

## ĐẶT VẤN ĐỀ

Chăm sóc sức khỏe phụ nữ luôn được đặt ở vị trí ưu tiên trong các chiến lược chăm sóc sức khỏe cho toàn dân. Các can thiệp về chăm sóc sức khỏe phụ nữ đã được bao phủ trong các tỉnh thành trong cả nước. Sự khác biệt về tiếp cận dịch vụ theo vùng miền, nhóm DTTS đang là thách thức lớn nhất trong việc bảo đảm công bằng trong chăm sóc y tế.

Can thiệp giảm sự khác biệt giữa các vùng miền, đặc biệt là giữa DTTS và người Kinh đang là một vấn đề trọng tâm của Chiến lược chăm sóc, nâng cao sức khỏe bà mẹ đến năm 2020. Một số can thiệp phù hợp với các vùng khó khăn người DTTS sinh sống đã được áp dụng thành công. Cô đỡ thôn, bản được lựa chọn từ cộng đồng dân tộc tại chỗ, được đào tạo cả về kiến thức và thực hành để có thể chăm sóc bà mẹ khi có thai và sinh con, đỡ đẻ an toàn, phát hiện các tai biến ở bà mẹ và trẻ sơ sinh.

Ninh Thuận là tỉnh có khá nhiều đồng bào DTTS đang sinh sống vùng khó khăn. Công tác CSSKSS cho bà mẹ trẻ em tại các xã vùng DTTS rất hạn chế, tại các xã miền núi tỷ suất sinh thô còn khá cao, tình trạng tảo hôn vẫn tồn tại và diễn ra tại vùng đồng bào DTTS. Đây chính là cơ sở để chúng tôi tiến hành đề tài nghiên cứu: **“Thực trạng chăm sóc sức khỏe sinh sản của phụ nữ người DTTS và hiệu quả tăng cường hoạt động của cô đỡ thôn bản tại tỉnh Ninh Thuận”** với hai mục tiêu:

1. Mô tả thực trạng kiến thức và thực hành về CSSKSS của phụ nữ DTTS từ 15-49 tuổi tại 4 xã thuộc tỉnh Ninh Thuận năm 2013.
2. Đánh giá hiệu quả can thiệp tăng cường vai trò và hoạt động CSSKSS của CĐTĐ tại địa bàn nghiên cứu (2013-2016).

### ***Bố cục của luận án:***

Luận án gồm 112 trang không kể tài liệu tham khảo và phụ lục được chia thành các phần: đặt vấn đề 2 trang, tổng quan 30 trang,

đối tượng và phương pháp nghiên cứu 20 trang; kết quả nghiên cứu 29 trang; bàn luận 28 trang, kết luận 2 trang, kiến nghị 1 trang. Luận án gồm 25 bảng và 10 biểu đồ. Tài liệu tham khảo 103, tiếng Việt 62, tiếng Anh 41.

***Những điểm mới về khoa học và giá trị thực tiễn của đề tài***

Nghiên cứu cho thấy thực trạng CSSKSS trên nhóm đối tượng đích là người DTTS sinh sống tại các khu vực khó khăn và vai trò CĐTB ở tỉnh Ninh Thuận. Kết quả của đề tài là cơ sở khẳng định vai trò của CĐTB và tính khả thi của Thông tư 07 đối với việc sử dụng nhân lực trong cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe bà mẹ trẻ em người DTTS. Hiệu quả can thiệp là cơ sở triển khai mở rộng đối với các vùng có người DTTS sinh sống khác trong cả nước.

## **CHƯƠNG I: TỔNG QUAN**

### **1.1. Một số khái niệm sử dụng trong nghiên cứu**

#### **1.1.1. Khái niệm về sức khỏe sinh sản**

Sức khỏe sinh sản (SKSS): Theo Hội nghị quốc tế về Dân số và Phát triển tại Cairo - Ai Cập (ICPD - 9/1994) và Hội nghị quốc tế về Phụ nữ tại Bắc Kinh - Trung Quốc (9/1995) sức khỏe sinh sản “ Là một trạng thái hoàn toàn thoải mái về thể chất, tinh thần và xã hội chứ không phải chỉ là không có bệnh tật, không tàn phế trong mọi lĩnh vực có liên quan đến hệ thống chức năng và quá trình sinh sản”.

**1.1.2. Chăm sóc sức khỏe sinh sản (CSSKSS):** “Là sự phối hợp các phương pháp kỹ thuật và dịch vụ để bảo đảm sức khỏe sinh sản và sức khỏe nói chung bằng cách phòng bệnh và giải quyết các vấn đề về SKSS”.

### **1.2. Thực trạng về CSSKSS trên Thế giới và Việt Nam**

#### **1.2.1. Trên Thế giới**

Tại các quốc gia đang phát triển và các quốc gia có mức thu nhập bình quân đầu người dưới mức trung bình thì việc mang thai và sinh con là những nguyên nhân hàng đầu gây tử vong và bệnh tật cho phụ nữ trong độ tuổi sinh đẻ, chiếm ít nhất một phần ba tổng số gánh nặng bệnh tật toàn cầu và tử vong sớm ở những phụ nữ độ tuổi sinh sản. Ước tính tại các Quốc gia này có gần 40% phụ nữ có thai có những vấn đề sức khỏe liên quan thai nghén và 15% trong số đó phải chịu những biến chứng nguy hiểm về sau.

### **1.2.2. Tại Việt Nam**

Số phụ nữ ở độ tuổi sinh đẻ chiếm tỷ lệ cao, phần lớn trong số đó sống ở nông thôn, miền núi với những khó khăn trong đời sống cũng như trong việc tiếp cận các dịch vụ y tế, các can thiệp chăm sóc trước sinh đã đạt được nhiều thành tích đáng kể. Mặc dù tỷ lệ quản lý thai trong toàn quốc đạt trên 96%, số lần khám thai trung bình cho mỗi phụ nữ mang thai đã đạt > 4 lần, tuy vậy tỷ lệ khám thai 4 lần ở người kinh tế khá hơn, ở nhóm người Kinh cao gấp gần 3 lần so với người nghèo và người DTTS. Thực trạng SKSS của các phụ nữ DTTS không hề lạc quan, tỷ lệ sinh tại các cơ sở y tế không cao; dù đã có những hoạt động tích cực thay đổi hành vi SKSS tốt hơn trong nhóm DTTS, vẫn tồn tại những tập quán lạc hậu ảnh hưởng có hại đến sức khỏe bản thân họ; Nguyên nhân chính do việc tiếp cận với các cơ sở y tế có nhiều khó khăn và quan trọng là vẫn còn tồn tại tập tục lạc hậu nên bà mẹ thường đẻ tại nhà và không cho người ngoài đỡ.

Mạng lưới cung cấp dịch vụ được củng cố và phát triển từ trung ương đến địa phương; Hầu hết nữ hộ sinh, y sỹ sản nhi, nhân viên y tế thôn bản, CĐTB tại tuyến cơ sở được đào tạo và có kỹ năng cơ bản về CSSKSS/KHHGD theo chuẩn quốc gia. Tuy nhiên, công tác CSSKSS còn có những bất cập và còn nhiều tồn

tại ở vùng có điều kiện kinh tế xã hội đặc biệt khó khăn, vùng DTTS sinh sống, tiếp cận dịch vụ CSSKBM còn hạn chế.

### **1.3. Một số can thiệp cải thiện CSSKSS trên Thế giới và Việt Nam**

Trên thế giới đã có một số nghiên cứu được thực hiện để thử nghiệm những mô hình hay hoạt động can thiệp nhằm cải thiện thực trạng CSSKSS của những bà mẹ mang thai hoặc phụ nữ trong độ tuổi sinh sản. Mô hình can thiệp sử dụng trò chơi để cải thiện kiến thức và thái độ của các bà mẹ trong tuổi sinh đẻ. Can thiệp đã được thông qua tập huấn, thuyết trình powerpoint, thảo luận, chia sẻ kinh nghiệm, kết hợp một số chương trình đào tạo theo chủ đề như giải phẫu, sinh lý học của hệ thống sinh sản của phụ nữ, biện pháp tránh thai, quan hệ tình dục

Một nghiên cứu tại Quảng Ninh được thực hiện can thiệp để đánh giá hiệu quả nâng cao khả năng cung ứng dịch vụ, kết quả đã cho thấy những chuyển biến tích cực về tình hình sử dụng dịch vụ của người dân.

Một nghiên cứu khác về cải thiện thực hành chăm sóc bà mẹ có thai và sau sinh nhưng cụ thể thông qua hoạt động truyền thông giáo dục dinh dưỡng tại huyện Lục Yên, tỉnh Yên Bái được thực hiện vào năm 2015 đã cho thấy, việc truyền thông qua hình thức này đã đạt được những hiệu quả nhất định.

Thông qua những nghiên cứu trên có thể thấy, mỗi một nghiên cứu lại có những phương pháp và hình thức can thiệp khác nhau để phù hợp với bối cảnh cũng như đối tượng riêng. Tuy nhiên, cốt lõi các hình thức đều tập trung vào đào tạo, nâng cao kiến thức, và thay đổi thực hành cho đối tượng.

### **1.4. Mô hình hoạt động, can thiệp sử dụng CDTB**

**1.4.1. Mô hình CDTB:** Sử dụng CDTB người DTTS là những phụ nữ có trình độ học vấn rất thấp được đào tạo để trở thành

CĐTB, đây là cách tiếp cận văn hoá nhằm tăng cường tính tiếp cận đến các dịch vụ chăm sóc làm mẹ an toàn tại các vùng dân tộc miền núi. Các CĐTB được lựa chọn từ các cộng đồng dân tộc, nói cùng một thứ ngôn ngữ với người DTTS, quen với các phong tục tập quán, vì vậy, họ sẽ dễ dàng hơn trong việc tiếp cận với người dân để cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe ban đầu và chăm sóc cho các bà mẹ trong cộng đồng sở tại nơi họ sinh sống.

**1.4.2. Mô hình chăm sóc liên tục:** Mô hình chăm sóc liên tục bà mẹ và trẻ sơ sinh từ nhà đến bệnh viện của Tổ chức Cứu trợ Trẻ em Mỹ (Save the Children, US hỗ trợ) trước kia và Tổ chức Cứu trợ Trẻ em quốc tế hiện nay trên toàn cầu trong đó có Việt Nam.

## CHƯƠNG II

### ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

#### 2.1. Đối tượng nghiên cứu

- *Đối với nghiên cứu định lượng:* Phụ nữ dân tộc ít người trong độ tuổi từ 15-49, đã lập gia đình.

- *Đối với nghiên cứu định tính:* Đối tượng CĐTB, cá nhân có liên quan tới quá trình triển khai cung cấp dịch vụ CSSKSS

#### 2.2. Thời gian và địa điểm nghiên cứu

Nghiên cứu được thực hiện từ tháng 12/2013 - 9/2016 tại huyện Bắc Ái và huyện Ninh Sơn, tỉnh Ninh Thuận

#### 2.4. Phương pháp nghiên cứu

##### 2.4.1. Cỡ mẫu nghiên cứu định lượng

Cỡ mẫu nghiên cứu được tính theo công thức:

$$n_1 = n_2 = \frac{[Z_{(1-\alpha/2)}\sqrt{2p(1-p)} + Z_{1-\beta}\sqrt{[p_1(1-p_1) + p_2(1-p_2)]}]^2}{(p_1 - p_2)^2} \cdot DE$$

Trong đó:  $n_1$ : Số ĐTNC trước can thiệp;  $n_2$ : Số ĐTNC SCT;

$Z_{(1-\alpha/2)} = 1,96$ ; với  $\alpha = 0,05$ ;  $Z_{(1-\beta)} = 0,842$ ;  $p_1$ : tỷ lệ phụ nữ DTTS khám thai 3 lần (31,3%),  $p_2$  là tỷ lệ phụ nữ DTTS khám thai 3 lần SCT, mong muốn = 60%;  $p$  là giá trị trung bình của  $p_1+p_2$ ; DE = Hệ số thiết kế: 2.

Ta có  $n = 353$ , thực tế đã thu thập được 420 đối tượng.

#### **2.4.2. Phương pháp chọn mẫu điều tra định lượng**

Chọn có chủ đích 02 huyện Bắc Ái, Ninh Sơn, Chọn ngẫu nhiên hai xã cho mỗi huyện được 04 xã: xã Phước Thành, Phước Thắng của huyện Bắc Ái, xã Lâm Sơn, xã Ma Nởi của huyện Ninh Sơn; Mỗi hộ chỉ chọn một đối tượng. Số phụ nữ cần điều tra cho các xã là 420

#### **2.4.3. Phương pháp chọn mẫu điều tra định tính**

Phỏng vấn sâu thảo luận nhóm: Đối tượng là nhân viên YTTB/CĐTB đang phụ trách công tác CSSKSS thôn bản

**2.5. Xử lý và phân tích số liệu** Sử dụng phần mềm EPI-INFO 6.04 quản lý số liệu. Các cuộc phỏng vấn, thảo luận nhóm được ghi âm và “gõ băng” ghi âm để nhập và phân tích bằng phần mềm N-Vivo trên cơ sở xây dựng tree nodes

**2.6. Vấn đề đạo đức trong nghiên cứu:** Nghiên cứu đã được Hội đồng Đạo đức về nghiên cứu y sinh học của Viện Vệ sinh dịch tễ Trung ương thông qua

### CHƯƠNG III KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

#### 3.1 Thực trạng kiến thức và thực hành về CSSKSS của phụ nữ người DTTS thiểu số tuổi 15 đến 49.

Bảng 3. 1. Thực trạng thực hành khám thai và tiêm uốn (n=413)

		SL	Tỷ lệ %
<b>Số lần khám thai</b>	≤ hai lần	84	20,3
	≥ ba lần	213	51,6
	Có khám, không nhớ số lần	72	17,4
	Không khám	44	10,7
<b>Tiêm uốn ván</b>	Có tiêm	338	81,8
	Không tiêm	54	13,1
	Không nhớ	21	5,1

Trong số phụ nữ có thai chỉ có 51,6 % các bà mẹ khám thai đủ 3 lần, 10,7% các bà mẹ không đi khám thai. Về tiêm phòng uốn ván, 81,8% bà mẹ tiêm phòng uốn ván, 13,1% không được tiêm phòng và 5,1% không nhớ là đã tiêm phòng hay chưa.

Bảng 3.2. Thực hành của bà mẹ về lựa chọn nơi sinh con (n=420)

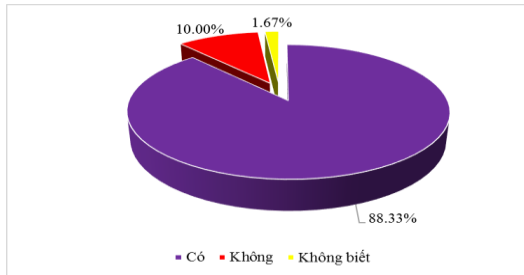
Nơi sinh	SL	Tỷ lệ %
Cơ sở y tế	283	67,4
Tại nhà, rừng	119	28,3
Đẻ rơi	7	1,7
Không nhớ/Không trả lời	11	2,6
<b>Tổng</b>	<b>420</b>	<b>100,0</b>

Kết quả nghiên cứu cho thấy phần lớn các bà mẹ sinh con tại cơ sở y tế (64,7%). Tuy nhiên, vẫn còn tới 28,3% phụ nữ có thai không đến cơ sở y tế để sinh đẻ, nương, rẫy, 1,7% đẻ rơi.

Bảng 3.3. Thực hành về chăm sóc sau đẻ (6 tuần đầu)

	Chăm sóc sau đẻ		Hướng dẫn nuôi con	
	SL	Tỷ lệ %	SL	Tỷ lệ %
Có	329	78,3	406	96,7
Không	35	8,3	11	2,6
Không nhớ	56	13,4	3	0,7
<b>Tổng</b>	420	100,0	420	100,0

Tỷ lệ bà mẹ được chăm sóc 6 tuần đầu sau đẻ tại nhà 78,3%; được hướng dẫn cách nuôi con bằng sữa mẹ 96,7%



Biểu đồ 3.1. Được hướng dẫn về KHHGD n=420)

Kết quả Biểu đồ 3.1 cho thấy 88,3% các bà mẹ đã được hướng dẫn về KHHGD

### 3.2. Hiệu quả can thiệp thông qua hoạt động của CDTB

Bảng 3.4. Hiệu quả kiến thức về khám thai và tiêm phòng uốn ván ở lần mang thai đầu tiên

Kiến thức		TCT (n <sub>1</sub> =420) ( SL; %)	SCT(n <sub>2</sub> =420) (SL; %)	CSHQ (%)
Số lần khám thai	≤ Hai lần	123(29,3)	49(11,7)	-60,2
	≥ Ba lần	153 (36,4)	258 (61,4)	68,5
	Không cần	49 (11,7)	6 (1,4)	-88,0
	Không biết	95 (22,6)	107 (25,5)	12,7
Số lần tiêm phòng	Một mũi	41 (9,8)	30 (7,1)	-27,3
	Hai mũi	267 (63,6)	295 (70,2)	10,4
	Không biết	112 (26,7)	95 (22,6)	-15,3



Kết quả tại bảng 3.4 chỉ ra, trước can thiệp, tỷ lệ phụ nữ DTTS có kiến thức về khám thai  $\geq$ ba lần chỉ là 36,4%, SCT đã tăng lên 61,4% (CSHQ=68,5%).

Bảng 3.5. Hiệu quả thực hành về CSSKSS trước sinh

Nội dung thực hành		TCT (n <sub>1</sub> =413) SL (%)	SCT (n <sub>2</sub> =419) SL (%)	CSHQ (%)
Số khám thai lần	$\leq$ Hai lần	84(20,3)	37(8,8)	-56,6
	$\geq$ Ba lần	213 (51,6)	289 (68,8)	33,4
	Có khám,	72 (17,4)	90 (21,4)	22,8
	Không khám	44 (10,0)	4 (1,0)	-90,6
Tiêm phòng uốn ván	Có tiêm	338 (81,8)	401 (95,7)	16,9
	Không tiêm	54 (13,1)	11 (2,6)	-79,9
	Không nhớ	21 (5,1)	7 (1,7)	-67,1
Nơi đi khám thai	Mời CĐTB đến	126 (30,5)	272 (64,9)	112,4
	Đến trạm y tế	298 (72,2)	388 (92,6)	28,1
	CSYT tuyến trên	54 (13,1)	43 (10,3)	-22,0
	CSYT tư nhân	8 (1,9)	36 (8,6)	344,0
	Mụ vườn	7 (1,7)	1 (0,2)	-88,2

Bảng 3.5 cho thấy tỷ lệ khám thai từ 3 lần trở lên của phụ nữ có thai người DTTS đã tăng từ 51,6% TCT lên 68,8% SCT (CSHQ: 33,4%). Tỷ lệ không khám đã giảm từ 10% xuống còn 1%. Về tiêm vắc xin uốn ván, tăng từ 81,8%TCT lên là 95,7% SCT (CSHQ: 16,9%). Về nơi đi khám thai, tỷ lệ đối tượng nghiên cứu mới CĐTB đến nhà, đến trạm y tế, đến cơ sở y tế tư nhân đã tăng lên, chỉ số hiệu quả lần lượt đạt 112,4%, 28,1% và 344,0%. Song song với đó, tỷ lệ phụ nữ mời thầy lang/mụ vườn khám thai đã giảm đi, từ 1,7% xuống còn 0,2%.

Bảng 3.6. Hiệu quả kiến thức của các bà mẹ về người đỡ đẻ tốt nhất

Người đỡ đẻ	TCT(n <sub>1</sub> =420)		SCT (n <sub>2</sub> =420)		CSHQ
	SL	%	SL	%	
CSYT	276	65,7	314	74,8	13,8
CĐTB	18	4,3	32	7,6	77,8
Bà mẹ vườn	22	5,2	3	0,7	-86,4
Không biết	104	24,8	71	16,9	-31,7
<b>Tổng</b>	<b>420</b>	<b>100,0</b>	<b>420</b>	<b>100,0</b>	

Tỷ lệ các bà mẹ thay đổi kiến thức về cán bộ y tế công là người đỡ đẻ tốt nhất trước và SCT tăng từ 65,7% lên 74,8%. Tỷ lệ các bà mẹ thay đổi kiến thức về bà đỡ mẹ vườn là người đỡ đẻ tốt nhất trước và SCT giảm từ 5,2% xuống 0,7%. Tỷ lệ các bà mẹ thay đổi kiến thức về không biết ai là người đỡ đẻ tốt nhất trước và SCT đều giảm.

Bảng 3.1. Hiệu quả kiến thức về các dấu hiệu nguy hiểm khi chuyển dạ

Dấu hiệu nguy hiểm khi chuyển dạ	TCT(n <sub>1</sub> =420)		SCT(n <sub>2</sub> =420)		CSHQ (%)
	SL	%	SL	%	
Đau bụng dữ dội	148	35,2	158	37,6	6,8
Chảy nhiều máu	162	38,6	244	58,1	50,6
Sốt	75	17,9	182	43,3	142,7
Co giật	21	5,0	134	31,9	538,1
Vỡ ối sớm	82	19,5	107	25,5	30,5

Tỷ lệ bà mẹ hiểu biết các dấu hiệu nguy hiểm trong khi chuyển dạ tăng SCT. Về triệu chứng đau bụng dữ dội khi chuyển dạ tăng từ 35,2% TCT lên 37,9% SCT; ra nhiều máu khi chuyển dạ tăng từ 38,6% TCT lên 58,1% SCT (CSHQ đạt 50,6%). SCT, 43,3% bà mẹ biết triệu chứng sốt, CSHQ là 142,7%. Tỷ lệ bà mẹ

hiệu cơ giât, vỡ ối sớm tăng từ 5% và 19,5% TCT lên 31,9% và 25,5% SCT, CSHQ lần lượt đạt tới 538,1% và 30,5%.

Bảng 3.2. Kiến thức nơi bà mẹ lựa chọn sinh con và người đỡ đẻ

Nội dung		TCT		SCT		CSHQ (%)
		SL	%	SL	%	
Nơi lựa chọn sinh con	Cơ sở y tế	283	67,4	370	88,1	30,7
	Tại nhà, rừng	119	28,3	29	6,9	-75,6
	Đẻ rơi	7	1,7	1	0,2	-85,7
	Không nhớ	11	2,6	20	4,8	81,8
	<b>Tổng (n)</b>	<b>420</b>	<b>100,0</b>	<b>420</b>	<b>100,0</b>	
Người đỡ đẻ	NHS ở Trạm y tế	130	31,0	267	65,1	105,4
	CĐTB	28	6,7	60	14,6	114,3
	Bà mụ vườn	70	16,7	2	0,5	-97,1
	Người trong gia đình	37	8,8	1	0,3	-97,3
	Người khác	145	34,5	80	19,5	-44,8
	<b>Tổng (n)</b>	<b>420</b>	<b>100,0</b>	<b>420</b>	<b>100,0</b>	

Tỷ lệ phụ nữ sinh con tại cơ sở y tế đã tăng lên, đạt 88,1% (SCT), CSHQ=30,7%. Cùng với đó, tỷ lệ sinh con tại nhà, trong rừng và đẻ rơi đã giảm dần, lần lượt đạt 28,3% và 1,7% (TCT) xuống còn 6,9% và 0,2% (SCT), CSHQ đạt được lần lượt là 75,6% và 85,7%. Về người đỡ đẻ cho bà mẹ, phụ nữ sinh con do nữ hộ sinh ở trạm y tế đỡ đẻ TCT chỉ có 31,0% nhưng sau khi can thiệp tỷ lệ này đã được cải thiện nhiều tăng lên 65,1% (CSHQ=1005,4%). Tương tự, tỷ lệ CĐTB đỡ đẻ dần tăng từ 6,7% (TCT) lên 14,6% (SCT), CSHQ đạt là 114,3%. Tỷ lệ người đỡ đẻ là bà mụ vườn và người trong gia đình đã giảm, lần lượt là 16,7% và 8,8% (TCT) xuống 0,5% và 0,3% (SCT).

Bảng 3.9. Hiệu quả kiến thức về biểu hiện nguy hiểm sau sinh

Biểu hiện nguy hiểm sau sinh	TCT (n <sub>1</sub> =420)		SCT (n <sub>2</sub> =420)		CSHQ
	SL	%	SL	%	
Chảy máu kéo dài và tăng lên	127	30,2	214	51,0	68,5
Ra dịch âm đạo có mùi hôi	115	27,4	202	48,1	75,7
Sốt cao kéo dài	123	29,3	204	48,6	65,9
Đau bụng kéo dài và tăng lên	99	23,6	160	38,1	61,6
Co giật	58	13,8	102	24,3	75,9
Khác	6	1,4	7	1,7	16,7

Liên quan đến kiến thức của bà mẹ về các biểu hiện nguy hiểm sau sinh, kết quả cho thấy, CSHQ về hiểu biết với từng biểu hiện là khá cao, đều đạt từ 61,6% đến 75,7%.

Bảng 3.3. Hiệu quả kiến thức xử trí khi gặp dấu hiệu nguy hiểm sau sinh

Các cách xử trí	TCT(n <sub>1</sub> =420)		SCT(n <sub>2</sub> =420)		CSHQ
	SL	TL%	SL	TL%	
Đề tự khỏi	33	7,9	6	1,4	-81,8
Tự chữa	93	22,1	6	1,4	-93,5
Mời CBYT đến nhà	89	21,2	173	41,2	94,4
Đến cơ sở y tế nhà nước	134	31,9	342	81,4	155,2
Đến thầy lang	129	30,7	6	1,4	-95,3
Cúng	7	1,7	0	0,0	-100,0
Khác	2	0,5	1	0,2	-50,0

Kết quả tại bảng 3.20 cho thấy, SCT, bà mẹ đã tăng kiến thức về các cách xử trí khoa học hơn, song song với đó, tỷ lệ biết về những các xử trí khi gặp nguy hiểm sau sinh đã giảm xuống đáng kể. Tỷ lệ lựa chọn đề tự khỏi, tự chữa, đến thầy lang khám và chữa, cúng TCT lần lượt chiếm 7,9%, 22,1%, 30,7% và 1,7%, tuy

nhiên SCT đã giảm xuống chỉ còn 1,4%, 1,4%, 1,4% và 0,0%. Trong khi đó, SCT, tỷ lệ bà mẹ biết cần phải mời CBYT đến nhà và đến cơ sở y tế nhà nước đã tăng lên, đạt lần lượt 41,2% và 81,4% (CSHQ tương ứng là 94,4% và 155,2%).

Bảng 3.11 Hiệu quả kiến thức bà mẹ về tiêm phòng cho trẻ dưới 1 tuổi

Tiêm phòng cho trẻ dưới 1 tuổi	TCT( $n_1=420$ )		SCT( $n_2=420$ )		CSHQ
	SL	TL %	SL	TL %	
Lao	95	22,6	193	46,0	103,2
Bạch hầu	45	10,7	73	17,4	62,2
Ho gà	70	16,7	128	30,5	82,9
Uốn ván	54	12,9	125	29,8	131,5
Bại liệt	45	10,7	115	27,4	155,6
Sởi	77	18,3	163	38,8	111,7

Về kiến thức tiêm phòng cho trẻ dưới 1 tuổi, tỷ lệ biết cần tiêm một phòng một số bệnh phổ biến đều đã tăng lên SCT, trong đó, chỉ số hiệu quả đạt được cao nhất là với bệnh Bại liệt (CSHQ= 155,6%), bệnh Bạch hầu có CSHQ thấp nhất, đạt 62,2%.

### 3.3. Hiệu quả can thiệp CĐTĐ qua đánh giá của bà mẹ

Bảng 3.12. Đánh giá việc thực hiện tuyên truyền, vận động về chăm sóc sức khỏe bà mẹ, trẻ em của CĐTĐ

	TCT( $n_1=420$ )		SCT( $n_2=420$ )		CSHQ
	SL	TL %	SL	TL %	
1. CSSK thời kỳ mang thai và KHHGD trong độ tuổi sinh đẻ	293	69,8	387	92,1	32,1
2. Phòng chống suy dinh dưỡng cho trẻ	294	70,0	366	87,1	24,5
3. Vận động đăng ký quản lý thai và khám thai	315	75,0	396	94,3	25,7
4. Tiêm phòng uốn ván cho mẹ	327	77,9	392	93,3	19,9
5. Đến cơ sở y tế để sinh đẻ	301	71,7	395	94,0	31,2
6. Tiêm chủng đầy đủ các loại vắc xin cho trẻ em trong độ tuổi	281	66,9	381	90,7	35,6
7. Hướng dẫn tốt cách chăm sóc trước, sau khi sinh, nuôi con bằng sữa mẹ, cách cho trẻ ăn	201	47,9	376	89,5	87,1
8. Tư vấn tốt về độ tuổi kết hôn và không nên kết hôn cận huyết	101	24,0	231	55,0	128,7

Kết quả tại bảng 3.12 cho thấy, thông qua đánh giá của phụ nữ dân tộc từ 15-49 tuổi, việc thực hiện tuyên truyền, vận động về CSSKBM-TE của CĐTĐ đã có xu hướng tốt hơn SCT. Trong đó, CĐTĐ được đánh giá tư vấn tốt về độ tuổi kết hôn và không nên kết hôn cận huyết có CSHQ cao nhất là 128,7% (tỷ lệ TCT: 24,0%, SCT: 55,0%). Ngoài ra, tỷ lệ CĐTĐ hướng dẫn tốt cách chăm sóc bản thân cho mẹ khi mang thai, sau sinh cũng đã tăng từ 47,9% TCT lên 89,5% SCT (CSHQ=87,1%).

Bảng 3.13. Đánh giá của bà mẹ về việc thực hiện chăm sóc sức khỏe bà mẹ khi mang thai của CĐTĐB

Nội dung	TCT (n <sub>1</sub> =420)		SCT (n <sub>2</sub> =420)		CSHQ %
	SL	%	SL	%	
1. Tham gia quản lý thai nghén tốt tại thôn bản	211	50,2	399	95,0	89,1
2. Chuyển tuyến kịp thời	250	59,5	364	86,7	45,6
3. Tư vấn tốt cho bà mẹ và gia đình chuẩn bị cho cuộc đẻ	271	64,5	377	89,8	39,1
4. đỡ đẻ thường ngôi chỏm khi chuyển dạ không không kịp CSYT	240	57,1	351	83,6	46,3
5. Xử trí ban đầu trường hợp xảy ra tai biến trong quá trình đẻ tại nhà và chuyển đến cơ sở khám bệnh, chữa bệnh	221	52,6	346	82,4	56,6

Bảng 3.13 cho thấy, tỷ lệ CĐTĐB tham gia quản lý thai nghén tốt tại thôn tăng từ 50,2% TCT lên tới 95,0% SCT (CSHQ=89,1%), việc xử trí ban đầu tốt và kịp thời trường hợp xảy ra tai biến (tỷ lệ này TCT là 52,6%, SCT là 82,4%). Tư vấn tốt cho bà mẹ gia đình chuẩn bị cho cuộc đẻ, phát hiện tốt trường hợp thai có nguy cơ cao và thực hiện tốt đỡ đẻ ngôi chỏm cũng có CSHQ lần lượt đạt là 39,1%, 45,6% và 46,3%.

### 3.5. Một số yếu tố ảnh hưởng đến hiệu quả can thiệp

Tại các trạm y tế xã chưa có bác sỹ; các thôn đều có đội ngũ nhân viên y tế thôn, bản hoạt động và đội ngũ cô đỡ thôn, bản cùng tham gia các hoạt động CSSKSS tại cơ sở. Ngoài ra CĐTĐB và cán bộ y tế thôn phải kiêm nhiệm khá nhiều công việc. Về cơ sở, phòng làm việc về chăm sóc sức khỏe sinh sản; chưa bố trí

được các phòng làm việc riêng, trạm y tế phải lồng ghép chung phòng đã phần nào có ảnh hưởng đến hoạt động CSSKSS tại cơ sở. Trang thiết bị chuyên ngành CSSKSS trong các xã điều tra cho thấy, trang thiết bị chuyên ngành CSSKSS của các xã điều tra đã được đầu tư, cung cấp bảo đảm theo chuẩn về trang thiết bị, còn thiếu tranh/ảnh tuyên truyền về các biện pháp tránh thai,

## **CHƯƠNG IV: BÀN LUẬN**

### **4.1. Mô tả thực trạng kiến thức và thực hành về CSSKSS của phụ nữ vùng đông người DTTS tỉnh Ninh Thuận**

#### **4.2.1. Thực trạng tiếp cận đến dịch vụ CSSKSS**

Kết quả nghiên cứu cho thấy, tỷ lệ đối tượng đã từng được nghe nói, hay biết đến một số nội dung liên quan đến CSSKSS như cách CSSKBM-TE, sinh đẻ, KHHGD là khá cao, lần lượt đạt tới 92,9%, 93,8% và 85,0%. Phương tiện giúp đối tượng này tiếp cận được với thông tin khá đa dạng, tỷ lệ biết từ nguồn là nhân viên y tế, cộng tác viên dân số, y tế thôn bản, lần lượt đạt 89,8% và 89,3%. Tiếp đến, từ cán bộ (phụ nữ, nông dân, đoàn thanh niên) và đài truyền thanh xã đều đạt 35%.

#### **4.1.2. Thực trạng chăm sóc trước sinh**

Kết quả cho thấy, chỉ có khoảng hơn 50% phụ nữ mang thai đi khám thai đủ từ 3 lần trở lên, vẫn còn có tới 10,7% bà mẹ không đi khám thai; 81,8% bà mẹ tiêm phòng uốn ván, 13,1% không được tiêm phòng ; khám thai ở trạm y tế xã chiếm 72,2%, 30,5% mời CĐTĐ đến nhà, 13,1% khám là các cơ sở y tế ở tuyến trên, 1,9% cơ sở y tế tư nhân, Thầy lang/Mụ vườn chiếm 1,7%. Họ đã được hướng dẫn đăng ký để quản lý thai nghén bởi nhân viên y tế thôn, bản/cô đỡ thôn, bản chiếm tỷ lệ cao nhất (50,85%), tiếp đến là cán bộ của trạm y tế xã (17,19%), người hướng dẫn là phụ nữ thôn chiếm 11,86%, cán bộ y tế ở tuyến huyện ở mức 10,17%..



### 4.1.3. Thực trạng chăm sóc trong sinh

Kết quả đã chỉ ra, 64,7% các bà mẹ sinh con tại các cơ sở y tế, tuy nhiên, vẫn còn có tới 28,3% phụ nữ có thai không đến cơ sở y tế để sinh đẻ mà đẻ ở nhà hoặc ngoài rừng, nương, rẫy, 1,7% đẻ rơi. Lý do không đến cơ sở y tế để sinh nguyên nhân bởi vì điều kiện đi lại khó khăn chiếm tỷ lệ cao nhất với 31,75%, do thói quen tập quán 23,81%, xa cơ sở y tế 13,49%.

Người hỗ trợ khi không đến cơ sở y tế để sinh đẻ được: người thân trong gia đình 42,06%, 23,81% y tế thôn, 19,05% do y tế xã đỡ đẻ. Vẫn còn có tới 7,14% và 7,49% người hỗ trợ đỡ đẻ là mẹ vườn hoặc tự đỡ.

### 4.1.4. Thực trạng chăm sóc sau sinh

Kết quả của chúng tôi cho thấy, tỷ lệ bà mẹ được chăm sóc sau đẻ tại nhà 6 tuần đầu là 78,3%. Thêm vào đó, tỷ lệ mà mẹ được hướng dẫn nuôi con bằng sữa mẹ là rất cao, chiếm tới 96,7%. Chăm sóc sau đẻ, tỷ lệ y tế thôn thực hiện là cao nhất, chiếm tới 61,70%, tiếp theo là y tế xã với 14,89%. Tuy nhiên, vẫn còn một tỷ lệ khá lớn người nhà hoặc mẹ vườn chăm sóc sau đẻ cho các bà mẹ (chiếm lần lượt 14,89% và 2,13%). Còn về hướng dẫn nuôi con bằng sữa mẹ, y tế thôn và y tế xã vẫn là hai lực lượng thực hiện chính, với tỷ lệ lần lượt đạt 43,10% và 37,93%. Tỷ lệ bà mẹ được người nhà và mẹ vườn hướng dẫn vẫn còn chiếm một số lượng nhất định.

### 4.1.5. Thực trạng sử dụng dịch vụ kế hoạch hóa gia đình

Kết quả về hoạt động hướng dẫn KHHGD cho các bà mẹ là 88,3%, có 10,0% ý kiến cho rằng không được hướng dẫn. Ngoài ra, trong số 371 (88,3%) các bà mẹ được hướng dẫn về KHHGD người hướng dẫn là nhân viên y tế thôn và Y tế xã chiếm tỷ lệ cao nhất, lần lượt là 32,6% và 31,0%. 21,3% được hướng dẫn bởi cán bộ dân số.

#### **4.1.6. Thực trạng khám và chữa bệnh nhiễm khuẩn đường sinh sản**

Kết quả của chúng tôi chỉ ra, tỷ lệ phụ nữ trong độ tuổi 15 đến 49 khám phụ khoa định kỳ của là 81,2%, nơi đến khám chiếm tỷ lệ cao nhất là trạm y tế xã (83,6%), tiếp đến là các cơ sở y tế tuyến huyện (9,1%), các cơ sở y tế tư nhân và tuyến tỉnh gần tương đương nhau, lần lượt là 3,8% và 3,5%.

#### **4.2. Hiệu quả can thiệp CSSKSS cho phụ nữ DTTS tỉnh Ninh Thuận.**

##### **4.3.1. Hiệu quả can thiệp chăm sóc trước sinh**

Kết quả cho thấy, SCT kiến thức của đối tượng nghiên cứu về khám thai từ 3 lần trở lên đã được cải thiện, tăng từ 36,4% lên 61,4%, chỉ số hiệu quả đạt 68,5%. Tỷ lệ bà mẹ biết cần phải tiêm hai mũi vắc xin uống ván tăng từ 63,6% TCT lên 70,2% SCT, chỉ số hiệu quả đạt được là 10,4%. SCT hiểu biết của đối tượng nghiên cứu về các dấu hiệu nguy hiểm có thể gặp phải khi mang thai đều tăng lên, chỉ số hiệu quả đạt từ 27,6% đến 68,7%. Trong đó, dấu hiệu co giật có CSHQ đạt được cao nhất (68,7%), đạt tỷ lệ từ 15,2% TCT lên 25,7% SCT. Kiến thức về các cách xử trí khi gặp các dấu hiệu nguy hiểm trong khi mang thai mang tính cô hủ, lạc hậu là khá cao: 7,1 % kể được là đẻ tự khỏi, 4,0% đẻ tự chữa, 5,2% trả lời đi khám thầy lang/Mụ vườn và 3,8% biết đến sử dụng Cúng. Tuy nhiên, SCT tỷ lệ biết về các cách này đã giảm đi, thay vào đó, kiến thức về các cách xử trí lành mạnh hơn đã tăng lên: Như mời CĐTĐ đến nhà (CSHQ: 72,5%), đến trạm y tế và trạm khám tư tăng lần lượt từ 67,9% và 10,0% lên 82,9% và 12,9%.

Kết quả nghiên cứu chỉ ra, tỷ lệ khám thai từ 3 lần trở lên của phụ nữ có thai người DTTS thiếu số từ 15-49 tuổi là 51,6% TCT đã tăng lên 68,8% SCT (CSHQ: 33,4%). Tỷ lệ không khám đã giảm từ 10% xuống còn 1%.

Tỷ lệ tiêm vắc xin phòng uốn ván của phụ nữ khai mang thai đã tăng từ 81,8% lên tới 95,7%, với CSHQ đạt được là 16,9%. Tỷ lệ đối tượng nghiên cứu mới CĐTB đến nhà, đến trạm y tế, đến cơ sở y tế tư nhân đã tăng lên, chỉ số hiệu quả lần lượt đạt 112,4%, 28,1% và 344,0%. Song song với đó, tỷ lệ phụ nữ mời thầy lang/mụ vườn khám thai đã giảm đi, từ 1,7% xuống còn 0,2%.

#### **4.2.2. Hiệu quả can thiệp chăm sóc trong sinh**

Kết quả cho thấy, về kiến thức liên quan đến lựa chọn người đỡ đẻ tốt nhất, tỷ lệ lựa chọn cán bộ y tế công là người đỡ đẻ tốt nhất trước và SCT tăng từ 65,7% lên 74,8%. Tỷ lệ các bà mẹ thay đổi kiến thức về bà đỡ mụ vườn là người đỡ đẻ tốt nhất trước và SCT giảm từ 5,2% xuống 0,7%, tỷ lệ không biết ai là người đỡ đẻ tốt nhất cũng đã giảm còn 16,9% (SCT). Tỷ lệ bà mẹ biết về triệu chứng đau bụng dữ dội khi chuyển dạ tăng từ 35,2% TCT lên 37,9% SCT. Tỷ lệ biết về triệu chứng ra nhiều máu khi chuyển dạ tăng từ 38,6% TCT lên 58,1% SCT (CSHQ đạt 50,6%). SCT, 43,3% bà mẹ biết về triệu chứng sốt, CSHQ là 142,7%. Tỷ lệ bà mẹ hiểu triệu chứng co giật, vỡ ối sớm khi chuyển dạ tăng từ 5% và 19,5% TCT lên 31,9% và 25,5% SCT, CSHQ lần lượt đạt tới 538,1% và 30,5%.

Tỷ lệ phụ nữ sinh con tại cơ sở y tế đã tăng lên, đạt 88,1% (SCT), CSHQ=30,7%. Cùng với đó, tỷ lệ sinh con tại nhà, trong rừng và đẻ rơi đã giảm dần, lần lượt đạt 28,3% và 1,7% (TCT) xuống còn 6,9% và 0,2% (SCT), CSHQ đạt được lần lượt là 75,6% và 85,7%.

Về người đỡ đẻ cho bà mẹ, phụ nữ sinh con do nữ hộ sinh ở trạm y tế đỡ đẻ TCT chỉ có 31,0% nhưng sau khi can thiệp tỷ lệ này đã được cải thiện nhiều tăng lên 65,1% (CSHQ=1005,4%). Tương tự, tỷ lệ CĐTB đỡ đẻ đã tăng từ 6,7% (TCT) lên 14,6%

(SCT), CSHQ đạt là 114,3%. Tỷ lệ người đỡ đẻ là bà mẹ vườn và người trong gia đình đã giảm, lần lượt là 16,7% và 8,8% (TCT) xuống 0,5% và 0,3% (SCT).

#### **4.2.3. Hiệu quả can thiệp chăm sóc sau sinh**

Kiến thức của bà mẹ về các biểu hiện nguy hiểm sau sinh đã tăng lên đáng kể, kết quả cho thấy, CSHQ về hiểu biết với từng biểu hiện là khá cao, đều đạt từ 61,6% đến 75,7%. Trong đó, bà mẹ biết về biểu hiện “Ra dịch âm đạo có mùi hôi” đạt CSHQ cao nhất (75,7%), tăng tỷ lệ biết đến từ 27,4% (TCT) lên 48,1% (SCT). Tuy nhiên, SCT, tỷ lệ đối tượng biết để biểu hiện chảy máu kéo dài và tăng dần vẫn là cao nhất, đạt 51,0%. Kết quả cho thấy, SCT bà mẹ đã tăng kiến thức về các cách xử trí khoa học hơn tỷ lệ lựa chọn để tự khỏi, tự chữa, đến thầy lang khám và chữa, cùng TCT lần lượt chiếm 7,9%, 22,1%, 30,7% và 1,7%, SCT đã giảm xuống chỉ còn 1,4%, 1,4%, 1,4% và 0,0%. Tỷ lệ bà mẹ biết cần phải mời CBYT đến nhà và đến cơ sở y tế nhà nước đã tăng lên, đạt lần lượt 41,2% và 81,4% (CSHQ tương ứng là 94,4% và 155,2

#### **4.2.4. Vai trò cô đỡ thôn bản trong CSSKSS**

Đánh giá chung về CĐTĐB, những người phụ nữ DTTS trong độ tuổi sinh đẻ của tỉnh Ninh Thuận đã có đánh giá tích cực hơn về CĐTĐB. CSHQ cao nhất là việc CĐTĐB đã có tranh/ảnh tuyên truyền về các biện pháp tránh thai (tỷ lệ TCT chỉ là 24,5%, SCT; 67,1%). Tiếp đến, tỷ lệ CĐTĐB được đánh giá là có túi đỡ đẻ sạch chiếm tới 82,1% SCT, CSHQ đạt được là 70,9%. Ngoài ra, tỷ lệ CĐTĐB luôn có mặt khi gọi, luôn ân cần cởi mở, chăm sóc đỡ đẻ tốt và nói chuyện được về các vấn đề chăm sóc sức khỏe bà mẹ, trẻ em cũng được cải thiện SCT, với CSHQ đạt từ 25,5% đến 47,8%.

Về thực hiện tuyên truyền, vận động tư vấn tốt về độ tuổi kết hôn và không nên kết hôn cận huyết có CSHQ cao nhất là 128,7% (tỷ lệ TCT: 24,0%, SCT: 55,0%, tỷ lệ CĐTB hướng dẫn tốt cách chăm sóc bản thân cho mẹ khi mang thai, sau sinh cũng đã tăng từ 47,9% TCT lên 89,5% SCT (CSHQ=87,1%).

Về việc thực hiện chăm sóc sức khỏe bà mẹ khi mang thai của CĐTB: tỷ lệ CĐTB tham gia quản lý thai nghén tốt tại thôn mình đã tăng từ 50,2% TCT lên tới 95,0% SCT (CSHQ=89,1%). Tiếp đến, việc xử trí ban đầu tốt và kịp thời trường hợp xảy ra tai biến (tỷ lệ này TCT là 52,6%, SCT là 82,4%). Tư vấn tốt cho bà mẹ gia đình chuẩn bị cho cuộc đẻ, phát hiện tốt trường hợp thai có nguy cơ cao và thực hiện tốt đỡ đẻ ngôi chỏm cũng có CSHQ lần lượt đạt là 39,1%, 45,6% và 46,3%. Qua đánh giá của phụ nữ DTTS, tỷ lệ CĐTB thực hiện tốt/rất tốt nhiệm vụ này tại thời điểm SCT đã đạt 63,3%, cao hơn 32,8% so với TCT, CSHQ đạt 107,8%. Tỷ lệ bà sau đẻ được CĐTB chăm sóc rất cao, có năm lên đến 96,15% ; 91,0% CĐTB hướng dẫn các cặp vợ chồng sử dụng các biện pháp tránh thai ở mức tốt (CSHQ=33,6%). Đạt CSHQ cao nhất là hướng dẫn tốt triệt sản khi đủ số con (CSHQ=104,7%). SCT, tỷ lệ CĐTB được đánh giá hướng dẫn tốt phụ nữ dùng thuốc uống tránh thai sau khi đã được cơ sở y tế cấp thuốc tránh thai, dùng thuốc cấy tránh thai, đặt dụng cụ tử cung và chồng sử dụng bao cao su đạt từ 76,2% đến 91,9%.

#### **4.4. Một số yếu tố ảnh hưởng đến hiệu quả can thiệp**

Nguồn nhân lực là một trong những nguồn lực quan trọng nhất, yếu tố quyết định trong phát triển kinh tế của mỗi ngành, mỗi vùng, mỗi địa phương. Ngành y tế là một ngành đặc thù, liên quan trực tiếp tới tính mạng và sức khỏe con người do vậy việc phát triển nguồn nhân lực y tế có vai trò đặc biệt quan trọng trong quá trình thực hiện nhiệm vụ chăm sóc, bảo vệ và nâng cao sức

khỏe nhân dân. Ngoài việc thiếu về số lượng, kết quả nghiên cứu còn chỉ ra thực tế, CĐTB và cán bộ y tế thôn phải kiêm nhiệm khá nhiều công việc. Kết quả này có sự tương đồng với thực tế đang tồn tại ở rất nhiều vùng núi, vùng đồng bào DTTS. Bên cạnh thiếu nhân lực, trình độ cán bộ y tế yếu cũng được xác định là một trong những rào cản trong triển khai các dịch vụ y tế tại cơ sở. Có thể thấy, mặc dù hiện nay đã được quan tâm hơn, nhưng thực tế tại các vùng miền núi, nơi đồng bào DTTS sinh sống, những cán bộ không có trình độ chuyên môn cao, thậm chí là không chuyên môn về y tế. Như trong số các đối tượng được đưa vào nghiên cứu định tính, chủ yếu các đối tượng tham gia mạng lưới y tế thôn bản chỉ học được hết cấp 1, một số rất ít học được đến cấp trung học cơ sở nhưng vẫn chưa tốt nghiệp.

Phong tục tập quán và những thói quen của đồng bào DTTS luôn là một trong những yếu tố gây tác động cản trở khá lớn đến việc tiếp cận và can thiệp hiệu quả về chăm sóc y tế nói chung và hoạt động CSSKSS nói riêng. Trong nghiên cứu sâu hơn của chúng tôi, yếu tố được đề cập đến là do sự mắc cỡ của chính những người phụ nữ trong độ tuổi sinh đẻ: "...Nói về phong tục tập quán ở đây, thì nói chung tại vì mình cũng là người địa phương, thì trước đây họ nói là họ mắc cỡ, là họ tới trạm là phải cởi quần ra hết, phải khám phải thế này thế kia. Khả năng đi lại không chỉ bao gồm khoảng cách từ nhà đến cơ sở y tế mà còn phụ thuộc vào chất lượng của đường xá, sự sẵn có của các loại phương tiện giao thông đặc biệt ở những vùng sâu vùng xa và điều kiện đường xá không đảm bảo đã ảnh hưởng đến việc tiếp cận cơ sở y tế của phụ nữ.

## KẾT LUẬN

### 1. Thực trạng kiến thức và thực hành CSSKSS của phụ nữ người DTTS tỉnh Ninh Thuận.

Có 67,9% bà mẹ khám thai trạm y tế, 10% đến phòng khám tư. Có 51,6 % các bà mẹ khám thai đủ 3 lần, 81,8% bà mẹ tiêm phòng uốn ván, 72,2% khám thai tại trạm y tế xã. 50,8% bà mẹ được hướng dẫn đăng ký để quản lý thai nghén bởi nhân viên y tế thôn, bản/cô đỡ thôn, bản; 28,3% phụ nữ có thai không đến cơ sở y tế sinh. Lý do không đến cơ sở y tế để sinh do điều kiện đi lại khó khăn chiếm tỷ lệ cao nhất với 31,7%.

78,3% bà mẹ được chăm sóc 6 tuần đầu sau đẻ tại nhà. 96,2% bà mẹ được hướng dẫn cách nuôi con bằng sữa mẹ. Về người chăm sóc sau đẻ và hướng dẫn nuôi con bằng sữa mẹ: cán bộ y tế thôn, nhân viên y tế thôn, bản/cô đỡ thôn, bản chiếm tỷ lệ cao nhất (61,7% và 43,1%). Có 88,3% các bà mẹ đã được hướng dẫn về KHHGD; 81,2% phụ nữ trong độ tuổi 15 đến 49 khám phụ khoa định kỳ, chủ yếu tại trạm y tế xã (83,6%).

### 2. Hiệu quả can thiệp tăng cường CSSKSS thông qua hoạt động của CDTB tại tỉnh Ninh Thuận.

Tỷ lệ bà mẹ có kiến thức về khám thai  $\geq$  ba lần chỉ là 36,4%, SCT đã tăng lên 61,4% (Chỉ số hiệu quả=68,5%). Kiến thức của các bà mẹ về số lần tiêm phòng uốn ván ở lần mang thai đầu tiên là hai mũi đã tăng từ 63,6% lên 70,2% (Chỉ số hiệu quả: 10,4%). Hiểu biết của đối tượng nghiên cứu về các dấu hiệu nguy hiểm có thể gặp phải khi mang thai đều tăng lên. Tỷ lệ khám thai  $\geq$  ba lần là 51,6% đã tăng lên 68,8% (Chỉ số hiệu quả: 33,4%).

Tỷ lệ bà mẹ có kiến thức về các dấu hiệu nguy hiểm trong khi chuyển dạ cũng tốt hơn. Tỷ lệ phụ nữ sinh con tại cơ sở y tế đã tăng lên, đạt 88,1% (SCT), chỉ số hiệu quả=30,7%. Về người đỡ đẻ cho bà mẹ, phụ nữ sinh con do nữ hộ sinh ở trạm y tế đỡ đẻ

TCTchi có 31,0%, tăng lên 65,1% SCT (Chỉ số hiệu quả=1005,4%). Chỉ số hiệu quả về hiểu biết với từng biểu hiện nguy hiểm sau sinh khá cao, đạt từ 61,6% đến 75,7%.

Đánh giá của phụ nữ dân tộc trong độ tuổi sinh đẻ về CĐTĐB SCT đã tốt hơn so với trước can thiệp. Trong đó, có chỉ số hiệu quả cao nhất là việc CĐTĐB đã có tranh/ảnh tuyên truyền về các biện pháp tránh thai (tỷ lệ TCTchi là 24,5%, SCT: 67,1%). Ngoài ra, tỷ lệ CĐTĐB luôn có mặt khi gọi, luôn ân cần cởi mở, chăm sóc đỡ đẻ tốt và nói chuyện được về các vấn đề chăm sóc sức khỏe bà mẹ, trẻ em cũng được cải thiện SCT, với chỉ số hiệu quả đạt từ 25,5% đến 47,8%.

### **KHUYẾN NGHỊ**

Chính quyền huyện Bắc Ái và Ninh Sơn có thể tiếp tục suy trì mô hình đào tạo CĐTĐB, trong đó cần đảm bảo tham gia giám sát tích cực của chính quyền xã để đánh giá lại hiệu quả đạt được của mô hình này. Ngoài ra, có thể mở rộng mô hình can thiệp ra các xã có nhiều đồng bào DTTS vùng kinh tế khó khăn.

Sở Y tế tỉnh Ninh Thuận có thể triển khai chương trình can thiệp với mô hình tương tự như ở huyện Bắc Ái và Ninh Sơn để cải thiện thực trạng CSSKSS của các phụ nữ DTTS trong độ tuổi sinh sản. Cần tiếp tục đào tạo CĐTĐB để nâng cao kiến thức về kỹ năng chuyên môn và truyền thông để các cô đỡ thực hiện nhiệm vụ được giao tốt hơn.

Tiếp tục hỗ trợ, cung cấp một số trang thiết bị cần thiết, đặc biệt là các trang thiết bị cấp cứu sản khoa và sơ sinh. Nên tập trung đào tạo và cung cấp trang thiết bị y tế cho các vùng sâu vùng xa nhưng cần phù hợp với thực trạng tình hình địa phương. Ngoài ra, cần tiếp tục bổ sung, đào tạo thêm nguồn nhân lực để hỗ trợ CSSKSS cho phụ nữ DTTS được tốt hơn