

LỜI CAM ĐOAN

Tôi cam đoan đây là công trình nghiên cứu của riêng tôi, được thực hiện một cách nghiêm túc, trung thực, đúng quy trình và đảm bảo tính khoa học.

Các số liệu và kết quả trong luận án không trùng lặp với bất kỳ công trình nghiên cứu của tác giả nào khác trong, ngoài nước và chưa được công bố, hoặc sử dụng ở bất kỳ đâu.

Tác giả

Bùi Thị Mai Hương

LỜI CẢM ƠN

Để hoàn thành bản luận án này, tôi đã nhận được rất nhiều sự giúp đỡ và hỗ trợ chân thành, hiệu quả của nhiều đơn vị, cá nhân, các thầy các cô giáo, đồng nghiệp, bạn bè, người thân trong gia đình.

Trước tiên, tôi xin trân trọng cảm ơn Ban giám đốc, Phòng Đào tạo sau đại học – Trung tâm Đào tạo và Quản lý khoa học - Viện Vệ sinh Dịch tễ trung ương tạo mọi điều kiện và giúp đỡ hỗ trợ tôi hoàn thành luận án.

Với lòng biết ơn sâu sắc, tôi xin chân thành gửi đến GS.TS. Đặng Đức Phú, PGS.TS. Nguyễn Tuấn Hưng là những người thầy đã tận tình hướng dẫn khoa học, truyền dạy cho tôi những kiến thức và kinh nghiệm quý báu của các thầy giúp tôi có thể hoàn thành cuốn luận án này.

Tôi xin gửi lời cảm ơn chân thành đến Sở Y tế, Trung tâm Chăm sóc sức khỏe sinh sản tỉnh Ninh thuận, Trung tâm Y tế của các huyện Ninh Sơn, huyện Bắc Ái và Trạm y tế xã Lâm Sơn, xã Ma Nới, xã Phước Thành, Phước Thắng, các bác sỹ, nữ hộ sinh, các cô đỡ thôn bản, và các đồng nghiệp và những bà mẹ đã chấp thuận tham gia nghiên cứu đã đồng hành, chia sẻ và giúp đỡ tôi về mọi mặt trong suốt quá trình nghiên cứu tại các địa phương.

Xin bày tỏ sự cảm ơn sâu sắc tới bố mẹ, chồng, hai con và bạn bè đã luôn ủng hộ, động viên, cho tôi thêm nghị lực để học tập và hoàn thành bản luận án này.

Hà nội, ngày 08 tháng 01 năm 2020

Bùi Thị Mai Hương

DANH MỤC TỪ VIẾT TẮT

ADB	Asian Development Bank (Ngân hàng Phát triển Châu Á)
AIDS	Acquired Immune Deficiency Syndrome (Hội chứng suy giảm miễn dịch mắc phải)
BSCK	Bác sĩ chuyên khoa
BHYT	Bảo hiểm Y tế
BYT	Bộ Y tế
CBQL	Cán bộ quản lý
CBYT	Cán bộ y tế
CĐTB	Cô đỡ thôn bản
CSSKBMTE	Chăm sóc sức khỏe bà mẹ và trẻ em
CSSKSS	Chăm sóc sức khỏe sinh sản
CSSS	Chăm sóc sau sinh
CSTS	Chăm sóc trước sinh
CSYT	Cơ sở y tế
DS-KHHGĐ	Dân số - kế hoạch hóa gia đình
DTTS	Dân tộc thiểu số
HIV	Vi rus gây suy giảm miễn dịch ở người
KCB	Khám chữa bệnh
KHHGĐ	Kế hoạch hóa gia đình
NVYTTB	Nhân viên y tế thôn bản
NKĐSS	Nhiễm khuẩn đường sinh sản
MMR	Maternal Mortality Rate (Tỷ suất tử vong mẹ)
PVS	Phỏng vấn sâu
SCT	Sau can thiệp
SKBM	Sức khỏe bà mẹ
SKSS	Sức khỏe sinh sản

TCT	Trước can thiệp
TTGDSK	Truyền thông giáo dục sức khỏe
TTB	Trang thiết bị
TTYT	Trung tâm y tế
TYTX	Trạm y tế xã
UBND	Ủy ban nhân dân
UBDS-GĐ-TE	Ủy ban Dân Số, Gia Đình và Trẻ Em (VCPFC)
UNICEF	United Nations Children's Fund (Quỹ Nhi đồng Liên hiệp quốc)
UNFPA	United Nations Population Fund (Quỹ Dân số Liên hiệp quốc)
WHO	World Health Organization (Tổ chức Y tế Thế giới)
YTTB	Y tế thôn bản

MỤC LỤC

ĐẶT VẤN ĐỀ.....	1
CHƯƠNG I: <u>TỔNG QUAN</u>	3
1.1. Một số khái niệm sử dụng trong nghiên cứu	3
1.1.1. Khái niệm về sức khỏe sinh sản.....	3
1.1.2. Chăm sóc sức khỏe sinh sản	5
1.2. Thực trạng về chăm sóc sức khỏe sinh sản trên Thế giới và Việt Nam	5
1.2.1. Trên Thế giới.....	6
1.2.2. Tại Việt Nam.....	11
1.2.3. Thực trạng chăm sóc sức khỏe sinh sản cho dân tộc thiểu số ở Việt Nam.....	18
1.3. Một số can thiệp cải thiện chăm sóc sức khỏe sinh sản trên Thế giới và tại Việt Nam	22
1.4. Mô hình hoạt động, can thiệp sử dụng cô đỡ thôn bản người dân tộc thiểu số	25
1.4.1. Mô hình cô đỡ thôn bản	25
1.4.2. Mô hình chăm sóc liên tục	27
1.4.3 Một số yếu tố liên quan, ảnh hưởng đến tình hình chăm sóc sức khỏe sinh sản của bà mẹ dân tộc ít người.....	27
1.5. Một số thông tin chung về đại bàn nghiên cứu.....	28
1.5.1. Khái quát về tình hình kinh tế xã hội.....	28
1.5.2. Tình hình chăm sóc sức khỏe sinh sản của tỉnh Ninh Thuận	29
1.5.3. Thực trạng công tác chăm sóc sức khỏe sinh sản tại các xã miền núi, vùng khó khăn của tỉnh Ninh Thuận.....	30
CHƯƠNG II ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU.....	33
2.1. Đối tượng nghiên cứu	33
2.2. Thời gian và địa điểm nghiên cứu	33
2.2.1. Thời gian	33

2.2.2. Địa điểm nghiên cứu.....	34
2. 3. Thiết kế nghiên cứu.....	36
2.4. Phương pháp nghiên cứu.....	36
2.4.1. Cỡ mẫu nghiên cứu định lượng.....	36
2.4.2. Phương pháp chọn mẫu điều tra định lượng	37
2.4.3. Phương pháp chọn mẫu điều tra định tính	38
2.5. Tổ chức thực hiện.....	38
2.5.1. Điều tra viên và giám sát viên.....	39
2.5.2. Tập huấn.....	39
2.5.3. Các hoạt động can thiệp chính	39
2.6. Phương pháp và công cụ thu thập số liệu	41
2.6.1. Thu thập số liệu thứ cấp.	41
2.6.2. Nghiên cứu định lượng (đối với phụ nữ tuổi sinh đẻ)	42
2.6.3. Nghiên cứu định tính (đối với các cán bộ y tế).....	43
2.7. Xử lý và phân tích số liệu	49
2.7.1. Nhập số liệu.....	49
2.7.2. Phân tích số liệu	49
2.7.3. Sai số, giới hạn	50
2.8. Hạn chế của nghiên cứu:	51
2.9. Vấn đề đạo đức trong nghiên cứu	51
CHƯƠNG III.....	53
KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU	53
3.1. Một số đặc điểm của đối tượng nghiên cứu.....	53
3.2. Thực trạng kiến thức và thực hành về chăm sóc sức khỏe sinh sản của phụ nữ người dân tộc thiểu số tuổi 15 đến 49.....	55
3.2.1. Thực trạng tiếp cận thông tin về chăm sóc sức khỏe sinh sản.....	55
3.2.2. Thực trạng kiến thức và thực hành chăm sóc trước sinh	57

3.2.3. Thực trạng kiến thức và thực hành chăm sóc trong sinh	59
3.2.4. Thực trạng kiến thức và thực hành về chăm sóc sau sinh	61
3.2.4. Thực trạng hoạt động kế hoạch hóa gia đình.....	62
3.2.5. Thực trạng khám chữa bệnh nhiễm khuẩn đường sinh sản	63
3.3. Hiệu quả can thiệp tăng cường chăm sóc sức khỏe sinh sản thông qua hoạt động của cô đỡ thôn bản	65
3.3.1. Hiệu quả can thiệp về chăm sóc trước sinh	65
3.3.2. Hiệu quả can thiệp về chăm sóc trong sinh.....	68
3.3.3. Hiệu quả can thiệp về chăm sóc sau sinh.....	71
3.4. Hiệu quả can thiệp cô đỡ thôn bản qua đánh giá của bà mẹ	73
3.5. Một số yếu tố ảnh hưởng đến hiệu quả can thiệp	78
CHƯƠNG IV: BÀN LUẬN.....	82
4.1. Một số thông tin chung về đối tượng nghiên cứu.....	82
4.2. Mô tả thực trạng kiến thức và thực hành về chăm sóc sức khỏe sinh sản của phụ nữ vùng đông người dân tộc thiểu số tỉnh Ninh Thuận	83
4.2.1. Thực trạng tiếp cận đến dịch vụ chăm sóc sức khỏe sinh sản của phụ nữ dân tộc thiểu số.....	83
4.2.2. Thực trạng chăm sóc trước sinh.....	84
4.2.3. Thực trạng chăm sóc trong sinh.....	86
4.2.4. Thực trạng chăm sóc sau sinh	88
4.2.5. Thực trạng sử dụng dịch vụ kế hoạch hóa gia đình	90
4.2.6. Thực trạng khám và chữa bệnh nhiễm khuẩn đường sinh sản.....	91
4.3. Hiệu quả can thiệp chăm sóc sức khỏe sinh sản cho phụ nữ dân tộc thiểu số tỉnh Ninh Thuận.	92
4.3.1. Hiệu quả can thiệp chăm sóc trước sinh	92
4.3.2. Hiệu quả can thiệp chăm sóc trong sinh	96
4.3.3. Hiệu quả can thiệp chăm sóc sau sinh	98

4.3.4. Vai trò cô đỡ thôn bản trong chăm sóc sức khỏe sinh sản.....	101
KẾT LUẬN	110
KHUYẾN NGHỊ.....	112
TÀI LIỆU THAM KHẢO	114
PHỤ LỤC	126

DANH MỤC CÁC BẢNG

Bảng 3.1. Một số đặc điểm của đối tượng nghiên cứu	53
Bảng 3.2. Phân bố dân tộc, tôn giáo của đối tượng nghiên cứu (n=420)	54
Bảng 3.3. Phân bố số lần mang thai, số con sống của các bà mẹ (n=420)	55
Bảng 3.4. Thực trạng tiếp cận chăm sóc sức khỏe sinh sản (n=420).....	55
Bảng 3. 5. Phương tiện tiếp cận được thông tin liên quan đến chăm sóc sức khỏe sinh sản (n=420)	56
Bảng 3.6. Thực trạng kiến thức về xử trí các dấu hiệu nguy hiểm khi mang thai (n=420)	57
Bảng 3. 7. Thực trạng thực hành khám thai và tiêm uốn ván của phụ nữ dân tộc thiểu số từ 15-49 tuổi (n=413).....	57
Bảng 3. 8. Địa điểm khám thai của bà mẹ (n=413)	58
Bảng 3.9. Thực hành của bà mẹ về lựa chọn nơi sinh con (n=420)	59
Bảng 3.10. Thực hành về chăm sóc sau đẻ tại nhà (6 tuần đầu) (n=420).....	61
Bảng 3.11. Người chăm sóc sau đẻ tại nhà và hướng dẫn nuôi con bằng sữa mẹ (n=329)	61
Bảng 3.12. Hiệu quả kiến thức về khám thai và tiêm phòng uốn ván	65
Bảng 3.13. Hiệu quả kiến thức về các dấu hiệu nguy hiểm khi mang thai.....	66
Bảng 3.14. Hiệu quả kiến thức xử trí các dấu hiệu nguy hiểm khi mang thai....	66
Bảng 3.15. Hiệu quả thực hành về chăm sóc SKSS trước sinh	67
Bảng 3.16. Hiệu quả kiến thức của các bà mẹ về người đỡ đẻ tốt nhất	68
Bảng 3.17. Hiệu quả kiến thức về các dấu hiệu nguy hiểm khi chuyển dạ.....	69
Bảng 3.18. Nơi bà mẹ lựa chọn sinh con và người đỡ đẻ cho bà mẹ	70
Bảng 3.19. Hiệu quả kiến thức về biểu hiện nguy hiểm sau sinh.....	71
Bảng 3.20. Hiệu quả kiến thức xử trí dấu hiệu nguy hiểm sau sinh	71
Bảng 3.21 Hiệu quả kiến thức bà mẹ về tiêm phòng cho trẻ dưới 1 tuổi	72

Bảng 3.22. Đánh giá chung của phụ nữ 15-49 tuổi về cô đỡ thôn bản.....	73
Bảng 3.23. Đánh giá việc thực hiện tuyên truyền, vận động về chăm sóc sức khỏe bà mẹ, trẻ em của cô đỡ thôn bản	74
Bảng 3.24. Đánh giá của bà mẹ về việc thực hiện chăm sóc sức khỏe bà mẹ khi mang thai của cô đỡ thôn bản.....	75
Bảng 3.25. Đánh giá của phụ nữ từ 15-49 tuổi về hướng dẫn thực hiện kế hoạch hóa gia đình của cô đỡ thôn bản.	77

DANH MỤC CÁC BẢN ĐỒ VÀ BIỂU ĐỒ

Bản đồ 2.1: Phân bố địa lý tỉnh Ninh Thuận.....	35
Biểu đồ 3.2. Người hướng dẫn đăng ký, theo dõi quản lý thai (n=413).....	58
Biểu đồ 3.3. Lý do không đến cơ sở y tế để sinh (n=126).....	59
Biểu đồ 3.4. Người hỗ trợ khi không đến cơ sở y tế để sinh đẻ (n=126)	60
Biểu đồ 3.5. Được hướng dẫn về kế hoạch hóa gia đình (n=420).....	62
Biểu đồ 3.6. Người hướng dẫn về kế hoạch hóa gia đình (n=371).....	62
Biểu đồ 3.7. Khám phụ khoa định kỳ (n=420)	63
Biểu đồ 3.8. Nơi đến khám phụ khoa (n=341)	63
Biểu đồ 3.9. Lý do các bà mẹ không đi khám phụ khoa định kỳ (n=72).....	64
Biểu đồ 3.10. Đánh giá về thực hiện theo dõi, chăm sóc bà mẹ và trẻ sơ sinh ít nhất 2 giờ đầu sau sinh của cô đỡ thôn bản (n ₁ =420; n ₂ =420).....	76

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. Thành quả của sự nỗ lực đó là sức khỏe của phụ nữ đã được cải thiện rõ rệt trong vài thập kỷ qua. Tổng kết Mục tiêu Thiên niên kỷ, Việt Nam đã giảm được tỷ suất tử vong mẹ từ 233/100.000 trẻ đẻ sống vào năm 1990 xuống còn 59/100.000 vào năm 2015, giảm hơn 70% tỷ lệ tử vong mẹ trong giai đoạn này [3].

Tuy nhiên, không phải tất cả các phụ nữ của đều có cơ hội nhận được những dịch vụ chăm sóc cần có. Sự khác biệt về tiếp cận dịch vụ theo vùng miền, nhóm dân tộc thiểu số đang là thách thức lớn nhất trong việc bảo đảm công bằng trong chăm sóc y tế. Kết quả của một số nghiên cứu cho thấy tỷ lệ khám thai theo khuyến nghị của Bộ Y tế ở người dân tộc thiểu số chỉ đạt 33%; tỷ lệ chăm sóc tại cuộc đẻ và sau đẻ cũng thấp hơn nhiều so với nhóm dân tộc Kinh. Tỷ lệ phụ nữ dân tộc thiểu số sinh con tại nhà rất cao (từ 40-60%) ở các tỉnh miền núi phía Bắc và Tây Nguyên [61]. Ngoài ra, tử vong mẹ vẫn còn rất cao ở vùng núi, vùng có điều kiện kinh tế khó khăn, vùng có nhiều người dân tộc thiểu số. Theo báo cáo của Vụ sức khỏe bà mẹ trẻ em các năm 2013 – 2014, tử vong mẹ trong các nhóm dân tộc thiểu số cao hơn 04 lần so với nhóm dân tộc Kinh [61]. Nghiên cứu gần đây nhất ở 7 tỉnh miền núi phía Bắc cho thấy tử vong mẹ ở vùng khó khăn là 143/100.000, cao gấp gần 4 lần so với vùng có kinh tế phát triển (39/100.000), ở dân tộc thiểu số cao gấp khoảng 7 lần so với người Kinh, ở dân tộc H'mông cao hơn 7 lần so với người dân tộc Tày. Tỷ suất tử vong mẹ đẻ tại nhà cao gấp 3,6 lần so với nhóm đẻ tại cơ sở y tế [8].

Can thiệp giảm sự khác biệt giữa các vùng miền, đặc biệt là giữa dân tộc thiểu số và người Kinh đang là một vấn đề trọng tâm của Chiến lược chăm sóc, nâng cao sức khỏe bà mẹ đến năm 2020 [9]. Một trong những can thiệp đó là đào tạo, sử dụng cô đỡ thôn bản trong chăm sóc sức khỏe phụ nữ ở những vùng khó khăn. 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 dân tộc thiểu số đang sinh sống vùng khó khăn [28]. Công tác Chăm sóc sức khỏe sinh sản cho bà mẹ trẻ em tại các xã vùng dân tộc thiểu số rất hạn chế, tại các xã miền núi tỷ suất sinh thô còn khá cao, riêng huyện Bác Ái 22‰, tỷ lệ sinh con thứ 3 trở lên 2,28‰. Tình trạng tảo hôn vẫn tồn tại và diễn ra tại vùng đồng bào dân tộc thiểu số, theo số liệu thống kê sơ bộ của các cộng tác viên dân số, năm 2017 có 167 trường hợp trong độ tuổi từ 13 đến dưới 18 tuổi đã kết hôn, tập trung nhiều là huyện Bác Ái 43 trường hợp, huyện Ninh Sơn 22 trường hợp, huyện Ninh Phước 20 trường hợp, bởi vậy công tác chăm sóc sức khỏe sinh sản cho các bà mẹ trước trong và sau sinh rất cần được quan tâm [2]. 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 dân tộc thiểu số 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 chăm sóc sức khỏe sinh sản của phụ nữ dân tộc thiểu số 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 chăm sóc sức khỏe sinh sản của cô đỡ thôn bản tại địa bàn nghiên cứu (2013-2016).

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 Cairô - 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”. Ở Việt Nam, chăm sóc SKSS và dân số được lồng ghép với nhau trong Chiến lược dân số và sức khỏe sinh sản giai đoạn 2011-2020 đã được Thủ tướng Chính phủ phê duyệt năm 2011 với mục tiêu chính là nâng cao chất lượng dân số, cải thiện tình trạng sức khỏe sinh sản và 11 mục tiêu cụ thể cho cả 2 lĩnh vực SKSS và dân số tương ứng với nhiệm vụ đó, CSSKSS bao gồm các nội dung: Chăm sóc bà mẹ khi mang thai, khi đẻ và sau khi đẻ; Thực hiện tốt KHHGĐ; Giảm nạo, phá thai và phá thai an toàn; Giáo dục SKSS vị thành niên; Phòng chống các bệnh nhiễm khuẩn đường sinh sản; các bệnh lây truyền qua đường tình dục; Phòng chống ung thư vú và các loại ung thư ở bộ phận sinh dục; Phòng chống nguyên nhân gây vô sinh; Giáo dục tình dục, sức khỏe người cao tuổi và bình đẳng giới [30].

Làm mẹ an toàn (LMAT) là nội dung quan trọng của SKSS. Thuật ngữ “Làm mẹ an toàn” ra đời vào cuối thập kỷ 80 do tầm quan trọng của việc chăm sóc sức khỏe, bảo đảm an toàn cho phụ nữ khi mang thai và sinh đẻ. Nhân viên y tế thôn bản làm công tác chăm sóc sức khỏe ban đầu.

Cô đỡ thôn bản là nhân viên y tế thôn bản làm công tác chăm sóc sức khỏe bà mẹ và trẻ em ở thôn, bản có nhiều người dân tộc thiểu số sinh sống, còn tồn tại phong tục, tập quán không đến khám thai, quản lý thai và đẻ tại cơ

sở khám bệnh, chữa bệnh hoặc thuộc vùng có điều kiện kinh tế - xã hội đặc biệt khó khăn, có diện tích rộng, giao thông khó khăn, phức tạp, khả năng tiếp cận của người dân với cơ sở khám bệnh, chữa bệnh hạn chế (sau đây gọi là thôn, bản còn có khó khăn về công tác chăm sóc sức khỏe bà mẹ và trẻ em). Điều này hàm ý nói về quyền của phụ nữ và nam giới được thông tin và tiếp cận các biện pháp kế hoạch hóa gia đình (KHSGĐ) an toàn, hiệu quả, dễ dàng và thích hợp nhằm điều hoà việc sinh đẻ không trái với pháp luật, quyền được tiếp cận với các dịch vụ chăm sóc sức khỏe thích hợp giúp cho người phụ nữ trải qua thai nghén và sinh đẻ an toàn, và tạo cho các cặp vợ chồng những điều kiện tốt nhất để có đứa con khỏe mạnh” [59].

SKSS là một thành phần của vấn đề sức khỏe, nhưng SKSS khác biệt một cách cơ bản so với hầu hết mối quan tâm về sức khỏe khác bởi đặc trưng liên quan đến các hoạt động sinh sản. Cho dù cả nam và nữ đều tham gia vào các hoạt động này song việc mang thai, sinh đẻ, nuôi con bằng sữa mẹ vẫn là đặc quyền của phụ nữ. Do đó, phụ nữ được coi là trọng tâm của SKSS và SKSS là cốt lõi của sức khỏe phụ nữ [10].

SKSS luôn là mối quan tâm của cả cuộc đời người phụ nữ bởi sự liên quan và dễ đưa đến những nguy cơ rủi ro về sức khỏe từ tình dục và sinh sản. Phần lớn gánh nặng sức khỏe của phụ nữ đều liên quan tới tình dục và sinh sản đặc biệt là đối với phụ nữ trong độ tuổi sinh sản, tỷ lệ này là 40% ở vùng Châu Phi - cận Sahara và hơn 20% ở các nước đang phát triển. Bảo vệ sức khỏe cho bà mẹ nói chung và SKSS nói riêng là vấn đề mà bất kỳ quốc gia nào cũng có sự quan tâm đặc biệt.

Theo bản kế hoạch hành động sau Hội nghị quốc tế về Dân số và Phát triển (ICPD) tại Cairô - Ai Cập năm 1994 đưa ra 10 nội dung của SKSS gồm: Làm mẹ an toàn, kế hoạch hoá gia đình, nạo hút thai an toàn, vô sinh, phòng tránh và điều trị bệnh lây truyền qua đường tình dục và HIV/AIDS, nhiễm

trùng đường sinh sản, phòng chống u đường sinh dục, SKSS vị thành niên, giáo dục giới tính, tình dục, CSSKTE, thông tin, giáo dục, truyền thông.

Tuy nhiên, ở mỗi nước trong từng thời điểm khác nhau sẽ có sự lựa chọn những vấn đề ưu tiên riêng cho quốc gia mình.

1.1.2. Chăm sóc sức khỏe sinh sản

Chăm sóc sức khỏe sinh sản (CSSKSS) được định nghĩa “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”. Trong đó, CSSKSS còn bao hàm cả những vấn đề đảm bảo cuộc sống tình dục lành mạnh, an toàn và hoà hợp, như vậy CSSKSS cho phụ nữ (Chăm sóc thai nghén, KHHGD, phòng chống các bệnh lây truyền qua đường tình dục và HIV/AIDS, nhiễm trùng đường sinh sản...) chỉ thực sự có hiệu quả khi chúng được lồng ghép với nhau trong một tổng thể không thể tách rời [10].

1.2. Thực trạng về chăm sóc sức khỏe sinh sản trên Thế giới và Việt Nam

CSSKSS là tập hợp các phương pháp, kỹ thuật và dịch vụ bao trùm tất cả các phương diện liên quan đến hệ thống sinh sản trong suốt các giai đoạn của cuộc đời. Vì thế, để tập trung cho chăm sóc đối tượng phụ nữ tuổi sinh đẻ, các can thiệp về làm mẹ an toàn được coi là là những nội dung chính của SKSS. Thuật ngữ “Làm mẹ an toàn” ra đời vào cuối thập kỷ 80 nhằm chăm sóc bảo đảm an toàn cho phụ nữ khi mang thai và sinh đẻ. Sáng kiến về làm mẹ an toàn (LMAT) đã được hơn 100 quốc gia chọn làm chương trình hành động cho các hoạt động chăm sóc bà mẹ và trẻ sơ sinh. Mục tiêu của chương trình LMAT là giảm tử vong và bệnh tật của bà mẹ và trẻ sơ sinh ở các nước đang phát triển. Các dịch vụ trong chương trình LMAT bao gồm, chăm sóc thai nghén, trong và sau đẻ; Cấp cứu sản khoa; Phòng và xử trí tai biến liên quan đến nạo phá thai không an toàn; Dịch vụ kế hoạch hóa gia đình; Giáo dục sức khỏe và cung cấp dịch vụ cho đối tượng vị thành niên và giáo dục sức

khỏe tại cộng đồng. Ở Việt nam, CSSKSS và dân số được lồng ghép với nhau trong Chiến lược dân số và sức khỏe sinh sản giai đoạn 2011-2020 đã được Thủ tướng Chính phủ phê duyệt năm 2011 với mục tiêu chính là nâng cao chất lượng dân số, cải thiện tình trạng sức khỏe sinh sản và 11 mục tiêu cụ thể cho cả 2 lĩnh vực SKSS và dân số.

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 đựng những biến chứng nguy hiểm về sau này. Các nguyên nhân thường là vấn đề chăm sóc y tế đối với phụ nữ hoặc chăm sóc sức khỏe sinh sản đối với các phụ nữ có thai [96].

1.2.1.1. Chăm sóc trước sinh

Chăm sóc trước sinh là những chăm sóc sức khỏe cho phụ nữ tính từ thời điểm có thai cho đến trước khi đẻ nhằm đảm bảo cho quá trình mang thai được an toàn, sinh con khỏe mạnh; tập trung chủ yếu vào một số hoạt động như khám thai, tiêm phòng uốn ván, phát hiện các dấu hiệu nguy hiểm và kịp thời điều trị, truyền thông về dinh dưỡng và giữ vệ sinh cho phụ nữ trong quá trình mang thai. Chăm sóc trước sinh cũng là dịp để phụ nữ được tư vấn về chuẩn bị cho cuộc đẻ, dự định nơi sinh con và các chăm sóc thiết yếu khi trẻ sơ sinh ra đời như nuôi con bằng sữa mẹ, giữ ấm, tiêm phòng v.v.[4], [5].

Chăm sóc phụ nữ trong thời kỳ mang thai rất quan trọng và cần thiết để phát hiện kịp thời các nguy cơ, các bệnh lý của người mẹ có thể xuất hiện do thai nghén ví dụ thiếu máu, nhiễm độc thai nghén [43]. Chăm sóc thời kỳ này

tốt sẽ giảm thiểu được tử vong và bệnh tật cho cả mẹ và con.

Mỗi năm có khoảng 550.000 trẻ sơ sinh chết vì uốn ván, trong đó có 220.000 trường hợp ở khu vực Đông Nam Á chiếm 37% uốn ván trên Thế giới [35].

Theo Caro Bellamy, giám đốc điều hành Quỹ Nhi đồng Liên Hiệp Quốc (UNICEF) năm 2009 tỷ lệ phụ nữ độ tuổi 15-49 có thai được cán bộ y tế khám thai ít nhất 1 lần các nước đang phát triển là 77% và các nước kém phát triển là 64%, thấp nhất là khu vực Nam Á là 68%, cao nhất là khu vực Mỹ La tinh và khu vực Caribe là 94% [94], [93]. Tỷ lệ khám thai còn thấp hơn nhiều như ở các quốc gia có xung đột sắc tộc và chiến tranh như Afghanistan (16%), Somalia (26%), Ethiopia (28%), Lào (35%), Nepal (44%), Ấn Độ (74%), Miến Điện (76%), Ma-lai-xi-a (79%), Philippin (88%), Thái Lan (98%), Australia (100%) và Việt Nam (91%) [94], [93]. Số liệu của Tổ chức Y tế thế giới năm 2019 cho thấy, vào năm 2015, ước tính có khoảng 300 000 phụ nữ đã chết trong mang thai và sinh nở. Hầu hết tất cả các trường hợp tử vong mẹ (95%) xảy ra ở các nước thu nhập thấp và trung bình thấp, và gần hai phần ba (65%) xảy ra ở Khu vực Châu Phi [88].

Theo báo cáo của WHO, tại các nước đang phát triển, tỷ lệ phụ nữ khám thai đủ 3 lần khoảng từ 10% đến hơn 90%; đặc biệt phụ nữ nghèo ở các vùng nông thôn không khám thai đủ theo quy định [102]. Tuy nhiên, báo cáo này không đề cập đến chất lượng của khám thai như có đảm bảo khám thai vào mỗi thai kỳ hoặc nội dung của khám thai có đảm bảo hay không. Nhìn chung, các nghiên cứu trên thế giới thường chỉ đề cập đến số lượng chứ không đề cập đến chất lượng của khám thai. Việc phát hiện chất lượng khám thai đòi hỏi những nghiên cứu hết sức phức tạp và tốn nhiều nguồn lực.

Một cuộc điều tra ở Ấn Độ cho thấy khoảng 60% phụ nữ cảm thấy chăm sóc thai nghén là không cần thiết [87]. Nghiên cứu tại tỉnh Amhui

Trung Quốc cho thấy hơn một nửa số người phụ nữ khám thai lần đầu tiên vào tuần thứ 13 của thai kỳ, 36% khám thai ít hơn 5 lần và khoảng 9% không khám thai lần nào và lý do chính của việc không khám thai là do người phụ nữ cho rằng việc khám thai là không cần thiết [103].

1.2.1.2. Chăm sóc trong sinh

Quá trình chuyển dạ cũng tiềm ẩn nhiều nguy cơ hay những biến chứng nguy hiểm có ảnh hưởng đến sức khỏe của bà mẹ và thai nhi. Chuyển dạ kéo dài nhiễm khuẩn ối (nước ối xanh, nâu, vàng bẩn), ra máu âm đạo nhiều, sốt cao, ngôi thai bất thường, co giật ...là những dấu hiệu nguy hiểm trong thời kỳ chuyển dạ cần được phát hiện và xử trí kịp thời để tránh những rủi ro không mong muốn cho thai phụ và thai nhi [44]. Tử vong mẹ liên quan trực tiếp đến cuộc đẻ chiếm phần lớn trong số tử vong mẹ. Nguyên nhân chính là do chảy máu, nhiễm trùng, uốn ván, vỡ tử cung, sản giật [16]. Vì vậy, chăm sóc trong sinh được coi là yếu tố then chốt trong các can thiệp giảm tử vong mẹ, đặc biệt là ở các nước đang phát triển.

Theo ước tính của WHO, UNICEF, UNFPA năm 2013 tại 183 quốc gia có 289 nghìn trường hợp tử vong mẹ tương đương tỷ lệ tử vong mẹ 210/100.000 trẻ đẻ sống. Chỉ số này được cho là đã giảm 45% trong giai đoạn 1990 – 2013 [12], [99]. Tuy nhiên, tình trạng tử vong mẹ còn rất chênh lệch giữa các nước phát triển và nước đang phát triển; 99% số ca tử vong mẹ tập trung ở các nước đang phát triển (286.000) điển hình 02 khu vực cận sa mạc Sahara (179.000) khu vực Nam Á (69.000). Tỷ lệ tử vong mẹ tại các nước đang phát triển cao gấp 14 lần nước phát triển (230 so với 16); các quốc gia có tỷ lệ tử vong mẹ cao nhất thuộc khu vực châu Phi ước tính 1/38 so 1/3700. Nguy cơ tử vong của phụ nữ trong quá trình thai nghén và sinh con của vùng nghèo nhất thế giới là 1/6 so với 1/30.000 ở Thụy điển [94].

Ở những nước có thu nhập cao chỉ có 1% bà mẹ tử vong. Nguy cơ phụ nữ bị chết do biến chứng trong thời gian mang thai hoặc khi sinh tại Ni-giêria là 1/7 trong khi tại Ai-len chỉ là 1/48.000. Ngoài ra, tử vong mẹ cao ở các vùng nông thôn, vùng nghèo và cộng đồng có học vấn thấp. Tại ngoại ô Sahara Châu Phi, nơi có tỷ lệ tử vong mẹ cao nhất thế giới, chỉ 40% ca sinh do nữ hộ sinh, y tá hoặc bác sĩ đỡ [103]. Một nghiên cứu tại Nam Phi có 55,9% ca sinh tại cơ sở y tế công và 44,1% sinh tại nhà (phần lớn không có sự trợ giúp của bà đỡ dân gian). Những người phụ nữ sống gần các bệnh viện (OR = 2,87), những người có học vấn cao hơn (OR = 1,55), những người có khả năng chi phí cho đi lại để đến trạm y tế gần nhất (OR = 1,77) và những người neo đơn (OR = 1,58) có xu hướng đẻ tại cơ sở y tế công. Các bà mẹ đã từng sinh con hoặc mẹ chồng có ảnh hưởng rất nhiều đến sự lựa chọn nơi sinh của bà mẹ [77].

Một nghiên cứu ở Ấn Độ cho thấy tỷ lệ bà mẹ sinh tại nhà 37% (n = 559), tại y tế tư nhân chiếm 32% (n = 493) và 31% (n = 454) là tại y tế công [87]. Việc sinh con ở các cơ sở y tế phụ thuộc vào điều kiện kinh tế, những phụ nữ có điều kiện kinh tế khá giả thường sinh con tại các bệnh viện và những phụ nữ nghèo thường sinh con tại nhà, chính vì vậy đã có khoảng cách lớn giữa tình trạng sức khỏe của những phụ nữ giàu và nghèo [90].

Khi lựa chọn nơi sinh, phụ nữ sống ở khu vực nông thôn và miền núi cao, vùng sâu vùng xa và các bà mẹ sinh nhiều con có xu hướng sinh tại nhà, trong khi bà mẹ nhiều tuổi có tiếp xúc với phương tiện truyền thông thường xuyên và khám thai ≥ 3 lần thì sinh tại y tế công nhiều hơn [83].

1.2.1.3. Chăm sóc sau sinh

Theo hướng dẫn của WHO năm 1998 chỉ rõ thực hiện chăm sóc sau sinh nên theo mô hình 6-6-6-6. Bao gồm 3-6 giờ sau sinh, 3-6 ngày, 6 tuần và 6 tháng sau sinh. Tuy nhiên, chăm sóc sau sinh trên thực tế cần tiến hành

sớm để khuyến khích các hành vi và thực hành chăm sóc kịp thời. Những thực hành này bao gồm: cho trẻ bú ngay và cho bú hoàn toàn bằng sữa mẹ, giữ trẻ đủ ấm, giữ sạch rốn, xác định các dấu hiệu nguy hiểm đúng thời điểm để kịp thời điều trị. Đối với bà mẹ, những thực hành này bao gồm kiểm soát chảy máu, kiểm soát đau, nhiễm khuẩn, tư vấn chăm sóc vú và cho bú, tư vấn về dinh dưỡng, chăm sóc trẻ và KHHGĐ.

Phần lớn những phụ nữ Palestine coi việc thăm khám sau sinh là cần thiết chiếm 66,1% nhưng chỉ có 36,6% có khám lại sau sinh. Bởi vì 85% phụ nữ cho rằng họ không bị bệnh, họ hoàn toàn khỏe mạnh do đó không cần phải khám lại sau sinh, 15,5% không khám lại sau sinh vì không được bác sĩ dặn phải khám lại những phụ nữ đã gặp khó khăn trở ngại trong khi sinh con những lần trước, phụ nữ sinh mổ hoặc có can thiệp thủ thuật trong khi sinh, có xu hướng khám lại sau sinh cao hơn những phụ nữ sinh thường, các phụ nữ sinh tại y tế tư nhân khám lại sau sinh cao hơn sinh tại y tế công [66].

Tại Nepal, tỷ lệ phụ nữ khám lại sau sinh ở mức thấp chiếm 34%, chỉ 19% được khám lại trong vòng 48 giờ sau sinh. Ý thức quan tâm đến sức khỏe của người phụ nữ kém là trở ngại chính cho việc sử dụng dịch vụ chăm sóc sau sinh. Nghề nghiệp, dân tộc, số lần mang thai, số con của bà mẹ và tình trạng kinh tế - xã hội, nghề nghiệp và giáo dục của người chồng là những yếu tố có liên quan có ý nghĩa thống kê đến việc sử dụng dịch vụ chăm sóc sau sinh của các bà mẹ. Kết quả phân tích đa biến cho thấy các yếu tố như tình trạng kinh tế, nghề nghiệp và khám thai đầy đủ là những yếu tố quan trọng có liên quan đến việc khám lại sau sinh. Ngoài ra, phụ nữ gặp những vấn đề sức khỏe trong khi sinh có xu hướng tìm kiếm dịch vụ chăm sóc sau sinh [86].

Một nghiên cứu tại vùng nông thôn của Tanzania, phụ nữ thường rất tích cực trong việc khám thai và khám lại sau khi sinh. Lý do phổ biến mà

các phụ nữ vùng này thường khám thai lần đầu muộn là để giảm số lần đi lại vì họ lo sợ gặp trở ngại trên đường đến bệnh viện cũng như giảm chi phí vì họ không đủ tiền. Sợ hãi phải mổ sinh cũng là một yếu tố gây trở ngại khi chọn sinh tại bệnh viện, vấn đề chăm sóc sau sinh cho các bà mẹ tại cơ sở y tế chưa đầy đủ, thiếu nhân viên y tế, thiếu trang thiết bị và các khoản tiền trợ cấp [76]. Một nghiên cứu tiến hành tại Bangladesh, tỷ lệ bà mẹ có khám thai là 93% và khám lại sau sinh chỉ có 28%. Có một số yếu tố ảnh hưởng đến sự công bằng trong sử dụng dịch vụ chăm sóc sức khỏe bà mẹ như khoảng cách địa lý, khu vực cư trú, học vấn của cả bà mẹ và chồng [63]. Có sự khác biệt trong việc sử dụng dịch vụ chăm sóc sức khỏe bà mẹ giữa người nghèo và người giàu như người giàu khám lại sau sinh cao gấp 1,5 lần so với người nghèo (95% CI: 1,05-2,25). Biến chứng trong thời gian mang thai và số lần khám thai có ảnh hưởng việc sử dụng dịch vụ chăm sóc sau sinh [63].

1.2.2. Tại Việt Nam

Hướng dẫn quốc gia về chăm sóc sức khỏe sinh sản năm 2009 của Việt Nam quy định các thời điểm chăm sóc sau sinh cần thiết nhất là trong ngày đầu sau đẻ; tuần đầu tiên sau đẻ và sáu tuần đầu tiên sau đẻ [6].

1.2.2.1. Chăm sóc trước sinh

Theo Tổng cục thống kê năm 2014, Việt Nam là nước có số dân lớn thứ 3 trong khu vực Đông Nam Á và đứng thứ 13 trong số những nước đông dân nhất thế giới. Kết cấu dân số trẻ với tỷ lệ tăng dân số khoảng 1,06 % mỗi năm, tỷ suất sinh thô 17,2 trẻ đẻ sống/1000 dân, số con trung bình của một phụ nữ là 2,09 con [34]. Điều đó có nghĩa là số phụ nữ ở độ tuổi sinh đẻ chiếm tỷ lệ cao, nhưng 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.

Trong bối cảnh như vậy, các can thiệp chăm sóc trước sinh đã đạt được nhiều thành tích đáng kể. Theo số liệu báo cáo tổng kết của Vụ Sức khỏe Bà

mẹ - Trẻ em năm 2016, tỷ lệ quản lý thai trong toàn quốc đạt tới 97%, phủ hầu khắp các vùng trong cả nước [61]. Số lần khám thai từ 3 lần trở lên trong 3 thai kỳ đạt 90%, tỷ lệ phụ nữ mang thai được tiêm đủ 2 mũi phòng uốn ván vẫn duy trì ở mức cao (95,1%), kết quả là vẫn duy trì được thành tựu loại trừ uốn ván sơ sinh đã được Tổ chức Y tế công nhận năm 2005.

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, với tỷ lệ khám đúng theo khuyến nghị ít nhất là một lần trong mỗi thai kỳ $> 86\%$ nhưng sự khác biệt vẫn tồn tại. Theo báo cáo MICS, 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 dân tộc thiểu số [33].

Theo nhiều kết quả nghiên cứu tỷ lệ khám thai của các bà mẹ vẫn còn thấp, nguyên nhân là do nhận thức về sự cần thiết phải đi khám thai của các bà mẹ còn kém, điều kiện kinh tế của mỗi gia đình, khoảng cách từ nhà tới cơ sở y tế khá xa, không có đủ tiền hoặc quá bận không có thời gian [98], [80], [81].

Báo cáo tổng quan các nghiên cứu về chăm sóc SKSS tại Việt Nam giai đoạn 2000-2005 của Quỹ Dân số Liên Hiệp quốc có khoảng 1/10 đến 1/3 số phụ nữ không đi khám thai khi mang thai, số phụ nữ khám thai ít nhất 3 lần thay đổi từ 1/5 cho đến 1/3 phụ thuộc vào tôn giáo và nơi ở của phụ nữ. Tính bình quân, số lần khám thai trung bình của một phụ nữ khi mang thai là 2,7 lần ở khu vực miền núi và 3,7 lần ở khu vực đồng bằng. Tỷ lệ phụ nữ khám thai trên 3 lần trung bình toàn quốc là 88,3%. Vùng Tây Bắc và Tây Nguyên vẫn là 2 vùng khó hơn mới chỉ đạt 70,1% và 79,2%.. Trình độ văn hóa, thu nhập và kiến thức về CSSS có ảnh hưởng rõ rệt đến việc sử dụng các dịch vụ (khám thai, tiêm phòng uốn ván, và uống viên sắt) [27][92]. Nghề nghiệp của các bà mẹ cũng có ảnh hưởng không nhỏ đến tỷ lệ khám thai đầy đủ của các

bà mẹ. Tỷ lệ phụ nữ làm nghề nông khám thai đủ 3 lần thấp hơn so với các phụ nữ làm nghề khác. Một nghiên cứu khác tại Huế cho biết 2,1% bà mẹ không đi khám thai lần nào. Tỷ lệ các bà mẹ người dân tộc thiểu số Tà Oi khám thai đủ 3 lần thấp hơn các nhóm bà mẹ dân tộc khác [82]. Trong khi đó tại một số khu vực khác trong nước như Thanh Hóa, tỷ lệ các bà mẹ không khám thai lần nào tại Nhũ Thanh và Ngọc Lặc tương ứng 2,9% và 1,4% [80]; Vĩnh Long 2,5% [98]. Nghiên cứu của Nguyễn Thị Như Tú tại Bình Định năm 2009 đã chỉ ra một số lý do khiến các bà mẹ không đi khám thai như: không biết thời điểm mang thai, nơi ở quá xa trạm y tế, giao thông khó khăn, bận rộn với mùa vụ và con cái, ỷ lại trông chờ sự mời gọi, nhắc nhở của y tế thôn, nhận thức chưa đúng về việc chăm sóc thai sản, có thai nhưng chưa kết hôn ... [23].

Báo cáo tổng quan các nghiên cứu về chăm sóc sức khỏe sinh sản tại Việt Nam năm 2007 của Quỹ Dân số Liên Hiệp Quốc thì khoảng 1/2 đến 2/3 thai phụ ở các vùng miền núi và vùng xa không được tiêm bất kỳ mũi vacxin phòng uốn ván nào [92], tuy nhiên, đến năm 2011, đã có tới 77,5% được bảo vệ phòng uốn ván [37]. Tỷ lệ các bà mẹ được tiêm đủ 2 mũi uốn ván cũng khác nhau giữa các vùng miền và dân tộc, tỷ lệ này tại Huế là 93,9% [82]; Nhũ Thanh, Ngọc Lặc (Thanh Hóa) tương ứng 78,9% và 81,9% [80]; Thái Nguyên 86,6% [81], tỷ lệ tiêm phòng vaccine phụ thuộc nhiều vào các yếu tố: nhận thức, chất lượng dịch vụ y tế, trình độ văn hóa, thu nhập kinh tế. Trên thực tế các bà mẹ dân tộc sống ở vùng cao việc đi đến các cơ sở y tế rất khó khăn, phương tiện chủ yếu là đi bộ, mất nhiều thời gian đi lại, thiếu thông tin về lịch tiêm chủng, mạng lưới y tế thôn bản vừa mỏng và yếu. Nguyên nhân khác là do đa số các bà mẹ không biết rõ mục đích của việc tiêm phòng vaccine phòng uốn ván nên không chủ động, tự giác đi tiêm phòng [23].

1.2.2.2. Chăm sóc trong sinh

Ở Việt Nam, bà mẹ có hai lựa chọn nơi sinh: sinh ngoài cơ sở y tế (sinh tại nhà hoặc sinh ở nhà các bà mụ vườn) và sinh tại cơ sở y tế (y tế tư nhân hoặc trạm y tế xã và các cơ sở y tế tuyến cao hơn). Theo cuộc điều tra về thực trạng tình hình dịch vụ làm mẹ an toàn ở nông thôn Việt Nam cho thấy tỷ lệ sử dụng dịch vụ y tế cho cuộc đẻ khác nhau ở các tỉnh khác nhau, trong đó chiếm tỷ lệ cao nhất vẫn là trạm y tế xã và bệnh viện huyện; người đỡ đẻ cho các sản phụ cũng khác nhau ở các tỉnh khác nhau [41]. Tỷ lệ sản phụ được người có chuyên môn đỡ đẻ cao nhất ở những tỉnh đồng bằng (Hà Tây trước đây, Kiên Giang) và thấp nhất ở những tỉnh miền núi (Đắc Lắc) và còn một tỷ lệ khá lớn các bà mẹ sinh con với sự giúp đỡ của các bà mụ vườn (14,3% ở Đắc Lắc và 13,3% ở Cao Bằng). Trong các phụ nữ đẻ tại nhà thì 35,4% số người được nhận gói đẻ sạch, song họ chỉ sử dụng được một số dụng cụ trong gói đẻ sạch này [78]. Một nghiên cứu về đẻ tại nhà ở tỉnh Ninh Bình chỉ ra tỷ lệ băng huyết là 3,3%, trẻ được cắt rốn với dụng cụ không hợp vệ sinh là 30,6% và 41,7% trường hợp không đạt tiêu chuẩn vệ sinh khác [72]. Các tai biến được báo cáo còn cao hơn nhiều trong số các phụ nữ dân tộc ở các vùng miền núi vì điều kiện thiếu vệ sinh, thiếu người đỡ được đào tạo và các phong tục lạc hậu. Thực trạng SKSS của các phụ nữ dân tộc thiểu số cũng 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 dân tộc thiểu số, vẫn tồn tại những tập quán lạc hậu ảnh hưởng có hại đến sức khỏe bản thân họ; toàn quốc vẫn còn 5,2% số bà mẹ, 20% số bà mẹ ở các tỉnh miền núi Tây Bắc khi đẻ chưa được cán bộ y tế được đào tạo hỗ trợ, chăm sóc [46]. Ngoài ra, Điều tra MICS 2014 cho thấy, tỷ lệ đẻ tại nhà của toàn quốc là 5,6% và KVNT cao gấp 10 lần KVTĐ (7,6% so với 0,7%), cao nhất ở khu vực Trung du MNPB và Tây Nguyên (20% và 19%); tỷ lệ đẻ có CBYT đỡ ở KVNT cũng thấp hơn

KVTT (91,6% so với 99%). Tình hình đẻ tại nhà của Việt Nam có giảm trong giai đoạn 2011 - 2014, trong đó, toàn quốc đã giảm từ 7,4% năm 2011 xuống còn 5,6% năm 2014. Tuy nhiên, 2 khu vực có tỷ lệ đẻ tại nhà cao là Trung du miền núi phía bắc và Tây Nguyên không có thay đổi nào đáng kể [37], [38]. Các trường hợp đẻ tại nhà chủ yếu tập trung ở khu vực miền núi và DTTS, dao động từ 30 đến gần 100% tùy từng vùng, tỷ lệ các bà mẹ được CBYT đỡ chỉ dao động từ 10 đến 25% tùy từng vùng. Tỷ lệ đẻ tại nhà của dân tộc H'mông là cao nhất trong các DTTS: ở Nghệ An và Hà Giang là 64,5%, Thái Nguyên là 97,8% [15], [42], [95], [48], [58], Thái Nguyên là 97,8% [18].

Sinh con tại cơ sở y tế rất thuận tiện và an toàn, tuy nhiên hiện nay việc sinh con tại nhà còn khá nhiều ở các cộng đồng DTTS với mức độ phổ biến khác nhau, từ những cuộc đẻ không có sự trợ giúp nào cho tới những cuộc đẻ có sự trợ giúp của những người không được đào tạo hoặc những người có chuyên môn. Tỷ lệ sinh tại nhà dao động trong khoảng 2 – 16,7% ở các khu vực đồng bằng và 50 - 58% tại các khu vực vùng sâu, vùng xa và miền núi. Ở một số vùng nông thôn, phần lớn các ca đẻ diễn ra ở nhà với sự giúp đỡ của nữ hộ sinh hoặc bà đỡ dân gian [46]. 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.

Yếu tố học vấn, dân tộc và nghề nghiệp của các bà mẹ, phương tiện vận chuyển đến cơ sở y tế có liên quan đến việc đẻ tại nhà hay không của các bà mẹ [80], [82], [98]. Nghiên cứu tại Bình Định cho biết đa số các bà mẹ người dân tộc thiểu số Bana, Hrê, Chăm đẻ tại nhà với sự giúp đỡ của mẹ ruột hoặc chồng, chị dâu hoặc hàng xóm, hoặc bất kỳ ai có kinh nghiệm. Quan niệm chung của cộng đồng đều cho rằng phụ nữ Banna, Hrê, Chăm thường dễ đẻ cho nên chồng hay người nhà của sản phụ thích nhờ sự giúp đỡ của những người từng có kinh nghiệm đỡ đẻ hơn là chú trọng đến người có qua lớp đào

tạo, có chuyên môn đỡ đẻ [23]. Nghiên cứu tại Hà Giang cho thấy đa số phụ nữ H'Mông sinh con tại nhà, họ cho rằng sự có mặt của người thân trong lúc sinh đẻ là rất cần thiết. Việc đẻ tại nhà giúp thai phụ yên tâm về tinh thần với sự hỗ trợ của người thân trong quá trình sinh nở. Họ quan niệm, đẻ ở nhà tốt hơn vì không có thời gian và phương tiện đưa thai phụ đến trạm y tế kịp trong lúc chuyển dạ. Bà đỡ có thể là một nữ hộ sinh, có thể là mẹ của thai phụ, mẹ chồng, chị em ruột hoặc bất kỳ một phụ nữ lớn tuổi nào trong làng có kinh nghiệm đỡ đẻ. Và khi có biến chứng hoặc gặp phải những nguy hiểm trong quá trình sinh nở, họ thường nhờ đến sự giúp đỡ của thầy cúng thay vì sự giúp đỡ của các cán bộ y tế [47].

1.2.2.3. Chăm sóc sau sinh

Báo cáo tổng quan các nghiên cứu về chăm sóc SKSS tại Việt Nam năm 2007 của Quỹ Dân số Liên Hiệp quốc thì hầu hết các phụ nữ tử vong ở trong giai đoạn sau sinh hơn 4/5 (80-83%) là chết ngay trong ngày đầu tiên sau đẻ. Số còn lại chủ yếu chết trong tuần lễ đầu tiên. Tỷ lệ phụ nữ khám lại sau sinh thấp hơn nhiều nếu so sánh với tỷ lệ khám thai, dao động từ 1/4 (23,8%) cho đến 2/3 (70%) phụ thuộc từng tỉnh. Chất lượng của chăm sóc sau sinh cũng không đáp ứng nhu cầu của bà mẹ. Chỉ 1/3 (31%) được khuyến khích nhận các thăm khám thường xuyên trong vòng 42 ngày sau đẻ. Sau khi sinh tại cơ sở y tế, các bà mẹ trở về nhà và phải tuân theo rất nhiều các phong tục truyền thống theo gia đình và cộng đồng [92].

Đặc biệt, nhóm tuổi từ 30-44 có tỷ lệ sử dụng các biện pháp tránh thai khá cao, trung bình 87%. Tỷ lệ cặp vợ chồng chấp nhận các biện pháp tránh thai 78%, trong đó tỷ lệ tránh thai theo phương pháp hiện đại chiếm tỷ lệ lớn, xấp xỉ 86% tổng số người áp dụng biện pháp tránh thai. Theo cuộc điều tra về thực trạng tình hình dịch vụ làm mẹ an toàn ở nông thôn Việt Nam cho thấy tỷ lệ sử dụng dịch vụ y tế cho cuộc đẻ khác nhau ở các tỉnh khác nhau, trong

đó chiếm tỷ lệ cao nhất vẫn là trạm y tế xã và bệnh viện huyện; người đỡ đẻ cho các sản phụ cũng khác nhau ở các tỉnh khác nhau [57].

1.2.2.4. Mạng lưới cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe sinh sản

Mạng lưới cung cấp dịch vụ được củng cố và phát triển từ trung ương đến địa phương; ở tuyến tỉnh 100% tỉnh, thành phố trực thuộc đều có Trung tâm CSSKSS, khoa sản thuộc bệnh viện đa khoa tỉnh, bệnh viện chuyên khoa sản, nhi. Ở tuyến huyện có các khoa /đội CSSKSS thuộc Trung tâm y tế huyện, khoa sản thuộc các bệnh viện đa khoa huyện; tuyến y tế cơ sở (98,6% số xã có trạm y tế xã, 65,9% có bác sỹ, 93% có nữ hộ sinh hoặc y sỹ sản nhi, trên 80% thôn bản có nhân viên y tế hoạt động) [49]. Hầu hết nữ hộ sinh, y sỹ sản nhi, nhân viên y tế thôn bản, cô đỡ thôn bản tại tuyến cơ sở được đào tạo và có kỹ năng cơ bản về chăm sóc sức khỏe sinh sản/kế hoạch hóa gia đình theo chuẩn quốc gia, cán bộ chuyên trách và cộng tác viên dân số được tập huấn về kiến thức, kỹ năng và thực hiện cung cấp các dịch vụ tư vấn, biện pháp tránh thai phi lâm sàng tại cộng đồng. Tỷ lệ phụ nữ khám lại sau sinh thấp hơn nhiều nếu so sánh với tỷ lệ khám thai, dao động từ 1/4 (23,8%) cho đến 2/3 (70%) phụ thuộc từng tỉnh. Chất lượng của chăm sóc sau sinh cũng không đáp ứng nhu cầu của bà mẹ. Chỉ 1/3 (31,0%) được khuyến khích nhận các thăm khám thường xuyên sau đẻ [89].

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 có nhiều người dân tộc thiểu số sinh sống [41], [45], [39]. Hiện nay, vẫn còn sự khác biệt khá lớn về tỷ lệ tử vong mẹ giữa các vùng miền, tiếp cận dịch vụ CSSKBM trước trong và sau sinh hạn chế, tỷ lệ phụ nữ nhiễm khuẩn đường sinh sản còn cao, việc sàng lọc ung thư đường sinh sản đối với các vùng sâu, vùng đồng bào dân tộc thiểu số còn chưa được biết đến. Các nguyên nhân về yếu tố địa lý (giao thông đi lại khó khăn, địa bàn rộng), về kinh tế xã hội (tồn tại phong tục

tập quán lạc hậu, văn hóa khác biệt...), hệ thống cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe sinh sản tuy đã được củng cố trong thời gian qua nhưng mạng lưới chăm sóc sức khỏe sinh sản ở các vùng miền núi, vùng sâu, vùng xa còn nhiều yếu kém, mạng lưới này đôi khi còn khó khăn khi tiếp cận, thiếu thôn cả về cơ sở vật chất, trang thiết bị và nhân lực.

1.2.3. Thực trạng chăm sóc sức khỏe sinh sản cho dân tộc thiểu số ở Việt Nam

Theo số liệu thống kê năm 2010, trong toàn quốc, người dân tộc thiểu số chiếm 13,7% và tập trung chủ yếu ở miền núi có nhiều khó khăn về điều kiện tự nhiên, kinh tế trình độ phát triển chưa cao, đặc biệt là nhóm dân tộc ít người ở miền núi phía Bắc và các tỉnh Tây Nguyên [24]. Đối với lĩnh vực chăm sóc sức khỏe nói chung và sức khỏe sinh sản nói riêng cho dân tộc thiểu số, Chính phủ, Bộ Y tế và các bộ, ngành chức năng có liên quan đã có nhiều chính sách, chiến lược và chương trình can thiệp. Vì vậy, sức khỏe nói chung và sức khỏe sinh sản nói riêng của đồng bào dân tộc thiểu số đã được cải thiện, nâng cao rõ rệt. Tuy nhiên, thực trạng hiện nay về sức khỏe sinh sản của người dân tộc thiểu số vẫn còn nhiều vấn đề, thể hiện ở những chỉ số về tử vong mẹ, tử vong sơ sinh, nhiễm HIV, phá thai....

Nghiên cứu về sức khỏe sinh sản của đồng bào H'mông tỉnh Hà giang và Sinh đẻ của cộng đồng Dân tộc thiểu số tại Bình Định cho thấy các rào cản tiếp cận và sử dụng dịch vụ chăm sóc sức khỏe sinh sản của đồng bào dân tộc thiểu số giữa hai khu vực phía Bắc và Duyên hải Miền Trung khá tương đồng [24], [39], [45]. Khả năng tiếp cận với các dịch vụ CSSK của phụ nữ nghèo là người dân tộc thiểu số tại các vùng khó khăn hiện đang gặp phải nhiều rào cản cả về khoảng cách, khả năng chi trả cũng như về ngôn ngữ, văn hóa. Các nhân tố liên quan đến dịch vụ (khoảng cách, giao thông đi lại, bất đồng ngôn ngữ, thái độ kỳ thị của nhân viên y tế, thiếu trang thiết bị y tế hay thuốc men,

các vấn đề về chẩn đoán và kê đơn, các chi phí gián tiếp). Với tập tục sinh nở tại nhà của đồng bào dân tộc H'rê, Bana và Chăm; không khám thai/khám phụ khoa do nhân viên y tế thực hiện của phụ nữ người H'mông là các rào cản ảnh hưởng đến sự tiếp cận dịch vụ CSSKSS của người dân tộc thiểu số.

Yếu tố địa lý là yếu tố ảnh hưởng nhiều đến việc tiếp cận và sử dụng dịch vụ, tiếp cận địa lý không chỉ bao gồm khoảng cách từ nhà đến cơ sở y tế mà còn là chất lượng của đường xá, sự sẵn có của các loại phương tiện giao thông. Sự khan hiếm của các phương tiện đi lại, 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. Ở nhiều nơi khó khăn, phụ nữ thường đi bộ đến cơ sở y tế. Nhìn chung, khoảng cách đến cơ sở y tế thường được đo lường bằng thời gian đến cơ sở y tế bởi các phương tiện thông thường. Tại Bình Định có những thôn bản phải đi bộ đến 4 hay 5 giờ mới đến được trạm y tế xã, các xã càng xa trung tâm thì tỷ lệ đẻ tại trạm càng thấp bởi khi sản phụ chuyển dạ thì không kịp chở đến trạm để đỡ đẻ [26], [40], [93].

Điều kiện sống của các hộ gia đình nhất là các hộ nghèo là dân tộc thiểu số tại các khu vực khó khăn (Trung du và miền núi phía Bắc, Tây Nguyên, Đồng bằng sông Cửu Long) còn nhiều bất cập gây ảnh hưởng bất lợi đến tình trạng bệnh tật và sức khỏe. Nhận thức thái độ và hành vi CSSK của phụ nữ nghèo là người dân tộc thiểu số tại các vùng khó khăn còn nhiều hạn chế. Tỷ lệ phụ nữ sinh tại nhà ở các vùng núi cao, vùng đồng bào dân tộc thiểu số cao hơn nhiều so với các khu vực khác (38% ở huyện Pắc Nặm, tỉnh Cao Bằng).

Trình độ dân trí tại những vùng có điều kiện kinh tế xã hội khó khăn và đặc biệt khó khăn thấp hơn nhiều so với mặt bằng chung của cả nước, tỷ lệ phụ nữ là đồng bào dân tộc thiểu số chưa từng được đến trường cao hơn nhiều lần so với những khu vực khác. Theo số liệu Tổng điều tra Dân số năm 2009; tỷ lệ nữ biết đọc biết viết thấp nhất tại khu vực Trung du miền núi phía Bắc:

82,8%; tiếp đến là Tây Nguyên: 85,1% trong khi tại Đồng bằng sông Hồng tỷ lệ này đạt tới mức 95,6% và Đông Nam Bộ là 95,4%.

Tỷ lệ phụ nữ chưa bao giờ đến trường cao nhất thuộc nhóm dân tộc Mông: 62,2%; tiếp đến là dân tộc Khơ Me: 25,4% , dân tộc Thái: 22,3% và dân tộc Kinh chỉ có 4,1%.

Độ bao phủ của các chương trình Y tế cũng như mạng lưới các cơ sở khám chữa bệnh và phân bố nhân lực y tế tại các vùng khó khăn nơi cư trú của phụ nữ nghèo là đồng bào dân tộc thiểu số còn nhiều hạn chế bất cập.

Về nhân lực y tế hiện cũng đang có sự phân bố không đồng đều giữa các vùng, cũng như giữa nông thôn và thành thị. Tại khu vực thành thị có 51,3% CBYT (15% TU, 37% tỉnh); 60% BS (20% TU, 40% tỉnh) và 84% DSDH (45% TU, 39 % tỉnh) trong khi dân số chỉ chiếm 28,1%. Chất lượng NLYT tuyến cơ sở phân bố không đều: cả nước có 65,9% các TYT có BS và > 90% có YSSN. Tỷ lệ này cao nhất thuộc về ĐB SCL (80,0 và 95,5) và thấp nhất vùng Tây Bắc (86,2 & 32,4)... [20].

Ngoài ra việc thiếu trang thiết bị y tế và thuốc men cũng như cơ sở vật chất thiếu thốn cũng làm ảnh hưởng đến dịch vụ CSSKSS; Sản phụ không thể lưu trú trước và sau khi sinh nở; Nhân viên y tế tại trạm còn thiếu các chức danh nữ hộ sinh, điều dưỡng viên do phải kiêm nhiệm nhiều việc khác mà họ không được đào tạo trước đó. Những động thái về giới, sự bất bình đẳng trong nhận thức, bạo hành giới cũng vẫn thường xuyên xuất hiện trong cộng đồng người dân tộc thiểu số thiểu số, phụ nữ không được học hành đầy đủ, họ phải lao động nặng kể cả khi mang thai và không được chăm sóc đầy đủ. Sự phân biệt đối xử (kỳ thị) của nhân viên y tế khi phụ nữ người dân tộc thiểu số sử dụng các dịch vụ, nhân viên y tế đôi khi tỏ thái độ thiếu nhiệt tình khi cung cấp thông tin bệnh tật cho người bệnh hoặc người nhà làm cho mối quan hệ trở nên xấu đi và khó khôi phục lại [41].

Tiếp cận dịch vụ kế hoạch hóa gia đình và phá thai an toàn, thực hiện kế hoạch hóa gia đình nhằm đảm bảo cho phụ nữ và các gia đình có kế hoạch sinh con phù hợp, đóng vai trò quan trọng trong chăm sóc sức khỏe của phụ nữ, giúp chủ động kế hoạch sinh con hoặc nói rõ khoảng cách các lần sinh. Việc thực hiện chính sách Dân số và Kế hoạch hóa gia đình ở nước ta đã đạt được nhiều thành tựu to lớn. Số con trung bình cho mỗi phụ nữ ở tuổi sinh sản là 6 con từ những năm đầu của thập kỷ 60, giảm dần xuống 2,3 con vào năm 1999 và đến năm 2006 đạt mức sinh thay thế là 2,1 con. Bao phủ dịch vụ tránh thai, truyền thông dưới nhiều hình thức rộng khắp cả nước dưới sự hỗ trợ của các chính sách phù hợp của Nhà nước là những yếu tố quyết định thành công của chương trình. Theo số liệu khảo sát của UNICEF và Tổng cục Thống kê năm 2014 cho thấy có 75,7% phụ nữ hiện có chồng đang sử dụng biện pháp tránh thai, phổ biến nhất là đặt vòng tránh thai (28,2%); tiếp đó là tính vòng kinh (13,4 %); Bao cao su nam (11,8%) và thuốc tránh thai (11,9%); Đình sản nữ đã giảm hơn so với trước, chỉ có 2,8% số phụ nữ sử dụng. Đa dạng hóa các biện pháp tránh thai nhưng vẫn khuyến khích sử dụng các phương pháp truyền thống. Cũng theo báo cáo trên, hiện vẫn có 5,4% số cặp vợ chồng sử dụng phương pháp xuất tinh ra ngoài hoặc tính vòng kinh [33].

Tuy nhiên, thực hiện KHHGD và các biện pháp tránh thai cũng sẽ có một số khó khăn nhất định. Việc sử dụng các BPTT hiện đại đang có xu hướng tiếp tục tăng và luôn ở mức cao thì để đảm bảo đủ nguồn cung cấp trong giai đoạn tới là một thách thức lớn.

Sử dụng thành công các biện pháp tránh thai đã giảm được tỷ lệ phá thai một cách rõ rệt. Theo báo cáo của Vụ SKBMTE, tỷ lệ nạo phá thai năm 2016 là 17%, giảm nhiều so với những năm trước đó. Tuy nhiên nếu so sánh

với nhiều nước trên thế giới lệ phá thai vẫn ở mức cao, đặc biệt là phá thai ở tuổi vị thành niên [33].

1.3. Một số can thiệp cải thiện chăm sóc sức khỏe sinh sản trên Thế giới và tại 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 chăm sóc sức khỏe sinh sản của những bà mẹ mang thai hoặc phụ nữ trong độ tuổi sinh sản. Nghiên cứu của nhóm tác giả Sri Paulina Riah Ukurta, Agustin Kusumayati, Syarifah được thực hiện tại Ấn Độ về mô hình can thiệp sử dụng trò chơi để cải thiện kiến thức và thái độ của các bà mẹ trong độ tuổi sinh sản tại làng Pernantin Village of Juhar, Karo District, Indonesia. Hình thức của can thiệp là thông qua các trò chơi để phổ biến các thông điệp về chăm sóc SKSS. Kết quả chỉ ra, kiến thức của các bà mẹ về sức khỏe sinh sản đã được cải thiện đáng kể (có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$), trong khi đó chưa thì thấy sự thay đổi có ý nghĩa thống kê về thái độ của những đối tượng này ($p > 0,05$) [85].

Tại Saudi Arabia, nghiên cứu trên 309 nữ thanh thiếu niên trong độ tuổi từ 14 đến 19 về hiệu quả của giáo dục sức khỏe sinh sản đến kiến thức và thái độ của đối tượng này đã được thực hiện. Can thiệp đã được thông quan 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 và sinh lý học của hệ thống sinh sản của phụ nữ, biện pháp tránh thai, quan hệ tình dục. Kết quả nghiên cứu cho thấy, sau can thiệp, kiến thức về mang thai và chăm sóc trước sinh của đối tượng nghiên cứu đã tăng lên đáng kể ($p < 0,001$). Ngoài ra, kiến thức về các dụng cụ tránh thai trong tử cung được cải thiện từ 27,2% trước can thiệp đã tăng lên đến 67,6% sau can thiệp [70].

Tại Việt Nam, chăm sóc sức khỏe sinh sản là lĩnh vực từ lâu đã nhận được rất nhiều sự quan tâm của cộng đồng, các nhà hoạch định chính sách cũng như các nhà Nghiên cứu. Chính bởi vậy, tại nước ta, đã có một số nghiên cứu và can thiệp để cải thiện hoạt động chăm sóc sức khỏe sinh sản cho phụ nữ mang thai.

Một nghiên cứu tại Quảng Ninh được thực hiện can thiệp để đánh giá hiệu quả nâng cao khả năng cung ứng dịch vụ CSSKSS thông qua các hoạt động: bổ sung cơ sở vật chất, trang thiết bị, nhân lực, đào tạo tập huấn chuyên môn cho CBYT, truyền thông giáo dục sức khỏe, thay đổi hành vi người dân, thành lập các nhóm CSSKSS thôn/bản. Kết quả đã cho thấy những chuyển biến tích cực về tình hình sử dụng dịch vụ của người dân: Số lượng khách hàng sử dụng dịch vụ CSSKSS tại TYT xã nhiều hơn. Tỷ lệ khách hàng đánh giá chất lượng dịch vụ CSSKSS đạt yêu cầu tăng từ 46,3% lên 53,6% sau can thiệp với CSHQ tăng 15,6%. Tỷ lệ khách hàng hài lòng sau khi sử dụng dịch vụ CSSKSS tại TYT xã tăng từ 94,5% trước can thiệp lên 98,8% sau can thiệp với CSHQ 4,5%, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,01$. Ngoài ra, Tỷ lệ khách hàng có khả năng chi trả toàn bộ dịch vụ tăng từ 34% lên 47,1% sau can thiệp với CSHQ tăng 38,5%. Tỷ lệ nạo hút thai so với số đẻ giảm từ 56,47% xuống 42,04% sau can thiệp với CSHQ giảm 25,6% tương đương với với ước tính toàn quốc. Tỷ lệ phụ nữ có thai được thăm khám từ 3 lần trở lên tăng từ 92,96% lên 97,37% sau can thiệp với CSHQ tăng 4,7%, tương đương tỷ lệ của Đồng bằng sông Hồng. Tỷ lệ phụ nữ đẻ và trẻ sơ sinh được chăm sóc sau sinh tăng từ 75,06% lên 82,37% sau can thiệp với CSHQ tăng 9,7%. Tỷ lệ cặp vợ chồng trong độ tuổi sinh đẻ áp dụng các biện pháp tránh thai hiện đại tăng từ 67,77% lên 75,46% sau can thiệp với CSHQ tăng 11,3%, cao hơn so với trung bình cả nước (62%). Thông qua triển khai đồng bộ các giải pháp từ cải thiện cơ sở hạ tầng, trang thiết bị y tế đến việc nâng cao trình độ chuyên

môn cùng với công tác tuyên truyền vận động người dân đã làm cho người dân đến TYT xã sử dụng dịch vụ CSSKSS nhiều hơn, người dân tin tưởng hơn việc cung ứng dịch vụ CSSKSS ở TYT xã. Kết quả nghiên cứu của tác giả này cũng cho thấy, để can thiệp hiệu quả tất cả các nội dung của CSSKSS với tất cả các đối tượng thì cần phải có sự vào cuộc của nhiều thành phần, nhiều cơ quan ban ngành địa phương (tổ chức Đảng, đoàn thể, chính quyền, cơ quan tài chính, truyền thông...) chứ không chỉ riêng cơ quan y tế [14].

Khảo sát Dự án Sức khỏe sinh sản của Tổ chức Pathfinder International, Engender Health và Ipas cùng phối hợp thực hiện tại một số tỉnh của Việt Nam là Quảng Ninh, Thái Nguyên, Hà Nội, Vĩnh Phúc, Quảng Bình, Thừa Thiên-Huế, Hồ Chí Minh, Anh Giang, Cần Thơ, Hậu Giang và Sóc Trăng đã chỉ ra những cải thiện nhất định trong công tác cải thiện chất lượng chăm sóc sức khỏe sinh sản ở Việt Nam. Việc thực hiện can thiệp đã được thực hiện qua các chiến lược riêng: Thiết lập một chương trình đào tạo phân cấp, cung cấp đào tạo về SKSS toàn diện, cung cấp hỗ trợ kỹ thuật liên tục sau đào tạo, cải thiện cơ sở cung cấp dịch vụ, làm cho dịch vụ dễ tiếp cận hơn đối với những nhóm người chưa được đáp ứng nhu cầu. Kết quả đạt được rất khả quan, những nỗ lực làm cho các dịch vụ đáp ứng tốt hơn với nhu cầu của khách hàng đã gặt hái được thành công. Các chuyên giám sát hàng quý do cán bộ văn phòng dự án cùng các giám sát viên tuyến tỉnh tiến hành khẳng định mức độ hài lòng cao của khách hàng, mức độ hài lòng của khách hàng ở tất cả các cơ sở thực hiện dự án đạt 4,6 điểm (điểm tối đa là 5). Tỷ lệ hài lòng của khách hàng nữ nhận dịch vụ tại 5 cơ sở thí điểm sáng kiến tiếp thị xã hội giai đoạn 2004 – 2006 nằm trong khoảng từ 87% – 100%, hầu hết các cơ sở đạt trên 90%. Ngoài ra, số lượt khách hàng tại 8 Trung tâm CSSKSS tỉnh tăng từ 115.000 lượt năm 1999 ước tính lên đến 172.000 lượt năm 2007, tỷ lệ tăng 50% [32]. Một điều tra khác cho thấy, kiến thức và năng lực của nhóm 12T-

CĐTB đã có cải thiện đáng kể. Điểm số 5 năng lực hộ sinh cơ bản và 4 năng lực cứu sống của 12T-CĐTB là cao nhất khi so sánh với ba nhóm khác (18T-CĐTB, 6T-CĐTB, và NHS). Điều này khẳng định sự thành công của chương trình đào tạo nâng cao 6 tháng và hỗ trợ giám sát năng lực cho 12T-CĐTB [69], [64], [65].

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. Một số kết quả đó là: tỷ lệ bà mẹ đi khám thai tăng 21,4%, tỷ lệ bà mẹ đi khám thai đúng định kỳ 3 tháng/lần tăng 9,3%, tỷ lệ bà mẹ được ăn nhiều hơn trong thời gian mang thai tăng 41,4%, tỷ lệ bà mẹ có chế độ làm việc ít hơn bình thường khi mang thai tăng 41,0%, tỷ lệ bà mẹ uống viên sắt khi mang thai tăng 21,3%, tỷ lệ bà mẹ được tiêm phòng uốn ván khi mang thai tăng 29,4%, tỷ lệ bà mẹ được uống vitamin A liều cao sau sinh tăng 17,3% [10].

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 cô đỡ thôn bản người dân tộc thiểu số

1.4.1. Mô hình cô đỡ thôn bản

Sử dụng cô đỡ thôn bản người dân tộc thiểu số là những phụ nữ có trình độ học vấn rất thấp được đào tạo để trở thành cô đỡ thôn bản, trên cơ sở kinh nghiệm của bệnh viện Từ Dũ. Những người phụ nữ này đã được đào tạo để có thể cung cấp được các dịch vụ chăm sóc thai nghén cơ bản cho bà mẹ và trẻ em và thực hiện được các cấp cứu ban đầu đối với các biến chứng sản

khoa tại các thôn bản [29]. 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 cô đỡ thôn bản được lựa chọn từ các cộng đồng dân tộc, nói cùng một thứ ngôn ngữ với người dân tộc thiểu số, 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 khoẻ ban đầu và chăm sóc cho các bà mẹ trong cộng đồng sở tại nơi họ sinh sống. Các CĐTĐ nhiệt tình cung cấp dịch vụ như 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, chăm sóc sau đẻ, xử trí ban đầu tai biến sản khoa và 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 [54]. Một điều tra cho thấy CĐTĐ cung cấp các loại dịch vụ khác nhau, gồm cả trước, trong và sau sinh. Trong khi hầu hết các dịch vụ trước sinh được cung cấp tăng lên, việc cung cấp dịch vụ chăm sóc trong sinh và sau sinh giảm, các dịch vụ này được khuyến cáo chỉ cung cấp trong trường hợp khẩn cấp như đỡ đẻ tại nhà, nhưng khuyến khích cung cấp dịch vụ chuyển tuyến kịp thời ở thai phụ nguy cơ cao như vậy tỷ lệ tai biến giảm thấp ở các bà mẹ [97], [67]. Điều tra cuối kỳ can thiệp đào tạo cô đỡ thôn bản tại Ninh Thuận, Kon Tum, Cao Bằng và Hà Giang vào năm 2016 đã chỉ ra, chỉ có khoảng 1/3 số CĐTĐ sau đào tạo ở bốn tỉnh từ tất cả các khóa đào tạo được công nhận chính thức và tuyển dụng là cán bộ YTTĐ với phụ cấp hàng tháng và hưởng các hỗ trợ công việc khác (hỗ trợ chuyên môn, trang thiết bị và các khuyến khích khác). Các CĐTĐ này trong thực tế đang làm việc với vai trò và chức danh của YTTĐ trước khi được đưa đi đào tạo thêm chương trình dành cho CĐTĐ. Phụ cấp tương đương 0,5 mức lương cơ bản (Quyết định số 75/2009 /QĐ-TTg) [73]. Ngoài ra, một số yếu tố như người dân biết về nơi ở của CĐTĐ, biết được CĐTĐ là cán bộ y tế, tin tưởng vào dịch vụ do CĐTĐ cung cấp cũng là những yếu tố

quan trọng giúp tăng cường sử dụng dịch vụ của CDTB của người dân [68], [75]. Những lợi thế về văn hoá (chia sẻ ngôn ngữ, phong tục tập quán) và lòng nhiệt huyết khiến cho nhiều CDTB 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. Những công việc CDTB 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, họ đóng vai trò như cầu nối giữa cộng đồng và cơ sở y tế.

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. Nhằm nâng cao sức khỏe của bà mẹ và trẻ sơ sinh, hoạt động trong hệ thống chăm sóc sức khỏe sẵn có và huy động sự tham gia của cộng đồng trên toàn thế giới trong đó có Việt Nam. Mô hình “Chăm sóc liên tục từ nhà tới bệnh viện” (HHCC) đảm bảo sự sẵn có và tiếp cận chăm sóc bà mẹ và trẻ sơ sinh có chất lượng được cung cấp một cách liên mạch liên tục từ gia đình, cộng đồng, trung tâm chăm sóc sức khỏe và bệnh viện. Sự liên tục lưu tâm tới các dịch vụ sẵn có ngoài cộng đồng, giới thiệu hiệu quả, sự phát triển và chất lượng kỹ năng cán bộ được cải thiện, sử dụng những thực hành và thái độ của những hộ gia đình mẫu để cải thiện và đạt được một tình trạng sức khỏe tốt nhất cho bà mẹ và trẻ sơ sinh. Mô hình này đã được áp dụng thành công tại Khánh Hòa và Đà Nẵng 2005-2008 (giai đoạn 1) và tại Thái Nguyên, Thừa Thiên Huế, Vĩnh Long 2008-2011 (giai đoạn 2) [31].

1.4.3 Một số yếu tố liên quan, ảnh hưởng đến tình hình chăm sóc sức khỏe sinh sản của bà mẹ dân tộc ít người

Caro Bellamy, giám đốc điều hành Quỹ Nhi đồng Liên Hiệp Quốc cho

biết, một trong những nguyên nhân làm cho phụ nữ mang thai ít nhận được các dịch vụ chăm sóc trước sinh là do họ chưa hiểu được tầm quan trọng và tính cần thiết của công tác chăm sóc trước sinh. Có nhiều yếu tố ảnh hưởng đến vấn đề này như trình độ học vấn thấp, phong tục tập quán, điều kiện kinh tế có hạn, khả năng tiếp cận của họ đến các cơ sở chăm sóc trước sinh (tiếp cận về địa lý, kinh tế và văn hóa), phân bố của các cơ sở y tế và sự hài lòng của họ đối với các cơ sở cung cấp dịch vụ trước sinh [94], [93].

Hay một số tác giả khác cho rằng, nguyên nhân dẫn đến tỷ lệ sử dụng dịch vụ chăm sóc trước sinh còn thấp là do các dịch vụ đó chưa được quan tâm nhấn mạnh và chịu ảnh hưởng của trình độ văn hóa, điều kiện kinh tế của bà mẹ. Theo kết quả của một số nghiên cứu thì các yếu tố ảnh hưởng đến việc sử dụng dịch vụ chăm sóc trước sinh bao gồm trình độ học vấn của người mẹ và người chồng, tình trạng hôn nhân, chi phí y tế, thu nhập gia đình, văn hóa và phong tục tập quán, khoảng cách từ nhà đến cơ sở y tế ... [23], [84].

1.5. Một số thông tin chung về đại bàn nghiên cứu

1.5.1. Khái quát về tình hình kinh tế xã hội

Tỉnh Ninh Thuận thuộc vùng duyên hải Nam Trung Bộ, gồm nhiều dân tộc, dân tộc Kinh chiếm 78,3%, dân tộc Chăm chiếm 11,1%, dân tộc Raglai chiếm 9,6%, còn lại là các dân tộc khác.

Điều kiện kinh tế - xã hội của tỉnh còn nhiều khó khăn, Bác Ái là huyện miền núi đặc biệt khó khăn có đến 96,6% là dân tộc ít người và 100% xã thuộc diện nghèo theo Chương trình 135 và là một trong 61 huyện nghèo nhất nước theo Nghị quyết 30a. Trong tổng số 65 xã, phường, thị trấn của tỉnh có 30 xã khó khăn.

Tại các xã miền núi, vùng khó khăn, trình độ dân trí thấp, địa bàn rộng, phong tục tập quán còn lạc hậu, hiểu biết của người dân về chăm sóc sức khỏe còn hạn chế. Hiện nay, vẫn còn nhiều thôn thuộc xã miền núi của huyện Ninh

Son, Bác Ái và Thuận Bắc (Phước Bình, Phước Thành, Phước Kháng, Phước Trung, Ma Nói vv...) đường sá đi lại khó khăn và phương tiện vận chuyển cấp cứu không đến tận nơi được gây chậm trễ trong việc xử lý kịp thời, gây nguy hiểm đến tính mạng người dân [36].

1.5.2. Tình hình chăm sóc sức khỏe sinh sản của tỉnh Ninh Thuận

Giai đoạn 2006 - 2011, được tài trợ của các Tổ chức Quốc tế (UNFPA, UNICEF), ngành Y tế được đầu tư trang thiết bị, cán bộ y tế được đào tạo, đào tạo lại về chuyên môn [19]. Ngoài ra, tỉnh cũng đã xây dựng, quy hoạch được hệ thống y tế của tỉnh [55]. Bên cạnh đó, có sự tham gia phối hợp của các ban ngành đoàn thể, công tác chăm sóc sức khỏe sinh sản toàn tỉnh đã đạt kết quả tốt. Cụ thể:

Tỷ lệ phụ nữ mang thai được tiêm chủng đủ 2 mũi vắc xin phòng uốn ván đạt bình quân 98,3 %.

Tỷ lệ phụ nữ đẻ khám thai đủ 3 lần trong ba thời kỳ thai nghén đạt bình quân chưa đến 80%.

Tỷ lệ phụ nữ đẻ do cán bộ y tế đỡ đạt bình quân 97,8%.

Tỉ lệ phụ nữ đẻ tại cơ sở y tế đạt bình quân 94,9%.

Tỷ lệ trẻ em dưới 5 tuổi suy dinh dưỡng thể nhẹ cân giảm từ 29,3% năm 2006 xuống còn 22,1% năm 2011.

Đã xây dựng 2 mô hình chăm sóc sức khỏe sinh sản trong cộng đồng:

+ Mô hình cô đỡ thôn bản: Năm 2011 có 42 cô đỡ thôn bản người dân tộc thiểu số thiểu số được UNFPA hỗ trợ đào tạo 18 tháng đang làm việc tại địa phương, trong đó có 37 cô đỡ thôn bản làm việc tại thôn với vai trò vừa là cô đỡ thôn bản vừa là nhân viên y tế thôn bản, 05 cô đỡ thôn bản đang làm việc tại trạm y tế xã. Năm 2011-2012, Trường Trung cấp Y tế tỉnh đào tạo một lớp 29 học viên cô đỡ thôn bản. Ngoài ra, tỉnh Ninh Thuận cũng đã ban

hành chế độ cho CĐTB [51] và việc xây dựng đội ngũ CĐTB cũng rất được quan tâm [52],[53].

+ Mô hình chuyển tuyến dựa vào cộng đồng: được triển khai tại 18 thôn/5 xã của huyện Bác Ái, từ năm 2009 đến 2012 các nhóm chuyển tuyến đã chuyển tuyến kịp thời 50/51 trường hợp an toàn, mô hình đã tiếp tục nhân rộng tại các thôn đi lại khó khăn.

Tuy nhiên, công tác CSSKSS vẫn còn nhiều khó khăn thách thức như:

- Thiếu nhân lực, nhất là ở tuyến huyện và xã. Cơ sở hạ tầng và trang thiết bị y tế vẫn còn thiếu để triển khai các dịch vụ làm mẹ an toàn, cấp cứu sản khoa, cấp cứu trẻ sơ sinh, chỉ có 16,7% trạm y tế đạt chuẩn quốc gia về cấp cứu sản khoa thiết yếu;

- Tại các xã miền núi, vùng khó khăn, trình độ dân trí thấp, địa bàn rộng, phong tục tập quán còn lạc hậu, hiểu biết của phụ nữ trong lứa tuổi sinh đẻ về chăm sóc sức khỏe sinh sản còn hạn chế vì vậy tai biến sản khoa, tình trạng chết mẹ liên quan đến sinh đẻ, chết trẻ sơ sinh vẫn còn xảy ra. Tình trạng suy dinh dưỡng trẻ em và thiếu năng lượng trường diễn, thiếu máu của phụ nữ trong độ tuổi sinh đẻ, phụ nữ mang thai còn phổ biến [36].

1.5.3. Thực trạng công tác chăm sóc sức khỏe sinh sản tại các xã miền núi, vùng khó khăn của tỉnh Ninh Thuận

Theo Quyết định số 30/2007/QĐ-TTg ngày 05/3/2007 của Thủ tướng Chính phủ về việc ban hành danh mục các đơn vị hành chính thuộc vùng khó khăn, Ninh Thuận có 30 xã khó khăn thuộc 6 huyện trên tổng số 65 xã trực thuộc tỉnh. Trong năm 2011, toàn tỉnh có 25 ca tai biến sản khoa (12 ca băng huyết sau sanh, 04 ca nhiễm trùng hậu sản, 08 ca sản giật và 01 ca vỡ tử cung), trong 04 tháng đầu năm 2012 có 12 ca (07 ca băng huyết sau sinh, 02 ca nhiễm trùng hậu sản, 01 ca sản giật và 02 ca vỡ tử cung). Trên thực tế con số này cao hơn, nhiều trường hợp tai biến sản khoa ở các thôn miền núi, vùng

khó khăn không được báo cáo. Những trường hợp nhiễm trùng hậu sản và vỡ tử cung chủ yếu là do sản phụ sinh tại nhà, hầu hết là người đồng bào dân tộc tại các xã miền núi.

Tử vong mẹ và trẻ sơ sinh cũng xảy ra chủ yếu tại các xã miền núi, vùng khó khăn. Theo số liệu thống kê chưa đầy đủ, từ năm 2008 đến nay, tử vong mẹ ở các xã miền núi, vùng khó khăn chiếm 84,61 % (11/13) số tử vong mẹ trong toàn tỉnh. Tử vong sơ sinh tại các xã này trong năm 2011 chiếm 70,37% (19/27) và trong 3 tháng đầu năm 2012 chiếm 57,14% (8/14) số tử vong sơ sinh trong toàn tỉnh. Nguyên nhân dẫn đến tai biến sản khoa, tử vong mẹ và sơ sinh tại các xã này cao hơn số liệu chung của tỉnh là do:

- Phụ nữ có thai không đi khám thai đầy đủ để được quản lý thai, phát hiện thai nghén nguy cơ cao để điều trị hoặc chuyển tuyến kịp thời. Trong khi tỷ lệ phụ nữ đẻ được khám thai đủ 3 lần trong 3 thời kỳ thai nghén của tỉnh năm 2011 là 81,8%, là khá khiêm tốn so với các tỉnh trong khu vực và cả nước, thì tại các xã miền núi của tỉnh tỷ lệ này còn rất thấp: Ma Núi 49,1%, Phước Bình 45,1%, Phước Thắng 28,9%, Phước Trung 22,8%, Phước Tân 03%, Phước Hà 31,7%, Phước Kháng 40,05%, Lợi Hải 32,1%.

- Vẫn còn rất nhiều trường hợp đẻ tại nhà do khoảng cách từ nhà đến trạm y tế xa, địa hình khó khăn nên sản phụ không đến trạm kịp thời (đẻ rơi) hoặc do công tác truyền thông giáo dục sức khỏe chưa tốt, ý thức người dân chưa cao, người dân chủ quan, có thói quen đẻ tại nhà. Trong khi toàn tỉnh, tỷ lệ phụ nữ đẻ tại nhà trong năm 2011 chiếm 4,4% thì tại các xã miền núi, tỷ lệ này rất cao: Ma Núi 54,6%, Phước Tân 43,3%, Phước Kháng 59,5%, Phước Chiến 36,9%, Lợi Hải 33,7%, Bắc Sơn 33,1%, Phước Thắng 28,9%,

- Do phong tục tập quán, khi đẻ tại nhà họ không mời cán bộ y tế đến đỡ đẻ, nhiều cuộc đẻ do mụ vườn, người nhà tự đỡ hoặc mời thầy cúng. Trong năm 2011, trong khi tỷ lệ phụ nữ đẻ không do người được đào tạo đỡ toàn

tính là 1,5%, thì tại các xã miền núi tỷ lệ này rất cao: Ma Nới 49,1%, Phước Tân 29,9%, Phước Trung 28,1%, Phước Bình 21,6%.

- Công tác dân số - KHHGD tại các xã miền núi thực hiện chưa tốt, trong khi tỷ lệ phụ nữ đẻ con thứ 3 của tỉnh trong năm 2011 là 16,7% thì tại các xã miền núi, tỷ lệ này cao hơn nhiều: Ma Nới 33,3%; Phước Đại 37,8%, Phước Chính 38,5%, Phước Thắng 32,5%, Phước Tiến 40,6%, Phước Trung 36,8%, Bắc Sơn là 33,1% và Phước Hà 29,4%. Đẻ nhiều, đẻ dày làm cho sức khỏe người mẹ giảm sút, gây ra tình trạng thiếu máu, suy dinh dưỡng cho mẹ, dễ xảy ra tai biến sản khoa, gia tăng nguy cơ tử vong mẹ và trẻ sơ sinh.[10]

- **Huyện Ninh Sơn** nằm ở phía Tây của Ninh Thuận, phía Bắc và Tây Bắc giáp huyện Bắc Ái; phía Đông giáp thành phố Phan Rang - Tháp Chàm; phía Đông Nam giáp huyện Ninh Phước và huyện Thuận Nam; phía Tây giáp huyện Đơn Dương, tỉnh Lâm Đồng; phía Tây Nam giáp huyện Đức Trọng, tỉnh Lâm Đồng; phía Nam giáp huyện Tuy Phong, tỉnh Bình Thuận. Huyện Ninh Sơn gồm 1 thị trấn Tân Sơn và 7 xã: Hòa Sơn, Lâm Sơn, Lương Sơn, Ma Nới, Mỹ Sơn, Nhơn Sơn, Quảng Sơn. Diện tích: 770,58 km²; dân số: 69.962 người; Các dân tộc sinh sống trên địa bàn huyện: Kinh, Raglai, Chăm, K'Ho, Hoa, Churu,...

- **Huyện Bắc Ái** nằm phía Tây - Bắc tỉnh Ninh Thuận. Huyện được thành lập vào tháng 10 năm 1950. Phía Bắc giáp huyện Khánh Vĩnh, huyện Khánh Sơn và thành phố Cam Ranh, tỉnh Khánh Hòa; phía Tây giáp huyện Lạc Dương và huyện Đơn Dương, tỉnh Lâm Đồng; phía Nam giáp huyện Ninh Sơn và thành phố Phan Rang - Tháp Chàm; phía Đông giáp huyện Thuận Bắc và Ninh Hải. Huyện Bắc Ái gồm 9 xã: Phước Bình, Phước Đại (huyện lỵ), Phước Chính, Phước Hòa, Phước Tân, Phước Thắng, Phước Thành, Phước Tiến, Phước Trung. Diện tích: 1030,90 km²; dân số: 24.304 người. Các dân tộc sinh sống trên địa bàn huyện: Kinh, Raglai, Chăm,...

CHƯƠNG II ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

2.1.1. Đối với nghiên cứu định lượng

2.1.1.1. Phụ nữ dân tộc ít người trong độ tuổi từ 15-49, đã lập gia đình.

Tiêu chuẩn lựa chọn tham gia nghiên cứu:

- Phụ nữ trong độ tuổi từ 15-49 có chồng hoặc sống như vợ chồng.
- Phụ nữ từ 15-18 tuổi được sự đồng thuận của bố mẹ hoặc chồng lớn hơn 18 tuổi
- Có hộ khẩu thường trú tại địa điểm nghiên cứu trong thời gian triển khai nghiên cứu.
- Mỗi hộ gia đình chọn 01 đối tượng.
- Đồng ý tham gia nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ:

- Không đồng ý tham gia nghiên cứu;
- Không có đủ sức khỏe để tham gia trả lời nghiên cứu

2.1.2. Đối với nghiên cứu định tính

- Đối tượng nghiên cứu là những tổ chức, cá nhân có liên quan tới quá trình triển khai cung cấp dịch vụ CSSKSS và những người sử dụng dịch vụ

Nhóm lãnh đạo quản lý và các đơn vị cung cấp dịch vụ

- Lãnh đạo Sở Y tế, Trung tâm chăm sóc sức khỏe sinh sản Tỉnh.
- Trạm y tế xã, trưởng thôn bản, cô đỡ thôn bản.

2.2. Thời gian và địa điểm nghiên cứu

2.2.1. Thời gian

- Điều tra ban đầu thực trạng cung cấp và sử dụng dịch vụ chăm sóc sức khỏe sinh sản của phụ nữ người dân tộc thiểu số tỉnh Ninh Thuận từ tháng 6/2013 đến tháng 9/2013.

- Thiết kế, lập kế hoạch can thiệp tại huyện Bắc Ái và huyện Ninh Sơn tỉnh Ninh Thuận cuối 2013.
- Tiến hành can thiệp tại huyện Bắc Ái và huyện Ninh Sơn tỉnh Ninh Thuận từ 10/2013 đến tháng 8/2016.
- Điều tra sau can thiệp tại huyện Bắc Ái và huyện Ninh Sơn tỉnh Ninh Thuận tháng 8 - 9/2016.

2.2.2. Địa điểm nghiên cứu

Nghiên cứu chọn mỗi huyện 2 xã (Huyện Ninh Sơn chọn xã Lâm Sơn và Ma Nới; huyện Bắc Ái chọn xã Phước Thành và Phước Thắng). Đại diện cho huyện về địa hình, môi trường, kinh tế và văn hóa vùng dân tộc thiểu số để điều tra. Đồng thời 4 xã này đều được áp dụng mô hình can thiệp tăng cường chăm sóc sức khỏe sinh sản thông qua hoạt động của cô đỡ thôn bản như nhau.



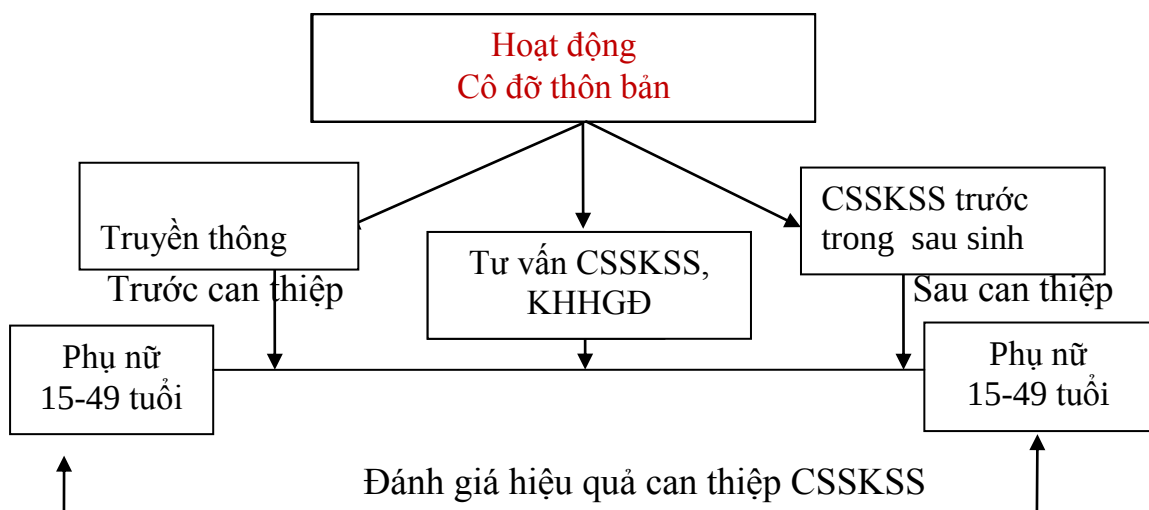
Bản đồ 2.1: Phân bố địa lý tỉnh Ninh Thuận

2.3. Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu này sử dụng hai thiết kế nghiên cứu chính:

- Nghiên cứu mô tả cắt ngang, được tiến hành tại 2 thời điểm trước can thiệp (TCT) - năm 2013 và sau can thiệp (SCT) - năm 2016.
- Nghiên cứu can thiệp cộng đồng không đối chứng kết hợp định tính và định lượng.

Quy trình và nội dung can thiệp



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 phụ nữ dân tộc thiểu số được phỏng vấn trước can thiệp

n_2 : Số phụ nữ dân tộc thiểu số được phỏng vấn sau can thiệp

α : mức ý nghĩa thống kê $\alpha = 0,05$

$Z_{(1-\alpha/2)}$ = Hệ số tin cậy với mức xác suất 95% = 1,96

$Z_{(1-\beta)}$ = Lực mẫu (80%) = 0.842

P_1 = Tỷ lệ phụ nữ dân tộc khám thai đủ 3 lần 31,3 % [35].

P_2 = Tỷ lệ phụ nữ dân tộc khăm thai đủ 3 sau can thiệp, mong muốn = 60%.

P = Giá trị trung bình của $P_1 + P_2$.

DE = Hệ số ảnh hưởng thiết kế mẫu ($DE = 2$).

Thay vào công thức, ta có cỡ mẫu nghiên cứu là $n = 353$. Lấy mẫu nghiên cứu 353, cộng thêm 10% dự phòng để loại trừ những phiếu không hợp lệ và làm tròn số, cỡ mẫu nghiên cứu tối thiểu là 388 đối tượng; ở 4 xã của 02 huyện Ninh Sơn và Bác Ái, thực tế đã thu thập được 420 đối tượng.

2.4.2. Phương pháp chọn mẫu điều tra định lượng

Điều tra điều tra cắt ngang mô tả năm 2013, chọn mẫu cho nghiên cứu định lượng theo phương pháp PPS (probability proportional to size): Chọn mẫu xác suất tỷ lệ với kích thước quần thể, kết hợp chọn mẫu có chủ đích với chọn ngẫu nhiên đối tượng nghiên cứu. Cuộc điều tra sau can thiệp sử dụng danh sách hộ gia đình của lần điều tra ban đầu để đảm bảo tính tương đồng quần thể, giảm bớt yếu tố gây nhiễu đối với so sánh hiệu quả can thiệp trong thời gian dài. Cách chọn mẫu như sau:

Chọn huyện nghiên cứu: Chọn có chủ đích 02 huyện Bác Ái, Ninh Sơn. Đây là những huyện có tỷ lệ người dân tộc thiểu số sinh sống lớn nhất, có nhiều đặc điểm tương đồng với nhau về các mặt tự nhiên, xã hội, kinh tế và văn hóa; quan điểm can thiệp điểm và trên cơ sở đó sẽ ảnh hưởng lan toả.

Chọn xã nghiên cứu: Mỗi huyện lập danh sách các xã bốc thăm ngẫu nhiên hai xã được danh sách là: xã Phước Thành, xã Phước Thắng của huyện Bác Ái, xã Lâm Sơn và xã Ma Nởi của huyện Ninh Sơn để nghiên cứu, chọn các đối tượng dựa trên danh sách hộ gia đình của từng xã.

Chọn đối tượng nghiên cứu: mỗi xã chọn ngẫu nhiên một phụ nữ gia đình đầu tiên của xã bằng cách bắt thăm ngẫu nhiên dựa trên danh sách tất cả các phụ nữ (danh sách này do ủy ban nhân dân xã cung cấp).

Phụ nữ đầu tiên có thể có đối tượng nghiên cứu hoặc không nhưng vẫn

được ghi nhận là người đầu tiên. Người tiếp theo là phụ nữ gần nhất với phụ nữ đầu tiên (cồng liền cồng). Cứ tiếp tục như vậy cho đến khi chọn đủ phụ nữ có đủ phụ nữ tuổi 15 đến 49, như vậy các đối tượng trên cùng địa bàn ở các bản có cùng khoảng cách đến trạm y tế. Mỗi hộ chỉ chọn một đối tượng. Số phụ nữ cần điều tra cho các xã là 420

Số phụ nữ của từng xã theo thống kê sổ hộ khẩu là:

Xã	Số phụ nữ hiện có
Xã 1	N1
Xã 2	N2
Xã 3	N3
Xã 4	N4
Tổng số xã là X	Nx

Tính số phụ nữ cần điều tra cho một xã là $HĐT = (420/N_{tx} \times N1)/N_x$ (lấy tròn số). Như vậy xã Phước Thành điều tra 60 phụ nữ, xã Phước Thắng của huyện Bắc Ái, xã Lâm Sơn và xã Ma Nới mỗi xã 120 phụ nữ

2.4.3. Phương pháp chọn mẫu điều tra định tính

Phỏng vấn sâu: Đối tượng phỏng vấn sâu là đại diện lãnh đạo quản lý Nhà nước tuyến tỉnh (Sở Y tế, Trung tâm SKSS tỉnh), đại diện đơn vị sự nghiệp y tế trên địa bàn huyện (cán bộ phụ trách SKSS) Trưởng trạm y tế, nữ hộ sinh trạm. Tổng số 8 cuộc phỏng vấn cho mỗi đợt điều tra.

Thảo luận nhóm: Đối tượng là nhân viên YTTB/Cô đỡ thôn bản đang phụ trách công tác CSSKSS thôn bản.

2.5. Tổ chức thực hiện

Cả hai cuộc điều tra năm 2013 và năm 2016 đều được thực hiện giống nhau về phương pháp nghiên cứu cũng như thu thập số liệu. Nghiên cứu sinh cùng các giám sát viên và điều tra viên tham gia điều tra. Các hoạt động của

nghiên cứu này được lập kế hoạch chi tiết, phân công công việc cụ thể cho các bên tham gia, nhóm nghiên cứu chịu trách nhiệm thực hiện.

2.5.1. Điều tra viên và giám sát viên

- Điều tra viên: gồm những người đang phụ trách công tác CSSKSS ở địa bàn nghiên cứu, được tập huấn về nội dung CSSKSS theo hướng dẫn quốc gia, Bộ câu hỏi, kỹ năng phỏng vấn. Điều tra viên, tham gia thực hiện các điều tra hộ gia đình, thực hiện các quan sát, hướng dẫn thảo luận nhóm.

- Đây là nghiên cứu tại cộng đồng nên các điều tra viên được tập huấn đầy đủ trước khi đi thực địa, đảm bảo chất lượng đồng nhất trong quá trình thu thập số liệu của nghiên cứu.

- Giám sát viên: Nghiên cứu viên và cán bộ phụ trách công tác CSSKSS ở địa bàn nghiên cứu có kinh nghiệm về nghiên cứu, có trách nhiệm tổ chức giám sát, kiểm tra ngẫu nhiên ít nhất 10% số phiếu phỏng vấn HGD để kiểm tra độ xác thực của thông tin thu được.

2.5.2. Tập huấn

- Tập huấn về chuyên môn: Nhóm tiến hành can thiệp được tập huấn về chuyên môn theo Hướng dẫn quốc gia về các dịch vụ CSSKSS. Ngoài ra, nhóm cũng được tập huấn về các kỹ năng tư vấn.

- Tập huấn về nghiên cứu: Tất cả các nghiên cứu viên và giám sát viên đều được tập huấn về mục tiêu nghiên cứu, tiến trình nghiên cứu, được giới thiệu về bộ câu hỏi và cách tiến hành phỏng vấn.

- Phỏng vấn sâu do giám sát viên tiến hành nhằm đảm bảo việc khai thác triệt để thông tin từ đối tượng nghiên cứu.

2.5.3. Các hoạt động can thiệp chính

Sử dụng Cô đỡ thôn bản để CSSK cho bà mẹ trong thời kỳ mang thai, sinh đẻ, hoạt động can thiệp với phụ nữ trong độ tuổi 15-49 và cô đỡ thôn bản.

Truyền thông nâng cao nhận thức của người dân về chăm sóc sức khỏe sinh sản của phụ nữ tuổi sinh đẻ:

Dựa vào tài liệu liên quan đến CSSKSK do Bộ Y tế đã xây dựng, mang tên “Tài liệu tuyên truyền vận động thực hiện Chiến lược quốc gia CSSKSS 2001-2010” [62].

Hình thức truyền thông:

- Viết các bài phát thanh: Tổng hợp đã viết được 4 bài phát thanh, phát định kỳ hàng tuần vào thứ 7 trong suốt thời gian can thiệp. Nội dung về chăm sóc sức khỏe bà mẹ, làm mẹ an toàn, chăm sóc sức khỏe sơ sinh trên báo “Sức khỏe và đời sống”, đồng thời có chuyên mục riêng về làm mẹ an toàn trên mặt báo.

- Tổ chức được 20 buổi tập huấn, tư vấn trực tiếp cho đối tượng nghiên cứu, chia ra theo từng địa bàn để đảm bảo đối tượng nghiên cứu có thể tiếp cận được (thông qua hỗ trợ, lồng ghép với hoạt động của Trung tâm CSSKSS các tỉnh)

- Ngoài ra, nghiên cứu thực hiện giám sát các hoạt động cô đỡ tại tất cả các tuyến huyện và xã. Hàng tháng, bố trí thời gian đi giám sát các hoạt động đỡ đẻ, chăm sóc sức khỏe sinh sản đột suất 1 tháng 1 lần.

- Tổ chức 01 cuộc thi cho người tham gia thực hiện hoạt động can thiệp, đặc biệt nâng cao kiến thức và kỹ năng, hỗ trợ cho mạng lưới cộng tác viên (hội phụ nữ, đoàn thanh niên, hội chữ thập đỏ...) để nâng cao chuyên môn và vai trò của đội ngũ này.

Hoạt động can thiệp riêng với cô đỡ thôn bản.

Mục đích: Nâng cao kỹ năng truyền thông và thực hành của cô đỡ thôn bản qua đó giúp thực hiện chăm sóc sức khỏe bà mẹ khi mang thai và định kỳ chăm sóc bà mẹ và trẻ sơ sinh sau đẻ tại nhà được tốt hơn.

- Do điều kiện đi lại rất khó khăn, khó tập hợp được các cô đỡ thôn bản nên chúng tôi đã đến tận nhà của từng cô đỡ thôn bản, với tổng số 24 người để trao đổi, tập huấn cho đối tượng này về các nội dung liên quan đến chăm sóc sức khỏe sinh sản cho phụ nữ dân tộc thiểu số (có người bản địa đi cùng để phiên dịch do hầu hết các cô đỡ đều không biết tiếng Kinh). Biên tập nội dung tập huấn để nhắc lại cho CDTB 6 tháng 1 lần.
- Nội dung tập huấn trực tiếp bao gồm:
 - + Kỹ năng truyền thông, tư vấn trước, trong và sau sinh; kỹ năng quản lý thai nghén tại thôn bản: phát hiện phụ nữ có thai và vận động họ đến cơ sở y tế khám thai và quản lý thai nghén.
 - + Phát hiện những trường hợp phụ nữ mang thai có nguy cơ cao và chuyển đến cơ sở y tế kịp thời.
 - + Phát hiện và xử trí ban đầu các trường hợp tai biến sản khoa trong thôn bản hoặc tai biến trong quá trình đẻ tại nhà, thông báo và chuyển đến cơ sở khám bệnh, chữa bệnh kịp thời.
 - + Đỡ đẻ đường dưới ngôi chỏm cho phụ nữ mang thai khi chuyển dạ không đến hoặc không kịp đến cơ sở khám bệnh, chữa bệnh để sinh đẻ.
 - + Theo dõi, chăm sóc bà mẹ và trẻ sơ sinh ít nhất 2 giờ đầu sau đẻ, hướng dẫn bà mẹ và gia đình tự theo dõi, chăm sóc.

2.6. Phương pháp và công cụ thu thập số liệu

2.6.1. Thu thập số liệu thứ cấp.

- Báo cáo tổng kết hàng năm tổ chức hoạt động triển khai và các kết quả đạt được của công tác CSSKSS và sử dụng dịch vụ chăm sóc sức khỏe sinh sản của phụ nữ người dân tộc thiểu số tỉnh hàng năm, các báo cáo giám sát.
- Các kết quả điều tra, nghiên cứu khác của trong nước và ngoài nước về SKSS để làm tài liệu tham khảo.
- Sử dụng biểu mẫu thống kê thu thập thông tin tổ chức hoạt động triển

khai và các kết quả đạt được của công tác CSSKSS tại Ninh Thuận hàng năm: Các hoạt động chuyên môn, tổ chức bộ máy, phát triển và quản lý nhân lực, quản lý tài chính, trang thiết bị và thuốc khi triển khai.

- Các văn bản liên quan (kế hoạch, kế hoạch liên ngành chăm sóc sức khỏe sinh sản của phụ nữ người dân tộc thiểu số) của cơ quan Nhà nước, UBND các cấp, các ngành. Kết quả điều tra về tình trạng cung cấp và sử dụng dịch vụ chăm sóc sức khỏe sinh sản của phụ nữ người dân tộc thiểu số tại cộng đồng.

2.6.2. Nghiên cứu định lượng (đối với phụ nữ tuổi sinh đẻ)

Các bước tiến hành và công cụ thu thập thông tin định lượng: Thiết kế bộ câu hỏi bán cấu trúc phỏng vấn đối tượng trong nghiên cứu định lượng, chú ý tới yếu tố xã hội, văn hóa, phong tục tập quán của DTTS (Phụ lục 1).

- Điều tra ban đầu tại các xã được chọn trước khi tiến hành nghiên cứu TCT nhằm tìm hiểu các thông tin về nhân khẩu, mức sống, văn hóa, phong tục, di biến động, tuổi kết hôn, trình độ văn hoá nói chung, ngôn ngữ, các khái niệm dùng trong bộ câu hỏi có hiểu được không, khái niệm về mốc thời gian, người dân có sẵn sàng cho phỏng vấn không? tình hình sử dụng dịch vụ chăm CSSKSS chăm sóc thai nghén, chăm sóc sinh đẻ (trước, trong và sau sinh), các biện pháp KHHGĐ như thế nào? Đồng thời xem xét ai là điều tra viên mà người dân tin tưởng và sẽ nói trung thực nhất...

- Qua các cuộc phỏng vấn thử nghiệm trên thực địa hiệu chỉnh lại bộ câu hỏi bổ sung các thông tin còn thiếu sót và chỉnh sửa để phù hợp với ngôn ngữ địa phương giúp đối tượng nghiên cứu hiểu nội dung các câu hỏi, trả lời dễ dàng và chính xác để tiến hành phỏng vấn.

- Tiếp cận và tiến hành điều tra:

- + Điều tra viên đến địa điểm điều tra và tự giới thiệu mình và giải thích mục đích, ý nghĩa, quy trình nghiên cứu và sự bảo mật của thông tin phỏng

vấn. Lấy ý kiến đồng ý tham gia của các loại đối tượng nghiên cứu. Người tham gia nghiên cứu được phát 1 tờ thông tin về cơ quan tổ chức điều tra để liên lạc khi cần thiết.

+ Tiến hành phỏng vấn bà mẹ 19 - 49 tuổi hoặc bố, mẹ, chồng của các bà mẹ ≤ 18 tuổi ; được phỏng vấn theo bộ câu hỏi cá nhân. Họ được nhận một món quà bồi dưỡng nhỏ cho sự tham gia tình nguyện của mình.

+ Để tránh trùng lặp người phỏng vấn, điều tra viên hỏi người phỏng vấn đã từng được phỏng vấn trước đây chưa (khoảng thời gian từ khi triển khai điều tra)?

2.6.3. Nghiên cứu định tính (đối với các cán bộ y tế)

Nghiên cứu định tính được tiến hành theo bản hướng dẫn phỏng vấn sâu (Phụ lục 2) và thảo luận nhóm (Phụ lục 3) để thu thập các số liệu, thông tin phù hợp với mục tiêu. Thông tin được ghi bằng và gõ bằng theo các quy trình chuẩn của chương trình. Mọi thông tin đều được giữ bí mật cá nhân và lưu trữ cho thẩm định khi cần thiết.

- **Phỏng vấn sâu** cán bộ y tế về khó khăn, thuận lợi trong quá trình triển khai cung ứng dịch CSSKSS các tuyến tỉnh/huyện/xã/thôn bản

- + Lãnh đạo Sở Y tế
- + Lãnh đạo Trung tâm và cán bộ quản lý CDTB của CSSKSS tỉnh.
- + Cán bộ phụ trách công tác CSSKSS của Trung tâm y tế huyện.
- + Trạm trưởng Trạm y tế xã.
- + Nữ hộ sinh xã.

- **Thảo luận nhóm**

Cô đỡ thôn bản, cán bộ y tế thôn bản, nữ hộ sinh trên địa bàn xã, vai trò của CDTB đối với việc tiếp cận dịch vụ SKSS của phụ nữ vùng đông người dân tộc thiểu số thiểu số. Các thông tin liên quan đến văn hóa, tập tục sinh đẻ, các quyền lợi, bình đẳng giới, yếu tố bạo lực gia đình, phân biệt đối xử; thông tin

tìm hiểu kiến thức, sự hiểu biết của phụ nữ dân tộc thiểu số về các bệnh lây qua đường tình dục,... xác định đúng nhu cầu về CSSKSS, khám và điều trị các bệnh phụ khoa, phương pháp phòng chống các bệnh lây qua đường tình dục, nhiễm trùng đường sinh sản để đề xuất các giải pháp khắc phục. Thảo luận về mức độ tham gia hoạt động, hiệu quả và khó khăn trong quá trình thực hiện cũng như một số yếu tố về kinh tế, văn hóa, xã hội ảnh hưởng đến kết quả hoạt động. Tình hình triển khai các hoạt động can thiệp và sự phối kết hợp giữa các cơ quan, ban ngành tại địa phương. Đồng thời có được thông tin cơ bản về kết quả các hoạt động của chương trình CSSKSS và những nhận xét, đánh giá cụ thể, phản hồi về kinh nghiệm, bài học và những khó khăn cản trở trong quá trình thực hiện các chương trình can thiệp.

2.7. Các chỉ số nghiên cứu

STT	Biến số/chỉ số	Định nghĩa/cách tính	Phân loại	Phương pháp thu thập
1	Nhóm tuổi	Là tuổi của đối tượng nghiên cứu phân theo các nhóm	Phân loại	Phỏng vấn trực tiếp
2	Trình độ học vấn	Là trình độ học vấn cao nhất của ĐTNC	Thứ bậc	Phỏng vấn trực tiếp
3	Dân tộc	ĐTNC thuộc dân tộc thiểu số nào	Phân loại	Phỏng vấn trực tiếp
4	Tôn giáo	ĐTNC hiện có theo tôn giáo nào không, nếu có thì tôn giáo đang theo là gì	Phân loại	Phỏng vấn trực tiếp

STT	Biến số/chỉ số	Định nghĩa/cách tính	Phân loại	Phương pháp thu thập
5	Số lần mang thai	Là số lần mang thai		Phỏng vấn trực tiếp
6	Số con	Là số con mà bà mẹ sinh ra sống trong thời điểm nghiên cứu		Phỏng vấn trực tiếp
7	Nhóm biến số/chỉ số về tiếp cận thông tin chăm sóc sức khỏe sinh sản			
7.1	Tỷ lệ được tiếp cận với những chủ đề CSSK: Cách CSSK bà mẹ và trẻ em; trong khi sinh và KHHGD	Đã được tiếp cận hay chưa (có/không)	Nhị phân	Phỏng vấn trực tiếp
7.2	Nguồn để tiếp cận thông tin về CSSKSS	Là các kênh, phương tiện giúp ĐTNC biết đến thông tin về CSSKSS	Phân loại	Phỏng vấn trực tiếp
8	Nhóm biến số chỉ số về thực trạng sử dụng dịch vụ CSSKSS (trước sinh, trong sinh và sau sinh)			
8.1	Kiến thức về xử trí các dấu hiệu nguy hiểm khi mang thai	Là các cách xử trí của ĐTNC, bao gồm: để tự khỏi, tự chữa, mời CDTB đến nhà, đến trạm y tế Phòng khám tư, thầy lang Mụ vườn, cúng	Phân loại	Phỏng vấn trực tiếp

STT	Biến số/chỉ số	Định nghĩa/cách tính	Phân loại	Phương pháp thu thập
8.2	Số lần khám thai	Là số lần ĐTNC được cán bộ y tế có chuyên môn khám thai	Thứ bậc	Phỏng vấn trực tiếp
8.3	Tỷ lệ có tiêm uốn ván	ĐTNC có tiêm uốn ván hay không (có/không/không nhớ)	Nhị phân	Phỏng vấn trực tiếp
8.4	Những địa điểm để đến khám thai	Những địa điểm ĐTNC lựa chọn để đến khám thai	Phân loại	Phỏng vấn trực tiếp
8.5	Phân loại người hướng dẫn, đăng ký theo dõi quản lý thai	Là những người đã từng hướng dẫn và đăng ký theo dõi quản lý thai cho ĐTNC	Phân loại	Phỏng vấn trực tiếp
8.6	Thực hành về lựa chọn nơi sinh cho con	Những bà mẹ mang thai và sinh con trong thời gian nghiên cứu đã sinh con ở đâu	Phân loại	Phỏng vấn trực tiếp
8.7	Thực hành về chăm sóc sau sinh tại nhà	Có thực hiện CSSS không	Nhị phân	Phỏng vấn trực tiếp
8.8	Người chăm sóc sau sinh và hướng dẫn nuôi con bằng sữa mẹ	Các cán bộ nào đã thực hiện chăm sóc sau sinh và hướng dẫn nuôi con cho bà mẹ	Phân loại	Phỏng vấn trực tiếp

STT	Biến số/chỉ số	Định nghĩa/cách tính	Phân loại	Phương pháp thu thập
8.9	Được hướng dẫn về KHHGD	Có được hướng dẫn về KKHGD không	Nhị phân	Phỏng vấn trực tiếp
8.10	Tình trạng đi khám phụ khoa định kỳ	Có đi khám phụ khoa định kỳ hay không	Nhị phân	
9	Biến số chỉ số về hiệu quả can thiệp tăng cường chăm sóc sức khỏe sinh sản qua đánh giá cô đỡ thôn bản			
9.1	Hiệu quả nâng cao kiến thức về số lần khám thai và tiêm phòng uốn ván cho phụ nữ dân tộc thiểu số	Là chỉ số hiệu quả nâng cao kiến thức về khám thai và tiêm phòng uốn ván cho phụ nữ ít người		Phân tích
9.2	Hiệu quả nâng cao kiến thức về các dấu hiệu và cách xử trí các dấu hiệu nguy hiểm khi mang thai	Là chỉ số hiệu quả về kiến thức liên quan đến dấu hiệu và cách xử trí các dấu hiệu nguy hiểm		Phân tích
9.3	Hiệu quả thực hành về khám thai, tiêm uốn ván và nơi đến khám thai			Phân tích

STT	Biến số/chỉ số	Định nghĩa/cách tính	Phân loại	Phương pháp thu thập
9.4	Hiệu quả cải thiện kiến thức của bà mẹ về người đỡ đẻ tốt nhất			Phân tích
9.5	Hiệu quả nâng cao kiến thức về dấu hiệu nguy hiểm khi chuyển dạ			Phân tích
9.6	Hiệu quả can thiệp về nơi lựa chọn sinh con và người đỡ đẻ			Phân tích
9.7	Hiệu quả nâng cao kiến thức về các dấu hiệu và cách xử trí các dấu hiệu nguy hiểm sau sinh	Là chỉ số hiệu quả về kiến thức liên quan đến dấu hiệu và cách xử trí các dấu hiệu nguy hiểm sau sinh		Phân tích
9.8	Hiệu quả nâng cao kiến thức về tiêm phòng cho trẻ			Phân tích
9.9	Hiệu quả can thiệp về đánh giá chung của phụ nữ dân tộc thiểu số về việc thực hiện tuyên			Phân tích

STT	Biến số/chỉ số	Định nghĩa/cách tính	Phân loại	Phương pháp thu thập
	truyền, thực hiện chăm sóc bà mẹ khi mang thai, KHHGD của cô đỡ thôn bản			
10	Một số yếu tố ảnh hưởng đến hiệu quả can thiệp - Nhân lực - Cơ sở hạ tầng, nơi làm việc; - Trang thiết bị phục vụ CSSKSS; - Phong tục tập quán - Khoảng cách, điều kiện đi lại			Phỏng vấn sâu

2.7. Xử lý và phân tích số liệu

2.7.1. Nhập số liệu

Toàn bộ số phiếu nhận từ thực địa đã được nhóm xử lý số liệu kiểm tra lại trước khi nhập vào máy tính. Phần mềm EPI-INFO 6.04 được sử dụng và quản lý số liệu. Số liệu được làm sạch trước khi nhập vào phần mềm. Quy trình làm sạch số liệu như kiểm tra tùy chọn, mã hóa và chuyển câu sẽ được tạo ra trong phần mềm “check” của EPI – IFNO.

2.7.2. Phân tích số liệu

Phân tích trong mô tả thực trạng

Đầu tiên, số liệu được mã hoá lại được chỉnh lý đảm bảo tính chính xác, thống nhất và hoàn chỉnh. Trước khi phân tích số liệu, sự phân bố của mỗi biến sẽ được mô tả. Các biến tiếp diễn sẽ được định nhóm lại thành các phân loại dựa trên bậc quartile.

Các biến kết quả bao gồm: mức độ kiến thức, thái độ và các yếu tố liên quan. Các kết quả này được so sánh giữa vòng nghiên cứu TCT, SCT kiểm định bằng tets χ^2 hai phía. Kiểm định χ^2 , loại bỏ giả thuyết H_0 với mức độ ý nghĩa 0,05 sẽ được sử dụng. Phép hồi quy Logistic được áp dụng để ước tính tỷ suất chênh cho kiến thức, thực hành CSSKSS và mỗi yếu tố ảnh hưởng.

Phân tích hiệu quả can thiệp (HQCT %)

Để xác định hiệu quả của nghiên cứu can thiệp được đo bằng chỉ số hiệu quả can thiệp Cách tính chỉ số hiệu quả như sau:

$$CSHQ(\%) = \frac{\text{Tỷ lệ sau can thiệp (P2)} - \text{Tỷ lệ trước can thiệp (P1)}}{\text{Tỷ lệ trước can thiệp (P1)}} \times 100$$

Khi nhận định đánh giá hiệu quả của nghiên cứu can thiệp dựa trên sự phối hợp chặt chẽ giữa giá trị p và chỉ số hiệu quả. Đôi khi chỉ số hiệu quả rất cao nhưng lại không có sự khác biệt mang ý nghĩa thống kê giữa trước và sau can thiệp. Chỉ số hiệu quả có giá trị thực sự khi sự khác biệt trước và sau can thiệp có ý nghĩa thống kê.

Phân tích định tính

Các cuộc phỏng vấn, thảo luận nhóm được ghi âm và “gỡ băng” ghi âm để nhập và phân tích bằng phần mềm N-Vivo trên cơ sở xây dựng tree nodes. Các bản gỡ băng có tên văn bản (file) riêng (được mã hoá hệ thống theo qui định về nhóm đối tượng phỏng vấn, địa chỉ) và được nhập vào phần mềm Nvivo 7 làm nguồn phân tích. Khung chủ đề gồm các chủ đề lớn (theme) và chủ đề nhánh (sub-theme) được định dạng heading từ văn bản word để mã hoá tự động bởi chức năng của phần mềm Nvivo 7.

2.7.3. Sai số, giới hạn

- Đối với sai số nhớ lại: hạn chế tối đa bằng cách điều tra đồng thời phối hợp thu thập thông tin từ người nhà đối tượng, cơ sở y tế.

- Sai số do bỏ sót thông tin, khi ghi chép các câu trả lời của đối tượng trong quá trình phỏng vấn. Đối tượng không hợp tác hoặc cung cấp các số liệu sai lệch do giữ thể diện, hoặc vì các yếu tố mang tính tập quán. Cách khắc phục: tập huấn kỹ bộ câu hỏi, giám sát quá trình lấy thông tin. Lựa chọn các nghiên cứu viên có kinh nghiệm và trách nhiệm. Tổ chức rút kinh nghiệm trong nhóm nghiên cứu và giám sát sau mỗi đợt điều tra.

- Sai số do nhập số liệu: Lỗi số liệu do người nhập liệu bỏ sót hoặc vào nhầm số liệu. Cách khắc phục: làm sạch bảng hỏi trước khi xử lý, chỉ những bảng hỏi được điền đủ thông tin mới được chuyển giao cho nhóm nghiên cứu.

2.8. Hạn chế của nghiên cứu:

Nghiên cứu chỉ tiến hành trên phạm vi bốn xã, thôn bản người dân tộc thiểu số sinh sống của tỉnh Ninh Thuận nên chưa thể khái quát và đại diện một cách chính xác cho các tỉnh khác trong cả nước và các vùng dân tộc thiểu số khác. Số đối tượng tham gia điều tra trước và sau can thiệp không hoàn toàn đồng nhất và tại địa phương còn có một số các hoạt động can thiệp khác diễn ra cùng thời điểm nghiên cứu.

2.9. Vấn đề đạo đức trong nghiên cứu

Nghiên cứu này sự nhất trí của Sở y tế tỉnh, Trung tâm chăm sóc sức khỏe sinh sản tỉnh. Kết quả của nghiên cứu này hoàn toàn phục vụ cho mục đích học tập và nghiên cứu khoa học. Mặt khác việc phân tích số liệu trong nghiên cứu này sẽ được tiến hành hoàn toàn độc lập, không phụ thuộc vào mục đích của nào khác. Khi kết thúc nghiên cứu chúng tôi sẽ có báo cáo phản hồi kết quả cho địa phương. Nghiên cứu được tiến hành với sự tham gia trả lời tự nguyện của các đối tượng được phỏng vấn.

Đối tượng nghiên cứu đã được thông báo về mục đích của nghiên cứu và hoàn toàn tự nguyện tham gia nghiên cứu, được đảm bảo quyền lợi. Nghiên cứu này hoàn toàn không sử dụng các xét nghiệm hay thủ thuật y tế

nào ảnh hưởng đến sức khỏe người dân trong cộng đồng. Mọi thông tin liên quan đến danh tính cá nhân và của các cuộc thảo luận nhóm cũng như phỏng vấn sâu sẽ được giữ kín để đảm bảo tính riêng tư của các đối tượng nghiên cứu.

Nghiên cứu đã được Hội đồng chấm đề cương nghiên cứu sinh, Hội đồng Đạo đức về nghiên cứu y sinh học của Viện Vệ sinh dịch tễ Trung ương chứng nhận chấp thuận theo số RIB- VN 1057-22/2016 ngày 09 tháng 08 năm 2016.

CHƯƠNG III

KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Một số đặc điểm của đối tượng nghiên cứu

Bảng 3.1. Một số đặc điểm của đối tượng nghiên cứu

Đặc trưng cá nhân		TCT (n ₁ =420)		SCT (n ₂ =420)		P
		SL	Tỷ lệ %	SL	Tỷ lệ %	
Nhóm tuổi	15 - 18	18	4,3	31	7,4	<0,05
	19-29	246	58,6	263	62,6	>0,05
	30-39	145	34,5	118	28,1	>0,05
	40- 49	11	2,6	8	1,9	>0,05
Trình độ học vấn	Không biết chữ	91	21,7	94	22,4	>0,05
	Tiểu học	119	28,3	124	29,5	>0,05
	Trung học cơ sở	136	32,4	149	35,5	>0,05
	Trung học phổ thông	43	10,2	45	10,7	>0,05
	Không trả lời	31	7,4	8	1,9	<0,05

Kết quả bảng 3.1 cho thấy, hầu như không có sự khác biệt về nhóm tuổi có ý nghĩa thống kê tại thời điểm trước can thiệp, trong số 420 bà mẹ được nghiên cứu, phần lớn các bà mẹ ở độ tuổi 19-29, chiếm 58,6% TCT và 62,6% SCT, tiếp theo là độ tuổi từ 30-39, chiếm 34,5% TCT và 28,1% SCT. Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về trình độ học vấn trước và sau can thiệp. Tỷ lệ bà mẹ có trình độ học vấn ở mức trung học cơ sở là cao nhất, chiếm 32,4% (TCT) và 35,5% (SCT), tiếp theo là trình độ tiểu học (TCT: 28,3%, SCT: 29,5%). Đặc biệt, tỷ lệ không biết chữ của các bà mẹ là không nhỏ, chiếm tới 21,7% (TCT) và 22,4% (SCT) và chỉ có 10,2% bà mẹ TCT và 10,7% SCT có trình độ trung học phổ thông.

Bảng 3.2. Phân bố dân tộc, tôn giáo của đối tượng nghiên cứu (n=420)

Nội dung		TCT (n ₁ =420)		SCT (n ₂ =420)		P
		SL	Tỷ lệ %	SL	Tỷ lệ %	
Dân tộc	Dân tộc Raglay	325	77,4	348	82,9	>0,05
	Dân tộc K'ho	84	20,0	66	15,7	
	Dân tộc khác	11	2,6	6	1,4	
	Tổng	420	100,0	420	100,0	
Tôn giáo	Đạo phật	13	3,1	7	1,7	>0,05
	Đạo thiên chúa	31	7,4	27	6,4	
	Đạo tin lành	78	18,6	89	21,2	
	Không theo tôn giáo	298	71,0	297	70,7	
	Tổng	420	100	420	100,0	

Bảng 3.2 cho thấy kết quả bảng trên cho thấy phân bố các dân tộc trước và sau nghiên cứu không có sự khác biệt mang ý nghĩa thống kê. Tương tự, không có sự khác biệt mang ý nghĩa thống kê giữa tôn giáo của phụ nữ trước và sau can thiệp. Về dân tộc, tỷ lệ phụ nữ là người dân tộc thiểu số Raglay chiếm tỷ lệ cao hơn so với bà mẹ là người dân tộc thiểu số khác (77,4% TCT, 82,9% SCT). Còn về tôn giáo, tỷ lệ bà mẹ là không theo tôn giáo nào mà chủ yếu là thờ ông bà tổ tiên chiếm 71,0%TCT và 70,7% SCT, 21,2% bà mẹ SCT theo Đạo tin lành, số ít theo Đạo Thiên chúa và Đạo phật.

Bảng 3.3. Phân bố số lần mang thai, số con sống của các bà mẹ (n=420)

Đặc trưng cá nhân		TCT (n ₁ =420)		SCT (n ₂ =420)		P
		SL	Tỷ lệ %	SL	Tỷ lệ %	
Số lần mang thai	≤ 2 lần	261	62,2	289	68,8	>0,05
	≥ 3 lần	126	30,0	103	24,5	
	Không nhớ	33	7,9	28	6,7	
Số con sống	≤ 2 con	308	73,73	333	79,8	>0,05
	≥ 3 con	112	26,7	87	20,2	

Trong số đối tượng tham gia nghiên cứu, tỷ lệ bà mẹ có thai 2 lần chiếm tỷ lệ cao (62,2% TCT và 68,8 % SCT) và tỷ lệ bà mẹ có thai từ 3 lần trở lên chiếm 30,0% TCT 24,5% SCT. Số lần mang thai trung bình của 1 bà mẹ là $1,82 \pm 1,3$. Có 1 phụ nữ chưa mang thai và số lần mang thai cao nhất/bà mẹ là 6 con. Tỷ lệ bà mẹ có từ 1-2 con chiếm tỷ lệ rất cao 76,2 %; tỷ lệ bà mẹ có từ 3 con trở lên chiếm 26,7 % TCT và 20,2% SCT.

3.2. Thực trạng kiến thức và thực hành về chăm sóc sức khỏe sinh sản của phụ nữ người dân tộc thiểu số tuổi 15 đến 49.

3.2.1. Thực trạng tiếp cận thông tin về chăm sóc sức khỏe sinh sản

Bảng 3.4. Thực trạng tiếp cận chăm sóc sức khỏe sinh sản (n=420)

Chủ đề chăm sóc sức khỏe sinh sản		SL	Tỷ lệ %
Cách chăm sóc sức khỏe bà mẹ và trẻ em	Có	390	92,9
	Không	30	7,1
Sinh đẻ	Có	394	93,8
	Không	26	6,2
Kế hoạch hóa gia đình	Có	357	85,0
	Không	63	25,0

Kết quả cho thấy, tỷ lệ phụ nữ dân tộc thiểu số đã từng nghe nói về Cách chăm sóc sức khỏe sinh sản bà mẹ và trẻ em, sinh đẻ, kế hoạch hóa gia đình là khá cao, lần lượt đạt 92,9%, 93,8% và 85,0.

Bảng 3. 5. Phương tiện tiếp cận được thông tin liên quan đến chăm sóc sức khỏe sinh sản (n=420)

Nguồn, phương tiện	SL	Tỷ lệ %
1. Chồng, Gia đình	26	6,2
2. Bạn bè/hàng xóm	60	14,3
3. Cán bộ (phụ nữ, nông dân, đoàn thanh	147	35,0
4. Nhân viên y tế	377	89,8
5. Cộng tác viên dân số/ y tế thôn bản	375	89,3
6. Thầy, cô giáo	17	4,0
7. Đài truyền thanh xã	147	35,0
8. Vô tuyến/radio (đài)	52	12,4
9. Phim, ảnh, kịch	82	19,5
10. Sách, báo	59	14,0

Về phương tiện giúp phụ nữ dân tộc thiểu số tiếp cận được thông tin liên quan đến chăm sóc sức khỏe sinh sản: tỷ lệ biết từ nguồn là nhân viên y tế và cộng tác viên dân số/ y tế thôn bản là cao nhất, 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%. Ngoài ra, còn khá nhiều nguồn phương tiện khác như: bạn bè (14,3%), phim ảnh, kịch (19,5%), vô tuyến/đài (12,4%),...

3.2.2. Thực trạng kiến thức và thực hành chăm sóc trước sinh

Bảng 3.6. Thực trạng kiến thức về xử trí các dấu hiệu nguy hiểm khi mang thai (n=420)

Hiểu biết về xử trí các dấu hiệu nguy hiểm	SL	Tỷ lệ %
Đề tự khỏi	30	7,1
Tự chữa	17	4,0
Mời CĐTB đến nhà	102	24,3
Đến trạm y tế	285	67,9
Phòng khám tư	42	10,0
Thầy lang/ Mụ vườn	22	5,2
Cúng	16	3,8

Về xử trí các dấu hiệu nguy hiểm khi mang thai, có tới 67,9% đi khám chữa bệnh tại trạm y tế, tiếp theo là mời cô đỡ thôn bản đến nhà, 10% đến phòng khám tư. Vẫn còn một tỷ lệ nhất định các bà mẹ đề tự khỏi, tự chữa hoặc nhờ thầy lang/mụ vườn chữa.

Bảng 3. 7. Thực trạng thực hành khám thai và tiêm uốn ván của phụ nữ dân tộc thiểu số từ 15-49 tuổi (n=413)

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

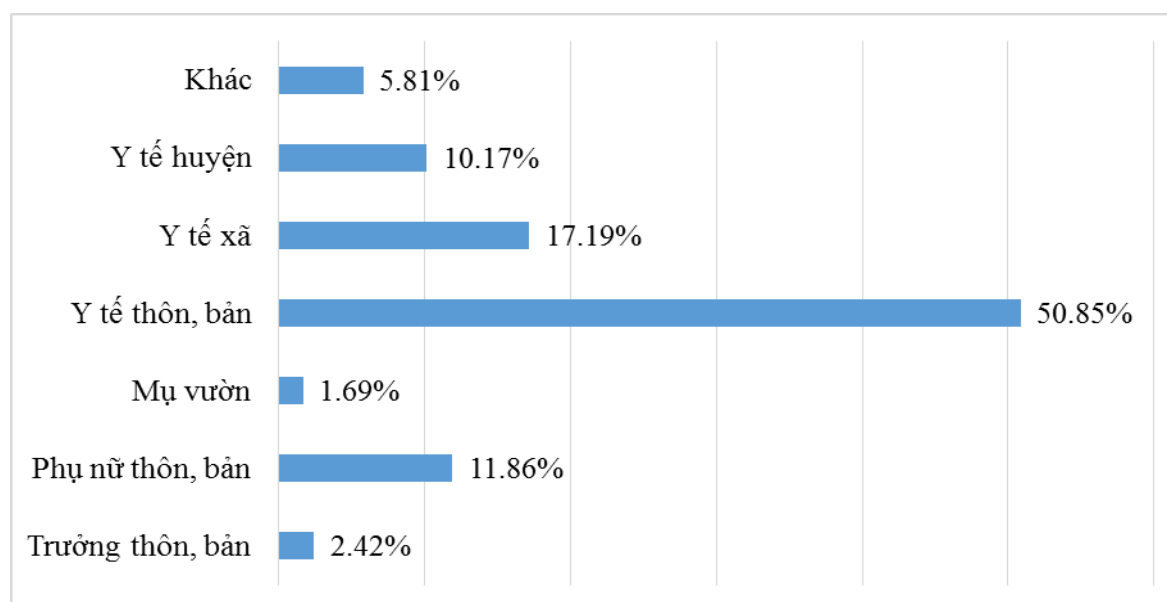
Trong số phụ nữ có thai chỉ có 51,6 % các bà mẹ khám thai đủ 3 lần, 10,7% các bà mẹ không đi khám thai. Về tiêm phòng uốn ván, 81,8% bà mẹ

tiêm phòng uốn ván, 13,1% không được tiêm phòng và 5,1% không nhớ là đã tiêm phòng hay chưa.

Bảng 3. 8. Địa điểm khám thai của bà mẹ (n=413)

Nơi khám thai	SL	Tỷ lệ %
Mời CĐTB đến nhà	126	30,5
Đến trạm y tế	298	72,2
CSYT tuyến trên	54	13,1
CSYT tư nhân	8	1,9
Thầy lang/Mụ vườn	7	1,7

Trong số phụ nữ có thai, nơi đến khám thai là trạm y tế xã chiếm tỷ lệ cao nhất (72,2%), 30,5% mời Cô đỡ thôn bản đến nhà, nơi đến khám là các cơ sở y tế ở tuyến trên chiếm 13,1%; đến các cơ sở y tế tư nhân để khám chiếm tỷ lệ 1,9%, Thầy lang/Mụ vườn chiếm 1,7%.



Biểu đồ 3.2. Người hướng dẫn đăng ký, theo dõi quản lý thai (n=413)

Trong số 413 phụ nữ đã mang thai cho biết họ đã được hướng dẫn đăng ký để quản lý thai nghén bởi nhân viên y tế thôn, bản/cô đỡ thôn, bản chiếm

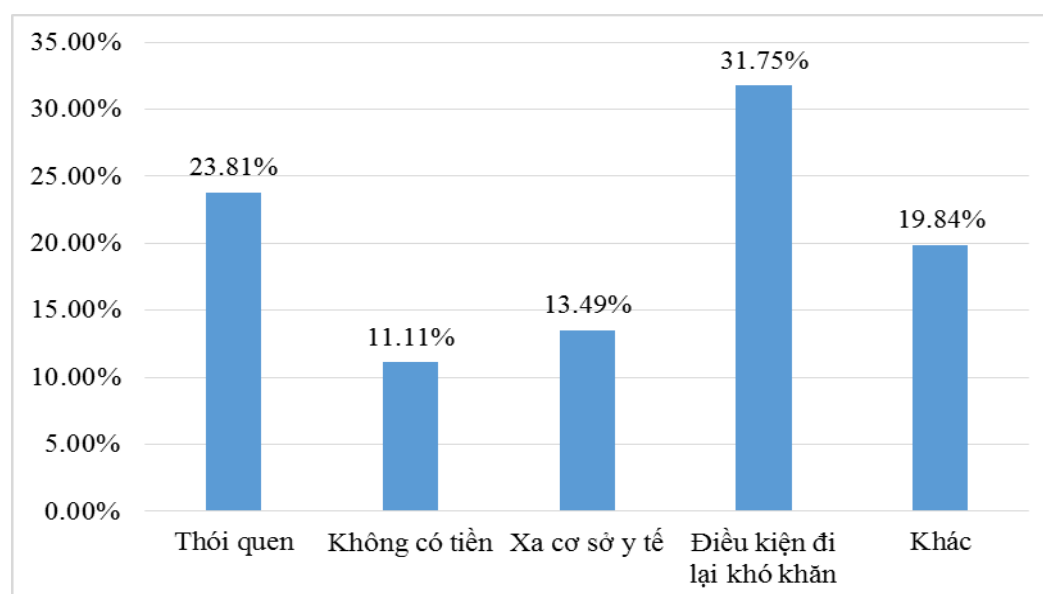
tỷ lệ cao nhất (50,8%), tiếp đến là cán bộ của trạm y tế xã (17,2%), người hướng dẫn là phụ nữ thôn chiếm 11,9%, cán bộ y tế ở tuyến huyện ở mức 10,2%,

3.2.3. Thực trạng kiến thức và thực hành chăm sóc trong sinh

Bảng 3.9. Thực hành của bà mẹ về lựa chọn nơi sinh con (n=420)

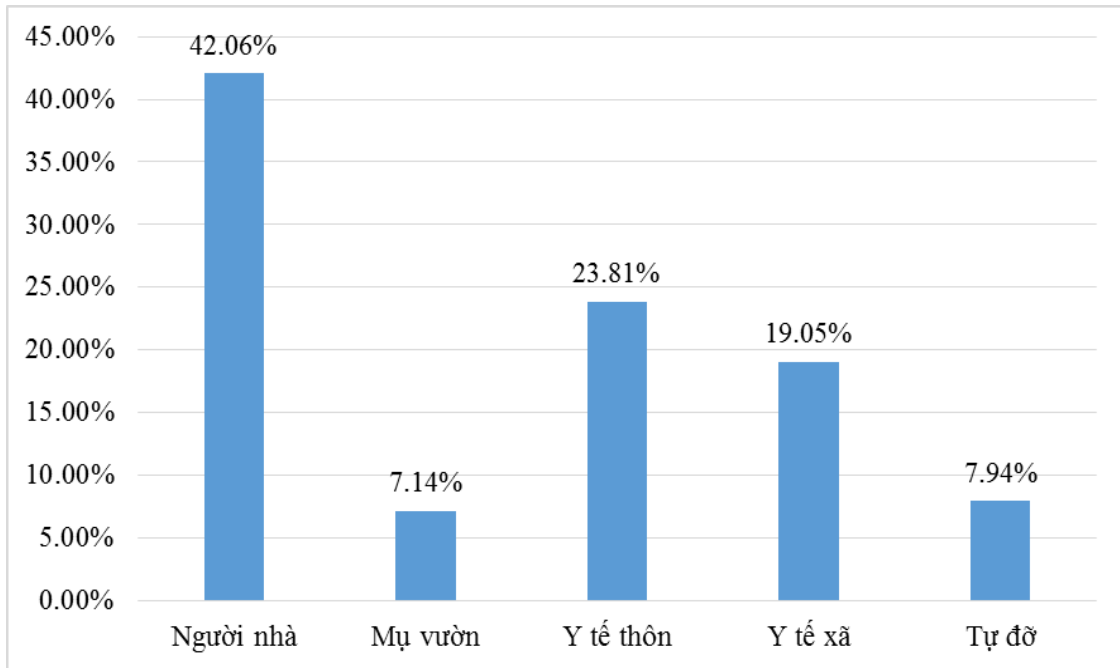
Nơi sinh	SL	Tỷ lệ %
Cơ sở y tế	283	67,4
Tại nhà, rừng	119	28,3
Đẻ rơi	7	1,7
Không nhớ/Không trả lời	11	2,6
Tổng	420	100,0

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 mà đẻ ở nhà hoặc ngoài rừng, nương, rẫy, 1,7% đẻ rơi.



Biểu đồ 3.3. Lý do không đến cơ sở y tế để sinh (n=126)

Trong tổng số 126 người không đến CSYT để sinh, nguyên nhân bởi vì điều kiện đi lại khó khăn chiếm tỷ lệ cao nhất với 31,7%, tiếp theo là do thói quen tập quán chiếm 23,8%. Lý do xa cơ sở y tế ở là 13,5%. Còn một bộ phận khá lớn đối tượng trả lời là do không có tiền (11,1%). Đây là các lý do khiến người dân không đến cơ sở y tế để sinh đẻ vẫn còn tồn tại.



Biểu đồ 3.4. Người hỗ trợ khi không đến cơ sở y tế để sinh đẻ (n=126)

Việc hỗ trợ cho các trường hợp không đến cơ sở y tế để sinh đẻ vì các lý do đã nêu được các đối tượng giúp đỡ trong lúc sinh đẻ; người thân trong gia đình hỗ trợ chiếm tỷ lệ cao nhất 42,06%. Tiếp theo có 23,81% y tế thôn hỗ trợ, 19,0% do y tế xã đỡ đẻ. Vẫn còn có tới 7,1% và 7,5% người hỗ trợ đỡ đẻ là mụ vườn hoặc tự đỡ.

3.2.4. Thực trạng kiến thức và thực hành về chăm sóc sau sinh

Bảng 3.10. Thực hành về chăm sóc sau đẻ tại nhà (6 tuần đầu) (n=420)

	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
Tổng	420	100,0	420	100,0

Tỷ lệ bà mẹ được chăm sóc 6 tuần đầu sau đẻ tại nhà 78,3%. Tỷ lệ bà mẹ không được chăm sóc 6 tuần đầu sau đẻ tại nhà 8,3%; % Tỷ lệ bà mẹ được hướng dẫn cách nuôi con bằng sữa mẹ 96,7% .

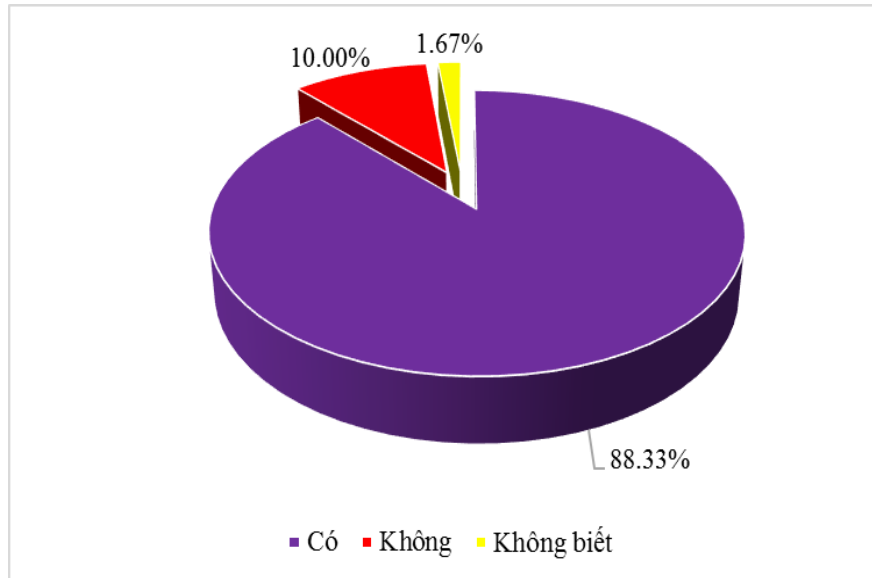
Bảng 3.11. Người chăm sóc sau đẻ tại nhà và hướng dẫn nuôi con bằng sữa mẹ (n=329)

	Chăm sóc sau đẻ		Hướng dẫn nuôi con	
	SL	Tỷ lệ %	SL	Tỷ lệ %
Người nhà	49	14,9	42	10,3
Y tế thôn	203	61,7	175	43,1
Y tế xã	49	14,9	154	37,9
Mụ vườn	7	2,1	14	3,5
Không trả lời	21	6,4	21	5,2
Tổng	329	100,0	406	100,0

Trong số các phụ nữ điều tra có chăm sóc 6 tuần đầu sau đẻ tại nhà hướng dẫn nuôi con bằng sữa mẹ; cán bộ y tế thôn, nhân viên y tế thôn,

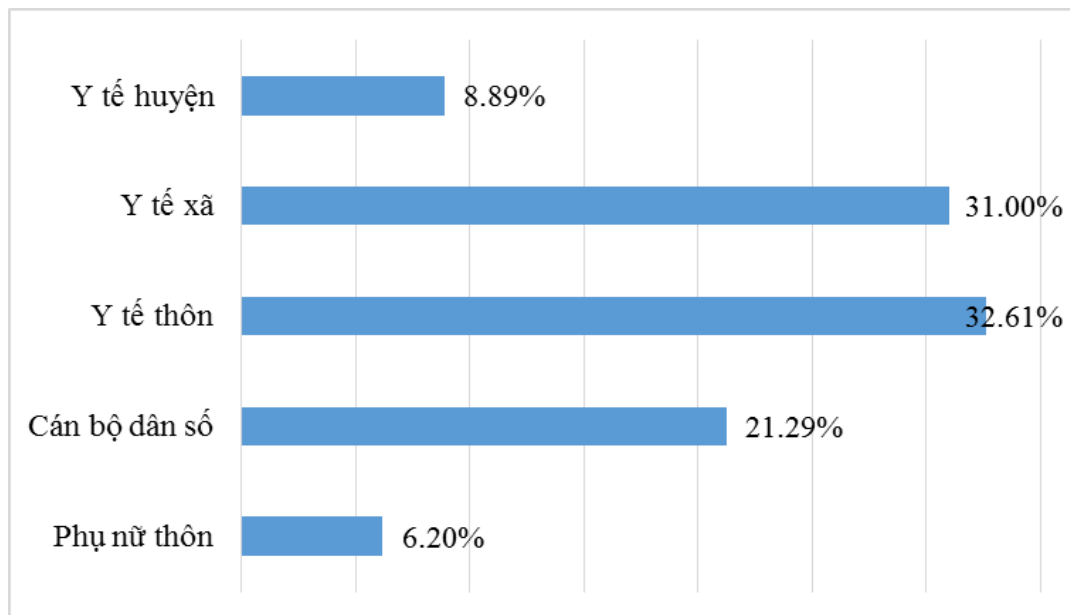
bản/cô đỡ thôn, bản chiếm tỷ lệ cao nhất (61,7%; 43,1%) ; tiếp đến cán bộ y tế xã (14,9%; 37,9%). người nhà (14,9%; 10,3%). mù vườn (2,1%; 3,5%).

3.2.4. Thực trạng hoạt động kế hoạch hóa gia đình



Biểu đồ 3.5. Được hướng dẫn về kế hoạch hóa gia đình (n=420)

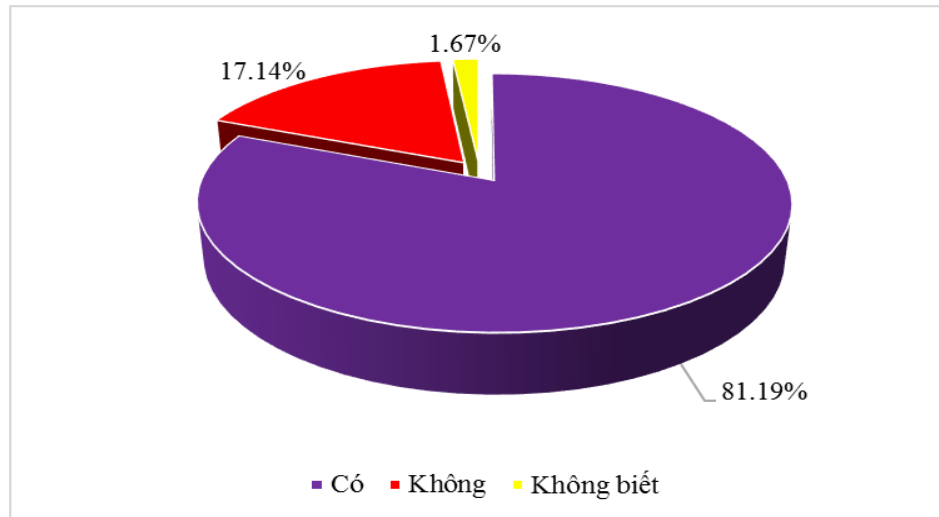
Kết quả về hoạt động hướng dẫn kế hoạch hóa gia đình cho thấy, phần lớn các bà mẹ đã được hướng dẫn về Kế hoạch hóa gia đình, chiếm tới 88,3%, có 10,0% ý kiến cho rằng không được hướng dẫn.



Biểu đồ 3.6. Người hướng dẫn về kế hoạch hóa gia đình (n=371)

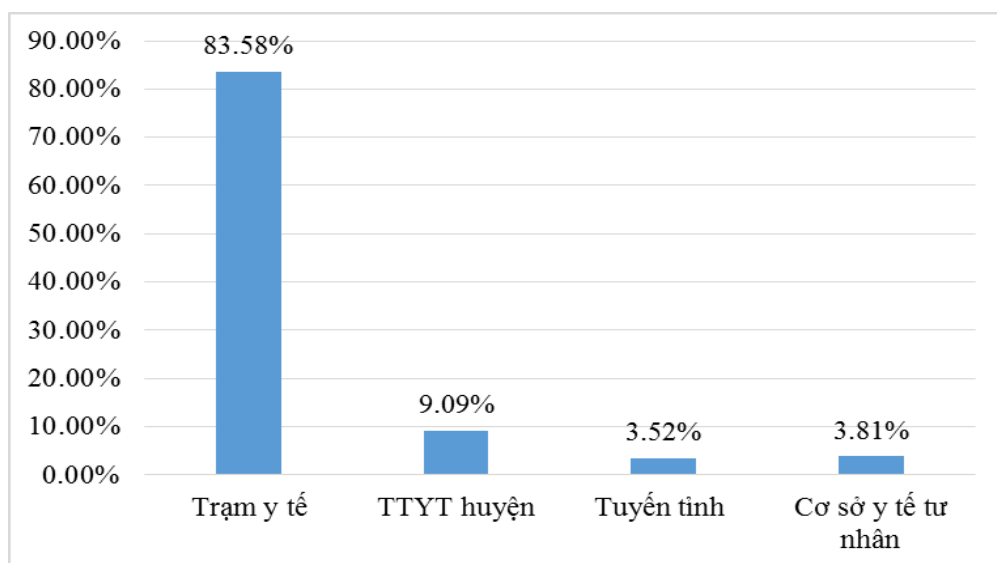
Trong số 371 (88,3%) các bà mẹ được hướng dẫn về kế hoạch hóa gia đình người hướng dẫn là nhân viên y tế thôn và Y tế xã chiếm tỷ lệ cao nhất, lần lượt là 32,6% và 31,0%. 21,9% được hướng dẫn bởi cán bộ dân số 24,9%. Còn lại là cán bộ y tế huyện chiếm và phụ nữ thôn.

3.2.5. Thực trạng khám chữa bệnh nhiễm khuẩn đường sinh sản



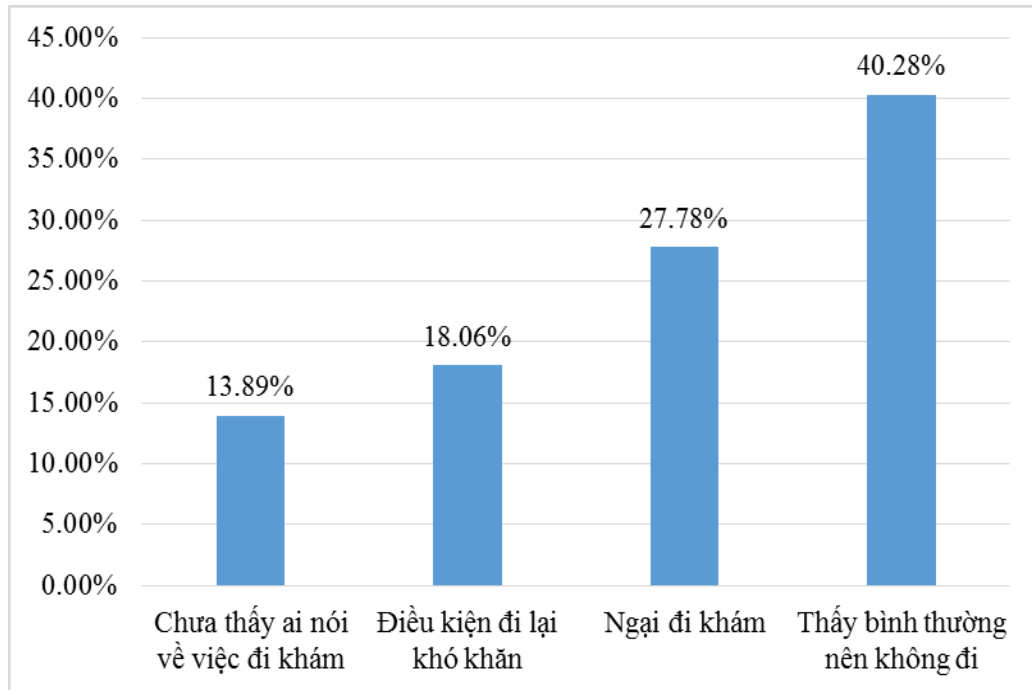
Biểu đồ 3.7. Khám phụ khoa định kỳ (n=420)

Tỷ lệ phụ nữ trong độ tuổi 15 đến 49 khám phụ khoa định kỳ của là 81,2%; 17,1% không tham gia khám phụ khoa định kỳ, còn lại là không nhớ/Không biết.



Biểu đồ 3.8. Nơi đến khám phụ khoa (n=341)

Trong số 341 (81,2%) các bà mẹ có đi khám phụ khoa định kỳ, 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%.



Biểu đồ 3.9. Lý do các bà mẹ không đi khám phụ khoa định kỳ (n=72)

Trong số 72 (17,1%) phụ nữ điều tra không đi khám phụ khoa định kỳ, có 40,3% ý kiến cho rằng vì thấy người bình thường nên không đi, tiếp đến là lý do ngại đi khám (27,8%), lý do vì điều kiện đi lại khó khăn và chưa thấy ai nói về việc đi khám lần lượt chiếm tỷ lệ thấp hơn là 18,1% và 13,9%.

3.3. Hiệu quả can thiệp tăng cường chăm sóc sức khỏe sinh sản thông qua hoạt động của cô đỡ thôn bản

3.3.1. Hiệu quả can thiệp về chăm sóc trước sinh

Bảng 3.12. Hiệu quả kiến thức về khám thai và tiêm phòng uốn ván ở lần mang thai đầu tiên

Kiến thức		TCT (n ₁ =420)	SCT (n ₂ =420)	CSHQ (%)
Số khám thai lần	≤ 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 uốn ván ở lần mang thai đầu tiên	Một mũi	41 (9,8)	30 (7,1)	-27,3
	Hai mũi	267 (63,6)	295 (70,2)	10,4
	Không	112 (26,7)	95 (22,6)	-15,3

Kết quả tại bảng 1 chỉ ra, trước can thiệp, tỷ lệ phụ nữ dân tộc thiểu số có kiến thức về khám thai $\geq$ Ba lần chỉ là 36,4%, sau can thiệp đã tăng lên 61,4% (CSHQ=68,5%). Ngoài ra, tỷ lệ trả lời không cần đã giảm từ 11,7% xuống còn 1,4% từ trước cho đến sau can thiệp. Kiến thức về số lần tiêm phòng uốn ván ở lần mang thai đầu tiên là hai mũi đã tăng từ 63,6% lên 70,2% (CSHQ: 10,4%).

Bảng 3.13. Hiệu quả kiến thức về các dấu hiệu nguy hiểm khi mang thai

Hiểu biết về các dấu hiệu nguy hiểm khi mang thai	TCT (n₁=420) SL (%)	SCT (n₂=420) SL (%)	CSHQ (%)
Sốt kéo dài	156 (37,1)	199 (47,4)	27,6
Đau đầu	87 (20,7)	117 (27,9)	34,7
Phù	112 (26,7)	158 (37,6)	41,0
Chảy máu âm đạo	185 (44,0)	242 (57,6)	30,8
Co giật	64 (15,2)	108 (25,7)	68,7
Khác	45 (10,7)	11 (2,6)	-75,7
Không biết	109 (26,0)	37 (8,8)	-66,1

Kết quả tại bảng 2 cho thấy, 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% trước can thiệp lên 25,7% sau can thiệp.

Bảng 3.14. Hiệu quả kiến thức xử trí các dấu hiệu nguy hiểm khi mang thai

Hiểu biết về xử trí các dấu hiệu nguy hiểm	TCT (n₁=420) SL (%)	SCT (n₂=420) SL (%)	CSHQ (%)
Đề tự khỏi	30 (7,1)	12 (2,9)	-59,4
Tự chữa	17 (4,0)	9 (2,1)	-48,1
Mời Cô đỡ thôn bản đến nhà	102 (24,3)	176 (41,9)	72,5
Đến trạm y tế	285 (67,9)	348 (82,9)	22,2
Phòng khám tư	42 (10,0)	54 (12,9)	29,0
Thầy lang/ Mụ vườn	22 (5,2)	2 (0,5)	-90,5
Cúng	16 (3,8)	2 (0,5)	-86,9

Bảng 3.14 cho thấy, sau can thiệp, phụ nữ dân tộc từ 15-49 tuổi đã có kiến thức về cách xử trí khi gặp các dấu hiệu nguy hiểm lúc mang thai tốt hơn. Tỷ lệ tự chữa, để tự khỏi, mời thầy lang/mụ vườn và cúng đã giảm rõ rệt. Trong khi đó, tỷ lệ mời cô đỡ thôn bản đến nhà, đến trạm y tế đã tăng lên, với CSHQ lần lượt đạt 72,5%, 22,2% và 29%.

Bảng 3.15. Hiệu quả thực hành về chăm sóc SKSS trước sinh

Nội dung thực hành		TCT (n ₁ =413) SL (%)	SCT (n ₂ =419) SL (%)	CSHQ (%)
Số khám thai lần	≤ Hai lần	84(20,3)	37(8,8)	-56,6
	≥ Ba lần +	213 (51,6)	289 (68,8)	33,4
	Có khám, không nhớ	72 (17,4)	90 (21,4)	22,8
	Không khám	44 (10,0)	4 (1,0)	-90,6
Tiêm 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 nhà	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
	Thầy lang/ Mụ vườn	7 (1,7)	1 (0,2)	-88,2

Bảng 3.15 chỉ ra, tỷ lệ khám thai từ 3 lần trở lên của phụ nữ có thai người dân tộc thiểu số từ 15-49 tuổi là 51,6% trước can thiệp đã tăng lên 68,8% sau can thiệp (CSHQ: 33,4%). Tỷ lệ không khám đã giảm từ 10% xuống còn 1%. Về tiêm vắc xin uốn ván, trước can thiệp, tỷ lệ có tiêm đạt 81,8%, sau can thiệp đã tăng lên là 95,7% (CSHQ: 16,9%). Về nơi đi khám

thai, tỷ lệ đối tượng nghiên cứu mới cô đỡ thôn bản 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%.

3.3.2. Hiệu quả can thiệp về chăm sóc trong sinh

Bảng 3.16. Hiệu quả kiến thức của các bà mẹ về người đỡ đẻ tốt nhất

Người đỡ đẻ	Trước can thiệp (n ₁ =420)		Sau can thiệp (n ₂ =420)		CSHQ
	SL	Tỷ lệ %	SL	Tỷ lệ %	
Nữ hộ sinh ở CSYT	276	65,7	314	74,8	13,8
Cô đỡ thôn bản	18	4,3	32	7,6	77,8
Bà mụ vườn	22	5,2	3	0,7	-86,4
Không biết	104	24,8	71	16,9	-31,7
Tổng	420	100,0	420	100,0	

Tỷ lệ các bà mẹ thay đổi kiến thức về cán bộ y tế công là người đỡ đẻ tốt nhất trước và sau can thiệp 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 sau can thiệp 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 sau can thiệp đều giảm.

Bảng 3.17. Hiệu quả kiến thức về các dấu hiệu nguy hiểm khi chuyển dạ

Dấu hiệu nguy hiểm khi chuyển dạ	TCT (n₁=420)		SCT (n₂=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 sau can thiệp. Tỷ lệ bà mẹ hiểu triệu chứng đau bụng dữ dội khi chuyển dạ tăng từ 35,2% trước can thiệp lên 37,9% sau can thiệp. Tỷ lệ bà mẹ hiểu triệu chứng ra nhiều máu khi chuyển dạ tăng từ 38,6% trước can thiệp lên 58,1% sau can thiệp (CSHQ đạt 50,6%). Sau can thiệp, 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% trước can thiệp lên 31,9% và 25,5% sau can thiệp, CSHQ lần lượt đạt tới 538,1% và 30,5%.

Bảng 3.18. Nơi bà mẹ lựa chọn sinh con và người đỡ đẻ cho bà mẹ

Nội dung		TCT		SCT		CSHQ
		SL	Tỷ lệ %	SL	Tỷ lệ %	
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/Không trả lời	11	2,6	20	4,8	81,8
	Tổng (n)	420	100,0	420	100,0	
Người đỡ đẻ cho bà	Nữ hộ sinh ở TYT	130	31,0	267	65,1	105,4
	Cô đỡ thôn bản	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
	Tổng (n)	410	100,0	410	100,0	

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 trước can thiệp 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 Cô đỡ thôn bản đỡ đẻ 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).

3.3.3. Hiệu quả can thiệp về chăm sóc sau sinh

Bảng 3.19. Hiệu quả kiến thức về biểu hiện nguy hiểm sau sinh

Biểu hiện nguy hiểm sau sinh	TCT (n ₁ =420)		SCT (n ₂ =420)		CSHQ
	SL	Tỷ lệ %	SL	Tỷ lệ %	
Chảy máu kéo dài và tăng	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%. 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).

Bảng 3.20. Hiệu quả kiến thức xử trí dấu hiệu nguy hiểm sau sinh

Các cách xử trí	TCT (n ₁ =420)		SCT (n ₂ =420)		CSHQ
	SL	Tỷ lệ %	SL	Tỷ lệ %	
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, sau can thiệp, bà mẹ đã tăng kiến thức về các cách xử trí khoa học hơn, song song với đó, tỷ lệ biết về những cách xử

trí khi gặp nguy hiểm sau sinh đã giảm xuống đáng kể. Tỷ lệ lựa chọn để tự khỏi, tự chữa, đến thầy lang khám và chữa, cúng trước can thiệp lần lượt chiếm 7,9%, 22,1%, 30,7% và 1,7%, tuy nhiên sau can thiệp đã giảm xuống chỉ còn 1,4%, 1,4%, 1,4% và 0,0%. Trong khi đó, sau can thiệp, 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 3.21 Hiệu quả kiến thức bà mẹ về tiêm phòng cho trẻ dưới 1 tuổi

Tiêm phòng cho trẻ dưới 1 tuổi	Trước can thiệp (n ₁ =420)		Sau can thiệp (n ₂ =420)		CSHQ
	SL	Tỷ lệ %	SL	Tỷ lệ %	
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

Nhận xét: 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 sau can thiệp, 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%. Tuy vậy, sau can thiệp, tỷ lệ biết rằng cần phải tiêm phòng một số bệnh cho trẻ vẫn còn khá thấp, chỉ đạt từ 17,4% đến 46,0%.

3.4. Hiệu quả can thiệp cô đỡ thôn bản qua đánh giá của bà mẹ

Bảng 3.22. Đánh giá chung của phụ nữ 15-49 tuổi về cô đỡ thôn bản

Nội dung	TCT (n ₁ =420)		SCT (n ₂ =420)		CSHQ
	SL	Tỷ lệ %	SL	Tỷ lệ %	%
1. Luôn có mặt khi gọi	221	52,6	306	72,9	38,5
2. Luôn ân cần, cởi mở	318	75,7	399	95,0	25,5
3. Chăm sóc, đỡ đẻ (nếu có) tốt	289	68,8	363	86,4	25,6
4. Nói chuyện về các vấn đề chăm sóc sức khỏe cho bà mẹ, trẻ em	255	60,7	377	89,8	47,8
5. Có tranh/ảnh tuyên truyền về các biện pháp tránh thai	103	24,5	282	67,1	173,8
6. Có túi đỡ đẻ sạch	202	48,1	345	82,1	70,8
7. Hải lòng về chất lượng phục vụ của cô đỡ	297	70,7	370	88,1	24,6

Bảng 3.22 cho thấy, đánh giá của phụ nữ dân tộc trong độ tuổi sinh đẻ về cô đỡ thôn bản sau can thiệp đã tốt hơn so với trước can thiệp. Trong đó, có CSHQ cao nhất là việc CĐTB 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 CĐTB được đánh giá là có túi đỡ đẻ sạch chiếm tới 82,1% SCT, CSHQ đạt được là 70,9%. Ngoài ra, tỷ lệ CĐTB 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%.

Bảng 3.23. Đánh giá việc thực hiện tuyên truyền, vận động về chăm sóc sức khỏe bà mẹ, trẻ em của cô đỡ thôn bản

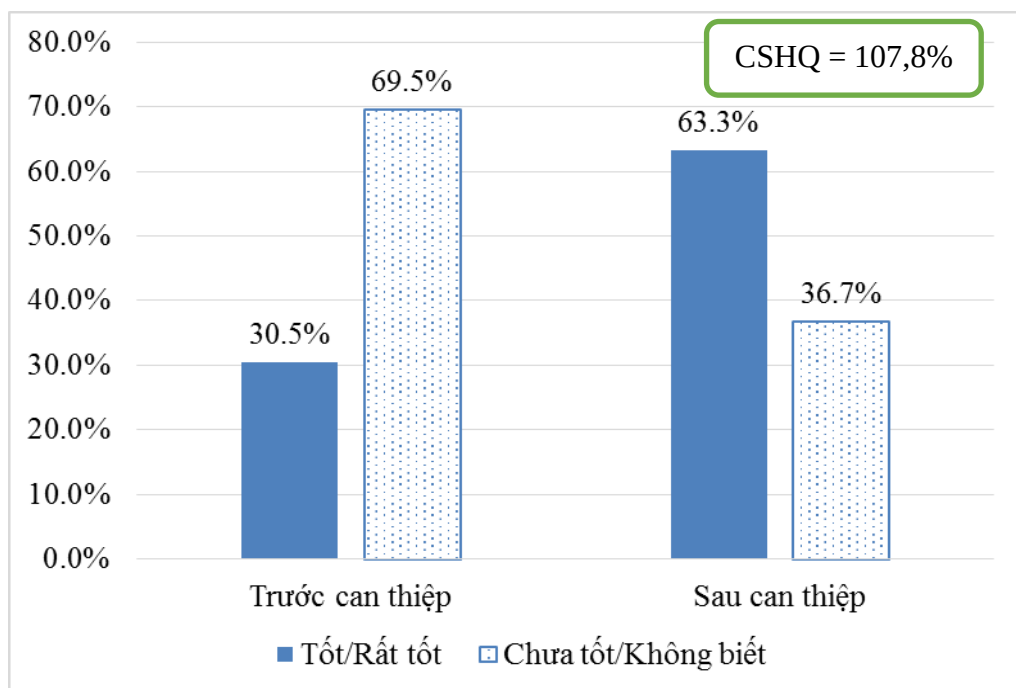
Nội dung	TCT (n ₁ =420)		SCT (n ₂ =420)		CSHQ
	SL	%	SL	%	%
1. Tuyên truyền tốt về CSSK thời kỳ mang thai và KHHGD trong độ tuổi sinh đẻ	293	69,8	387	92,1	32,1
2. Tuyên truyền tốt về phòng chống suy dinh dưỡng cho trẻ em dưới 05 tuổi	294	70,0	366	87,1	24,5
3. Vận động tốt đến trạm y tế xã đăng ký quản lý thai và khám thai	315	75,0	396	94,3	25,7
4. Tuyên truyền, vận động tốt đến cơ sở y tế để tiêm phòng uốn ván cho mẹ	327	77,9	392	93,3	19,9
5. Tuyên truyền, vận động tốt phụ nữ đến cơ sở y tế để sinh đẻ	301	71,7	395	94,0	31,2
6. Tuyên truyền, vận động tốt về 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 bản thân khi mang thai, 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 theo quy định của Luật pháp	101	24,0	231	55,0	128,7

Kết quả tại bảng 3.23 cho thấy, thông qua đánh giá của phụ nữ dân tộc từ 15-49 tuổi, việc thực hiện tuyên truyền, vận động về chăm sóc sức khỏe bà mẹ và trẻ em của CDTB đã có xu hướng tốt hơn SCT. Trong đó, CDTB 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 CDTB 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 3.24. Đánh giá của bà mẹ về việc thực hiện chăm sóc sức khỏe bà mẹ khi mang thai của cô đỡ thôn bản

Nội dung	TCT (n ₁ =420)		SCT (n ₂ =420)		CSHQ
	SL	%	SL	%	%
1. Tham gia quản lý thai nghén tốt tại thôn bản: phát hiện phụ nữ có thai,...	211	50,2	399	95,0	89,1
2. Phát hiện tốt trường hợp thai có nguy cơ cao và chuyển đến cơ sở khám bệnh, chữa bệnh 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. Thực hiện tốt đỡ đẻ thường ngôi chỏm cho phụ nữ mang thai khi chuyển dạ không đến hoặc không kịp đến cơ sở khám bệnh, chữa bệnh để sinh đẻ	240	57,1	351	83,6	46,3
5. Xử trí ban đầu tốt và kịp thời 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 3.24 cho thấy, tỷ lệ CDTB 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, có CSHQ đạt được SCT cao thứ hai là 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%). Các hoạt động khác như 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%.



Biểu đồ 3.10. Đánh giá về thực hiện theo dõi, chăm sóc bà mẹ và trẻ sơ sinh ít nhất 2 giờ đầu sau sinh của cô đỡ thôn bản ($n_1=420$; $n_2=420$)

Biểu đồ 3.10 thể hiện việc thực hiện theo dõi, chăm sóc bà mẹ và trẻ sơ sinh ít nhất 2 giờ đầu sau sinh của CDTB. Kết quả cho thấy, tỷ lệ CDTB 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%.

Bảng 3.25. Đánh giá của phụ nữ từ 15-49 tuổi về hướng dẫn thực hiện kế hoạch hóa gia đình của cô đỡ thôn bản.

Hướng dẫn thực hiện KHHGD của cô đỡ thôn bản	TCT (n ₁ =420)		SCT (n ₂ =420)		CSH Q
	SL	Tỷ lệ %	SL	Tỷ lệ %	%
1. Hướng dẫn các cặp vợ chồng sử dụng các biện pháp tránh thai chung tốt	286	68,1	382	91,0	33,6
2. Hướng dẫn tốt phụ nữ dùng thuốc uống tránh thai sau khi đã được cơ sở y tế cấp thuốc tránh thai	281	66,9	386	91,9	37,4
3. Hướng dẫn tốt phụ nữ dùng thuốc cấy tránh thai	206	49,0	339	80,7	64,6
4. Hướng dẫn tốt phụ nữ đặt dụng cụ tử cung	198	47,1	339	80,7	71,2
5. Hướng dẫn tốt chồng sử dụng bao cao su	256	61,0	320	76,2	25,0
6. Hướng dẫn tốt các cặp vợ chồng triệt sản khi đủ số con tốt	129	30,7	264	62,9	104,7

Bảng 3.25 thể hiện việc hướng dẫn thực hiện kế hoạch hóa gia đình của CDTB thông qua đánh giá của phụ nữ dân tộc trong độ tuổi sinh đẻ. Kết quả cho thấy, SCT đã có tới 91,0% CDTB 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 CDTB 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%.

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

Nhân lực còn thiếu và yếu

Nhân lực chuyên ngành sản ở các cơ sở y tế tuyến huyện, xã và thôn, bản trên địa bàn nghiên cứu; chưa có Tiến sỹ về sản công tác ở các cơ sở y tế tuyến huyện; cán bộ có trình độ Bác sỹ. Tại trạm y tế xã hai tỉnh chưa có chức danh Y sỹ sản nhi; các địa phương 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, kết quả nghiên cứu còn chỉ ra thực tế, cô đỡ thôn bản và cán bộ y tế thôn phải kiêm nhiệm khá nhiều công việc:

“Vào năm 2014, mỗi thôn là có 2 cán bộ, 1 y tế thôn . Hiện nay cô đỡ thôn bản theo quy định chỉ chỉ làm mỗi chuyên môn là đỡ đẻ thôi, tuy nhiên ở đây, lại phải làm kiêm rất nhiều việc. Như cô đỡ thôn bản kiêm y tế thôn luôn, một số nơi y tế thôn là những ông công an hoặc trưởng thôn kiêm luôn. Tuy nhiên, hiện nay đã hạn chế việc này bởi vì những người này không có được huấn luyện về y tế”

-PVS cán bộ y tế thôn-

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 dân tộc thiểu số sinh sống, những cán bộ không có trình độ chuyên môn cao, thậm chí là không chuyên môn về y tế. Như khi được hỏi về lớp học cao nhất của cô đỡ thôn bản, câu trả lời nhận được là:

“Em học hết lớp 5”, “Em học hết lớp 6” hoặc “lớp 7”, phần lớn học hết lớp 9. -Thảo luận nhóm cán bộ y tế thôn-

Do đó, các xã miền núi cũng đã thực hiện hướng dẫn chuyên môn, kỹ thuật cho cô đỡ thôn bản và y tế thôn:

“Nói chung giao ban hàng tháng cũng có hội ý với mấy em đó. Những gì mà đổi mới, còn thêm những kỹ thuật trong đỡ đẻ cho các em. Hôm có khám thai ngoài trạm. Hàng tháng, nếu mà không tập trung được các bà mẹ mang thai thì các em phải đi tận nhà có hôm tới 8-9 giờ đêm mới về đến nhà. Có thôn tập trung được thì khám thai tại chỗ, không cần đi tận nhà. Đi như này nói chung là thấy cũng rất vất vả. Cái này cũng chỉ biết cố gắng, tại vì làm cái này là “mưa dầm thấm lâu”, thì các em sau này mới có ý thức một chút hơn, thì nói chung nó đỡ hơn cho mình...”

-Thảo luận nhóm cán bộ y tế thôn-

Cơ sở hạ tầng làm việc còn thiếu

Về cơ sở, phòng làm việc chuyên ngành về chăm sóc sức khỏe sinh sản; do điều kiện về diện tích đất hạn chế cũng như việc xây trạm y tế trước đây chưa bố trí được các phòng làm việc riêng, trạm y tế phải lồng ghép chung phòng chuyên môn chuyên ngành với phòng chuyên môn chung đã phần nào có ảnh hưởng đến hoạt động chăm sóc sức khỏe sinh sản tại cơ sở.

Thiếu trang thiết bị phục vụ SKSS

Trang thiết bị chuyên ngành chăm sóc sức khỏe sinh sản trong các xã điều tra, gồm bộ dụng cụ khám thai, bộ dụng cụ đỡ đẻ và bộ dụng cụ khám phụ khoa, kế hoạch hóa gia đình, bộ dụng cụ cắt khâu tầng sinh môn, bộ dụng cụ kiểm tra cổ tử cung và bộ hồi sức sơ sinh đều có ở các xã với số lượng phù hợp. Kết quả trên cho thấy, trang thiết bị chuyên ngành chăm sóc sức khỏe sinh sản của các xã điều tra đã được đầu tư, cung cấp bảo đảm theo chuẩn về trang thiết bị. Tuy nhiên, theo phân tích kết quả định tính cho thấy, hiện nay,

các địa bàn thuộc nghiên cứu còn khá thiếu thốn về tranh/ảnh tuyên truyền về các biện pháp tránh thai, đồng thời cũng thiếu túi đỡ đẻ sạch.

Rào cản liên quan đến phong tục tập quán.

Sau khi được hỏi về những khó khăn nào có thể gặp về phong tục tập quán tại địa phương, đối tượng nghiên cứu cho biết:

“...Vì mình cũng là người địa phương nên cũng hiểu rõ về phong tục tập quán ở đây, , trước đây họ nói là họ mắc cỡ, họ không tới trạm khám vì phải cởi quần ra hết, phải khám phải thế này thế kia. Hiện nay, mình tuyên truyền là phụ nữ với nhau không có cái gì là mắc cỡ hết. Nói chung là họ cũng ý thức dần dần. Chủ yếu là họ mắc cỡ thôi chứ không có gì hết...”

“....Cái thứ hai nữa là hồi xưa họ nói tôi đẻ đau thì đâu có chết đâu, cũng sống đó có sao đâu. Thì giờ đây, họ cũng ý thức hơn, cái đó cũng bỏ được phần nào rồi”

-Thảo luận nhóm cán bộ y tế thôn-

Mặc dù đã có một số cải thiện, tuy nhiên, những phong tục tập quán cũng sẽ rất lâu hoặc rất khó có thể thay đổi được, do đó, nhìn chung vẫn còn gặp nhiều khó khăn, vướng mắc về vấn đề này.

Trong quá trình thực hiện can thiệp về nâng cao thực hiện sử dụng dịch vụ chăm sóc sức khỏe sinh sản của bà mẹ, những cán bộ trực tiếp làm việc đã phản ánh một số khó khăn, trong đó có đề cập đến việc đi lại:

“Gặp khó khăn nhất là do điều kiện đi lại, vì nếu trên đó có chuyện gì nữa thì không xuống không kịp, rất vất vả, nghĩ tùm lum hết như kiểu này thì làm sao ta. Phải an ủi em nó cố gắng làm chứ không biết phải làm sao. Nói chung là cũng chỉ biết cố gắng hơn,...”

-Phỏng vấn sâu cán bộ y tế thôn-

Tuy vậy, kết quả thu được là những thôn xa thì người phụ nữ thường sinh tại nhà, còn những thôn ở gần thì mới đến trạm hoặc cơ sở y tế khác để sinh:

“...Trong hai năm gần đây, chỉ có thôn xa thì đẻ tại nhà thôi, còn những thôn gần thì đã đến trạm để sinh. Nhờ sự vận động của y tế thôn và cũng nhờ sự vận động của xã nữa, thật sự là đã vận động kiên trì lòng ghép. Vậy nói chung ở đây, em là người địa phương cho nên khi đẻ, có y tế thôn bản ở nhà thì họ cũng gọi điện, để y tế thôn xuống đây chờ trước, dù không phải ca trực nhưng họ vẫn sẽ chờ trước. Đó, trong hai năm gần đây, thì nói chung đẻ tại cơ sở y tế là đạt....”

-Phỏng vấn sâu cán bộ y tế thôn-

CHƯƠNG IV: BÀN LUẬN

4.1. Một số thông tin chung về đối tượng nghiên cứu

Nghiên cứu của chúng tôi được thực hiện tại tỉnh Ninh Thuận với tổng số 420 phụ nữ người dân tộc thiểu số trong thời gian từ năm 2013 đến 2016. Trong khoảng thời gian từ thời điểm trước can thiệp đến sau can thiệp kéo dài 3 năm, cũng có những sự thay đổi đối tượng nghiên cứu trước và sau nghiên cứu, tuy nhiên kết quả nghiên cứu cho thấy hầu như không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê. Về tuổi, phần lớn các bà mẹ ở độ tuổi 19-29, chiếm 58,6% TCT và 62,6% SCT, tiếp theo là độ tuổi từ 30-39, chiếm 34,5% và 28,1% SCT. Điều này là phù hợp vì phần lớn các bà mẹ có con nhỏ đang trong độ tuổi sinh đẻ là thường dưới 30 tuổi. Kết quả này của chúng tôi tương đồng với nghiên cứu của Nguyễn Thị Thanh Tâm (năm 2014), khi tác giả cho biết: các bà mẹ có độ tuổi từ 19-29 chiếm tỷ lệ cao nhất, với 71,4% [25]. Về trình độ học vấn, tỷ lệ bà mẹ có trình độ ở mức trung học cơ sở là cao nhất, chiếm 32,4% (TCT) và 35,5% (SCT), tiếp theo là trình độ tiểu học (TCT: 28,3%, SCT: 29,5%). Đặc biệt, tỷ lệ không biết chữ của các bà mẹ là không nhỏ, chiếm tới 21,7% (TCT) và 22,4% (SCT) và chỉ có 10,2% bà mẹ TCT và 10,7% SCT có trình độ trung học phổ thông. Ngoài ra, đối tượng nghiên cứu là dân tộc kinh chỉ chiếm tỷ lệ rất nhỏ (2,6% TCT và 1,4% SCT). Điều này cũng là một trong các yếu tố phần nào ảnh hưởng, gây khó khăn cho việc tiếp nhận kiến thức và hiểu biết về việc chăm sóc sức khỏe sinh sản của các bà mẹ tại tỉnh Ninh Thuận. Về số lần mang thai và số con sinh ra sống, tỷ lệ bà mẹ có thai từ 1-2 lần chiếm tỷ lệ cao (60,5% TCT và 68,8 % SCT) và tỷ lệ bà mẹ có thai từ 3 lần trở lên chiếm tới 24,5%. Tỷ lệ bà mẹ có từ 1-2 con chiếm tỷ lệ rất cao 76,2 %; tỷ lệ bà mẹ có từ 3 con trở lên chiếm 26,7 % TCT và 20,2% SCT. Có thể thấy, tỷ lệ sinh con thứ 3 của phụ nữ dân tộc thiểu số tại các xã được đưa vào nghiên cứu là khá cao. Còn với việc người dân ở đây

có điều kiện kinh tế không cao sẽ gây ảnh hưởng không nhỏ đến việc chăm sóc sức khỏe sinh sản cho cả bà mẹ và con của họ. Do đó, cần đặc biệt lưu tâm đến những đặc điểm trên đây để có thể giúp can thiệp hiệu quả hơn.

4.2. Mô tả thực trạng kiến thức và thực hành về chăm sóc sức khỏe sinh sản của phụ nữ vùng đông người dân tộc thiểu số tỉnh Ninh Thuận

4.2.1. Thực trạng tiếp cận đến dịch vụ chăm sóc sức khỏe sinh sản của phụ nữ dân tộc thiểu số

Tuy địa điểm nghiên cứu là ở khu vực khá khó khăn, tập trung nhiều đồng bào dân tộc thiểu số nhưng kết quả nghiên cứu của chúng tôi đã cho thấy, tỷ lệ đối tượng đã từng được nghe nói, hay biết đến một số nội dung liên quan đến chăm sóc sức khỏe sinh sản như cách chăm sóc sức khỏe bà mẹ và trẻ em, sinh đẻ, kế hoạch hóa gia đình là khá cao, lần lượt đạt tới 92,9%, 93,8% và 85,0%. Kết quả thu được này rất đáng mừng, tuy nhiên, vẫn cần phải tiếp tục thực hiện các biện pháp phù hợp như truyền thông, tiếp cận theo hộ gia đình để có thể tiến tới những bộ phận phụ nữ còn lại biết đến thông tin chăm sóc sức khỏe sinh sản không chỉ cho bà mẹ mà còn cho con của họ.

Thêm vào đó, phương tiện giúp đối tượng này tiếp cận được với thông tin khá đa dạng, trong đó, tỷ lệ biết từ nguồn là nhân viên y tế và cộng tác viên dân số/ y tế thôn bản là cao nhất, 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%. Ngoài ra, còn khá nhiều nguồn phương tiện khác như: bạn bè (14,3%), phim ảnh, kịch (19,5%), vô tuyến/đài (12,4%),...

Một kết quả nghiên cứu cho thấy, có thể ngăn chặn khoảng 80% số ca tử vong ở bà mẹ nếu họ được tiếp cận với các dịch vụ chăm sóc sản phụ thiết yếu và chăm sóc sức khỏe cơ bản. Nếu làm tốt hơn việc điều tra, tiêm chủng cho các bà mẹ và các biện pháp đảm bảo vệ sinh trong quá trình sinh nở và chăm sóc dây rốn của trẻ sơ sinh có thể giảm thiểu tình trạng bị nhiễm trùng -

là nguyên nhân gây ra 36% số trường hợp tử vong ở trẻ sơ sinh [50]. Để thực hiện được điều này, điều kiện tiên quyết là người dân phải được tiếp cận và biết đến các thông tin liên quan đến chăm sóc sức khỏe sinh sản nói chung, do đó, cần phải quan tâm nhiều hơn đến vấn đề này.

4.2.2. Thực trạng chăm sóc trước sinh

Việc sử dụng các dịch vụ liên quan đến xử trí các dấu hiệu nguy hiểm khi mang thai của đối tượng nghiên cứu rất đa dạng. Có tới 67,9% đi khám chữa bệnh tại trạm y tế, tiếp theo là mời cô đỡ thôn bản đến nhà, 10% đến phòng khám tư. Vẫn còn một tỷ lệ nhất định các bà mẹ đẻ tự khỏi, tự chữa hoặc nhờ thầy lang/mụ vườn chữa. Mặc dù có thể thấy, tỷ lệ đến cơ sở y tế hay nhờ người có chuyên môn xử lý cao hơn, tuy nhiên, việc vẫn còn tồn tại nhiều hình thức xử trí không khoa học cần được can thiệp, loại bỏ dần nhằm đảm bảo an toàn cho bà mẹ và cả trẻ sơ sinh.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, 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. Điều này tương đồng với một số vùng và quốc gia trên thế giới, khi các báo cáo chỉ ra, tỷ lệ khám thai là khá thấp. Báo cáo của UNICEF năm 2009, tỷ lệ phụ nữ độ tuổi 15-49 có thai được khám thai ít nhất 1 lần bởi cán bộ y tế có chuyên môn trên toàn thế giới là 77%, thấp nhất là khu vực Nam Á 68%, cao nhất là khu vực Mỹ Latinh và Caribe 94%, các nước đang phát triển là 77% và các nước kém phát triển là 64%. Ở cấp độ quốc gia việc sử dụng dịch vụ này còn thấp hơn nhiều như ở Afghanistan 16%. Dịch vụ CSTS ở các nước cũng khác nhau, tại Somalia là 26%, E-ti-o pia 28%, Lào 35%, Nê pal 44%, Ấn-độ 74%, Myanmar 76%, Ma-lai-xia 79%, Philippin 88%, Thái-lan 98%, Úc 100% và Việt Nam 91% [94], [91].

Còn so với một số tỉnh khác tại Việt Nam, tỷ lệ khám thai đủ từ 3 lần trở lên trong nghiên cứu của chúng tôi lại thấp hơn khá nhiều Báo cáo tổng

quan các nghiên cứu về chăm sóc SKSS tại Việt Nam giai đoạn 2000-2005 của Quỹ Dân số Liên Hiệp quốc có khoảng 1/10 đến 1/3 số phụ nữ không đi khám thai khi mang thai, số phụ nữ khám thai ít nhất 3 lần thay đổi từ 1/5 cho đến 1/3 phụ thuộc vào tôn giáo và nơi ở của phụ nữ. Tính bình quân, số lần khám thai trung bình của một phụ nữ khi mang thai là 2,7 lần ở khu vực miền núi và 3,7 lần ở khu vực đồng bằng Tỷ lệ phụ nữ khám thai trên 3 lần trung bình toàn quốc là 88,3%. Vùng Tây Bắc và Tây Nguyên vẫn là 2 vùng khó hơn mới chỉ đạt 70,1% và 79,2%.. Trình độ văn hóa, thu nhập và kiến thức về CSSS có ảnh hưởng rõ rệt đến việc sử dụng các dịch vụ (khám thai, tiêm phòng uốn ván, và uống viên sắt) [66]. Báo cáo điều tra ban đầu về thực trạng cung cấp và sử dụng dịch vụ chăm sóc sức khỏe sinh sản năm 2003 tại Bình Định của Quỹ dân số Liên Hiệp quốc thì chỉ có 2,9% phụ nữ không khám thai lần nào trước khi sinh; 21,4% khám thai chưa đủ 3 lần. Hay theo nghiên cứu của Hà Anh Thạch tại Bình Định năm 2004: tỷ lệ khám thai đủ 3 lần là 81,83% [26].

Sự khác biệt này có thể thể là do phần lớn đối tượng tham gia nghiên cứu của chúng tôi là người dân tộc thiểu số thiểu số, nên trình độ nhận thức cũng như hiểu biết chưa cao, do đó, tỷ lệ khám thai từ 3 lần trở lên còn thấp. Do đó, cần phải thực hiện các biện pháp can thiệp phù hợp giúp tăng tỷ lệ này.

Uốn ván sơ sinh là một trong 5 tai biến sản khoa mà chúng ta có thể phòng chống được nếu trong thời gian mang thai người phụ nữ được tiêm đủ 2 mũi uốn ván (nếu người phụ nữ đã được tiêm phòng uốn ván trong lần mang thai trước, thì lần mang thai này chỉ cần tiêm một mũi). Đây là một cầu thành quan trọng của việc chăm sóc thai sản. Trong kết quả thu được, 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. Có thể thấy, tỷ lệ tiêm phòng này là

khá cao. Kết quả của chúng tôi tương đồng với báo cáo tổng kết của Vụ Sức khỏe sinh sản năm 2003, khi có 88,45% thai phụ tiêm phong uôn ván đủ 2 mũi [60].

Trong số phụ nữ có thai, nơi đến khám thai là trạm y tế xã chiếm tỷ lệ cao nhất (72,2%), 30,5% mời Cô đỡ thôn bản đến nhà, nơi đến khám là các cơ sở y tế ở tuyến trên chiếm 13,1%; đến các cơ sở y tế tư nhân để khám chiếm tỷ lệ 1,9%, Thầy lang/Mụ vườn chiếm 1,7%. Tỷ lệ khám thai tại trạm y tế trong nghiên cứu chúng tôi thu được tương đương với nghiên cứu của tác giả Hà Anh tại Bình Định năm 2014: có 74% phụ nữ khám thai tại Trạm y tế. Kết quả cho thấy, trạm y tế xã và cô đỡ thôn bản được đối tượng nghiên cứu đặt niềm tin đến khám thai nhiều nhất.

Trong số 413 phụ nữ đã mang thai cho biết họ đã được hướng dẫn đăng ký để quản lý thai nghén: 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%. Tại các địa điểm đặc biệt, vai trò của cô đỡ thôn bản là khá lớn, do lực lượng này tham gia vào khá nhiều công việc liên quan. Bởi vậy, thông qua can thiệp vào nhóm này cũng có thể góp phần vào nâng cao hoạt động chăm sóc sức khỏe sinh sản cho phụ nữ dân tộc thiểu số tại tỉnh Ninh Thuận.

4.2.3. Thực trạng chăm sóc trong sinh

Kết quả đã chỉ ra, mặc dù phần lớn các bà mẹ sinh con tại các cơ sở y tế, chiếm 64,7%, 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. Thực trạng này rất đáng lưu tâm, bởi vì trong quá trình sinh, có rất nhiều rủi ro, nguy cơ cũng như biến chứng có thể xảy ra. Đảm bảo cho cuộc đẻ an toàn có liên quan trực tiếp nhất đến vấn đề tử vong mẹ. Sinh con tại cơ sở y tế đang trở nên là một lựa chọn phổ biến, đặc biệt ở những nơi đô thị và có điều

kiện kinh tế. Sinh con tại nhà cũng còn gặp hầu hết các cộng đồng với mức độ phổ biến khác nhau, từ những cuộc đẻ không có sự trợ giúp nào cho tới những cuộc đẻ được trợ giúp bởi những người được đào tạo. Thực hành của những người trợ giúp các cuộc đẻ tại nhà còn gây nhiều nguy cơ và hầu như không bao gồm chăm sóc trẻ sơ sinh và theo dõi sau sinh. Nghiên cứu thực trạng tình hình dịch vụ làm mẹ an toàn ở Việt Nam tháng 7/2003 cho thấy, tỷ lệ sử dụng dịch vụ y tế cho cuộc đẻ khác nhau ở các tỉnh khác nhau, trong đó chiếm tỷ lệ cao nhất vẫn là trạm y tế xã và bệnh viện huyện. Mặc dù vậy, tỷ lệ sinh con tại nhà hoặc ngoài rừng của phụ nữ trong nghiên cứu chúng tôi thu được thấp hơn so với khảo sát trước đó tại một số khu vực miền sâu, xa và miền núi: với tỷ lệ sinh tại nhà lên tới 50%-58% [60]. Điều này đã cho thấy sự thay đổi tích cực của cộng đồng phụ nữ dân tộc thiểu số tại tỉnh Ninh Thuận. Tuy nhiên, cần phải tiếp tục quan tâm đến vấn đề này để tiến tới giảm tỷ lệ sinh con không tại các cơ sở y tế ở mức thấp nhất.

Giải thích về 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%, tiếp theo là do thói quen tập quán chiếm 23,81%. Lý do xa cơ sở y tế ở là 13,49%. Còn một bộ phận khá lớn đối tượng trả lời là do không có tiền (11,11%). Đây là các lý do khiến người dân không đến cơ sở y tế để sinh đẻ vẫn còn tồn tại. Những lý do này khá là dễ hiểu bởi vì đối tượng mà nghiên cứu của chúng tôi tiếp cận là phụ nữ người dân tộc thiểu số thiểu số, có điều kiện sống khá khó khăn, do đó, họ không chỉ có một mà còn vấp phải rất nhiều khó khăn để có thể tiếp cận được với cơ sở y tế để sinh nở nói chung và các dịch vụ chăm sóc sức khỏe sinh sản khác nói riêng. Những kết quả này có sự tương đồng với nghiên cứu về sức khỏe sinh sản của đồng bào H'mông tỉnh Hà giang và Sinh đẻ của cộng đồng Dân tộc thiểu số tại Bình Định cho thấy các rào cản tiếp cận và sử dụng dịch vụ chăm sóc sức khỏe sinh sản của đồng bào dân tộc thiểu số giữa

hai khu vực phía Bắc và Duyên hải Miền Trung khá tương đồng [24], [39], [45]. Khả năng tiếp cận với các dịch vụ CSSK của phụ nữ nghèo là dân tộc thiểu số tại các vùng khó khăn hiện đang gặp phải nhiều rào cản cả về khoảng cách, khả năng chi trả cũng như về ngôn ngữ, văn hóa. Các nhân tố liên quan đến dịch vụ (khoảng cách, giao thông đi lại, bất đồng ngôn ngữ, thái độ kỳ thị của nhân viên y tế, thiếu trang thiết bị y tế hay thuốc men, các vấn đề về chẩn đoán và kê đơn, các chi phí gián tiếp). Dựa trên những khó khăn đã được nêu, những giải pháp đưa ra có thể là khai thông đường xá, truyền thông thay đổi thói quen, phong tục tập quán của người dân, hỗ trợ thêm kinh phí, ngoài ra có thể thành lập ra các đội cán bộ y tế cơ động để kịp thời có mặt trực tiếp trong những trường hợp khẩn cấp.

Về người hỗ trợ khi không đến cơ sở y tế để sinh đẻ được: người thân trong gia đình hỗ trợ chiếm tỷ lệ 42,06%. Tiếp theo có 23,81% y tế thôn hỗ trợ, 19,05% do y tế xã đỡ đẻ. Vẫn còn có tới 7,14% và 7,49% người hỗ trợ đỡ đẻ là mụ vườn hoặc tự đỡ. Theo cuộc điều tra về thực trạng tình hình dịch vụ làm mẹ an toàn ở Việt Nam tháng 7/2003, còn một tỷ lệ khá lớn các bà mẹ sinh con với sự giúp đỡ của các bà mụ vườn (14,3% ở Đắk Lắk và 13,3% ở Cao Bằng) [60]. Với điều kiện khó có thể tiếp cận đến các cơ sở y tế để sinh của đối tượng nghiên cứu, việc lựa chọn người hỗ trợ sinh nở là rất quan trọng, do đó, cần phải quan tâm đến vấn đề này nhiều hơn trong thời gian tới.

4.2.4. Thực trạng chăm sóc sau sinh

Chăm sóc sau sinh là sự chăm sóc được cung cấp cho phụ nữ và trẻ sơ sinh trong 6 tuần đầu sau khi sinh. Thời kỳ sau sinh là khoảng thời gian bắt đầu từ khi sinh ra đến sáu tuần liên tiếp với thời gian được khuyến cáo, tức là 6-24 giờ, 3-6 ngày và 6 tuần sau khi sinh [101]. Một thực tế đáng lo ngại là hàng năm, có ba triệu trẻ sơ sinh tử vong trong tháng đầu đời, chiếm gần 40% tổng số tử vong trẻ em dưới 5 tuổi, và gần như tất cả các ca tử vong ở trẻ sơ

sinh đều ở các nước đang phát triển. Một tỷ lệ lớn các ca tử vong mẹ và trẻ sơ sinh xảy ra trong vòng 48 giờ sau sinh. Hai ngày đầu sau sinh là thời điểm quan trọng để ngăn ngừa các biến chứng phát sinh từ khi sinh [100]. Kết quả là các dịch vụ chăm sóc sức khỏe sau sinh sẽ giúp bảo vệ phụ nữ khỏi các biến chứng sau khi sinh và cung cấp cơ hội quan trọng để đánh giá sự phát triển của trẻ sơ sinh để cung cấp chăm sóc trẻ sơ sinh. Chính bởi vậy, nghiên cứu về vấn đề này là rất cần thiết.

Kết quả của chúng tôi cho thấy, sau khi sinh, tỷ lệ bà mẹ được chăm sóc sau đẻ tại nhà 6 tuần đầu là khoảng 78,33%. Thêm vào đó, tỷ lệ mà mẹ được hướng dẫn nuôi con bằng sữa mẹ là rất cao, chiếm tới 96,67%. Trong khi đó, một nghiên cứu khác được tác Miteku Andualem Limenih và các cộng sự thực hiện tại một thị trấn của phía Tây Bắc Ethiopia, năm 2016 đã chỉ ra, tỷ lệ sử dụng dịch vụ chăm sóc sau sinh trong tổng số 588 phụ nữ sinh con chỉ đạt khoảng 33,5%, tức đây là một tỷ lệ khá thấp [74].

Ngoài ra, nghiên cứu của chúng tôi còn tìm hiểu về những người đã giúp các bà mẹ chăm sóc sau đẻ và hướng dẫn nuôi con bằng sữa mẹ cho những bà mẹ sử dụng hay nhận được dịch vụ chăm sóc sức khỏe sau sinh. Với 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 mục vụ 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 mục vụ hướng dẫn vẫn còn chiếm một số lượng nhất định. Thông qua kết quả này, chưa thể khẳng định được những lực lượng này đã đảm bảo được trình độ chuyên môn để thực hiện việc chăm sóc sức khỏe sau sinh cho các bà mẹ và con của họ hay chưa. Do vậy, cần phải tập trung vào việc đánh giá chuyên môn ban đầu của họ để dựa trên đó, xây dựng

các biện pháp, nội dung bồi dưỡng thêm sao cho phù hợp với nhu cầu và yêu cầu chăm sóc sức khỏe thực tế.

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

Công tác kế hoạch hóa gia đình luôn đóng vai trò quan trọng trong việc phát triển dân số, đảm bảo nguồn nhân lực cho sự phát triển của cả một quốc gia. Tại nước ta, mức sinh vẫn còn sự khác biệt giữa các vùng, miền. Nếu các tỉnh vùng Tây Bắc, Tây Nguyên, phía Tây của các tỉnh miền Trung tỷ suất sinh còn cao, trung bình có tới trên 3 con và số sinh con thứ ba khá lớn, thì vùng Đông Nam Bộ và Đồng bằng sông Cửu Long có mức sinh thấp đáng phải lưu ý. Đối với đối tượng nghiên cứu của chúng tôi, đặc thù là đồng bào dân tộc thiểu số tại tỉnh Ninh Thuận thì vấn đề kế hoạch hóa gia đình rất nên được quan tâm.

Kết quả về hoạt động hướng dẫn kế hoạch hóa gia đình tại đây cho thấy, phần lớn các bà mẹ đã được hướng dẫn, chiếm tới 88,33%, có 10,00% ý kiến cho rằng không được hướng dẫn. Tỷ lệ này thấp hơn so với nghiên cứu của tác giả Rugendo.M.Morris đã thực hiện vào năm 2015 trên những phụ nữ trong độ tuổi sinh đẻ (15-49) ở một tỉnh của Kenya, với có tới 95% phụ nữ biết về kế hoạch hóa gia đình [79]. Ngoài ra, trong số 371 (88,33%) các bà mẹ được hướng dẫn về kế hoạch hóa gia đình người hướng dẫn là nhân viên y tế thôn và Y tế xã chiếm tỷ lệ cao nhất, lần lượt là 32,61% và 31,00%. 21,29% được hướng dẫn bởi Cán bộ dân số. Còn lại là cán bộ y tế huyện và phụ nữ thôn. Kết quả ở những bảng trên đã cho thấy, tỷ lệ sinh con thứ ba trở lên của đối tượng nghiên cứu còn tương đối cao, chính bởi vậy, với 10% ý kiến của bà mẹ cho rằng chưa được hướng dẫn về Kế hoạch hóa gia đình thì cần được lưu ý đến. Bởi vì đi từ việc phụ nữ dân tộc thiểu số được hướng dẫn đến thực hiện, áp dụng các biện pháp kế hoạch hóa gia đình là rất khó khăn. Thực tế này đã được dẫn chứng trong nghiên cứu của Rugendo.M.Morris vào năm

2015, bởi vì trong tổng số đối tượng nghiên cứu, có 95% biết về kế hoạch hóa gia đình, nhưng lại chỉ có 47% đối tượng là có sử dụng các biện pháp kế hoạch hóa gia đình [79].

4.2.6. Thực trạng khám và chữa bệnh nhiễm khuẩn đường sinh sản

Nhiễm khuẩn đường sinh sản là một thuật ngữ rộng bao gồm các nhiễm khuẩn lây truyền qua đường tình dục và các nhiễm khuẩn đường sinh sản khác không lây truyền qua đường tình dục. Đa số các trường hợp nhiễm khuẩn lây truyền qua đường tình dục đều để lại hậu quả về mặt sức khỏe nặng nề hơn so với nhiễm khuẩn đường sinh sản. Nhiễm khuẩn đường sinh sản có thể gây nhiều hậu quả, đặc biệt trong trường hợp không điều trị hoặc điều trị không đầy đủ. Một số hậu quả có thể kể đến như: Gây viêm tiểu khung dẫn đến nguy cơ chữa ngoài tử cung, vô sinh; Một số Nhiễm khuẩn đường sinh sản gây sảy thai, thai chết trong tử cung, đẻ non và trẻ đẻ thiếu cân; Tăng nguy cơ ung thư cổ tử cung; Lây nhiễm sang trẻ sơ sinh trong quá trình thai nghén, thời kỳ chu sinh và cho con bú: có thể gây viêm kết mạc mắt trẻ sơ sinh và biến chứng mù lòa, viêm phổi, viêm màng não, thiếu năng trí tuệ ở trẻ em, giang mai bẩm sinh, nhiễm HIV...Chính bởi vậy, một trong những biện pháp phòng bệnh nhiễm khuẩn đường sinh sản đó là khám phụ khoa định kỳ.

Kết quả của chúng tôi chỉ ra, tỷ lệ phụ nữ trong độ tuổi 15 đến 49 khám phụ khoa định kỳ của là 81,19%, 17,14% không tham gia khám. Kết quả này cao hơn so với số liệu được thu thập tại 7 trạm y tế xã, cho thấy chỉ có 2329/5227 người (44,6%) trong tổng số phụ nữ có chồng trong độ tuổi 15-49 thực hiện việc khám phụ khoa/năm, tỷ lệ này là rất thấp, mặc dù các xã đều đã đạt chuẩn về y tế. Thông qua đây, có thể thấy việc thực hiện khám phụ khoa định kỳ của đối tượng nghiên cứu ở tỉnh Ninh Thuận là khá tốt. Do đó, cần phải tiếp tục duy trì được tỷ lệ này, đồng thời tiếp tục vận động, truyền thông,

khuyến khích những đôi tượng trong độ tuổi sinh đẻ tham gia khám phụ khoa định kỳ đầy đủ.

Trong số những đôi tượng có đi khám phụ khoa định kỳ, nơi đến khám chiếm tỷ lệ cao nhất là trạm y tế xã (83,58%), tiếp đến là các cơ sở y tế tuyến huyện (9,09%), các cơ sở y tế tư nhân và tuyến tỉnh gần tương đương nhau, lần lượt là 3,81% và 3,52%. Điều này là khá dễ hiểu bởi vì trong điều kiện sống ở vùng núi, việc tiếp cận dịch vụ khám chữa bệnh nói chung và chữa bệnh nhiễm khuẩn đường sinh sản nói riêng dễ dàng nhất cho người dân là đến trạm y tế xã.

Khi tìm hiểu sâu hơn để tìm hiểu lý do tại sao các bà mẹ lại không đi khám phụ khoa định kỳ, có 40,28% ý kiến cho rằng vì thấy người bình thường nên không đi, tiếp đến là lý do ngại đi khám (27,78%), lý do vì điều kiện đi lại khó khăn và chưa thấy ai nói về việc đi khám lần lượt chiếm tỷ lệ thấp hơn là 18,06% và 13,89%. Kết quả này cũng đã phần nào phản ánh được tâm lý chưa thấy bệnh thì không sợ của người dân. Đây cũng là tâm lý chủ quan, chưa coi trọng đến việc phòng bệnh hơn chữa bệnh đã tồn tại lâu trong đời sống nhân dân. Ngoài ra, tỷ lệ khá nhiều người dân không đi khám phụ khoa định kỳ do chưa thấy ai nói đến cũng cần khai thác đến. Thông qua đây, nên tập trung truyền thông, phổ biến thêm tầm quan trọng hay lý do nên khám phụ khoa cho phụ nữ, nhất là những người đang trong độ tuổi sinh đẻ

4.3. Hiệu quả can thiệp chăm sóc sức khỏe sinh sản cho phụ nữ dân tộc thiểu số tỉnh Ninh Thuận.

4.3.1. Hiệu quả can thiệp chăm sóc trước sinh

Chăm sóc sức khỏe sinh sản trước sinh cho phụ nữ trong độ tuổi sinh đẻ từ 15 – 49 là một việc rất quan trọng, đặc biệt là với người dân tộc thiểu số thiểu số. Trong đó, nâng cao kiến thức và thực hành chăm sóc trước sinh cho

đối tượng này cũng là một việc rất có ý nghĩa, đóng góp vai trò trong đảm bảo sức khỏe cho không chỉ bà mẹ mà còn cho con của họ trong thời gian sau này.

Về hiệu quả can thiệp cải thiện kiến thức chăm sóc sức khỏe sinh sản trước sinh cho phụ nữ dân tộc thiểu số từ 15-49 tuổi.

Kết quả cho thấy, sau giai đoạn can thiệp, 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%. Song song với đó, tỷ lệ phụ nữ có kiến thức sai là chỉ cần khám thai một lần, hai lần hoặc không cần khám thai đã giảm đi. Khám thai là một việc làm rất đơn giản, tuy nhiên lại đóng vai trò rất quan trọng, cần thiết mà các bà mẹ cần phải quan tâm. Theo quy định của Bộ y tế, phụ nữ có thai phải được khám thai ít nhất 3 lần vào 3 tháng đầu, 3 tháng giữa và 3 tháng cuối. Tuy nhiên nếu khám đầy đủ thì phải là 07 lần đối với một thai kỳ bình thường, còn những thai kỳ nguy cơ cao như tim sản, cao huyết áp... thì số lần khám thai sẽ nhiều hơn với nhịp độ khít hơn phụ thuộc vào các lý do y học. Do đó, sau can thiệp, tỷ lệ phụ nữ người dân tộc thiểu số thiếu số biết được cần phải khám thai ít nhất 3 lần tăng lên có thể bước đầu giúp cho họ có được thực hành đúng sau này.

Ngoài khám thai, kiến thức về tiêm phòng uốn ván trong lần mang thai đầu tiên cũng rất quan trọng. Tỷ lệ phụ nữ dân tộc thiểu số biết cần phải tiêm hai mũi vắc xin uốn ván tăng từ 63,6% trước can thiệp lên 70,2%, chỉ số hiệu quả đạt được là 10,4%. Mặc dù chỉ số hiệu quả đạt được về nâng cao kiến thức liên quan đến vấn đề này là khá khiêm tốn, tuy nhiên, nó cũng đã cho thấy những bước thay đổi dần dần trong kiến thức của người phụ nữ.

Khi mang thai, người phụ nữ rất có thể gặp phải nhiều dấu hiệu nguy hiểm, do đó, nhận biết được trước các dấu hiệu này sẽ có thể giúp cho họ chủ động hơn trong việc phòng tránh mắc phải. Kết quả cho thấy, sau can thiệp, 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% trước can thiệp lên 25,7% sau can thiệp. Thông qua kết quả này, cần phải tiếp tục triển khai các hoạt động can thiệp để ngày càng nâng cao hơn nữa kiến thức của phụ nữ người dân tộc thiểu số về các dấu hiệu này, để hiệu quả đạt được bền vững và cao hơn.

Trước can thiệp, nhiều đối tượng nghiên cứu vẫn có kiến thức về các cách xử trí khi gặp các dấu hiệu nguy hiểm trong khi mang thai mang tính cổ 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, sau can thiệp, 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 cô đỡ thôn bản 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% lên 12,9%.

Thực hành về chăm sóc sức khỏe sinh sản trước sinh của phụ nữ dân tộc thiểu số tuổi từ 15-49 tại Ninh Thuận.

Thực hành đúng luôn là mục tiêu mà bất kỳ nghiên cứu can thiệp nào muốn hướng đến. Kết quả nghiên cứu chỉ ra, tỷ lệ khám thai từ 3 lần trở lên của phụ nữ có thai người dân tộc thiểu số thiểu số từ 15-49 tuổi là 51,6% trước can thiệp đã tăng lên 68,8% sau can thiệp (CSHQ: 33,4%). Tỷ lệ không khám đã giảm từ 10% xuống còn 1%. Tuy nghiên cứu đã đạt được hiệu quả nhất định trong nâng cao thực hành khám thai cho người dân. Kết quả này cao hơn so với nghiên cứu của Đàm Khải Hoàn và cộng sự được thực hiện vào năm 2003: khi tác giả cho biết, tỷ lệ bà mẹ người dân tộc thiểu số Mông ở huyện Đồng Hỷ, Thái Nguyên khám thai đủ số lần chỉ đạt 18,71% [17]. Tuy nhiên, tỷ lệ khám thai từ 3 lần trở lên sau can thiệp của đối tượng nghiên cứu của chúng tôi vẫn thấp hơn so với trung bình toàn quốc (đạt 88,3%) và cũng

thấp hơn vùng Tây Bắc và Tây Nguyên (đạt 70,1% và 79,2%) [46]. Sự chênh lệch này có thể là do đối tượng là người dân tộc thiểu số nên điều kiện và nhận thức khám thai của người dân vẫn còn thiếu và yếu.

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 thu được này tương đương với tỷ lệ mẹ tại xã Bình Hòa, An Giang được tiêm uốn ván trong nghiên cứu của Nguyễn Văn Chinh và Nguyễn Văn Lành vào năm 2014 (đạt 95,9%) [11]. và cao hơn so với số bà mẹ người Mông tại Đồng Hỷ, Thái Nguyên được tiêm phòng uốn ván đủ trong khảo sát của Đam Khải Hoàn và cộng sự, năm 2003 [17]. Kết quả này là dấu hiệu tích cực về thực hành của phụ nữ dân tộc thiểu số. Song song với việc duy trì kết quả này thì cần tiếp tục thực hiện các can thiệp để hướng tới tỷ lệ 100% đối tượng nghiên cứu tiêm phòng đủ vắc xin uốn ván. Bởi vì, khi tiêm vắc xin uốn ván vào cơ thể người mẹ, sau một thời gian, cơ thể mẹ sẽ sinh ra kháng thể chống uốn ván và kháng thể này sẽ được truyền sang con. Như vậy, cả mẹ và con sẽ được bảo vệ trong trường hợp bị vi trùng uốn ván xâm nhập.

Nơi đến khám thai của phụ nữ người dân tộc thiểu số từ 15-49 tuổi đã có sự thay đổi tích cực hơn. Tỷ lệ đối tượng nghiên cứu mới cô đỡ thôn bản 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%. Ở nơi miền núi, việc nâng cao vai trò của cô đỡ thôn bản rất quan trọng bởi vì đây sẽ là lực lượng chăm sóc sức khỏe cơ bản chính cho những người dân tộc thiểu số này, đặc biệt là phụ nữ có thai. Bởi vì, ngoài vai trò hộ sinh, cô đỡ thôn bản còn có trách nhiệm tư vấn người dân đặc biệt là phụ nữ tiếp cận với các dịch vụ y tế nhất là dịch vụ chăm sóc sức khỏe sinh sản để họ tin tưởng vào chăm sóc y tế nhằm thay đổi hủ tục, tập quán lạc hậu đã ăn sâu vào tiềm

thức của họ. Cô đỡ thôn bản là loại hình cán bộ y tế gần gũi, dễ tiếp cận nhất với phụ nữ và trẻ em tại các thôn, bản. Việc đổi tượng nghiên cứu đã có xu hướng tiếp cận ngày càng nhiều hơn với cô đỡ thôn bản trong nhu cầu chăm sóc sức khỏe sinh sản như thế này cần được tiếp tục đẩy mạnh và khuyến khích thực hiện.

4.3.2. Hiệu quả can thiệp chăm sóc trong sinh

Nghiên cứu của chúng tôi tìm hiểu và nghiên cứu về hiệu quả đạt được liên quan đến nâng cao kiến thức và thực hành chăm sóc sức khỏe cho bà mẹ và trẻ trong giai đoạn trong sinh.

Giai đoạn trong sinh là một trong ba giai đoạn rất quan trọng trong sức khỏe sinh sản. Nếu bà mẹ không có kiến thức tốt về phần này thì có thể làm tăng rất lớn nguy cơ gây ra tai biến sản khoa. Do đó sẽ là mối đe dọa rất lớn đến sự an toàn sức khỏe với cả bà mẹ và trẻ em, đặc biệt là với đối tượng dân tộc thiểu số, sinh sống tại các vùng sâu, vùng xa, vùng miền núi khó khăn, nơi giao thông và dụng cụ kỹ thuật y tế khó ứng biến kịp thời. Bởi vậy, việc người phụ nữ có kiến thức đúng về chăm sóc sức khỏe trong sinh tốt sẽ góp phần rất lớn hạn chế những nguy cơ này.

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 sau can thiệp 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 sau can thiệp giảm từ 5,2% xuống 0,7%. Song song với đó, tỷ lệ không biết ai là người đỡ đẻ tốt nhất cũng đã giảm xuống, chỉ còn 16,9% (SCT). Việc lựa chọn người đỡ đẻ rất quan trọng, bởi người đỡ đẻ tốt thì sẽ vừa được trang bị kỹ năng đỡ đẻ, vừa có thể có kỹ năng xử lý tình huống khẩn cấp tốt nếu như có trường hợp tai biến, bất thường xảy ra.

Tìm hiểu về kiến thức của phụ nữ dân tộc thiểu số về các dấu hiệu nguy hiểm trong khi chuyển dạ đã chỉ ra, tỷ lệ bà mẹ hiểu biết các dấu hiệu nguy hiểm trong khi chuyển dạ tăng sau can thiệp. Tỷ lệ bà mẹ biết về triệu chứng đau bụng dữ dội khi chuyển dạ tăng từ 35,2% trước can thiệp lên 37,9% sau can thiệp. Tỷ lệ biết về triệu chứng ra nhiều máu khi chuyển dạ tăng từ 38,6% trước can thiệp lên 58,1% sau can thiệp (CSHQ đạt 50,6%). Sau can thiệp, 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% trước can thiệp lên 31,9% và 25,5% sau can thiệp, CSHQ lần lượt đạt tới 538,1% và 30,5%.

Về việc thực hành lựa chọn người đỡ đẻ và nơi sinh con của bà mẹ, kết quả nghiên cứu cho thấy, 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%. Trong một nghiên cứu cắt ngang của Khamphanh Prabouasone và các cộng sự về “Kiến thức, thực hành chăm sóc trong và sau sinh của các bà mẹ có con nhỏ dưới 2 tuổi tại tỉnh Bo Lì Khăm Xay, Lào 2010” đã cho thấy kết quả về việc lựa chọn nơi sinh của các bà mẹ có nét khác biệt với nghiên cứu của chúng tôi, trong đó, tác giả đã chỉ ra, tỷ lệ bà mẹ sinh con tại nhà là khá cao, chiếm tới 45,3%, tuy nhiên, vẫn có thể thấy, tỷ lệ lựa chọn cơ sở y tế để sinh vẫn chiếm số đông hơn. Rõ ràng rằng, sau can thiệp, đối tượng trong nghiên cứu của chúng tôi đã lựa chọn sinh tại cơ sở y tế cao hơn nhiều so với nghiên cứu này (88,1% so với 54,5%). Sự khác nhau này có thể là do thời gian thực hiện của hai nghiên cứu có sự khác biệt khá nhiều. Tuy chưa thực sự có đủ bằng chứng để khẳng định, tuy nhiên, tỷ lệ một phần khá lớn bà mẹ lựa chọn sinh con tại cơ sở y tế đã phần nào cho thấy hiệu quả trước mắt nghiên cứu đem lại [22].

Về người đỡ đẻ cho bà mẹ, phụ nữ sinh con do nữ hộ sinh ở trạm y tế đỡ đẻ trước can thiệp 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 Cô đỡ thôn bản 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). Trong khi đó, nghiên cứu của Khamphanh Prabouasone và cộng sự thực hiện vào năm 2010 trên tổng số 869 bà mẹ đã chỉ ra, đa số các bà mẹ đã được các nhân viên y tế đỡ đẻ trong lần sinh vừa qua chiếm tỷ lệ 56,3%. Tỷ lệ bà mẹ được mẹ vườn đỡ đẻ là 13,6% . Tuy nhiên, còn tỷ lệ lớn bà mẹ được người khác đỡ đẻ (như mẹ, chồng, bạn bè...), chiếm 30,1% [22]. Rõ ràng rằng, sau can thiệp, thành công đáng ghi nhận mà can thiệp đem lại là đã giảm đi đáng kể tỷ lệ phụ nữ người dân tộc thiểu số thiếu số tại Ninh Thuận lựa chọn người đỡ đẻ là các bà mẹ vườn và người trong gia đình. Việc đỡ đẻ rất quan trọng, do đó mà Tổ chức y tế Thế giới đã ban hành một Quy trình đỡ đẻ chuẩn được áp dụng từ tháng 11/2014 và cùng vào năm đó, Bộ Y tế cũng đã ra Quyết định số 3982/QĐ-BYT về việc phê duyệt tài liệu hướng dẫn “Kỹ năng cơ bản của người đỡ đẻ” vào 3/10/2014. Chính bởi vậy, nếu lựa chọn không tốt người đỡ đẻ thì không thể đảm bảo việc thực hiện đỡ đẻ chuẩn và xử lý tốt nếu xảy ra các sự cố bất ngờ trong sinh.

4.3.3. 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, sau can thiệp, tỷ lệ đối tượng biết về biểu hiện chảy máu kéo dài và tăng dần vẫn là cao nhất, đạt 51,0%. Trong khi đó,

ngiên cứu của nhóm tác giả Khamphanh Prabouasone, Ngô Văn Toàn, Lê Anh Tuấn, Bùi Văn Nhơn trên hơn 800 bà mẹ người Lào vào năm 2010 đã chỉ ra điểm tương tự, bà mẹ biết về dấu hiệu nguy hiểm sau sinh là chảy máu nhiều chiếm tỷ lệ cao nhất (33,0%); tiếp đến là đau bụng kéo dài và tăng lên (10,7%), ngất/co giật (8,6%). Các bà mẹ biết về các dấu hiệu nguy hiểm khác chiếm tỷ lệ thấp, như Ra dịch âm đạo có mùi hôi chỉ có 1,0% bà mẹ biết đến [22]. Mặc dù đã đạt được một số hiệu quả nhất định, tuy nhiên, vẫn có thể thấy rằng, sau can thiệp, tỷ lệ số đối tượng nghiên cứu biết về các biểu hiện nguy hiểm trong quá trình chuyển dạ vẫn còn khá hạn chế. Điều này có thể là do can thiệp diễn ra trong một khoảng thời gian chưa đủ lâu, do đó, nên cần tiếp tục thực hiện các biện pháp về truyền thông cũng như đánh giá định kỳ để ngày càng nâng cao hơn nữa kiến thức cho phụ nữ người dân tộc thiểu số thiểu số về vấn đề này.

Biết được các dấu hiệu nguy hiểm đã quan trọng và việc biết cách xử trí các dấu hiệu này cũng đóng vai trò tiên quyết trong việc đảm bảo sức khỏe cho bà mẹ trong giai đoạn sau sinh. Kết quả cho thấy, sau can thiệp, bà mẹ đã tăng kiến thức về các cách xử trí khoa học hơn, song song với đó, tỷ lệ biết về những cách xử trí khi gặp nguy hiểm sau sinh đã giảm xuống đáng kể. Tỷ lệ lựa chọn để tự khỏi, tự chữa, đến thầy lang khám và chữa, cúng trước can thiệp lần lượt chiếm 7,9%, 22,1%, 30,7% và 1,7%, tuy nhiên sau can thiệp đã giảm xuống chỉ còn 1,4%, 1,4%, 1,4% và 0,0%. Trong khi đó, sau can thiệp, 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%). Có thể thấy rằng, trong cộng đồng người dân tộc thiểu số thiểu số, không thể tránh khỏi việc vẫn luôn tồn tại những phong tục cổ hủ, lạc hậu, trong đó có việc thực hiện các xử trí khi xảy ra tai biến sau sinh. Điều này có thể gây nên rất nhiều hậu quả đáng tiếc. Sau khi triển khai can thiệp, nghiên

cứu đã giúp cho chỉ còn khoảng hơn 1% các mà mẹ lựa chọn những cách xử trí không đúng, điều này có thể đem đến những thành công bước đầu trong mục tiêu hướng tới dần dần trang bị kiến thức tốt nhất cho mà mẹ trong chăm sóc sức khỏe sinh sản nói chung và sau sinh nói riêng.

Có thể nói việc nhà khoa học Jenner phát minh ra vắc xin vào năm 1796 là một thành tựu Y học vĩ đại của nhân loại. Kể từ khi vắc xin ra đời loài người đã thực sự có được một loại vũ khí siêu hạng, sắc bén nhất, hữu hiệu nhất để chủ động phòng chống các bệnh truyền nhiễm nguy hiểm. Về bản chất việc tiêm chủng chính là sử dụng vắc xin nhằm kích thích cơ thể sinh ra miễn dịch chủ động đặc hiệu để chống lại một bệnh truyền nhiễm nào đó. Đến nay đã có gần 30 bệnh truyền nhiễm có vắc xin phòng bệnh và khoảng 190 quốc gia và vùng lãnh thổ đã đưa vắc xin vào sử dụng phổ cập cho người dân và tiêm chủng thực sự có vai trò rất lớn đối với toàn xã hội. Khoảng 85% - 95% người được tiêm chủng sẽ sinh ra miễn dịch đặc hiệu bảo vệ cơ thể không bị mắc bệnh. Người được tiêm chủng không bị mắc bệnh và đương nhiên sẽ không bị chết hay di chứng do bệnh dịch gây ra. Nhờ có vắc xin hàng năm trên thế giới đã cứu sống được khoảng 2,5 triệu trẻ em không bị chết do bệnh truyền nhiễm. Vắc xin và tiêm chủng góp phần quan trọng để đạt được mục tiêu thiên niên kỷ của Liên hợp quốc về giảm tỷ lệ tử vong cho trẻ dưới 5 tuổi trên toàn thế giới. Điều này đã cho thấy tầm quan trọng rất lớn của việc tiêm phòng vắc xin cho trẻ, trong đó có trẻ dưới 1 tuổi. Nghiên cứu của chúng tôi chỉ ra, tỷ lệ biết cần tiêm một phòng một số bệnh phổ biến đều đã tăng lên sau can thiệp, 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%. Tuy vậy, sau can thiệp, tỷ lệ biết rằng cần phải tiêm phòng một số bệnh cho trẻ vẫn còn khá thấp, chỉ đạt từ 17,4% đến 46,0%. Do đó, cần phải đẩy mạnh hơn nữa các biện pháp can thiệp nhằm ngày càng nâng cao kiến thức của các

bà mẹ người dân tộc thiểu số thiếu số về tiêm phòng 1 số loại vắc xin thiết yếu cho trẻ, đặc biệt là với trẻ dưới 1 tuổi.

4.3.4. Vai trò cô đỡ thôn bản trong chăm sóc sức khỏe sinh sản

Công tác CSSKSS của nước ta, đặc biệt là của các vùng sâu, vùng đồng bào dân tộc thiểu số còn gặp nhiều khó khăn, hạn chế. Để khắc phục tình trạng trên, ngoài việc tiếp tục đầu tư hoàn thiện cơ sở vật chất, nâng cao trình độ chuyên môn, nghiệp vụ cho đội ngũ cán bộ y tế thì việc đào tạo đội ngũ cô đỡ thôn bản người dân tộc thiểu số thiếu số là vấn đề hết sức quan trọng. Bởi đây là những người sống tại cộng đồng, cùng sử dụng ngôn ngữ, cùng có tập quán văn hoá nên dễ tiếp cận với bà con để triển khai công tác chăm sóc SKSS.

Đánh giá chung về CDTB, những người phụ nữ dân tộc thiểu số trong độ tuổi sinh đẻ của tỉnh Ninh Thuận đã có đánh giá tích cực hơn về CDTB. CSHQ cao nhất là việc CDTB 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 CDTB được đánh giá là có túi đỡ đẻ sạch chiếm tới 82,1% SCT, CSHQ đạt được là 70,9%. Ngoài ra, tỷ lệ CDTB luôn có mặt khi gọi, luôn ân cần cời mồi, 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%. Có thể thấy rằng, TCT, khó khăn lớn nhất của bộ phận CDTB là thiết dụng cụ, phương tiện liên quan đến CSSKSS. Nhưng SCT, điều này đã được khắc phục hơn, góp phần hỗ trợ CDTB thực hiện nhiệm vụ được tốt hơn.

Về thực hiện tuyên truyền, vận động chăm sóc sức khỏe bà mẹ và trẻ em của CDTB: kết quả nghiên cứu cho thấy, CDTB 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 CDTB 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%). Thực tế, khảo sát của Tổng cục thống kê cho biết, tình trạng tảo hôn của vùng đồng bào dân tộc Raglai nói riêng và dân tộc thiểu số khác nói chung tỉnh Ninh Thuận chiếm gần 39%. Điều đáng nói là con số trên đang có dấu hiệu gia tăng qua từng năm, đặc biệt là trên địa bàn huyện miền núi Bắc Ái. Liên tiếp từ năm 2012 – 2015, mỗi năm trên địa bàn có khoảng 30 trường hợp tảo hôn. Chính vì thế, vào ngày 17/5/2016, tỉnh Bình Thuận đã ban hành Quyết định số 1180/QĐ-UBND việc thành lập Ban chỉ đạo thực hiện Đề án “Giảm thiểu tình trạng tảo hôn và nhân cận huyết thống trong vùng đồng bào Dân tộc thiểu số trên địa bàn tỉnh giai đoạn 2015-2020” [56] và vào ngày 28/7/2017 đã ra Kế hoạch số 2975/KH-BCĐ để thực hiện đề án này [1]. Do đó, việc CĐTB tư vấn tốt hơn về độ tuổi kết hôn cũng như không nên kết hôn cận huyết cho phụ nữ đóng vai trò rất quan trọng và có ý nghĩa lớn với tình hình hiện tại của tỉnh Ninh Thuận, đây sẽ là một trong những giải pháp hiệu quả trong việc hạn chế nạn tảo hôn ở vùng đồng dân tộc thiểu số của tỉnh.

Về việc thực hiện chăm sóc sức khỏe bà mẹ khi mang thai của cô đỡ thôn bản: 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, có CSHQ đạt được SCT cao thứ hai là 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%). Các hoạt động khác là: 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%. Kết quả này tương đồng với kết quả thu được trong nghiên cứu của Nguyễn Thị Thanh Hương và cộng sự, tác giả này chỉ ra, CĐTB trong việc phát hiện được các trường hợp nguy cơ (tai biến sản khoa) và chuyển tuyến kịp thời đã góp phần giảm tử vong mẹ và sơ sinh tại các địa

bản mình quản lý. Điều này được các cán bộ y tế đã khẳng định rõ qua đánh giá tại sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$ [21].

Công tác theo dõi, chăm sóc bà mẹ và trẻ sơ sinh ít nhất hai giờ đầu sau sinh cũng là một trong những nhiệm vụ mà CĐTB cần thực hiện. Qua đánh giá của phụ nữ dân tộc thiểu số, 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%. Tuy không hoàn toàn giống nhau, nhưng trong nghiên cứu của Nguyễn Thị Thanh Hương tại tỉnh Hà Giang cũng chỉ ra, sau giai đoạn can thiệp, tỷ lệ bà sau đẻ được CĐTB chăm sóc rất cao, có năm lên đến 96,15% [21]. Những kết quả này đã cho thấy, thông qua việc thực hiện tốt nhiệm vụ này, có thể giúp giảm thiểu và phản ứng được kịp thời với những tai biến hoặc dấu hiệu bất thường nếu xảy ra, góp phần đảm bảo sức khỏe cho bà mẹ và con của họ.

Hướng dẫn về việc thực hiện kế hoạch hóa gia đình của CĐTB: Kết quả cho thấy, SCT đã có tới 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%. Mặc dù tỷ lệ sinh con thứ 3 trở lên của vùng đồng bào dân tộc thiểu số của tỉnh Ninh Thuận vẫn còn cao, tuy vậy, những cải thiện tích cực này cùng với việc đẩy mạnh, tăng cường thực hiện các mô hình, đề án, các câu lạc bộ như “Phụ nữ không sinh con thứ ba”, “Tư vấn, khám sức khỏe tiền hôn nhân”... đã gián tiếp giúp cho việc thực hiện công tác Dân số-Kế hoạch hóa gia đình vào năm 2016 của tỉnh đạt được một số thành tựu như: Tỷ lệ tăng dân số tự nhiên giảm còn 1,04%; tỷ suất sinh thô 14,6 ‰; tỷ lệ sinh con thứ 3 trở lên giảm còn 14,2%; tỷ lệ thực

hiện các biện pháp tránh thai hiện đại như: Triệt sản, thuốc tiêm, thuốc uống và bao cao su đều đạt trên 95%.... [13].

Qua những kết quả thu được trên đây, có thể thấy rằng, thực hiện mô hình nâng cao trình độ thực hiện những nhiệm vụ liên quan đến chăm sóc sức khỏe sinh sản cho CĐTB đã và đang đạt được những thành tựu ban đầu, được chính phụ nữ dân tộc thiểu số trong độ tuổi sinh đẻ trên địa bàn ghi nhận. Do đó, cần tiếp tục duy trì hoạt động của mô hình này, đồng thời có những đánh giá phù hợp nhằm phát huy hơn nữa hiệu quả can thiệp đến CĐTB trong thời gian tới.

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. Tương tự, trong bất kỳ chương trình can thiệp nào, nếu không có nguồn nhân lực thì không thể thực hiện được thành công.

Qua các cuộc nghiên cứu định tính được thực hiện, thiếu nhân lực y tế là một trong những điểm khó khăn chính được nêu lên ở địa phương. Ngoài việc thiếu về số lượng, kết quả nghiên cứu còn chỉ ra thực tế, cô đỡ thôn bản 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 dân tộc thiểu số. Điều này cũng đã được nghiên cứu của tác giả Nguyễn Thị Thanh Tâm liên quan đến Hiệu quả can thiệp làm mẹ an toàn tại 5 tỉnh của Việt Nam trong giai đoạn 2006-2012 chỉ ra: Ở những địa phương như Kon Tum, việc thiếu CBYT còn trầm trọng hơn. Cán bộ của các trạm y tế không đủ để đi xuống hết các địa bàn các thôn để thực hiện các việc hỗ trợ cho các

sản phụ khi sinh con và nhiều trường hợp rất đau xót khi mà có những sản phụ đến khi mà trở dạ thì không kịp đưa ra trạm y tế và cuối cùng là dẫn đến tử vong cả mẹ lẫn con [25].

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 dân tộc thiểu số 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. Hạn chế này cũng đã được tác giả Nguyễn Thị Thanh Tâm đề cập đến trong nghiên cứu của mình, khi tác giả chỉ ra: Đại đa số bác sỹ ở tuyến dưới là đào tạo cử tuyển và theo địa chỉ, chuyên tu, không có bác sỹ chuyên khoa sản, cho nên trình độ yếu [25]. Hay Theo báo cáo về cung cấp dịch vụ CSSKSS của Bộ Y tế chỉ có 33,5% số xã trong toàn quốc có YTTB được tập huấn cả 5 nội dung chuyên môn tính từ tháng 1 năm 2008 đến thời điểm điều tra. Nội dung mà YTTB ở nhiều xã nhất được đào tạo lại là “phòng chống suy dinh dưỡng” (80% xã có YTTB được đào tạo); tiếp đến là “kỹ năng truyền thông, tư vấn” (63,1% xã có). Ba nội dung cũng quan trọng khác là “chăm sóc bà mẹ, trẻ sơ sinh”, “kế hoạch hóa gia đình” và “thống kê, báo cáo số liệu hàng năm về sức khỏe bà mẹ, trẻ em” nhưng chỉ có trên dưới 50% xã có YTTB được đào tạo [7].

Chính bởi thực tế này, mà công tác nâng cao chuyên môn công tác cho cô đỡ thôn bản và cả y tế thôn đã được thực hiện. Tuy nhiên, công tác này còn chưa được thực hiện bài bản, cộng với gặp rất nhiều khó khăn từ thực tế của địa bàn các thôn xã.

Việc các cô đỡ thôn bản và cán bộ y tế thôn có những hạn chế cả về số lượng và chất lượng đang và sẽ đặt ra thách thức rất lớn đối với hiệu quả đem lại của công tác can thiệp chăm sóc sức khỏe sinh sản hiện nay của một số xã miền núi của tỉnh Ninh Thuận.

Việc khó khăn về cơ sở vật chất, hạ tầng, đồng thời thiếu cả thiết bị là một trong những yếu tố có thể gây ảnh hưởng rất lớn đến hiệu quả thực hiện hoạt động chăm sóc sức khỏe sinh sản của bà mẹ.

Hiện tại, theo những phân tích sâu hơn về cơ sở, phòng làm việc chuyên ngành về chăm sóc sức khỏe sinh sản chỉ ra, do điều kiện về diện tích đất hạn chế cũng như việc xây trạm y tế trước đây chưa bố trí được các phòng làm việc riêng, trạm y tế phải lồng ghép chung phòng chuyên môn chuyên ngành với phòng chuyên môn chung đã phần nào có ảnh hưởng đến hoạt động chăm sóc sức khỏe sinh sản tại cơ sở. Ngoài ra, theo phân tích kết quả định tính cho thấy, hiện nay, các địa bàn thuộc nghiên cứu còn khá thiếu thôn về tranh/ảnh tuyên truyền về các biện pháp tránh thai, đồng thời cũng thiếu tủ đồ đẻ sạch. Những kết quả này đã phản ánh thực trạng tương tự về các trang thiết bị và cơ sở vật chất liên quan đến chăm sóc sức khỏe sinh sản như trong nghiên cứu của Nguyễn Thị Thanh Tâm được thực hiện vào năm 2006-2012, bởi vì tác giả này cho biết, các trạm y tế không đủ khoa phòng để bố trí theo đúng yêu cầu, phải kết hợp nhiều phòng với nhau: phòng đẻ với phòng kỹ thuật và khám phụ khoa (Thạch Khoán, Thanh Sơn – Phú Thọ) hoặc thậm chí kết hợp cả 3 phòng: khám phụ khoa, khám thai và phòng sản vào cùng một phòng (Tumorong – Kontum) là những bất cập chính trong triển khai cung cấp dịch vụ chăm sóc sản khoa và trẻ sơ sinh. Mặc dù dự án đã hỗ trợ nhiều về TTB, tuy nhiên khảo sát thực tế vẫn cho thấy rằng nhiều địa phương còn thiếu một số TTB hết sức cơ bản như thiếu tủ thuốc, bàn chăm sóc trẻ sơ sinh hoặc đã bị hỏng trong quá trình sử dụng chưa được thay thế. Đặc biệt, bộ ống

nghe tim thai cần được bảo đảm cung cấp đầy đủ và tốt nhất nên được thay thế bằng máy Doppler tim thai vì quá cần thiết và không quá đắt [25].

Phong tục tập quán và những thói quen của đồng bào dân tộc thiểu số 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 chăm sóc sức khỏe sinh sản 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. Thì nói chung hiện tại qua trạm, mình tuyên truyền là phụ nữ phụ nữ với nhau không có cái gì là mắc cỡ hết. Nói chung là họ cũng ý thức dần dần. Chủ yếu là họ mắc cỡ thôi chứ không có gì hết...". Và còn một vấn đề nữa khiến cho bà mẹ không đến cơ sở y tế để sinh đẻ là vì do suy nghĩ và thói quen đã được hình thành từ lâu: "...Cái thứ hai nữa là hồi xưa họ nói tôi đẻ đau thì đâu có chết đâu, cũng sống ào ào đó có sao đâu. Thì giờ đây, họ cũng ý thức hơn, cái đó cũng bỏ được phần nào rồi"

Trong khoảng thời gian thực hiện nghiên cứu, tuy đã dần dần có sự thay đổi từ phía nhận thức của người dân, nhưng cũng cần xác định rõ là những phong tục tập quán cũng sẽ rất lâu hoặc rất khó có thể thay đổi được, do đó, nhìn chung vẫn còn gặp nhiều khó khăn, vướng mắc về vấn đề này. Chính bởi vậy, cần phải rất quan tâm đến khía cạnh này để đồng thời giải quyết, giúp đem lại hiệu quả can thiệp cao nhất.

Khả năng đi lại của người dân đóng vai trò rất quan trọng trong việc tiếp cận và sử dụng hiệu quả các dịch vụ về chăm sóc sức khỏe sinh sản. 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. Sự khan hiếm của các phương tiện đi lại, 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. Ở nhiều nơi khó khăn, phụ nữ đi bộ đến cơ sở y tế là việc thường gặp. Nhìn chung, khoảng cách đến cơ sở y tế thường được đo lường bằng thời gian đến cơ sở y tế bởi các phương tiện thông thường. Theo Tổ chức Y tế Thế giới và UNFPA tại tất cả các quốc gia, chăm sóc sức khỏe sinh sản chỉ có thể có hiệu quả nếu như các cơ sở cấp cứu sản khoa cơ bản nên đặt tại nơi mà người dân mất nhiều nhất là 2 tiếng để đi đến nơi. Cơ sở cấp cứu sản khoa toàn diện đặt tại nơi mà người dân mất nhiều nhất là 12 tiếng để đi đến nơi [93].

Trong nghiên cứu sâu của chúng tôi, những cán bộ trực tiếp làm việc đã phản ánh một số khó khăn, trong đó có đề cập đến việc đi lại: “Gặp khó khăn nhất là do điều kiện đi lại, vì nếu trên đó có chuyện gì nữa thì khiêng xuống không kịp, rất là vất vả, nghĩ tùm lum hết như kiểu này thì làm sao ta...”. Chính bởi vậy đã tạo là một sự không công bằng trong cộng đồng, đó là những thôn xa thì người phụ nữ thường chỉ có thể lựa chọn sinh tại nhà, còn những thôn ở gần thì mới đến trạm hoặc cơ sở y tế khác để sinh.

Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của tác giả Nguyễn Thị Thanh Tâm: khoảng cách đến các cơ sở y tế là một trong các yếu tố có ảnh hưởng đến số lần khám thai, sinh tại các cơ sở y tế và sau can thiệp của nghiên cứu thì các yếu tố trên đã không ảnh hưởng tới các bà mẹ nữa [25]. Hay diện tích của 2 tỉnh Hà Giang và Kon Tum là những tỉnh có địa bàn rộng và đi lại khó khăn, đây cũng là một minh chứng về yếu tố tiếp cận địa lý ảnh hưởng đến tiếp cận dịch vụ. Tỷ lệ phụ nữ sinh con tại cơ sở y tế ở 2 tỉnh này sau can thiệp vẫn ở mức thấp Hà Giang 57,1% và Kon Tum 61,0%. Tại Hà Giang và Ninh Thuận có những địa bàn từ thôn đi tới trạm y tế phải mất 4 tiếng đi bộ; các xã càng xa trung tâm, tỷ lệ bà con tiếp cận tới cơ sở y tế, đặc biệt là dịch

vụ để tại trạm càng thấp vì không thể vận chuyển sản phụ đến trạm vì điều kiện đường xá, đi lại khó khăn [71].

KẾT LUẬN

1. Thực trạng kiến thức và thực hành chăm sóc sức khỏe sinh sản của phụ nữ người dân tộc thiểu số tỉnh Ninh Thuận.

Thực hành chăm sóc trước sinh: Có 67,9% bà mẹ khám thai trạm y tế tiếp theo là mời cô đỡ thôn bản đến nhà, 10% đến phòng khám tư còn lại các bà mẹ đẻ tự khỏi, tự chữa hoặc nhờ thầy lang/mụ vườn chữa. 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. 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 (50,8%).

Thực hành chăm sóc trong sinh: vẫn còn tới 28,3% phụ nữ có thai không sinh đến cơ sở y tế. 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%. Người hỗ trợ sinh chủ yếu là người thân (42,1%). Còn tới 7,14% và 7,49% người hỗ trợ đỡ đẻ là mụ vườn hoặc tự đỡ.

Kiến thức và thực hành chăm sóc sau sinh: 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 kế hoạch hóa gia đình; 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 chăm sóc sức khỏe sinh sản thông qua hoạt động của cô đỡ thôn bản tại tỉnh Ninh Thuận.

Tỷ lệ đối tượng có kiến thức về khám thai $\geq$ ba lần chỉ là 36,4%, sau can thiệp 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%).

Hiểu biết về những người đỡ đẻ tốt nhất đã tăng lên. Tỷ lệ và 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% (sau can thiệp), 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 trước can thiệp chỉ có 31,0%, tăng lên 65,1% sau can thiệp (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%.

- Sau can thiệp, 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.

- Đánh giá của phụ nữ dân tộc trong độ tuổi sinh đẻ về cô đỡ thôn bản sau can thiệp đã tốt hơn so với trước can thiệp. Trong đó, có chỉ số hiệu quả cao nhất là việc cô đỡ thôn bản đã có tranh/ảnh tuyên truyền về các biện pháp tránh thai (tỷ lệ trước can thiệp chỉ là 24,5%, sau can thiệp: 67,1%). Ngoài ra, tỷ lệ cô đỡ thôn bản 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 sau can thiệp, với chỉ số hiệu quả đạt từ 25,5% đến 47,8%.

- Các hoạt động tuyên truyền, vận động, thực hiện chăm sóc sức khỏe bà mẹ khi mang thai, sau khi sinh và hướng dẫn thực hiện kế hoạch hóa gia đình của cô đỡ thôn bản đã được thực hiện tốt hơn.

Một số yếu tố ảnh hưởng đến hiệu quả can thiệp: Thiếu và yếu về nhân lực y tế, trang thiết bị và cơ sở hạ tầng hạn chế là một trong những yếu tố ảnh hưởng lớn đến hiệu quả can thiệp. Những rào cản liên quan đến phong tục tập quán và khó khăn về điều kiện đi lại cũng làm cho hiệu quả can thiệp bị ảnh hưởng.

KHUYẾN NGHỊ

Chính quyền huyện Bắc Ái và Ninh Sơn có thể tiếp tục suy trì mô hình đào tạo cô đỡ thôn bản, 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 dân tộc thiểu số 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 Chăm sóc sức khỏe sinh sản của các phụ nữ dân tộc thiểu số trong độ tuổi sinh sản. Cần tiếp tục đào tạo cô đỡ thôn bản 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 chăm sóc sức khỏe sinh sản cho phụ nữ dân tộc thiểu số được tốt hơn

**DANH MỤC CÁC CÔNG TRÌNH NGHIÊN CỨU ĐÃ CÔNG BỐ
LIÊN QUAN ĐẾN LUẬN ÁN**

1. Bùi Thị Mai Hương, Đặng Đức Phú, Nguyễn Tuấn Hưng (2018), ‘Hiệu quả cải thiện kiến thức, thực hành về chăm sóc sức khỏe sinh sản trước sinh của phụ nữ người dân tộc thiểu số từ 15-49 tuổi tại Ninh Thuận’, Tạp chí Y học Dự phòng, tập 28, số 1-2018, tr 53-60

2. Bùi Thị Mai Hương, Đặng Đức Phú, Nguyễn Tuấn Hưng (2018), ‘Hiệu quả cải thiện hoạt động chăm sóc sức khỏe sinh sản của cô đỡ thôn bản qua đánh giá của phụ nữ người dân tộc thiểu số từ 15-49 tuổi tại Ninh Thuận’. Tạp chí Y học Dự phòng, tập 28, số 1-2018, tr 60-68

TÀI LIỆU THAM KHẢO

Tiếng Việt

1. **Ban Dân tộc - Ủy ban nhân dân tỉnh Ninh Thuận** (2016), *Báo cáo tình hình thực hiện nhiệm vụ công tác dân tộc 9 tháng đầu năm và phương hướng nhiệm vụ 3 tháng cuối năm 2016*.
2. **Ban Dân tộc - Ủy ban nhân dân tỉnh Ninh Thuận** (2018), *Báo cáo Kết quả triển khai thực hiện Nghị quyết số 52/NQ-CP ngày 15/9/2016 của Chính phủ về đẩy mạnh phát triển nguồn nhân lực các dân tộc thiểu số tỉnh Ninh Thuận năm 2017*.
3. **Bộ Kế hoạch và Đầu tư** (2015), *Báo cáo Quốc gia kết quả 15 năm thực hiện các mục tiêu phát triển Thiên niên kỷ của Việt Nam*.
4. **Bộ môn BVSKBMTE-DS/KHHGD - Trường cán bộ quản lý y tế** (2000), *Giáo trình Bảo vệ sức khỏe bà mẹ trẻ em*, Nhà xuất bản Y học.
5. **Bộ Y tế** (2001), *Chăm sóc sức khỏe sinh sản (Tài liệu dùng cho cán bộ y tế cơ sở)*, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội.
6. **Bộ Y tế** (2009), *Hướng dẫn quốc gia về các dịch vụ chăm sóc sức khỏe sinh sản*, Nhà xuất bản y học, Hà Nội.
7. **Bộ Y tế** (2011), *Báo cáo tổng kết công tác chăm sóc sức khỏe sinh sản năm 2010, phương hướng nhiệm vụ năm 2011*, Hà Nội.
8. **Bộ Y tế** (2015), *Báo cáo kết quả điều tra tử vong mẹ và tử vong sơ sinh tại 7 tỉnh miền núi phía Bắc*.
9. **Bộ Y tế** (2016), *Kế hoạch hành động quốc gia về chăm sóc sức khỏe bà mẹ, trẻ sơ sinh và trẻ em 2016-2020*.
10. **Trần Xuân Cảnh, Phạm Văn Phú, Hà Thanh Bình và các cộng sự**. (2015), "Cải thiện thực hành chăm sóc bà mẹ có thai và sau sinh thông

- qua truyền thông giáo dục dinh dưỡng tại huyện Lục Yên, tỉnh Yên Bái", *Tạp chí Y học dự phòng*, tập XXV(số 6(166)), pp. 438.
11. **Nguyễn Văn Chính, Nguyễn Văn Lành** (2016), "Kiến thức và thực hành về chăm sóc sức khỏe sinh sản của các bà mẹ có con dưới 5 tuổi tại xã Bình Hòa, huyện Châu Thành, tỉnh An Giang, năm 2013", *Tạp chí Y học Dự phòng*, Tập XXVI, số 1(174).
 12. **Christian Culas, Benoît Massuyeau, Mireille Razafindrakoto và các cộng sự.** (2012), *Thực trạng điều kiện sống của các nhóm dân tộc thiểu số ở Việt Nam: phương pháp tiếp cận kinh tế học và xã hội - nhân học*.
 13. **Mỹ Dung** (2017), *Kế hoạch hóa gia đình - Nâng cao vị thế con người và phát triển đất nước phồn vinh*, truy cập ngày 16-01-2018, tại trang web <http://baoninhthuan.com.vn/news/95156p1c30/ke-hoach-hoa-gia-dinhnang-cao-vi-the-con-nguoi-va-phat-trien-dat-nuoc-phon-vinh.htm>.
 14. **Trần An Dương** (2017), *Thực trạng cung ứng dịch vụ chăm sóc sức khỏe sinh sản và hiệu quả một số giải pháp can thiệp tại tuyến xã, tỉnh Quảng Ninh*, Luận án Tiến sĩ Y học, Viện Vệ sinh Dịch tễ Trung ương, Hà Nội.
 15. **Bùi Thị Thu Hà, cộng sự** (2011), *Nghiên cứu về sức khỏe sinh sản tại Việt Nam - Báo cáo rà soát các nghiên cứu sức khỏe sinh sản giai đoạn 2006-2010*, Trường Đại học Y tế công cộng, Hà Nội.
 16. **Vương Tiến Hòa** (2001), *Sức khỏe sinh sản*, Nhà xuất bản Y học.
 17. **Đàm Khải Hoàn** (2004), "Thực trạng kiến thức, thái độ, thực hành về sức khỏe sinh sản của phụ nữ dân tộc Mông huyện Đồng Hỷ (Thái Nguyên)", *Tạp chí Dân số và phát triển*, 2/2004.
 18. **Đàm Khải Hoàn, Cs** (2004), "Thực trạng kiến thức, thái độ, thực hành về sức khỏe sinh sản của phụ nữ dân tộc Mông huyện Đồng Hỷ (Thái Nguyên)", *Tạp chí Dân số và Phát triển*, số 2/2004.

19. **Hội đồng nhân dân tỉnh Ninh Thuận** (2011), *Nghị quyết về Chương trình xây dựng Nghị quyết của Hội đồng nhân dân tỉnh năm 2012*, số 34/2011/NQ-HĐND ngày 14 tháng 12 năm 2011.
20. **Nguyễn Tuấn Hưng, Nguyễn Đức Vinh** (2010), *Khảo sát thực trạng hệ thống tổ chức và nhân lực các cơ sở cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe sinh sản toàn quốc năm 2010*.
21. **Nguyễn Thị Thanh Hương, Nguyễn Quang Mạnh** (2013), "Hiệu quả mô hình "Cô đỡ thôn bản người dân tộc thiểu số" tại huyện Đồng Văn, Hà Giang, trong 3 năm 2010- 2012", *Tạp chí Y học Thực hành*, 899(12/2013).
22. **Khamphanh Prabouasone, Ngô Văn Toàn, Lê Anh Tuấn và các cộng sự.** (2013), "Kiến thức, thực hành chăm sóc trong và sau sinh của các bà mẹ có con nhỏ dưới 2 tuổi tại tỉnh Bo Lì Khăm Xay, Lào 2010", *Tạp chí nghiên cứu y học*, 8(2), tr. 166-174.
23. **Nguyễn Thị Như Tú** (2009), *Nghiên cứu một số yếu tố ảnh hưởng đến sử dụng dịch vụ chăm sóc trước, trong và sau sinh của các bà mẹ tại tỉnh Bình Định năm 2008 - 2009*, Luận văn Thạc sĩ Y tế công cộng, Đại Học Y Hà Nội.
24. **Trần Thị Mai Oanh, cộng sự** (2011), *Tình hình chăm sóc sức khỏe cho người nghèo (dân tộc thiểu số) tại 5 tỉnh miền núi phía Bắc và Tây nguyên*, Dự án HEMA 2006-2010.
25. **Nguyễn Thị Thanh Tâm** (2014), *Đánh giá hiệu quả can thiệp làm mẹ an toàn ở các bà mẹ có con dưới 2 tuổi tại 5 tỉnh Việt Nam giai đoạn 2006-2012*, Luận án tiến sĩ Y học, Viện Vệ sinh Dịch tễ Trung ương, Hà Nội.
26. **Hà Anh Thạch** (2006), *Nghiên cứu thực trạng công tác chăm sóc sức khỏe sinh sản tại các trạm y tế xã tỉnh Bình Định năm 2005*.

27. **Phan Lạc Hoài Thanh** (2004), "Nghiên cứu một số yếu tố ảnh hưởng đến chăm sóc trước sinh của các bà mẹ tại huyện Tiên Du, tỉnh Bắc Ninh", *Nghiên cứu Y học*, 6(32), tr. 106 - 110.
28. **Thủ tướng Chính phủ** (2007), *Quyết định về việc ban hành danh mục các đơn vị hành chính thuộc vùng khó khăn*, số 30/2007/QĐ-TTg ngày 05 tháng 3 năm 2007.
29. **Thủ tướng Chính phủ** (2009), *Quyết định về việc quy định chế độ phụ cấp đối với nhân viên y tế thôn, bản*, số 75/2009/QĐ-TTg ngày 11 tháng 5 năm 2009.
30. **Thủ tướng Chính phủ** (2011), *Quyết định phê duyệt chiến lược Dân số và sức khỏe sinh sản việt nam giai đoạn 2011 - 2020*, Số: 2013/QĐ-TTg ngày 14/11/2011.
31. **Tổ chức cứu trợ trẻ em quốc tế** (2012), *Báo cáo đánh giá hiệu quả của mô hình can thiệp chăm sóc sức khỏe bà mẹ và trẻ sơ sinh liên tục từ nhà đến bệnh viện*, Hà Nội.
32. **Tổ chức Pathfinder International, Tổ chức EngenderHealth, Tổ chức Ipas** (2008), *Cải thiện chất lượng chăm sóc sức khỏe sinh sản ở Việt Nam (Tổng quan về Dự án Sức khỏe sinh sản)*.
33. **Tổng cục dân số và UNICEF – MICS** (2014).
34. **Tổng cục Thống kê** (2009), *Tổng điều tra dân số và nhà ở Việt Nam năm 2009: Kết quả chủ yếu*, Nhà xuất bản Thống kê.
35. **Tổng cục thống kê** (2011), *Điều tra Đánh giá Các Mục tiêu Trẻ em và Phụ nữ*.
36. **Tổng cục Thống kê, UNICEF** (2009), *Điều tra đánh giá các mục tiêu trẻ em và phụ nữ*.

37. **UNICEF Tổng cục Thống kê** (2012), *Điều tra đánh giá các mục tiêu trẻ em và phụ nữ Việt Nam 2011*, Báo cáo cuối cùng, Báo cáo cuối cùng, Hà Nội.
38. **UNICEF Tổng cục Thống kê** (2015), *Điều tra đánh giá các mục tiêu trẻ em và phụ nữ Việt Nam 2014*, Báo cáo cuối cùng, Hà Nội.
39. **Nguyễn Trang Chăm sóc sức khỏe ban đầu**, truy cập ngày 13-03-2018, tại trang web <https://cnx.org/contents/n2DyykHc@1/CHM-SC-SC-KHE-BAN-U>.
40. **Trung tâm chăm sóc sức khỏe sinh sản tỉnh Bình Định** (2005), *Báo cáo tổng kết công tác chăm sóc sức khỏe sinh sản tỉnh Bình Định năm 2005 và phương hướng năm 2006*.
41. **Trung tâm nghiên cứu dân số và sức khỏe nông thôn** (2010), *Báo cáo điều tra cơ bản Chương trình giảm TVM và SS 14 tỉnh dự án, 2009*.
42. **(2015) Trung tâm Sáng kiến Sức khỏe và Dân số (CCIHPS)**, **B** (2015), *Báo cáo nghiên cứu Khảo sát chất lượng chăm sóc trước, trong và sau sinh ở tuyến cơ sở tại Nghệ An, Cao Bằng và Kon Tum, Hà Nội*.
43. **Trường cán bộ quản lý y tế, Bộ môn BVSKBMTE - DS/KHHGD** (2000), "Giáo trình Bảo vệ sức khỏe bà mẹ trẻ em ", *Nhà xuất bản Y học*, pp. 60 - 69.
44. **Trường Đại học Y Hà Nội** (2002), *Bài giảng sản phụ khoa*, Nhà xuất bản Y học.
45. **UNFPA** (2006), *Báo cáo điều tra ban đầu Thực trạng cung cấp và sử dụng dịch vụ CSSKSS 7 tỉnh UNFPA, 2006*, chủ biên.
46. **UNFPA** (2007), *Nghiên cứu về sức khỏe sinh sản tại Việt Nam. Báo cáo rà soát các nghiên cứu giai đoạn 2000-2005*.
47. **UNFPA** (2008), "Sức khỏe sinh sản của đồng bào dân tộc H'Mông tỉnh Hà Giang", *Hà Nội*, tr. 15 - 16.

48. **UNFPA** (2008), *Sinh đẻ của cộng đồng dân tộc thiểu số: Nghiên cứu định tính tại Bình Định*, truy cập ngày 15-10-2015, tại trang web https://vietnam.unfpa.org/sites/default/files/pubpdf/Childbirth_EM_Viet.pdf.
49. **UNFPA** (2011), *Các dân tộc Việt Nam: Phân tích các chỉ tiêu chính từ Tổng điều tra dân số và Nhà ở Việt Nam năm 2009*, chủ biên.
50. **UNICEF** (2009), *Tình trạng trẻ em trên thế giới năm 2009. Tóm tắt báo cáo: Sức khỏe bà mẹ và trẻ sơ sinh*.
51. **Ủy ban nhân dân tỉnh Ninh Thuận** (2010), *Quyết định về việc quy định số lượng, chế độ phụ cấp đối với nhân viên y tế thôn bản thuộc tỉnh Ninh Thuận*, số 15/2010/QĐ-UBND ngày 19 tháng 01 năm 2010.
52. **Ủy ban nhân dân tỉnh Ninh Thuận** (2011), *Công văn về việc chủ trương đào tạo và sử dụng cô đỡ thôn bản tại các xã khó khăn*, số 3910/UBND-VX ngày 21 tháng 9 năm 2011.
53. **Ủy ban nhân dân tỉnh Ninh Thuận** (2012), *Quyết định về Chương trình xây dựng Quyết định, Chỉ thị của Ủy ban nhân dân tỉnh năm 2012*, số 06/QĐ-UBND ngày 06 tháng 01 năm 2012.
54. **Ủy ban nhân dân tỉnh Ninh Thuận** (2012), *quyết định ban hành đề án sử dụng nhân viên y tế thôn kiêm nhiệm cô đỡ thôn bản đối với các thôn thuộc xã miền núi, vùng khó khăn của tỉnh đến năm 2020*, Số: 42/2012/QĐ-UBND ngày 15/08/2012.
55. **Ủy ban nhân dân tỉnh Ninh Thuận** (2012), *Quyết định về việc phê duyệt Quy hoạch phát triển hệ thống y tế tỉnh Ninh Thuận giai đoạn 2011 - 2020*, số 16/2012/QĐ-UBND ngày 29 tháng 3 năm 2012.
56. **Ủy ban nhân dân tỉnh Ninh Thuận** (2016), *Quyết định về việc thành lập Ban Chỉ đạo thực hiện Đề án “Giảm thiểu tình trạng tảo hôn và*

hôn nhân cận huyết thống trong vùng đồng bào DTTS trên địa bàn tỉnh giai đoạn 2015-2020, Số 1180/QĐ-UBND ngày 17/5/2016.

57. **Viện Chiến lược và Chính sách Y tế** (2007), *Đánh giá tình hình chăm sóc sức khỏe cho người nghèo tại 5 tỉnh miền núi phía Bắc và Tây Nguyên.*
58. **Hạc Văn Vinh, Đàm Khải Hoàn** (2012), *Chăm sóc sức khỏe cho bà mẹ và trẻ em người dân tộc thiểu số ở tỉnh Yên Bái, Kỷ yếu Hội thảo Quốc tế “Phát triển bền vững và xóa đói giảm nghèo cho đồng bào các dân tộc thiểu số ở khu vực miền núi năm 2014”, Thái Nguyên.*
59. **Vụ Bảo vệ sức khỏe bà mẹ trẻ em - Kế hoạch hóa gia đình Bộ Y tế - Dự án VIE/93/P12-UNFPA** (1996), *Sức khỏe sinh sản (Tài liệu dùng cho bác sỹ tuyến tỉnh và huyện, tập II), Hà Nội.*
60. **Vụ Sức khỏe Bà mẹ - Trẻ em - Bộ Y tế** (2003), *Thực trạng tình hình dịch vụ làm mẹ an toàn ở Việt Nam.*
61. **Vụ sức khỏe Bà mẹ Trẻ em** (2016), *Báo cáo tổng kết các năm 2013 – 2016.*
62. **Vụ Sức khỏe sinh sản Bộ Y tế** (2007), *Hội nghị chiến lược quốc gia chăm sóc sức khỏe sinh sản và tiêu dự án 7.1 năm 2007, phương hướng năm 2008.*

Tiếng anh

63. **Anwar I, M. Sami, N. Akhtar and et al.** (2008), "Inequity in maternal health-care services: evidence from home-based skilled-birth-attendant programmes in Bangladesh", *Bull World Health Organ*, 86(4), pp. 252-9.
64. **Center KTprh** (2015), *Report on 12 month EMM implementation project in Ninh Thuan.*

65. **Center NTprh** (2014), *Support supervision of 18 month and 12 month EMMs*.
66. **Dhaher E., Mikolajczyk R. T., Maxwell A. E. and et al.** (2008), "Factors associated with lack of postnatal care among Palestinian women: a cross-sectional study of three clinics in the West Bank", *BMC Pregnancy Childbirth*, 8, pp. 26.
67. **Doan Thi Thuy Duong, Bui Thi Thu Ha, Le Minh Thi and et al.** (2016), "Utilization of services provided by village based ethnic minority midwives in mountainous villages of Vietnam", *International Journal of Women's Health*, 8, pp. 1-10.
68. **Doan Thi Thuy Duong, Bui Thi Thu Ha, Le Minh Thi and et al.** (2016), *Post assessment report on Improving Acceptability of Ethnic Minority Midwives by Local Community and Health System in Mountainous Provinces in Vietnam*, Hanoi University of Public Health.
69. **Hagiang provincial reproductive health center** (2014), *Reports on post training supervision supports for EMM*.
70. **Hanan Mohamed Mohamed Tork, Khalid Fahad Al hosis** (2015), "Effects of Reproductive Health Education on Knowledge and Attitudes Among Female Adolescents in Saudi Arabia", *The Journal of Nursing Research*, 23(3).
71. **Hanoi School of Public Health** (2004), *Safe Motherhood: Assessment of Service Provision and Client's Needs in 3 Provinces: Ha Tay, Quang Tri and Kien Giang*, in *Safe motherhood*.
72. **Luong L.H** (2006), *Situation of Home Delivery and Influenced Factors in Yen Mo Ninh Binh*, Secondary Doctor Specilized in Public Healt.
73. **MCH dept - MOH** (2015), *Training and deployment of EMMs*.

74. **Miteku Andualem Limenih, Zerfu Mulaw Endale , Berihun Assefa Dachew** (2016), "Postnatal Care Service Utilization and Associated Factors among Women Who Gave Birth in the Last 12 Months prior to the Study in Debre Markos Town, Northwestern Ethiopia: A Community-Based Cross-Sectional Study", *Int J Reprod Med*.
75. **CEM MPI, UNDP**, (2015), *Summary report: Proposed action plan on accelerating the implementation of Millenium Development Goals for Ethnic Minorties in Vietnam*.
76. **Mwifadhi Mrisho, Brigit Obrist, Joanna Armstrong Schellenberg and et al.** (2009), "The use of antenatal and postnatal care: perspectives and experiences of women and health care providers in rural southern Tanzania", *BMC Pregnancy Childbirth*, 9, pp. 10.
77. **Peltzer K, Mosala T, Shisana O and et al.** (2006 Mar), "Utilization of delivery services in the context of prevention of HIV from mother - to - child (PMTCT) in rural community, South Africa", 29(1): p. 54-61.
78. **Quyen. B.T** (2003), *Maternal and Child Health Care Practices among Mothers of under 2 Years Children and Related Factors in DaKrong and Huong Hoa, Quang Tri 2002*, Hanoi School of Public Health, Ha Noi.
79. **Rugendo.M.Morris, MASENO UNIVERSITY** (2015), "Asessing Utilization of Family Planning Services among Women of Reproductive Age (15-49 Yrs) in North Kanyabala Sub-Location, Homabay Sub-County", *Journal of Biology, Agriculture and Healthcare*, 5(7), pp. 142-154.
80. **Save the Children USA** (2007), "Baseline Household Survery Report: Newborn Care related knowledge and practices of women giving birth

between January 1 st and December 31 st, 2006 in Nhu Thanh and Ngoc Lac districts, Thanh Hoa province," p. 28 - 34.

81. **Save the Children USA** (2008), "Baseline Report: Household Survey of knowledge, practice and coverage of maternal and newborn care among mothers giving birth in 2007, Thai Nguyen province", p. 38 - 40.
82. **Save the Children USA** (2008), "Household Survey of knowledge, practice and coverage of maternal and newborn care among mothers giving birth in 2007 Thua Thien Hue", p. 67 - 68.
83. **Simkhada B, Teijlingen ER, Porter M and et al.** (2008), "Factors affecting the utilization of antenatal care in developing countries: systematic review of the literature.", *Journal of Advanced Nursing*, 61(3), pp. 240-60.
84. **Simkhada B, Van Teijlingen ER, Porter M and et al.** (2008), "Factors affecting the utilization of antenatal care in developing countries: Systematic review of the literature.," *Journal of Advanced Nursing*, 61(3), pp. 244 - 260.
85. **Sri Paulina Riah Ukurta, Agustin Kusumayati, Syarifa** (2016), *Intervention Model Using a Game to Improve Knowledge and Attitudes of Mothers in Reproductive Age of Reproductive Health in Pernantin Village of Juhar, Karo District, Indonesia*, KnE Life Sciences, The 2nd International Meeting of Public Health 2016 (IMOPH).
86. **Sulochana Dhakal, Glyn N Chapman, Padam P Simkhada and et al.** (2007), "Utilisation of postnatal care among rural women in Nepal", *BMC Pregnancy Childbirth*, 7, pp. 19.

87. **Thind A, Mohani A, Banerjee K, Hagigi F** (2008 Jan 24), "Where to deliver? Analysis of choice of delivery location from a national survey in India ", *BMC Public Health*, 8: p. 29.
88. **Tổ chức Y tế thế giới** (2019), *Life expectancy and causes of death* truy cập ngày 26-10-2019, tại trang web
https://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/2019/EN_WHS_2019_Main.pdf?ua=1.
89. **Toan N.V., A. Rosenbloom** (2006), "The Capacity and Use of Maternal and Neonatal Health Services in Khanh Hoa, Vietnam", *Save the Children*, pp. 88.
90. **Toity Deave, Debbie Johnson, Jenny Ingram** (2008), "Transtion to parenthood: the needs of parents in pregnancy and early parenthood", *BMC Pregnancy and Childbirth*, 8(30).
91. **UNCEF** (2010), *Fact of the week: The percentage of pregnant women in South Asia attended at least once during pregnancy by an antenatal care medical provider is 68*, truy cập ngày 14-03-2018, tại trang web
https://www.unicef.org/factoftheweek/index_55966.html.
92. **UNFPA** (2007), "Research on Reproductive Health in Viet Nam - A Review for the Period of 2000-2005", pp. 9.
93. **UNFPA** (2009), *Program manager's planning, monitoring and evaluation toolkits*, March 2004, New York.
94. **UNICEF** (2007), *Percentage of women aged 15-49 years attended at least once during pregnancy by skilled health personnel (doctor, nurse, midwife), 2000 -2007*.
95. **UNICEF** (2009), *Báo cáo phân tích tình hình trẻ em tỉnh Điện Biên*, truy cập ngày 18-08-2018, tại trang web
http://www.unicef.org/vietnam/vi/resources_15561.html.

96. **UNICEF** (2010), *Leves and Trends in Child mortality. Estimates Developed by the UN Inter- agency Group for child Mortality estimationon* Speccial edition Clebrating 20 Year of the convetion on the Rigths of the child edn, New York.
97. **Mekong Development Research Institute University of Toronto** (2015), *Exploring barriers to accessing maternal health and family planning services in ethnic minority communities in Vietnam.*
98. **Save the Children USA** (2008), "Baseline Report: Household Survey of knowledge, practice and coverage of maternal and newborn care among mothers giving birth in 2007, Vinh Long province", p. 45 - 48.
99. **WHO** (2013), *Regional Framework for Reproductive Health in Western Pacific.*
100. **WHO** (2014), *World Health Statistics 2014*, Geneva, Switzerland.
101. **WHO** (2014), *WHO Recommendations on Post Natal Care of the Mother and Newborn*, Geneva, Switzerland.
102. **WHO, UNICEP, UNFPA and et al.** (2012), *Trend in maternal mortality: 1990-2010. WHO Library Cataloguing-in-Publication Data*, Geneva, Switzerland.
103. **Wu Z, Viisainen K, Li X and et al.** (2008), "Maternal care in rural China: a case study from Anhui province", *BMC Health Serv Res*, 55(8).

PHỤ LỤC 1

MỘT SỐ THÔNG TIN VỀ CHỨC NĂNG, NHIỆM VỤ CỦA CÔ ĐỖ THÔN BẢN

Chức năng

- Nhân viên y tế thôn, bản làm công tác chăm sóc sức khỏe ban đầu có chức năng tham gia chăm sóc sức khỏe ban đầu tại thôn, bản.
- Cô đỡ thôn bản là nhân viên y tế thôn bản chuyên trách công tác chăm sóc sức khỏe sinh sản, có chức năng tham gia các hoạt động chăm sóc sức khỏe ban đầu nói chung và công tác sức khỏe sinh sản nói riêng tại thôn, bản

Nhiệm vụ của cô đỡ thôn, bản

- Tuyên truyền giáo dục sức khỏe tại cộng đồng, vận động, cung cấp thông tin, tư vấn về chăm sóc sức khỏe bà mẹ và trẻ em:
 - + Tư vấn về sức khỏe sinh sản và kế hoạch hóa gia đình cho phụ nữ trong độ tuổi sinh đẻ, phòng chống suy dinh dưỡng cho trẻ em dưới 05 tuổi;
 - + Tuyên truyền, vận động phụ nữ mang thai đến trạm y tế xã đăng ký quản lý thai, khám thai và đến cơ sở khám bệnh, chữa bệnh để sinh đẻ, tiêm phòng uốn ván cho mẹ và tiêm chủng đầy đủ các loại vắc xin cho trẻ em trong độ tuổi;
 - + Hướng dẫn phụ nữ mang thai cách chăm sóc bản thân khi mang thai, sau khi sinh, nuôi con bằng sữa mẹ, cách cho trẻ ăn hợp lý.
- Thực hiện chăm sóc sức khỏe bà mẹ khi mang thai:
 - + Thực hiện khám thai, đăng ký quản lý thai nghén, vận động phụ nữ đến cơ sở y tế đẻ, phát hiện những trường hợp thai có nguy cơ cao và chuyển đến cơ sở khám bệnh, chữa bệnh kịp thời;
 - + Đỡ đẻ đường dưới ngôi chỏm cho phụ nữ mang thai khi chuyển dạ không đến hoặc không kịp đến cơ sở khám bệnh, chữa bệnh để sinh đẻ;

- + Sơ cứu ban đầu và chăm sóc bệnh thông thường, tham gia đỡ đẻ thường tại trạm y tế .
- + Xử trí ban đầu các trường hợp xảy ra tai biến trong quá trình đẻ tại nhà và chuyển đến cơ sở khám bệnh, chữa bệnh kịp thời.
- + Hướng dẫn một số biện pháp đơn giản về theo dõi, chăm sóc các bệnh thông thường ở trẻ em và phòng chống suy dinh dưỡng trẻ em dưới 5 tuổi;
- Định kỳ chăm sóc bà mẹ và trẻ sơ sinh sau đẻ tại nhà:
- Hướng dẫn thực hiện kế hoạch hoá gia đình, tư vấn thực hiện các biện pháp tránh thai, cung cấp và hướng dẫn sử dụng bao cao su, viên thuốc uống tránh thai theo quy định của Bộ Y tế.
- + Tư vấn để các cặp vợ chồng đến cơ sở y tế để được hướng dẫn sử dụng biện pháp tránh thai thích hợp
- + Hướng dẫn các cặp vợ chồng sử dụng bao cao su
- + Hướng dẫn phụ nữ tiếp tục dùng thuốc tránh thai sau khi đã được cơ sở y tế cấp thuốc tránh thai; phát hiện các bất thường của người phụ nữ khi dùng thuốc tránh thai để thông báo với trạm y tế hoặc cơ sở y tế đã cung cấp thuốc tránh thai cho người phụ nữ.
- Phối hợp tham gia thực hiện các chương trình y tế tại thôn, bản;
- Tham gia giao ban định kỳ với trạm y tế xã; tham gia các khoá đào tạo, tập huấn, bồi dưỡng về chuyên môn do cơ quan y tế cấp trên tổ chức để nâng cao trình độ
- Quản lý và sử dụng hiệu quả Tủ cô đỡ thôn, bản; gói đỡ đẻ sạch
- Thực hiện ghi chép, báo cáo kịp thời, đầy đủ theo hướng dẫn của trạm y tế xã.

Ngoài ra cô đỡ thôn bản còn làm công tác chăm sóc sức khoẻ ban đầu:

tuyên truyền, giáo dục sức khỏe tại cộng đồng; tham gia thực hiện các hoạt động chuyên môn về y tế tại cộng đồng; sơ cứu ban đầu và chăm sóc bệnh thông thường [5].

Phối hợp của Cô đỡ thôn bản

- Phối hợp với Nhân viên y tế thôn bản trong thực hiện chăm sóc sức khỏe bà mẹ, trẻ em và chăm sóc sức khỏe nhân dân:

- + Phát hiện và xử trí ban đầu khi người dân có tình trạng cấp cứu
- + Tham gia phòng chống dịch bệnh, thiên tai, thảm họa
- + Tham gia các công việc khác trong lĩnh vực y tế theo chỉ đạo của y tế cấp trên

- Phối hợp với trưởng thôn bản, tổ trưởng tổ phụ nữ trong thôn bản để tuyên truyền, vận động, hướng dẫn nhân dân thực hiện chăm sóc sức khỏe nói chung, chăm sóc sức khỏe bà mẹ và trẻ em nói riêng

- Chịu sự chỉ đạo, giám sát của trạm y tế xã về chuyên môn. Thực hiện chế độ báo cáo với trạm y tế xã định kỳ hàng tháng

- Có sự thông tin liên lạc với cơ sở y tế gần nhất để được hỗ trợ khi có người bệnh hoặc bà mẹ hoặc trẻ em có tình trạng cấp cứu.