

BỘ GIÁO DỤC VÀ ĐÀO TẠO
TRƯỜNG ĐẠI HỌC Y THÁI BÌNH



BỘ Y TẾ

NGUYỄN ĐỨC THANH

**NGHIÊN CỨU THỰC TRẠNG CUNG CẤP DỊCH VỤ
CHĂM SÓC SỨC KHỎE SINH SẢN THEO CHUẨN QUỐC GIA
TUYẾN XÃ TẠI 3 TỈNH PHÍA BẮC,
THỬ NGHIỆM MỘT SỐ GIẢI PHÁP CAN THIỆP**

Chuyên ngành: Y TẾ CÔNG CỘNG

Mã số: 62.72.76.01

TÓM TẮT LUẬN ÁN TIẾN SỸ Y HỌC

THÁI BÌNH - 2010

**CÔNG TRÌNH ĐƯỢC HOÀN THÀNH TẠI
TRƯỜNG ĐẠI HỌC Y THÁI BÌNH**

Người hướng dẫn khoa học:

1. PGS.TS. TRẦN QUỐC KHAM

2. PGS.TS. TRỊNH HỮU VÁCH

Phản biện 1: GS.TS. Phạm Ngọc Đính

Phản biện 2: PGS.TS. Đào Văn Dũng

Phản biện 3: PGS.TS. Vương Tiến Hòa

Luận án đã được bảo vệ trước Hội đồng chấm luận án cấp Nhà nước họp tại Trường Đại học Y Thái Bình vào hồi 14h giờ 00 ngày 03 tháng 03 năm 2010

Có thể tìm hiểu luận án tại thư viện:

- Thư viện Quốc gia
- Thư viện Trường Đại học Y Thái Bình
- Viện Thông tin – Thư viện Y học Trung ương

ĐẶT VẤN ĐỀ

Nâng cao chất lượng chăm sóc sức khỏe sinh sản cho mọi người đã và đang nhận được nhiều sự quan tâm của các nước trên thế giới cũng như của Việt Nam. Ngày 12/9/2002 Bộ Y tế đã ban hành “Hướng dẫn Chuẩn Quốc gia về các dịch vụ chăm sóc sức khỏe sinh sản” (gọi tắt là Chuẩn Quốc gia) áp dụng cho tất cả các cơ sở y tế trong đó có các trạm y tế xã. Nội dung của Chuẩn Quốc gia tập trung vào các lĩnh vực chăm sóc sức khỏe sinh sản chủ yếu như: làm mẹ an toàn, kế hoạch hóa gia đình, nạo hút thai... đồng thời cũng quy định cụ thể về các nguyên tắc và quy trình vô khuẩn trong dịch vụ chăm sóc sức khỏe sinh sản.

Ở nước ta, tai biến sản khoa đang thực sự là vấn đề đáng lo ngại, số tử vong trên tổng số ca tai biến còn lớn, đáng kể như: băng huyết (69/2.692), uốn ván sơ sinh (23/36) và nhiễm trùng hậu sản (11/300). Bên cạnh đó, tỷ lệ mắc mới nhiễm khuẩn bệnh viện còn cao, có nơi tới 29,6%. Bối cảnh trên đòi hỏi ngành Y tế, ngoài việc nâng cao chất lượng chăm sóc sức khỏe sinh sản tại các trạm y tế xã nói chung, cần hạn chế tối đa nguy cơ nhiễm khuẩn mắc phải của người bệnh trong thời gian điều trị tại trạm nói riêng.

Để thực hiện điều đó, yêu cầu không thể thiếu là có những số liệu nghiên cứu về thực trạng cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe sinh sản và các biện pháp can thiệp có hiệu quả về công tác vô khuẩn tại các trạm y tế xã dựa trên những quy định mới trong Chuẩn Quốc gia.

Tuy nhiên, ở nước ta còn thiếu những số liệu về thực trạng cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe sinh sản tại các trạm y tế xã theo Chuẩn Quốc gia có địa bàn nghiên cứu là một số tỉnh đại diện cho miền Bắc; đặc biệt là chưa có nghiên cứu nào về công tác vô khuẩn trong dịch vụ chăm sóc sức khỏe sinh sản được thực hiện tại tuyến xã. Do vậy, đề tài này được tiến hành với mục tiêu sau:

MỤC TIÊU NGHIÊN CỨU

1) Mô tả thực trạng cơ sở vật chất, kiến thức và thực hành của người cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe sinh sản theo Chuẩn Quốc gia tại các trạm y tế xã ở 3 tỉnh phía Bắc.

2) Xác định hiệu quả một số giải pháp can thiệp về công tác vô khuẩn môi trường, dụng cụ trong cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe sinh sản tại trạm y tế xã.

Ý NGHĨA THỰC TIỄN VÀ ĐÓNG GÓP MỚI CỦA LUẬN ÁN

1. Đề tài có tính cấp bách, ứng dụng thực tế, giúp ngành Y tế có được dữ liệu nghiên cứu theo Chuẩn Quốc gia mới ban hành để tìm ra các giải pháp phù hợp trong điều kiện mới nhằm nâng cao chất lượng cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe sinh sản tại các trạm y tế xã, góp phần tích cực bảo vệ sức khỏe nhân dân.

2. Đề tài được thiết kế một cách hệ thống trên địa bàn là các trạm y tế xã, nơi chưa có nghiên cứu chính thức nào về công tác vô khuẩn được thực hiện. Nhờ đó, đề tài đưa ra được những phát hiện mới, có giá trị mà trước đây chưa có về một số giải pháp trong việc nâng cao chất lượng công tác vô khuẩn trong dịch vụ chăm sóc sức khỏe sinh sản tại các trạm y tế xã.

3. Kết quả thu được từ đề tài là những thông tin tham khảo có tính hệ thống, đáng tin cậy, góp phần làm cơ sở dữ liệu khoa học cho các nhà quản lý hoạch định các chính sách hiệu quả hơn, nâng cao chất lượng cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe sinh sản tại các trạm y tế xã nói riêng và ở các cơ sở y tế nói chung.

BỐ CỤC CỦA LUẬN ÁN

Luận án dài 140 trang (không kể phần mục lục, danh mục, tài liệu tham khảo và phụ lục), gồm 4 chương: Chương 1: Tổng quan tài liệu, 31 trang; Chương 2: Đối tượng và phương pháp nghiên cứu, 23 trang;

Chương 3: Kết quả nghiên cứu, 38 trang; Chương 4: Bàn luận, 42 trang. Luận án có 39 bảng số liệu, 12 biểu đồ và 3 sơ đồ. 142 tài liệu tham khảo: tiếng Việt 65 và tiếng Anh 77.

CHƯƠNG 1: TỔNG QUAN TÀI LIỆU

Hiện nay ở nước ta, cơ sở vật chất cung cấp dịch vụ (CCDV) chăm sóc sức khỏe sinh sản (SKSS) của các trạm y tế (TYT) xã còn gặp nhiều khó khăn. Ở Tây Nguyên, theo Nguyễn Thanh Hà (2007), chưa có TYT xã nào có đủ số phòng dịch vụ riêng; số dụng cụ cho chăm sóc trước sinh và đỡ đẻ chỉ đạt 70% so với yêu cầu; hầu hết các trạm không có đủ các loại thuốc thiết yếu theo quy định.

Kiến thức và thực hành của người CCDV tại các TYT xã còn nhiều hạn chế. Theo Nguyễn Thị Thanh (2004), tỷ lệ cán bộ trạm y tế xã của một số tỉnh miền Nam có kiến thức đúng về chăm sóc bà mẹ và sơ sinh sau đẻ còn thấp; trong thực hành khám thai, người CCDV mới chỉ tập trung vào khám sản, rất ít thực hiện bước xét nghiệm cho thai phụ.

Về đảm bảo vệ sinh, vô khuẩn tại các cơ sở y tế, nghiên cứu của Nguyễn Trọng Bình (2005) tại một số bệnh viện của tỉnh Thái Bình cho thấy 100% mẫu nước sinh hoạt (nước sông) trong các bệnh viện đều không đảm bảo tiêu chuẩn. Toàn bộ số phòng kỹ thuật không đảm bảo chất lượng vệ sinh môi trường không khí (có vi khuẩn hiếu khí và nấm mốc). Có tới 18,1% các dụng cụ sau khi hấp sấy có nhiễm tạp khuẩn.

Trong dịch vụ chăm sóc SKSS, việc tiến hành các thủ thuật như sinh đẻ, nạo hút thai, khám phụ khoa vào cơ quan sinh sản là nguy cơ cao gây nhiễm khuẩn đường sinh sản (NKĐSS) ở phụ nữ. Để tránh nhiễm khuẩn bệnh viện trong dịch vụ chăm sóc SKSS, một trong những yêu cầu hết sức căn bản là môi trường và dụng cụ y tế trong CCDV phải được đảm bảo vệ sinh và vô khuẩn theo đúng nguyên tắc đề ra.

Tìm ra giải pháp nâng cao chất lượng CCDV đã và đang nhận được nhiều sự quan tâm, đặc biệt ở những nước đang phát triển. Một số

nghiên cứu như của Tinocol J.C. (1997), Dohle M.B. (2002), Haberman N. (2002), Lê Thị Tài (2005), Vũ Khắc Lương (2006) đã chỉ ra vai trò của đào tạo và truyền thông trong việc nâng cao chất lượng dịch vụ tại các cơ sở y tế. Một số nghiên cứu khác cho thấy cơ chế điều phối hợp lý cũng được coi là một giải pháp tốt.

Nước ta còn thiếu những nghiên cứu về tình hình CCDV chăm sóc SKSS theo Chuẩn Quốc gia tại các TYT xã. Hiện vẫn chưa có nghiên cứu nào về công tác vô khuẩn trong dịch vụ chăm sóc sức khỏe sinh sản được thực hiện tại tuyến xã; các nghiên cứu về lĩnh vực này trước đây đều chỉ chọn cơ sở y tế tuyến huyện, tỉnh và trung ương làm địa bàn.

Chương 2.

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Địa bàn nghiên cứu

+ Giai đoạn 1 (mô tả thực trạng chung về CCDV tại các TYT xã): ở 3 tỉnh đại diện cho 3 vùng sinh thái của miền Bắc: Yên Bái (Đông Bắc), Hòa Bình (Tây Bắc) và Thái Bình (đồng bằng sông Hồng).

+ Giai đoạn 2 (can thiệp về công tác vô khuẩn tại các TYT xã): ở 2 huyện của tỉnh Thái Bình: Vũ Thư (huyện can thiệp) và Kiến Xương (huyện đối chứng).

2.2. Đối tượng nghiên cứu

- + Giai đoạn 1:
 - Cơ sở vật chất CCDV (chăm sóc SKSS): phòng dịch vụ, dụng cụ, thuốc thiết yếu.
 - Người CCDV (chăm sóc SKSS): trạm trưởng và nữ hộ sinh.
- + Giai đoạn 2:
 - Người CCDV: trạm trưởng và nữ hộ sinh.
 - Nhóm đối tượng xét nghiệm: không khí phòng kỹ thuật, nước chín rửa tay làm thủ thuật, dụng cụ kim loại và đồ vải đã tiệt khuẩn.

2.3. Phương pháp nghiên cứu

* *Thiết kế nghiên cứu:* gồm 2 nghiên cứu liên tiếp phù hợp với 2 giai đoạn là nghiên cứu mô tả và nghiên cứu can thiệp có đối chứng. Ba giải pháp can thiệp được áp dụng gồm: đào tạo, truyền thông và chính sách; chủ đề về công tác vô khuẩn; thời gian áp dụng 12 tháng.

* *Cỡ mẫu được tính như sau:*

+ Giai đoạn 1 (nghiên cứu mô tả, tại 3 tỉnh):

- Mô tả thực trạng kiến thức và thực hành của người CCDV, áp dụng công thức :

$$n = Z_{1-\alpha/2}^2 \times \frac{p(1-p)}{d^2}$$

n: cỡ mẫu tối thiểu; $Z_{1-\alpha/2}$: độ tin cậy 95% ($Z_{1-\alpha/2} = 1,96$); p: tỷ lệ người CCDV tại TYT xã có kiến thức và thực hành về chăm sóc SKSS đạt Chuẩn Quốc gia (p=0,5 để có cỡ mẫu tối thiểu cần chọn lớn nhất); q=1-p; d: sai số tuyệt đối lựa chọn (d=9%). Kết quả tính được nhân với hệ số điều chỉnh 1,5 và làm tròn = 180 (người CCDV).

- Mô tả thực trạng cơ sở vật chất TYT xã: toàn bộ số TYT xã có người CCDV được lựa chọn đều được đưa vào nghiên cứu cơ sở vật chất, tổng số bằng 1/2 số người CCDV được chọn và bằng 90 (trạm).

+ Giai đoạn 2 (nghiên cứu can thiệp có đối chứng, tại 2 huyện):

- Đánh giá thay đổi kiến thức, thực hành của người CCDV về công tác vô khuẩn: là cỡ mẫu toàn bộ. Huyện can thiệp: bằng 100% số người CCDV của toàn bộ 31 TYT xã của huyện, tổng số: 31 trạm x 2 người/trạm = 62 (người). Huyện đối chứng: bằng 100% số người CCDV của toàn bộ 31 TYT xã có đủ tiêu chuẩn chọn làm đối chứng của huyện, tổng số: 31 trạm x 2 người/trạm = 62 (người).

- Đánh giá thay đổi mức độ ô nhiễm vi sinh của không khí phòng kỹ thuật, nước chín rửa tay, dụng cụ đã tiệt khuẩn: là cỡ mẫu toàn bộ;

dựa theo cách tính 1 mẫu/loại/trạm, số mẫu xét nghiệm của mỗi loại là: 31 trạm/huyện x 1 mẫu/loại/trạm = 31 mẫu/loại/huyện.

* *Chọn mẫu:* chọn mẫu cụm phối hợp với chọn mẫu ngẫu nhiên đơn và chọn mẫu toàn bộ. Tất cả các TYT xã được chọn để đánh giá người CCDV đều được khảo sát về cơ sở vật chất; tại mỗi trạm, 100% người CCDV (2 người) và 1 mẫu/loại đối tượng xét nghiệm được chọn đưa vào nghiên cứu. Cỡ mẫu ở giai đoạn 1 được chia đều cho 3 tỉnh.

* *Tiêu chuẩn và kết quả chọn đối chứng:* vì các TYT xã được can thiệp đều có trạm trưởng là bác sỹ và có nữ hộ sinh; do vậy, để đảm bảo tương đồng về chuyên môn của người CCDV giữa 2 huyện, ở huyện đối chứng chỉ chọn các trạm có trạm trưởng là bác sỹ và có nữ hộ sinh. Kết quả: số trạm đủ tiêu chuẩn được chọn của huyện đối chứng là 31.

* *Kỹ thuật áp dụng trong nghiên cứu:*

- Kiểm kê, quan sát cơ sở vật chất TYT xã theo bảng kiểm.
- Phỏng vấn về kiến thức của người CCDV bằng bảng hỏi, quan sát thực hành theo bảng kiểm.
- Xác định vi khuẩn hiếu khí và nấm mốc trong không khí: phương pháp lắng bụi của Koch.
- Xác định *Coliform* ở nước chín rửa tay: phương pháp màng lọc.
- Xác định vi khuẩn kỵ khí và tạp khuẩn ở dụng cụ kim loại và đồ vải đã tiệt khuẩn: nuôi cấy trên môi trường canh thang.

* *Tiêu chuẩn đánh giá:*

+ Giai đoạn 1:

Cơ sở vật chất, kiến thức và thực hành của người CCDV: theo Chuẩn Quốc gia, 4 mức đạt tiêu chuẩn: ≤50%; 51-75%; 76-99%; và 100%.

+ Giai đoạn 2:

- Kiến thức và thực hành của người CCDV: theo Chuẩn Quốc gia, thông qua điểm kiến thức trung bình, điểm thực hành trung bình.
- Phân loại chất lượng không khí: theo tiêu chuẩn V. Omelanski.

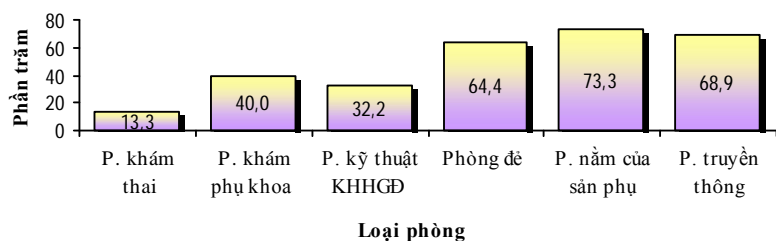
- Tiêu chuẩn nước chín, dụng cụ đã tiệt khuẩn đạt yêu cầu: không xác định thấy vi khuẩn ở mẫu xét nghiệm.

2.4. Xử lý số liệu: trên Epi-Info 6.4 và SPSS. Tính chỉ số hiệu quả can thiệp theo các giá trị chính xác tới hàng thập phân có 2 chữ số.

2.5. Thời gian nghiên cứu: từ 12/2005 đến 1/2008.

**Chương 3.
KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU**

3.1. Cơ sở vật chất, kiến thức và thực hành của người CCDV



Biểu đồ 3.1. Tỷ lệ TYT xã có phòng dịch vụ (n=90)

Chuẩn Quốc gia quy định mỗi TYT xã có 6 loại phòng dịch vụ, nếu không đủ điều kiện thì ít nhất phải có 4 loại: phòng khám phụ khoa, phòng kỹ thuật KHHGD, phòng đẻ và phòng nằm của sản phụ. Kết quả cho thấy chỉ có 3 loại phòng dịch vụ có ở trên 1/2 số TYT xã.

Bảng 3.1. Tỷ lệ TYT xã đạt số phòng dịch vụ theo quy định, chia theo vùng sinh thái

Số phòng dịch vụ		ĐBSH (n=30)	ĐB (n=30)	TB (n=30)	Chung (n=90)	p<0,05
		(1)	(2)	(3)	(4)	
1. Đủ 6 phòng	%	13,3	3,3	3,3	6,7	-
	SL	4	1	1	6	
2. Ít nhất 4 phòng	%	80,0	6,7	6,7	31,1	P1&2
	SL	24	2	2	28	P1&3

Tỷ lệ trạm có đủ 6 loại hay ít nhất 4 loại phòng chỉ đạt 6,7% và 31,1% theo thứ tự. Vùng đồng bằng sông Hồng (ĐBSH) có tỷ lệ trạm có ít nhất 4 loại phòng cao hơn 2 vùng còn lại là Đông Bắc (ĐB) và Tây Bắc (TB) với p<0,05.

Bảng 3.2. Tỷ lệ phòng dịch vụ đạt tiêu chuẩn về các hạng mục

Loại phòng	Mức đạt tiêu chuẩn (n=90)			
	≤50%	51-75%	76-99%	100%
1. Phòng khám phụ khoa	8,3	19,5	13,9	58,3
2. Phòng kỹ thuật KHHGD	0,0	3,4	96,6	0,0
3. Phòng đẻ	0,0	15,5	84,5	0,0
4. Phòng nằm của sản phụ	4,5	34,9	22,7	37,9
5. Phòng khám thai	0,0	0,0	33,3	66,7
6. Phòng truyền thông	3,4	10,2	50,8	35,6

Phòng khám thai đạt 100% tiêu chuẩn về hạng mục với tỷ lệ cao nhất cũng chỉ chiếm 66,7%. Không có phòng KHHGD và phòng đẻ nào đạt 100% tiêu chuẩn. Chủ yếu các phòng đạt 76-99% tiêu chuẩn.

Bảng 3.3. Tỷ lệ TYT xã có dụng cụ thiết yếu đầy đủ

Bộ dụng cụ	SL (n=90)	%
1. Bộ đỡ đẻ	54	60,0
2. Bộ cắt khâu tầng sinh môn	33	36,7
3. Bộ kiểm tra cổ tử cung	22	24,4
4. Bộ hồi sức sơ sinh	56	62,2
5. Bộ đặt và tháo DCTC	46	51,1
6. Bộ khám phụ khoa	36	40,0
7. Bộ bơm hút Karman 1 van	24	26,7

Tỷ lệ các TYT xã có dụng cụ thiết yếu đầy đủ còn thấp (≤62,2%), thấp nhất đối với bộ kiểm tra cổ tử cung (24,4%). Bộ đỡ đẻ có ở 60% số TYT xã được điều tra.

Bảng 3.4. Tỷ lệ (%) TYT xã có dụng cụ phục vụ vô khuẩn, chia theo vùng sinh thái

Loại dụng cụ	ĐBSH	ĐB	TB	p<0,05	Chung
	(n=30)	(n=30)	(n=30)		
	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
1. Nồi luộc (điện)	33,3	76,7	40,0	P _{1&2} P _{2&3}	50,0
2. Tủ sấy khô	46,7	23,3	20,0	P _{1&3}	30,0
3. Nồi hấp ướt	90,0	96,7	76,7	-	87,8
4. Hộp nhựa khử khuẩn lạnh	86,7	86,7	43,3	P _{1&3} P _{2&3}	72,2

Tỷ lệ trạm có nồi luộc (điện) và tủ sấy khô chỉ chiếm 50% và 30% theo thứ tự. Phương tiện tiệt khuẩn là tủ sấy khô có phổ biến hơn ở các trạm thuộc vùng ĐBSH so với 2 vùng còn lại (p<0,05).

Bảng 3.5. Tỷ lệ TYT xã có vật liệu truyền thông về công tác vô khuẩn

Tờ hoặc văn bản hướng dẫn	SL (n=90)	%
1. Quy trình phòng chống nhiễm khuẩn	51	56,7
2. Xử lý dụng cụ kim loại nhiễm bẩn	43	47,8
3. Xử lý đồ vải đã nhiễm bẩn	28	31,1
4. Xử lý bơm hút thai nhiễm bẩn	24	26,7

Tài liệu hướng dẫn về công tác vô khuẩn còn thiếu nhiều ở các TYT xã, nhất là về xử lý bơm hút thai đã nhiễm bẩn (chỉ có ở 26,7% số trạm).

Bảng 3.6. Tỷ lệ TYT xã có thuốc thiết yếu đủ và còn hạn sử dụng

Nhóm thuốc	SL (n=90)	%
1. Thuốc kháng sinh	6	6,7
2. Thuốc hạ huyết áp	15	16,7
3. Thuốc chống co thắt	44	48,9
4. Thuốc co bóp tử cung	45	50,0
5. Thuốc an thần	53	58,9

Trong 5 nhóm thuốc thiết yếu được trình bày, cao nhất cũng chỉ có 58,9% số trạm có thuốc an thần đủ và còn hạn dùng.

Bảng 3.7. Chuyên môn của người CCDV, chia theo vùng sinh thái

Trình độ chuyên môn	ĐBSH	ĐB	TB	p<0,05	Chung
	(n=60)	(n=60)	(n=60)		
	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
1. Bác sỹ chuyên khoa sản	0,0	0,0	0,0	-	0,0
2. Bác sỹ đa khoa, khác	30,0	10,0	15,0	P _{1&2} P _{1&3}	18,3
3. Y sỹ sản, nhi	26,7	10,0	15,0	P _{1&2}	17,2
4. Y sỹ chuyên khoa khác	25,0	31,7	38,3	-	31,8
5. Nữ hộ sinh (trung học trở lên)	15,0	46,7	8,3	P _{1&2} P _{2&3}	23,3
6. Nữ hộ sinh, y tá sơ học	1,7	0,0	20,0	P _{1&3}	7,2
7. Y tá (trung học trở lên)	1,7	1,7	3,3	-	2,2

Phần lớn người CCDV là y sỹ và nữ hộ sinh, tỷ lệ bác sỹ còn thấp (18,3%), không có người CCDV nào là bác sỹ chuyên khoa sản.

Bảng 3.8. Tỷ lệ người CCDV được đào tạo lại (>1 ngày)

Chủ đề đào tạo	SL (n=180)	%
1. Vô khuẩn trong CCDV	0	0,0
2. Đỡ đẻ	166	92,2
3. Bệnh NKĐSS	152	92,2
4. Hút thai bằng bơm Karman 1 van	122	67,8

Chưa có người CCDV nào được đào tạo lại về chủ đề vô khuẩn trong dịch vụ chăm sóc SKSS với thời lượng >1 ngày, trong khi hầu hết được đào tạo lại về đỡ đẻ, khám chữa bệnh NKĐSS (92,2%).

Bảng 3.9. Tỷ lệ người CCDV đạt tiêu chuẩn về kiến thức khám thai 3 tháng cuối

Bước khám thai	Mức đạt tiêu chuẩn (n=180)			
	≤50%	51-75%	76-99%	100%
1. Khám toàn thân	6,1	35,6	32,2	26,1
2. Khám sản	5,0	21,1	0,0	73,9
3. Trao đổi	27,8	32,2	0,0	40,0

Về khám thai 3 tháng cuối, phần lớn người CCDV đạt 100% tiêu chuẩn kiến thức về bước khám sản (73,9%), tỷ lệ tương ứng ở bước khám toàn thân rất thấp (26,1%).

Bảng 3.10. Tỷ lệ người CCDV đạt tiêu chuẩn về kiến thức chăm sóc sau sinh

Chủ đề đánh giá	Mức đạt tiêu chuẩn (n=180)			
	≤50%	51-75%	76-99%	100%
1. Chăm sóc sơ sinh ngay sau đẻ	20,0	50,0	11,7	18,3
2. Theo dõi mẹ 24h đầu sau đẻ	0,0	10,6	7,8	81,6
3. Theo dõi sơ sinh 24h đầu sau đẻ	32,2	24,5	16,1	27,2
4. Xử trí bất thường của mẹ sau đẻ	13,9	20,6	27,2	38,3
5. Xử trí bất thường của trẻ sơ sinh	6,1	13,9	30,0	50,0

Ngoại trừ nội dung theo dõi mẹ 24 giờ đầu sau đẻ có 81,6% người CCDV có kiến thức đạt 100% tiêu chuẩn, ở các nội dung chăm sóc sau sinh còn lại được đánh giá, có không quá 50% số người CCDV có kiến thức đạt 100% tiêu chuẩn.

Bảng 3.11. Tỷ lệ người CCDV đạt tiêu chuẩn kiến thức về KHHGD, nạo hút thai và bệnh LTQĐTD

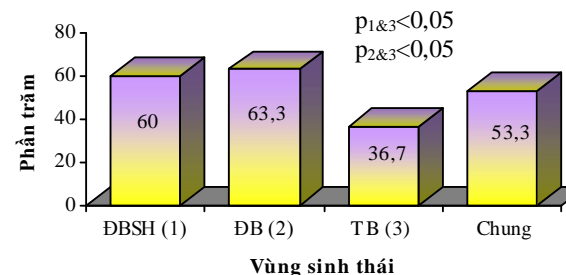
Chủ đề tư vấn	Mức đạt tiêu chuẩn (n=180)			
	≤50%	51-75%	76-99%	100%
1. Tư vấn khi đặt DCTC	38,8	24,5	25,6	11,1
2. Tư vấn khi nạo hút thai	42,2	21,1	23,9	12,8
3. Tư vấn khi điều trị bệnh lậu	48,9	22,5	20,4	8,2

Phần lớn người CCDV có kiến thức về 3 chủ đề tư vấn cho khách hàng chỉ đạt mức ≤50% Chuẩn Quốc gia, tỷ lệ người CCDV đạt 100% tiêu chuẩn không vượt quá 12,8%.

Bảng 3.12. Tỷ lệ người CCDV đạt tiêu chuẩn về thực hành khám thai 3 tháng cuối

Bước khám thai	Mức đạt tiêu chuẩn (n=164)			
	≤50%	51-75%	76-99%	100%
1. Hỏi	55,5	0,0	0,0	44,5
2. Khám toàn thân	2,4	34,8	36,6	26,2
3. Khám sản	2,4	17,7	0,0	79,9
4. Xét nghiệm	95,7	0,0	0,0	4,3
5. Tiêm phòng	13,4	0,0	0,0	86,6
6. Thuốc	14,4	0,0	0,0	86,0
7. Giáo dục sức khỏe	7,9	18,9	0,0	73,2
8. Ghi chép	62,2	17,1	0,0	20,7
9. Thông báo kết quả, hẹn	36,6	30,5	14,6	18,3

Trong thực hành khám thai 3 tháng cuối, tỷ lệ người CCDV thực hành đạt 100% tiêu chuẩn cao nhất ở bước khám sản (79,9%), tỷ lệ tương ứng ở bước xét nghiệm còn rất thấp (4,3%).



Biểu đồ 3.2. Tỷ lệ người CCDV đọc đúng tình trạng biểu đồ chuyển dạ mẫu, chia theo vùng sinh thái (n=180)

Chỉ có 53,3% số người CCDV đọc đúng được tình trạng biểu đồ chuyển dạ mẫu đang ở mức báo động. Tỷ lệ này có sự khác biệt theo vùng sinh thái ($p < 0,05$), thấp hơn ở vùng Tây Bắc so với 2 vùng còn lại.

Bảng 3.13. Tỷ lệ người CCDV thực hiện các dịch vụ chăm sóc SKSS hàng ngày tại trạm

Loại dịch vụ	SL (n=180)	%
1. Làm mẹ an toàn	98	54,4
2. KHHGĐ	81	45,0
3. Nạo hút thai	12	6,7
4. NKĐSS	71	39,5

Có 54,4% người CCDV thực hiện dịch vụ làm mẹ an toàn hàng ngày, tiếp đến là dịch vụ KHHGĐ (45%). Dịch vụ có ít người CCDV thực hiện hàng ngày nhất là dịch vụ nạo hút thai (6,7%).

3.2. Hiệu quả các giải pháp can thiệp về công tác vô khuẩn trong dịch vụ chăm sóc SKSS

Bảng 3.14. Tóm tắt một số kết quả thực hiện các giải pháp can thiệp

Các giải pháp thực hiện	Số lượng
1. Giải pháp đào tạo:	
- Đào tạo tập trung tại thị trấn huyện (tập huấn)	4 buổi
- Đào tạo tại chỗ tại trạm (hỗ trợ kỹ thuật)	12 đợt
- Tỷ lệ người CCDV được đào tạo theo 2 biện pháp trên	100%
2. Giải pháp truyền thông:	
- Vật liệu tuyên truyền: tờ hướng dẫn treo tường (3 tờ/trạm)	93 tờ
- Lòng ghép với các cuộc họp (của người CCDV tại huyện)	12 đợt
3. Giải pháp chính sách:	
- Tổ chức xây dựng quy chế nội bộ hỗ trợ giữa các TYT xã	1 đợt
- Tỷ lệ TYT xã được hỗ trợ nhờ vận dụng quy chế	19%

Hoạt động can thiệp đã được thực hiện theo như kế hoạch, đã có 100% người CCDV được đào tạo lại, 100% TYT xã được phát tờ hướng dẫn treo tường, quy chế hỗ trợ đã được tổ chức xây dựng.

Bảng 3.15. Tỷ lệ người CCDV biết các nguyên tắc đảm bảo môi trường sạch ở các phòng kỹ thuật

Nguyên tắc	CT (n=62)		ĐC (n=62)		CSHQ (%)
	Trước (1)	Sau (2)	Trước (3)	Sau (4)	
1. Ở nơi sạch sẽ, khô ráo	75,8	88,7	74,2	72,6	19,2
2. Không bị thấm nước	59,7	82,3	61,3	62,9	35,2
3. Dùng quạt bàn, điều hòa	56,5	80,6	54,8	51,6	48,5
4. Cửa sổ lắp kính, màn xô	67,7	83,9	59,7	64,5	15,9
5. Khi không làm, đóng cửa	58,1	74,2	62,9	56,5	37,9
6. Thay tấm lót, lau chùi	53,2	75,8	48,4	46,8	45,8
ĐKTTB	6,2/10	8,2/10	6,0/10	5,8/10	35,2
So sánh	$p_{(1&2; 2&4)} < 0,05; p_{(3&4)} > 0,05$				

Sau can thiệp, điểm kiến thức trung bình (ĐKTTB) theo thang điểm 10 của người CCDV ở địa bàn can thiệp (CT) đã tăng đáng kể so với tỷ lệ tương ứng trước can thiệp và ở địa bàn đối chứng (ĐC) ($p < 0,05$). Chỉ số hiệu quả (CSHQ) tính chung là 35,2%.

Bảng 3.16. Tỷ lệ người CCDV biết các nguyên tắc vô khuẩn dụng cụ

Nguyên tắc	CT (n=62)		ĐC (n=62)		CSHQ (%)
	Trước (1)	Sau (2)	Trước (3)	Sau (4)	
1. Bàn đê được làm sạch	74,2	85,5	71,0	69,4	17,5
2. Bàn phụ khoa được làm sạch	67,7	79,0	61,3	58,1	21,9
3. Khăn trải bàn được thay	64,5	77,4	59,7	56,5	25,4
4. Dụng cụ được tiệt khuẩn	69,4	80,6	72,6	64,5	27,3
ĐKTTB	7,0/10	8,0/10	6,5/10	6,3/10	17,9
So sánh	$p_{(1&2; 2&4)} < 0,05; p_{(3&4)} > 0,05$				

ĐKTTB của người CCDV ở địa bàn can thiệp về các nguyên tắc vô khuẩn đối với dụng cụ đã tăng nhiều sau can thiệp ($p < 0,05$). CSHQ chung đạt được là 17,9%.

Bảng 3.17. ĐKTTB của người CCDV về các bước của quy trình vô khuẩn dụng cụ

Các bước	CT (n=62)		ĐC (n=62)		CSHQ (%)
	Trước (1)	Sau (2)	Trước (3)	Sau (4)	
1. Khử nhiễm (tẩy uế)	8,2/10	9,4/10	7,8/10	7,6/10	17,2
2. Làm sạch	8,0/10	9,4/10	7,6/10	7,6/10	17,5
3. Khử khuẩn mức độ cao	8,0/10	9,3/10	7,6/10	7,2/10	21,3
4. Tiệt khuẩn bằng hấp ướt	8,0/10	9,2/10	7,8/10	7,7/10	16,7
So sánh	$p_{(1&2; 2&4)} < 0,05; p_{(3&4)} > 0,05$				

ĐKTTB của người CCDV trên địa bàn can thiệp về nội dung các bước của quy trình vô khuẩn dụng cụ đã được nâng lên rõ rệt sau can thiệp ($p < 0,05$). CSHQ thu được trong khoảng 16,7-21,3%, trong đó cao nhất là tỷ lệ người CCDV biết về nội dung của bước khử khuẩn mức độ cao (21,3%).

Bảng 3.18. Tỷ lệ người CCDV biết thời hạn bảo quản dụng cụ đã khử khuẩn và tiệt khuẩn

Loại dụng cụ	CT (n=62)		ĐC (n=62)		CSHQ (%)
	Trước (1)	Sau (2)	Trước (3)	Sau (4)	
1. Dụng cụ đã khử khuẩn cao	82,3	93,5	80,6	79,0	15,6
2. Dụng cụ đã tiệt khuẩn	79,0	91,9	79,0	77,4	18,4
So sánh	$p_{(1&2; 2&4)} < 0,05; p_{(3&4)} > 0,05$				

Tỷ lệ người CCDV trên địa bàn can thiệp biết đúng về thời hạn bảo quản dụng cụ đã khử khuẩn cao và tiệt khuẩn được tăng lên rõ rệt sau can thiệp ($p < 0,05$). CSHQ lần lượt là 15,6% và 18,4%.

Bảng 3.19. Tỷ lệ người CCDV thực hành đúng các bước của quy trình tiệt khuẩn dụng cụ

Bước tiến hành	CT (n=62)		ĐC (n=62)		CSHQ (%)
	Trước (1)	Sau (2)	Trước (3)	Sau (4)	
1. Khử nhiễm	69,4	83,9	72,6	71,0	23,1 ^(*)
2. Làm sạch	71,0	85,5	67,7	69,4	18,1
3. Hấp ướt áp lực cao	75,8	88,7	77,4	74,2	21,2
ĐHTTB	7,3/10	8,7/10	7,3/10	7,0/10	22,7
So sánh	$p_{(1&2; 2&4)} < 0,05; p_{(3&4)} > 0,05$				

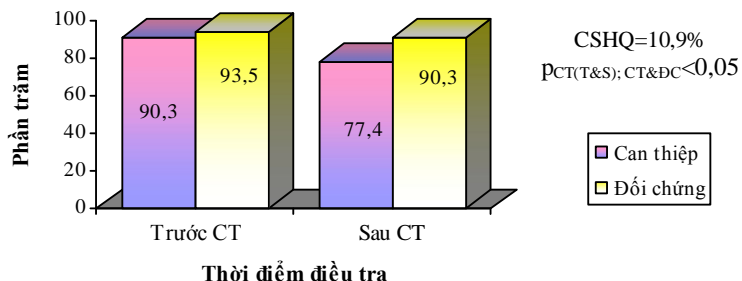
Ghi chú: (*) $p_{(2&4)} > 0,05$

Sau can thiệp, điểm thực hành trung bình (ĐHTTB) theo thang điểm 10 của người CCDV về thực hiện các bước của quy trình tiệt khuẩn dụng cụ trên địa bàn can thiệp tăng lên rõ rệt ($p < 0,05$). CSHQ tính chung là 22,7%.

Bảng 3.20. Số lượng trung bình vi khuẩn hiếu khí và nấm mốc có trong 1m³ không khí phòng kỹ thuật

Loại vi sinh	CT (n=62)		ĐC (n=62)		CSHQ (%)
	Trước (1)	Sau (2)	Trước (3)	Sau (4)	
VK hiếu khí	2.353 ± 517	1.993 ± 401	2.267 ± 487	2.282 ± 365	16,0
Nấm mốc	69 ± 32	53 ± 20	67 ± 31	68 ± 31	24,7
So sánh	$p_{(1&2; 2&4)} < 0,05; p_{(3&4)} > 0,05$				

Số lượng trung bình vi khuẩn hiếu khí và nấm mốc có trong 1m³ không khí phòng kỹ thuật ở địa bàn can thiệp giảm đáng kể sau can thiệp. CSHQ lần lượt là 16% và 24,7%.



Biểu đồ 3.3. Tỷ lệ mẫu nước chín rửa tay làm thủ thuật bị nhiễm Coliform (n=31)

Tỷ lệ mẫu nước bị nhiễm *Coliform* trên địa bàn can thiệp vào thời điểm sau can thiệp giảm rõ rệt so với trước can thiệp và thấp hơn đáng kể so với tỷ lệ tương ứng trên địa bàn đối chứng ($p<0,05$). CSHQ thu được là 10,9%.

Bảng 3.21. Tỷ lệ mẫu dụng cụ kim loại và đồ vải đã tiệt khuẩn bị nhiễm tạp khuẩn và vi khuẩn kỵ khí

Loại dụng cụ		CT		ĐC		CSHQ (%)
		Trước (1)	Sau (2)	Trước (1)	Sau (2)	
1. Dụng cụ kim loại	SL	5/31	0/31	6/31	5/31	83,0
	%	16,1	0	19,4	16,1	
2. Dụng cụ đồ vải	SL	8/31	1/31	8/31	7/31	75,2
	%	25,8	3,2	25,8	22,6	
So sánh		$p_{(1&2; 2&4)}<0,05; p_{(3&4)}>0,05$				

Trên địa bàn can thiệp, tỷ lệ dụng cụ kim loại và đồ vải đã tiệt khuẩn bị nhiễm tạp khuẩn và vi khuẩn kỵ khí giảm rõ rệt sau can thiệp so với trước can thiệp và thấp hơn đáng kể so với tỷ lệ tương ứng trên địa bàn đối chứng ($p<0,05$). CSHQ cao, lần lượt là 83% và 75,2%.

Chương 4. BÀN LUẬN

4.1. Cơ sở vật chất, kiến thức và thực hành của người cung cấp dịch vụ chăm sóc SKSS

Các phòng dịch vụ tại các TYT xã còn thiếu nhiều so với Chuẩn Quốc gia; việc chỉ có 3 trong số 6 loại phòng có ở trên một nửa số trạm là một bất cập lớn trong đáp ứng và đảm bảo chất lượng dịch vụ chăm sóc SKSS. Thiếu phòng khám phụ khoa và phòng KHHGD dẫn đến các trạm phải dùng chung phòng, dễ gây ra nhiễm khuẩn chéo; thiếu phòng truyền thông ảnh hưởng tới tính riêng tư, bí mật trong tư vấn. Bên cạnh đó là việc tỷ lệ các phòng có đủ các hạng mục quy định còn thấp. Tuy nhiên, tỷ lệ TYT xã có phòng dịch vụ đạt Chuẩn Quốc gia trong nghiên cứu của tôi cao hơn khá nhiều kết quả tương ứng trong nghiên cứu của Nguyễn Thanh Hà (2007) trên địa bàn Tây Nguyên.

Dụng cụ thiết yếu tại các trạm còn thiếu, nhất là bộ kiểm tra cổ tử cung và bơm hút Karman 1 van (chỉ có ở 24,4% và 26,7% số trạm) là một hạn chế lớn trong CCDV. Phát hiện này có sự khác biệt so với nghiên cứu Nguyễn Thanh Hà (2007) tại một số tỉnh Tây Nguyên, ở đó loại dụng cụ thiết yếu thiếu nhiều nhất tại các TYT xã là bộ hồi sức sơ sinh. Tỷ lệ TYT xã có bộ đỡ đẻ đầy đủ trong nghiên cứu của tôi (60,0%) cao hơn khá nhiều so với tỷ lệ tương ứng (33,3%) trong nghiên cứu của Đào Quang Vinh (2007). Sự khác biệt nêu trên giữa nghiên cứu của tôi với 2 nghiên cứu này có thể do sự đầu tư cho dụng cụ thiết yếu CCDV chăm sóc SKSS của Nhà nước cũng như của địa phương có sự khác nhau tại các địa bàn nghiên cứu.

Phần lớn các TYT xã mới chỉ dùng nồi hấp ướm để tiệt khuẩn dụng cụ (87,8%), trong khi tủ sấy khô và nồi luộc điện, là 2 loại dụng cụ rất cần thiết cho việc vô khuẩn dụng cụ, lại còn thiếu nhiều. Việc thiếu 2

loại dụng cụ này gây khó khăn cho các TYT xã, nhất là trong những đợt khám chữa bệnh tập trung theo đợt thường được tổ chức tại trạm.

Cơ cấu chuyên môn của người CCDV chưa thực sự đồng đều, tỷ lệ nữ hộ sinh trung học và y sỹ sản, nhi trên tổng số TYT xã (110%) cao hơn so với quy định (100%) trong khi tỷ lệ trạm có bác sỹ còn quá thấp (18,3%). Việc không đồng đều về chuyên môn của người CCDV cũng là một trong những khó khăn khi tiến hành tập huấn cho các TYT xã vì kiến thức đầu vào của người học ở nhiều mức khác nhau. Do vậy, khi tập huấn cho người CCDV cần tính đến việc biên soạn tài liệu và áp dụng phương pháp giảng dạy phù hợp với các loại đối tượng.

Về đào tạo lại của người CCDV tại các TYT xã, đáng chú ý là chủ đề vô khuẩn trong dịch vụ chăm sóc SKSS chưa có người CCDV nào được đào tạo lại với thời lượng >1 ngày; điều này làm cho người CCDV khó có thể có được kiến thức và kỹ năng tốt về công tác vô khuẩn. Trong khi đó việc đảm bảo vô khuẩn trong CCDV chăm sóc SKSS lại rất cần thiết. Chẳng hạn, đối với một số thủ thuật có xâm nhập cơ thể như khám chữa bệnh phụ khoa, khám chữa bệnh LTQĐTĐ, đặt dụng cụ tử cung, nạo hút thai thì việc đảm bảo vô khuẩn trong khám và điều trị là hết sức quan trọng.

Kiến thức và thực hành chuyên môn của người CCDV còn hạn chế là một yếu tố ảnh hưởng nhiều tới chất lượng dịch vụ của các TYT xã. Kiến thức của người CCDV về khám thai 3 tháng cuối chưa đồng đều giữa các bước, dẫn đến việc họ có thể bỏ qua một số nội dung trong quá trình khám thai. Trong thực hành của người CCDV về khám thai 3 tháng cuối, tỷ lệ người CCDV thực hiện bước xét nghiệm còn rất thấp (4,3%). Đáng lưu ý là chỉ có trên một nửa (53,3%) số người CCDV đọc đúng tình trạng sản phụ và thai nhi trong biểu đồ chuyên dạ giả định. Các hạn chế về kiến thức cũng như thực hành của người CCDV như ví

dụ ở trên làm ảnh hưởng tới độ chính xác của việc chẩn đoán và theo dõi người bệnh, đặc biệt là trong các trường hợp cấp cứu.

4.2. Hiệu quả các giải pháp can thiệp về công tác vô khuẩn trong dịch vụ chăm sóc sức khỏe sinh sản

Các giải pháp can thiệp đã được thiết kế dựa trên nguyên tắc sử dụng nhân lực và vật lực hiện có, lồng ghép vào các hoạt động thường quy của các TYT xã. Các nội dung can thiệp, ngoài việc được xây dựng trên những cơ sở, phát hiện sẵn có như các hướng dẫn trong Chuẩn Quốc gia, số liệu nghiên cứu trước đó, còn được điều chỉnh, hoàn thiện dựa vào các phát hiện trong điều tra ở giai đoạn 1 của đề tài. Cùng với việc được thực hiện đúng như thiết kế, các biện pháp đã đảm bảo được tính thực thi nghiêm túc và phù hợp với thực trạng của các TYT xã được can thiệp trong nghiên cứu. Qua can thiệp kiến thức và thực hành của người CCDV về công tác vô khuẩn được cải thiện. Nhờ đó các nguyên tắc đảm bảo môi trường sạch ở các phòng kỹ thuật được áp dụng góp phần làm giảm ô nhiễm của không khí phòng kỹ thuật; cách đun sôi, bảo quản và sử dụng nước chín được áp dụng đúng và đủ làm giảm sự ô nhiễm của nước chín rửa tay làm thủ thuật; các quy trình vô khuẩn dụng cụ được thực hiện đúng đảm bảo chất lượng của quá trình tiệt khuẩn dụng cụ theo yêu cầu.

Điểm kiến thức và thực hành của người CCDV ở địa bàn can thiệp về các nguyên tắc và các bước của quy trình vô khuẩn dụng cụ tăng lên nhiều sau can thiệp và cao rõ rệt so với điểm số tương ứng ở địa bàn đối chứng với $p < 0,05$ ở hầu hết các chỉ số đánh giá; chỉ số hiệu quả thu được ở toàn bộ các nội dung đánh giá đều ở mức cao hoặc khá cao. Xu hướng tương tự cũng đã được xác định khi đánh giá kết quả cuối cùng của các hoạt động can thiệp, đó là sự cải thiện về mức độ ô nhiễm của không khí phòng kỹ thuật, nước chín rửa tay, dụng cụ kim loại và đồ vải

đã tiết khuẩn. Điều này cho thấy các giải pháp can thiệp về công tác vô khuẩn trong nghiên cứu đã có hiệu quả tốt như mong đợi.

Mặc dù sau can thiệp số lượng trung bình vi khuẩn hiếu khí và nấm mốc có trong 1m³ không khí của phòng kỹ thuật ở các trạm được can thiệp đã giảm nhưng đa số các mẫu xét nghiệm chỉ đạt tiêu chuẩn chất lượng không khí ở mức chất lượng xấu theo phân loại của V.Omelanski. Chỉ có một tỷ lệ thấp các TYT xã (9,7%) có chất lượng không khí phòng kỹ thuật đạt mức vừa. Nước ta có đặc điểm khí hậu nóng, ẩm, mưa nhiều, là điều kiện thuận lợi để các loại vi sinh có điều kiện thâm nhập và phát triển trong không khí của phòng kỹ thuật. Với điều kiện đó, đặc biệt là đối với các TYT xã, khó tránh khỏi việc không khí phòng kỹ thuật bị ô nhiễm. Đó có thể là một trong những nguyên nhân dẫn đến việc toàn bộ các mẫu không khí trong cả 2 đợt xét nghiệm đều phát hiện có vi khuẩn hiếu khí và nấm mốc.

Nước chín rửa tay làm thủ thuật thường được để trong phòng kỹ thuật của các TYT xã, trong khi toàn bộ các phòng kỹ thuật tại các trạm đều có không khí bị ô nhiễm, đây chính là điều kiện thuận lợi để các vi sinh trong không khí gây ô nhiễm nước nếu như bình chứa nước không đạt tiêu chuẩn cũng như thời gian chứa nước lâu. Đây là một trong những nguyên nhân dẫn đến việc tỷ lệ các mẫu nước bị nhiễm *Coliform* còn ở mức khá cao. Vấn đề này gợi mở việc cần có những nghiên cứu áp dụng cải tiến kỹ thuật để có thể bảo quản nước chín rửa tay làm phẫu thuật, thủ thuật một cách có hiệu quả hơn.

Sau can thiệp đã không còn TYT xã nào có dụng cụ kim loại bị nhiễm tạp khuẩn và vi khuẩn kỵ khí; chỉ số hiệu quả thu được là 83%. Đối với dụng cụ đồ vải, xu hướng cải thiện cũng tương tự với chỉ số hiệu quả thu được là 75,2%. Kết quả trên cho thấy hiệu quả can thiệp của nghiên cứu trong việc chống ô nhiễm dụng cụ kim loại và đồ vải đã tiết

khuẩn là thực sự cao và cao nhất trong các số chỉ số hiệu quả của các nội dung được đánh giá.

Việc chưa có nghiên cứu nào về công tác vô khuẩn có địa bàn là các TYT xã được thực hiện trước đây là một khó khăn trong việc so sánh số liệu. Tuy nhiên, so với kết quả nghiên cứu của Nguyễn Trọng Bình tiến hành tại các bệnh viện trung tâm y tế huyện, thành phố tỉnh Thái Bình năm 2005 cho thấy ở cả 2 địa bàn (can thiệp và đối chứng) tỷ lệ dụng cụ kim loại và đồ vải bị ô nhiễm vi khuẩn hiếu khí và nấm mốc trong nghiên cứu của tôi đều cao hơn. Điều này cho thấy việc đảm bảo vô khuẩn dụng cụ tại TYT xã kém hơn so với các cơ sở y tế tuyến trên. Một trong những lý do có thể là điều kiện khí hậu không thuận lợi, phòng dịch vụ, trang thiết bị cho việc bảo quản các dụng cụ đã được tiết khuẩn của các TYT xã chưa thực sự tốt bằng ở cơ sở y tế tỉnh, huyện cả về số lượng lẫn chất lượng.

Phần lớn các chỉ số đánh giá trong đề tài đã được xây dựng theo Chuẩn Quốc gia của Bộ Y tế, vì thế các kết quả nghiên cứu cũng phản ánh được tiến độ thực hiện, những khó khăn và thuận lợi trong việc triển khai Chuẩn Quốc gia tại các TYT xã trên địa bàn nghiên cứu trong thời gian qua. Điều này sẽ là cơ sở cho việc đánh giá khả năng đáp ứng hiện tại của các TYT xã đối với Chuẩn Quốc gia, đồng thời cũng phản ánh được tính phù hợp của Chuẩn Quốc gia đối với điều kiện thực tế của các TYT xã trong giai đoạn hiện nay.

KẾT LUẬN

1. Cơ sở vật chất, kiến thức và thực hành của người cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe sinh sản ở trạm y tế xã còn thiếu nhiều so với yêu cầu của Chuẩn Quốc gia:

- Tỷ lệ trạm có đủ 6 loại phòng dịch vụ theo Chuẩn Quốc gia rất thấp (6,7%), có ít nhất 4 loại theo quy định cũng chỉ chiếm 31,1%.

Không có phòng kế hoạch hóa gia đình và phòng đẻ nào đạt Chuẩn về các hạng mục.

- Dụng cụ thiết yếu theo quy định còn thiếu nhiều, có ở không quá 62,2% số trạm. Dụng cụ cho khử khuẩn, tiệt khuẩn như tủ sấy khô, nồi luộc điện, tài liệu hướng dẫn xử lý dụng cụ đã nhiễm bẩn chỉ có ở ≤50% số trạm.

- Thuốc thiết yếu đủ và còn hạn sử dụng theo Chuẩn Quốc gia còn rất thiếu: có nhiều nhất là thuốc an thần cũng chỉ ở 58,9% số trạm.

- Kiến thức theo Chuẩn Quốc gia của người cung cấp dịch vụ còn yếu, một số chủ đề có rất ít người đạt Chuẩn, như: chăm sóc sơ sinh ngay sau đẻ (18,3%), tư vấn cho người mẹ trong tuần đầu sau đẻ (7,2%). Chưa có người cung cấp dịch vụ nào được đào tạo lại về chủ đề công tác vô khuẩn với thời lượng >1 ngày.

- Thực hành của người cung cấp dịch vụ theo Chuẩn Quốc gia còn rất kém: rất ít người làm xét nghiệm trong khám thai 3 tháng cuối (4,3%), đọc đúng biểu đồ chuyển dạ mẫu (53,3%).

2. Các giải pháp can thiệp sau 1 năm thực hiện cho hiệu quả cao, đã cải thiện rõ kiến thức và thực hành của người cung cấp dịch vụ và giảm đáng kể mức ô nhiễm vi sinh của môi trường và dụng cụ:

- Kiến thức và thực hành của người cung cấp dịch vụ về công tác vô khuẩn sau can thiệp đã được nâng lên rõ rệt với sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$) ở hầu hết các chỉ số đánh giá. Chỉ số hiệu quả can thiệp cao như đối với hiểu biết về nguyên tắc đảm bảo môi trường sạch (35,2%), thực hành tiệt khuẩn bằng hấp ướt áp lực cao (21,2%).

- Mức ô nhiễm vi sinh của môi trường, dụng cụ giảm đáng kể sau can thiệp với sự khác biệt ở tất cả các chỉ số đánh giá đều có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$): số lượng trung bình vi sinh có trong 1m^3 không khí của phòng kỹ thuật giảm (vi khuẩn hiếu khí: từ 2.353 ± 517 xuống

1.993 ± 401 ; nấm mốc: từ 69 ± 32 xuống 53 ± 20); tỷ lệ mẫu nước chín rửa tay bị nhiễm *Coliform* giảm từ 90,3% xuống 77,4%; tỷ lệ 2 loại dụng cụ kim loại và đồ vải đã tiệt khuẩn bị nhiễm tạp khuẩn và vi khuẩn kỵ khí giảm từ 16,1% xuống 0% và từ 25,8% xuống 3,2% theo thứ tự.

KHUYẾN NGHỊ

- Xây dựng thêm phòng dịch vụ còn thiếu tại các trạm y tế xã. Nếu phải dùng chung phòng, cần tuân thủ nghiêm ngặt các nguyên tắc và quy trình vô khuẩn để tránh nhiễm khuẩn chéo.

- Ưu tiên bổ sung cho các trạm y tế xã các dụng cụ, trang thiết bị quan trọng hiện còn thiếu nhiều như: bộ kiểm tra cổ tử cung, bơm hút Karman 1 van, nồi luộc điện, tủ sấy khô, tài liệu hướng dẫn về xử lý đồ vải và dụng cụ kim loại đã nhiễm bẩn.

- Các trạm y tế xã phải có đầy đủ các thuốc thiết yếu, ưu tiên bổ sung các thuốc như: thuốc chống co thắt, thuốc co bóp tử cung, thuốc hạ huyết áp, thuốc sát khuẩn và khử khuẩn.

- Từng bước đào tạo lại cho người cung cấp dịch vụ, ưu tiên về các chủ đề còn yếu nhiều như: kỹ năng khám thai, chăm sóc sơ sinh sau đẻ, đọc biểu đồ chuyển dạ. Đào tạo lại cho người cung cấp dịch vụ về công tác vô khuẩn trong dịch vụ chăm sóc sức khỏe sinh sản với thời lượng >1 ngày.

- Mở rộng việc áp dụng các giải pháp can thiệp của nghiên cứu này để góp phần nâng cao chất lượng cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe tại các trạm y tế xã.

DANH MỤC BÀI BÁO CÓ LIÊN QUAN ĐẾN LUẬN ÁN

1. **Nguyễn Đức Thanh, Trần Quốc Kham, Trịnh Hữu Vách (2008)**, “Kiến thức vô khuẩn dụng cụ của cán bộ trạm y tế xã huyện Vũ Thư - Thái Bình”, *Tạp chí Y học Thực hành*, Số 629, tr. 262-266.
2. **Nguyễn Đức Thanh, Trần Quốc Kham, Trịnh Hữu Vách (2009)**, “Đánh giá cơ sở vật chất cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe sinh sản tại trạm y tế xã của ba tỉnh phía Bắc Việt Nam”, *Tạp chí Y học Thực hành*, 6 (665), tr. 5-9.
3. **Nguyễn Đức Thanh (2009)**, “Hiệu quả can thiệp giảm thiểu ô nhiễm vi sinh môi trường và dụng cụ chăm sóc sức khỏe sinh sản tại trạm y tế hai huyện Vũ Thư và Kiến Xương”, *Tạp chí Y học Thực hành*, Số 6 (666), tr. 64-66.