



TRƯỜNG ĐẠI HỌC Y TẾ CÔNG CỘNG
HANOI SCHOOL OF PUBLIC HEALTH

NGUYỄN ĐÌNH DỰ

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

TÓM TẮT LUẬN ÁN TIẾN SĨ Y TẾ CÔNG CỘNG

Mã số: 62.72.03.01



HÀ NỘI - 2015

Công trình được hoàn thành tại: Trường Đại học Y tế công cộng

Hướng dẫn khoa học:

PGS.TS. Bùi Thị Thu Hà

PGS.TS. Vũ Hoàng Lan

Phản biện 1:

Phản biện 2:

Phản biện 3:

Luận án sẽ được bảo vệ trước Hội đồng chấm luận án cấp Trường tổ chức tại Trường Đại học Y tế công cộng

Vào hồi.....giờ..... phút, ngày tháng năm 2016

Có thể tìm hiểu luận án tại:

- Thư viện Quốc gia

- Thư viện Trường Đại học Y tế công cộng

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 [40].

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 [54] và 69/100.000 vào năm 2009 [48]. Tuy nhiên, có sự chênh lệch giữa lớn các vùng miền về TVM [54]. 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) [63]. 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 [49], [50].

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 còn lạc hậu là những yếu tố cản trở cơ bản trong việc sinh con tại cơ sở y tế [59]. 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 cao gấp trên 5 lần so với 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 [57]. 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 và tử vong sơ sinh; 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 [37].

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 [58].

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 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 [58]. 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, 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 người dân tộc thiểu số theo chương trình 18 tháng tại 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.

NHỮNG ĐÓNG GÓP MỚI CỦA LUẬN ÁN

Luận án cung cấp bằng chứng khoa học về phương pháp 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. Cung cấp bằng chứng cho nhà hoạch định chính sách những thông tin tốt nhất về đánh giá tác động của chương trình đào tạo và sử dụng cô đỡ thôn bản người dân tộc thiểu số tại tỉnh Hà Giang, giúp cho việc hoạch định chính sách, xây dựng các chiến lược, kế hoạch dài hạn, triển khai chương trình can thiệp nhằm thực hiện tốt chương trình LMAT tại Việt Nam nói chung và tỉnh Hà Giang nói riêng.

Phương pháp nghiên cứu được thiết kế theo phương pháp nghiên cứu kết hợp (nghiên cứu định lượng kết hợp với định tính), tìm hiểu về việc đào tạo và sử dụng cô đỡ thôn bản người dân tộc thiểu số và tìm hiểu về một số yếu tố liên quan tác động làm ảnh hưởng đến chất lượng hoạt động của cô đỡ thôn bản.

BỐ CỤC CỦA LUẬN ÁN

Luận án gồm 6 chương, 118 trang trong đó (đặt vấn đề 3 trang, mục tiêu nghiên cứu 1 trang, tổng quan 45 trang, đối tượng và phương pháp nghiên cứu 7 trang, kết quả nghiên cứu 43 trang, bàn luận 16 trang, kết luận 2 trang và kiến nghị 1 trang), 37 bảng, 14 biểu đồ, 77 tài liệu tham khảo.

Chương 1 TỔNG QUAN TÀI LIỆU

1.1. Chương trình làm mẹ an toàn (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 tỷ số tử vong mẹ cao nhất 500/100.000 trẻ đẻ sống, trong khi Đông Á là thấp nhất trong số tử vong mẹ vùng đang phát triển, 37/100.000 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
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

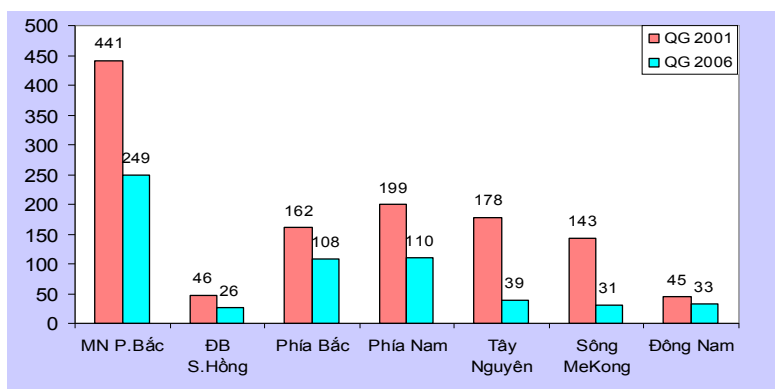
(Nguồn: Tỷ số tử vong bà mẹ năm 2010/WHO, UNICEF, UNFPA và World Bank)

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 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) [40].

* 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 [36] 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[38], [41]. 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], [33], [54] (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.



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 [41], [54].

b) Nguyên nhân dẫn đến tử vong mẹ

* 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].

* Nguyên nhân tử vong mẹ tại Việt Nam

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 [11]. 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, chửa ngoài tử cung vỡ,... điều này cho thấy hoặc các biến chứng trong quá trình kết thúc thai nghén ngoài ý muốn phần nào đã được hạn chế hoặc việc thu thập số liệu vẫn còn nhiều điểm đáng bàn.

Sơ đồ 1. Nguyên nhân tử vong mẹ

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:

Chậm trễ 2: Chậm tiếp cận dịch vụ y tế

Chậm trễ 3: Chậm chăm sóc và điều trị

Sơ đồ 2. Các yếu tố ảnh hưởng đến 3 chậm trễ



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

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

Tại Tỉnh Hà Giang, chương trình CĐTĐ đã triển khai được hai khóa, khóa I từ 7/2008 đến tháng 1/2010 với 14 CĐTĐ và khóa II từ tháng 6/2010 đến tháng 12/2011 với 15 CĐTĐ. Tổng số 29 CĐTĐ được đào tạo có 26 thôn/bản thuộc hai huyện Xín Mần và Đồng Văn tham gia vào nghiên cứu; có 03 cô đỡ thôn bản không tham gia nghiên cứu vì lý do 02 cô đỡ thôn bản đã đi lấy chồng ở tỉnh, huyện khác và 01 cô đỡ thôn bản bỏ việc.

Để đánh giá tính hiệu quả của chương trình đào tạo CĐTĐ 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 CĐTĐ 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 CĐTĐ thực hiện nhiệm vụ và tìm hiểu các yếu tố liên quan đến việc thực hiện nhiệm vụ của CĐTĐ là rất cần thiết để đưa ra khuyến nghị chính sách nhằm nâng cao hiệu quả của chương trình đào tạo và sử dụng CĐTĐ, hướng tới giảm tử vong mẹ tại các xã, thôn/bản đặc biệt khó khăn ở các tỉnh vùng cao.

Chương 2

PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. 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 18 tháng CĐTĐ, đặc biệt trong việc sử dụng cô đỡ thôn bản.

Kết hợp giữa nghiên cứu định lượng và định tính (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 CĐTĐ 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.

2.2. 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 CĐTĐ (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 khóa 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 CĐTĐ 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.

2.3. Phương pháp chọn mẫu

Nghiên cứu định lượng: 26/29 cô đỡ thôn bản đã được đào tạo trong 2 khóa (có 03 cô đỡ thôn bản không tham gia vào nghiên cứu vì lý do 02 cô đỡ thôn bản lấy chồng ở tỉnh, huyện khác và 01 cô đỡ thôn bản đã bỏ việc); 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, 26 cô đỡ thôn bản; 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).

Chương 3

KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Hiệu 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			
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 CĐTĐ	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 mặt bằng về trình độ học vấn khá cao và cũng là một thách thức lớn trong quá trình tuyển chọn các học viên đặc biệt đối với các xã đặc biệt khó khăn vùng sâu vùng xa như ở Hà Giang.

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 vào 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, thành 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

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			
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 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 CDTB hài lòng về nội dung, thời gian và phương pháp giảng dạy. 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.

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 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 CDTB 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 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 ($\bar{X} \pm SD$) *	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, CĐTB sẽ khuyến 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, CĐTB 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 CĐTB khuyến phụ nữ mang thai có ý nghĩa thống kê với P<0,001.

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

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%)	P<0,001
Đỡ đẻ (20 bước)	Đạt %	15/26 (57,69%)	16/26 (61,54%)	
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 CĐTĐ thực hiện đúng và đủ các bước; năm 2013 có 23 CĐTĐ làm đủ 9 bước đạt (88,4%) có 3 CĐTĐ chiếm (11,6%) làm thiếu 1 bước; năm 2014 có 22 CĐTĐ (84,62%) làm đủ 9 bước và có 4 cô làm thiếu 1 bước. Hầu hết bỏ sót ý “Nắn bụng xác định ngôi thể” trong bước 3.

Đối với kỹ năng đỡ đẻ thường ngôi chỏm sử dụng gói đẻ sạch, không có CĐTĐ nào hoàn chỉnh tất cả các bước; kết quả khảo sát năm 2013 và 2014 tỷ lệ các CĐTĐ 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 CĐTĐ làm khá tốt năm 2013 tỷ lệ CĐTĐ 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 CĐTĐ làm tốt các yêu cầu đặt ra các CĐTĐ làm đạt tất cả 5 bước, chỉ có 1 CĐTĐ đạt 4/5 bước, trong đó thiếu 1 bước chuyển tuyến.

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

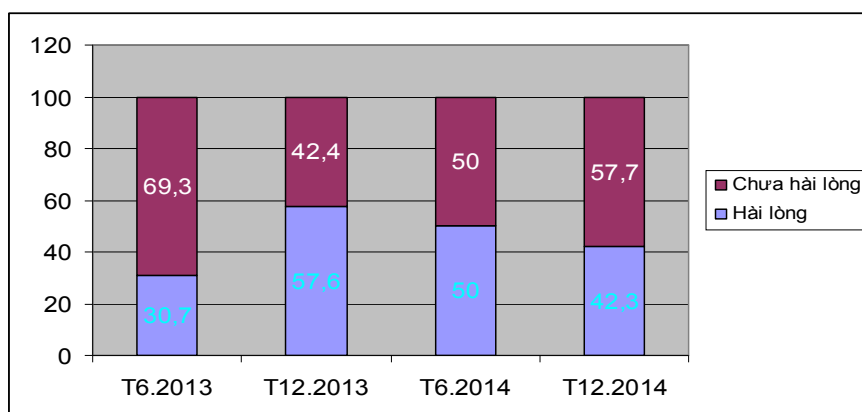
3.2. Đánh giá kết quả hoạt động của cô đỡ thôn bản

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 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 khóa 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 CDTB 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 CDTB 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					
Số ca trung bình ($X \pm SD$)	10,4 ($\pm 2,3$)	9,85 ($\pm 2,4$)	9,35 ($\pm 1,5$)	9,96 ($\pm 1,1$)	P>0,005
Số ít nhất (n)	6	6	5	7	
Số nhiều nhất (n)	16	15	13	13	
Phát hiện thai bất thường và chuyển tuyến kịp thời trước khi đẻ					
Số ca trung bình ($X \pm SD$)	1,4 ($\pm 1,0$)	1,5 ($\pm 1,0$)	1,1 ($\pm 0,7$)	1,3 ($\pm 1,0$)	P>0,005
Số ít nhất (n)	0	0	0	0	
Số nhiều nhất (n)	4	4	3	3	

Hai công việc chính liên quan đến chăm sóc trước sinh của CDTB 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 CDTB 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, CDTB cũng đã thực hiện phát hiện các trường hợp thai bất thường và chuyển

tuyển kịp thời. Trung bình mỗi CĐTB đã phát hiện được khoảng hơn 4 trường hợp thai bất thường. Việc phát hiện thai bất thường chuyển tuyển 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 tuyển 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
Số ca trung bình ($X\pm SD$)	0,53 ($\pm 0,68$)	0,73 ($\pm 0,77$)	0,80 ($\pm 0,72$)	0,69 ($\pm 0,72$)	
Số ít nhất (n)	0	0	0	0	
Số nhiều nhất (n)	2	2	2	2	
Đỡ đẻ tại nhà					P>0,05
Số ca trung bình ($X\pm SD$)	0,73 ($\pm 0,64$)	0,69 ($\pm 0,66$)	0,65 ($\pm 0,78$)	0,80 ($\pm 0,83$)	
Số ít nhất (n)	0	0	0	0	
Số nhiều nhất (n)	2	2	3	3	
Đỡ đẻ ở trạm y tế					P>0,05
Số ca trung bình ($X\pm SD$)	0,61 ($\pm 0,73$)	0,65 ($\pm 0,72$)	0,42 ($\pm 0,56$)	0,65 ($\pm 0,72$)	
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, CĐTB 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 CĐTB 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 CĐTB 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
Số ca trung bình ($X \pm SD$)	6 ($\pm 2,3$)	5,3 ($\pm 2,7$)	5,6 ($\pm 2,0$)	5,9 ($\pm 2,4$)	
Số ít nhất (n)	2	2	3	2	
Số nhiều nhất (n)	12	16	11	12	
Chăm sóc bà mẹ thời kỳ hậu sản và tư vấn nuôi con bằng sữa mẹ					P>0,05
Số ca trung bình ($X \pm SD$)	7,3 ($\pm 2,2$)	7,0 ($\pm 2,5$)	7,9 ($\pm 2,2$)	7,3 ($\pm 2,1$)	
Số ít nhất (n)	3	2	3	4	
Số nhiều nhất (n)	11	13	12	13	
Tư vấn và hướng dẫn thực hiện kế hoạch hoá gia đình					P>0,05
Số ca trung bình ($X \pm SD$)	8,0 ($\pm 2,3$)	8,2 ($\pm 2,6$)	7,4 ($\pm 3,2$)	7,0 ($\pm 2,3$)	
Số ít nhất (n)	3	3	3	4	
Số nhiều nhất (n)	14	13	15	12	

Kết quả bảng trên cho thấy, nhóm công việc chăm sóc sau sinh đã được thực hiện tốt 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	
Số ca trung bình ($X \pm SD$)	8,0 ($\pm 2,3$)	8,2 ($\pm 2,6$)	7,4 ($\pm 3,2$)	7,0 ($\pm 2,3$)	P>0,05
Số ít nhất (n)	3	3	3	4	
Số nhiều nhất (n)	14	13	15	12	

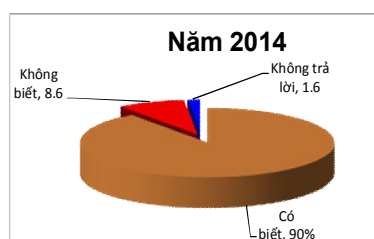
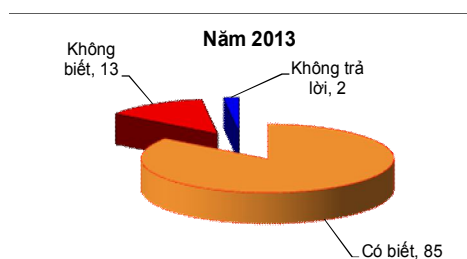
Việc thực hiện tư vấn kế hoạch hóa gia đình là một nhiệm vụ được các CDTB phải thực hiện song song với công tác chăm sóc trong và sau sinh; qua kết quả phỏng vấn và thảo luận nhóm tại tuyến huyện và xã, công tác thực hiện tư vấn KHHGD đạt hiệu quả cao, đặc biệt là các thôn bản có CDTB hoạt động; công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

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, 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

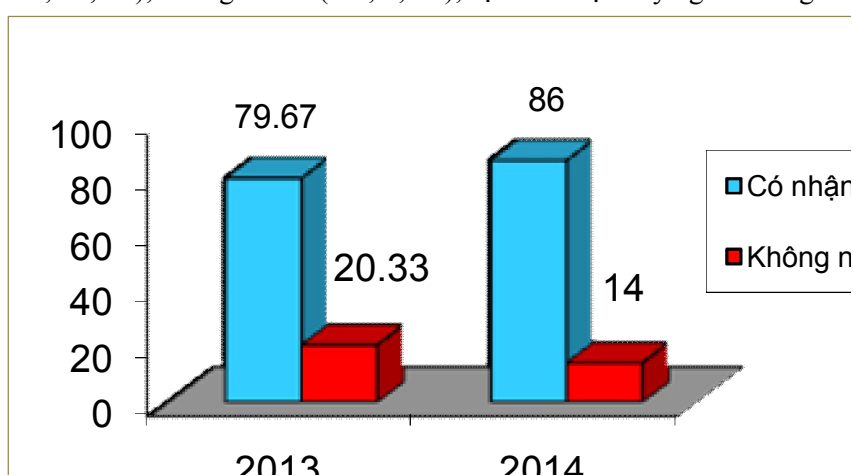
“Phần lớn phụ nữ có thai và bà mẹ có con ≤ 1 tuổi đều biết là tại thôn bản có cô đỡ thôn bản hoạt động, các ý kiến cho rằng lý do nhận biết là phụ nữ có thai và bà mẹ có con ≤ 1 tuổi đã nhận dịch vụ từ cô đỡ thôn bản đã cung cấp như: khám thai, tư vấn KHHGD, truyền thông, tuyên truyền vận động bà con 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 CĐTĐ 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=150)		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	

Nội dung		Kết quả thực hiện (n=150)		P
		2013	2014	
	Tần số	227	242	
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 CĐTĐB cung cấp trong các lần đánh giá với $P > 0,05$.

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.

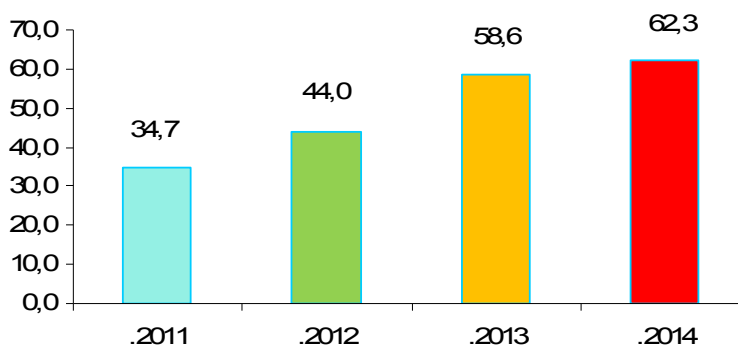
Về xu hướng chuyển tuyến hiện nay tại tỉnh Hà Giang đã và đang thực hiện theo Thông tư số 07/2013/TT-BYT, ngày 08/3/2013 của Bộ Y tế về việc quy định tiêu chuẩn chức năng nhiệm vụ của nhân viên y tế thôn bản. Các cô đỡ thôn bản đã nghiêm túc thực hiện các quy định và nhiệm vụ nói trên; kết quả thực hiện 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.

3.2.4. Sử dụng dịch vụ tại cộng đồng

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 CĐ	Xã có cô đỡ	Xã không có CĐ	Xã có cô đỡ	Xã không có CĐ
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 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%).

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

3.3.1. Môi trường chính sách

Thực hiện chính sách hiện hành đối với CDTB 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 CĐTB được giao nhiệm vụ cả YTTB và CĐTB, 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 CĐTB phần lớn là người trụ cột trong gia đình do đó các CĐTB không yên tâm công tác; để đảm bảo duy trì được các hoạt động cũng như động viên các CĐTB 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 CĐTB”, (1.1-PVS-SYT-NVY).

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

Chương 4 BÀN LUẬN

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

* Kết quả học tập của Cô đỡ thôn bản

Chương trình đào tạo CĐTB 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 Đông Văn và Xín Mần và các Trạm y tế xã nơi CĐTB được cử đi đào tạo.

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 CĐTB bao gồm kỹ năng khám thai, đỡ đẻ thường, chăm sóc bé và xử trí chảy máu sau đẻ.

Kết quả hoạt động của Cô đỡ thôn bản

Các CĐTĐB 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 CĐTĐB 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 CĐTĐB 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.

Chương 5 KẾT LUẬN

5.1. Hiệu quả chương trình đào tạo CĐTĐB

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 CĐTĐB đạt được những yêu cầu chăm sóc sức khoẻ bà mẹ trẻ em do Bộ Y tế quy định đối với YTTB.

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

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 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 CĐTĐB 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 CĐTĐB tại địa phương

Tỉnh Hà Giang chưa có chính sách gì để khuyến khích, hỗ trợ thêm cho CĐTĐB so với chính sách chung theo quy định của Chính phủ và Bộ Y tế; việc tuyển dụng CĐTĐB vào hệ thống nhân viên y tế thôn bản còn khó khăn, hiện nay mới tuyển dụng được 19/26 CĐTĐB vào hệ thống làm nhân viên YTTB. 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, áp dụng với 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.

DANH MỤC
CÁC CÔNG TRÌNH NGHIÊN CỨU CỦA TÁC GIẢ ĐÃ ĐƯỢC CÔNG BỐ
CÓ LIÊN QUAN ĐẾN LUẬN ÁN

1. Nguyễn Đình Dự, Trần Thị Đức Hạnh, Vũ Thị Hoàng Lan, Bùi Thị Thu Hà; Đánh giá kiến thức và thực hành về làm mẹ an toàn của cô đỡ thôn bản người dân tộc thiểu số sau 3 năm đào tạo tại tỉnh Hà Giang năm 2014, Tạp chí Y tế công cộng; số 37/10/2015, tr 39-44.
2. Nguyễn Đình Dự, Trần Thị Đức Hạnh, Vũ Thị Hoàng Lan, Bùi Thị Thu Hà; Đánh giá kết quả thực hiện nhiệm vụ của cô đỡ thôn bản người dân tộc thiểu số tại tỉnh Hà Giang sau 3 năm tốt nghiệp; Tạp chí Y học thực hành; số 10/2015 tr 19-22.
3. Nguyễn Đình Dự; Đánh giá mô hình đào tạo 18 tháng cô đỡ thôn bản người dân tộc thiểu số tỉnh Hà Giang; Hội nghị toàn quốc lần thứ 2 Sức khỏe sinh sản & Sức khỏe tình dục từ bằng chứng tới chính sách; Bộ Y tế - UNFPA – Trường Đại học y tế công cộng năm 2014; Tr 24.