140
Phụ lục 2.7. Hướng dẫn thảo luận nhóm ban ngành đoàn thể tại xã.....	141
Phụ lục 2.8. Hướng dẫn thảo luận nhóm bà mẹ có con dưới ≤ 1 tuổi.....	143
Phụ lục 2.9. Hướng dẫn phỏng vấn phụ nữ có thai.....	145
Phụ lục 2.10. Hướng dẫn phỏng vấn bà mẹ có con dưới ≤ 1 tuổi.....	147
Phụ lục 3. Bảng kiểm	150
Phụ lục 3.1. Bảng kiểm quan sát kỹ năng của cô đỡ thôn bản.....	150
Phụ lục 3.2. Bảng kiểm rà soát các tài liệu liên quan đến đào tạo.....	154
Phụ lục 3.3. Bảng kiểm rà soát khung pháp lý cho việc triển khai mô hình	155
Phụ lục 3.4. Bảng kiểm đánh giá kiến thức kỹ năng về LMAT PNCT.....	156
Phụ lục 3.5. Bảng kiểm đánh giá KTKN về LMAT của BM có con ≤ 1 tuổi.....	158
Phụ lục 4. Cách chấm điểm đánh giá kiến thức của cô đỡ thôn bản.....	161
Phụ lục 5. Danh sách đối tượng và địa bàn nghiên cứu	163

DANH MỤC CHỮ VIẾT TẮT

BPTT	Biện pháp tránh thai
BVTD	Bệnh viện Từ Dũ
BYT	Bộ Y tế
CĐTB	Cô đỡ thôn bản
CBYT	Cán bộ y tế
CSBMTE	Chăm sóc bà mẹ trẻ em
CSSK	Chăm sóc sức khỏe
CSSKBĐ	Chăm sóc sức khỏe ban đầu
CSSS	Chăm sóc sơ sinh
CSTS	Chăm sóc trước sinh
CSYT	Cơ sở y tế
GDSK	Giáo dục sức khỏe
GSK	Glaxo Smith Kline
GSV	Giám sát viên
YSSN	Y sỹ sản nhi
KHHGD	Kế hoạch hóa gia đình
LMAT	Làm mẹ an toàn
MDG5	Mục tiêu thiên niên kỷ 5
NHS	Nữ hộ sinh
PNCT	Thụ nữ có thai
PVS	Phòng vấn sâu
SYT	Sở Y tế
SKTD	Sức khỏe tình dục
TTBYT	Trang thiết bị y tế
TLN	Thảo luận nhóm
TTHYT	Trường Trung học y tế
TVM	Tử vong mẹ
UBND	Ủy ban nhân dân
UNFPA	Quỹ Dân số Liên hợp quốc
UNICEF	Quỹ nhi đồng liên hợp quốc
WHO	Tổ chức Y tế thế giới

DANH MỤC BẢNG

<i>Bảng 1. Các con số ước tính tỉ số tử vong mẹ, nguy cơ tử vong mẹ</i>	Tr.7
<i>Bảng 2. Tỉ số TVM/100.000 trẻ đẻ sống TG từ năm 1990 đến năm 2010</i>	9
<i>Bảng 3. Tỷ số tử vong mẹ từ các nguồn khác nhau</i>	12
<i>Bảng 4. Những nguyên nhân chủ yếu gây tử vong mẹ trên thế giới</i>	17
<i>Bảng 5. Thời gian thu thập thông tin</i>	51
<i>Bảng 6. Danh sách các xã tiến hành nghiên cứu</i>	52
<i>Bảng 7. Thông tin chung về cô đỡ thôn bản được điều tra tại hai huyện</i>	57
<i>Bảng 8. Hoạt động chuẩn bị thực hiện chương trình đào tạo</i>	59
<i>Bảng 9. Học viên đánh giá về nội dung của khóa học</i>	63
<i>Bảng 10. Học viên đánh giá PP, nội dung, thời gian giảng dạy</i>	64
<i>Bảng 11. Đánh giá về trang thiết bị và tài liệu học tập</i>	66
<i>Bảng 12. Kết quả lượng giá trong khóa học</i>	66
<i>Bảng 13. Kiến thức cô đỡ thôn bản</i>	67
<i>Bảng 14. Kết quả đánh giá kỹ năng CDTB về 4 thủ thuật cơ bản</i>	68
<i>Bảng 15. Kỹ năng truyền thông thay đổi hành vi cho bà mẹ</i>	70
<i>Bảng 16. Năng lực duy trì và sự hài lòng</i>	71
<i>Bảng 17. Khám thai bình thường và PH bất thường chuyển tuyến</i>	72
<i>Bảng 18. Đỡ đẻ rơi, đỡ đẻ tại nhà và trạm y tế</i>	73
<i>Bảng 19. Phát hiện chuyển dạ có nguy cơ, chuyển tuyến, CS sau sinh</i>	74
<i>Bảng 20. Chăm sóc mẹ và bé</i>	76
<i>Bảng 21. Tư vấn thực hiện kế hoạch hoá gia đình</i>	77
<i>Bảng 22. Hoạt động của cô đỡ thôn bản tại cộng đồng</i>	78
<i>Bảng 23. Nhận viết của PNCT và bà mẹ có con ≤ 1 tuổi về CDTB</i>	79
<i>Bảng 24. Nhận dịch vụ từ CDTB</i>	81
<i>Bảng 25. Sử dụng các dịch vụ CDTB cung cấp</i>	82
<i>Bảng 26. Xu hướng chuyển tuyến</i>	83
<i>Bảng 27. Sử dụng các biện pháp tránh thai</i>	85

<i>Bảng 28. Tỷ lệ khám thai ≥ 3 lần</i>	86
<i>Bảng 29. Tỷ lệ bà mẹ đẻ tại Trạm Y tế</i>	88
<i>Bảng 30. Tỷ lệ bà mẹ đẻ do cán bộ y tế đỡ</i>	88
<i>Bảng 31. Số ca chuyển tuyến</i>	89
<i>Bảng 32. Tử vong sơ sinh và bệnh trẻ sơ sinh</i>	90
<i>Bảng 33. Chính sách hiện hành</i>	92
<i>Bảng 34. Tuyển dụng, sử dụng, giám sát</i>	93
<i>Bảng 35. Thù lao đãi ngộ và mong muốn của CDTB sau khi tốt nghiệp</i>	95
<i>Bảng 36. Chi trả dịch vụ</i>	97
<i>Bảng 37. Tham gia chuyển tuyến của cộng đồng</i>	98

DANH MỤC BIỂU ĐỒ

<i>Biểu đồ 1. Tỷ số tử vong mẹ theo các vùng</i>	Tr.13
<i>Biểu đồ 2. Tỷ số tử vong mẹ</i>	14
<i>Biểu đồ 3. Tỷ suất tử vong mẹ ở Việt Nam 1990-2013</i>	16
<i>Biểu đồ 4: So sánh tỷ lệ sinh có nhân viên y tế và tỷ suất tử vong mẹ giữa các vùng</i>	17
<i>Biểu đồ 5. Độ tuổi trung bình và kết hôn của CĐTĐ</i>	58
<i>Biểu đồ 6. Kiến thức của CĐTĐ khuyến PNCT chuẩn bị sinh con</i>	68
<i>Biểu đồ 7. Tỷ lệ CĐTĐ hài lòng với công việc hiện tại</i>	71
<i>Biểu đồ 8. Nhận biết của PNCT và bà mẹ có con ≤ 1 tuổi về CĐTĐ</i>	80
<i>Biểu đồ 9. PNCT và bà mẹ có con ≤ 1 tuổi nhận dịch vụ từ CĐTĐ</i>	81
<i>Biểu đồ 10. Địa điểm sinh con của các bà mẹ trong 3 năm</i>	84
<i>Biểu đồ 11. Tỷ lệ khám thai TB ≥ 3 lần trong thời kỳ thai nghén</i>	87
<i>Biểu đồ 12. Tỷ lệ bà mẹ đẻ tại trạm y tế</i>	88
<i>Biểu đồ 13. Tỷ lệ các bà mẹ đẻ có CBYT đỡ</i>	89
<i>Biểu đồ 14. Tình hình tuyển dụng CĐTĐ nằm trong HT Y tế thôn bản</i>	94

TÓM TẮT NGHIÊN CỨU

Cô đỡ thôn bản (CĐTĐ) là tuyến đầu tiên tiếp xúc với nhân dân, đóng vai trò quan trọng trong công tác chăm sóc sức khỏe ban đầu (CSSKBĐ); họ là những người gần dân nhất, sống ngay tại thôn bản, nắm chắc được tình hình bệnh tật, đời sống của mỗi gia đình đồng thời CĐTĐ là tai mắt, là cánh tay, là đôi chân của Trạm y tế xã trong hoạt động CS&BVSK cho nhân dân. Vì vậy CĐTĐ có ý nghĩa quan trọng và rất cần thiết trong chăm sóc sức khỏe sinh sản, nhất là ở khu vực vùng sâu, vùng xa vùng có nhiều đồng bào dân tộc thiểu số sinh sống và có tỷ lệ đẻ tại nhà cao. Điều này còn có ý nghĩa quan trọng hơn nữa về mặt chính trị-xã hội, đó là bảo đảm cho mọi người dân được CSSK cơ bản với chi phí thấp, góp phần thực hiện công bằng xã hội, xóa đói giảm nghèo. Ngày 10/01/2013 Thủ tướng Chính phủ đã ban hành Quyết định số 122/QĐ-TTg về việc phê duyệt chiến lược quốc gia bảo vệ, chăm sóc và nâng cao sức khỏe nhân dân giai đoạn 2011-2020 tầm nhìn đến năm 2030, đã chỉ rõ bảo đảm người dân được hưởng dịch vụ CSSKBĐ, mở rộng tiếp cận và sử dụng dịch vụ có chất lượng. Năm 2009-2011 với sự hỗ trợ kinh phí của UNFPA, UBND tỉnh Hà Giang và các tổ chức, cá nhân đồng thời có sự hướng dẫn về kỹ thuật của Bộ Y tế. Tỉnh Hà Giang đã đào tạo được 29 CĐTĐ là người dân tộc thiểu số, thời gian đào tạo 18 tháng; đối tượng tuyển chọn đào tạo có trình độ văn hoá không cao, nhưng có lòng nhiệt tình và cam kết làm việc hỗ trợ cộng đồng; mặc dù đã được đào tạo nhưng khi trở về địa phương các CĐTĐ có hoạt động không, người dân có được sử dụng dịch vụ LMAT do CĐTĐ cung cấp không? Để trả lời cho những câu hỏi trên chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài: ***Đánh giá hiệu quả mô hình đào tạo cô đỡ thôn bản người dân tộc thiểu số chương trình 18 tháng tại tỉnh Hà Giang***; nghiên cứu được tiến hành từ tháng 01/2013 đến 12/2014; nghiên cứu tiến hành trên 26 CĐTĐ được đào tạo; PNCT, bà mẹ có con ≤ 1 tuổi, nhà quản lý tuyến tỉnh, huyện, xã và nhóm giảng viên tuyến tỉnh. Phương pháp nghiên cứu, sử dụng khung lý thuyết Kirk Patrick về đánh giá chương trình đào tạo, từ tổ chức đến đầu vào, đầu ra và kết quả. Kết quả nghiên cứu sẽ cung cấp thông tin cho nhà quản lý, lập kế hoạch, xây dựng chính sách đào tạo và sử dụng CĐTĐ, hướng tới giảm TVM tại các xã, thôn/bản đặc biệt khó khăn của tỉnh Hà Giang.

ĐẶT VẤN ĐỀ

Giảm tử vong mẹ (TVM) là những mục tiêu quan trọng nhất của Mục tiêu thiên niên kỷ 5 (MDG 5). Trên thế giới ở các nước đang phát triển, mang thai và sinh đẻ là những nguyên nhân hàng đầu gây tử vong, bệnh tật và tàn tật ở phụ nữ trong độ tuổi sinh đẻ. Theo số liệu công bố năm 2010 của UNFPA, WHO, UNICEF và Ngân hàng Thế giới, trên phạm vi toàn cầu ước tính có khoảng 287.000 ca tử vong mẹ; tiểu vùng Sahara châu Phi (56%) và Nam Á (29%), chiếm 85% gánh nặng toàn cầu (245.000 ca tử vong mẹ); Ở cấp quốc gia, Ấn Độ 19% (56.000) và Nigeria 14% (40.000) hai nước chiếm một phần ba số ca tử vong mẹ trên toàn cầu[52].

Ở Việt Nam tỷ suất tử vong mẹ (TVM) đã giảm từ 233/100.000 (1990) xuống 165/100.000 (2001) và xuống còn 63/100.000 năm 2006-2007 [66] và 69/100.000 vào năm 2009 [60]. Tuy nhiên, có sự chênh lệch lớn giữa các vùng miền về TVM [66]. Ở các khu vực miền núi, khó khăn TVM cao hơn so với đồng bằng khoảng 2,5 → 3 lần (108 so với 36/100 000 trẻ đẻ sống). Kết quả điều tra tại 14 tỉnh năm 2007-2008 cho thấy TVM rất cao ở các vùng Tây Bắc (242/100.000), Tây Nguyên (108/100.000) và Đông Bắc (86/100.000) [75]. Theo số liệu thống kê Bộ Y tế thì tỷ lệ phụ nữ có thai được khám đủ 3 lần trong 3 thời kỳ thai nghén và khi đẻ có cán bộ y tế được đào tạo đỡ đẻ tăng dần trong những năm gần đây và đặc biệt là Việt Nam sẽ đạt được mục tiêu vào năm 2015. Tuy nhiên, phân tích sâu từ điều tra MICS 2000, 2006 và 2010 cho thấy tỷ lệ phụ nữ có thai được khám thai và tỷ lệ các ca đẻ có cán bộ được đào tạo đỡ có sự chênh lệch giữa các vùng miền. Tỷ lệ này thấp hơn hẳn ở khu vực miền núi, khó khăn và người dân tộc thiểu số. Hơn thế nữa chất lượng của khám thai còn chưa đạt chuẩn quốc gia về sức khỏe sinh sản [61], [62].

Báo cáo rà soát về người đỡ đẻ có kỹ năng tại Việt Nam năm 2009 cho thấy rằng, mặc dù tỷ lệ đẻ tại các cơ sở y tế cao tới 87,7%, nhưng có sự khác biệt lớn giữa các vùng miền. Tỷ lệ đẻ tại nhà vẫn còn cao ở những vùng miền núi, có nhiều dân tộc thiểu số, đường xa, kinh tế khó khăn cộng với phong tục tập quán lạc hậu là những yếu tố cản trở cơ bản trong việc sinh con tại cơ sở y tế [71]. Các

nghiên cứu cũng chỉ ra rằng có mối liên quan mật thiết giữa tỷ suất TVM với tập quán sinh con tại nhà, số lần sinh con và trình độ học vấn của bà mẹ TVM ở những phụ nữ sinh con lần thứ 3 trở lên cao gấp 5,6 lần so với phụ nữ sinh con lần thứ hai trở xuống, sinh tại nhà tử vong cao gấp trên 5 lần so với đẻ tại cơ sở y tế. TVM ở phụ nữ mù chữ hoặc chỉ biết đọc, biết viết cũng cao gấp gần 2,5 lần so với phụ nữ có trình độ tiểu học. Mặt khác kết quả khảo sát mạng lưới chăm sóc sức khỏe sinh sản (SKSS) của Bộ Y tế năm 2010 cho thấy có sự thiếu hụt trầm trọng cán bộ y tế được đào tạo về sản khoa bao gồm cả chăm sóc trẻ sơ sinh ở khu vực miền núi [69]. Có 8% số trạm y tế xã chưa có y sĩ sản nhi hoặc hộ sinh trung học trở lên. Đặc biệt tại 62 huyện nghèo vẫn còn 15,4% trạm y tế chưa có y sĩ sản nhi hoặc nữ hộ sinh trung học.

Để có các biện pháp thực hiện nhằm làm giảm tỷ lệ tử vong mẹ, Tổ chức Y tế thế giới (WHO) đã đưa ra Chiến lược hiệu quả giảm tử vong mẹ được khuyến nghị bao gồm: (1) đào tạo người đỡ đẻ có kỹ năng; (2) đảm bảo cung cấp dịch vụ cấp cứu sản khoa thiết yếu cơ bản và toàn diện và (3) thực hiện tốt chương trình kế hoạch hoá gia đình [44].

Ở Việt Nam Chiến lược quốc gia về chăm sóc sức khỏe sinh sản mà Việt Nam cam kết hướng tới là sự công bằng và hiệu quả; Bộ Y tế có kế hoạch hành động về sức khỏe sinh sản và làm mẹ an toàn giai đoạn 2012-2020 đã đề ra mục tiêu “Tăng cường tiếp cận các dịch vụ có chất lượng về chăm sóc sức khỏe bà mẹ trước, trong và sau sinh, ưu tiên những vùng khó khăn/đặc biệt khó khăn nhằm thu hẹp sự chênh lệch giữa các vùng miền”. Mục tiêu phấn đấu đạt TVM vào 2015 là 58,3/100.000 trẻ đẻ sống, trong đó sự chênh lệch giữa miền núi và đồng bằng sẽ giảm từ 72 xuống 55/100.000 vào 2015; tỷ lệ phụ nữ có thai được khám thai ít nhất 3 lần sẽ tăng từ 79,2 lên 87%; và chênh lệch giữa miền núi và đồng bằng sẽ giảm từ 30% xuống 25% vào 2015; tỷ lệ ca đẻ được cán bộ y tế qua đào tạo đỡ tăng lên 97% vào 2015, giảm chênh lệch miền núi và đồng bằng từ 19% xuống 14% vào 2015[70].

Hà Giang là tỉnh miền núi cực Bắc của Tổ Quốc, là tỉnh nghèo có 6/62

huyện nghèo nhất trên cả nước (Huyện Đồng Văn và Xín Mần, địa bàn thực hiện nghiên cứu là thuộc diện 2/6 huyện nghèo của tỉnh Hà Giang), kinh tế chậm phát triển, giao thông đi lại không thuận lợi, có nhiều dân tộc thiểu số sinh sống, phong tục tập quán lạc hậu tỷ lệ mà mẹ thiếu các thông tin về chăm sóc sức khỏe nói chung và đặc biệt trong lĩnh vực làm mẹ an toàn nói riêng. Trong những năm qua ngành y tế Hà Giang đã quan tâm và củng cố hệ thống mạng lưới y tế cơ sở đến các thôn bản, nhưng phần lớn hệ thống nhân viên y tế thôn bản của tỉnh Hà Giang là nam giới nên khó tiếp cận với PNCT và bà mẹ trong khám thai, đỡ đẻ và thực hiện các hoạt động tuyên truyền vận động về KHHGD,...

Một trong những giải pháp quan trọng để thực hiện kế hoạch hành động đối với các thôn bản thuộc vùng khó khăn nơi có tỷ lệ đẻ tại nhà cao là mở rộng hình đào tạo và sử dụng cô đỡ thôn bản, ưu tiên lựa chọn nữ nhân viên y tế thôn bản người dân tộc thiểu số để đào tạo thành cô đỡ thôn bản [70]. Năm 2009-2011 được sự hỗ trợ tài chính của UNFPA, UBND tỉnh Hà Giang và các nhà hảo tâm; tỉnh Hà Giang đã đào tạo được 29 CĐTĐB người dân tộc thiểu số (Lớp UNFPA tài trợ kinh phí đào tạo gọi tắt là lớp UNFPA; lớp do UBND tỉnh và các tổ chức tập thể, cá nhân khác hỗ trợ kinh phí gọi tắt là lớp của UBND tỉnh), sau khi kết thúc khoá đào tạo các CĐTĐB đã trở về địa phương công tác. Để có bằng chứng về kết quả triển khai mô hình thí điểm đào tạo CĐTĐB người dân tộc thiểu số, mục đích nhằm cung cấp cho các nhà hoạch định chính sách về hiệu quả của mô hình; tôi tiến hành nghiên cứu đề tài ***“Đánh giá hiệu quả mô hình đào tạo cô đỡ thôn bản 18 tháng người dân tộc thiểu số tỉnh Hà Giang”*** với các mục tiêu cụ thể như sau:

MỤC TIÊU NGHIÊN CỨU

1. Mục tiêu chung

Đánh giá hiệu quả mô hình đào tạo cô đỡ thôn bản người dân tộc thiểu số chương trình 18 tháng tại tỉnh Hà Giang để cung cấp bằng chứng cho nhà hoạch định chính sách về mô hình cô đỡ thôn bản tại các địa bàn khó khăn của tỉnh Hà Giang.

2. Mục tiêu cụ thể

2.1. Đánh giá kết quả đào tạo cô đỡ thôn bản người dân tộc thiểu số chương trình 18 tháng tại 2 huyện tỉnh Hà Giang.

2.2. Đánh giá hoạt động của cô đỡ thôn bản người dân tộc sau đào tạo chương trình 18 tháng tại 2 huyện tỉnh Hà Giang.

2.3. Phân tích một số yếu tố ảnh hưởng đến hoạt động của cô đỡ thôn bản sau đào tạo.

Chương 1

TỔNG QUAN TÀI LIỆU

1.1. Nhân lực cho LMAT

a) Chiến lược toàn cầu

Chiến lược hiệu quả giảm tử vong mẹ được WHO khuyến nghị bao gồm: (1) đào tạo người đỡ đẻ có kỹ năng; (2) đảm bảo cung cấp dịch vụ cấp cứu sản khoa thiết yếu cơ bản và toàn diện và (3) thực hiện tốt chương trình kế hoạch hoá gia đình [44]. Kế hoạch hành động về sức khoẻ sinh sản và làm mẹ an toàn 2012-2020 của BYT đã đề ra mục tiêu phải tăng “Tăng cường tiếp cận các dịch vụ có chất lượng về chăm sóc sức khỏe bà mẹ trước, trong và sau sinh, ưu tiên những vùng khó khăn/đặc biệt khó khăn nhằm thu hẹp sự chênh lệch giữa các vùng miền”. Mục tiêu phấn đấu đạt TVM vào 2015 là 58,3/100.000 trẻ đẻ sống, trong đó sự chênh lệch giữa miền núi và đồng bằng sẽ giảm từ 72 xuống 55/100.000 vào 2015. Tỷ lệ phụ nữ có thai được khám thai ít nhất 3 lần sẽ tăng từ 79,2 lên 87%; và chênh lệch giữa miền núi và đồng bằng sẽ giảm từ 30 xuống 25% vào 2015; tỷ lệ ca đẻ được cán bộ y tế qua đào tạo đỡ tăng lên 97% vào 2015, giảm chênh lệch miền núi và đồng bằng từ 19 xuống 14% vào 2015 [70].

Một trong những giải pháp quan trọng để thực hiện kế hoạch hành động đối với các thôn bản thuộc vùng khó khăn nơi có tỷ lệ đẻ tại nhà cao là mở rộng hình thức đào tạo và sử dụng cô đỡ thôn bản, ưu tiên lựa chọn nữ nhân viên y tế thôn bản người dân tộc thiểu số để đào tạo thành cô đỡ thôn bản [70]. Mô hình CĐTĐ đã được bệnh viện Từ Dũ triển khai từ năm 1996 với đề án Đào tạo 500 cô đỡ thôn bản người dân tộc thiểu số cho các vùng đặc biệt khó khăn khu vực Duyên hải miền Trung và Tây nguyên theo chương trình đào tạo 6-9 tháng. Năm 2009, BYT đã triển khai thí điểm chương trình đào tạo CĐTĐ 18 tháng với sự hỗ trợ tài chính của UNFPA tại Hà Giang, Ninh Thuận và Kon Tum. Tuy nhiên báo cáo đánh giá được thực hiện năm 2010 cho thấy việc thực hiện công việc CĐTĐ còn hạn chế do chưa có đủ thời gian theo dõi. Riêng tại Hà Giang, có hai khoá đào tạo được thực hiện với tổng số 29 CĐTĐ, do một phần kinh phí của tỉnh tự đầu tư [59].

b) Các giải pháp ở Việt Nam

Đối với các thôn, bản thuộc vùng đặc biệt khó khăn, nơi có tỷ lệ đẻ tại nhà cao: Tăng cường nhân lực chăm sóc hộ sinh cho các thôn bản vùng đặc biệt khó khăn (dân tộc, miền núi), nơi có tỷ lệ đẻ tại nhà cao thông qua mở rộng hình thức đào tạo và sử dụng cô đỡ thôn bản, ưu tiên lựa chọn nữ nhân viên y tế thôn bản người dân tộc thiểu số để đào tạo thành cô đỡ thôn bản; chuẩn hóa chương trình, tài liệu đào tạo, ban hành chính sách tuyển dụng và hỗ trợ cô đỡ thôn bản đã qua đào tạo. Đối với tuyến xã: bổ sung số lượng nhân lực sản nhi thông qua việc tăng cường tuyển dụng, luân chuyển hộ sinh và đào tạo bổ sung kiến thức, kỹ năng hộ sinh cho cán bộ trực tiếp làm công tác đỡ đẻ tại các trạm y tế xã, phòng khám đa khoa khu vực, ưu tiên các cơ sở có đỡ đẻ tại các vùng khó khăn về địa lý; tăng cường đào tạo liên tục nhằm nâng cao năng lực cho cán bộ y tế đang làm công tác đỡ đẻ theo hướng đạt được các tiêu chuẩn của người đỡ đẻ có kỹ năng. Đối với tuyến huyện: bổ sung số lượng thông qua tăng cường tuyển dụng, luân chuyển bác sỹ chuyên khoa sản, nhi đào tạo bác sỹ đa khoa thành bác sỹ chuyên khoa định hướng sản và nhi, đặc biệt ưu tiên các huyện có khó khăn về địa lý; tăng cường đào tạo liên tục cho cán bộ y tế trực tiếp làm công tác đỡ đẻ để đạt được tiêu chuẩn của người đỡ đẻ để có kỹ năng, ưu tiên các huyện có khó khăn về địa lý; tập trung đào tạo cán bộ theo kịp đáp ứng yêu cầu của từng gói dịch vụ kỹ thuật về cấp cứu sản khoa và chăm sóc sơ sinh (phẫu thuật cấp cứu sản khoa; truyền máu an toàn; chăm sóc, điều trị, cấp cứu và hồi sức sơ sinh).

1.2. Chương trình làm mẹ an toàn

1.2.1. Bối cảnh ra đời

a) Tử vong mẹ trên thế giới và ở Việt Nam

* Trên thế giới: Ở các nước đang phát triển, mang thai và sinh đẻ là những nguyên nhân hàng đầu gây tử vong, bệnh tật và tàn tật ở phụ nữ trong độ tuổi sinh đẻ. Theo con số công bố năm 2010 hợp tác giữa UNFPA, WHO, UNICEF và Ngân hàng Thế giới Trên phạm vi toàn cầu ước tính có khoảng 287.000 ca tử vong mẹ xảy ra trong năm 2010, giảm 47 % so với thời điểm năm 1990; Tiểu vùng Sahara

châu Phi (56%) và Nam Á (29%) chiếm 85% gánh nặng toàn cầu (245.000 ca tử vong mẹ) trong năm 2010; Ở cấp quốc gia, hai nước chiếm một phần ba số ca tử vong mẹ trên toàn cầu; Ấn Độ ở mức 19% (56.000) và Nigeria ở mức 14% (40.000).

Tỉ số tử vong mẹ trên toàn thế giới trong năm 2010 là rất cao 210 ca tử vong mẹ trên 100.000 trẻ đẻ sống, giảm 400 bà mẹ chết trên 100.000 trẻ đẻ sống so với năm 1990. Tỉ số tử vong mẹ các nước trong khu vực đang phát triển (240) cao hơn 15 lần so với trong khu vực phát triển (16). Châu Phi cận Sahara có tỉ số tử vong mẹ cao nhất 500 ca tử vong mẹ trên 100.000 trẻ đẻ sống, trong khi Đông Á là thấp nhất trong số tử vong mẹ vùng đang phát triển, 37 bà mẹ chết trên 100.000 trẻ đẻ sống. Các nước phát triển tỉ số tử vong mẹ trên 100.000 trẻ đẻ sống theo thứ tự giảm dần Nam Á (220), châu Đại dương (200), Đông Nam Á (150), châu Mỹ Latin và vùng Caribbean (80), Bắc Phi (78), Tây Á (71) và vùng Caucasus và Trung Á (46) chi tiết thể hiện qua bảng dưới đây:

Bảng 1. Các con số ước tính tỉ số tử vong mẹ, nguy cơ tử vong mẹ và khoảng dao động phân theo các khu vực của Mục tiêu Thiên niên kỷ Liên hiệp quốc, 2010.

Khu vực	MMR (Tỷ số TVM)	Khoảng dao động của (TSTVM)		Số trường hợp TV mẹ	Nguy cơ TV mẹ (1 trên...)
		UL dưới	UL trên		
Trên toàn thế giới	210	170	300	287.000	180
Các khu vực phát triển	16	14	18	2200	3800
Các KV đang phát triển	240	190	330	284000	150
Bắc Phi	78	52	120	2800	470
Cận Sahara	500	400	750	162000	39
Đông Á	37	24	58	6400	1700

Khu vực	MMR (Tỷ số TVM)	Khoảng dao động của (TSTVM)		Số trường hợp TV mẹ	Nguy cơ TV mẹ (1 trên...)
		UL dưới	UL trên		
Đông Á (không bao gồm Trung Quốc)	45	27	85	400	1500
Nam Á	220	150	310	8300	160
Nam Á (không bao gồm Ấn Độ)	240	160	380	28000	140
Đông Nam Á	150	100	220	17000	290
Tây Á	71	48	110	3500	430
Caucasus and Trung Á	46	37	62	750	850
Châu Mỹ La tinh và Caribe	80	68	99	8800	520
Châu Mỹ La tinh	72	61	88	7400	580
Caribbean	190	140	290	1400	220
Châu Đại dương	200	98	430	510	130

(Nguồn: Tỷ số tử vong bà mẹ năm 2010/WHO, UNICEF, UNFPA và World Bank)

Tỉ số tử vong mẹ giữa các nước giàu và nước nghèo có sự chênh lệch rất lớn. Tính đến thời điểm năm 2010 tổng cộng có 40 quốc gia có tỉ số tử vong mẹ cao (tử vong mẹ ≥ 300 ca trên 100.000 trẻ đẻ sống gọi là mức cao). Chad và Somalia tỉ số tử vong mẹ rất cao (≥ 1.000 bà mẹ chết trên 100.000 trẻ đẻ sống) giao động mức tương ứng 1.100 và 1.000; tám nước tỉ số tử vong mẹ cao là: Sierra Leone (890), Cộng hòa Trung Phi (890), Burundi (800), Guinea-Bissau (790), Liberia (770), Sudan (730), Cameroon (690) và Nigeria (630). Mặc dù hầu hết các nước châu Phi cận Sahara có tỉ số tử vong mẹ cao, Mauritius (60), Sao Tome và Principe (70) và Cape Verde (79) tỉ số tử vong mẹ nằm trong nhóm gọi là có tỉ số tử vong thấp (có 20-99 ca tử vong mẹ trên 100.000 trẻ đẻ sống là mức thấp); trong khi

đó Botswana (160), Djibouti (200), Namibia (200), Gabon (230), Guinea Xích Đạo (240), Eritrea (240) và Madagascar (240) có tỉ số tử vong mẹ vừa phải (100-299 ca tử vong mẹ trên 100.000 trẻ đẻ sống). Chỉ có bốn quốc gia bên ngoài khu vực châu Phi cận Sahara có tỉ số tử vong mẹ cao: Cộng hòa Dân chủ Nhân dân Lào (470), Afghanistan (460), Haiti (350) và Đông Timor (300) [52].

Bảng 2. Tỉ số tử vong mẹ trên 100.000 trẻ đẻ sống thời gian từ năm 1990 đến năm 2010

Khu vực	Tỉ số tử vong mẹ qua các năm					% thay đổi từ 1990 - 2010	% thay đổi hàng năm (từ 1990-2010)
	1990	1995	2000	2005	2010		
Thế giới	400	360	320	260	210	-47	-3.1
Các khu vực phát triển	2	2	1	1	1	-39	-2.5
	6	0	7	5	6		
Các khu vực đang phát triển	440	400	350	290	240	-47	-3.1
Châu Phi	760	740	670	570	460	-39	-2.5
Bắc Phi	230	170	120	93	78	-66	-5.3
Châu Phi cận Sahara	850	820	740	630	500	-41	-2.6
Đông Phi	800	770	680	570	450	-45	-29
Trung Phi	910	900	810	710	600	-34	-21
Nam Phi	260	270	350	370	300	19	0.9
Tây Phi	970	930	830	700	550	-44	-2.8
Châu Á	400	320	270	200	150	-61	-47

Khu vực	Tỉ số tử vong mẹ qua các năm					% thay đổi từ 1990 - 2010	% thay đổi hàng năm (từ 1990-2010)
	1990	1995	2000	2005	2010		
Đông Á	120	83	61	45	37	-69	-5.7
Đông Á không bao gồm Trung Quốc	53	72	64	49	45	-15	-0.8
Nam Á	590	490	400	290	220	-64	-49
Phía nam Châu Á không kể Ấn Độ	590	500	410	320	240	-59	-4.4
Đông Nam Á	410	300	240	190	150	-63	-49
Tây Á	170	140	110	88	71	-57	-4.2
Caucasus và Trung Á	71	74	62	51	46	-35	-21
Mỹ Latinh và Caribbean	140	120	100	88	80	-41	-2.6
Mỹ Latinh	130	110	96	80	72	-43	-28
Caribbean	280	250	220	210	190	-30	-1.8
Châu Đại Dương	320	280	260	230	200	-38	-24

(Nguồn: Tỷ số tử vong bà mẹ năm 2010/WHO, UNICEF, UNFPA và World Bank)

Số liệu giảm tỉ số tử vong mẹ qua các năm từ năm 1990 đến năm 2010 các khu vực đều đều giảm theo các năm trừ Nam Phi không giảm hàng năm thậm chí còn tăng cao hơn so với giai đoạn đầu đánh giá tương ứng năm 1990 đến năm 2010

(260- 300); Các quốc gia có tỷ lệ giảm cao gồm Châu Á, Đông Á, Nam Á,...[52].

* **Tử vong mẹ Ở Việt Nam:** Tỷ lệ tử vong mẹ (MMR) Mục tiêu của Việt Nam là giảm tỷ lệ tử vong mẹ từ 233/100.000 năm 1990 xuống còn 58.3/100.000 vào năm 2015 [42] và Việt Nam đã thực hiện có sự tiến bộ đáng kể trong việc đạt được mục tiêu này. Tổng điều tra năm 2009 cho thấy tỉ suất tử vong mẹ là 69/100.000 trong năm 2009 [24] và tỷ lệ giảm hàng năm là 8.4/100.000. Kết quả là phù hợp với ước tính của WHO, UNICEF, UNFPA và Ngân hàng Thế giới và tính toán của họ cho thấy rằng MMR ở Việt Nam là 59/100.000 trong năm 2010 với tỷ lệ giảm hàng năm 4.5-5.5/100.000[46], [53]. Để đạt được các mục tiêu MDG 5, mức giảm trung bình hàng năm của tỷ số tử vong mẹ từ 2009 đến 2015 cần giảm 1.7/100.000. Tuy nhiên, trong giai đoạn 2006-2009 hầu như không có sự thay đổi trong tỷ số tử vong mẹ, qua đó cho thấy rằng mặc dù tốc độ cần giảm tỷ số tử vong mẹ là thấp hơn so với các năm trước, Việt Nam sẽ cần phải phát huy nỗ lực lớn hơn trong việc đảm bảo chất lượng dịch vụ, bao gồm cả gia đình lập kế hoạch và phòng ngừa có thai không mong muốn, trong vùng sâu vùng xa để đạt được MDG 5 vào năm 2015. Mặc dù các nguồn số liệu khác nhau tỷ số tử vong mẹ, chỉ có ba nguồn dữ liệu của Việt Nam trong các năm 2001, 2006 và 2009[24], [35], [66] (Bảng 7). Các dữ liệu của HMIS chỉ chiếm một tỷ lệ nhỏ các ca tử vong thực tế của bà mẹ trong cả nước. Ví dụ , trong năm 2011, mặc dù chỉ có 193 ca tử vong mẹ đã được báo cáo trong HMIS, WHO ước tính rằng con số thực tế đứng ở mức 870 ca tử vong. Dựa trên báo cáo thấp này, HMIS thường xuyên không thể được sử dụng để ước lượng MMR.

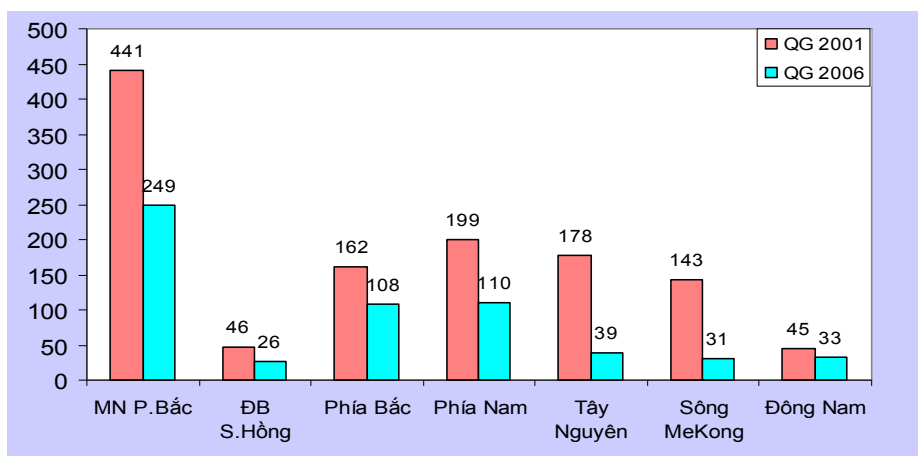
Bảng 3. Tỷ số tử vong mẹ từ các nguồn khác nhau

Năm	Tỷ số tử vong mẹ	Nguồn	Phạm vi	Nhà tài trợ
2001–2002	165/100.000	Bộ Y tế (Nghiên cứu quốc gia về tử vong mẹ)	Cấp quốc gia	Tổ chức Y tế thế giới
2006–2007	63/100.000	Viện Chiến lược và chính sách y tế - Bộ Y tế	Cấp quốc gia	Bộ Y tế, Tổ chức YTTG
2007	78,63/100.000	Chương trình làm mẹ an toàn	14 tỉnh có tỷ số tử vong mẹ cao	Chính phủ Hà Lan
2009	69/100.000	Điều tra dân số của tổng cục thống kê năm 2009	Cấp quốc gia	Chính phủ và UNFPA
2010	59/100.000	Ước tính 1990–2008	Cấp quốc gia	WHO, UNICEF, UNFPA và World Bank

Một sự so sánh giữa số liệu năm 2001-2002 và 2006-2007 cho thấy mặc dù sự chênh lệch giữa các vùng tiếp tục tồn tại, một xu hướng giảm tổng thể trong MMR là hiển nhiên (Hình 21). Năm 2001-2002, các tỉnh Trung du và miền núi phía Bắc và Tây Nguyên ghi nhận tỷ lệ cao nhất của tỷ số tử vong mẹ, và số trường hợp tử vong mẹ cho các khu vực này cao hơn khoảng 10 lần cho đồng bằng sông Hồng và khu vực Đông Nam nơi tỷ số tử vong mẹ là thấp nhất [37], [66]. Trong các năm 2006-2007, tỷ số tử vong mẹ trong khu vực Tây Nguyên và khu vực Trung /đô thị là 108/100.000 và 36-40/100.000, tương ứng. Sự chênh lệch số ca tử vong mẹ giữa hai khu vực này là khoảng 2,5 lần.

WHO cung cấp các dữ liệu tử vong mẹ gần đây nhất cho 225 huyện khó

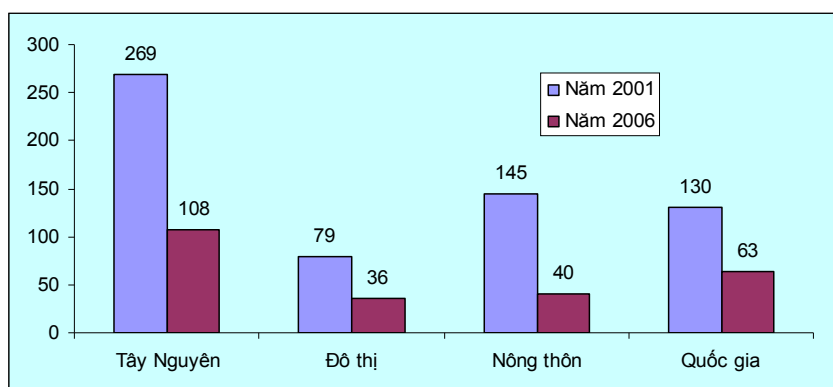
khăn nhất và những dữ liệu này cũng xác nhận sự tồn tại của sự bất bình đẳng trong tỷ số tử vong mẹ giữa các vùng khác nhau ở Việt Nam. Việc phân tích các dữ liệu HMIS năm 2010 cho thấy tại 225 huyện khó khăn tỷ lệ tử vong mẹ gấp hai lần mức trung bình của quốc gia (104/100.000) và tại 62 huyện nghèo nhất gấp 5 lần mức trung bình quốc gia (157/100.000).



Biểu đồ 1. Tỷ số tử vong mẹ theo các vùng

(Nguồn: Điều tra tỷ số tử vong mẹ 2001–2002 và 2006–2007)

Mặc dù giảm tỷ số tử vong mẹ, sự chênh lệch giữa thành thị và nông thôn và Tây Nguyên tiếp tục duy trì trong khoảng thời gian từ năm 2002 đến năm 2006, chênh lệch này dao động từ 2,5 đến 3 lần (hình 22). Phân tích thêm các yếu tố khác cho thấy sự chênh lệch của tỷ lệ tử vong mẹ theo trình độ giáo dục, dân tộc và nghề nghiệp thì tỷ lệ tử vong mẹ trong số những người mù chữ cao hơn 4-6 lần so với những người biết chữ; tỷ lệ tử vong mẹ của người dân tộc thiểu số (dân tộc H'Mông, Thái, Ba Na, Tày, Dao, Nùng) cao hơn 4 lần so với dân tộc Kinh; tỷ lệ tử vong mẹ trong nông dân và lao động nông nghiệp cao hơn nhân viên là công việc gián tiếp 4-6 lần [53], [66].



Biểu đồ 2. Tỷ số tử vong mẹ

(Nguồn: Bộ Y tế 2001, Viện chiến lược chính sách y tế Bộ Y tế 2006)

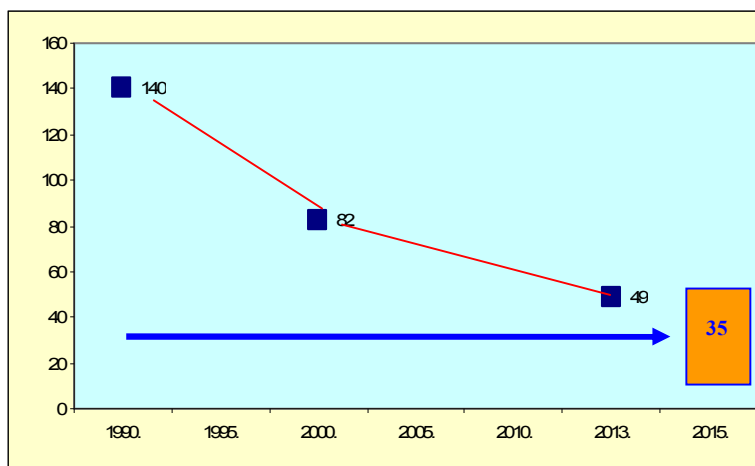
Tháng 09 năm 2000, Tuyên bố Thiên niên kỷ của Liên Hợp Quốc đã xác định tám mục tiêu cụ thể, đo lường được và giới hạn về thời gian gọi là các Mục tiêu Phát triển Thiên niên kỷ (MDG). Mục tiêu phát triển Thiên niên kỷ Số 5 là giảm 3/4 tỷ lệ tử vong bà mẹ của từ năm 1990 đến năm 2015. Tuy nhiên, MDG số 5 đã là Mục tiêu có tỷ lệ thành công thấp nhất trong tám mục tiêu nêu trên. Trong giai đoạn 1990-2013, tỉ lệ tử vong bà mẹ giảm 45%, chưa gần với mục tiêu giảm 75% vào năm 2015. Trong năm 2013, gần 300.000 phụ nữ tử vong trên toàn thế giới do chủ yếu do các biến chứng khi mang thai hoặc sinh con có thể phòng tránh [47]. Thách thức hiện nay là xác định và thực hiện các biện pháp can thiệp hiệu quả và có giá phù hợp tiến trình hướng tới mục tiêu trở thành sự thực. Một biện pháp can thiệp được áp dụng tại nhiều nước là đào tạo người hộ sinh cho người dân địa phương, những người hộ sinh có thể là bà đỡ hoặc phụ nữ trẻ ở những nơi đang khan hiếm người hộ sinh lành nghề.

Hầu hết các trường hợp tử vong bà mẹ xảy ra trong quá trình lao động, quá trình sinh hoặc 24 giờ đầu sau khi sinh [18], [40]. Băng huyết sau sinh (hay chảy máu sau sinh) là nguyên nhân chính gây tử vong ở sản phụ trên toàn cầu, và một số nguyên nhân khác đặc trưng theo vùng như: nạo thai không an toàn, bệnh sốt rét và HIV/AIDS [40]. Một số quốc gia, vùng lãnh thổ đã có thể giảm thiểu tỷ lệ tử vong bà mẹ bằng cách sử dụng một loạt các cơ chế bao gồm: Luật nạo thai, giảm bệnh

truyền nhiễm, nâng cao việc tiếp cận bệnh viện, dịch vụ hộ sinh. Việc lựa chọn các biện pháp can thiệp tốt nhất tùy vào dịch tễ học về tử vong bà mẹ của địa phương [40].

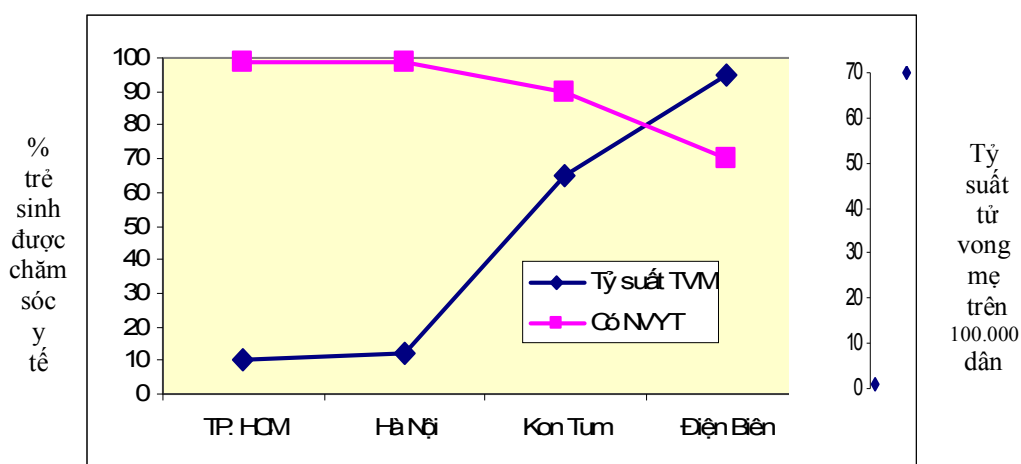
Một nghiên cứu có hệ thống thực hiện bởi Campbell & Graham (2006) đã xác định rằng một "Chiến lược tốt nhất" giảm tử vong bà mẹ là thực hiện việc sinh đẻ tại một trung tâm y tế, có sự tham dự của một nữ hộ sinh hoặc bà đỡ cùng với sự hỗ trợ của một đội ngũ y tế [18]. Các nữ hộ sinh được đặc biệt khuyến khích bởi vì chi phí cho các bác sĩ có thể tốn kém và khó tìm hơn ở vùng sâu vùng xa và việc chăm sóc y tế quá cầu kỳ đối với thai kỳ sẽ làm tăng chi phí một cách không cần thiết [18]. Do đó phương pháp thay thế tốt nhất là một nữ hộ sinh được đào tạo tích hợp với một mạng lưới hệ thống y tế mà cho phép yêu cầu trợ giúp của đội ngũ y tế trong trường hợp có biến chứng.

Việt Nam đã có những tiến bộ trong việc thực hiện Mục tiêu Phát triển Thiên niên kỷ của Liên Hợp Quốc số 5 (MDG 5), làm giảm tỷ lệ tử vong bà mẹ từ 140 năm 1990 xuống 49 vào năm 2013 [51]. Nhiều tiến bộ cũng đã đạt được trong việc mở rộng tiếp cận với dịch vụ chăm sóc sức khỏe sinh sản chất lượng, bao gồm chăm sóc sức khỏe bà mẹ và trẻ sơ sinh; kế hoạch hóa gia đình; tăng cường sử dụng các biện pháp tránh thai hiện đại; và xây dựng các chương trình, chính sách và luật pháp về sức khỏe sinh sản và quyền, cũng như các biện pháp để cung cấp dịch vụ có chất lượng cho người nghèo và các nhóm dễ bị tổn thương [48]. Tỷ lệ phụ nữ mang thai được khám thai 4 lần trở lên tăng dần từ 15% [43] trong những năm 1990 đến 73,7% vào năm 2014 [33]. Tỷ lệ ca sinh đẻ có sự tham gia của nhân viên y tế được đào tạo tăng từ 65% vào năm 1997 lên 93,8% vào năm 2014 [45]. Các bà mẹ và trẻ sơ sinh đã được tiếp cận dịch vụ chăm sóc sức khỏe có chất lượng như: kế hoạch hóa gia đình, sử dụng các biện pháp tránh thai hiện đại, tỷ lệ phụ nữ có thai được khám thai ≥ 4 lần tăng từ 15% [43] năm 1990 tăng lên 73% năm 2014 [25].



Biểu đồ 3. Tỷ suất tử vong mẹ ở Việt Nam 1990-2013
 Nguồn: Tổ chức Y tế thế giới, điều tra TVM năm 1990 đến năm 2013

Theo báo cáo nghiên cứu của Bộ Y tế cho thấy so sánh giữa 2 vùng (Thành phố Hồ Chí Minh, Hà Nội - Kon Tum, Điện Biên) có mối liên quan giữa sự chăm sóc về y tế và tử vong mẹ; địa bàn khi phụ nữ sinh con có sự chăm sóc về y tế tốt hơn thì tỷ lệ tử vong mẹ thấp hơn và ngược lại [49]. Để đảm bảo công bằng trong chăm sóc sức khỏe cho người dân tại các địa bàn vùng sâu vùng xa và vùng đồng bào dân tộc thiểu số; năm 2002 Chính phủ đã có Quyết định số 139/2002/QĐ-TTg ngày 15/10/2002, Quyết định của Thủ tướng Chính phủ về khám chữa bệnh cho người nghèo, đây là chính sách ưu việt đã làm giảm gánh nặng về tài chính, cải thiện dịch vụ y tế, giúp cho người nghèo có cơ hội được tiếp cận với dịch vụ y tế có chất lượng cao. Mặc dù đã được quan tâm đầu tư về tài chính của Chính phủ nhưng do phong tục tập quán địa phương là rào cản không nhỏ đến việc tiếp cận và sử dụng dịch vụ y tế tại trạm y tế xã, đặc biệt là việc sử dụng dịch vụ chăm sóc sức khỏe cho bà mẹ và trẻ em. Kết quả nghiên cứu đánh giá về nguồn nhân lực ngành y tế cho thấy việc cung cấp dịch vụ tại trạm y tế chưa đáp ứng được nguyện vọng của người dân vì các lý do như: bất đồng về ngôn ngữ giữa thầy thuốc và bệnh nhân, tinh thần thái độ phục vụ chưa tốt,...[38].



Biểu đồ 4: So sánh tỷ lệ sinh có nhân viên y tế và tỷ suất tử vong mẹ giữa các vùng (Nguồn Bộ Y tế, Báo cáo chỉ số sức khỏe sinh sản năm 2013)

* Nguyên nhân tử vong mẹ trên thế giới

Tử vong mẹ phần lớn xảy ra trong tuần đầu sau khi sinh (60%), đặc biệt là 24 giờ đầu sau khi sinh mà nguyên nhân chảy máu là chiếm hàng đầu; Ở các nước đang phát triển, tỉ lệ tử vong mẹ xảy ra ở các thời điểm khác nhau:

- + Trước khi sinh: 23,9%.
- + Trong khi sinh: 15,5%.
- + Sau khi sinh: 60,6%.

Nguyên nhân tử vong cao nhất là băng huyết sau đẻ (25-31%), sau đó là nạo phá thai không an toàn (13-19%), tăng huyết áp (10-17%), đẻ khó (11-15%), nhiễm trùng máu (11-15%) và các nguyên nhân gián tiếp khác [15].

Bảng 4. Những nguyên nhân chủ yếu gây tử vong mẹ trên thế giới

Nguyên nhân	Tỷ lệ (%)	Số người chết/năm
Băng huyết	25- 31	146.500 - 163.000
Nạo phá thai không an toàn	13 – 19	76.050 - 111.150
Tăng huyết áp (sản giật)	10 – 17	58.500 - 99.450
Đẻ khó	11 – 15	64.350 - 87.750

Nguyên nhân	Tỷ lệ (%)	Số người chết/năm
Nhiễm trùng máu	11- 15	64.350 - 87.750
Nguyên nhân gián tiếp	15 – 20	87.750 - 117.000

(Nguồn UNICEF/WHO, 1996)

Thế giới đang nỗ lực để làm giảm tỉ lệ tử vong mẹ bởi vì một bà mẹ mất đi không chỉ là một tổn thất cho gia đình mà còn mất đi một nguồn lao động sản xuất ra của cải vật chất cho xã hội. Điều quan trọng nhất là sự mất mát đó đã ảnh hưởng sâu sắc đến sức khoẻ và đời sống của những đứa con đang sống của họ. Những đứa trẻ của những bà mẹ bị tử vong thì có nguy cơ tử vong trong năm đầu từ 3 đến 10 lần cao hơn so với những trẻ mà bố mẹ chúng còn sống và nuôi dưỡng chúng. Mặt khác khi bà mẹ bị chết, những trẻ em này không được chăm sóc và giáo dục thích hợp cho đến khi khôn lớn. Cái chết của người mẹ đã ảnh hưởng ngay lập tức đến đời sống gia đình vì người mẹ có trách nhiệm nuôi dưỡng và hướng dẫn cho thế hệ mai sau, chăm sóc cho người già trong gia đình và cũng mất đi sự đóng góp của bản thân họ cho cộng đồng và xã hội [15].

*** Nguyên nhân tử vong mẹ tại Việt Nam**

Hầu hết các trường hợp tử vong mẹ xảy ra trong quá trình lao động, quá trình sinh hoặc 24 giờ đầu sau khi sinh [18], [41]. Băng huyết sau sinh (hay chảy máu sau sinh) là nguyên nhân chính gây tử vong ở sản phụ trên toàn cầu, và một số nguyên nhân khác đặc trưng theo vùng như: nạo thai không an toàn, bệnh sốt rét và HIV / AIDS [41]. Một số quốc gia, vùng lãnh thổ đã có thể giảm thiểu tỷ lệ tử vong bà mẹ bằng cách sử dụng một loạt các cơ chế bao gồm: Luật nạo thai, giảm bệnh truyền nhiễm, nâng cao việc tiếp cận bệnh viện, dịch vụ hộ sinh. Việc lựa chọn các biện pháp can thiệp tốt nhất tùy vào dịch tễ học về tử vong bà mẹ của địa phương [41].

Tương tự rà soát năm 2000 – 2005, các nghiên cứu giai đoạn này đưa ra các nguyên nhân tử vong phần lớn (hơn 80%) là những nguyên nhân trực tiếp, bao gồm chảy máu (31,7%), sản giật (16,9%) và nhiễm khuẩn (14,3%). Các nguyên nhân

gián tiếp (16%), thấp hơn một chút so với tỉ lệ chung trên thế giới là 20%, hay gặp được kể đến như bệnh tim, nhiễm HIV/AIDS, viêm gan B, và một phần nhỏ do các nguyên nhân khác[12]. Một số nguyên nhân tử vong mẹ đã không xuất hiện trong danh mục các nguyên nhân tử vong mẹ trong các báo cáo giai đoạn này như các biến chứng nạo hút thai, vỡ tử cung, chữa ngoài tử cung vỡ,... điều này cho thấy các biến chứng trong quá trình kết thúc thai nghén ngoài ý muốn phần nào đã hạn chế hoặc việc thu thập số liệu vẫn còn nhiều điểm đáng bàn.

Ngoài các nguyên nhân gây tử vong, các báo cáo cũng nêu lên các biến chứng thường gặp khi sinh. Những biến chứng chiếm tỷ lệ cao nhất là chảy máu trong khi sinh (69%), hôn mê (57%) và co giật (28%). Hơn 1/3 các trường hợp TVM (36%) có các biến chứng ở giai đoạn sau sinh, gần một nửa trong đó là do băng huyết (43%), sốt cao (25%), hôn mê (19%) [12].

c) Các yếu tố ảnh hưởng đến tử vong mẹ

Vào những năm 1970 - 1980, ước tính mỗi năm có ít nhất 600.000 phụ nữ tử vong do mang thai và sinh đẻ, 99% số phụ nữ đó ở các nước đang phát triển. Phần lớn các trường hợp tử vong mẹ xảy ra trong quá trình sinh đẻ hoặc 24 giờ sau sinh [5]. Các nguyên nhân trực tiếp gây ra tử vong và tàn tật của người mẹ như băng huyết, sản giật, nạo phá thai không an toàn, nhiễm trùng đều là nguyên nhân có thể phòng ngừa và điều trị để cứu sống hoặc hạn chế tối đa các tổn thương, tàn tật nếu (1) các dấu hiệu nguy hiểm được phát hiện sớm, (2) người mẹ được tiếp cận với dịch vụ cấp cứu sản khoa chất lượng kịp thời và (3) các tai biến sản khoa được xử trí thích hợp.

Thời gian là yếu tố vô cùng quan trọng trong việc cứu sống mẹ và phòng tránh tàn phế. Người mẹ có thể chết trong vòng 2 giờ nếu bị băng huyết sau đẻ và không được cấp cứu kịp thời. Với các tai biến khác thì thời gian để kịp thời cứu chữa bà mẹ giao động trong khoảng 12 giờ. Tổ chức Y tế thế giới (WHO), Quỹ Dân số thế giới (UNFPA), Quỹ Nhi đồng liên hợp quốc (UNICEF) đã đưa ra mô hình 3 chậm để giúp xác định các yếu tố có thể gây nên sự chậm trễ trong cứu sống mẹ.

Theo mô hình ba “chậm” này, chậm quyết định sử dụng dịch vụ và chậm

đến cơ sở y tế liên quan trực tiếp đến các yếu tố tiếp cận dịch vụ, ảnh hưởng của gia đình, cộng đồng, phương tiện giao thông. Chậm trong việc tiếp nhận dịch vụ tại cơ sở y tế liên quan đến cơ sở y tế. Các chương trình can thiệp giảm tử vong mẹ phải chú trọng giải quyết ba “chậm” này. Nếu không giải quyết được thì không thể giảm tử vong mẹ thành công. Mô hình ba chậm này cũng cho thấy hệ thống y tế chỉ là một phần trong chiến lược đa ngành chung để giải quyết giảm tử vong mẹ.

Năm 1987, nhờ có sự nỗ lực của các tổ chức quốc tế và các quốc gia, sáng kiến làm mẹ an toàn (LMAT) đã được đưa ra nhằm giảm tử vong và bệnh tật của bà mẹ và trẻ sơ sinh đặc biệt là ở các nước đang phát triển. Làm mẹ an toàn là những biện pháp được áp dụng để đảm bảo sự an toàn cho cả người mẹ và thai nhi (cũng như trẻ sơ sinh); mục đích là giảm tỷ lệ tử vong và bệnh tật ngay từ khi phụ nữ mang thai, trong khi sinh và suốt thời kỳ hậu sản (42 ngày sau đẻ).

Phân tích các yếu tố nguy cơ liên quan đến tử vong mẹ theo mô hình ba chậm cho thấy các yếu tố góp phần tăng nguy cơ tử vong mẹ theo chậm một (chậm tìm kiếm dịch vụ) bao gồm người dân tộc, trình độ học vấn dưới phổ thông trung học đặc biệt là các bà mẹ mù chữ, số lần mang thai (1/3 trường hợp tử vong ở phụ nữ miền núi là bà mẹ có 4 con trở lên) [12]. Đối với chậm tiếp cận với các cơ sở y tế có chất lượng (chậm 2) như thiếu phương tiện chuyển bệnh nhân, đường giao thông đi lại khó khăn,... cũng được đề cập. Tỷ lệ tử vong tại nhà ở các khu vực đều còn rất cao 33,3% ở khu vực miền núi và đồng bằng và 20% ở khu vực thành thị. Có 1/4 các trường hợp tử vong mẹ xảy ra tại nhà trong đó tới 10% chết trên đường đến cơ sở y tế. Ở khu vực miền núi tỷ lệ tử vong trên đường đến cơ sở y tế là 15%. Thời gian đến nơi tử vong trung bình là 74 phút [12]. Với chậm xử trí (chậm 3), các báo cáo chỉ ra rằng việc cấp cứu và điều trị chưa kịp thời và trình độ kỹ thuật, điều kiện cơ sở vật chất, dịch vụ chăm sóc y tế thiếu thốn, lạc hậu cũng góp phần không nhỏ làm tăng tỷ lệ tử vong mẹ [12].

Ba chậm trễ dẫn đến tử vong mẹ và các yếu tố ảnh hưởng:

Chậm trễ 1: Chậm phát hiện và quyết định tìm đến dịch vụ y tế:

- Không biết hay chậm nhận ra các dấu hiệu bất thường.
- Không nhận thức được mức độ nguy hiểm của các dấu hiệu bất thường.
- Không biết cần phải làm gì khi có các dấu hiệu bất thường.
- Không biết phải đi đến cơ sở y tế nào để nhận dịch vụ điều trị.
- Giá của dịch vụ cao so với khả năng chi trả của gia đình.
- Chưa tin vào chất lượng dịch vụ y tế của địa phương.
- Các nguyên nhân khác.

Chậm trễ 2: Chậm tiếp cận dịch vụ y tế

Khi đã có quyết định tìm kiếm dịch vụ y tế thì các yếu tố sau làm chậm trễ quá trình tiếp cận với dịch vụ y tế:

- Khoảng cách xa từ nhà đến cơ sở y tế.
- Tình trạng đường xá khó khăn.
- Không có sẵn phương tiện vận chuyển.
- Giá vận chuyển cao so với khả năng chi trả của gia đình.
- Thời gian làm việc của cơ sở y tế không thích hợp.
- Thiếu sự hỗ trợ của cộng đồng trong việc vận chuyển phụ nữ đến cơ sở y tế.
- Các nguyên nhân khác.

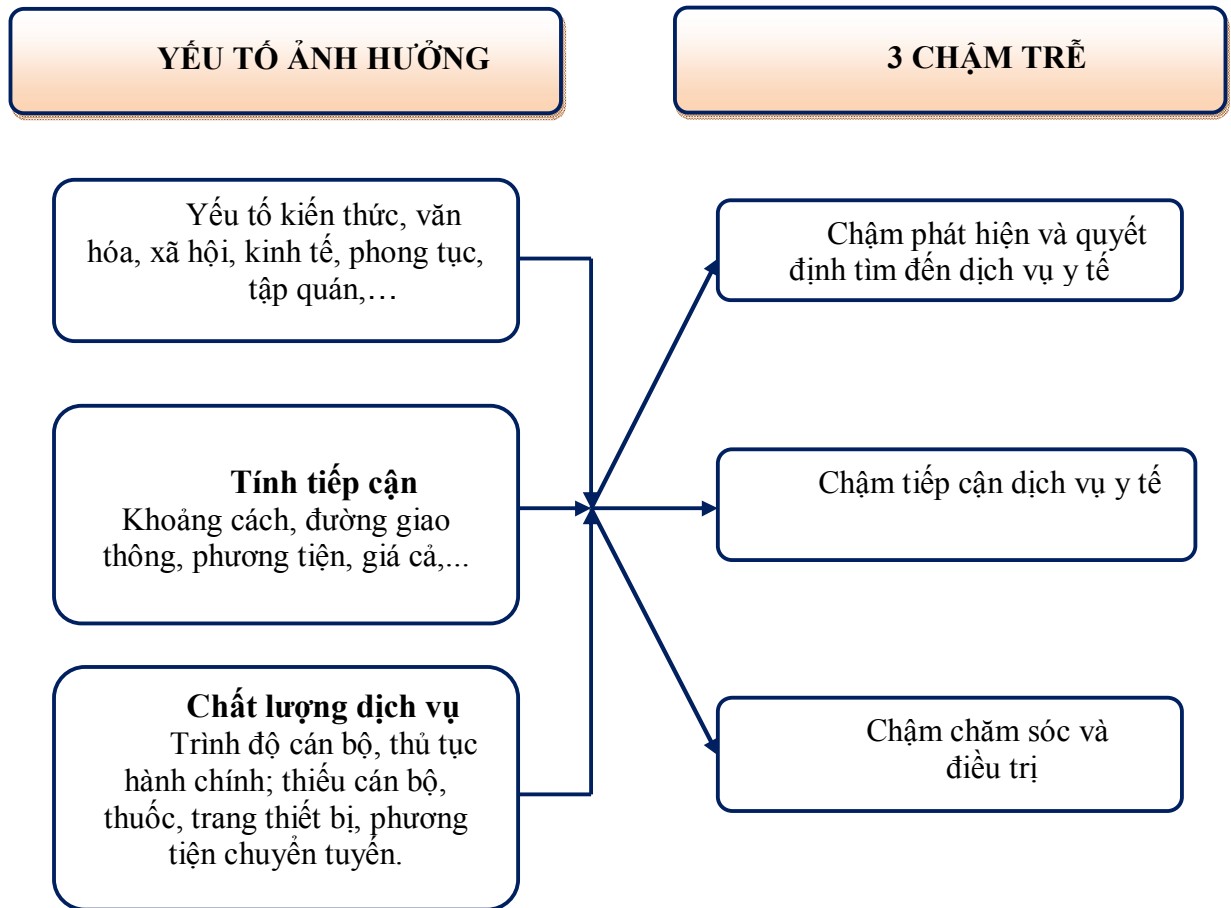
Chậm trễ 3: Chậm chăm sóc và điều trị

Khi đã đến cơ sở y tế (hoặc tiếp cận được với dịch vụ) thì các yếu tố sau làm cản trở việc cung cấp dịch vụ y tế có chất lượng và kịp thời:

- Sự có mặt của cán bộ y tế chưa kịp thời.
- Trình độ cán bộ y tế không đáp ứng trong việc xử trí các tai biến sản khoa.
- Không có sẵn thuốc thiết yếu cần thiết.
- Không có sẵn trang thiết bị, máy móc hoặc các trang thiết bị này không hoạt động.
- Thiếu việc điều phối, kết hợp giữa các nhân viên, các khoa/phòng tại cơ sở y tế trong tổ chức dịch vụ cấp cứu sản khoa.

- Các nguyên nhân khác.

Các yếu tố ảnh hưởng đến 3 chậm trễ



Tử vong do tai biến sản khoa gián tiếp là những trường hợp tử vong do những bệnh hiện tại hoặc đã mắc từ trước và phát triển nặng lên trong quá trình mang thai mà không phải do nguyên nhân sản khoa trực tiếp mà do hậu quả của việc mang thai. Ví dụ như bệnh gan, thiếu máu, sốt rét, bệnh tim, lao, AIDS và uốn ván. Các nguyên nhân gián tiếp này chiếm khoảng 20% các trường hợp tử vong mẹ trên thế giới [10].

d) Các yếu tố liên quan đến tăng tỷ lệ tử vong mẹ

Các yếu tố góp phần tác động đến tử vong mẹ là các hành vi tìm kiếm sự chăm sóc trong thời kỳ mang thai, sinh đẻ và giai đoạn sau sinh như chậm trễ đến các cơ sở chăm sóc thích hợp, chậm trễ trong việc chẩn đoán, điều trị ở cơ sở y tế,

sự sẵn có và chất lượng chăm sóc tại cơ sở y tế mà người phụ nữ có thể tiếp cận. Như vậy, trình độ kỹ thuật, điều kiện cơ sở vật chất, dịch vụ chăm sóc y tế thiếu thốn, lạc hậu cùng với các thói quen và nhận thức hạn chế của các bà mẹ trong khi mang thai và khi sinh là những yếu tố ảnh hưởng trực tiếp đến tình hình sức khỏe bà mẹ. *“Tử vong do sinh sản là chỉ số không chỉ đánh giá sức khỏe phụ nữ mà còn để đánh giá khả năng tiếp cận, sự đầy đủ và hiệu quả của các cơ sở y tế.”* [14].

Rất khó để có được con số về tử vong mẹ một cách chính xác, đặc biệt tại các quốc gia nghèo, nơi mà thường có các trường hợp tử vong mẹ cao. Số ước tính về tử vong mẹ thường là thấp hơn số thực tế bởi các phương pháp đo lường không đảm bảo.

Các nguyên nhân trực tiếp dẫn đến tử vong mẹ là các tai biến sản khoa trong giai đoạn thai sản (thời kỳ mang thai, chuyển dạ và sau sinh), do can thiệp sản khoa, chẩn đoán sai, điều trị không đúng. Cụ thể như băng huyết, nhiễm trùng, tiền sản giật/sản giật, đẻ khó, nạo hút thai không an toàn, chửa ngoài tử cung, tắc mạch ối và các trường hợp tử vong có liên quan đến gây mê do mổ đẻ. Các nguyên nhân trực tiếp gây tử vong mẹ chiếm 80% các trường hợp tử vong mẹ trên thế giới (WHO, 1999). Cũng theo WHO, nguyên nhân gây tử vong mẹ nhiều nhất là băng huyết chiếm 25% [10].

Trong giai đoạn vừa qua, đã có nhiều chương trình dự án tiến hành các chương trình đào tạo nâng cao năng lực CBYT làm trong hệ thống CSSKSS. Tỷ lệ cán bộ đỡ đẻ có chuyên môn trên 5.000 dân ở Việt Nam vượt qua con số khuyến nghị của WHO [26], [34]. Hơn 86% các ca sinh ở Việt Nam có sự hỗ trợ của cán bộ đỡ đẻ có chuyên môn. Trong số này, gần 87% là đẻ ở cơ sở y tế nhà nước và chỉ 13% do cán bộ tư nhân đỡ [21].

Hiện nay số lượng CBYT của các tuyến được đào tạo về sản khoa bao gồm cả chăm sóc trẻ sơ sinh còn thiếu nhiều ở khu vực miền núi [1], [16]. Số liệu cho thấy hầu hết các bác sỹ chuyên ngành sản nhi đều làm việc ở cấp tỉnh và huyện. Nhưng ngay tại các tuyến đó vẫn còn thiếu bác sỹ, kỹ thuật viên xét nghiệm và chuyên viên gây mê [26]. Năm 2010, trong tổng số 11.112 xã phường trên toàn

quốc hiện có 91,3% trạm y tế và 86,3% phòng khám đa khoa khu vực có nữ hộ sinh/y sỹ sản nhi. CBYT xã rất khó có thể thực hiện được những dịch vụ về LMAT bao gồm cả chăm sóc trẻ sơ sinh tại các thôn bản vùng núi cao và xa xôi hẻo lánh do có những khó khăn trong phương tiện đi lại các chế độ công tác phí phù hợp. Hơn thế nữa, việc tuyển dụng, triển khai và duy trì nhân lực ở vùng sâu và xa luôn là một khó khăn. Bộ Nội vụ có đưa ra các chức năng và nhiệm vụ của CBYT các cấp nhưng quy định còn quá chung chung và thiếu mô tả kỹ càng [26]. Bên cạnh đó, các yếu tố văn hoá, phong tục tập quán có liên quan đến việc mang thai, sinh con, khó khăn về địa hình là những yếu tố rất quan trọng làm giảm tính tiếp cận và sử dụng dịch vụ y tế của người dân ở các vùng núi cao. Các tỉnh khu vực Tây Bắc, Tây Nguyên, Đông Bắc và Bắc Trung Bộ và Duyên hải miền trung còn rất thiếu các cán bộ đỡ đẻ tại các thôn xa xôi [73].

Trình độ chuyên môn của CBYT liên quan đến cung cấp dịch vụ LMAT còn hạn chế: Không chỉ nghiên cứu trên đối tượng bà mẹ, các báo cáo giai đoạn này cũng hướng trọng tâm vào tìm hiểu kiến thức và thực hành về LMAT của CBYT. Về chăm sóc trước sinh, kết quả của nhiều nghiên cứu cho thấy rằng kỹ năng và nội dung thăm khám thai của CBYT còn hạn chế. Dù nhiều nghiên cứu chỉ ra hơn 70% phụ nữ được hướng dẫn, tư vấn về các nội dung như cách ăn uống, vệ sinh và dấu hiệu bất thường [1] nhưng chỉ 24% thai phụ cho rằng nội dung khám thai và tư vấn là đầy đủ [31]. Chỉ 10% phụ nữ nêu được 10 hoặc hơn nữa các nội dung thăm khám. Chỉ khoảng 9 – 10% phụ nữ nhận được các dịch vụ thăm khám theo bảng hỏi nghiên cứu [3], [32].

Kiến thức và thực hành của CBYT liên quan trong chăm sóc trong sinh còn hạn chế. Về kiến thức, chỉ có khoảng 26 – 27% CBYT mô tả được chính xác tình trạng tử cung trong giai đoạn 2 và chuyển tiếp sang giai đoạn 3. Hiểu biết của CBYT về chẩn đoán nguyên nhân, thăm khám và xử trí các tình huống tai biến sản khoa, sơ sinh còn yếu [4]. Nhiều CBYT cũng không trả lời đúng các kiến thức khác trong chăm sóc trong sinh như làm sạch đường tiểu người phụ nữ trước sinh bằng ống thông tiểu, sử dụng oxytocin, hiểu biết về Apgar, nguy cơ tan máu, vàng da có

thể xảy ra khi tiêm quá liều vitamin K3 [77].

Thực hành của CBYT trong chăm sóc trong sinh còn nhiều điểm bất cập và chưa thống nhất [77]. Hơn 2/3 bác sỹ gặp khó khăn trong xử trí các trường hợp đẻ khó, tai biến. Một số khó khăn khác bao gồm khó khăn trong xử trí tiền sản giật ở phụ nữ có thai 32 tuần và xử trí phụ nữ có dấu hiệu ra máu âm đạo khi mang thai 34 tuần. Nhìn chung CBYT tuyến tỉnh có hiểu biết tốt hơn so với tuyến huyện và xã. Cách xử trí của họ có sự khác biệt giữa các tuyến [4].

Tương tự như vậy, các báo cáo cũng chỉ ra kiến thức và kỹ năng về chăm sóc sau sinh, đặc biệt là chăm sóc sơ sinh của CBYT ở tuyến dưới như tuyến huyện và xã, bao gồm cả bác sỹ nhi và bác sỹ sản đều rất yếu. Theo đánh giá, hầu hết các cán bộ này chỉ đạt mức trung bình hoặc mức dưới trung bình. Nhiều CBYT chưa nhận biết dấu hiệu ngừng thở, hay chuyển tuyến hợp lý [16]. Giám sát hỗ trợ đối với các hoạt động chăm sóc trẻ sơ sinh còn yếu. Chưa có hệ thống chuyển tuyến dựa vào cộng đồng. Chưa có dịch vụ chăm sóc sơ sinh cấp cứu. Nhiều trạm y tế có đủ các dụng cụ như máy hút dịch nhưng lại không được sử dụng do không có cán bộ trạm biết dùng [3], [22]. Chỉ khoảng 60% cán bộ của TYT có thể sử dụng hiệu quả các máy hút đờm cho trẻ sơ sinh [77].

Nhìn chung, trình độ của CBYT liên quan đến dịch vụ LMAT còn nhiều hạn chế. CBYT ở cấp càng thấp thì kiến thức và thực hành càng yếu. Với CBYT cùng cấp, cán bộ ở các vùng sâu, xa thường có trình độ chuyên môn yếu hơn cán bộ ở vùng đô thị [23]. Đối tượng YTTB cũng được đề cập trong các nghiên cứu. Gần 3/4 YTTB có trình độ sơ cấp và 1/5 không có chuyên môn về y tế. Kiến thức của YTTB về các dấu hiệu, triệu chứng nguy hiểm trực tiếp khi mang thai, trong khi sinh và sau sinh rất yếu [4]. Kiến thức của YTTB về các dấu hiệu nguy hiểm đối với trẻ sơ sinh cũng chỉ đạt hơn 20 điểm trong thang điểm 100 của khảo sát. Đa số YTTB (từ 80 – 90%) không có bộ đỡ đẻ thường và gói đỡ đẻ sạch. Tỷ lệ YTTB hiện đang làm công tác chăm sóc sau sinh là 61%, nhưng kiến thức về tư vấn cho bà mẹ sau sinh của YTTB cũng mới ở mức trung bình [4].

Yếu tố liên quan đến trình độ chuyên môn của CBYT:

Yếu tố đầu tiên được các báo cáo đề cập là mối quan hệ giữa trình độ chuyên môn của CBYT và số lượng bệnh nhân. CBYT ở những cơ sở có nhiều bệnh nhân có nhiều cơ hội thực hành. Từ đó, trình độ chuyên môn ngày càng hoàn thiện. Tuy vậy, ở nhiều xã số ca đẻ tại tuyến xã và huyện đôi khi là quá ít [77] và các CBYT ở đây không có cơ hội được thực hành thường xuyên. Báo cáo của Bộ Y tế cho thấy tới 15% nữ hộ sinh chưa từng đỡ đẻ (gần 20% ở tuyến xã và 5% ở tuyến huyện) và có tới gần 80% cán bộ thực hiện dưới 10 ca đỡ đẻ hàng năm [4]. Một điều tra ở Quảng Ninh cho thấy hơn 1/3 trạm y tế thực hiện đỡ đẻ ít hơn 25 ca trong một năm và 27% trạm y tế không có trường hợp nào đến đẻ [2], [30].

Yếu tố thứ hai là việc áp dụng những kiến thức có sẵn vào công việc chuyên môn của các CBYT còn rất hạn chế. Nhiều CBYT nói rằng họ gặp nhiều khó khăn khi tiếp cận với những nguồn tài liệu có sẵn như hướng dẫn chuẩn quốc gia về SKSS. Nhiều CBYT cho biết các hướng dẫn này đã không đến được với họ vào năm 2003, không có tập huấn sử dụng và có sự chòng chẹo với các hướng dẫn khác trong xử lý ở một số tình huống. CBYT cũng không tiếp cận được với tài liệu trên mạng do không có Internet ở cơ quan và sự trao đổi kiến thức với nhau còn nhiều hạn chế. Thông thường, các cán bộ tiếp nhận các văn bản theo ngành dọc từ trên xuống và thực hiện theo những gì cấp trên hướng dẫn. Tuy vậy, dù có sẵn và dễ tiếp cận với các tài liệu này, nhiều CBYT cũng ít khi sử dụng để phục vụ công việc chuyên môn hàng ngày. Đào tạo và cập nhật kiến thức cho CBYT về LMAT cũng là một yếu tố tác động. Thực tế là công tác này chưa được tiến hành thường xuyên. Gần 30% nữ hộ sinh và y sỹ sản nhi chưa được đào tạo bổ sung về chuyên môn sản/nhi, đặc biệt ở tuyến xã khi 32,8% cán bộ chưa được đào tạo [4]. Hơn 1/2 bác sỹ đã được đào tạo lại về chuyên môn sản, nhi trong thời gian 1 năm trước thời điểm điều tra, nhưng tới 1/4 bác sỹ ở tuyến xã chưa được đào tạo lại [4]. Nhiều bác sỹ chưa từng được tập huấn chuyên môn về chăm sóc sơ sinh [16].

Người đỡ đẻ có kỹ năng: Theo Tổ chức y tế thế giới (WHO), đảm bảo người đỡ đẻ có kỹ năng (skilled birth attendant) cho mỗi cuộc đẻ là chiến lược chính nhằm giảm TVM. Đây là những người có kiến thức và kỹ năng cơ bản để có

thể chăm sóc thai nghén, đỡ đẻ thường, chăm sóc sau đẻ và phát hiện và tiến hành xử trí ban đầu, chuyển tuyến khi có tai biến sản khoa. Theo tiêu chuẩn, người đỡ đẻ có kỹ năng cần đạt được 30 kỹ năng cơ bản. Do vậy, họ cần cần được đào tạo đủ thời gian (tối thiểu 3 năm), trong đó có tối thiểu 18 tháng học các kỹ năng hộ sinh [29]. Gần đây, Bộ Y tế đã tiến hành đánh giá về các chương trình đào tạo bác sỹ sản khoa và hộ sinh cao đẳng ba năm. Nhìn chung, chương trình đào tạo đạt được mọi yêu cầu về mặt lâm sàng. Khoảng hơn 97% nữ hộ sinh và bác sỹ đều được đào tạo hơn 30 kỹ năng của người đỡ đẻ có chuyên môn. 60 – 80% y tá được đào tạo về các kỹ năng để xử lý trong trường hợp có tai biến. YTTB cũng được đào tạo những kỹ năng cơ bản trong tư vấn, xác định giai đoạn chuyển dạ, xử trí ở giai đoạn 2, đỡ đẻ thường. Tuy vậy đào tạo chỉ chú trọng vào lý thuyết khiến nhiều bác sỹ chưa đạt được yêu cầu tối thiểu về thực nghiệm trên số ca bệnh dưới sự hướng dẫn của giáo viên (20 ca). Do vậy các chương trình đào tạo cần rà soát lại các cấu phần về chăm sóc trẻ sơ sinh. Bên cạnh đó, giảng viên cũng thiếu các kỹ năng chăm sóc nhi và thường không truyền tải được chương trình đào tạo theo năng lực [26].

Như phân tích ở phần trên, các vùng sâu và xa hiện đang thực sự thiếu hụt người đỡ đẻ có kỹ năng. Để khắc phục thực trạng này, trong những năm gần đây, sáng kiến về tổ chức các khóa đào tạo về cô đỡ thôn bản đã được Bệnh viện Từ Dũ và UNFPA cùng thực hiện. Phụ nữ người dân tộc, là những người có trình độ học vấn thấp, nhưng lại cam kết làm việc cho cộng đồng được tham dự khóa học về các kỹ năng sản khoa dưới hình thức cầm tay chỉ việc. Khóa đào tạo kéo dài 18 tháng. Học viên tốt nghiệp có đủ khả năng đỡ đẻ thường và phát hiện các dấu hiệu bất thường hay nguy hiểm để kịp thời chuyển đến cơ sở y tế phù hợp. Đánh giá sơ bộ cho thấy kết quả làm việc của những cô đỡ thôn bản này rất tốt. Họ đã góp phần không nhỏ vào cải thiện cung cấp dịch vụ LMAT cho người dân ở vùng sâu và xa. Tuy nhiên, do chưa có chức ngạch chính thức nên những cô đỡ thôn bản này hiện đang làm việc dưới vị trí YTTB. Điều này tạo ra nhiều bất cập đặc biệt là đảm bảo về mặt pháp lý về quyền và nghĩa vụ cho đối tượng này. Bất cập này cần sớm được khắc phục trong thời gian tới [65]. Tuy nhiên, Bộ Y tế chưa có một định nghĩa

thống nhất rằng thế nào và nhóm cán bộ y tế nào là người đỡ đỡ có kỹ năng ở Việt Nam. Chúng ta mới chỉ có phân tuyến kỹ thuật theo các cấp chức, chưa có các yêu cầu tối thiểu về kiến thức, kỹ năng và năng lực trong cung cấp dịch vụ sản khoa. Khái niệm về người đỡ đỡ có kỹ năng và các tiêu chuẩn đang được vận động để đưa vào áp dụng và kỳ vọng sẽ tạo ra các thay đổi về năng lực của CBYT ở Việt Nam. Ở cấp xã, cán bộ không được đỡ đỡ ngôi ngược và sa dây rốn (người đỡ đỡ có chuyên môn được đào tạo kỹ năng này trong 30 tiêu chí của WHO). Ngoài ra, có 6 tiêu chí khác mà người đỡ đỡ có kỹ năng có thể thực hiện nhưng cán bộ tuyến xã ở Việt Nam không được thực hiện kỹ thuật đỡ đỡ vì vậy, trạm y tế chưa cung cấp dịch vụ sản khoa cấp cứu [26].

Chế độ chính sách liên quan đến quản lý nhân lực y tế: Những năm gần đây, chính phủ đã ban hành và thực hiện các quy định về chế độ phụ cấp theo ngành nghề, khu vực. Ngoài ra, phụ cấp ưu đãi và phụ cấp thu hút đối với cán bộ, viên chức y tế công tác ở vùng có điều kiện kinh tế - xã hội đặc biệt khó khăn cũng được tăng lên 70% mức lương cơ bản. Các chính sách khác cũng được triển khai rộng rãi như đề án 1816 về luân chuyển cán bộ, chế độ đào tạo cử tuyển và tăng cường đào tạo liên tục. Tuy nhiên, việc phát triển nhân lực y tế chưa được hoạch định cụ thể, nên đào tạo và sử dụng nhân lực còn gặp nhiều khó khăn. Chúng ta hiện chưa rõ cần phát triển loại hình nào và bao nhiêu là đủ [72]. Ngoài ra, vẫn còn nhiều bất cập cần cải thiện trong công tác quản lý cán bộ. Các CBYT không có bản mô tả công việc của mình và chưa có sự phân biệt rõ ràng trách nhiệm và cơ chế phối hợp giữa bộ phận sản và bộ phận nhi trong công tác chăm sóc trẻ sơ sinh [16], [63], [64]. Chưa có cơ chế phân công nhiệm vụ, đánh giá thực hiện công việc, chi trả theo năng suất, chất lượng công việc, từ đó CBYT thiếu động lực hoàn thành công việc. Một trong những yếu tố ảnh hưởng đến hoạt động của hệ thống y tế nữa là cơ chế chi trả, đặc biệt là việc chi trả cho YTTB. Đây là đối tượng có trình độ học vấn thấp và đang thực hiện những công việc chăm sóc ban đầu cho người dân. Tuy nhiên, với phụ cấp không tương xứng với công việc. Vì vậy nhiều YTTB không cam kết trong hoạt động của mình [22].

1.2.2. Nội dung về làm mẹ an toàn

Sau 10 năm triển khai, tuy đã có nhiều cố gắng nhưng tỷ lệ tử vong và bệnh tật do mang thai và sinh đẻ ở các nước đang phát triển vẫn cao. Năm 1997, Hội nghị Tư vấn kỹ thuật được tổ chức tại Sri Lanka đưa đến kết luận để xây dựng thành công chương trình LMAT, mỗi quốc gia cần phải:

- Xây dựng chương trình hành động trong đó huy động sự phối hợp hoạt động của nhiều ban ngành đoàn thể.

- Đảm bảo mỗi người phụ nữ có thai được tiếp cận với dịch vụ LMAT lồng ghép có chất lượng cao.

- Đảm bảo mỗi ca đẻ phải có cán bộ y tế được đào tạo đỡ đẻ (nữ hộ sinh, y sỹ sản nhi, bác sĩ).

- Đảm bảo sự có sẵn các phương tiện giao thông trong trường hợp cấp cứu

- Có kế hoạch đào tạo đủ số cán bộ y tế, trang bị cho cán bộ y tế đầy đủ các trang thiết bị cần thiết và hỗ trợ cán bộ y tế có thể tiếp cận được các khu vực ở xa, nghèo đói.

Chương trình LMAT cần phải bao gồm các hoạt động sau:

- * Giáo dục cộng đồng về LMAT

- Chăm sóc trước đẻ và tư vấn

- Cán bộ có chuyên môn thực hiện đỡ đẻ

- Xử trí kịp thời khi có tai biến sản khoa và cấp cứu

- Chăm sóc sau đẻ

- Xử trí các tai biến do nạo phá thai và chăm sóc sau đẻ, nạo phá thai an toàn.

- Cung cấp đủ thông tin và dịch vụ KHHGD

- Giáo dục và cung cấp dịch vụ CSSKSS VTN

Trong số các hoạt động trên, cán bộ có chuyên môn thực hiện đỡ đẻ, xử trí kịp thời khi có tai biến sản khoa và cấp cứu và cung cấp đủ thông tin, dịch vụ KHHGD là hoạt động quan trọng nhất quyết định sự thành công của chương trình LMAT [18].

1.2.3. Triển khai chương trình

* Đào tạo người đỡ đẻ có kỹ năng

Người đỡ đẻ có kỹ năng (skilled birth attendant) là những người có kiến thức và kỹ năng cơ bản để có thể chăm sóc thai nghén, đỡ đẻ thường, chăm sóc sau đẻ, phát hiện và tiến hành bắt đầu điều trị, chuyển tuyến khi có tai biến sản khoa [55]. Nói cách khác, những người này cần có khả năng nhận biết các dấu hiệu của tai biến sản khoa, thực hiện những xử trí thiết yếu, bắt đầu điều trị và giám sát trong quá trình chuyển lên tuyến trên trong trường hợp tai biến vượt quá khả năng xử trí của họ hoặc điều kiện trang thiết bị không cho phép thực hiện.

Sự có mặt của người đỡ đẻ có kỹ năng vào thời điểm sinh con và ngay sau khi sinh con có thể tạo nên sự thay đổi rất lớn giữa sự sống và cái chết của bà mẹ cũng như trẻ sơ sinh nếu xảy ra tai biến. Ở quốc gia nào phụ nữ được đỡ đẻ bởi người đỡ có kỹ năng trong điều kiện trang bị đầy đủ trang thiết bị y tế và thuốc thì tỉ lệ tử vong mẹ ở quốc gia đó thấp. Từ những năm đầu của thế kỷ 20, Anh và Thụy Sĩ có thể giảm một nửa số tử vong mẹ nhờ đào tạo người đỡ đẻ có kỹ năng và cải thiện hệ thống chăm sóc sức khỏe [20].

Rất nhiều quốc gia trên thế giới giảm được tử vong mẹ trong vài thập kỷ gần đây nhờ vào cùng cách tiếp cận đó. Sri Lanka có lẽ là ví dụ điển hình nhất, giảm một nửa tỷ lệ TVM từ 1.500/100.000 từ 50 năm đầu thế kỷ 20 xuống khoảng 80 – 100/100.000 trẻ đẻ sống vào năm 1975 và giảm xuống mức dưới 30 vào những năm 1990. Thành công này có được là nhờ người đỡ đẻ có kỹ năng và tăng cường tiếp cận với dịch vụ cấp cứu sản khoa [50]. Thành công tương tự được ghi nhận ở Malaysia và Thái Lan. Tử vong mẹ ở Malaysia giảm từ trên 500/100.000 trẻ đẻ sống đầu những năm 1950 xuống dưới 50/100.000 vào những năm 1980 và ở mức 43/100.000 trẻ đẻ sống vào những năm 1990. Tỷ lệ tử vong mẹ ở Thái Lan ở mức trên 400/100.000 từ những năm 1960 đã giảm xuống dưới 50 vào những những năm 1990. Ước lượng gần đây nhất của WHO cho thấy vào năm 2010, tỷ lệ tử vong mẹ của 3 nước Sri Lanka, Malaysia, Thái Lan lần lượt là 35, 29 và 48/100.000 trẻ đẻ sống [54].

Một số bằng chứng gần đây hơn về hiệu quả của can thiệp đào tạo cán bộ có kỹ năng kèm theo môi trường thuận lợi được ghi nhận tại Ai Cập và Honduras [18]. Tỷ lệ tử vong mẹ ở Ai Cập đã giảm từ 174/100.000 trẻ đẻ sống vào những năm 1990 xuống 84/100.000 vào năm 2000, ở Honduras giảm từ 182 xuống 108/100.000 trẻ đẻ sống trong giai đoạn từ 1990 – 1997. Năm 2001, tỷ lệ tử vong mẹ giảm đáng kể ở khu vực nông thôn Bangladesh, từ 600/100.000 trẻ đẻ sống xuống 200/100.000 trẻ đẻ sống từ năm 1976 đến năm 2001 mặc dù tỉ lệ người đỡ đẻ có kỹ năng không tăng. Cuối cùng là, nghiên cứu bệnh – chứng ở nông thôn Ấn Độ chứng minh rằng phụ nữ được đỡ đẻ bởi người đỡ đẻ có kỹ năng có khả năng sống cao gấp 2 lần so với người không được đỡ đẻ bởi người có kỹ năng [17].

*** Xử trí kịp thời khi có tai biến sản khoa và cấp cứu**

Đề cứu sống mẹ và tàn tật do quá trình mang thai và sinh đẻ, xử trí kịp thời tai biến sản khoa và cấp cứu sản khoa là can thiệp có hiệu quả nhất với chi phí thấp. Theo ước tính của WHO/UNFPA/UNICEF (1997), khoảng 500.000 người dân thì cần có 04 cơ sở y tế cung cấp dịch vụ chăm sóc sản khoa thiết yếu cơ bản và 01 cơ sở y tế cung cấp dịch vụ chăm sóc sản khoa thiết yếu toàn diện. Dịch vụ chăm sóc sản khoa thiết yếu cơ bản bao gồm các biện pháp để chống co giật, truyền huyết thanh, dùng kháng sinh, đỡ đẻ sạch an toàn và phát hiện biến chứng. Chăm sóc sản khoa thiết yếu toàn diện bao gồm chăm sóc sản khoa thiết yếu và truyền máu, mổ đẻ.

Nghiên cứu cho thấy nếu được tiếp cận với dịch vụ chăm sóc sản khoa thiết yếu có chất lượng, phá thai an toàn cũng như điều trị nhiễm khuẩn, tử vong mẹ có thể giảm từ 450/100.000 trẻ đẻ sống xuống còn 350/100.000 trẻ đẻ sống. Tiếp cận được với dịch vụ chăm sóc sản khoa thiết yếu có chất lượng và tiếp cận dịch vụ chuyển tuyến kịp thời, TVM từ 450 có thể giảm xuống chỉ còn 65/100.000 trẻ đẻ sống. Chuyển tuyến kịp thời và xử trí tích cực ở giai đoạn 3 giảm đáng kể tỷ lệ tử vong mẹ do băng huyết, sản giật cũng như chuyển dạ kéo dài và phá thai không an toàn [28].

Nghiên cứu cũng cho thấy các can thiệp về chăm sóc trước sinh chiếm

30% tổng chi phí của gói can thiệp cho bà mẹ và trẻ em thì có thể giảm 26% tử vong mẹ nhưng can thiệp cung cấp dịch vụ sản khoa thiết yếu chỉ chiếm 24% tổng chi phí của gói can thiệp có thể giảm tới 74% tử vong mẹ. Chính vì thế tăng cường sự tiếp cận dịch vụ chăm sóc sản khoa thiết yếu là chìa khóa để giảm tử vong mẹ với chi phí thấp. Tiếp cận dịch vụ cần được tăng cường ở cả hai phía, phía người cung cấp và phía người sử dụng dịch vụ. Cả hai bên cần hiểu nhau và cùng thay đổi tích cực để giảm tử vong mẹ [28].

*** Kế hoạch hóa gia đình**

Phụ nữ không mang thai và sinh nở thì không có tử vong mẹ. Do đó kế hoạch hóa gia đình là biện pháp can thiệp khả thi đối nhóm phụ nữ có nguy cơ tử vong cao như sinh nhiều con, sinh con quá sớm hoặc quá muộn. Hiệu quả giảm tử vong mẹ do kế hoạch hóa gia đình cho các nhóm đối tượng này cũng như can thiệp giãn khoảng cách sinh từ 2 – 5 năm hiện còn chưa chắc chắn. Tuy nhiên các can thiệp này lại cải thiện đáng kể sức khỏe của trẻ sơ sinh. Trên toàn cầu, tỷ lệ bao phủ các biện pháp tránh thai là 61%, tỷ lệ nhu cầu biện pháp tránh thai không được đáp ứng dao động từ 6% ở các nước Châu Âu đến 23% ở các nước ở khu vực cận Sahara. Khoảng 44% các trường hợp mang thai là thai ngoài ý muốn dẫn đến 22% trường hợp phá thai. Số liệu này gợi ý khoảng 1/4 - 2/5 các trường hợp tử vong mẹ có thể phòng ngừa nếu loại bỏ được các trường hợp mang thai ngoài ý muốn [18].

1.3. Chương trình can thiệp giảm tử vong mẹ ở các vùng khó khăn

*** Tình hình thế giới:** Hai mươi năm nỗ lực thực hiện Sáng kiến làm mẹ an toàn tập trung vào hai chiến lược can thiệp lâu dài là đào tạo và sử dụng người đỡ đẻ có kỹ năng, cải thiện hệ thống cung cấp dịch vụ sản khoa thiết yếu (cơ bản và toàn diện) đã giảm đáng kể tử vong mẹ. Theo ước tính gần đây nhất của Tổ chức Y tế thế giới, Quỹ Nhi đồng Liên hợp quốc, Quỹ Dân số thế giới và Ngân hàng thế giới, năm 2010 trên toàn thế giới có 287.000 bà mẹ tử vong do mang thai và sinh đẻ, giảm 47% so với năm 1990, trung bình tỉ lệ tử vong mẹ (TVM) trên toàn thế giới là 210/100.000 trẻ sinh sống, giảm 400 bà mẹ so với năm 1990 [54].

Tuy nhiên những can thiệp này chưa giải quyết được nhu cầu sinh nở an toàn của 45 triệu phụ nữ, những người có xu hướng đẻ tại nhà và không có sự giúp đỡ của người đỡ đẻ có kỹ năng. Các báo cáo cho thấy trong vòng 15 – 20 năm qua, không có sự cải thiện đáng kể tỉ lệ phụ nữ được đỡ đẻ bởi người đỡ đẻ có kỹ năng trong các nhóm này. Để giảm nhanh tử vong mẹ ở những khu vực phần lớn người dân lựa chọn đẻ tại nhà, không có người đỡ đẻ, chính quyền và các tổ chức cộng đồng có thể triển khai các can thiệp đơn giản và có hiệu quả như huy động cán bộ y tế, những người có khả năng có mặt và thực hiện đỡ đẻ tại nhà [39].

Người đỡ đẻ có kỹ năng rất quan trọng trong việc cứu sống mẹ và trẻ sơ sinh, giảm tàn phế do mang thai và sinh nở tuy nhiên, đào tạo bà mẹ vườn lại không đạt được kết quả như mong đợi. Hầu hết các trường hợp, bà mẹ vườn dù được đào tạo cũng không thể cứu sống mẹ hiệu quả do không có khả năng xử trí khi có tai biến hoặc chuyển tuyến kịp thời. Do đó, việc xác định năng lực tối thiểu cần có với chức danh người đỡ đẻ có kỹ năng là rất cần thiết, đặc biệt với các nước, khu vực gặp hạn chế trong việc tiếp cận với dịch vụ cấp cứu sản khoa [56]. Tại một số nước như Băng La Đét, Nepal và Ấn Độ, một số người có trình độ văn hoá thấp (lớp 6-8) đã được đào tạo trong thời gian 6-18 tháng về làm mẹ an toàn và đã thực hiện được nhiều công việc hỗ trợ cộng đồng như đỡ đẻ tại nhà, tư vấn chuyển tuyến khi có dấu hiệu nguy hiểm, góp phần làm giảm TVM tại cộng đồng [68]. Ví dụ cụ thể tại Nepal, chương trình đào tạo y tế thôn bản 15 tuần cho phụ nữ tại địa phương ở độ tuổi 18 – 35 về bà mẹ và trẻ đã được triển khai. Để đáp ứng nhu cầu về người đỡ đẻ có kỹ năng, y tế thôn bản đã được đào tạo thêm 6 tuần về các kỹ năng của nữ hộ sinh, trở thành cô đỡ thôn bản. Đánh giá kỹ năng lâm sàng của 104 cô đỡ thôn bản được lựa chọn ngẫu nhiên từ 15 huyện ở Nepal cho thấy nếu được đào tạo bởi chương trình phù hợp, cô đỡ thôn bản có thể đạt được kiến thức và kỹ năng ở mức độ chấp nhận được với cô đỡ thôn bản ở dưới cộng đồng. Nghiên cứu cũng nhấn mạnh để tác động đến tử vong mẹ ở Nepal, cần có nhiều cô đỡ thôn bản hơn nữa và cô đỡ thôn bản cần được cho phép thực hiện những gì đã được đào tạo cũng như được sự hỗ trợ về mặt chính sách và trang thiết bị cần thiết [19].

Đào tạo người đỡ đẻ tại cộng đồng có kiến thức và kỹ năng về dự phòng cấp một và cấp hai như sử dụng Misoprostol, kế hoạch hóa gia đình, đo lượng máu mất, chăm sóc sau sinh,... sẽ giúp người phụ nữ ở nhóm nghèo nhất trong xã hội được hưởng lợi từ những nỗ lực làm mẹ an toàn toàn cầu [39].

*** Tình hình Việt Nam**

Tại Việt Nam, Chính phủ cam kết giảm tỉ lệ TVM theo Mục tiêu Phát triển thiên niên kỷ (MDGs), xây dựng và triển khai chiến lược Quốc gia về Làm mẹ an toàn trong giai đoạn 2003 – 2010 với mục tiêu giảm 1/2 tỉ lệ TVM vào năm 2010 so với năm 2002. Theo xu hướng của thế giới, kế hoạch tập trung vào hai giải pháp chính là tăng cường tính sẵn có và sự tiếp cận dịch vụ chăm sóc sản khoa thiết yếu và nâng cao năng lực cán bộ để tăng cường chất lượng dịch vụ. Tỷ suất TVM năm 2009 là 69/100.000 so với 130/100.000 năm 2001 [74]. Theo ước tính gần đây nhất của Tổ chức Y tế thế giới, Quỹ Nhi đồng Liên hợp quốc, Quỹ Dân số thế giới và Ngân hàng thế giới thì tỷ lệ TVM ở Việt Nam đạt mức 59/100.000 trẻ đẻ sống. Với tỷ lệ này, Việt Nam là 1 trong 10 quốc gia đạt được Mục tiêu thiên niên kỷ 5 (MDG5), giảm 75% tỷ lệ tử vong mẹ từ năm 1990 – 2015 [54].

Theo thời gian, tỷ lệ TVM ở Việt Nam giảm tuy nhiên sự khác biệt về TVM giữa các vùng miền và giữa các nhóm trình độ học vấn, kinh tế, dân tộc không giảm. Tỷ lệ TVM mẹ thường cao hơn nhiều ở các khu vực miền núi và khó khăn. TVM ở Sơn La (miền núi, khó khăn) là 294/100.000, cao gấp 20 lần so với ở Long An (đồng bằng) là 11/100.000. Đa số các huyện có tỉ số tử vong mẹ cao đều là những huyện miền núi, cao nhất là vùng miền núi phía Bắc. Sau khi được hiệu chỉnh theo khu vực thì TVM ở khu vực nông thôn miền núi cao hơn 3 lần so với khu vực nông thôn đồng bằng và khu vực thành thị [17].

Giai đoạn 2002 – 2006, tử vong mẹ ở nhóm không biết chữ cao gấp 4 – 6 lần so với nhóm biết chữ, người dân tộc thiểu số như H'Mong, Thái, Ba Na, Tày, Dao và Nùng cao gấp 4 lần so với dân tộc Kinh, ở nhóm phụ nữ làm nghề nông cao gấp 4 – 6 lần so với phụ nữ là cán bộ, công chức [57], [74]. Tương tự với tình hình

tử vong mẹ, về tỷ lệ người đỡ đẻ có kỹ năng, nhóm không biết chữ cũng ít được đỡ đẻ bởi người đỡ đẻ có kỹ năng so với các nhóm khác (45% so với 85-99%), nhóm nghèo nhất ít hơn so với các nhóm có thu nhập tốt hơn (71.9% so với 96-99%) và người dân tộc thiểu số cũng ít hơn so với dân tộc Kinh (63% so với 98%) [11].

Giai đoạn 2006 – 2010, một số can thiệp đã được chứng minh là có hiệu quả cao trong việc nâng cao sức khỏe bà mẹ - trẻ em, giảm bệnh tật và tử vong mẹ và tử vong sơ sinh như (a) mô hình chăm sóc liên tục theo vòng đời và liên tục theo tuyến, (b) Mô hình cô đỡ thôn bản, (c) vận động nhân viên bệnh viện và đoàn viên thanh niên trên địa bàn tình nguyện tham gia “ngân hàng máu sống”, (d) triển khai Đơn nguyên sơ sinh tại Bệnh viện huyện, (e) hỗ trợ thành lập và duy trì hoạt động của nhóm chuyển tuyến dựa vào cộng đồng ở các vùng đặc biệt khó khăn (f) Tăng cường lồng ghép, kết nối các dịch vụ [9].

Thực trạng nhân lực y tế cho thấy rằng hiện nay ở vùng núi đang thiếu trầm trọng cán bộ y tế, đặc biệt thiếu cán bộ nữ được đào tạo về sản khoa gồm cả chăm sóc trẻ sơ sinh, đặc biệt ở vùng núi phía Bắc và Tây nguyên. Tại tuyến xã, hiện tại, 73,3% trạm y tế xã có nữ hộ sinh từ trung học trở lên, nếu tính cả y sĩ sản nhi (YSSN) và nữ hộ sinh (NHS), thì tỷ lệ này là 91,3%. Như vậy, còn khoảng trên 8% trạm y tế chưa có YSSN hoặc NHS trung học trở lên. Đặc biệt, tại 62 huyện nghèo, vẫn còn 15,4% TYT chưa có YSSN hoặc NHS từ trung học trở lên [13].

Do phong tục tập quán chỉ đẻ ở nhà, không đến cơ sở y tế khám thai và đẻ của người dân tộc thiểu số và những thôn, bản do địa hình phức tạp, địa bàn rộng, đường sá đi lại khó khăn, khó tiếp cận với trạm y tế xã nên rất cần Cô đỡ thôn, bản được đào tạo chuyên sâu về đỡ đẻ và chăm sóc sức khỏe cho bà mẹ và trẻ em. Kế hoạch hành động quốc gia về chăm sóc sức khỏe sinh sản, tập trung vào Làm mẹ an toàn (LMAT) và Chăm sóc sơ sinh (CSSS) giai đoạn 2011-2015 cũng đưa ra định hướng riêng đối với các thôn, bản thuộc vùng đặc biệt khó khăn, nơi có tỷ lệ đẻ tại nhà cao. Kế hoạch đưa ra định hướng (1) tăng cường nhân lực chăm sóc hộ sinh cho các thôn bản vùng đặc biệt khó khăn (dân tộc, miền núi), nơi có tỷ lệ đẻ tại nhà cao thông qua mở rộng hình thức đào tạo và sử dụng cô đỡ thôn bản, ưu tiên lựa chọn

nữ nhân viên y tế thôn bản người dân tộc thiểu số để đào tạo thành cô đỡ thôn bản;
(2) Chuẩn hóa chương trình, tài liệu đào tạo, ban hành chính sách tuyển dụng và hỗ trợ cô đỡ thôn bản đã qua đào tạo [8], [9].

* Một số thách thức trong quá trình thực hiện

Tiến bộ toàn cầu về giảm tỷ lệ tử vong bà mẹ sẽ phụ thuộc vào việc kết hợp các dịch vụ hộ sinh vào hệ thống y tế có sự chăm sóc kịp thời, có trình độ và hiệu quả. Ngoài ra, các biện pháp cần phải hướng đến các nhóm dễ bị tổn thương nhất - người dân nông thôn và người nghèo [41].

❖ Thách thức đầu tiên là thiết lập cơ sở có các nữ hộ sinh được đào tạo đầy đủ, được ghi nhận và tích hợp vào hệ thống y tế lớn, và đảm bảo sử dụng và trả lương cho họ tới xứng đáng với mức họ đang được thuê. Rõ ràng, lực lượng hộ sinh lành nghề là một mục tiêu xứng đáng. Tuy nhiên, ở nhiều nước, nơi mà người hộ sinh chuyên nghiệp không sẵn có cho người dân nông thôn hay vùng thành thị nghèo, thì ý tưởng này vẫn là mục tiêu xa vời. Trong năm 2012, 40 triệu ca sinh đẻ ở các nước đang phát triển đã không có sự tham gia của nhân viên y tế có tay nghề và hơn 80% những ca này được thực hiện ở các khu vực nông thôn [47].

❖ Thách thức thứ hai là đảm bảo rằng các gia đình trong cộng đồng biết và lựa chọn sử dụng các dịch vụ hộ sinh trong quá trình mang thai. Phụ nữ và gia đình của họ có thể không lựa chọn sinh đẻ tại trung tâm y tế vì một số lý do bao gồm: khoảng cách, chi phí và việc chấp nhận (liên quan đến văn hóa, tục lệ, ...). Ngoài ra, nếu người phụ nữ thiếu quyền quyết định, mà quyền này thuộc về thành viên khác trong gia đình (thường là đàn ông trụ cột trong gia đình) sẽ quyết định địa điểm sinh [36]. Trong trường hợp không lựa chọn trung tâm y tế, thì những phương án sau được chọn phổ biến [18]:

✓ Hộ sinh lành nghề (ví dụ như nữ hộ sinh) tại nhà – Phương án này có lợi vì có sự phục vụ của hộ sinh lành nghề trong trường hợp người mẹ quyết định không đi đến trung tâm y tế để sinh đẻ. Tuy nhiên, trong trường hợp cần thiết phải cấp cứu, các nữ hộ sinh/bà đỡ có thể phải đơn phương xử lý với công cụ cơ bản có sẵn tại nhà. Và trong trường hợp này, sẽ khó khăn hơn để chuyển tới cấp chăm sóc

y tế cao hơn nếu cần thiết. Ngoài ra, các nữ hộ sinh báo cáo đôi khi không có quyền quyết định tại gia đình đang có ca sinh đẻ, và gia đình đó có thể buộc tội và áp đặt các tục lệ văn hóa trong đó có một số thông lệ không tốt cho sức khỏe bà mẹ hoặc trẻ sơ sinh [36]. Vì những lý do này, các nữ hộ sinh và nhân viên có tay nghề cao khác thường ưa thích hộ sinh tại cơ sở y tế hơn so với hộ sinh tại nhà.

✓ Nhân viên y tế cộng đồng (CHW) hộ sinh tại nhà – Nếu CHW không được đào tạo đến một trình độ của một hộ sinh lành nghề, thì sự tham gia của họ trong các ca sinh đẻ không góp phần quan trọng trong việc tỷ lệ giảm tử vong bà mẹ [18].

Họ hàng hoặc bà đỡ truyền thống hộ sinh tại nhà – Lựa chọn này thường phổ biến ở các vùng nông thôn nghèo, và luôn liên quan mật thiết với tỷ lệ tử vong bà mẹ cao [18]. Theo một ước tính năm 2006, gần ¼ phụ nữ trong các nước đang phát triển thực hiện sinh đẻ một mình hoặc với sự hỗ trợ từ các thành viên gia đình hoặc hàng xóm, tỷ lệ này thậm chí còn cao hơn tại các cộng đồng nông thôn [36]. **a)**

Các nội dung can thiệp

*** Chương trình đào tạo CĐTĐ do BVTD thực hiện**

Để hỗ trợ cho những vùng đặc biệt khó khăn với đa số là người dân tộc thiểu số, Bệnh viện Từ Dũ là đơn vị đầu tiên triển khai mô hình Đào tạo cô đỡ thôn bản (CĐTĐ) người dân tộc thiểu số cho các vùng đặc biệt khó khăn từ năm 1997. Chương trình hướng tới đào tạo những CĐTĐ là người dân tộc thiểu số, có trình độ văn hoá không cao, nhưng có lòng nhiệt tình và cam kết làm việc hỗ trợ cộng đồng trong công tác LMAT: tư vấn về sự cần thiết phải đi khám thai và đẻ tại cơ sở y tế, thực hiện quản lý thai nghén, khám thai và đỡ đẻ, nhận biết những trường hợp có nguy cơ để giới thiệu chuyển tuyến. Bên cạnh đó, CĐTĐ còn phải đạt được các kỹ năng cơ bản của YTTĐ theo chương trình chung của BHYT.

Sau 10 năm triển khai Bệnh viện Từ Dũ đã đào tạo được 15 khóa đào tạo 6 – 9 tháng cơ bản với tổng cộng 841 cô đỡ thôn bản và 05 khóa đào tạo nâng cao với 131 cô đỡ thôn bản cho các tỉnh phía Nam, đặc biệt các tỉnh Miền Trung và Tây Nguyên [13]. Chương trình CĐTĐ của BVTD kéo dài 9 tháng theo mô hình 6+3. Học phần

6 tháng đào tạo những kỹ năng cơ bản về hộ sinh cho phần lớn các CĐTB. Học phần 3 tháng đào tạo nâng cao kỹ năng hộ sinh cho những CĐTB đã làm việc tại địa phương có giám sát của BVTD, cam kết làm việc và làm việc tốt tại các thôn bản. Theo nhận định ban đầu, những CĐTB này đã có đóng góp quan trọng trong tư vấn kế hoạch hoá gia đình (KHHGĐ), làm mẹ an toàn (LMAT) như khám thai và đẻ tại cơ sở y tế, thực hiện tốt công tác khám thai và đỡ đẻ (khi cần thiết), phát hiện dấu hiệu nguy cơ và chuyển tuyến kịp thời [76]. Tuy nhiên, kết quả đánh giá dự án cho thấy rằng các cô đỡ còn thiếu sự hỗ trợ của hệ thống y tế như chuyển tuyến, giám sát hoạt động của cô đỡ và các quy định về chức năng nhiệm vụ, thuốc, trang thiết bị và chế độ đãi ngộ [7], [8], [58]

*** Chương trình đào tạo CĐTB do UNFPA thực hiện**

UNFPA, Quỹ Dân số Liên Hợp Quốc, một tổ chức phát triển quốc tế, làm việc với nhiều quốc gia để bảo vệ và nâng cao sức khỏe sinh sản (SKSS) và sức khỏe tình dục (SKTD) cho phụ nữ, nam giới và trẻ em. UNFPA đã hoạt động tích cực ở Việt Nam từ năm 1977, và hỗ trợ khoảng 140 triệu đô la. Trong chu kỳ tài trợ gần đây nhất giai đoạn 2006 - 2010, UNFPA hướng tới việc nâng cao việc tiếp cận đến các dịch vụ chăm sóc SKSS và SKTD cho người dân, nâng cao chất lượng dữ liệu dân số. UNFPA cũng góp phần vào các cuộc đối thoại chính sách và giúp chính phủ thực hiện các chính sách và chương trình liên quan tới các vấn đề về giới, dân số và phát triển.

Bên cạnh hợp tác với ban ngành, chính phủ ở cấp độ quốc gia, tại các tỉnh, UNFPA hợp tác với UBND tỉnh và các đơn vị có liên quan, cung cấp tài chính và hỗ trợ kỹ thuật để triển khai các chương trình của UNFPA ở một số tỉnh thuộc nhiều vùng miền khác nhau ở Việt Nam. Các chương trình này nhằm cải thiện chất lượng dịch vụ SKSS ở Việt Nam, đặc biệt cho phụ nữ, nam giới, vị thành niên ở khu vực nghèo, vùng núi vùng sâu vùng xa.

Trong Chương trình Quốc gia 7 giữa UNFPA và Chính Phủ Việt Nam, (2006 – 2011), UNFPA và Bộ Y tế (BYT) nhận thấy rằng cần phải thiết kế một chương trình đào tạo CĐTB cho những vùng khó khăn nhằm đáp ứng đủ những kỹ

năng của người đỡ đẻ có kỹ năng do WHO khuyến nghị. “Mô hình thử nghiệm Cô đỡ thôn bản dân tộc thiểu số” đào tạo 18 tháng được xây dựng vào năm 2007 dựa trên: (1) kinh nghiệm của BVTĐ trong xây dựng và thực hiện chương trình CĐTB (6+3), (2) cơ sở khuyến nghị của WHO về sự cần thiết đào tạo 30 kỹ năng của người đỡ đẻ có kỹ năng, thời gian tối thiểu đào tạo kỹ năng hộ sinh 18 tháng và (3) kinh nghiệm của một số nước khác về đào tạo cô đỡ thôn bản (Nepal, Ấn Độ).

Chương trình đào tạo được thiết kế để đáp ứng kỳ vọng của địa phương, phù hợp với điều kiện kinh tế, văn hoá, xã hội và địa lý của địa bàn khó khăn miền núi, hướng tới đào tạo ra CĐTB đạt được những yêu cầu chăm sóc sức khoẻ bà mẹ trẻ em do BHYT quy định đối với YTTB, đồng thời cũng trang bị cho các CĐTB những kỹ năng cơ bản của người đỡ đẻ có kỹ năng (quản lý thai nghén tại cơ sở, vận động khám thai và đẻ tại TYT, thực hiện công tác giáo dục sức khỏe (GDSK) cho phụ nữ khi mang thai, như biết cách chăm sóc bản thân và chế độ dinh dưỡng, lúc sinh con biết đến cơ sở y tế và biết cách nuôi con (cho bú, chăm con,...). Thiết kế chương trình đào tạo về cơ bản hướng tới các chuẩn chính của người đỡ đẻ có kỹ năng do WHO khuyến nghị.

Chương trình đào tạo 18 tháng được thiết kế gồm 4 phần với cấu trúc 6+3+6+3 như sau:

- Học phần 1: 6 tháng học về kỹ năng cho CĐTB, sẽ được tổ chức tại bệnh viện trung ương hoặc bệnh viện tỉnh.

- Học phần 2: 3 tháng sau học về kỹ năng cho YTTB thực hiện tại Trường Trung học y tế hoặc Trung tâm đào tạo cán bộ y tế tỉnh

- Học phần 3: 6 tháng tiếp theo sẽ đi thực tế tại địa phương, thời gian là 24 tuần bao gồm:

- + 6 tuần ở xã, 2 lần giám sát

- + 6 tuần ở bệnh viện huyện, 1 lần giám sát

- + 6 tuần ở xã, 2 lần giám sát

- + 6 tuần ở bệnh viện huyện, 1 lần giám sát

- Học phần 4: 3 tháng cuối sẽ được đào tạo nâng cao về kỹ năng cho

CĐTB tại tuyến trung ương.

Thiết kế của chương trình tương đối linh hoạt theo các module, cho phép người học được lựa chọn các module học tập tùy thuộc vào điều kiện và trình độ cá nhân. Ví dụ nếu đã học qua chương trình YTTB thì sẽ không phải học module 2. Nếu đã qua các module 1-2-3 thì chỉ cần học thêm module 4 là đủ [76].

Từ tháng 7/2008 đến tháng 12/2011, mô hình này đã được triển khai tại 3 Tỉnh Hà Giang, Ninh Thuận và Kon Tum.

Tại Tỉnh Hà Giang, chương trình CĐTB đã triển khai được hai khóa, khóa I từ 7/2008 đến tháng 1/2010 với 14 CĐTB và khóa II từ tháng 6/2010 đến tháng 12/2011 với 15 CĐTB. Tổng số 29 CĐTB này được lựa chọn từ 26 thôn/bản thuộc 11 xã/thị trấn ở hai Huyện Xín Mần và Đồng Văn. Tại Huyện Xín Mần, các cô đỡ được chọn từ các thôn khác nhau ở 5 xã Chí Cà, Cốc Rễ, Nàn Ma, Nàn Sìn, Pà Vây Sủ. Tại huyện Đồng Văn, các CĐTB cũng được chọn từ các thôn khác nhau tại 6 xã/thị trấn: Lũng Cú, Lũng Táo, Ma Lé, Phố Cáo, thị trấn Phố Bàng và Xà Phìn. Tiêu chí lựa chọn học viên: Là người dân tộc (nữ) đang sinh sống tại thôn bản, độ tuổi từ 18-40 tuổi ưu tiên những người đã có gia đình; trình độ văn hóa phải biết đọc, biết viết (từ lớp 5 trở lên); phải được sự ủng hộ và cam kết của chính quyền xã và người dân sống tại thôn bản..

Chương trình đào tạo CĐTB 18 tháng tại Hà Giang thực hiện đủ 4 học phần theo thiết kế của UNFPA. Học phần thứ nhất học tại Bệnh viện Tỉnh Hà Giang, học phần thứ hai liên kết đào tạo tại Trường Trung học Y tế, giai đoạn ba học viên về thực hành tại cơ sở, giai đoạn bốn đào tạo nâng cao tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh)...

Hiện nay toàn bộ các CĐTB đã kết thúc khóa học và trở về làm việc tại thôn/bản

Chương trình đào tạo cô đỡ thôn bản 18 tháng do UNFPA thực hiện tại các tỉnh đã được Trường Đại học Y tế công cộng đánh giá nhanh vào năm 2010, trong đó có tỉnh Hà Giang. Kết quả đánh giá cho thấy mô hình đào tạo đã có sự tiếp cận tương đối toàn diện ở nhiều khía cạnh trước, trong và sau đào tạo. Đã huy động

được sự tham gia của nhiều bên liên quan ở tất cả các tuyến, từ trung ương tới xã, các cơ quan chuyên môn trong ngành y tế cũng như chính quyền địa phương và các tổ chức đoàn thể xã hội tại cộng đồng. Mô hình can thiệp về đào tạo và sử dụng CĐTĐB là những người dân tộc thiểu số để phục vụ cộng đồng sống tại nơi họ sinh sống là khả thi. Các CĐTĐB nhiệt tình cung cấp dịch vụ như tư vấn, khám thai, đỡ đẻ, chăm sóc sau đẻ, xử trí ban đầu tai biến sản khoa và giới thiệu chuyển tuyến. Những lợi thế về văn hoá (chia sẻ ngôn ngữ, phong tục tập quán) và lòng nhiệt huyết khiến cho nhiều CĐTĐB bước đầu đã được cộng đồng chấp nhận. Họ đã có đóng góp tích cực trong việc giảm tử vong mẹ, trẻ sơ sinh và tai biến sản khoa tại cộng đồng. Các bên liên quan đã hỗ trợ tích cực, tạo ra một môi trường làm việc tương đối thuận lợi cho CĐTĐB phát huy vai trò của mình [6].

Thiết kế chương trình đào tạo về cơ bản hướng tới được các chuẩn chính của người đỡ đẻ có kỹ năng do WHO khuyến nghị. Trong quá trình thực hiện chương trình, về cơ bản các bên liên quan đã hoàn thành nhiệm vụ được giao, bố trí điều kiện học tập, sinh hoạt của học viên tương đối thuận lợi, tạo điều kiện cho các em tập trung vào học tập. Những công việc CĐTĐB thực hiện tại địa phương có tác động lớn đối với cộng đồng, tăng cường nhận thức, thay đổi hành vi chăm sóc sức khỏe của người dân. Phụ nữ đã chủ động đi khám thai và đẻ tại cơ sở y tế. Những đóng góp đó đã góp phần làm giảm tử vong mẹ, sơ sinh và tai biến sản khoa tại cộng đồng. Từ đó ngày càng khẳng định sự phù hợp của CĐTĐB với cộng đồng, họ đóng vai trò như cầu nối giữa cộng đồng và cơ sở y tế. Sự chấp nhận của cộng đồng với CĐTĐB đã khẳng định được nhu cầu thật sự đối với mô hình này.

Tuy nhiên, hiệu quả của chương trình đào tạo cô đỡ thôn bản 18 tháng do UNFPA triển khai cần được tiếp tục đánh giá theo phương pháp vòng lặp của Krick Patrick, đánh giá nhiều lần theo thời gian.

Phương pháp đánh giá chương trình đào tạo KirkPatrick

Các cơ sở đào tạo cũng như các tổ chức tham gia đào tạo luôn cố gắng tìm mọi cách để đánh giá hiệu quả của chương trình đào tạo để (1) tìm cách cải thiện chương trình đào tạo, (2) xác định xem có nên tiếp tục chương trình đào tạo hay

không và (3) để đánh giá chất lượng của tổ chức đào tạo. Từ năm 1959, Donald KrirkPartrick đã xây dựng phương pháp đánh giá chương trình đào tạo với 4 cấp độ: phản hồi, thay đổi kiến thức, thay đổi hành vi và tác động. Cấp độ đánh giá này là bậc thang cho cấp độ đánh giá tiếp theo. Các cấp độ đều quan trọng và có tác động đến cấp độ đánh giá phía sau đó. Cấp độ càng cao thì quá trình đánh giá càng phức tạp và đòi hỏi nhiều thời gian, tuy nhiên vì thế nó cũng cung cấp nhiều thông tin có giá trị hơn. Cụ thể các cấp độ đánh giá như sau:

Cấp độ 1 – phản hồi: Đánh giá phản hồi của học viên được tiến hành ngay sau khi khóa học hoàn thành. Đánh giá này còn được gọi là “đo lường sự hài lòng của học viên”. Đánh giá dựa trên phản hồi của một số học viên, thấy được điểm mạnh của chương trình học để cải thiện chương trình học tập trong tương lai. Thực tế cho thấy các phản hồi tiêu cực sẽ ảnh hưởng đến động lực học tập của học viên hơn là các phản hồi tích cực. Chương trình học có nhiều phản hồi tiêu cực khó có khả năng tiếp tục có thể tiến hành trong tương lai.

Cấp độ 2 – thay đổi kiến thức: Đánh giá trước và sau khóa học bằng một bộ câu hỏi cũng là một phần của quá trình đánh giá. Đánh giá này giúp cơ sở giảng dạy hiểu được học viên đã thay đổi được thái độ, nâng cao được kiến thức và kỹ năng nào trong quá trình học tập.

Cấp độ 3 – thay đổi hành vi: Cấp độ này cho phép đánh giá hành vi nào đã thay đổi do tham dự khóa học và lý tưởng nhất là đánh giá trong khoảng thời gian từ 6 đến 9 tháng sau khi kết thúc khóa học.

Cấp độ 4 – tác động: Cấp độ này quan tâm đến tác động của chương trình đào tạo. Kết quả cuối cùng có thể là tăng năng suất, nâng cao chất lượng, giảm chi phí, giảm tỉ lệ tai nạn,... Cấp độ này cho phép đánh giá mức độ đạt được mục tiêu của khóa học cũng như sự tiến bộ của học viên trong khoảng thời gian dài. Đánh giá này nên được tiến hành trong khoảng từ 1 – 3 năm sau khi kết thúc khóa học vì thời gian càng dài, khả năng sai số do nhớ lại càng lớn. Thêm vào đó, đánh giá sau thời gian học quá dài, kết quả thu được có thể do tác động của nhiều yếu tố, không chỉ từ chương trình đào tạo.

Phương pháp Kirkpatrick được sử dụng trong nhiều lĩnh vực, đặc biệt trong lĩnh vực công nghiệp do kết quả cuối cùng dễ lượng giá. Kết quả đánh giá giúp nhà quản lý đưa ra quyết định để tiếp tục chương trình học có hiệu quả. Một số công ty đã sử dụng phương pháp đánh giá này như tập đoàn Motorola, Trường Đại học Wisconsin (Hoa Kỳ) để đánh giá giá chương trình đào tạo kỹ năng giám sát cho cán bộ. Tập đoàn Intel cũng sử dụng phương pháp này để đánh giá sự cải thiện của hệ thống điều hành (Kirkpatrick 1998). Mô hình này cũng được sử dụng để đánh giá các chương trình đào tạo mà tác động của chương trình có thể nhận biết rõ ràng [67]. Phương pháp này cũng phù hợp để tiếp tục đánh giá hiệu quả của chương trình đào tạo cô đỡ thôn bản 18 tháng do UNFPA triển khai.

Nội dung đánh giá chương trình đào tạo CĐTĐ

Mặc dù vai trò của người đỡ đẻ có kỹ năng đặc biệt quan trọng trong quá trình giảm tử vong mẹ. Tuy nhiên, các nghiên cứu hiện nay mới chỉ đánh giá sự có mặt của người đỡ đẻ có kỹ năng. Theo dõi và đánh giá chương trình đào tạo người đỡ đẻ có kỹ năng dường như chưa nhận được sự quan tâm đúng mức. Đến năm 2011, trên thế giới chỉ có 8 nghiên cứu được xác định là để đánh giá đảm bảo người đỡ đẻ có kỹ năng, 3 trong số đó có sử dụng khung lý thuyết để đánh giá.

Năm 2000, Graham và Bell đã xây dựng khung lý thuyết tổng thể cho người đỡ đẻ có kỹ năng. Khung lý thuyết này được xây dựng dựa trên cách tiếp cận hệ thống, thể hiện sự tổng hòa của các mối quan hệ giữa cấu trúc hệ thống (môi trường chính sách, môi trường văn hóa, xã hội, hiệp hội chuyên gia và vai trò của nó), đầu vào (nguồn lực, giáo dục, chất lượng dịch vụ, các quy định, hướng dẫn kỹ thuật, tài chính, sự tham gia của cộng đồng, hệ thống y tế, hệ thống chuyển tuyến) và quá trình thực hiện (cung cấp DVCSSK), các yêu cầu để có thể đạt được mục tiêu mong muốn (người đỡ đẻ có kỹ năng, giảm tử vong mẹ và trẻ em, giảm tàn tật mẹ và trẻ em, tăng sự hài lòng với công việc). Khung lý thuyết này đã liệt kê các cấu phần khác nhau liên quan đến người đỡ đẻ có kỹ năng tuy nhiên chưa nhìn thấy tác dụng cụ thể của việc sử dụng khung lý thuyết này vào việc xây dựng công cụ theo dõi, đánh giá.

Khung lý thuyết này đã được áp dụng và đánh giá tại 4 quốc gia (Benin, Ecuador, Jamaica và Rwanda) vào năm 2004 để đánh giá năng lực của cán bộ y tế, người tham gia đỡ đẻ tại bệnh viện và phòng khám [27]. Nghiên cứu đánh giá năng lực của nữ hộ sinh theo hướng dẫn kết hợp quản lý mang thai và sinh đẻ của WHO. Tổng số 166 người tham gia được đánh giá kiến thức qua 49 câu hỏi nhiều lựa chọn theo 7 nhóm lĩnh vực. Kỹ năng được đánh giá thông qua yêu cầu người tham dự thực hành 5 nội dung khác nhau trên mô hình. Kết quả cho thấy mức độ kiến thức và kỹ năng rất khác nhau giữa các cơ sở y tế và các nước khác nhau. Chỉ có 55.8% trả lời đúng các câu hỏi kiến thức và 48% thực hiện đúng các bước kỹ thuật. Nghiên cứu kết luận có khoảng cách rất lớn giữa tiêu chuẩn của người đỡ đẻ có kỹ năng và năng lực thực sự của người cung cấp dịch vụ [27].

b) Hiệu quả can thiệp giảm tử vong mẹ

Để giảm tử vong mẹ nâng cao sức khỏe của bà mẹ và trẻ sơ sinh tại nhiều nước trên thế giới đã có chương trình can thiệp về LMAT. Một số mô hình được triển khai phối hợp trong chương trình LMAT trong đó đều tập trung vào 3 trạm trễ (trạm trễ do bà mẹ và gia đình không biết vấn đề cần phải cấp cứu, trạm trễ do phải vận chuyển bà mẹ đến cơ sở y tế cung cấp dịch vụ cấp cứu sản khoa cơ bản và toàn diện); trạm trễ trong việc cấp cứu sản khoa toàn diện.

Từ những kinh nghiệm thực tế của các nước trên thế giới Việt Nam đã có những chương trình can thiệp nhằm nâng cao sức khỏe cho bà mẹ và trẻ sơ sinh, giảm tỷ lệ tử vong mẹ và phấn đấu hoàn thành mục tiêu thiên niên kỷ. Mục tiêu của Việt Nam là giảm tỷ lệ tử vong mẹ từ 233/100.000 năm 1990 xuống còn 58.3/100.000 vào năm 2015 [42] và Việt Nam đã thực hiện có sự tiến bộ đáng kể trong việc đạt được mục tiêu này. Kết quả tổng điều tra năm 2009 cho thấy tỉ suất tử vong mẹ là 69/100.000 trong năm 2009 [24] và tỷ lệ giảm hàng năm là 8.4/100.000. Kết quả là phù hợp với ước tính của WHO, UNICEF, UNFPA và Ngân hàng Thế giới và tính toán của họ cho thấy rằng MMR ở Việt Nam là 59/100.000 trong năm 2010 với tỷ lệ giảm hàng năm 4.5-5.5/100.000 [46], [53]. Mặc dù các mục tiêu mà

Việt Nam cam kết hướng tới đã đạt được vào năm 2015; tuy nhiên qua các báo cáo nghiên cứu đã chỉ ra rằng có sự khác biệt đáng kể về tử vong mẹ giữa các vùng miền, đặc biệt là vùng núi phía Bắc vùng có nhiều đồng bào dân tộc thiểu số như ở Hà Giang đó là biểu hiện của sự mất công bằng trong tiếp cận và sử dụng dịch vụ y tế trong chăm sóc sức khoẻ cho bà mẹ và trẻ em trên địa bàn tỉnh.

1.4. Các yếu tố ảnh hưởng tới hiệu quả can thiệp làm giảm TVM

Hai mươi năm nỗ lực thực hiện sáng kiến làm mẹ an toàn tập trung vào hai chiến lược can thiệp lâu dài là đào tạo và sử dụng người đỡ đẻ có kỹ năng, cải thiện hệ thống cung cấp dịch vụ sản khoa thiết yếu (cơ bản và toàn diện) đã giảm đáng kể tử vong mẹ. Theo ước tính gần đây nhất của Tổ chức Y tế thế giới, Quỹ Nhi đồng Liên hợp quốc, Quỹ Dân số thế giới và Ngân hàng thế giới, năm 2010 trên toàn thế giới có 287.000 bà mẹ tử vong do mang thai và sinh đẻ, giảm 47% so với năm 1990, trung bình tỉ lệ tử vong mẹ (TVM) trên toàn thế giới là 210/100.000 trẻ sinh sống, giảm 400 bà mẹ so với năm 1990 [54].

Tuy nhiên những can thiệp này chưa giải quyết được nhu cầu sinh nở an toàn của 45 triệu phụ nữ, những người có xu hướng đẻ tại nhà và không có sự giúp đỡ của người đỡ đẻ có kỹ năng. Các báo cáo cho thấy trong vòng 15 – 20 năm qua, không có sự cải thiện đáng kể tỉ lệ phụ nữ được đỡ đẻ bởi người đỡ đẻ có kỹ năng trong các nhóm này. Để giảm nhanh tử vong mẹ ở những khu vực phần lớn người dân lựa chọn đẻ tại nhà, không có người đỡ đẻ, chính quyền và các tổ chức cộng đồng có thể triển khai các can thiệp đơn giản và có hiệu quả như huy động cán bộ y tế, những người có khả năng có mặt và thực hiện đỡ đẻ tại nhà [39].

Người đỡ đẻ có kỹ năng rất quan trọng trong việc cứu sống mẹ và trẻ sơ sinh, giảm tàn phế do mang thai và sinh nở tuy nhiên, đào tạo bà mẹ vườn lại không đạt được kết quả như mong đợi. Hầu hết các trường hợp, bà mẹ vườn dù được đào tạo cũng không thể cứu sống mẹ hiệu quả do không có khả năng xử trí khi có tai biến hoặc chuyển tuyến kịp thời. Do đó, việc xác định năng lực tối thiểu cần có với chức danh người đỡ đẻ có kỹ năng là rất cần thiết, đặc biệt với các nước, khu vực gặp hạn chế trong việc tiếp cận với dịch vụ cấp cứu sản khoa [56]. Tại một số nước

như Băng La Đét, Nepal và Ấn Độ, một số người có trình độ văn hoá thấp (lớp 6-8) đã được đào tạo trong thời gian 6-18 tháng về làm mẹ an toàn và đã thực hiện được nhiều công việc hỗ trợ cộng đồng như đỡ đẻ tại nhà, tư vấn chuyển tuyến khi có dấu hiệu nguy hiểm, góp phần làm giảm TVM tại cộng đồng [68]. Ví dụ cụ thể tại Nepal, chương trình đào tạo y tế thôn bản 15 tuần cho phụ nữ tại địa phương ở độ tuổi 18 – 35 về bà mẹ và trẻ đã được triển khai. Để đáp ứng nhu cầu về người đỡ đẻ có kỹ năng, y tế thôn bản đã được đào tạo thêm 6 tuần về các kỹ năng của nữ hộ sinh, trở thành cô đỡ thôn bản. Đánh giá kỹ năng lâm sàng của 104 cô đỡ thôn bản được lựa chọn ngẫu nhiên từ 15 huyện ở Nepal cho thấy nếu được đào tạo bởi chương trình phù hợp, cô đỡ thôn bản có thể đạt được kiến thức và kỹ năng ở mức độ chấp nhận được với cô đỡ thôn bản ở dưới cộng đồng. Nghiên cứu cũng nhấn mạnh để tác động đến tử vong mẹ ở Nepal, cần có nhiều cô đỡ thôn bản hơn nữa và cô đỡ thôn bản cần được cho phép thực hiện những gì đã được đào tạo cũng như được sự hỗ trợ về mặt chính sách và trang thiết bị cần thiết [19].

Đào tạo người đỡ đẻ tại cộng đồng có kiến thức và kỹ năng về dự phòng cấp một và cấp hai như sử dụng misoprostol, kế hoạch hóa gia đình, đo lượng máu mất, chăm sóc sau sinh,... sẽ giúp người phụ nữ ở nhóm nghèo nhất trong xã hội được hưởng lợi từ những nỗ lực làm mẹ an toàn toàn cầu [39].

Tại Việt Nam, Chính phủ cam kết giảm tỉ lệ TVM theo Mục tiêu Phát triển thiên niên kỷ (MDGs), xây dựng và triển khai chiến lược Quốc gia về Làm mẹ an toàn trong giai đoạn 2003 – 2010 với mục tiêu giảm 1/2 tỉ lệ TVM vào năm 2010 so với năm 2002. Theo xu hướng của thế giới, kế hoạch tập trung vào hai giải pháp chính là tăng cường tính sẵn có và sự tiếp cận dịch vụ chăm sóc sản khoa thiết yếu và nâng cao năng lực cán bộ để tăng cường chất lượng dịch vụ. Tỷ suất TVM năm 2009 là 69/100.000 [7] so với 130/100.000 năm 2001 [74]. Theo ước tính gần đây nhất của Tổ chức Y tế thế giới, Quỹ Nhi đồng Liên hợp quốc, Quỹ Dân số thế giới và Ngân hàng thế giới thì tỷ lệ TVM ở Việt Nam đạt mức 59/100.000 trẻ đẻ sống. Với tỷ lệ này, Việt Nam là 1 trong 10 quốc gia đạt được Mục tiêu thiên niên kỷ 5 (MDG5), giảm 75% tỷ lệ tử vong mẹ từ năm 1990 – 2015 [54].

Theo thời gian, tỷ lệ TVM ở Việt Nam giảm tuy nhiên sự khác biệt về TVM giữa các vùng miền và giữa các nhóm trình độ học vấn, kinh tế, dân tộc không giảm. Tỷ lệ TVM mẹ thường cao hơn nhiều ở các khu vực miền núi khó khăn. TVM ở Sơn La (miền núi, khó khăn) là 294/100.000, cao gấp 20 lần so với ở Long An (đồng bằng) là 11/100.000. Đa số các huyện có tỉ số tử vong mẹ cao đều là những huyện miền núi, cao nhất là vùng miền núi phía Bắc. Sau khi được hiệu chỉnh theo khu vực thì TVM ở khu vực nông thôn miền núi cao hơn 3 lần so với khu vực nông thôn đồng bằng và khu vực thành thị [8].

Giai đoạn 2002 – 2006, tử vong mẹ ở nhóm không biết chữ cao gấp 4 – 6 lần so với nhóm biết chữ, người dân tộc thiểu số như H'Mong, Thái, Ba Na, Tày, Dao và Nùng cao gấp 4 lần so với dân tộc Kinh; ở nhóm phụ nữ làm nghề nông cao gấp 4 – 6 lần so với phụ nữ là cán bộ, công chức [7], [57], [74]. Tương tự với tình hình tử vong mẹ, về tỷ lệ người đỡ đẻ có kỹ năng, nhóm không biết chữ cũng ít được đỡ đẻ bởi người đỡ đẻ có kỹ năng so với các nhóm khác (45% so với 85-99%), nhóm nghèo nhất ít hơn so với các nhóm có thu nhập tốt hơn (71.9% so với 96 – 99%) và người dân tộc thiểu số cũng ít hơn so với dân tộc Kinh (63% so với 98%) [11].

Giai đoạn 2006 – 2010, một số can thiệp đã được chứng minh là có hiệu quả cao trong việc nâng cao sức khỏe bà mẹ - trẻ em, giảm bệnh tật và tử vong mẹ và tử vong sơ sinh như (a) mô hình chăm sóc liên tục theo vòng đời và liên tục theo tuyến, (b) Mô hình cô đỡ thôn bản, (c) vận động nhân viên bệnh viện và đoàn viên thanh niên trên địa bàn tình nguyện tham gia “ngân hàng máu sống”, (d) triển khai Đơn nguyên sơ sinh tại Bệnh viện huyện, (e) hỗ trợ thành lập và duy trì hoạt động của nhóm chuyển tuyến dựa vào cộng đồng ở các vùng đặc biệt khó khăn (f) Tăng cường lồng ghép, kết nối các dịch vụ [9].

Thực trạng nhân lực y tế cho thấy rằng hiện nay ở vùng núi đang thiếu trầm trọng cán bộ y tế, đặc biệt thiếu cán bộ nữ được đào tạo về sản khoa gồm cả chăm sóc trẻ sơ sinh, đặc biệt ở vùng núi phía Bắc và Tây nguyên. Tại tuyến xã, hiện tại, 73,3% trạm y tế xã có nữ hộ sinh từ trung học trở lên, nếu tính cả y sĩ sản

nhi (YSSN) và nữ hộ sinh (NHS), thì tỷ lệ này là 91,3%. Như vậy, còn khoảng trên 8% trạm y tế chưa có YSSN hoặc NHS trung học trở lên. Đặc biệt, tại 62 huyện nghèo, vẫn còn 15,4% TYT chưa có YSSN hoặc NHS từ trung học trở lên [13].

Do phong tục tập quán chỉ đẻ ở nhà, không đến cơ sở y tế khám thai và đẻ của người dân tộc thiểu số và những thôn, bản do địa hình phức tạp, địa bàn rộng, đường sá đi lại khó khăn, khó tiếp cận với trạm y tế xã nên rất cần Cô đỡ thôn, bản được đào tạo chuyên sâu về đỡ đẻ và chăm sóc sức khỏe cho bà mẹ và trẻ em. Kế hoạch hành động quốc gia về chăm sóc sức khỏe sinh sản, tập trung vào Làm mẹ an toàn (LMAT) và Chăm sóc sơ sinh (CSSS) giai đoạn 2011-2015 cũng đưa ra định hướng riêng đối với các thôn, bản thuộc vùng đặc biệt khó khăn, nơi có tỷ lệ đẻ tại nhà cao. Kế hoạch đưa ra định hướng (1) tăng cường nhân lực chăm sóc hộ sinh cho các thôn bản vùng đặc biệt khó khăn (dân tộc, miền núi), nơi có tỷ lệ đẻ tại nhà cao thông qua mở rộng hình thức đào tạo và sử dụng cô đỡ thôn bản, ưu tiên lựa chọn nữ nhân viên y tế thôn bản người dân tộc thiểu số để đào tạo thành cô đỡ thôn bản; (2) Chuẩn hóa chương trình, tài liệu đào tạo, ban hành chính sách tuyển dụng và hỗ trợ cô đỡ thôn bản đã qua đào tạo [9].

Để đánh giá tính hiệu quả của chương trình đào tạo CĐTB 18 tháng, nghiên cứu này sử dụng khung lý thuyết của Graham và Bell để xây dựng nội dung nghiên cứu về hiệu quả của CĐTB và phương pháp Krick Patrick để đánh giá tính hiệu quả của chương trình đào tạo. Kết quả liên quan đến thiết kế chương trình đào tạo dựa vào năng lực, hỗ trợ của các cấp từ Trung ương tới địa phương (xã, thôn/bản) trong việc đảm bảo điều kiện cho CĐTB thực hiện nhiệm vụ, và tìm hiểu các yếu tố liên quan đến việc thực hiện nhiệm vụ của CĐTB là rất cần thiết để đưa ra khuyến nghị chính sách nhằm nâng cao hiệu quả của chương trình đào tạo và sử dụng CĐTB, hướng tới giảm tử vong mẹ tại các xã, thôn/bản đặc biệt khó khăn ở các tỉnh vùng cao.

1.5. Thực trạng về chương trình làm mẹ an toàn tại tỉnh Hà Giang

Hà Giang là tỉnh miền núi phía Bắc Việt Nam. Phía Đông giáp tỉnh Cao Bằng, phía Tây giáp tỉnh Yên Bái và Lào Cai, phía Nam giáp tỉnh Tuyên Quang và

phía Bắc giáp Nước Cộng hòa nhân dân Trung Hoa. Hà Giang có diện tích đất tự nhiên là 7.884,37 km²; địa hình được chia làm 3 vùng: Vùng cao núi đá phía Bắc có 4 huyện: Đồng Văn, Mèo Vạc, Yên Minh, Quản Bạ; Vùng cao núi đất phía Tây gồm 2 huyện: Hoàng Su Phì và Xín Mần; Vùng núi chuyển tiếp có 5 huyện, thành phố: Thành phố Hà Giang, huyện Bắc Mê, Bắc Quang, Vị Xuyên và Quang Bình. Địa hình của Hà Giang hiểm trở, độ chia cắt lớn, giao thông đi lại khó khăn, mật độ dân cư thưa thớt và sống không tập trung; Hà Giang có khoảng 80 vạn người gồm 19 dân tộc cùng chung sống, trong đó dân tộc Mông chiếm 31%, Tày 26,3%, Dao 15%, Kinh 10,7% còn lại là các dân tộc khác.

Công tác chăm sóc sức khỏe nhân dân nói chung và chăm sóc sức khỏe sinh sản nói riêng được ngành y tế tỉnh Hà Giang luôn quan tâm, tổ chức triển khai thực hiện. Thực hiện Chiến lược quốc gia về chăm sóc sức khỏe sinh sản giai đoạn 2001-2010; Quyết định 385/2001/QĐ-BYT, quy định nhiệm vụ kỹ thuật các tuyến của hệ thống chăm sóc sức khỏe sinh sản ở Việt Nam; Quyết định 3519/2000/QĐ-BYT về hướng dẫn xử trí cấp cứu 5 tai biến sản khoa; Chiến lược Dân số và sức khỏe sinh sản Việt Nam giai đoạn 2011-2020 được Thủ tướng Chính phủ phê duyệt. Trong những năm qua ngành y tế tỉnh Hà Giang đã cụ thể hóa các văn bản chỉ đạo và tổ chức triển khai thực hiện các hoạt động trên địa bàn tỉnh và đạt được kết quả đáng khích lệ cụ thể như: mức giảm sinh bình quân giai đoạn 2011 – 2015 giảm 0,56‰, tỷ lệ tăng dân số tự nhiên giảm xuống còn 1,68% (2014), Quy mô dân số trung bình năm 2014 là 783.690 người, kiểm soát mức tăng tỷ lệ giới tính khi sinh năm 2014 là 107/100 trẻ gái. Tỷ lệ phụ nữ có thai được quản lý thai nghén; phụ nữ đẻ tại cơ sở y tế, đẻ được cán bộ y tế chăm sóc tăng cao hàng năm; hệ thống mạng lưới y tế cơ sở luôn được củng cố và hoàn thiện, tính đến hết năm 2014 kết quả 100% trạm y tế toàn tỉnh có nữ hộ sinh hoặc y sĩ sản nhi công tác.

Tuy nhiên bên cạnh những kết quả đã đạt được công tác chăm sóc sức khỏe cho bà mẹ và trẻ em tại tỉnh Hà Giang còn gặp nhiều thách thức như: việc tiếp cận của phụ nữ có thai và khi sinh con với cơ sở y tế còn thấp, tỷ lệ đẻ tại nhà còn cao do nhiều yếu tố như khoảng cách, chi phí, tiếp cận thông tin, yếu tố liên quan đến

văn hóa, tục lệ; người phụ nữ thiếu quyền quyết định và quyền này thuộc về các thành viên khác trong gia đình,... qua các nghiên cứu báo cáo đánh giá về tỷ lệ tử vong mẹ và tử vong sơ sinh thì tỉnh Hà Giang nằm trong nhóm có tỷ lệ tử vong mẹ và tử vong sơ sinh cao so với mức tử vong trung bình của toàn quốc.

Chương 2

PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

*** Nghiên cứu định lượng**

Tài liệu thứ cấp liên quan đến việc triển khai chương trình can thiệp đào tạo thí điểm CĐTĐB (như văn bản chính sách, tài liệu đào tạo, hướng dẫn kỹ thuật, tài liệu giám sát, kết quả thực hiện,...)

Các cô đỡ thôn bản được đào tạo trong 2 khoá học (khóa 1: 14 người tốt nghiệp năm 2010 do dự án UNFPA tài trợ, và khóa 2: 15 người tốt nghiệp năm 2011 do UNFPA và UBNDT Hà Giang đồng tài trợ).

Phụ nữ có thai và bà mẹ có con ≤ 1 tuổi tại 4 xã có CĐTĐB sống và làm việc.

*** Nghiên cứu định tính**

Các cán bộ lãnh đạo, nhà hoạch định chính sách, cán bộ quản lý y tế các cấp, cô đỡ thôn bản, phụ nữ có thai và bà mẹ có con ≤ 1 tuổi, người sử dụng dịch vụ, đại diện cộng đồng là đối tượng phỏng vấn sâu, thảo luận nhóm.

Các đối tượng tham gia nghiên cứu trên cơ sở tự nguyện tham gia

*** Tiêu chuẩn loại trừ**

Các cán bộ lãnh đạo quản lý chuyển công tác và các cô đỡ thôn bản bỏ việc.

Không đồng ý tham gia nghiên cứu

2.2. Thời gian và địa điểm nghiên cứu

2.2.1. Thời gian:

Từ tháng 12 năm 2012 đến tháng 12 năm 2014; trong đó điều tra ban đầu (06/2013) và điều tra lần cuối (12/2014), thời gian cụ thể như sau:

Bảng 5. Thời gian thu thập thông tin

STT	Loại thông tin thu thập	2013		2014	
		6/2013	12/2013	6/2014	12/2014
1	Định tính	4 xã			4 xã
2	Định lượng				
	29 CĐTĐB	29 thôn/10 xã	29 thôn/10 xã	29 thôn/ 10 xã	29 thôn/10 xã
	PNCT	4 xã 150 PNCT	4 xã 150 PNCT	4 xã 150 PNCT	4 xã 150 PNCT
	Bà mẹ có con <1 tuổi	4 xã 150 BM	4 xã 150 BM	4 xã 150 BM	4 xã 150 BM

2.2.2. Địa điểm nghiên cứu: Nghiên cứu tiến hành thu thập số liệu ở tất cả các tuyến: tỉnh, huyện và xã.

- Tuyến tỉnh: Ban Dân tộc, Sở Văn hóa thể thao & Du lịch, Sở Y tế, Lãnh đạo Phòng Nghiệp vụ Y, Trung tâm CSSKSS, Bệnh viện Đa khoa tỉnh, Trường Trung cấp Y tế.

- Tuyến huyện: UBND huyện, Phòng Y tế, Trung tâm Y tế huyện, Bệnh viện Đa khoa huyện Đồng Văn và Xín Mần.

- Tuyến xã: Chọn chủ đích 4/10 xã có cô đỡ thôn bản làm việc thực hiện nghiên cứu định tính.

- PNCT và bà mẹ có con ≤ 1 tuổi thuộc các thôn có CĐTĐB sống và làm việc trong trường hợp các thôn, bản không đủ cỡ mẫu thì lấy tiếp tục đến thôn liền kề với thôn có cô đỡ thôn bản sống và làm việc.

Bảng 6. Danh sách các xã tiến hành nghiên cứu

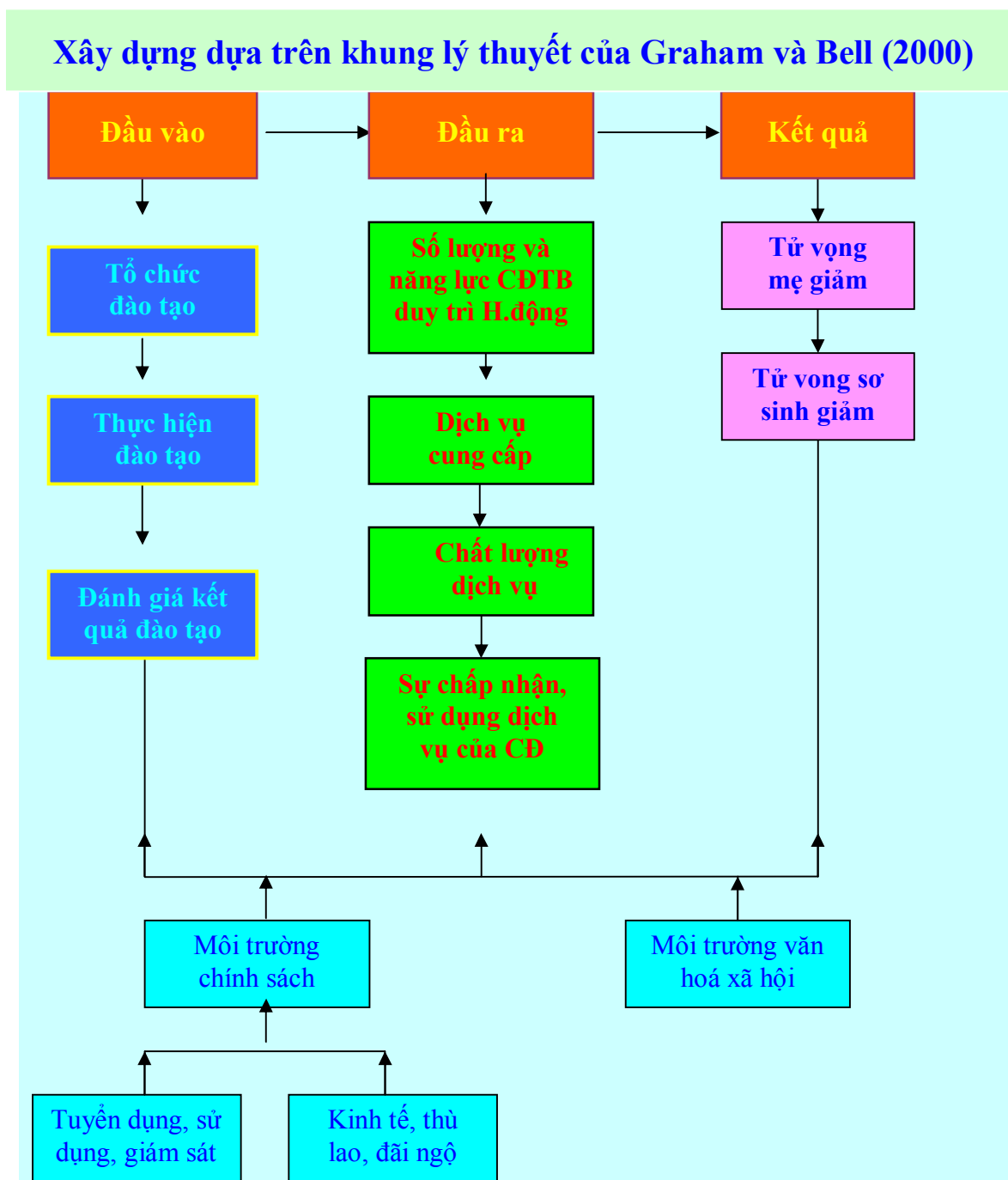
STT	Huyện Đông Văn	STT	Huyện Xín Mần
1	Lũng Táo	6	Chí Cà
2	Sà Phìn	7	Cốc Rế
3	Phó Bảng	8	Nàn Ma
4	Ma Lé	9	Nàn Xín
5	Phố Cáo	10	Pà Vầy Sủ

2.3. Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu thiết kế dọc, dựa vào mô hình lý thuyết của KirkPatrick đánh giá chương trình đào tạo với 4 cấp độ: phản hồi, thay đổi kiến thức, hành vi và tác động. Nghiên cứu dọc được thiết kế với nhiều vòng thu thập số liệu, với mục đích nhằm tăng cường cung cấp bằng chứng và thông tin tốt nhất đánh giá tác động của chương trình đào tạo CDTB 18 tháng, đặc biệt trong việc sử dụng cô đỡ thôn bản.

Kết hợp giữa nghiên cứu định lượng (phân tích tài liệu thứ cấp, phiếu phát vấn cô đỡ thôn bản, bảng kiểm quan sát thực hiện dịch vụ LMAT và phỏng vấn phụ nữ có thai và bà mẹ có con ≤ 1 tuổi về kết quả sử dụng dịch vụ LMAT của CDTB tại địa bàn sống); nghiên cứu định tính (phỏng vấn sâu, thảo luận nhóm) với các đối tượng như nhà hoạch định chính sách, nhà quản lý, người cung cấp dịch vụ y tế, người sử dụng dịch vụ y tế.

KHUNG LÝ THUYẾT



Sơ đồ 2. Khung lý thuyết về nội dung đánh giá CDTB

2.4. Mẫu và phương pháp chọn mẫu

Nghiên cứu định lượng: 29 cô đỡ thôn bản đã được đào tạo trong 2 khóa (khóa 1 và khóa 2) và phụ nữ có thai, bà mẹ có con ≤ 1 tuổi được chọn chủ đích tại 4 xã có cô đỡ thôn bản đang làm việc.

Nghiên cứu định tính: cán bộ lãnh đạo, nhà hoạch định chính sách, cán bộ quản lý y tế các cấp, người sử dụng dịch vụ, đại diện cộng đồng, 29 cô đỡ thôn bản thuộc 10 xã; phụ nữ có thai và bà mẹ có con ≤ 1 tuổi được chọn chủ đích tại 4 xã có cô đỡ thôn bản đang làm việc (2 xã lớp 1 và 2 xã lớp 2).

2.5. Phương pháp thu thập số liệu

Số liệu định tính: hướng dẫn TLN/PVS bao gồm các yếu tố liên quan đến các yếu tố mà khung lý thuyết đã mô tả cụ thể như sau: Môi trường chính sách, môi trường văn hóa xã hội, đào tạo, cộng đồng tham gia chuyển tuyến, chất lượng dịch vụ, xu hướng chuyển tuyến, năng lực và sự hài lòng.

Số liệu định lượng: Bảng hỏi CĐTĐB, bảng kiểm về thực hiện các công việc LMAT và bảng hỏi PNCT và bà mẹ có con ≤ 1 tuổi tại các thôn có CĐTĐB sống và làm việc.

Rà soát số liệu thứ cấp:

Khung rà soát tài liệu bao gồm các văn bản, báo cáo của Bộ Y tế, UNFPA, Sở Y tế, huyện, xã,... về việc chỉ đạo, kết quả tổ chức triển khai thực hiện các hoạt động.

2.6. Phân tích số liệu

*** Số liệu thứ cấp**

Các số liệu sẵn có từ các nghiên cứu và báo cáo phân tích về SKSS và CSSKSS, cũng như những loại số liệu thứ cấp khác như tài liệu giảng dạy, báo cáo giám sát, các văn bản chính sách, công văn/quyết định liên quan đến mô hình can thiệp từ các tỉnh có liên quan đã được ban hành, các loại hình dịch vụ, các hướng dẫn kỹ thuật sẽ được thu thập và phân tích theo khung lý thuyết với các yếu tố có liên quan như đã mô tả ở trên.

Tài liệu đào tạo được rà soát dựa trên chuẩn quốc gia và quốc tế (WHO) về

sức khỏe sinh sản, cũng như chức năng nhiệm vụ của cô đỡ thôn bản sau khi tốt nghiệp. Các bước rà soát nhằm xem xét sự phù hợp của mục tiêu, thời gian, nội dung giữa các cấu phần đào tạo, phương pháp và ngôn ngữ giảng dạy với trình độ của học viên và nhiệm vụ của học viên sau khi tốt nghiệp, xem xét sự phù hợp của chương trình đào tạo với hệ thống y tế và phong tục tập quán địa phương.

*** Số liệu sơ cấp**

Định lượng: Các thông tin liên quan đến CĐTĐB được thu thập từ bảng hỏi, bảng kiểm sẽ được phân tích theo các biến liên quan và sẽ đưa ra tỷ lệ thực hiện từng nhiệm vụ của CĐTĐB từ giai đoạn được đào tạo đến khi làm việc tại thực địa. Nhập số liệu bằng phần mềm Epi data 3.0 và phân tích bằng phần mềm SPSS 14.0. Số liệu được phân tích theo khung lý thuyết bao gồm các nội dung:

- + Đào tạo;
- + Đánh giá chất lượng dịch vụ;
- + Tiếp cận dịch vụ, cung cấp dịch vụ, chi trả dịch vụ;
- + Giao tiếp, chuyển tuyến;
- + Giảm tử vong mẹ và trẻ sơ sinh,
- + Năng lực của cô đỡ thôn bản và sự chấp nhận của cộng đồng.
- + Phân tích số liệu liên quan đến PNCT và bà mẹ có con ≤ 1 tuổi
- + Tuyển dụng, sử dụng giám sát;
- + Thông tin về thuốc, trang thiết bị y tế;
- + Thù lao;
- + Tham gia cộng đồng chuyển tuyến;

- Định tính:

Các bảng phỏng vấn sâu, thảo luận nhóm được gỡ băng, code để viết báo cáo theo các nội dung chính của khung lý thuyết đã đưa ra.

2.7. Biến số nghiên cứu và công cụ thu thập thông tin

- Biến số nghiên cứu

+ Đánh giá kết quả đào tạo cô đỡ thôn bản người dân tộc thiểu số chương trình 18 tháng tại 2 huyện tỉnh Hà Giang.

+ Đánh giá hoạt động của cô đỡ thôn bản người dân tộc sau đào tạo chương trình 18 tháng tại 2 huyện tỉnh Hà Giang.

+ Phân tích một số yếu tố ảnh hưởng đến hoạt động của cô đỡ thôn bản sau đào tạo.

- Cách thu thập thông tin: thu thập bằng phương pháp phỏng vấn, khung rà soát tài liệu đào tạo, bộ câu hỏi tự điền.

2.8. Vấn đề đạo đức của nghiên cứu

- Tuân thủ quy trình xét duyệt của Hội đồng Đạo đức Trường Đại học Y tế công cộng, chỉ tiến hành nghiên cứu khi được Hội đồng Đạo đức chấp thuận.

- Bộ câu hỏi không có câu hỏi mang tính nhạy cảm, chỉ phỏng vấn những người đồng ý tham gia vào nghiên cứu.

- Nghiên cứu hoàn toàn được sự chấp thuận của cộng đồng, sự ủng hộ của chính quyền địa phương và lãnh đạo các cơ quan y tế trên địa bàn nghiên cứu.

- Kết quả thu được chỉ phục vụ cho việc chăm sóc nâng cao SKND

2.9. Hạn chế của nghiên cứu, sai số và biện pháp khắc phục

2.9.1. Hạn chế của nghiên cứu: Nghiên cứu chỉ thực hiện trên phạm vi hẹp tại 2 huyện của tỉnh Hà Giang.

2.9.2. Sai số và khắc phục của sai số

- Sai số thu thập thông tin: Là những sai số trong quá trình thu thập thông tin gây ra bởi cách điều tra viên đặt câu hỏi hoặc do khả năng nắm bắt các nội dung của cô đỡ thôn bản hạn chế.

- Khắc phục:

+ Điều tra viên được tập huấn kỹ về phương pháp điều tra và ghi chép số liệu điều tra. Phát triển bộ câu hỏi đơn giản, dễ hiểu.

+ Giám sát viên là tác giả và cán bộ Trung tâm CSSKSS tỉnh, Trung tâm Y tế huyện giám sát chặt chẽ, trao đổi thông tin thường xuyên với điều tra viên và giải quyết những vướng mắc xảy ra trong quá trình điều tra.

Chương 3
KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Kết quả chương trình đào tạo cô đỡ thôn bản 18 tháng
3.1.1. Tổ chức đào tạo

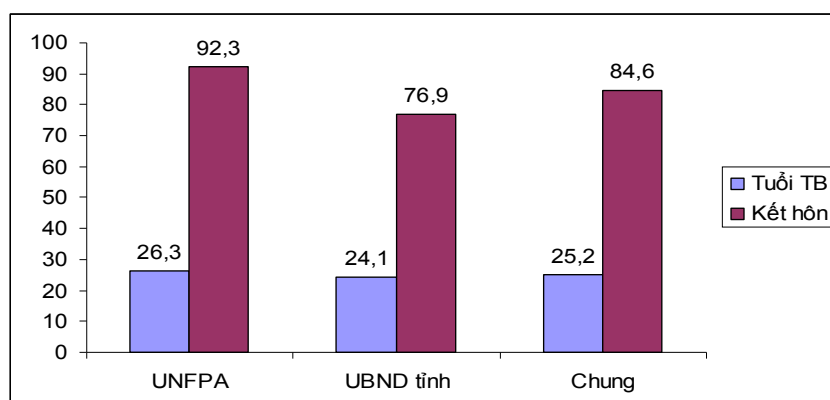
Bảng 7. Thông tin chung về cô đỡ thôn bản

Nội dung	UNFPA (n=13)	UBND tỉnh (n=13)	Chung (n=26)
Tuổi trung bình ($X \pm SD$)	26,3 ($\pm 3,3$)	24,1 ($\pm 4,0$)	25,2 ($\pm 3,8$)
Số năm đi học ($X \pm SD$)	8,9($\pm 2,1$)	9,2(± 2)	9,1($\pm 1,9$)
Dân tộc			
Mông	8 (61,5%)	7 (53,9%)	15 (57,7%)
Tày	0	1 (7,7)	1 (3,8)
Nùng	1 (7,7)	2 (15,4)	3 (11,5)
Dao	0	1 (7,7)	1 (3,8)
Cờ Lao	1 (7,7)	0	1 (3,8)
La Chí	2 (15,4)	1 (7,7)	3 (11,5)
Giáy	1 (7,7)	1 (7,7)	2 (7,7)
Đã kết hôn	12/13 (92,3%)	10/13 (76,9%)	22/26 (84,6%)
Số con			

Nội dung	UNFPA (n=13)	UBND tỉnh (n=13)	Chung (n=26)
Chưa có con	3 (23,08)	7 (53,85)	10 (38,46)
Có 1 con	3 (23,08)	2 (15,38)	5 (19,2)
Có >=2 con	7 (53,85)	4 (30,7)	11 (42,3)
Năm tốt nghiệp CDTB	2010	2011	2010, 2011
Đào tạo nâng cao 3 tháng	0	0	0
Đã từng là cán bộ YTTB trước khi đi học (n,%)	0	0	0

Bảng 4 cho thấy về dân tộc dân tộc Mông chiếm tỷ lệ cao nhất (57,7%) sau đó đến dân tộc La Chí (11,5%); dân tộc Nùng (11,5%); dân tộc Giáy (7,7%) còn lại là các dân tộc khác Tày, Giao, Cờ Lao (mỗi dân tộc 3,8%).

Về số năm đi học, các cô đỡ thôn bản có trình độ học vấn trung bình ($9,1 \pm 1,9$) trong đó có sự khác biệt giữa Lớp 1 và Lớp 2 tương đương ($8,9 \pm 2,1$; $9,2 \pm 2$) đây là một bằng chứng về trình độ học vấn khá cao và đây cũng là một thách thức lớn trong quá trình tuyển chọn tiêu chí các học viên đặc biệt đối với các xã đặc biệt khó khăn vùng sâu vùng xa như ở Hà Giang.



Biểu đồ 5: Độ tuổi trung bình và tình hình kết hôn của CDTB

Biểu đồ trên cho thấy các cô đỡ thôn bản được tuyển chọn đi đào tạo có độ tuổi trung bình là 25,2 tuổi; sự chênh lệch về độ tuổi trung bình của 2 lớp \approx là 2 tuổi;

Về kết hôn: trung bình có 84,6% số cô đỡ thôn bản đã kết hôn còn 15,4% là chưa kết hôn, tuy nhiên ở đây có sự khác biệt về kết hôn giữa Lớp 1 và Lớp 2 tương đương đã kết hôn (92,3%, 76,9%).

Bảng 8. Hoạt động chuẩn bị cho thực hiện chương trình đào tạo

Hoạt động	UNFPA	UBND tỉnh	Người chịu trách nhiệm
Tuyển chọn học viên	Có	Có	Sở Y tế phối hợp với UBND huyện và UBND các xã có cô đỡ thực hiện
Tuyển chọn, đào tạo giảng viên (TOT) về phương pháp giảng dạy	Có	Có	UNFPA- Sở Y tế
Lập kế hoạch triển khai	Có	Có	UNFPA-Sở Y tế

Tuyển chọn học viên đã được thực hiện và bảo đảm theo đúng tiêu chí tuyển chọn học viên CĐTĐ là nữ dưới 35 tuổi, là người dân tộc, nhiệt tình trong công việc, học vấn từ lớp 4 hoặc lớp 5 trở lên, nói được tiếng Kinh, sống tại các thôn có tỷ lệ đẻ tại nhà cao nhất thuộc 3 xã khó khăn nằm trong địa bàn can thiệp của CTQG7, ưu tiên những người có gia đình, cam kết làm việc cho cộng đồng và được chính quyền xã ủng hộ.

Tuyển chọn và đào tạo giảng viên TOT: các giảng viên tham gia đào tạo là bác sỹ sản khoa, nữ hộ sinh hiện đang công tác tại khoa sản, Bệnh viện Đa khoa tỉnh, Trung tâm chăm sóc sức khoẻ sinh sản, giảng viên Trường Trung cấp Y tế Hà Giang, các giảng viên có kinh nghiệm trong công tác giảng dạy được tuyển chọn và

cử đi đào tạo lớp đào tạo giảng viên (TOT) dự án UNFPA tổ chức sau đó trở về tham gia giảng dạy tại lớp đào tạo cô đỡ thôn bản.

Lập kế hoạch đào tạo: Sở Y tế đã phối hợp với Ban quản lý dự án UNFPA đã thực hiện lập kế hoạch để tổ chức triển khai các hoạt động nhằm bảo đảm đạt được mục tiêu đào tạo do dự án đề ra.

Quy trình tuyển chọn được thực hiện theo đúng hướng dẫn:

“Công tác tuyển chọn được thực hiện theo đúng quy trình. Các bên liên quan đều tham gia và quá trình tuyển chọn. Sau khi có sự thống nhất về chủ trương đào tạo; Sở Y tế phối hợp với UBND huyện lựa chọn các xã, thôn, bản, có điều kiện kinh tế khó khăn, giao thông đi lại không thuận lợi, có nhiều người dân tộc thiểu số sinh sống và tỷ lệ các bà mẹ đẻ tại nhà cao đưa vào danh sách tuyển chọn đối tượng cử đi đào tạo” (1.1.PVC-SYT-KHTC).

“Quy trình tuyển chọn tại thôn bản: trên cơ sở văn bản hướng dẫn của Sở Y tế về tiêu chí tuyển chọn; UBND xã đã giao cho Trạm Y tế phối hợp với trưởng các thôn bản tổ chức họp thôn và bình xét những công dân là người địa phương xem xét có khả năng đảm nhiệm được nhiệm vụ học tập, cũng như sau khi học xong trở về công tác tại địa phương công tác, tiến hành lập danh sách gửi lên UBND xã; Trưởng thôn và Chủ tịch xã là người ra quyết định cuối cùng vì họ sẽ là người tiếp nhận CĐTĐ về làm tại địa phương sau đào tạo” (3.1-PVS-LT-DV)

Khó khăn vướng mắc, thánh thức trong tuyển chọn và cử đối tượng đi đào tạo

“Trong quá trình tuyển chọn có gặp phải một số khó khăn như: gia đình không đồng ý cho đi học do thời gian học quá dài, địa bàn làm việc khó khăn, phụ nữ là người gánh vác trọng trách rất lớn trong gia đình, (xã giáp biên giới, sợ bắt cóc); về trình độ học vấn nếu lựa chọn người có trình độ học vấn cao (lớp 9-10) thì không khả thi vì không có nguồn nhân lực, hoặc không đủ tiêu chí về tuyển chọn của chương trình đã đề ra; về độ tuổi, nếu tuyển

chọn những người có độ tuổi trên 35 tuổi thì họ không đáp ứng về trình độ học vấn; Nam giới ở Hà Giang không được lựa chọn vì Nam giới có rào cản rất lớn trong khi tiếp cận với PNCT đặc biệt là trong khi sinh đẻ. Ở Hà Giang, người Hmong có phong tục tập quán nặng nề không cho phép người khác được nhìn thấy bộ phận sinh dục của vợ, đặc biệt là đàn ông; xuất phát từ những khó khăn trên UBND xã đã thống nhất và quyết định tuyển chọn những người có trình độ học vấn không cao nhưng họ nhiệt tình có khả năng tiếp thu được kiến thức chuyên môn và có thể gánh vác được trách nhiệm sau khi học xong trở về địa phương công tác, đó là tiêu chí quyết định áp dụng trong công tác tuyển chọn đối tượng cử đi đào tạo của xã”, (3.1-PVS-CC-XM).

3.1.2. Thực hiện đào tạo

Kết quả rà soát chi tiết theo khung chương trình đào tạo phần lý thuyết về nội dung các cấu phần chính, thời gian phân bổ cho nội dung cấu phần là phù hợp; phương tiện sử dụng để phục vụ giảng dạy bao gồm máy chiếu, giấy kính trong, phấn, bảng đảm bảo và đáp ứng yêu cầu cho mỗi bài giảng; phương pháp giảng dạy được áp dụng linh hoạt như thuyết trình, đóng vai, hỏi đáp, thảo luận, hình thức lượng giá,... đạt yêu cầu và phù hợp với trình độ nhận thức của học viên. Tuy nhiên bên cạnh những ưu điểm vẫn còn một số điểm cần điều chỉnh cụ thể như: về phần điều dưỡng cơ bản một số bài trùng với module 2 gồm (1,2,6,7,9,10) có thể ghép với module 2. Cấu phần chăm sóc bà mẹ thời kỳ mang thai ngoài những phương pháp đã áp dụng nên bổ sung phương pháp giảng dạy bằng video để giảng quan sát trực quan cho dễ hiểu. Bổ sung mục tiêu và hình thức lượng giá của các bài học trong các cấu phần: Chăm sóc bà mẹ trong khi đẻ bài (1,2,4); cấu phần chăm sóc bà mẹ và trẻ sơ sinh bài số 4 KHBG, cấu phần về KHHGD, bài (6,7); cấu phần chăm sóc bà mẹ trong khi đẻ, bài 4 hướng dẫn đỡ đẻ có thể ghép với hướng dẫn sử dụng gó đẻ sạch; bài 8 tai biến sản khoa phần sản giật nên lồng ghép vào bài tăng huyết áp và thai nghén; module 3 hiện chưa có bài giảng, chỉ có sổ tay thực hành. Các nội dung của module 4 phù hợp với mục tiêu đặt ra; riêng mục tiêu xử trí tích cực giai

đoạn 3 chuyên dạ và xử trí bóc rau nhân tạo phù hợp với điều kiện cô đỡ thôn bản tham gia đỡ đẻ tại trạm y tế xã do CĐTĐ không được phép tiêm oxytocin cũng như không được bóc rau nhân tạo tại cộng đồng.

Rà soát chương trình đào tạo phần thực hành (modul1): về nội dung, thời gian thực hiện, phương tiện, phương pháp, lượng giá cơ bản là phù hợp; tuy nhiên về cấu phần điều dưỡng cơ bản cần bổ sung thêm phần lượng giá cho bài 6 (tiêm thuốc), bài 7 (chăm sóc vết thương).

Chương trình đặt ra hai mục tiêu về kỹ năng YTTB và kỹ năng chính về LMAT. Các mục tiêu rõ ràng, phù hợp với nội dung giảng dạy và có điều chỉnh phù hợp với chương trình đặt ra cho đối tượng cô đỡ thôn bản người dân tộc thiểu số.

Các nội dung về LMAT trong chương trình 18 tháng có mô tả chi tiết các kỹ năng cho cô đỡ thôn bản phải thực hiện, bao gồm cả các kỹ năng cơ bản (thuyết phục phụ nữ đi khám thai, khám thai đúng các bước, đỡ đẻ thường an toàn, chăm sóc bà mẹ sau sinh và sơ sinh, phát hiện các tai biến nhằm chuyển tuyến kịp thời) và các kỹ năng nâng cao (xử trí tích cực giai đoạn 3 của chuyên dạ, xử trí ban đầu các cấp cứu sản khoa như cao huyết áp, băng huyết, sơ sinh ngạt,...). Các mục tiêu này cơ bản phù hợp với nội dung, thời lượng và điều kiện làm việc của cô đỡ thôn bản tại địa phương nơi người dân tiếp cận trạm y tế khó khăn.

Nội dung chương trình đào:

“Kết quả phỏng vấn 26 cô đỡ thôn bản, các ý kiến đều cho rằng chương trình đào tạo là hoàn toàn phù hợp về nội dung các bài giảng, thời gian học lý thuyết và thực hành được bố trí trong chương trình là hợp lý dễ hiểu và phù hợp với tình hình văn hoá xã hội cũng như phong tục tập quán của địa phương.

Phòng vấn nhóm giảng viên và nhà quản lý tuyến tỉnh, huyện, các ý kiến cho rằng về cơ bản chương trình đào tạo các cấu phần được thiết kế khá công phu, chi tiết và phù hợp cả phần lý thuyết và thực hành cho đối tượng học là cô đỡ thôn bản có trình độ không cao như ở Hà Giang; tuy nhiên có một số ý kiến cho rằng chương trình có thể rút ngắn thời gian học của học

phần đào tạo nhân viên y tế thôn bản (04 tháng) và học phần đi thực tế tại địa phương (5 tháng) thiết kế chương trình khá dài sẽ dẫn đến tốn kém kinh phí đào tạo và đặc biệt là kéo dài thời gian đào tạo”(1.1-PVS-SYT-NVY).

Các giảng viên đã thực hiện tốt vai trò của mình trong chương trình đào tạo cô đỡ thôn bản người dân tộc thiểu số:

“Các giảng viên tham gia giảng dạy với tinh thần trách nhiệm cao mặc dù kinh phí hỗ trợ cho việc giảng dạy không nhiều (TLN xã Lũng Táo huyện Đông Văn).

Phương pháp giảng dạy tích cực được áp dụng trong đào tạo, thuyết trình, trình chiếu PPT, thảo luận nhóm, học qua mô hình, đóng vai,... đã được áp dụng; phương châm đào tạo chủ yếu vẫn là cầm tay chỉ việc, hướng dẫn thực hành là chính, không dạy nhiều lý thuyết (40 phút/chủ đề) vì học viên có trình độ văn hóa không cao chủ yếu (lớp 5,6). Bố trí sắp xếp lịch giảng đan xen giữa lý thuyết và thực hành; chương trình học lý thuyết được bố trí vào buổi chiều, còn buổi sáng dành cho thực hành trên bệnh nhân “hướng dẫn cách đỡ đẻ, khám thai để học viên có thể nhớ và thực hành được được”, (1.2-PVS-TTSKSS-KSBV).

Bảng 9. Học viên đánh giá về nội dung của khóa học

Nội dung	UNFPA (n=13)	UBND tỉnh (n=13)	Chung (n=26)
Nội dung khoá học phù hợp với mong đợi của học viên			
Có phù hợp (n,%)	13 (100)	13 (100)	26 (100)
Phù hợp 1 phần (n,%)	0	0	0
Chưa phù hợp (n,%)	0	0	0
Nội dung khoá học phù hợp với phong tục tập quán địa phương			

Nội dung	UNFPA (n=13)	UBND tỉnh (n=13)	Chung (n=26)
Có phù hợp (n,%)	13 (100)	13 (100)	29 (100)
Phù hợp 1 phần (n,%)	0	0	0
Chưa phù hợp (n,%)	0	0	0

Các cô đỡ thôn bản đều cho rằng nội dung chương trình giảng dạy là phù hợp với mong đợi của học viên tỷ lệ cao 100% cho thấy rằng việc điều chỉnh linh hoạt nội dung và phương pháp giảng dạy phù hợp với thực tế đã được học sinh ghi nhận.

Kết quả phỏng vấn sâu cho thấy rằng về cơ bản các CĐTĐ hài lòng về nội dung, thời gian và phương pháp giảng dạy, cho rằng phù hợp với học viên về từ ngữ. Chương trình đào tạo cô đỡ thôn bản hoàn toàn phù hợp với điều kiện văn hoá và phong tục tập quán của địa phương.

Bảng 10. Học viên đánh giá phương pháp, nội dung, thời gian giảng dạy

Nội dung		UNFPA (n=13)		UBND tỉnh (n=13)		Chung (n=26)	
		Đồng ý	K. đồng ý	Đồng ý	Không đồng ý	Đồng ý	K. đồng ý
Nội dung lý thuyết rất có ích cho công việc hiện tại	SL TL%	13 (100%)	0	13 (100%)	0	26 (100%)	0
Thời gian học lý thuyết là vừa đủ	SL TL%	13 (100%)	0	13 (100%)	0	26 (100%)	0
Nội dung thực hành ở cơ sở y tế rất có ích cho công việc hiện tại	SL TL%	13 (100%)	0	13 (100%)	0	26 (100%)	0

		UNFPA (n=13)		UBND tỉnh (n=13)		Chung (n=26)	
Thời gian thực hành ở cơ sở y tế là vừa đủ	SL TL%	13 (100%)	0	13 (100%)	0	26 (100%)	0
Các giáo viên giảng bài lý thuyết dễ hiểu	SL TL%	13 (100%)	0	13 (100%)	0	26 (100%)	0
Người hướng dẫn thực hành đã hỗ trợ nhiều trong quá trình học tập	SL TL%	14 (100%)	0	15 (100%)	0	29 (100%)	0

Bảng trên cho thấy 100% CĐTБ cho rằng nội dung học lý thuyết và thực hành có ích cho công việc hiện tại. Tỷ lệ CĐTБ cho rằng thời gian học lý thuyết và thực hành là vừa đủ.

Nhận định về giảng viên giảng dạy lý thuyết và hướng dẫn thực hành, tỷ lệ cho rằng giảng viên giảng dạy lý thuyết dễ hiểu và người hướng dẫn thực hành hỗ trợ CĐTБ rất nhiều trong quá trình học tập.

Nội dung và phương pháp giảng dạy

“Phương pháp giảng dạy được thực hiện linh hoạt cả phần lý thuyết và thực hành; các giảng viên đã áp dụng phương pháp giảng dạy tích cực trong khi giảng dạy, đưa ra các ví dụ dẫn chứng, minh họa cụ thể dễ nghe, dễ nhìn, dễ thấy và dễ làm, ...” (4.1-PVS-CĐTБ-PC-DV)

Nội dung bài giảng trong chương trình như khám thai, tư vấn về chăm sóc thai nghén, phát hiện nguy cơ của bà mẹ thời kỳ thai nghén, chuyển tuyến, đỡ đẻ, xử trí ban đầu khi tai biến sản khoa, ... bao gồm cả phần lý thuyết và thực hành được bố trí và sắp xếp trong chương trình là vừa đủ gắn với chức năng nhiệm vụ được giao của nhân viên YTTБ (CĐTБ), phù hợp với mục tiêu thực hiện chương trình LMAT, cũng như nhu cầu thiết yếu đối với các thôn đặc biệt bản khó khăn cần có đội ngũ CĐTБ làm việc”, (1.2-PVS-TTSKSS).

Bảng 11. Đánh giá về trang thiết bị tài liệu học tập

Nội dung		UNFPA (n=13)		UBND TỈNH (n=13)		Chung (n=26)	
		Đồng ý	Không đồng ý	Đồng ý	Không đồng ý	Đồng ý	Không đồng ý
Các dụng cụ và trang thiết bị giảng dạy rất đầy đủ.	SL TL%	13 (100)	0	13 (100)	0	26 (100)	0
Tài liệu của khóa học rất có ích cho việc học tập	SL TL%	13 (100)	0	13 (100)	0	26 (100)	0

100% CĐTĐ nhận xét về tài liệu và trang thiết bị giảng dạy có đầy đủ trong thời gian theo học và các tài liệu đã có ích cho việc học tập cũng như quá trình công tác tại thôn bản.

Đánh giá về tài liệu đào tạo và mô hình thực tập

“Mặc dù các CĐTĐ đã nhận xét là có đủ tài liệu đào tạo nhưng trong quá trình điều tra phỏng vấn các giảng viên tuyến tỉnh và nhà quản lý đã cho rằng khi triển khai Khóa 1, do BVTĐ chưa kịp hoàn thiện tài liệu (khi giảng hết module 1 mới thống nhất được module 2-3-4); khi triển khai khóa 2 tại Hà Giang đã có đủ tài liệu; tuyến huyện và xã thiếu mô hình giảng dạy”, (1.4-PVS-GVNC-TT).

3.1.3. Đánh giá kết quả đào tạo

Bảng 12. Kết quả lượng giá trong khóa học

Module	Lý thuyết	Thực hành
Module 1:	78% khá, giỏi 22% trung bình	100% khá giỏi
Module 2	100% khá giỏi	100% khá giỏi

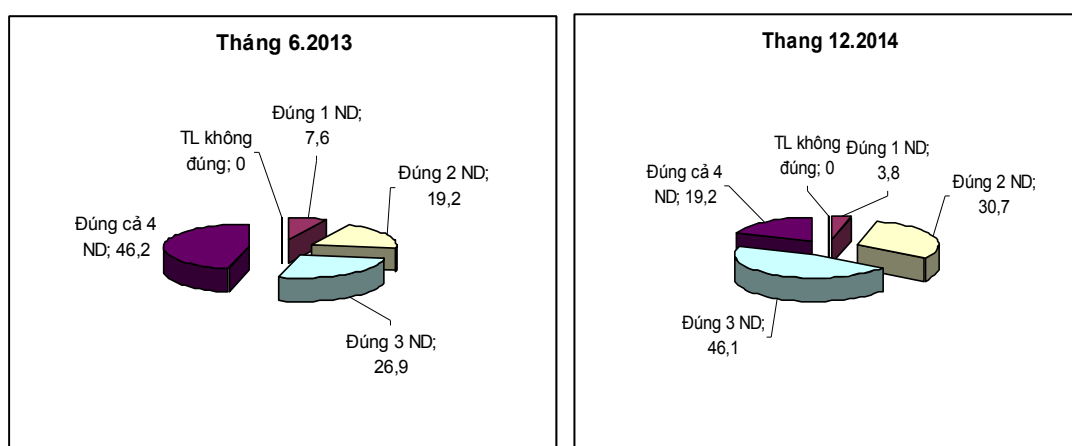
Module	Lý thuyết	Thực hành
Module 3: Thực hành theo các chỉ tiêu.	Đạt yêu cầu chỉ tiêu	
Module 4	100% khá giỏi	100% khá giỏi

Lượng giá học viên thực hiện theo phương pháp hỏi đáp, trắc nghiệm cơ bản, các CĐTB làm tốt công việc đỡ đẻ và khám thai. Học viên có khả năng thực hành tốt hơn là lý thuyết trong module đầu tiên, tuy nhiên về sau trình độ cả lý thuyết và thực hành đã được nâng cao. Kết quả học tập của học viên CĐTB trong các giai đoạn. Module 1 khá giỏi (78%), trung bình 22%, phần thực hành đạt 100% khá giỏi; Module 2 cả lý thuyết và thực hành khá, giỏi (100%); Module 3 thực hành khám thai phát hiện bất thường, chuyển tuyến, đỡ đẻ tại nhà, đỡ đẻ tại trạm, tư vấn KHHGD, chăm sóc sau sinh, giao ban với TYT xã đạt các chỉ tiêu yêu cầu; Module 4 cả phần lý thuyết và thực hành (100%) đạt loại khá giỏi.

Bảng 13. Kiến thức cô đỡ thôn bản khuyến phụ nữ mang thai

Nội dung	Có kiến thức đúng (N,%) (n=26)				P
	2013		2014		
	T6	T12	T6	T12	
Điểm trung bình ($X \pm SD$)*	3,12 ($\pm 0,95$)	3,04 ($\pm 0,95$)	3,0 ($\pm 0,76$)	2,8 (0,61)	P<0,001
Trả lời không đúng nội dung nào	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	P>0,05
Trả lời đúng 1 nội dung	2 (7,69%)	2 (7,69)	1 (3,85%)	1 (3,85)	P<0,001
Trả lời đúng 2 nội dung	5 (19,2%)	6 (23,1)	7 (26,9%)	8 (30,7%)	
Trả lời đúng 3 nội dung	7 (26,9%)	7 (26,9)	9 (34,6%)	12 (46,1%)	
Trả lời đúng cả 4 nội dung	12 (46,2%)	11 (42,3)	9 (34,6%)	5 (19,2%)	

Khi được hỏi, CĐTБ sẽ khuyên phụ nữ những gì chuẩn bị cho cuộc đẻ, nếu trả lời đúng sẽ được tối đa 4 điểm (tương đương với 4 ý trả lời đúng và không có ý trả lời sai). Kết quả bảng trên cho thấy, CĐTБ có kiến thức tốt nhất trong 4 đợt khảo sát là vào tháng 6 năm 2013 điểm trung bình (3,12%) kiến thức kém hơn là khảo sát vòng 4 vào tháng 12/2014 với số điểm trung bình là (2,8%); sự khác biệt về kiến thức của CĐTБ khuyên phụ nữ mang thai có ý nghĩa thống kê với $P < 0,001$.



Biểu đồ 6. Kiến thức của CĐTБ khuyên PNMT chuẩn bị sinh con

Biểu đồ trên cho thấy có sự khác nhau giữa các lần đo; các CĐTБ trả lời đúng cả 4 nội dung đạt cao nhất vào tháng 6.2013 (46,2%), đúng 3 nội dung (26,9%) đúng 2 nội dung (19,2%); lượt đo trong tháng 12.2014 CĐTБ trả lời đúng cả 4 nội dung (19,2%); đúng 3 nội dung (46,1%), đúng 2 nội dung 30,7%.

Bảng 14. Đánh giá kỹ năng 4 thủ thuật cơ bản của CĐTБ

Nội dung		Thực hiện theo năm		P
		2013 (n=26)	2014 (n=26)	
Khám thai (9 bước)	Đạt %	23/26 (88,4%)	22/26 (84,62%)	
Đỡ đẻ (20 bước)	Đạt %	15/26 (57,69%)	16/26 (61,54%)	

Nội dung		Thực hiện theo năm		P
		2013 (n=26)	2014 (n=26)	
Chăm sóc bé 20 bước	Đạt %	22/26 (84,62%)	25/26 (96,15%)	
Xử trí chảy máu sau đẻ (5 bước)	Đạt %	25/26 (96,15%)	26/26 (100%)	

Về kỹ năng khám thai, hầu hết các CĐTB thực hiện đúng và đủ các bước; năm 2013 có 23 CĐTB làm đủ 9 bước đạt (88,4%) có 3 CĐTB chiếm (11,6%) làm thiếu 1 bước; năm 2014 có 22 CĐTB (84,62%) làm đủ 9 bước và có 4 cô làm thiếu 1 bước. Hầu hết bỏ sót ý “Nắn bụng xác định ngôi thế” trong bước 3.

Đối với kỹ năng đỡ đẻ thường ngôi chòm sử dụng gói đẻ sạch, không có CĐTB nào hoàn chỉnh tất cả các bước; kết quả khảo sát năm 2013 và 2014 tỷ lệ các CĐTB thực hiện đạt yêu cầu (57,69%; 61,54%); các bước còn thiếu là đo mạch nhiệt độ, huyết áp cho sản phụ, rửa và sát khuẩn tầng sinh môn, đo cơn co tử cung bằng tay và bước dùng gạc quấn ngón tay để vuốt nhót ở miệng và mũi cho trẻ.

Về kỹ năng chăm sóc trẻ sơ sinh sử dụng gói đẻ sạch gồm 20 bước, các CĐTB làm khá tốt năm 2013 tỷ lệ CĐTB thực hiện đạt (84,62%) và năm 2014 thực hiện đạt (96,15%).

Khi đánh giá kỹ năng về xử trí chảy máu sau đẻ, hầu hết tất cả các CĐTB làm tốt các yêu cầu đặt ra các CĐTB làm đạt tất cả 5 bước, chỉ có 1 CĐTB đạt 4/5 bước, trong đó thiếu 1 bước chuyên tuyến.

Đánh giá kỹ năng 4 thủ thuật cơ bản, sự khác biệt qua các lần đánh giá có ý nghĩa thống kê với $P < 0,001$.

Bảng 15. Kỹ năng truyền thông thay đổi hành vi của CĐTĐ

Nội dung		Thực hiện theo năm		P
		2013 (n=26)	2014 (n=26)	
Nghe hỏi, khuyên bảo	Đạt %	23/26 (88,46%)	22/26 (84,62%)	P>0,05
Làm mẫu thực hành, đóng vai	Đạt %	11/26 (42,31%)	12/26 (46,15%)	
Hướng dẫn thảo luận nhóm	Đạt %	11/26 (42,31%)	10/26 (38,46%)	
Sử dụng tranh ảnh, vật mẫu	Đạt %	18/26 (69,23%)	20/26 (76,92%)	
Thăm hộ gia đình	Đạt %	26/26 (100%)	26/26 (100%)	

Bảng 19. Kết quả nghiên cứu cho thấy cô đỡ thôn bản còn thiếu kỹ năng truyền thông thay đổi hành vi và tiếp cận cộng đồng trong lĩnh vực LMAT; kết quả nghiên cứu trong năm 2013 và 2014 cho thấy tỷ lệ CĐTĐ thực hiện các kỹ năng đạt yêu cầu về nghe hỏi, khuyên bảo (88,46%; 84,62%); làm mẫu thực hành đóng vai (42,31%; 46,15%); hướng dẫn thảo luận nhóm (42,31%; 38,46%); sử dụng tranh ảnh vật mẫu (69,23%; 76,92%); thăm hộ gia đình (100%; 100%). Từ kết quả trên cho thấy CĐTĐ yếu các kỹ năng thực hiện làm mẫu thực hành, hướng dẫn thảo luận nhóm, sử dụng tranh ảnh vật mẫu,... trong thực hiện công tác truyền thông và tiếp cận cộng đồng; kỹ năng truyền thông thay đổi hành vi của CĐTĐ qua các lần đánh giá, không có sự khác biệt với P>0,05.

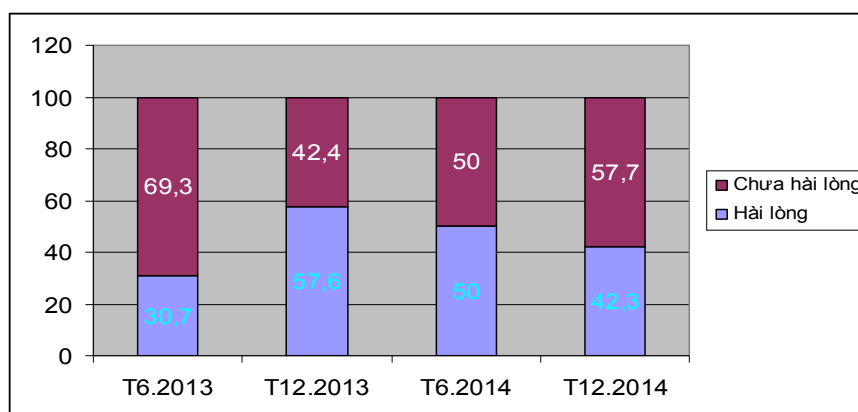
3.2. Đánh giá kết quả hoạt động của cô đỡ thôn bản

3.2.1. Hoạt động của CĐTĐ tại cộng đồng

Bảng 16. Số lượng, năng lực, duy trì sự hài lòng của CĐTĐ với công việc hiện tại

Nội dung	2013		2014		P
	T6	T12	T6	T12	
Tỷ lệ duy trì và phát huy nâng cao trình độ chuyên môn	26/26 (100%)	26/26 (100%)	19/26 (73,0%)	19/26 (73,0%)	P<0,001
Tỷ lệ CĐTĐ hài lòng với công việc hiện tại	8/26 (30,77%)	15/26 (57,69%)	13/26 (50,0%)	11/26 (42,31%)	

Việc duy trì và phát huy nâng cao trình độ chuyên môn được duy trì thực hiện đối với các CĐTĐ được tuyển dụng chính thức vào hệ thống nhân viên y tế thôn bản; các CĐTĐ này được Trạm Y tế giao nhiệm vụ thực hiện thực hiện các chỉ tiêu y tế, hàng tháng phải giao ban định kỳ tại trạm y tế và báo cáo kết quả thực hiện các nội dung công việc được giao tháng trước và nhận nhiệm vụ thực hiện trong tháng tiếp theo; qua kết quả phỏng vấn các cô đỡ thôn bản 100% số CĐTĐ được phỏng vấn có mong muốn tiếp tục được tham dự các khoá tập huấn ngắn hạn để cập nhật kiến thức và nâng cao trình độ chuyên môn nghiệp vụ; số lượng, năng lực, duy trì và sự hài lòng của CĐTĐ với công việc hiện tại qua các lần đánh giá sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $P<0,001$.



Biểu đồ 7. Tỷ lệ CĐTĐ hài lòng với công việc hiện tại

Về sự hài lòng của cô đỡ thôn bản với công việc hiện tại qua kết quả nghiên

cứu năm 2013 và 2014 cho thấy phần đa các cô đỡ thôn bản chưa thực sự hài lòng với sự sắp xếp và bố trí như công việc hiện tại; theo kết quả khảo sát năm 2013 và năm 2014 tương ứng tỷ lệ CĐTĐB hài lòng với công việc hiện tại (30,77%; 57,69%); năm 2014 (50,0%; 42,31%).

3.2.2. Cung cấp dịch vụ

3.2.2.1. Chăm sóc trước sinh

Bảng 17. Khám thai bình thường và phát hiện bất thường chuyển tuyến

Nội dung	Kết quả thực hiện				P
	2013		2014		
	T6	T12	T6	T12	
Khám thai bình thường					
<i>Số ca trung bình (X±SD)</i>	10,4 (±2,3)	9,85 (±2,4)	9,35 (±1,5)	9,96 (±1,1)	P>0,005
<i>Số ít nhất (n)</i>	6	6	5	7	
<i>Số nhiều nhất (n)</i>	16	15	13	13	
Phát hiện thai bất thường và chuyển tuyến kịp thời trước khi đẻ					
<i>Số ca trung bình (X±SD)</i>	1,4 (±1,0)	1,5 (±1,0)	1,1 (±0,7)	1,3 (±1,0)	P>0,005
<i>Số ít nhất (n)</i>	0	0	0	0	
<i>Số nhiều nhất (n)</i>	4	4	3	3	

Hai công việc chính liên quan đến chăm sóc trước sinh của CĐTĐB là khám thai thường và phát hiện thai bất thường và chuyển tuyến kịp thời trước khi đẻ. Các kết quả này cho thấy, các CĐTĐB đã có vai trò tốt trong việc tăng tỷ lệ khám thai tại

các địa bàn có cô đỡ thôn bản hoạt động.

Bên cạnh đó, CĐTĐ cũng đã thực hiện phát hiện các trường hợp thai bất thường và chuyển tuyến kịp thời. Trung bình mỗi CĐTĐ đã phát hiện được khoảng hơn 4 trường hợp thai bất thường. Việc phát hiện thai bất thường chuyển tuyến kịp thời có ý nghĩa quan trọng, giúp giảm tỷ lệ tai biến sản khoa cũng như tử vong mẹ và tử vong trẻ sơ sinh tại địa phương; công tác khám thai bình thường và phát hiện bất thường chuyển tuyến trước khi đẻ không có sự khác biệt qua các đợt đánh giá với $P > 0,05$.

3.2.2.2. Chăm sóc trong sinh

Bảng 18. Đỡ đẻ rơi, đỡ đẻ tại nhà và đỡ đẻ tại trạm y tế

Nội dung	Kết quả thực hiện (n=26)				P
	2013		2014		
	T6	T12	T6	T12	
Đỡ đẻ rơi					P>0,05
<i>Số ca trung bình (X±SD)</i>	0,53 (±0,68)	0,73 (±0,77)	0,80 (±0,72)	0,69 (±0,72)	
<i>Số ít nhất (n)</i>	0	0	0	0	
<i>Số nhiều nhất (n)</i>	2	2	2	2	
Đỡ đẻ tại nhà					P>0,05
<i>Số ca trung bình (X±SD)</i>	0,73 (±0,64)	0,69 (±0,66)	0,65 (±0,78)	0,80 (±0,83)	
<i>Số ít nhất (n)</i>	0	0	0	0	
<i>Số nhiều nhất (n)</i>	2	2	3	3	
Đỡ đẻ ở trạm y tế					P>0,05
<i>Số ca trung bình (X±SD)</i>	0,61 (±0,73)	0,65 (±0,72)	0,42 (±0,56)	0,65 (±0,72)	

Nội dung	Kết quả thực hiện (n=26)				P
	2013		2014		
	T6	T12	T6	T12	
Số ít nhất (n)	0	0	0	0	
Số nhiều nhất (n)	2	2	2	2	

Có 4 công việc liên quan đến chăm sóc trong khi sinh đã được điều tra. Nhìn chung, CĐTĐB đã tham gia vào việc chăm sóc bà mẹ và trẻ sơ sinh ngay sau sinh nhiều hơn so với việc đỡ đẻ rơi, đỡ đẻ tại nhà và phụ đỡ đẻ tại TYT. Điều này cũng tương đối phù hợp với thiết kế của mô hình can thiệp là các CĐTĐB nên tham gia vào việc vận động phụ nữ có thai đến cơ sở y tế sinh con và trong trường hợp bất khả kháng mới nên đỡ đẻ tại nhà để đề phòng các tai biến có thể xảy ra trong quá trình đỡ đẻ. Khi thực hiện đỡ đẻ, họ chủ động mang dụng cụ (kéo sạch, panh) và thực hiện các công việc ví dụ kẹp rốn bằng panh, lau rốn, đỡ rau cho bệnh nhân và chủ động sử dụng oxytocin phòng chảy máu trong giai đoạn 3; về việc đỡ đẻ tại nhà, trung bình được 0,8 trường hợp; kết quả thực hiện đỡ đẻ rơi, đỡ đẻ tại nhà và đỡ đẻ tại trạm y tế của các CĐTĐB không có sự khác biệt với $P > 0,05$.

Bảng 19. Phát hiện chuyển dạ có nguy cơ, chuyển tuyến, chăm sóc ngay sau sinh

Nội dung	Kết quả thực hiện (n=26)				P
	2013		2014		
	T6	T12	T6	T12	
Chuyển tuyến					
Số ca trung bình ($X \pm SD$)	0,26 ($\pm 0,43$)	0,11 ($\pm 0,31$)	0,15 ($\pm 0,36$)	0,19 ($\pm 0,38$)	$P > 0,05$
Số ít nhất (n)	0	0	0	0	
Số nhiều nhất (n)	1	1	1	1	

Nội dung	Kết quả thực hiện (n=26)				P
	2013		2014		
	T6	T12	T6	T12	
Chuyển tuyến					
Chăm sóc bà mẹ và trẻ sơ sinh ngay sau sinh					P>0,05
<i>Số ca trung bình (X±SD)</i>	5,3 (±1,2)	5,5 (±1,3)	5,4 (±1,1)	5,5 (±1,5)	
<i>Số ít nhất (n)</i>	3	3	3	2	
<i>Số nhiều nhất (n)</i>	7	8	8	8	

Bảng trên cho thấy, CĐTĐ đã thực hiện phát hiện các trường hợp thai bất thường và chuyển tuyến kịp thời. Trung bình mỗi CĐTĐ đã phát hiện được khoảng hơn 1-2 trường hợp thai bất thường trong 1 năm. Việc phát hiện thai bất thường chuyển tuyến kịp thời có ý nghĩa quan trọng, giúp giảm tỷ lệ tai biến sản khoa cũng như tử vong mẹ và tử vong trẻ sơ sinh tại địa phương.

Công tác chăm sóc sức khỏe cho bà mẹ và trẻ sơ sinh ngay sau sinh các CĐTĐ thực hiện tốt, trung bình mỗi CĐTĐ thực hiện trong vòng 6 tháng được khoảng (5,5 ca) số thực hiện nhiều nhất là 8 ca và thực hiện ít nhất là 02 ca; sự phát hiện về chuyển dạ có yếu tố nguy cơ và chuyển tuyến, chăm sóc sau sinh không có sự khác biệt với P>0,05.

3.2.2.3. Chăm sóc sau sinh

Bảng 20. Chăm sóc mẹ và bé

Nội dung	Kết quả thực hiện (n=26)				P
	2013		2014		
	T6	T12	T6	T12	
Tắm bé, chăm sóc rốn hàng ngày					P>0,05
<i>Số ca trung bình (X±SD)</i>	6 (±2,3)	5,3 (±2,7)	5,6 (±2,0)	5,9 (±2,4)	
<i>Số ít nhất (n)</i>	2	2	3	2	
<i>Số nhiều nhất (n)</i>	12	16	11	12	
Chăm sóc bà mẹ thời kỳ hậu sản và tư vấn nuôi con bằng sữa mẹ					P>0,05
<i>Số ca trung bình (X±SD)</i>	7,3 (±2,2)	7,0 (±2,5)	7,9 (±2,2)	7,3 (±2,1)	
<i>Số ít nhất (n)</i>	3	2	3	4	
<i>Số nhiều nhất (n)</i>	11	13	12	13	
Tư vấn và hướng dẫn thực hiện kế hoạch hoá gia đình					P>0,05
<i>Số ca trung bình (X±SD)</i>	8,0 (±2,3)	8,2 (±2,6)	7,4 (±3,2)	7,0 (±2,3)	
<i>Số ít nhất (n)</i>	3	3	3	4	
<i>Số nhiều nhất (n)</i>	14	13	15	12	

Kết quả bảng trên cho thấy, nhóm công việc chăm sóc sau sinh có lẽ đã được thực hiện nhiều hơn so với 2 nhóm việc chăm sóc trước và trong sinh. Trung

bình, mỗi CDTB đã tắm bé và chăm sóc rốn cho khoảng 5-6 trẻ sau sinh. Việc chăm sóc bà mẹ thời kỳ hậu sản, tư vấn nuôi con bằng sữa mẹ, tư vấn KHHGD được thực hiện cùng với việc chăm sóc sau sinh. Thực hiện chăm sóc sau khi sinh của các CDTB đã góp phần tốt vào việc giảm các tai biến thời kỳ hậu sản cho bà mẹ, tăng tỷ lệ nuôi con bằng sữa mẹ đúng cách cũng như giúp các bà mẹ sử dụng các biện pháp KHHGD tốt hơn; kết quả thực hiện công tác chăm sóc mẹ và bé không có sự khác biệt với $P>0,05$.

Bảng 21. Tư vấn thực hiện kế hoạch hoá gia đình

Nội dung	Kết quả thực hiện (n=26)				P
	2013		2014		
	T6	T12	T6	T12	
<i>Số ca trung bình ($X\pm SD$)</i>	8,0 ($\pm 2,3$)	8,2 ($\pm 2,6$)	7,4 ($\pm 3,2$)	7,0 ($\pm 2,3$)	$P>0,05$
<i>Số ít nhất (n)</i>	3	3	3	4	
<i>Số nhiều nhất (n)</i>	14	13	15	12	

Việc thực hiện tư vấn kế hoạch hóa gia đình là một nhiệm vụ được các CDTB phải thực hiện song song với công tác chăm sóc trong và sau sinh; qua kết quả phỏng vấn và thảo luận nhóm tại tuyến huyện và xã, công tác thực hiện tư vấn KHHGD đạt hiệu quả cao, đặc biệt là các thôn bản có CDTB hoạt động; công tác tư vấn về thực hiện KHHGD sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với $P>0,05$.

Bảng 22. Hoạt động của CDTB tại cộng đồng

Nội dung	Thực hiện theo năm (n=26)		P
	Năm 2013	Năm 2014	
1. Tuyên truyền, giáo dục sức khỏe tại cộng đồng.	25/26	22/26	P<0,001
2. Phát hiện, tham gia giám sát và báo cáo tình hình dịch, bệnh truyền nhiễm, bệnh không lây nhiễm, bệnh xã hội, bệnh truyền qua thực phẩm, ngộ độc thực phẩm tại thôn, bản.	25/26	21/26	
3. Giám sát chất lượng nước dùng cho ăn uống, sinh hoạt; các công trình vệ sinh hộ gia đình, nơi công cộng trên địa bàn phụ trách.	25/26	22/26	
4. Giám sát việc thực hiện an toàn thực phẩm trên địa bàn phụ trách.	25/26	22/26	
5. Triển khai thực hiện các phong trào vệ sinh phòng bệnh, nâng cao sức khỏe cộng đồng, xây dựng làng văn hóa sức khỏe.	23/26	22/26	
6. Thực hiện sơ cứu ban đầu các cấp cứu và tai nạn.	15/26	12/26	
7. Thực hiện chăm sóc một số bệnh thông thường tại cộng đồng.	25/26	26/26	
8. Hướng dẫn chăm sóc người mắc bệnh xã hội, bệnh không lây nhiễm tại nhà.	26/26	22/26	
9. Vận động, hướng dẫn nhân dân nuôi trồng và sử dụng thuốc nam tại gia đình để phòng và chữa một số chứng, bệnh thông thường.	19/26	21/26	
10. Tham gia thực hiện các chương trình y tế tại thôn, bản.	25/26	26/26	

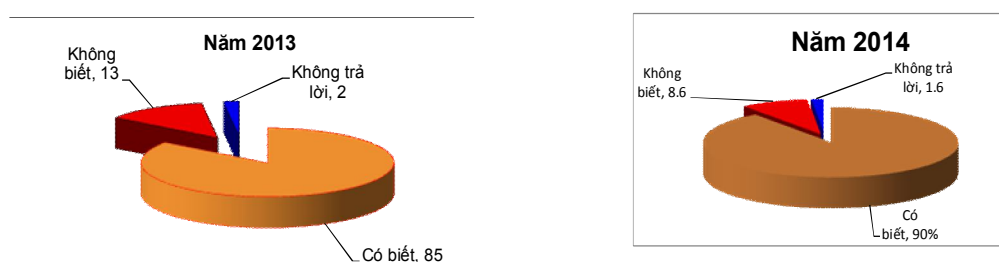
Bảng trên cho thấy ngoài việc thực hiện các nhiệm vụ chính là làm mẹ an toàn các cô đỡ thôn bản phải thực hiện thêm một số nhiệm vụ khác tại cộng đồng theo chức năng nhiệm vụ của nhân viên y tế thôn bản như: tuyên truyền giáo dục sức khỏe, giám sát phát hiện báo cáo tình hình các dịch bệnh truyền nhiễm, bệnh không lây nhiễm, bệnh xã hội, bệnh lây truyền qua thực phẩm, ngộ độc thực phẩm; giám sát chất lượng nước và việc sử dụng các công trình vệ sinh hộ gia đình, tham gia các đợt do xã phát động phong trào về vệ sinh phòng bệnh, vệ sinh yêu nước nâng cao sức khỏe nhân dân, vệ sinh an toàn thực phẩm, phòng chống bệnh sốt rét, sốt xuất huyết,... thực hiện khám và chăm sóc bệnh nhân mắc một số bệnh thông thường tại cộng đồng, sơ cấp cứu cho người bị tai nạn khi có tai nạn xảy ra trên địa bàn, vận động các hộ gia đình nuôi trồng và sử dụng thuốc nam để chữa một số bệnh thông thường và duy trì các hoạt động với chức năng nhiệm vụ của một nhân viên y tế thôn bản qua kết quả thực hiện bảng trên cho thấy các CDTB thực hiện khá tốt chức năng nhiệm vụ của mình tại thôn bản và tại cộng đồng. Hoạt động của CDTB tại cộng đồng qua các lần đánh giá sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $P < 0,001$.

3.2.3. Sử dụng dịch vụ y tế

Bảng 23. Nhận biết của PNCT và bà mẹ có con ≤ 1 tuổi về CDTB

Nội dung		Kết quả thực hiện (n=300)		P
		2013	2014	
Có biết (n,%)	Tần số	255	269	P<0,001
	Tỷ lệ %	85,0%	89,6%	
Không biết (n,%)	Tần số	39	26	
	Tỷ lệ %	13,0%	8,6%	
Không trả lời (n%)	Tần số	6	5	
	Tỷ lệ %	2,0%	1,6%	

Kết quả trên cho thấy hoạt động của CDTB tại cộng đồng đã đóng góp tích cực trong công tác chăm sóc sức khỏe bà mẹ và trẻ em tại cộng đồng kết quả phỏng vấn các bà mẹ có thai và bà mẹ có con ≤ 1 tuổi thực hiện trong năm 2013 và 2014 cho thấy, các bà mẹ đã biết tại thôn bản có CDTB hoạt động tỷ lệ (58,0 và 89,6%); tỷ lệ bà mẹ không biết (13,0; 8,67) và không trả lời (2,0%; 1,67%). Nhận biết của PNCT và bà mẹ có con ≤ 1 tuổi về CDTB qua các lần đánh giá sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $P < 0,001$.



Biểu đồ 8. Nhận biết của PNCT và bà mẹ có con ≤ 1 tuổi về CDTB

Nhận biết của phụ nữ có thai và bà mẹ có con ≤ 1 tuổi nhận biết về cô đỡ thôn bản

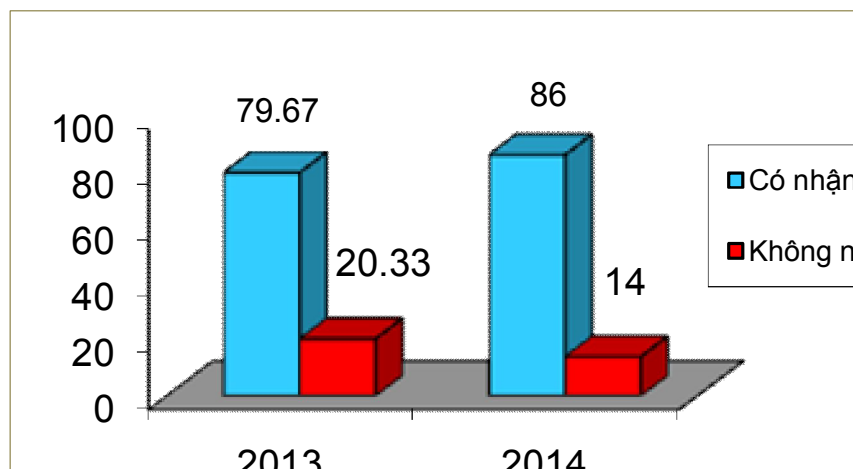
“Phần lớn phụ nữ có thai và bà mẹ có con ≤ 1 tuổi đều biết là tại thôn bản có cô đỡ thôn bản hoạt động, các ý kiến cho rằng lý do nhận biết là phụ nữ có thai và bà mẹ có con ≤ 1 tuổi đã nhận dịch vụ từ cô đỡ thôn bản đã cung cấp như: khám thai, tư vấn KHHGD, truyền thông, tuyên truyền vận động bà con thực hiện chương trình làm mẹ an toàn tại hộ gia đình và tại cộng đồng, tham gia đỡ đẻ tại trạm y tế, ...” (4.3-PVS-BMCC-6T-LT-DV)

Tuy nhiên còn một số bà mẹ không có ý kiến gì, điều đó là do PNCT hoặc bà mẹ có con ≤ 1 tuổi sống ở thôn bản không có CDTB hoạt động, (3.2-TYT-PC-DV).

Bảng 24. Nhận dịch vụ từ cô đỡ thôn bản

Nội dung		Kết quả thực hiện (n=300)		P
		2013	2014	
Có nhận (n,%)	Tần số	239	258	P<0,001
	Tỷ lệ %	79,67	86,0	
Không nhận (n,%)	Tần số	61	36	
	Tỷ lệ %	20,33	12,0	
Không trả lời, ý kiến khác, (n%)	Tần số	0	6	
	Tỷ lệ %	0	2,0	

Nhận xét của các bà mẹ có thai và bà mẹ có con ≤ 1 tuổi về các CĐTĐ cung cấp dịch vụ tại cộng đồng; tỷ lệ bà mẹ có nhận dịch vụ trong năm 2013 và 2014 tương đương (79,67%; 86%); không nhận (20,33%; 12,0%); không trả lời (0%; 2,0%); sự khác biệt có ý nghĩa thống kê $P<0,001$.



Biểu đồ 9. Phụ nữ có thai và bà mẹ có con ≤ 1 tuổi nhận dịch vụ từ CĐTĐ

Bảng 25. Sử dụng các dịch vụ CĐTĐ cung cấp

Nội dung		Kết quả thực hiện (n=300)		P
		2013	2014	
Hiệu quả tốt (n,%)	Tần số	227	242	P>0,05
	Tỷ lệ %	94,9	93,8	
Không hiệu quả (n,%)	Tần số	2	5	
	Tỷ lệ %	0,84	1,94	
Không trả lời, ý kiến khác (n%)	Tần số	10	11	
	Tỷ lệ %	4,18	4,26	

Qua kết quả nghiên cứu bằng các phương pháp phỏng vấn các bà mẹ và thảo luận nhóm; các ý kiến của bà mẹ và đại diện chính quyền địa phương đánh giá rất cao về hoạt động của cô đỡ thôn bản tại cộng đồng, cũng như sự cần thiết của cô đỡ thôn bản hoạt động tại thôn bản đặc biệt đối với những thôn bản khó khăn. Phụ nữ có thai và bà mẹ có con ≤ 1 tuổi đã được nhận dịch vụ từ cô đỡ thôn bản đầy hài lòng với dịch vụ cô đỡ thôn bản đã cung cấp như khám thai, đỡ đẻ, chăm sóc sau sinh, tư vấn kế hoạch hoá gia đình,... nhận xét của các bà mẹ thông qua kết quả nghiên cứu năm 2013 và 2014 hiệu quả tốt (94,9%; 93,8%); không hiệu quả (2%, 5%); không trả lời, ý kiến khác (4,18%; 4,26%). Không có sự khác biệt về sử dụng các dịch vụ mà CĐTĐ cung cấp trong các lần đánh giá với $P > 0,05$.

Dịch vụ do cô đỡ thôn bản cung cấp được chấp nhận tại cộng đồng do các yếu tố sau:

“Niềm tin của bà mẹ vào trình độ chuyên môn của cô đỡ thôn bản: các cô đỡ thôn bản nhiệt tình và sẵn sàng giúp đỡ, các cô đỡ thôn bản đã hướng dẫn về thực hiện chế độ dinh dưỡng ngay từ khi mang thai, khám thai định kỳ và đến cơ sở

y tế đẻ; khi đẻ các cô đỡ thôn bản hướng dẫn cách chăm sóc trẻ, hướng dẫn cho bú và cách chăm sóc bản thân trong thời gian ngay sau khi đẻ; bà mẹ cho rằng hoạt động của cô đỡ thôn bản đã được bà con tin nhiệm và đặt niềm tin vào cô đỡ thôn bản phỏng vấn sâu”, (4.3-PVS-BMCC-8T-CC-XM).

“Dịch vụ của cô đỡ thôn bản cung cấp thuận tiện, dễ tiếp cận, thậm trí phụ nữ có thai không phải đến trạm y tế khám mà được các cô đỡ thôn bản đến tận nhà khám thai đặc biệt là các bà mẹ sau khi sinh được các cô đỡ thôn bản đến giúp đỡ thực hiện chăm sóc sau sinh cho sản phụ và trẻ như chăm sóc rốn, thực hiện chế độ dinh dưỡng cho trẻ, tư vấn về thực hiện kế hoạch hóa gia đình, thực hiện tiêm chủng cho trẻ, ... tôi thấy đây là một mô hình hoạt động có tính nhân văn và hiệu quả cao được cộng đồng ủng hộ và chấp nhận đồng thời cần nhân rộng mô hình ra các thôn bản và xã khác” (3.1-PVS-LT-DV).

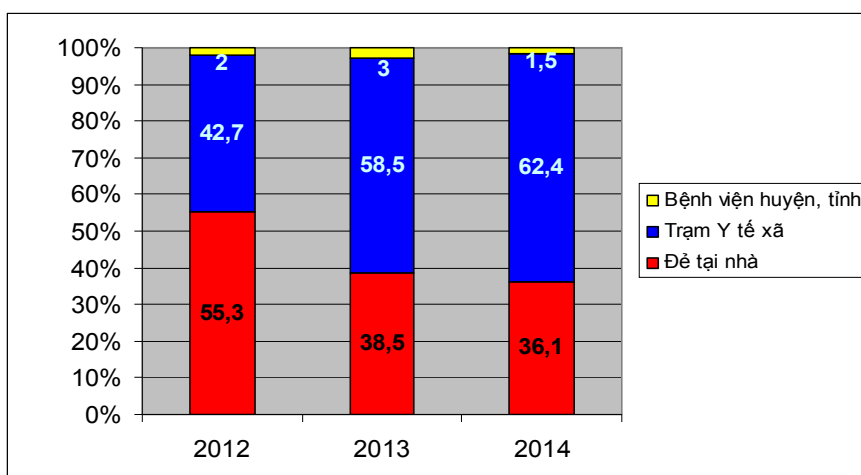
Bảng 26. Xu hướng chuyển tuyến

Chuyển tuyến	Kết quả thực hiện			P
	2012	2013	2014	
Đẻ tại nhà (%)	55,3	38,5	36,1	P<0,001
Trạm Y tế xã (%)	42,7	58,5	62,4	
Bệnh viện huyện, tỉnh (%)	2%	3%	1,5%	

Kết quả bảng trên cho thấy tỷ lệ các bà mẹ đẻ tại nhà cao, tỷ lệ đẻ tại nhà tổng hợp theo năm từ năm 2012 đến 2014 tương đương (55,3%; 38,5%; 36,1%); đẻ tại trạm y tế xã (42,7%; 58,5%; 62,4%); đẻ tại bệnh viện tuyến tỉnh, huyện (2%; 3%; 1,5%). Qua kết quả phỏng vấn sâu các bà mẹ và nhà quản lý tuyến tỉnh, huyện xã hiện nay vẫn còn các bà mẹ đẻ tại nhà do bà mẹ tự đỡ hoặc chồng, người nhà đỡ chưa có sự trợ giúp của cán bộ y tế được đào tạo về chuyên môn đỡ đẻ.

Về xu hướng chuyển tuyến hiện nay tại tỉnh Hà Giang đã và đang thực hiện

theo Thông tư số 07/2013/TT-BYT, ngày 08/3/2013 của Bộ Y tế về việc quy định tiêu chuẩn chức năng nhiệm vụ của nhân viên y tế thôn bản. Các cô đỡ thôn bản đã nghiêm túc thực hiện các quy định và nhiệm vụ nói trên; kết quả thực hiện chương trình về làm mẹ an toàn như: cung cấp dịch vụ và chất lượng dịch vụ tại các thôn bản và xã có cô đỡ thôn bản hoạt động được cải thiện đáng kể qua các năm; $P < 0,001$ sự khác biệt có ý nghĩa thống kê.



Biểu đồ 10. Địa điểm sinh con của các bà mẹ trong 3 năm

Cô đỡ thôn bản đã thực hiện tốt công tác chuyển tuyến (vận động bà mẹ đến đẻ tại cơ sở y tế)

“Kết quả thảo luận nhóm tại tuyến huyện và tuyến xã về công tác chuyển tuyến; các ý kiến cho rằng kể từ khi thôn bản có cô đỡ làm việc, công tác chăm sóc sức khỏe cho phụ nữ có thai đã được thực hiện tốt và kịp thời hơn; những năm trước khi chưa có CĐTĐ làm việc, các cặp vợ chồng lấy nhau xong thậm chí có những phụ nữ có thai 5-6 tháng mới biết là mình có thai, vì phần đa khi lấy nhau họ còn rất trẻ và thiếu kiến thức nhận biết về các dấu hiệu khi có thai, không biết về sự cần thiết phải đi khám thai, lợi ích đem lại khi đi khám thai, ... hiện nay tại thôn bản đã có cô đỡ thôn bản làm việc bà con được yên nhiều hơn, vì cô đỡ thôn bản đã hướng dẫn cho PNCT cách chăm sóc sức khỏe bản thân, chăm sóc thai nhi trong bụng, hướng dẫn phụ nữ có thai biết về các dấu hiệu bất thường cần phải được

theo dõi, chăm sóc thường xuyên trong thời kỳ mang thai và đến cơ sở y tế đẻ; tỷ lệ các bà mẹ đến cơ sở y tế đẻ và đẻ tại nhà có cán bộ y tế đỡ trong những năm gần đây đã được cải thiện đáng kể và tốt hơn những năm trước đây”, (3.4-TLN-PC-DV-NM-XM)

3.2.4. Sử dụng dịch vụ tại cộng đồng

Bảng 27. Sử dụng các biện pháp tránh thai

Nội dung	Huyện Đồng Văn		Huyện Xín Mần		Tổng (TB)	
	Xã có cô đỡ	Xã không có CĐ	Xã có cô đỡ	Xã không có CĐ	Xã có cô đỡ	Xã không có CĐ
2011	61,5	60,2	66,0	66,2	63,75	63,2
2012	63,9	62,5	62,2	61,8	63,05	62,15
2013	63,7	63,2	67,6	66,7	65,65	64,95
2014	67,3	66,0	66,5	62,0	66,9	64,0

Kết quả phỏng vấn tại tuyến huyện, xã các CĐTB thực hiện tốt chức năng nhiệm vụ của mình vừa làm nhân viên YTTB và vừa làm CĐTB đặc biệt tích cực tham gia trong tuyên truyền, vận động các cặp vợ chồng trong độ tuổi sinh đẻ sử dụng các biện pháp tránh thai.

Cô đỡ thôn bản đã thực hiện tốt chương trình làm mẹ an toàn và công tác dân số KHHGD

“Kết quả thảo luận nhóm tại tuyến huyện và xã: các thôn bản có cô đỡ thôn bản hoạt động thì kiến thức của phụ nữ có thai, bà mẹ có con ≤ 1 tuổi về làm mẹ an toàn tốt hơn cụ thể: tỷ lệ các bà mẹ đăng ký quản lý thai nghén và đẻ tại trạm y tế nhiều hơn; các bà mẹ có dấu hiệu nguy hiểm trong thời kỳ mang thai được phát hiện sớm, quản lý và đến cơ sở y tế đẻ. Tỷ lệ đẻ tại nhà và đẻ trên nương của người

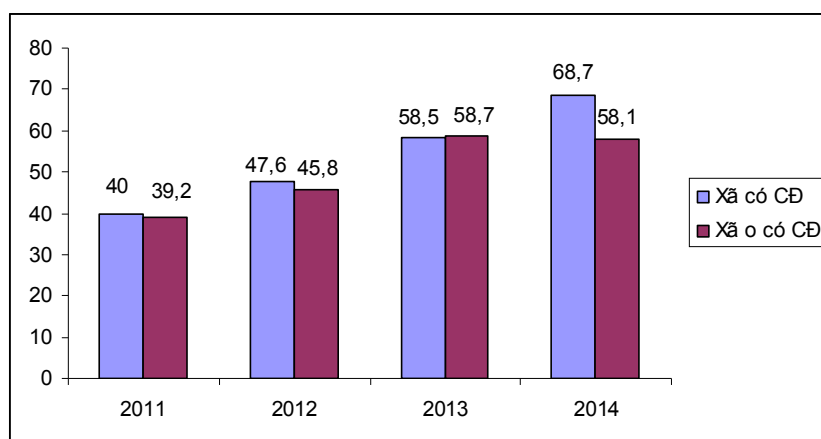
dân tộc Mông đã giảm đáng kể; phụ nữ có thai đã chủ động hơn trong việc tự đi khám thai, đăng ký và quản lý thai nghén, tiêm phòng uốn ván, uống viên sắt”, ...

“Công tác dân số kế hoạch hóa gia đình được thực hiện tốt ngay từ khi chăm sóc cho bà mẹ sau khi sinh, các bà mẹ đã được các cô đỡ thôn bản tư vấn về công tác kế hoạch hóa gia đình thông qua sử dụng các biện pháp tránh thai hiện đại tư vấn (không sinh con thứ 3, ... đã được cải thiện và nâng lên một bước”(2.4-3.4-TLN-NM-XM).

Bảng 28. Tỷ lệ khám thai ≥ 3 lần

Nội dung	Huyện Đồng Văn		Huyện Xín Mần		Tổng (TB)	
	Xã có cô đỡ	Xã không có CD	Xã có cô đỡ	Xã không có CD	Xã có cô đỡ	Xã không có CD
2011	20,7%	20,2%	59,43%	58,2%	40,06%	39,2%
2012	41,92%	39,6%	53,37%	52,1%	47,64%	45,85%
2013	57,38%	56,1%	59,73%	61,4%	58,55%	58,75%
2014	70,26%	65,3%	65,88%	51%	68,7%	58,15%

Bảng kết quả trên cho thấy tỷ lệ các bà mẹ được khám thai đúng và đủ 3 lần trong 3 thời kỳ thai nghén đã được cải thiện đáng kể qua các năm từ năm 2011 đến năm 2014; các chỉ số được thể hiện rõ ở xã và đặc biệt là tại các thôn bản có CDTB hoạt động. Kết quả thảo luận nhóm và phỏng vấn sâu cán bộ quản lý tuyến tỉnh, huyện, xã các ý kiến đều cho rằng sự năng động và nhiệt tình của các CDTB trong công tác tuyên truyền, vận động phụ nữ có thai đi khám thai đồng thời thực hiện công tác khám và quản lý thai nghén tại các hộ gia đình và cộng đồng.

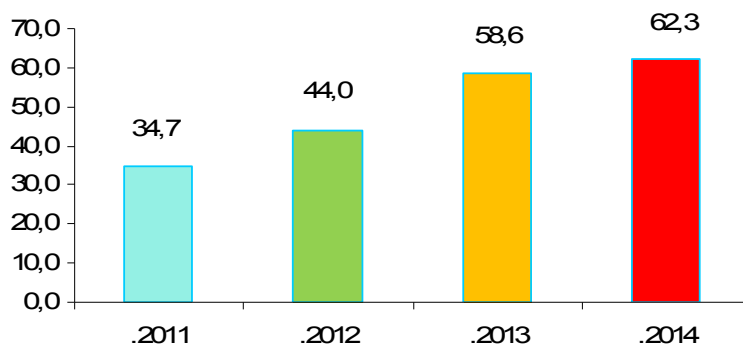


Biểu đồ 11. Tỷ lệ khám thai TB \geq 3 lần trong thời kỳ thai nghén

Bảng 29. Tỷ lệ bà mẹ đẻ tại trạm y tế

Nội dung	Huyện Đông Văn		Huyện Xín Mần		Tổng (TB)	
	Xã có cô đỡ	Xã không có CĐTĐ	Xã có cô đỡ	Xã không có CĐTĐ	Xã có cô đỡ	Xã không có CĐTĐ
2011	24,3%	25,2%	45,15%	41%	34,72%	33,1%
2012	40,06%	39,1%	48,10%	42,1%	44,08%	40,6%
2013	62,22%	62%	55,11%	51%	58,66%	56,5%
2014	63,93%	63%	60,86%	52%	62,39%	57,5%

Bảng trên cho thấy tỷ lệ đẻ tại TYT tăng cao với sự tham gia nhiệt tình của CĐTĐ; ví dụ như ở xã Lũng Táo huyện Đông Văn; trong vòng 4 năm trước khi chưa có CĐTĐ hoạt động chỉ có 2 ca đẻ/năm tại trạm y tế xã; từ khi có CĐTĐ làm việc các CĐTĐ đã tuyên truyền, vận động phụ nữ đến trạm y tế đẻ, số bà mẹ đến trạm tăng lên nhiều so với những năm trước; đó là những thay đổi rõ nét về hành vi của người dân trong lĩnh vực sử dụng dịch vụ CSSKSS tại các cơ sở y tế.



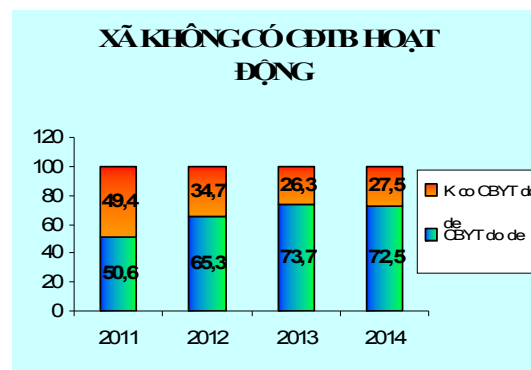
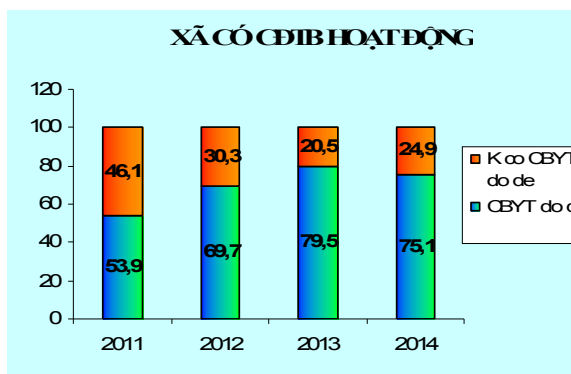
Biểu đồ 12. Tỷ lệ bà mẹ đẻ tại trạm y tế tại xã có CDTB hoạt động

Biểu đồ cho thấy tỷ lệ bà mẹ đến trạm y tế đẻ tăng qua các năm năm 2011 (34,7%); năm 2014 (62,3%).

Bảng 30. Tỷ lệ đẻ do cán bộ y tế đỡ

Nội dung	Huyện Đồng Văn		Huyện Xín Mần		Tổng (TB)	
	Xã có cô đỡ	Xã không có CD	Xã có cô đỡ	Xã không có CD	Xã có cô đỡ	Xã không có CD
2011	38,5%	34%	69,33%	67,3%	53,9%	50,6%
2012	63,16%	58,4%	76,35%	72,2%	69,7%	65,3%
2013	77,05%	72,4%	82,46%	75%	79,5%	73,7%
2014	63,93%	61,5%	86,28%	83,5%	75,1%	72,5%

Bảng trên cho thấy tỷ lệ bà mẹ đẻ do cán bộ y tế đỡ được cải thiện và tỷ lệ tăng dần theo các năm; tuy nhiên bên cạnh những bà mẹ đẻ được cán bộ y tế đỡ vẫn còn một tỷ lệ không nhỏ bà mẹ đẻ tại nhà chưa có cơ hội tiếp cận với cán bộ y tế có chuyên môn được đào tạo đỡ đẻ; đó là yếu tố nguy cơ làm gia tăng tỷ lệ tai biến sản khoa dẫn đến tử vong mẹ và tử vong sơ sinh.



Biểu đồ 13. Tỷ lệ các bà mẹ đẻ có cán bộ y tế đỡ

Bảng 31. Số ca chuyển tuyến do CDTB thực hiện

Nội dung	Huyện Đông Văn		Huyện Xín Mần		Tổng (TB)	
	Xã có cô đỡ	Xã không có CĐ	Xã có cô đỡ	Xã không có CĐ	Xã có cô đỡ	Xã không có CĐ
2011	8	0	6	0	14	0
2012	5	0	7	0	12	0
2013	6	0	3	0	9	0
2014	5	0	8	0	13	0

Bảng kết quả trên cho thấy tại các xã đặc biệt là các thôn bản có cô đỡ thôn bản hoạt động, công tác quản lý thai nghén, khám phát hiện các bà mẹ có thai có yếu tố nguy cơ cao được giới thiệu và chuyển tuyến kịp thời qua đó đã góp phần hạn chế tai biến sản khoa, giảm tử vong mẹ và tử vong sơ sinh tại đại bản.

3.2.5. Tử vong mẹ, tai biến sản khoa, tử vong sơ sinh và bệnh sơ sinh

Bảng 32. Tử vong sơ sinh và bệnh trẻ sơ sinh

Nội dung	Huyện Đông Văn		Huyện Xín Mần		Tổng	
	Xã có	Xã không	Xã có	Xã không	Xã có	Xã không
Tử vong sơ sinh	4	4	2	3	6	7
2011	1	1	1	1	2	2
2012	2	1	0	1	2	2
2013	1	1	1	0	2	1
2014	0	1	0	1	0	2
Bệnh trẻ sơ sinh	5	6	5	6	10	12
2011	1	2	1	2	2	4
2012	1	1	2	1	3	2
2013	1	2	1	2	2	4
2014	2	1	1	1	3	2

Bảng thống kê trên cho thấy về tử vong sơ sinh và bệnh trẻ sơ sinh không có sự thay đổi nhiều qua các năm; kết quả phỏng vấn và thảo luận nhóm tại tuyến huyện và xã thì cô đỡ thôn bản thực hiện tốt công tác chăm sóc sức khỏe cho các bà mẹ trong thời gian trong và sau sinh tại trạm y tế và các hộ gia đình.

Tỷ lệ tử vong mẹ và tử vong sơ sinh tại các thôn bản có CDTB hoạt động giảm

“CDTB thực hiện tốt công tác truyền thông, tuyên truyền vận động PNCT và bà mẹ nuôi con nhỏ kiến thức về làm mẹ an toàn như: chăm sóc thai nghén, khám thai định kỳ, phát hiện các dấu hiệu bất thường trong thời kỳ mang thai và đến cơ sở y tế để; hướng dẫn các bà mẹ cách tự chăm sóc bản thân và chăm sóc trẻ trong và sau khi sinh; từ những kiến thức mà

CĐTB đã cung cấp, các bà mẹ nhận thức được và tự quản lý sức khỏe của bản thân, chủ động đi khám thai, thực hiện đăng ký quản lý thai nghén tại trạm y tế và đến cơ sở y tế để. Những công việc đó đã góp phần làm giảm tỷ lệ tai biến sản khoa, tử vong mẹ và trẻ sơ sinh tại địa phương”

(3.2-PVS-TYT-PC-LT-DV).

Cộng đồng tín nhiệm, vai trò của CĐTB được khẳng định và cần nhân rộng mô hình ra các thôn bản khác, xã khác

“Phụ nữ có thai và bà mẹ có con ≤ 1 tuổi đã tín nhiệm vào trình độ chuyên môn của cô đỡ thôn bản và sử dụng dịch vụ của cô đỡ thôn bản cung cấp về khám thai, đỡ đẻ, chăm sóc trước, trong và sau sinh; kết quả thực hiện các chỉ số về làm mẹ an toàn của trạm y tế xã, chỉ số về công tác dân số kế hoạch hóa gia đình đều tăng, các bà mẹ có yếu tố nguy cơ cao được phát hiện sớm và đăng ký quản lý thai nghén, chuyển tuyến kịp thời; số ca tử vong mẹ và tử vong sơ sinh giảm. Từ kết quả hoạt động trên đã làm thay đổi quan niệm của nhà quản lý, nhà lãnh đạo khẳng định sự cần thiết phải có cô đỡ thôn bản làm việc tại các thôn bản đặc biệt là địa bàn vùng sâu vùng xa, vùng có nhiều đồng bào dân tộc thiểu số sinh sống. Đề nghị các ngành chức năng, các tổ chức,... cần quan tâm xem xét nhân rộng mô hình hoạt động của CĐTB ra các thôn bản khác, để người dân có cơ hội được hưởng lợi dịch vụ của các cô đỡ thôn bản cung cấp, góp phần cho việc thực hiện chương trình LMAT nói riêng và công tác chăm sóc, bảo vệ sức khỏe cho nhân dân nói chung được thực hiện ngày một tốt hơn”, (2.3-PVS-TTYT-XM).

3.3. Phân tích một số yếu tố ảnh hưởng đến hoạt động của CĐTĐ

3.3.1. Môi trường chính sách

Bảng 33. Chính sách hiện hành

STT	Số trích yếu và ngày tháng ban hành, cơ quan ban hành	Nội dung văn bản	Hiệu lực văn bản
1	Quyết định số 75/2009/QĐ-TTg, ngày 11/5/2009 của Thủ tướng Chính phủ	Quy định chế độ phụ cấp đối với nhân viên y tế thôn bản	Từ ngày 01/7/2009
2	Thông tư số 07/2013/TT-BYT, ngày 08/3/2013 của Bộ Y tế	Quy định tiêu chuẩn chức năng nhiệm vụ của nhân viên y tế thôn bản.	Từ ngày 01/5/2013 bãi bỏ thông tư số 39/2010/TT-BYT, ngày 10/9/2010 của Bộ Y tế
3	Quyết định số 1049/2004/QĐ-TTg ngày 26/6/2014 của Thủ tướng Chính phủ.	Ban hành danh mục đơn vị hành chính thuộc vùng khó khăn	Từ ngày 26/6/2014

Hiện nay các cô đỡ thôn bản được hưởng chính sách theo Quyết định số 75/2009/QĐ-TTg, ngày 01/5/2009 của Thủ tướng Chính phủ với mức phụ cấp áp dụng là 0,5 so với mức lương tối thiểu; việc bố trí sắp xếp cô đỡ thôn bản làm việc tại các thôn bản thuộc 2 huyện Đổng Văn và Xín Mần tại tỉnh Hà Giang đang áp dụng theo Thông tư số 07/2013/TT-BYT, ngày 08/3/2013 của Bộ Y tế, quy định tiêu chuẩn, chức năng, nhiệm vụ của nhân viên y tế thôn, bản; ngoài việc thực hiện chính sách chung tại tỉnh Hà Giang chưa có chính sách gì thêm cho CĐTĐ.

Thực hiện chính sách hiện hành đối với CĐTĐ trên địa bàn tỉnh Hà Giang còn gặp nhiều khó khăn:

“Về tổ chức biên chế, chức năng nhiệm vụ của cô đỡ thôn bản áp dụng theo Thông tư số 07/2013/TT-BYT, ngày 08/3/2013 của Bộ Y tế; tại Điểm a Mục

2 Thông tư đã nêu rõ: căn cứ vào tình hình thực tế của địa phương Sở Y tế có trách nhiệm trình UBND tỉnh quyết định số lượng, quy trình xét chọn, đơn vị quản lý, chi trả phụ cấp đối với nhân viên y tế thôn, bản trên cơ sở quy định của pháp luật; danh sách những thôn bản còn có khó khăn về công tác chăm sóc sức khỏe bà mẹ và trẻ em cần bố trí 01 cô đỡ thôn, bản. Tuy nhiên hiện nay Sở Y tế đã lập đề án trình UBND tỉnh nhưng chưa được UBND tỉnh phê duyệt.

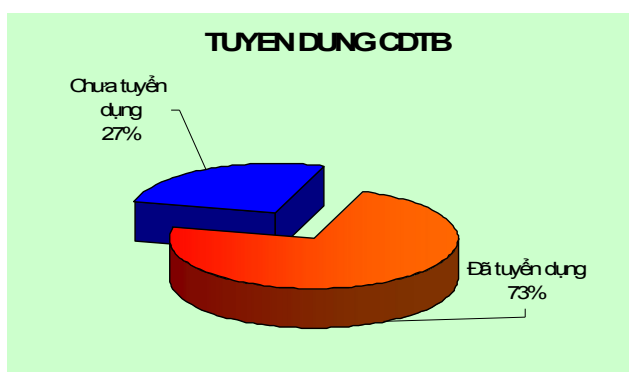
Về thực hiện chế độ phụ cấp quá thấp so với nhiệm vụ được giao: mức phụ cấp đang áp dụng là 0,5 mức lương tối thiểu ngoài ra không có thêm các khoản phụ cấp, hỗ trợ nào khác. Địa bàn về địa lý của các thôn bản như tỉnh Hà Giang rộng, giao thông đi lại khó khăn; các CDTB được giao nhiệm vụ cả YTTB và CDTB, nhu cầu về chăm sóc sức khỏe của người dân ngày một cao, chế độ phụ cấp quá thấp không đáp ứng được nhu cầu sinh hoạt tối thiểu của gia đình, mặt khác các CDTB phần lớn là người trụ cột trong gia đình do đó các CDTB không yên tâm công tác; để đảm bảo duy trì được các hoạt động cũng như động viên các CDTB yên tâm công tác, nhiệt tình và hăng say làm việc; đề nghị Chính phủ, Bộ Y tế, UBND tỉnh điều chỉnh và có chính sách đãi ngộ phù hợp cho CDTB”(1.1-PVS-SYT-NVY).

Bảng 34. Tuyển dụng sử dụng giám sát

STT	Nội dung	2013		2014		P
		T6	T12	T6	T12	
1	Tuyển dụng	16/26 (61,5%)	19/26 (73,0)	19/26 (73,0)	19/26 (73,0)	P<0,001
2	Công việc được giao hiện tại	16/26 (69,5%)	19/26 (73,0)	19/26 (73,0)	19/26 (73,0)	
3	Sự phù hợp công việc được giao	12/26 (46,1%)	18/26 (69,2%)	16/26 (61,5%)	16/26 (61,5%)	

Tỉnh Hà Giang đã thực hiện 2 khoá đào tạo với tổng số 29 CĐTĐ được đào tạo (Lớp 1 là 15 CĐTĐ và lớp 2 là 14 CĐTĐ), tuy nhiên việc tuyển dụng các cô đỡ thôn bản, bố trí vào hệ thống y tế thôn bản của tỉnh còn gặp rất nhiều khó khăn. Trong tổng số 26/29 cô đỡ thôn bản được đào tạo tham gia vào nghiên cứu (01 CĐTĐ thuộc xã Phó Bảng huyện Đồng Văn bỏ việc và 02 CĐTĐ thuộc huyện Xín Mần lấy chồng ở tỉnh, huyện khác chúng tôi không kết nối được nên chúng tôi không đưa vào đối tượng tham gia tại nghiên cứu này).

Về công tác tuyển dụng; tại thời điểm tháng 6/2013 có 16/26 CĐTĐ được tuyển dụng chính vào biên chế thuộc hệ thống y tế thôn bản đạt 61,5%; đến ngày 01/7/2013 huyện Xín Mần có quyết định tuyển dụng thêm 03 CĐTĐ và bố trí sắp xếp làm việc tại thôn bản; cho đến thời điểm tháng 12/2014 tỉnh Hà Giang tuyển dụng 19/26 CĐTĐ chính thức nằm trong hệ thống nhân viên y tế thôn bản. Về sử dụng CĐTĐ hiện nay có 19/26 được phân công nhiệm vụ; hầu hết các cô đỡ thôn bản phải phải thực hiện cả 2 nhiệm vụ bao gồm: nhiệm vụ của nhân viên y tế thôn bản và nhiệm vụ của CĐTĐ; tuyển dụng, sử dụng, giám sát sức khác biệt có ý nghĩa thống kê với $P < 0,001$.



Biểu đồ 14. Tình hình tuyển dụng CĐTĐ vào làm việc trong hệ thống nhân viên YTTB

Tuyển dụng, sử dụng giám sát CĐTĐ chưa đáp ứng nhu cầu thực tiễn

“Tính đến thời điểm tháng 12/2014 tỉnh Hà Giang tuyển dụng 19/26 (đạt 73%) tổng số CĐTĐ được đào tạo, tuyển dụng CĐTĐ chính thức

nằm trong hệ thống nhân viên y tế thôn bản. Về sử dụng CĐTĐ hiện nay có 19/26 được phân công nhiệm vụ; hầu hết các cô đỡ thôn bản phải thực hiện cả 2 chức năng nhiệm vụ bao gồm nhiệm vụ của nhân viên YTTĐ và nhiệm vụ của CĐTĐ;

Một số khó khăn trong tuyển dụng sử dụng cô đỡ thôn bản: 100% thôn bản của tỉnh Hà Giang đều có nhân viên YTTĐ hoạt động nhưng phần lớn nhân viên YTTĐ là nam giới, do vậy không có biện pháp để bổ trí các CĐTĐ đã được đào tạo vào hệ thống, mặc dù ngành y tế có nhu cầu tuyển dụng, sử dụng CĐTĐ để bổ sung cho các thôn bản, đặc biệt khó khăn. Hiện nay còn 7 CĐTĐ chưa được tuyển dụng nhưng các CĐTĐ vẫn tham gia hoạt động; trong đó có 3 CĐTĐ nằm trong xã của dự án Plan nên được hưởng mức hỗ trợ 300.000đ/tháng; còn 4 CĐTĐ chưa được hưởng chế độ gì. Đây cũng là hạn chế trong khâu tuyển dụng, sử dụng CĐTĐ của tỉnh Hà Giang”, (2.3-PVS-TTYT-XM-DV).

Bảng 35. Thù lao đãi ngộ, mong muốn của CĐTĐ sau tốt nghiệp

Nội dung	Kết quả thực hiện (n=26)				P
	2013		2014		
	T6	T12	T6	T12	
Được công nhận chính thức là cán bộ y tế địa phương	26 (100%)	26 (100)	26 (100)	26 (100)	P>0,05
Tiếp tục học tập nâng cao trình độ	15 (57,6%)	13 (50%)	12 (46,1%)	16 (61,5%)	P<0,001
Được hỗ trợ lương/phụ cấp hàng tháng	26 (100)	26 (100)	26 (100)	26 (100)	P>0,05
Được hỗ trợ phương tiện đi lại (xe đạp, xe máy)	15 (57,7%)	18 (69,2)	16 (61,5)	16 (61,5)	P>0,05

Nội dung	Kết quả thực hiện (n=26)				P
	2013		2014		
	T6	T12	T6	T12	
Được hưởng bảo hiểm y tế	16 (61,5%)	15 (57,7%)	16 (61,5%)	16 (61,5%)	P>0,05
Được các trợ cấp khác	18 (69,2%)	20 (76,9%)	20 (76,9%)	22 (84,6%)	P>0,05

Về những mong muốn của cô đỡ thôn bản sau khi tốt nghiệp, nhu cầu cao nhất là mong muốn được công nhận chính thức là cán bộ y tế địa phương (100%); nhu cầu được hưởng các trợ cấp khác ngoài mức phục cấp 0,5 áp dụng đối với nhân viên y tế thôn, bản tại các xã vùng khó khăn theo Quyết định số 1049/2007/QĐ-TTg ngày 26/6/2014 của Thủ tướng Chính phủ (100%); kết quả rà soát hiện nay tại huyện Xín Mần còn 7 CĐTĐB chưa được tuyển dụng vào hệ thống y tế thôn bản, qua kết quả phỏng vấn sâu thì các CĐTĐB chưa được tuyển dụng đều có nguyện vọng được tuyển chính thức vào hệ thống y tế thôn bản; nhu cầu tiếp theo của CĐTĐB là được học tập nâng cao trình độ, hỗ trợ phương tiện đi lại và được hưởng chế độ bảo hiểm y tế.

Thù lao đãi ngộ cho các CĐTĐB chưa đáp ứng với nhu cầu thực tiễn so với chức năng nhiệm vụ của CĐTĐB được giao

“Thù lao đãi ngộ cho CĐTĐB hiện nay được hưởng mức 0.5 lương cơ bản; tỉnh Hà Giang đang thực hiện theo Quyết định số 75/2009/QĐ-TTg, ngày 01/5/2009 của Thủ tướng Chính phủ về quy định chế độ phụ cấp đối với nhân viên y tế thôn bản; ngoài ra các CĐTĐB không có hỗ trợ gì khác. Kết quả phỏng vấn các CĐTĐB đều cho rằng với chế độ phụ cấp trên quá ít và có đề xuất tăng thêm định mức hỗ trợ cho các CĐTĐB;

Kết quả phỏng vấn lãnh đạo quản lý tuyến tỉnh, huyện các ý kiến đều cho rằng với chức năng nhiệm vụ của CĐTĐB và nhiệm vụ được phân công

hiện tại thì chế độ đãi ngộ chưa đáp ứng được yêu cầu so với công việc họ đang thực hiện, để đảm bảo cuộc sống và yên tâm công tác, động viên các CDTB làm việc tận tình cần phải có chế độ chính sách thoả đáng; đề nghị tăng định mức hỗ trợ tối thiểu 1,0 so với mức lương tối thiểu, có cơ chế, tạo điều kiện tăng thu nhập hàng tháng từ chương trình mục tiêu quốc gia cho CDTB, có như vậy thì các cô đỡ thôn bản mới toàn tâm toàn ý và yên tâm công tác được”, (2.2-PVS-PYT-XM).

Bảng 36. Chi trả dịch vụ

Nội dung	2013		2014		P
	T6	T12	T6	T12	
Phí dịch vụ (miễn phí)	100%	100%	100%	100%	P>0,05
Trả một phần phí dịch vụ	0	0	0	0	
Phí cung cấp dịch vụ	0	0	0	0	

Qua kết quả trên cho thấy các bà mẹ khi nhận dịch vụ từ CDTB cung cấp là miễn phí hoàn toàn. Qua kết quả phỏng vấn nhà quản lý tuyến tỉnh, huyện, xã đều cho rằng các CDTB là người được tuyển chọn và đào tạo bài bản và là những người nhiệt tình, các dịch vụ làm mẹ an toàn mà CDTB cung cấp là yên tâm và miễn phí hoàn toàn; không có sự khác biệt về chi trả dịch vụ với P>0,05.

Phí dịch vụ do cô đỡ thôn bản cung cấp

“Các dịch vụ cô đỡ thôn bản cung cấp miễn phí bao gồm: tư vấn truyền thông giáo dục sức khỏe, quản lý thai nghén, chăm sóc thai nghén và vận động phụ nữ có thai đi khám thai định kỳ tại các cơ sở y tế, hỗ trợ đẻ thường khi bà mẹ không đến cơ sở y tế được, chăm sóc bà mẹ và trẻ sơ sinh sau đẻ tại nhà, vận động hướng dẫn thực hiện kế hoạch hóa gia đình, chuyển tuyến, ...” (1.2-PVS-TTSKSS).

Bà mẹ rất hài lòng về dịch vụ CDTB đã cung cấp và miễn phí hoàn toàn, (4.3-PVS-BMCC-12-LT-DV)

3.3.2. Môi trường văn hóa xã hội

Bảng 37. Tham gia chuyển tuyến của cộng đồng

Nội dung	Kết quả thực hiện		P
	2013	2014	
Tỷ lệ bà mẹ đến cơ sở y tế khám thai có sự hỗ trợ của cộng đồng	70%	75%	P<0,001
Tỷ lệ bà mẹ đến Trạm y tế đẻ có sự hỗ trợ của cộng đồng	80%	85%	
Tỷ lệ bà mẹ đến Bệnh viện huyện và Bệnh viện tỉnh đẻ có sự hỗ trợ của cộng đồng	100%	100%	P>0,05

Qua kết quả trên cho thấy cộng đồng đã đóng vai trò quan trọng trong chương trình là mẹ an toàn, những người tham gia chuyển tuyến từ gia đình lên trạm y tế xã là những người có uy tín trong cộng đồng, trưởng thôn, bản, già làng, phụ nữ xã, đoàn thành niên,... trong đó không thể thiếu được vai trò của CĐTĐ. Kết quả thực hiện trong năm 2013 và 2014; tỷ lệ bà mẹ đến cơ sở y tế khám thai có sự hỗ trợ của cộng đồng tương đương (70%; 75%); tỷ lệ bà mẹ đến trạm y tế đẻ có sự hỗ trợ của cộng đồng (80%; 85%); tỷ lệ bà mẹ đến bệnh viện huyện và bệnh viện tỉnh đẻ có sự hỗ trợ của cộng đồng (100%).

Quan điểm của chính quyền địa phương về triển khai mô hình Cô đỡ thôn bản trên địa bàn tỉnh Hà Giang

“Công tác tuyển chọn, cử đối tượng đi đào tạo có sự tham gia của các bên liên quan; dự án, Sở Y tế, cấp uỷ, chính quyền địa phương và UBND xã có Quyết định cử đi đào tạo. Sau khi cô đỡ thôn bản tốt nghiệp trở về địa phương được chính quyền địa phương tuyển dụng bố trí sắp xếp vào làm việc trong hệ thống y tế thôn bản.

Từ công việc thực tiễn các cô đỡ thôn bản đã và đang thực hiện theo chức năng nhiệm vụ của YTTĐ (CĐTĐ) được cộng đồng chấp nhận và ủng hộ.

hộ rất cao, vai trò của cô đỡ thôn bản đã được khẳng định. Chính quyền địa phương ủng hộ, đồng tình triển khai mô hình cô đỡ thôn bản người dân tộc thiểu số và có đề xuất nhân rộng mô hình ra các thôn bản, xã khác trước mắt ưu tiên cho các xã vùng sâu vùng xa vùng có nhiều đồng bào dân tộc thiểu số sinh sống, vùng có tỷ lệ đẻ tại nhà cao,...” (3.1-PVS-LT-DV).

Cộng đồng tham gia chuyển tuyến

“Kết quả thảo luận nhóm tại tuyến xã, các ý kiến đều cho rằng hoạt động của CDTB tại cộng đồng đã tác động tích cực làm nâng cao nhận thức của người dân về LMAT. Phụ nữ có thai và người thân trong gia đình đã hiểu và biết về sự cần thiết phải đi khám thai và đẻ tại cơ sở y tế. Chính quyền địa phương, người có uy tín trong cộng đồng, trưởng thôn bản, các ban ngành, tổ chức đoàn thể của xã và người dân đã vào cuộc trong việc tuyên truyền vận động PNCT đến cơ sở y tế đăng ký quản lý thai nghén đẻ tại cơ sở y tế.

Kết quả cụ thể trong những năm gần đây đặc biệt là từ khi có CDTB hoạt động thì tỷ lệ các bà mẹ đến cơ sở y tế đăng ký quản lý thai nghén và đẻ tại trạm y tế đều tăng”, (3.4-TLN-LT-DV).

Chương 4 **BÀN LUẬN**

Giảm tử vong mẹ và tử vong sơ sinh là một trong những mục tiêu quan trọng trong nhất của Mục tiêu thiên niên kỷ 4 (MDG 5) và Chiến lược quốc gia về chăm sóc sức khỏe sinh sản mà Việt Nam cam kết hướng tới. Để phấn đấu nhằm hoàn thành mục tiêu thiên niên kỷ, Đảng và Nhà nước đã có nhiều chương trình hành động thực hiện để hoàn thành mục tiêu nói trên, mặt khác phấn đấu đảm bảo tính công bằng trong chăm sóc sức khỏe nhân dân nói chung và công bằng trong chăm sóc sức khỏe sinh sản nói riêng, thu hẹp khoảng cách tiếp cận và sử dụng dịch vụ chăm sóc sức khỏe của người dân giữa các vùng miền đặc biệt là miền núi vùng sâu vùng xa vùng đồng bào dân tộc thiểu số.

Mô hình thí điểm đào tạo CĐTĐB cho tỉnh Hà Giang là mô hình khá thành công, đạt được mục tiêu mong đợi của chương trình đã đề ra; hiệu quả hoạt động của mô hình CĐTĐB đã tác động tích cực không chỉ riêng về lĩnh vực y tế và còn cả về chính trị, kinh tế, an sinh xã hội góp phần trong việc tăng trưởng và phát triển kinh tế của địa phương; về lĩnh vực làm mẹ an toàn đã tác động làm giảm tai biến sản khoa, giảm tử vong mẹ và tử vong sơ sinh tại vùng đặc biệt khó khăn của tỉnh.

Để đánh giá kết quả đào tạo chúng tôi đã dựa vào mô hình lý thuyết của KirkPatrick vào đánh giá chương trình đào tạo với 4 cấp độ: phản hồi, thay đổi kiến thức, hành vi và tác động; từ kết quả nghiên cứu thu được, chúng tôi xin đưa ra những bàn luận như sau:

4.1. Hiệu quả chương trình đào tạo cô đỡ thôn bản 18 tháng

4.1.1. Tổ chức đào tạo

Các cô đỡ thôn bản được tuyển chọn đi đào tạo có độ tuổi trung bình là 25,2 tuổi; về số năm đi học, trình độ học vấn trung bình ($9,1 \pm 1,9$) trong đó có sự khác biệt giữa Lớp 1 và Lớp 2 ≈ 2 tuổi; đây là một mặt bằng về trình độ học vấn khá cao và là thách thức lớn trong tiêu chí tuyển chọn các học viên, đặc biệt đối với các xã đặc biệt khó khăn vùng sâu vùng xa như ở Hà Giang; về dân tộc, Mông chiếm tỷ lệ cao

nhất (57,7%) sau đó đến dân tộc La Chí (11,5%); dân tộc Nùng (11,5%); dân tộc Giáy (7,7%) còn lại là các dân tộc khác Tày, Giao, Cờ Lao (mỗi dân tộc 3,8%); tuyển chọn các CĐTĐB là người dân tộc đã đáp ứng được những gì mong đợi của người dân đặc biệt là công tác tiếp cận trong triển khai chương trình làm mẹ an toàn tại cộng đồng.

Về kết hôn, trung bình có 84,6% số cô đỡ thôn bản đã kết hôn tuy nhiên ở đây có sự khác biệt về hôn nhân giữa Lớp 1 và Lớp 2 tương đương đã kết hôn (92,3%, 76,9%); trung bình có 1 con (19,2%) và có ≥ 2 con (42,3%). Theo kết quả phỏng vấn các nhà quản lý tuyến tỉnh, huyện xã đã khuyến cáo trong công tác tuyển chọn và cử cô đỡ thôn bản đi đào tạo; nếu tuyển chọn cô đỡ thôn bản chưa kết hôn đến khi họ lập gia đình họ sẽ về nhà chồng sống cùng chồng họ sẽ bỏ việc dẫn đến thôn bản đó sẽ không có cô đỡ thôn bản hoạt động cụ thể: trong 29 cô đỡ thôn bản có 04 cô đỡ thôn bản đã đi lấy chồng ở địa phương khác; huyện Xín Mần 02 cô lấy chồng ở tỉnh, huyện khác; huyện Đồng Văn 01 cô đi lấy chồng ở xã khác và bỏ việc, dẫn đến mất nguồn đào tạo ảnh hưởng đến chất lượng triển khai các hoạt động về làm mẹ an toàn.

*** Hoạt động chuẩn bị cho công tác đào tạo**

Tiêu chí tuyển chọn học viên để cử đi đào tạo là nữ < 35 tuổi, là người dân tộc, nhiệt tình trong công việc, học vấn từ lớp 4 hoặc lớp 5 trở lên, nói được tiếng Kinh, sống tại các thôn có tỷ lệ đẻ tại nhà cao nhất thuộc 3 xã khó khăn nằm trong địa bàn can thiệp của CTQG7, ưu tiên những người có gia đình, cam kết làm việc cho cộng đồng và được chính quyền xã ủng hộ.

Quy trình tuyển chọn Sở Y tế tỉnh Hà Giang thực hiện khá bài bản; Sở Y tế có công văn, giao cho Phòng Y tế huyện (đơn vị quản lý tuyến xã) thực hiện công tác tuyển chọn theo quy trình hướng dẫn và có sự tham dự của các bên liên quan trong quá trình tuyển chọn. Họp thôn lựa chọn đối tượng đi đào tạo, trạm y tế xã và lãnh đạo thôn, bản thống nhất lập danh sách gửi UBND xã có quyết định cử đi học. Quá trình tuyển chọn do nhiều bên cùng tham gia thực hiện, trong đó chính quyền địa phương có vai trò quyết định. Trưởng thôn và chủ tịch xã là người ra quyết định

cuối cùng vì họ sẽ là người tiếp nhận CĐTĐB về làm tại địa phương sau đào tạo.

Các giảng viên tham gia khoá đào tạo được lựa chọn là các Bác sỹ sản khoa, nữ hộ sinh hiện đang công tác tại Khoa sản, Bệnh viện Đa khoa tỉnh, Trung tâm chăm sóc sức khoẻ sinh sản, Trường Trung cấp Y tế Hà Giang. Các giảng viên có nhiều kinh nghiệm trong công tác giảng dạy được tuyển chọn và cử đi đào tạo giảng viên (TOT) do dự án UNFPA tổ chức sau đó trở về tham gia chương trình giảng dạy tại lớp đào tạo cô đỡ thôn bản.

Để chuẩn bị cho triển khai chương trình đào tạo, Sở Y tế đã phối hợp với Ban quản lý dự án UNFPA lập kế hoạch để tổ chức điều hành các hoạt động nhằm bảo đảm đạt được mục tiêu trong công tác đào tạo.

Căn cứ vào các học phần chương trình đào tạo; Sở Y tế lập kế hoạch để bố trí địa điểm đào tạo cho phù hợp, đáp ứng yêu cầu nội dung giảng dạy của từng học phần. Địa điểm thực hành tại Khoa sản Bệnh viện Đa khoa tỉnh Hà Giang và Bệnh viện Đa khoa huyện Yên Minh và Xín Mần; địa điểm học lý thuyết tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Hà Giang; địa điểm đi thực tế tại địa phương cô đỡ thôn bản được cử đi đào tạo.

4.1.2. Thực hiện đào tạo

Chương trình đào tạo cô đỡ thôn bản người dân tộc thiểu số với mục đích yêu cầu đáp ứng sau khi đào tạo là kỹ năng YTTB và kỹ năng chính về LMAT. Mục tiêu rõ ràng, phù hợp với nội dung giảng dạy và có điều chỉnh phù hợp với chương trình đặt ra cho đối tượng cô đỡ thôn bản người dân tộc thiểu số.

Các nội dung về LMAT trong chương trình đào tạo 18 tháng có mô tả chi tiết các kỹ năng cho cô đỡ thôn bản phải thực hiện, bao gồm cả các kỹ năng cơ bản (thuyết phục phụ nữ đi khám thai, khám thai đúng các bước, đỡ đẻ thường an toàn, chăm sóc bà mẹ sau sinh và sơ sinh, phát hiện các tai biến nhằm chuyển tuyến kịp thời) và các kỹ năng nâng cao (xử trí tích cực giai đoạn 3 của chuyển dạ, xử trí ban đầu các cấp cứu sản khoa như cao huyết áp, băng huyết, sơ sinh ngạt,...). Các mục tiêu này cơ bản phù hợp với nội dung, thời lượng và điều kiện làm việc của cô đỡ

thôn bản tại địa phương nơi người dân tiếp cận trạm y tế khó khăn.

Thiết kế chương trình 18 tháng là phù hợp với mục tiêu đặt ra của chương trình. Thiết kế phù hợp với chiến lược của Chính phủ trong chính sách chăm sóc sức khỏe nhân dân, đặc biệt quan tâm đến sức khỏe người dân tộc thiểu số, trong đó nhu cầu đào tạo cô đỡ thôn bản tại các tỉnh miền núi, tiếp cận y tế khó khăn là thực tế và cấp thiết vì chính các cô đỡ thôn bản là những người sống tại cộng đồng dân tộc, có thể sử dụng ngôn ngữ của dân tộc mình truyền đạt những thông tin quan trọng về chăm sóc sức khỏe cũng như cung cấp dịch vụ an toàn.

Thiết kế chương trình cũng phù hợp với các chương trình quốc tế, đào tạo người đỡ đẻ có chuyên môn với thời lượng 18 tháng. Cô đỡ thôn bản đều cho rằng nội dung chương trình giảng dạy là phù hợp với mong đợi của học viên tỷ lệ cao 100% cho thấy rằng việc điều chỉnh linh hoạt nội dung và phương pháp giảng dạy phù hợp với thực tế đã được học sinh ghi nhận. Kết quả phỏng vấn sâu cho thấy rằng về cơ bản, các học viên CĐTĐ hài lòng về nội dung, thời gian và phương pháp giảng dạy, cho rằng phù hợp với học viên về từ ngữ.

*** Phương pháp nội dung và thời gian giảng dạy**

Kết quả đánh giá cho thấy rằng 100% CĐTĐ cho rằng nội dung học lý thuyết và thực hành có ích cho công việc hiện tại. CĐTĐ cho rằng thời gian học lý thuyết và thực hành là vừa đủ. Nhận định về giảng viên giảng dạy lý thuyết và hướng dẫn thực hành, CĐTĐ cho rằng giảng viên giảng dạy lý thuyết dễ hiểu và người hướng dẫn thực hành hỗ trợ CĐTĐ rất nhiều trong quá trình học tập. Những thông tin trên về cơ bản học viên cho thấy rằng chương trình giảng dạy phù hợp với công việc thực hiện tại địa phương cả về nội dung và thời gian cũng như trình độ và nhiệt tình của giảng viên; tuy nhiên, trong quá trình đánh giá, có một số hạn chế được phát hiện như sau:

CĐTĐ cho rằng tài liệu, trang thiết bị giảng dạy đều có đầy đủ trong thời gian theo học (xấp xỉ 100%). Tuy rằng học viên cho rằng tài liệu, trang thiết bị học tập của chương trình được đáp ứng đủ, nhưng trong quá trình rà soát triển khai chương trình, một số hạn chế đã được phát hiện như: chưa đủ tài liệu khi triển khai

Khóa 1, do BVTD hoàn thiện chương trình trong quá trình triển khai (khi giảng hết module 1 mới thông nhất được module 2-3-4); điều này đã ảnh hưởng nhất định tới giảng viên trong quá trình giảng dạy. Khi triển khai Khóa 2 có đủ tài liệu và kinh nghiệm trong giảng dạy; ở tuyến huyện và xã thiếu mô hình giảng dạy (mô hình thực tập) số bệnh nhân ít không đủ để học tập.

Một số hạn chế liên quan đến quá trình lượng giá học viên được phát hiện như sau: khả năng khám phát hiện bất thường còn yếu, mặc dù các giảng viên đã hướng dẫn nhiều lần để nhận biết, nhưng số bệnh nhân ít để thực tập như huyện Xín Mần; chưa có công cụ đánh giá thực hành tại tuyến huyện và xã. Bệnh viện tỉnh tự soạn tài liệu lượng giá từ cấu phần chăm sóc trước, trong và sau sinh. Lý thuyết thì tổ chức thi, còn thực hành thao tác trên bệnh nhân; kỹ năng tư vấn chưa tốt do các em chưa có điều kiện thực hành.

4.1.3. Đánh giá kết quả đào tạo

Lượng giá học viên thực hiện theo phương pháp hỏi đáp, hoặc trắc nghiệm sau kết thúc mỗi bài học và câu phần. Theo đánh giá của các giảng viên, về cơ bản, các CĐTĐ làm tốt công việc đỡ đẻ và khám thai. Học viên có khả năng thực hành tốt hơn là lý thuyết trong module đầu tiên, tuy nhiên về sau trình độ cả lý thuyết và thực hành đã được nâng cao. Kết quả học tập của học viên CĐTĐ trong các giai đoạn. Module 1 khá giỏi (78%), trung bình 22%, phần thực hành đạt 100% khá giỏi; Module 2 cả lý thuyết và thực hành khá, giỏi (100%); Module 3 thực hành khám thai phát hiện bất thường, chuyển tuyến, đỡ đẻ tại nhà, đỡ đẻ tại trạm, tư vấn KHHGD, chăm sóc sau sinh, giao ban với TYT xã đạt các chỉ tiêu yêu cầu; Module 4 cả phần lý thuyết và thực hành (100%) đạt loại khá giỏi.

Tổng số có 29 học viên người dân tộc thiểu số được tuyển chọn và tham gia học đủ 4 module trong khóa đào tạo 18 tháng CĐTĐ ở 2 huyện. Đa số có trình độ văn hóa thấp (trung bình lớp 9), tuổi còn trẻ (25,2 tuổi), phần lớn đã kết hôn và có con, nhưng tất cả đều nhiệt tình và yêu nghề. Học viên được hỗ trợ toàn bộ kinh phí trong suốt quá trình học tập và được phát TTB, phương tiện hành nghề sau khi tốt nghiệp xong (túi đỡ đẻ, gói đẻ sạch và xe đạp). Có nhiều bên liên quan tham gia

vào quá trình thực hiện lớp học từ tuyến Trung ương, Tỉnh, huyện và xã. Module 1 và 4 được tổ chức giảng dạy tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Hà Giang, module 2 được tổ chức giảng ở Trường Trung cấp y tế tỉnh và module 3 được tổ chức thực hành tại Bệnh viện huyện và Trạm y tế xã. Bệnh viện Phụ sản Trung ương, Trung tâm Chăm sóc SKSS tỉnh và Trung tâm Y tế huyện có vai trò giám sát hỗ trợ trong thời gian học module 3. Tất cả các cơ sở tạo điều kiện học tập và sinh hoạt thuận lợi cho học viên. Phương pháp giảng dạy tích cực, theo phương châm cầm tay chỉ việc đã được áp dụng. Học viên được phát đủ tài liệu giảng dạy, được hướng dẫn thực hành trên mô hình thực tập và trên người bệnh. Giảng viên rất nhiệt tình quan tâm tới học viên, bên cạnh hướng dẫn học tập chuyên môn còn quan tâm tới đời sống sinh hoạt của học viên. Nhìn chung, các học viên đánh giá cao sự phù hợp về nội dung, thời gian và phương pháp giảng dạy, cho rằng phù hợp với công việc và phong tục tập quán. Công tác giám sát hỗ trợ thực hiện tốt, về cơ bản học viên hoàn thành khóa học với kết quả đạt 100% khá giỏi. Sở Y tế chủ động trong điều hành thực hiện chương trình của tỉnh. Tuy nhiên vẫn còn một số hạn chế được phát hiện trong quá trình thực hiện chương trình ví dụ: thiếu tài liệu về hướng dẫn thực hành và giám sát, một số nội dung trong tài liệu còn chưa phù hợp và cần có sự điều chỉnh, điều kiện thực tập còn hạn chế do ít bệnh nhân,...

*** Kết quả học tập của Cô đỡ thôn bản**

Chương trình đào tạo CĐTĐB người dân tộc thiểu số tỉnh Hà Giang gồm 4 module, thời gian đào tạo là 18 tháng; các học viên cả 2 khoá đều được học đủ 4 module; địa điểm đào tạo được bố trí linh hoạt nhằm tạo điều kiện thuận lợi nhất cho các học viên trong quá trình học. Module 1 và module 4 tổ chức học tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Hà Giang; module 2 học tại Trường Trung cấp y tế tỉnh Hà Giang, module 3 thực hành ở Bệnh viện huyện Đồng Văn và Xín Mần và các Trạm y tế xã nơi CĐTĐB được cử đi đào tạo. Các giảng viên tham gia khoá đào tạo được lựa chọn là các Bác sỹ sản khoa, nữ hộ sinh hiện đang công tác tại Khoa sản, Bệnh viện Đa khoa tỉnh Hà Giang, Trung tâm chăm sóc sức khỏe sinh sản, Trường Trung cấp Y tế Hà Giang. Các giảng viên có nhiều kinh nghiệm trong công tác giảng dạy

được tuyển chọn và cử đi đào tạo giảng viên (TOT) do dự án UNFPA tổ chức sau đó trở về tham gia chương trình giảng dạy tại lớp đào tạo cô đỡ thôn bản. Phương pháp giảng dạy tích cực, theo phương châm cầm tay chỉ việc đã được áp dụng. Học viên được phát đủ tài liệu giảng dạy, được hướng dẫn thực hành trên mô hình thực tập và trên người bệnh. Giảng viên rất nhiệt tình quan tâm tới học viên, bên cạnh hướng dẫn học tập chuyên môn còn quan tâm tới đời sống sinh hoạt của học viên. Tất cả các cơ sở tạo điều kiện học tập và sinh hoạt thuận lợi cho học viên, học viên được hỗ trợ toàn bộ kinh phí trong suốt quá trình học tập và được phát TTB, phương tiện hành nghề sau khi tốt nghiệp xong (túi đỡ đẻ, gói đẻ sạch và xe đạp),... Trong quá trình đào tạo Bệnh viện Phụ sản Trung ương, Trung tâm Chăm sóc SKSS tỉnh và Trung tâm Y tế huyện Xín Mần và Đồng Văn có vai trò giám sát hỗ trợ trong thời gian học module 3. Trình độ học vấn của các học viên trung bình là lớp 9; độ tuổi của học viên trung bình 25,2 tuổi, phần đa là đã kết hôn và có con.

Theo đánh giá của các giảng viên về cơ bản các CĐTĐ đã làm tốt công việc đỡ đẻ và khám thai. Học viên có khả năng thực hành tốt hơn là lý thuyết trong module đầu tiên, tuy nhiên về sau trình độ cả lý thuyết và thực hành đã được nâng cao. Kết quả học tập của học viên CĐTĐ trong các giai đoạn. Module 1 khá giỏi (78%), trung bình 22%, phần thực hành đạt 100% khá giỏi; Module 2 cả lý thuyết và thực hành khá, giỏi (100%); Module 3 thực hành khám thai phát hiện bất thường, chuyển tuyến, đỡ đẻ tại nhà, đỡ đẻ tại trạm, tư vấn KHHGĐ, chăm sóc sau sinh, giao ban với TYT xã đạt các chỉ tiêu yêu cầu; Module 4 cả phần lý thuyết và thực hành (100%) đạt loại khá giỏi.

*** Áp dụng những kiến thức kỹ năng đã được học trong thực hiện công tác chăm sóc sức khỏe cho nhân dân tại địa phương**

Các cô đỡ thôn bản được cung cấp kiến thức về tư vấn và khuyên phụ nữ trong thời kỳ mang thai, chuẩn bị cho cuộc đẻ và các kỹ năng thực hiện 4 thủ thuật cơ bản của CĐTĐ bao gồm kỹ năng khám thai, đỡ đẻ thường, chăm sóc bé và xử trí chảy máu sau đẻ; theo kết quả khảo sát đánh giá số Cô đỡ thôn bản có câu trả lời đúng và tỷ lệ đạt cao, vào tháng 6/2013 thời điểm các CĐTĐ mới tốt nghiệp trở về

địa phương phục vụ công tác và kết quả thấp nhất vào tháng 12/2014, sự khác biệt giữa các lần đánh giá có ý nghĩa thống kê với mức $P < 0,001$.; việc thực hiện 4 kỹ năng của CĐTB có sự khác biệt giữa 2 lần đánh giá có ý nghĩa thống kê với $P < 0,001$. Với kết quả trên cho thấy việc cập nhật kiến thức cho CĐTB trong quá trình làm việc chưa thường xuyên, mặt khác một số CĐTB chưa được tuyển dụng vào làm việc trong hệ thống YTTB nên việc tự cập nhật kiến thức chuyên môn trong khi làm việc còn nhiều hạn chế.

Một trong các kỹ năng cần thiết cho các CĐTB hoàn thành tốt chức năng nhiệm vụ của mình là kỹ năng truyền thông chuyển đổi hành vi trong chăm sóc sức khỏe tại cộng đồng; qua kết quả khảo sát đánh giá năm 2013 và 2014 cho thấy tỷ lệ CĐTB thực hiện các kỹ năng đạt yêu cầu về nghe hỏi, khuyến bảo (88,46%; 84,62%); làm mẫu thực hành đóng vai (42,31%; 46,15%); hướng dẫn thảo luận nhóm (42,31%; 38,46%); sử dụng tranh ảnh vật mẫu (69,23%; 76,92%); thăm hộ gia đình (100%; 100%). Kết quả nghiên cứu trên cho thấy CĐTB còn yếu các kỹ trong việc thực hiện chức năng nhiệm vụ của mình trong chăm sóc và bảo vệ sức khỏe cho nhân dân tại cộng đồng.

4.2. Kết quả hoạt động của Cô đỡ thôn bản

* Chăm sóc trước, trong và sau sinh:

Các CĐTB đã thực hiện tốt công tác khám và quản lý thai nghén tại cộng đồng theo quy định của Bộ Y tế; các phụ nữ trong thời kỳ mang thai phải được khám thai đúng và đủ 3 lần trong 3 thời kỳ thai nghén. Trong quá trình khám và quản lý thai nghén các phụ nữ có thai có các dấu hiệu bất thường được các CĐTB tư vấn chuyển tuyến trên khám và quản lý thai, đặc biệt là thực hiện chuyển tuyến kịp thời trước khi đẻ. Trung bình mỗi CĐTB đã phát hiện được khoảng hơn 1-2 trường hợp thai bất thường trong 1 năm. Việc phát hiện thai bất thường chuyển tuyến kịp thời có ý nghĩa quan trọng, giúp giảm tỷ lệ tai biến sản khoa cũng như tử vong mẹ và tử vong trẻ sơ sinh tại địa phương.

* Chăm sóc trong sinh: CĐTB đã đến Trạm Y tế tham gia đỡ đẻ và chăm

sóc cho bà mẹ và trẻ trong khi sinh, trong trường hợp có những ca đẻ rơi, đẻ tại nhà CĐTB thực hiện đỡ đẻ rơi hoặc tại nhà; khi thực hiện các ca đẻ rơi hoặc đẻ tại nhà các CĐTB thực hiện đỡ đẻ bằng gói đẻ sạch và các dụng cụ cần thiết thực hiện đỡ đẻ và sau đó là chăm sóc cho mẹ thời kỳ hậu sản và chăm sóc cho trẻ sau sinh (Trạm Y tế có thể gọi CĐTB lên phối hợp và giúp Trạm Y tế đối với ca đẻ khó hoặc Trạm Y tế xuống thôn bản giúp đỡ đẻ các ca đẻ khó tại hộ gia đình).

* Chăm sóc sau sinh: Công tác chăm sóc sau sinh là một nhiệm vụ thường quy của CĐTB; các bà mẹ sau khi sinh tại trạm Y tế về hộ gia đình được các CĐTB giúp đỡ bà mẹ cách chăm sóc bản thân và chăm sóc trẻ như nuôi con bằng sữa mẹ đúng cách, thực hiện kế hoạch hoá gia đình, phòng ngừa các tai biến trong thời kỳ hậu sản, chăm sóc rốn cho trẻ sơ sinh, thực hiện chế độ dinh dưỡng và tiêm chủng để phòng bệnh. Trung bình 6 tháng, mỗi CĐTB đã tắm bé và chăm sóc rốn cho khoảng 5-6 trẻ sau sinh. Việc thực hiện chăm sóc sau khi sinh các CĐTB đã góp phần làm giảm các tai biến thời kỳ hậu sản cho bà mẹ, tăng tỷ lệ nuôi con bằng sữa mẹ đúng cách cũng như giúp các bà mẹ sử dụng các biện pháp KHHGD tốt hơn.

Kiến thức của các CĐTB sau khi đào tạo về các lĩnh vực như tư vấn trước sinh, dấu hiệu nguy hiểm khi mang thai, dấu hiệu sỏ thai, xử trí tích cực giai đoạn 3, chăm sóc sau sinh trong vòng 2h, nguyên nhân chảy máu sau sinh, thời gian cho bú sữa mẹ sau sinh). Tuy nhiên, kỹ năng về chăm sóc thai sản, trong sinh và sau sinh của CĐTB thực hiện tốt nhưng vẫn còn một số hạn chế với một số bước không thực hiện được. Bên cạnh đó, một số hạn chế được xác định như chế độ thù lao phụ cấp quá thấp, trang thiết bị thiếu và hỏng, chưa được bổ sung,.... có thể nói về cơ bản các Cô đỡ thôn bản đã làm tốt vai trò của mình trong công tác khám thai, đỡ đẻ tại nhà, phụ đỡ đẻ tại trạm và các công việc liên quan đến chăm sóc trước, trong và sau sinh; điều này có thể cho thấy sự thành công của chương trình đào tạo CĐTB đã được khẳng định.

* Tác động với cộng đồng

Cô đỡ thôn bản đã thực hiện tốt chức năng nhiệm vụ của mình tại cộng đồng, trong thực hiện các công việc họ rất nhiệt tình sẵn sàng giúp đỡ bà con không

quản ngại sự khó khăn về đường xa, mưa, nắng kể cả nửa đêm hoặc sáng sớm với lương tâm nghề nghiệp các CĐTĐ sẵn sàng đến để giúp đỡ bà con; đồng thời các CĐTĐ thực hiện truyền thông, tuyên truyền vận động cung cấp kiến thức cho người dân tại thôn bản thực hiện phòng chống dịch bệnh, vệ sinh an toàn thực phẩm, vệ sinh làng bản và hộ gia đình, thực hiện chương trình dân số KHHGD,... từ những việc làm thiết thực và hiệu quả bà con đã tin tưởng và thay đổi hành vi tập quán lạc hậu không có lợi cho sức khỏe bằng hành động cụ thể, những đóng góp đó đã góp phần làm giảm tử vong mẹ, sơ sinh và tai biến sản khoa tại cộng đồng; do đó vai trò của CĐTĐ ngày càng được khẳng định về sự phù hợp với cộng đồng và là cánh tay nối dài của hệ thống mạng lưới tuyến y tế cơ sở.

* Cộng đồng chấp nhận mô hình CĐTĐ và phù hợp với phong tục tập quán của địa phương

Vai trò của CĐTĐ, những đóng góp của CĐTĐ đối với cộng đồng đã được khẳng định. Sự chấp nhận của cộng đồng đối với CĐTĐ đã làm thay đổi quan niệm của các lãnh đạo và người dân do đó khẳng định sự cần thiết phải có CBYT làm việc tại địa bàn vùng sâu vùng xa vùng có nhiều đồng bào dân tộc thiểu số sinh sống và có tỷ lệ đẻ tại nhà cao.

Một trong những tiêu chí tiên quyết về sự thành công của mô hình CĐTĐ là các CĐTĐ được tuyển chọn đi đào tạo họ lại chính là con em của đồng bào dân tộc tại thôn bản họ làm việc, cùng chung tiếng nói, hiểu biết phong tục, tập quán thậm chí phần lớn các CĐTĐ đã trải qua từ 1-2 lần sinh con tại thôn bản nên họ hiểu, dễ chia sẻ những khó khăn và những việc cần phải làm trong khi mang thai và sinh con nên họ dễ tiếp cận với người dân hơn, được nhân dân tin tưởng và yêu mến. Theo khảo sát về nhu cầu của bà con và sự cần thiết phải có mô hình CĐTĐ hoạt động, hiện nay số lượng CĐTĐ còn quá ít, cần phải bổ sung, do vậy việc đào tạo CĐTĐ là hoàn toàn cần thiết đối với những địa bàn thôn đặc biệt khó khăn như ở tỉnh Hà Giang.

* Sử dụng dịch vụ mô hình CĐTĐ tại địa phương

Nhận biết của PNCT, bà mẹ có con ≤ 1 tuổi về CĐTĐ và nhận xét về dịch

vụ của các CĐTĐ đã cung cấp. Kết quả khảo sát phụ nữ có thai và bà mẹ có con ≤ 1 tuổi phần lớn đều biết là có cô đỡ thôn bản hoạt động tại thôn bản, các ý kiến cho rằng việc biết tại thôn bản có cô đỡ thôn bản hoạt động là do phụ nữ có thai và bà mẹ có con ≤ 1 tuổi đã nhận dịch vụ từ cô đỡ thôn bản đã cung cấp như: khám thai, tư vấn KHHGD, truyền thông, tuyên truyền vận động bà con thực hiện chương trình làm mẹ an toàn tại hộ gia đình và tại cộng đồng, tham gia đỡ đẻ tại trạm y tế,... Phụ nữ có thai và bà mẹ có con ≤ 1 tuổi đã được sử dụng dịch vụ từ cô đỡ thôn bản cung cấp như: khám thai, tư vấn đi khám thai, đỡ đẻ, chăm sóc mẹ và trẻ trong và sau sinh,... các bà mẹ đều hài lòng và có ý kiến đề xuất được nhân rộng mô hình cho các thôn bản khác thuộc xã và thậm trí cho các xã khác trên địa bàn huyện.

* Sử dụng các dịch vụ y tế do CĐTĐ cung cấp: Do các CĐTĐ thực hiện tốt công tác tuyên truyền và vận động, tư vấn cho các bà mẹ và người thân trong gia đình, những người có uy tín trong cộng nên việc thực hiện chương trình làm mẹ an toàn, kế hoạch hoá gia đình đã được cải thiện đáng kể, các hành vi do phong tục tập quán lạc hậu phần nào đã được cải thiện, PNCT đã chủ động chăm sóc sức khoẻ bản thân, đi khám thai, tiêm phòng uốn ván, uống viên sắt, kiến thức về Dân số KHHGD (không sinh con thứ 3,...; các chương trình y tế khác: phòng chống dịch bệnh, an toàn vệ sinh thực phẩm, vệ sinh môi trường, phòng chống các bệnh không lây nhiễm, phục hồi chức năng dựa vào cộng đồng,... các dịch vụ chăm sóc y tế đã được triển khai một cách đồng bộ nên công tác chăm sóc và bảo vệ sức khoẻ nói chung và thực hiện chương trình làm mẹ an toàn và kế hoạch hoá gia đình nói riêng tại địa bàn đã được cải thiện và nâng lên một bước.

Các bà mẹ được khám thai đúng và đủ 3 lần trong 3 thời kỳ thai nghén đã được cải thiện đáng kể qua các năm từ năm 2011 đến năm 2014; chỉ số được thể hiện rõ ở xã và đặc biệt là tại các thôn bản có CĐTĐ hoạt động. Kết quả thảo luận nhóm và phỏng vấn sâu cán bộ quản lý tuyến tỉnh, huyện, xã các ý kiến đều cho rằng sự năng động và nhiệt tình của các CĐTĐ trong công tác tuyên truyền, vận động phụ nữ có thai đi khám thai đồng thời thực hiện công tác khám và quản lý thai nghén tại các hộ gia đình và cộng đồng. Tỷ lệ các bà mẹ đẻ tại trạm y tế xã và đẻ

được cán bộ y tế chăm sóc được cải thiện đáng kể, tăng lên theo năm;

* Xu hướng chuyển tuyến: từ kết quả nghiên cứu qua các năm cho thấy công tác chuyển tuyến được thực hiện rõ hơn ở các thôn bản có CĐTĐ hoạt động; tỷ lệ phụ nữ có thai đến cơ sở đăng ký quản lý thai nghén và đẻ tại trạm y tế tăng hàng năm; tỷ lệ bà mẹ đến trạm y tế đẻ từ năm 2012-2014 tương đương đẻ tại trạm y tế xã (42,7%; 58,5%; 62,4%); kết quả phỏng vấn sâu các bà mẹ và nhà quản lý tuyến tỉnh, huyện xã hiện nay vẫn còn các bà mẹ đẻ tại nhà do bà mẹ tự đỡ hoặc chồng, người nhà đỡ, chưa có sự trợ giúp của cán bộ y tế được đào tạo về chuyên môn đỡ đẻ tuy nhiên tỷ lệ này không nhiều.

* Tử vong mẹ, tử vong sơ sinh và bệnh trẻ sơ sinh

Kết quả nghiên cứu cho thấy tại các xã có CĐTĐ hoạt động các PNCT được tuyên truyền vận động, hướng dẫn đến cơ sở y tế khám thai và đẻ tại trạm y tế thực hiện tốt hơn; khi sinh các bà mẹ được cung cấp kiến thức kịp thời về chăm sóc bản thân và chăm sóc trẻ sơ sinh; kết quả thảo luận nhóm tại tuyến xã các ý kiến đều cho rằng CĐTĐ là người được đào tạo bài bản có kiến thức chuyên môn sâu, bà con rất tin tưởng, khi có thai họ sẵn sàng thông báo cho CĐTĐ đến khám và tư vấn sức khoẻ.

Kết quả thống kê số liệu về tai biến sản khoa và tử vong mẹ tại 20 xã nghiên cứu trong 5 năm từ năm 2011 đến năm 2014 có duy nhất 01 ca tử vong mẹ tại xã Phố Cáo huyện Đông Văn.

Bảng thống kê trên cho thấy về tử vong sơ sinh và bệnh trẻ sơ sinh không có sự thay đổi nhiều qua các năm; kết quả phỏng vấn và thảo luận nhóm tại tuyến huyện và xã thì cô đỡ thôn bản thực hiện tốt công tác chăm sóc sức khoẻ cho các bà mẹ trong thời gian trong và sau sinh tại trạm y tế và các hộ gia đình.

4.3. Một số yếu tố ảnh hưởng đến hoạt động của CĐTĐ

* Môi trường chính sách

Tuyển dụng, sử dụng giám sát: Tính đến thời điểm tháng 12/2014 tỉnh Hà Giang tuyển dụng 19/26 (đạt 73%) tổng số CĐTĐ được đào tạo, tuyển dụng CĐTĐ chính thức nằm trong hệ thống nhân viên y tế thôn bản. Về sử dụng CĐTĐ hiện nay

có 19/26 được phân công nhiệm vụ; hầu hết các cô đỡ thôn bản phải phải thực hiện cả 2 chức năng nhiệm vụ bao gồm nhiệm vụ của nhân viên YTTB và nhiệm vụ của CĐTĐB; trong quá trình tuyển dụng đã bộc lộ rất nhiều khó khăn cụ thể như hiện nay 100% các thôn bản của tỉnh Hà Giang đều có nhân viên YTTB hoạt động mà các nhân viên YTTB phần lớn là nam giới, do đó không có biên chế để bố trí các CĐTĐB đã được đào tạo vào hệ thống, mặc dù ngành y tế có nhu cầu tuyển dụng, sử dụng CĐTĐB để bổ sung cho các thôn bản, đặc biệt khó khăn, thôn bản có tỷ lệ bà mẹ đẻ tại nhà cao,... Hiện nay huyện Xín Mần còn 7 CĐTĐB chưa được tuyển dụng nhưng các CĐTĐB vẫn tham gia hoạt động; trong đó có 3 CĐTĐB nằm trong xã của dự án Plan đang hoạt động nên được hưởng mức hỗ trợ 300.000đ/tháng; còn 4 CĐTĐB chưa được hưởng chế độ gì; qua kết quả phỏng vấn các CĐTĐB vẫn có nguyện vọng được tuyển dụng vào làm việc chính thức trong hệ thống nhân viên YTTB. Đây cũng là hạn chế trong khâu tuyển dụng và sử dụng CĐTĐB của tỉnh Hà Giang, (PV Lãnh đạo TTYT huyện Xín Mần).

Thù lao đãi ngộ và mong muốn của CĐTĐB sau khi tốt nghiệp: Thù lao đãi ngộ cho CĐTĐB hiện nay được hưởng mức 0.5 lương cơ bản; tỉnh Hà Giang đang thực hiện theo Quyết định số 75/2009/QĐ-TTg, ngày 01/5/2009 của Thủ tướng Chính phủ về quy định chế độ phụ cấp đối với nhân viên y tế thôn bản tại các xã vùng khó khăn theo Quyết định số 1049/2007/QĐ-TTg ngày 26/6/2014 của Thủ tướng Chính phủ; ngoài ra các CĐTĐB không có hỗ trợ gì khác. Kết quả phỏng vấn các CĐTĐB đều cho rằng với chế độ phụ cấp trên quá ít và có đề xuất tăng thêm định mức hỗ trợ cho các CĐTĐB; Phòng vấn lãnh đạo quản lý tuyển tỉnh, huyện các ý kiến đều cho rằng với chức năng nhiệm vụ của CĐTĐB và nhiệm vụ được phân công hiện tại thì chế độ đãi ngộ chưa đáp ứng được yêu cầu so với công việc họ đang thực hiện, để đảm bảo cuộc sống và yên tâm công tác, đồng viên các CĐTĐB làm việc tận tình cần phải có chế độ chính sách thỏa đáng; đề nghị tăng định mức hỗ trợ tối thiểu 1,0 so với mức lương tối thiểu, có cơ chế, tạo điều kiện tăng thu nhập hàng tháng từ chương trình mục tiêu quốc gia cho CĐTĐB, có như vậy thì các cô đỡ thôn bản mới toàn tâm toàn ý và yên tâm công tác.

* Môi trường văn hoá xã hội

Yếu tố về văn hóa xã hội có ảnh hưởng đáng kể đến hành vi về chăm sóc sức khỏe cũng như khả năng tiếp cận của họ tới dịch vụ y tế như yếu tố về dân tộc; tại địa bàn nghiên cứu cụ thể như: huyện Đồng Văn người dân tộc Mông chiếm đa số $\approx 90\%$ dân số trong toàn huyện; huyện Xín Mần người Dao chiếm đa số $\approx 50\%$; Mông 24% còn lại là các dân tộc khác. Người dân tộc Mông tại Hà Giang do phong tục tập quán từ rất lâu đời để lại người Mông không cho phép đặc biệt là người đàn ông nhìn thấy bộ phận sinh dục của vợ mình; người dân tộc Mông cây lương thực chủ yếu là cây ngô do đặc điểm địa lý của tỉnh Hà Giang đặc biệt là 4 huyện phía Bắc Cao Nguyên Đá huyện Đồng Văn do thiếu diện tích đất để canh tác người dân ở nơi đây họ phải trồng ngô lên lõi vào từng hốc đá; người dân phải đi rất xa để trồng cây, du canh du cư đời sống không ổn định dân cư sống không tập trung, xuất phát từ tình hình đó nên họ ít có cơ hội tiếp cận với các dịch vụ chăm sóc sức khỏe sinh sản và các thông tin về dịch vụ chăm sóc sức khỏe; để thực hiện nhiệm vụ của mình các CDTB đã phải tiếp cận để tuyên truyền vận động các bà mẹ đến đăng ký và quản lý thai nghén tại cơ sở y tế và thực hiện công tác khám thai định kỳ. Xuất phát từ điều kiện địa lý của tỉnh và yếu tố văn hóa trên đã ảnh hưởng rất lớn đến chất lượng hoạt động của cô đỡ thôn bản tại địa phương.

Có sự vào cuộc tích cực của cấp uỷ, chính quyền địa phương trong tổ chức triển khai thực hiện; các cô đỡ thôn bản được lựa chọn và cử đi đào tạo là người có uy tín trong cộng đồng về thuận lợi cho việc tuyên truyền vận động và truyền thông chuyển đổi hành vi cho các bà mẹ và các thành viên trong gia đình tích cực tham gia chương trình làm mẹ an toàn. Được sự ủng hộ của chính quyền địa phương trong triển khai mô hình đào tạo và sử dụng cô đỡ thôn bản người dân tộc thiểu số. Các cô đỡ thôn bản sau khi đào tạo đến nay cơ bản đã được tuyển dụng chính thức vào hệ thống y tế thôn bản tại địa phương và được hưởng chế độ phụ cấp hàng tháng.

Hoạt động của CDTB tại cộng đồng đã làm nâng cao nhận thức của người dân về LMAT. Phụ nữ có thai và người thân trong gia đình đã hiểu và biết về sự cần thiết phải đi khám thai và đẻ tại cơ sở y tế.

Phòng vấn lãnh đạo UBND xã nói về quan điểm cũ của người dân những năm về trước, đa số người dân địa phương, (trời sinh voi thì trời sinh cò) nên cứ để thoải mái, không cần phải hỗ trợ về chăm sóc y tế;

Hiện nay từ những kiến thức cơ bản về làm mẹ an toàn mà CĐTB đã cung cấp cho các bà mẹ và người thân trong gia đình, các già làng, trưởng bản, những người có uy tín trong cộng đồng, nên cộng đồng đã nhận thức được và có quan điểm thay đổi trong thực hiện chương trình về làm mẹ an toàn; do đó cộng đồng đã tích cực tham gia tuyên truyền vận động và đưa PNCT đến cơ sở y tế để.

4.4. Một số hạn chế của nghiên cứu

Nghiên cứu đã được thiết kế tương đối toàn diện, bao gồm cả thiết kế định lượng và định tính; tuy nhiên, nghiên cứu cũng đã gặp một số hạn chế nhất định được thảo luận ở phần dưới đây.

Một trong những hạn chế của nghiên cứu này là một số chỉ số đo lường kiến thức của CĐTB thông qua bảng hỏi tự điền chỉ đánh giá được một phần kiến thức, kỹ năng cũng như các hoạt động CĐTB đã thực hiện sau đào tạo mà không thể bao phủ toàn thể các kỹ năng mà CĐTB đã được học. Mặc dù những câu hỏi tự điền đã bao phủ những nhóm kiến thức liên quan đến nhiệm vụ chính của CĐTB phải thực hiện tại cộng đồng ví dụ tư vấn, khám thai, đỡ đẻ thường,... hơn thế nữa, thời gian đánh giá có thể khá xa với thời gian kết thúc đào tạo, do vậy có thể có sai sót nhớ lại cùng với thời gian có thể ảnh hưởng tới kết quả nghiên cứu.

Bên cạnh đó, kết quả đánh giá kỹ năng thực hành cũng chỉ mới thực hiện được trên 4 nhiệm vụ chính (khám thai, đỡ đẻ thường, chăm sóc trẻ sơ sinh và xử trí băng huyết sau đẻ) mà chưa bao phủ được toàn bộ các nhiệm vụ khác của CĐTB. Việc thực hiện đánh giá kỹ năng cũng chỉ mới thực hiện được thông qua quan sát thực hiện trên mô hình và sử dụng bảng kiểm đánh giá. Trên thực tế, một số bảng kiểm quan sát kỹ năng trên mô hình với rất nhiều chi tiết quá tỉ mỉ nên đôi khi CĐTB đã bỏ sót một số chi tiết trong khi thao tác (mặc dù nhóm nghiên cứu đã sử dụng đúng các bảng kiểm trong chương trình đào tạo). Nếu so sánh với các phương pháp đánh giá thực hành mà một số chương trình ở các nước đã sử dụng trong các

chương trình đào tạo tương tự cho CĐTB ở Nepal thì thấy rằng khó có thể so sánh được trình độ của hai bên có tương đương hay không do phương pháp đánh giá khác nhau. Chương trình của Nepal sử dụng tính điểm theo từng kỹ năng mà không sử dụng bảng kiểm.

Mặc dù điểm kiến thức của CĐTB về cơ bản là tốt, tuy nhiên để đánh giá kiến thức và kỹ năng của cô đỡ xem có đạt chuẩn hay không, nhóm nghiên cứu cũng chưa tìm thấy tài liệu tham khảo nào cho biết ngưỡng ĐẠT với những kiến thức và kỹ năng mà nhóm đã lựa chọn để đánh giá. Do vậy nhóm nghiên cứu cũng khó có thể nói chắc chắn rằng tỷ lệ hiện tại là đạt hay không đạt và cần có thêm ý kiến của các nhà chuyên gia về lĩnh vực sản khoa tư vấn về kết quả đã đạt được.

Việc so sánh kỹ năng của CĐTB với 30 kỹ năng của người đỡ đẻ có kỹ năng của WHO cũng là 1 hạn chế của nghiên cứu do nhiều kỹ năng không được giảng dạy trong điều kiện của Việt Nam. Hơn thế nữa, theo ý kiến của các chuyên gia, mức độ giảng dạy cho CĐTB không phải là đạt được khả năng thành thạo ở rất nhiều lĩnh vực ví dụ như chỉ là mức độ nhận biết dấu hiệu nguy hiểm và chuyên tuyến chứ không phải là xử trí được tai biến (cấp cứu sản khoa), do vậy khó có thể đưa ra kết luận về sự tương thích của kỹ năng CĐTB với 30 kỹ năng của người đỡ đẻ có kỹ năng.

Một hạn chế nữa của nghiên cứu là bên cạnh xem xét số liệu về gia tăng tỷ lệ sử dụng dịch vụ chăm sóc trước trong và sau sinh, việc đánh giá kết quả hoạt động của CĐTB còn được đánh giá bằng một số chỉ số như tai biến sản khoa, tử vong mẹ và tử vong sơ sinh có thể chưa phản ánh một cách chính xác những hiệu quả đầu ra của mô hình can thiệp.

Để khắc phục những hạn chế trên, nhóm nghiên cứu đã sử dụng thiết kế nghiên cứu với nhiều phương pháp phối hợp (nghiên cứu định lượng kết hợp với định tính và khai thác số liệu thứ cấp). Bộ công cụ nghiên cứu được xây dựng cẩn thận, tập huấn cho điều tra viên kỹ trước khi tiến hành điều tra. Các thông tin và số liệu thu được được phân tích và kiểm tra chéo từ các nguồn khác nhau để tăng độ tin cậy và tính chính xác của kết quả nghiên cứu.

Chương 5

KẾT LUẬN

5.1. Hiệu quả chương trình đào tạo CĐTĐ

Chương trình đào tạo 18 tháng được thiết kế tương đối linh hoạt theo các module, cho phép người học được lựa chọn các module học tập tùy thuộc vào điều kiện và trình độ cá nhân.

Chương trình đào tạo này đã đáp ứng được kỳ vọng của địa phương, phù hợp với điều kiện kinh tế, văn hoá, xã hội và địa lý của địa bàn khó khăn miền núi, hướng tới đào tạo ra CĐTĐ đạt được những yêu cầu chăm sóc sức khoẻ bà mẹ trẻ em do Bộ Y tế quy định đối với YTTĐ.

Bộ tài liệu gồm 6 loại gồm 4 module, được hiệu chỉnh nhiều vòng sau khi nhận được ý kiến đóng góp của các chuyên gia; tài liệu đáp ứng mục tiêu học tập, phù hợp về nội dung và thời gian và văn hóa của Việt Nam.

Công tác đào tạo giảng viên, tuyển chọn học viên được Sở Y tế thực hiện theo đúng quy trình có nhiều bên liên quan tham gia vào quá trình thực hiện lớp học từ tuyến Trung ương, tỉnh, huyện và xã.

5.2. Hoạt động của cô đỡ thôn bản tại địa phương

Các CĐTĐ đã phát huy trình độ của mình, thực hiện tốt các công việc được giao theo chức năng nhiệm vụ của YTTĐ (CĐTĐ).

Những công việc CĐTĐ thực hiện tại địa phương có tác động lớn đối với cộng đồng, tăng cường nhận thức, thay đổi hành vi chăm sóc sức khoẻ của người dân. Phụ nữ đã chủ động đi khám thai và đẻ tại cơ sở y tế; những đóng góp đó đã góp phần làm giảm tử vong mẹ, tử vong sơ sinh và tai biến sản khoa tại cộng đồng; mô hình CĐTĐ phù hợp với phong tục tập quán và văn hóa của địa phương; sự chấp nhận của cộng đồng đã khẳng định được nhu cầu thật sự với mô hình này.

5.3. Một số yếu tố ảnh hưởng đến hoạt động của CĐTĐ tại địa phương

Tỉnh Hà Giang chưa có chính sách gì để khuyến khích, hỗ trợ thêm cho CĐTĐ so với chính sách chung theo quy định của Chính phủ và Bộ Y tế; việc tuyển

dụng CĐTĐ vào hệ thống nhân viên y tế thôn bản còn khó khăn, hiện nay mới tuyển dụng được 19/26 CĐTĐ vào hệ thống làm nhân viên YTTĐ. Chế độ phụ cấp hàng tháng thấp 0,5 hệ số lương cơ bản, với mức phụ cấp trên so với nhiệm vụ hiện nay các CĐTĐ đang thực hiện là chưa phù hợp.

Có sự đồng thuận ủng hộ của chính quyền địa phương trong triển khai mô hình CĐTĐ người dân tộc thiểu số. Mô hình phù hợp với phong tục tập quán của địa phương, hoạt động của CĐTĐ tại cộng đồng đạt hiệu quả và được cộng đồng tin nhiệm.

Chương 6

KHUYẾN NGHỊ

6.1. Bộ Y tế

Tiếp tục thực hiện chương trình đào tạo CĐTĐ để thực hiện chương trình LMAT tại các thôn bản vùng đặc biệt khó khăn của tỉnh Hà Giang. Chương trình đào tạo CĐTĐ 18 tháng, cần phải xác định chính xác địa bàn (thôn bản) đặc biệt khó khăn thiếu nguồn nhân lực, đối tượng cử đi đào tạo có trình độ học vấn thấp.

Cần có chính sách đãi ngộ phù hợp với nhiệm vụ của các CĐTĐ đang thực hiện để tăng thu nhập cho các CĐTĐ thì họ mới yên tâm công tác.

Tiếp tục duy trì chương trình đào tạo CĐTĐ theo nhiều module (1-4); tổ chức đào tạo, tập huấn nâng cao kiến thức về truyền thông thay đổi hành vi, tuyên truyền vận động, tiếp cận cộng đồng và cập nhật kiến thức chuyên môn cho CĐTĐ.

6.2. UBND tỉnh

Tuyển dụng số CĐTĐ chưa được tuyển dụng vào hệ thống; có cơ chế, tạo điều kiện để tăng thu nhập cho các CĐTĐ, có chế độ động viên khen thưởng kịp thời;

Chỉ đạo Sở Y tế và UBND huyện thực hiện tốt công tác tuyển chọn học viên để cử đi đào tạo và bố trí sắp xếp các CĐTĐ được tuyển dụng vào đúng vị trí và phân công nhiệm vụ cho các CĐTĐ thực hiện.

6.3. Nhà tài trợ

Tài trợ kinh phí để đào tạo, tập huấn cho CĐTĐ, mua trang thiết bị phục vụ hoạt động chuyên môn và phương tiện đi lại cho CĐTĐ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

Tiếng Việt

1. Đinh Thị Phương Hòa và T. H. Bình (2006), "*Hành vi tìm kiếm dịch vụ chăm sóc sức khỏe bà mẹ của phụ nữ dân tộc thiểu số Tây Nguyên*".
2. Đinh Thị Phương Hòa và Nguyễn Thị Nga (2006), "*Dịch vụ chăm sóc chu sinh và tử vong sơ sinh ở tỉnh Quảng Ninh*".
3. Đinh Thị Phương Hòa, Nguyễn Thị Nga, H. A. Tuan và N. H. Diep (2007), "*Hiện trạng về chăm sóc Bà mẹ - trẻ sơ sinh tại 2 huyện Như Thanh và Ngọc Lặc tỉnh Thanh Hoá*".
4. Bộ Y tế (2010), "*Điều tra cơ bản chương trình giảm tử vong mẹ và tử vong sơ sinh tại 14 tỉnh dự án*", tr. 117.
5. Bộ Y tế (2009), "*Báo cáo định hướng toàn cầu và các vấn đề sức khỏe sinh sản ở Việt Nam giai đoạn 2011-2020*".
6. Bộ Y tế Trường Đại học Y tế công cộng, UNFPA (2011), "*Chương trình Quốc gia 7. Hợp tác Việt Nam - Quỹ Dân số Liên hợp quốc. Mô hình thử nghiệm đào tạo và sử dụng cô đỡ thôn bản người dân tộc thiểu số được đào tạo 18 tháng tại 3 tỉnh Hà Giang, Ninh Thuận và Kontum. Báo cáo đánh giá*".
7. Bộ Y tế (2009), "*Điều tra tử vong mẹ, tử vong sơ sinh ở Việt Nam 2006-2007*".
8. Bộ Y tế UNFPA (2009), "*Báo cáo rà soát về cô đỡ thôn bản tại Việt Nam*".
9. Bộ Y tế (2012), "*Kế hoạch hành động quốc gia về chăm sóc sức khỏe sinh sản tập trung vào Làm mẹ an toàn và chăm sóc sơ sinh giai đoạn 2011 - 2015*".
10. Bộ Y tế và Vụ Sức khỏe sinh sản (2004), "*Tử vong mẹ ở Việt Nam, Nhà xuất bản y học, Hà Nội*".
11. GOS (2007), "*Điều tra đánh giá các mục tiêu về trẻ em và phụ nữ Việt Nam 2006*".
12. Bộ Y tế (2009), "*Điều tra tử vong mẹ, tử vong sơ sinh ở Việt Nam 2006-2007*".
13. Vụ Sức khỏe bà mẹ trẻ em - Bộ Y tế (2011), "*Khảo sát thực trạng mạng lưới chăm sóc sức khỏe sinh sản*".
14. WHO (1999), "*Giảm tử vong mẹ*".
15. UNICEF WHO (1996), "*Chương trình làm mẹ an toàn*".
16. H. V. Minh, L. T. T. Xuan và P. H. T. Kiet (2007), "*Báo cáo đánh giá Cơ sở và Nhân lực chăm sóc trẻ sơ sinh 2 huyện Như Thanh và Ngọc Lặc, Thanh Hóa*".

Tiếng Anh

17. A. A. Adegoke, J. J. Hofman, E. J. Kongnyuy và N. van den Broek (2011), "Monitoring and evaluation of skilled birth attendance: a proposed new framework", *Midwifery*. 27(3), tr. 350-9.
18. O. M. Campbell và W. J. Graham (2006), "Strategies for reducing maternal mortality: getting on with what works", *Lancet*. 368(9543), tr. 1284-99.
19. M. Carlough và M. McCall (2005), "Skilled birth attendance: what does it mean and how can it be measured? A clinical skills assessment of maternal and child health workers in Nepal", *Int J Gynaecol Obstet*. 89(2), tr. 200-8.
20. V De Brouwere, R Tonglet và W Van Lerberghe (1998), "Strategies for reducing maternal mortality in developing countries: what can we learn from the history of the industrialized West?", *Tropical Medicine & International Health*. 3, tr. 771 - 782.
21. M. Do (2009), "Utilization of skilled birth attendants in public and private sectors in Vietnam", *J Biosoc Sci*. 41(3), tr. 289-308.
22. L. Eriksson, N. T. Nga, D. P. Hoa, L. A. Persson, U. Ewald và L. Wallin (2011), "Newborn care and knowledge translation - perceptions among primary healthcare staff in northern Vietnam", *Implement Sci*. 6(1), tr. 29.
23. L. Eriksson, N. T. Nga, M. Malqvist, L. A. Persson, U. Ewald và L. Wallin (2009), "Evidence-based practice in neonatal health: knowledge among primary health care staff in northern Viet Nam", *Hum Resour Health*. 7, tr. 36.
24. General Statistics Office (2011), "The 2009 Vietnam population and housing census. Fertility and mortality in Vietnam: Partterns, trends and differentials."
25. General Statistics Office Vietnam (2004), "Viet Nam multiple indicator cluster survey 2000".
26. B. T. T. Ha (2010), *Review of skilled birth attendants in Viet Nam*.
27. SA Harvey, P Ayabaca, M Bucagu, S Djibrina, WN Edson, S Gbangbade, A McCaw-Binns và BR Burkhalter (2004), "Skilled birth attendant competence: an initial assessment in four countries, and implications for the safe motherhood movement", *International Journal of Gynecology & Obstetrics*. 87, tr. 203 - 210.
28. M. Jowett (2000), "Safe Motherhood interventions in low-income countries: an economic justification and evidence of cost effectiveness", *Health Policy*. 53(3), tr. 201-28.
29. M. Koblinsky, Z. Matthews, J. Hussein, D. Mavalankar, M. K. Mridha, I. Anwar, E. Achadi, S. Adjei, P. Padmanabhan, B. Marchal, V. De Brouwere và W. van Lerberghe (2006), "Going to scale with professional skilled care", *Lancet*. 368(9544), tr. 1377-86.
30. N. T. Nga, M. Malqvist, L. Eriksson, D. P. Hoa, A. Johansson, L. Wallin, L. A. Persson và U. Ewald (2010), "Perinatal services and outcomes in Quang Ninh province, Vietnam", *Acta Paediatr*. 99(10), tr. 1478-83.
31. L. T. Trinh, M. J. Dibley và J. Byles (2007), "Antenatal care procedures and

- information reported by women in three rural areas of Vietnam*", Southeast Asian J Trop Med Public Health. 38(5), tr. 927-35.
32. L. T. Trinh, D. Michael John và J. Byles (2006), "*Antenatal care adequacy in three provinces of Vietnam: Long An, Ben Tre, and Quang Ngai*", Public Health Rep. 121(4), tr. 468-75.
 33. General Statistics Office and UNICEF (2014), "*Viet Nam multiple Indicator cluster survey 2014, Key Findings, 2014: Hanoi.*".
 34. Bui Thi Thu Ha "*Review of skilled birth attendants in Viet Nam*", "2010".
 35. Health Strategy and Policy Institute (2010), "*National Maternal and Neonatal Mortality Survey in Vietnam 2006-2007*".
 36. M. Koblinsky, et al., (2006), "*Going to scale with professional skilled care. The Lancet, 2006. 368(9544): p. 1377-1386.*".
 37. Maternal and Child Health Department (2007), "*Ministry of Health, Maternal Mortality Survey 2002. UNFPA, Skilled attendance at birth: Making motherhood safer*".
 38. H.P.G Ministry of Health (2011), "*Joint annual health review 2009. Human resources for health in Vietnam., 2011, Health Partnership Group: Hanoi.*".
 39. Paige Passano Ndola Prata, Tami Rowen, Suzanne Bell, Julia Walsh, Malcolm Potts, (2011), "*Where There Are (Few) Skilled Birth Attendants*", J Health Popul Nutr. 29(2), tr. 81–91.
 40. C Ronsmans và WJ Graham (2006), "*Maternal survival 1 - Maternal mortality: who, when, where, and why*", Lancet. 368, tr. 1189 - 1200.
 41. C. and W.J. Graham Ronsmans (2006), "*Maternal mortality: who, when, where, and why. The Lancet, 2006. 368(9542): p. 1189-1200.*".
 42. Socialist Republic of Vietnam (2010), "*Vietnam at two thirds of the path to fulfilling the millenium development goals and visions towards 2015*".
 43. L.T. Trinh, D. Michael John, and J. Byles, (2006), "*Antenatal care adequacy in three provinces of Vietnam: Long An, Ben Tre, and Quang Ngai. Public Health Rep, 2006. 121(4): p. 468-75.*".
 44. UNFPA (2007), "*Skilled attendance at birth: Making motherhood safer*".
 45. UNICEF (2014,2015), "*Vietnam Multiple Indicator Cluster Survey*".
 46. United Nation (2010), "*The Millennium Development Goals Report 2012*".
 47. United Nations (2014), "*The Millennium Development Goals Report 2014*".
 48. United Nations Vietnam (2012), "*Achieving the MDGs with Equity. MDG 4: Reduce Child Mortality*".
 49. Vietnam Ministry of Health (2013), "*Reproductive health indicator, D.o.M.a.C.h. care, Editor 2013: Hanoi.*".
 50. WHO (2005), "*Make every Mother and Child Count*".
 51. WHO (2014), "*Trends in Maternal Mortality: 1990 to 2013. Estimates by WHO, UNICEF, UNFPA, The World Bank and the United Nations Population Division, 2014.*".

52. WHO, UNICEF, UNFPA và World Bank (2010), *"Maternal Mortality 1990 to 2010"*.
53. et al WHO (2012), *"The World Bank. Trends in Maternal Mortality: 1990 to 2010. WHO, UNICEF, UNFPA and The World Bank estimates 2012. 2012, WHO, UNICEF, UNFPA, The World Bank"*.
54. UNICEF WHO, UNFPA, The World Bank, (2012), *Trends in Maternal Mortality:1990 to 2010. WHO, UNICEF, UNFPA and The World Bank estimates.*
55. World Health Organization (2004), *"Making pregnancy safer: The critical role of the skilled attendant. A joint statement by WHO, ICM and FIGO"*.
56. Adetoro A. Adegoke, Jan J. Hofman, Eugene J. Kongnyuy và Nynke van den Broek (2011), *"Monitoring and evaluation of skilled birth attendance: A proposed new framework"*, *Midwifery* 27, tr. 350–359.
59. Bui Thi Thu Ha, Nguyen Thanh Ha, Le Minh Thi và Nguyen Thanh Nga (2011), *End program evaluation of ethnic midwives training 2009-2011*, Hanoi School of Public Health, Hanoi
60. General Statistics Office (2011), *"The 2009 Vietnam population and housing census. Fertility and mortality in Vietnam: Partterns, trends and differentials"*.
61. General Statistics Office Vietnam (2008), *"Viet Nam multiple Indicator cluster survey 2006"*.
62. General Statistics Office Vietnam (2011), *"Viet Nam multiple Indicator cluster survey 2011"*.
63. A. Green, N. Gerein, T. Mirzoev, P. Bird, S. Pearson, V. Anh le, T. Martineau, M. Mukhopadhyay, X. Qian, K. V. Ramani và W. Soors (2010), *"Health policy processes in maternal health: a comparison of Vietnam, India and China"*, *Health Policy*. 100(2-3), tr. 167-73.
64. B. T. Ha, A. Green, N. Gerein và K. Danielsen (2010), *"Health policy processes in Vietnam: a comparison of three maternal health case studies"*, *Health Policy*. 98(2-3), tr. 178-85.
65. B. T. Ha, L. M. Thi, N. T. Ha, N. T. Nga và D. M. Duc (2011), *"Assessment Report: 18-months pilot training and utilization model of ethnic skill birth attendants in 3 provinces Ha Giang, Ninh Thuan and Kon Tum"*.
66. Health Strategy and Policy Institute (2010), *"National Maternal and Neonatal Mortality Survey in Vietnam 2006-2007"*.
67. A. Indira (2008), *"Evaluation of Academic Activities in Universities. Evaluation of training programs for rural development"*, *Journal of Applied Quantitative methods*. 3(2).
68. M. Carlougha và M. McCallb (2005), *"Skilled birth attendance: What does it mean and how can it be measured? A clinical skills assessment of maternal and child health workers in Nepal"*, *International journal of Gynecology & Obstetrics*. 89, tr. 200-208.
69. Ministry of Health (2010), *"Situation analysis of capacity of RHC network services in Vietnam"* MCH dept, Hanoi.

70. Ministry of Health (2012), *"National Master plan on reproductive health and safe motherhood"*.
71. Ministry of Health và United Nations in Vietnam (2011), *"Review of Skilled Birth Attendants in Vietnam, Hanoi"*.
72. MoH (2010), *"Joint Annual Health Review 2010: Vietnam's Health System on the Threshold of the Five-year Plan 2011-2015"*, tr. 254.
73. MoH (2010), *Situation analysis of capacity of RHC network services in Vietnam*.
74. MOH; Maternal and Child Health Department (2002), *"Maternal Mortality Survey"*.
75. Safe Motherhood Program. MOH (2009), *"Maternal Mortality in 14 provinces of Safe Motherhood Program supported by the Dutch government"*.
76. UNFPA (2008), *"Information on 18 month ethnic minority model of UNFPA"*.
77. T. H. Vach (2006), *"Provision and Utilization of RH care services in 7 UNFPA-supported provinces in the 7th country program"* UNFPA, Ha Noi.

Phụ lục 1: Phiếu hỏi tự điền cho CĐTĐB

PHIẾU HỎI TỰ ĐIỀN DÀNH CHO HỌC VIÊN THAM GIA KHÓA ĐÀO TẠO CÔNG ĐỒ THÔN BẢN

Nhằm nâng cao chất lượng chương trình đào tạo công đờ thôn bản, và chất lượng giảng dạy của đội ngũ giảng viên/giám sát viên của chương trình, tôi mong nhận được những ý kiến khách quan và trung thực của chị về những nội dung, cách thức tổ chức khóa học và giám sát khóa học; những kiến thức, kỹ năng mà các chị đã thu được từ khóa học cũng như khả năng ứng dụng trong công việc hiện tại; những mong đợi của chị về chính sách sử dụng công đờ thôn bản.

Chúng tôi đánh giá cao các ý kiến đóng góp của chị và xin chân thành cảm ơn chị đã dành thời gian để điền phiếu này. Sau khi điền xong phiếu, chị hãy gửi lại cho tôi trong thời gian sớm nhất.

Cảm ơn chị và chúc chị sức khỏe, công tác tốt.

Hướng dẫn ghi phiếu:

- Phần trả lời lựa chọn: Chị hãy khoanh tròn vào ô mã số tương ứng mà chị cho là đúng

Phần thông tin cần viết:

- Chị hãy ghi ý kiến của chị vào khoảng trống
- Khi lựa chọn nhằm chị hãy gạch chéo dấu X vào vị trí nhằm, rồi khoanh tròn lại vào vị trí đúng.
- Khi điền phiếu, đề nghị dùng bút mực, bút bi (không dùng bút chì), tránh tẩy xóa.

PHẦN 1. THÔNG TIN CHUNG

Chị hãy đọc kỹ câu hỏi, khoanh tròn vào số mà chị lựa chọn hoặc điền các thông tin thích hợp vào cột trả lời.

STT	Câu hỏi	Phần trả lời
1.	Họ và tên
2.	Năm sinh (Ghi năm dương lịch)
3.	Dân tộc
4.	Nơi ở hiện tại của chị ở đâu?	Xã..... Huyện..... Tỉnh.....

STT	Câu hỏi	Phần trả lời
5.	Chị đã kết hôn chưa?	1. Đã kết hôn 2. Chưa kết hôn
6.	Chị đã có mấy con?
7.	Chị đã học hết lớp mấy?
8.	Trước khi tham gia khóa học cô đỡ thôn bản, chị có làm công tác gì ở địa phương không?	1. Y tế thôn bản 2. Ban ngành đoàn thể tại xã 3. Khác
9.	Chị học xong khóa đào tạo cô đỡ thôn bản năm nào?	Năm.....
10.	Chị có được học khóa nâng cao 3 tháng không?	1. Có 2. Không

PHẦN 2. NHẬN ĐỊNH VỀ KHÓA HỌC

Xin hãy đọc kỹ các câu hỏi, *đánh dấu (x)* vào **MỘT** lựa chọn phù hợp theo quan điểm của chị (Lưu ý: mỗi hàng chỉ chọn 1 ô duy nhất)

STT	Nội dung	Ý KIẾN CỦA CÔ ĐỠ				
		Rất không đồng ý	Không đồng ý	Đồng ý	Rất đồng ý	K.Có ý kiến
1	Nội dung học lý thuyết rất có ích cho công việc hiện tại của chị					
2	Thời gian học lý thuyết là vừa đủ					
3	Nội dung thực hành ở cơ sở y tế rất có ích cho công việc hiện tại của chị					
4	Thời gian thực hành ở cơ sở y tế là vừa đủ					
5	Các dụng cụ và trang thiết bị giảng dạy rất đầy đủ					
6	Các giáo viên giảng bài lý thuyết dễ hiểu					

STT	Nội dung	Ý KIẾN CỦA CÔ ĐỖ				
		Rất không đồng ý	Không đồng ý	Đồng ý	Rất đồng ý	K.Có ý kiến
7	Người hướng dẫn thực hành đã hỗ trợ chị nhiều trong quá trình học tập					
8	Tài liệu được phát trong khóa học rất có ích cho việc học tập của chị					
9	Nội dung kiểm tra cuối kỳ phù hợp với nội dung đã được học					
10	Người giám sát sau khoá học hỗ trợ chị rất nhiều trong công việc					

PHẦN 3. KIẾN THỨC ĐẠT ĐƯỢC

Chị hãy đọc kỹ câu hỏi, khoanh tròn vào những số mà chị lựa chọn ở cột trả lời.

STT	Câu hỏi	Trả lời
1.	Chị thường khuyên phụ nữ có thai chuẩn bị những gì cho cuộc đẻ? (khoanh vào tất cả lựa chọn đúng)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Lựa chọn nơi sinh 2. Lựa chọn người đỡ đẻ 3. Nhịn ăn để thai không quá to 4. Chuẩn bị (tiền, người đi cùng, phương tiện đi lại,...) để chuyển đến cơ sở y tế nếu có tai biến 5. Khám thai ít nhất 3 lần 6. Đi gặp thầy cúng
2.	Các dấu hiệu nguy hiểm trong thời gian mang thai và khi sinh là (khoanh vào tất cả lựa chọn đúng)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Chảy máu khi mang thai 2. Buồn ngủ 3. Âm đạo ra khí hư, hoặc dịch 4. Đau đầu và chân bị phù 5. Đau lưng

STT	Câu hỏi	Trả lời
3.	<p>Chọn những dấu hiệu cho thấy thai sắp sổ ra ngoài (giai đoạn 2 chuyển dạ)? (khoanh vào tất cả lựa chọn đúng)</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Con co tử cung yếu và ngắt quãng 2. Bà mẹ cảm thấy muốn rặn 3. Tử cung co bóp mạnh 4. Bà mẹ cảm thấy rất khát nước 5. Nhìn thấy đầu của em bé thập thò ở cửa mình 6. Thai ngừng đập 7. Vỡ ối
4.	<p>Xử trí tích cực giai đoạn 3 của cuộc đẻ (khoanh vào tất cả lựa chọn đúng)</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Kiểm tra để chắc chắn không còn thai nào trong tử cung 2. Đợi cho rau sổ ra ngoài một cách tự nhiên 3. Tiêm bắp Oxytocin 10 đơn vị 4. Bảo bà mẹ rặn cho rau ra ngoài 5. Kéo dây rốn có kiểm soát và đỡ tử cung bà mẹ
5.	<p>Những việc nên làm ngay trong vòng 2 tiếng sau khi sinh? (khoanh vào tất cả lựa chọn đúng)</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Không cho bà mẹ bế trẻ 2. Đặt trẻ vào gần vú mẹ 3. Cho trẻ bú bình 4. Kiểm tra xem bà mẹ có chảy máu không 5. Kiểm tra xem bà mẹ có bị rách tầng sinh môn hoặc âm đạo không 6. Cân trẻ
6.	<p>Các nguyên nhân gây chảy máu sau đẻ (khoanh vào tất cả lựa chọn đúng)</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Đờ tử cung 2. Em bé quá nhỏ 3. Do rách tầng sinh môn, âm đạo, cổ tử cung, vỡ tử cung 4. Do sót rau, rau không bong 5. Đẻ non 6. Do người mẹ có bệnh về máu
7.	<p>Khi nào nên bắt đầu cho trẻ bú sữa mẹ? (Khoanh vào một lựa chọn đúng nhất)</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Khi hết sữa non 2. Trong 1 giờ đầu sau đẻ 3. Sau khi bà mẹ đã nghỉ ngơi 4. Ngay sau khi sữa về.

PHẦN 4. CÔNG VIỆC ĐANG THỰC HIỆN TẠI ĐỊA PHƯƠNG

Hãy cho biết công việc chị đã thực hiện tại địa phương từ khi kết thúc khóa học? (điền vào bảng dưới đây) (*tính từ khi kết thúc khóa học đến nay*)

Nội dung công việc	Số ca đã thực hiện được		Không nhớ
	Năm 2012	Năm 2013	
Tư vấn dinh dưỡng cho bà mẹ trong thời kỳ có thai			
Tư vấn về các dấu hiệu nguy hiểm trong thời gian mang thai			
Tư vấn về khám thai			
Tư vấn đến trạm y tế sinh con			
Tư vấn cho bà mẹ chăm sóc trẻ			
Tư vấn cho bà mẹ tự chăm sóc sức khỏe bản thân			
Khám thai	
Đỡ đẻ rơi	
Đỡ đẻ tại nhà	
Phụ đỡ đẻ ở trạm y tế	
Phát hiện các thai bất thường và chuyển tuyến kịp thời trước khi đẻ	
Phát hiện các trường hợp chuyển dạ có nguy cơ và chuyển tuyến	
Chăm sóc bà mẹ ngay sau sinh (làm gì cụ thể cần chi tiết)	
Chăm sóc trẻ sơ sinh ngay sau sinh (việc chi tiết cụ thể)	
Tắm bé, chăm sóc rốn hàng ngày	
Chăm sóc bà mẹ hậu sản và	
tư vấn NCBSM			
Tư vấn và hướng dẫn thực hiện kế hoạch hoá gia đình	
Tư vấn dinh dưỡng			

PHẦN 5. NHỮNG Ý KIẾN KHÁC (Chị hãy khoanh vào lựa chọn phù hợp)

TT	Câu hỏi	Phần trả lời
1.	Chị thấy nội dung khóa học có phù hợp với mong đợi của chị trước khi tham gia khóa học không?	<ol style="list-style-type: none"> 1. Có phù hợp 2. Phù hợp 1 phần 3. Chưa phù hợp
2.	Chị thấy các kiến thức và kỹ năng đã học trong khóa đào tạo cô đỡ thôn bản có phù hợp với văn hóa và phong tục tập quán địa phương không?	<ol style="list-style-type: none"> 1. Có phù hợp 2. Phù hợp 1 phần 3. Chưa phù hợp
3.	<p>Hãy nêu các khó khăn chị gặp phải khi thực hiện công việc tại địa phương</p> <p><i>(Đọc kỹ nội dung và chị có thể khoanh tròn vào nhiều lựa chọn)</i></p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Thiếu kiến thức 2. Thiếu kỹ năng 3. Thiếu trang thiết bị, thuốc cần thiết 4. Cộng đồng không đồng ý cho cô đỡ dân tộc cung cấp dịch vụ 5. Cộng đồng chưa tin tưởng vào tay nghề của cô đỡ 6. Thiếu phương tiện đi lại 7. Thiếu sự hỗ trợ của trạm y tế xã 8. Khác (ghi rõ.....)
4.	<p>Chị có mong muốn gì sau khi học xong khóa đào tạo về cô đỡ thôn bản</p> <p><i>(Đọc kỹ nội dung và chị có thể khoanh tròn vào nhiều lựa chọn)</i></p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Được công nhận chính thức là cán bộ y tế địa phương 2. Được tiếp tục học tập nâng cao trình độ 3. Được hỗ trợ lương/phụ cấp hàng tháng 4. Được hỗ trợ phương tiện đi lại (xe đạp, xe máy) 5. Được hưởng bảo hiểm y tế 6. Được các trợ cấp khác 7. Những đề nghị khác.....

Phụ lục 2. Hướng dẫn phỏng vấn sâu và thảo luận nhóm

Phụ lục 2.1. Hướng dẫn PVS cán bộ QLYT tại tỉnh và huyện

Mục tiêu:

- Tìm hiểu về việc thực hiện chức năng, nhiệm vụ của các đơn vị tuyến tỉnh và huyện trong chương trình
- Tìm hiểu về qui trình, kết quả của hoạt động xây dựng chính sách cho cô đỡ thôn bản tại địa phương
- Đánh giá về tính phù hợp của chương trình đào tạo với tỉnh, đặc biệt về khía cạnh văn hoá
- Tìm hiểu về tính khả thi của việc nhân rộng mô hình cô đỡ thôn bản tại tỉnh đặc biệt việc huy động nguồn lực

Chuẩn bị: Người phỏng vấn, thư kí, ghi âm, đối tượng phỏng vấn:

Cấp tỉnh: Lãnh đạo Sở Y tế tỉnh và Lãnh đạo TTCSSKSS tỉnh; PCT UBND Huyện phụ trách văn xã, TTYT huyện.

Giới thiệu: Giới thiệu thông tin chung về nghiên cứu, người phỏng vấn; giới thiệu họ tên, chức vụ đối tượng phỏng vấn.

Hướng dẫn PVS

Tìm hiểu về việc thực hiện chức năng, nhiệm vụ của các đơn vị tuyến tỉnh/huyện và huyện trong triển khai chương trình

1. Đơn vị của ông/bà đã tham gia các hoạt động gì trong dự án (chỉ đạo, lập kế hoạch, điều phối, triển khai... dự án như thế nào)? Trong quá trình tham gia dự án đơn vị của ông bà có gặp khó khăn/thuận lợi gì? Vì sao? hướng khắc phục khó khăn?

2. Sự phối hợp với các bên liên quan (UNFPA, Chính quyền địa phương các cấp Sở Y tế, cơ sở y tế tuyến tỉnh/ huyện/ xã..) trong quá trình triển khai trước, trong và sau đào tạo như thế nào? thuận lợi, khó khăn trong quá trình phối hợp như thế nào? Tại sao? Hướng khắc phục khó khăn đó như thế nào?

3. Anh chị nhận xét như thế nào về sự kết nối các module học đơn lẻ như thế nào (giữa 6 tháng lý thuyết 3 tháng học y tế thôn bản 6 tháng thực hành 3 tháng nâng cao). Sự phối hợp giữa những người chịu trách nhiệm từng module và đơn vị của các anh chị? Trong quá trình kết nối giữa gặp những khó khăn/thuận lợi gì khi kết nối quá trình này? Hướng khắc phục khó khăn.

4. Cấu phần đào tạo thực hành nào tại tuyến huyện mà các anh chị thấy khó khăn nhất khi đào tạo học viên cô đỡ thôn bản. Tại sao? Các anh chị có điều chỉnh nào về PP, tài liệu và đánh giá học viên so với kế hoạch ban đầu đặt ra không?

5. Đơn vị ông/bà có tham gia điều phối, theo dõi, giám sát dự án không? Cụ thể là những việc gì? Kết quả các cuộc giám sát cô đỡ thôn bản trong và sau khi đào

tạo? Cơ chế phản hồi sau kiểm tra, giám sát?

6. Theo anh/chương trình có đạt được mục tiêu mong muốn không (kiến thức, thực hành, áp dụng sau đào tạo – điều kiện để áp dụng)? Tại sao lại như thế (thuận lợi, khó khăn, cản trở ..., khai thác khía cạnh học viên và giảng viên và cơ sở đào tạo, điều kiện địa phương...)?

7. Yếu tố nào quyết định sự thành công của chương trình? Xin chia sẻ những bài học kinh nghiệm?

Tìm hiểu về qui trình, kết quả của hoạt động xây dựng chính sách cho cô đỡ thôn bản tại địa phương.

8. Hiện nay đã có chế độ, chính sách gì của Trung ương cho đối tượng cô đỡ thôn bản dân tộc chưa? Nếu có thì đó là chính sách, chế độ gì?

9. Tỉnh đã áp dụng chính sách đó chưa? Có khó khăn thuận lợi gì khi thực hiện? Hướng khắc phục? Tỉnh có thêm chính sách gì không? Nếu chưa, thì tại sao lại chưa có? Nếu đang xây dựng thì những định hướng chính của các chế độ, chính sách là gì? Qui trình xây dựng các chính sách này như thế nào (lương, phụ cấp, bảo hiểm, phương tiện đi lại...)? Ai là người tham gia xây dựng chính sách? Vai trò của các bên? Đặc biệt là vai trò của các cô đỡ thôn bản trong việc xây dựng chính sách?

10. Theo ông/bà, có cần thiết phải có đối tượng này trong cộng đồng không? Tại sao lại cần (hay không cần) có đối tượng này trong cộng đồng? Vai trò, trách nhiệm của cô đỡ thôn bản trong chương trình chăm sóc sức khỏe bà mẹ trẻ em ở các vùng miền núi là gì?

Đánh giá về tính phù hợp của chương trình đào tạo với tỉnh, đặc biệt về khía cạnh văn hoá.

11. Ý nghĩa của việc đào tạo cô đỡ thôn bản người dân tộc ở địa phương ông/bà như thế nào?

12. Theo ông/bà dự án đào tạo cô đỡ thôn bản có phù hợp với địa phương không? (phát triển nhân lực y tế, văn hóa, kinh tế, xã hội, phong tục tập quán...)? Tại sao?

13. Mô hình đào tạo cô đỡ thôn bản này được cộng đồng chấp nhận như thế nào?

14. Theo ông bà, cộng đồng được hưởng lợi như thế nào từ việc đào tạo cô đỡ thôn bản dân tộc? Tại sao? Chỉ số liên quan đến SKSS có cải thiện sau đào tạo như thế nào? (khám thai, đỡ đẻ, sau sinh, chết mẹ,...)

Tính khả thi của việc mở rộng mô hình

15. Theo ông/bà, mô hình cô đỡ thôn bản có khả thi đối với tỉnh không? Tại sao? Những yếu tố nào là cản trở/thúc đẩy duy trì mô hình can thiệp này?

16. Yếu tố nào quyết định sự bền vững của chương trình, nếu như địa phương phải tự chi trả? (điều kiện KT-VH-XH-chính trị- y tế, người dân sử dụng

dịch vụ y tế,...)? Yếu tố nào là quan trọng nhất? Cần phải làm gì để có thể đảm bảo sự bền vững đó?

17. Theo ông, bà để mô hình can thiệp này tốt hơn, theo ông, bà cần phải làm gì và đề xuất gì?

Phụ lục 2.2. Hướng dẫn PVS nhóm giảng viên

Mục tiêu:

- Tìm hiểu về việc xây dựng chương trình đào tạo, tài liệu đào tạo;
- Tìm hiểu về hoạt động tổ chức đào tạo giảng viên các tỉnh dự án và cô đỡ thôn bản;
- Tìm hiểu về tính khả thi của việc nhân rộng mô hình cô đỡ thôn bản.

Chuẩn bị: Người phỏng vấn, thư kí, ghi âm

Giới thiệu: Giới thiệu thông tin chung về nghiên cứu, người phỏng vấn, giới thiệu họ tên, chức vụ đối tượng phỏng vấn

Hướng dẫn PV sâu:

* *Nhiệm vụ của giảng viên*

1. Anh chị hãy liệt kê những nhiệm vụ của giảng viên mà anh chị đã thực hiện?
2. Với những nhiệm vụ này, anh/chị có thấy khó khăn khi thực hiện không? Nếu có thì nhiệm vụ nào là khó thực hiện?

Nhiệm vụ của giảng viên	
1. Chuẩn bị lịch giảng	<input type="checkbox"/>
2. Phản hồi ngay những tình huống phát sinh về lịch giảng, nội dung bài và các phương pháp giảng dạy sẽ áp dụng	<input type="checkbox"/>
3. Chuẩn bị bài giảng nghiêm túc, có sự phối hợp chặt chẽ và hỗ trợ lẫn nhau giữa giảng viên chính và trợ giảng	<input type="checkbox"/>
4. Bảo đảm giảng đúng giờ, đủ tiết	<input type="checkbox"/>
5. Áp dụng tốt phương pháp cầm tay chỉ việc khi hướng dẫn kỹ năng lâm sàng	<input type="checkbox"/>
6. Nghiêm túc trong việc sử dụng bảng kiểm trong hướng dẫn và đánh giá năng lực học viên	<input type="checkbox"/>
7. Đối với từng bài học, cơ bản thực hiện giảng theo đúng kế hoạch bài giảng. Có thể thay đổi ít tùy đối tượng và điều kiện sẵn có	<input type="checkbox"/>
8. Phản hồi cho ban tổ chức và ban quản lý dự án những vấn đề phát sinh, cần chỉnh sửa về nội dung bài giảng, hình thức và phương pháp đào tạo	<input type="checkbox"/>

Tổ chức đào tạo

3. Trong quá trình thực hiện chương trình, các anh chị có biết và thực hiện theo kế hoạch không? Nếu không tại sao?

4. Khi bắt đầu thực hiện chương trình, các yếu tố cơ bản đảm bảo cho thực hiện chương trình có đủ và phù hợp không? (tài liệu giảng dạy, cơ sở vật chất của các bên liên quan, nhân lực tham gia thực hiện, phân công nhiệm vụ giữa các bên – hợp đồng,...), có điều chỉnh gì so với kế hoạch đề ra không? Tại sao? Sử dụng các nguồn lực thực hiện chương trình như thế nào?

5. Những ai tham gia vào thực hiện chương trình theo từng giai đoạn (trường THPT địa phương - bệnh viện tỉnh – huyện).

6. Mô tả chi tiết việc thực hiện các cấu phần đào tạo (6+3+6+3)? (nội dung, thời lượng, phương pháp giảng dạy và đánh giá?) (bao gồm cả lý thuyết và thực hành? Nội dung lý thuyết và thực hành về cơ bản là giống nhau, có những điểm khác nhau. Cơ sở nào quyết định sự khác biệt đó? Triển khai giảng dạy lý thuyết như thế nào? Triển khai giảng dạy thực hành như thế nào?

7. Có thể mô tả chi tiết nhiệm vụ và sự tham gia của từng bên (điều phối, giảng viên trường trung học, bệnh viện tỉnh, huyện,...) trong từng giai đoạn được không? (4 giai đoạn: giảng dạy, đánh giá, giám sát, theo dõi sau đào tạo)? Mức độ tham gia (tích cực, cam kết, hoàn thành nhiệm vụ, môi trường giảng dạy học tập? Sự tương tác với nhau như thế nào? Ai là người kết nối các giai đoạn? Kết nối như thế nào? Có khó khăn gì trong từng giai đoạn triển khai không (khai thác theo từng giai đoạn)? Tại sao lại thế? Khuyến nghị cho giai đoạn tới như thế nào?

8. Tài liệu giảng dạy: Có những loại tài liệu gì (đào tạo, giám sát, đánh giá)? Mô tả chi tiết về mục đích sử dụng của từng loại đào tạo? Việc sử dụng tài liệu như thế nào theo 4 giai đoạn (đáp ứng mục tiêu của khóa học không – dễ hiểu, đầy đủ nội dung, phù hợp với cơ sở đào tạo, và trình độ học viên, đạt được đầu ra mong muốn)

9. Các cơ sở tham gia đào tạo có đáp ứng đủ những yêu cầu theo quy định không (người, bệnh nhân, theo dõi giám sát, hỗ trợ về kinh phí... v.v)? Tại sao?

10. Triển khai đánh giá học viên như thế nào (tiêu chí đánh giá dựa trên cơ sở nào, học viên đáp ứng không? Tại sao?)

11. Chương trình đào tạo này có hoàn thành được mục tiêu không? Các cô đỡ thôn bản có đạt được các kiến thức và kỹ năng cần có không?

12. Anh/chị có thấy chương trình, tài liệu đào tạo này có phù hợp với trình độ của học viên không? Nếu chưa thì điểm nào là chưa phù hợp? Tại sao? Hướng khắc phục?

Phụ lục 2.3. Hướng dẫn PVS nhóm giám sát viên

Mục tiêu:

- Tìm hiểu về việc xây dựng chương trình đào tạo, tài liệu đào tạo;
- Tìm hiểu về hoạt động giám sát đào tạo
- Tìm hiểu về hoạt động của cô đỡ thôn bản thực tế tại thôn bản
- tính khả thi của việc nhân rộng mô hình cô đỡ thôn bản.

Chuẩn bị: Người phỏng vấn; thư kí; ghi âm

Giới thiệu: Giới thiệu thông tin chung về nghiên cứu, người phỏng vấn; Giới thiệu họ tên, chức vụ đối tượng phỏng vấn.

** Nhiệm vụ của chủ nhiệm lớp*

1. Anh chị hãy liệt kê những nhiệm vụ của giám sát viên anh chị đã thực hiện?
2. Với những nhiệm vụ này, anh/chị có thấy khó khăn khi thực hiện không?
Nếu có thì nhiệm vụ nào là khó thực hiện?

Nhiệm vụ của chủ nhiệm lớp	
1. Giám sát hỗ trợ học viên mọi mặt trong sinh hoạt khi học xa nhà và trong điều kiện sinh hoạt khác nhiều với địa phương.	<input type="checkbox"/>
2. Hỗ trợ, giải thích, giúp hiểu rõ nội dung chuyên môn các bài học, ôn bài	<input type="checkbox"/>
3. Hỗ trợ tinh thần, quản lý các em trong các hoạt động ngoại khoá	<input type="checkbox"/>
4. Vai trò và trách nhiệm của giáo viên chủ nhiệm sẽ kết thúc khi dự án kết thúc.	<input type="checkbox"/>

** Thiết kế chương trình đào tạo?*

3. Theo anh/chị, khung chương trình này đã phù hợp chưa? Thời lượng đã đủ chưa? Có gì chưa hợp lý? Cần chỉnh sửa, thay đổi như thế nào cho phù hợp?

** Kiến thức, thái độ của cô đỡ:*

4. Trong quá trình giám sát, nội dung nào mà các học viên cảm thấy khó hiểu, hay thường không đạt khi kiểm tra (truyền thông giáo dục sức khỏe, điều dưỡng cơ bản, chăm sóc bà mẹ trong thời kỳ mang thai, chăm sóc bà mẹ trong khi đẻ, chăm sóc bà mẹ và trẻ sơ sinh sau khi đẻ, chăm sóc sức khỏe phụ nữ và Kế hoạch hóa gia đình)?

5. Trong quá trình giám sát cô đỡ thôn bản, anh/chị thấy các học viên có cam kết trong quá trình học tập và làm việc sau khi được đào tạo không?

6. Sự phối hợp giữa các bên liên quan trong quá trình thực hiện khoá học

(cơ chế giám sát, phản hồi)? Thuận lợi/khó khăn? Vì sao?

** Kỹ năng của cô đỡ thôn bản:*

7. Những kỹ năng nào mà học viên khó thực hiện được (truyền thông, giáo dục sức khỏe, điều dưỡng cơ bản, chăm sóc bà mẹ trong thời kỳ mang thai, chăm sóc bà mẹ trong khi đẻ, chăm sóc bà mẹ và trẻ sơ sinh sau khi đẻ, chăm sóc sức khỏe phụ nữ và Kế hoạch hóa gia đình)?

** Sự phù hợp của chương trình, tài liệu đào tạo với thực tế địa phương, văn hoá và mong đợi của học viên*

8. Anh/chị có thấy chương trình, tài liệu đào tạo này có phù hợp với trình độ của học viên không? Nếu chưa thì điểm nào là chưa phù hợp?

9. Có phù hợp với văn hóa của địa phương không? Nếu chưa thì điểm nào là chưa phù hợp?

** Mức độ hoàn thành mục tiêu của CT đào tạo*

10. Chương trình đào tạo này có hoàn thành được mục tiêu không? Các cô đỡ thôn bản có đạt được các kiến thức và kỹ năng cần có?

Phụ lục 2.4. Hướng dẫn TLN cán bộ quản lý y tế tuyến Huyện

Mục tiêu:

- Tìm hiểu về việc thực hiện chức năng, nhiệm vụ của các đơn vị tuyến tỉnh và huyện trong dự án
- Tìm hiểu về qui trình, kết quả của hoạt động xây dựng chính sách cho cô đỡ thôn bản
- Tìm hiểu về tính khả thi của việc nhân rộng mô hình cô đỡ thôn bản

Chuẩn bị: Người phỏng vấn; thư kí; ghi âm; đối tượng phỏng vấn TTYT huyện: Lãnh đạo TT, Đội chăm sóc sức khỏe sinh sản và Bệnh viện huyện, lãnh đạo Khoa sản.

Giới thiệu: Giới thiệu thông tin chung về nghiên cứu, người phỏng vấn; giới thiệu họ tên, chức vụ đối tượng phỏng vấn.

Hướng dẫn PVS

** Vai trò của các đơn vị trong việc xây dựng và thực hiện mô hình can thiệp*

** Vai trò, nhiệm vụ của đơn vị trong việc thực hiện sự dự án can thiệp? (Lưu ý: Nghiên cứu viên phải nắm được nhiệm vụ cụ thể của từng đối tượng để hỏi chi tiết hơn). Những khó khăn/thuận lợi trong quá trình triển khai? Đơn vị đã khắc phục những khó khăn như thế nào trong quá trình triển khai?*

** Theo ông/bà, vai trò của cô đỡ thôn bản là gì?*

1. Theo ông/bà, vai trò, trách nhiệm của cô đỡ thôn bản trong chương trình chăm sóc sức khỏe bà mẹ trẻ em ở các vùng miền núi là gì? Có cần thiết phải có đối tượng này trong cộng đồng không? Tại sao lại cần (hay không cần) có đối tượng này trong cộng đồng?

2. Ông bà có biết về những mô hình can thiệp sử dụng bà đỡ thôn bản trong chăm sóc sức khỏe bà mẹ trẻ em ở các vùng miền núi, vùng sâu, vùng xa không? Gồm những mô hình can thiệp nào đang được thực hiện? Sự khác biệt giữa các mô hình (chương trình đào tạo, quản lý chương trình, nguồn lực của chương trình?)

** Chế độ, chính sách đối với cô đỡ thôn bản*

3. Hiện nay đã có chế độ, chính sách gì cho đối tượng cô đỡ thôn bản chưa? Nếu có thì đó là chính sách, chế độ gì? Có khó khăn thuận lợi gì khi thực hiện?

4. Nếu chưa, thì tại sao lại chưa có? Nếu đang xây dựng thì những định hướng chính của các chế độ, chính sách là gì?

5. Theo ông/bà, có cần thiết phải có chế độ cho đối tượng này không? Tại sao?

6. Qui trình xây dựng các chính sách này như thế nào? Ai là người tham gia

xây dựng chính sách? Vai trò của các bên? Đặc biệt là vai trò của các cô đỡ thôn bản trong việc xây dựng chính sách?

7. Phối kết hợp giữa các bên trong việc xây dựng và thực hiện chính sách đối với đối tượng y tế thôn bản?

** Sự chấp nhận của hệ thống y tế*

8. Hiện nay, hệ thống y tế đã chấp nhận đối tượng cô đỡ y tế thôn bản ở mức độ nào? Tính pháp lý trong chăm sóc sức khỏe bà mẹ và trẻ em của cô đỡ thôn bản?

** Tính khả thi của việc mở rộng mô hình*

9. Theo ông/bà, mô hình cô đỡ thôn bản có khả thi ở vùng miền núi, vùng sâu, vùng xa không? Tại sao? Những yếu tố nào là cản trở việc duy trì mô hình can thiệp này?

10. Theo ông, bà để mô hình can thiệp này tốt hơn, đơn vị ông/bà đang công tác có vai trò như thế nào?

PHẦN DÀNH CHO CÁN BỘ QUẢN LÝ Y TẾ

11. Tài liệu học thực hành tại Huyện và xã? Nếu có, thì có phù hợp với trình độ cô đỡ thôn bản không? Phù hợp với mục tiêu của chương trình? Phù hợp với văn hóa và đòi hỏi của địa phương?

12. Thực hiện việc giám sát cô đỡ thôn bản trong và sau khi đào tạo? Cơ chế phản hồi thông tin sau khi giám sát?

13. Kỹ năng của cô đỡ thôn bản trong quá trình đào tạo và sau đào tạo?

Phụ lục 2.5. Hướng dẫn phỏng vấn sâu cô đỡ thôn bản

Mục tiêu:

- Tìm hiểu việc tuyển chọn học viên, sự phù hợp của chương trình, tài liệu đào tạo với thực tế địa phương, văn hoá và mong đợi của học viên, kiến thức của cô đỡ, kỹ năng của cô đỡ thôn bản.

- Mức độ hoàn thành mục tiêu của chương trình đào tạo, khả năng thực hiện công việc của cô đỡ thôn bản tại cộng đồng, sự chấp nhận của cộng đồng.

- Sự chấp nhận của hệ thống y tế, môi trường chính sách, khung pháp lý cho việc áp dụng mô hình can thiệp, chế độ, chính sách cho việc sử dụng cô đỡ dân tộc.

- Sự tác động của các yếu tố kinh tế, văn hoá, xã hội tính khả thi của việc mở rộng mô hình.

Chuẩn bị: Người phỏng vấn, ghi âm; đối tượng phỏng vấn các cô đỡ thôn bản được đào tạo.

Giới thiệu nghiên cứu

Phần 1: Thông tin chung (giới thiệu họ tên, tuổi, địa chỉ những đại diện tham gia PVS)

Phần 2: Nội dung:

1. Chị đã làm công tác y tế thôn/cô đỡ thôn bản bao lâu rồi?
2. Lý do chị được chọn đi học khóa đào tạo cô đỡ thôn bản 18 tháng (tiêu chí lựa chọn, tiêu chí loại trừ...)? Khó khăn/thuận lợi
3. Cộng đồng và gia đình hỗ chị như thế nào trong quá trình lựa chọn đi học?
4. Chị có thể mô tả quá trình học của chị như thế nào? (học ở đâu, những nội dung gì, ai dạy, học lý thuyết, thực hành)
5. Trong quá trình học, về mặt tổ chức lớp học (phòng học, chỗ ở, hỗ trợ hậu cần) như thế nào? Có vấn đề gì cần được giải quyết?
6. Theo chị chương trình đào tạo có phù hợp với tình hình văn hóa và thực tế của địa phương không? Giải thích. Mong đợi của chị về chương trình đào tạo như thế nào? Cảm nhận về chương trình đào tạo (thời gian dài-ngắn, bố trí các bài học, chương trình lý thuyết, thực hành theo đợt 6+3+6+3). Theo chị chương trình đào tạo này còn thiếu hụt hoặc cần bổ sung/cải thiện như thế nào cho phù hợp tình hình kinh tế, văn hóa-xã hội tại địa phương.
7. Theo chị tài liệu đào tạo (lý thuyết, thực hành) có phù hợp với tình hình văn hóa và thực tế của địa phương không? Giải thích. Mong đợi của chị về tài liệu đào tạo như thế nào? Cảm nhận về tài liệu (cả lý thuyết và thực hành theo module 6+3+6+3) đào tạo (cập nhật, phù hợp, dễ hiểu). Theo chị tài liệu đào tạo này còn thiếu hụt hoặc cần bổ sung/cải thiện như thế nào cho phù hợp tình hình kinh tế, văn

hóa-xã hội tại địa phương.

8. Theo chị phương pháp đào tạo có phù hợp với chị và các học viên trong lớp không? Giải thích. Mong đợi của chị về tài liệu đào tạo như thế nào? Cảm nhận về phương pháp đào tạo (phù hợp, dễ hiểu). Chị thấy phương pháp nào là hiệu quả nhất (giảng, video, thực hành mô hình, thực hành bệnh viện)? Vì sao. Theo chị phương pháp đào tạo này còn thiếu hụt hoặc cần bổ sung/cải thiện như thế nào cho hiệu quả hơn; chị đánh giá như thế nào về giảng viên (dạy lý thuyết, thực hành)

9. Theo chị phương pháp đánh giá sau đào tạo có phù hợp với chị và các học viên trong lớp không? giải thích.

10. Kiến thức/kỹ năng chị thu nhận được tại khóa học.

- Về lý thuyết
- Về kỹ năng thực hành (khám thai, phát hiện dấu hiệu nguy hiểm khi mang thai và sinh đẻ, đỡ đẻ sử dụng gói đẻ sạch, chăm sóc sơ sinh,...)
- Về kỹ năng tư vấn (tư vấn cho PN mang thai, tư vấn về nuôi con bằng sữa mẹ, tư vấn về BPTT, tư vấn về các dấu hiệu nguy hiểm khi chuyển tuyến)
- Mức độ hoàn thành mục tiêu trong khóa học: thực tế học đỡ được bao nhiêu TH, tư vấn?)
- Hình thức đánh giá, lượng giá khóa học/bài học có phù hợp không?

11. Sau khi chị học xong về với cộng đồng, chị đã áp dụng kiến thức của mình tại cộng đồng như thế nào (khám thai, đỡ đẻ, chăm sóc sau sinh, tư vấn, quản lý thai nghén, phát hiện thai nguy cơ, các biến chứng, xử trí ban đầu và chuyển tuyến và các hoạt động khác của y tế thôn bản).

12. 1 năm qua chị khám thai được bao nhiêu lượt, Chị tư vấn được cho bao nhiêu bà mẹ đến đẻ tại trạm y tế. Thực tế chị đỡ được cho bao nhiêu người?

13. Chị có được mời tới đỡ đẻ không? Chị có thể mô tả 1 TH điển hình mà chị đã thực hiện không? Chị có gặp những khó khăn/rào cản như thế nào khi thực hiện các ca đỡ tại nhà? Cách khắc phục? Sự phối hợp với y tế xã và cộng đồng như thế nào?

14. Từ lúc tốt nghiệp đến nay (1 năm), bản thân chị đã tham gia những hoạt động gì, khám thai bao nhiêu TH, đỡ đẻ bao nhiêu TH, chăm sóc sau sinh/em bé được bao nhiêu TH? Chị gặp những khó khăn/thuận lợi gì khi cung cấp các dịch vụ khám thai, đỡ đẻ tại cộng đồng, tư vấn nuôi con bằng sữa mẹ (xét đến cả yếu tố văn hóa, kinh tế, xã hội tại địa phương).

15. Theo chị, sự chấp nhận của chính quyền địa phương, TYT và người dân đối với các dịch vụ do cô đỡ thôn bản như thế nào? Vai trò phối hợp của các bên liên quan như thế nào (khó khăn, thuận lợi)

16. Chế độ đãi ngộ của chị như thế nào trước, trong và sau khi học khóa đào tạo? Chị có gặp những khó khăn và thuận lợi gì trong quá trình đào tạo?

17. Theo chị, khi mở rộng chương trình đào tạo này ra các xã khác chị có góp ý như thế nào để chương trình được thành công:

- Về chương trình đào tạo
- Về tài liệu
- Về phía giảng viên
- Về phía học viên
- Về phía cộng đồng người dân trong thôn bản
- Về chế độ đãi ngộ
- Về sự phối hợp các bên liên quan trong triển khai chương trình

Phụ lục 2.6. Hướng dẫn PVS Nữ hộ sinh của trạm y tế xã

Mục tiêu:

- Tìm hiểu về việc giám sát và hỗ trợ của NHS với cô đỡ thôn bản;
- Tìm hiểu về tính khả thi của việc nhân rộng mô hình cô đỡ thôn bản

Chuẩn bị: Người phỏng vấn, thư kí, ghi âm

Đầu vào

1. Liên quan đến việc gửi cô đỡ thôn bản đi học, TYT có phối hợp như thế nào trong việc tuyển chọn các cô đỡ thôn bản đi học (tuổi, trình độ học vấn, kinh nghiệm làm việc, năng lực, yêu cầu của khóa học).

2. Việc tuyển chọn gặp những thuận lợi và khó khăn gì? Cách khắc phục khó khăn (phong tục tập quán, lựa chọn)

Quá trình

3. Trong quá trình đào tạo và sau đào tạo, TYT có sự phối hợp làm việc như thế nào với các bên liên quan (cô đỡ, ban quản lý dự án, Sở Y tế, UBND tỉnh,...)

4. Chị có hỗ trợ trong đào tạo cô đỡ thôn bản ra sao trong thời gian cô đỡ thực tập tại TYT xã?

Kết quả

5. Chị nhận xét thế nào về năng lực làm việc của các cô đỡ dân tộc sau khi được đào tạo tại địa phương? Các cô đỡ thôn bản sau khi đào tạo về có tham gia thực hiện chăm sóc sức khỏe cho bà mẹ và trẻ em trong cộng đồng không (khám thai, đỡ đẻ, chăm sóc sau sinh,...)? Bao nhiêu bà mẹ đã được chăm sóc?

Tác động

6. Sau khi đi học các cô đỡ thôn bản được hỗ trợ từ UBND xã, TYT như thế nào (chính sách, môi trường làm việc, kinh phí làm việc và thù lao, cũng như các khoản hỗ trợ khác,...)?

7. Cộng đồng có chấp nhận ra sao đối với các cô đỡ thôn bản (văn hóa, phong tục tập quán)?
8. Sự phối hợp làm việc giữa các cô đỡ thôn bản và trạm y tế như thế nào?
9. Các cô đỡ thôn bản được giám sát hoạt động thường ngày ra sao?
10. TYT gặp khó khăn và thuận lợi gì về hỗ trợ cho cô đỡ thôn bản?
11. Theo chị, mô hình đào tạo này có nên nhân rộng tại xã ta hay không? Tại sao?

Phụ lục 2.7. Hướng dân thảo luận nhóm ban ngành đoàn thể tại xã

Mục tiêu:

- Tìm hiểu tính khả thi và phù hợp văn hóa địa phương khi triển khai chương trình đào tạo cô đỡ thôn bản.
- Tìm hiểu sự chấp nhận của cộng đồng cũng như các tác động của các yếu tố văn hóa xã hội khi triển khai chương trình. Sự chấp nhận của hệ thống y tế, môi trường pháp lý, chế độ chính sách cho việc sử dụng cô đỡ thôn bản.

Chuẩn bị: Người hướng dẫn PV; Thư kí; Phiên dịch (tiếng dân tộc nếu cần); Ghi âm; Ban ngành đoàn thể: 6-8 người (hội phụ nữ, đại diện UBND xã, già làng trưởng bản)

Giới thiệu nghiên cứu

Phần 1: Thông tin chung (giới thiệu họ tên những đại diện tham gia TLN)

Phần 2: Nội dung: Thông tin về tình hình y tế và sinh đẻ tại địa phương:

Khám thai:

1. Tại xã của các anh chị, thông thường các bà mẹ có đi khám thai không? Khám thai tổng số mấy lần? Do ai khám (trạm y tế hay cô đỡ/y tế thôn)? Nếu không khám thì tại sao?
2. Trước đây 1 năm và 1 năm gần đây có gì khác biệt không tại địa phương liên quan đến chăm sóc trước sinh?
3. Vai trò phối hợp của hội phụ nữ, UBND xã, TYT xã như thế nào trong quản lý thai nghén và vận động phụ nữ mang thai đi khám thai theo đúng lịch?

Sinh đẻ

4. Phụ nữ sắp sinh thường sinh con ở đâu? (Tại nhà hay tại trạm y tế) các rào cản (khó khăn) cho phụ nữ khi đi đẻ tại trạm là gì (văn hóa/phong tục tập quán)? Tại sao?
5. Từ nhà đến trạm y tế xã đi mất bao lâu? PN tới trạm bằng phương tiện gì? Có được người nhà hỗ trợ không?
6. Phong tục tập quán địa phương mình liên quan đến sinh đẻ như thế nào?

7. Có nhiều phụ nữ sinh con ở nhà không? Đối với các PN sinh con tại nhà: ai đỡ các chị? Phụ nữ sắp sinh có biết cô đỡ thôn bản được đi học về đỡ đẻ không? Phụ nữ và cộng đồng có thấy yên tâm khi các cô đỡ này giúp chị sinh con không? Tại sao?

8. Cộng đồng được cô đỡ tư vấn chuyển tuyến trước khi sinh nở không? (ví dụ như có nguy cơ tai biến, chảy máu, khó đẻ,...). Sự phối hợp của hội phụ nữ/ban ngành đoàn thể vận động phụ nữ chuyển tuyến như thế nào?

9. Khi giúp các PN sinh con: Các cô đỡ thôn bản sau khi được đào tạo về có được cộng đồng tín nhiệm mời đỡ đẻ không? Vai trò phối hợp của hội phụ nữ/UBND xã và trưởng thôn trong hỗ trợ và giới thiệu cô đỡ được đào tạo tại cộng đồng như thế nào?

10. PN sinh con ở nhà có gặp trở ngại hay vấn đề sức khỏe nào không? Nếu có là vấn đề gì? Cô đỡ đã giải quyết vấn đề này như thế nào? Vai trò của hội phụ nữ và các ban ngành đoàn thể phối hợp với cô đỡ trong chuyển tuyến các TH khó khăn như thế nào (điện thoại, phương tiện vận chuyển, tiền,...). Các khó khăn/cản trở khi phụ nữ chuyển tuyến trên là gì?

Sau sinh:

11. Sau khi sinh PN có được thăm khám lần nào không? Nếu có thì mấy lần? Mỗi lần thăm khám, các cô đỡ đến và thực hiện những gì (tư vấn gì, thăm khám gì/như thế nào) Nếu không vì sao? Vai trò phối hợp của hội phụ nữ, UBND xã, TYT xã như thế nào.

Sự chấp nhận của cộng đồng đối với cô đỡ, chế độ đãi ngộ:

12. Địa phương hỗ trợ như thế nào khi cử các cô đỡ thôn bản đi học (lựa chọn, hỗ trợ vật chất và tinh thần?)

13. Theo các anh/chị, những cô đỡ thôn bản sau khi được đào tạo về địa phương có phát huy được vai trò của họ như thế nào trong vai trò là cô đỡ thôn bản/y tế thôn bản tại thôn bản? Có bao nhiêu cô trong số các cô được đào tạo của xã được cộng đồng tín nhiệm mời thăm khám thai nghén, đỡ đẻ tại nhà? Cảm nhận của cộng đồng về vai trò của cô đỡ thôn bản là gì?

14. Công việc của các cô đỡ thôn bản được cộng đồng và ủy ban hỗ trợ như thế nào (hàng tháng? Tiền? tinh thần)? Vai trò phối hợp của các bên liên quan trong chăm sóc sức khỏe bà mẹ tại địa phương?

15. UBND xã và cộng đồng có các văn bản/chính sách gì hỗ trợ hoạt động của các cô đỡ thôn bản được đào tạo

16. Sự phối hợp giữa các cô đỡ thôn bản với trạm y tế xã như thế nào? Có gặp phải khó khăn gì không? Nếu có là gì? Giải thích

17. Phản ánh của cộng đồng/người dân về hoạt động/thực hiện nhiệm vụ của cô đỡ thôn bản như thế nào (tinh thần/thái độ/chuyên môn/phù hợp phong tục tập quán) trong các quá trình khám thai/đẻ/chăm sóc sau đẻ

18. Nếu tiếp tục nhân rộng mô hình này sang các xã/ các địa phương khác, các anh/chị thấy còn vướng mắc gì cần cải thiện? vai trò của cộng đồng trong hỗ trợ hoạt động của mô hình cô đỡ thôn bản như thế nào cho hiệu quả hơn.

Phụ lục 2.8. Hướng dẫn thảo luận nhóm bà mẹ có con dưới ≤1 tuổi

Mục tiêu:

- Tìm hiểu tính khả thi và phù hợp văn hóa địa phương khi triển khai chương trình đào tạo cô đỡ thôn bản.

- Tìm hiểu sự chấp nhận của cộng đồng cũng như các tác động của các yếu tố văn hóa xã hội khi triển khai chương trình.

- Đánh giá khả năng làm việc của cô đỡ thôn bản

Chuẩn bị: Người hướng dẫn PV; Phiên dịch (tiếng dân tộc nếu cần); Bà mẹ có con dưới 2 tuổi: 6-8 người (chọn có người đã sinh con ở nhà do cô đỡ thôn bản đỡ và có ng sinh con tại trạm nếu có).

Giới thiệu nghiên cứu

Phần 1: Thông tin chung (giới thiệu họ tên những bà mẹ tham gia TLN)

Phần 2: Nội dung: Thông tin về tình hình y tế và sinh đẻ của bản thân bà mẹ trong vòng 1-2 năm gần đây.

Khám thai:

1. Tại xã của các chị, thông thường các bà mẹ có đi khám thai không? Các chị bắt đầu đi khám từ tháng thứ mấy? Khám thai tổng số mấy lần? Do ai khám (trạm y tế hay cô đỡ/y tế thôn)? Nếu không khám thì tại sao? Các chị nhận xét thế nào về việc khám thai do cô đỡ thôn bản thực hiện (tốt/ko tốt) vì sao? Điểm nào các chị cho là thực hiện có hạn chế?

2. Các chị có được tư vấn uống viên sắt và acid folic (vitamin) không? Ai tư vấn? Chị cảm thấy người tư vấn (cô đỡ) có tư vấn dễ hiểu không? các chị thực hiện như thế nào?

3. Có ai trong các chị hoặc trong cộng đồng được cô đỡ tư vấn về các dấu hiệu nguy hiểm khi mang thai và sinh đẻ không? Các chị có được tư vấn chuyên tuyến trước khi sinh nở không? (ví dụ như khi có nguy cơ tai biến, chảy máu, khó đẻ....)

4. Các chị có được tư vấn đến trạm y tế khám/ đẻ ko?

5. Trước đây 1 năm và 1 năm gần đây có gì khác biệt về việc quản lý/chăm

sóc thai nghén tại địa phương như thế nào? bản thân các chị như thế nào?

Sinh đẻ

6. Lần sinh con gần đây nhất, Các chị dự định sinh con ở đâu? tại sao?
7. Thực tế Các chị đã sinh con ở đâu? Do ai đỡ?
8. Từ nhà đến trạm y tế xã đi mất bao lâu? Các chị tới trạm bằng phương tiện gì?
9. Văn hóa địa phương mình liên quan đến sinh đẻ như thế nào?
10. Có nhiều phụ nữ sinh con ở nhà không? Các chị sinh con ở nhà hay tại trạm?
11. Đối với các chị sinh con tại nhà: ai đỡ các chị? Các chị có biết cô đỡ thôn bản được đi học về đỡ đẻ không? Các chị có thấy yên tâm khi các cô đỡ này giúp chị sinh con không? Tại sao?
12. Khi giúp các chị sinh con:
 - a. Cô đỡ có rửa tay không? Rửa tay như thế nào: Rửa tay bằng nước hay bằng xà phòng?
 - b. Cô đỡ có sử dụng túi để sạch giúp chị sinh con không?
 - c. Cháu của các chị đẻ ra có được cân không? Nếu không, vì sao?
13. Các chị sinh con ở nhà có gặp trở ngại hay vấn đề sức khỏe nào không (băng huyết, chảy máu, nhiễm trùng)? Nếu có là vấn đề gì? Cô đỡ đã giải quyết vấn đề này như thế nào? Các khó khăn/cản trở khi phụ nữ chuyển tuyến trên là gì?

Sau sinh:

14. Sau khi sinh các chị có được thăm khám lần nào không? Ai là người khám? Nếu có mấy lần? Mỗi lần thăm khám, các cô đỡ đến và thực hiện những gì (tư vấn gì, thăm khám gì/như thế nào) Nếu không vì sao?
15. Sau khi sinh cô đỡ có tư vấn cho các chị về nuôi con sữa mẹ, chăm sóc bản thân cũng như các vấn đề về tránh thai không? Các chị cảm thấy tư vấn vậy có phù hợp không? Tại sao?
16. Cô ấy có tư vấn cho chị về chăm sóc em bé không? Chị cảm thấy cô ấy tư vấn thế nào (dễ hiểu, hài long, dễ nhớ...). Khi gặp các vấn đề liên quan đến em bé, các chị có hỏi tư vấn của ai (y tế thôn bản, cô đỡ hay cán bộ y tế).

Sự chấp nhận của cộng đồng về cô đỡ dân tộc thiểu số

17. Chị có biết ở xã mình ai là cô đỡ dân tộc ko? Trong số họ ai được đi học? Theo các chị, những cô đỡ thôn bản sau khi được đào tạo về địa phương có phát huy vai trò của mình như thế nào trong hỗ trợ y tế tại địa phương? Có bao nhiêu cô sau khi đào tạo về được cộng đồng tín nhiệm mời đỡ đẻ và hỗ trợ y tế tại nhà?

Cảm nhận của cộng đồng về vai trò và năng lực (thực hiện nhiệm vụ) và tinh thần/thái độ của cô đỡ thôn bản sau khi đào tạo là gì?

18. Hoạt động của khám thai/đỡ đẻ/ chăm sóc sau sinh của cô đỡ thôn bản theo các chị có phù hợp với ngôn ngữ, tình hình văn hóa/phong tục tập quán tại địa phương như thế nào? Tại sao, giải thích

19. Sự phối hợp giữa các cô đỡ thôn bản với trạm y tế xã như thế nào? Có gặp phải khó khăn gì không? Nếu có là gì? Giải thích

20. Nếu tiếp tục nhân rộng mô hình này sang các xã/ các địa phương khác, các chị thấy còn vướng mắc gì cần cải thiện? vai trò của cộng đồng trong hỗ trợ hoạt động của mô hình cô đỡ thôn bản như thế nào cho hiệu quả hơn

Phụ lục 2.9. Hướng dẫn phỏng vấn phụ nữ có thai

Mục tiêu:

- Đánh giá của PNCT và bà mẹ có con dưới 2 tuổi về Cô đỡ thôn bản.
- Đánh giá sự chấp nhận của đồng đồng đối với Cô đỡ thôn bản

Chuẩn bị: Người hướng dẫn PV; Phiên dịch (tiếng dân tộc nếu cần); Thư kí; Ghi âm; Phụ nữ có thai 6-8 người tại thôn có Cô đỡ thôn bản hoạt động.

Giới thiệu nghiên cứu

Phần 1: Thông tin chung (giới thiệu họ tên,...)

Phần 2: Nội dung: Thông tin về tình hình y tế và các PNCT .

Khám thai:

1. Chị có biết tại thôn/bản có CĐTĐ không? Nếu biết thì ai là người thông tin cho chị?

2. Chị đi khám thai mấy lần rồi? Nếu có thì chị đi khám thai ở đâu? Tại sao lại lựa chọn nơi đó?

3. Chị có biết tại sao phải đi khám thai không? Khi đi khám thai chị được cung cấp những thông tin tin gì? Nếu được cung cấp thông tin chị thấy thông tin đó có tác dụng không có thực tế không?

4. Nếu chị biết CĐTĐ thì chị thấy CĐTĐ hoạt động có hiệu quả? không hiệu quả? Vì sao?

5. Tại xã của chị, thông thường các bà mẹ có đi khám thai không? Các chị bắt đầu đi khám từ tháng thứ mấy? Khám thai tổng số mấy lần? Do ai khám (trạm y tế hay cô đỡ/y tế thôn)? Nếu không khám thì tại sao? Các chị nhận xét thế nào về việc khám thai do cô đỡ thôn bản thực hiện (tốt/ko tốt) vì sao? Điểm nào các chị cho là thực hiện còn hạn chế?

6. Chị có được tư vấn uống viên sắt và acid folic (vitamin) không? Ai tư

vấn? Chị cảm thấy người tư vấn (cô đỡ) có tư vấn dễ hiểu không? chị thực hiện như thế nào?

7. Chị có được cô đỡ tư vấn về các dấu hiệu nguy hiểm khi mang thai và sinh đẻ không? chị có được tư vấn chuyển tuyến trước khi sinh nở không? (ví dụ như khi có nguy cơ tai biến, chảy máu, khó đẻ....)

8. Chị có được tư vấn đến trạm y tế khám/ đẻ ko?

Sinh đẻ

9. Chị dự định sinh con ở đâu? tại sao chọn nơi đó?

10. Từ nhà đến trạm y tế xã đi mất bao lâu? Chị tới trạm bằng phương tiện gì?

11. Văn hóa địa phương mình liên quan đến sinh đẻ như thế nào?

12. Có nhiều phụ nữ sinh con ở nhà không? Nếu sinh con ở nhà thì ai là người đỡ đẻ?

13. Chị có biết cô đỡ thôn bản được đi học về đỡ đẻ không? Chị có thấy yên tâm khi các cô đỡ này giúp chị sinh con không? Tại sao?

Sự chấp nhận của cộng đồng về cô đỡ dân tộc thiểu số

14. Chị có biết ở xã mình ai là cô đỡ dân tộc ko? Trong số họ ai được đi học? Theo chị, những cô đỡ thôn bản sau khi được đào tạo về địa phương có phát huy vai trò của mình như thế nào trong hỗ trợ y tế tại địa phương?

15. Hoạt động của khám thai/đỡ đẻ/ chăm sóc sau sinh của cô đỡ thôn bản theo chị có phù hợp với ngôn ngữ, tình hình văn hóa/phong tục tập quán tại địa phương như thế nào? Tại sao, giải thích,...

16. Nếu tiếp tục nhân rộng mô hình này sang các xã/ các địa phương khác, chị thấy còn vướng mắc gì cần cải thiện? vai trò của cộng đồng trong hỗ trợ hoạt động của mô hình cô đỡ thôn bản như thế nào cho hiệu quả hơn?

Phụ lục 2.10. Hướng dẫn phỏng vấn bà mẹ có con dưới ≤1 tuổi

Mục tiêu:

- Đánh giá của bà mẹ có con dưới ≤1 tuổi về Cô đỡ thôn bản.
- Đánh giá sự chấp nhận của động đồng đối với Cô đỡ thôn bản

Chuẩn bị: Người hướng dẫn phỏng vấn; Phiên dịch (tiếng dân tộc nếu cần); Thước kẻ; Ghi âm: 2 cái; Bà mẹ có con dưới 2 tuổi: 6-8 người (chọn có người đã sinh con ở nhà do cô đỡ thôn bản đỡ và có người sinh con tại trạm nếu có)

Giới thiệu nghiên cứu

Phần 1: Thông tin chung (giới thiệu họ tên,...)

Phần 2: Nội dung: Thông tin về tình hình y tế và sinh đẻ của bản thân bà mẹ trong vòng 1-2 năm gần đây.

Khám thai:

1. Chị có biết đến CDTB trong giai đoạn có thai và nuôi con nhỏ không? Nếu biết thì ai là người thông tin cho chị?

2. Trong thời gian mang thai chị có đi khám thai không? Nếu có thì chị đi khám thai ở đâu? Tại sao lại lựa chọn nơi đó?

3. Chị có biết tại sao phải đi khám thai không? Khi đi khám thai chị được cung cấp những thông tin tin gì? Nếu được cung cấp thông tin chị thấy thông tin đó có tác dụng không có thực tế không?

4. Nhận xét về vai trò của CDTB: hoạt động có hiệu quả? không hiệu quả? Vì sao? Có được

5. Tại xã của chị, thông thường các bà mẹ có đi khám thai không? Chị bắt đầu đi khám từ tháng thứ mấy? Khám thai tổng số mấy lần? Do ai khám (trạm y tế hay cô đỡ/y tế thôn)? Nếu không khám thì tại sao? chị nhận xét thế nào về việc khám thai do cô đỡ thôn bản thực hiện (tốt/ko tốt) vì sao? Điểm nào các chị cho là thực hiện có hạn chế?

6. Các chị có được tư vấn uống viên sắt và acid folic (vitamin) không? Ai tư vấn? chị cảm thấy người tư vấn (cô đỡ) có tư vấn dễ hiểu không? các chị thực hiện như thế nào?

7. Chị hoặc trong cộng đồng được cô đỡ tư vấn về các dấu hiệu nguy hiểm khi mang thai và sinh đẻ không? chị có được tư vấn chuyển tuyến trước khi sinh nở không? (ví dụ như khi có nguy cơ tai biến, chảy máu, khó đẻ,...)

8. Chị có được tư vấn đến trạm y tế khám/đẻ ko?

9. Trước đây 1 năm và 1 năm gần đây có gì khác biệt về việc quản lý/chăm sóc thai nghén tại địa phương như thế nào? bản thân các chị như thế nào?

Sinh đẻ

10. Lần sinh con gần đây nhất, chị dự định sinh con ở đâu? tại sao?
11. Thực tế chị đã sinh con ở đâu? Do ai đỡ?
12. Từ nhà đến trạm y tế xã đi mất bao lâu? Chị tới trạm bằng phương tiện gì?
13. Văn hóa địa phương mình liên quan đến sinh đẻ như thế nào?
14. Có nhiều phụ nữ sinh con ở nhà không?
15. Đối với sinh con tại nhà: ai đỡ? Chị có biết cô đỡ thôn bản được đi học về đỡ đẻ không? Chị có thấy yên tâm khi cô đỡ này giúp chị sinh con không? Tại sao?
16. Khi giúp chị sinh con:
 - a. Cô đỡ có rửa tay không? Rửa tay như thế nào: Rửa tay bằng nước hay bằng xà phòng?
 - b. Cô đỡ có sử dụng túi để sạch giúp chị sinh con không?
 - c. Cháu của chị đẻ ra có được cân không? Nếu không, vì sao?
17. Chị sinh con ở nhà có gặp trở ngại hay vấn đề sức khỏe nào không (băng huyết, chảy máu, nhiễm trùng)? Nếu có là vấn đề gì? Cô đỡ đã giải quyết vấn đề này như thế nào? Các khó khăn/cản trở khi phụ nữ chuyển tuyến trên là gì?

Sau sinh:

18. Sau khi sinh chị có được thăm khám lần nào không? Ai là người khám? Nếu có mấy lần? Mỗi lần thăm khám, các cô đỡ đến và thực hiện những gì (tư vấn gì, thăm khám gì/như thế nào) Nếu không vì sao?
19. Sau khi sinh cô đỡ có tư vấn cho các chị về nuôi con sữa mẹ, chăm sóc bản thân cũng như các vấn đề về tránh thai không? Các chị cảm thấy tư vấn vậy có phù hợp không? Tại sao?
20. Cô ấy có tư vấn cho chị về chăm sóc em bé không? Chị cảm thấy cô ấy tư vấn thế nào (dễ hiểu, hài lòng, dễ nhớ...). Khi gặp các vấn đề liên quan đến em bé, các chị hỏi tư vấn của ai (y tế thôn bản, cô đỡ hay cán bộ y tế).

Sự chấp nhận của cộng đồng về cô đỡ người dân tộc thiểu số

21. Chị có biết ở xã mình ai là cô đỡ dân tộc ko? Trong số họ ai được đi học? Theo chị, những cô đỡ thôn bản sau khi được đào tạo về địa phương có phát huy vai trò của mình như thế nào trong hỗ trợ y tế tại địa phương? Có bao nhiêu cô sau khi đào tạo về được cộng đồng tín nhiệm mời đỡ đẻ và hỗ trợ y tế tại nhà? Cảm nhận của cộng đồng về vai trò và năng lực (thực hiện nhiệm vụ) và tinh thần/thái độ của cô đỡ thôn bản sau khi đào tạo là gì?
22. Hoạt động của khám thai/đỡ đẻ/ chăm sóc sau sinh của cô đỡ thôn bản theo chị có phù hợp với ngôn ngữ, tình hình văn hóa/phong tục tập quán tại địa phương như thế nào? Tại sao, giải thích?

23. Sự phối hợp giữa các cô đỡ thôn bản với trạm y tế xã như thế nào? Có gặp phải khó khăn gì không? Nếu có là gì? Giải thích

24. Nếu tiếp tục nhân rộng mô hình này sang các xã/ các địa phương khác, chị thấy còn vướng mắc gì cần cải thiện? vai trò của cộng đồng trong hỗ trợ hoạt động của mô hình cô đỡ thôn bản như thế nào cho hiệu quả hơn?

Phụ lục 3. Bảng kiểm

Phụ lục 3.1. Bảng kiểm quan sát kỹ năng của cô đỡ thôn bản

A. Bảng kiểm 1: 9 bước khám thai

Chuẩn bị: Mô hình khám thai (khung chậu, thước dây, huyết áp, sổ khám thai, bút)

1. Họ và tên:
2. Ngày giám sát:

STT	Nội dung	Có	Không
1	Chào hỏi, họ và tên, tuổi, chỗ ở, nghề nghiệp, kì kinh cuối, tiền sử nội ngoại sản phụ khoa, diễn tiến thai kì, sử dụng thuốc		
2	Khám toàn thân: <ul style="list-style-type: none">• quan sát toàn thân,• quan sát các biểu hiện khó thở,• tím tái hay da xanh/niêm mạc nhợt,• cân đo		
3	Khám sản khoa: <ul style="list-style-type: none">• Nắn bụng xác định ngôi/thế,• Nghe tim thai,• Đo chiều cao tử cung,• Đo vòng bụng		
4	Cho sản phụ thử nước tiểu bằng que thử nhanh (lưu ý hỏi chứ không làm)		
5	Khuyến sản phụ đến trạm y tế xã tiêm phòng uốn ván (nếu chưa được tiêm theo lịch)		
6	Nhắc sản phụ đến trạm y tế xã lĩnh viên sắt và thuốc khác		
7	Trả lời-giải thích các thắc mắc và các nguy cơ cần nhập viện hoặc chuyển tuyến		
8	Ghi vào sổ các thông tin mới khám, ghi vào sổ của cô đỡ và sổ của trạm y tế xã nêu khám tại trạm		
9	Báo cáo kết quả khám cho sản phụ: dặn dò về lần khám tiếp và nơi khám khi cần để chuyển tuyến trên		

Giám sát viên (kí tên)

**B. Bảng kiểm 2: Đỡ đẻ thường ngôi chỏm bằng gói đỡ đẻ sạch
(Nếu có cơ hội quan sát một cuộc đẻ)**

1. Họ và tên:
2. Ngày giám sát:

TT	Nội dung thực hiện	Có	Không
1	Báo và giải thích cho sản phụ		
2	Rửa và sát khuẩn vùng âm hộ - tầng sinh môn		
3	Đo mạch, nhiệt độ, huyết áp		
4	Nghe tim thai		
5	Bắt cơn gò tử cung bằng tay		
6	Chuẩn bị gói đỡ sinh sạch		
7	Rửa tay, mang khẩu trang, mang găng vô khuẩn		
8	Thông tiểu		
9	Khám trong để xác định đã đủ điều kiện đỡ đẻ		
10	Hướng dẫn sản phụ cách rặn , cách thở sau cơn rặn		
Kỹ thuật đỡ đẻ ngôi chỏm			
Đỡ đầu			
11	Một tay giữ tầng sinh môn		
12	Một tay cho đầu cúi		
13	Khi chỏm ra khỏi âm hộ, một tay ôm lấy chỏm hướng lên trên cho mặt ngửa dần để sổ đầu.		
14	Dùng miếng gạc quấn trên đầu ngón tay vuốt nhót ở miệng và mũi trẻ		
Đỡ vai			
15	Áp hai bàn tay vào hai bên thái dương trẻ.		
16	Kéo nhẹ thai xuống cho vai trước sổ đến bờ dưới cơ Delta		
17	Đỡ vai sau bằng một tay ôm lấy đầu trẻ hướng lên trên tay còn lại giữ tầng sinh môn		
Đỡ mông và chi			

18	Tay giữ tầng sinh môn, tay vuốt nhẹ dọc theo lưng, mông và chân trẻ		
19	Khi đến bàn chân của trẻ thì cần chân thai nhi với 3 ngón tay (trỏ, giữa, áp út)		
20	Giữ thai theo tư thế nằm nghiêng chờ rốn hết đập, cắt rốn		
21	Chuyển trẻ ra bàn hoặc giường để làm rốn		

C. Bảng kiểm 3: Sử dụng gói đỡ đẻ sạch

Chuẩn bị: gói đẻ sạch, em bé

- Họ và tên:
- Người giám sát

STT	Nội dung	Có	Không
1.	Trải tấm vải láng lót mông sản phụ.		
2.	Rửa tay bằng xà phòng. Lau khô tay.		
3.	Đi găng.		
4.	Rửa sạch TSM bằng gạc cầu (người phụ xối nước), sát khuẩn		
5.	Đỡ đẻ (có bảng kiểm riêng)		
6.	Móc nhót, lau miệng mũi bằng gạc vô khuẩn.		
7.	Lau và giữ ấm bé.		
8.	Thay găng.		
9.	Đặt miếng gạc lót ở góc rốn.		
10.	Dùng gòn chấm nước sát khuẩn, sát khuẩn rốn từ chân rốn lên 5 - 6cm.		
11.	Buộc chỉ rốn 2 lần thật chặt để tránh chảy máu cách nhau trên 1cm và cách chân rốn 3cm. Cột cách đó 5cm phía mẹ, bằng sợi chỉ khác để khi cắt máu không vướng xa.		
12.	Cắt rốn bằng dao vô khuẩn. (nhờ người khác mở bọc)		
13.	Chạm máu, dùng gòn thấm dung dịch sát khuẩn, sát khuẩn.		
14.	Buộc tiếp mặt cắt rốn, cắt bỏ chỉ dư.		

15.	Sát khuẩn lại mồm cắt.		
16.	Bọc rôn bằng gạc vô khuẩn.		
17.	Băng rôn vừa, không chặt quá.		
18.	Mặc áo, quần ấm bé.		
19.	Chăm sóc mẹ.		
20.	Dọn dẹp dụng cụ.		

D. Bảng kiểm 4: Đánh giá kỹ năng xử lý chảy máu sau đẻ

Chuẩn bị: găng tay, mô hình

1. Họ và tên cô đỡ:
2. Ngày giám sát:

Chị đang đỡ đẻ tại nhà, thai đã sổ, rau đã bong, máu chảy nhiều, tử cung mềm (ngghi ngờ do đỡ tử cung), mời chị hãy thực hiện các biện pháp cấp cứu

STT	Nội dung	Có	Không	Ghi chú
	Làm ngừng chảy máu			
	Xoa bóp tử cung (giúp tử cung co hồi tốt)			
	Tiêm bắp 2 ống oxytocin 5 đơn vị (nếu có thuốc)			
	Nếu vẫn tiếp tục máu chảy nhiều (giám sát viên hỏi):			
	Tiếp tục xoa bóp tử cung			
	Ép TC bằng hai tay (nếu rau ĐÃ bong)			
	Chuyển tuyến trên (liên lạc với tuyến trên, chuẩn bị phương tiện vận chuyển, người đi cùng)			

Phụ lục 3.2. Bảng kiểm rà soát các tài liệu liên quan đến đào tạo

1. Tài liệu giảng dạy

1.1. Thiết kế chương trình:

- a. Đào tạo cô đỡ thôn bản tại BV TU/tỉnh (6 tháng)
 - Kiến thức: dùng PP dạy tích cực, nhấn mạnh cầm tay chỉ việc:
 - Kỹ năng: 4 bước” cầm tay chỉ việc trên mô hình; kiến tập trên người bệnh; thực hành 1 phần trên người bệnh dưới GS; thực hành trên người bệnh dưới sự giám sát của GV
- b. Đào tạo y tế thôn bản tại trường THYT tỉnh (3 tháng): các kiến thức và kỹ năng theo chuẩn BYT
- c. Thực hành cô đỡ thôn bản tại địa phương (6 tháng)
 - 6 tuần tại TYT xã
 - 6 tuần tại khoa sản BV huyện
 - 6 tuần tại TYT xã
 - 6 tuần thực hành tại khoa sản BV huyện
- d. Đào tạo nâng cao tại BV tỉnh/TU
 - Ôn lại kiến thức I, III
 - Kỹ năng: cầm tay chỉ việc

1.1. Bảng mô tả thiết kế chương trình

Nội dung	Thời gian (tổng số giờ)	Phương tiện	Phương pháp	Lượng giá
Điều dưỡng cơ bản				
CS Bà mẹ thời kì mang thai				
CS bà mẹ khi đẻ				
CS bà mẹ và trẻ sơ sinh sau đẻ				
CS sức khỏe phụ nữ				
Kế Hoạch hóa gia đình				
Tổng số				

1.2. Thực hành: đào tạo kỹ năng

Nội dung 5 nội dung	Thời gian (tổng số giờ)	Phương tiện	Phương pháp	Lượng giá	Chỉ tiêu thực hiện	Thực hiện chỉ tiêu
Điều dưỡng cơ bản						
CS thời kì mang thai						
CS bà mẹ khi đẻ						
CS bà mẹ và trẻ SS sau đẻ						
CSSK phụ nữ và KHHGD						
Tổng số						

Phụ lục 3.3. Bảng kiểm rà soát khung pháp lý cho việc triển khai mô hình CDTB người dân tộc thiểu số

1. Các văn bản cấp TW
 - a. Các văn bản hiện có
 - b. Các văn bản kiến nghị (mã ngạch, chế độ, tiêu chuẩn nghiệp vụ như năng lực, trình độ)
2. Các văn bản cấp địa phương (tỉnh, huyện, xã)
 - a. Các văn bản hiện có
 - b. Các văn bản kiến nghị
 - c. Các văn bản hỗ trợ thực hiện đào tạo/triển khai cô đỡ thôn bản thiểu số trong và sau khóa học
3. Các tài liệu của dự án
 - a. Kinh phí cho chương trình :
 - b. Phân công nhiệm vụ của các bên liên quan
 - c. Sự phối hợp hoạt động các bên liên quan

Phụ lục 3.4. Bảng kiểm đánh giá kiến thức kỹ năng về LMAT của phụ nữ có thai

1. Họ tên phụ nữ có thai:
2. Tuổi:.....
3. Thôn/bản:.....
4. Xã:.....
5. Có thai lần thứ:.....

STT	Câu hỏi	Phần trả lời
1	Chị có biết thôn/bản mình có CĐTĐ làm việc tại thôn/bản không?	1. Có biết
		2. Không biết
2	Theo chị khi có thai có cần thiết phải khám thai không?	1. Có
		2. Không
3	Nếu cần thiết khám thai thì chị chọn địa điểm khám thai ở đâu?	1. Đến Trạm Y tế
		2. Mời CĐTĐ khám
		3. Mời thầy lang
		4. Mời thầy cúng
		5. Đến TTYT huyện
4	Theo chị CĐTĐ tại thôn/bản mình hoạt động có hiệu quả không	1. Rất hiệu quả
		2. Không hiệu quả
		3. Không biết
5	Theo chị khi PNCT thì đi khám vào thời điểm nào sau đây?	1. 3 tháng đầu
		2. 3 tháng giữa
		3. 3 tháng cuối
		4. Cả 3 thời điểm trên
		5. Không cần khám
6	Chị có được tư vấn uống viên sắt Acid folic không?	1. Có
		2. Không
7	Ai là người tư vấn cho chị?	1. Cán bộ Trạm Y tế
		2. CĐTĐ
		3. Thầy lang
		4. Mụ vườn
		5. Khác:.....

STT	Câu hỏi	Phần trả lời
8	Theo chị thì các dấu hiệu nào sau đây là dấu hiệu nguy hiểm khi PN đang mang thai?	1. Sốt cao kéo dài
		2. Đau đầu
		3. Phù
		4. Chảy máu âm đạo
		5. Co giật
		6. Đau bụng
9	Khi có các dấu hiệu nguy hiểm trên theo chị cần làm gì?	1. Để tự khỏi
		2. Tự điều trị
		3. Đến CĐTB
		4. Mời thầy thuốc đến nhà
		5. Đến cơ sở y tế nhà nước
		6. Đến cơ sở y tế tư nhân
		7. Đến thầy lang
		8. Cúng
		9. Không biết
10	Chị dự kiến sinh con tại đâu?	1. Trạm Y tế
		2. Mời CĐTB đỡ
		3. Mời bà mụ vườn
		4. Thầy lang
		5. Chồng hoặc người nhà đỡ
		6. Tự đỡ
		7. Khác.....
11	Chị có hài lòng với những gì CĐTB đã cung cấp cho chị không?	1. Rất hài lòng
		2. Hài lòng
		3. Hài lòng TB
		4. Kém hài lòng
		5. Không hài lòng
12	Việc khám thai và đỡ đẻ của CĐTB theo chị có phù hợp với văn hóa và phong tục tập quán địa phương không?	1. Có
		2. Không
		3. Không ý kiến
	Theo chị chấp nhận của cộng	1. Rất hiệu quả
		2. Hiệu quả

STT	Câu hỏi	Phần trả lời
		3. Hiệu quả trung bình
		4. Kém hiệu quả
		5. Không hiệu quả
14	Chị có giới thiệu cho bạn bè hoặc người thân khi có thai hoặc sinh nở cần được tư vấn và trợ giúp của CĐTB không?	1. Có
		2. Không
		3. Không ý kiến
15	Theo chị mô hình C ĐTB có cần nhân rộng ra các thôn bản và xã khác không?	1. Có
		2. Không
		3. Không ý kiến

Phụ lục 3.5. Bảng kiểm đánh giá kiến thức kỹ năng về LMAT của bà mẹ có con ≤ 1 tuổi

1. Họ tên phụ nữ có thai:
2. Tuổi:.....
3. Thôn/bản:.....
4. Xã:.....
5. Có thai lần thứ:.....

STT	Câu hỏi	Phần trả lời
1	Chị có biết thôn/bản mình có CĐTB làm việc tại thôn/bản không?	1. Có biết
		2. Không biết
2	Theo chị khi có thai có cần thiết phải khám thai không?	3. Có
		4. Không
3	Nếu cần thiết khám thai thì chị chọn địa điểm khám ở đâu?	1. Đến Trạm Y tế
		2. Mời CĐTB khám
		3. Mời thầy lang
		4. Mời thầy cúng
		5. Đến TTYT huyện
4	Theo chị CĐTB tại thôn/bản mình hoạt động có hiệu quả không	1. Rất hiệu quả
		2. Không hiệu quả
		3. Không biết
5	Theo chị khi PNCT thì đi khám	1. 3 tháng đầu
		2. 3 tháng giữa

STT	Câu hỏi	Phần trả lời
		3. 3 tháng cuối
		4. Cả 3 thời điểm trên
		5. Không cần khám
6	Chị có được tư vấn uống viên sắt Acid folic không?	1. Có
		2. Không
7	Ai là người tư vấn cho chị?	1. Cán bộ Trạm Y tế
		2. CĐTB
		3. Thầy lang
		4. Mụ vườn
		5. Khác:.....
8	Theo chị thì các dấu hiệu nào sau đây là dấu hiệu nguy hiểm khi PN mang thai?	1. Sốt cao kéo dài
		2. Đau đầu
		3. Phù
		4. Chảy máu âm đạo
		5. Co giật
		6. Đau bụng
9	Khi có các dấu hiệu nguy hiểm trên theo chị cần làm gì?	1. Để tự khỏi
		2. Tự điều trị
		3. Đến CĐTB
		4. Mời thầy thuốc đến nhà
		5. Đến cơ sở y tế nhà nước
		6. Đến cơ sở y tế tư nhân
		7. Đến thầy lang
		8. Cúng
		9. Không biết
10	Lần sinh con gần đây nhất chị sinh ở đâu ai đỡ?	1. Trạm Y tế
		2. Mời C ĐTB đỡ tại nhà
		3. Mời bà mụ vườn
		4. Thầy lang
		5. Chồng hoặc người nhà đỡ
		6. Tự đỡ
		7. Khác:.....
11	Việc khám thai và đỡ đẻ của CĐTB theo chị có phù hợp với văn hóa và phong tục tập quán địa phương không?	1. Có
		2. Không
		3. Không ý kiến

STT	Câu hỏi	Phần trả lời
12	Theo chị người đỡ đẻ tốt nhất là ai?	1. Nhân viên y tế
		2. CĐTB
		3. Mụ vườn
		4. Chồng
		5. Người trong gia đình
		6. Không cần ai
13	Người đỡ đẻ cho chị trong lần đẻ vừa qua là ai?	1. Nhân viên y tế
		2. CĐTB
		3. Mụ vườn
		4. Chồng
		5. Người trong gia đình
		6. Không cần ai
14	Khi đẻ chị có được CĐTB đến tham khám không	1. Có
		2. Không
		3. Không ý kiến
15	Cô ĐTB đến thăm khám và làm những gì	1. Chăm sóc bản thân
		2. Chăm sóc trẻ
		3. Các biện pháp tránh thai
		4. Không ý kiến
16	Chị có hài lòng với những gì CĐTB đã cung cấp cho chị không?	1. Rất hài lòng
		2. Hài lòng
		3. Hài lòng TB
		4. Kém hài lòng
		5. Không hài lòng
17	Theo chị chấp nhận của cộng đồng đối với CĐTB thế nào?	1. Rất hiệu quả
		2. Hiệu quả
		3. Hiệu quả trung bình
		4. Kém hiệu quả
		5. Không hiệu quả
18	Theo chị mô hình CĐTB có cần nhân rộng ra các thôn bản và xã khác không?	1. Có
		2. Không
		3. Không ý kiến

Phụ lục 4. Cách chấm điểm đánh giá kiến thức của cô đỡ thôn bản

Để đánh giá kiến thức của CĐTĐB, nghiên cứu đã đưa ra 7 câu hỏi khác nhau về kiến thức chăm sóc trước, trong và sau khi sinh. Mỗi câu hỏi đều bao gồm các ý trả lời đúng và ý trả lời sai. Học viên khoanh vào 1 lựa chọn đúng sẽ được tính 1 điểm, học sinh khoanh vào lựa chọn sai sẽ bị trừ 1 điểm. Riêng câu hỏi số 7 là câu chỉ có 1 lựa chọn nên học viên chỉ được tính điểm nếu lựa chọn đúng ý số 2 được tính là trả lời đúng.

STT	Câu hỏi	Trả lời	Đánh giá	Chấm điểm
1.	Chị thường khuyến phụ nữ có thai chuẩn bị những gì cho cuộc đẻ? (khoanh vào tất cả lựa chọn đúng)	1. Lựa chọn nơi sinh	Đ	+1
		2. Lựa chọn người đỡ đẻ	Đ	+1
		3. Nhịn ăn để thai không quá to	S	-1
		4. Chuẩn bị (tiền, người đi cùng, phương tiện đi lại,...) để chuyển đến cơ sở y tế nếu có tai biến	Đ	+1
		5. Khám thai ít nhất 3 lần	Đ	+1
		6. Đi gặp thầy cúng	S	-1
2.	Các dấu hiệu nguy hiểm trong thời gian mang thai và khi sinh là (khoanh vào tất cả lựa chọn đúng)	1. Chảy máu khi mang thai	Đ	+1
		2. Buồn ngủ	S	-1
		3. Âm đạo ra khí hư, hoặc dịch	Đ	+1
		4. Đau đầu và chân bị phù	Đ	+1
		5. Đau lưng	S	-1
3.	Chọn những dấu hiệu cho thấy thai sắp sỏ ra ngoài (giai đoạn 2 chuyển dạ)? (khoanh vào tất cả lựa chọn đúng)	1. Cơ co tử cung yếu và ngắt quãng	S	-1
		2. Bà mẹ cảm thấy muốn rặn	Đ	+1
		3. Tử cung co bóp mạnh	Đ	+1
		4. Bà mẹ cảm thấy rất khát nước	S	-1
		5. Nhìn thấy đầu của em bé thập thò ở cửa mình	Đ	+1

STT	Câu hỏi	Trả lời	Đánh giá	Chấm điểm
		6. Thai ngừng đập	S	-1
		7. Vỡ ối	Đ	+1
4.	Xử trí tích cực giai đoạn 3 của cuộc đẻ (khoanh vào tất cả lựa chọn đúng)	1. Kiểm tra để chắc chắn không còn thai nào trong tử cung	Đ	+1
		2. Đợi cho rau sổ ra ngoài một cách tự nhiên	S	-1
		3. Tiêm bắp Oxytocin 10 ĐV	Đ	+1
		4. Bảo bà mẹ rặn cho rau ra ngoài	S	-1
		5. Kéo dây rốn có kiểm soát và đỡ tử cung bà mẹ	Đ	+1
5.	Những việc nên làm ngay trong vòng 2 tiếng sau khi sinh? (khoanh vào tất cả lựa chọn đúng)	1. Không cho bà mẹ bế trẻ	S	-1
		2. Đặt trẻ vào gần vú mẹ	Đ	+1
		3. Cho trẻ bú bình	S	+1
		4. Kiểm tra xem bà mẹ có chảy máu không	Đ	+1
		5. Kiểm tra xem bà mẹ có bị rách tầng sinh môn hoặc âm đạo không	Đ	+1
		6. Cân trẻ	Đ	+1
6.	Các nguyên nhân gây chảy máu sau đẻ (khoanh vào tất cả lựa chọn đúng)	1. Đờ tử cung	Đ	+1
		2. Em bé quá nhỏ	S	-1
		3. Do rách tầng sinh môn, âm đạo, cổ tử cung, vỡ tử cung	Đ	+1
		4. Do sót rau, rau không bong	Đ	+1
		5. Đẻ non	S	-1
		6. Do người mẹ có bệnh về máu	Đ	+1
7	Khi nào nên bắt đầu cho trẻ bú sữa mẹ? (Khoanh vào một lựa chọn đúng nhất)	1. Khi hết sữa non 2. Trong 1 giờ đầu sau đẻ 3. Sau khi bà mẹ đã nghỉ ngơi 4. Ngay sau khi sữa về.		

Phụ lục 5. Danh sách đối tượng và địa bàn nghiên cứu

STT	Họ Tên	Huyện	Ghi chú
1	Vàng Thị C.	Đông Văn	
2	Thào Thị M.	Đông Văn	
3	Hoàng Thị K.	Đông Văn	
4	Hoàng Thị C.	Đông Văn	
5	Hoàng Thị H.	Đông Văn	
6	Sùng Thị S.	Đông Văn	
7	Sùng Thị M.	Đông Văn	
8	Vân Thị M.	Đông Văn	
9	Sùng Thị D.	Đông Văn	
10	Sùng Thị P.	Đông Văn	
11	Vừ Thị M.	Đông Văn	
12	Vừ Thị M.	Đông Văn	
13	Ly Thị V.	Đông Văn	
14	Sùng Thị K.	Đông Văn	
15	Thào Thị S.	Đông Văn	
16	Sin Thị R.	Xín Mần	
17	Hạng Thị D.	Xín Mần	
18	Lùi Thị L.	Xín Mần	
19	Hoàng Thị R.	Xín Mần	
20	Thào Thị P.	Xín Mần	
21	Cao Thị C.	Xín Mần	
22	Vàng Thị T.	Xín Mần	
23	Thào Thị C.	Xín Mần	
24	Ly Thị C.	Xín Mần	
25	Phản Thị T.	Xín Mần	
26	Ly Thị M.	Xín Mần	
27	Vùi Thị N.	Xín Mần	
28	Sùng Thị P.	Xín Mần	
29	Giàng Thị G.	Xín Mần	