

# Đánh giá kiến thức và thực hành về làm mẹ an toàn của cô đỡ thôn bản người dân tộc thiểu số 3 năm sau đào tạo tại tỉnh Hà Giang, 2014

Nguyễn Đình Dự<sup>1</sup>, Trần Thị Đức Hạnh<sup>2</sup>, Vũ Thị Hoàng Lan<sup>2</sup>, Bùi Thị Thu Hà<sup>2</sup>

*Đặt vấn đề:* Năm 2009-2011 tỉnh Hà Giang triển khai mô hình đào tạo cô đỡ thôn bản (CĐTB) người dân tộc thiểu số. Nghiên cứu này được thực hiện nhằm đánh giá kiến thức và thực hành về làm mẹ an toàn (LMAT) của CĐTB người dân tộc thiểu số tại Hà Giang 2 năm sau đào tạo. *Phương pháp nghiên cứu:* Thiết kế nghiên cứu cắt ngang, áp dụng phiếu phát vấn tự điền để đánh giá kiến thức và quan sát để đánh giá kỹ năng, đã được sử dụng trong 2 vòng đánh giá. *Kết quả:* Kết quả cho thấy kiến thức và thực hành của CĐTB duy trì tương đối tốt. Tuy nhiên, điểm trung bình kiến thức về tư vấn cho phụ nữ mang thai qua hai kỳ đánh giá giảm dần từ 3,12 xuống 2,80 ( $P < 0,001$ ) và đỡ đẻ là kỹ năng có tỷ lệ đạt thấp nhất (60%). Kỹ năng truyền thông của CĐTB còn chưa tốt. *Kết luận và Khuyến nghị:* Mô hình phù hợp để đào tạo CĐTB người dân tộc thiểu số. Hàng năm tỉnh Hà Giang cần tổ chức đào tạo lại và tăng cường giám sát hỗ trợ kỹ năng đỡ đẻ và truyền thông cho CĐTB, để tăng cường hiệu quả làm việc sau đào tạo.

*Keywords:* cô đỡ thôn bản, Hà Giang, người đỡ đẻ có kỹ năng

## Assessment of knowledge and skills on safe motherhood of ethnic minority midwives after 3 years of training in Ha Giang province, 2014

Nguyen Dinh Du<sup>1</sup>, Tran Thi Duc Hanh<sup>2</sup>, Vu Thi Hoang Lan<sup>2</sup>, Bui Thi Thu Ha<sup>2</sup>

*Background:* Under UNFPA support, the 18-month training pilot model of ethnic minority midwives (EMM) was conducted in Ha Giang from 2009 to 2011. This study aims to evaluate knowledge and skills on safe motherhood of EMM after 2 years of training in HaGiang province. *Methods:* The cross-sectional design using self-administered questionnaire and direct observation methods was used in 2 rounds of evaluation in 2013 and 2014. *Results:* After 2 years of training and upon returning to work at

*their local health facilities, the knowledge and skills of EMM in Ha Giang were quite good, however, EMM knowledge mean point on counseling for pregnant women decreased gradually during the time between 2 rounds of evaluation, from 3.12 to 2.80 ( $P < 0.001$ ). They were good at practical basic skills such as antenatal care, child care, post-partum bleeding management. Midwifery skills were the lowest completion rate (60%). Their communication skills are still poor. Recommendations: This model is suitable for EMM in poor economic areas. Continuing training and supportive supervision for EMM should be conducted every year by local health authority in order to strengthen work performance and effectiveness after training.*

*Keywords: Ha Giang, midwives, skilled birth attendant, ethnic minority midwives*

---

#### Tác giả

1. Sở Y tế Hà Giang
2. Trường Đại học Y tế Công cộng

### 1. Đặt vấn đề

Ở Việt Nam, tỉ lệ tử vong mẹ và tử vong sơ sinh đã giảm xuống đáng kể trong một vài năm qua, tuy nhiên vẫn tồn tại những cách biệt lớn giữa các vùng miền. Theo kết quả Điều tra tử vong mẹ, tử vong sơ sinh ở Việt Nam 2006-2007, khu vực miền núi phía Bắc và Tây Nguyên có tỷ số tử vong mẹ cao nhất toàn quốc, dao động từ 113,7-487,2/100.000 ca đẻ sống. Nguy cơ tử vong khi sinh của phụ nữ miền núi cao gấp 10 lần so với khu vực đồng bằng. Vùng núi phía Bắc có số trẻ sơ sinh tử vong cao gấp 2 lần tỷ lệ trung bình cả nước hiện nay (17,5%) [1]. Các nguyên nhân chính bao gồm thiếu nữ hộ sinh có kỹ năng, năng lực của nhân viên y tế ở các vùng dân tộc thiểu số còn thấp và một số rào cản văn hóa hạn chế khả năng tiếp cận các dịch vụ chăm sóc sức khỏe sinh sản của phụ nữ dân tộc thiểu số [7]. Hà Giang là một tỉnh đặc biệt khó khăn của miền núi phía Bắc và người dân sống trên địa bàn chủ yếu là người dân tộc thiểu số [7]. Năm 2009-2011 với sự hỗ trợ kinh phí của Quỹ Dân số Liên hiệp quốc tại Việt Nam (UNFPA), Ủy ban nhân dân (UBND) tỉnh Hà Giang và sự hướng dẫn kỹ thuật của Bộ Y tế, tỉnh Hà Giang triển khai mô hình đào tạo cô đỡ thôn bản người dân tộc thiểu số, bao gồm 2 khóa, khóa 1 từ 7/2008 đến tháng 1/2010 và khóa 2 từ tháng 6/2010 đến tháng 12/2011, cho những phụ nữ có trình độ học vấn rất thấp được đào tạo 18 tháng để trở thành cô đỡ thôn bản tại tỉnh. Những người phụ nữ này đã được đào tạo để có thể cung cấp được các

dịch vụ chăm sóc thai nghén cơ bản cho bà mẹ và thực hiện được các cấp cứu ban đầu đối với các biến chứng sản khoa tại các thôn bản. Bài báo này được thực hiện nhằm mục tiêu: Đánh giá kiến thức và kỹ năng thực hành về làm mẹ an toàn của CĐTĐ người dân tộc thiểu số tại Hà Giang sau 2 năm kết thúc khóa đào tạo trở về địa phương công tác.

### 2. Phương pháp nghiên cứu

#### Đối tượng nghiên cứu

Các CĐTĐ được đào tạo trong 2 khóa học đào tạo 18 tháng cho CĐTĐ tại tỉnh Hà Giang, khóa 1 từ 7/2008 đến tháng 1/2010 với 14 CĐTĐ và khóa 2 từ tháng 6/2010 đến tháng 12/2011 với 15 CĐTĐ.

*Thiết kế nghiên cứu:* nghiên cứu áp dụng phương pháp cắt ngang mô tả

*Thời gian nghiên cứu:* Về kiến thức: Khóa 1 đánh giá vào tháng 6 và tháng 12 năm 2013; và Khóa 2 đánh giá vào tháng 6 và tháng 12 năm 2014. Các kỹ năng thực hành được đánh giá lần 1 vào tháng 12 năm 2013 và lần 2 vào tháng 12 năm 2014 chung cho cả 2 khóa.

*Cỡ mẫu và chọn mẫu:* toàn bộ CĐTĐ đã tham gia chương trình đào tạo 18 tháng nói trên. Đã có tổng số 26 CĐTĐ tham gia vào nghiên cứu trong tổng số 29 người đã được đào tạo, 03 đối tượng không tham gia do đã chuyển khỏi địa bàn.

*Thu thập và phân tích số liệu:*

Kiến thức tư vấn chuẩn bị cuộc đẻ cho phụ nữ mang thai, được đánh giá qua phiếu phát vấn bao gồm 4 nội dung: lựa chọn nơi sinh, lựa chọn người đỡ đẻ, sẵn sàng chuyển tuyến nếu có tai biến và thực hiện khám thai ít nhất 3 lần trong 3 thời kỳ thai nghén. Mỗi câu hỏi đều bao gồm các ý trả lời đúng và ý trả lời sai. Đối tượng khoanh vào 1 lựa chọn đúng sẽ được tính 1 điểm, khoanh vào lựa chọn sai sẽ bị trừ 1 điểm.

*Đánh giá kỹ năng LMAT:* Thực hành được đánh giá bằng phương pháp quan sát sử dụng bảng kiểm cho 4 kỹ năng CĐTB cơ bản: khám thai (9 bước), đỡ đẻ (20 bước), Chăm sóc bé (20 bước), Xử trí chảy máu sau đẻ (5 bước) và kỹ năng truyền thông. Quá trình quan sát được thực hiện khi CĐTB phối hợp thực hiện các kỹ năng trên tại trạm y tế hoặc quan sát thực hiện trên mô hình. Đánh giá kỹ năng truyền thông được thực hiện khi cùng CĐTB xuống thăm phụ nữ có thai tại hộ gia đình.

Số liệu định lượng được nhập bằng phần mềm Epidata 6.0. Phân tích thống kê với các bảng tần số, giá trị trung bình và tỷ lệ thích hợp được thực hiện bởi phần mềm SPSS 17.0.

*Hạn chế của nghiên cứu:* Vì thời gian và nguồn lực hạn chế nên nhóm nghiên cứu chỉ tiến hành đánh giá kiến thức tư vấn trước sinh cho phụ nữ có thai và 4 kỹ năng cơ bản về LMAT: khám thai, đỡ đẻ, chăm sóc bé và xử trí chảy máu sau đẻ của CĐTB tại Hà Giang. Nghiên cứu chưa đánh giá được toàn diện tất cả các kiến thức và kỹ năng mà CĐTB đã được học trong chương trình đào tạo ví dụ như kiến thức chăm sóc trong sinh, sau sinh và các kết quả thực hiện nhiệm vụ khác.

**3. Kết quả nghiên cứu**

Chương trình đào tạo CĐTB người dân tộc thiểu số tỉnh Hà Giang gồm 4 module, thời gian đào tạo là 18 tháng; các học viên cả 2 khoá đều được học đủ 4 module; địa điểm đào tạo được bố trí linh hoạt nhằm tạo điều kiện thuận lợi nhất cho các học viên trong quá trình học. Module 1 và module 4 tổ chức học tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Hà Giang; module 2 học tại Trường Trung cấp y tế tỉnh Hà Giang, module 3 thực hành ở Bệnh viện huyện Đông Văn và Xín Mần và các Trạm y tế xã nơi CĐTB được cử đi đào tạo.

**3.1. Đặc điểm đối tượng nghiên cứu**

Đã có 26 CĐTB tham gia vào nghiên cứu trong tổng số 29 người đã từng tham gia khóa học, tỷ lệ tham gia nghiên cứu là 90% (03 người đã chuyển đến nơi khác sinh sống nên không tham gia vào nghiên cứu). Trong số những CĐTB tham gia vào nghiên cứu, người dân tộc dân tộc Mông chiếm tỷ lệ cao nhất (57,7%), sau đó đến dân tộc La Chí và Nùng (đều khoảng 11,5%); người dân tộc Tày, Dao, Cờ Lao chiếm tỷ lệ ít nhất (mỗi dân tộc 3,8%). Về số năm đi học, các CĐTB tham gia các khóa học có số năm đi học trung bình là khoảng 9,1 năm (9,1±1,9), trong đó các CĐTB tham gia khóa 1 có số năm đi học ít hơn các CĐTB tham gia khóa 2 (8,9 năm so với 9,2 năm). Khoảng 85% các CĐTB đã lập gia đình và khoảng 60% đã có từ 1-2 con. Tại thời điểm tham gia khóa học, không ai trong số các CĐTB đã từng là cán bộ YTTB và sau khi tốt nghiệp khóa học CĐTB nêu trên, không ai tham gia khóa đào tạo nâng cao nào khác (Bảng 1).

**Bảng 1. Đặc điểm chung của các đối tượng trong nghiên cứu**

Nội dung	Khóa 1 (n=13)	Khóa 2 (n=13)	Chung (n=26)
Tuổi trung bình (X±SD)	26,3 (±3.3)	24,1 (±4,0)	25,2 (±3.8)
Số năm đi học (X±SD)	8,9(±2.1)	9,2(±2)	9,1(±1,9)
Dân tộc			
Mông	8 (61,5%)	7 (53,9%)	15 (57,7%)
Tày	0	1 (7,7)	1 (3,8)
Nùng	1 (7,7)	2 (15,4)	3 (11,5)
Dao	0	1 (7,7)	1 (3,8)
Cờ Lao	1 (7,7)	0	1 (3,8)
La Chí	2 (15,4)	1 (7,7)	3 (11,5)
Giáy	1 (7,7)	1 (7,7)	2 (7,7)
Đã kết hôn	12/13 (92,3%)	10/13 (76,9%)	22/26 (84,6%)
Số con			
Chưa có con	3 (23,08)	7 (53,85)	10 (38,46)
Có 1 con	3 (23,08)	2 (15,38)	5 (19,2)
Có ≥ 2 con	7 (53,85)	4 (30,7)	11 (42,3)
Năm tốt nghiệp CĐTB	2010	2011	2010, 2011
Đào tạo nâng cao 3 tháng	0	0	0
Đã từng là cán bộ YTTB trước khi đi học (n,%)	0	0	0

### 3.2. Kiến thức của CĐTB về tư vấn chuẩn bị cuộc đẻ cho phụ nữ có thai

Khi được hỏi, CĐTB sẽ khuyên phụ nữ mang thai những gì để chuẩn bị cho cuộc đẻ (gồm 4 nội dung: lựa chọn nơi sinh, lựa chọn người đỡ đẻ, sẵn sàng chuyển tuyến nếu có tai biến và thực hiện khám thai ít nhất 3 lần trong 3 thời kỳ thai nghén), kết quả đánh giá cho thấy kiến thức của CĐTB tốt nhất là vào thời điểm đánh giá lần 1 và giảm thấp hơn ở thời điểm đánh giá lần 2. Cụ thể, điểm trung bình kiến thức đánh giá lần 1 và lần 2 của khóa 1 là 3,12 và 3,04, của khóa 2 là 3,0 và 2,8. Điểm trung bình kiến thức của CĐTB về các nội dung khuyên phụ nữ mang thai giữa các thời điểm đánh giá có sự khác biệt ( $P < 0,001$ ).

Khi xét theo kiến thức nội dung đào tạo – tỷ lệ trả lời đúng cả 4 nội dung tư vấn cho phụ nữ mang thai cao nhất vào lúc gần thời điểm tốt nghiệp nhất và thấp hơn vào các kỳ đánh giá sau, tương ứng với khóa 1 là 46,2% và 42,3%, với khóa 2 là 34,6% và 19,2% ( $P < 0,001$ ) (Bảng 2).

**Bảng 2. Kiến thức CĐTB về tư vấn cho phụ nữ mang thai**

Nội dung	Có kiến thức đúng (N,%)				P
	Khóa 1 (n=13, năm đánh giá 2013)		Khóa 2 (n=13, năm đánh giá 2014)		
	T6	T12	T6	T12	
Điểm trung bình (X±SD)	3,12 (±0,95)	3,04 (±0,95)	3,0 (±0,76)	2,8 (0,61)	$P < 0,001$
Trả lời không đúng nội dung nào	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	$P > 0,05$
Trả lời đúng 1 nội dung	2 (7,69%)	2 (7,69)	1 (3,85%)	1 (3,85)	$P < 0,001$
Trả lời đúng 2 nội dung	5 (19,2%)	6 (23,1)	7 (26,9%)	8 (30,7%)	
Trả lời đúng 3 nội dung	7 (26,9%)	7 (26,9)	9 (34,6%)	12 (46,1%)	
Trả lời đúng cả 4 nội dung	12 (46,2%)	11 (42,3%)	9 (34,6%)	5 (19,2%)	

### 3.3. Kỹ năng thực hành của các CĐTB sau đào tạo

Tỷ lệ đạt về 03 kỹ năng thủ thuật cơ bản về khám thai, chăm sóc bé và xử lý chảy máu sau đẻ của CĐTB đều trên 85%, chỉ có kỹ năng đỡ đẻ thường ngôi chỏm sử dụng gói đẻ sạch là kỹ năng yếu nhất. Kết quả đánh giá kỹ năng 4 thủ thuật cơ bản, sự khác biệt qua các lần đánh giá có ý nghĩa

thống kê với  $P < 0,001$  (Bảng 3).

Về kỹ năng khám thai, hầu hết các CĐTB thực hiện đúng và đủ các bước. Năm 2013 có 23/26 CĐTB làm đủ 9 bước, tỷ lệ đạt kỹ năng khám thai là 88,4%. Có 03 CĐTB chiếm (11,6%) làm thiếu 1 bước. Năm 2014 có 22/26 CĐTB (84,62%) làm đủ 9 bước và có 4 người làm thiếu 1 bước. Hầu hết bỏ sót ý “Nắn bụng xác định ngôi thế” trong bước 3.

Về kỹ năng chăm sóc trẻ sơ sinh sử dụng gói đẻ sạch gồm 20 bước, các CĐTB làm khá tốt. Năm 2013 tỷ lệ CĐTB thực hiện đạt 84,62% và năm 2014 thực hiện đạt 96,15%.

Khi đánh giá kỹ năng về xử trí chảy máu sau đẻ, hầu hết tất cả các CĐTB làm tốt các yêu cầu đặt ra. Hầu hết các CĐTB làm đạt tất cả 5 bước, chỉ có 1 CĐTB đạt 4/5 bước, trong đó thiếu 1 bước chuyển tuyến.

Trong khi đó, với kỹ năng đỡ đẻ thường ngôi chỏm sử dụng gói đẻ sạch, không có CĐTB nào hoàn chỉnh tất cả các bước. Kết quả khảo sát năm 2013 và 2014 tỷ lệ các CĐTB thực hiện đạt yêu cầu tương ứng chỉ là 57,69% và 61,54%. Các bước còn thiếu bao gồm: đo mạch nhiệt độ, huyết áp cho sản phụ, rửa và sát khuẩn tầng sinh môn, đo cơ co tử cung bằng tay và bước dùng gạc quấn ngón tay để vuốt nhốt ở miệng và mũi cho trẻ.

**Bảng 3. Đánh giá kỹ năng 4 thủ thuật cơ bản của CĐTB**

Nội dung		Thời điểm đánh giá thực hiện kỹ năng		P
		2013 (n=26)	2014 (n=26)	
Khám thai (9 bước)	Đạt (%)	23/26 (88,4%)	22/26 (84,62%)	$P < 0,001$
Đỡ đẻ (20 bước)	Đạt (%)	15/26 (57,69%)	16/26 (61,54%)	
Chăm sóc bé 20 bước	Đạt (%)	22/26 (84,62%)	25/26 (96,15%)	
Xử trí chảy máu sau đẻ (5 bước)	Đạt (%)	25/26 (96,15%)	26/26 (100%)	

Kết quả đánh giá cho thấy CĐTB còn thiếu kỹ năng truyền thông thay đổi hành vi và tiếp cận cộng đồng trong lĩnh vực LMAT. Kết quả nghiên cứu trong năm 2013 và 2014 cho thấy tỷ lệ CĐTB thực hiện các kỹ năng đạt yêu cầu về nghe hỏi, khuyên

bảo (88,46%; 84,62%) và đến thăm hộ gia đình là cao nhất là khá cao (100%; 100%). Tuy nhiên các kỹ năng truyền thông khác thì tỷ lệ đạt thấp hơn, đặc biệt là các kỹ năng làm mẫu thực hành đóng vai (42,31%; 46,15%); hướng dẫn thảo luận nhóm (42,31%; 38,46%); sử dụng tranh ảnh vật mẫu (69,23%; 76,92%). Từ kết quả trên cho thấy CĐTB yếu các kỹ năng thực hiện làm mẫu thực hành, hướng dẫn thảo luận nhóm, sử dụng tranh ảnh vật. Tỷ lệ đạt các kỹ năng truyền thông thay đổi hành vi của CĐTB không có sự khác biệt giữa 2 lần đánh giá ( $P>0,05$ ) (Bảng 4).

**Bảng 4. Kỹ năng truyền thông thay đổi hành vi của CĐTB**

Nội dung		Thời điểm đánh giá thực hiện kỹ năng		P
		2013 (n=26)	2014 (n=26)	
Nghe hỏi, khuyến bảo	Đạt	23/26	22/26	P>0,05
	%	(88,46%)	(84,62%)	
Làm mẫu thực hành, đóng vai	Đạt	11/26	12/26	
	%	(42,31%)	(46,15%)	
Hướng dẫn thảo luận nhóm	Đạt	11/26	10/26	
	%	(42,31%)	(38,46%)	
Sử dụng tranh ảnh, vật mẫu	Đạt	18/26	20/26	
	%	(69,23%)	(76,92%)	
Thăm hộ gia đình	Đạt	26/26	26/26	
	%	(100%)	(100%)	

#### 4. Bàn luận

Sau hơn 2 năm can thiệp, kết quả đánh giá cho thấy điểm trung bình của CĐTB về kiến thức tư vấn cho bà mẹ mang thai giảm dần qua các thời điểm đánh giá. Điểm trung bình kiến thức đánh giá lần 1 và lần 2 của khóa 1 là 3,12; 3,04, và của khóa 2 là 3,0; 2,8. Điểm trung bình kiến thức của CĐTB về các nội dung khuyến phụ nữ mang thai giữa các thời điểm đánh giá có sự khác biệt ( $P<0,001$ ). Kết quả này thấp hơn không đáng kể, so với kết quả đánh giá về kiến thức của 104 CĐTB ở Nepal (trung bình 21,9/30 điểm) [6], điều này có thể do đối tượng đào tạo trong chương trình của Nepal có số năm đi học cao hơn, có tới 80% đối tượng có thời gian đi học trên 10 năm.

Xét theo nội dung đào tạo, tỷ lệ trả lời đúng cả 4 nội dung đào tạo đều khoảng 40%, và thấp hơn ở các kỳ đánh giá sau ở cả 2 khóa đào tạo. Kết quả này thấp hơn so với kết quả chương trình tập

huấn người đỡ đẻ có kỹ năng theo hướng dẫn của WHO, một chương trình đánh giá tại 4 nước Benin, Ecuador, Jamaica, and Rwanda, và một chương trình tại Nicaragua với tỷ lệ có kiến thức đúng về các nội dung làm mẹ an toàn tương ứng là 55,8% và 62% [4,5]. Điều này có thể do chương trình tập huấn tại 5 nước trên tiến hành trên người đỡ đẻ có kỹ năng các điểm chăm sóc sinh đẻ tập trung hơn là các người đỡ đẻ có kỹ năng tại chỗ, tại thôn bản như trong đánh giá này.

Về kỹ năng thực hành, với khám thai, chăm sóc trẻ sau sinh và xử lý chảy máu sau đẻ, tỷ lệ đạt của CĐTB đều trên 85% ở cả 2 kỳ đánh giá. Trong khi đó, kỹ năng đỡ đẻ thường ngồi chồm sử dụng gói để sạch tỷ lệ đạt chỉ 57,69% (2013) và 61,54% (2014) và là kỹ năng yếu nhất. Kết quả trên thống nhất với kết quả khảo sát kỹ năng thực hành về làm mẹ an toàn của CĐTB người dân tộc thiểu số sau đào tạo tại 3 tỉnh Hà Giang, Ninh Thuận và Kon Tum năm 2011. Kết quả đánh giá ở 3 tỉnh chỉ ra rằng thủ thuật đỡ đẻ là kỹ năng yếu nhất trong số 4 kỹ năng được đánh giá (khám thai, đỡ đẻ, chăm sóc bé sau sinh và xử trí chảy máu sau đẻ). Có 5/9 CĐTB không hoàn thành từ 5-9 bước trong quy trình đỡ đẻ 20 bước, trong khi đó với kỹ năng chăm sóc bé chỉ có 2/9 CĐTB không hoàn thành 5-6 bước trong quy trình 20 bước, còn với kỹ năng khám thai tất cả CĐTB đều hoàn thành 8-9 bước/tổng 9 bước; và xử trí chảy máu sau đẻ 8/9 CĐTB đều đạt 5/5 bước đánh giá [2]. Việc thực hiện 4 kỹ năng của CĐTB có sự khác biệt giữa 2 lần đánh giá, lần sau thấp hơn lần trước có ý nghĩa thống kê với  $P<0,001$ . Kết quả trên cho thấy việc cập nhật kiến thức cho CĐTB trong quá trình làm việc chưa thường xuyên và việc tự cập nhật kiến thức chuyên môn trong khi làm việc còn nhiều hạn chế.

Chương trình đào tạo đáp ứng các chuẩn chính của người đỡ đẻ có kỹ năng do WHO khuyến nghị, phù hợp với điều kiện kinh tế, văn hoá, xã hội và địa lý của địa bàn khó khăn miền núi về đào tạo ra CĐTB đạt được những yêu cầu chăm sóc sức khỏe bà mẹ trẻ em do Bộ Y tế quy định đối với YTTB.

Sau 2-3 năm kết thúc đào tạo trở về địa phương công tác, kiến thức và kỹ năng thực hành của CĐTB duy trì tương đối tốt tuy nhiên giảm dần qua các kỳ đánh giá, trong đó tỷ lệ đạt thấp nhất là kỹ năng đỡ đẻ và một số kỹ năng truyền thông. Tổ chức tập huấn ngắn hạn cập nhật kiến thức và giám sát hỗ trợ chuyên môn sau đào tạo cho CĐTB, đặc biệt là các hoạt động liên quan đến: kỹ năng khám thai:

nấn bụng xác định ngôi thai trong bước 3, thực hiện công tác chuyển tuyến khi chảy máu sau đẻ, kỹ

năng đỡ để thường ngôi chỏm sử dụng gói để sạch, và truyền thông.

---

**Tài liệu tham khảo**

**Tiếng Việt**

1. Bộ Y tế, Điều tra tử vong mẹ, tử vong sơ sinh ở Việt Nam 2006-2007, Hà Nội 2009.

2. Bùi Thị Thu Hà, Nguyễn Thanh Hà, Lê Minh Thi, Đánh giá kiến thức, thực hành về làm mẹ an toàn của cô đỡ thôn bản người dân tộc thiểu số sau đào tạo tại 3 tỉnh Hà Giang, Ninh Thuận và Kon Tum, Tạp chí Y học thực (816) – số 4/2012.

3. Quyết định số: 164/2006/QĐ-TTg ngày 11 tháng 7 năm 2006 của Thủ tướng Chính phủ.

**Tiếng Anh**

4. Harvey SA1, Ayabaca P, Bucagu M, Djibrina S, Edson WN, Gbangbade S, McCaw-Binns A, Burkhalter BR,

Skilled birth attendant competence: an initial assessment in four countries, and implications for the Safe Motherhood movement, *Int J Gynaecol Obstet.* 2004 Nov;87(2):203-10.

5. Harvey SA, Blandón YC, McCaw-Binns A, Sandino I, Urbina R, Rodríguez, Gómez I C, Ayabaca P, Djibrina S, Are skilled birth attendants really skilled? A measurement method, some disturbing results and a potential way forward, *Bulletin of the World Health Organization* | October 2007, 85 (10)

6. M. Carlough T and M. McCall, Skilled birth attendance: What does it mean and how can it be measured? A clinical skills assessment of maternal and child health workers in Nepal, *International Journal of Gynecology and Obstetrics* (2005) 89, 200 —208

7. Vietnam Ministry of Health (2010), Situation analysis of capacity of RHC network services in Vietnam.