

BỘ GIÁO DỤC VÀ ĐÀO TẠO

BỘ Y TẾ

VIỆN VỆ SINH DỊCH TỄ TRUNG ƯƠNG

-----*

TRẦN AN CHUNG

**THỰC TRẠNG VÀ HIỆU QUẢ GIẢI PHÁP NÂNG
CAO KIẾN THỨC VỀ CHĂM SÓC SỨC KHỎE BAN
ĐẦU, THỰC HÀNH TƯ VẤN CHĂM SÓC SỨC KHỎE
CỦA NHÂN VIÊN Y TẾ TUYỂN CƠ SỞ TỈNH
LONG AN, 2018**

**Chuyên ngành: Y TẾ CÔNG CỘNG
Mã số: 62 72 03 01**

LUẬN ÁN TIẾN SỸ Y TẾ CÔNG CỘNG

Người hướng dẫn khoa học:

1. PGS.TS. Phạm Xuân Đà

HÀ NỘI - 2020

LỜI CAM ĐOAN

Tôi xin cam đoan đây là công trình nghiên cứu của tôi, tôi là chủ nhiệm đề tài, nghiên cứu đã thực hiện tại tỉnh Long An Giai đoạn 2016 – 2020.

Các số liệu và kết quả trình bày trong luận án nay là trung thực và chưa được công bố trong bất kỳ một công trình nghiên cứu nào khác.

Tác giả luận án

Trần An Chung

LỜI CẢM ƠN

Tôi xin bày tỏ lòng biết ơn sâu sắc đến Ban Lãnh Đạo, Phòng Đào tạo Sau đại học, Viện Vệ sinh Dịch tễ Trung ương, Sở y tế Hà Nội, TTYT huyện Thanh Trì luôn tạo điều kiện cho tôi trong suốt quá trình học tập và hoàn thành luận án.

Tôi xin trân trọng bày tỏ lòng biết ơn sâu sắc tới và những người thầy và cô, có nhiều kiến thức, kinh nghiệm đã tận tình giảng dạy và hướng dẫn tôi trong suốt quá trình học tập, thực hiện đề tài cũng như hoàn thành luận án.

Tôi xin chân thành cảm ơn

Các đồng chí lãnh đạo, Ban giám đốc các phòng ban thuộc Sở Y Tế, Trung tâm Y tế, Trạm y tế xã, phường tại ba huyện Thành phố Tân An, Bến Lức và Cần Giuộc tỉnh Long An đã tạo điều kiện phối hợp tổ chức điều tra, thu thập số liệu của đề tài một cách chính xác và khoa học. Đặc biệt là Ban giám đốc trung tâm y tế, trạm y tế các xã thị trấn, cán bộ các khoa phòng trực thuộc trung tâm y tế huyện Cần Giuộc đã phối hợp triển khai các hoạt động can thiệp trong thời gian qua để đề tài có thể triển khai và hoàn thành đảm bảo đúng tiến độ.

Hà Nội, ngày tháng năm 2020

Nghiên cứu sinh

Trần An Chung

DANH MỤC CÁC CHỮ VIẾT TẮT

BHYT	Bảo hiểm y tế
BKLN	Bệnh không lây nhiễm
BS	Bác sĩ
BYT	Bộ Y tế
CBYT	Cán bộ y tế
CĐ	Cao đẳng
CMKT	Chuyên môn kỹ thuật
CSHQ	Chỉ số hiệu quả
CSSK	Chăm sóc sức khỏe
CSSKBĐ	Chăm sóc sức khỏe ban đầu
CSSKND	Chăm sóc sức khỏe nhân dân
DVYT	Dịch vụ y tế
ĐH	Đại học
ĐT	Đặc trưng
HQCT	Hiệu quả can thiệp
KCB	Khám chữa bệnh
KHHGD	Kế hoạch hóa gia đình
KTV	Kỹ thuật viên
MMS	Multimedia Message Services (Dịch vụ tin nhắn đa phương tiện)
SCT	Sau can thiệp
SMS	Short Message Services (Dịch vụ tin nhắn ngắn)
TC	Trung cấp
TCT	Trước can thiệp
TTGDSK	Truyền thông giáo dục sức khỏe
TTYT	Trung tâm y tế
TYT	Trạm y tế
WHO	World Health Organization (Tổ chức Y tế thế giới)
YHDP	Y học dự phòng
YTCC	Y tế công cộng
YTCS	Y tế cơ sở

MỤC LỤC

Trang phụ bìa	i
Lời cam đoan.....	ii
Lời cảm ơn	iii
Danh mục các chữ viết tắt	iv
Mục lục.....	v
Danh mục bảng.....	ix
Danh mục hình vẽ	xii
ĐẶT VẤN ĐỀ.....	1
Chương 1	3
TỔNG QUAN TÀI LIỆU	3
1.1. Một số khái niệm.....	3
1.2. Quá trình hình thành, kết quả và thách thức của chăm sóc sức khỏe ban đầu.....	4
1.2.1. Trên thế giới.....	4
1.2.2. Tại Việt Nam	10
1.3. Kiến thức về chăm sóc sức khỏe ban đầu, thực hành tư vấn chăm sóc sức khỏe của nhân viên y tế tuyến cơ sở.	15
1.3.1. Kiến thức về chăm sóc sức khỏe ban đầu của nhân viên y tế cơ sở	15
1.3.2. Thực hành tư vấn chăm sóc sức khỏe của nhân viên y tế tuyến cơ sở. ...	18
1.3.3. Một số nghiên cứu về kiến thức chăm sóc sức khỏe ban đầu và thực hành tư vấn sức khỏe của nhân viên y tế cơ sở.	20
1.4. Một số yếu tố liên quan tới kiến thức về chăm sóc sức khỏe ban đầu, thực hành tư vấn chăm sóc sức khỏe của nhân viên y tế tuyến cơ sở.....	26
1.4.1 Nhóm yếu tố hệ thống.....	26
1.4.2. Nhóm yếu tố cá nhân	28
1.5. Một số giải pháp nâng cao kiến thức về chăm sóc sức khỏe ban đầu, thực hành tư vấn chăm sóc sức khỏe	30
1.5.1. Nhóm giải pháp mang tính hệ thống	30
1.5.2. Nhóm giải pháp tác động vào cá nhân.....	34
1.6. Vài nét về địa bàn nghiên cứu.....	36
Chương 2.....	39

ĐỐI TƯỢNG, PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU	39
2.1. Nghiên cứu mô tả cắt ngang.....	39
2.1.1. Đối tượng nghiên cứu	39
2.1.2. Thời gian và địa điểm	39
2.1.3. Phương pháp nghiên cứu	40
2.1.3.1. Thiết kế nghiên cứu	40
2.1.3.2. Cơ mẫu nghiên cứu.....	40
2.1.3.3. Chọn mẫu.....	41
2.1.3.4. Phương pháp và công cụ thu thập số liệu	41
2.1.3.5. Biến số và chỉ số chính	45
2.1.3.6. Quy ước điểm số, cách tính điểm, đánh giá và phân loại.....	45
2.2. Nghiên cứu can thiệp.....	50
2.2.1. Đối tượng nghiên cứu	50
2.2.2. Thời gian và địa điểm nghiên cứu	50
2.2.3. Thiết kế nghiên cứu	51
2.2.4. Cỡ mẫu.....	52
2.2.5. Chọn mẫu.....	53
2.2.6. Kỹ thuật và công cụ thu thập số liệu.....	53
2.2.7. Hoạt động can thiệp tại huyện Cần Giuộc	54
2.2.7.1. Cơ sở xây dựng nội dung can thiệp	54
2.2.7.2. Những hoạt động can thiệp đã triển khai.....	55
Các hoạt động cụ thể như sau:	56
2.2.8. Điều tra trước và sau can thiệp	59
2.2.9. Biến số và chỉ số chính	59
2.2.10. Cách đánh giá hiệu quả can thiệp	59
2.3. Quản lý và phân tích số liệu	60
1.4. Sai số và cách không chế	61
2.5. Đạo đức nghiên cứu	62
Chương 3 KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU	63

3.1. Thực trạng kiến thức về chăm sóc sức khỏe ban đầu, thực hành tư vấn chăm sóc sức khỏe của nhân viên y tế tuyến cơ sở tỉnh Long An, 2018.....	63
3.1.1. Một số đặc điểm của đối tượng nghiên cứu.....	63
3.1.2. Thực trạng kiến thức về chăm sóc sức khỏe ban đầu của nhân viên y tế tuyến cơ sở.....	65
3.1.3. Nhận xét của nhân viên y tế đối với chăm sóc sức khỏe ban đầu.....	73
3.1.3.1. Nhận xét của đối tượng nghiên cứu về khả năng thực hiện công việc trong chăm sóc sức khỏe ban đầu.....	73
3.1.3.2. Nhận xét của đối tượng nghiên cứu về khả năng đáp ứng các dịch vụ chăm sóc sức khỏe ban đầu tại trạm y tế.....	74
3.1.4. Đánh giá kỹ năng thực hành tư vấn chăm sóc sức khỏe.....	77
3.1.5. Khả năng và phương tiện tiếp cận thông tin của đối tượng nghiên cứu..	80
3.2. Một số yếu tố liên quan tới kiến thức về chăm sóc sức khỏe ban đầu của nhân viên y tế tuyến cơ sở tỉnh Long An, 2018.....	81
3.2.1. Một số yếu tố cá nhân liên quan tới kiến thức về chăm sóc sức khỏe ban đầu.....	81
3.2.2. Một số yếu tố hệ thống ảnh hưởng tới kiến thức của đối tượng nghiên cứu.....	86
3.3. Hiệu quả một số biện pháp can thiệp nâng cao kiến thức về chăm sóc sức khỏe ban đầu, thực hành tư vấn chăm sóc sức khỏe của nhân viên y tế tuyến cơ sở tỉnh Long An, 2018.....	88
3.3.1. Hiệu quả can thiệp về kiến thức chăm sóc sức khỏe ban đầu.....	88
3.3.2. Hiệu quả can thiệp thay đổi nhận xét của đối tượng nghiên cứu về chăm sóc sức khỏe ban đầu tại tuyến y tế cơ sở.....	98
3.3.3. Hiệu quả can thiệp thay đổi kỹ năng thực hành tư vấn chăm sóc sức khỏe	100
3.3.4. Kết quả hoạt động trên trang fanpage “PHC.LA Vàm Cỏ 2018”	105
Chương 4 BÀN LUẬN	107
4.1. Thực trạng kiến thức về chăm sóc sức khỏe ban đầu, thực hành tư vấn chăm sóc sức khỏe của nhân viên y tế tuyến cơ sở tỉnh Long An, 2018.....	107
4.1.1. Đặc điểm đối tượng tham gia nghiên cứu.....	107

4.1.2. Thực trạng kiến thức về chăm sóc sức khỏe ban đầu của đối tượng nghiên cứu.....	108
4.1.3. Nhận định của nhân viên y tế tuyến cơ sở về chăm sóc sức khỏe ban đầu.....	130
4.1.4. Thực hành tư vấn chăm sóc sức khỏe.....	132
4.2. Một số yếu tố liên quan đến kiến thức của đối tượng nghiên cứu	136
4.3. Hiệu quả giải pháp can thiệp nâng cao kiến thức về chăm sóc sức khỏe ban đầu, thực hành tư vấn chăm sóc sức khỏe của nhân viên y tế xã tuyến cơ sở tỉnh Long An.....	138
4.3.1 Tính phù hợp của chương trình can thiệp trên cơ sở dữ liệu thu được từ kết quả nghiên cứu ngang và điều tra sau can thiệp can thiệp tại huyện Cần Giuộc.....	138
4.3.2. Những hoạt động triển khai can thiệp tại huyện Cần Giuộc.	138
4.3.3 Hiệu quả can thiệp về kiến thức chăm sóc sức khỏe ban đầu, thực hành tư vấn chăm sóc sức khỏe tại huyện Cần Giuộc	139
4.3.3.1 Hiệu quả nâng cao kiến thức cho đối tượng nghiên cứu.	139
4.3.3.2. Thay đổi về nhận xét của đối tượng nghiên cứu về chăm sóc sức khỏe ban đầu.....	139
4.3.3.3 Nâng cao khả năng thực hành tư vấn chăm sóc sức khỏe.	140
4.4 Tính mới và bền vững của chương trình can thiệp tại Huyện Cần Giuộc.	142
4.5 Khả năng nhân rộng và yêu cầu đảm bảo cho việc nhân rộng chương trình	143
4.6 Những khó khăn, hạn chế khi triển khai thực hiện và cách khắc phục.....	143
KẾT LUẬN.....	145
1. Thực trạng kiến thức về chăm sóc sức khỏe ban đầu, thực hành tư vấn sức khỏe của nhân viên y tế tuyến cơ sở tỉnh Long An, 2018.....	145
3. Hiệu quả một số giải pháp can thiệp nâng cao kiến thức về chăm sóc sức khỏe ban đầu, thực hành tư vấn chăm sóc sức khỏe của nhân viên y tế tuyến cơ sở tỉnh Long An.....	146
KHUYẾN NGHỊ.....	147
1. Đối với Sở y tế	147
2. Đối với TTYT và TYT	147

DANH MỤC BẢNG

	Trang
Bảng 1.1. Những đặc trưng (ĐT) của chăm sóc sức khỏe ban đầu trước đây và do WHO đề xuất năm 2008.....	8
Bảng 2.1. Tổng hợp nhân viên đáp ứng tiêu chuẩn nghiên cứu	40
Bảng 2. 2 Bảng tổng hợp đối tượng nghiên cứu định tính	41
Bảng 2.3. Bảng tổng hợp hoạt động trên trang fanpage “PHC.LA Vàm Cỏ 2018”	58
Bảng 3.1. Phân loại đối tượng nghiên cứu theo trình độ.....	63
Bảng 3.2. Phân bố bác sỹ tuyến xã năm 2018.....	65
Bảng 3.3. Kiến thức của đối tượng về chức năng của trạm y tế.....	65
Bảng 3.4. Kiến thức của đối tượng về nhiệm vụ của TYT.....	66
Bảng 3.5. Kiến thức của đối tượng về nội dung chuyên môn kỹ thuật tại TYT.....	67
Bảng 3.6. Kiến thức của đối tượng về CSSKBĐ thế giới.....	68
Bảng 3.7. Kiến thức về nội dung CSSKBĐ bổ sung của Việt Nam	69
Bảng 3.8. Kiến thức của đối tượng về nguyên tắc CSSKBĐ	69
Bảng 3.9. Kiến thức về đặc trưng CSSKBĐ hiện nay.....	70
Bảng 3.10. Bảng tổng hợp điểm kiến thức chung về CSSKBĐ của đối tượng nghiên cứu.....	71
Bảng 3.11. Tỷ lệ đối tượng được tập huấn một số nội dung về CSSKBĐ	71
Bảng 3.12. Tỷ lệ đối tượng cho rằng số lần tập huấn về CSSKBĐ hàng năm là chưa đủ	71
Bảng 3.13. Kiến thức về dịch vụ y tế cơ bản tại trạm y tế xã phục vụ CSSKBĐ.....	72
Bảng 3.14. Sự phù hợp của vị trí việc làm với chuyên môn được đào tạo....	73
Bảng 3.15. Nhận xét của đối tượng nghiên cứu đối với công việc hiện tại	73
Bảng 3.16. Nhận xét về sự cần thiết của y tế tuyến xã.....	74
Bảng 3.17. Hải lòng về vị trí việc làm của mình	74
Bảng 3.18. Tỷ lệ đối tượng thực hiện bước 01 “gặp gỡ”	77

Bảng 3.19. Tỷ lệ đối tượng thực hiện bước 02 “gợi hỏi”	78
Bảng 3.20. Tỷ lệ đối tượng thực hiện bước 03 “giới thiệu”	78
Bảng 3.21. Tỷ lệ đối tượng thực hiện bước 04 “giúp đỡ”	78
Bảng 3.22. Tỷ lệ đối tượng thực hiện bước 05 “giải thích”	79
Bảng 3.23. Tỷ lệ đối tượng thực hiện bước 06 “gặp lại”	79
Bảng 3.24. Phân loại chấm điểm thực hành.....	79
Bảng 3.25. Phương tiện và khả năng tiếp cận công nghệ thông tin của cá nhân.....	80
Bảng 3.26. Tình hình trang thiết bị công nghệ thông tin tại địa điểm nghiên cứu.....	80
Bảng 3.27. Mối liên quan giữa đặc điểm cá nhân với kiến thức của đối tượng về chức năng của TYT.....	81
Bảng 3.28. Mối liên quan giữa đặc điểm cá nhân với kiến thức của đối tượng về nhiệm vụ của TYT.....	82
Bảng 3.29. Mối liên quan giữa đặc điểm cá nhân với kiến thức của đối tượng về CSSKBĐ trên thế giới.....	83
Bảng 3.30. Mối liên quan giữa đặc điểm cá nhân với kiến thức của đối tượng về nguyên tắc CSSKBĐ.....	84
Bảng 3.31. Mối liên quan giữa đặc điểm cá nhân với kiến thức của đối tượng về CSSKBĐ Việt Nam.....	85
Bảng 3.32. Mối liên quan giữa đặc điểm cá nhân với kiến thức chung của đối tượng nghiên cứu.....	86
Bảng 3.33. Hiệu quả can thiệp thay đổi kiến thức về chức năng của TYT...	88
Bảng 3.34. Hiệu quả can thiệp thay đổi kiến thức về nhiệm vụ của TYT.....	90
Bảng 3.35. Hiệu quả can thiệp thay đổi kiến thức về nội dung (Nd) chuyên môn kỹ thuật của TYT.....	91
Bảng 3.36. Hiệu quả can thiệp thay đổi kiến thức về CSSKBĐ thế giới.....	92
Bảng 3.37. Hiệu quả can thiệp thay đổi kiến thức về CSSKBĐ Việt Nam...	93
Bảng 3.38. Hiệu quả can thiệp thay đổi kiến thức về nguyên tắc CSSKBĐ.....	94

Bảng 3.39. Hiệu quả can thiệp thay đổi kiến thức về đặc trưng CSSKBĐ hiện nay.....	95
Bảng 3.40a. Hiệu quả can thiệp thay đổi kiến thức về DVYT cơ bản tại TYT.....	96
Bảng 3.40b. Hiệu quả can thiệp thay đổi kiến thức về DVYT cơ bản tại TYT.....	97
Bảng 3.41. Hiệu quả can thiệp thay đổi kiến thức chung.....	98
Bảng 3.42. Hiệu quả can thiệp thay đổi nhận xét đối với công việc của đối tượng	98
Bảng 3.43. Hiệu quả can thiệp thay đổi về việc nhận xét sự cần thiết của y tế xã.....	99
Bảng 3.44. Hiệu quả can thiệp thay đổi mức độ hài lòng với công việc.....	100
Bảng 3.45. Hiệu quả can thiệp thay đổi kỹ năng gặp gỡ.....	100
Bảng 3.46. Hiệu quả can thiệp thay đổi kỹ năng gọi hỏi	101
Bảng 3.47. Hiệu quả can thiệp thay đổi kỹ năng “giới thiệu”.....	102
Bảng 3.48. Hiệu quả can thiệp thay đổi kỹ năng “giúp đỡ”.....	103
Bảng 3.49. Hiệu quả can thiệp thay đổi kỹ năng “giải thích”.....	103
Bảng 3.50. Hiệu quả can thiệp thay đổi kỹ năng “gặp lại”	104
Bảng 3.51. Hiệu quả can thiệp thay đổi kỹ năng thực hành tư vấn	104

DANH MỤC HÌNH VẼ

	Trang
Hình 1.1. Tỷ lệ sử dụng đội tư vấn sức khỏe gồm bác sỹ và y tá tại các nước	22
Hình 1.2. Bản đồ hành chính tỉnh Long An và địa điểm nghiên cứu	37
Hình 1.3. Sơ đồ khung lý thuyết	38
Hình 2.1. Sơ đồ các bước triển khai nghiên cứu.....	52
Hình 2.2. Sơ đồ giải pháp can thiệp	55
Hình 3.1. Phân loại đối tượng nghiên cứu theo nhóm tuổi.....	63
Hình 3.2. Phân loại đối tượng nghiên cứu theo giới tính	64
Hình 3.3. Phân loại đối tượng nghiên cứu theo thời gian công tác	64
Hình 3.4a. Đánh giá của đối tượng nghiên cứu về sự phù hợp khi triển khai các dịch vụ y tế cơ bản tại TYT.....	75
Hình 3.4b. Đánh giá của đối tượng nghiên cứu về sự phù hợp khi triển khai các dịch vụ y tế cơ bản tại TYT.....	75
Hình 3.5a. Đánh giá của đối tượng nghiên cứu về tính khả thi khi triển khai các dịch vụ y tế cơ bản tại TYT.....	76
Hình 3.5b. Đánh giá của đối tượng nghiên cứu về tính khả thi khi triển khai các dịch vụ y tế cơ bản tại TYT.....	76
Hình 3.6. Đánh giá của đối tượng về sự phù hợp của các đặc trưng CSSKBD trước đây so với hiện nay.....	105

ĐẶT VẤN ĐỀ

Chăm sóc sức khỏe ban đầu (CSSKBD) là những chăm sóc y tế cơ bản thiết yếu dựa trên cơ sở khoa học và thực tiễn cũng như những phương pháp được xã hội chấp nhận và đến với mọi người, mọi gia đình thông qua sự tham gia đầy đủ của cộng đồng với mức chi phí mà cộng đồng và Nhà nước có thể trang trải được, có thể duy trì được ở bất cứ mức phát triển nào với tinh thần tự lo liệu, tự quyết định [44], [141], [138], [56]. CSSKBD là một cách tiếp cận sức khỏe vượt ra ngoài phạm vi hệ thống chăm sóc sức khỏe truyền thống để tập trung vào công bằng sức khỏe – tạo điều kiện xây dựng chính sách xã hội.

Tháng 10 năm 2018, các nhà lãnh đạo y tế thế giới, các tổ chức quốc tế, xã hội dân sự và các bên liên quan khác gặp nhau tại Astana, Kazakhstan kỷ niệm 40 năm Tuyên bố 1978, đánh giá về những thay đổi của thế giới, khẳng định các tính năng của CSSKBD cho phép hệ thống y tế thích ứng và phản ứng với sự thay đổi nhanh chóng, phức tạp của thế giới. CSSKBD cũng được chứng minh đạt hiệu quả cao trong giải quyết các nguyên nhân chính, yếu tố rủi ro cho sức khỏe, cũng như để xử lý những thách thức mới nổi có thể đe dọa sức khỏe trong tương lai. Một lần nữa khẳng định mục tiêu phát triển bền vững liên quan đến sức khỏe chỉ có thể đạt được dựa vào CSSKBD [135]. Với vai trò quan trọng như vậy nên để thực hiện tốt CSSKBD các quốc gia phải đáp ứng nhiều điều kiện, trong đó con người giữ vai trò hàng đầu. Ở Việt Nam CSSKBD gắn liền với y tế cơ sở và đội ngũ nhân viên y tế tại đây [21], vì vậy để làm tốt công tác CSSKBD, trước hết nhân viên y tế cơ sở cần hiểu rõ bản chất của CSSKBD. Theo Trần Ngọc Hữu có 19,4% số bác sỹ làm việc tại trạm y tế xã có kiến thức về những nội dung và 3,2% có kiến thức về nguyên tắc CSSKBD [48]. Về thực hành tư vấn chăm sóc sức khỏe (CSSK) là hoạt động xuyên suốt và giữ vai trò quan trọng trong tất cả các nội dung của CSSKBD. Theo Trần Hữu Lộc năm 2016 tư vấn CSSK chiếm 86,67% các hoạt động TTGDSK [55], kết quả nghiên cứu của Nguyễn Thị Kim Liên chỉ có 23,5% cán bộ y tế thực hiện chào hỏi, 9,2% khuyên bảo giải thích, 16,1% hỏi nguyên nhân vấn đề [53]. Trong chăm sóc trẻ sơ sinh của nhân viên y tế tuyến cơ sở theo Tạ Như Đỉnh có tới 46,6% ở mức kém và 41,7% mức trung bình [38]. Những hạn chế nêu trên có phải là thực

trạng tại tuyến YTCS hay không? Nếu có nguyên nhân do đâu, giải pháp nào cho tình trạng này là vấn đề cần được đánh giá một cách nghiêm túc để từ đó có giải pháp khắc phục [134].

Long An là tỉnh thuộc Đồng bằng sông Cửu Long, những năm gần đây công tác CSSKBĐ đã đạt được những kết quả cụ thể trong đó, tỷ lệ suy dinh dưỡng năm 2016 còn 8,5% (cả nước 13,8%) [80], tỷ lệ sử dụng nước sạch ở nông thôn trên địa bàn tỉnh hiện nay khoảng 95% (mục tiêu của chính phủ đến 2020 đạt 90-95%) [77], tỷ lệ chăm sóc bà mẹ trước, trong và sau sinh đạt 97%...[24]. Bên cạnh đó cũng còn hạn chế như số ca sốt xuất huyết trên địa bàn tỉnh cao, một số trạm y tế xã chưa có bác sỹ làm việc thường xuyên...[23], về kiến thức và thực hành trong CSSKBĐ của nhân viên YTCS cũng không nằm ngoài tình hình như đã nêu ở trên. Đã có nghiên cứu được triển khai tại đây như; năm 2002 Trần Ngọc Hữu nghiên cứu đánh giá hoạt động CSSKBĐ tại tỉnh Long An và đề xuất một số giải pháp can thiệp [48]. Năm 2016 đề tài cấp bộ “nghiên cứu thực trạng nhân lực và hệ thống chăm sóc sức khỏe ban đầu tại 6 tỉnh đồng bằng sông Cửu Long” do Phó giáo sư Trần Chí Liêm là chủ nhiệm [50], trong đó có tỉnh Long An. Tuy nhiên các nghiên cứu tại Long An nói riêng và những nghiên cứu tại Việt Nam nói chung chủ yếu tập trung vào các lĩnh vực chuyên môn như chăm sóc sức khỏe bà mẹ, trẻ em, phòng chống dịch... công tác tổ chức, cơ cấu nguồn nhân lực, mà chưa đề cập đến khía cạnh quản lý và thực hành tư vấn sức khỏe trong CSSKBĐ, do đó chúng tôi thực hiện đề tài: ***“Thực trạng và hiệu quả giải pháp nâng cao kiến thức về chăm sóc sức khỏe ban đầu, thực hành tư vấn chăm sóc sức khỏe của nhân viên y tế tuyến cơ sở tại tỉnh Long An, 2018”*** nhằm đáp ứng nhu cầu thực tế nêu trên, với các mục tiêu sau:

1. *Mô tả thực trạng kiến thức về chăm sóc sức khỏe ban đầu và thực hành tư vấn chăm sóc sức khỏe của nhân viên y tế tuyến cơ sở tỉnh Long An, 2018*
2. *Phân tích một số yếu tố liên quan tới kiến thức về chăm sóc sức khỏe ban đầu của nhân viên y tế tuyến cơ sở tỉnh Long An, 2018*
3. *Đánh giá hiệu quả một số biện pháp can thiệp nâng cao kiến thức về chăm sóc sức khỏe ban đầu và thực hành tư vấn chăm sóc sức khỏe của nhân y tế tuyến cơ sở tỉnh Long An, 2018.*

Chương 1

TỔNG QUAN TÀI LIỆU

1.1. Một số khái niệm

- ***Chăm sóc sức khỏe ban đầu***: là những chăm sóc y tế cơ bản thiết yếu dựa trên cơ sở khoa học và thực tiễn cũng như những phương pháp được xã hội chấp nhận và đến với mọi người, mọi gia đình thông qua sự tham gia đầy đủ của cộng đồng với mức chi phí mà cộng đồng và Nhà nước có thể trang trải được, có thể duy trì được ở bất cứ mức phát triển nào với tinh thần tự lo liệu, tự quyết định.

- ***Y tế cơ sở***

Theo Tổ chức Y tế thế giới năm 1991, hệ thống YTCS dựa trên CSSKBĐ là hệ thống bao gồm một tập hợp các hoạt động có mối liên quan với nhau, góp phần vào việc CSSK tại gia đình, trường học, nơi làm việc, cộng đồng, ngành y tế và các ban ngành kinh tế xã hội liên quan. Tuyến YTCS có các cơ sở vật chất, trang thiết bị và nhân lực y tế, có thể thuộc chính phủ hay phi chính phủ, cùng với các bệnh viện tuyến quận, huyện và những dịch vụ hỗ trợ thích hợp như chẩn đoán và hậu cần, xét nghiệm. Hệ thống này có thể phát huy hiệu quả cao nhất nếu nó gắn với việc đào tạo một cách thích đáng đội ngũ cán bộ y tế nhằm hướng tới một phạm vi toàn diện nhất có thể ở nhiều lĩnh vực hoạt động CSSK như nâng cao sức khỏe, phòng ngừa, điều trị và phục hồi chức năng [141], [126].

Khái niệm và vai trò quan trọng của mạng lưới này cũng đã được nêu rõ trong Chỉ thị 06-CT/TW của Ban chấp hành Trung ương Đảng Cộng sản Việt Nam ngày 22/01/2002: “Mạng lưới YTCS (bao gồm y tế thôn, bản, xã, phường, quận, huyện, thị xã) là tuyến y tế trực tiếp gần dân nhất, bảo đảm cho mọi người dân được CSSK cơ bản với chi phí thấp nhất, góp phần thực hiện công bằng xã hội, xoá đói giảm nghèo, xây dựng nếp sống văn hoá, trật tự, an toàn xã hội, tạo niềm tin cho nhân dân với chế độ XHCN [3], [40].

- ***Tư vấn sức khỏe***: là một quá trình đối thoại và ảnh hưởng qua lại lẫn nhau giữa người tư vấn và đối tượng tư vấn nhằm tạo điều kiện giúp cho đối tượng được tư vấn nâng cao hiểu biết nhằm hỗ trợ xác định, xử lý một vấn đề liên quan đến sức khoẻ [71].

- **Nhân viên y tế**: là toàn bộ số lao động hiện đang công tác trong các cơ sở y tế kể cả tổ chức công lập và tư nhân; kể cả biên chế và hợp đồng, bao gồm những người cung cấp dịch vụ y tế: bác sỹ, điều dưỡng, y tế công cộng, dược sỹ, kỹ thuật viên và những người quản lý và nhân viên khác [8].

Tại nghiên cứu này chúng tôi tập trung chủ yếu vào nhóm thực hiện CSSKBĐ bao gồm TTYT huyện, thành phố và TYT xã, phường và nhân viên y tế tại đây.

1.2. Quá trình hình thành, kết quả và thách thức của chăm sóc sức khỏe ban đầu.

1.2.1. Trên thế giới

Những năm đầu thập niên 70 thế kỷ trước, phương pháp chăm sóc sức khỏe theo chiều dọc được sử dụng trong chương trình thanh toán sốt rét và đậu mùa bị chỉ trích dữ dội [137]. Phương pháp tiếp cận từ trên xuống bị gạt bỏ nhường đường cho việc hình thành nên một quan điểm mới về phát triển và chăm sóc y tế. Khái niệm mới này gọi là - Phát triển con người hướng đến việc xây dựng sức khỏe con người thông qua việc cung cấp các dịch vụ y tế thiết yếu, cơ bản theo hướng từ dưới lên trên [114]. Với công thức mới này, các nhà quản lý y tế công cộng đề xuất khái niệm CSSKBĐ, đòi hỏi sự cải tổ tình trạng kinh tế xã hội, phân bổ lại nguồn lực, tập trung phát triển hệ thống y tế và chú trọng đến các dịch vụ chăm sóc sức khỏe cơ bản. Xuất phát từ những thực tế và động lực kể trên, nhiều quốc gia công nghiệp hóa thời điểm đó ủng hộ cho việc xây dựng chương trình CSSKBĐ trên toàn thế giới [97].

Từ ngày 6 đến 12 tháng 9 năm 1978, hội nghị quốc tế về CSSKBĐ được tổ chức tại Alma-Ata với hơn 3000 đại biểu từ 134 quốc gia và 67 tổ chức phi chính phủ và đa quốc gia tham dự [137]. Tại hội nghị này, Tuyên Ngôn Alma-Ata ra đời trong đó tuyên bố sức khỏe là một quyền của con người và quy định trách nhiệm của quốc gia là phải duy trì sức khỏe và nâng cao sức khỏe tốt của cộng đồng dân cư trong quốc gia đó. Tuyên ngôn này cũng lập lại quan điểm: để đạt được sức khỏe không chỉ cần hành động trong lĩnh vực y tế mà còn cần phải có sự tham gia của chính phủ trong việc xây dựng chính sách quốc gia phát triển cơ sở hạ tầng dành cho CSSKBĐ [141]. Đó là, nội dung 1 (ND1) giáo dục sức khỏe, (ND2) cung cấp thực phẩm và dinh dưỡng thích hợp, (ND3) cung cấp nước sạch và thanh khiết môi

trường, (ND4) chăm sóc sức khỏe bà mẹ, trẻ em và kế hoạch hoá gia đình, (ND5) tiêm chủng mở rộng, (ND6) khống chế các bệnh dịch lưu hành ở địa phương, (ND7) chữa các bệnh, vết thương thông thường, (ND8) cung cấp thuốc thiết yếu [44], [56], [139].

Tuyên bố này là một bước ngoặt trong lịch sử y tế toàn cầu, tiền thân của Chiến lược toàn cầu vì sức khỏe cho tất cả mọi người vào năm 2000 được WHO cùng các đối tác theo đuổi trong suốt phần còn lại của thế kỷ 20 và Phát triển bền vững. Nhờ đó mà đến nay thế giới đã đạt được những tiến bộ tuyệt vời về sức khỏe toàn cầu, với những thay đổi lớn đến mức tuổi thọ hiện nay tăng lên khoảng 10 năm so với năm 1978, nguy cơ tử vong trước 5 tuổi đã giảm khoảng hai phần ba [135]. Tuy nhiên sau nhiều năm, các hoạt động chính của tuyên ngôn Alma-Ata không còn phù hợp vì thế giới có nhiều thay đổi [141]. Các quốc gia đã rút kinh nghiệm để đổi mới thực hiện CSSKBĐ phù hợp hơn nhằm đạt các mục tiêu đề ra [54]. [126]

Năm 2008 WHO đánh giá sau 30 năm thực hiện tuyên ngôn Alma-Ata và nhận định về những thay đổi của thế giới [141]. Đặc biệt là sự xuất hiện của các bệnh mới như (SARS), MERS Co-V, Vi rút Ebola, Dịch cúm A(H7N9), cúm A(H5N6), H1N1, H5N1 có tiềm năng gây dịch lớn, một số bệnh tuy có vắc xin nhưng do yếu kém trong truyền thông và an toàn tiêm chủng nên vẫn dễ xảy ra dịch bệnh [75]. Các yếu tố nguy cơ liên quan đến bệnh không lây nhiễm ngày càng phổ biến đặc biệt là những thói quen thiếu khoa học (chế độ ăn không hợp lý, hút thuốc lá, uống rượu bia, thiếu vận động thể lực...) làm cho bệnh không lây nhiễm trở thành một gánh nặng y tế không chỉ ở các nước phát triển mà còn ở cả các nước đang phát triển. Nguy cơ và tai nạn thương tích cũng gia tăng mạnh như tai nạn lao động, giao thông, hỏa hoạn, đuối nước... Bạo lực gia đình, xung đột vũ trang hiện nay cũng là một trong những nguyên nhân làm cho gánh nặng bệnh tật toàn cầu thêm trầm trọng [96]. Khoa học kỹ thuật phát triển trong đó có sự phát triển vượt bậc của nền y học thế giới, làm cho sức khỏe và tuổi thọ trung bình của dân số toàn cầu ngày càng gia tăng, đồng nghĩa với sự già hóa dân số cũng diễn ra mạnh mẽ tại các quốc gia phát triển và đang phát triển. Khoảng cách giàu nghèo giữa các nhóm người trong cùng một quốc gia cũng ngày càng nới rộng, sự phân bố bệnh tật không

đồng đều, tập trung chủ yếu ở các nhóm dễ tổn thương trong xã hội như người nghèo, người già, trẻ em và phụ nữ có thai [135].

Thế giới đang trải qua sự phát triển nhanh chóng về kinh tế, công nghệ, môi trường và nhân khẩu học thay đổi, tất cả đều ảnh hưởng đến sức khỏe và đời sống. Những tác động này không phải lúc nào cũng có lợi, xu hướng đặt ra những thách thức đáng kể. Tăng trưởng kinh tế liên quan trực tiếp đến sức khỏe, đời sống được cải thiện, tuy nhiên lại không đồng đều trên thế giới; đặc biệt châu Phi cận Sahara đã bị tụt lại phía sau trong những thập kỷ gần đây. Bất bình đẳng trong nước đã gia tăng ở nhiều quốc gia và một loạt cú sốc kinh tế và khủng hoảng đã xảy ra ở cả cấp độ toàn cầu và khu vực, tác động tiêu cực đến sức khỏe và đời sống. Hơn nữa, một số quốc gia đã bị ảnh hưởng bởi xung đột, chiến tranh, hòa bình, ổn định có ý nghĩa quan trọng đối với tình trạng sức khỏe của cả quần thể. Ước tính 68,5 triệu người đã bị buộc phải di dời khỏi nhà của họ, mức cao nhất được ghi nhận [135]. Hàng trăm triệu người đã di cư đến thành thị kết quả là hơn 55% dân số thế giới hiện đang sống ở các thành phố [118], ảnh hưởng của điều này đối với sức khỏe và đời sống có thể là tích cực hoặc tiêu cực.

Biến đổi khí hậu dẫn đến sự gia tăng đáng kể số người sống trong tình trạng cực kỳ nghèo khổ [103], được coi là mối đe dọa sức khỏe toàn cầu lớn nhất của thế kỷ 21 [91]. CSSKBĐ cho phép xã hội và các hệ thống y tế đáp ứng với những thách thức này. Một loạt các bên liên quan đã rút kinh nghiệm ở cấp quốc gia hoặc địa phương để kiểm tra và đưa ra các chính sách giải quyết các vấn đề xã hội, kinh tế, môi trường, sức khỏe. Đối xử với mọi người và cộng đồng như những tác nhân chính trong việc bảo đảm sức khỏe, đời sống của chính họ là rất quan trọng để hiểu và đáp ứng với bối cảnh của những thay đổi phức tạp.

Tiến bộ đáng kể đã được thể hiện trong việc cải thiện sức khỏe và đời sống hơn 40 năm kể từ sau tuyên bố Alma-ata, với sự giảm đáng kể các trường hợp tử vong ở bà mẹ, trẻ sơ sinh và trẻ em, tử vong từ các nguyên nhân như HIV/AIDS, sốt rét, bệnh lao và các bệnh có thể phòng ngừa bằng vắc xin. CSSKBĐ đã đóng góp cho những tiến bộ này, hiện nay có rất nhiều bằng chứng về hiệu quả của CSSKBĐ, đặc biệt liên quan đến một số nguyên nhân hàng đầu gây bệnh và tỷ lệ tử vong [116], [108].

CSSKBD cũng đã được chứng minh là làm giảm tổng chi phí chăm sóc sức khỏe và tăng hiệu quả bằng cách cải thiện quyền tiếp cận với các dịch vụ phòng ngừa, tư vấn, chẩn đoán sớm, điều trị vô điều kiện và chăm sóc theo nhu cầu của mọi người, giảm bớt tình trạng quá tải cho các bệnh viện [124],[133], [125], [100]. Tuy nhiên, trên toàn cầu đã có một sự thay đổi đáng kể trong các mô hình bệnh tật, là kết quả của sự già hóa dân số, ô nhiễm môi trường, lối sống không lành mạnh. Trên tất cả các quốc gia, tỷ lệ các bệnh không truyền nhiễm tăng từ 44% năm 1990 lên 61% năm 2016, với mức tăng nhanh nhất ở các nước thu nhập thấp và trung bình [106]. Sự cùng tồn tại nhiều bệnh (thường là mạn tính) ở một cá nhân biểu hiện một thách thức đặc biệt, không chỉ bản thân họ mà còn rất khó khăn trong quản lý của ngành y tế [129], [130]. Gánh nặng bệnh tật liên quan đến sức khỏe tâm thần cũng đang gia tăng trong những thập kỷ gần đây và được công nhận là một dịch lớn nhưng phần lớn chưa được điều trị. Giải quyết các nhu cầu sức khỏe ngày càng phức tạp này đòi hỏi một cách tiếp cận đa ngành, tích hợp các chính sách tăng cường sức khỏe và phòng chống bệnh tật, các giải pháp đáp ứng cộng đồng và các dịch vụ y tế lấy người dân làm trung tâm, đó chính là CSSKBD.

Một thách thức khác là sự lây lan của mầm bệnh và mầm bệnh đó đã kháng với các hình thức điều trị hiện nay. Các Dịch bệnh Ebola trong thập kỷ qua đã chứng minh lỗ hổng của hệ thống y tế địa phương. Đồng thời, tăng tỷ lệ kháng kháng sinh đại diện cho một mối đe dọa lớn đối với trị liệu hiện tại. CSSKBD bao gồm các yếu tố chính cần thiết để giải quyết những vấn đề này và cải thiện an ninh y tế, bao gồm sự tham gia của cộng đồng và giáo dục, tập trung vào sự sẵn có của thuốc chất lượng tốt, kê đơn hợp lý... và các chức năng khác, bao gồm giám sát và phản ứng nhanh. Ngoài ra, bằng cách củng cố cộng đồng và cấp độ cơ sở y tế ngoại vi, CSSKBD đóng góp vào xây dựng khả năng phục hồi, điều rất quan trọng để chống lại các cú sốc đến hệ thống y tế và đảm bảo việc tiếp tục cung ứng dịch vụ y tế thiết yếu [135]. Diễn ra với tốc độ rất nhanh, quá trình đô thị hóa và công nghiệp hóa của nhiều quốc gia đã dẫn đến những hệ lụy như khoảng cách giàu nghèo trầm trọng hơn, nền tảng gia đình bị phá vỡ, lối sống tiêu cực chính là các yếu tố nguy cơ gây bệnh ngày càng phổ biến (hút thuốc lá, lạm dụng rượu bia, sử dụng chất kích

thích, chế độ dinh dưỡng nghèo nàn, thiếu vận động thể lực...). Một hệ quả quan trọng của hai quá trình này chính là hệ thống y tế, đặc biệt là hệ thống CSSKBD không đủ sức đáp ứng với nhu cầu ngày càng đa dạng và chất lượng dịch vụ tăng cao của người dân. Bên cạnh đó quá trình hội nhập toàn cầu cũng đem đến những tác động đối với hệ thống y tế của từng quốc gia trên thế giới. Sự giao thương rộng rãi giữa các quốc gia dẫn đến việc phát tán, lây truyền các bệnh dịch cũng diễn ra với tốc độ cao, gây hậu quả nghiêm trọng hơn. Ngoài ra, còn sự dịch chuyển về nguồn nhân lực y tế có tay nghề giỏi từ các nước đang phát triển sang các nước phát triển, dẫn đến hiện tượng chảy máu chất xám, từ nguyên nhân này đã làm cho các nước đang phát triển thiếu hụt trầm trọng nguồn nhân lực y tế chất lượng cao [142]. Hệ thống cung ứng dịch vụ còn chưa chuyển đổi phù hợp để đáp ứng với những thách thức, hệ thống y tế dự phòng và dịch vụ cơ bản, CSSK bà mẹ trẻ em hiện nay đang phân mảnh, chia cắt giữa các tuyến y tế dự phòng và khám chữa bệnh [75]. Những đặc trưng CSSKBD trước đây không còn phù hợp để đáp ứng những thay đổi và nhu cầu tăng cao, từ thực tế này tại hội nghị đánh giá sau 30 năm thực hiện tuyên ngôn Alma-Ata, WHO đã ban hành những đặc trưng mới về CSSKBD nhằm đáp ứng với những thay đổi của thế giới bao gồm:

Bảng 1.1. Những đặc trưng (ĐT) của chăm sóc sức khỏe ban đầu trước đây và do WHO đề xuất năm 2008 [141]

Đặc trưng CSSKBD trước đây	Đặc trưng CSSKBD hiện nay
Mở rộng khả năng tiếp cận gói can thiệp y tế cơ bản và thuốc thiết yếu cho người nghèo ở nông thôn	Đổi mới hệ thống y tế nhằm đảm bảo khả năng tiếp cận toàn dân và an sinh sức khỏe cho xã hội
Tập trung chăm sóc bà mẹ và trẻ em	Chăm sóc sức khỏe cho tất cả mọi người trong cộng đồng
Tập trung vào một số bệnh nhất định, chủ yếu là bệnh lây nhiễm và cấp tính	Đáp ứng toàn diện mong đợi và nhu cầu của người dân, mở rộng sự quan tâm tới tất cả các nguy cơ và bệnh tật
Cải thiện điều kiện vệ sinh, nước,	Thúc đẩy lối sống lành mạnh, giảm tác

Đặc trưng CSSKBD trước đây	Đặc trưng CSSKBD hiện nay
truyền thông giáo dục sức khỏe ở cấp làng xã	hại của các nguy cơ môi trường và xã hội
Kỹ thuật đơn giản cho nhân viên y tế cộng đồng, cộng tác viên không chuyên nghiệp	Hỗ trợ đội ngũ nhân viên y tế tiếp cận và sử dụng các kỹ thuật và thuốc thích hợp
Sự tham gia của người dân thông qua huy động các nguồn lực địa phương và quản lý cơ sở y tế thông qua ban chăm sóc sức khỏe địa phương	Sự tham gia của xã hội được thể chế hóa trong các cơ chế đối thoại và trách nhiệm giải trình
Dịch vụ y tế do Nhà nước cấp tài chính và cung ứng, có sự quản trị tập trung	Hệ thống y tế nhiều thành phần (công lập, ngoài công lập, từ thiện...) hoạt động trong môi trường hội nhập và toàn cầu hóa
Quản lý trong hoàn cảnh khan hiếm nguồn lực và tình giảm biên chế	Ưu tiên nguồn lực tăng thêm cho y tế vào việc chăm sóc sức khỏe toàn dân
Viện trợ song phương, hỗ trợ kỹ thuật	Hợp tác toàn cầu, cùng đào tạo và rút kinh nghiệm với nhau
Chăm sóc sức khỏe ban đầu độc lập với chăm sóc sức khỏe bệnh viện	Chăm sóc sức khỏe ban đầu có vai trò điều phối “sự đáp ứng” toàn diện ở các tuyến bệnh viện
Chăm sóc sức khỏe ban đầu rẻ tiền, chi cần đầu tư khiêm tốn	Chăm sóc sức khỏe ban đầu không rẻ, cần được đầu tư thỏa đáng, tuy nhiên hiệu quả mang lại từ đầu tư cao hơn so với các phương án đầu tư khác

“Nguồn: World Health Organization (2008)”

Bảng trên cho thấy các đặc trưng của hệ thống chăm sóc sức khỏe ban đầu trước đây được thực hiện ở các nước trên toàn cầu (cột bên trái) và định hướng đổi mới chăm sóc sức khỏe ban đầu hiện nay và trong thời gian tới (cột bên phải). Các

khái niệm về đổi mới chăm sóc sức khỏe ban đầu này giúp chúng ta có tầm nhìn rõ hơn về những đổi mới sẽ phải tiến hành để nâng cao hiệu quả của hệ thống y tế [137]. Tổ chức y tế thế giới cũng ban hành hướng dẫn đề xuất việc cải tổ hệ thống CSSKBD trên toàn thế giới nhằm đáp ứng với những thay đổi trong đó bao gồm: Cải cách bao phủ phổ cập, cải cách Lãnh đạo, cải cách chính sách công, cải cách cung cấp dịch vụ [141].

Tháng 10 năm 2018, các nhà lãnh đạo y tế thế giới, các tổ chức quốc tế, xã hội dân sự và các bên liên quan khác gặp nhau tại Astana, Kazakhstan để kỷ niệm 40 năm Tuyên bố 1978, tiếp tục đánh giá về những thay đổi của thế giới, bên cạnh yếu tố tích cực cũng xuất hiện nhiều vấn đề tiêu cực như: Phổ bệnh hiện nay rất khác so với 40 năm trước, do sự chuyển đổi nhân khẩu học và dịch tễ học đã xảy ra, các bệnh không truyền nhiễm, mạn tính, tai nạn thương tích thay thế nhiễm trùng cấp tính là nguyên nhân chính gây bệnh tật và tử vong. Một số yếu tố và xu hướng đã làm cho thế giới trở nên rất khác biệt giữa năm 2018 và năm 1978, thay đổi trong phân bố dân cư (đô thị nhiều hơn, cũ hơn) [135]. Qua đó đã Tuyên bố cam kết đổi mới CSSKBD trong việc theo đuổi sức khỏe và hạnh phúc cho tất cả, không để ai bị bỏ lại phía sau. Việc tập trung vào CSSKBD là rất quan trọng tại thời điểm này vì ba lý do:

1. Các tính năng của CSSKBD cho phép hệ thống y tế thích ứng và phản ứng với sự thay đổi nhanh chóng, phức tạp của thế giới.
2. Thúc đẩy, phòng ngừa, giải quyết các yếu tố quyết định và phương pháp lấy con người làm trung tâm, CSSKBD đã được chứng minh là một cách hiệu quả và hiệu quả cao giải quyết các nguyên nhân chính, các yếu tố rủi ro cho sức khỏe, cũng như để xử lý những thách thức mới nổi có thể đe dọa sức khỏe trong tương lai.
3. Bảo hiểm y tế toàn cầu và bền vững, liên quan đến sức khỏe mục tiêu phát triển chỉ có thể đạt được một cách bền vững với sự mạnh mẽ hơn nhấn mạnh vào CSSKBD [135].

1.2.2. Tại Việt Nam

Ngay sau khi Tuyên ngôn Alma-Ata ra đời, nhiều nước trên thế giới đã công nhận, ủng hộ và triển khai các hoạt động theo Tuyên ngôn này nhằm mục tiêu “sức

khỏe cho mọi người”. Việt Nam tán thành Tuyên ngôn này vì nội dung phù hợp với đường lối, chính sách chăm sóc sức khỏe nhân dân của Đảng và Nhà nước ta [36]. Ngoài 8 nội dung CSSKBD được nêu trong Tuyên ngôn, trên cơ sở điều kiện thực tế đất nước, Việt Nam bổ sung thêm 2 nội dung 9 (ND9) “quản lý sức khỏe” và nội dung 10 (ND10) “kiện toàn mạng lưới y tế cơ sở”, thành 10 nội dung CSSKBD [27]. Năm 1982 Bộ Y tế chính thức ban hành 10 nội dung CSSKBD [27]. Tháng 1/1986, Bộ Y tế Việt Nam đã thiết lập nên một hệ thống CSSKBD trong cả nước trong đó các TYT xã đóng vai trò chủ chốt trong việc thực hiện công tác y tế dự phòng và khám chữa bệnh đơn giản. Bộ Y tế đã thiết lập nên 10 nội dung ưu tiên trong CSSKBD tại Việt Nam [29]. Chiến lược này đã mang lại thành công to lớn cho nền y tế Việt Nam với hai thành tựu nổi bật là tuổi thọ trung bình gia tăng cao nhất và tỷ suất tử vong sơ sinh giảm thấp nhất trong nhóm các nước kém phát triển giai đoạn giữa thập niên 1980 [18]. Vào thời điểm đó có trên 3.000 TYT xã tại tất cả các tỉnh thành của Việt Nam từ thành thị đến nông thôn [29]. Đại hội Đảng Cộng sản Việt Nam VI diễn ra vào tháng 12/1986 đã nhìn nhận và đưa ra cải cách kinh tế mới trong đó xóa bỏ kinh tế bao cấp, thực hiện cơ cấu kinh tế nhiều thành phần. Cuộc cải cách kinh tế này đã tác động sâu sắc đến mạng lưới CSSKBD tại Việt Nam khi đó. Lúc này ưu tiên phát triển y tế tập trung vào lĩnh vực khám chữa bệnh (KCB) chứ không phải lĩnh vực CSSKBD. Khoảng 80% ngân sách y tế quốc gia trong giai đoạn này đều dành cho lĩnh vực KCB, chủ yếu là các bệnh viện tuyến tỉnh và tuyến trung ương [26]. Mạng lưới CSSKBD đứng trước nguy cơ tan rã. Nhân viên tại các TYT xã không được trả lương vì lúc này các hợp tác xã (là nơi phát lương cho nhân viên TYT xã) đã bị giải tán. Các vấn đề sức khỏe khi đó lại nổi lên như: dịch sốt rét tại biên giới Việt Nam - Campuchia vào cuối năm 1992, tỷ lệ suy dinh dưỡng tăng vọt mặc dù khi đó Việt Nam là nước xuất khẩu gạo đứng thứ ba trên thế giới [26].

Đến giữa thập niên 1990, y tế Việt Nam có những chuyển biến tích cực, các chỉ số sức khỏe không còn sụt giảm như trước. Điều này có được là do những thay đổi sâu sắc của nền kinh tế quốc gia, cơ chế thị trường đã giúp thu nhập của và đời sống của người dân cao hơn so với giai đoạn trước [24]. Mạng lưới CSSKBD cũng dần được phục hồi. Kinh phí dành cho các chương trình mục tiêu quốc gia đặc biệt

là chương trình sốt rét và phòng chống lao cũng tăng dần, điều này dẫn đến tỷ lệ mắc do các bệnh kiểm soát trong chương trình giảm xuống đáng kể vào cuối thập niên 1990 [24]. Số lượng NVYT tại trạm y tế xã tiếp tục được cải thiện ở vài thập niên tiếp theo. Năm 2012, tỷ lệ trạm y tế xã có bác sĩ đạt 76,0%, tăng lên 6 điểm phần trăm so với năm 2010; tỷ lệ TYT xã có y sĩ sản nhi, hộ sinh đạt 93,4%. Số thôn, bản, ấp thuộc xã, thị trấn có NVYT hoạt động được duy trì ở mức trên 96% từ năm 2009 đến 2012, nhưng do giảm tỷ lệ tổ dân phố khu vực thành thị có NVYT nên tỷ lệ thôn, bản, tổ dân phố có NVYT hoạt động chỉ đạt 81,2% [30]. Đồng thời, họ gặp phải một số khó khăn, bất cập ảnh hưởng đến hiệu quả hoạt động, năng lực chuyên môn như trình độ học vấn còn hạn chế, thời gian đào tạo chuyên môn ngắn, dụng cụ KCB nghèo nàn, cũ kỹ và thiếu thuốc [30], [28]. Tuy trạm có bác sĩ làm việc nhưng TYT chỉ khám BHYT nên thu nhập hạn chế, khó có khả năng nâng cao tay nghề chuyên môn. Đặc biệt ở các TYT phường, đời sống nhân viên y tế còn thấp, lương và phụ cấp thấp, hầu như không có các thu nhập khác và là một trong những yếu tố làm cản trở khả năng nâng cao năng lực cá nhân. Thực tế này đã ảnh hưởng đến lòng tin của người dân địa phương vào năng lực của YTCS dẫn đến tình trạng vượt tuyến khi chưa cần thiết, “có ít nhất 30-40% bệnh nhân điều trị tại tuyến Trung ương có thể điều trị tại tỉnh, 30-40% tuyến tỉnh có thể điều trị tại huyện, 30-40% tuyến huyện có thể được chăm sóc tại xã. Có bệnh viện tuyến Trung ương khám tới 5-6 nghìn lượt bệnh nhân/ngày trong khi tuyến xã chỉ khám cho 2-3 người/ngày. Vì sự nghiệp chăm sóc sức khỏe toàn dân, chúng ta phải tăng cường y tế cơ sở mà mô hình đơn giản nhất là sẵn có TYT xã/phường [17].

Như vậy kể từ khi Tuyên ngôn Alma Ata ra đời (1978), công tác CSSKBĐ tại Việt Nam được duy trì bền vững và đi vào chiều sâu với chất lượng cao hơn. Các chương trình mục tiêu y tế quốc gia được thực hiện có hiệu quả trên quy mô rộng. Trong giai đoạn 2001-2005 đã có 3 chương trình y tế mục tiêu quốc gia với 10 dự án cụ thể được triển khai, ví dụ: phòng chống sốt rét, phòng chống lao, phòng chống bệnh phong, phòng chống suy dinh dưỡng trẻ em, phòng chống các rối loạn do thiếu I ốt, tiêm chủng mở rộng, vệ sinh an toàn thực phẩm, phòng chống HIV/AIDS, phòng chống sốt xuất huyết, chăm sóc sức khỏe tâm thần cộng đồng [26]... Giai

đoạn 2006-2010, có 4 chương trình mục tiêu liên quan đến ngành y tế gồm: Chương trình An toàn vệ sinh thực phẩm, Chương trình quốc gia nước sạch vệ sinh môi trường, Chương trình Dân số Kế hoạch hóa gia đình, Chương trình phòng chống một số bệnh xã hội, bệnh dịch nguy hiểm và HIV/AIDS [24]. Trong Chương trình phòng, chống bệnh xã hội có 13 dự án gồm: phòng chống sốt rét, phòng chống lao, phòng chống bệnh phong, phòng chống suy dinh dưỡng trẻ em, phòng chống sốt xuất huyết, tiêm chủng mở rộng, phòng chống HIV/AIDS, chăm sóc sức khỏe sinh sản, chăm sóc sức khỏe tâm thần cộng đồng, phòng chống tăng huyết áp, phòng chống ung thư, phòng chống đái tháo đường và dự án quân dân y kết hợp. Các chương trình này đã mang lại hiệu quả cao trong việc bảo vệ sức khỏe người dân, hướng tới bao phủ CSSKBD toàn dân do WHO đề xuất năm 2008 [24]. Chính những kết quả đạt được như mức sinh giảm và tuổi thọ trung bình tăng... đã làm thay đổi đáng kể cấu trúc dân số của Việt Nam. Năm 2016, tỷ lệ dân số trong độ tuổi lao động (15-64 tuổi) của Việt Nam chiếm 68,2% tổng dân số, tỷ lệ dân số phụ thuộc (dưới 15 tuổi và từ 65 tuổi trở lên) chiếm 31,8%. Với tỷ lệ dân số trong độ tuổi lao động cao hơn gấp đôi nhóm dân số trong độ tuổi phụ thuộc, Việt Nam vẫn đang trong thời kỳ "cơ cấu dân số vàng". Tuy nhiên, với tỷ lệ dân số từ 65 tuổi trở lên chiếm 7,98%, Việt Nam là một trong các quốc gia của khu vực có xu hướng "già hóa dân số" (khi dân số từ 65 tuổi trở lên chiếm từ 7% tổng dân số trở lên). Theo Tổng cục Thống kê, tổng diện tích của Việt Nam là 331.230,8 km². Mật độ dân số của Việt Nam năm 2016 là 280 người trên mỗi kilômét vuông. Dân số tập trung với mật độ cao ở vùng Đồng bằng sông Hồng (994 người/km²), Đông Nam Bộ (697 người/km²), Đồng bằng sông Cửu Long (433 người/km²). Theo số liệu sơ bộ của Tổng cục Thống kê, tổng tỷ suất sinh năm 2016 ước tính đạt 2,09 con/phụ nữ. Tỷ số giới tính của trẻ em mới sinh là 112,2 bé trai/100 bé gái. Vùng thành thị có tỷ số 110,4 bé trai/100 bé gái, vùng nông thôn có tỷ số 113,0 bé trai/100 bé gái. Các vùng tỷ số giới tính của trẻ em mới sinh ở mức cao đáng báo động là vùng Trung du và miền núi phía Bắc (122,6 bé trai/100 bé gái) và vùng Tây Nguyên (117,3 bé trai/100 bé gái). Năm 2016, tỷ suất sinh thô của Việt Nam đạt 16,6 trẻ sinh sống trên 1.000 dân; tổng tỷ suất sinh là 2,09 con trên một phụ nữ, tiếp tục duy

trì mức sinh dưới mức thay thế. Tỷ suất chết thô là 6,80 người chết/1.000 dân và tỷ suất chết của trẻ em dưới 1 tuổi giảm xuống còn 14,5 trẻ em dưới 1 tuổi tử vong/1.000 trẻ em đang sống. Các chỉ số này có sự khác nhau giữa vùng thành thị và nông thôn và giữa các vùng. Số liệu báo cáo năm 2016 cho thấy tỷ suất chết trẻ em dưới 1 tuổi trên toàn quốc là 14,5 trẻ trên 1000 trẻ sinh sống. Vùng Trung du và miền núi phía Bắc, vùng Tây Nguyên có tỷ suất chết trẻ em dưới 1 tuổi cao hơn nhiều so với trung bình chung của toàn quốc (lần lượt là 21,5 và 24,0 trên 1000 trẻ sinh sống). Tỷ suất chết trẻ dưới 5 tuổi là 21,8 trẻ trên 1000 trẻ sinh sống. Vùng Trung du và miền núi phía Bắc, vùng Tây Nguyên có tỷ suất chết trẻ em dưới 5 tuổi cao hơn nhiều so với trung bình chung của toàn quốc (lần lượt là 32,5 và 36,5 trên 1000 trẻ sinh sống). Tỷ lệ suy dinh dưỡng trẻ em dưới 5 tuổi 13,8%, tỷ lệ nhiễm HIV/AIDS trong cộng đồng 0,2% [14].

Đại hội Đảng Cộng sản Việt Nam VI diễn ra vào tháng 12/1986 đã nhìn nhận và đưa ra cải cách kinh tế mới trong đó xóa bỏ kinh tế bao cấp, thực hiện cơ cấu kinh tế nhiều thành phần. Cuộc cải cách kinh tế này đã tác động sâu sắc đến mạng lưới CSSKBD tại Việt Nam khi đó.

Những năm gần đây YTCS đã được Đảng và nhà nước đặc biệt quan tâm. Năm 2011 Bộ y tế có quyết định 3447/QĐ-BYT ban hành bộ tiêu chí quốc gia về y tế xã bao gồm 10 tiêu chí và 50 chỉ tiêu. Năm 2014 Bộ y tế ban hành quyết định 4667/QĐ-BYT ban hành bộ tiêu chí quốc gia về y tế xã bao gồm 10 tiêu chí và 46 chỉ tiêu.

Ngày 25 tháng 10 năm 2017 Hội nghị lần thứ sáu Ban Chấp hành Trung ương Đảng khóa XII đã ban hành Nghị quyết 20/NQ-TW về tăng cường công tác bảo vệ, chăm sóc và nâng cao sức khỏe nhân dân trong tình hình mới. Thủ tướng Chính phủ phê duyệt đề án xây dựng và phát triển mạng lưới y tế cơ sở trong tình hình mới vào tháng 12 năm 2016 với các chỉ tiêu cụ thể là:

Đến năm 2020: ít nhất 90% số trạm y tế xã có đủ điều kiện khám, chữa bệnh bảo hiểm y tế, thực hiện được tối thiểu 80% danh mục dịch vụ kỹ thuật của tuyến xã; 95% trung tâm y tế huyện thực hiện được tối thiểu 80% danh mục dịch vụ kỹ thuật của tuyến huyện; 70% xã đạt Tiêu chí quốc gia về y tế xã; phấn đấu 90% dân

số được quản lý, theo dõi sức khỏe; hoàn thành việc đầu tư trạm y tế ở các xã có điều kiện kinh tế - xã hội khó khăn và đặc biệt khó khăn.

Đến năm 2025: 100% số trạm y tế xã có đủ điều kiện khám, chữa bệnh bảo hiểm y tế và thực hiện được đầy đủ các nội dung của chăm sóc sức khỏe ban đầu, thực hiện được tối thiểu 90% danh mục dịch vụ kỹ thuật của tuyến xã; 100% trung tâm y tế huyện thực hiện được tối thiểu 90% danh mục dịch vụ kỹ thuật của tuyến huyện; 100% xã đạt Tiêu chí quốc gia về y tế xã; 100% dân số được quản lý, theo dõi sức khỏe [5].

Từ ngày 20 đến 28/5/2019 Bộ trưởng Bộ Y tế dẫn đầu đoàn đại biểu Bộ Y tế nước ta tham dự kỳ họp thứ 72 Đại Hội đồng Y tế Thế giới (WHA72) tại Geneva Thụy Sĩ, đã có bài phát biểu “Việt Nam ưu tiên trong việc tăng cường hệ thống y tế cơ sở” và nêu rõ “Không để ai bị bỏ lại phía sau” là một nguyên tắc cốt lõi của bao phủ CSSK toàn dân, trong đó mọi người dân, bất kể họ là ai, sống ở đâu, hoặc có điều kiện kinh tế hay không đều có thể tiếp cận được các dịch vụ y tế có chất lượng khi cần. Các mục tiêu bao phủ CSSK toàn dân và phát triển bền vững chỉ có thể đạt được thông qua việc thực hiện CSSKBD [47]. Việt Nam ưu tiên trong việc tăng cường hệ thống YTCS để cung cấp dịch vụ CSSKBD tốt hơn cho người dân, xây dựng kế hoạch hành động tổng thể với cam kết cao về mặt chính trị để nâng cao năng lực cho khoảng 11.400 TYT xã. Trong đó chú trọng đầu tư cơ sở hạ tầng, đào tạo nguồn nhân lực, đổi mới phương thức hoạt động theo nguyên lý y học gia đình và những nội dung đổi mới CSSKBD hướng tới bao phủ sức khỏe toàn dân [47].

Cho đến nay Việt Nam đã đáp ứng được nhu cầu chăm sóc sức khỏe thiết yếu cho 73% dân số, tỷ lệ này là cao so với các quốc gia khác trong khu vực Tây Thái Bình Dương. Tuy nhiên, người Việt Nam cũng gặp phải khá nhiều khó khăn về mặt tài chính do chi phí y tế. Đây là nội dung chính trong Hồ sơ quốc gia về Bao phủ chăm sóc sức khỏe toàn dân được ban hành vào ngày sức khỏe thế giới [60].

1.3. Kiến thức về chăm sóc sức khỏe ban đầu, thực hành tư vấn chăm sóc sức khỏe của nhân viên y tế tuyến cơ sở.

1.3.1. Kiến thức về chăm sóc sức khỏe ban đầu của nhân viên y tế cơ sở

Tổ chức Y tế thế giới khuyến cáo rằng năng lực của nhân viên y tế (được đánh giá dựa trên kiến thức, kỹ năng và thái độ) nhằm đáp ứng và cung cấp các dịch vụ y tế chất lượng cao vẫn là một thách thức lớn tại nhiều quốc gia. Chất lượng công việc của nhân viên y tế (được đánh giá dựa trên hiệu quả và hiệu suất công việc) chịu ảnh hưởng bởi nhiều yếu tố. Một số yếu tố liên quan đến thời gian đào tạo giáo dục nhân viên y tế trước khi công tác và giáo trình đào tạo đại học có nhiều chương trình thực tập giúp nhân viên y tế tăng khả năng thực hành và kinh nghiệm hay không. Các yếu tố khác liên quan đến môi trường làm việc chẳng hạn như chất lượng cơ sở vật chất, trang thiết bị vật tư chuyên dùng, đào tạo và tập huấn liên tục, quy chế công tác, quy chế quản lý, giám sát và nhận thức của cộng đồng cũng như cá nhân đối với việc làm của nhân viên y tế. Ngoài ra các yếu tố nội tại của nhân viên y tế như động cơ làm việc, sự tôn trọng của bệnh nhân cũng như sự hợp tác của đồng nghiệp cũng góp phần không nhỏ vào chất lượng công tác của nhân viên y tế [50].

Tại những quốc gia có thu nhập cao như Úc, Anh, Mỹ, chất lượng nhân viên y tế được nhìn nhận và nhiều biện pháp nâng cao chất lượng của nguồn nhân lực y tế cũng đã được thực hiện. Mặc dù vậy, chất lượng công việc của một bộ phận nhân viên y tế vẫn còn rất kém. Tại các nước có thu nhập thấp hơn, tình trạng kém chất lượng trong công việc của nhân viên y tế thể hiện qua việc kém tuân thủ các quy chế, quy trình chuẩn trong thực hành y tế cũng như thái độ không phù hợp của nhân viên y tế (thiếu tôn trọng, thô lỗ với bệnh nhân). Các nghiên cứu cũng cho thấy tất cả các nhân viên y tế thuộc các ngành khác nhau đều mắc các lỗi này trong quá trình công tác [102].

Kết quả khảo sát nhu cầu đào tạo của các cán bộ quản lý CSSKBĐ của tác giả Moyo tại Nam Phi cho thấy hầu hết các cán bộ quản lý tại tuyến huyện/xã đều cần phải đào tạo năng lực thêm. Các cán bộ này cần được đào tạo các kỹ năng như lập kế hoạch, quản lý, tổ chức, lãnh đạo, phát hiện các vấn đề y tế, xử lý số liệu, kiến thức cơ bản về thống kê và kỹ năng tiến hành lượng giá nhu cầu sức khỏe cộng đồng [112]. Tại Mali nhiều trung tâm CSSKBĐ chỉ có điều dưỡng được đào tạo bài bản, trong khi bác sỹ thì thiếu hụt hoàn toàn. Tình trạng này xảy ra do hầu hết kinh phí dành cho các trung tâm CSSKBĐ chỉ đủ để trả lương cho các điều dưỡng. Điều

này dẫn đến chỉ có khoảng 10,2% bác sỹ và 40,4% điều dưỡng hoặc hộ sinh làm việc tại các trung tâm CSSKBĐ [39]. Một nghiên cứu của Bienkowska-Gibbs tại Anh cho thấy thiếu hụt các chuyên viên giỏi tay nghề trong mô hình CSSKBĐ trong khi đó độ tuổi của nhân viên ngày càng cao. Công việc quá tải cũng là một nguyên nhân dẫn đến nhân lực CSSKBĐ tại Anh ngày càng thiếu hụt trầm trọng. Trong 27 quốc gia báo cáo tình hình nhân lực y tế cho WHO, WHO ghi nhận nhiều nỗ lực trong việc cải thiện và nâng cao chất lượng nguồn nhân lực y tế của nhiều quốc gia. Một số chiến lược được các quốc gia này thực hiện bao gồm: xem xét và sửa đổi giáo trình dạy và học trong đào tạo nhân viên y tế như Brazil, Cambodia, Mexico, Na Uy, Senegal,...xây dựng chương trình đào tạo liên tục và đào tạo tại chức như Mozambique, Sudan, Thai Lan, Yemen, và thành lập cơ quan đào tạo chuyên ngành nhằm nâng cao chất lượng giáo dục và đào tạo như trung tâm đào tạo Giáo dục Y khoa tại Anh hay hội đồng đào tạo sau đại học tại Philippines [50].

Tổ Chức Y Tế Thế Giới đã khuyến cáo nên đưa cách tiếp cận CSSKBĐ vào chương trình huấn luyện cơ bản cho nhân viên y tế. Điều này đặc biệt cần thiết đối với nhân viên y tế xã ở nước ta vì theo Thông tư 33/2015/TT-BYT ngày 27/10/2015 của Bộ Y tế quy định Trạm Y tế xã, phường, thị trấn có chức năng cung cấp, thực hiện các dịch vụ chăm sóc sức khỏe ban đầu cho nhân dân trên địa bàn xã [21]. Thời gian gần đây cơ quan chức năng của nhà nước đã có những nhận xét về khả năng đáp ứng của YTCS trong đó phải kể đến ý kiến của các đại biểu Quốc Hội tại phiên thảo luận ngày 27/10/2018 đã nêu “chất lượng y tế cơ sở chưa đáp ứng được yêu cầu cả về số lượng, chất lượng cán bộ, cơ sở hạ tầng, trang thiết bị và không đồng đều giữa các vùng miền”. Bộ trưởng Bộ Y tế đã giải trình và cho biết YTCS cả tuyến huyện và tuyến xã còn nhiều hạn chế về chất lượng chuyên môn, chưa đáp ứng được nhu cầu của người dân, khiến người bệnh thiếu tin tưởng và thường vượt lên tuyến trên, gây nên tình trạng quá tải tại bệnh viện tuyến tỉnh, Trung ương. Trạm y tế xã chưa quan tâm đến phòng bệnh, chăm sóc sức khỏe ban đầu cũng như sàng lọc phát hiện sớm các bệnh cho người dân...Mặt khác chất lượng khám chữa bệnh tại tuyến YTCS chưa đáp ứng được yêu cầu của người dân, tình trạng khám bệnh, kê đơn, cấp thuốc tại nhiều trạm y tế xã còn bất cập. Đây có thể coi là một

trong những nguyên nhân chính dẫn đến người dân không lựa chọn trạm y tế xã làm nơi khám chữa bệnh ban đầu. Điều này do tổ chức hệ thống y tế chưa ổn định, lúc nhập vào, lúc tách ra, chất lượng nguồn nhân lực còn yếu. Về nền tảng và tiềm năng, nhìn chung chất lượng chưa cao thiếu đồng bộ. Đầu tư cho YTCS còn thấp, có trạm y tế rất “xơ xác”. Chính sách đãi ngộ cho nhân viên YTCS chưa thỏa đáng; nhận thức, quan điểm chỉ đạo của cấp chính quyền và cơ quan y tế chưa quan tâm đến YTCS... Nguồn nhân lực tại y tế cơ sở còn thiếu về số lượng, yếu về chất lượng, có xu hướng bác sĩ không muốn làm việc tại YTCS mà muốn làm việc ở tuyến trên hoặc khu vực tư nhân [10]. Vì vậy để đáp ứng được công tác CSSKND trong tình hình mới, thì một trong những nhiệm vụ quan trọng là cần phải củng cố và phát triển mạng lưới YTCS. Từ những nhận định ở trên cho thấy nhân lực tại tuyến YTCS đóng vai trò hết sức quan trọng quyết định đến sự thành công. Trong đó năng lực của nhân lực tuyến tại YTCS về CSSKBĐ là cơ bản, cần được quan tâm hàng đầu.

1.3.2. Thực hành tư vấn chăm sóc sức khỏe của nhân viên y tế tuyến cơ sở.

Kiến thức và kỹ năng của cán bộ y tế tuyến dưới thấp nên tỷ lệ sai sót trong chẩn đoán, điều trị khá phổ biến dẫn đến những hạn chế trong việc đáp ứng các dịch vụ CSSK [13]. Chất lượng khám chữa bệnh tại YTCS chưa đáp ứng được yêu cầu của người dân, tình trạng khám bệnh, kê đơn, cấp thuốc tại nhiều trạm y tế xã còn bất cập. Đây có thể coi là một trong những nguyên nhân chính dẫn đến người dân không lựa chọn trạm y tế xã làm nơi khám chữa bệnh ban đầu, dẫn tới người dân sẽ lại tiếp tục vượt tuyến, chịu chi phí cao cho chăm sóc sức khỏe, các bệnh viện tuyến trên tiếp tục quá tải và sự hài lòng sẽ khó được cải thiện [10]. Năng lực và chất lượng cung ứng dịch vụ y tế của tuyến cơ sở vẫn còn hạn chế, nhất là trong quản lý sức khỏe, phát hiện và xử trí các bệnh và vấn đề sức khỏe thường gặp, đặc biệt ở miền núi, vùng cao, biên giới, hải đảo [13]. Nhân lực cho các trạm y tế mới chỉ đáp ứng chưa tới 50% nhu cầu thực tế. Khi một nhân viên y tế phải kiêm nhiều việc thì việc phải đào tạo liên tục là một đòi hỏi tất yếu.

Hiện cả nước có hơn 11.400 TYT xã bao gồm cả mạng lưới y tế thôn, bản, khoảng 87,5% số trạm có bác sĩ khám chữa bệnh; 97% số trạm có nữ hộ sinh hoặc y

sĩ sản nhi; gần 75% số thôn, bản, tổ dân phố có nhân viên y tế hoạt động, trong đó ở nông thôn, miền núi là 96%. Các TYT xã mới chỉ thực hiện được 50-70% các dịch vụ kỹ thuật, khoảng 40% danh mục thuốc theo phân tuyến [14].

Một số nghiên cứu cho thấy việc thực hiện CSSKBD tuyến cơ sở còn những hạn chế như, tình trạng phổ biến của cán bộ làm công tác TTGDSK là các cán bộ có thâm niên công tác ≤ 2 năm, chưa được đào tạo, tập huấn gì, 89,9 % cán bộ nêu ý kiến họ thiếu kiến thức kỹ năng TTGDSK. Tỷ lệ cán bộ có trình độ đại học làm công tác TTGDSK dưới 40% [41]. Kết quả một nghiên cứu khác, chỉ có 7,9% CBYT biết các dấu hiệu cơn sốt rét điển hình, 5,0% biết được đầy đủ các bước chế biến của một bữa ăn bổ sung [59]. Chất lượng nguồn nhân lực y tế ở tuyến cơ sở, vùng sâu, vùng xa, miền núi chưa đáp ứng nhu cầu chăm sóc và bảo vệ sức khỏe nhân dân. Năng lực của cán bộ y tế, kể cả bác sĩ của tuyến xã yếu, thậm chí không đủ khả năng cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe ban đầu. Nhiều trạm y tế khang trang, không thiếu trang thiết bị nhưng cán bộ y tế nơi đây lại không biết sử dụng. Đây là vấn đề mà Nhà nước cần ưu tiên giải quyết trong những năm tới. Tỷ lệ trạm y tế xã có bác sĩ làm việc tăng hàng năm, nhưng bác sĩ ở tuyến xã đa phần là học tại chức, hoặc chuyên tu nên năng lực chuyên môn thấp. Tỷ lệ cán bộ y tế xã có kiến thức và kỹ năng đạt yêu cầu trong sơ cấp cứu, chẩn đoán và điều trị một số bệnh, cũng như kiến thức về xử lý bệnh dịch rất hạn chế. Một điều tra cho thấy chỉ có 17,3% số bác sĩ và y sĩ có kiến thức và kỹ năng đúng trong xử lý sơ cấp cứu, 17% số bác sĩ và y sĩ được hỏi biết được các dấu hiệu nguy hiểm trong thời kỳ phụ nữ mang thai, 50,5% cán bộ y tế được hỏi biết cách chẩn đoán tăng huyết áp, 15,6% biết cách xử lý một vụ dịch. Kết quả từ một số khảo sát khác cũng cho thấy kiến thức về chăm sóc sức khỏe sơ sinh của cán bộ trạm y tế chỉ đạt 60% so với chuẩn quốc gia; 54,3% bác sĩ có kiến thức đúng về chẩn đoán và điều trị các mức độ mất nước tiêu chảy [4].

Gần đây bộ y tế triển khai công tác đào tạo liên tục nhằm tạo điều kiện cho nhân viên y tế nâng cao kiến thức và khả năng thực hành. Tuy nhiên hình thức đào tạo này vẫn còn nhiều bất cập, như thiếu cơ chế kiểm định chất lượng của các chương trình đào tạo và cơ chế buộc tất cả cán bộ y tế phải tuân thủ quy định, thiếu

sự điều phối chung để việc triển khai các chương trình có hiệu quả. Thiếu các hướng dẫn kỹ thuật (về quản lý sức khỏe hộ gia đình, khám chữa bệnh tại nhà) và cơ chế chính sách hỗ trợ cho hoạt động của bác sỹ gia đình như gói dịch vụ được cung cấp (đặc biệt gói được cung cấp tại nhà), thuốc và TTB, cơ chế tài chính (những dịch vụ được BHYT thanh toán), áp dụng tại các loại hình cơ sở y tế khác nhau [13]. Đặc biệt trong công tác đào tạo đã có những nhận định và khuyến cáo của Bộ Y tế như sau:

- Chất lượng đào tạo nhân lực y tế chưa đáp ứng được nhu cầu. Năng lực cán bộ y tế còn hạn chế, đặc biệt là tuyến y tế cơ sở.

- Thông tư 26/2015/TTLT-BYT-BNV ngày 7/10/2015 của liên Bộ Y tế và Bộ Nội vụ quy định mã số, tiêu chuẩn chức danh nghề nghiệp điều dưỡng, hộ sinh, kỹ thuật viên y, yêu cầu điều dưỡng, nữ hộ sinh và kỹ thuật viên đạt trình độ cao đẳng trở lên vào năm 2025 sẽ có tác động tiêu cực đến việc cung cấp nhân lực y tế đang làm việc ở tuyến cơ sở, trừ khi có các giải pháp khẩn trương để nâng cao năng lực của các cơ sở đào tạo hoặc giảm các mục tiêu yêu cầu.

- Chế độ, chính sách đối với cán bộ y tế còn bất hợp lý, chưa khuyến khích thầy thuốc có trình độ chuyên môn cao, tay nghề giỏi làm việc lâu dài tại các khu vực khó khăn. Chính sách hiện nay vẫn khuyến khích việc cung ứng nhiều dịch vụ chứ chưa khuyến khích hiệu quả trong việc bảo đảm sức khỏe của người bệnh.

- Đẩy mạnh đổi mới nội dung chương trình đào tạo kết hợp với áp dụng kiểm định chất lượng giáo dục y khoa và chuẩn đầu ra trong quản lý chất lượng đào tạo nhân lực y tế.

- Tăng cường công tác đào tạo liên tục, đào tạo tại chỗ cho các bộ y tế tuyến cơ sở phù hợp với nhu cầu về mô hình bệnh tật và đặc thù công việc.

- Thực hiện đổi mới đào tạo nhân lực y tế theo khung cơ cấu hệ thống giáo dục quốc dân và khung trình độ quốc gia Việt Nam đi đôi với chế độ đãi ngộ tương xứng cho cán bộ y tế. Nghiên cứu xây dựng các cơ chế tài chính để thu hút và tạo động lực làm việc đối với cán bộ y tế tuyến cơ sở [13].

1.3.3. Một số nghiên cứu về kiến thức chăm sóc sức khỏe ban đầu và thực hành tư vấn sức khỏe của nhân viên y tế cơ sở.

1.3.3.1. *Trên thế giới*

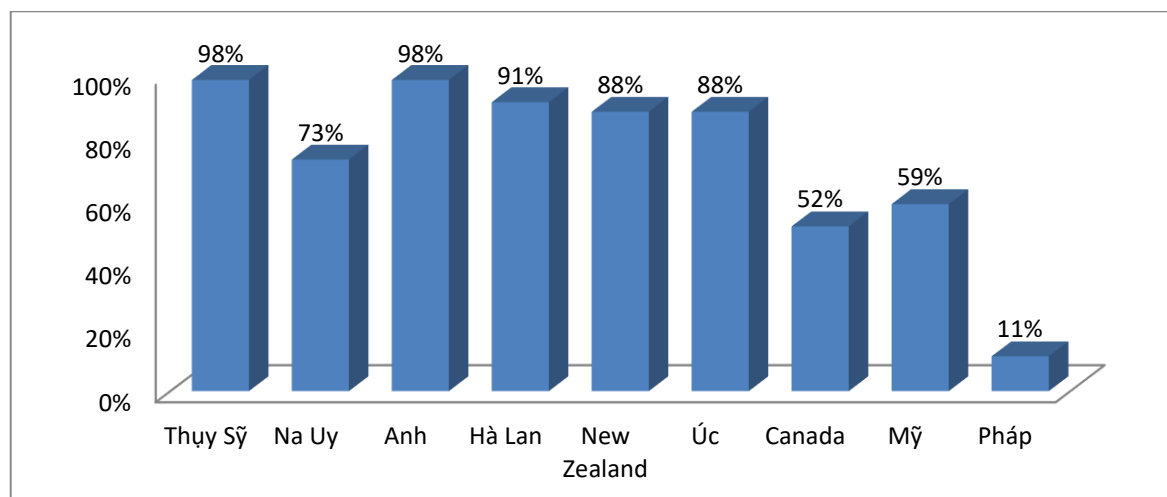
Nghiên cứu của Alameddine năm 2012 khảo sát tất cả các nhân viên y tế tại 81 cơ sở CSSKBĐ tại tất cả các quận của Lebanon [83]. Tổng cộng có 755 nhân viên y tế tham gia vào nghiên cứu. Kết quả nghiên cứu cho thấy có 2/5 nhân viên y tế có nhiều khả năng sẽ bỏ việc trong vòng 1-3 năm tới và có 13,4 nhân viên không chắc là sẽ bỏ việc hay không. Ba lý do được nhân viên y tế cơ sở đưa ra về việc bỏ việc là lương thấp (54,4%), cơ hội nghề nghiệp tốt hơn ngoài đất nước (35,1%) và thiếu cơ hội phát triển chuyên môn (33,7%). Có mối tương quan hình chữ U giữa tuổi và khả năng nghỉ việc. Phân tích hồi quy cho thấy tình trạng quá tải công việc, trình độ học vấn thấp và chức vụ thấp cũng có tương quan với khả năng nghỉ việc. Tác giả kết luận rằng tình trạng không ổn định trong công tác của nhân viên y tế cơ sở và đề xuất cần hỗ trợ thêm cho mạng lưới y tế cơ sở. Đối với các chiến lược giữ chân nhân viên y tế cơ sở cần chú trọng đến các nhân viên còn trẻ và các nhân viên có trình độ chuyên môn cao. Các biện pháp giữ chân nhân viên y tế đề ra bao gồm phải nâng cao sự hài lòng đối với nhân viên và sự an toàn trong công việc [127].

Nghiên cứu của Toda năm 2012 đánh giá mối tương quan giữa các đặc điểm cơ sở y tế công và mức độ nghèo của khu vực nơi có cơ sở y tế. Kết quả nghiên cứu cho thấy đối với hầu hết các chỉ số của cơ sở CSSKBĐ không có tương quan với các đặc điểm kinh tế-xã hội. Chỉ có một đặc điểm chính là dịch vụ xét nghiệm cho thấy có tương quan với sự không công bằng hướng về phía những người giàu. Một số chỉ số khác như tính sẵn có của thuốc thiết yếu và nhân viên có chất lượng cao cũng có sự mất công bằng. Các chỉ số mặc dù không thấy có sự mất công bằng nhưng điều này không thể nói rằng các dịch vụ này sẵn có và chất lượng cũng cao [127].

Nghiên cứu của Walker năm 2010 tại Mỹ khảo sát các yếu tố tác động đến quyết định làm việc của các bác sỹ phục vụ tại các cơ sở CSSKBĐ ở vùng xa xôi. Tác giả tiến hành phỏng vấn sâu 42 bác sỹ CSSKBĐ tại hạt Los Angeles, California. Kết quả nghiên cứu cho thấy có ba xu hướng trong việc ở lại làm việc của các bác sỹ: (1) động lực cá nhân; (2) động lực nghề nghiệp và (3) sự hỗ trợ của cơ sở. Tác giả nhận thấy rằng các động cơ cá nhân (ví dụ các nhiệm vụ cá nhân và tự khẳng định mình) phổ biến ở các bác sỹ làm việc tại các vùng khó khăn hơn là những bác

sỹ ở những khu vực khác. Ngược lại các bác sỹ tại các khu vực không khó khăn lại có động cơ liên quan đến giờ làm việc và lối sống là nguyên nhân để họ lựa chọn nghề nghiệp hiện tại hoặc là lý do họ rời khỏi các khu vực khó khăn. Tác giả kết luận rằng các trường y khoa và các cơ sở CSSKBĐ cần phải nâng cao chiến lược tuyển chọn bác sỹ CSSKBĐ tới khu vực khó khăn bằng cách xác định các động cơ cá nhân và có thể khuyến khích sự gắn bó lâu dài của họ với công việc [132].

Nghiên cứu của Schoen C năm 2009 về thực hành tư vấn sức khỏe trong đó có Việc sử dụng đội tư vấn sức khỏe gồm bác sỹ và y tá khá phổ biến tại các nước như: Thụy Sĩ (98%), Anh (98%), Hà Lan (91%), Úc (88%), New Zealand (88%), Đức (73%) và Na Uy (73%) trong khi tại Mỹ tỷ lệ này lại thấp (59%), Canada (52%), Pháp (11%) [123]. Như vậy có thể thấy tư vấn sức khỏe đóng một vai trò hết sức quan trọng trong CSSKBĐ.



“Nguồn: Schoen C, Osborn R, Doty MM, et al 2009”

Hình 1.1. Tỷ lệ sử dụng đội tư vấn sức khỏe gồm bác sỹ và y tá tại các nước

1.3.3.2. Tại Việt Nam

Nhu cầu được tư vấn sức khỏe tại TYT chiếm tỷ lệ cao ở tất cả các nội dung CSSKBĐ. Một nghiên cứu của viện chiến lược và chính sách y tế Về tư vấn SKSS/KHHGD: Vị thành niên/thành niên, có biết địa chỉ cũng cấp thông tin, tư vấn về SKSS/KHHGD, trong đó nhiều nhất là Trạm Y tế phường 54,6% [45].

Theo Trần Hữu Lộc năm 2016 tư vấn sức khỏe chiếm 86,67% các hoạt động TTGDSK [55], trong khi TTGDSK là một trong 6 nội dung chuyên môn kỹ thuật của TYT được quy định tại Thông tư 33/2015/TT-BYT ngày 27/10/2015 Hướng

dẫn chức năng, nhiệm vụ của Trạm y tế xã, phường, thị trấn. Như vậy có thể thấy rằng hoạt động tư vấn sức khỏe tại TYT là vô cùng quan trọng, tuy nhiên theo một số nghiên cứu về hoạt động này tại tuyến y tế cơ sở còn những hạn chế như:

Nghiên cứu của Nguyễn Thị Kim Liên “Đánh giá thực trạng và hiệu quả một số giải pháp can thiệp truyền thông – giáo dục sức khỏe trong chăm sóc sức khỏe trẻ em tại tuyến y tế cơ sở” năm 2006, có 23,5% cán bộ y tế biết bước chào hỏi, 9,2% biết về bước khuyến bảo giải thích, 16,1% biết về bước hỏi nguyên nhân vấn đề. Tỷ lệ cán bộ y tế có hiểu biết đúng và đủ 3 hình thức giáo dục sức khỏe trực tiếp là 20,4%, đủ 4 phương pháp thông tin một chiều là 17,9% và đủ 3 phương pháp thông tin 2 chiều là 2,7%. Tỷ lệ CBYT có kiến thức về lập kế hoạch hoạt động TTGDSK là 3,3%, viết đúng yêu cầu thu thập thông tin là 1,4%, viết đúng nhóm thông tin cần thu thập là 0,8%, nêu đúng số lượng đối tượng cuộc nói chuyện sức khỏe 19,8%, nêu đúng số lượng đối tượng cuộc thảo luận nhóm là 34,8%. Tỷ lệ trả lời đúng các kiến thức chung về TTGDSK trong đó nội dung “thực hành là thành tố khó thay đổi nhất” đạt 18,8%, nội dung “thông tin hai chiều là thông tin tốt nhất là 88,6%, nội dung “nghe nhìn là phương tiện giáo dục sức khỏe hiệu quả nhất” là 22,9%, nội dung “thảo luận nhóm là hình thức giáo dục sức khỏe hiệu quả nhất” là 20,9%, sắp xếp đúng các bước thay đổi hành vi là 2,2%. Với kết quả như trên nghiên cứu cho thấy kiến thức của nhân viên y tế tuyến cơ sở trong TTGDSK là vấn đề cần được quan tâm.

Nghiên cứu của Nguyễn Thị Hoài An tại Thanh Hóa phỏng vấn hộ gia đình về đánh giá chất lượng của TYT cho thấy có 31,7% cho rằng TYT chưa tốt, 2,8% cho là không tốt. Cũng tại nghiên cứu này còn cho biết phần lớn tại TYT xã cán bộ được đào tạo ở trình độ trung cấp tương đương 87,5%, mỗi trạm thường chỉ có một cán bộ có trình độ đại học tương đương 12,5%. Các TYT tại đây vẫn thiếu nhân lực cả về số lượng và chất lượng, công việc là rất nhiều như báo cáo của các chương trình mục tiêu quốc gia khác nhau, truyền thông, khám chữa bệnh (KCB) ban đầu...Do vậy các TYT rất khó thực hiện và đảm bảo các yêu cầu về kỹ thuật chuyên môn theo phân tuyến kỹ thuật của Bộ Y tế [1]. Trong KCB khả năng đáp ứng của TYT còn hạn chế đặc biệt những TYT chưa có bác sỹ hoặc hạn chế trong trang thiết bị (TTB), thuốc, thủ thuật và trình độ chuyên môn ảnh hưởng đến chất lượng điều

trị. Chính những cảm nhận và đánh giá này cho thấy niềm tin vào chất lượng và khả năng KCB của TYT còn thấp. Người dân hiểu rằng TYT chưa có khả năng KCB mà chủ yếu thực hiện tiêm chủng hoặc bán thuốc. Người dân không tìm đến trạm để khám bệnh ngay cả khi trạm đã xây dựng rất khang trang. Đây chính là những tác động lớn đến hoạt động của YTCS.

Nghiên cứu của Tạ Như Đỉnh tại Đăk Lăk có 19,8% cán bộ y tế tại bệnh viện huyện và TYT xã có kiến thức về chăm sóc trẻ sơ sinh ở mức dưới trung bình (kém) và 59,2% ở mức trung bình. Tính riêng với cán bộ y tế tuyến xã (TYT) cũng với kiến thức về nội dung này có tới 46,6% ở mức kém và 41,7% ở mức trung bình [38].

Nghiên cứu của Sở Kế hoạch Đầu tư tỉnh Điện Biên năm 2014 khảo sát sự hài lòng của người dân đối với dịch vụ y tế tuyến xã; Dịch vụ có tỷ lệ người dân sử dụng thấp nhất đó là truyền thông. Điều này cho thấy cần phải quan tâm nhiều hơn nữa tới việc tăng cường sự tiếp cận của người dân đến với dịch vụ TTGDSK cho người dân của trạm y tế [62]. Nghiên cứu của Sở Kế hoạch Đầu tư tỉnh Kon Tum năm 2014 khảo sát sự hài lòng của người dân đối với dịch vụ y tế tuyến xã; Mặc dù không có nhiều người phàn nàn về chất lượng dịch vụ ở mức kém, nhưng cũng không có nhiều người đánh giá chất lượng dịch vụ ở mức rất tốt. Một điểm cần lưu ý nữa là sự hiểu biết hạn chế của người dân về các tiêu chí đánh giá chất lượng dịch vụ y tế có ảnh hưởng đến đánh giá của họ. Liên quan đến vấn đề này, có thể thấy việc thông tin công khai minh bạch về tiêu chí đánh giá chất lượng dịch vụ y tế cho người dân, đặc biệt ở các vùng sâu vùng xa, vẫn còn rất hạn chế [63].

Nghiên cứu Phạm Quang Hòa năm 2012 đánh giá khả năng thực hiện được các kỹ thuật tại trạm y tế: hồi sức cấp cứu chống độc: 69,9%, kỹ thuật nhi khoa 64,1%, răng – hàm - mặt : 36,5%, mắt 38,9%, tai mũi họng 65,6%, nội khoa 58,6%, da liễu 12,5% [42].

Nghiên cứu của Lê Văn Thêm về chất lượng hoạt động của trạm y tế tại tỉnh Hải Dương năm 2007 tỷ lệ bác sỹ đang công tác tại trạm y tế được đào tạo lại sau khi tốt nghiệp là 43,5% trong đó đào tạo lại về các chuyên ngành như sau: sản – dân số KHHGD 29,3% ; quản lý là 20,7%, chuyên khoa lẻ là 7,6%, YHCT là 3,3%, nhi 7,6%, CSSKBĐ 2,2%, điện tim là 1,1% . Về nội dung đào tạo đại học của các bác

sỹ trạm y tế cho rằng 50% có đủ kiến thức kỹ năng, 50% cho rằng chưa đủ. Kiến thức về chẩn đoán và xử trí một số bệnh phổ biến tại cộng đồng. Về bệnh tiêu chảy: có 55,4% bác sỹ định nghĩa đúng về bệnh, 34,8% định nghĩa không đầy đủ, 9,8% không biết. Về bệnh viêm phổi: Điều trị viêm phổi rất nặng có 55,4% điều trị đúng, 30,4% không đầy đủ, 14,1% không biết, không trả lời [67].

Nghiên cứu của Nguyễn Thị Thủy năm 2018, thực trạng hoạt động khám chữa bệnh YHCT tại một số trạm y tế miền núi Thái Nguyên cho thấy kiến thức về huyết: không có cán bộ YHCT nào tại TYT các xã nghiên cứu có kiến thức tốt và khá cũng như kiến thức về công thức huyết đa số là ở mức trung bình, yếu chiếm $\frac{3}{4}$ số cán bộ YHCT. Kiến thức về thuốc nam của nhóm cán bộ này chủ yếu ở mức trung bình và yếu. 100% cán bộ YHCT đạt mức yếu về kỹ năng nhận biết 70 cây thuốc nam. Kỹ năng sử dụng kê đơn thuốc nam và châm cứu đều ở mức yếu và không đạt [70].

Theo nghiên cứu của Nguyễn Thị Vân năm 2016 tại huyện Ba Vì, Hà Nội cho thấy việc đầu tư cho phát triển nguồn nhân lực y tế cấp xã thông qua kinh phí đào tạo ngày càng tăng. Năm 2010 tổng số tiền TTYT huyện phải chi hỗ trợ cán bộ tham dự đào tạo dài hạn, ngắn hạn là 60 triệu đồng đến năm 2015 số này đã tăng lên gần gấp đôi (118,5 triệu đồng) [78].

Nghiên cứu của Đặng Phương Liên năm 2018 về “Dịch vụ công tác xã hội trong chăm sóc sức khỏe người cao tuổi thuộc hộ nghèo từ thực tiễn huyện Yên Minh, tỉnh Hà Giang” cho thấy việc triển khai các dịch vụ CSSK người cao tuổi chưa hiệu quả trong đó có nguyên nhân từ sự thiếu chuyên môn, kỹ năng nghiệp vụ của cán bộ cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe NCTTHN. Điều này đặt ra một yêu cầu các cơ quan có thẩm quyền cần quan tâm hơn để đảm bảo việc thực hiện các DVCTXH trong CSSK NCTTHN đạt hiệu quả tốt nhất [51].

Thực hành tư vấn sức khỏe là một trong những nội dung quan trọng của TTGDSK. Nghiên cứu của Trần Hữu Lộc về “Đánh giá chất lượng hoạt động công tác truyền thông giáo dục sức khỏe của y tế tuyến huyện trên địa bàn tỉnh Kiên Giang năm 2016” cho thấy tư vấn sức khỏe chiếm 86,67% trong các hoạt động TTGDSK [55]. Như vậy có thể thấy rằng TTGDSK nói chung và tư vấn sức khỏe

nói riêng là những hoạt động quan trọng trong CSSKBĐ. Tuy nhiên, thực tế cho thấy TTGDSK chưa được quan tâm tương xứng. Nghiên cứu của Nguyễn Thị Liên năm 2012 “Thực trạng và đề xuất giải pháp nâng cao công tác truyền thông giáo dục sức khỏe cho người dân tỉnh Quảng Nam” chỉ có 29,3% cán bộ truyền thông tuyến xã được đào tạo [52].

Ngày 29/7/2016, Bộ Y tế ban hành quyết định số 4128/QĐ-BYT trong đó hướng dẫn thực hành tư vấn sức khỏe theo 6 bước. Điều này cho thấy tầm quan trọng của hoạt động tư vấn sức khỏe. Tuy nhiên, từ đó đến nay sau 5 năm thực hiện chưa có nghiên cứu đánh giá riêng về hiệu quả của hoạt động này. Một số nghiên cứu trước đây có đề cập đến hoạt động tư vấn sức khỏe như nghiên cứu của Nguyễn Thị Kim Liên “Đánh giá thực trạng và hiệu quả một số giải pháp can thiệp truyền thông – giáo dục sức khỏe trong chăm sóc sức khỏe trẻ em tại tuyến y tế cơ sở” năm 2006 kết quả tỷ lệ cán bộ y tế thực hành tư vấn giáo dục về dinh dưỡng cho trẻ em chỉ đạt 14,1%, tư vấn tiêm chủng đạt 14,4%, tư vấn chăm sóc trẻ khi ốm đạt 13,6%, tư vấn giáo dục về chăm sóc trước sinh đạt 7,1% [53].

Như vậy với những kết quả từ các nghiên cứu nêu trên trên cho thấy, kiến thức về nguyên lý nội dung, cách tiếp cận trong CSSKBĐ, đặc biệt kỹ năng thực hành tư vấn sức khỏe theo các bước trong quyết định số 4128/QĐ-BYT tại tuyến y tế cơ sở, còn nhiều hạn chế và là vấn đề cần được quan tâm.

1.4. Một số yếu tố liên quan tới kiến thức về chăm sóc sức khỏe ban đầu, thực hành tư vấn chăm sóc sức khỏe của nhân viên y tế tuyến cơ sở.

Có nhiều yếu tố liên quan đến kiến thức về CSSKBĐ và thực hành tư vấn CSSK của nhân viên y tế nói chung, đối với tuyến y tế cơ sở đặc biệt là nhân viên trạm y tế xã như: trình độ học vấn, tuổi nghề, chế độ đãi ngộ, chính sách đào tạo, cơ sở vật chất, cơ chế quản lý

Có thể chia các yếu tố này thành 2 nhóm chính như sau: nhóm yếu tố mang tính hệ thống và nhóm yếu tố mang tính cá nhân.

1.4.1 Nhóm yếu tố hệ thống

- Yếu tố tổ chức hệ thống ngành y tế: Mạng lưới tổ chức y tế Việt Nam được phân thành 3 tuyến kỹ thuật: Y tế tuyến Trung ương, y tế tuyến tỉnh, thành phố trực

thuộc Trung ương và y tế tuyến Cơ sở (y tế huyện/ quận/ thành phố thuộc tỉnh/ thị xã; y tế xã/ phường và y tế thôn bản). Ngoài ra còn hệ thống tổ chức y tế của các lực lượng vũ trang (quân đội và công an) và các ngành như y tế ngành năng lượng, ngành giao thông vận tải, ngành bưu điện v.v... Mất cân đối trong phân bố nhân lực YTCS giữa thành thị và nông thôn cũng được ghi nhận trong đó khu vực nông thôn chiếm 72,6% tổng dân số, nhưng chỉ chiếm 41% số bác sĩ và 18 % số dược sĩ [49]. Chính từ việc phân tuyến tổ chức của hệ thống ngành y tế nên tuyển y tế cơ sở gặp khó khăn trong việc thu hút nhân lực có trình độ cao, điều này tác động mạnh mẽ đến khả năng đáp ứng các nội dung CSSKBD [37].

- Sự phát triển của ngành y tế: Sự phát triển của ngành y tế đòi hỏi phải cần phải phát triển nguồn nhân lực y tế toàn diện cả về số lượng, chất lượng và cơ cấu hợp lý, phù hợp với chiến lược phát triển của nguồn nhân lực [2].

- Chế độ, chính sách đãi ngộ của nhà nước: Chế độ chính sách đối với cán bộ, viên chức ngành y tế là một trong những yếu tố góp phần quan trọng vào việc nâng cao chất lượng công tác chăm sóc sức khỏe nhân dân. Tuy nhiên, chế độ lương và phụ cấp nhìn chung vẫn chưa đảm bảo được đời sống của cán bộ, nhân viên y tế, chưa động viên được họ làm việc với trách nhiệm cao và phát huy được hết khả năng. Chính sách tuyển dụng và đãi ngộ đối với nhân viên y tế chưa đủ sức thu hút, hấp dẫn được nguồn nhân lực y tế có chất lượng cao [2].

- Chính sách đào tạo, bồi dưỡng chuyên môn, nghiệp vụ: Đào tạo nâng cao kiến thức là một nhu cầu tất yếu của mỗi cá nhân và là nhiệm vụ của mỗi tổ chức. Muốn nâng cao trình độ chuyên môn nghiệp vụ của nguồn nhân lực các tổ chức cần có kế hoạch đào tạo và bồi dưỡng nguồn nhân lực cho phù hợp với yêu cầu của công việc [2].

Một số yếu tố liên quan đến thời gian đào tạo và giáo dục nhân viên y tế trước khi công tác và giáo trình đào tạo có nhiều chương trình thực tập giúp nhân viên y tế khả năng thực hành và kinh nghiệm hay không.

Các yếu tố khác liên quan đến môi trường làm việc như chất lượng cơ sở vật chất, trang thiết bị và vật tư chuyên dụng, đào tạo và tập huấn liên tục, quy chế công

tác quy chế quản lý, giám sát và nhận thức của cộng đồng cũng như cá nhân đối với việc làm của nhân viên y tế.

- Khả năng đầu tư tài chính của nhà nước: Đầu tư cho lĩnh vực y tế phải cần nguồn lực thỏa đáng. Nhà nước cần có các chính sách tăng cường đầu tư để y tế cơ sở hoạt động hiệu quả, nâng cao chất lượng chăm sóc sức khỏe ban đầu cho người dân.

Ngoài ra các nghiên cứu còn cho thấy một số nhóm yếu tố liên quan đến kiến thức và thực hành của nguồn nhân lực nói chung, cũng như nguồn nhân lực y tế ở các tuyến là: trình độ phát triển kinh tế - xã hội của đất nước; trình độ học vấn, văn hóa; tình trạng dinh dưỡng và sức khỏe; trình độ khoa học công nghệ, tin học, cách mạng công nghiệp 4.0; hệ thống chính sách kinh tế - xã hội, y tế của đất nước...

1.4.2. Nhóm yếu tố cá nhân

Một số nghiên cứu đã chỉ ra rằng, yếu tố ảnh hưởng đến kiến thức, thực hành trong chăm sóc sức khỏe ban đầu của nguồn nhân lực y tế là bằng cấp chuyên môn, trình độ chuyên môn y học gia đình, về chăm sóc sức khỏe ban đầu; chứng chỉ hành nghề, đào tạo liên tục, nơi được đào tạo liên tục (tập huấn), nơi công tác, vị trí việc làm, thâm niên công tác, môi trường làm việc. Riêng trong công tác đào tạo ở các trường còn nhiều vấn đề như:

- Công tác đảm bảo chất lượng nhân lực y tế còn nhiều hạn chế.
- Chưa thực hiện kiểm định chất lượng đào tạo ở nhiều cơ sở đào tạo nhân lực y tế.
- Trình độ, kỹ năng, thời gian, phương pháp, điều kiện giảng dạy còn thiếu và yếu; phương pháp đánh giá kết quả học tập chưa hệ thống; hỗ trợ học viên vùng núi, dân tộc thiểu số theo được chương trình đào tạo chưa đạt yêu cầu.
- Chưa có tiêu chuẩn năng lực đầu ra thống nhất làm cơ sở xác định mục tiêu và chương trình đào tạo cho phù hợp.
- Cơ chế đảm bảo chất lượng của các chương trình đào tạo liên tục và quy định chế tuân thủ đào tạo liên tục chưa được xây dựng.
- Quản lý nhân lực y tế còn chưa hiệu quả
- + Về mặt quản lý nhà nước về nhân lực y tế, hằng năm đào tạo ra đủ nhân lực y tế nhưng chưa nắm được rõ thông tin về thị trường lao động y tế, chưa xây

dựng được các chính sách phù hợp với thị trường lao động để phân bổ và sử dụng lao động y tế theo nhu cầu của hệ thống y tế.

- + Chưa có đánh giá về hiệu quả làm việc nhóm giữa các loại hình cán bộ y tế trong cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe.

- + Việc giám sát lâm sàng cho cán bộ y tế chưa được thực hiện thường xuyên, chưa có cơ chế đánh giá kết quả thực hiện công việc và tạo động cơ tăng năng suất và hiệu quả làm việc.

- Công tác đào tạo nhân lực chuyên ngành quản lý còn hạn chế [30].

Ngoài ra các yếu tố nội tại của nhân viên y tế như động cơ làm việc, cơ hội thăng tiến, vị trí việc làm, tuổi đời, sự tôn trọng của người dân cũng như sự hợp tác của đồng nghiệp và một số yếu tố khác, cũng góp phần không nhỏ vào chất lượng công việc của nhân viên y tế [31]

- Chính sách tiền lương: Trong tổ chức, chính sách tiền lương có vai trò thúc đẩy người lao động cố gắng trong công việc. Như vậy, công tác tiền lương phải hướng đến các mục tiêu thu hút nhân viên, duy trì những nhân viên giỏi, kích thích động viên và đáp ứng các yêu cầu của pháp luật.

- Môi trường, điều kiện làm việc

Muốn tạo động lực làm việc cho nhân viên, tổ chức cần cải thiện điều kiện làm việc bằng các cách thức sau:

- + Thay đổi tính chất công việc.

- + Cải thiện tình trạng vệ sinh môi trường.

- + Thực hiện tốt các chính sách an toàn lao động, đầu tư máy móc thiết bị chuyên dùng.

Việc tăng cường các thiết bị, máy móc hiện đại sẽ góp phần nâng cao năng suất lao động, đồng thời giúp cho nhân viên y tế nâng cao được trình độ chuyên môn, nghiệp vụ và chăm sóc sức khỏe cho người dân được tốt hơn.

- Cơ hội thăng tiến và phát triển nghề nghiệp

Việc đánh giá khả năng nâng cao động lực thúc đẩy người lao động thể hiện qua một số tiêu chí đánh giá như sau:

- + Thực hiện dân chủ, hợp lý các chính sách về đề bạt, bố trí cán bộ, phân cấp phân quyền cho cấp dưới, đào tạo nâng cao trình độ chuyên môn, kỹ năng nghề nghiệp;
- + Thực hiện công bằng, minh bạch công tác chi trả tiền lương, tiền thưởng, các khoản phụ cấp, phúc lợi xã hội cho người lao động;
- + Tình hình cải thiện môi trường, điều kiện làm việc.

1.5. Một số giải pháp nâng cao kiến thức về chăm sóc sức khỏe ban đầu, thực hành tư vấn chăm sóc sức khỏe

1.5.1. Nhóm giải pháp mang tính hệ thống

Trên thế giới cũng như ở Việt Nam hầu hết các giải pháp đều mang tính tổng thể nhằm nâng cao năng lực về CSSKBĐ, vì vậy việc nâng cao kiến thức về nguyên lý, nội dung và cách tiếp cận cũng như thực hành tư vấn sức khỏe đều nằm trong các giải pháp tổng thể này.

Các giải pháp nâng cao năng lực nhân lực y tế hướng vào 5 nhóm yếu tố liên quan đến năng lực nguồn nhân lực y tế là: tăng cường phát triển kinh tế - xã hội của đất nước; nâng cao trình độ học vấn, văn hóa; cải thiện tình trạng dinh dưỡng và sức khỏe; áp dụng tiến bộ khoa học công nghệ, tin học... vào hoạt động thực tiễn; cải thiện và hoàn chỉnh hệ thống chính sách kinh tế - xã hội, y tế của đất nước.

Báo cáo của 27 quốc gia về tình hình nhân lực y tế cho WHO, ghi nhận nhiều lỗ hổng trong việc cải thiện và nâng cao chất lượng nguồn nhân lực y tế của nhiều quốc gia. Một số chiến lược quốc gia này bao gồm: Xem xét sửa đổi giáo trình dạy học trong đào tạo nhân viên y tế tại Brazil, Cambodia, Mexico, Na Uy, Senegal, hay xây dựng chương trình đào tạo liên tục và đào tạo tại chức như; Mozambique, Sudan, Thailand và Yemen, thành lập cơ quan đào tạo chuyên ngành nhằm nâng cao chất lượng giáo dục đào tạo, hội đồng đào tạo sau đại học tại Philippine, Trung tâm giáo dục y khoa tại Anh... [105].

Ở nước ta một số giải pháp nâng cao năng lực chăm sóc sức khỏe ban đầu cho nhân lực y tế cơ sở được ban hành bao gồm:

- Chính sách định hướng nguồn nhân lực y tế

Đảng và Chính Phủ đã đưa ra các định hướng chính sách dài hạn cho hệ thống y tế, bao gồm cả chính sách phát triển nguồn nhân lực y tế. Năm 2005 Bộ

Chính trị Ban hành Nghị Quyết 46/NQ-TW về công tác bảo vệ và nâng cao sức khỏe nhân dân trong tình hình mới, đưa ra giải pháp chiến lược về nguồn nhân lực y tế: “Kiện toàn đội ngũ cán bộ y tế cả về số lượng, chất lượng và cơ cấu” ngày 25/10/2017 hội nghị TW6 của Đảng đã ban hành nghị quyết 20 về “tăng cường công tác bảo vệ CSSKND trong tình hình mới” trong đó nhấn mạnh về phát triển nhân lực và khoa học - công nghệ y tế [5]. Đổi mới căn bản, toàn diện công tác đào tạo nhân lực y tế, đáp ứng yêu cầu cả về y đức và chuyên môn trong điều kiện chủ động, tích cực hội nhập quốc tế. Khẩn trương hoàn thiện các quy định pháp luật và triển khai khung cơ cấu hệ thống giáo dục quốc dân, khung trình độ quốc gia trong đào tạo nhân lực y tế, phát huy trách nhiệm, vai trò các bệnh viện trong đào tạo, phát triển bệnh viện đại học.

- Chính sách phát triển nguồn nhân lực

Quyết định 2348/QĐ-TTg ngày 5 tháng 12 năm 2016 củng cố và phát triển mạng lưới YTCS xác định những nhiệm vụ trọng tâm của ngành y tế trong đó có vấn đề đào tạo và nâng cao chất lượng nguồn nhân lực bao gồm:

Tiếp tục tăng cường nguồn nhân lực, đặc biệt là số lượng bác sỹ ở trung tâm y tế huyện để bảo đảm nhân lực cho việc khám bệnh, chữa bệnh cho nhân dân ngay trên địa bàn; bảo đảm nhân lực cho trạm y tế xã để thực hiện chăm sóc sức khỏe ban đầu, theo dõi sức khỏe đến từng người dân [69].

Tiếp tục đào tạo nhân lực y tế theo mọi hình thức để đáp ứng nhu cầu nhân lực cho y tế cơ sở; chú trọng đào tạo bác sỹ cho y tế xã với chương trình đào tạo và thời gian phù hợp; tăng cường đào tạo nhân viên y tế thôn bản và cô đỡ thôn bản cho các vùng có điều kiện kinh tế - xã hội khó khăn, đặc biệt khó khăn. Tăng cường đào tạo, chuyển giao kỹ thuật, thực hiện đầy đủ quy định về đào tạo liên tục, đào tạo qua thực hành, hướng dẫn chuyên môn cho y tế cơ sở. Thực hiện chế độ luân phiên hai chiều phù hợp với điều kiện của từng địa phương theo hướng từ trên xuống dưới và từ dưới lên trên để tăng cường năng lực cho người hành nghề tại y tế cơ sở. Phát triển nguồn nhân lực cân đối và hợp lý. Đảm bảo đạt được các chỉ tiêu cơ bản của nguồn nhân lực; xây dựng và ban hành quy hoạch mạng lưới các cơ sở đào tạo cán bộ y tế; xây dựng tiêu chuẩn định mức và cơ cấu nhân lực y tế hợp lý để kiện toàn

đội ngũ cán bộ y tế. Sắp xếp, mở rộng năng cấp các cơ sở đào tạo, đáp ứng nhu cầu về số lượng và chất lượng cán bộ y tế phù hợp với quy hoạch phát triển ngành y tế. Đảm bảo cơ cấu nhân lực y tế hợp lý nhằm nâng cao chất lượng và hiệu quả của các hoạt động chăm sóc sức khỏe.

- Chính sách nâng cao chất lượng đào tạo nhân lực y tế

Để nâng cao trình độ cán bộ y tế tại các cơ sở y tế, bộ y tế đã ban hành chính sách về đào tạo liên thông [25], song song với hệ này có hệ tập trung 4 năm nhằm tăng cường bác sỹ, dược sỹ làm việc ở tuyến cơ sở được đào tạo lên bậc đại học để sau khi tốt nghiệp trở về địa phương tiếp tục làm việc tốt hơn. Năm 2008 Bộ Y tế ban hành thông tư 07/2008/TT- BYT hướng dẫn công tác đào tạo liên tục đối với cán bộ y tế bao gồm các hình thức: Cập nhật bổ sung kiến thức kỹ thuật chuyên môn, đào tạo lại, đào tạo theo nhiệm vụ chỉ đạo tuyến, chuyển giao kỹ thuật, đào tạo chuyên môn nghiệp vụ khác y tế không thuộc hệ thống bằng cấp quốc gia. Ngày 26/5/2008 Bộ Y tế có quyết định 1816/QĐ- BYT thực hiện đề án cử cán bộ chuyên sâu luân phiên từ tuyến trên về hỗ trợ tuyến dưới.

Thế giới đã bước sang cuộc cách mạng công nghệ 4.0, công nghệ thông tin phát triển như vũ bão và đóng vai trò hết sức quan trọng trong hầu hết các lĩnh vực của cuộc sống, đặc biệt với sự xuất hiện của điện thoại thông minh (smart phone). Tại một số quốc gia những tính năng của Smart phone được ứng dụng để hỗ trợ người bệnh trong phòng và điều trị bệnh rất hiệu quả [89], [94], [117]. Ngày nay điện thoại di động thông minh là phương tiện liên lạc không thể thiếu của mỗi người, các cơ quan nhà nước 100% sử dụng máy tính kết nối mạng vì vậy việc ứng dụng công nghệ thông tin, mạng xã hội, điện thoại cá nhân...vào việc hỗ trợ nâng cao năng lực cho CBYT cơ sở, trong điều trị và kiểm soát bệnh tật của người dân là vô cùng thuận lợi và hiệu quả. Giải trình một số vấn đề đại biểu quan tâm trong phiên thảo luận ngày 27/10/2018 tại Quốc hội đại biểu, lãnh đạo các bộ, ngành thống nhất YTCS cần phải được củng cố và đầu tư một cách thỏa đáng để có thể đảm nhiệm vai trò là “người gác cổng” trong hệ thống y tế, thực hiện tốt công tác chăm sóc sức khỏe ban đầu. UBND các tỉnh, thành phố cần phải bố trí ngân sách địa phương cho việc thực hiện Đề án xây dựng và phát triển mạng lưới y tế cơ sở

trong tình hình mới theo Quyết định 2348/QĐ-TTg ngày 5-12-2016 của Thủ tướng Chính phủ, ưu tiên bố trí vốn ngân sách Trung ương thuộc Chương trình mục tiêu quốc gia xây dựng nông thôn mới để đầu tư các trạm y tế xã chưa đạt chuẩn quốc gia. Đồng thời, Bộ Y tế cần đào tạo nguồn nhân lực cho y tế cơ sở theo vị trí việc làm, triển khai các chính sách thu hút và duy trì nguồn nhân lực y tế tại tuyến cơ sở; tăng cường công tác luân phiên cán bộ y tế theo hai chiều từ dưới lên trên, từ trên xuống dưới [58].

Ngày 7/3/2019 Chính Phủ đã ban hành Nghị quyết số 17/NQ-CP 2019 về một số nhiệm vụ, giải pháp trọng tâm phát triển Chính Phủ điện tử giai đoạn 2019-2020, định hướng 2025. Ngày 02/4/2019 bộ y tế triển khai thực hiện và góp ý đề án ứng dụng công nghệ thông tin trong ngành Y tế giai đoạn 2020-2025 [31]. Tuy nhiên việc áp dụng công nghệ thông tin vào việc nâng cao năng lực cho nhân lực tuyến YTCS còn rất khiêm tốn đặc biệt trong lĩnh vực CSSKBĐ. Mặt khác cũng nhằm nâng cao năng lực CSSKBĐ tuyến y tế cơ sở, BHYT đã chỉ đạo lồng ghép nguyên lý Y học gia đình trong CSSKBĐ tại các TYT. Đến tháng 6/2016 đã có 336 Phòng khám bác sỹ gia đình được thành lập tại 8 tỉnh, thành phố. Đến cuối tháng 12/2015 đã lập được 195.245 hồ sơ sức khỏe; khám sàng lọc cho 500.919 lượt người, phát hiện được 246.049 ca bệnh và chuyển tuyến cho 3600 ca. Bước đầu đã sử dụng hồ sơ bệnh án điện tử và các phần mềm quản lý bệnh nhân, lập hồ sơ quản lý sức khỏe hộ gia đình. Thực hiện luân phiên bác sỹ về công tác tại các TYT. Đẩy mạnh việc cử bác sỹ luân phiên từ bệnh viện, TTYT huyện về TYT xã làm việc 1 - 2 ngày/tuần theo định kỳ, góp phần nâng cao năng lực chuyên môn cho tuyến y tế cơ sở. Đẩy mạnh các hoạt động truyền thông giáo dục sức khỏe. Ban hành Hướng dẫn về triển khai công tác truyền thông năm 2016. Chính Phủ ban hành Nghị quyết số 73/NQ-CP năm 2016 phê duyệt chủ trương đầu tư các chương trình mục tiêu giai đoạn 2016 - 2020. Tiếp tục triển khai Chương trình phối hợp giữa Bộ Y tế và Hội Nông dân Việt Nam trong công tác tuyên truyền, vận động nông dân bảo vệ, chăm sóc và nâng cao sức khỏe cộng đồng giai đoạn 2015 - 2020 (Chương trình 479/CTr-BYT-HNDVN). Bộ Y tế đã phối hợp với Bộ Quốc phòng tổ chức thành công Hội nghị kết hợp quân dân y toàn quốc lần thứ 5 (giai đoạn 2005 - 2015); chỉ đạo Ban

Quân dân y các tỉnh tổ chức củng cố y tế cơ sở, nâng cao năng lực KCB của các cơ sở quân dân y; tổ chức KCB, cấp thuốc miễn phí, tặng quà cho đối tượng chính sách tại các tỉnh khu vực miền Trung, Tây Nguyên, khu vực vùng sâu vùng xa. Phối hợp với Bộ Quốc phòng triển khai công tác dân quân tự vệ, giáo dục quốc phòng an ninh trong ngành y tế và phối hợp với Bộ Công an chỉ đạo tổ chức tập huấn và diễn tập phòng chống khủng bố bệnh viện năm 2016 [13]. Phát triển y tế biển đảo tiếp tục tập trung củng cố mạng lưới y tế biển, đảo, sơ kết 4 năm triển khai Đề án phát triển y tế biển, đảo đến năm 2020 theo Quyết định số 317/QĐ-TTg của Thủ tướng Chính phủ; hoàn thiện chủ trương đầu tư trung hạn (giai đoạn 2016 - 2020); chỉ đạo triển khai và hoàn thành hệ thống Telemedicine kết nối giữa TTYT quân dân y huyện đảo Bạch Long Vĩ và Viện Y học biển và Bệnh viện Việt - Tiệp Hải Phòng; thành lập Ban chỉ đạo quốc gia về y tế biển đảo; chuẩn bị tổ chức Hội nghị Ban chỉ đạo quốc gia tại tỉnh Bà Rịa - Vũng Tàu [13].

Bộ Y Tế đã phê duyệt danh sách 26 xã phường thị trấn tham gia mô hình bác sỹ gia đình [11], và hướng dẫn triển khai mô hình điểm bác sỹ gia đình tại các TYT này giai đoạn 2018-2020 [12]. Hướng dẫn triển khai thí điểm mô hình TYT hoạt động theo nguyên lý y học gia đình [9], nhằm phát triển mạng lưới YTCS cả về cơ sở vật chất, trang thiết bị, nhân lực và tài chính; nâng cao chất lượng dịch vụ y tế, năng lực khám chữa bệnh, phòng chống dịch bệnh và các chương trình y tế đáp ứng ngày càng tốt hơn nhu cầu CSSK của người dân tại tuyến YTCS.

1.5.2. Nhóm giải pháp tác động vào cá nhân

Một số nghiên cứu đã chỉ ra rằng, yếu tố ảnh hưởng đến kiến thức và thực hành trong chăm sóc sức khỏe ban đầu của nhân viên YTCS là bằng cấp chuyên môn, trình độ chuyên môn y học gia đình, về chăm sóc sức khỏe ban đầu; chứng chỉ hành nghề, đào tạo liên tục, nơi được đào tạo liên tục (tập huấn), nơi công tác, môi trường công tác...và trong thực hành.

Chính sách về đào tạo liên tục theo thông tư 22/2013/TT-BYT ngày 9/8/2013 của Bộ Y tế về Hướng dẫn việc đào tạo liên tục cho cán bộ y tế quy định

1. Cán bộ y tế làm việc trong các cơ sở y tế phải có nghĩa vụ tham gia các khóa đào tạo liên tục nhằm đáp ứng yêu cầu chuyên môn nghiệp vụ đang đảm nhiệm.

2. Việc thực hiện nghĩa vụ đào tạo liên tục là một trong những tiêu chí để thủ trưởng đơn vị đánh giá mức độ hoàn thành nhiệm vụ và quá trình phát triển nghề nghiệp của cán bộ y tế.

3. Cán bộ y tế là người hành nghề khám bệnh, chữa bệnh không thực hiện đủ nghĩa vụ đào tạo trong 2 năm liên tiếp theo quy định tại Thông tư này còn bị thu hồi chứng chỉ hành nghề theo quy định của pháp luật về khám bệnh, chữa bệnh.

4. Cán bộ y tế đang tham gia các khóa đào tạo dài hạn trong và ngoài nước liên quan đến chuyên môn nghiệp vụ đang đảm nhận không phải thực hiện nghĩa vụ đào tạo liên tục theo Thông tư này.

5. Người đứng đầu cơ sở y tế có trách nhiệm tạo điều kiện để cán bộ y tế được tham gia các khóa đào tạo liên tục.

Hiện nay mạng xã hội cũng được áp dụng trở thành kỹ thuật can thiệp đến đối tượng cần có sự hỗ trợ của cán bộ y tế trong điều trị và giải quyết những vấn đề sức khỏe cá nhân qua điện thoại thông minh như: tại Hà Lan năm 2012 hệ thống tin nhắn SMS, MMS, email được sử dụng để nhắc nhở kiểm soát đường huyết và cân nặng cho người bị tiểu đường [94]. Năm 2017, tại Mỹ, việc kiểm soát cân nặng cho thanh thiếu niên thừa cân, béo phì được thực hiện bằng việc gửi tin nhắn SMS 2 lần/tuần trong 6 tháng để nhắc nhở thực hiện chế độ ăn và hoạt động thể chất [89]. Tại New Zealand người ta sử dụng tin nhắn và hỗ trợ Internet để nhắc nhở người mắc bệnh mạch vành tuân thủ điều trị và khuyến khích thực hiện lối sống lành mạnh [117]. Một số giải pháp cụ thể tại một số quốc gia trên thế giới: Tại Anh, Úc, Hungary Và Nepal thực hiện giải pháp đào tạo liên tục và tạo cơ hội thăng tiến. Tại Ghana, Mexico, Philippines và Nam phi thì Tăng thời gian đào tạo nội trú hoặc mở các đợt tập huấn thường xuyên cho nhân viên y tế tại các khu vực nông thôn....[102]. Tại những quốc gia có thu nhập cao như Úc, Anh, Mỹ, chất lượng nhân viên y tế được nhìn nhận và nhiều biện pháp nâng cao chất lượng của nguồn nhân lực y tế cũng đã được thực hiện...[102].

Như vậy có thể thấy những giải pháp tác động vào cá nhân chính là những giải pháp khắc phục những hạn chế của các yếu tố liên quan và ảnh hưởng đến kiến thức và thực hành của đối tượng nghiên cứu trong CSSKBĐ, cụ thể về bằng cấp chuyên

môn, nhà nước đã bổ sung nhiều hình thức đào tạo như, vừa học vừa làm, đào tạo tại chỗ cầm tay chỉ việc, đào tạo liên tục, đào tạo tín chỉ... nhằm tạo điều kiện tối đa để nâng cao kiến thức cũng như thực hành cho nhân viên y tế. Triển khai mô hình TYT hoạt động theo nguyên lý y học gia đình [9], tập huấn theo chuyên đề... và nhiều giải pháp đồng bộ khác cho nhân viên tại tuyến YTCS đặc biệt tại TYT xã.

Ban hành quy định về biên chế số lượng NVYT theo vị trí việc làm nhằm phát huy sở trường của các cá nhân và tránh được tình trạng khá phổ biến hiện nay là vấn đề đào tạo một nghề nhưng lại làm công việc không liên quan đến nghề.

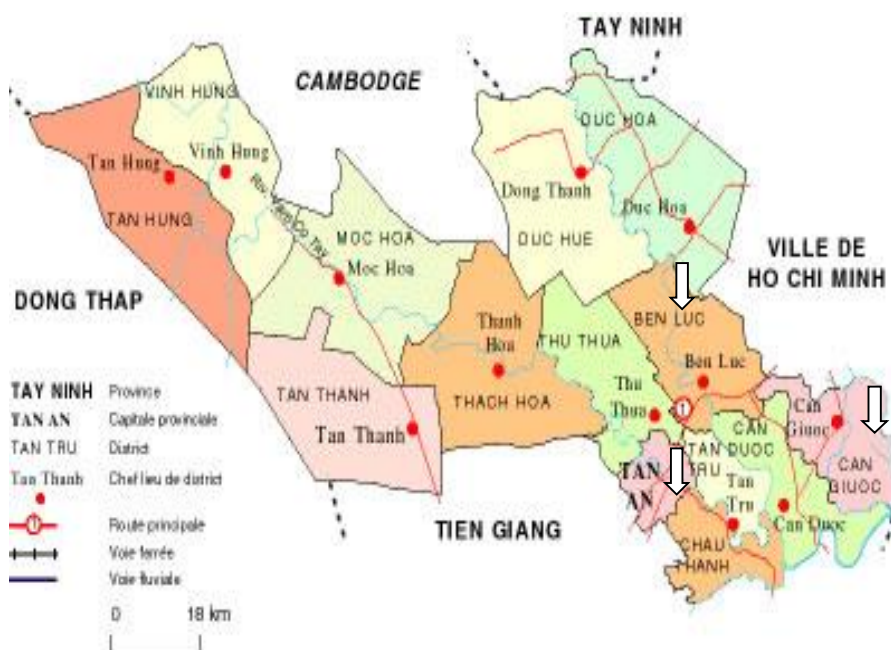
1.6. Vài nét về địa bàn nghiên cứu

Long An là tỉnh có vị trí tiếp giáp với Thành phố Hồ Chí Minh và tỉnh Tây Ninh về phía Đông, giáp với Vương Quốc Campuchia về phía Bắc, giáp với tỉnh Đồng Tháp về phía Tây và giáp tỉnh Tiền Giang về phía Nam.

Tỉnh Long An có vị trí địa lý khá đặc biệt, tuy nằm ở vùng đồng bằng sông Cửu Long nhưng lại thuộc *Vùng Phát Triển Kinh Tế Trọng Điểm Phía Nam*, được xác định là vùng kinh tế động lực có vai trò đặc biệt quan trọng trong chiến lược phát triển kinh tế Việt Nam. Diện tích tự nhiên của toàn tỉnh là 449.194,49 ha, dân số 1.490.060 (theo số liệu dân số tính đến tháng 12 năm 2018). Tỉnh Long An có 15 đơn vị hành chính trực thuộc, bao gồm các huyện: Đức Huệ, Đức Hòa, Bến Lức, Cần Đước, Cần Giuộc, Thủ Thừa, Tân Trụ, Châu Thành, Thạnh Hóa, Tân Thạnh, Mộc Hóa, Vĩnh Hưng, Tân Hưng, thị xã Kiến Tường và thành phố Tân An; có 192 đơn vị hành chính cấp xã, gồm 166 xã, 12 phường và 14 thị trấn [77]. Long An, là 1/13 tỉnh thuộc Đồng bằng sông Cửu Long. Có tốc độ đô thị hóa nhanh nhưng vẫn mang đặc tính và là cửa ngõ của vùng đồng bằng sông Cửu Long. Vào năm 2000 tỉnh đã phê duyệt chiến lược CSSKBĐ [48]. Vào những năm cuối của thập niên 90 nhiều chương trình CSSKBĐ dựa vào cộng đồng đã được triển khai ở tỉnh Long An, với sự hỗ trợ của một số tổ chức quốc tế như chương trình hỗ trợ hoạt động CSSKBĐ tại hai huyện Tân Trụ và Châu Thành do ADRA hỗ trợ, chương trình phòng chống sốt rét dựa vào cộng đồng tại 4 xã của huyện Cần Giuộc do MCNV hỗ trợ, chương trình chăm sóc sức khỏe răng miệng học sinh lứa tuổi mẫu giáo và tiểu

học do AOI hỗ trợ, chương trình điều hành CSSKBĐ tại huyện Cần Đước do UNICEF hỗ trợ...[48].

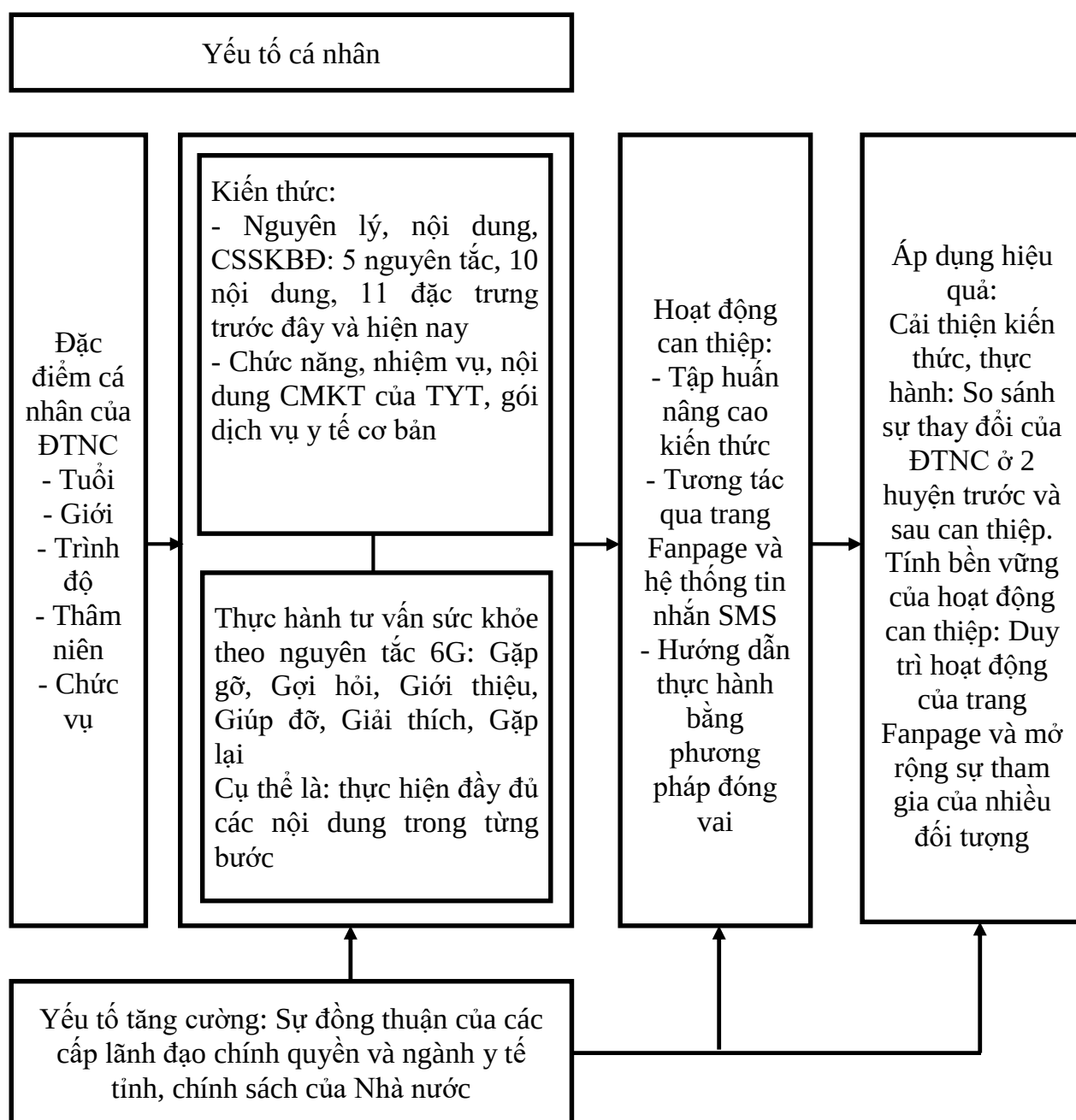
Những năm gần đây Long An cũng như các tỉnh vùng đồng bằng sông Cửu Long, chịu ảnh hưởng nặng nề của biến đổi khí hậu từ đó làm thay đổi mô hình bệnh tật đặc biệt là các vấn đề sức khỏe cộng đồng. Đến nay 97,9% xã đạt tiêu chí quốc gia về y tế gia đoạn 2011-2020, có 1023 thôn có y tế hoạt động [14], tỷ lệ suy dinh dưỡng năm 2013 là 8,7% [28], [13], [80], năm 2016 là 8,5% [14]. Là một trong 18 tỉnh có trường hợp sốt xuất huyết cao trên cả nước [23], tỷ suất chết trẻ em dưới 1 tuổi trong năm 2012 và 2013 là 10,0‰ [24]. Năm 2002 một nghiên cứu của Trần Ngọc Hữu đánh giá hoạt động chăm sóc sức khỏe ban đầu tại Long An tác giả đã đánh giá kiến thức về nội dung và nguyên lý CSSKBĐ của đối tượng bác sỹ xã với kết quả là; 19,4% số bác sỹ làm việc tại trạm y tế xã có kiến thức về những nội dung CSSKBĐ và 3.2% có kiến thức về nguyên tắc CSSKBĐ [48]. Năm 2016 đề tài “nghiên cứu thực trạng nhân lực và hệ thống chăm sóc sức khỏe ban đầu tại 6 tỉnh đồng bằng sông Cửu Long” của tác giả Trần Chí Liêm trong đó có tỉnh Long An, nghiên cứu này tác giả đề cập chủ yếu đến nguồn nhân lực CSSKBĐ nói chung. Kể từ đó đến nay chưa có nghiên cứu nào đánh giá kiến thức về nguyên lý, nội dung và thực hành tư vấn sức khỏe trong CSSKBĐ của nhân viên YTCS tại Long An.



Hình 1.2. Bản đồ hành chính tỉnh Long An và địa điểm nghiên cứu

Khung lý thuyết nghiên cứu

Cơ sở xây dựng khung lý thuyết nghiên cứu: Kết quả tổng quan các nghiên cứu trên thế giới và Việt Nam cho thấy việc thực hiện chăm sóc sức khỏe ban đầu tại tuyến y tế cơ sở phụ thuộc vào kiến thức và thực hành của nhân viên y tế về vấn đề này. Kết quả này phù hợp với nguyên lý mô hình năng lực ASK (Kiến thức – Thái độ - Thực hành). Bên cạnh các yếu tố thuộc về cá nhân. Dựa trên cơ sở mô hình lý thuyết thay đổi hành vi, chúng tôi xây dựng khung lý thuyết.



Hình 1.3. Sơ đồ khung lý thuyết

Chương 2

ĐỐI TƯỢNG, PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Nghiên cứu mô tả cắt ngang

2.1.1. Đối tượng nghiên cứu

- Nhân viên y tế của các Trung tâm y tế huyện/Thành phố và các TYT xã , không bao gồm nhân viên y tế của các cơ sở y tế tư nhân có thời gian công tác từ một năm trở lên (tính đến thời điểm điều tra), có mặt trong thời gian nghiên cứu.

+ Tiêu chuẩn lựa chọn: Đối tượng đồng ý và hợp tác tham gia nghiên cứu.

+ Loại trừ: Nhân viên y tế không có mặt tại nơi làm việc trong thời gian nghiên cứu, nhân viên y tế khối bệnh viện, nhân viên không có chuyên môn y, dược.

2.1.2. Thời gian và địa điểm

- Thời gian nghiên cứu: từ 11/2016 đến 11/2020.

(Thời gian thu thập số liệu: tháng 6/2018)

- Địa điểm nghiên cứu: trên cơ sở nghiên cứu hồi cứu các nghiên cứu trước về thực trạng nhân lực và hệ thống chăm sóc sức khỏe ban đầu tại 6 tỉnh đồng bằng sông Cửu Long [50], chúng tôi chọn chủ đích 03 huyện và thành phố trực thuộc tỉnh gồm: TTYT huyện Bến Lức, TTYT huyện Cần Giuộc, TTYT TP Tân An, tỉnh Long An. Huyện Cần Giuộc nằm về phía Đông Nam của tỉnh Long An, nằm ở vành đai vòng ngoài của vùng phát triển kinh tế trọng điểm phía Nam, là cửa ngõ của Thành phố Hồ Chí Minh. Diện tích tự nhiên 210,20 km², dân số trung bình 209.836 người (năm 2018), mật độ khá cao đạt 998 người/km². Về y tế cơ sở trên địa bàn huyện Cần Giuộc có 1 TTYT huyện, 17 trạm y tế (1 thị trấn, 16 xã) với 170 cán bộ nhân viên [77]

Bến Lức nằm phía Đông Bắc của tỉnh Long An là một địa bàn chiến lược về kinh tế và quân sự của tỉnh diện tích 288,74 km², dân số năm 2018 là 181.660 người, mật độ dân số 629 người/km². Y tế cơ sở huyện Bến Lức có 1 TTYT huyện và 15 TYT (14 xã, 1 thị trấn) với 184 cán bộ nhân viên [77].

Tân An là thành phố tỉnh lỵ nằm về phía tây nam của tỉnh Long An, có diện tích tự nhiên là 82 km², dân số năm 2018 là 181.327 người. Thành phố Tân An là trung tâm chính trị, văn hóa, kinh tế, khoa học kỹ thuật của tỉnh Long An. Thành

phố vừa nằm trong vùng kinh tế trọng điểm phía nam, vừa là cửa ngõ kinh tế của các tỉnh đồng bằng sông Cửu Long. Thành phố Tân An có 1 TTYT huyện 14 TYT (9 phường 5 xã) với 138 cán bộ nhân viên [77]

2.1.3. Phương pháp nghiên cứu

2.1.3.1. Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu cắt ngang có phân tích kết hợp định lượng và định tính nhằm tìm hiểu thực trạng kiến thức về CSSKBĐ và kỹ năng thực hành tư vấn sức khỏe của nhân viên y tế cơ sở năm 2018 tại 3 địa điểm nghiên cứu.

- Nghiên cứu định lượng: đánh giá kiến thức về CSSKBĐ và thực hành tư vấn sức khỏe của nhân viên y tế tuyến huyện, xã trước can thiệp.

- Nghiên cứu định tính: Phương pháp phỏng vấn sâu, thảo luận nhóm nhằm đánh giá và xác định nguyên nhân các hạn chế, khó khăn trong việc triển khai hoạt động CSSKBĐ tại tuyến cơ sở.

2.1.3.2. Cơ mẫu nghiên cứu

❖ Nghiên cứu cắt ngang có phân tích kết hợp định lượng và định tính

- Nghiên cứu định lượng: Chọn toàn bộ đối tượng đáp ứng đủ tiêu chuẩn lựa chọn. Trên thực tế đã điều tra được 421 người tại TTYT và các TYT thuộc huyện Cần Giuộc, Bến Lức, thành phố Tân An.

Bảng 2.1. Tổng hợp đối tượng đáp ứng tiêu chuẩn nghiên cứu

Huyện	Số trạm y tế	Nhân viên TYT	Nhân viên TTYT	Tổng
Cần Giuộc	17	109	32	141
Bến Lức	15	104	65	169
Tân An	14	83	28	111
Tổng	46	296	125	421

- Đánh giá thực hành về thực hành tư vấn sức khỏe của nhân viên TYT: Cơ mẫu là toàn bộ nhân viên thuộc khối TYT đủ tiêu chuẩn lựa chọn 296 người.

- Nghiên cứu định tính: sử dụng phỏng vấn sâu và thảo luận nhóm

+ Thực hiện 9 cuộc phỏng vấn sâu mỗi huyện 3 TYT xã là đại diện lãnh đạo TYT nhằm đánh giá những hạn chế kiến thức về nguyên lý nội dung CSSKBĐ.

+ Thực hiện 9 cuộc thảo luận nhóm mỗi huyện 3 TYT xã, mỗi cuộc có 6-8 người tham gia thảo luận với tổng số 64 người tham gia. (là toàn bộ các cán bộ có chuyên môn y, dược không làm quản lý).

2.1.3.3. Chọn mẫu

❖ Bước 1 chọn huyện: Chọn chủ đích 3 huyện, thành phố của tỉnh Long An là TP Tân An, huyện Cần Giuộc, huyện Bến Lức làm địa điểm nghiên cứu. Việc chọn một thành phố và 2 huyện nhằm mục đích thuận tiện cho nghiên cứu, đối với hai huyện nêu trên có những đặc điểm tương đồng về địa lý kinh tế văn hóa xã hội, phù hợp lựa chọn làm nhóm can thiệp và nhóm chứng, (Cần Giuộc là nhóm can thiệp, Bến Lức là nhóm chứng)

❖ Bước 2 chọn xã:

- Định lượng: Chọn toàn bộ TYT xã tại 3 huyện/TP nghiên cứu.
- Định tính: chọn ngẫu nhiên (bằng kỹ thuật mẫu ngẫu nhiên đơn) mỗi huyện/TP chọn 3 TYT thực hiện phỏng vấn sâu và thảo luận nhóm nhằm phát hiện những hạn chế kiến thức về CSSKBD và thực hành tư vấn sức khỏe của nhân viên YTCS.

- Lập danh sách xã từ 01 đến hết theo từng huyện/TP.

- Chọn ngẫu nhiên mỗi huyện 3 số bất kỳ

Như vậy đã xác định được 9 xã trong số 46 xã đưa vào nghiên cứu định tính:

Bảng 2.2. Bảng tổng hợp đối tượng nghiên cứu định tính

Huyện/TP	Xã	Đối tượng	
		PVS	TLN: cán bộ TYT
Tân An	Lợi Bình Nhơn	Trưởng TYT	6
	Phường 2	Trưởng TYT	8
	Phường 6	Trưởng TYT	7
Cần Giuộc	Tân Kim	Trưởng TYT	7
	Phước Hậu	Trưởng TYT	8
	Phước Lâm	Trưởng TYT	7
Bến Lức	Long Hiệp	Trưởng TYT	6
	Thanh Đức	Trưởng TYT	8
	Thị trấn Bến Lức	Trưởng TYT	7
Tổng		9 PVS	9 TLN: 64 cán bộ

2.1.3.4. Phương pháp và công cụ thu thập số liệu

Điều tra viên là 30 cán bộ có trình độ đại học thuộc khối TTYT bao gồm bác sỹ, cử nhân YTCC. Họ đã trực tiếp thu thập thông tin bằng cách phỏng vấn đối tượng nghiên cứu theo mẫu thống nhất. (Phụ lục 1,2,3,4,5)

❖ **Định lượng:** Phương pháp thu thập thông tin: điều tra kiến thức về CSSKBĐ và thực hành tư vấn sức khỏe tại TTYT và TYT xã, bằng phiếu phỏng vấn tự điền và bảng kiểm quan sát.

- Các bước tiến hành thu thập thông tin

- Bước 1: Tập huấn 30 điều tra viên trong 2 ngày trước khi bắt đầu nghiên cứu.
- Bước 2: Thực hiện điều tra thử 6 phiếu tại trạm y tế xã Long Hòa, huyện Cần Đước để hoàn thiện kỹ năng điều tra.

- Bước 3: Điều tra chính thức (do điều tra viên thực hiện; điều tra chéo), thu thập thông tin theo biểu mẫu, phát phiếu tập trung, hướng dẫn tự điền phiếu cho đối tượng nghiên cứu và giải đáp thắc mắc cho đối tượng khi cần thiết. Về thực hành: quan sát quá trình thực hiện tư vấn sức khỏe và đánh giá bằng bảng kiểm cho từng đối tượng. Đảm bảo toàn bộ nhân viên y tế tham gia nghiên cứu thực hiện tư vấn sức khỏe cho người dân đến trạm y tế tối thiểu 1 lần.

- Bước 4: Giám sát viên thực hiện: giám sát điều tra viên và đối tượng nghiên cứu thực hành tư vấn sức khỏe.

- Bước 5: Kiểm tra và thu thập phiếu khảo sát, bảng kiểm.

- Kỹ thuật thu thập thông tin áp dụng trong nghiên cứu:

- + Phát phiếu trực tiếp cho đối tượng nghiên cứu để đối tượng tự điền tại chỗ;
- + Điều tra viên hướng dẫn cách ghi phiếu;
- + Kiểm tra thông tin được điền đầy đủ trong phiếu điều tra;
- + Có kiểm tra tính thống nhất thông tin mà đối tượng cung cấp;
- + Quan sát, ghi chép theo bảng kiểm đánh giá thực hành.

❖ **Định tính:** Phương pháp thu thập thông tin: Thực hiện thảo luận nhóm, phỏng vấn sâu, ghi ghép, ghi âm lại các cuộc thảo luận và phỏng vấn.

Quy trình thảo luận nhóm:

- Bước 1: Tập hợp nhóm, chuẩn bị phương tiện cần thiết, thông báo mục đích, nội dung, thành phần buổi thảo luận.

- Bước 2: Tiến hành thảo luận

- Bước 3: Tóm tắt các ý kiến của đối tượng nghiên cứu, hoàn thiện biên bản thảo luận.

❖ **Bộ công cụ thu thập số liệu:**

- **Nghiên cứu định lượng:** sử dụng các biểu mẫu, phiếu điều tra, bảng kiểm đã được thiết kế:

- + Phiếu điều tra đánh giá kiến thức về CSSKBĐ của nhân viên thuộc TTYT và trạm y tế trước và sau can thiệp (phụ lục 1). Nội dung gồm;

Phần A: Thông tin chung về đối tượng nghiên cứu

Phần B: Kiến thức về CSSKBĐ

Phần C: Thái độ của nhân viên y tế

Phần D: Nhận định về khả năng cung ứng dịch vụ y tế

Phần E: Tiếp cận công nghệ thông tin của nhân viên y tế.

- + Bảng kiểm đánh giá thực hành tư vấn sức khỏe (Phụ lục 2)

- **Nghiên cứu định tính:** Thực hiện phỏng vấn sâu và thảo luận nhóm

- + Thực hiện thảo luận nhóm đánh giá kiến thức về CSSKBĐ và thực hành tư vấn sức khỏe tại tuyến cơ sở (phụ lục 3).

- + Thực hiện phỏng vấn sâu cán bộ lãnh đạo TYT về khả năng cung ứng dịch vụ CSSKBĐ tại TYT (phụ lục 4)

- + Thực hiện thảo luận nhóm đánh giá hiệu quả can thiệp nâng cao kiến thức về nguyên lý nội dung CSSKBĐ và thực hành tư vấn sức khỏe của nhân viên y tế tuyến xã (phụ lục 5).

Phiếu điều tra được thiết kế tham khảo từ mẫu phiếu điều tra thực trạng nguồn nhân lực và hệ thống CSSKBĐ hệ thống CSSKBĐ tại 6 tỉnh đồng bằng sông Cửu Long, phù hợp với mục tiêu nghiên cứu của đề tài. Bảng kiểm đánh giá thực hành tư vấn sức khỏe thiết kế theo hướng dẫn của Bộ Y tế ban hành kèm theo Quyết định số 4128/QĐ-BYT ngày 29/7/2016. Các mẫu phiếu, bảng kiểm đã được góp ý của các chuyên gia có kinh nghiệm về giảng dạy, quản lý và nghiên cứu về CSSKBĐ của trường ĐHY Hà Nội, Viện VSDTTW, Bộ Y tế...

+ Bộ phiếu điều tra được sử dụng điều tra thử nghiệm 6 phiếu tại trạm y tế Long Hòa, huyện Cần Đước.

+ Sau điều tra thử nghiệm nhóm nghiên cứu đã chỉnh sửa bộ phiếu điều tra tại các nội dung tại mục B6 (phụ lục 1) để đảm bảo rõ ràng dễ hiểu, dễ trả lời.

+ Kết quả bộ phiếu điều tra đã được sử dụng rất thuận lợi.

❖ Tổ chức và quá trình thực hiện điều tra

- Lựa chọn điều tra viên và giám sát viên

+ Điều tra viên: là 30 cán bộ thuộc 3 trung tâm y tế huyện Thành phố nghiên cứu. Các điều tra viên có đủ các tiêu chuẩn là bác sỹ hoặc cử nhân y tế công cộng có kỹ năng, kinh nghiệm điều tra, nhiệt tình, trách nhiệm, nghiêm túc gần gũi và hiểu rõ về các hoạt động của y tế cơ sở tại địa phương nên rất thuận lợi. Tỷ lệ đối tượng nghiên cứu tham gia trả lời bộ câu hỏi phỏng vấn đạt 100% (421 Cán bộ y tế).

+ Giám sát viên: là 06 cán bộ của nhóm nghiên cứu thuộc trường đại học Y Hà Nội và nghiên cứu sinh.

- Tập huấn điều tra: Toàn bộ 30 điều tra viên và giám sát viên đều được tập huấn về các nội dung:

+ Bốc thăm ngẫu nhiên chọn xã;

+ Cách điền thông tin vào phiếu điều tra;

+ Cách kiểm tra thông tin mà đối tượng cung cấp;

+ Cách gợi hỏi, gợi nhớ để đối tượng nghiên cứu nhớ lại.

- Công tác phối hợp và triển khai điều tra:

+ Ban giám đốc trung tâm y tế chỉ đạo các khoa, phòng và trạm y tế xã, phường thị trấn phối hợp với nhóm nghiên cứu và thông báo bằng văn bản khoảng thời gian sẽ đến điều tra tại các trạm y tế.

+ Kết quả là việc điều tra cán bộ y tế tại 46 trạm y tế được thực hiện đúng tiến độ về thời gian và số lượng.

- Hoạt động giám sát điều tra: Các giám sát viên tiến hành giám sát các hoạt động của điều tra viên về việc thu thập thông tin trong phiếu phỏng vấn và bảng kiểm quan sát thực hành. Giám sát thực hành bằng hình thức quan sát và chấm điểm theo bảng kiểm ngẫu nhiên một số mẫu và so sánh kết quả với điều tra viên.

Kết quả tổng số mẫu đã giám sát là 46 mẫu, chiếm 11% tổng số phiếu (Mỗi trạm y tế giám sát 1 mẫu.)

2.1.3.5. Biến số và chỉ số chính

- Mục tiêu 1: Đánh giá thực trạng kiến thức của đối tượng nghiên cứu về CSSKBĐ bằng cách sử dụng bộ câu hỏi phỏng vấn tự điền với các biến số: kiến thức về chức năng, nhiệm vụ của trạm y tế, nội dung chuyên môn kỹ thuật được thực hiện tại trạm y tế theo thông tư 33/2015/TT-BYT, khái niệm về CSSKBĐ, nguyên tắc, đặc trưng và các gói dịch vụ y tế cơ bản thực hiện tại trạm y tế; Đặc điểm của đối tượng nghiên cứu về tuổi, giới, trình độ chuyên môn, chức vụ và thâm niên công tác.

+ Biến số về nhận định của đối tượng nghiên cứu về sự phù hợp giữa chuyên môn được đào tạo với vị trí việc làm hiện tại, mức độ cần thiết của mô hình trạm y tế xã, khả năng đáp ứng các dịch vụ y tế cơ bản của TYT thông qua sử dụng bộ câu hỏi phỏng vấn;

+ Biến số về thực hành tư vấn chăm sóc sức khỏe: đánh giá việc thực hiện đạt 6 bước và nội dung trong từng bước: Gặp gỡ, gọi hỏi, giới thiệu, giải thích, giúp đỡ, gặp lại.

- Mục tiêu 2: Phân tích các yếu tố liên quan tới kiến thức về chăm sóc sức khỏe ban đầu của đối tượng nghiên cứu: phân tích đơn biến và đa biến với các yếu tố cá nhân (tuổi, giới, thâm niên công tác, trình độ, chức vụ) ảnh hưởng tới kiến thức.

- Phân tích các yếu tố liên quan đến kiến thức về CSSKBĐ và thực hành tư vấn sức khỏe của đối tượng nghiên cứu trên cơ sở đó lựa chọn những biện pháp, nội dung can thiệp phù hợp để xây dựng hoạt động can thiệp nhằm nâng cao kiến thức về CSSKBĐ, thực hành tư vấn sức khỏe của nhân viên y tế tuyến cơ sở.

Biến số, chỉ số nghiên cứu chi tiết tại phụ lục 7.

2.1.3.6. Quy ước điểm số, cách tính điểm, đánh giá và phân loại

- Về kiến thức

Dựa trên điểm số của từng câu hỏi theo phụ lục 1 tính được tổng điểm kiến thức từ đó phân loại như sau:

Loại tốt: đạt từ 70% tổng số điểm trở lên;

Loại trung bình: đạt từ 50% - dưới 70% tổng số điểm ;

Loại kém (không đạt): dưới 50% tổng số điểm [7].

Kiến thức về CSSKBĐ bao gồm: khái niệm, nguyên tắc, nội dung, đặc trưng (những đặc trưng), chức năng nhiệm vụ của TYT xã, phường thông qua hình thức chấm điểm kiến thức về CSSKBĐ bao gồm:

- Xác định đúng số chức năng (SCN) của TYT: 1 điểm
- Nêu được 2 chức năng của TYT: 2 điểm (Mỗi CN được 1 điểm)
- + Chức năng 1 (CN1): cung cấp, thực hiện các dịch vụ chăm sóc sức khỏe ban đầu cho nhân dân trên địa bàn xã.
- + Chức năng 2 (CN2): trạm y tế xã có trụ sở riêng, có con dấu để giao dịch và phục vụ công tác chuyên môn nghiệp vụ.
- Xác định đúng số nhiệm vụ (SNV) của TYT: 1 điểm
- Nêu được 9 nhiệm vụ TYT: 9 điểm (Mỗi 1 nhiệm vụ được 1 điểm)
- + Nhiệm vụ 1 (NV1): Thực hiện các hoạt động chuyên môn, kỹ thuật;
- + Nhiệm vụ 2 (NV2): Hướng dẫn về chuyên môn và hoạt động đối với đội ngũ nhân viên y tế thôn, bản;
- + Nhiệm vụ 3 (NV3): Phối hợp với các cơ quan liên quan triển khai thực hiện công tác dân số - kế hoạch hóa gia đình; thực hiện cung cấp dịch vụ kế hoạch hóa gia đình theo phân tuyến kỹ thuật và theo quy định của pháp luật;
- + Nhiệm vụ 4 (NV4): Tham gia kiểm tra các hoạt động hành nghề y, dược tư nhân và các dịch vụ có nguy cơ ảnh hưởng đến sức khỏe nhân dân;
- + Nhiệm vụ 5 (NV5): Thường trực Ban Chăm sóc sức khỏe cấp xã về công tác bảo vệ, chăm sóc và nâng cao sức khỏe nhân dân trên địa bàn;
- + Nhiệm vụ 6 (NV6): Thực hiện kết hợp quân - dân y theo tình hình thực tế ở địa phương.
- + Nhiệm vụ 7 (NV7): Chịu trách nhiệm quản lý nhân lực, tài chính, tài sản của đơn vị theo phân công, phân cấp và theo quy định của pháp luật.
- + Nhiệm vụ 8 (NV8): Thực hiện chế độ thống kê, báo cáo theo quy định của pháp luật.

+ Nhiệm vụ 9 (NV9): Thực hiện các nhiệm vụ khác do Giám đốc Trung tâm Y tế huyện và Chủ tịch Ủy ban nhân dân cấp xã giao.

- Nêu được 6 nội dung chuyên môn kỹ thuật (CMKT)(23): 6 điểm (Mỗi 1 nội dung được 1 điểm)

+ Nội dung 1 (Nd1): Y tế dự phòng;

+ Nội dung 2 (Nd2): Khám bệnh, chữa bệnh; kết hợp, ứng dụng y học cổ truyền trong phòng bệnh và chữa bệnh;

+ Nội dung 3 (Nd3): Chăm sóc sức khỏe sinh sản;

+ Nội dung 4 (Nd4): Cung ứng thuốc thiết yếu;

+ Nội dung 5 (Nd5): Quản lý sức khỏe cộng đồng;

+ Nội dung 6 (Nd6): Truyền thông, giáo dục sức khỏe.

- Nêu được khái niệm CSSKBĐ: 1 điểm

- Xác định đúng số nội dung (ND) CSSKBĐ trên thế giới: 1 điểm

- Xác định đúng số nội dung CSSKBĐ tại Việt Nam: 1 điểm

- Nêu được 8 nội dung CSSKBĐ của thế giới: 8 điểm (Mỗi 1 nội dung được 1 điểm)

+ ND1: Giáo dục sức khỏe.

+ ND2: Cung cấp đầy đủ thực phẩm và dinh dưỡng hợp lý;

+ ND3: Cung cấp nước sạch và vệ sinh môi trường;

+ ND4: Chăm sóc sức khỏe bà mẹ trẻ em, kế hoạch hóa gia đình;

+ ND5: Tiêm chủng;

+ ND6: Phòng chống các bệnh dịch lưu hành phổ biến tại địa phương;

+ ND7: Điều trị hợp lý các bệnh và các vết thương thông thường;

+ ND8: Cung cấp các loại thuốc thiết yếu;

- Nêu đúng 2 nội dung CSSKBĐ của Việt Nam khác so với thế giới: 2 điểm (tương ứng mỗi 1 nội dung nêu đúng được 1 điểm)

+ ND 9: Quản lý sức khỏe toàn dân

+ ND10: Củng cố mạng lưới y tế cơ sở

- Xác định đúng số nguyên tắc (SNT) CSSKBĐ: 1 điểm

- Nêu được 5 nguyên tắc (NT) CSSKBĐ: 5 điểm (tương ứng mỗi 1 nguyên tắc được 1 điểm)

- + NT1: Nguyên tắc công bằng
- + NT2: Nguyên tắc tăng cường, dự phòng và phục hồi sức khỏe
- + NT3: Nguyên tắc sự tham gia của cộng đồng
- + NT4: Nguyên tắc sử dụng kỹ thuật thích hợp
- + NT5: Nguyên tắc phối hợp liên ngành

- Nêu đúng số đặc trưng (SĐT) trước đây về CSSKBĐ: 1 điểm

- Nêu được 11 đặc trưng trước đây: 11 điểm (Mỗi 1 đặc trưng được 1 điểm)

+ Đặc trưng 1 (ĐT1): Mở rộng khả năng tiếp cận gói can thiệp y tế cơ bản và thuốc thiết yếu cho người nghèo ở nông thôn

+ Đặc trưng 2 (ĐT2): Tập trung chăm sóc bà mẹ và trẻ em

+ Đặc trưng 3 (ĐT3): Tập trung vào một số bệnh nhất định, chủ yếu là bệnh lây nhiễm và cấp tính

+ Đặc trưng 4 (ĐT4): Cải thiện điều kiện vệ sinh, nước, truyền thông giáo dục sức khỏe ở cấp làng xã

+ Đặc trưng 5 (ĐT5): Kỹ thuật đơn giản cho nhân viên y tế cộng đồng, cộng tác viên không chuyên nghiệp

+ Đặc trưng 6 (ĐT6): Sự tham gia của người dân thông qua huy động các nguồn lực địa phương và quản lý cơ sở y tế thông qua ban chăm sóc sức khỏe địa phương

+ Đặc trưng 7 (ĐT7): Dịch vụ y tế do Nhà nước cấp tài chính và cung ứng, có sự quản trị tập trung

+ Đặc trưng 8 (ĐT8): Quản lý trong hoàn cảnh khan hiếm nguồn lực và tình giảm biên chế

+ Đặc trưng 9 (ĐT9): Viện trợ song phương, hỗ trợ kỹ thuật

+ Đặc trưng 10 (ĐT10): Chăm sóc sức khỏe ban đầu độc lập với chăm sóc sức khỏe bệnh viện

+ Đặc trưng 11 (ĐT11): Chăm sóc sức khỏe ban đầu rẻ tiền, chỉ cần đầu tư khiêm tốn

- Nêu đúng số đặc trưng (SĐT) về CSSKBĐ 2008: 1 điểm
- Nêu được 11 đặc trưng hiện nay: 11 điểm (Mỗi 1 đặc trưng được 1 điểm)
 - + Đặc trưng 1 (ĐT1): Đổi mới hệ thống y tế nhằm đảm bảo khả năng tiếp cận toàn dân và an sinh sức khỏe cho xã hội
 - + Đặc trưng 2 (ĐT2): Chăm sóc sức khỏe cho tất cả mọi người trong cộng đồng
 - + Đặc trưng 3 (ĐT3): Đáp ứng toàn diện mong đợi và nhu cầu của người dân, mở rộng sự quan tâm tới tất cả các nguy cơ và bệnh tật
 - + Đặc trưng 4 (ĐT4): Thúc đẩy lối sống lành mạnh, giảm tác hại của các nguy cơ môi trường và xã hội
 - + Đặc trưng 5 (ĐT5): Hỗ trợ đội ngũ nhân viên y tế tiếp cận và sử dụng các kỹ thuật và thuốc thích hợp
 - + Đặc trưng 6 (ĐT6): Sự tham gia của xã hội được thể chế hóa trong các cơ chế đối thoại và trách nhiệm giải trình
 - + Đặc trưng 7 (ĐT7): Hệ thống y tế nhiều thành phần (công lập, ngoài công lập, từ thiện...) hoạt động trong môi trường hội nhập và toàn cầu hóa
 - + Đặc trưng 8 (ĐT8): Ưu tiên nguồn lực tăng thêm cho y tế vào việc chăm sóc sức khỏe toàn dân
 - + Đặc trưng 9 (ĐT9): Hợp tác toàn cầu, cùng đào tạo và rút kinh nghiệm với nhau
 - + Đặc trưng 10 (ĐT10): Chăm sóc sức khỏe ban đầu có vai trò điều phối “sự đáp ứng” toàn diện ở các tuyến bệnh viện
 - + Đặc trưng 11 (ĐT11): Chăm sóc sức khỏe ban đầu không rẻ, cần được đầu tư thỏa đáng, tuy nhiên hiệu quả mang lại từ đầu tư cao hơn so với các phương án đầu tư khác.

Tổng 62 điểm

- Về thái độ: là cảm nhận của đối tượng về
 - Sự phù hợp giữa chuyên môn được đào tạo với vị trí việc làm hiện tại,
 - Mức độ cần thiết của mô hình trạm y tế xã,
 - Khả năng đáp ứng các dịch vụ y tế cơ bản của TYT.

- Về thực hành: điều tra viên tiến hành quan sát việc tư vấn sức khỏe diễn ra tại trạm y tế và đánh giá kỹ năng tư vấn sức khỏe theo các bước của nguyên tắc 6G [16] với các nội dung như sau:

- Bước 1. Gặp gỡ: 3 điểm tương ứng với 3 nội dung, mỗi nội dung thực hiện được 1 điểm (chào hỏi, sắp xếp chỗ ngồi, giới thiệu về mình)

- Bước 2. Gợi hỏi: 6 điểm tương ứng với 6 nội dung, mỗi nội dung thực hiện được 1 điểm (hỏi lý do, thông tin liên quan, động viên đối tượng, giữ bí mật, chú ý lắng nghe, quan sát đối tượng).

- Bước 3. Giới thiệu: 3 điểm tương ứng với 3 nội dung, mỗi nội dung thực hiện được 1 điểm (bổ sung kiến thức, sử dụng tài liệu phù hợp, và đưa ra các cách giải quyết vấn đề cho đối tượng).

- Bước 4. Giúp đỡ: 2 điểm tương ứng với 2 nội dung, mỗi nội dung thực hiện được 1 điểm: để khách hàng tự lựa chọn cách giải quyết, hướng dẫn cụ thể khách hàng biết cách tự giải quyết vấn đề của mình.

- Bước 5. Giải thích: 2 điểm tương ứng với 2 nội dung, mỗi nội dung thực hiện được 1 điểm (giải thích những thắc mắc của khách hàng và những vấn đề hiểu chưa đúng, cung cấp cho khách hàng các tài liệu liên quan đến vấn đề).

- Bước 6. Gặp lại: 2 điểm tương ứng với 2 nội dung, mỗi nội dung thực hiện được 1 điểm (tạo điều kiện tiếp tục hỗ trợ khách hàng, cảm ơn khi kết thúc).

Tổng điểm: 18 điểm

+ Thực hành đạt: Là thực hiện đủ 6 bước của quá trình tư vấn với số điểm ≥ 10 điểm.

+ Không đạt: Thiếu từ 1 bước trở lên trong 6 bước và hoặc số điểm ≤ 9 điểm

2.2. Nghiên cứu can thiệp

2.2.1. Đối tượng nghiên cứu

Nhân viên y tế thuộc TYT các xã, thị trấn thuộc huyện Cần Giuộc (can thiệp) và huyện Bến Lức (đối chứng)

2.2.2. Thời gian và địa điểm nghiên cứu

- Thời gian can thiệp: từ 2/7/2018 – 31/12/2018.

- Địa điểm: 2 huyện Cần Giuộc và Bến Lức tỉnh Long An

Đây là 2 huyện thuộc tỉnh Long An có những đặc điểm tương đồng: về vị trí địa lý cùng nằm ở phía Đông của tỉnh, địa hình tương đối bằng phẳng có sông Soài Rạp là hợp lưu của sông Vàm Cỏ Đông và Vàm Cỏ Tây đi qua. Về kinh tế là các huyện trọng điểm phát triển kinh tế của vùng, một trong các cửa ngõ quan trọng vào TP Hồ Chí Minh. Về hành chính Cần Giuộc có 1 thị trấn và 16 xã, Bến Lức có 1 thị trấn và 14 xã. Dân số trung bình của Cần Giuộc năm 2018 khoảng 200 nghìn người, tại Bến Lức khoảng 190 nghìn người. Chọn TTYT huyện Cần Giuộc làm huyện can thiệp vì đây là đơn vị có đội ngũ cán bộ y tế tương đồng với đa số các TTYT khác tại tỉnh Long An, vì vậy nhóm nghiên cứu hy vọng rằng nếu can thiệp thành công tại huyện Cần Giuộc có thể dễ dàng nhân rộng đến các huyện khác trên địa bàn tỉnh.

2.2.3. Thiết kế nghiên cứu

- Nghiên cứu can thiệp cộng đồng có đối chứng so sánh trước và sau can thiệp được sử dụng để nghiên cứu về hiệu quả can thiệp nâng cao kiến thức về CSSKBĐ, thực hành tư vấn chăm sóc sức khỏe của nhân viên TYT xã.

- Nghiên cứu kết hợp định lượng và định tính, trong đó nghiên cứu định lượng dùng để mô tả những thay đổi trước và sau can thiệp về kiến thức, thái độ, thực hành của nhân viên TYT, nghiên cứu định tính để đánh giá sự phù hợp của các giải pháp can thiệp nâng cao kiến thức về CSSKBĐ, thực hành tư vấn chăm sóc sức khỏe của nhân viên TYT xã.

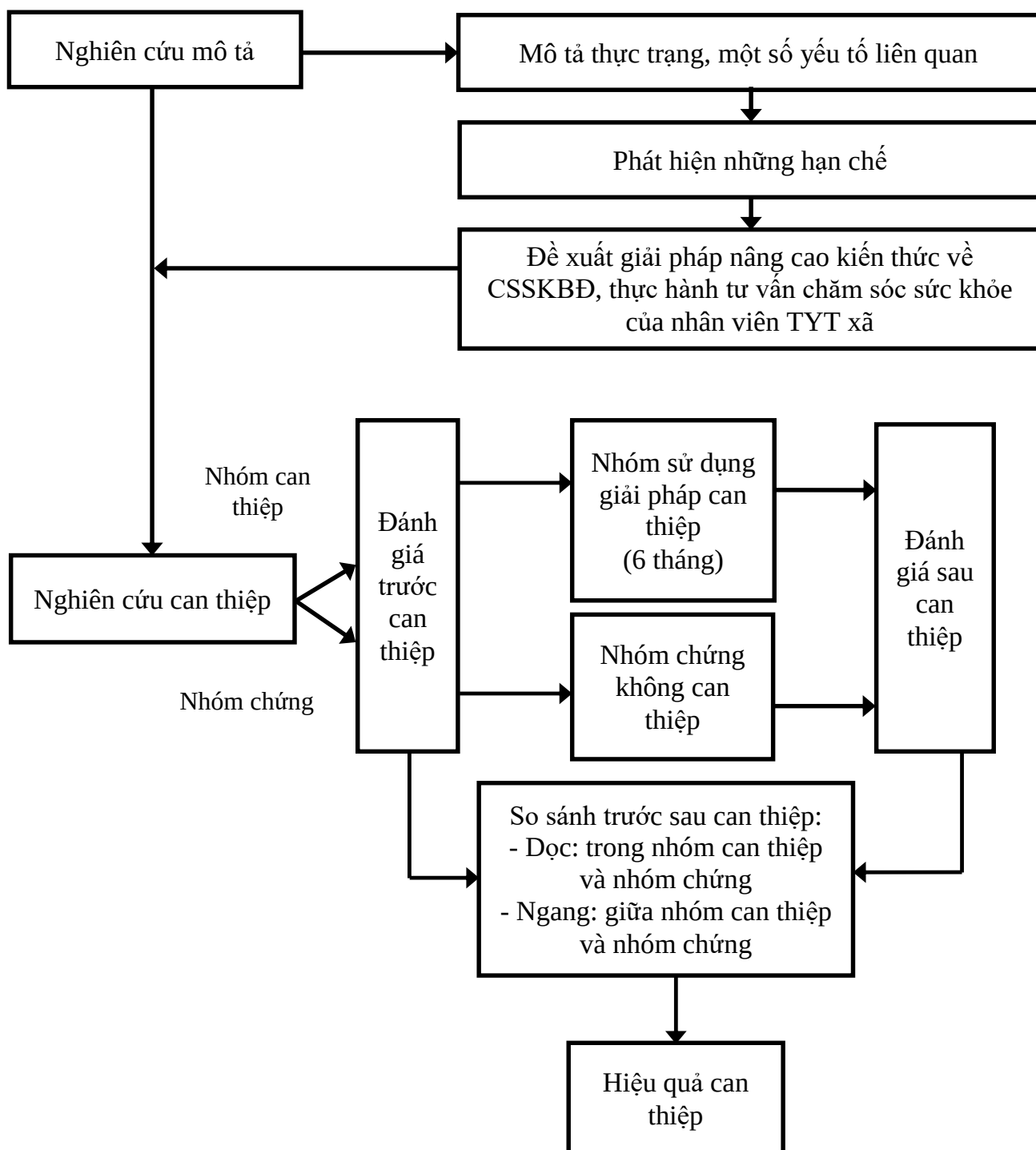
Nghiên cứu can thiệp cộng đồng có đối chứng so sánh trước và sau can thiệp. Thiết kế và quy trình triển khai nghiên cứu được mô tả tóm tắt ở hình 2.1:

Giải pháp can thiệp bao gồm:

- Đối tượng can thiệp: Nhân viên y tế thuộc TYT các xã thị trấn thuộc huyện Cần Giuộc (can thiệp) và huyện Bến Lức (đối chứng).

- Phương pháp/hình thức can thiệp: Tập huấn kiến thức, hướng dẫn thực hành, tương tác qua trang Fanpage,

- Nội dung can thiệp: Nội dung về CSSKBĐ, chức năng nhiệm vụ của TYT, dịch vụ y tế và thực hành tư vấn chăm sóc sức khỏe



Hình 2.1. Sơ đồ các bước triển khai nghiên cứu

2.2.4. Cơ mẫu

- Nghiên cứu định lượng đánh giá kiến thức về CSSKBĐ và thực hành tư vấn chăm sóc sức khỏe của nhân viên TYT xã sau can thiệp huyện Cần Giuộc: tại Cần Giuộc chọn toàn bộ cán bộ TYT xã có thời gian công tác từ 1 năm trở lên, có mặt tại TYT trong thời gian nghiên cứu (109 người). Bến Lức chọn toàn bộ 104 cán bộ

TYT xã có thời gian công tác từ 1 năm trở lên, có mặt tại TYT trong thời gian nghiên cứu.

- Nghiên cứu can thiệp: Tại Cần Giuộc (huyện can thiệp) chọn toàn bộ cán bộ TYT xã có thời gian công tác từ 1 năm trở lên, có mặt tại TYT trong thời gian nghiên cứu (100 người). Bến Lức chọn ngẫu nhiên 100 cán bộ TYT xã có thời gian công tác từ 1 năm trở lên, có mặt tại TYT trong thời gian nghiên cứu làm đối chứng.

- Nghiên cứu định tính về sự phù hợp của các giải pháp can thiệp nâng cao kiến thức về CSSKBĐ, thực hành tư vấn chăm sóc sức khỏe: 3 cuộc thảo luận nhóm

2.2.5. Chọn mẫu

2.2.5.1. Định lượng

- Bước 1: chọn chủ đích huyện Cần Giuộc làm huyện can thiệp và huyện Bến Lức đối chứng để đánh giá hiệu quả can thiệp. Do 2 huyện này có những đặc điểm tương đồng về vị trí địa lý, kinh tế, văn hoá xã hội và khoảng cách từ huyện Bến Lức đến huyện Cần Giuộc khoảng gần 50km phải đi qua huyện Cần Đước vì vậy các yếu tố nhiễu là vô cùng thấp.

- Bước 2: chọn toàn bộ nhân viên y tế TYT các xã thị trấn huyện Cần Giuộc và Bến Lức.

2.2.5.2. Định tính

Chọn ngẫu nhiên được 3 TYT trong số 17 TYT của huyện Cần Giuộc để thực hiện thảo luận nhóm là: Phước Vĩnh Đông, Tân Tập và Đông Thạnh

- Cuộc thứ nhất gồm toàn bộ 7 nhân viên trạm y tế xã Phước Vĩnh Đông
- Cuộc thứ hai gồm toàn bộ 8 nhân viên trạm y tế xã Tân Tập;
- Cuộc thứ ba gồm toàn bộ 8 nhân viên trạm y tế xã Đông Thạnh.

Kết quả: Đã thực hiện 3 cuộc thảo luận với 23 người tham gia.

2.2.6. Kỹ thuật và công cụ thu thập số liệu

- Kỹ thuật thu thập thông tin:

- + Phát vấn trực tiếp đối tượng nghiên cứu bằng phiếu tự điền;
- + Điều tra viên quan sát đánh giá thực hành tư vấn CSSK bằng bảng kiểm;
- + Thảo luận nhóm đánh giá sự phù hợp của các giải pháp can thiệp theo hướng dẫn và biên bản.

- Công cụ thu thập số liệu:

- + Phiếu điều tra đánh giá kiến thức về CSSKBĐ, thực hành tư vấn chăm sóc sức khỏe của nhân viên y tế thuộc trạm y tế trước, sau can thiệp (phụ lục 2).
- + Bảng kiểm đánh giá thực hành tư vấn CSSK (phụ lục 2)
- + Hướng dẫn thảo luận nhóm đánh giá sự phù hợp của giải pháp can thiệp nâng cao kiến thức về CSSKBĐ và thực hành tư vấn chăm sóc sức khỏe của nhân viên TYT xã sau can thiệp (phụ lục 5).

2.2.7. Hoạt động can thiệp tại huyện Cần Giuộc

2.2.7.1. Cơ sở xây dựng nội dung can thiệp

* *Kết quả thu được từ điều tra ngang 421 người tại TTYT và TYT của 3 huyện/thành phố tỉnh Long An cho thấy:*

- Có sự thiếu hụt kiến thức về CSSKBĐ: khái niệm, nội dung, nguyên tắc, đặc trưng CSSKBĐ, chức năng nhiệm vụ chuyên môn của trạm y tế...;
- Số cán bộ hài lòng về công việc còn thấp;
- Số cán bộ thực hành tư vấn CSSK đúng và đủ rất thấp;
- Số đối tượng có nhu cầu mong muốn được đào tạo, tập huấn cao;
- Nguồn thông tin mà đối tượng mong muốn được nhận nhiều nhất là qua internet và từ các chuyên gia;

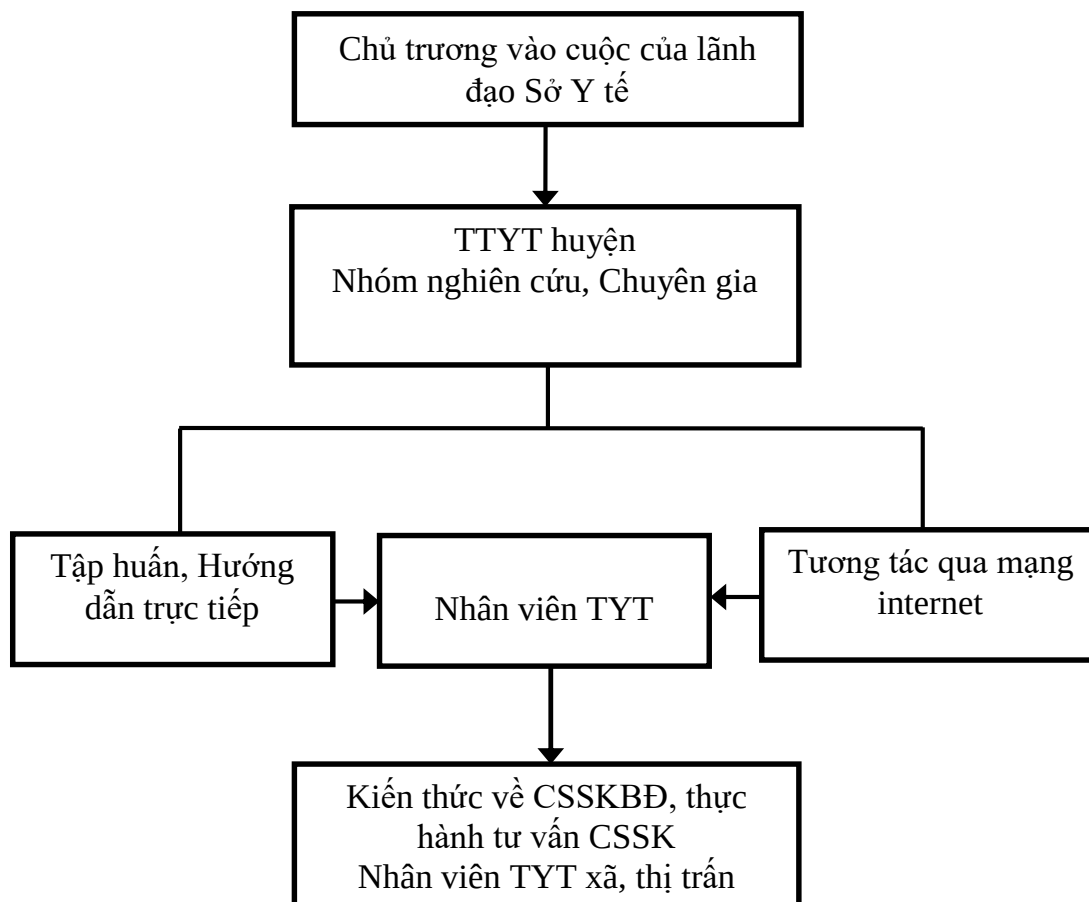
* *Kết quả thu được từ điều tra ngang trên 213 đối tượng tại 2 huyện cho thấy cũng có những vấn đề tồn tại tương tự như điều tra ngang đối với 421 đối tượng nêu trên.*

* *Kết quả nghiên cứu định tính (9 phỏng vấn sâu, 9 thảo luận nhóm) cho thấy:*

Có sự thiếu hụt về kiến thức của nhân viên tại các TYT xã thuộc huyện Cần Giuộc là do:

- Không được tập huấn đào tạo thường xuyên về CSSKBĐ;
- Không tiếp cận và cập nhật được nguồn tài liệu về CSSKBĐ;
- Nhu cầu được cung cấp tài liệu là thiết thực;
- Tập huấn về CSSKBĐ là rất cần thiết;
- Công tác kiểm tra, giám sát thực hiện còn hạn chế;
- Chưa có những công cụ và giải pháp hữu hiệu tiện dụng trong việc cung cấp thông tin, đào tạo và giám sát thường xuyên.

- Thể hiện sự thụ động trong thực hiện các hoạt động CSSKBĐ tại TYT;
 Từ kết quả điều tra ngang và điều tra ban đầu kể cả định tính và định lượng tại Cần Giuộc nghiên cứu sinh đã đề xuất giải pháp can thiệp nâng cao kiến thức về CSSKBĐ và thực hành tư vấn chăm sóc sức khỏe như hình 2.2.



Hình 2.2. Sơ đồ giải pháp can thiệp

2.2.7.2. Những hoạt động can thiệp đã triển khai

Hoạt động can thiệp nâng cao kiến thức CSSKBĐ và thực hành tư vấn chăm sóc sức khỏe cho nhân viên y tế tuyến cơ sở có 3 hoạt động chính đó là: hoạt động tập huấn nâng cao kiến thức về CSSKBĐ, hoạt động tương tác qua trang Fanpage, hoạt động hướng dẫn trực tiếp kỹ năng tư vấn chăm sóc sức khỏe tại các trạm y tế.

Để thực hiện các hoạt động này, cán bộ TTYT huyện đóng vai trò trung tâm, CDC tỉnh đóng vai trò hỗ trợ và có sự tham gia của các chuyên gia, nhóm nghiên cứu, cán bộ y tế trực tiếp thực hành tư vấn chăm sóc sức khỏe cho người dân. Vai trò cụ thể của các nguồn lực chính tham gia như sau:

+ Cán bộ TTYT huyện: Tạo điều kiện về địa điểm, thời gian tiến hành các hoạt động can thiệp, nhân lực tổ chức (cán bộ hành chính lập danh sách gửi giấy mời..., cán bộ truyền thông chuẩn bị trang thiết bị truyền thông...)

+ Cán bộ Trung tâm kiểm soát bệnh tật (CDC) tỉnh: phê duyệt nội dung truyền thông của nhóm nghiên cứu, chỉnh sửa chi tiết phù hợp với địa phương, thống nhất về mặt hình thức tổ chức các hoạt động tập huấn, tài liệu truyền thông, hướng dẫn thực hành, phối hợp giám sát các hoạt động can thiệp.

+ Nhóm nghiên cứu và chuyên gia: chuẩn bị các nội dung hoạt động can thiệp, phối hợp với TTYT và CDC hoàn thiện nội dung và hình thức tập huấn hướng dẫn phù hợp.

+ Cán bộ y tế tại các trạm y tế: tham gia đầy đủ các hoạt động can thiệp, trực tiếp phản hồi nội dung can thiệp cảm thấy hiệu quả hoặc các nội dung chưa phù hợp.

Các hoạt động cụ thể như sau:

- Hoạt động tập huấn kiến thức:

○ Nhân lực tham gia: Ban giám đốc TTYT huyện, trưởng phòng Hành chính, phòng Kế hoạch nghiệp vụ, trưởng khoa ATTP, trưởng phòng Truyền thông, và một số cán bộ thuộc TTYT.

○ Người tập huấn: Chuyên gia và nghiên cứu sinh

○ Nội dung tập huấn bao gồm thông tin chính về nguyên lý, nội dung, đặc trưng CSSKBĐ, chức năng, nhiệm vụ của trạm y tế, các dịch vụ y tế cơ bản, và thông tin về hoạt động tư vấn sức khỏe tại trạm y tế xã.

○ Tài liệu tập huấn: do nghiên cứu sinh xây dựng dưới sự hỗ trợ của chuyên gia từ trường Đại học Y Hà Nội, trường Đại học Y tế công cộng, Bộ Khoa học Công nghệ. Đã in ấn 150 bộ tài liệu và cấp phát cho 100 cán bộ tham gia tập huấn và các cán bộ phối hợp.

○ Tổ chức tập huấn tại hội trường Trung tâm y tế huyện Cần Giuộc: 4 lớp (2 lớp cho cán bộ trình độ đại học và sau đại học, 2 lớp cho cán bộ có trình độ trung cấp, cao đẳng) có lồng ghép hướng dẫn tư vấn sức khỏe.

○ Thời gian tập huấn: tháng 7/2018

- Hầu hết các học viên đều hào hứng tham gia tích cực, nhiệt tình, đầy đủ.
- Hoạt động tương tác qua trang Fanpage:
 - Khảo sát tình hình tiếp cận công nghệ thông tin của đối tượng nghiên cứu bao gồm: sử dụng máy tính, hệ thống kết nối mạng, sử dụng điện thoại thông minh.
 - Thành lập trang Fanpage với tên “PHC.LA Vàm Cỏ 2018”. Kết nối toàn bộ các trạm y tế, đối tượng nghiên cứu, nhóm nghiên cứu, chuyên gia. Trang Fanpage do nghiên cứu sinh trực tiếp quản lý và duy trì hoạt động. Các thành viên trong fanpage không thể chia sẻ tài liệu và nguồn thông tin với người ngoài nhóm.
 - Việc thành lập Fanpage đã được sự thống nhất về chủ trương và cho phép của Lãnh đạo sở thông qua việc điều phối của Trung tâm kiểm soát bệnh tật tỉnh. Toàn bộ nội dung chuyên môn và trao đổi được được Trung tâm này kiểm soát. Đây là điểm mấu chốt rất quan trọng và là sáng kiến tổ chức triển khai hoạt động can thiệp của nhóm nghiên cứu, nhằm bảo đảm hiệu quả và tính bền vững của giải pháp can thiệp. Nhờ chương trình can thiệp được thông qua Lãnh đạo sở để trở thành một chương trình chính thức thông qua Trung tâm kiểm soát bệnh tật giám sát, điều phối triển khai nên các thông tin chuyên môn đều được chuẩn hóa, ý thức thực hiện của cán bộ y tế trong nhóm can thiệp tốt hơn. Chương trình này cũng đúng chức năng nhiệm vụ của Trung tâm nên không cần phát sinh nhân lực, chức năng mới... Mô hình sau khi nghiên cứu thành công sẽ chuyển giao lại cho Trung tâm để tiếp tục triển khai nhân rộng.
 - Cung cấp tài liệu, tương tác, hướng dẫn các đối tượng về những nội dung CSSKBĐ và đăng tải 16 bài viết và 5 video.

Ứng dụng công nghệ mới (IOT) đang phổ biến thịnh hành hiện nay trong việc hướng dẫn, trao đổi giám sát thực hiện, giám sát việc thực hiện CSSKBĐ. Mục đích, hướng dẫn, trao đổi, giải đáp, tương tác trực tuyến và cung cấp tài liệu.

Bảng 2.3. Bảng tổng hợp hoạt động trên trang fanpage “PHC.LA Vàm Cỏ 2018” Từ 1/7/2018 đến hết 31/12/2018

TT	Nội dung	Số lượng
1	Số người theo dõi	108
2	Số lượt tiếp cận	1181
3	Số lượt tương tác	284
4	Số tin nhắn SMS	156

Trong thời gian nghiên cứu có 108 người theo dõi trang Fanpage, số lượt tiếp cận trang là 1.181 lượt truy cập và 284 lượt tương tác trên trang. Số tin nhắn SMS đã gửi: 156 tin nhắn.

Sử dụng hệ thống tin nhắn SMS trong trường hợp những thông tin có dung lượng thấp. Tất cả những công việc này do nghiên cứu sinh và nhóm chuyên gia trực tiếp điều phối, duy trì, giám sát thực hiện. Đồng thời thuyết phục sự đồng thuận của lãnh đạo các cấp ngành y tế tỉnh Long An trong việc triển khai các giải pháp can thiệp.

- Hoạt động hướng dẫn trực tiếp kỹ năng tư vấn sức khỏe tại trạm y tế:

- Hướng dẫn sử dụng trang Fanpage trong việc tiếp cận các tài liệu;
- Hướng dẫn thực hành tư vấn sức khỏe bằng hình thức đóng vai do điều tra

viên, nhóm nghiên cứu thực hiện:

- + Nhân lực tham gia: Nhóm nghiên cứu và nhân viên các trạm y tế
- + Người hướng dẫn: Nghiên cứu sinh và nhóm nghiên cứu.
- + Nội dung hướng dẫn bao gồm: các bước và kỹ thuật trong tư vấn sức khỏe tại trạm y tế xã.
- + Tài liệu: Quyết định số 4128/QĐ-BYT ngày 29/7/2016 của Bộ Y tế.
- + Tổ chức 17 buổi hướng dẫn tư vấn sức khỏe tại 17 trạm y tế xã, thị trấn bằng hình thức đóng vai với 3 tình huống cụ thể (Phụ lục 6).
- + Thời gian: tháng 7/2018

Hầu hết các nhân viên trạm y tế đều hào hứng tham gia tích cực, nhiệt tình, đầy đủ.

- Các giải pháp can thiệp đều dựa trên nền tảng các hệ thống tổ chức, nhân lực và quy định có sẵn để bảo đảm bảo tính khả thi và bền vững của giải pháp.
- Huyện đối chứng không tiến hành bất kỳ một hoạt động can thiệp nào.
- Tổng kết đánh giá sau can thiệp

2.2.8. Điều tra trước và sau can thiệp

- Điều tra viên 200 phiếu và giám sát viên 10 phiếu (phụ lục 1) để tiến hành đánh giá về kiến thức CSSKBĐ, 200 bảng kiểm thực hành của nhân viên TYT xã.
- Sử dụng phiếu Hướng dẫn thảo luận nhóm (phụ lục 5) để thu thập thông tin từ các nhân viên trạm y tế xã về hiệu quả của các hoạt động can thiệp, sự phù hợp từ hình thức đến nội dung của kiến thức và thực hành (03 cuộc thảo luận nhóm)

2.2.9. Biến số và chỉ số chính

Các nhóm chỉ số chính dùng để đánh giá hiệu quả can thiệp tại Mục tiêu 3 với các biến số: Sự thay đổi về kiến thức sau can thiệp về chức năng, nhiệm vụ của trạm y tế, nội dung chuyên môn kỹ thuật được thực hiện tại trạm y tế theo thông tư 33/2015/TT-BYT, khái niệm, nguyên tắc, đặc trưng về CSSKBĐ và các gói dịch vụ y tế cơ bản thực hiện tại trạm y tế; Sự thay đổi về kỹ năng thực hành tư vấn chăm sóc sức khỏe về việc thực hiện đạt 6 bước và nội dung trong từng bước: Gặp gỡ, gọi hỏi, giới thiệu, giải thích, giúp đỡ, gặp lại. (Chi tiết tại phụ lục 8).

2.2.10. Cách đánh giá hiệu quả can thiệp

Đánh giá hiệu quả can thiệp dựa vào chỉ số hiệu quả can thiệp (CSHQ). Các tỷ lệ được tính theo công thức [35], [43]

$$CSHQ = \frac{|P-t - P_s|}{P_t} \times 100$$

Trong đó:

CSHQ: là chỉ số hiệu quả.

P_t: là tỷ lệ % đối tượng có kiến thức, thực hành đạt trước can thiệp

P_s: là tỷ lệ % đối tượng có kiến thức, thực hành đạt sau can thiệp.

Khi đó hiệu quả can thiệp được tính bằng công thức:

$$HQCT = CSHQ \% \text{ can thiệp} - CSHQ \% \text{ đối chứng}$$

- Để so sánh sự khác biệt giữa 2 tỷ lệ trước và sau can thiệp; đánh giá HQCT, nhóm nghiên cứu sử dụng kiểm định χ^2 , hoặc Fisher exact (nếu kiểm định χ^2 không sử dụng được). Các kiểm định thực hiện ở mức ý nghĩa 5%.

2.3. Quản lý và phân tích số liệu

- Thông tin thứ cấp:
 - Thông tin được nhập vào phần mềm Microsort Excel 2010.
 - Các phép thống kê mô tả được dùng để đưa ra các phân bố, tỷ lệ có liên quan đến tình hình nhân lực y tế.
- Thông tin định lượng:
 - Các phiếu điều tra được làm sạch, loại bỏ các phiếu không trả lời trên 50% thông tin.
 - Các phiếu điều tra được nhập và quản lý vào phần mềm Epidata 3.1.
 - Số liệu được phân tích bằng phần mềm SPSS 16.0
 - Phân tích đơn biến để mô tả tần suất, tỷ lệ phần trăm các đặc điểm ĐTNC, sự khác biệt coi là có ý nghĩa thống kê khi $p < 0,05$. Phân tích hồi quy logistics đơn biến và đa biến để xác định các yếu tố liên quan và mối tương quan giữa kiến thức, thực hành với các yếu tố, với mức ý nghĩa được chọn là 0,05 và tỷ suất chênh OR (thô và hiệu chỉnh) được trình bày với khoảng tin cậy 95%.
 - Nguyên lý chọn biến số đưa vào mô hình hồi quy đa biến là từ tài liệu tham khảo trong và ngoài nước, kết quả phân tích đơn biến và kinh nghiệm bản thân;
 - Sử dụng test Khi bình phương để kiểm định sự khác biệt giữa 2 tỷ lệ trước và sau can thiệp của nhóm chứng và nhóm can thiệp;
 - Kiểm định hiệu quả can thiệp, nhóm nghiên cứu đã sử dụng test Khi bình phương; Các biến số về tỷ lệ được tính như sau:
 - + Tỷ lệ đối tượng có kiến thức đạt về CSSKBĐ ở xã can thiệp tại thời điểm TCT và SCT: là số đối tượng có kiến thức đạt/tổng số đối tượng can thiệp.
 - + Tỷ lệ đối tượng có kiến thức đạt về CSSKBĐ ở xã chứng tại thời điểm TCT và SCT: là số đối tượng có kiến thức đạt/tổng số đối tượng chứng.

+ Tỷ lệ đối tượng thực hành tư vấn chăm sóc sức khỏe đạt ở xã can thiệp tại hai thời điểm TCT và SCT: là số đối tượng thực hành đạt/tổng số đối tượng can thiệp.

+ Tỷ lệ đối tượng thực hành tư vấn sức khỏe đạt ở xã chứng tại hai thời điểm TCT và SCT: là số đối tượng thực hành đạt/tổng số đối tượng chứng.

- Số liệu phân tích được trình bày dưới dạng bảng, đồ thị

• Thông tin định tính:

- Các thông tin từ các cuộc thảo luận nhóm được ghi chép đầy đủ và tiến hành phân tích ngay sau khi thảo luận.

- Phương pháp phân tích theo nội dung, chủ đề (content analysis). Kết quả được tập hợp và nhận định theo từng nội dung và mục tiêu nghiên cứu. Phân tích số liệu định tính dựa trên kết quả của TLN, PVS, ghi âm và ghi chép từ đối thoại trực tiếp. Nhóm nghiên cứu đã gỡ băng, tổng hợp theo từng chủ đề có so sánh đối chiếu với kết quả thu được từ nghiên cứu định lượng. Tổng hợp kết quả phân tích và trích dẫn đưa vào luận án nhằm minh họa làm rõ thêm nội dung nghiên cứu định lượng.

- Đội ngũ điều tra viên được tập huấn trước khi điều tra tại nơi nghiên cứu.

- Các cán bộ tham gia nghiên cứu là cán bộ hiện đang công tác tại cơ sở y tế nhà nước có trình độ đại học trở lên, lý lịch rõ ràng (Bệnh viện, TTYT, các trường đại học)

1.4. Sai số và cách khống chế

- Sai số đo lường do điều tra viên chưa giải thích rõ cho đối tượng.

- Sai số nhớ lại của đối tượng khi tham gia phỏng vấn.

- Sai số do quá trình nhập liệu, phân tích số liệu.

Khắc phục:

- Bộ câu hỏi được thử nghiệm trước khi điều tra chính thức, kiểm tra tính chính xác của số liệu, tập huấn cán bộ nhân viên điều tra và giám sát phỏng vấn. Giám sát ít nhất 5% tổng số phiếu, kiểm tra tính chính xác số liệu ngay nơi thu thập.

- Các điều tra viên là nhân viên của trung tâm y tế huyện, thành phố thực hiện điều tra chéo giữa các huyện, thành phố để tránh cùng cơ quan làm ảnh hưởng đến kết quả nghiên cứu

- Giám sát phỏng vấn, giải đáp các thắc mắc, gợi ý cho đối tượng.
- Thực hiện làm sạch và nhập liệu cẩn thận, nhập liệu chéo để hạn chế sai số.

2.5. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu được sự đồng ý chấp thuận của Hội đồng đạo đức viện Vệ sinh dịch tễ Trung ương theo giấy chứng nhận số VSĐT 15/2018 ngày 17/6/2018, cơ sở nghiên cứu và sự tự nguyện của đối tượng tham gia. Đối tượng nghiên cứu có thể ngừng tham gia nghiên cứu bất cứ lúc nào.

Đối tượng tham gia nghiên cứu được cung cấp thông tin rõ ràng liên quan đến mục tiêu và nội dung nghiên cứu. Các thông tin do đối tượng tham gia nghiên cứu cung cấp được giữ bí mật.

Kết quả nghiên cứu được phản hồi cho địa phương và người tham gia nghiên cứu.

Nghiên cứu chỉ phục vụ cho việc chăm sóc sức khỏe cộng đồng, ngoài ra không phục vụ cho mục đích khác.

Chương 3

KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

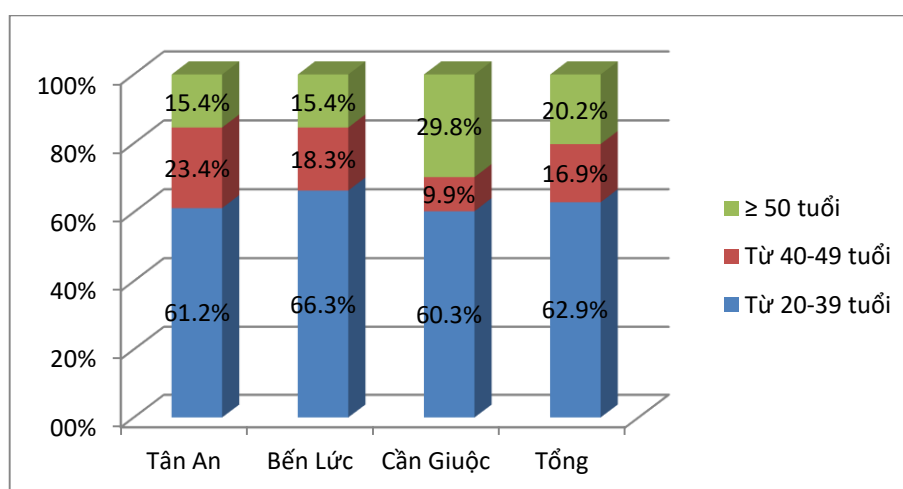
3.1. Thực trạng kiến thức về chăm sóc sức khỏe ban đầu, thực hành tư vấn chăm sóc sức khỏe của nhân viên y tế tuyến cơ sở tỉnh Long An, 2018.

3.1.1. Một số đặc điểm của đối tượng nghiên cứu

Bảng 3.1. Phân loại đối tượng nghiên cứu theo trình độ

STT	Trình độ	Tổng (n=421)	
		Số lượng	%
1	Bác sỹ đa khoa	54	12,8
2	Bác sỹ Y học cổ truyền	8	1,9
3	Bác sỹ Y học dự phòng	5	1,2
4	Dược sỹ đại học	5	1,2
5	Dược sỹ cao đẳng, trung cấp	62	14,7
6	Y sỹ đa khoa	93	22,1
7	Y sỹ Y học cổ truyền	22	5,2
8	Y sỹ sản nhi	13	3,1
9	Điều dưỡng đại học	4	1,0
10	Điều dưỡng cao đẳng, trung cấp	71	16,9
11	Hộ sinh đại học	9	2,1
12	Hộ sinh cao đẳng, trung cấp	47	11,2
13	Khác	28	6,7
	Tổng	421	100

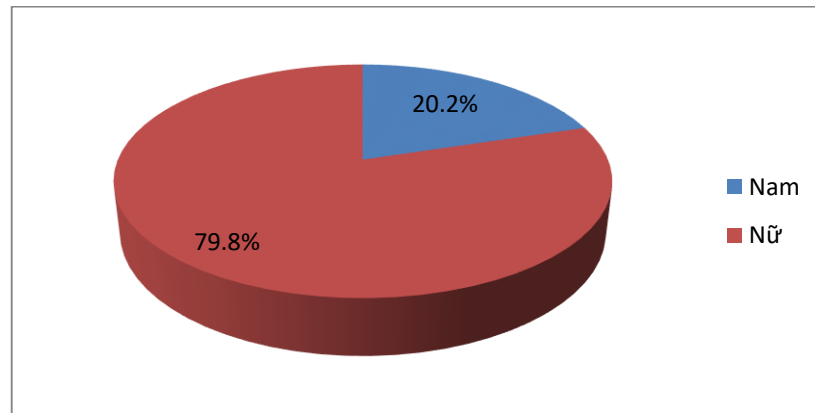
Loại hình chuyên môn có tỷ lệ cao nhất là y sỹ đa khoa 22,1%, thấp nhất là điều dưỡng đại học 1%



Hình 3.1. Phân loại đối tượng nghiên cứu theo nhóm tuổi

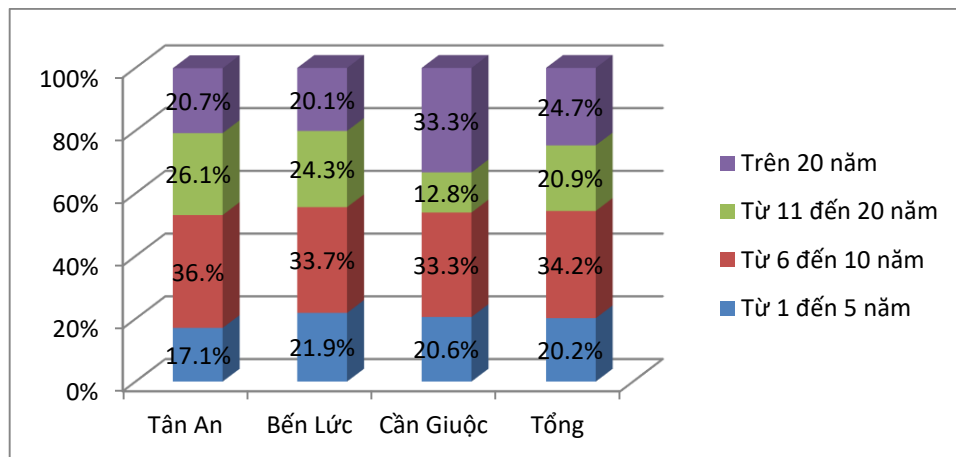
Nhóm có độ tuổi từ: 20-39 có tỷ lệ 62,9% cao nhất trong 3 nhóm, 40-49 là 16,9%,

từ 50 tuổi trở lên 20,2%.



Hình 3.2. Phân loại đối tượng nghiên cứu theo giới tính

Với những đặc thù công việc tại tuyến YTCS phù hợp với việc gần gũi và chăm lo cho gia đình, nên YTCS trở thành sự lựa chọn của chị em phụ nữ. Mặt khác tại tuyến YTCS thực hiện chuyên môn về dự phòng là cơ bản, mục tiêu dựa vào hiệu quả sau cùng nên nhân viên có thể sắp xếp thời gian hoàn thành nhiệm vụ theo cách hợp lý. Kết quả nghiên cứu nữ giới chiếm 79,8%, nam giới 20,2%.



Hình 3.3. Phân loại đối tượng nghiên cứu theo thời gian công tác

Nhóm nhân lực có thời gian công tác cao nhất là nhóm từ 6-10 năm là 34,2 %, thấp nhất là nhóm có thời gian công tác từ 1 đến 5 năm là 20,2%

Bảng 3.2. Phân bố bác sỹ tuyến xã năm 2018

STT	Có bác sỹ làm việc tại trạm y tế	Tân An		Bến Lức		Cần Giuộc		Tổng	
		SL	%	SL	%	SL	%	SL	%
1	Có	13	92,8	13	86,6	17	100	43	93,4
2	Không	1	7,2	2	13,4	0	0	3	6,6

Hiện có 93,4% các TYT có bác sỹ, 6,6% số TYT xã chưa có bác sỹ công tác thường xuyên của huyện Bến Lức và thành phố Tân An

3.1.2. Thực trạng kiến thức về chăm sóc sức khỏe ban đầu của nhân viên y tế tuyến cơ sở

Bảng 3.3. Kiến thức của đối tượng về chức năng của trạm y tế

STT	Kiến thức về chức năng của TYT	Đối tượng	
		Đại học, sau đại học	Cao đẳng, trung cấp
		n (%)	n (%)
1	Nêu đúng số chức năng	52 (52,0)	100 (31,2)
2	Cung cấp, thực hiện các dịch vụ CSSKBĐ	39 (39,0%)	78 (24,3)
3	Có trụ sở riêng, có con dấu để giao dịch và phục vụ công tác chuyên môn nghiệp vụ.	25 (25,0)	54 (16,8)
4	Nêu đủ 2 chức năng	22 (22,0)	40 (12,5)

Có 22% đối tượng trình độ đại học, sau đại học có kiến thức về chức năng của TYT và 12,5% đối tượng có trình độ cao đẳng, trung cấp có kiến thức về nội dung này.

Bảng 3.4. Kiến thức của đối tượng về nhiệm vụ của TYT

STT	Kiến thức về nhiệm vụ của TYT	Đối tượng	
		Đại học, sau đại học n (%)	Cao đẳng, trung cấp n (%)
1	Số nhiệm vụ của TYT	34 (34,0)	83 (25,9)
2	Thực hiện các hoạt động chuyên môn, kỹ thuật;	29 (29,0)	76 (23,7)
3	Hướng dẫn về chuyên môn và hoạt động đối với đội ngũ nhân viên y tế thôn, bản;	25 (25,0)	60 (18,7)
4	Phối hợp triển khai thực hiện công tác dân số - kế hoạch hóa gia đình	31 (31,0)	47 (14,6)
5	Tham gia kiểm tra các hoạt động hành nghề y, dược tư nhân	24 (24,0)	56 (17,4)
6	Thường trực Ban Chăm sóc sức khỏe cấp xã	22 (22,0)	46 (14,3)
7	Thực hiện kết hợp quân - dân y	26 (26,0)	39 (12,1)
8	Quản lý nhân lực, tài chính, tài sản	24 (24,0)	29 (9,0)
9	Thống kê, báo cáo theo quy định	28 (28,0)	42 (13,1)
10	Thực hiện các nhiệm vụ khác do Giám đốc TTYT huyện và chủ tịch UBND cấp xã giao	24 (24,0)	35 (10,9)
11	Đủ 9 nhiệm vụ	19 (19,0)	26 (8,1)

Đối tượng trình độ đại học, sau đại học xác định được số nhiệm vụ của TYT đạt 34%, về kiến thức từ nhiệm vụ 1 đến nhiệm vụ 9 không vượt quá 35% và cả 9 nhiệm vụ là 19,0%. Đối tượng trình độ cao đẳng, trung cấp và tương đương xác định đúng 9 nhiệm vụ của TYT là 25,9%, kiến thức về các nhiệm vụ từ nhiệm vụ 1 đến nhiệm vụ 9 không vượt quá 25% và cả 9 nhiệm vụ là 8,1%.

Bảng 3.5. Kiến thức của đối tượng về nội dung chuyên môn kỹ thuật tại TYT

STT	Kiến thức về nội dung chuyên môn kỹ thuật	Đối tượng	
		Đại học, sau đại học n (%)	Cao đẳng, trung cấp n (%)
1	Y tế dự phòng	48 (48,0)	48 (15,0)
2	Khám bệnh, chữa bệnh; kết hợp, ứng dụng y học cổ truyền trong phòng bệnh và chữa bệnh	31 (31,0)	47 (14,6)
3	Chăm sóc sức khỏe sinh sản	40 (40,0)	44 (13,7)
4	Cung ứng thuốc thiết yếu	33 (33,0)	42 (13,1)
5	Quản lý sức khỏe cộng đồng	38 (38,0)	35 (10,9)
6	Truyền thông, giáo dục sức khỏe.	25 (25,0)	41 (12,8)
7	Đủ 6 nội dung	14 (14,0)	29 (9,0)

Có 14,0% đối tượng trình độ đại học, sau đại học và 9,0% đối tượng cao đẳng, trung cấp có kiến thức đủ 6 nội dung chuyên môn kỹ thuật tại TYT. Nội dung y tế dự phòng hai nhóm đối tượng đều đạt cao nhất. Trong khi thấp nhất của đối tượng đại học, sau đại học là nội dung truyền thông giáo dục sức khỏe đạt 25%, tương tự ở nội dung này với cao đẳng, trung cấp là 12,8%.

Bảng 3.6. Kiến thức về nội dung CSSKBĐ thể giới

STT	Kiến thức về CSSKBĐ trên thể giới	Đối tượng	
		Đại học, sau đại học n (%)	Cao đẳng, trung cấp n (%)
1	Khái niệm	25 (25,0)	41 (12,8)
2	Số nội dung	40 (40,0)	87 (27,1)
3	Giáo dục sức khỏe.	37 (37,0)	65 (20,2)
4	Cung cấp đầy đủ thực phẩm và dinh dưỡng hợp lý	35 (35,0)	54 (16,8)
5	Cung cấp nước sạch và vệ sinh môi trường;	31 (31,0)	58 (18,1)
6	Chăm sóc sức khỏe bà mẹ trẻ em, kế hoạch hóa gia đình	41 (41,0)	62 (19,3)
7	Tiêm chủng	51 (51,0)	73 (22,7)
8	Phòng chống các bệnh dịch lưu hành phổ biến tại địa phương;	44 (44,0)	61 (19,0)
9	Điều trị hợp lý các bệnh và các vết thương thông thường;	49 (49,0)	71 (22,1)
10	Cung cấp các loại thuốc thiết yếu;	34 (34,0)	52 (16,2)

Có 25% đối tượng trình độ đại học và sau đại học có kiến thức về Về khái niệm CSSKBĐ, tỷ lệ này là 12,8% đối với nhóm cao đẳng, trung cấp.

Tỷ lệ tương ứng của 2 nhóm đối tượng trong việc xác định đúng số nội dung CSSKBĐ của thể giới là 40,4% và 27,1%.

Kiến thức của 2 nhóm đối tượng về nội dung CSSKBĐ của thể giới cao nhất tương ứng là 51% và 22,7% cùng ở nội dung tiêm chủng.

Bảng 3.7. Kiến thức về nội dung CSSKBĐ bổ sung của Việt Nam

STT	Kiến thức về nội dung CSSKBĐ bổ sung của Việt Nam	Đối tượng	
		Đại học, sau đại học n (%)	Cao đẳng, trung cấp n (%)
1	Số nội dung CSSKBĐ của Việt Nam	57 (57,0)	97 (30,2)
2	Quản lý sức khỏe toàn dân	43 (43,0)	49 (15,3)
3	Củng cố mạng lưới y tế cơ sở	47 (47,0)	55 (17,1)
4	Đủ 10 nội dung	26 (26,0)	44 (13,7)

Ngoài 8 nội dung Tuyên ngôn Alma- ata căn cứ điều kiện thực tế của đất nước, Việt Nam đã bổ sung thêm 2 nội dung và được WHO chấp thuận. Có 57% đối tượng có trình độ đại học và sau đại học xác định được số nội dung này, tương tự là 30,2% với nhóm cao đẳng, trung cấp. Kiến thức đủ 10 nội dung nhóm đại học, sau đại học đạt 26%. Nhóm cao đẳng, trung cấp là 13,7%.

Bảng 3.8. Kiến thức của đối tượng về nguyên tắc CSSKBĐ

STT	Kiến thức về nguyên tắc CSSKBĐ	Đối tượng	
		Đại học, sau đại học n (%)	Cao đẳng, trung cấp n (%)
		n (%)	n (%)
1	Số nguyên tắc	21 (21,0)	43 (13,4)
2	Nguyên tắc công bằng	31 (31,0)	48 (15,0)
3	Nguyên tắc tăng cường, dự phòng và phục hồi sức khỏe	21 (21,0)	39 (12,1)
4	Nguyên tắc sự tham gia của cộng đồng	24 (24,0)	46 (14,3)
5	Nguyên tắc sử dụng kỹ thuật thích hợp	17 (17,0)	45 (14,0)
6	Nguyên tắc phối hợp liên ngành	21 (21,0)	41 (12,8)
7	Đủ 5 nguyên tắc	14 (14,0)	29 (9,0)

Tỷ lệ nhân viên có trình độ đại học và sau đại học xác định được số nguyên tắc đạt 21%, kiến thức về các nguyên tắc CSSKBĐ cao nhất là nguyên tắc công bằng đạt 31%, đủ 5 nguyên tắc đạt 14%.

Tương ứng với nhóm cao đẳng và trung cấp, là 13,4%, 15,0%, 9,0%

Bảng 3.9. Kiến thức về đặc trưng CSSKBĐ hiện nay

STT	Kiến thức về đặc trưng CSSKBĐ hiện nay	Đối tượng	
		Đại học, sau đại học n (%)	Cao đẳng, trung cấp n (%)
	Số đặc trưng	16 (16,0)	30 (9,3)
ĐT1	Đổi mới hệ thống y tế nhằm đảm bảo khả năng tiếp cận toàn dân và an sinh sức khỏe cho xã hội	39 (39,0)	78 (24,3)
ĐT2	Chăm sóc sức khỏe cho tất cả mọi người trong cộng đồng	36 (36,0)	74 (23,1)
ĐT3	Đáp ứng toàn diện mong đợi và nhu cầu của người dân, mở rộng sự quan tâm tới tất cả các nguy cơ và bệnh tật	31 (31,0)	59 (18,4)
ĐT4	Thúc đẩy lối sống lành mạnh, giảm tác hại của các nguy cơ môi trường và xã hội	37 (37,0)	45 (14,0)
ĐT5	Hỗ trợ đội ngũ nhân viên y tế tiếp cận và sử dụng các kỹ thuật và thuốc thích hợp	34 (34,0)	55 (17,1)
ĐT6	Sự tham gia của xã hội được thể chế hóa trong các cơ chế đối thoại và trách nhiệm giải trình	32 (32,0)	46 (14,3)
ĐT7	Hệ thống y tế nhiều thành phần hoạt động trong môi trường hội nhập và toàn cầu hóa	30 (30,0)	38 (11,8)
ĐT8	Ưu tiên nguồn lực tăng thêm cho y tế vào việc chăm sóc sức khỏe toàn dân	38 (38,0)	50 (15,6)
ĐT9	Hợp tác toàn cầu, cùng đào tạo và rút kinh nghiệm	41 (41,0)	41 (12,8)
ĐT10	Chăm sóc sức khỏe ban đầu có vai trò điều phối “sự đáp ứng” toàn diện ở các tuyến bệnh viện	38 (38,0)	37 (11,5)
ĐT11	Chăm sóc sức khỏe ban đầu không rẻ, cần được đầu tư thỏa đáng	36 (36,0)	53 (16,5)

Trong số các đặc trưng có tỷ lệ kiến thức cao nhất với đối tượng ĐHSĐH là đặc trưng 9 đạt 41,0% thấp nhất đặc trưng 7 là 30%. Với đối tượng CĐTC có tỷ lệ kiến thức cao nhất ở đặc trưng 1 là 24,3% và thấp nhất ở đặc trưng 10 là 11,5%.

Bảng 3.10. Bảng tổng hợp điểm kiến thức chung về CSSKBĐ của đối tượng nghiên cứu

Phân loại điểm kiến thức		Huyện			Tổng (n=421)
		Tân An (n=111)	Bến Lức (n=169)	Cần Giuộc (n=141)	
Tốt	SL	4	8	5	17
	%	3,6	4,7	3,5	4
Trung bình	SL	6	13	11	30
	%	5,4	7,7	7,8	7,2
Kém	SL	101	148	125	374
	%	91,0	87,6	88,7	88,8

Kiến thức của đối tượng nghiên cứu về CSSKBĐ tính theo thang điểm có 374 đối tượng (88,8%) có số tổng điểm ≤ 30 không đạt; 30 đối tượng (7,2%) đạt từ 31 – 42 điểm loại, trung bình; 17 đối tượng (4%) có tổng điểm đạt ≥ 43 kiến thức tốt.

Bảng 3.11. Tỷ lệ đối tượng được tập huấn một số nội dung về CSSKBĐ

Đối tượng	Được tập huấn	
	Số lượng	%
Đại học và sau đại học (n ₁ =100)	60	60
Cao đẳng, trung cấp và tương đương (n ₂ =321)	182	56,7
Tổng (n=421)	242	57,5

Có 57,5% đối tượng được tập huấn kiến thức về CSSKBĐ, trong đó 60% là các đối tượng ĐH SDH, 56,7% đối tượng có trình độ CĐ TC. Thực tế số lần tập huấn còn hạn chế và chủ yếu do TTYT thực hiện.

Bảng 3.12. Tình trạng đầy đủ về số lần tập huấn CSSKBĐ hàng năm

Đối tượng	Tập huấn chưa đủ	
	Số lượng	%
Đại học và sau đại học (n ₁ =100)	75	75
Cao đẳng, trung cấp và tương đương (n ₂ =321)	248	77,2
Tổng (n=421)	323	76,7

76,7% đối tượng cho rằng thời gian và nội dung tập huấn về CSSKBĐ trong 1 năm là chưa đủ. Nhu cầu được tập huấn để cập nhật và củng cố kiến thức của các đối tượng là cao.

Bảng 3.13. Kiến thức về gói dịch vụ y tế cơ bản tại trạm y tế

STT	Kiến thức về gói dịch vụ y tế cơ bản tại trạm y tế xã	Đối tượng	
		ĐH, SDH n (%)	CD, TC n (%)
1	Số dịch vụ y tế cơ bản	13 (13,0)	28 (8,7)
2	Tư vấn, truyền thông, giáo dục, nâng cao sức khỏe	34 (34,0)	71 (22,1)
3	Tiêm chủng	26 (26,0)	58 (18,1)
4	Khám, quản lý sức khỏe cá nhân phục vụ chăm sóc sức khỏe	37 (37,0)	56 (17,4)
5	Giám sát và phòng chống các bệnh, dịch truyền nhiễm	29 (29,0)	42 (13,1)
6	Chăm sóc sức khỏe bà mẹ trẻ em và kế hoạch hóa gia đình	40 (40,0)	54 (16,8)
7	Tư vấn, truyền thông dinh dưỡng và an toàn thực phẩm	39 (39,0)	50 (15,6)
8	Giáo dục, truyền thông và vận động nhân dân sử dụng nước sạch, bảo đảm vệ sinh môi trường	24 (24,0)	38 (11,8)
9	Giám sát và phòng chống các bệnh không lây nhiễm	39 (39,0)	41 (12,8)
10	Kiểm soát các yếu tố nguy cơ có hại cho sức khỏe	31 (31,0)	39 (12,1)
11	Bảo vệ sức khỏe tâm thần cộng đồng	27 (27,0)	43 (13,4)
12	Y tế học đường	26 (26,0)	51 (15,9)
13	Bảo đảm máu an toàn và phòng, chống các bệnh về máu	23 (23,0)	39 (12,1)
14	Quản lý sức khỏe các đối tượng ưu tiên	37 (37,0)	49 (15,3)
15	Phục hồi chức năng cho người khuyết tật tại cộng đồng	30 (30,0)	38 (11,8)
16	Chăm sóc sức khỏe tại nhà	31 (31,0)	48 (15,0)
17	Khám sàng lọc, phát hiện các bệnh tật cho nhóm nguy cơ cao cho cộng đồng	39 (39,0)	43 (13,4)
18	Cung cấp thuốc thiết yếu và tử thuốc dịch vụ	36 (36,0)	49 (15,3)

Tỷ lệ kiến thức của các nhóm đối tượng trong đó việc xác định đúng về số các dịch vụ thuộc gói dịch vụ y tế cơ bản phục vụ CSSKBD của cả hai nhóm đối tượng ĐH

SĐH, CĐTC tương đương 13% và 8,7%. Trong đó các gói dịch vụ với hai nhóm là cao nhất 40% và 22,1%, thấp nhất là 23% và 11,8%.

3.1.3. Nhận xét của nhân viên y tế đối với chăm sóc sức khỏe ban đầu

3.1.3.1. Nhận xét của đối tượng nghiên cứu về khả năng thực hiện công việc trong chăm sóc sức khỏe ban đầu

Bảng 3.14. Sự phù hợp của vị trí việc làm với chuyên môn được đào tạo

STT	Mức độ phù hợp	Số lượng	%
1	Phù hợp	333	79,1
2	Chưa phù hợp	58	13,8
3	Không trả lời	30	7,1
	Tổng	421	100

Có 79,1% tổng số nhân lực cho rằng công việc hiện tại phù hợp với chuyên môn được đào tạo, 13,8% cho rằng công việc chưa phù hợp.

Bảng 3.15. Nhận xét của đối tượng nghiên cứu đối với công việc hiện tại

STT	Nội dung	Số lượng	%
1	Công việc có liên quan đến 10 nội dung CSSKBĐ	329	78,1
2	Công việc được giao phù hợp với trình độ	286	67,9
3	Công việc bị quá tải	258	61,2
4	Cần phải thay đổi mô hình hoạt động của trạm y tế	319	75,7
5	Hoàn thành đúng tiến độ công việc là quan trọng	279	66,2

Có 78,1% đối tượng cho rằng công việc đang thực hiện có liên quan đến CSSKBĐ. 67,9% cho rằng công việc phù hợp với trình độ, 66,2% hoàn thành đúng tiến độ công việc được giao, 61,2% nhận thấy công việc thường quá tải và 75,7% cho rằng cần phải thay đổi mô hình hoạt động của TYT.

Bảng 3.16. Nhận xét về sự cần thiết của y tế tuyến xã (n = 421)

STT	Mức độ	Số lượng	%
1	Rất cần thiết	198	47,0
2	Cần thiết	219	52,0
3	Không cần thiết	4	1
4	Rất không cần thiết	0	0

Tỷ lệ đối tượng cho rằng TYT không cần thiết 1%, rất cần thiết 47,2%, cần thiết là 52%.

Bảng 3.17. HÀi lòng về vị trí việc làm của mình

STT	Mức độ	Số lượng	%
1	Rất hài lòng	121	28,7
2	Hài lòng	272	64,6
3	Không hài lòng	28	6,7
4	Rất không hài lòng	0	0

Có 28,7% đối tượng rất hài lòng với vị trí việc làm hiện tại của mình, 64,6% hài lòng và 6,7% không hài lòng với công việc hiện tại.

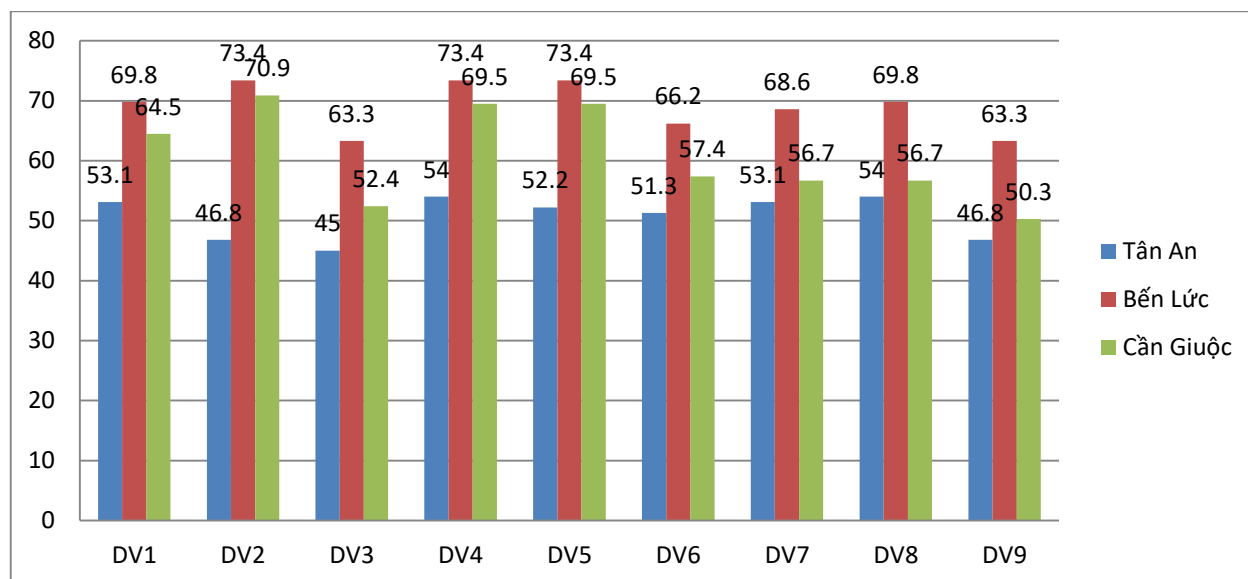
Kết quả thảo luận nhóm tại các TYT tỷ lệ nhân viên phải kiêm nhiệm nhiều công việc là cao: một nhân viên tại Bến Lức nêu ý kiến “Ở đây mỗi một người phải làm rất nhiều chương trình, làm cũng chưa hết việc” (TLN, nữ NVYT, TYT xã, Bến Lức). Một nhân viên khác “em là nữ hộ sinh, phải phụ trách rất nhiều chương trình, có những chương trình dù không đúng với chuyên môn, em tiếp thu sẽ rất chậm và không rành. Có khi tiếp nhận một chương trình mới phải 3 năm em mới rành, cho nên là trước khi mà phụ trách một chương trình nào đấy chúng em cần phải được hướng dẫn thì em mới tiếp được” (TLN, nữ NVYT, TYT xã, Cần Giuộc).

“Giờ đi học một đằng làm một nẻo vậy đó, mình không biết cũng phải thôi. Bắt đầu công việc rất khó khăn” (TLN, nữ NVYT, TYT xã, TP. Tân An).

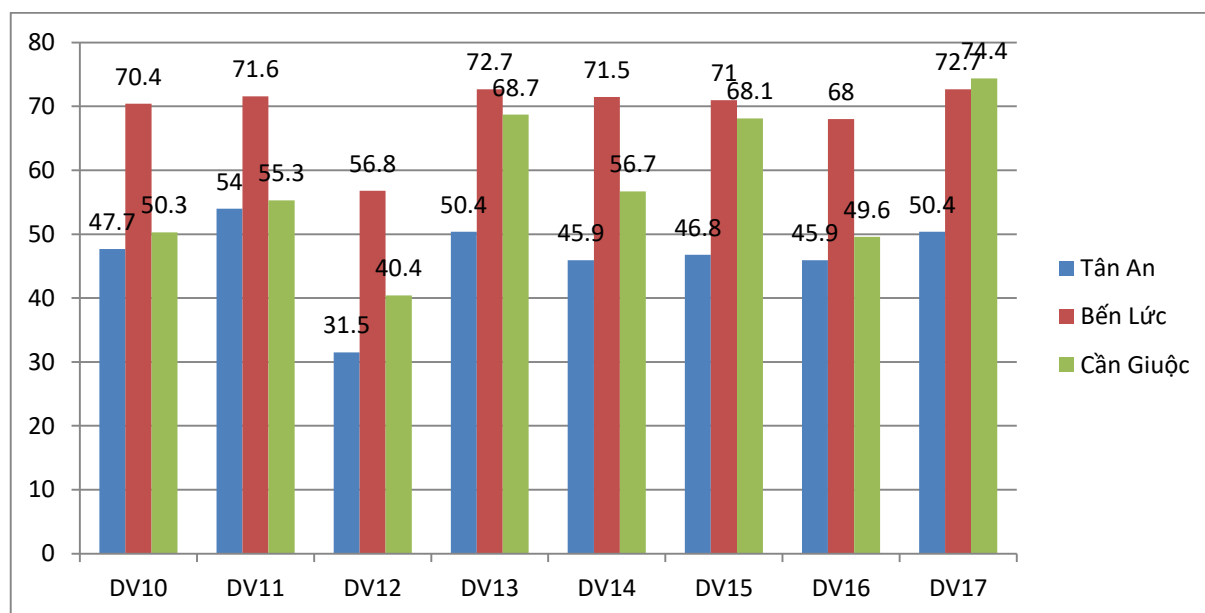
3.1.3.2. Nhận xét của đối tượng nghiên cứu về khả năng đáp ứng các dịch vụ chăm sóc sức khỏe ban đầu tại trạm y tế

Thông tư 39/2017 TT-BYT ngày 18/10/2017 quy định về gói dịch vụ y tế cơ bản thực hiện tại TYT xã do bảo hiểm y tế chi trả. Tuy nhiên việc thực hiện các gói dịch vụ

này cần phải có lộ trình và khả năng đáp ứng của các TYT, đặc biệt về năng lực của nhân lực YTCS, cơ sở vật chất trang thiết bị. Qua khảo sát các đối tượng cho thấy mức độ phù hợp và tính khả thi khi triển khai các gói dịch vụ này kết quả như sau:



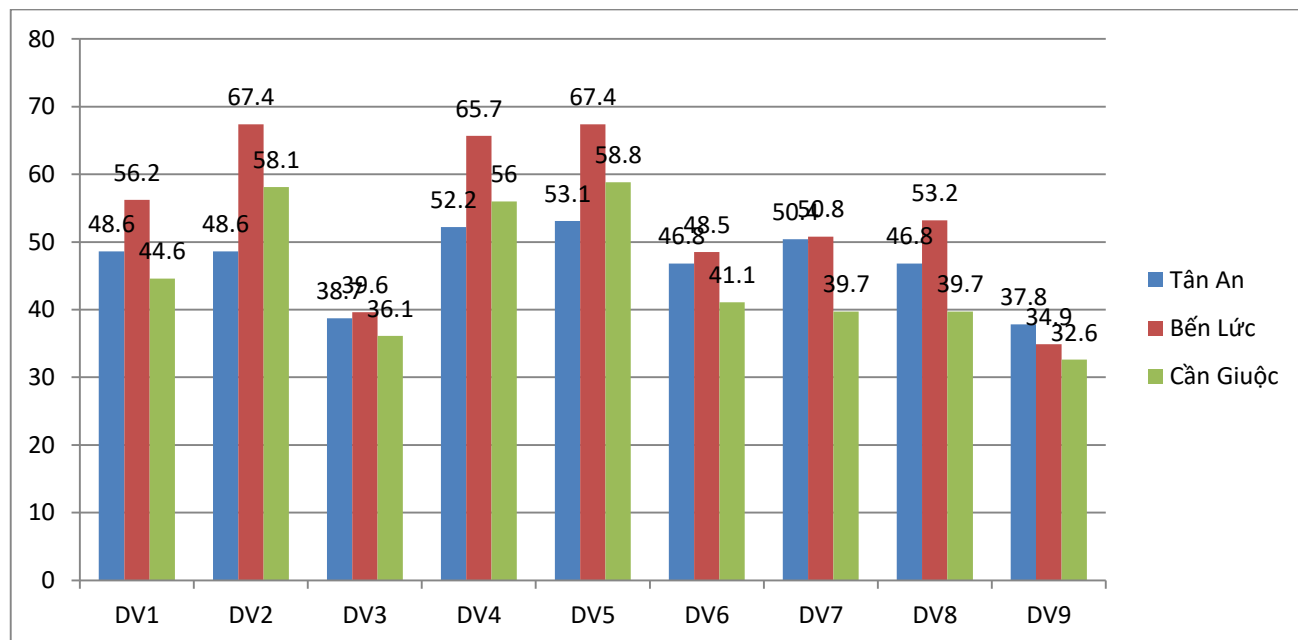
Hình 3.4a. Nhận xét của đối tượng nghiên cứu về sự phù hợp khi triển khai các dịch vụ y tế cơ bản tại TYT



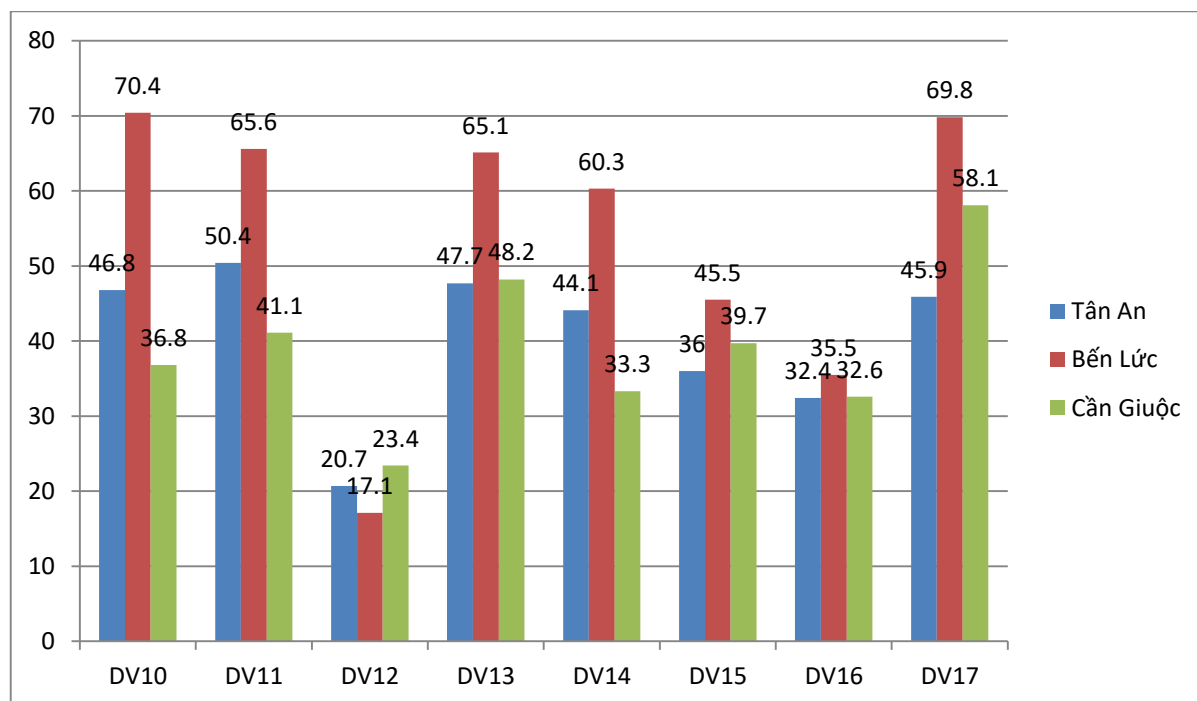
Hình 3.4b. Nhận xét của đối tượng nghiên cứu về sự phù hợp khi triển khai các dịch vụ y tế cơ bản tại TYT

Theo kết quả tại Hình 3.4a, 3.4b cho thấy tỷ lệ đối tượng của 3 địa điểm nghiên cứu đánh giá về mức độ phù hợp của các gói dịch vụ là tương đối đồng đều. Trong đó gói dịch vụ số 17 được đánh giá cao nhất là 74,4% tại huyện Cần Giuộc,

các gói dịch vụ số 2, 4, 5 được đánh giá cao nhất là 73,4% tại Bến Lức. Gói dịch vụ có tỷ lệ đánh giá sự phù hợp thấp nhất là gói dịch vụ số 12 là 31,5% tại Tân An.



Hình 3.5a. Nhận xét của đối tượng nghiên cứu về tính khả thi khi triển khai các dịch vụ y tế cơ bản tại TYT



Hình 3.5b. Nhận xét của đối tượng nghiên cứu về tính khả thi khi triển khai các dịch vụ y tế cơ bản tại TYT

Theo kết quả tại Hình 3.5a và 3.5b thì gói dịch vụ được nhận xét là khả thi nhất là gói dịch vụ số 10 là 70,4% tại Bến Lức, và gói dịch vụ số 17 là 69,8%. Gói dịch vụ được cho là ít khả thi khi triển khai thực hiện là gói dịch vụ số 12 với tỷ lệ là 17,1% tại Bến Lức 20,7% tại Tân An và 23,4% tại Cần Giuộc. Điều này cũng phù hợp với kết quả của Hình 3.4a và 3.4b về tính phù hợp của các gói dịch vụ y tế cơ bản của TYT.

Qua phỏng vấn sâu và thảo luận nhóm về khả năng đáp ứng các gói dịch vụ y tế cơ bản và tính khả thi có một số nhận định như sau: “Nói chung là nói là phù hợp thì cũng chưa phải là phù hợp tại vì, tuyến cơ sở nhân viên quá ít, quá mỏng mà bây giờ các chương trình của địa phương rất là nhiều, còn của ngành dọc từ trên cho nên rất là khó cho anh em do người thì quá mỏng”. (PVS, nữ nhân viên TYT-Tân An)

“Ở trạm mình thì chỉ có thể triển khai được dịch vụ về tiêm chủng và sản, sơ cấp cứu ban đầu thôi, với nhân lực như giờ mình có cũng không thể làm được hết các dịch vụ” (PVS nhân viên TYT-Tân An). “Nếu sau này có triển khai dịch vụ CSSKBD cần được trang bị trang thiết bị, sau đó là các kỹ năng thực hành”. Một ý kiến khác cho rằng “Về cơ bản thì mình chỉ làm được một số cái đơn giản nhất thôi. Chứ để đáp ứng hết toàn bộ các dịch vụ y tế thì không có. Nhiều cái mình đâu có biết đâu. Đơn giản như là sơ cấp cứu ban đầu rồi chuyển đi, chính ngửa cho trẻ em này rồi còn các chương trình phòng chống dịch bệnh. Chị em ở đây cũng vất vả, trạm y tế lại toàn là nữ, việc nhà việc cơ quan cũng vất vả”. (PVS, nữ nhân viên TYT- Bến Lức)

3.1.4. Đánh giá kỹ năng thực hành tư vấn chăm sóc sức khỏe

Căn cứ vào việc thực hiện đúng và đủ các nội dung trong 6 bước tư vấn sức khỏe theo nguyên tắc 6G.

Bảng 3.18. Tỷ lệ đối tượng thực hiện bước 01 “gặp gỡ”

STT	Nội dung thực hiện	Số lượng (n=296)	%
1	Chào hỏi, làm quen	202	68,2
2	Sắp xếp chỗ ngồi cho đối tượng	135	45,6
3	Giới thiệu về mình	149	50,3
4	Thực hiện đủ các nội dung	83	28,0

Có 28% đối tượng thực hiện đủ các nội dung của bước 1 “gặp gỡ”

Bảng 3.19. Tỷ lệ đối tượng thực hiện bước 02 “gọi hỏi”

STT	Nội dung thực hiện	Số lượng (n=296)	%
1	Hỏi lý do người đến tư vấn	215	72,6
2	Hỏi thông tin liên quan đến vấn đề cần tư vấn	170	57,4
3	Động viên đối tượng trình bày hết vấn đề,	89	30,1
4	Cho đối tượng thấy các vấn đề riêng tư của họ sẽ được giữ bí mật	63	21,3
5	Chú ý lắng nghe	181	61,1
6	Quan sát đối tượng	106	35,8
7	Thực hiện đủ các nội dung	38	12,8

Tỷ lệ đối tượng thực hiện đạt cao nhất ở nội dung “ hỏi lý do người đến tư vấn” 72,6%, thấp nhất ở nội dung cho đối tượng thấy các vấn đề riêng tư của họ sẽ được giữ bí mật, tuy nhiên thực hiện đủ các nội dung ở bước 2 đạt 12,8%.

Bảng 3.20. Tỷ lệ đối tượng thực hiện bước 03 “giới thiệu”

STT	Nội dung thực hiện	Số lượng (n=296)	%
1	Bổ sung kiến thức đối tượng chưa biết	115	38,9
2	Sử dụng tài liệu, phương tiện, hỗ trợ phù hợp	164	55,4
3	Đưa ra các cách giải quyết cho đối tượng	74	25,0
4	Thực hiện đủ các nội dung	30	10,1

Tỷ lệ thực hiện đủ các nội dung của bước 3 đạt 10,1% trong đó cao nhất 55,4% ở nội dung sử dụng tài liệu, phương tiện, hỗ trợ phù hợp

Bảng 3.21. Tỷ lệ đối tượng thực hiện bước 04 “giúp đỡ”

STT	Nội dung thực hiện	Số lượng (n=296)	%
1	Đề khách hàng lựa chọn cách giải quyết vấn đề phù hợp	58	19,6
2	Hướng dẫn cụ thể giúp khách hàng biết phải làm gì để tự giải quyết vấn đề của mình.	47	15,9
3	Thực hiện đủ các nội dung	32	10,8

Tỷ lệ thực hiện đủ các nội dung của bước 4 là 10,8%, trong đó thấp nhất ở nội dung “ Hướng dẫn cụ thể giúp khách hàng biết phải làm gì để tự giải quyết vấn đề của mình” 15,9%.

Bảng 3.22. Tỷ lệ đối tượng thực hiện bước 05 “giải thích”

STT	Nội dung thực hiện	Số lượng (n=296)	%
1	Giải thích những vấn đề khách hàng còn thắc mắc hoặc hiểu chưa đúng	173	58,4
2	Cung cấp tài liệu liên quan đến vấn đề	87	29,4
3	Thực hiện đủ các nội dung	73	24,7

Tỷ lệ thực hiện đủ các nội dung của bước 5 là 24,7%, trong đó thấp nhất ở nội dung “Cung cấp tài liệu liên quan đến vấn đề ” 24,7%.

Bảng 3.23. Tỷ lệ đối tượng thực hiện bước 06 “gặp lại”

STT	Nội dung thực hiện	Số lượng (n=296)	%
1	Động viên, tạo điều kiện tiếp tục hỗ trợ đối tượng	82	27,7
2	Cảm ơn đối tượng khi kết thúc	60	20,3
3	Thực hiện đủ các nội dung	44	14,9

Tỷ lệ thực hiện đủ các nội dung của bước 6 là 14,9%, trong đó thấp nhất ở nội dung “Cảm ơn đối tượng khi kết thúc” 20,3%.

Bảng 3.24. Phân loại điểm thực hành (n=296)

Xếp loại thực hành	Huyện						Tổng	
	Tân An (n ₁ =83)		Bến Lức (n ₂ =104)		Cần Giuộc (n ₃ =109)			
	SL	%	SL	%	SL	%	SL	%
Đạt	6	7,2	6	5,8	7	6,4	19	6,4
Không đạt	77	92,8	98	94,2	102	93,6	277	93,6

Tỷ lệ thực hiện đạt trong tư vấn sức khỏe tại Tân An 7,2%, Bến Lức 5,8%, Cần Giuộc 6,4% và tỷ lệ đạt chung là 6,4%. Như vậy tỷ lệ đạt trong thực hành trong tư vấn sức khỏe tại 3 địa điểm nghiên cứu là tương đồng.

Kết quả thảo luận nhóm cho thấy nguyên nhân tỷ lệ đạt về thực hành không cao là do công việc thường được trao đổi hướng dẫn theo kinh nghiệm của người đi trước cho người mới đến, (một nhân viên TYT Cần Giuộc) nêu ý kiến “*Từ trước tới giờ mình chỉ biết tư vấn theo suy nghĩ chuyên môn của mình chứ không biết có cái quy trình tư vấn sức khỏe này*”. (TLN, nữ nhân viên y tế, huyện Cần Giuộc)

Một nhân viên TYT - Bến Lức cho biết “*Chị thì chị làm được hết, chỉ có các em mới là thiếu kinh nghiệm chuyên môn rồi cách nói chuyện với bệnh nhân cũng chưa được tự tin, gặp người khó tánh thì cũng không biết làm thế nào. Kiểu như là tụi nó chưa có kỹ năng nói và giải thích nó cũng chưa tới, mình phải chỉ tụi nó nhiều*”. (TLN, nữ nhân viên y tế, huyện Bến Lức)

3.1.5. Khả năng và phương tiện tiếp cận thông tin của đối tượng nghiên cứu

Bảng 3.25. Phương tiện và khả năng tiếp cận công nghệ thông tin của cá nhân

STT	Nội dung	Tổng (n=421)	
		SL	%
1	Sử dụng điện thoại thông minh	372	88,4
2	Điện thoại có kết nối internet	372	88,4
3	Có sử dụng máy tính kết nối internet	421	100
4	Thường xuyên cập nhật tin tức qua internet	388	92,2

100% các TYT có máy tính và được kết nối mạng internet trực tiếp và có wifi, 88,4% đối tượng nghiên cứu sử dụng điện thoại thông minh (có kết nối mạng), 92,2% đối tượng thường xuyên cập nhật tin tức qua mạng. Như vậy 100% đối tượng được cập nhật thông tin qua mạng bằng các loại phương tiện bao gồm điện thoại thông minh của cá nhân, máy vi tính của TYT.

Bảng 3.26. Tình hình trang thiết bị công nghệ thông tin tại địa bàn nghiên cứu

STT	TTYT	Máy tính có kết nối mạng n (%)	TYT có wifi n (%)
1	TP Tân An	51 (100)	14 (100)
2	Huyện Bến Lức	60 (100)	15 (100)
3	Huyện Cần Giuộc	51 (100)	17 (100)
Tổng		162 (100)	46 (100)

100% các TYT có máy vi tính được kết nối mạng trung bình mỗi TYT có ít nhất 03 máy vi tính trở lên, một số TYT có đến 07 máy, 100% các TYT có kết nối wifi đây là yếu tố thuận lợi cho kết nối mạng của điện thoại thông minh.

3.2. Một số yếu tố liên quan tới kiến thức về chăm sóc sức khỏe ban đầu của nhân viên y tế tuyến cơ sở tỉnh Long An, 2018

3.2.1. Một số yếu tố cá nhân liên quan tới kiến thức về chăm sóc sức khỏe ban đầu

Bảng 3.27. Mô hình hồi quy logistic về mối liên quan giữa đặc điểm cá nhân với kiến thức của đối tượng về chức năng của TYT

Các yếu tố		Số ĐT có kiến thức đạt (%)	OR (95%CI)	aOR (95%CI)
Tuổi	≤ 30	23 (14,6)	1,0 (0,57-1,78)	1,8 (0,93 - 3,69)
	> 30	39 (14,7)		
Giới	Nữ	53 (15,7)	0,6 (0,28-1,30)	1,9 (0,87-4,15)
	Nam	9 (10,5)		
Chức vụ	Nhân viên	43 (12,7)	2,0* (1,09-3,70)	2,0* (1,02 - 3,93)
	Quản lý	19 (22,8)		
Trình độ	CĐ, TC	41 (12,7)	1,8* (0,99-3,23)	1,7 (0,92 - 3,41)
	ĐH, sau ĐH	21 (21)		
Thâm niên công tác	≤ 5 năm	8 (9,4)	1,8 (0,86-4,30)	1,9 (0,81 - 4,85)
	> 5 năm	54 (16,1)		

(*): $p < 0,05$ Mô hình được kiểm soát bởi các yếu tố tuổi, giới, chức vụ, trình độ, thâm niên công tác

Phân tích đơn biến cho thấy 2 yếu tố trình độ và chức vụ tác động đến kiến thức chức năng của TYT có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). Cán bộ trình độ đại học và sau đại học có kiến thức cao hơn nhóm còn lại ($OR = 1,8$; 95%CI: 0,99-3,23), đối tượng làm quản lý có kiến thức cao hơn so với nhân viên ($OR = 2,0$; 95%CI : 1,09-3,70). Sau khi khử nhiễu các yếu tố tuổi, giới, trình độ và thâm niên công tác thì đối tượng làm quản lý có kiến thức cao hơn so với nhân viên ($aOR = 2,0$; 95%CI: 1,02 - 3,93).

Bảng 3.28. Mô hình hồi quy logistic về mối liên quan giữa đặc điểm cá nhân với kiến thức của đối tượng về nhiệm vụ của TYT

Yếu tố		Số ĐT có kiến thức đạt (%)	OR (95%CI)	aOR (95%CI)
Tuổi	≤ 30	10 (6,3)	2,2*	1,0
	> 30	35 (13,2)	(1,10-4,88)	(0,45 - 2,44)
Giới	Nữ	36 (10,7)	0,9	1,2
	Nam	9 (10,5)	(0,43-2,08)	(0,56 - 2,86)
Chức vụ	Nhân viên	28 (8,2)	2,8***	1,9
	Quản lý	17 (20,4)	(1,44-5,48)	(0,97 - 4,07)
Trình độ	CĐ, TC	25 (7,7)	2,9***	2,1*
	ĐH, sau ĐH	20 (20)	(1,54-5,60)	(1,06 - 4,28)
Thâm niên công tác	≤ 5 năm	3 (3,5)	4,0*	4,2
	> 5 năm	43 (12,8)	(1,34-16,60)	(0,89 - 19,76)

(*): $p < 0,05$; (**): $p < 0,01$; (***): $p < 0,001$

Mô hình được kiểm soát bởi các yếu tố tuổi, giới, chức vụ, trình độ, thâm niên công tác

Mô hình hồi quy đa biến với các biến độc lập là tuổi, giới, chức vụ, trình độ và thâm niên công tác cho thấy mối liên quan giữa trình độ học vấn với kiến thức của đối tượng về nhiệm vụ của trạm y tế. Đối tượng trình độ đại học, sau đại học có kiến thức cao hơn nhóm trình độ cao đẳng, trung cấp (aOR = 2,1; 95%CI: 1,06 – 4,28). Phân tích đơn biến thấy có mối liên quan giữa trình độ, chức vụ, tuổi, thâm niên công tác với kiến thức của đối tượng nghiên cứu về những nhiệm vụ của TYT ($p < 0,05$). Nhóm trình độ đại học, sau đại học có kiến thức cao hơn nhóm cao đẳng trung cấp (OR=2,9; 95%CI: 1,54-5,60), nhóm đối tượng làm công tác quản lý có kiến thức cao hơn nhân viên (OR = 2,8; 95%CI: 1,44-5,48), độ tuổi và thâm niên công tác cũng chênh lệch về kiến thức lần lượt (OR= 2,2; 95%CI: 1,10-4,88), (OR = 4,0; 95%CI: 1,34-16,60) .

Bảng 3.29. Mô hình hồi quy logistic về mối liên quan giữa đặc điểm cá nhân với kiến thức của đối tượng về CSSKBĐ trên thế giới

Yếu tố		Số ĐT có kiến thức đạt (%)	OR (95%CI)	aOR (95%CI)
Tuổi	≤ 30	22 (14,0)	1,3	1,1
	> 30	47 (17,8)	(0,77-2,33)	(0,59 - 2,35)
Giới	Nữ	59 (17,5)	0,6	2,0
	Nam	10 (11,7)	(0,29-1,25)	(0,96 - 4,31)
Chức vụ	Nhân viên	51 (15,1)	1,5	1,2
	Quản lý	18 (21,6)	(0,83-2,81)	(0,62 - 2,35)
Trình độ	CĐ, TC	41 (12,7)	2,6***	2,8**
	ĐH, sau ĐH	28 (28,0)	(1,52-4,57)	(1,53 - 5,25)
Thâm niên công tác	≤ 5 năm	10 (11,7)	1,5	1,2
	> 5 năm	59 (17,5)	(0,79-3,43)	(0,53 - 2,91)

(**): $p < 0,01$; (***): $p < 0,001$

Mô hình được kiểm soát bởi các yếu tố tuổi, giới, chức vụ, trình độ, thâm niên công tác

Phân tích hồi quy logistic cho thấy đối tượng trình độ đại học, sau đại học có kiến thức cao hơn nhóm cao đẳng, trung cấp (OR=2,6; 95%CI: 1,52-4,57) và tỷ suất chênh đã hiệu chỉnh là aOR = 2,8; 95%CI: 1,53 - 5,25.

Bảng 3.30. Mô hình hồi quy logistic về mối liên quan giữa đặc điểm cá nhân với kiến thức của đối tượng về nguyên tắc CSSKBĐ

Yếu tố		Số ĐT có kiến thức đạt (%)	OR (95%CI)	aOR (95%CI)
Tuổi	≤ 30	22 (14,0)	0,5*	4,2 ***
	> 30	21 (7,9)	(0,27-1,0)	(1,928 – 9,115)
Giới	Nữ	34 (10,1)	1,0	1,1
	Nam	9 (10,5)	(0,45-2,23)	(0,49 – 2,49)
Chức vụ	Nhân viên	32 (9,4)	1,4	1,7
	Quản lý	11 (13,2)	(0,67-2,99)	(0,74 – 3,94)
Trình độ	CĐ, TC	29 (9,0)	1,6	1,9
	ĐH, sau ĐH	14 (14,0)	(0,80-3,21)	(0,881 – 4,25)
Thâm niên công tác	≤ 5 năm	5 (5,8)	2,03	3,6*
	> 5 năm	38 (11,3)	(0,82-6,01)	(1,26 – 10,22)

(*): $p < 0,05$ (**): $p < 0,01$; (***): $p < 0,001$

Mô hình được kiểm soát bởi các yếu tố tuổi, giới, chức vụ, trình độ, thâm niên công tác

Phân tích logistic đơn biến cho thấy có mối liên quan giữa độ tuổi của đối tượng nghiên cứu đến kiến thức về nguyên tắc CSSKBĐ và có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$) (OR = 0,5; 95%CI: 0,27-1,0). Mô hình hồi quy đa biến cho thấy đối tượng độ tuổi trên 30 có kiến thức cao hơn nhóm tuổi dưới 30, và thâm niên công tác trên 5 năm có kiến thức cao hơn nhóm từ 5 năm trở xuống với tỷ suất chênh hiệu chỉnh lần lượt là (aOR = 4,2; 95%CI: 1,92 – 9,11) và (aOR = 3,6; 95%CI: 1,26-10,22).

Bảng 3.31. Mô hình hồi quy logistic về mối liên quan giữa đặc điểm cá nhân với kiến thức của đối tượng về CSSKBĐ Việt Nam

Yếu tố		Số ĐT có kiến thức đạt (%)	OR (95%CI)	aOR (95%CI)
Tuổi	≤ 30	26 (16,5)	1,0	1,7
	> 30	44 (16,6)	(0,59-1,73)	(0,90 – 3,41)
Giới	Nữ	59 (17,5)	0,7	1,8
	Nam	11 (12,9)	(0,33-1,36)	(0,87 – 3,70)
Chức vụ	Nhân viên	52 (15,3)	1,5	1,3
	Quản lý	18 (21,6)	(0,81-2,75)	(0,67 – 2,55)
Trình độ	CĐ, TC	43 (13,3)	2,3***	2,6**
	ĐH, sau ĐH	27 (27,0)	(1,37-4,11)	(1,43 – 4,96)
Thâm niên công tác	≤ 5 năm	10 (11,7)	1,6	1,6
	> 5 năm	60 (17,8)	(0,81-3,49)	(0,72 – 3,80)

(**): $p < 0,01$; (***): $p < 0,001$

Mô hình được kiểm soát bởi các yếu tố tuổi, giới, chức vụ, trình độ, thâm niên công tác

Phân tích logistic tìm ra mối liên quan giữa trình độ học vấn với kiến thức về CSSKBĐ tại Việt Nam, đối tượng có trình độ đại học, sau đại học có kiến thức cao hơn nhóm cao đẳng trung cấp (OR= 2,3; 95%CI : 1,37-4,11) và tỷ suất chênh sau khi hiệu chỉnh là (aOR = 2,6; 95%CI: 1,43 – 4,96).

Bảng 3.32. Mô hình hồi quy logistic về mối liên quan giữa đặc điểm cá nhân với kiến thức chung của đối tượng

Yếu tố		Số ĐT có kiến thức đạt (%)	OR (95%CI)	aOR (95%CI)
Tuổi	≤ 30	12 (7,6)	1,8	2,1
	> 30	35 (13,2)	(0,93-3,67)	(0,89 – 5,11)
Giới	Nữ	36 (10,7)	1,2	1,3
	Nam	11 (12,9)	(0,57-2,50)	(0,58 – 2,89)
Chức vụ	Nhân viên	27 (7,9)	3,6***	2,3*
	Quản lý	20 (24,1)	(1,90-6,91)	(1,13 – 4,88)
Trình độ	CĐ, TC	17 (5,3)	7,6***	6,6***
	ĐH, sau ĐH	30 (30,0)	(3,99-14,85)	(3,20 – 13,95)
Thâm niên công tác	≤ 5 năm	2 (2,3)	6,4*	4,5
	> 5 năm	45 (13,3)	(1,79-39,98)	(0,95 - 21,77)

(*): $p < 0,05$; (***): $p < 0,001$

Mô hình được kiểm soát bởi các yếu tố tuổi, giới, chức vụ, trình độ, thâm niên công tác

Phân tích đơn biến tìm thấy mối liên quan giữa chức vụ, trình độ và thâm niên công tác với kiến thức chung của đối tượng nghiên cứu ($p < 0,001$ và $p < 0,05$). Đối tượng làm công tác quản lý có kiến thức cao hơn nhân viên (OR = 3,6; 95%CI: 1,90-6,91), đối tượng trình độ đại học, sau đại học có kiến thức cao hơn nhóm còn lại (OR = 7,6; 95%CI: 3,99-14,85), đối tượng có thâm niên công tác trên 5 năm có kiến thức cao hơn nhóm còn lại (OR = 6,4; 95%CI = 1,79-39,98). Mô hình hồi quy đa biến khử nhiễu các yếu tố tuổi, giới và thâm niên công tác cho thấy chức vụ và trình độ có liên quan đến kiến thức của đối tượng nghiên cứu với tỷ suất chênh hiệu chỉnh lần lượt là (aOR = 2,3; 95%CI: 1,13 - 4,88), và (aOR = 6,6; 95%CI: 3,20 - 13,95).

3.2.2. Một số yếu tố hệ thống ảnh hưởng tới kiến thức của đối tượng nghiên cứu

Kết quả thảo luận nhóm trước can thiệp cho thấy một số nguyên nhân làm hạn chế kiến thức về CSSKBĐ của nhân lực như: Việc thực hiện nhiệm vụ tại TYT của nhân viên thường thiếu tính chủ động, chủ yếu làm theo mẫu từ trên, việc chủ động không phụ thuộc tuyến trên là rất hạn chế. Một nhân viên cho biết “*Như năm 2015 mình có biết thông tư quy định về chức năng nhiệm vụ của trạm y tế, rồi các*

văn bản khác mà ở trên gởi xuống mình làm theo quán tính chứ cũng không nhớ nổi tên của nó là gì” (PVS, nam nhân viên TYT - TP Tân An). Một nhân viên khác thì cho rằng: “Nhiều quá rồi miết mình cũng không nhớ tên với số văn bản, ở trên chỉ đạo xuống như thế nào thì làm như vậy thôi chứ mình có muốn tự đề xuất lên cũng không được ấy” (PVS, nữ nhân viên tại TYT – TP Tân An).

Khi học tại trường y các cán bộ y tế đã được học về CSSKBĐ tuy nhiên khi ra làm việc, thì chủ yếu làm theo hướng dẫn của tuyến trên nên kiến thức cơ bản bị mai một. Một nhân viên tại TYT cho biết: “Nói chung mình biết cách đây hai mươi mấy năm rồi, từ hồi đi học đã được nghe đến hội nghị Alma-ata đó, rồi đi làm thì cũng có nhắc nhưng mỗi lúc có một nội dung thôi à” (TLN, nam nhân viên TYT, huyện Cần Giuộc), một nhân viên khác nêu ý kiến “Từ hồi đi học cũng có được dạy về CSSKBĐ cách đây lâu rồi và từ hồi đó đến giờ không được tập huấn nên không còn nhớ, chỉ biết nội dung mình làm là CSSKBĐ” (TLN, nữ nhân viên TYT, huyện Bến Lức). Một nhân viên TYT “Nói chung mình biết về các nội dung CSSKBĐ từ khoảng những năm 1986 nhưng giờ không còn nhớ được”. Hoặc một ý kiến khác “Cũng lâu rồi không nhớ lắm từ hồi những năm 95-96 khi được phụ trách TYT là mình cũng có được biết về CSSKBĐ tới giờ” (TLN, nữ nhân viên TYT, huyện Cần Giuộc).

Một nguyên nhân khác là do chưa được tiếp cận với các kiến thức mới về CSSKBĐ về vấn đề này một nhân viên cho rằng “Mình chưa có nghe đến đặc trưng CSSKBĐ năm 2008 bao giờ” (TLN, nữ nhân viên TYT, huyện Cần Giuộc). ý khác “Hàng năm TTYT có tập huấn 1 lần, nên cần tập huấn nhiều hơn” (TLN, nữ nhân viên TYT, TP Tân An). Ý kiến khác cho rằng cần tăng thêm thời gian tập huấn như: “Về chuyên môn CSSKBĐ chưa được cập nhật thường xuyên, có khi 1 năm mới có 1- 2 buổi tập huấn như vậy chưa cung cấp đầy đủ kiến thức” (TLN, nam nhân viên TYT, huyện Bến Lức). Việc tập huấn cần đảm bảo phù hợp cho các nhóm đối tượng có trình độ tương đương, một nhân viên nhận xét:

“Em thấy tuyến trên nên mở các lớp tập huấn cho từng đối tượng như y sỹ, điều dưỡng, dược, nữ hộ sinh... mỗi đối tượng phải có một lớp riêng và cung cấp thêm tài liệu, băng đĩa ghi hình cho sinh động. Hiện nay TYT có máy tính, ai cũng có

điện thoại thông minh kết nối mạng, có thể cung cấp tài liệu hoặc bài giảng qua đó cho mọi người” (TLN, nữ nhân viên TYT, huyện Cần Giuộc).

Từ kết quả thảo luận nhóm nêu trên cho thấy các yếu tố hệ thống ảnh hưởng tới kiến thức và thực hành của đối tượng nghiên cứu bao gồm:

- Chính sách về đào tạo của đơn vị;
- Không được tiếp cận và cập nhật được nguồn tài liệu về CSSKBĐ;
- Chưa có những công cụ và giải pháp hữu hiệu phù hợp trong việc cung cấp thông tin, đào tạo và giám sát thường xuyên.
- Sự thụ động trong thực hiện các hoạt động CSSKBĐ tại TYT.

Kiến thức về CSSKBĐ đề cập trong nghiên cứu này là những kiến thức cơ bản, tuy nhiên tại các đơn vị do công việc hiện tại thường chú trọng vào chuyên môn có tính chất cấp thiết, cần phải đáp ứng ngay, trong khi ảnh hưởng của kiến thức này lại có tính chất lâu dài trong tương lai. Chính vì vậy mà chưa được chú trọng, thiếu sự quan tâm của đơn vị dẫn đến tình trạng hiếm khi tổ chức các lớp tập huấn đào tạo thường xuyên về kiến thức cơ bản của CSSKBĐ cho nhân viên y tế tại tuyến cơ sở.

3.3. Hiệu quả một số biện pháp can thiệp nâng cao kiến về chăm sóc sức khỏe ban đầu, thực hành tư vấn chăm sóc sức khỏe của nhân viên y tế tuyến cơ sở tỉnh Long An, 2018.

3.3.1. Hiệu quả can thiệp về kiến thức chăm sóc sức khỏe ban đầu

Bảng 3.33. Hiệu quả can thiệp thay đổi kiến thức về chức năng của TYT

Kiến thức		Nhóm can thiệp				Nhóm chứng				HQCT (%)	
		ĐH, SĐH		CĐ, TC		ĐH, SĐH		CĐ, TC		ĐH, SĐH	CĐ, TC
		Trước n=32	Sau n=22	Trước n=109	Sau n=78	Trước n=44	Sau n=20	Trước n=125	Sau n=80		
SCN	SL	14	17	39	52	25	12	39	24	71	82
	%	43,8	77,3	35,8	66,7	56,8	60,0	31,2	30,0		
	p	<0,05		<0,001		>0,05		>0,05			
2CN	SL	6	14	13	41	11	6	15	11	219	326
	%	18,8	63,6	11,9	52,6	25,0	30,0	12,0	13,8		
	p	<0,001		<0,001		>0,05		>0,05			
CN1	SL	15	19	27	51	14	5	26	16	63	160
	%	46,9	86,4	24,8	65,4	31,8	25,0	20,8	20,0		
	p	<0,05		<0,001		>0,05		>0,05			
CN2	SL	7	15	17	45	12	3	22	15	167	239
	%	21,9	68,2	15,6	57,7	27,3	15,0	27,3	18,8		
	p	<0,001		<0,001		>0,05		>0,05			

TCT kiến thức về các chức năng của TYT cao nhất là 46,9%, thấp nhất là 18,8% ở nhóm có trình độ ĐHSĐH. SCT cao nhất đạt 86,4%, HQCT 63% ($p < 0,05$), thấp nhất 63,6%, HQCT 219% ($p < 0,001$). Đối với nhóm có trình độ CĐTC, TCT cao nhất đạt 35,8% thấp nhất 11,9%, SCT cao nhất đạt 66,7%, HQCT 82% ($p < 0,001$) và thấp nhất đạt 52,6%, HQCT 326% ($p < 0,001$). Như vậy kiến thức về chức năng của TYT cả 2 nhóm đối tượng nghiên cứu trong nhóm can thiệp SCT đều tăng lên đáng kể và có ý nghĩa thống kê. Đối với nhóm chứng kiến thức của 2 nhóm đối tượng ở tất cả các nội dung thay đổi không đáng kể và không có ý nghĩa thống kê do $p > 0,05$.

Bảng 3.34. Hiệu quả can thiệp về nhiệm vụ (NV) của TYT

Kiến thức		Nhóm can thiệp				Nhóm chứng				HQCT (%)	
		ĐH, SDH		CĐ, TC		ĐH, SDH		CĐ, TC		ĐH, SDH	CĐ, TC
		Trước n=32	Sau n=22	Trước n=109	Sau n=78	Trước n=44	Sau n=20	Trước n=125	Sau n=80		
SNV	SL	11	16	26	53	15	7	36	14	109	146
	%	34,4	72,7	23,9	67,9	34,1	35,0	28,8	17,5		
	p	<0,05		<0,001		>0,05		>0,05			
NV1	SL	10	19	27	57	12	4	31	17	150	181
	%	31,3	86,4	24,8	73,1	27,3	20,0	24,8	21,3		
	p	<0,001		<0,001		>0,05		>0,05			
NV2	SL	9	18	18	54	11	4	25	15	171	313
	%	28,1	81,8	16,5	69,2	25,0	20,0	20,0	18,8		
	p	<0,001		<0,001		>0,05		>0,05			
NV3	SL	12	17	15	48	13	6	19	12	105	346
	%	37,5	77,3	13,8	61,5	29,5	30,0	15,2	15,0		
	p	< 0,05		<0,001		>0,05		>0,05			
NV4	SL	10	16	14	45	9	5	21	13	111	346
	%	31,3	72,7	12,8	57,7	20,5	25,0	16,8	16,3		
	p	<0,05		<0,001		>0,05		>0,05			
NV5	SL	8	15	16	44	8	4	18	11	163	280
	%	25,0	68,2	14,7	56,4	18,2	20,0	14,4	13,8		
	p	< 0,05		<0,001		>0,05		>0,05			
NV6	SL	7	16	15	43	12	5	16	9	224	288
	%	21,9	72,7	13,8	55,1	27,3	25,0	12,8	11,3		
	p	<0,001		<0,001		>0,05		>0,05			
NV7	SL	9	14	11	41	10	5	11	7	116	420
	%	28,1	63,6	10,1	52,6	22,7	25,0	8,8	8,8		
	p	<0,05		<0,0001		>0,05		>0,05			
NV8	SL	10	16	15	51	11	6	17	10	113	367
	%	31,3	72,7	13,8	65,4	25,0	30,0	13,6	12,5		
	p	< 0,05		<0,001		>0,05		>0,05			
NV9	SL	8	14	11	46	12	5	13	11	146	452
	%	25,0	63,6	10,1	59,0	27,3	25,0	10,4	13,8		
	p	< 0,05		<0,001		>0,05		>0,05			
9NV	SL	7	13	9	40	9	4	9	6	168	517
	%	21,9	59,1	8,3	51,3	20,5	20,0	7,2	7,5		
	p	< 0,05		<0,001		>0,05		>0,05			

SNV: số nhiệm vụ, NV: nhiệm vụ

Kiến thức về nhiệm vụ của TYT; TCT trong nhóm can thiệp cao nhất là 37,5% và thấp nhất là 21,9% ở nhóm đối tượng có trình độ ĐH SDH. Sau CT cao nhất 86,4%,

HQCT 150% ($p < 0,001$), thấp nhất là 59,1%, HQCT 168% ($p < 0,05$), tương tự đối với nhóm CĐTC TCT là 12,8% và 8,3%, SCT là 73,1%, HQCT 181 ($p < 0,001$) và 51,3%, HQCT 517% ($p < 0,05$).

Đối với nhóm chứng những biến đổi về kiến thức trong thời gian nghiên cứu là không đáng kể và không có ý nghĩa thống kê do $p > 0,05$.

Bảng 3.35. Hiệu quả can thiệp về nội dung (Nd) chuyên môn kỹ thuật của TYT

Kiến thức		Nhóm can thiệp				Nhóm chứng				HQCT (%)	
		ĐH, SDH		CĐ, TC		ĐH, SDH		CĐ, TC		ĐH, SDH	CĐ, TC
		Trước n=32	Sau n=22	Trước n=109	Sau n=78	Trước n=44	Sau n=20	Trước n=125	Sau n=80		
Nd1	SL %	15 46,9	16 72,7	18 16,5	50 64,1	20 45,5	6 30,0	12 9,6	8 10,0	21	284
	p	>0,05		<0,001		>0,05		>0,05			
Nd2	SL %	9 28,1	14 63,6	17 15,6	54 69,2	13 29,5	4 20,0	18 14,4	9 11,3	94	322
	p	<0,05		<0,001		>0,05		>0,05			
Nd3	SL %	11 34,4	13 59,1	15 13,8	49 62,8	17 38,6	5 25,0	15 12,0	6 7,5	37	319
	p	>0,05		<0,001		>0,05		>0,05			
Nd4	SL %	10 31,3	15 68,2	13 11,9	53 67,9	15 34,1	6 30,0	13 10,4	4 5,0	106	418
	p	<0,05		<0,001		>0,05		>0,05			
Nd5	SL %	12 37,5	15 68,2	12 11,0	51 65,4	16 36,4	5 25,0	12 9,6	3 3,8	51	433
	p	<0,05		<0,001		>0,05		>0,05			
Nd6	SL %	9 28,1	14 63,6	14 12,8	48 61,5	11 25,0	3 15,0	10 8,0	5 6,3	86	357
	p	<0,05		<0,001		>0,05		>0,05			
6Nd	SL %	5 15,6	13 59,1	9 8,3	44 56,4	6 13,6	2 10,0	10 8,0	2 2,5	252	514
	p	<0,05		<0,001		>0,05		>0,05			

TCT nhóm có trình độ ĐH SDH có kiến thức cao nhất và thấp nhất tương ứng là 46,9 và 15,6%. Tỷ lệ này ở nhóm có trình độ CĐ TC tương ứng là 16,5 và 8,3%, tuy nhiên SCT tỷ lệ tương ứng của hai nhóm đã thay đổi đáng kể là: ĐH SDH lên 72,7% và 59,1%, nhóm CĐ TC lên 69,2%, HQCT 322% ($p < 0,001$) và 56,4%. Ở nội dung 3 (ND3) tuy mức tăng lên của nhóm ĐH SDH từ 34,9% lên 59,1% nhưng $p > 0,05$ nên không có ý nghĩa thống kê. Đối với nhóm chứng những biến đổi về kiến

thức của tất cả các nội dung trong thời gian nghiên cứu là không đáng kể và không có ý nghĩa thống kê do $p > 0,05$.

Bảng 3.36. Hiệu quả can thiệp thay đổi kiến thức về CSSKBĐ thể giới

Nội dung		Nhóm can thiệp				Nhóm chứng				HQCT (%)	
		ĐH, SĐH		CĐ, TC		ĐH, SĐH		CĐ, TC		ĐH, SĐH	CĐ, TC
		Trước n=32	Sau n=22	Trước n=109	Sau n=78	Trước n=44	Sau n=20	Trước n=125	Sau n=80		
KN	SL	9	17	13	43	10	6	18	11	143	358
	%	28,1	77,3	11,9	55,1	22,7	30,0	14,4	13,8		
	p	<0,001		<0,001		>0,05		>0,05			
SND	SL	17	19	40	65	17	9	21	13	46	124
	%	53,1	86,4	36,7	83,3	38,6	45,0	16,8	16,3		
	p	<0,05		<0,001		>0,05		>0,05			
ND1	SL	14	20	20	67	13	9	25	18	55	356
	%	43,8	90,9	18,3	85,9	29,5	45,0	20,0	22,5		
	p	<0,001		<0,001		>0,05		>0,05			
ND2	SL	14	16	15	61	14	8	23	17	41	453
	%	43,8	72,7	13,8	78,2	31,8	40,0	18,4	21,3		
	p	<0,05		<0,001		>0,05		>0,05			
ND3	SL	12	18	17	58	11	8	22	19	58	342
	%	37,5	81,8	15,6	74,4	25,0	40,0	17,6	23,8		
	p	<0,001		<0,001		>0,05		>0,05			
ND4	SL	16	19	17	56	16	8	25	20	63	335
	%	50,0	86,4	15,6	71,8	36,4	40,0	20,0	25,0		
	p	<0,05		<0,001		>0,05		>0,05			
ND5	SL	18	20	21	50	20	9	28	21	61	216
	%	56,3	90,9	19,3	64,1	45,5	45,0	22,4	26,3		
	p	<0,05		<0,001		>0,05		>0,05			
ND6	SL	14	18	15	59	21	7	24	18	60	432
	%	43,8	81,8	13,8	75,6	47,7	35,0	19,2	22,5		
	p	<0,05		<0,001		>0,05		>0,05			
ND7	SL	16	19	22	61	22	8	26	19	53	273
	%	50,0	86,4	20,2	78,2	50,0	40,0	20,8	23,8		
	p	<0,05		<0,001		>0,05		>0,05			
ND8	SL	15	19	14	61	10	7	21	19	30	468
	%	46,9	86,4	12,8	78,2	22,7	35,0	16,8	23,8		
	p	<0,05		<0,001		>0,05		>0,05			

Trước can thiệp nhóm có trình độ ĐH SĐH có kiến thức cao nhất và thấp nhất tương ứng là 56,3% và 28,1%. Tỷ lệ này ở nhóm có trình độ CĐ TC tương ứng là 36,7% và 11,9%, tuy nhiên sau can thiệp tỷ lệ tương ứng của hai nhóm đã thay đổi

đáng kể là: ĐH SĐH lên 90,9%, HQCT 61%, $p < 0,05$ và 72,7% , nhóm CĐ TC lên 85,9%, HQCT 356%, $p < 0,001$ và 55,1%, HQCT 358%, $p < 0,001$. Đối với nhóm chứng những biến đổi về kiến thức trong thời gian nghiên cứu là không đáng kể và không có ý nghĩa thống kê do $p > 0,05$.

Bảng 3.37. Hiệu quả can thiệp thay đổi kiến thức về CSSKBĐ Việt Nam

Nội dung		Nhóm can thiệp				Nhóm chứng				HQCT (%)	
		ĐH, SĐH		CĐ, TC		ĐH, SĐH		CĐ, TC		ĐH, SĐH	CĐ, TC
		Trước n=32	Sau n=22	Trước n=109	Sau n=78	Trước n=44	Sau n=20	Trước n=125	Sau n=80		
SND	SL	19	18	39	67	23	10	26	28	33	72
	%	59,4	81,8	35,8	85,9	52,3	50,0	20,8	35,0		
	p	$>0,05$		$<0,001$		$>0,05$		$<0,05$			
ND9	SL	17	20	20	56	19	7	15	16	52	225
	%	53,1	90,9	18,3	71,8	43,2	35,0	12,0	20,0		
	p	$<0,05$		$<0,001$		$>0,05$		$>0,05$			
ND10	SL	18	19	19	53	21	6	22	17	16	269
	%	56,3	86,4	17,4	67,9	47,7	30,0	17,6	21,3		
	p	$<0,05$		$<0,001$		$>0,05$		$>0,05$			
10ND	SL	11	15	13	52	10	6	19	16	86	427
	%	34,4	75,0	11,9	66,7	22,7	30,0	15,2	20,0		
	p	$<0,05$		$<0,001$		$>0,05$		$>0,05$			

Trước can thiệp nhóm có trình độ ĐH SĐH có kiến thức cao nhất và thấp nhất tương ứng là 59,4% và 34,4%. Trong đó việc xác định số nội dung của đối tượng trong nhóm can thiệp tăng từ 59,4% lên 81,8%, HQCT 33% tuy nhiên $p > 0,05$ nên không có ý nghĩa thống kê. Tỷ lệ này ở nhóm có trình độ CĐ TC trước can thiệp tương ứng là 35,8% và 11,9%.

Sau can thiệp tỷ lệ tương ứng của hai nhóm đã thay đổi đáng kể là: nhóm ĐH SĐH lên 90,9% HQCT 52% ($p < 0,05$) và 75,0% HQCT 86% ($p < 0,001$) ND9 và ND10, nhóm CĐ TC lên 85,9%, HQCT 72%, $p < 0,001$ và 66,7%, HQCT 427%, $p < 0,001$ ND9 và ND10.

Đối với nhóm chứng sau thời gian can thiệp tỷ lệ xác định được số các nội dung tăng từ 20,8% lên 35% HQCT là 72% và có ý nghĩa thống kê do $p < 0,05$.

Bảng 3.38. Hiệu quả can thiệp thay đổi kiến thức về nguyên tắc CSSKBĐ

Nội dung		Nhóm can thiệp				Nhóm chứng				HQCT (%)	
		ĐH, SĐH		CĐ, TC		ĐH, SĐH		CĐ, TC		ĐH, SĐH	CĐ, TC
		Trước n=32	Sau n=22	Trước n=109	Sau n=78	Trước n=44	Sau n=20	Trước n=125	Sau n=80		
SNT	SL %	7 21,9	18 81,8	15 13,8	48 61,5	7 15,9	5 25,0	14 11,2	12 15,0	217	313
	p	<0,001		<0,001		>0,05		>0,05			
NT 1	SL %	11 34,4	19 86,4	14 12,8	42 53,8	12 27,3	6 30,0	17 13,6	13 16,3	141	300
	p	<0,001		<0,001		>0,05		>0,05			
NT 2	SL %	7 21,9	19 86,4	16 14,7	65 83,3	10 22,7	4 20,0	15 12,0	11 13,8	283	453
	p	<0,001		<0,001		>0,05		>0,713			
NT 3	SL %	9 28,1	18 81,8	17 15,6	56 71,8	8 18,2	3 15,0	15 12,0	14 17,5	173	314
	p	<0,001		<0,001		>0,05		>0,05			
NT 4	SL %	5 15,6	16 72,7	18 16,5	63 80,8	6 13,6	2 10,0	16 12,8	12 15,0	339	372
	p	<0,001		<0,001		>0,05		>0,05			
NT 5	SL %	7 21,9	17 77,3	13 11,9	51 65,4	8 18,2	4 20,0	16 12,8	13 16,3	243	421
	p	<0,001		<0,001		>0,05		>0,05			
5 NT	SL %	5 15,6	15 68,2	10 9,2	40 51,3	5 11,4	2 10,0	12 9,6	10 12,5	324	429
	p	<0,001		<0,001		>0,05		>0,05			

Trước can thiệp nhóm có trình độ ĐH SĐH có kiến thức cao nhất và thấp nhất tương ứng là 34,4% và 15,6%. Tỷ lệ này ở nhóm có trình độ CĐ TC tương ứng là 16,5% và 9,2%. Sau can thiệp tỷ lệ tương ứng của hai nhóm là: ĐH SĐH lên 86,4%, HQCT 283%, $p < 0,001$ (kiến thức về nguyên tắc 2) và 68,2%, HQCT 324%, $p < 0,001$ (kiến thức cả 5 nguyên tắc), nhóm CĐ TC lên 83,3%, HQCT 453%, $p < 0,001$ (NT2) và 51,3%, HQCT 429%, $p < 0,001$ (đủ 5NT).

Đối với nhóm chứng những biến đổi về kiến thức trong thời gian nghiên cứu là không đáng kể và không có ý nghĩa thống kê do $p > 0,05$.

Bảng 3.39. Hiệu quả can thiệp thay đổi kiến thức về đặc trưng CSSKBĐ hiện nay

Nội dung		Nhóm can thiệp				Nhóm chứng				HQCT (%)	
		ĐH, SĐH		CĐ, TC		ĐH, SĐH		CĐ, TC		ĐH, SĐH	CĐ, TC
		Trước n=32	Sau n=22	Trước n=109	Sau n=78	Trước n=44	Sau n=20	Trước n=125	Sau n=80		
SĐT	SL	6	14	12	51	6	3	11	7	229	493
	%	18,8	63,6	11,0	65,4	13,6	15,0	8,8	8,8		
	p	<0,001		<0,001		>0,05		>0,05			
ĐT 1	SL	12	18	24	48	17	5	33	12	83	136
	%	37,5	81,8	22,0	61,5	38,6	25,0	26,4	15,0		
	p	<0,001		<0,001		>0,05		>0,05			
ĐT 2	SL	11	19	26	42	14	6	30	13	146	93
	%	34,4	86,4	23,9	53,8	31,8	30,0	24,0	16,3		
	p	<0,001		<0,001		>0,05		>0,05			
ĐT 3	SL	10	19	17	65	13	4	25	11	144	403
	%	31,3	86,4	15,6	83,3	29,5	20,0	20,0	13,8		
	p	<0,001		<0,001		>0,05		>0,05			
ĐT 4	SL	13	18	14	56	15	3	18	14	45	437
	%	40,6	81,8	12,8	71,8	34,1	15,0	14,4	17,5		
	p	<0,001		<0,001		>0,05		>0,05			
ĐT 5	SL	11	16	13	63	11	2	21	12	52	567
	%	34,4	72,7	11,9	80,8	25,0	10,0	16,8	15,0		
	p	<0,05		<0,001		>0,05		>0,05			
ĐT 6	SL	9	17	15	51	10	4	19	13	163	368
	%	28,1	77,3	13,8	65,4	22,7	20,0	15,2	16,3		
	p	<0,001		<0,001		>0,05		>0,05			
ĐT 7	SL	9	15	16	40	14	2	14	10	74	238
	%	28,1	68,2	14,7	51,3	31,8	10,0	11,2	12,5		
	p	<0,001		<0,001		>0,05		>0,05			
ĐT 8	SL	14	18	19	56	13	3	16	14	38	275
	%	43,8	81,8	17,4	71,8	29,5	15,0	12,8	17,5		
	p	<0,05		<0,001		>0,05		>0,05			
ĐT 9	SL	15	19	14	63	16	2	17	12	12	519
	%	46,9	86,4	12,8	80,8	36,4	10,0	13,6	15,0		
	p	<0,05		<0,001		<0,05		>0,05			
ĐT10	SL	14	17	13	51	17	4	13	13	28	392
	%	43,8	77,3	11,9	65,4	38,6	20,0	10,4	16,3		
	p	<0,05		<0,001		>0,05		>0,05			
ĐT11	SL	13	18	19	40	15	2	16	10	31	192
	%	40,6	81,8	17,4	51,3	34,1	10,0	12,8	12,5		
	p	<0,001		<0,001		<0,05		>0,05			

Trước can thiệp nhóm có trình độ ĐH SĐH có kiến thức cao nhất và thấp nhất tương ứng là 46,9% (ĐT9) và 18,8% (SĐT). Tỷ lệ này ở nhóm có trình độ CĐ TC tương ứng là 23,9%(ĐT2) và 11,0%(SĐT). Sau can thiệp tỷ lệ tương ứng của hai nhóm là: ĐH SĐH lên 86,4%, HQCT 144%, $p<0,05$ (ĐT2, ĐT3, ĐT9) và 63,6%, HQCT 229%, $p<0,05$ (SĐT), nhóm CĐ TC lên 83,3%, HQCT 403%, $p<0,001$ (ĐT3) và 51,3%, HQCT 238%, $p<0,001$ (ĐT7, ĐT11). Đối với nhóm chứng những biến đổi về kiến thức trong thời gian nghiên cứu là không đáng kể và không có ý nghĩa thống kê do $p>0,05$.

Bảng 3.40a. Hiệu quả can thiệp thay đổi kiến thức về DVYT cơ bản tại TYT

Nội dung		Nhóm can thiệp				Nhóm chứng				HQCT (%)	
		ĐH, SĐH		CĐ, TC		ĐH, SĐH		CĐ, TC		ĐH, SĐH	CĐ, TC
		Trước n=32	Sau n=22	Trước n=109	Sau n=78	Trước n=44	Sau n=20	Trước n=125	Sau n=80		
SDV	SL %	5 15,6	12 54,5	10 9,2	47 60,3	5 11,4	3 15,0	11 8,8	6 7,5	217	542
	p	<0,05		<0,001		>0,05		>0,05			
DV1	SL %	10 31,3	18 81,8	21 19,3	48 61,5	15 34,1	6 30,0	30 24,0	12 15,0	135	182
	p	<0,001		<0,001		>0,05		>0,05			
DV2	SL %	7 21,9	19 86,4	16 14,7	42 53,8	12 27,3	5 25,0	23 18,4	13 16,3	285	255
	p	<0,001		<0,001		>0,05		>0,05			
DV3	SL %	11 34,4	19 86,4	17 15,6	65 83,3	16 36,4	4 20,0	24 19,2	11 13,8	106	406
	p	<0,001		<0,001		>0,05		>0,05			
DV4	SL %	9 28,1	18 81,8	14 12,8	56 71,8	13 29,5	3 15,0	17 13,6	14 17,5	142	430
	p	<0,001		<0,001		>0,05		>0,05			
DV5	SL %	10 31,3	19 86,4	15 13,8	63 80,8	19 43,2	7 35,0	21 16,8	12 15,0	100	476
	p	<0,001		<0,001		>0,05		>0,05			
DV6	SL %	12 37,5	17 77,3	17 15,6	51 65,4	17 38,6	4 20,0	19 15,2	13 16,3	58	312
	p	<0,05		<0,001		>0,05		>0,05			
DV7	SL %	9 28,1	15 68,2	16 14,7	40 51,3	10 22,7	3 15,0	14 11,2	10 12,5	86	238
	p	<0,05		<0,001		>0,05		>0,05			

Bảng 3.40b. Hiệu quả can thiệp thay đổi kiến thức về DVYT cơ bản tại TYT

Nội dung		Nhóm can thiệp				Nhóm chứng				HQCT (%)	
		ĐH, SDH		CĐ, TC		ĐH, SDH		CĐ, TC		ĐH, SDH	CĐ, TC
		Trước n=32	Sau n=22	Trước n=109	Sau n=78	Trước n=44	Sau n=20	Trước n=125	Sau n=80		
DV8	SL %	14 43,8	18 81,8	10 9,2	56 71,8	16 36,4	5 25,0	16 12,8	14 17,5	28	646
	p	<0,05		<0,001		>0,05		>0,05			
DV9	SL %	9 28,1	16 72,7	14 12,8	63 80,8	14 31,8	6 30,0	15 12,0	12 15,0	90	504
	p	<0,001		<0,001		>0,05		>0,05			
DV10	SL %	8 25,0	17 77,3	13 11,9	51 65,4	12 27,3	4 20,0	17 13,6	13 16,3	182	429
	p	<0,001		<0,001		>0,05		>0,05			
DV11	SL %	10 31,3	15 68,2	19 17,4	40 51,3	10 22,7	3 15,0	16 12,8	10 12,5	62	192
	p	<0,05		<0,001		>0,05		>0,05			
DV12	SL %	7 21,9	17 77,3	14 12,8	51 65,4	11 25,0	4 20,0	12 9,6	13 16,3	233	340
	p	<0,001		<0,001		>0,05		>0,05			
DV13	SL %	12 37,5	19 86,4	15 13,8	40 51,3	16 36,4	5 25,0	19 15,2	10 12,5	58	255
	p	<0,001		<0,001		>0,05		>0,05			
DV14	SL %	9 28,1	18 81,8	16 14,7	56 71,8	14 31,8	6 30,0	14 11,2	14 17,5	138	333
	p	<0,001		<0,001		>0,05		>0,05			
DV15	SL %	10 31,3	16 72,7	17 15,6	58 74,4	13 29,5	4 20,0	16 12,8	12 15,0	67	360
	p	<0,05		<0,001		>0,05		>0,05			
DV16	SL %	13 40,6	17 77,3	14 12,8	51 65,4	16 36,4	6 30,0	17 13,6	13 16,3	45	390
	p	<0,05		<0,001		>0,05		>0,05			
DV17	SL %	14 43,8	18 81,8	13 11,9	40 51,3	15 34,1	6 30,0	19 15,2	10 12,5	75	312
	p	<0,05		<0,001		>0,05		>0,05			

Kết quả bảng 3.49a và bảng 3.49b cho thấy trước can thiệp nhóm có trình độ ĐH SDH có kiến thức cao nhất và thấp nhất tương ứng là 43,8% (DV17) và 15,6% (SDV). Tỷ lệ này ở nhóm có trình độ CĐ TC tương ứng là 19,3% (DV1) và 9,2% (DV8). Sau can thiệp tỷ lệ tương ứng của hai nhóm là: ĐH SDH lên 86,4%, HQCT 58%, $p < 0,001$ (DV2, DV3, DV5, DV13) và 54,5%, HQCT 217%, $p < 0,05$ (SDV),

nhóm CD TC lên 83,3%, HQCT 406%, $p < 0,05$ (DV3) và 51,3%, HQCT 312%, $p < 0,001$ (DV7, DV13, DV17).

Đối với nhóm chứng những biến đổi về kiến thức trong thời gian nghiên cứu là không đáng kể và không có ý nghĩa thống kê do $p > 0,05$.

Bảng 3.41. Hiệu quả can thiệp thay đổi kiến thức chung

Xếp loại điểm kiến thức		Nhóm can thiệp		Nhóm chứng		HQCT (%)
		Trước n=141	Sau n=100	Trước n=169	Sau n=100	
Tốt	SL	5	62	8	3	1611
	%	3,5	62,0	4,7	3,0	
	p	<0,001		>0,05		
Trung bình	SL	11	33	13	8	319
	%	7,8	33,0	7,7	8,0	
	p	<0,001		>0,05		
Kém	SL	125	5	148	89	92,7
	%	88,7	5,0	87,6	89,0	
	p	<0,001		>0,05		

Trước can thiệp, có 3,5% đối tượng có kiến thức đạt loại tốt, 7,8% trung bình, 88,7% kém. Sau can thiệp có 62,0% đạt tốt, HQCT 1611% ($p < 0,001$), 33,0% trung bình, 5,0% kém ($p < 0,001$). Đối với nhóm chứng thay đổi trong thang điểm là không đáng kể và không có ý nghĩa thống kê do $p > 0,05$.

3.3.2. Hiệu quả can thiệp thay đổi nhận xét của đối tượng nghiên cứu về chăm sóc sức khỏe ban đầu tại tuyến y tế cơ sở

Bảng 3.42. Hiệu quả can thiệp thay đổi nhận xét đối với công việc của đối tượng

Nội dung		Nhóm can thiệp		Nhóm chứng		HQCT (%)
		Trước n=141	Sau n=100	Trước n=169	Sau n=100	
Công việc có liên quan đến nội dung CSSKBĐ	SL	104	96	135	82	27,5
	%	73,8	96,0	79,9	82,0	
	p	<0,001		>0,05		
Cần phải thay đổi mô hình hoạt động của trạm y tế	SL	95	54	141	82	18,2
	%	67,4	54,0	83,4	82,0	
	p	<0,05		>0,05		
Hoàn thành đúng tiến độ công việc là quan trọng	SL	100	89	110	73	2
	%	78	89,0	65,1	73,0	
	p	<0,001		>0,05		

Trước can thiệp 73,8% đối tượng xác định được liên quan của công việc đang làm đến nội dung cụ thể trong CSSKBĐ, sau can thiệp đã tăng lên 96,0%, HQCT 27,5%,

$p < 0,001$ có ý nghĩa thống kê. Với mô hình hoạt động hiện tại của TYT trước can thiệp có 67,4% đối tượng cho rằng cần phải thay đổi nhưng sau can thiệp con số này còn 54,0%, HQCT 18,2%, $p < 0,05$ có ý nghĩa thống kê. Trước can thiệp 78% đối tượng cho rằng hoàn thành đúng tiến độ các công việc được giao là quan trọng và 89% các đối tượng sau can thiệp cho rằng hoàn thành các công việc là quan trọng đúng tiến độ ($p < 0,001$). Đối với nhóm chứng thay đổi về thái độ sau thời gian nghiên cứu là không đáng kể và không có ý nghĩa thống kê do $p > 0,05$.

Bảng 3.43. Hiệu quả can thiệp thay đổi về việc nhận xét sự cần thiết của y tế xã

Mức độ		Nhóm can thiệp		Nhóm chứng		HQCT (%)
		Trước n=141	Sau n=100	Trước n=169	Sau n=100	
Rất cần thiết	SL	108	82	78	43	13,2
	%	76,6	92,0	46,2	43,0	
	p	>0,05		>0,05		
Cần thiết	SL	33	18	87	55	16,3
	%	23,4	18,0	51,5	55,0	
	p	>0,05		>0,05		
Không cần thiết	SL	0	0	4	2	
	%			2,4	2,0	
	p			>0,05		

Trước can thiệp có 76,6% các đối tượng nghiên cứu cho rằng việc có TYT là rất cần thiết, 23,4 % đối tượng cho là cần thiết. Sau can thiệp 92% cho rằng TYT rất cần thiết, HQCT 13,2%, $p > 0,05$ và 18% cho là cần thiết, HQCT 16,3%, $p > 0,05$. Mặc dù có những thay đổi sau can thiệp về việc đánh giá sự cần thiết của TYT xã nhưng không có ý nghĩa thống kê. Đối với nhóm chứng thay đổi về thái độ sau thời gian nghiên cứu là không đáng kể và không có ý nghĩa thống kê do $p > 0,05$.

Bảng 3.44. Hiệu quả can thiệp thay đổi mức độ hài lòng với công việc

Mức độ		Nhóm can thiệp		Nhóm chứng		HQCT (%)
		Trước n=141	Sau n=100	Trước n=169	Sau n=100	
Rất hài lòng	SL	41	44	38	24	44,5
	%	29,1	44,0	22,5	24,0	
	p	<0,05		>0,05		
Hài lòng	SL	90	53	125	72	14,2
	%	63,8	53,0	74	72,0	
	p	>0,05		>0,05		
Không hài lòng	SL	10	3	6	4	43,5
	%	7,1	3,0	3,5	4,0	
	P	>0,05		>0,05		

Trước can thiệp có 29,1% đối tượng rất hài lòng về công việc hiện tại, 63,8% hài lòng và 7,1% không hài lòng, con số này tương ứng sau can thiệp là: rất hài lòng 44%, HQCT 44,5%, ($p < 0,05$) có ý nghĩa thống kê, hài lòng 53%, HQCT 14,2%, $p > 0,05$ và không hài lòng 3,0%, HQCT 43,5%, $p > 0,05$.

Nhóm chứng thay đổi về thái độ sau thời gian nghiên cứu là không đáng kể và không có ý nghĩa thống kê do $p > 0,05$.

3.3.3. Hiệu quả can thiệp thay đổi kỹ năng thực hành tư vấn chăm sóc sức khỏe

Bảng 3.45. Hiệu quả can thiệp thay đổi kỹ năng “gặp gỡ”

Nội dung thực hiện		Nhóm can thiệp		Nhóm chứng		HQCT (%)
		Trước n=109	Sau n = 100	Trước n=104	Sau n=100	
Chào hỏi, làm quen	SL	67	72	71	68	16,7
	%	61,5	72,0	68,3	68,0	
	p	>0,05		>0,05		
Sắp xếp chỗ ngồi cho đối tượng	SL	56	66	38	33	18,8
	%	51,4	66,0	36,5	33,0	
	p	<0,05		>0,05		
Giới thiệu về mình	SL	63	81	56	58	32,4
	%	57,8	81,0	53,8	58,0	
	p	<0,001		>0,05		
Thực hiện đủ các nội dung	SL	33	51	22	19	58,3
	%	30,3	51,0	21,2	19,0	
	p	<0,05		>0,05		

Bước 1 sau can thiệp nội dung “chào hỏi làm quen” tăng lên 72%, HQCT 16,7%, $p > 0,05$ không có ý nghĩa thống kê, “Sắp xếp chỗ ngồi cho đối tượng” tăng lên 66%, HQCT 18,8%, $p < 0,05$ và nội dung “Giới thiệu về mình” lên 81%, HQCT 32,4%,

$p < 0,001$. Tỷ lệ thực hiện đủ các nội dung thay đổi từ 30,3% trước can thiệp và tăng lên 51%, HQCT 58,3%, ($p < 0,05$) có ý nghĩa thống kê.

Nhóm chứng thay đổi về kỹ năng (gặp gỡ) sau thời gian nghiên cứu là không đáng kể và không có ý nghĩa thống kê do $p > 0,05$.

Bảng 3.46. Hiệu quả can thiệp thay đổi kỹ năng “gọi hỏi”

Nội dung thực hiện		Nhóm can thiệp		Nhóm chứng		HQCT (%)
		Trước n=109	Sau n = 100	Trước n=104	Sau n=100	
Hỏi lý do người đến tư vấn	SL	79	89	71	67	20,9
	%	72,5	89,0	68,3	67,0	
	p	<0,05		>0,05		
Hỏi thông tin liên quan đến vấn đề cần tư vấn	SL	54	63	60	62	19,7
	%	49,5	63,0	57,7	62,0	
	p	>0,05		>0,05		
Động viên đối tượng trình bày hết vấn đề,	SL	29	50	35	34	86,9
	%	26,6	50,0	33,7	34,0	
	p	<0,001				
Cho đối tượng thấy các vấn đề riêng tư của họ sẽ được giữ bí mật về	SL	18	46	33	29	169,9
	%	16,5	46,0	31,7	29,0	
	p	<0,001		>0,05		
Chú ý lắng nghe	SL	68	91	59	58	43,6
	%	62,4	91,0	56,7	58,0	
	p	<0,001		>0,05		
Quan sát đối tượng	SL	35	57	40	37	73,7
	%	32,1	57,0	38,5	37,0	
	p	<0,001		>0,05		
Thực hiện đủ các nội dung	SL	14	32	13	12	145,1
	%	12,8	32,0	12,5	12,0	
	p	<0,001				

Hiệu quả can thiệp các nội dung bước 2 như sau: “Hỏi lý do người đến tư vấn” lên 89%, HQCT 20,9%, $p < 0,05$, “Hỏi thông tin liên quan đến vấn đề cần tư vấn” lên 63%, HQCT 19,7%, $p < 0,05$, “Động viên đối tượng trình bày hết vấn đề” lên 59%, HQCT 86,9%, $p < 0,001$, “Cho đối tượng thấy các vấn đề riêng tư của họ được giữ bí mật” lên 46%, HQCT 169,9%, $p < 0,001$, “chú ý lắng nghe” lên 91% HQCT 43,6% $p < 0,001$, “Quan sát đối tượng” lên 57% HQCT 73,7% $p < 0,001$. Thực hiện đủ các nội dung thay đổi từ 12,8% trước can thiệp lên 32% sau can thiệp HQCT 145,1% ($p < 0,05$).

Đối với nhóm chứng thay đổi về kỹ năng (gợi hỏi) sau thời gian nghiên cứu là không đáng kể và không có ý nghĩa thống kê do $p > 0,05$.

Bảng 3.47. Hiệu quả can thiệp thay đổi kỹ năng “giới thiệu”

Nội dung thực hiện		Nhóm can thiệp		Nhóm chứng		HQCT (%)
		Trước n=109	Sau n = 100	Trước n=104	Sau n=100	
Bổ sung kiến thức đối tượng chưa biết	SL	38	58	42	33	48,1
	%	34,9	58,0	40,4	33,0	
	p	<0,001		>0,05		
Sử dụng tài liệu, phương tiện, hỗ trợ phù hợp	SL	61	79	55	57	33,4
	%	56,0	79,0	52,9	57,0	
	p	<0,001		>0,05		
Đưa ra các cách giải quyết cho đối tượng	SL	25	51	28	17	85,5
	%	22,9	51,0	26,9	17,0	
	p	<0,001		>0,05		
Thực hiện đủ các nội dung	SL	9	32	13	11	275,6
	%	8,3	32,0	12,5	11,0	
	p	<0,001		>0,05		

Các nội dung của bước 3 SCT thay đổi “bổ sung kiến thức cho đối tượng chưa biết” lên 58%, HQCT 48,1%, $p < 0,001$, “Sử dụng tài liệu, phương tiện, hỗ trợ phù hợp” lên 79%, HQCT 33,4%, $p < 0,001$, “đưa ra các cách giải quyết cho đối tượng” lên 51%, HQCT 85,5%, $p < 0,001$. Tỷ lệ thực hiện đủ các nội dung thay đổi tốt từ 8,3% TCT, SCT tăng lên 32%, HQCT 275,6% với $p < 0,05$. Nhóm đối chứng thay đổi về kỹ năng (giới thiệu) là không đáng kể và không có ý nghĩa thống kê do $p > 0,05$.

Bảng 3.48. Hiệu quả can thiệp thay đổi kỹ năng “giúp đỡ”

Nội dung thực hiện		Nhóm can thiệp		Nhóm chứng		HQCT (%)
		Trước n=109	Sau n=100	Trước n=104	Sau n=100	
Để khách hàng lựa chọn cách giải quyết vấn đề phù hợp	SL	22	55	21	26	143,7
	%	20,2	55,0	20,2	26,0	
	p	<0,001		>0,05		
Hướng dẫn cụ thể giúp khách hàng biết phải làm gì để tự giải quyết vấn đề của mình.	SL	18	43	16	14	151,4
	%	16,5	43,0	15,4	14,0	
	p	<0,001		>0,05		
Thực hiện đủ các nội dung	SL	13	41	11	12	230,3
	%	11,9	41,0	10,6	12,0	
	p	<0,001		>0,05		

Các nội dung của bước 4 SCT có thay đổi “để khách hàng lựa chọn cách giải quyết vấn đề phù hợp” lên 55%, HQCT 143,7%, $p < 0,001$, “Hướng dẫn cụ thể giúp khách hàng biết phải làm gì để tự giải quyết vấn đề của mình” lên 43%, HQCT 151,4%, $p < 0,001$. Thực hiện đủ các nội dung TCT đạt 11,9% SCT tăng lên 41%, HQCT 230,3% với $p < 0,05$. Nhóm đối chứng thay đổi về kỹ năng (giúp đỡ) là không đáng kể và không có ý nghĩa thống kê do $p > 0,05$.

Bảng 3.49. Hiệu quả can thiệp thay đổi kỹ năng “giải thích”

Nội dung thực hiện		Nhóm can thiệp		Nhóm chứng		HQCT (%)
		Trước n=109	Sau n=100	Trước n=104	Sau n=100	
Giải thích những vấn đề khách hàng còn thắc mắc hoặc hiểu chưa đúng	SL	60	82	65	67	41,8
	%	55,0	82,0	62,5	67,0	
	p	<0,001		>0,05		
Cung cấp tài liệu liên quan đến vấn đề	SL	28	52	36	30	89,1
	%	25,7	52,0	34,6	30,0	
	p	<0,001		>0,05		
Thực hiện đủ các nội dung	SL	25	48	27	31	89,9
	%	22,9	48,0	26,0	31,0	
	p	<0,001		>0,05		

Bước 5 sau can thiệp kỹ năng “Giải thích những vấn đề khách hàng còn thắc mắc hoặc hiểu chưa đúng” tăng lên 82,0%, HQCT 41,8%, $p < 0,001$, “Cung cấp tài liệu liên quan đến vấn đề” lên 52%, HQCT 89,1%, $p < 0,001$. Tỷ lệ thực hiện đủ các nội dung thay đổi tốt và có ý nghĩa thống kê từ 22,9% TCT lên 48% SCT, HQCT

89,9%, $p < 0,001$. Nhóm đối chứng thay đổi về kỹ năng (giải thích) là không đáng kể và không có ý nghĩa thống kê do $p > 0,05$.

Bảng 3.50. Hiệu quả can thiệp thay đổi kỹ năng “gặp lại”

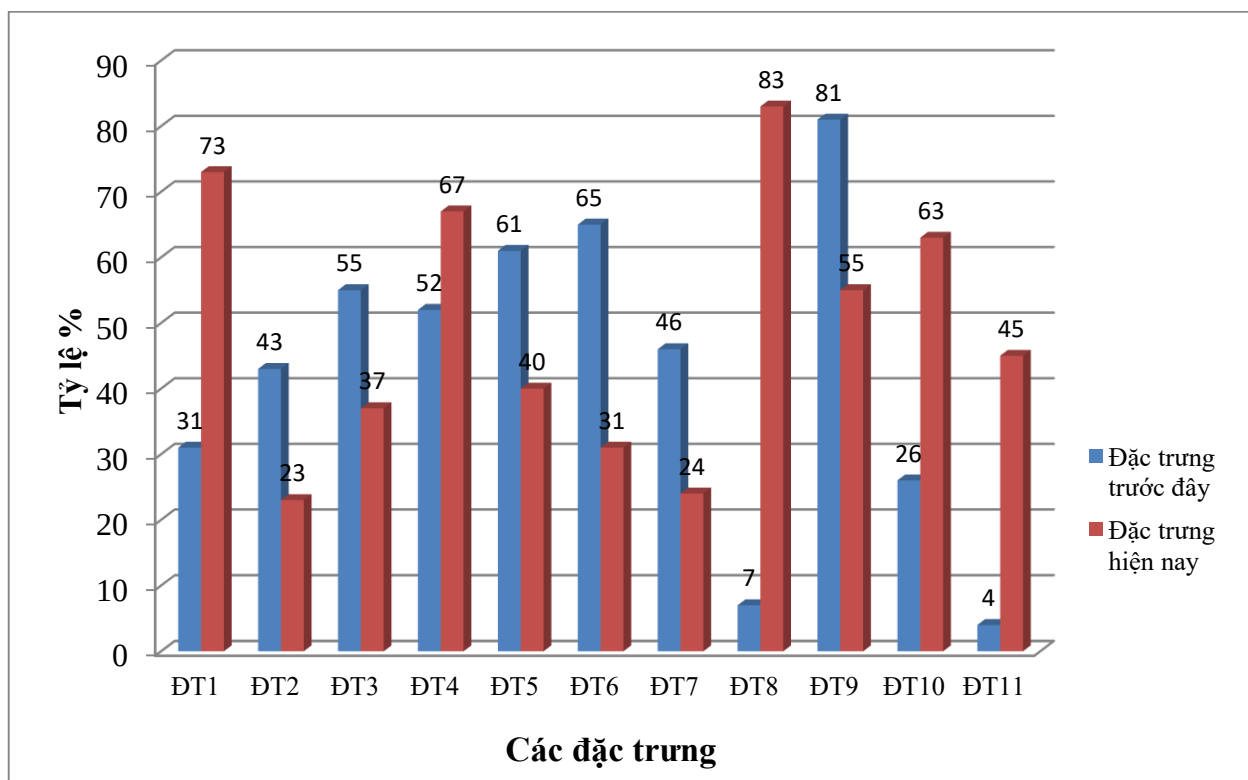
Nội dung thực hiện		Nhóm can thiệp		Nhóm chứng		HQCT (%)
		Trước n=109	Sau n=100	Trước n=104	Sau n=100	
Động viên, tạo điều kiện tiếp tục hỗ trợ đối tượng,	SL	32	53	24	17	54,2
	%	29,4	53,0	23,1	17,0	
	p	<0,001		>0,05		
Cảm ơn đối tượng khi kết thúc	SL	28	46	21	24	60,2
	%	25,7	46,0	20,2	24,0	
	p	<0,05		>0,05		
Thực hiện đủ các nội dung	SL	16	38	18	20	143,3
	%	14,7	38,0	17,3	20,0	
	p	<0,001		>0,05		

Bước 6 sau can thiệp thay đổi “Động viên, tạo điều kiện tiếp tục hỗ trợ đối tượng” lên 53%, HQCT 54,2%, $p < 0,001$, “cảm ơn đối tượng khi kết thúc” lên 46%, HQCT 60,2%, $p < 0,05$. Tỷ lệ thực hiện các nội dung thay đổi tốt và có ý nghĩa thống kê từ 14,7% lên 38%, HQCT 143,3 $p < 0,001$. Nhóm chứng thay đổi về kỹ năng (gặp lại) sau thời gian nghiên cứu là không đáng kể và không có ý nghĩa thống kê do $p > 0,05$.

Bảng 3.51. Hiệu quả can thiệp thay đổi kỹ năng thực hành tư vấn

Phân loại thực hành		Nhóm can thiệp		Nhóm chứng		HQCT (%)
		Trước n=109	Sau n=100	Trước n=104	Sau n=100	
Thực hành đạt	SL	7	31	6	5	370
	%	6,4	31	5,8	5	
	p	<0,001		>0,05		

Sau can thiệp tỷ lệ thay đổi trong thực hành tư vấn sức khỏe là từ 6,4% lên 31%, HQCT 370%, $p < 0,001$ có ý nghĩa thống kê. Nhóm đối chứng tỷ lệ thay đổi không đáng kể và không có ý nghĩa thống kê.



Hình 3.6. Đánh giá của đối tượng về sự phù hợp của các đặc trưng CSSKBĐ trước đây so với hiện nay

Nhận xét: Có 5 đặc trưng trước đây mà đối tượng nghiên cứu cho rằng còn phù hợp, trong đó ĐT9 “Viện trợ song phương và hỗ trợ kỹ thuật” 81%, tiếp đến là ĐT 6 và ĐT 5 tương ứng là 65% và 61%. Đối với nhưng đặc trưng hiện nay có 5 đặc trưng được các đối tượng đánh giá cao về sự phù hợp đó là ĐT 8 “ Ưu tiên nguồn lực tăng thêm cho y tế vào việc CSSK toàn dân” tiếp đến là các ĐT1, ĐT4, ĐT10 tương ứng 73%, 67%, 63%.

3.3.4. Kết quả hoạt động trên trang fanpage “PHC.LA Vàm Cỏ 2018”

Trong thời gian can thiệp có 108 người theo dõi trang Fanpage “PHC.LA Vàm Cỏ 2018”, 1.181 lượt truy cập và 284 lượt tương tác trên trang. Số tin nhắn SMS đã gửi: 156 tin nhắn. Kết quả nêu trên đã thể hiện hiệu quả của giải pháp can thiệp với trung bình 10,1 lượt truy cập và 2,8 lần tương tác, đặc biệt là sự thu hút của công nghệ với đối tượng. Kết quả phỏng vấn sâu cũng thể hiện hiệu quả hoạt động can thiệp thông qua ý kiến của đối tượng nghiên cứu như:

“Dạ giống như các anh chị em ở đây nói có rất nhiều hình thức đào tạo như là đào tạo trực tuyến qua mạng, ở đây các anh chị em đều thích được đào tạo trực tuyến

nhất, vì giờ mạng xã hội phát triển, máy tính điện thoại đều nối mạng rất tiện lợi mọi lúc mọi nơi, rồi đào tạo tập trung ngắn hạn dài hạn, nếu mà được đào tạo đúng chuyên môn mình thích thì anh chị em sẽ rất hào hứng để tham gia” (PVS nữ cán bộ TYT Cần Giuộc)

Hay như: “ Từ khi tham gia trang fanpage “PHC.LA Vàm Cỏ 2018”, được các bạn nhóm nghiên cứu và chuyên gia giảng bài tôi thấy rất nhiều thứ mà trước đây mình không biết giờ thì đã hiểu rất rõ” (PVS, cán bộ TYT Cần Giuộc).

Chương 4

BÀN LUẬN

4.1. Thực trạng kiến thức về chăm sóc sức khỏe ban đầu, thực hành tư vấn chăm sóc sức khỏe của nhân viên y tế tuyến cơ sở tỉnh Long An, 2018.

4.1.1. Đặc điểm đối tượng tham gia nghiên cứu

Kết quả nghiên cứu tại bảng 3.1 tỷ lệ chuyên môn nhiều nhất là y sỹ đa khoa 22,1% đối với trạm y tế y sỹ đa khoa được khám chữa bệnh thuộc phạm vi trong chúng chỉ hành nghề. Tỷ lệ điều dưỡng CĐTC 16,9%, dược sỹ CĐTC 14,7%, BSDK 12,8%, thấp nhất là DSDH 1%. So với số liệu thống kê năm 2016 toàn quốc tỷ lệ dược sỹ đại học trở lên ở đây thấp hơn so với cả nước (5,8%) [14]. Việt Nam có tỷ lệ bác sỹ cao so với trung bình trên thế giới, nhưng thấp hơn so với các nước trong khu vực như Thái Lan, Singapo, Malaysia, Philipin [73]. Nghiên cứu của Garcia tại Brazil ghi nhận trong 1.249 nhân viên CSSKBD thì 9,8% là bác sỹ, 40,4% là nhân viên y tế cộng đồng, 17,1% là nữ hộ sinh [101]. Nghiên cứu của Ojaka tại Kenya cho thấy 23,0% là điều dưỡng, 37,6% là nữ hộ sinh [115]. Nghiên cứu của Yar tại Anh và xứ Wales cho thấy tỷ lệ bác sỹ trong dân số nghiên cứu là 8%, nha sỹ là 1%, điều dưỡng là 25% và nữ hộ sinh là 2,0% [142].

Theo số liệu của Vụ Khoa học và Đào tạo BHYT, đến năm 2015, mỗi năm đào tạo khoảng 5299 bác sỹ để thay cho số người về hưu, chuyển nghề, và đáp ứng với yêu cầu ngày càng tăng. Đặc biệt là nhu cầu bác sỹ ở tuyến YTCS, mặc dù đã dần được cải thiện nhưng vẫn còn là vấn đề cần ưu tiên. Đây là số lượng cần thiết đủ để cung cấp cho hệ thống y tế, tính theo số bác sỹ và dược sỹ/vạn dân. Theo đó chỉ tiêu bác sỹ và dược sỹ ước tính vào năm 2020 tương đương là 8 và 2/vạn dân [20]. Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy số lượng nhân viên theo quy định và nhu cầu thì vẫn còn thiếu, việc tuyển mới nhóm nhân viên chuyên sâu là rất khó khăn, vì vậy một người phải kiêm nhiệm nhiều công việc, một số TYT chưa có bác sỹ làm việc thường xuyên, kết quả bảng 3.2 có 93,4% số TYT có bác sỹ làm việc, còn 6,6% số TYT chưa có bác sỹ.

Về độ tuổi của nhân viên y tế theo kết quả Hình 3.1 nhóm tuổi từ 20 đến 39 chiếm 62,9% đây là nhóm tuổi chủ lực, trẻ, nhiệt huyết sung sức nhất.

Nhiều nghiên cứu cũng cho thấy lực lượng nhân viên YTCS có độ tuổi khá trẻ. Nghiên cứu của Garcia tại Brazil trên 1.249 nhân viên y tế CSSKBD cũng cho thấy có đến 50,7% nhân viên < 38 tuổi [101]. Nghiên cứu của da Costa tại Brazil khảo sát 797 nhân viên y tế CSSKBD cho thấy có đến 76,4% nhân viên có độ tuổi $\leq$ 30 [93]. Nghiên cứu của Ojaka tại Kenya trên 404 nhân viên CSSKBD cho thấy có đến 66,9% nhân viên có độ tuổi $\leq$ 35 [115]. Nghiên cứu của tỉnh Hải Dương cho thấy nhóm tuổi từ 41-50 và >50% chiếm tỷ lệ cao ở nhóm đối tượng cán bộ quản lý và y tế thôn; nhóm tuổi 26-30 và 31-40 chiếm tỷ lệ cao ở nhóm cán bộ y tế tuyến tỉnh/huyện/xã, phường [64].

Kết quả Hình 3.2 có đến 79,8% là nữ, đa số nhân viên tại TYT xã là người địa phương và là sự lựa chọn công việc của chị em phụ nữ do gần gũi có điều kiện chăm lo cho gia đình. Mặt khác về chuyên môn tuyến này chưa đòi hỏi chuyên sâu, đối tượng có trình độ CDTC có thể đảm đương được. Tỷ lệ này chung trong ngành y tế năm 2016 là 50,4% là nữ [14], tuy nhiên đây là tỷ lệ tính chung cho các tuyến.

Kết quả Hình 3.3 nhóm có thâm niên công tác từ 1-5 năm chiếm 20,2%, là đối tượng mới được tuyển dụng nên chưa có nhiều kinh nghiệm thực tiễn là nguồn nhân lực kế cận, đối tượng có thâm niên từ 6-20 năm chiếm 55,1% là lực lượng nòng cốt tiềm năng rất lớn và đông đảo nhất quyết định đa số công việc, nhóm này tương đương với nhóm có tuổi đời từ 30-50 tuổi.

4.1.2. Thực trạng kiến thức về chăm sóc sức khỏe ban đầu của đối tượng nghiên cứu

Kiến thức về nội dung chăm sóc sức khỏe ban đầu

Từ ngày 6 đến 12 tháng 9 năm 1978, hội nghị quốc tế về CSSKBD được tổ chức tại Alma-Ata với hơn 3000 đại biểu từ 134 quốc gia và 67 tổ chức phi chính phủ và đa quốc gia tham dự [137]. Tại hội nghị này, Tuyên Ngôn Alma-Ata ra đời trong đó tuyên bố sức khỏe là một quyền của con người và quy định trách nhiệm của quốc gia là phải duy trì sức khỏe và nâng cao sức khỏe tốt của cộng đồng dân cư trong quốc gia đó. Tuyên ngôn này cũng lập lại quan điểm: để đạt được sức khỏe không chỉ cần hành động trong lĩnh vực y tế mà còn cần phải có sự tham gia của chính phủ trong việc xây dựng chính sách quốc gia phát triển cơ sở hạ tầng dành

cho CSSKBĐ [141]. Trong đó 8 nội dung chính của tuyên ngôn gồm; (1) giáo dục sức khỏe, (2) cung cấp thực phẩm và dinh dưỡng thích hợp, (3) cung cấp nước sạch và thanh khiết môi trường, (4) chăm sóc sức khỏe bà mẹ, trẻ em và kế hoạch hoá gia đình, (5) tiêm chủng mở rộng, (6) khống chế các bệnh dịch lưu hành ở địa phương, (7) chữa các bệnh, vết thương thông thường, (8) cung cấp thuốc thiết yếu [44], [56], [139], kể từ đó thế giới đã thực hiện CSSKBĐ theo những nội dung này.

Kết quả nghiên cứu tại bảng 3.6 có 25% đối tượng trình độ ĐH SDH và 12,8% đối tượng CĐTC nêu được khái niệm CSSKBĐ, tương tự 40% và 27% hai nhóm đối tượng này xác định đúng số nội dung CSSKBĐ thế giới.

Nội dung 1 TTGDSK đây là nội dung có ý nghĩa quan trọng và gắn liền với tất cả các hoạt động CSSKBĐ, với nội dung này tương ứng kiến thức của 2 nhóm đối tượng là 37% và 20,2%. Một nghiên cứu của Viện Chiến lược và chính sách y tế ở khu vực miền núi năm 2003 cho thấy, năng lực TTGDSK của nhân viên YTCS cho thấy còn nhiều hạn chế, tình trạng phổ biến của cán bộ làm công tác TTGDSK là các cán bộ có thâm niên công tác ≤ 2 năm, chưa được đào tạo, tập huấn gì, 89,9 % cán bộ nêu ý kiến họ thiếu kiến thức kỹ năng TTGDSK. Tỷ lệ cán bộ có trình độ đại học làm công tác TTGDSK dưới 40% [41]. Trong thực hành kỹ năng truyền thông, chỉ có 22,1% thực hiện thảo luận đề giải quyết khó khăn với đối tượng [59]. Một nghiên cứu về năng lực trong TTGDSK tại Thừa Thiên Huế năm 2011 trên đối tượng nghiên cứu là 888 cán bộ y tế trạm y tế xã, phường, thị trấn của tỉnh. Kết quả cho thấy tỷ lệ thái độ rất đúng chiếm 67,7% nhưng tỷ lệ thực hành tốt chỉ chiếm 14,3% và không có cán bộ y tế nào có kiến thức loại tốt. Một nghiên cứu tại Ninh Bình năm 2017 100% TYT thiếu cán bộ để làm công tác TTGDSK; 45% tuyên truyền viên không phải là cán bộ Y-Dược; 5,4% cán bộ tuyên truyền viên tại các đơn vị chưa được đào tạo về kỹ năng TT-GDSK [68]. Nghiên cứu của Trần Hữu Lộc và cộng sự năm 2016 tại Kiên Giang cho biết có 51,4% cán bộ y tế làm công tác truyền thông tuyên huyện thiếu kiến thức, kỹ năng [55].

Nội dung 2 dinh dưỡng và an toàn thực phẩm, kết quả nghiên cứu của chúng tôi tại bảng 3.6 có 35% đối tượng có trình độ ĐHSĐH và 16,8% đối tượng có trình độ CĐTC có kiến thức về nội dung này. Một nghiên cứu về năng lực trong

TTGDSK tại Huế năm 2011 trên đối tượng nghiên cứu là 888 cán bộ y tế trạm y tế xã, phường, thị trấn của tỉnh, 5,0% không biết đầy đủ các bước chế biến của một bữa ăn bổ sung [59]. Theo Viện Dinh Dưỡng Quốc gia năm 2014, tỷ lệ suy dinh dưỡng thể nhẹ cân là 14,5%, thấp còi là 24,9%. Tỷ lệ suy dinh dưỡng thể thấp còi, nhẹ cân và gầy còm ở khu vực nông thôn, đặc biệt, là các xã nghèo cao hơn so với khu vực thành thị [81]. So với các nước đang phát triển trong khu vực Việt Nam đứng thứ 6, với tỷ lệ thấp còi cao hơn Trung Quốc, Thái Lan, Mông Cổ, Ma-lai-xi-a và Xri Lan-ca. Đến năm 2013, vẫn còn 4 tỉnh có tỷ lệ này ở mức trên 35%, được coi là mức rất cao theo xếp loại của WHO [137].

Nội dung 3 cung cấp đầy đủ nước sạch và vệ sinh môi trường, kết quả nghiên cứu tại bảng 3.6 có 31% đối tượng có trình độ ĐHSĐH và 18,1% đối tượng có trình độ CĐTC có kiến thức về nội dung này.

Nội dung 4 chăm sóc sức khỏe bà mẹ và trẻ em KHHGĐ, Kết quả nghiên cứu của chúng tôi tại bảng 3.6 có 41% đối tượng có trình độ ĐHSĐH và 19,3% đối tượng có trình độ CĐTC có kiến thức về nội dung này. Một nghiên cứu của trường Đại học Y Hà Nội năm 2015 nhân viên y tế cơ sở còn thiếu những kỹ năng cơ bản trong chăm sóc sức khỏe, sức khỏe sinh sản, chẩn đoán và điều trị bệnh [75]. Nghiên cứu của Lê Văn Thêm năm 2007, tỷ lệ bác sỹ công tác tại trạm y tế được đào tạo về chăm sóc sức khỏe sinh sản - KHHGĐ là 29,3% và CSSKBĐ là 2,2% [67]. Nghiên cứu của Tạ Như Đỉnh năm 2017 về năng lực chăm sóc trẻ sơ sinh ở TYT xã tại Đắc Lắc về kiến thức có tới 19,8% nhân viên không đạt trong đó 12,1% là bác sỹ [38].

Nội dung 5 tiêm chủng mở rộng kết quả nghiên cứu của chúng tôi tại bảng 3.6 có 51% đối tượng có trình độ ĐHSĐH và 22,7% đối tượng có trình độ CĐTC có kiến thức về nội dung này.

Nội dung 6 phòng ngừa và kiểm soát dịch bệnh tại địa phương, kết quả nghiên cứu của chúng tôi tại bảng 3.6 có 44% đối tượng có trình độ ĐHSĐH và 19% đối tượng có trình độ CĐTC có kiến thức về nội dung này. Một nghiên cứu của Viện Chiến lược và chính sách y tế ở khu vực miền núi cho thấy, chỉ có 17,3% số bác sỹ tuyến xã được hỏi có kiến thức và kỹ năng đúng trong xử trí sơ cấp cứu,

17% biết được các dấu hiệu nguy hiểm trong thời kỳ phụ nữ mang thai, 50,5% biết cách chẩn đoán tăng huyết áp và 15,6% biết cách xử trí một vụ dịch [79]

Nội dung 7 điều trị thích hợp các bệnh và chấn thương thông thường, kết quả nghiên cứu tại bảng 3.6 có 49% đối tượng có trình độ ĐHSĐH và 22,1% đối tượng có trình độ CĐTC có kiến thức về nội dung này. Theo Phạm Quang Hòa năm 2012, khả năng thực hiện kỹ thuật tại trạm y tế xã của tỉnh Thái Bình: hồi sức cấp cứu chống độc: 69,9%, kỹ thuật nhi khoa 64,1%, Răng – hàm - mặt 36,5%, Mắt 38,9%, Tai mũi họng 65,6%, Nội khoa 58,6%, Da liễu 12,5% [42].

Nội dung 8 cung cấp thuốc thiết yếu, kết quả bảng 3.6 có 34% đối tượng có trình độ ĐHSĐH và 16,2% đối tượng có trình độ CĐTC có kiến thức về nội dung này. Theo một số nghiên cứu trong nước thì vấn đề tiếp cận thuốc thiết yếu của người dân ở các tuyến xã, đặc biệt là các xã vùng sâu còn hạn chế. Một nghiên cứu năm 2011 được thực hiện tại 24 tỉnh thành trên cả nước thì tỷ lệ thuốc thiết yếu thấp (44,9-57%), tỷ lệ thuốc thiết yếu theo danh mục quy định của Bộ Y tế cho xã có bác sỹ càng thấp hơn (12,5 -20%).

Ngay sau khi Tuyên ngôn Alma-Ata ra đời, nhiều nước trên thế giới đã công nhận, ủng hộ và triển khai các hoạt động theo Tuyên ngôn này nhằm mục tiêu “sức khỏe cho mọi người”. Việt Nam tán thành Tuyên ngôn này vì nội dung phù hợp với đường lối, chính sách chăm sóc sức khỏe nhân dân của Đảng và Nhà nước ta [36]. Ngoài 8 nội dung CSSKBĐ được nêu trong Tuyên ngôn, trên cơ sở điều kiện thực tế đất nước, Việt Nam bổ sung thêm 2 nội dung 9 (ND9) “quản lý sức khỏe” và nội dung 10 (ND10) “kiện toàn mạng lưới y tế cơ sở”, thành 10 nội dung CSSKBĐ [27].

Nội dung 9 tổ chức quản lý sức khỏe toàn dân, chương trình quản lý sức khỏe được triển khai từ tuyến y tế cơ sở và TTYT huyện chịu trách nhiệm với các nội dung quản lý bao gồm lập hồ sơ sức khỏe cho tất cả mọi người dân thông qua mô hình bác sỹ gia đình, các bệnh không lây (tăng huyết áp, đái tháo đường, tâm thần), quản lý sức khỏe người cao tuổi, bệnh lao, người bị thương tật. Tuyên truyền vận động những người bệnh tăng huyết áp đến trạm đo huyết áp định kỳ. Bộ y tế Việt Nam đã ký quyết định phê duyệt kế hoạch nhân rộng và phát triển mô hình phòng khám bác sỹ gia đình trong đó trạm y tế xã hoạt động theo nguyên lý y học

gia đình [16], và nhấn mạnh vai trò của TYT trong lập hồ sơ quản lý sức khỏe toàn dân đặc biệt quản lý các bệnh mạn tính không lây như tăng huyết áp và tiểu đường. Chương trình quản lý sức khỏe toàn dân nhấn mạnh điều trị và chăm sóc con người. Mặc dù không giải quyết được các vấn đề về kinh tế, môi trường, xã hội và nhiều hành vi làm ảnh hưởng đến sức khỏe người dân, nhưng chương trình quản lý sức khỏe toàn dân có thể cung cấp các dữ liệu về y tế, các ý kiến chuyên môn và những ý tưởng sáng tạo để thúc đẩy sức khỏe cộng đồng và giúp cộng đồng đối phó với những thách thức trong các lĩnh vực khác. Kết quả là tất cả mọi người trong cộng đồng đều được hưởng lợi ích [134]. Tuy nhiên do tình trạng thiếu hụt nhân lực nên hiệu quả hoạt động này chưa cao như việc thăm khám, vãng gia đối với người cao tuổi thực hiện chưa tốt. Hiện nay, Việt Nam cũng như các nước trong khu vực Đông Nam Á chưa có một hệ thống quản lý sức khỏe toàn dân hoàn chỉnh. Khoảng hơn 10 năm trở lại, nhiều bệnh viện tuyến trên đã ứng dụng công nghệ thông tin vào quản lý hồ sơ bệnh án của bệnh nhân. Bệnh nhân đến tái khám ngay tại bệnh viện đó lần 2, lần 3 đều có thể truy xuất lại hồ sơ bệnh án, tiền sử bệnh cũng như các thuốc đã điều trị. Nhưng đó chỉ là hệ thống quản lý cục bộ. Mặc dù có thể có 2 hay nhiều hơn các bệnh viện đang dùng cùng một chương trình quản lý hồ sơ bệnh nhân, nhưng tất cả các thông tin chỉ được chia sẻ trong nội bộ một bệnh viện. Nếu bệnh nhân đến khám ở bệnh viện A, rồi sau đó lại đến khám và điều trị ở bệnh viện B thì bệnh viện B không thể tiếp cận những thông tin của bệnh nhân được lưu trữ ở bệnh viện A mà phải thực hiện lại tất cả các thủ tục khám, xét nghiệm bệnh từ đầu. Điều này trực tiếp gây tốn kém chi phí cho bệnh nhân, mất nhiều thời gian cho các thủ tục hành chính và chờ đợi kết quả xét nghiệm cận lâm sàng. Chưa kể đến các xét nghiệm xâm lấn gây đau đớn cho bệnh nhân phải thực hiện lần thứ 2 khi đến khám và điều trị tại bệnh viện khác. Việc không có một hệ thống quản lý thông tin y tế cho toàn dân cũng gây khó khăn cho công tác dự phòng và giảm tỉ lệ bệnh tật trong cộng đồng. Vì vậy thiết lập lên một hệ thống quản lý sức khỏe toàn dân là vấn đề tất yếu.

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi tại bảng 3.7 trước can thiệp có 43% cán bộ có trình độ ĐHSĐH và 15,3% cán bộ CĐTC có kiến thức về nội dung này.

Nội dung 10 củng cố mạng lưới y tế cơ sở, Bộ Y tế vào năm 2015 chỉ ra rằng mô hình bệnh tật hiện nay của Việt Nam thay đổi theo hướng gia tăng nhanh chóng, gánh nặng các bệnh không lây nhiễm và tai nạn thương tích, đan xen với bệnh nhiễm trùng; tình hình dịch bệnh diễn biến phức tạp, mang tính toàn cầu; vấn đề kiểm soát yếu tố nguy cơ ảnh hưởng đến sức khỏe còn gặp nhiều khó khăn (như ngộ độc thực phẩm, ô nhiễm môi trường, tệ nạn xã hội), trong khi khả năng đáp ứng về dịch vụ y tế còn hạn chế, đặc biệt là ở y tế cơ sở. Chất lượng nguồn nhân lực y tế cơ sở ở nhiều nơi chưa đáp ứng nhu cầu khám chữa bệnh ngày càng cao của nhân dân, việc thu hút các cán bộ y tế có trình độ chuyên môn giỏi về công tác tại tuyến cơ sở còn gặp khó khăn do chính sách đãi ngộ chưa thỏa đáng; đầu tư cho y tế cơ sở cả về cơ sở hạ tầng và trang thiết bị chưa đáp ứng được yêu cầu...[28].

Cho đến nay, hầu hết các tỉnh, thành phố, các đơn vị hành chính cấp huyện và cấp xã đều thành lập Ban chỉ đạo chăm sóc sức khỏe nhân dân [22]. Nhiệm vụ của ban CSSKND chủ yếu là tham mưu cho UBND huyện chỉ đạo các ban, ngành, đoàn thể; UBND các xã, thị trấn triển khai thực hiện các hoạt động chăm sóc sức khỏe nhân dân; công tác phối hợp liên ngành, lồng ghép thực hiện các chương trình mục tiêu quốc gia về y tế, phòng chống dịch; đẩy mạnh các hoạt động truyền thông giáo dục sức khỏe; huy động cộng đồng tích cực tham gia các hoạt động trong lĩnh vực y tế, vệ sinh phòng bệnh, chăm sóc rèn luyện thân thể, tăng cường xã hội hóa công tác y tế. Tuy nhiên, trong thực tế hoạt động của ban chỉ đạo CSSKND vẫn chưa được hiệu quả. Điều này là do thiếu cơ chế phối hợp, phần lớn các ban, ngành khác còn ỷ lại ngành Y tế.

Từ những khó khăn và thách thức như trên tại tuyến YTCS ngày 25/10/2017 tại hội nghị Trung ương 6 của Đảng đã ban hành Nghị Quyết 20 về tăng cường công tác bảo vệ CSSKND trong tình hình mới. Chính Phủ ban hành quyết định số 2348/QĐ-TTg về việc phê duyệt đề án “Xây dựng và phát triển mạng lưới y tế cơ sở trong tình hình mới”.

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi tại bảng tại bảng 3.7 có 47% đối tượng trình độ ĐHSĐH và 17,1% đối tượng trình độ CĐTC có kiến thức về nội dung này.

Như vậy tỷ lệ có kiến thức về các nội dung CSSKBĐ kết quả bảng 3.7 nhóm đối tượng có trình độ ĐHSĐH là 26%, nhóm trình độ CĐTC 13,7%. Kết quả này cao hơn kết quả nghiên cứu của Trần Ngọc Hữu năm 2002 có 19,4% số bác sỹ làm việc tại TYT có kiến thức về những nội dung CSSKBĐ [48]. Có sự chênh lệch là do trải qua thời gian dài, nhân viên YTCS được tập huấn đào tạo bổ sung kiến thức tuy nhiên như vậy là chưa hiệu quả.

Kiến thức của đối tượng về nguyên tắc (NT) CSSKBĐ.

Tại hội nghị Alma-Ata Các nội dung CSSKBĐ được khởi xướng và ban hành, song song với đó là các nguyên lý hay (nguyên tắc) của CSSKBĐ. Những nội dung CSSKBĐ có thể sẽ thay đổi theo thời gian nhưng nguyên tắc không thay đổi, các nguyên tắc bao gồm:

Nguyên tắc công bằng, kết quả nghiên cứu của chúng tôi tại bảng 3.8 có 31% đối tượng có trình độ ĐHSĐH và 15% đối tượng có trình độ CĐTC có kiến thức về nội dung này. Chăm sóc sức khỏe ban đầu là cách đề cập dựa trên nhu cầu và tính công bằng. Tính công bằng được coi là nguyên tắc then chốt, nó thể hiện tính nhân đạo truyền thống trong công tác chăm sóc sức khỏe. Tính công bằng không có nghĩa là bình quân hay cung cấp các chăm sóc sức khỏe đồng đều cho mọi thành viên của cộng đồng mà là cung cấp các dịch vụ chăm sóc sức khỏe cho những người thực sự có nhu cầu cần thiết được chăm sóc sức khỏe. Thực hiện công bằng trong chăm sóc sức khỏe ban đầu cần quan tâm đến các vùng sâu, vùng xa, đến các đối tượng nghèo, thiệt thòi trong tiếp cận và tiếp nhận được các dịch vụ chăm sóc sức khỏe [44], [76]. Nhiều nghiên cứu đã cho thấy, CSSKBĐ là một trong những chiến lược y tế mang lại sự công bằng trong chăm sóc y tế [97], [136]. Chính vì vậy, WHO đã khuyến cáo rằng công bằng trong y tế là một trong những nguyên tắc cơ bản cần đạt được của CSSKBĐ [140]. Có nhiều cách để đánh giá sự công bằng trong CSSKBĐ. Theo Bravement, công bằng trong chăm sóc y tế gồm nhiều thành tố trong đó bao gồm công bằng trong cung cấp dịch vụ y tế và công bằng trong tài chính y tế [87]. Bell đánh giá công bằng trong cung cấp CSSKBĐ bằng cách so sánh nhu cầu của người dân thông qua số lượt khám bệnh tại các cơ sở CSSKBĐ và khả năng cung cấp dịch vụ CSSKBĐ thông qua số lượng bác sỹ, điều dưỡng và phòng bệnh tại cơ

sở CSSKBĐ [84]. Marrone đề xuất rằng công bằng trong chăm sóc y tế được quyết định thông qua nhiều yếu tố chẳng hạn như tiếp cận, sử dụng và chất lượng của dịch vụ CSSKBĐ [111]. Việt Nam theo quy định của Bộ Y tế, một TYT được xây dựng để phục vụ cho khoảng 3000 dân [65]. Báo cáo của Ủy Ban Các Yếu tố xã hội quyết định sức khỏe nhấn mạnh đến tính công bằng y tế không chỉ ở khía cạnh phân bố công bằng mà còn ở khía cạnh năng lực và thể chế chính trị. Tuy nhiên những cuộc cải cách kinh tế thị trường tại nhiều nước đang phát triển (xã hội hóa lĩnh vực y tế công, khuyến khích y tế tư nhân, chi phí y tế theo cơ chế thị trường) đã làm cho việc đạt những mục tiêu trên trở nên khó khăn [85]. Các quốc gia này vẫn quan tâm đến tiêu chí công bằng y tế và sự tham gia của cộng đồng trong chăm sóc y tế, nhưng thực tế các chính sách ban hành thường xét đến khía cạnh chi phí hiệu quả nhiều hơn. Tại một số nước khu vực Cận Sahara, tác dụng ngược của chính sách thu phí người dân sử dụng dịch y tế đã dẫn đến quyết định bãi bỏ thu phí y tế của chính phủ các nước này. Ở cấp độ toàn cầu, một số đối tác y tế quốc tế chỉ chú trọng đến việc hỗ trợ tài chính và kỹ thuật theo hướng lợi nhuận hơn là hướng về con người bằng việc triển khai các chương trình phòng chống một số bệnh trọng yếu. Điều này được cho là đi ngược lại ưu tiên của các quốc gia được tài trợ, làm suy yếu hệ thống y tế chăm sóc sức khỏe toàn diện đồng thời khuyến khích việc xây dựng các chương trình chiều dọc chỉ chú trọng đến một số bệnh nhất định [86].

Nguyên tắc tăng cường sức khỏe, dự phòng và phục hồi sức khỏe, chăm sóc sức khỏe ban đầu không chỉ là chữa bệnh mà còn phải tăng cường hiểu biết của người dân về sức khỏe và lối sống khỏe mạnh. Chăm sóc sức khỏe ban đầu nhấn mạnh đến các biện pháp dự phòng và loại bỏ tận gốc các nguyên nhân của bệnh tật. Nguyên tắc này cân nhắc đến tính tự nhiên của các vấn đề sức khỏe mà các nước đang phát triển phải đối phó và coi phòng bệnh và tăng cường sức khỏe như là phương tiện thích hợp để đối phó với các vấn đề sức khỏe. Nguyên tắc này được thể hiện trong nhiều nội dung CSSKBĐ [76]. Kết quả nghiên cứu tại bảng 3.8 có 21% đối tượng có trình độ ĐHSĐH và 12,1% đối tượng có trình độ CĐTC có kiến thức về nội dung này.

Nguyên tắc sự tham gia của cộng đồng, kết quả nghiên cứu của chúng tôi tại bảng 3.8 có 24% đối tượng có trình độ ĐHSĐH và 14,3% đối tượng có trình độ CĐTC có kiến thức về nội dung này. Hội nghị Alma Ata coi sự tham gia của cộng đồng như là nhân tố chìa khoá cơ bản trong chăm sóc sức khỏe. Sự tham gia của cộng đồng rất đa dạng bao gồm các cá nhân trong cộng đồng nhận rõ trách nhiệm của họ trong chăm sóc sức khỏe, các thành viên cộng đồng tham gia vào việc đưa ra các quyết định để giải quyết các vấn đề sức khỏe ưu tiên và phân phối các nguồn lực y tế, quản lý cộng đồng, vận động cộng đồng trong các chiến dịch chăm sóc và bảo vệ sức khỏe. Cộng đồng còn đóng góp nguồn lực của họ cho công tác chăm sóc sức khỏe. Cộng đồng cần quyết định những điều họ mong muốn trong công tác chăm sóc sức khỏe và biện pháp làm thế nào để đạt được những điều đó. Sự tham gia của cộng đồng là một trong những nguyên lý quan trọng nhất của chăm sóc sức khỏe ban đầu [76]. Hội nghị Alma-Ata coi sự tham gia của cộng đồng như là nhân tố cơ bản trong CSSKBĐ. Sự tham gia của cộng đồng rất đa dạng trong đó các cá nhân trong cộng đồng nhận thức rõ trách nhiệm của họ trong chăm sóc sức khỏe. Khi có sự đồng thuận của cộng đồng thì chính họ cần quyết định những điều họ mong muốn và đưa ra các giải pháp để đạt được điều đó. Khi người dân tự nguyện tham gia đóng góp vào các phong trào bảo vệ sức khỏe cho chính mình và cộng đồng thì các phong trào đó mới được duy trì lâu dài [85]. Tuy nhiên trong thực tế, sự tham gia cộng đồng trong CSSKBĐ vẫn còn gặp nhiều khó khăn. Điều này được các đối tượng giải thích rằng do người dân có trình độ hiểu biết còn thấp chưa nhận thức được tầm quan trọng của các hoạt động CSSKBĐ. Điều kiện kinh tế còn nhiều khó khăn làm cho người dân không thể tham gia vào các chương trình CSSKBĐ triển khai tại địa phương. Các báo cáo của WHO về việc triển khai CSSKBĐ tại nhiều quốc gia ghi nhận nhiều vấn đề và thách thức trong việc thực hiện nguyên tắc tham gia cộng đồng. Các thách thức này bao gồm năng lực của cộng đồng còn thấp trong việc đưa ra các quyết định liên quan đến CSSKBĐ cả về mặt xã hội cũng như kiến thức về y tế, người dân vẫn chưa thật sự có thể giám sát, theo dõi nhân viên y tế trong CSSKBĐ, người dân không có các phương tiện, dụng cụ để thực hiện quyền tham gia trong CSSKBĐ của mình, chưa có cơ chế phổ biến thông tin y tế

giữa các cơ sở y tế liên quan đến CSSKBĐ và người dân, người dân không thể tiếp cận được nhiều quy trình trong công tác khám chữa bệnh, điều trị và theo dõi bệnh tật của bản thân [136].

Nguyên tắc sử dụng kỹ thuật thích hợp, kết quả nghiên cứu tại bảng 3.8 có 17% đối tượng có trình độ ĐHSĐH và 14% đối tượng có trình độ CĐTC có kiến thức về nội dung này. Điều này không có nghĩa là áp dụng các kỹ thuật thấp mà là quá trình cân nhắc tới nhiều yếu tố ảnh hưởng đến sức khỏe, nhu cầu chăm sóc sức khỏe cũng như khả năng chấp nhận và duy trì các biện pháp chăm sóc sức khỏe của cộng đồng để chọn lựa các kỹ thuật chăm sóc và dịch vụ thích hợp nhất cho đối tượng. Thực hiện nguyên tắc này phải hiểu rõ đối tượng và nắm vững các kỹ thuật, phương pháp có thể lựa chọn áp dụng cho đối tượng [76].

Nguyên tắc phối hợp liên ngành, kết quả nghiên cứu của chúng tôi tại bảng 3.8 tỷ lệ đối tượng có trình độ đại học và sau đại học có kiến thức về nguyên tắc này là 21%, nhóm có trình độ cao đẳng, trung cấp là 12,8%. Giải quyết các vấn đề sức khỏe của cộng đồng không thể chỉ do ngành y tế mà cần thiết phải có sự tham gia của nhiều ngành khác. Sức khỏe là vấn đề phát triển và đòi hỏi phải phối hợp chặt chẽ với sự phát triển của các ngành khác. Mục tiêu của chăm sóc sức khỏe ban đầu không chỉ liên quan đến tăng cường tình trạng sức khỏe của cộng đồng mà còn là sự tăng cường các điều kiện kinh tế xã hội của cộng đồng dẫn đến tình trạng sức khỏe tốt nhất. Không phải chỉ ngành y tế có trách nhiệm đối với công tác chăm sóc sức khỏe nhân dân mà chính quyền cũng như nhiều ngành khác cùng có trách nhiệm trong công tác bảo vệ và tăng cường sức khỏe nhân dân [76]. Phối hợp liên ngành cũng là một nguyên tắc của CSSKBĐ được WHO nhấn mạnh [140]. Nhiều nghiên cứu trên thế giới cho thấy việc phối hợp liên ngành mang lại hiệu quả to lớn đối với CSSKBĐ. Một nghiên cứu gần đây của Schepman cho thấy tỷ lệ các hoạt động CSSKBĐ đạt được thành công cao hơn ở nhóm phối hợp nhiều ban ngành với nhau [122]. Nghiên cứu của Lemmen cho thấy khi có sự phối hợp tốt giữa các trung tâm CSSKBĐ và bệnh viện chuyên ngành bệnh nhân mắc COPD và hen phế quản được điều trị, chăm sóc và theo dõi tốt hơn [109]. Tuy nhiên việc thực hiện phối hợp liên ngành trong CSSKBĐ là một khó khăn thách thức với hầu hết các quốc gia trên thế

giới, đặc biệt là tại các nước đang phát triển. Trong nghiên cứu của chúng tôi, cụ thể khi triển khai các chương trình truyền thông giáo dục sức khỏe hay vệ sinh môi trường, các đối tượng nghiên cứu cũng nhận thấy việc phối hợp ban ngành đoàn thể cũng được ghi nhận là khó khăn, đặc biệt là trong công tác hoạt động TTGDSK. Trong hoạt động TTGDSK, chưa có một kế hoạch nêu rõ vai trò của từng ban ngành đoàn thể trong đó có ý tế trong việc triển khai các hoạt động. Điều này dẫn đến việc ý tế đóng vai trò chủ đạo trong TTGDSK và nhận ít sự hỗ trợ từ các ban ngành đoàn thể khác như giáo dục, Ủy Ban Nhân dân. Các lĩnh vực ngoài ý tế cho rằng trách nhiệm CSSKBĐ chủ yếu thuộc về lĩnh vực ý tế, do đó trong chiến lược phát triển của ngành mình thường chỉ dành phần nhỏ kinh phí cũng như nguồn lực để phối hợp với lĩnh vực ý tế trong CSSKBĐ cho người dân [82]. Thêm vào đó, lĩnh vực ý tế cũng không có các chiến lược hoặc các hoạt động nhằm nâng cao sự phối hợp liên ngành, vì vậy công tác CSSKBĐ thường ít khi có sự phối hợp giữa các ban ngành đoàn thể thuộc các lĩnh vực khác nhau. Một nghiên cứu tại Nigeria cho thấy mặc dù chiến lược ý tế quốc gia của Nigeria có quy định phối hợp liên ngành trong CSSKBĐ tuy nhiên trong thực tế việc triển khai phối hợp liên ngành giữa các lĩnh vực hầu như ít được thực hiện [98]. Nghiên cứu Poulton cho thấy có nhiều rào cản đưa đến việc khó phối hợp giữa ban ngành đoàn thể trong CSSKBĐ, trong đó quá trình làm việc, cơ chế phối hợp, mục tiêu làm việc là những yếu tố góp phần đến sự không thành công trong hoạt động CSSKBĐ [119]. Nghiên cứu của Curoe cho thấy việc thực hiện các hoạt động CSSKBĐ trở nên khó khăn khi có sự góp mặt của nhiều ban ngành, đặc biệt là những cơ quan nằm ngoài ý tế [92]. Tại Việt Nam, ngành ý tế phải phối hợp với các ngành khác như giáo dục, công nghiệp, nông nghiệp...và với các tổ chức xã hội như Hội liên hiệp phụ nữ, Đoàn thanh niên... và với chính quyền địa phương để có thể đạt được hiệu quả cao trong công tác CSSKBĐ. Trong CSSKBĐ Ban chăm sóc sức khỏe nhân dân các cấp đóng vai trò quan trọng là đầu mối phối hợp, chỉ đạo các ban ngành cùng tham gia vào công tác CSSKBĐ. Tuy nhiên, nhiều báo cáo cho thấy Ban chăm sóc sức khỏe nhân dân hoạt động chưa đạt hiệu quả cao do thiếu cơ chế phối hợp, phần lớn các ban ngành khác còn phụ thuộc nhiều vào ngành ý tế trong việc triển khai nhiều hoạt động CSSKBĐ.

Một báo cáo của Sở Y tế Đồng Tháp về công tác phối hợp liên ngành trong phòng chống dịch cho thấy công tác này gặp nhiều khó khăn trong phối kết hợp hoạt động phòng chống dịch giữa các ban ngành như nảy sinh mâu thuẫn về lợi ích và sự đóng góp bất cân xứng giữa các thành viên, bất cập trong lập kế hoạch hoạt động CSSK, ban ngành trong xã hội còn ỷ lại, coi hoạt động CSSK, phòng chống dịch của đơn vị mình là làm theo hợp đồng đặt hàng của ngành y tế, lãnh đạo địa phương có nơi, có lúc còn chưa nhận thức được tầm quan trọng của hoạt động phòng chống dịch đối với sự phát triển kinh tế-xã hội và cũng chưa nhận rõ trách nhiệm của mình [66]. Nghị quyết số 46 của Bộ Chính Trị cũng chỉ ra rằng công tác bảo vệ và chăm sóc sức khỏe ở nước ta vẫn còn nhiều bất cập và yếu kém, một phần là do ngành y tế chưa có những giải pháp hữu hiệu huy động các nguồn lực từ cộng đồng và xã hội cho công tác bảo vệ và chăm sóc sức khỏe nhân dân. Bên cạnh đó, một số cấp ủy đảng và chính quyền chưa thực sự quan tâm lãnh đạo, chỉ đạo công tác bảo vệ, chăm sóc và nâng cao sức khỏe nhân dân, nhiều nơi còn trông chờ vào bao cấp của nhà nước [6].

Kết quả bảng 3.8 số nhân viên y tế có trình độ đại học và sau đại học xác định đúng số nguyên tắc CSSKBĐ là 21%, về nội dung các nguyên tắc CSSKBĐ cao nhất là nguyên tắc 1 đạt 31%, đủ 5 nguyên tắc đạt 14%. Số nhân viên y tế có trình độ cao đẳng và trung cấp và tương đương, xác định được số nguyên tắc 13,4%, về nội dung của các nguyên tắc CSSKBĐ cao nhất là 15,0% nguyên tắc 1, đủ 5 nguyên tắc đạt 9,0%. Kết quả bảng 3.8 có 14% đối tượng có trình độ ĐHSĐH và 9% đối tượng có trình độ CĐTC có kiến thức về nội dung này. Kết quả nghiên cứu của Trần Ngọc Hữu năm 2002 chỉ có 3,2% bác sỹ tại tuyến xã có kiến thức về nguyên tắc trong CSSKBĐ thấp hơn nghiên cứu của chúng tôi, trải qua thời gian đối tượng được cập nhật về CSSKBĐ, tuy nhiên sự gia tăng như vậy là chưa đủ. Việc nâng cao kiến thức cho nhân viên YTCS là vấn đề đáng quan tâm.

Kiến thức về đặc trưng trong CSSKBĐ

Song song với việc ban hành các nội dung chính của tuyên ngôn Alma Ata tổ chức y tế thế giới cũng đã ban hành các đặc trưng hay cách tiếp cận trong CSSKBĐ bao gồm 11 nội dung. Năm 2008 đánh giá sau 30 năm thực hiện tuyên ngôn Alma-

ata WHO đã ban hành 11 đặc trưng mới. Tuy nhiên cho đến nay các nước trên thế giới vẫn đang thực hiện theo cả đặc trưng trước đây và hiện nay vì một số đặc trưng trước đây con phù hợp, những đặc trưng hiện nay một số nội dung chưa được thực hiện được do việc đáp ứng điều kiện của các nước còn hạn chế.

Với những đặc trưng trước đây kết quả tại phụ lục 9 nhóm đối tượng có trình độ ĐHSĐH có kiến thức đạt cao nhất 36%. Đối tượng có trình độ CĐTC có kiến thức cao nhất là 20,2%.

Những đặc trưng hay cách tiếp cận chính là việc cụ thể hóa những nội dung chính của tuyên ngôn Alma-ata, các quốc gia sẽ thực hiện tuyên ngôn theo nhưng cách tiếp cận này. Trải qua mấy chục năm, những đặc trưng trước đây không còn phù hợp với những thay đổi của thế giới đặc biệt về mô hình bệnh tật. Năm 2008 đánh giá sau 30 năm thực hiện tuyên ngôn Alma-ata tổ chức Y tế thế giới đã ban hành 11 đặc trưng mới (hiện nay) nhằm đáp ứng với những thay đổi này.

Kết quả nghiên cứu về những đặc trưng hiện nay của chúng tôi tại bảng 3.9 các đặc trưng có tỷ lệ kiến thức cao nhất với đối tượng ĐHSĐH là ĐT9 đạt 41,0%. Với đối tượng CĐTC có tỷ lệ kiến thức cao nhất là 24,3%.

Hiện nay trên thế giới vẫn thực hiện song song cả 2 đặc trưng trong đó có Việt Nam, về vấn đề này là do đặc trưng trước đây một số nội dung còn phù hợp. Mặt khác điều kiện thực tế của từng quốc gia chưa đáp ứng được toàn bộ yêu cầu của các đặc trưng hiện nay. Để làm rõ vấn đề này chúng tôi tiến hành đánh giá sự phù hợp của các nội dung trước đây và hiện nay thông qua nhận định của hai nhóm đối tượng và có những kết quả thể hiện tại Hình 3.6 là: đặc trưng CSSKBĐ trước đây, (ĐT9) viện trợ song phương và hỗ trợ kỹ thuật được ghi nhận còn phù hợp ở mức độ cao nhất là 81%, (ĐT6) sự tham gia của cộng đồng là 65%, (ĐT5) kỹ thuật đơn giản cho nhân viên và (ĐT4) cải thiện điều kiện vệ sinh tỉ lệ lần lượt là 61% và 52%. Các (ĐT8 và ĐT11) quản lý trong hoàn cảnh khan hiếm nguồn lực, tình giảm biên chế và CSSKBĐ rẻ tiền, chỉ cần đầu tư khiêm tốn đều có tỉ lệ thấp (lần lượt là 7,0% và 4%). Nhận định của các đối tượng phỏng vấn hoàn toàn phù hợp với tình hình thực tế hiện nay. Với đặc trưng viện trợ song phương và hỗ trợ kỹ thuật, trong những năm gần đây, Đảng và Nhà nước luôn kêu gọi viện trợ từ các nước phát triển

trong lĩnh vực y tế công, đặc biệt là y tế dự phòng. Báo cáo năm 2014 của Phái đoàn liên minh Châu Âu tại Việt Nam cho thấy phân bổ vốn ODA của Liên Minh Châu Âu dành cho y tế Việt Nam lên đến 58% (114 triệu EU), chiếm tỷ lệ cao nhất trong các lĩnh vực được nhận vốn ODA tại Việt Nam [39]. Theo báo cáo tổng kết năm 2014 của Bộ Y tế, Chính phủ đã ký được 5 dự án lớn cho ngành y tế gồm dự án đào tạo vay vốn Ngân hàng Thế giới (WB) 116 triệu đô la Mỹ, dự án ngăn chặn sốt rét kháng thuốc vay Quỹ Toàn cầu 15 triệu đô la Mỹ, dự án vay của Tổ chức Y tế thế giới (WHO) 18,5 triệu đô la Mỹ, dự án vay vốn ODA của Chính phủ Hàn Quốc mua trang thiết bị cho Bệnh viện Tai Mũi Họng trung ương 19 triệu đô la Mỹ. Có thể thấy đa số cán bộ đều đánh giá sự tham gia cộng đồng là một nội dung cho đến nay vẫn hết sức quan trọng trong CSSKBD (ĐT6 chiếm 65%). Có lẽ xuất phát từ thực tế các cán bộ y tế cơ sở gặp khó khăn trong việc triển khai công tác CSSKBD do sự thiếu hợp tác của người dân nên khi trả lời phỏng vấn các đối tượng cho rằng sự tham gia cộng đồng là cần thiết nhất để công tác CSSKBD đạt hiệu quả. Tại Việt Nam, việc đạt được sự tham gia của cộng đồng trong công tác CSSKBD luôn là một thách thức đối với các nhà quản lý y tế. Thiếu nhận thức về sự tham gia cộng đồng là một trong nhiều lý do chính đưa đến việc người dân không hưởng ứng hoặc không tham gia vào các hoạt động CSSKBD [113]. Việc thiếu nhận thức này có nguyên nhân gốc rễ là do trình độ học vấn của người dân không cao [110], [120]. Bên cạnh đó việc truyền thông về CSSKBD đến người dân không tốt cũng là một yếu tố góp phần dẫn đến sự tham gia kém của cộng đồng trong nhiều hoạt động CSSKBD [107]. Một số yếu tố khác như điều kiện kinh tế khó khăn, khoảng cách địa lý, sắc tộc, tôn giáo cũng là những rào cản góp phần làm hạn chế sự tham gia của cộng đồng trong CSSKBD [91], [115], [120]. Đối với đặc trưng cải thiện điều kiện vệ sinh nước, truyền thông giáo dục sức khỏe (52%), các đối tượng tham gia phỏng vấn đánh giá nhiều chương trình truyền thông đã được thực hiện và đạt được một số thành tựu nhất định như chương trình phòng chống thuốc lá, chương trình giáo dục dinh dưỡng, chương trình phòng chống tác hại của rượu, bia. Một số hoạt động truyền thông đã thực hiện như in cảnh báo hình ảnh trên vỏ bao bì thuốc từ 01/8/2013, đồng thời cũng đã thực hiện cấm quảng cáo thuốc lá trên các phương

tiện thông tin đại chúng, cấm tài trợ thuốc lá tại các sự kiện văn hoá, thể thao [32]. Hành vi hút thuốc lá tại nơi làm việc, trường học đã giảm. Cùng với đó Việt Nam đã xây dựng và mở rộng các mô hình môi trường không khói thuốc lá tại cơ sở y tế, cơ sở giáo dục, nơi làm việc, phương tiện giao thông công cộng [19]. Đối với chương trình giáo dục dinh dưỡng, Bộ Y tế đã phát động. Tuần lễ nuôi con bằng sữa mẹ. Tuần lễ dinh dưỡng và phát triển, tham gia sáng kiến bệnh viện thân thiện và thực hiện hướng dẫn. Mười bước cho con bú thành công; thành lập Khoa dinh dưỡng lâm sàng tại các bệnh viện; Viện Dinh dưỡng đào tạo Dinh dưỡng học đường bậc học mầm non. Từ đó đã đem đến được một số kết quả: Tỷ lệ suy dinh dưỡng cân nặng/tuổi năm 2009: 18,9% giảm xuống còn 15,3% vào năm 2013 [28]. Về chương trình phòng chống tác hại của rượu, bia, Ngày 14-6-2019, Luật Phòng, chống tác hại rượu, bia chính thức được Quốc Hội thông qua, có hiệu lực từ ngày 1/1/2020 trong đó có quy định đã uống rượu bia thì không lái xe. Ngành Công an tăng cường việc kiểm tra vi phạm nồng độ cồn khi tham gia giao thông [61]. Riêng đối với hoạt động cải thiện vệ sinh nước, hiện nay tại Việt Nam nhiều dự án nước sạch đã được triển khai tại các vùng nông thôn Việt Nam trong những năm qua. Báo cáo đánh giá lĩnh vực cấp nước và vệ sinh môi trường Việt Nam 2010, có 18,15 triệu người dân vùng thành thị có thể tiếp cận được với nước sạch chiếm 69% tổng số dân thành thị. Chất lượng nước tại các nhà máy nước cấp cho đạt tiêu chuẩn chất lượng nước cấp cho ăn uống theo QCVN 01:2009/BYT của Bộ Y tế. Tỷ lệ dân số thành thị tiếp cận được với dịch vụ vệ sinh năm 2008 là 91%, công trình vệ sinh hộ gia đình phổ biến nhất ở các vùng đô thị là bể tự hoại chiếm 80% và tỉ lệ này khác nhau ở các vùng đô thị. Tỉ lệ dân số nông thôn được sử dụng nước hợp vệ sinh tăng từ 62% lên 80% [33]. Từ đó người dân ngày càng có điều kiện hơn tiếp cận được với nguồn nước hợp vệ sinh. Kết quả khảo sát cũng cho thấy các nội dung mà cán bộ y tế cho rằng có mức độ phù hợp thấp bao gồm mở rộng gói khả năng can thiệp y tế cơ bản và thuốc thiết yếu cho người nghèo ở nông thôn (ĐT1 31%), chăm sóc ban đầu độc lập với chăm sóc của bệnh viện (26%), CSSKBĐ rẻ tiền, chỉ cần đầu tư khiêm tốn (4%), và quản lý trong hoàn cảnh khan hiếm nguồn lực và tình giảm biên chế (7%).

Nhận định của các đối tượng khảo sát hoàn toàn phù hợp vì các đặc trưng

này, vốn được đề xuất trong giai đoạn đầu của quá trình phát triển CSSKBĐ, đã không còn phù hợp trong bối cảnh hiện nay. Quá trình toàn cầu hóa, sự phát triển kinh tế cũng như sự thay đổi lối sống do quá trình đô thị hóa dẫn đến những thay đổi lớn về sức khỏe và chăm sóc y tế của hầu hết các quốc gia trên thế giới [92]. Hệ thống y tế, đặc biệt là y tế cơ sở không chỉ tập trung vào việc cung cấp các dịch vụ khám chữa bệnh đơn giản, thông thường, phòng và ngừa các bệnh dịch truyền nhiễm mà nay phải mở rộng sang các lĩnh vực sức khỏe khác mới có thể chăm sóc toàn diện sức khỏe cho người dân. Điều này đòi hỏi một sự đầu tư lớn về nguồn lực y tế chứ không còn là CSSKBĐ rẻ tiền, chỉ cần đầu tư khiêm tốn như hội nghị Alma-Alta đã đề xuất đối với CSSKBĐ. Tại hội nghị Tăng cường y tế cơ sở cho chăm sóc sức khỏe ban đầu, hướng tới bao phủ chăm sóc sức khỏe toàn dân đầu năm 2015, cũng đã khẳng định đổi mới CSSKBĐ, y tế cơ sở là hết sức cần thiết. Để làm được điều này, ngành y tế cần đẩy mạnh công tác phát triển nhân lực tuyến y tế cơ sở, đồng thời tăng cường đầu tư, đổi mới cơ chế tài chính cho y tế cơ sở. Cụ thể Nhà nước có trách nhiệm đảm bảo đầu tư cho y tế cơ sở để tạo bước đột phá trong việc cung cấp các dịch vụ chăm sóc sức khỏe ban đầu có chất lượng, phải đảm bảo ngân sách y tế chi cho y tế dự phòng theo quy định của Nghị quyết 18/2008/QH-12, đẩy nhanh lộ trình BHYT toàn dân, thực hiện tốt chính sách hỗ trợ người cận nghèo, người làm nông nghiệp, lâm nghiệp, ngư nghiệp, diêm nghiệp tham gia BHYT.

Đối với các đặc trưng CSSKBĐ do WHO đề xuất năm 2008, thì nội dung ưu tiên nguồn lực tăng thêm cho y tế vào việc chăm sóc sức khỏe toàn dân có tỷ lệ phù hợp cao nhất là 83% (ĐT8), đổi mới hệ thống y tế nhằm đảm bảo tiếp cận toàn dân và an sinh sức khỏe cho xã hội 73% (ĐT1), Thúc đẩy lối sống lành mạnh giảm tác hại của các nguy cơ môi trường và xã hội 67% (ĐT4); Hợp tác toàn cầu, cùng đào tạo và rút kinh nghiệm với nhau 55% (ĐT9), các đặc trưng còn lại không vượt quá 50%. Cần đổi mới CSSKBĐ theo hướng chăm sóc toàn diện thông qua việc tăng khả năng tiếp cận của người dân với CSSKBĐ. Quan điểm này cũng được đề cập trong hội nghị Tăng cường y tế cơ sở cho CSSKBĐ, hướng tới bao phủ chăm sóc sức khỏe toàn dân. Bên cạnh đó cần đánh giá, tổng kết mô hình bác sỹ gia đình gắn với chăm sóc sức khỏe ban đầu để xem xét nhân rộng cho phù hợp. Ngoài ra, ngành

y tế cũng cần đổi mới phương thức cung ứng dịch vụ trong đó chú trọng tới tăng cường quản lý sức khỏe, chăm sóc giảm nhẹ và phục hồi chức năng tại nhà, tại cộng đồng, đặc biệt đối với các bệnh không lây nhiễm [61]. Nội dung CSSKBĐ có vai trò điều phối sự đáp ứng toàn diện ở các tuyến bệnh viện có 63% (ĐT10) cán bộ cho rằng có thể phù hợp với Việt Nam. Hiện nay vai trò của TYT xã/phường đóng vai trò là cơ sở tiếp cận chăm sóc y tế đầu tiên của người dân. Tại TYT các hoạt động CSSKBĐ đều được triển khai tại TYT và đã mang lại nhiều thành công trong thực tế. Tuy nhiên để CSSKBĐ tại tuyến cơ sở đóng vai trò điều phối sự đáp ứng toàn dân vẫn chưa thể được thực hiện toàn diện [28]. Chưa có sự phối hợp tốt giữa các cơ sở CSSKBĐ như TYT, trung tâm y tế dự phòng với các bệnh viện tại các tuyến, do đó việc quản lý, theo dõi điều trị cho người dân chưa được xuyên suốt. Bên cạnh đó trình độ chuyên môn của các cơ sở y tế còn nhiều hạn chế chưa thể đóng vai trò khám, và điều trị ban đầu cho bệnh nhân, sau đó chuyển lên tuyến trên điều trị tiếp như tại các nước phát triển [28]. Từ thực tế này cán bộ tham gia nghiên cứu này cho rằng việc thực hiện nội dung này chỉ ở mức 63%. Nội dung thứ tư được cán bộ cho rằng phù hợp triển khai tại Việt Nam là thúc đẩy lối sống lành mạnh, giảm tác hại của các nguy cơ môi trường và xã hội (66%). Các số liệu thống kê, nghiên cứu cho thấy cơ cấu giữa 3 nhóm bệnh lây nhiễm, không lây nhiễm, và tai nạn, thương tích đã có sự thay đổi nhanh chóng trong vòng hơn 30 năm trở lại đây với sự gia tăng nhanh tỷ trọng của các bệnh không lây nhiễm (BKLN). Nếu không có các can thiệp khẩn cấp, có hiệu quả, ước tính số tử vong do các bệnh liên quan đến thuốc lá mỗi năm sẽ tăng lên tới 70 000 người vào năm 2030 [72]. Khoảng 70% nam giới Việt Nam có sử dụng rượu, bia và thức uống có cồn. Tỷ lệ sử dụng rượu, bia ở tuổi vị thành niên, thanh niên và phụ nữ đều đang gia tăng nhanh. Năm 2013, Việt Nam tiêu thụ khoảng 3 tỷ lít bia, bình quân 35,6 lít/người với tổng chi phí gần 3 tỷ USD, chiếm khoảng 1,8 % GDP [34]. Một nghiên cứu của WHO cho thấy việc truyền thông giáo dục người dân về những hệ quả của bệnh không lây là một trong nhiều thành phần quan trọng trong chính sách phòng chống bệnh không lây của các quốc gia thành viên và giáo dục truyền thông thay đổi lối sống là một hoạt động có tính chi phí - hiệu quả cao, nâng cao được nhận thức của người dân trong phòng

chống bệnh mạn tính [121]. Một nghiên cứu của Dobe năm 2012 cho thấy truyền thông giáo dục sức khỏe thay đổi lối sống là một biện pháp hữu hiệu nhằm phòng ngừa bệnh không lây, tuy nhiên việc lựa chọn mô hình truyền thông giáo dục sức khỏe (mô hình niềm tin sức khỏe, mô hình tự học, mô hình kiến thức-thái độ-thực hành) tùy thuộc vào từng môi trường, địa điểm triển khai [95]. Nghiên cứu của Ford ghi nhận rằng chỉ cần thay đổi những thói quen có hại hằng ngày như ngừng hút thuốc, tập luyện thể dục thể thao, chế độ ăn hợp lý đều có thể mang lại những lợi ích sức khỏe to lớn, đặc biệt đối với việc phòng ngừa bệnh không lây mạn tính như tăng huyết áp, đái tháo đường [99]. Đối với hợp tác toàn cầu, cùng đào tạo và rút kinh nghiệm với nhau có 55% cho rằng nội dung này là phù hợp, có thể triển khai trong bối cảnh tại Việt Nam. Trong bối cảnh toàn cầu hóa hiện nay, việc chia sẻ thông tin y tế giữa các quốc gia là điều cần thiết. Sự phối hợp giữa các quốc gia trong việc phòng ngừa sự lây lan của các bệnh truyền nhiễm cũng như phối hợp trong trao đổi kiến thức, kỹ thuật trong lĩnh vực CSSKBD là một khuyến cáo được WHO khuyến khích cho tất cả các nước thành viên [137]. Bên cạnh đó việc hỗ trợ tài chính thông qua các dự án chương trình của các tổ chức y tế quốc tế dành cho các quốc gia đang phát triển cũng ngày càng được tăng cường. Tại Việt Nam, nhiều dự án, chương trình của các tổ chức y tế quốc tế như WHO, CDC, UNICEF vẫn đã và đang được triển khai tại nhiều nơi trong cả nước cũng nói lên được vai trò của việc hợp tác toàn cầu trong ngăn ngừa bệnh tật và nâng cao sức khỏe cho người dân [105], [128], [137]. Nội dung chăm sóc sức khỏe ban đầu không rẻ, cần được đầu tư thỏa đáng, tuy nhiên hiệu quả mang lại từ đầu tư cao hơn so với các phương án đầu tư khác có 45% cán bộ cho rằng phù hợp. Trước đây trong thời kỳ khó khăn CSSKBD được đầu tư với chi phí thấp, tuy nhiên mang lại hiệu quả khá tốt trong việc chăm sóc sức khỏe người dân. Tuy nhiên theo thời gian, xã hội có nhiều thay đổi, đời sống người dân phát triển theo chiều hướng tốt hơn. Điều này dẫn đến những mặt tích cực như dinh dưỡng được cải thiện, tỷ lệ mắc và tử vong các bệnh truyền nhiễm giảm xuống, tuy nhiên cũng đi kèm các mặt tiêu cực như lối sống tiêu cực với nhiều yếu tố nguy cơ mắc các bệnh không lây như hút thuốc lá, uống rượu bia, chế độ ăn nhiều mỡ... Những mặt tiêu cực này dẫn đến tỷ lệ mắc các bệnh

không lây càng tăng lên [28]. Đứng trước gánh nặng bệnh tật kép của bệnh truyền nhiễm và bệnh không lây, với sự đầu tư kinh phí và cơ sở hạ tầng còn nhiều hạn chế các cơ sở CSSKBĐ tại tuyến cơ sở ít có khả năng đáp ứng được những nhu cầu chăm sóc sức khỏe ngày càng tăng của người dân. Do đó có thể thấy cán bộ y tế tham gia nghiên cứu cho rằng cần có sự thay đổi trong việc đầu tư cho CSSKBĐ, có như vậy mới có thể đáp ứng được nhu cầu của người dân. Tuy nhiên tỷ lệ 45% cán bộ cho rằng việc tăng đầu tư vào CSSKBĐ là cần thiết cho thấy, để điều này trở thành hiện thực có thể gặp nhiều khó khăn khách quan và chủ quan trong thực tế. Trên thế giới nhiều nghiên cứu tại các quốc gia cũng cho thấy đầu tư vào CSSKBĐ không đơn giản, mà phải có chi phí đầu tư lớn với nguồn lực đầy đủ thì công tác CSSKBĐ mới mang lại hiệu quả cao. Một nghiên cứu lớn của Collin tại 6 quốc gia là Cambodia, Rwanda, Uganda, Malawi, Burundi, và Haiti khảo sát tình trạng các cơ sở CSSKBĐ cho thấy hầu hết các cơ sở CSSKBĐ đều cung cấp dịch vụ kém, và thiếu thốn nguồn lực đặc biệt là nguồn nhân lực. Nghiên cứu cũng đề xuất muốn tăng cường hiệu quả của CSSKBĐ cần phải tăng cường đầu tư cơ sở hạ tầng và trang thiết bị cũng như nguồn nhân lực cho các cơ sở CSSKBĐ [90].

Nghiên cứu của Hussain tại Bangladesh cho thấy chi phí xây dựng một cơ sở CSSKBĐ vào khoảng 36.382 đôla, tuy nhiên nếu muốn xây dựng một cơ sở CSSKBĐ có đầy đủ các trang thiết bị, bao gồm cả phòng xét nghiệm thì chi phí có thể lên đến 59.556 đô la. Nghiên cứu còn cho thấy chi phí đầu tư cho một cơ sở CSSKBĐ tùy thuộc chủ yếu vào cường độ sử dụng nguồn lực của cơ sở, hay nói cách khác cơ sở CSSKBĐ nào đáp ứng nhu cầu CSSKBĐ của người dân càng nhiều thì cần được đầu tư càng nhiều [104]. Nghiên cứu của Virta lại cho thấy các loại dịch vụ CSSKBĐ khác nhau quyết định chi phí đầu tư dành cho các cơ sở CSSKBĐ. Cụ thể nếu trung tâm CSSKBĐ triển khai dịch vụ chăm sóc và theo dõi người bệnh tại nhà thì trung tâm CSSKBĐ cần đầu tư thêm khoảng 4.139 đôla cho một bệnh nhân [131]. Nghiên cứu của Brilleman cho thấy mô hình bệnh tật cũng là một yếu tố quyết định đến chi phí CSSKBĐ. Tác giả áp dụng nhiều mô hình bệnh tật khác nhau nhằm ước lượng chi phí trung bình mà trung tâm CSSKBĐ cần đầu tư để đáp ứng được nhu cầu khám chữa bệnh trong từng mô hình khác nhau. Kết quả cho thấy,

cho dù áp dụng mô hình bệnh tật nào thì chi phí đầu tư cho CSSKBD cũng khá cao, từ đó tác giả cho rằng cần đầu tư thỏa đáng cho CSSKBD để có thể đáp ứng được đầy đủ các nhu cầu khám chữa bệnh từ người dân [88]. Trong nghiên cứu này chúng tôi đánh giá tính phù hợp của các đặc trưng CSSKBD trước đây và CSSKBD hiện nay tại Hình 3.6. Những đặc điểm nào có tỷ lệ đánh giá là phù hợp cao sẽ được chọn để đề xuất các đặc điểm của CSSKBD trong tương lai. Kết quả cho thấy có 11 đặc trưng của CSSKBD được đánh giá phù hợp > 50%. Trong 11 đặc trưng này, có 5 đặc trưng thuộc về CSSKBD trước đây (ĐT3,4,5,6,9) và 5 đặc trưng thuộc về CSSKBD hiện nay (ĐT1,4,8,9,10). Trong 3 đặc trưng có tỷ lệ đánh giá phù hợp cao nhất thì có một đặc điểm của CSSKBD hiện nay là Quản lý phát triển các nguồn lực cho y tế theo hướng CSSK toàn dân (tỷ lệ phù hợp 83%). Như vậy có thể thấy nhận định của các cán bộ tham gia nghiên cứu này hoàn toàn tương đồng với chủ trương, đường lối phát triển hệ thống y tế cơ sở của Đảng và Nhà nước trong những năm sắp tới. Chủ trương này chú trọng đến việc kiện toàn mạng lưới y tế cơ sở sao cho đáp ứng được nhu cầu sức khỏe toàn dân. Muốn được như vậy, cần có sự tham gia tích cực của cộng đồng cũng như xã hội hóa công tác chăm sóc y tế với nhiều thành phần, ban ngành đoàn thể, tổ chức công và tư cùng tham gia vào công tác chăm sóc sức khỏe người dân. Bên cạnh đó, việc vận động viện trợ cũng như hỗ trợ kỹ thuật cũng cần được đẩy mạnh nhằm thu hút, kêu gọi đầu tư nguồn vốn, cơ sở vật chất và trang thiết bị dành cho hoạt động khám, điều trị và dự phòng bệnh tật cho các cơ sở y tế trong cả nước, đặc biệt là hệ thống chăm sóc sức khỏe ban đầu với hệ thống y tế cơ sở làm nòng cốt.

Kiến thức về chức năng nhiệm vụ, nội dung chuyên môn kỹ thuật của TYT

Thực hiện đúng chức năng theo thông tư 33/2015/TT-BYT là một trong những quy định đối với trạm y tế. Chức năng thứ nhất, cung cấp, thực hiện các dịch vụ chăm sóc sức khỏe ban đầu cho nhân dân trên địa bàn xã. TYT xã tổ chức thực hiện các dịch vụ kỹ thuật dự phòng, điều trị, phục hồi chức năng, đảm bảo khoa học hiệu quả và công bằng. TYT tham mưu cho chính quyền cơ sở trong việc huy động các nguồn lực trong và ngoài địa phương để CSSK nhân dân trong đó vận động mọi người tự giải quyết các vấn đề sức khỏe cho chính bản thân và cộng đồng là rất

quan trọng [36]. Chức năng thứ 2 có trụ sở riêng, có con dấu để giao dịch và phục vụ chuyên môn, nghiệp vụ [21].

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi tại bảng 3.4 cho thấy có 22% đối tượng có trình độ ĐH SDH và 12,5% đối tượng CĐTC có kiến thức về nội dung này.

Nhiệm vụ trạm y tế xã: 1) Thực hiện các hoạt động chuyên môn, kỹ thuật, 2) Hướng dẫn về chuyên môn và hoạt động đối với đội ngũ nhân viên y tế thôn, bản, 3) Phối hợp với các cơ quan liên quan triển khai thực hiện công tác dân số - kế hoạch hóa gia đình; thực hiện cung cấp dịch vụ kế hoạch hóa gia đình theo phân tuyến kỹ thuật và theo quy định của pháp luật; 4) Tham gia kiểm tra các hoạt động hành nghề y, dược tư nhân và các dịch vụ có nguy cơ ảnh hưởng đến sức khỏe nhân dân; 5) Thường trực Ban Chăm sóc sức khỏe cấp xã về công tác bảo vệ, chăm sóc và nâng cao sức khỏe nhân dân trên địa bàn; 6) Thực hiện kết hợp quân - dân y theo tình hình thực tế ở địa phương; 7) Chịu trách nhiệm quản lý nhân lực, tài chính, tài sản của đơn vị theo phân công, phân cấp và theo quy định của pháp luật, 8) Thực hiện chế độ thống kê, báo cáo theo quy định của pháp luật, 9) Thực hiện các nhiệm vụ khác do Giám đốc Trung tâm Y tế huyện và Chủ tịch Ủy ban nhân dân cấp xã giao. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi tại bảng 3.4 cho thấy: Đối tượng nghiên cứu trình độ đại học và sau đại học có kiến thức về số nhiệm vụ của TYT 34%, từ nhiệm vụ 1 đến nhiệm vụ 9 đều không vượt quá 35% và cả 9 nhiệm vụ là 19,0%. Đối tượng nghiên cứu trình độ cao đẳng, trung cấp và tương đương có kiến thức từ nhiệm vụ 1 đến nhiệm vụ 9 không vượt quá 25% và cả 9 nhiệm vụ là 8,1%, có 25,9% đối tượng nghiên cứu xác định đúng số nhiệm vụ của TYT.

Kiến thức về chuyên môn kỹ thuật: a) Hoạt động y tế dự phòng: b) Khám bệnh, chữa bệnh; kết hợp, ứng dụng y học cổ truyền trong phòng bệnh và chữa bệnh: c) Chăm sóc sức khỏe sinh sản: d) Cung ứng thuốc thiết yếu: đ) Quản lý sức khỏe cộng đồng: e) Truyền thông, giáo dục sức khỏe.

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi tại bảng 3.5 có 14,0% đối tượng trình độ ĐH SDH và 9,0% đối tượng CĐTC có kiến thức 6 nội dung chuyên môn kỹ thuật tại TYT, ngoài ra còn có nội dung 1 cả 2 nhóm đối tượng đều đạt cao nhất. Trong

khi thấp nhất của đối tượng ĐH SDH là nội dung 6 đạt 25%, tương tự ở nội dung này với CĐTC là 12,8% [21].

Kiến thức về những gói dịch vụ CSSKBĐ tại TYT

Ngày 18/10/2017 Bộ Y Tế ban hành thông tư 39/2017/TT-BYT quy định danh mục chủ yếu thuộc gói dịch vụ y tế cơ bản phục vụ CSSKBĐ, dự phòng và nâng cao sức khỏe bao gồm: 1) Các dịch vụ về tư vấn, truyền thông, giáo dục, nâng cao sức khỏe, bao gồm ăn uống, nghỉ ngơi, tập luyện, sống khỏe, quản lý và phòng tránh stress, 2) Các dịch vụ về tiêm chủng; 3) Các dịch vụ khám, quản lý sức khỏe cá nhân phục vụ chăm sóc sức khỏe, 4) Các dịch vụ về giám sát và phòng chống các bệnh, dịch truyền nhiễm, 5) Các dịch vụ chăm sóc sức khỏe bà mẹ trẻ em và kế hoạch hóa gia đình; 6) Các dịch vụ về tư vấn, truyền thông dinh dưỡng và an toàn thực phẩm; 7) Các dịch vụ giáo dục, truyền thông và vận động nhân dân sử dụng nước sạch, bảo đảm vệ sinh môi trường, sử dụng nhà tắm, nhà tiêu hợp vệ sinh, 8) Các dịch vụ về giám sát và phòng chống các bệnh không lây nhiễm; 9) Các dịch vụ về kiểm soát các yếu tố nguy cơ có hại cho sức khỏe, bao gồm phòng chống tác hại của thuốc lá, lạm dụng rượu bia; 10) Các dịch vụ về bảo vệ sức khỏe tâm thần cộng đồng; 11) Các dịch vụ về y tế học đường; 12) Các dịch vụ về bảo đảm máu an toàn và phòng, chống các bệnh về máu; 13) Quản lý sức khỏe các đối tượng ưu tiên: chăm sóc sức khỏe người cao tuổi, người khuyết tật, trẻ em, phụ nữ có thai; 14) Các dịch vụ về phục hồi chức năng cho người khuyết tật tại cộng đồng; 15) Các dịch vụ chăm sóc sức khỏe tại nhà, bao gồm phục hồi chức năng, vật lý trị liệu, phòng chống ung thư; 16) Các dịch vụ khám sàng lọc, phát hiện các bệnh tật cho nhóm nguy cơ cao cho cộng đồng; 17) Cung cấp thuốc thiết yếu, bao gồm các tủ thuốc để bán thuốc [15]. Đây là những gói dịch vụ cơ bản được thực hiện tại TYT do bảo hiểm y tế chi trả. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi tại bảng 3.13 tỷ lệ kiến thức của các nhóm đối tượng trong đó việc xác định đúng về số các dịch vụ thuộc gói dịch vụ y tế cơ bản phục vụ CSSKBĐ của cả hai nhóm đối tượng ĐH SDH, CĐ TC là rất thấp tương đương 13% và 8,7%. Về các gói dịch vụ cao nhất tương đương với hai nhóm là 40% và 22,1%, thấp nhất là 23% và 11,8%.

Nhận định của đối tượng về sự phù hợp và tính khả thi khi triển khai các gói dịch vụ theo Thông tư 39/TT-BYT tại trạm y tế. Kết quả nghiên cứu tại Hình 3.4a và 3.4b cho thấy gói dịch vụ số 17 được đánh giá cao nhất về sự phù hợp là 74,4% tại huyện Cần Giuộc 72,7% tại Bến Lức, các gói dịch vụ số 2, 4, 5 được đánh giá cao nhất là 73,4% tại Bến Lức tại Cần Giuộc là 70,9% ở gói dịch vụ số 2, 69,5% ở gói số 5. Gói dịch vụ có tỷ lệ đánh giá sự phù hợp thấp nhất là gói dịch vụ số 12 là 31,5% tại Tân An. Kết quả trên cho thấy các đối tượng đánh giá về sự phù hợp của các gói dịch vụ có tỷ lệ cao là tương đối đồng đều. Tại Hình 3.5a và 3.5b cho thấy những dịch vụ có tỷ lệ đánh giá phù hợp cao được đánh giá mức độ khả thi cao, mức độ chênh lệch là không nhiều giữa các địa điểm nghiên cứu. Như vậy tính phù hợp và tính khả thi được đối tượng nghiên cứu đánh giá là hoàn toàn hợp lý.

Kết quả bảng 3.10 đánh giá theo thang điểm tại các địa điểm nghiên cứu thì 88,8% có kiến thức kém, 7,2% có kiến thức trung bình và chỉ 4% có kiến thức tốt. Điều này tương đồng như trong nghiên cứu của Lê Trung Quân năm 2011 “Khảo sát kiến thức, thái độ, thực hành về truyền thông giáo dục sức khỏe của cán bộ y tế xã, phường, thị trấn Thừa Thiên Huế” nghiên cứu 888 cán bộ y tế trạm y tế xã, phường, thị trấn của tỉnh, không có cán bộ y tế nào có kiến thức loại tốt về TTGDSK [59].

Kiến thức được đánh giá trong nghiên cứu này là những kiến thức cơ bản về chăm sóc sức khỏe ban đầu mà hầu hết các đối tượng nghiên cứu đã được tiếp cận trong quá trình học tập và làm việc. Tuy nhiên, nghiên cứu đã chỉ ra một trong những nguyên nhân làm hạn chế kiến thức của đối tượng là do việc cập nhật và bổ sung kiến thức hằng năm chưa đủ. Theo kết quả tại bảng 3.11 tỷ lệ đối tượng được tập huấn về CSSKBĐ là 57,5% và 76,7% đối tượng cho rằng thời lượng tập huấn như vậy là chưa đủ (bảng 3.12). Theo Nguyễn Minh Hưng chỉ có 3,85% bác sĩ công tác tại TYT được đào tạo lại về CSSKBĐ sau khi tốt nghiệp và có 57,69% tổng số bác sĩ TYT chưa được đào tạo lại bất kỳ chuyên ngành gì sau khi ra trường [46]. Như vậy tỷ lệ này thấp hơn trong nghiên cứu của chúng tôi.

4.1.3. Nhận định của nhân viên y tế tuyến cơ sở về chăm sóc sức khỏe ban đầu

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi tại bảng 3.14 có 79,1% đối tượng cho rằng vị trí việc làm hiện tại phù hợp với chuyên môn được đào tạo. Điều này cho thấy

việc tuyển dụng nhân sự cũng như nhu cầu về các chuyên ngành của đơn vị được đáp ứng tốt. Sự phù hợp giữa chuyên môn được đào tạo và công việc được giao là yếu tố then chốt để hoàn thành công việc của mỗi cá nhân, tuy nhiên do tình trạng thiếu nhân lực nên các đối tượng nghiên cứu thường phải kiêm nhiệm các công việc khác không phù hợp với chuyên môn được đào tạo. Có 13,8% đối tượng nghiên cứu cho rằng vị trí việc làm chưa phù hợp với chuyên môn được đào tạo. Công việc được giao không đúng với chuyên môn được đào tạo, sở trường và kiêm nhiệm nhiều việc khác hiện nay rất phổ biến, đây chính là một trong những nguyên nhân làm hạn chế năng lực của cán bộ y tế cơ sở.

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi tại bảng 3.15 có 78,1% đối tượng cho rằng công việc của họ có liên quan đến các nội dung CSSKBD. Trong khi “trạm y tế là đơn vị kỹ thuật giải quyết 80% khối lượng dịch vụ y tế” [57], và thực hiện tất cả các nội dung CSSKBD tuy nhiên một tỷ lệ đối tượng nghiên cứu lại thiếu kiến thức về CSSKBD và nhiệm vụ của chính họ, mỗi xã có ban chỉ đạo CSSKBD, trong đó TYT xã là cơ quan thường trực về chuyên môn [22]. Những nghiên cứu về CSSKBD trên thế giới, WHO đã coi Phillipine như là mô hình mẫu về thực hiện CSSKBD cho các nước thế giới thứ ba. Từ năm 1991 Phillipine nhấn mạnh tới sự cần thiết tới sự phi tập trung hóa hoạt động CSSKBD. Trách nhiệm thực hiện CSSKBD được chuyển giao xuống các tỉnh. Mỗi tỉnh có trách nhiệm thúc đẩy hỗ trợ hoạt động CSSKBD tới tận các làng, xã, và hầu hết các công việc y tế tại xã liên quan đến [126]. Cũng tại bảng 3.15 có 67,9% đối tượng cho rằng công việc được giao phù hợp với trình độ được đào tạo, số liệu này tương đương với 61% cho rằng công việc phù hợp với chuyên môn đào tạo. 61,2% cho rằng công việc bị quá tải, 66,2% cho biết họ hoàn thành đúng tiến độ công việc, có 75,7% đối tượng cho rằng cần phải thay đổi mô hình hoạt động hiện tại của TYT, nhưng hầu hết lại cho rằng TYT là cần thiết và rất cần thiết, chỉ có 1% cho là không cần thiết tại như kết quả tại bảng 3.16. Trong nghiên cứu của Lê Đình Phan năm 2017 về chất lượng hoạt động của TYT xã tại tỉnh Hòa Bình, có 61% đối tượng cho rằng công việc hiện tại hoàn toàn phù hợp, 37% cho rằng phù hợp một phần [58]. Theo Nguyễn Minh Hưng có 65,38% nhân viên TYT xã hoàn thành tốt công việc, 34,62% chưa tốt [46].

Kết quả bảng 3.17 có 28,7% đối tượng rất hài lòng, 64,6% hài lòng và 6,7% không hài lòng về vị trí việc làm của mình. Điều này cho thấy công việc hiện tại đã đáp ứng được mong đợi của đối tượng.

Kết quả nghiên cứu trên cho thấy sự thiếu hụt kiến thức về CSSKBĐ ở nhân viên y tế tuyến xã, trong đó kiến thức không đầy đủ, thiếu chính xác về nguyên lý nội dung của CSSKBĐ. Chưa nắm được chức năng nhiệm vụ, nội dung các gói dịch vụ y tế cơ bản thực hiện tại TYT. Từ đó cho thấy tại Long An rất cần thiết phải triển khai một chương trình can thiệp nhằm cung cấp các kiến thức về CSSKBĐ, một cách chính xác, đầy đủ theo phương pháp tập huấn, cung cấp và hướng dẫn cập nhật tài liệu cho nhân viên YTCS, thông qua việc sử dụng các giải pháp công nghệ.

4.1.4. Thực hành tư vấn chăm sóc sức khỏe

Tư vấn chăm sóc sức khỏe là nội dung gắn liền với toàn bộ các hoạt động trong CSSKBĐ. Chúng tôi đánh giá hoạt động này trên cơ sở thực hiện nội dung các bước theo nguyên tắc 6G [16].

Kết quả tại bảng 3.18 bước 1 (Gặp gỡ) tỷ lệ đạt cao nhất là 68,2% về chào hỏi làm quen, thấp nhất là sắp xếp chỗ ngồi cho đối tượng 45,6%. Có 28% đối tượng thực hiện đủ các nội dung của bước 1. Nghiên cứu của Nguyễn Thị Kim Liên có 23,5% cán bộ y tế biết bước chào hỏi [53] tương đương với nghiên cứu của chúng tôi.

Kết quả bảng 3.19 Tỷ lệ đối tượng thực hiện đủ các nội dung ở bước 2 (gợi hỏi) rất thấp 12,8%. Trong đó cao nhất ở nội dung hỏi lý do đến tư vấn đạt 72,6%, thấp nhất ở nội dung cho đối tượng thấy vấn đề riêng tư của họ được giữ bí mật của đối tượng đạt 21,3%. Kỹ năng hỏi là một kỹ năng quan trọng trong truyền thông trực tiếp bằng cách sử dụng các câu hỏi mở. Nghiên cứu của Lê Trung Quân “Khảo sát kiến thức, thái độ, thực hành về truyền thông giáo dục sức khỏe của cán bộ y tế xã, phường – tỉnh Thừa Thiên Huế năm 2011” cho thấy phần lớn CBYT chỉ hỏi 1-2 câu (59,7%), hỏi 3-4 câu chiếm 29,2% và 11,1% người không đặt câu hỏi nào. Tương đương với nghiên cứu của chúng tôi có 57,4% cán bộ có đặt câu hỏi để tìm hiểu vấn đề của đối tượng và có 27,4% đối tượng không đặt câu hỏi. Về nội dung các câu hỏi thì tỷ lệ CBYT đặt câu hỏi để tìm ra được những điều đối tượng đã biết

(77,4%), tìm ra được những điều đối tượng đã làm đúng (45,3%), tìm ra được những điều đối tượng đã làm chưa đúng (40,3%) và tìm ra được những khó khăn đối tượng (19,9%). Nhìn vào kết quả trên, phần lớn nội dung câu hỏi đều thiên về khai thác sự hiểu biết của đối tượng, còn đi sâu vào hành vi đúng và chưa đúng hoặc khó khăn khi thực hiện hành vi mới đều rất thấp. Điều này làm giảm hiệu quả của công tác truyền thông, khi khuyên nhủ đối tượng, CBYT sẽ chỉ cung cấp thông tin mang tính một chiều là chính.

Kết quả bảng 3.20 Tỷ lệ thực hiện đủ các nội dung của bước 3 (giới thiệu) 10,1%, thấp nhất ở nội dung “ đưa ra cách quyết cho đối tượng” 25%, cao nhất ở nội dung “ sử dụng phương tiện, tài liệu hỗ trợ phù hợp” 55,4%. Nghiên cứu của Lê Trung Quân, kỹ năng khuyên nhủ là kỹ năng quan trọng nhất, chiếm nhiều thời gian nhất trong một cuộc truyền thông trực tiếp và là kỹ năng có liên quan mật thiết đến kỹ năng hỏi. Nếu không hỏi để khai thác tốt thông tin thì khi khuyên nhủ truyền thông viên sẽ cung cấp thông tin mang tính một chiều, hoặc áp đặt một cách chủ quan đối với những điều đối tượng nên làm. Kết quả nội dung khuyên nhủ của CBYT phần lớn là bổ sung, cung cấp thông tin (92,1%), kể đến là hướng dẫn điều cần làm (74,8%) và rất ít CBYT tiến hành thảo luận giải quyết khó khăn để giúp đỡ đối tượng (22,1%). Kỹ năng kiểm tra khá đơn giản, dễ làm nhưng đa số CBYT đều bỏ qua, có đến 71,3% không thực hiện kỹ năng này. Cùng với tiêu chí đặt câu hỏi kiểm tra (trong kỹ năng kiểm tra) để đánh giá nhanh về kiến thức của đối tượng có hiểu vấn đề được trao đổi, thì tiêu chí cam kết nhằm đánh giá sự thay đổi thái độ của đối tượng sau khi được truyền thông. Đây là kỹ năng không khó nhưng chỉ có 24,2% CBYT thực hiện [59]. Kết quả này cao hơn kết quả nghiên cứu của chúng tôi 38,9% cán bộ y tế có bổ sung kiến thức cho đối tượng tư vấn.

Kết quả bảng 3.21 Tỷ lệ thực hiện đủ các nội dung của bước 4 (giúp đỡ) là 10,8%, trong đó thấp nhất ở nội dung “Hướng dẫn cụ thể giúp khách hàng biết phải làm gì để tự giải quyết vấn đề của mình” đạt 15,9% và cao nhất là nội dung “Để khách hàng lựa chọn cách giải quyết vấn đề phù hợp” đạt 19,6%.

Kết quả bảng 3.22 tỷ lệ thực hiện đủ các nội dung của bước 5 (giải thích) là 24,7%, trong đó thấp nhất ở nội dung “Cung cấp tài liệu liên quan đến vấn đề ” đạt

29,4% và cao nhất là nội dung “Giải thích những vấn đề khách hàng còn thắc mắc hoặc hiểu chưa đúng” đạt 58,4%. Nghiên cứu của Nguyễn Thị Kim Liên 9,2% biết về bước khuyến bảo giải thích, thấp hơn so với nghiên cứu của chúng tôi [53].

Kết quả bảng 3.23 Tỷ lệ thực hiện đủ các nội dung của bước 6 (gặp lại) là 14,9%, trong đó thấp nhất ở nội dung “Cảm ơn đối tượng khi kết thúc” đạt 20,3% , cao nhất là nội dung “Động viên, tạo điều kiện tiếp tục hỗ trợ đối tượng” 27,7%.

Tính theo thang điểm thực hành của các đối tượng, kết quả bảng 3.24 tỷ lệ chung có 6,4% đối tượng đạt và 93% không đạt đủ các bước trong tư vấn sức khỏe. Một số nghiên cứu cũng đã chỉ ra những hạn chế về kỹ năng tuyên truyền và tư vấn sức khỏe tại YTCS trong đó hoạt động TTGDSK chủ yếu là tư vấn, truyền thông tại cộng đồng; hoạt động viết bài truyền thanh chỉ chiếm 40%. Khi thực hiện tư vấn sức khỏe tại TYT xã đòi hỏi cán bộ y tế phải có kiến thức đa dạng về CSSKBĐ. Tuy nhiên trên thực tế cũng còn rất nhiều hạn chế cả về khách quan và chủ quan, 94,3% cho rằng thiếu kinh phí; 85,7% cho rằng thiếu cán bộ TT-GDSK tuyến huyện; 82,9% nhận định thiếu trang thiết bị cho hoạt động TT-GDSK; 51,4% thiếu kiến thức, kỹ năng; 42,6% thiếu điều kiện làm việc. Các đề xuất nhằm nâng cao chất lượng hoạt động là đào tạo kiến thức, kỹ năng truyền thông GDSK; kỹ năng viết tin bài, lập kế hoạch cho cán bộ viên chức của phòng TT-GDSK tuyến huyện [55]. Nghiên cứu của Lê Trung Quân “Khảo sát kiến thức, thái độ, thực hành về truyền thông giáo dục sức khỏe của cán bộ y tế xã, phường tỉnh Thừa Thiên Huế” cho thấy tỷ lệ thái độ rất đúng chiếm 67,7% nhưng tỷ lệ thực hành tốt chỉ chiếm 14,3% và không có cán bộ y tế nào có kiến thức loại tốt. Cán bộ y tế còn thiếu hụt về kiến thức: 7,9% CBYT không biết các dấu hiệu cơn sốt rét điển hình, 5,0% không biết đầy đủ các bước chế biến của một bữa ăn bổ sung. Trong thực hành kỹ năng truyền thông, chỉ có 22,1% thực hiện thảo luận để giải quyết khó khăn với đối tượng. Nghiên cứu chỉ ra mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa tìm hiểu thông tin y học, tham gia thực hiện và được đào tạo các nội dung của chương trình mục tiêu quốc gia về y tế với kiến thức, mối liên quan giữa thời gian công tác, sự hài lòng về mức thu nhập với thái độ và mối liên quan giữa sự tham gia đóng vai trong tập huấn, có đầy đủ tài liệu truyền thông với thực hành về truyền thông giáo dục sức

khỏe. Từ kết quả này, tác giả cũng đưa ra một số đề xuất nhằm nâng cao năng lực chuyên môn của các cán bộ y tế tuyến xã phường.

Những thiếu hụt về thực hành kỹ năng TT-GDSK trực tiếp

CBYT thảo luận để giải quyết khó khăn với đối tượng: 22,1%

CBYT đặt câu hỏi để kiểm tra xem đối tượng có hiểu vấn đề: 28,7%

CBYT hứa hỗ trợ giúp đỡ thực hiện những điều sẽ làm: 16,6%

CBYT đạt được cam kết với đối tượng những điều sẽ làm: 24,2%

Về thực hành kỹ năng truyền thông trực tiếp, CBYT bỏ qua tiêu chí thảo luận và giải quyết khó khăn cho đối tượng truyền thông, chỉ có 22,1% số người thực hiện tiêu chí này. Các kỹ năng kiểm tra, khuyến khích và cuối cùng là cam kết, nhiều CBYT không thực hiện các tiêu chí này và kết quả đạt được dưới 30%, không có cán bộ y tế nào có kiến thức loại tốt về TTGDSK [59]. Một nghiên cứu khác cho biết tình trạng phổ biến của cán bộ làm công tác TTGDSK là các cán bộ có thâm niên công tác ≤ 2 năm, chưa được đào tạo, tập huấn gì, 89,9 % cán bộ nêu ý kiến họ thiếu kiến thức kỹ năng TTGDSK. Tỷ lệ cán bộ có trình độ đại học làm công tác TTGDSK dưới 40%. Trong việc đánh giá thực hành kỹ năng truyền thông trực tiếp, số CBYT đạt loại tốt và khá với tỷ lệ thấp (14,3 và 24,0%), phần lớn vẫn là loại trung bình (42,7%), CBYT bị loại kém là 19,0% [41].

Cán bộ thiếu kinh nghiệm, chuyên môn hạn chế, phải kiêm nhiệm nhiều việc nên ảnh hưởng trực tiếp đến hiệu quả công tác TT-GDSK [68]. Nhiều yếu tố quyết định việc lựa chọn sử dụng dịch vụ CSSKBĐ của người dân, truyền thông là một trong những yếu tố then chốt. Tại các nước trên thế giới việc tuyên truyền tư vấn sức khỏe được thực hiện rất bài bản và hầu hết do bác sỹ và y tá thực hiện thông qua đội tư vấn sức khỏe. Việc sử dụng đội tư vấn sức khỏe gồm bác sỹ và y tá khá phổ biến tại Thụy Sĩ (98%), Anh (98%), Hà Lan (91%), Úc (88%), New Zealand (88%), Đức (73%) và Na Uy (73%) trong khi tại Mỹ tỷ lệ này lại thấp (59%), Canada (52%), Pháp (11%) [123]. Như vậy có thể thấy tư vấn sức khỏe đóng một vai trò hết sức quan trọng trong CSSKBĐ.

Từ kết quả đánh giá cho thấy nhu cầu huấn luyện kiến thức cơ bản về CSSKBĐ là rất cần thiết trước và trong quá trình làm việc của nhân viên trạm y tế

xã. Qua đây đòi hỏi phải thiết kế bổ sung trong giáo trình giảng dạy về CSSKBD ở các trường y, đặc biệt nhu cầu đào tạo lại về CSSKBD cho nhân viên trạm y tế xã. Sự ra đời các chuẩn mực quốc gia về hoạt động y tế xã sẽ là nền tảng cho việc thiết kế giáo trình huấn luyện nhân viên y tế tuyến xã [48].

Kiến thức về CSSKBD và thực hành tư vấn CSSK của nhân viên YTCS còn hạn chế, điều này thể hiện qua nhu cầu được tập huấn về CSSKBD tại bảng 3.12 có 76,7% đối tượng cho rằng thời gian và nội dung được tập huấn hằng năm là chưa đủ, chính vì vậy đã ảnh hưởng đến khả năng chuyên môn của nhân viên YTCS kết quả một nghiên cứu tại TYT xã, tỷ lệ lượt KCB ngoại trú lại giảm từ 26% vào năm 2008 xuống 23,8% vào năm 2012 [74].

Như vậy cần giải pháp thích hợp, nâng cao kiến thức và thực hành trong CSSKBD cho nhân viên YTCS ngay tại thời điểm này.

4.2. Một số yếu tố liên quan đến kiến thức của đối tượng nghiên cứu

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi tại bảng 3.27 phân tích đơn biến cho thấy có 2 yếu tố trình độ và chức vụ có tác động đến kiến thức về chức năng của TYT có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). Cụ thể là cán bộ có trình độ đại học và sau đại học có kiến thức cao hơn nhóm còn lại ($OR=1,8$, 95%CI : 0,99-3,23), đối tượng làm công tác quản lý có kiến thức cao hơn nhân viên ($OR = 2,0$, 95%CI : 1,09-3,70). Sau khi khử nhiễu các yếu tố tuổi, giới, trình độ và thâm niên công tác thì đối tượng làm quản lý có kiến thức cao hơn nhân viên ($aOR = 2,0$, 95%CI: 1,02 - 3,93).

Kết quả nghiên cứu tại bảng 3.28 khi phân tích đơn biến thấy có mối liên quan giữa trình độ, chức vụ, tuổi, thâm niên công tác với kiến thức của đối tượng nghiên cứu về những nhiệm vụ của TYT ($p < 0,05$). Đối tượng có trình độ đại học, sau đại học có kiến thức cao hơn nhóm cao đẳng trung cấp ($OR=2,9$, 95%CI: 1,54-5,60), nhóm đối tượng làm công tác quản lý có kiến thức cao hơn nhân viên ($OR = 2,8$, 95%CI: 1,44-5,48), độ tuổi và thâm niên công tác cũng chênh lệch về kiến thức lần lượt là ($OR= 2,2$, 95%CI: 1,1-4,88) và ($OR = 4,0$, 95%CI: 1,34-16,6). Mô hình hồi quy đa biến với các biến độc lập là tuổi, giới, chức vụ, trình độ và thâm niên công tác tìm thấy mối liên quan giữa trình độ học vấn với kiến thức của đối tượng

về nhiệm vụ của trạm y tế. Đối tượng có trình độ đại học, sau đại học có kiến thức cao hơn nhóm trình độ cao đẳng, trung cấp (aOR = 2,1, 95%CI: 1,06 – 4,28)

Kết quả nghiên cứu tại bảng 3.29 Phân tích hồi quy logistic cho thấy đối tượng trình độ đại học, sau đại học có kiến thức hơn nhóm cao đẳng, trung cấp (OR=2,6, 95%CI: 1,52-4,57) và tỷ suất chênh đã hiệu chỉnh là aOR = 2,8, 95%CI: 1,53 - 5,25. Kết quả nghiên cứu bảng 3.30 kiến thức của đối tượng nghiên cứu về nguyên tắc CSSKBĐ phân tích logistic đơn biến tìm thấy mối liên quan giữa độ tuổi của các đối tượng nghiên cứu đến kiến thức về nguyên tắc trong CSSKBĐ có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$) (OR = 0,5, 95%CI: 0,27-1,0). Mô hình hồi quy đa biến cho thấy đối tượng có độ tuổi trên 30 có kiến thức cao hơn nhóm tuổi dưới 30, và thâm niên công tác trên 5 năm có kiến thức cao hơn nhóm dưới 5 năm với tỷ suất chênh hiệu chỉnh lần lượt là (aOR = 4,2, 95%CI: 1,92 – 9,11) và (aOR = 3,6, 95%CI: 1,26-10,22).

Kết quả nghiên cứu tại bảng 3.31 có mối liên quan giữa trình độ học vấn với kiến thức về CSSKBĐ tại Việt Nam, đối tượng có trình độ đại học có kiến thức cao hơn nhóm cao đẳng trung cấp (OR= 2,3, 95%CI : 1,37-4,11) và tỷ suất chênh sau khi hiệu chỉnh là aOR = 2,6, 95%CI : 1,43 – 4,96.

Kết quả nghiên cứu tại bảng 3.32 có mối liên quan giữa chức vụ, trình độ và thâm niên công tác với kiến thức chung của đối tượng nghiên cứu ($p < 0,001$ và $p < 0,05$). Đối tượng làm công tác quản lý có kiến thức cao hơn nhân viên (OR = 3,6, 95%CI: 1,90-6,91), đối tượng trình độ đại học có kiến thức cao hơn (OR = 7,6, 95%CI: 3,99-14,85), đối tượng có thâm niên công tác trên 5 năm có kiến thức cao hơn (OR = 6,4, 95%CI = 1,79-39,98). Mô hình hồi quy đa biến khử nhiễu các yếu tố tuổi, giới và thâm niên công tác cho thấy chức vụ và trình độ có liên quan đến kiến thức của đối tượng nghiên cứu với tỷ suất chênh hiệu chỉnh lần lượt là (aOR = 2,3, 95%CI: 1,13 - 4,88), và (aOR = 6,6, 95%CI: 3,20 - 13,95).

Nội dung này bao gồm các vấn đề về trình độ, chức vụ, độ tuổi, thâm niên công tác của đối tượng nghiên cứu liên quan đến kiến thức CSSKBĐ, một thực tế là những người làm quản lý là những người có trình độ cao bởi vậy nhận thức vấn đề của đối tượng này cao hơn đối tượng có trình độ thấp hơn. Mỗi bậc học người học

sẽ được tiếp cận với nguồn và khối lượng kiến thức khác nhau, càng học cao kiến thức càng sâu rộng kể cả kiến thức trong nước và quốc tế. Mặt khác các nhà quản lý phải nắm được các nội dung này để làm cơ sở điều hành và triển khai nhiệm vụ theo đúng quy định. Về thâm niên công tác và độ tuổi cũng có mối liên hệ tương quan với nhau, thường thì đối tượng cao tuổi sẽ có thời gian công tác nhiều hơn vì vậy họ có thời gian được học tập và cập nhật kiến thức nhiều hơn nên kiến thức cao hơn.

Một số yếu tố hệ thống ảnh hưởng tới kiến thức của đối tượng nghiên cứu tìm hiểu qua phỏng vấn sâu và thảo luận nhóm gồm có chính sách về đào tạo chưa đáp ứng được nhu cầu thực tế, điều kiện để được đi học cũng khó khăn.

4.3. Hiệu quả giải pháp can thiệp nâng cao kiến thức về chăm sóc sức khỏe ban đầu, thực hành tư vấn chăm sóc sức khỏe của nhân viên y tế tuyến cơ sở tỉnh Long An.

4.3.1 Tính phù hợp của chương trình can thiệp trên cơ sở dữ liệu thu được từ kết quả nghiên cứu ngang và điều tra sau can thiệp can thiệp tại huyện Cần Giuộc.

Hoạt động can thiệp được thực hiện bằng tập huấn, hướng dẫn kết hợp giải pháp công nghệ cụ thể là trang fanpage “PHC.LA Vàm Cỏ 2018” trên cơ sở những điều kiện thuận lợi sẵn có của YTCS và những phương tiện kết nối cá nhân. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi tại bảng 3.25 và bảng 3.26 trong đó 100% các TYT có máy tính kết nối mạng Internet, 100% cán bộ sử dụng được máy tính và biết cách tìm kiếm thông tin trên mạng, 88,4% sử dụng điện thoại thông minh kết nối mạng, có 92,2% đối tượng thường xuyên cập nhật tin tức qua facebook, 100% TYT có Thiết bị wifi và sử dụng mạng xã hội facebook.

4.3.2. Những hoạt động triển khai can thiệp tại huyện Cần Giuộc.

Nghiên cứu chọn toàn bộ nhân viên các TYT thuộc huyện Cần Giuộc để triển khai các hoạt động can thiệp bao gồm: đào tạo, tập huấn, truyền thông, hướng dẫn (cầm tay chỉ việc), lập trang fanpage và giám sát.

- Tổ chức 4 lớp tập huấn kiến thức CSSKBD, hướng dẫn kỹ năng tư vấn sức khỏe cho 2 nhóm đối tượng (nhóm ĐHSĐH và nhóm CĐTC).

- Hướng dẫn tại 17 TYT, bằng hình thức đóng vai trong tư vấn sức khỏe.

- Lập trang fanpage “PHC.LA Vàm Cỏ 2018” kết nối tất cả các đối tượng nghiên cứu, các TYT huyện Cần Giuộc với nhóm nghiên cứu và chuyên gia. Qua đó cung cấp tài liệu giải đáp câu hỏi, đặc biệt đối tượng nghiên cứu tương tác trực tuyến với nghiên cứu sinh và chuyên gia qua điện thoại thông minh.

4.3.3 Hiệu quả can thiệp về kiến thức chăm sóc sức khỏe ban đầu, thực hành tư vấn chăm sóc sức khỏe tại huyện Cần Giuộc

4.3.3.1 Hiệu quả nâng cao kiến thức cho đối tượng nghiên cứu.

Hiệu quả thay đổi kiến thức chung, kết quả bảng 3.41 kiến thức xếp loại tốt trước can thiệp (TCT) có 3,5% sau can thiệp tăng lên (SCT) 62,0%, HQCT 1611% với $p < 0,001$, loại trung bình TCT 7,8% SCT lên 33%, HQCT 33% với $p < 0,001$, loại kém TCT là 87,7%, SCT giảm xuống còn 5%, HQCT 92,7% với $p < 0,001$. Kết quả đối với nhóm chứng sự thay đổi theo chiều hướng tốt lên là không đáng kể và không có ý nghĩa thống kê.

4.3.3.2. Thay đổi về nhận xét của đối tượng nghiên cứu về chăm sóc sức khỏe ban đầu

Sau can thiệp nhận định của đối tượng nghiên cứu có những thay đổi, kết quả nghiên cứu của chúng tôi tại bảng 3.42 về xác định mối liên quan giữa công việc được giao với nội dung CSSKBĐ trước can thiệp 73,8%, SCT tăng lên 96%, HQCT 27,5% với $p < 0,001$, vì hầu hết công việc tại TYT đều liên quan đến các nội dung CSSKBĐ(86). Đối với nhận định về hoạt động của mô hình TYT hiện nay TCT có 67,4% cho rằng cần thay đổi SCT là 54%, HQCT 18,2% với $p < 0,05$. Đối với nhóm chứng ở bảng này những thay đổi không đáng kể và không nội dung nào có mức thay đổi có ý nghĩa thống kê do tất cả $p > 0,05$

Kết quả bảng 3.43 TCT có 76,6% cho rằng TYT là rất cần thiết, SCT là 92,0%, HQCT 13,2% $p > 0,05$ không có ý nghĩa thống kê. Về mức độ hài lòng với công việc hiện tại kết quả bảng 3.44 mức độ rất hài lòng TCT là 29,1% SCT tăng lên 44%, HQCT 44,5% với $p < 0,05$, mức độ hài lòng TCT là 63,8% sau CT là 53%, HQCT 14,2% với $p > 0,05$ không có ý nghĩa thống kê, không hài lòng TCT là 7,1%, SCT là 3%, HQCT 43,5% $p > 0,05$ không có ý nghĩa thống kê. Về tiến độ hoàn thành công việc được giao TCT có 78% cho rằng đúng tiến độ SCT là 89%.

Đối với nhóm chứng ở bảng này những thay đổi không đáng kể và không nội dung nào có mức thay đổi có ý nghĩa thống kê do tất cả $p > 0,05$.

4.3.3.3 Nâng cao khả năng thực hành tư vấn chăm sóc sức khỏe.

Tư vấn sức khỏe là một kỹ thuật gắn liền với tất cả các hoạt động trong CSSKBD, chính vì vậy việc đánh giá thực hành CSSKBD thông qua hoạt động này sẽ có tính đại diện cao.

Kết quả thực hiện đúng và đủ các bước trong quá trình tư vấn kết quả nghiên cứu tại bảng 3.45 tỷ lệ thay đổi kỹ năng bước 1 gặp gỡ, sau can thiệp nội dung “chào hỏi làm quen” tăng lên 72%, HQCT 16,7% $p > 0,05$ không có ý nghĩa thống kê, “Sắp xếp chỗ ngồi cho đối tượng” tăng lên 66%, HQCT 18,8% $p < 0,05$ và nội dung “Giới thiệu về mình” lên 81%, HQCT 32,4% $p < 0,001$, tỷ lệ thực hiện đủ các nội dung của bước 1 thay đổi từ 30,3% trước can thiệp và tăng lên 51%, HQCT 58,3% ($p < 0,05$) có ý nghĩa thống kê.

Kết quả bảng 3.46 bước 2 gọi hỏi, Trong nhóm can thiệp hiệu quả can thiệp về các nội dung bước 1 như sau: “Hỏi lý do người đến tư vấn” lên 89%, HQCT 20,9% $p < 0,05$, “Hỏi thông tin liên quan đến vấn đề cần tư vấn” lên 63%, HQCT 19,7% $p < 0,05$, “Động viên đối tượng trình bày hết vấn đề” lên 59%, HQCT 86,9% $p < 0,001$, “Cho đối tượng thấy các vấn đề riêng tư của họ được giữ bí mật” lên 46%, HQCT 169,9% $p < 0,001$, “chú ý lắng nghe” lên 91%, HQCT 43,6% $p < 0,001$, “Quan sát đối tượng” lên 57%, HQCT 73,7% $p < 0,001$.

Thực hiện đủ các nội dung thay đổi từ 12,8% trước can thiệp lên 32% sau can thiệp, HQCT 145,1% ($p < 0,05$). Đối với nhóm chứng thay đổi về kỹ năng (gọi hỏi) sau thời gian nghiên cứu là không đáng kể và không có ý nghĩa thống kê do tất cả $p > 0,05$.

Kết quả nghiên cứu tại bảng 3.47 huyện can thiệp trong các nội dung của bước 3 sau can thiệp tất cả thay đổi “bổ sung kiến thức cho đối tượng chưa biết” lên 58%, HQCT 48,1% $p < 0,001$, “Sử dụng tài liệu, phương tiện, hỗ trợ phù hợp” lên 79%, HQCT 33,4% $p < 0,001$, “đưa ra các cách giải quyết cho đối tượng” lên 51% HQCT 85,5% $p < 0,001$.

Tỷ lệ thực hiện đủ các nội dung thay đổi tốt từ 8,3% trước can thiệp sau can thiệp tăng lên 32%, HQCT 275,6% với $p < 0,05$. Đối với nhóm chứng thay đổi về kỹ năng (giới thiệu) sau thời gian nghiên cứu là không đáng kể và không có ý nghĩa thống kê do tất cả $p > 0,05$.

Kết quả nghiên cứu tại bảng 3.48 huyện can thiệp trong các nội dung của bước 4 sau can thiệp tất cả thay đổi “để khách hàng lựa chọn cách giải quyết vấn đề phù hợp” lên 55%, HQCT 143,7% $p < 0,001$, “Hướng dẫn cụ thể giúp khách hàng biết phải làm gì để tự giải quyết vấn đề của mình” lên 43%, HQCT 151,4% $p < 0,001$. Thực hiện đủ các nội dung trước can thiệp đạt 11,9% sau can thiệp tăng lên 41%, HQCT 230,3% với $p < 0,05$.

Đối với nhóm chứng thay đổi về kỹ năng (giúp đỡ) sau thời gian nghiên cứu là không đáng kể và không có ý nghĩa thống kê do tất cả $p > 0,05$.

Kết quả nghiên cứu tại bảng 3.49 huyện can thiệp trong bước 5 sau can thiệp kỹ năng “Giải thích những vấn đề khách hàng còn thắc mắc hoặc hiểu chưa đúng” tăng lên 82,0%, HQCT 41,8% $p < 0,001$, “Cung cấp tài liệu liên quan đến vấn đề” lên 52%, HQCT 89,1% $p < 0,001$. Tỷ lệ thực hiện đủ các nội dung thay đổi tốt và có ý nghĩa thống kê từ 22,9% trước can thiệp lên 48% sau can thiệp HQCT 89,9% $p < 0,001$. Đối với nhóm chứng thay đổi về kỹ năng (giải thích) sau thời gian nghiên cứu là không đáng kể và không có ý nghĩa thống kê do tất cả $p > 0,05$.

Kết quả nghiên cứu tại bảng 3.50 huyện can thiệp trong các nội dung của bước 6 sau can thiệp tất cả thay đổi “Động viên, tạo điều kiện tiếp tục hỗ trợ đối tượng” lên 53%, HQCT 54,2% $p < 0,001$, “cảm ơn đối tượng khi kết thúc” lên 46%, HQCT 60,2% $p < 0,05$.

Tỷ lệ thực hiện tất cả các nội dung thay đổi tốt và có ý nghĩa thống kê từ 14,7% lên 38%, HQCT 143,3 $p < 0,001$. Đối với nhóm chứng thay đổi về kỹ năng (gặp lại) sau thời gian nghiên cứu là không đáng kể và không có ý nghĩa thống kê do tất cả $p > 0,05$.

Kết quả nghiên cứu tại bảng 3.51 hiệu quả can thiệp thay đổi kỹ năng thực hành tư vấn, huyện can thiệp, sau can thiệp tỷ lệ thay đổi kỹ năng trong thực hành là

từ 6,4% lên 31%, HQCT 370% $p < 0,001$ có ý nghĩa thống kê. Huyện đối chứng tỷ lệ thay đổi không đáng kể và không có ý nghĩa thống kê $p > 0,05$.

Để tăng hiệu quả của tập huấn, hướng dẫn phù hợp với đối tượng trong quá trình thực hiện nhóm nghiên cứu đã xây dựng nội dung tập huấn, hướng dẫn trực tiếp bằng phương pháp đóng vai cho đối tượng nghiên cứu. Sử dụng công nghệ thông tin, mạng xã hội thông qua trang fanpage “PHC.LA Vàm Cỏ 2018” đây chính là điểm đặc sắc khác biệt của đề tài.

4.4 Tính mới và bền vững của chương trình can thiệp tại Huyện Cần Giuộc.

Tại Việt Nam chưa có chương trình can thiệp nâng cao kiến thức về CSSKBĐ và thực hành tư vấn CSSK sử dụng công nghệ cho nhân viên YTCS. Hai hoạt động chính của chương trình là tập huấn nâng cao kiến thức, thay đổi cách nhìn nhận về công việc hiện tại với CSSKBĐ và hướng dẫn thực hành tư vấn sức khỏe cho nhân viên TYT xã thông qua các hoạt động đào tạo, hướng dẫn, giám sát của nhóm nghiên cứu và chuyên gia. Dưới chủ trương vào cuộc của các cấp lãnh đạo ngành y tế tỉnh Long An, việc sử dụng nguồn lực và cơ sở vật chất, trang thiết bị sẵn có tại TTYT và các TYT tạo điều kiện thúc đẩy việc tiếp cận thông tin về CSSKBĐ và thực hành tư vấn CSSK của nhân viên trạm y tế xã.

Để tăng tính hiệu quả của chương trình, trên cơ sở dữ liệu thu được từ điều tra ban đầu kể cả định lượng và định tính, tìm ra những điểm trọng về kiến thức, thực hành của nhân viên y tế tại địa bàn nghiên cứu chúng tôi đã xây dựng nội dung can thiệp bao gồm một hệ thống kiến thức về CSSKBĐ và những kỹ thuật thực hành tư vấn sức khỏe dựa trên những tài liệu của Đảng, Chính Phủ, Bộ Y tế Việt Nam, Tổ Chức Y tế thế giới... ban hành. Giải đáp, làm rõ các vấn đề khi các đối tượng nghiên cứu đề xuất. Thực hiện phân loại đối tượng theo trình độ khi tập huấn kiến thức, tiến hành hướng dẫn thực hành theo hình thức đóng vai và cầm tay chỉ việc tại TYT. Lập trang Fanpage “PHC.LA Vàm Cỏ 2018” kết nối toàn bộ đối tượng can thiệp, TYT các xã thị trấn với nhóm nghiên cứu và chuyên gia. Đây cũng là chương trình can thiệp nâng cao kiến thức về CSSKBĐ và thực hành tư vấn sức khỏe đầu tiên tại Long An, áp dụng khoa học công nghệ, đã lồng ghép hai giải pháp tác động cùng lúc không chỉ tập huấn, nâng cao kiến thức mà còn cải thiện kỹ năng

trong cung cấp dịch vụ tư vấn sức khỏe sử dụng nguồn lực sẵn có, thuận tiện, tại các đơn vị, không tốn tiền và không tốn thời gian đi lại có thể thực hiện mọi lúc mọi nơi, tăng độ bao phủ. Trong đó đặc biệt sử dụng thiết bị công nghệ sẵn có của TYT và các cá nhân như máy tính, điện thoại thông minh.

Với những can thiệp như trên việc duy trì các hoạt động sau can thiệp là rất khả quan vì chủ yếu các hoạt động dựa vào nguồn lực sẵn có tại địa phương đặc biệt đã nhận được sự đồng thuận của lãnh đạo các cấp ngành y tế, sự ủng hộ, nhiệt tình của những người tham gia vào chương trình can thiệp. Theo nhóm nghiên cứu sự quyết tâm của địa phương là then chốt vì chính họ là người thực hiện và duy trì các hoạt động, tuy nhiên cũng rất cần sự chỉ đạo, quan tâm của Bộ Y tế trong việc xây dựng chương trình đào tạo nâng cao kiến thức và thực hành trong CSSKBĐ cho tuyến YTCS một cách thuận tiện và hợp lý.

4.5 Khả năng nhân rộng và yêu cầu đảm bảo cho việc nhân rộng chương trình

Các hoạt động can thiệp được triển khai tại tuyến YTCS, do nhân viên làm việc tại tuyến này thực hiện. Với sự hỗ trợ của chuyên gia và nhóm nghiên cứu, trong đào tạo, hướng dẫn kỹ thuật và giám sát. Qua 6 tháng triển khai thực hiện cho thấy nhân viên tuyến YTCS đã hoàn toàn chủ động trong việc cập nhật kiến thức và thực hành CSSKBĐ, điều này thể hiện qua hiệu quả can thiệp đã nêu ở trên. Mặt khác trang fanpage “PHC.LA Vàm Cỏ 2018” rất đơn giản và dễ tiếp cận, đã thực sự trở thành một diễn đàn khoa học, liên kết các đối tượng đồng thời là kho dữ liệu mở, giúp các thành viên vừa cung cấp, vừa sử dụng giữ liệu từ đây. Ưu điểm của trang có thể đáp ứng đa dạng nhu cầu của đối tượng, vừa kinh tế - hiệu quả mà ít phải phụ thuộc vào các điều kiện khác. Với những đặc tính ưu việt như trên, chương trình không chỉ nhân rộng trong CSSKBĐ mà có thể áp dụng cho các lĩnh vực khác.

4.6 Những khó khăn, hạn chế khi triển khai thực hiện và cách khắc phục

Nghiên cứu được thực hiện tại tuyến YTCS, tỉnh Long An địa bàn rộng nên gặp khó khăn trong việc di chuyển, lưu trú.

Tỷ lệ bỏ cuộc trong nghiên cứu can thiệp là 8,2%.

Kỹ năng sử dụng thiết bị công nghệ của đối tượng nghiên cứu không đồng đều, người trẻ sử dụng tốt hơn người lớn tuổi.

Có rất ít nghiên cứu tương tự trong lĩnh vực này cả trên thế giới và trong nước vì vậy việc tìm kiếm tài liệu dẫn chứng gặp rất nhiều khó khăn.

Về kiến thức, đây là lĩnh vực chuyên môn rất rộng trong phạm vi một luận án nghiên cứu chỉ dừng lại ở việc đánh giá những kiến thức cơ bản về CSSKBD chưa đánh giá những kiến thức chuyên môn sâu của từng nội dung. Vì vậy để khắc phục cần phải có các nghiên cứu khác để đánh giá kiến thức chuyên môn của từng nội dung.

Về thực hành, nghiên cứu mới dừng lại ở việc đánh giá tư vấn sức khỏe. Do đó cần phải có những nghiên cứu tiếp theo để đánh giá và đưa ra các giải pháp khắc phục những hạn chế trong thực hành ở tất cả các nội dung của CSSKBD. Chưa đánh giá được mối liên quan giữa các đặc điểm cá nhân tới thực hành của đối tượng. Do tỷ lệ thực hành đạt rất thấp nên các số liệu về mối liên quan không có ý nghĩa thống kê.

Thời gian can thiệp không dài nên mức độ thay đổi giữa kiến thức và thực hành chưa tương xứng. Cần đầu tư thời gian nhiều hơn nữa cho can thiệp có thể 1-2 năm nhằm đảm bảo để tất cả các đối tượng nghiên cứu có khoảng trống trong công việc tập trung vào ôn luyện kiến thức và thực hành.

Thời điểm hiện tại do tuân thủ các nguyên tắc trong nghiên cứu nên trang Fanpage chưa được kết nối rộng rãi. Sau khi luận án được bảo vệ cấp Viện sẽ bàn giao trang Fanpage cho trung tâm kiểm soát bệnh tật tỉnh Long An duy trì quản lý và điều hành.

KẾT LUẬN

1. Thực trạng kiến thức về chăm sóc sức khỏe ban đầu, thực hành tư vấn chăm sóc sức khỏe của nhân viên y tế tuyến cơ sở tỉnh Long An, 2018.

Kết quả nghiên cứu đã cho thấy khoảng trống về kiến thức chăm sóc sức khỏe ban đầu và những hạn chế trong thực hành tư vấn sức khỏe của nhân viên y tế tuyến cơ sở. Về nguyên tắc chăm sóc sức khỏe ban đầu chỉ có 14% ở nhóm đại học, sau đại học và 9% ở nhóm cao đẳng, trung cấp đạt. 26% nhóm đại học, sau đại học và 13,7% nhóm cao đẳng, trung cấp có kiến thức đạt về các nội dung chăm sóc sức khỏe ban đầu ở Việt Nam. Với các đặc trưng chăm sóc sức khỏe ban đầu hiện nay, nhóm đại học, sau đại học cao nhất đạt 41%, thấp nhất là 16%, ở nhóm cao đẳng, trung cấp đạt cao nhất là 24,3% thấp nhất là 9,3%. Kiến thức chung: loại tốt 3,5%, loại TB 7,8%, loại kém 88,7%.

Trong thực hành tư vấn sức khỏe kết quả đánh giá đã bộc lộ những hạn chế cụ thể chỉ có 6,4% đối tượng nghiên cứu thực hành đạt.

2. Một số yếu tố liên quan đến kiến thức về chăm sóc sức khỏe ban đầu

Có mối liên quan giữa chức vụ và kiến thức của đối tượng nghiên cứu: người giữ chức vụ quản lý kiến thức về các chức năng của trạm y tế cao hơn (aOR = 2,0; 95%CI: 1,02 - 3,93) $p < 0,05$; kiến thức chung cao hơn 2,3 lần so với nhân viên với aOR = 2,3; 95%CI: 1,13 - 4,88.

Có mối liên quan giữa trình độ học vấn với kiến thức, người có trình độ học vấn cao hơn thì kiến thức về nhiệm vụ của trạm y tế (aOR = 2,1, 95%CI: 1,06 – 4,28), kiến thức về chăm sóc sức khỏe ban đầu thế giới (aOR = 2,8; 95%CI: 1,53 - 5,25) và kiến thức về chăm sóc sức khỏe ban đầu tại Việt Nam (aOR = 2,6; 95%CI : 1,43 – 4,96) và kiến thức chung (aOR = 6,6; 95%CI: 3,20 - 13,95) đều cao hơn;

Có mối liên quan giữa độ tuổi với kiến thức của đối tượng nghiên cứu về nhiệm vụ của trạm y tế người trên 30 tuổi có kiến thức cao hơn người dưới 30 tuổi (aOR = 4,1; 95%CI: 1,92 – 9,11);

Người có thâm niên công tác trên 5 năm cao hơn (aOR = 3,6; 95%CI: 1,26-10,22) người có thâm niên công tác dưới 5 năm $p < 0,05$.

3. Hiệu quả một số giải pháp can thiệp nâng cao kiến thức về chăm sóc sức khỏe ban đầu, thực hành tư vấn chăm sóc sức khỏe của nhân viên y tế tuyến cơ sở tỉnh Long An.

Chương trình được đánh giá là hiệu quả, bền vững và có khả năng nhân rộng tại các huyện khác trong tỉnh. Giải pháp can thiệp bằng tập huấn, hướng dẫn đặc biệt là việc ứng dụng công nghệ thông tin kết nối và tương tác qua trang fanpage “PHC.LA Vàm Cỏ 2018”, tin nhắn SMS đã đạt hiệu quả nâng cao kiến thức chăm sóc sức khỏe ban đầu của đối tượng sau can thiệp cụ thể:

Kiến thức chung: sau can thiệp loại tốt từ 3,5% tăng lên 62%, loại trung bình từ 7,8% tăng lên 33%, loại kém từ 88,7% giảm còn 5%.

Thực hành tư vấn sức khỏe sau can thiệp tỷ lệ đạt tăng từ 6,4% lên 31%.

KHUYẾN NGHỊ

1. Đối với Sở y tế

Áp dụng và nhân rộng mô hình nâng cao kiến thức về CSSKBĐ và thực hành tư vấn sức khỏe cho YTCS trên quy mô toàn tỉnh, tăng cường hoạt động đào tạo tập huấn giám sát hỗ trợ về CSSKBĐ. Tổ chức chuyển giao kết quả nghiên cứu cho các đơn vị có nhu cầu trong hoạt động nâng cao kiến thức CSSKBĐ cho nhân viên YTCS. Giao Trung tâm kiểm soát bệnh tật tỉnh tiếp tục cho duy trì và mở rộng hoạt động can thiệp nâng cao kiến thức thực hành...cán bộ y tế cơ sở toàn tỉnh thông qua Fanpage như nghiên cứu đề xuất. Cho tiếp tục nghiên cứu phát triển phương thức can thiệp này tiện lợi hơn, thành ứng dụng có thể sử dụng trên máy tính và điện thoại thông minh.

2. Đối với TTYT và TYT

Thực hiện CSSKBĐ chủ động, tránh thụ động, phụ thuộc nhiều vào tuyến trên, thường xuyên phối hợp tổ chức tập huấn, hướng dẫn thực hành CSSKBĐ. Áp dụng công nghệ thông tin, kết nối và tương tác với chuyên gia, sử dụng tài liệu, hình ảnh, video thực hành, nhằm nâng cao năng lực cho cán bộ YTCS. Tổ chức đánh giá kiến thức về CSSKBĐ và thực hành tư vấn sức khỏe chăm sóc sức khỏe của nhân viên tại đơn vị.

DANH SÁCH CÁC CÔNG TRÌNH NGHIÊN CỨU ĐÃ CÔNG BỐ

1. Thực trạng và một số yếu tố liên quan tới năng lực chăm sóc sức khỏe ban đầu của nhân lực y tế cơ sở tỉnh Long An năm 2018. Tạp chí Y Học Dự Phòng tập 29 số 13-2019, tr. 53-63.
2. Hiệu quả giải pháp can thiệp nâng cao năng lực chăm sóc sức khỏe ban đầu của nhân lực trạm y tế xã tại huyện Cần Giuộc tỉnh Long An. Tạp chí y học dự phòng tập 29 số 13-2019, tr. 64-73.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

Tiếng Việt

1. Nguyễn Thị Hoài An (2017), *Năng lực y tế cơ sở trong việc đáp ứng nhu cầu khám chữa bệnh của người dân tỉnh Thanh Hóa*, Luận án tiến sĩ xã hội học, Trường Đại học Khoa học xã hội và nhân văn, Hà Nội.
2. Nguyễn Trần Hiền Anh (2017), *Phát triển nguồn nhân lực y tế tại huyện Đại Lộc, tỉnh Quảng Nam*, Luận văn thạc sỹ Kinh tế, Đại học Đà Nẵng, Đà Nẵng.
3. Ban Bí thư Trung ương Đảng Cộng Sản Việt Nam (2002), Chỉ thị 06-CT/TW ngày 22/1/2002 về củng cố và hoàn thiện mạng lưới y tế cơ sở, chủ biên, Hà Nội.
4. Ban Tuyên giáo Trung ương - Trường Đại học Y Hà Nội (2015), "Báo cáo tổng kết 30 năm đổi mới hệ thống y tế Việt Nam - Thành tựu và thách thức", Nhà xuất bản Y học, Hà Nội.
5. Bộ Chính trị (2017), *Nghị quyết 20/NQ- TW về tăng cường công tác bảo vệ, chăm sóc và nâng cao sức khỏe nhân dân trong tình hình mới*, Hội nghị lần thứ sáu Ban Chấp hành Trung ương Đảng khóa XII, Hà Nội.
6. Bộ Chính trị (2005), *Nghị quyết của Bộ chính trị số 46-NQ/TW ngày 23 tháng 02 năm 2005 về công tác bảo vệ, chăm sóc và nâng cao sức khỏe nhân dân trong tình hình mới*, chủ biên, Hà Nội.
7. Bộ Giáo dục và đào tạo (2011), *Thông tư số 58/2011/TT-BGDĐT của ngày 12/12/2011 về ban hành quy chế đánh giá xếp loại học sinh THCS và THPT*, chủ biên, Hà Nội.
8. Bộ Y tế (2019), *Thông tư 20/2019/TT-BYT ngày 31/7/2019 Quy định Hệ thống chỉ tiêu thống kê cơ bản ngành y tế*, chủ biên, Hà Nội.
9. Bộ Y tế (2019), *Thông tư 21/2019/TT-BYT ngày 21/8/2019 về việc hướng dẫn thi điểm về hoạt động y học gia đình*, chủ biên, Hà Nội.
10. Bộ Y tế (2018), *Điểm tin y tế ngày 29/10/2018*, truy cập ngày 02-10-2019, tại trang web https://www.moh.gov.vn/diem-tin-y-te/-/asset_publisher/sqTagDPp4aRX/content/-iem-tin-y-te-ngay-29-10-2018.
11. Bộ Y tế (2018), *Quyết định số 4543/QĐ-BYT ngày 19/7/2018 về việc phê duyệt danh mục trang thiết bị cho trạm y tế xã mô hình điểm phục vụ triển khai đề án y tế cơ sở theo quyết định số 2348/QĐ-TTG ngày 5/12/2016*, chủ biên, Hà Nội.
12. Bộ Y tế (2017), *Hướng dẫn số 1383/HD-BYT ngày 19/12/2017 về việc hướng dẫn triển khai mô hình điểm tại 26 trạm y tế xã giai đoạn 2018 – 2020* chủ biên, Hà Nội.
13. Bộ Y tế (2017), *Hướng tới mục tiêu già hoá khoẻ mạnh ở Việt Nam*, Báo cáo chung tổng quan ngành y tế năm 2016, 32-45.
14. Bộ Y tế (2017), *Niên giám thống kê y tế năm 2016*, NXB Y học, Hà Nội.
15. Bộ Y tế (2017), *Thông tư số 39/2017/TT-BYT ngày 18/10/2017 Quy định gói dịch vụ y tế cơ bản cho tuyến y tế cơ sở*, chủ biên, Hà Nội.
16. Bộ Y tế (2016), *Hướng dẫn quốc gia về các dịch vụ chăm sóc sức khỏe sinh sản” Ban hành kèm theo Quyết định số 4128/QĐ-BYT ngày 29/7/2016 của Bộ trưởng Bộ Y tế*, chủ biên, Hà Nội, tr. 6-8.

17. Bộ Y tế (2016), *Quyết định 1568/QĐ-BYT* ngày 27/4/2016 phê duyệt kế hoạch nhân rộng và phát triển mô hình phòng khám bác sĩ gia đình tại Việt Nam, giai đoạn 2016-2020, chủ biên, Hà Nội.
18. Bộ Y tế (2015), *Báo cáo tổng kết công tác y tế năm 2015, một số nhiệm vụ và giải pháp trọng tâm năm 2016, giai đoạn 2016-2020*, Hà Nội.
19. Bộ Y tế (2015), *Bộ Y tế đánh giá 10 năm thực hiện công ước khung về kiểm soát thuốc lá*, Hà Nội.
20. Bộ Y tế (2015), *Quyết định số 2992/QĐ-BYT* ngày 17/7/2015 Phê duyệt Kế hoạch phát triển nhân lực trong hệ thống khám bệnh, chữa bệnh giai đoạn 2015 – 2020, Hà Nội, chủ biên.
21. Bộ Y tế (2015), *Thông tư 33/2015/TT-BYT* ngày 27/10/2015 Hướng dẫn chức năng, nhiệm vụ của Trạm y tế xã, phường, thị trấn, chủ biên, Hà Nội.
22. Bộ Y tế (2014), *Quyết định số 4667/QĐ-BYT* ngày 7/11/2014 về việc ban hành Bộ tiêu chí quốc gia về y tế xã giai đoạn đến 2020, chủ biên, Hà Nội.
23. Bộ Y tế (2014), *Thông tin tình hình dịch bệnh*, truy cập ngày 02-10-2019, tại trang web <http://moh.gov.vn:8086/news/pages/tinhoatdong.aspx?ItemID=574>.
24. Bộ Y tế (2013), *Niên giám thống kê y tế 2013*, NXB Y học, Hà Nội, 22-23.
25. Bộ Y tế (2008), *Thông tư 06/2008/TT- BYT* ngày 26/5/2008, về việc hướng dẫn đào tạo liên thông trình độ đại học, cao đẳng y, dược, chủ biên, Hà Nội.
26. Bộ Y tế (2007), *Báo cáo chung tổng quan ngành y tế năm 2007*, Hà Nội.
27. Bộ Y Tế (2005), "Chăm sóc sức khỏe ban đầu ở Việt Nam trong tình hình mới", Nhà xuất bản Y học, Hà Nội.
28. Bộ Y tế - JAHR (2016), *"Tăng cường y tế cơ sở hướng tới bao phủ chăm sóc sức khỏe toàn dân"*, *Báo cáo chung tổng quan ngành y tế năm 2015*, Hà Nội, tr.10-16-153-176.
29. Bộ Y tế - JAHR (2013), *Hướng tới bao phủ chăm sóc sức khỏe toàn dân*, Báo cáo chung tổng quan ngành y tế năm 2013, NXB Y học, Hà Nội, tr. 29-176.
30. Bộ Y tế - JAHR (2010), *Hệ thống y tế Việt Nam trước thềm kế hoạch 5 năm*
31. Chính phủ CHXHCN Việt Nam (2019), *Nghị quyết số 17/NQ-CP 2019 về một số nhiệm vụ, giải pháp trọng tâm phát triển Chính phủ điện tử giai đoạn 2019-2020, định hướng 2025*, ban hành ngày 7/3/2019, chủ biên, Hà Nội.
32. Chính phủ CHXHCN Việt Nam (2013), *Quyết định số 229/QĐ-TTg* ngày 25/1/2013 của Thủ tướng chính phủ Phê duyệt Chiến lược quốc gia phòng chống tác hại của thuốc lá đến năm 2020, chủ biên, Hà Nội.
33. Cục quản lý môi trường Y tế (2012), *Báo cáo đánh giá lĩnh vực cấp nước và vệ sinh môi trường Việt Nam năm 2011*, Hà Nội.
34. Cục Y tế Dự phòng (2015), *Việt Nam - Quốc gia tiêu thụ bia đứng thứ 3 châu Á*, truy cập ngày 13-09-2019, tại trang web <http://vncdc.gov.vn/vi/phong-chong-benh-khong-lay-nhiem/492/viet-nam-quoc-gia-tieu-thu-bia-dung-thu-3-chau-a>.
35. Đào Văn Dũng (2018), "Nghiên cứu hệ thống y tế", Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, tr. 61-62.
36. Đào Văn Dũng (2018), *Trạm Y tế Xã*, NXB Y Học, Hà Nội, 16.
37. Trương Việt Dũng và Nguyễn Duy Luật (2007), "Giáo trình Tổ chức và quản lý y tế", Nhà xuất bản Y học, Hà Nội.

38. Tạ Như Đỉnh (2017), *Thực trạng và hiệu quả can thiệp nâng cao năng lực chăm sóc trẻ sơ sinh ở bệnh viện huyện, trạm y tế xã tỉnh Đắk Lắk, 2013 – 2016* Luận án tiến sỹ y học Viện Vệ sinh Dịch tễ Trung Ương, tr. 45-48.
39. Evangelos Petratos. (2016), "Việt Nam và EU", *Phái đoàn Liên minh Châu Âu tại Việt Nam*, truy cập ngày 15-08-2019, tại trang web https://eeas.europa.eu/delegations/vietnam/13395/vi%E1%BB%87t-nam-v%C3%A0-eu_vi.
40. Vũ Thị Minh Hạnh (2012), "Đánh giá 10 năm triển khai thực hiện Chỉ thị 06-CT/TW ngày 22/01/2002 và đề xuất giải pháp củng cố và hoàn thiện mạng lưới y tế cơ sở trong thời gian tới", *Tạp chí Chính sách y tế*. 10, tr. 12-19.
41. Nguyễn Văn Hiến (2010), *Nghiên cứu thực trạng truyền thông giáo dục sức khỏe tuyến huyện và xây dựng mô hình thí điểm phòng truyền thông giáo dục sức khỏe ở trung tâm y tế dự phòng huyện*, Đề tài nghiên cứu cấp bộ, Trường Đại học Y Hà Nội, Hà Nội.
42. Phạm Quang Hòa (2012), *Thực trạng quá tải ở bệnh viện các tuyến và mối liên quan với hoạt động khám chữa bệnh của trạm y tế tại tỉnh Thái Bình năm 2012*, Luận án tiến sỹ y tế công cộng, Trường Đại học Y Thái Bình, Thái Bình, tr.82.
43. Lưu Ngọc Hoạt (2015), *Phương pháp viết đề cương nghiên cứu - tập 1*, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, 80-81.
44. Học viện Quân y (1999), *Đánh giá 20 năm thực hiện chăm sóc sức khỏe ban đầu ở Việt Nam*, Hà Nội.
45. Nguyễn Văn Hùng (2017), *Đánh giá nhu cầu và khả năng cung cấp dịch vụ tư vấn SKSS – KHHGĐ cho vị thành niên/thanh niên và khám sức khỏe tiền hôn nhân tại một số tỉnh/thành phố*, Đề tài nghiên cứu cấp ngành Y tế, Viện Chiến lược chính sách y tế, Bộ Y tế.
46. Nguyễn Minh Hưng (2016), *Nghiên cứu một số đặc điểm cơ cấu bệnh, khả năng đáp ứng hoạt động chăm sóc sức khỏe của các trạm y tế xã biên giới Tây Nguyên và giải pháp can thiệp*, Luận án tiến sỹ y học, Học viện Quân Y.
47. Trần Thị Giáng Hương (2019), *Phát biểu tại WHO: Bộ trưởng Bộ Y tế nhấn mạnh Việt Nam ưu tiên phát triển y tế cơ sở*, truy cập ngày 22-05-2019, tại trang web https://moh.gov.vn/tin-noi-bat/-/asset_publisher/hwUjUacn23Hf/content/phat-bieu-tai-who-bo-truong-bo-y-te-nhan-manh-viet-nam-uu-tien-phat-trien-y-te-co-so.
48. Trần Ngọc Hữu (2002), *Nghiên cứu đánh giá hoạt động CSSKBĐ tại tỉnh Long An và đề xuất một số giải pháp can thiệp*, Luận án tiến sỹ vệ sinh xã hội học và tổ chức y tế, Trường Đại học Y Hà Nội, tr.2-64.
49. JAHN (2009), *Báo cáo chung tổng quan ngành y tế năm 2009: Nhân lực y tế*, Bộ y tế, Hà Nội.
50. Trần Chí Liêm (2016), *Nghiên cứu thực trạng nhân lực và hệ thống chăm sóc sức khỏe ban đầu tại 6 tỉnh đồng bằng sông Cửu Long*, Đề tài nghiên cứu khoa học cấp bộ.
51. Đặng Phương Liên (2018), *Dịch vụ công tác xã hội trong chăm sóc sức khỏe người cao tuổi thuộc hộ nghèo từ thực tiễn huyện Yên Minh, tỉnh Hà Giang*, Luận văn thạc sỹ công tác xã hội, Học viện Khoa học xã hội, Hà Nội.

52. Nguyễn Thị Liên (2012), *Thực trạng và đề xuất giải pháp nâng cao công tác truyền thông giáo dục sức khỏe cho người dân tỉnh Quảng Nam*, Kỷ yếu các đề tài nghiên cứu khoa học hệ truyền thông giáo dục sức khỏe.
53. Nguyễn Thị Kim Liên (2006), *Đánh giá thực trạng và hiệu quả một số giải pháp can thiệp truyền thông – giáo dục sức khỏe trong chăm sóc sức khỏe trẻ em tại tuyến y tế cơ sở*, Luận Án tiến sĩ y học, Trường Đại học Y Hà Nội.
54. Dương Huy Liệu (2013), *Một số kinh nghiệm chăm sóc sức khỏe ban đầu ở Thái Lan*, Hiệp hội khoa học kinh tế y tế Việt Nam, truy cập ngày 10-09-2019 tại trang web <http://vhea.org.vn/print-html.aspx?NewsID=250>.
55. Trần Hữu Lộc (2016), *Đánh giá chất lượng hoạt động công tác truyền thông giáo dục sức khỏe của y tế tuyến huyện trên địa bàn tỉnh Kiên Giang năm 2016*, Đề tài nghiên cứu khoa học cấp Ngành Y tế, Kiên Giang.
56. McMahon Rosemary (1996), *Cho cán bộ đương nhiệm: Hướng dẫn quản lý trong chăm sóc sức khỏe ban đầu*, Nhà xuất bản y học, Hà Nội.
57. Trần Thị Mai Oanh (2013), "Thực trạng hoạt động của y tế cơ sở trong chăm sóc sức khỏe ban đầu ở Việt Nam", *Tạp chí chính sách y tế*. 12, tr. 55-61.
58. Lê Đình Phan (2017), *Thực trạng và hiệu quả can thiệp nâng cao chất lượng hoạt động của trạm y tế xã tại tỉnh Hòa Bình*, Luận án tiến sĩ y học, Viện Vệ sinh Dịch tễ Trung Ương, tr.74.
59. Lê Trung Quân (2011), "Khảo sát kiến thức, thái độ, thực hành về truyền thông giáo dục sức khỏe của cán bộ y tế xã, phường – tỉnh Thừa Thiên Huế năm 2011", *Kỷ yếu các đề tài nghiên cứu khoa học của hệ truyền thông giáo dục sức khỏe*, tr. 109 -118.
60. Minh Quân (2018), "Việt Nam hướng tới chăm sóc sức khỏe toàn dân", *Tạp chí cộng sản* ngày 7/9/2018, Hà Nội., tr. 56-64.
61. Quốc hội CHXHCN Việt Nam (2008), Nghị quyết số 18/2008/QH12 ngày 3/6/2008 về việc đẩy mạnh thực hiện chính sách, pháp luật xã hội hóa để nâng cao chất lượng chăm sóc sức khỏe nhân dân, chủ biên.
62. Sở Kế hoạch Đầu tư tỉnh Điện Biên (2014), *Báo cáo khảo sát sự hài lòng của người dân đối với dịch vụ y tế tuyến xã, Điện Biên*. .
63. Sở Kế hoạch Đầu tư tỉnh Kontum (2014), *Báo cáo khảo sát sự hài lòng của người dân đối với dịch vụ y tế tuyến xã, Kontum*. .
64. Sở Khoa học và công nghệ tỉnh Hải Dương (2015), *Đánh giá thực trạng nhu cầu đào tạo nhân lực ngành y tế tỉnh Hải Dương năm 2015*.
65. Sở Y tế An Giang (2014), *Sự hài lòng của người dân báo cáo khảo sát đối với dịch vụ y tế tuyến huyện thông qua thẻ báo cáo công dân, An Giang*.
66. Sở Y tế Đồng Tháp (2015), *Sự phối hợp liên ngành trong công tác phòng chống dịch, Đồng Tháp*.
67. Lê Văn Thêm (2007), *Thực trạng hoạt động của bác sỹ tại trạm y tế xã và đánh giá hiệu quả giải pháp can thiệp nhằm nâng cao chất lượng hoạt động của trạm y tế tại tỉnh Hải Dương năm 2007*, Luận án tiến sĩ y học, Trường Đại học Y Hà Nội, tr.60-66
68. Nguyễn Thị Kim Thoa (2017), *Thực trạng và một số yếu tố liên quan đến hoạt động truyền thông giáo dục sức khỏe của tỉnh Ninh Bình năm 2017*, Đề tài nghiên cứu khoa học cấp Ngành y tế, Ninh Bình.

69. Thủ tướng chính phủ (2016), Quyết định số 2348/QĐ-TTg của Chính phủ về việc phê duyệt đề án “Xây dựng và phát triển mạng lưới y tế cơ sở trong tình hình mới” ngày 5/12/2016, chủ biên, Hà Nội.
70. Nguyễn Thị Thủy (2018), *Thực trạng và giải pháp nâng cao hoạt động khám chữa bệnh YHCT tại một số trạm y tế miền núi Thái Nguyên*, Luận án tiến sỹ y học, Trường Đại học Y Thái Nguyên, Thái Nguyên, tr.55-58.
71. Nguyễn Việt Tiến (2010), "Thông tin – Giáo dục – Tư vấn trong chăm sóc sức khỏe", NXB Y học, Hà Nội.
72. Tổ chức Y tế Thế giới Tây Thái Bình Dương (2015), *Những thông tin cơ bản về thuốc lá*, truy cập ngày 15-08-2019, tại trang web <http://www.wpro.who.int/vietnam/topics/tobacco/factsheet/vi/2015>.
73. Tổng cục Thống kê (2014), *Y tế Việt Nam qua tổng điều tra cơ sở kinh tế, hành chính, sự nghiệp 2012*, Nhà xuất bản thống kê, Hà Nội, tr.15-16.
74. Tổng cục Thống kê (2013), *Kết quả Khảo sát mức sống dân cư năm 2002-2012*, Hà Nội.
75. Trường Đại học Y Hà Nội (2015), *Y học Gia Đình đại cương*, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, 25-41.
76. Trường Đại học Y tế công cộng (2002), *Các nguyên lý Chăm sóc sức khỏe ban đầu*, NXB Y học, Hà Nội, tr.21-23.
77. UBND tỉnh Long An (2018), *Báo cáo tình hình kinh tế xã hội năm 2018*, Long An.
78. Nguyễn Thị Vân (2016), *Quản lý nhà nước về y tế cấp xã trên địa bàn huyện Ba Vì Thành phố Hà Nội*, Luận văn thạc sỹ quản lý công, Học viện hành chính quốc gia.
79. Viện Chiến lược & Chính sách y tế (2012), *Báo cáo nghiên cứu "Phân tích các yếu tố ảnh hưởng tới khả năng thu hút và duy trì nhân lực y tế ở khu vực miền núi*, Hà Nội.
80. Viện Dinh dưỡng Quốc gia (2016), *Số liệu thống kê về tình trạng dinh dưỡng trẻ em qua các năm*, Hà Nội.
81. Viện Dinh dưỡng Quốc gia (2015), *Số liệu thống kê về tình trạng dinh dưỡng trẻ em qua các năm*, Hà Nội.

Tiếng Anh

82. Adeleye OA. and Ofili AN. (2010), "Strengthening Intersectoral Collaboration for Primary Health Care in Developing Countries: Can the Health Sector Play Broader Roles?", *Journal of Environmental and Public Health*, pp. 6.
83. Alameddine M. at al. (2012), "The retention of health human resources in primary healthcare centers in Lebanon: a national survey", *BMC Health Services Research*. 12(419), pp. 56-63.
84. Bell R., Ithindi T. and Low A. (2002), "Improving equity in the provision of primary health care: lessons from decentralized planning and management in Namibia", *Bulletin of the World Health Organization*. 80(8).
85. Bodenheimer T. and Pham HH. (2010), "Primary Care: Current Problems And Proposed Solutions ". 29(5), pp. 799-805.

86. Braveman Paula A. and Tarimo E. (1994), *Sceneing in primary health care: Setting priorities with limited resources*, World Health Organization, Geneva.
87. Bravement P. (1998), *Monitoring equity in health: A policy-oriented approach in low- and middle-income countries*, World Health Organization, Geneva.
88. Brilleman SL. at al. (2014), "Keep it simple? Predicting primary health care costs with clinical morbidity measures", *Journal of Health Economics*. 35, pp. 109–122.
89. Chen JL. (2017), "Short-Term Efficacy of an Innovative Mobile Phone Technology-Based Intervention for Weight Management for Overweight and Obese Adolescents: Pilot Study", *Interact J Med Res*. 6(2).
90. Collins DH. (2013), "The cost of scaling up primary health-care services—comparisons from studies in six countries: economic research using systematic sampling", *The Lancet*. 381(S30), pp. 123- 143.
91. Costello A. at al. (2009), "Managing the health effects of climate change: Lancet and University College London Institute for Global Health Commission", *The Lancet*. 373(9676), pp. 693–733.
92. Curoe A., Kralewski J. and Kaissi A. (2003), "Assessing the cultures of medical group practices", *Journal of the American Board of Family Medicine*. 16(5), pp. 394–8.
93. Da Costa FM. (2013), "Is vaccination against hepatitis B a reality among Primary Health Care workers?", *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 21(1), pp. 316-24.
94. De Jongh T. (2012), "Mobile phone messaging for facilitating self-management of long-term illnesses", *Cochrane Database Syst Rev*. 12(12).
95. Dobe M. (2012), "Health promotion for prevention and control of noncommunicable diseases: unfinished agenda", *Indian J Public Health*. 56(3), pp. 180-6.
96. Dubois CA. and McKee M. (2005), "Analysing trends, opportunities and challenges", *Brussels, European Observatory on Health Systems and Policies*, pp. 98-109.
97. Ebrahim GJ. and Ranken JP. (1988), *Primary health care: reorienting organisational support*, Macmillan, London.
98. Federal Ministry of Health Nigeria (2004), "Revised National Health Policy", *Abuja, Nigeria*, pp. 65-98.
99. Ford ES. at al. (2009), "Healthy living is the best revenge: findings from the European Prospective Investigation Into Cancer and Nutrition-Potsdam study.", *Arch Int Med*. 169, pp. 1355-1362.
100. Friedberg MW., Hussey PS. and Schneider EC. (2010), "Primary Care: A Critical Review Of The Evidence On Quality And Costs Of Health Care", *Health Aff (Millwood)*. 29(5), pp. 766–72.
101. Garcia LP., Höfelmann DA. and Facchini LA. (2010), "Self-rated health and working conditions among workers from primary health care centers in Brazil", *Cad. Sau de Pública, Rio de Janeiro*. 26(5), pp. 971-980.
102. GHWA (2014), *The Global Health workforce Alliance 2013 Annual Report*, Rising to the grand challenge of Human resources for health, Global Health Workforce Alliance, Geneva.

103. Hallegatte S., Bangalore M. and Bonzanigo L. (2016), "Shock waves: managing the impacts of climate change on poverty", *Washington, DC- World Bank* 2016.
104. Hussain AMZ. (1983), "Cost analysis of a primary health care centre in Bangladesh ", *Bull World Health Organ.* 61(3), pp. 477–483.
105. IFPRI. (2015), "Global Nutrition Report 2015: Actions and Accountability to Advance Nutrition and Sustainable Development", *Washington, DC, IFPRI*, pp. 45-90.
106. Institute for Health Metrics and Evaluation (2018), "*Global Burden of Disease*", Seattle, WA: *University of Washington*, truy cập ngày, tại trang web <http://www.healthdata.org/gbd>; accessed 14 September 2018.
107. Kilewo EG. and Frumence G. (2015), "Factors that hinder community participation in developing and implementing comprehensive council health plans in Manyoni District, Tanzania", *Glob Health Action.* 8, pp. 26461.
108. Kruk ME. at al. (2010), "The contribution of primary care to health and health systems in low-and middle-income countries: a critical review of major primary care initiatives", *Social Science & Medicine* 70(6), pp. 904-11.
109. Lemmens KM., Nieboer AP. and Huijsman R. (2009), "A systematic review of integrated use of disease-management interventions in asthma and COPD", *Respiratory Medicine.* 103(5), pp. 670–91.
110. Maluka S. at al. (2011), "Decentralization and health care prioritization process in Tanzania: from national rhetoric to local reality", *Intern J Health Plann Manag.* 26, pp. 102-20.
111. Marrone S. (2007), "Understanding barriers to health care: A review of disparities in health care services among indigenous populations", *International Journal of Circumpolar Health.* 66(3), pp. 188-198.
112. Moyo S. and Madale R. (2013), "Public health and management competency requirements for Primary Health Care facility managers at sub-district level in the District Health System in South Africa", *Research Snapshot* 1(1), pp. 23 - 76.
113. Norman AS. and Massoi L. (2010), "Decentralization by devolution: reflections on community involvement in planning process in Tanzania ", *Educ Res Rev.* 5, pp. 314-22.
114. Oboimbo EM. (2003), "Primary health care, selective or comprehensive, which way to go?", *East Africa Medical Journal.* 80(1), pp. 7-9.
115. Ojakaa D., Olango S. and Jarvis J. (2014), " Factors affecting motivation and retention of primary health care workers in three disparate regions in Kenya ", *Human Resources for Health.* 12(33), pp. 1-10.
116. Perry HB. at al. (2017), "Comprehensive review of the evidence regarding the effectiveness of community–based primary health care in improving maternal, neonatal and child health. 1. Rationale, methods and database description.", *J Glob Health.* 7(1).
117. Pfaeffli Dale (2013), "Text Message and Internet Support for Coronary Heart Disease Self-Management: Results From the Text4Heart Randomized Controlled Trial", *J Med Internet Res.* 10(17).
118. Population Division (2018), *New York: United Nations* 2018, <https://population.un.org/wup/> ; accessed 14 September 2018.

119. Poulton BC. and West MA. (1999), "The determinants of effectiveness in primary health care teams", *Journal of Interprofessional Care*. 13(1), pp. 7–18.
120. Ramiro LS. at al. (2001), "Community participation in local health boards in a decentralized setting: cases from Philippines", *Health Policy Plann.* 16(2), pp. 61-9.
121. Richards NC. at al. (2016), "Disability, noncommunicable disease and health information", *Bulletin of the World Health Organization*. 94, pp. 230-232.
122. Schepman S., Hansen J de Putter ID. and Batenburg RS de Bakker DH. (2015), "The common characteristics and outcomes of multidisciplinary collaboration in primary health care: a systematic literature review", *International Journal of Integrated Care*. 15(24), pp. 1-12.
123. Schoen C. at al. (2009), "A Survey of Primary Care Physicians in 11 Countries, 2009: Perspectives on Care Costs, and Experiences", *Health AffairsWeb Exclusive*. 5, pp. 1171–1183.
124. Starfield B. (2012), "Primary care: an increasingly important contributor to effectiveness, equity, and efficiency of health services", *SESPAS report* 1(26), pp. 20–6.
125. Starfield B., Shi L. and Macinko J. (2005), "Contribution of Primary Care to Health Systems and Health", *Milbank Q.* 83(3), pp. 457–502.
126. Tarimo E. (1991), "*Towards a healthy district*", *Organizing and managing district health systems based on primary health care*, WHO, Geneva.
127. Toda M. at al. (2012), "Analyzing the equity of public primary care provision in Kenya: variation in facility characteristics by local poverty level", *International Journal for Equity in Health*. 11(75), pp. 2-12.
128. UNICEF (2015), "Committing to Child Survival: A Promise Renewed - Progress Report 2015", *UNICEF*, Geneva, pp. 56-98.
129. Valderas JM. at al. (2009), "Defining comorbidity: implications for understanding health and health services", *Ann Fam Med*. 7(4), pp. 357-363.
130. Violan C. at al. (2014), "Prevalence, determinants and patterns of multimorbidity in primary care: a systematic review of observational studies", *PLOS One*. 9(7), pp. e102149.
131. Virta L., Joranger P. and Brox JI. (2012), "Costs of shoulder pain and resource use in primary health care: a cost-of-illness study in Sweden", *BMC Musculoskeletal Disorders*. 13(17).
132. Ryan G. Walker KO., Ramey R., et al., (2010), "Recruiting and Retaining Primary Care Physicians in Urban Underserved Communities: The Importance of Having a Mission to Serve", *Am J Public Health*. 100, pp. 2168–2175.
133. Weiss LJ. and Blustein J. (1996), "Faithful patients: the effect of long-term physician-patient relationships on the costs and use of health care by older Americans", *Am J Public Health*. 86(12), pp. 1742–1747.
134. Wellcentive, "What is populaion health management".
135. WHO (2018), *A vision for Primary Health care in the 21st century*.
136. WHO (2008), "Thailand's unsung heroes", *Bulletin of the World Health Organization*. 86(1), pp. 1-80.
137. WHO (2006), *The World Health Report: Working together for health*, Geneva, WHO.

138. World Health Organization (2015), *Health in 2015 from MDGs to SDGs*, Geneva.
139. World Health Organization (2014), "Making primary care people-centred: a 21st century blueprint", *We are primary care, World Report*, pp. 295.
140. World Health Organization (2008), "Discussion Paper. International Conference on Primary Health Care and Health Systems in Africa: Towards the Achievement of the Health Millennium Development Goals", *Burkina Faso, World Health Organization*.
141. World Health Organization (2008), *The World Health Report 2008 - Primary Health Care (Now More Than Ever)*, Geneva, World Health Organization.
142. Yar M., Dix D. and Bajekal M. (2006), "Socio-demographic characteristics of the healthcare workforce in England and Wales – results from the 2001 Census", *Health Statistics Quarterly*. 32, pp. 44-56.

PHỤ LỤC

Phụ lục 1: Phiếu điều tra đánh giá kiến thức về CSSKBĐ, thực hành tư vấn chăm sóc sức khỏe.

Phụ lục 2: Bảng kiểm đánh giá thực hành tư vấn sức khỏe

Phụ lục 3: Hướng dẫn thảo luận nhóm tuyến xã

Phụ lục 4: Hướng dẫn phỏng vấn sâu cán bộ lãnh đạo TYT

Phụ lục 5: Hướng dẫn thảo luận nhóm đánh giá hiệu quả can thiệp nâng kiến thức nhân viên TYT xã trong CSSKBĐ.

Phụ lục 6: Tài liệu tập huấn kỹ năng tư vấn sức khỏe

Phụ lục 7: Bảng biên số/chỉ số nghiên cứu và công cụ thu thập thông tin cho mục tiêu 1

Phụ lục 8: Bảng biên số/chỉ số nghiên cứu và công cụ thu thập thông tin cho mục tiêu 2

Phụ lục 9: Một số bảng kết quả nghiên cứu cụ thể

Phụ lục 10: Danh sách các trạm y tế được điều tra

PHỤ LỤC 1
PHIẾU ĐIỀU TRA ĐÁNH GIÁ KIẾN THỨC CỦA NHÂN VIÊN TYT XÃ VỀ
CSSKBĐ

(Thời gian thực hiện: 60 phút)

Địa điểm: TP/Huyện/Thị.....Tỉnh.....

Họ và tên điều tra viên:.....

Chào anh/chị! Chúng tôi là nhóm nghiên cứu từ Viện Vệ sinh dịch tễ trung ương. Hiện tại chúng tôi đang thu thập các thông tin kiến thức về CSSKBĐ của nhân viên y tế cơ sở tại tỉnh Long An. Nghiên cứu này sẽ cung cấp thông tin cho việc phát triển các chính sách liên quan đến nâng cao kiến thức của nhân viên y tế tuyến cơ sở trong công tác CSSKBĐ của tỉnh góp phần nâng cao sức khỏe nhân dân. Mọi thông tin do anh/chị cung cấp hoàn toàn được bảo mật và chỉ sử dụng cho mục đích nghiên cứu. Rất mong anh/chị sẽ hợp tác tham gia trả lời bộ câu hỏi.

A. THÔNG TIN CHUNG

STT	Câu hỏi	Trả lời	Mã
1	Họ và tên		
2	Tuổi		
3	Giới	Nam	1
		Nữ	2
4	Dân tộc	Kinh	1
		Khmer	2
		Chăm	3
		Khác	99
5	Trình độ	Đại học và trên đại học	1
		Cao đẳng, trung cấp và tương đương	2
6	Chuyên ngành	Bác sỹ đa khoa	1
		Bác sỹ YHCT	2
		Bác sỹ YHDP	3
		Dược sỹ đại học	4
		Dược sỹ cao đẳng, trung cấp	5

		Y sỹ đa khoa	6
		Y sỹ YHCT	7
		Y sỹ sản nhi	8
		Điều dưỡng đại học	9
		Điều dưỡng cao đẳng, trung cấp	10
		Hộ sinh đại học	11
		Hộ sinh cao đẳng, trung cấp	12
		Khác:	99
7	Chức vụ		
8	Thâm niên công tác		
9	Nơi công tác (ghi rõ công việc cụ thể được phụ trách)		

B. KIẾN THỨC VỀ CSSKBĐ

Anh/chị hãy khoanh vào đáp án tương ứng và ghi rõ câu trả lời theo ý mình

STT	Câu hỏi	Trả lời	Mã	Ghi chú
B1	Anh/chị cho biết số chức năng của trạm y tế	Số chức năng:		
B2	Hãy nêu các chức năng anh/chị biết:	Các chức năng:		
B3	Anh chị cho biết về số nhiệm vụ của trạm y tế	Số nhiệm vụ:		

	xã			
B4	Hãy nêu các nhiệm vụ mà anh/chị Kiến thức về biết	Các nhiệm vụ:		
B5	Hãy nêu những nội dung chuyên môn kỹ thuật thực hiện tại TYT	Các nội dung CMKT:		
B6	Anh chị hãy nêu định nghĩa về CSSKBD?			
B7	Anh chị cho biết			

	CSSKBĐ trên thế giới có bao nhiêu nội dung?	5 nội dung	1	
		6 nội dung	2	
		7 nội dung	3	
		8 nội dung	4	
		9 nội dung	5	
		10 nội dung	6	
B8	Anh/chị cho biết ở Việt Nam có bao nhiêu nội dung CSSKBĐ?	5 nội dung	1	
		6 nội dung	2	
		7 nội dung	3	
		8 nội dung	4	
		9 nội dung	5	
		10 nội dung	6	
B9	Nội dung CSSKBĐ nào của Việt Nam khác so với thế giới?			
B10	Anh/chị hãy kể tên các nội dung CSSKBĐ ở Việt Nam?			
				
				
				
				
				
				
				
				
				
				
				
				
				
B11	Anh/chị có biết về	Có	1	

[illegible]

				
B16	Anh/chị có Kiến thức về biết những đề xuất mới về đặc trưng (đặc trưng) CSSKBĐ của WHO không?	Có	1	
		Không	2	
B17	Nếu có thì vào năm nào?	Năm:		
B18	Có bao nhiêu đặc trưng theo đặc trưng hiện nay của WHO	đặc trưng		
B19	Hãy nêu các đặc trưng mà anh/chị biết: 			
B20	Công việc của anh chị có liên quan đến những nội dung CSSKBĐ hay	Có	1	
		Không	2	

	làng xã			
5	Kỹ thuật đơn giản cho nhân viên y tế công đồng, cộng tác viên không chuyên nghiệp			
6	Sự tham gia của người dân thông qua huy động các nguồn lực địa phương và quản lý cơ sở y tế thông qua ban chăm sóc sức khỏe địa phương			
7	Dịch vụ y tế do Nhà nước cấp tài chính và cung ứng, có sự quản trị tập trung			
8	Quản lý trong hoàn cảnh khan hiếm nguồn lực và tình giảm biên chế			
9	Viện trợ song phương, hỗ trợ kỹ thuật			
10	Chăm sóc sức khỏe ban đầu độc lập với chăm sóc sức khỏe bệnh viện			
11	Chăm sóc sức khỏe ban đầu rẻ tiền, chỉ cần đầu tư khiêm tốn			

B28. Anh chị đã biết các nội dung sau đây chưa, theo anh chị những nội dung nào có khả năng thực hiện và không có khả năng thực hiện, ở địa phương đã và đang thực hiện những nội dung nào? (đánh dấu X vào ô tương ứng kết quả theo anh /chị).

TT	Trả lời Nội dung	Biết	Chưa biết	Đã thực hiện	Có khả năng thực hiện	Không có khả năng thực hiện
1	Đổi mới hệ thống y tế nhằm đảm bảo khả năng tiếp cận toàn dân và an sinh sức khỏe					

	cho xã hội					
2	Chăm sóc sức khỏe cho tất cả mọi người trong cộng đồng					
3	Đáp ứng toàn diện mong đợi và nhu cầu của người dân, mở rộng sự quan tâm tới tất cả các nguy cơ và bệnh tật					
4	Thúc đẩy lối sống lành mạnh, giảm tác hại của các nguy cơ môi trường và xã hội					
5	Hỗ trợ đội ngũ nhân viên y tế tiếp cận và sử dụng các kỹ thuật và thuốc thích hợp					
6	Sự tham gia của xã hội được thể chế hóa trong các cơ chế đối thoại và trách nhiệm giải trình					
7	Hệ thống y tế nhiều thành phần (công lập, ngoài công lập, từ thiện...) hoạt động trong môi trường hội nhập và toàn cầu hóa					
8	Ưu tiên nguồn lực tăng thêm cho y tế vào việc chăm sóc sức khỏe toàn dân					
9	Hợp tác toàn cầu, cùng đào tạo và rút kinh nghiệm với nhau					

10	Chăm sóc sức khỏe ban đầu có vai trò điều phối “ sự đáp ứng” toàn diện ở các tuyến bệnh viện					
11	Chăm sóc sức khỏe ban đầu không rẻ, cần được đầu tư thỏa đáng, tuy nhiên hiệu quả mang lại từ đầu tư cao hơn so với các phương án đầu tư khác					

C. THÁI ĐỘ CỦA NVYT

STT	Câu hỏi	Trả lời	Mã	Ghi chú
C1	Theo anh/chị mức độ cần thiết của trạm y tế?	Rất cần thiết Cần thiết Không cần thiết Rất không cần thiết	1 2 3 4	
C2	Anh/chị có hài lòng về vị trí việc làm của mình hiện tại không?	Rất hài lòng Hài Lòng Không hài lòng Rất không hài lòng	1 2 3 4	
C3	Theo/chị có cần thiết phải thay đổi mô hình hoạt động của y tế tuyến xã so với hiện tại hay không?	Có Không	1 2	
C4	Nếu có thì mức độ cần thiết là như thế nào?	Thay đổi toàn diện Thay đổi một phần	1 2	

D. NHẬN ĐỊNH VỀ KHẢ NĂNG CUNG ỨNG DỊCH VỤ Y TẾ

Mã số	Câu hỏi	Trả lời	Mã trả lời	Ghi chú
D1	Anh/chị cho biết TYT có bảng phân công nhiệm vụ cho từng thành viên không?	Có Không Không biết/Không trả lời	1 2 99	
D2	Theo anh/chị nhiệm vụ mà các nhân viên được phụ trách có phù hợp không	Có Không Không biết/Không trả lời	1 2 99	
D3	Có vị trí nào công việc bị quá tải hay không	Có Không Không biết/Không trả lời	1 2 99	
D4	Khi thực hiện nhiệm vụ được giao các NVYT thường hoàn thành như thế nào?	Thụ động, chậm chễ Hoàn thành Sớm và chủ động	1 2 3	
D6	Anh/chị cho biết trạm y tế đã triển khai thực hiện dịch vụ về tư vấn, truyền thông, giáo dục, nâng cao sức khỏe chưa?	Đã triển khai Chưa triển khai Không biết/Không trả lời	1 2 99	
D7	Dịch vụ này có phù hợp với nhu cầu của địa phương hay không	Có Không Không biết/Không trả lời	1 2 99	
D8	Nếu chưa triển khai theo anh/chị dịch vụ này có khả thi hay không	Có Không Không biết/Không trả lời	1 2 99	
D9	Anh/chị cho biết trạm y tế đã triển khai thực hiện dịch vụ về tiêm chủng chưa	Đã triển khai Chưa triển khai Không biết/Không trả lời	1 2 99	
D10	Dịch vụ này có phù hợp với nhu	Có	1	

	cầu của địa phương hay không	Không	2	
		Không biết/Không trả lời	99	
D11	Nếu chưa triển khai theo anh/chị dịch vụ này có khả thi hay không	Có	1	
		Không	2	
		Không biết/Không trả lời	99	
D12	Anh/chị cho biết trạm y tế đã triển khai thực hiện các dịch vụ khám, quản lý sức khỏe cá nhân phục vụ chăm sóc sức khỏe	Đã triển khai	1	
		Chưa triển khai	2	
		Không biết/Không trả lời	99	
D13	Dịch vụ này có phù hợp với nhu cầu của địa phương hay không	Có	1	
		Không	2	
		Không biết/Không trả lời	99	
D14	Nếu chưa triển khai theo anh/chị dịch vụ này có khả thi hay không	Có	1	
		Không	2	
		Không biết/Không trả lời	99	
D15	Anh/chị cho biết trạm y tế đã triển khai thực hiện các dịch vụ về giám sát và phòng chống các bệnh, dịch truyền nhiễm	Đã triển khai	1	
		Chưa triển khai	2	
		Không biết/Không trả lời	99	
D16	Dịch vụ này có phù hợp với nhu cầu của địa phương hay không	Có	1	
		Không	2	
		Không biết/Không trả lời	99	
D17	Nếu chưa triển khai theo anh/chị dịch vụ này có khả thi hay không	Có	1	
		Không	2	
		Không biết/Không trả lời	99	
D18	Anh/chị cho biết trạm y tế đã triển khai thực hiện các dịch vụ chăm sóc sức khỏe bà mẹ trẻ em và kế hoạch hóa gia đình	Đã triển khai	1	
		Chưa triển khai	2	
		Không biết/Không trả lời	99	
D19	Dịch vụ này có phù hợp với nhu	Có	1	

	cầu của địa phương hay không	Không	2	
		Không biết/Không trả lời	99	
D20	Nếu chưa triển khai theo chỉ dịch vụ này có khả thi hay không	Có	1	
		Không	2	
		Không biết/Không trả lời	99	
D21	Anh/chị cho biết trạm y tế đã triển khai thực hiện các dịch vụ về tư vấn, truyền thông dinh dưỡng và an toàn thực phẩm	Đã triển khai	1	
		Chưa triển khai	2	
		Không biết/Không trả lời	99	
D22	Dịch vụ này có phù hợp với nhu cầu của địa phương hay không	Có	1	
		Không	2	
		Không biết/Không trả lời	99	
D23	Nếu chưa triển khai theo anh/chị dịch vụ này có khả thi hay không	Có	1	
		Không	2	
		Không biết/Không trả lời	99	
D24	Anh/chị cho biết trạm y tế đã triển khai thực hiện các dịch vụ giáo dục, truyền thông và vận động nhân dân sử dụng nước sạch, bảo đảm vệ sinh môi trường, sử dụng nhà tắm, nhà tiêu hợp vệ sinh	Đã triển khai	1	
		Chưa triển khai	2	
		Không biết/Không trả lời	99	
D25	Dịch vụ này có phù hợp với nhu cầu của địa phương hay không	Có	1	
		Không	2	
		Không biết/Không trả lời	99	
D26	Nếu chưa triển khai theo anh/chị dịch vụ này có khả thi hay không	Có	1	
		Không	2	
		Không biết/Không trả lời	99	
D27	Anh/chị cho biết trạm y tế đã triển khai thực hiện các dịch vụ về giám sát và phòng chống các bệnh	Đã triển khai	1	
		Chưa triển khai	2	
		Không biết/Không trả lời	99	

	không lây nhiễm			
D28	Dịch vụ này có phù hợp với nhu cầu của địa phương hay không	Có Không Không biết/Không trả lời	1 2 99	
	Nếu chưa triển khai theo anh/chị dịch vụ này có khả thi hay không	Có Không Không biết/Không trả lời	1 2 99	
D29	Anh/chị cho biết trạm y tế đã triển khai thực hiện các dịch vụ về kiểm soát các yếu tố nguy cơ có hại cho sức khỏe, bao gồm phòng chống tác hại của thuốc lá, lạm dụng rượu bia, ...	Đã triển khai Chưa triển khai Không biết/Không trả lời	1 2 99	
D30	Dịch vụ này có phù hợp với nhu cầu của địa phương hay không	Có Không Không biết/Không trả lời	1 2 99	
D31	Nếu chưa triển khai theo anh/chị dịch vụ này có khả thi hay không	Có Không Không biết/Không trả lời	1 2 99	
D32	Anh/chị cho biết trạm y tế đã triển khai thực hiện các dịch vụ về bảo vệ sức khỏe tâm thần cộng đồng	Đã triển khai Chưa triển khai Không biết/Không trả lời	1 2 99	
D33	Dịch vụ này có phù hợp với nhu cầu của địa phương hay không	Có Không Không biết/Không trả lời	1 2 99	
D34	Nếu chưa triển khai theo anh/chị dịch vụ này có khả thi hay không	Có Không Không biết/Không trả lời	1 2 99	
D35	Anh/chị cho biết trạm y tế đã triển khai thực hiện các dịch vụ về y tế	Đã triển khai Chưa triển khai	1 2	

	học đường	Không biết/Không trả lời	99	
D36	Dịch vụ này có phù hợp với nhu cầu của địa phương hay không	Có Không Không biết/Không trả lời	1 2 99	
D37	Nếu chưa triển khai theo anh/chị dịch vụ này có khả thi hay không	Có Không Không biết/Không trả lời	1 2 99	
D38	Anh/chị cho biết trạm y tế đã triển khai thực hiện các dịch vụ về bảo đảm máu an toàn và phòng, chống các bệnh về máu	Đã triển khai Chưa triển khai Không biết/Không trả lời	1 2 99	
D39	Dịch vụ này có phù hợp với nhu cầu của địa phương hay không	Có Không Không biết/Không trả lời	1 2 99	
D40	Nếu chưa triển khai theo anh/chị dịch vụ này có khả thi hay không	Có Không Không biết/Không trả lời	1 2 99	
D41	Anh/chị cho biết trạm y tế đã triển khai thực hiện Quản lý sức khỏe các đối tượng ưu tiên: chăm sóc sức khỏe người cao tuổi, người khuyết tật, trẻ em, phụ nữ có thai	Đã triển khai Chưa triển khai Không biết/Không trả lời	1 2 99	
D42	Dịch vụ này có phù hợp với nhu cầu của địa phương hay không	Có Không Không biết/Không trả lời	1 2 99	
D43	Nếu chưa triển khai theo anh/chị dịch vụ này có khả thi hay không	Có Không Không biết/Không trả lời	1 2 99	
D44	Anh/chị cho biết trạm y tế đã triển khai thực hiện các dịch vụ về phục	Đã triển khai Chưa triển khai	1 2	

	hội chức năng cho người khuyết tật tại cộng đồng	Không biết/Không trả lời	99	
D45	Dịch vụ này có phù hợp với nhu cầu của địa phương hay không	Có Không Không biết/Không trả lời	1 2 99	
D46	Nếu chưa triển khai theo anh/chị dịch vụ này có khả thi hay không	Có Không Không biết/Không trả lời	1 2 99	
D47	Anh/chị cho Biết biết trạm y tế đã triển khai thực hiện các dịch vụ chăm sóc sức khỏe tại nhà	Đã triển khai Chưa triển khai Không biết/Không trả lời	1 2 99	
D48	Dịch vụ này có phù hợp với nhu cầu của địa phương hay không	Có Không Không biết/Không trả lời	1 2 99	
D49	Nếu chưa triển khai theo anh/chị dịch vụ này có khả thi hay không	Có Không Không biết/Không trả lời	1 2 99	
D50	Anh/chị cho biết trạm y tế đã triển khai thực hiện các dịch vụ khám sàng lọc, phát hiện các bệnh tật cho nhóm nguy cơ cao cho cộng đồng	Đã triển khai Chưa triển khai Không biết/Không trả lời	1 2 99	
D51	Dịch vụ này có phù hợp với nhu cầu của địa phương hay không	Có Không Không biết/Không trả lời	1 2 99	
D52	Nếu chưa triển khai theo anh/chị dịch vụ này có khả thi hay không	Có Không Không biết/Không trả lời	1 2 99	
D53	Anh/chị cho biết trạm y tế đã triển khai thực hiện cung cấp thuốc	Đã triển khai Chưa triển khai	1 2	

	thiết yếu và tử thuốc dịch vụ	Không biết/Không trả lời	99	
D54	Dịch vụ này có phù hợp với nhu cầu của địa phương hay không	Có Không Không biết/Không trả lời	1 2 99	
D55	Nếu chưa triển khai theo anh/chị dịch vụ này có khả thi hay không	Có Không Không biết/Không trả lời	1 2 99	

E. TIẾP CẬN CÔNG NGHỆ THÔNG TIN CỦA NVYT

Mã số	Câu hỏi	Trả lời	Mã trả lời	Ghi chú
E1	Anh/chị có sử dụng điện thoại thông minh không?	Có Không	1 2	
E2	Điện thoại của anh chị có kết nối mạng internet không?	Có Không	1 2	
E3	Trạm y tế có máy vi tính được kết nối mạng internet không?	Có Không	1 2	
E4	Anh/chị có thường xuyên cập nhật tin tức thông qua mạng internet không?	Có Không	1 2	

Xin chân thành cảm ơn anh (chị) !

Người được phỏng vấn

(Ký tên)

Điều tra viên

(Ký và ghi rõ họ tên)

PHỤ LỤC 2

Bảng kiểm quan sát thực hành tư vấn chăm sóc sức khỏe

Họ tên người được tư vấn:

Chủ đề/vấn đề tư vấn:

Thời gian tư vấn:

Địa điểm tư vấn:

Nội dung	Không thực hiện	Có thực hiện
1. Gặp gỡ		
- Chào hỏi, làm quen		
- Sắp xếp chỗ ngồi cho đối tượng		
- Giới thiệu về mình		
2. Gọi hỏi		
- Hỏi lý do người đến tư vấn		
- Hỏi thông tin liên quan đến vấn đề cần tư vấn		
- Động viên đối tượng trình bày hết vấn đề,		
- Hứa giữ bí mật về các vấn đề riêng tư của họ (nếu cần)		
- Chú ý lắng nghe		
- Quan sát đối tượng		
3. Giới thiệu		
- Bổ sung kiến thức đối tượng chưa biết		
- Sử dụng tài liệu, phương tiện, hỗ trợ phù hợp		
- Đưa ra các cách giải quyết cho đối tượng		
4. Giúp đỡ		
- Để khách hàng lựa chọn cách giải quyết vấn đề phù hợp		
- Hướng dẫn cụ thể giúp khách hàng biết phải làm gì để tự giải quyết vấn đề của mình.		
5. Giải thích		
- Giải thích những vấn đề khách hàng còn thắc mắc hoặc		

hiều chưa đúng		
- Cung cấp tài liệu liên quan đến vấn đề		
6. Gặp lại		
- Động viên, tạo điều kiện tiếp tục hỗ trợ đối tượng,		
- Cảm ơn đối tượng khi kết thúc		

Người quan sát

Thang điểm cho bảng kiểm thực hành

- Mỗi 1 nội dung có thực hiện được 1 điểm: Tối đa tổng điểm nội dung là 18 điểm
- Mỗi 1 bước có thực hiện được ít nhất 1 nội dung được tính là có thực hiện được bước đó đạt 1 điểm: Tổng điểm của 6 bước tối đa 6 điểm

Nội dung	Điểm
1. Gặp gỡ	1
- Chào hỏi, làm quen	1
- Sắp xếp chỗ ngồi cho đối tượng	1
- Giới thiệu về mình	1
2. Gọi hỏi	1
- Hỏi lý do người đến tư vấn	1
- Hỏi thông tin liên quan đến vấn đề cần tư vấn	1
- Động viên đối tượng trình bày hết vấn đề,	1
- Hứa giữ bí mật về các vấn đề riêng tư của họ (nếu cần)	1
- Chú ý lắng nghe	1
- Quan sát đối tượng	1
3. Giới thiệu	1
- Bổ sung kiến thức đối tượng chưa biết	1
- Sử dụng tài liệu, phương tiện, hỗ trợ phù hợp	1
- Đưa ra các cách giải quyết cho đối tượng	1
4. Giúp đỡ	1
- Để khách hàng lựa chọn cách giải quyết vấn đề phù hợp	1
- Hướng dẫn cụ thể giúp khách hàng biết phải làm gì để tự giải quyết vấn đề của mình.	1
5. Giải thích	1
- Giải thích những vấn đề khách hàng còn thắc mắc hoặc hiểu chưa đúng	1
- Cung cấp tài liệu liên quan đến vấn đề	1
6. Gặp lại	1

- Động viên, tạo điều kiện tiếp tục hỗ trợ đối tượng,	1
- Cảm ơn đối tượng khi kết thúc	1
Tổng điểm các bước	
Tổng điểm nội dung từng bước	

PHỤ LỤC 3

HƯỚNG DẪN THẢO LUẬN NHÓM TUYẾN XÃ

Tìm hiểu nguyên nhân hạn chế kiến thức về CSSKBD, thực hành tư vấn chăm sóc sức khỏe của nhân viên y tế tuyến cơ sở

(Dành cho đối tượng là nhân viên y tế tại TYT xã – trừ trưởng trạm)

Mục đích: Cung cấp những câu hỏi gợi ý, định hướng cho buổi thảo luận nhóm theo hướng khai thác thông tin thực trạng kiến thức về CSSKBD và thực hành tư vấn chăm sóc sức khỏe của nhân viên y tế tuyến cơ sở

Phần I: Giới thiệu:

- Nhóm làm việc
- Thành phần tham dự
- Mục đích của buổi thảo luận

Phần II. Nhận xét thực trạng kiến thức về CSSKBD, thực hành tư vấn chăm sóc sức khỏe

1. Theo anh/chị, kiến thức về CSSKBD, thực hành tư vấn chăm sóc sức khỏe của nhân viên y tế tuyến cơ sở hiện tại cần bổ sung về phương diện nào. Nếu có thì chú trọng về vấn đề gì?
2. Hàng năm, anh/chị có được đào tạo hoặc đào tạo lại về CSSKBD hay không?
3. Theo anh/chị TYT nên làm như thế nào để nâng cao chất lượng dịch vụ CSSKBD
4. Theo anh/chị để thực hiện được những kỹ thuật cơ bản trong gói dịch vụ CSSKBD TYT cần bổ sung những gì về mặt kiến thức? Bằng hình thức nào là phù hợp nhất?
5. Theo anh/chị các dịch vụ nào được sử dụng nhiều nhất tại TYT? Kể tên 5 dịch vụ phổ biến
6. Anh/chị nhận định như thế nào về chuyên môn của NVYT tuyến xã trong việc đáp ứng các dịch vụ CSSKBD? Cụ thể là kỹ năng tư vấn chăm sóc sức khỏe của nhân viên y tế?
7. Theo anh/chị nguyên nhân của những hạn chế trong kỹ năng tư vấn chăm sóc sức khỏe là do đâu?
8. Theo anh/chị việc tư vấn chăm sóc sức khỏe đang thực hiện ở trạm y tế có dựa theo quy định nào hay không? Nếu có anh/chị hãy cho biết?

9. Theo anh/chị nguyên nhân nào dẫn đến hạn chế về kiến thức và thực hành của nhân viên y tế tuyến xã về CSSKBĐ? Trong đó nguyên nhân hạn chế về kiến thức là gì? Nguyên nhân về hạn chế thực hành là gì?
10. Theo anh/chị những hạn chế nêu trên có thể khắc phục như thế nào?
11. Theo anh/chị hình thức nào phù hợp nhất để nâng cao kiến thức cho nhân viên y tế về CSSKBĐ?

PHỤ LỤC 4
HƯỚNG DẪN PHÒNG VẤN SÂU
VỀ KHẢ NĂNG CUNG ỨNG DỊCH VỤ CSSKBĐ TẠI TRẠM Y TẾ
(Dành cho đối tượng là lãnh đạo TYT)

1. Theo anh/chị việc gói dịch vụ y tế cơ bản triển khai tại TYT có phù hợp hay không? Vì sao?
2. Trong các dịch vụ y tế cơ bản thì những dịch vụ nào anh chị thấy là phù hợp và tính khả thi cao nhất? Tại sao?
3. Theo anh/chị năng lực NVYT tại TYT có đủ khả năng thực hiện các dịch vụ y tế cơ bản hay không? Vì sao anh/chị lại có nhận định như vậy?
4. Theo anh/chị những đặc trưng hiện nay của CSSKBĐ có những ưu điểm nào so với đặc trưng trước đây? Vì sao?
5. Theo anh/chị những đặc trưng hiện nay nào của CSSKBĐ đã được thực hiện tại tuyến y tế cơ sở? Hiệu quả của những đặc trưng hiện nay này so với những nội dung trước đây như thế nào?
6. Anh/chị đã được tiếp cận đến những nội dung của CSSKBĐ từ bao giờ?
7. Anh chị đã được tiếp cận đến những đặc trưng do WHO khuyến cáo 2008 chưa? Nếu có thì từ năm nào?
8. Anh/chị có biết đến những văn bản nào triển khai những nội dung của CSSKBĐ không?
9. Trong 1 năm trở lại đây, anh/chị có được tham gia các lớp tập huấn về công tác CSSKBĐ của cấp trên không? Nếu có thì nội dung tập huấn là gì?
10. Theo anh/chị sự phối hợp của các ban ngành đoàn thể với y tế trong CSSKBĐ tại xã/phường như thế nào? Có những khó khăn, thuận lợi gì?

PHỤ LỤC 5

HƯỚNG DẪN THẢO LUẬN NHÓM ĐÁNH GIÁ HIỆU QUẢ CAN THIỆP NÂNG CAO KIẾN THỨC VỀ CSSKBĐ, THỰC HÀNH TƯ VẤN CHĂM SÓC SỨC KHỎE CỦA NHÂN VIÊN Y TẾ TUYẾN XÃ

(sau can thiệp, tuyến xã)

(Đối tượng: lãnh đạo và nhân viên trạm y tế tại huyện Cần Giuộc)

Địa điểm:

Thời gian:

Người chủ trì thảo luận:

Mục đích:

Cung cấp những câu hỏi gợi ý, định hướng cho buổi thảo luận nhóm theo hướng khai thác thông tin về hiệu quả can thiệp nâng cao kiến thức về CSSKBĐ, thực hành tư vấn chăm sóc sức khỏe

Phần I: Giới thiệu:

- Nhóm làm việc
- Thành phần tham dự
- Mục đích của buổi thảo luận

Phần II. Nội dung thảo luận

1. Anh/chị thấy việc can thiệp nâng cao kiến thức về CSSKBĐ, thực hành tư vấn chăm sóc sức khỏe là có cần thiết với CSYT của anh/chị như thế nào?
2. Sau can thiệp, anh/chị đánh giá như thế nào về hiệu quả chương trình trong việc nâng cao kiến thức về CSSKBĐ, thực hành tư vấn chăm sóc sức khỏe tại địa phương? Về những thay đổi trong:
 - Kiến thức của NVYT
 - Kỹ năng tư vấn chăm sóc sức khỏe của NVYT
3. Anh/chị thấy những nội dung đào tạo nâng cao kiến thức về CSSKBĐ, thực hành tư vấn chăm sóc sức khỏe có phù hợp và giúp ích được cho anh/chị trong việc thực hiện các nội dung CSSKBĐ như thế nào?
4. Trong quá trình tham gia và thực hiện chương trình can thiệp, anh/chị đã gặp những thuận lợi và khó khăn gì? Nếu rõ?
5. Anh/chị có mong muốn được tham gia các chương trình can thiệp tương tự nhằm nâng cao năng lực CBYT sau này hay không? Vì sao?

6. Anh/ chị thấy các biện pháp can thiệp, có dễ tiếp thu, tiện lợi, và hiệu quả hay không? Có nên nhân rộng hình thức này ra nhiều nơi không?
7. Anh/chị có gặp khó khăn gì khi tiếp nhận các thông tin do các chuyên gia tập huấn hoặc quá trình tương tác, cập nhật thông tin từ mạng internet không?
8. Anh/chị có những ý kiến đóng góp gì với nhóm nghiên cứu về các giải pháp nhằm nâng cao kiến thức về CSSKBĐ và thực hành tư vấn chăm sóc sức khỏe?

PHỤ LỤC 6
TÀI LIỆU TẬP HUẤN KỸ NĂNG TƯ VẤN CHĂM SÓC SỨC KHỎE
(Dành cho cán bộ tuyến trạm y tế xã)

Phần I. Những kỹ năng cơ bản trong tư vấn chăm sóc sức khỏe

1. Các bước thực hiện tư vấn chăm sóc sức khỏe tại trạm y tế xã

Bước 1. Gặp gỡ

- Chào hỏi, làm quen
- Sắp xếp chỗ ngồi cho đối tượng
- Giới thiệu về mình

Bước 2. Gọi hỏi

- Hỏi lý do người đến tư vấn
- Hỏi thông tin liên quan đến vấn đề cần tư vấn
- Động viên đối tượng trình bày hết vấn đề,
- Hứa giữ bí mật về các vấn đề riêng tư của họ (nếu cần)
- Chú ý lắng nghe
- Quan sát đối tượng

Bước 3. Giới thiệu

- Bổ sung kiến thức đối tượng chưa biết
- Sử dụng tài liệu, phương tiện, hỗ trợ phù hợp
- Đưa ra các cách giải quyết cho đối tượng

Bước 4. Giúp đỡ

- Đề khách hàng lựa chọn cách giải quyết vấn đề phù hợp
- Hướng dẫn cụ thể giúp khách hàng biết phải làm gì để tự giải quyết vấn đề của mình.

Bước 5. Giải thích

- Giải thích những vấn đề khách hàng còn thắc mắc hoặc hiểu chưa đúng
- Cung cấp tài liệu liên quan đến vấn đề

Bước 6. Gặp lại

- Động viên, tạo điều kiện tiếp tục hỗ trợ đối tượng,
- Cảm ơn đối tượng khi kết thúc

2. Các kỹ năng cơ bản

2.1. Kỹ năng tiếp đón.

- Chào hỏi khách hàng và tự giới thiệu nhằm tạo sự thân mật.
- Tiếp xúc cả bằng đối thoại lẫn cử chỉ (vui vẻ, chăm chú, sẵn lòng).

2.2. Kỹ năng lắng nghe.

- Kiên trì lắng nghe để hiểu rõ nguyên nhân của các vấn đề, các lo lắng và mong muốn của khách hàng.
- Chú ý lắng nghe làm cho khách hàng cảm thấy vấn đề của họ được nhận biết, tôn trọng và thông cảm, nhờ đó giảm được sự căng thẳng, bất an.
- Chấp nhận mọi điều khách hàng nói, không bác bỏ hoặc phê phán mà cần tìm hiểu sự lo âu của khách hàng.
- Kiên trì nếu khách hàng có thắc mắc, do dự, khóc lóc hoặc bực tức.

2.3. Kỹ năng giao tiếp.

- Theo dõi câu chuyện của khách hàng bằng các điệu bộ phù hợp như tiếp xúc bằng ánh mắt, gật đầu...
- Cán bộ tư vấn cần quan sát phản ứng của khách hàng. Cố gắng tìm hiểu lý do gây nên thái độ của khách hàng đối với vấn đề của mình (như lúng túng, lo lắng, tức giận, tuyệt vọng...).
 - + Không phê phán những hiểu biết sau, chưa đầy đủ, việc làm chưa đúng của đối tượng;
 - + Cố gắng tìm ra điểm tốt của khách hàng để khen ngợi;
 - + Chú ý động viên tinh thần, tâm lý
- Kể cho khách hàng nghe một vài trường hợp thực tế để tạo cơ hội cho khách hàng nói.
- Cán bộ tư vấn phải có kỹ năng sử dụng các phương tiện thông tin, giáo dục truyền thông:
 - + Tài liệu sử dụng phù hợp với chủ đề và đối tượng
 - + Sử dụng các tài liệu đã được chính thức lưu hành, có cơ sở khoa học, tài liệu đã được thử nghiệm.
 - + Sử dụng đúng lúc, đúng chỗ tài liệu để thu hút được sự chú ý, tránh làm cho đối tượng không tập trung vào chủ đề TT – GDSK

2.4. Kỹ năng giải quyết vấn đề.

- Cần phải xác định bản chất của vấn đề.

- Xác định các nguy cơ hoặc hành vi không đúng, khuyến khích khách hàng nhìn nhận lại những quan niệm, tư duy của mình và tìm cách thay đổi nếu cần thiết.
- Tích cực tìm kiếm các giải pháp khác nhau, trong mỗi giải pháp đó không chỉ nêu ưu điểm thuận lợi mà còn phải nói rõ các điều không thuận lợi, thậm chí có những rủi ro, biến chứng để khách hàng suy nghĩ, lựa chọn.
- Giúp khách hàng xem xét từng giải pháp và quyết định áp dụng giải pháp phù hợp nhất, nhưng không áp đặt khách hàng phải theo ý kiến của mình.
- Giải thích tất cả mọi câu hỏi mà khách hàng nêu ra bằng cử chỉ thể hiện sự đồng cảm và kiên trì. Giải thích đầy đủ rõ ràng, sử dụng từ ngữ dễ hiểu, ngắn gọn súc tích.
- Đảm bảo với khách rằng họ luôn được hỗ trợ khi tìm và thực hiện giải pháp.
- Đôi khi, cán bộ tư vấn cần giúp khách hàng có được những kỹ năng mới

Phần II. Thực hành đóng vai

1. Làm mẫu

- Cán bộ tư vấn: Do thành viên nhóm nghiên cứu đóng vai
- Khách hàng: thành viên nhóm nghiên cứu, hoặc người dân
- Cán bộ trạm y tế tham gia nghiên cứu quan sát

2. Thực hành

- Cán bộ tư vấn: là cán bộ trạm y tế tham gia nghiên cứu
- Khách hàng: là người dân đến trạm y tế
- Nhóm nghiên cứu quan sát và hướng dẫn đối tượng thực hành đúng kỹ năng

3. Một số tình huống tập thực hành đóng vai cho đối tượng nghiên cứu:

- TH1: đối tượng nữ 25 tuổi cần tư vấn về các biện pháp tránh thai
- TH2: Nam, 40 tuổi, tiền sử hút thuốc lá 15 năm cần tư vấn về cách bỏ thuốc lá
- TH3: Nữ, 60 tuổi về chế độ dinh dưỡng hợp lý phòng chống bệnh tiểu đường
- ❖ Nhóm nghiên cứu quan sát, hướng dẫn tại chỗ cho đối tượng thực hiện đúng các kỹ năng.

PHỤ LỤC 7
BẢNG BIẾN SỐ/CHỈ SỐ VÀ CÔNG CỤ THU THẬP THÔNG TIN CHO
MỤC TIÊU 1

TT	Tên biến/chỉ số	Định nghĩa biến	Loại biến	Thu thập	Công cụ
1.	Thực trạng nhân viên y tế				
1.1	Phân loại NVYT CSSKBĐ theo trình độ của 3 huyện/Tp nghiên cứu	Là tỷ lệ trình độ chuyên môn các chuyên ngành của NVYT trên tổng số nhân viên của huyện/Tp nghiên cứu	Liên tục	Phỏng vấn	Phiếu
1.2	Tỷ lệ trạm y tế có bác sỹ	Là số trạm y tế có bác sỹ trên tổng số trạm y tế của huyện/Tp nghiên cứu	Liên tục	Phỏng vấn	Phiếu
2	Đặc điểm của đối tượng nghiên cứu				
2.1.	Tuổi	Là số năm nghiên cứu trừ đi năm sinh của đối tượng	Liên tục	Phỏng vấn	Phiếu
2.2.	Giới tính	Giới nam hay nữ	Nhị phân	Phỏng vấn	Phiếu
2.3.	Dân tộc	Kinh hay dân tộc khác	Thứ bậc	Phỏng vấn	Phiếu
2.4.	Trình độ	Bậc học cao nhất của đối tượng	Nhị phân	Phỏng vấn	Phiếu
2.5.	Chuyên môn	Chuyên ngành cao nhất của đối tượng	Thứ bậc	Phỏng vấn	Phiếu
2.6.	Chức vụ	Quản lý hay nhân viên	Nhị phân	Phỏng vấn	Phiếu
2.7.	Thâm niên công tác	Là năm nghiên cứu trừ đi năm bắt đầu công tác trong ngành y	Liên tục	Phỏng vấn	Phiếu

TT	Tên biến/chỉ số	Định nghĩa biến	Loại biến	Thu thập	Công cụ
3.	Thực trạng kiến thức về CSSKBĐ của nhân viên y tế tuyến cơ sở				
3.1	Kiến thức của NVYT về chăm sóc sức khỏe ban đầu				
3.1.1	Tỷ lệ cán bộ nêu được các chức năng, nhiệm vụ, nội dung chuyên môn kỹ thuật của trạm y tế theo Thông tư 33/2015/TT-BYT	Nêu đầy đủ các nội dung	Liên tục	Phỏng vấn	Phiếu
3.1.2	Tỷ lệ cán bộ có kiến thức về CSSKBĐ	Nêu được khái niệm, nội dung, nguyên tắc, đặc trưng của CSSKBĐ	Liên tục	Phỏng vấn	Phiếu
3.1.3	Tỷ lệ cán bộ có kiến thức về các loại dịch vụ y tế cơ bản của trạm y tế xã	Nêu được các dịch vụ y tế cơ bản theo thông tư 39/TT-BYT	Liên tục	Phỏng vấn	Phiếu
3.1.4	Xếp loại kiến thức chung về CSSKBĐ	- Loại tốt: đạt ≥ 43 điểm - Loại trung bình: đạt từ 31 – 42 điểm - Loại kém: dưới 31 điểm	Liên tục	Phỏng vấn	Phiếu
3.1.5	Mối liên quan giữa đặc điểm cá nhân của nhóm đối tượng nghiên cứu với kiến thức về CSSKBĐ	Là sự chênh lệch về mức độ kiến thức CSSKBĐ giữa các nhóm đối tượng nghiên cứu phân theo nhóm: tuổi, giới, trình độ, chức vụ, thâm niên công tác.	Liên tục	Phỏng vấn	Phiếu
3.2	Nhận xét của NVYT				
3.2.1	Tỷ lệ đối tượng nhận xét về mức độ cần thiết	Nhận xét của đối tượng về sự cần thiết của trạm y tế	Liên tục	Phỏng vấn	Phiếu

TT	Tên biến/chỉ số	Định nghĩa biến	Loại biến	Thu thập	Công cụ
	của y tế tuyến xã				
3.2.2	Tỷ lệ đối tượng hài lòng với công việc	Cảm nhận của đối tượng về công việc hiện tại	Liên tục	Phỏng vấn	Phiếu
3.2.3	Tỷ lệ đối tượng đánh giá về tính khả thi và phù hợp của các gói dịch vụ y tế cơ bản theo Thông tư 39/2018/TT-BYT	Nhận xét của đối tượng về tính khả thi và phù hợp khi triển khai các gói dịch vụ	Liên tục	Phỏng vấn	Phiếu
3.3	<i>Thực hành: kỹ năng tư vấn chăm sóc sức khỏe</i>				
	Tỷ lệ cán bộ thực hiện đúng và đủ các bước trong thực hành kỹ năng tư vấn sức khỏe	Thực hiện đúng, đủ 6 bước tư vấn sức khỏe theo hướng dẫn tại quyết định 4128/QĐ-BYT	Liên tục	Quan sát	Bảng kiểm

PHỤ LỤC 8
BẢNG BIẾN SỐ/CHỈ SỐ NGHIÊN CỨU VÀ CÔNG CỤ THU THẬP THÔNG
TIN CHO MỤC TIÊU 2

TT	Tên biến/chỉ số	Định nghĩa biến	Loại biến	Thu thập	Công cụ
1	Sự thay đổi kiến thức về CSSKBĐ của NVYT				
1.1	Tỷ lệ đối tượng thay đổi kiến thức về chức năng, nhiệm vụ, nội dung chuyên môn kỹ thuật của trạm y tế theo Thông tư 33/2015/TT-BYT	Tỷ lệ đối tượng có kiến thức về chức năng, nhiệm vụ, nội dung chuyên môn kỹ thuật của trạm y tế sau can thiệp trừ tỷ lệ trước can thiệp	Liên tục	Phỏng vấn	Phiếu
1.2	Tỷ lệ đối tượng thay đổi kiến thức về CSSKBĐ	Tỷ lệ đối tượng có kiến thức về khái niệm, nội dung, nguyên tắc, đặc trưng của CSSKBĐ sau can thiệp trừ tỷ lệ trước can thiệp	Liên tục	Phỏng vấn	Phiếu
1.3	Tỷ lệ đối tượng thay đổi kiến thức về các loại dịch vụ y tế cơ bản của trạm y tế xã	Tỷ lệ đối tượng có kiến thức về các dịch vụ y tế cơ bản theo thông tư 39/TT-BYT sau can thiệp trừ tỷ lệ trước can thiệp	Liên tục	Phỏng vấn	Phiếu
1.4	Tỷ lệ đối tượng thay đổi điểm kiến thức chung về CSSKBĐ	Tỷ lệ đối tượng có kiến thức chung tốt sau can thiệp trừ tỷ lệ trước can thiệp	Liên tục	Phỏng vấn	Phiếu
2	Sự thay đổi nhận xét của NVYT				
2.1	Tỷ lệ đối tượng thay đổi nhận định về mức độ cần thiết của y tế tuyến xã	Tỷ lệ đối tượng có nhận xét về sự cần thiết của trạm y tế sau can thiệp trừ tỷ lệ trước can thiệp	Liên tục	Phỏng vấn	Phiếu

2.2	Tỷ lệ đối tượng thay đổi mức độ hài lòng với công việc	Tỷ lệ đối tượng hài lòng về công việc hiện tại sau can thiệp trừ tỷ lệ trước can thiệp	Liên tục	Phòng vấn	Phiếu
2.3	Tỷ lệ đối tượng thay đổi đánh giá về tính khả thi và phù hợp của các gói dịch vụ y tế cơ bản theo Thông tư 39/2018/TT-BYT	Tỷ lệ đối tượng có về nhận định về tính khả thi và phù hợp khi triển khai các gói dịch vụ sau can thiệp trừ tỷ lệ trước can thiệp	Liên tục	Phòng vấn	Phiếu
3	Sự thay đổi thực hành: kỹ năng tư vấn chăm sóc sức khỏe				
	Tỷ lệ đối tượng thay đổi trong thực hành đạt các bước tư vấn sức khỏe theo hướng dẫn tại quyết định 4128/QĐ-BYT	Tỷ lệ đối tượng thực hành đạt sau can thiệp trừ tỷ lệ trước can thiệp	Liên tục	Quan sát	Bảng kiểm

PHỤ LỤC 9. MỘT SỐ KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1. Kiến thức về đặc trưng CSSKĐBĐ trước đây của WHO

Kiến thức về đặc trưng CSSKĐBĐ trước đây		Đối tượng	
		Đại học, sau đại học n ₁ =100	Cao đẳng, trung cấp n ₂ =321
Số đặc trưng	SL	17	43
	%	17	13,4
Mở rộng khả năng tiếp cận gói can thiệp y tế cơ bản và thuốc thiết yếu cho người nghèo ở nông thôn	SL	36	65
	%	36,0	20,2
Tập trung chăm sóc bà mẹ và trẻ em	SL	32	58
	%	32,0	18,1
Tập trung vào một số bệnh nhất định, chủ yếu là bệnh lây nhiễm và cấp tính	SL	29	42
	%	29,0	13,1
Cải thiện điều kiện vệ sinh, nước, truyền thông giáo dục sức khỏe ở cấp làng xã	SL	34	33
	%	34,0	10,3
Kỹ thuật đơn giản cho nhân viên y tế công đồng, cộng tác viên không chuyên nghiệp	SL	26	44
	%	26,0	13,7
Sự tham gia của người dân thông qua huy động các nguồn lực địa phương và quản lý cơ sở y tế thông qua ban chăm sóc sức khỏe địa phương	SL	27	39
	%	27,0	12,1
Dịch vụ y tế do Nhà nước cấp tài chính và cung ứng, có sự quản trị tập trung	SL	29	42
	%	29,0	13,1
Quản lý trong hoàn cảnh khan hiếm nguồn lực và tình giảm biên chế	SL	27	46
	%	27,0	14,3
Viện trợ song phương, hỗ trợ kỹ thuật	SL	31	48
	%	31,0	15,0
Chăm sóc sức khỏe ban đầu độc lập với chăm sóc sức khỏe bệnh viện	SL	29	36
	%	29,0	11,2
Chăm sóc sức khỏe ban đầu rẻ tiền, chi cần đầu tư khiêm tốn	SL	24	54
	%	24,0	16,8

Tỷ lệ nhân viên y tế có trình độ đại học và sau đại học xác định được số đặc trưng đạt 17%, kiến thức về các đặc trưng CSSKĐBĐ, cao nhất là đặc trưng mở rộng khả năng tiếp cận gói can thiệp y tế cơ bản và thuốc thiết yếu cho người nghèo ở nông thôn đạt 36%, thấp nhất là đặc trưng chăm sóc sức khỏe ban đầu rẻ tiền, chi cần đầu tư khiêm tốn đạt 24%. Tỷ lệ nhân viên y tế có trình cao đẳng và trung cấp và tương đương, xác định được số đặc trưng đạt 13,4%, kiến thức về các đặc trưng trong CSSKĐBĐ của thế giới cao nhất là 20,2% ở đặc trưng mở rộng khả năng tiếp cận gói can thiệp y tế cơ bản và thuốc thiết yếu cho người nghèo ở nông thôn, thấp nhất 11,2 % ở đặc trưng chăm sóc sức khỏe ban đầu độc lập với chăm sóc sức khỏe bệnh viện.

Bảng 2. Hiệu quả can thiệp thay đổi kiến thức về đặc trưng CSSKBĐ trước đây

Nội dung		Nhóm can thiệp				Nhóm chứng				HQCT (%)	
		ĐH, SDH		CĐ, TC		ĐH, SDH		CĐ, TC		ĐH, SDH	CĐ, TC
		Trước n=32	Sau n=22	Trước n=109	Sau n=78	Trước n=44	Sau n=20	Trước n=125	Sau n=80		
SĐT	SL	5	12	12	47	7	5	16	14	192	411
	%	15,6	54,5	11,0	60,3	15,9	25,0	12,8	17,5		
	p	<0,05		<0,001		>0,05		>0,05			
ĐT 1	SL	14	18	20	48	15	5	28	12	60	202
	%	43,8	81,8	18,3	61,5	34,1	25,0	22,4	15,0		
	p	<0,05		<0,001		>0,05		>0,05			
ĐT 2	SL	11	19	21	42	12	6	23	13	141	168
	%	34,4	86,4	19,3	53,8	27,3	30,0	18,4	16,3		
	p	<0,001		<0,001		>0,05		>0,05			
ĐT 3	SL	10	19	12	54	11	4	17	11	156	528
	%	31,3	86,4	11,0	69,2	25,0	20,0	13,6	13,8		
	p	<0,001		<0,001		>0,05		>0,05			
ĐT 4	SL	13	18	13	46	13	3	11	14	52	296
	%	40,6	81,8	11,9	59,0	29,5	15,0	8,8	17,5		
	p	<0,001		<0,001		>0,05		>0,05			
ĐT 5	SL	11	16	14	63	9	3	13	12	85	485
	%	34,4	72,7	12,8	80,8	20,5	15,0	10,4	15,0		
	p	<0,05		<0,001		>0,05		>0,05			
ĐT 6	SL	9	17	13	51	8	4	10	13	165	345
	%	28,1	77,3	11,9	65,4	18,2	20,0	8,0	16,3		
	p	<0,001		<0,001		>0,05		>0,05			
ĐT 7	SL	8	15	22	40	12	5	12	10	164	124
	%	25,0	68,2	20,2	51,3	27,3	25,0	9,6	12,5		
	p	<0,05		<0,001		>0,05		>0,05			
ĐT 8	SL	10	18	19	56	10	3	16	14	128	275
	%	31,3	81,8	17,4	71,8	22,7	15,0	12,8	17,5		
	p	<0,001		<0,001		>0,05		>0,05			
ĐT 9	SL	11	16	19	63	11	6	15	12	92	338
	%	34,4	72,7	17,4	80,8	25,0	30,0	12,0	15,0		
	p	<0,05		<0,001		>0,05		>0,05			
ĐT10	SL	9	17	12	51	12	4	9	13	148	368
	%	28,1	77,3	11,0	65,4	27,3	20,0	7,2	16,3		
	p	<0,001		<0,001		>0,05		<0,05			
ĐT11	SL	8	15	15	40	9	3	21	10	146	247
	%	25,0	68,2	13,8	51,3	20,5	15,0	16,8	12,5		
	p	0,05		<0,001		>0,05		>0,5			

Trước can thiệp nhóm có trình độ ĐH SĐH có kiến thức cao nhất và thấp nhất tương ứng là 43,8% (ĐT1) và 15,6% (SĐT). Tỷ lệ này ở nhóm có trình độ CĐ TC tương ứng là 20,2% (ĐT7) và 11,0% (ĐT10). Sau can thiệp tỷ lệ tương ứng của hai nhóm là: ĐH SĐH lên 86,4% HQCT 156% $p < 0,001$ (ĐT2, ĐT3) và 54,5% HQCT 192% $p < 0,05$ (SĐT), nhóm CĐ TC lên 80,8% HQCT 338% $p < 0,001$ (ĐT5, ĐT9) và 51,3% HQCT 124% $p < 0,001$ (ĐT7, ĐT11).

Đối với nhóm chứng đa số những biến đổi về kiến thức trong thời gian nghiên cứu là không đáng kể và không có ý nghĩa thống kê do $p > 0,05$, chỉ có duy nhất ở đặc trưng 10 tăng từ 7,2% lên 16,3% HQCT 368% $p < 0,05$. [126]

PHỤ LỤC 10

DANH SÁCH CÁC TRẠM Y TẾ ĐƯỢC ĐIỀU TRA

Huyện Cần Giuộc

1. Trạm y tế xã Mỹ Lộc
2. Trạm y tế xã Tân Kim
3. Trạm y tế xã Phước Vĩnh Đông
4. Trạm y tế xã Phước Vĩnh Tây
5. Trạm y tế xã Thuận Thành
6. Trạm y tế xã Long Phụng
7. Trạm y tế xã Phước Lý
8. Trạm y tế xã Phước Lâm
9. Trạm y tế xã Phước Lại
10. Trạm y tế xã Phước Hậu
11. Trạm y tế xã Tân Tập
12. Trạm y tế xã Long An
13. Trạm y tế xã Trường Bình
14. Trạm y tế thị trấn
15. Trạm y tế xã Đông Thạnh
16. Trạm y tế xã Long Hậu
17. Trạm y tế xã Long Thượng

Huyện Bến Lức

1. Trạm y tế xã Mỹ Yên
2. Trạm y tế xã Tân Bửu
3. Trạm y tế xã Thạnh Đức
4. Trạm y tế xã Bình Đức
5. Trạm y tế xã Thạnh Lợi
6. Trạm y tế xã Thạnh Hòa
7. Trạm y tế xã Lương Hòa
8. Trạm y tế xã Tân Hòa
9. Trạm y tế xã Nhựt Chánh
10. Trạm y tế thị trấn Bến Lức

11. Trạm y tế xã An Thạnh
12. Trạm y tế xã Long Hiệp
13. Trạm y tế xã An Phú
14. Trạm y tế xã Lương Bình
15. Trạm y tế xã Thanh Phú

Thành phố Tân An

1. Trạm y tế phường 1
2. Trạm y tế phường 2
3. Trạm y tế phường 3
4. Trạm y tế phường 4
5. Trạm y tế phường 5
6. Trạm y tế phường 6
7. Trạm y tế phường 7
8. Trạm y tế xã Lợi Bình Nhơn
9. Trạm y tế xã An Vĩnh Ngãi
10. Trạm y tế xã Bình Tâm
11. Trạm y tế xã Nhơn Thạnh Trung
12. Trạm y tế xã Khánh Hậu
13. Trạm y tế xã Tân Khánh
14. Trạm y tế xã Hướng Thọ Phú