

## ĐẶT VẤN ĐỀ

Vô sinh hiện đang là một vấn đề y tế công cộng có xu hướng tăng nhanh trong thời gian gần đây. Theo Tổ chức Y tế Thế giới (WHO), vô sinh là vấn đề sức khỏe toàn cầu ảnh hưởng đến khoảng 17,5% người trong độ tuổi sinh đẻ trên toàn cầu (khoảng 1 người trong 6 người). Theo nghiên cứu Nguyễn Viết Tiến và cộng sự (2010) tỉ lệ vô sinh tại Việt Nam ở mức trung bình 7,7%. Trong đó, tỉ lệ vô sinh nguyên phát là 3,9% và vô sinh thứ phát là 3,8%.

Vô sinh ở các cặp vợ chồng do nhiều nguyên nhân khác nhau gây nên nhưng được chia thành 2 nhóm chính là nguyên nhân gây vô sinh nữ và nguyên nhân gây vô sinh nam. Thực tế, người vợ hoặc chồng bị vô sinh thường khó nhận biết bệnh cảnh của mình, mọi vấn đề sức khỏe vẫn có thể diễn ra bình thường, không có lý do nào thúc đẩy họ phải đi khám ngay. Nhưng kết quả điều trị phụ thuộc nhiều yếu tố trong đó có việc đến điều trị sớm và đúng cách. Do vậy, công tác phòng bệnh, khám ban đầu và tư vấn vô sinh đóng vai trò đặc biệt quan trọng. Đó chính là lý do chúng tôi đã chọn nghiên cứu đề tài **“Thực trạng vô sinh ở các cặp vợ chồng trong độ tuổi sinh đẻ và hiệu quả của một số giải pháp can thiệp tại tỉnh Thái Nguyên”**, với mục tiêu nghiên cứu:

1. *Mô tả thực trạng vô sinh ở các cặp vợ chồng trong độ tuổi sinh đẻ tại tỉnh Thái Nguyên năm 2018.*

2. *Phân tích một số yếu tố liên quan đến vô sinh trên đối tượng nghiên cứu*

3. *Đánh giá hiệu quả một số giải pháp can thiệp cải thiện hoạt động tư vấn và khám ban đầu vô sinh của cán bộ y tế cơ sở.*

### **Tính cấp thiết của luận án**

Thái Nguyên là một tỉnh miền núi thuộc khu vực phía Bắc Việt Nam. Cũng như các tỉnh khác trong cả nước, tỉ lệ vô sinh của Thái Nguyên đang có xu hướng tăng trong những năm gần đây. Nghiên cứu tìm hiểu thực trạng vô sinh tại Thái Nguyên cũng như các giải pháp can thiệp cải thiện hoạt động tư vấn và khám ban đầu vô sinh của cán bộ y tế cơ sở tại Thái Nguyên còn hạn chế.

### **Những đóng góp mới của luận án**

Là công trình nghiên cứu đầu tiên về khảo sát thực trạng vô sinh và các giải pháp can thiệp phù hợp, hiệu quả cải thiện năng lực tư vấn và khám ban đầu vô sinh của cán bộ y tế cơ sở.

## **Bố cục của luận án**

Luận án có 135 trang, bao gồm các phần: đặt vấn đề (2 trang), tổng quan (30 trang), đối tượng và phương pháp nghiên cứu (22 trang), kết quả nghiên cứu (46 trang), bản luận (32 trang), kết luận (2 trang), khuyến nghị (1 trang). Luận án có 45 bảng, 3 biểu đồ và 5 hộp. 109 tài liệu tham khảo, trong đó có 40 tài liệu tiếng Việt và 69 tài liệu tiếng Anh.

## **Chương 1 TỔNG QUAN**

### **1.2. Tình hình vô sinh ở trên Thế giới và ở Việt Nam**

#### **1.2.1. Một số khái niệm về vô sinh**

##### **1.2.1.1. Định nghĩa vô sinh**

Theo định nghĩa của Tổ chức Y tế thế giới (WHO) và bộ Y tế Việt Nam, vô sinh là tình trạng một cặp vợ chồng mong muốn có thai, sinh hoạt tình dục đều đặn không dùng một biện pháp tránh thai nào mà không có thai trong vòng 12 tháng, ở những phụ nữ lớn tuổi (trên 35 tuổi) thì thời gian này là 6 tháng. Một số trường hợp có bất thường, như nữ giới sau 18 tuổi chưa có kinh, hoặc nam giới tuổi trưởng thành bị liệt dương thì được kết luận là vô sinh.

##### **1.2.1.2. Phân loại vô sinh**

- Vô sinh nguyên phát, hay còn gọi là vô sinh một (VSI) là trong tiền sử chưa có thai lần nào.

- Vô sinh thứ phát hay, còn gọi là vô sinh hai (VSII) là trong tiền sử ít nhất đã có một lần có thai.

##### **1.2.2. Tình hình vô sinh trên thế giới**

Theo báo cáo của Snow M và cộng sự về tỷ lệ vô sinh ở Mỹ cho thấy, tỷ lệ vô sinh ở các cặp vợ chồng là 6,9%, 7,0%, 5,8%, 6,3%, 7,0%, 7,2% và 8,1% vào năm 1995, 2002, 2006–2010, 2011–2013, 2013–2015, 2015–2017 và 2017–2019 tương ứng. Ở Châu Phi, theo một nghiên cứu tổng quan, tỷ lệ vô sinh chiếm khoảng 16%. Tác giả Zhou Z cho thấy, ở Trung Quốc, tỷ lệ vô sinh là 25%. Tác giả Liang S chỉ ra rằng, vô sinh nguyên phát chiếm 6,54%, thứ phát chiếm 18,04%. Nhìn chung, tỉ lệ vô sinh trong khoảng từ 10% - 20%, trong đó nguyên nhân vô sinh do nam và nữ tương đương nhau, tỉ lệ này có xu hướng ngày càng tăng, tỉ lệ vô sinh không rõ nguyên nhân còn nhiều.

### **1.2.3. Tình hình vô sinh ở Việt Nam**

Tại Việt Nam, theo nghiên cứu Nguyễn Việt Tiến và cộng sự (2010) tỉ lệ vô sinh tại Việt Nam ở mức trung bình 7,7%. Trong đó, tỉ lệ vô sinh nguyên phát là 3,9% và vô sinh thứ phát là 3,8%. Theo một nghiên cứu năm 2021 của tác giả Kim N.I và cộng sự, tỷ lệ vô sinh ở Việt Nam là 5%, trong đó vô sinh nguyên phát chiếm 1,4% và vô sinh thứ phát chiếm 3,6%. Trong nghiên cứu của Trịnh Hùng Dũng, vô sinh do vợ chiếm 45,1%, vô sinh do chồng chiếm 37,6% và vô sinh do cả 2 vợ chồng là 9,2%.

### **1.3. Một số yếu tố liên quan đến vô sinh**

#### **1.3.1. Yếu tố về đặc điểm sinh học của vợ và chồng**

##### **1.3.1.2. Một số yếu tố liên quan đến vô sinh nữ**

###### **\* Viêm nhiễm đường sinh dục**

Một số tác nhân gây viêm nhiễm, như nấm *Candidas Albican*, *Clamydia Trachomatis*, trùng roi, lậu, giang mai... Viêm nhiễm làm thay đổi pH âm đạo, ảnh hưởng đến khả năng sống sót của tinh trùng trước khi vào được trong buồng tử cung. Ảnh hưởng khả năng thụ thai. Viêm sinh dục được thừa nhận là một nguyên nhân gây vô sinh phổ biến ở các nước đang phát triển. Theo nghiên cứu của Nguyễn Đức Vy (2003) tại bệnh viện Phụ sản Trung Ương, 57,6% đối tượng vô sinh nghiên cứu đã từng và hoặc đang bị viêm sinh dục.

###### **\* Tiền sử sản phụ khoa**

Tiền sử trong sinh đẻ, như đẻ nhiễm trùng, sảy thai, nạo hút thai... dẫn đến biến chứng nhiễm khuẩn hậu sản, chảy máu là nguyên nhân hàng đầu dẫn đến vô sinh (VSII). Các bệnh phụ khoa không được điều trị kịp thời, như u xơ tử cung, Polyp buồng tử cung, các khối u buồng trứng... Các phẫu thuật vùng tiểu khung, phẫu thuật vòi tử cung... Cũng là nguyên nhân gây vô sinh chiếm tỉ lệ không nhỏ. Theo Trần Hoàng Nhật Anh, nguyên nhân rối loạn phóng noãn chiếm tỷ lệ 60%, trong đó hội chứng buồng trứng đa nang chiếm tỷ lệ 44%.

##### **1.3.1.3. Một số yếu tố liên quan đến vô sinh nam**

###### **\* Tiền sử viêm nhiễm sinh dục**

Bao gồm viêm tinh hoàn (do quai bị, giang mai, lậu...), viêm nhiễm đường dẫn tinh (mào tinh hoàn, túi tinh, tuyến tiền liệt), viêm niệu đạo. Nam giới có tiền sử bị viêm sinh dục làm tăng nguy cơ bị vô sinh. Theo tác giả Nguyễn Hoài Bắc và Phạm Minh Quân, có 9,3% vô sinh nam do giãn tĩnh mạch tinh, 5,6% do viêm tinh hoàn do quai bị, 0,9% do viêm nhiễm đường sinh dục do các nguyên nhân khác.

*\* Tiền sử sang chấn tinh hoàn*

Do ngã, chấn thương có thể làm giập tinh hoàn, dẫn đến teo tinh hoàn về sau. Các phẫu thuật vùng bẹn có thể làm tổn thương mạch máu nuôi dưỡng tinh hoàn, thừng tinh. Tiền sử sang chấn tinh hoàn làm tăng nguy cơ không có tinh trùng.

**1.3.2. Yếu tố liên quan thuộc hành vi của vợ và chồng**

**1.3.2.1. Chế độ dinh dưỡng**

- Với phụ nữ, thiếu máu dinh dưỡng, thiếu các tế bào hồng cầu khỏe mạnh cũng gây ra vô sinh, nguyên nhân là do thiếu sắt hoặc không đủ vitamin B12 và folate. Một chế độ dinh dưỡng cân bằng, hợp lý sẽ tác động tích cực tới khả năng sinh sản.

**1.3.4. Các yếu tố liên quan thuộc hệ thống y tế**

Để phát hiện và điều trị, người bệnh cần có kiến thức cơ bản và đi khám sớm, đúng chuyên khoa. Bên cạnh đó, việc khám sàng lọc phát hiện sớm và điều trị kịp thời những bất thường của cơ quan sinh sản và các bệnh lý có thể gây vô sinh đóng một vai trò quan trọng trong việc phòng ngừa tình trạng vô sinh cả ở nam và nữ giới. Chính vì vậy vai trò của hệ thống chăm sóc y tế, đặc biệt là chăm sóc sức khỏe sinh sản, hết sức quan trọng và nhất là ở tuyến y tế cơ sở. Theo kết quả nghiên cứu của Bùi Đông Tiến và cộng sự tại Thành phố Hồ Chí Minh cho thấy, người bệnh vô sinh cho rằng các hoạt động truyền thông về vô sinh còn hạn chế, nội dung và hình thức nghèo nàn. Từ đó dẫn đến việc người dân thiếu các kiến thức về vô sinh như nguyên nhân, chẩn đoán vô sinh và đây là nguyên nhân dẫn đến việc chậm trễ trong điều trị vô sinh.

**1.4. Giải pháp can thiệp cộng đồng về vô sinh**

- Can thiệp nâng cao năng lực cho cán bộ y tế về các vấn đề liên quan tới vô sinh: Tổ chức đào tạo và đào tạo lại cho các cán bộ trạm y tế xã và nhân viên y tế thôn bản các xóm, cập nhật thông tin và cung cấp các tài liệu liên quan tới CSSKSS, phòng chống vô sinh. Theo một số nội dung liên quan chủ yếu tới vô sinh.

- Can thiệp nâng cao KAP về CSSKSS cho các cặp vợ chồng tuổi sinh đẻ của các xã can thiệp: Truyền thông thay đổi hành vi, nhận biết sớm các dấu hiệu, nguy cơ dẫn tới vô sinh. Cung cấp tài liệu học tập, cung cấp tờ rơi nội dung về cách phòng chống viêm nhiễm sinh dục, sử dụng các thuốc và dụng cụ tránh thai, các yếu tố liên quan tới vô sinh.

## Chương 2

### ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

#### 2.1. Đối tượng nghiên cứu định lượng và định tính

##### 2.1.1. Đối tượng nghiên cứu của mục tiêu 1 và mục tiêu 2

- Các cặp vợ chồng trong độ tuổi sinh đẻ từ 18 - 49 tuổi (phù hợp với Luật Hôn nhân và gia đình năm 2014 quy định nữ được phép kết hôn khi đủ 18 tuổi).

##### 2.1.2. Đối tượng nghiên cứu của mục tiêu 3

- Cán bộ y tế cơ sở phụ trách công tác CSSKSS tại Bệnh viện huyện, Trung tâm y tế huyện, trạm y tế xã, phường hoặc thị trấn, bao gồm Bác sĩ, điều dưỡng hoặc hộ sinh.

#### 2.2. Địa điểm nghiên cứu

Đối với nghiên cứu mô tả: chọn 12 xã phường, tại thành phố Thái Nguyên, huyện Phú Bình và huyện Võ Nhai. Đối với nghiên cứu can thiệp, chọn chủ đích huyện Võ Nhai và huyện Phú Bình tham gia nghiên cứu.

**2.3. Thời gian nghiên cứu:** Từ tháng 01/2018 đến tháng 05/2020, được chia làm 3 giai đoạn.

#### 2.4. Phương pháp nghiên cứu

##### 2.4.1. Nghiên cứu mô tả

Sử dụng phương pháp nghiên cứu mô tả cắt ngang, kết hợp định tính và định lượng.

##### 2.4.1.2. Cỡ mẫu cho nghiên cứu định lượng

- Mẫu nghiên cứu mô tả, cỡ mẫu được tính theo công thức:

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

$Z_{(1-\alpha/2)}$ : Hệ số tin cậy (Với độ tin cậy 95% thì  $Z_{(1-\alpha/2)}=1,96$ ); p: Tỷ lệ cặp vợ chồng vô sinh, theo nghiên cứu trước là 7,7%,  $p = 0,077$ ;  $\epsilon$ : độ sai lệch mong muốn, chọn  $d = 0,01$ . Tính được  $n = 2257$  cặp, cộng thêm 10% đề phòng bỏ cuộc do nghiên cứu lâu dài và hạn chế sai số. Cỡ mẫu tối thiểu tính được là 2482 người, làm tròn  $n = 2500$  cặp vợ chồng.

##### 2.4.1.3. Chọn mẫu cho nghiên cứu mô tả định lượng

Sử dụng phương pháp chọn mẫu phân tầng để lựa chọn mẫu tham gia nghiên cứu.

##### 2.4.1.4. Cỡ mẫu và chọn mẫu cho nghiên cứu định tính

Thu thập các số liệu định tính, thông qua 18 cuộc phỏng vấn sâu (PVS) và 9 buổi thảo luận nhóm (TLN) để bổ sung cho nghiên cứu định lượng.

### **2.4.3. Nghiên cứu can thiệp**

#### **2.4.3.1. Thiết kế nghiên cứu**

Nghiên cứu can thiệp cộng đồng có nhóm chứng, kết hợp định tính và định lượng.

#### **2.4.3.2. Cỡ mẫu nghiên cứu can thiệp**

- Cỡ mẫu can thiệp

+ Nhóm can thiệp- huyện Phú Bình: Chọn toàn bộ cán bộ y tế cơ sở gồm bác sĩ, điều dưỡng và hộ sinh phụ trách công tác CSSKSS tại Bệnh viện huyện, Trung tâm y tế huyện, trạm y tế xã, phường hoặc thị trấn thuộc huyện Phú Bình vào nhóm can thiệp, trong nghiên cứu chọn được 41 cán bộ y tế tham gia nhóm can thiệp. Nhóm chứng-Huyện Võ Nhai chọn được 30 cán bộ y tế tham gia nhóm chứng.

### **2.5. Nội dung can thiệp**

\* **Cơ sở khoa học xây dựng chương trình, giải pháp can thiệp:** Dựa vào kết quả khảo sát tình hình vô sinh trong giai đoạn 1 và phân tích các yếu tố liên quan cũng như phân tích kết quả phỏng vấn sâu và thảo luận để làm cơ sở xây dựng chương trình can thiệp tác động vào 2 nhóm đối tượng là CBYT tuyến cơ sở và các cặp vợ chồng trong độ tuổi sinh đẻ.

#### **2.5.1. Hình thức can thiệp**

\* **Hoạt động 1. Tập huấn/Hội thảo**

Tổ chức 01 khóa tập huấn “Nâng cao năng lực khám, tư vấn về vô sinh cho cán bộ y tế cơ sở”.

\* **Hoạt động 2. Truyền thông giáo dục sức khỏe về vô sinh**

Tiến hành truyền thông gián tiếp về vô sinh theo các hình thức: Phát tờ rơi, treo băng rôn khẩu hiệu, áp phích, phát thanh qua loa, truyền hình... Kết hợp thực hiện truyền thông giáo dục sức khỏe trực tiếp về vô sinh thông qua các buổi nói chuyện sức khỏe, thảo luận nhóm, tư vấn sức khỏe về vô sinh.

\* **Hoạt động 3. Hoạt động giám sát hỗ trợ, đào tạo nâng cao năng lực khám ban đầu, tư vấn về vô sinh**

Sau tập huấn, cán bộ YTCS thực hiện hoạt động khám ban đầu, tư vấn về vô sinh trên địa bàn công tác. Các giảng viên của khóa tập huấn tiến hành xuống địa bàn giám sát hoạt động khám ban đầu, tư vấn về vô sinh của CBYT cơ sở 01 tháng/01 lần và thực hiện trong 12 tháng.

#### **2.5.2. Giải pháp can thiệp bằng kỹ thuật chuyên môn**

- Can thiệp nâng cao năng lực cho CBYT về các vấn đề liên

quan tới vô sinh. Tổ chức đào tạo và đào tạo lại cho các cán bộ TYT xã và NVYTTB các xóm, cập nhật thông tin và cung cấp các tài liệu liên quan tới CSSKSS, phòng chống vô sinh.

## **2.6. Biện số, chỉ số nghiên cứu**

### **2.6.1. Biện số và chỉ số nghiên cứu cho mục tiêu 1**

\* *Biện số về đặc điểm nhân khẩu học*: Độ tuổi, nghề nghiệp, trình độ học vấn, dân tộc, tôn giáo.

\* *Chỉ số về tỷ lệ vô sinh*: Tỷ lệ vô sinh ở các cặp vợ chồng trong độ tuổi sinh đẻ

### **2.6.2. Biện số và chỉ số cho mục tiêu 2.**

- Biện phụ thuộc: Tỷ lệ vô sinh. Biện độc lập: Nhóm tuổi, thể trạng, hành vi của vợ chồng, yếu tố về tiền sử sản khoa, viêm nhiễm sinh dục, vai trò của cán bộ y tế tuyến cơ sở trong việc khám phát hiện vô sinh.

### **2.6.3. Biện số, chỉ số nghiên cứu cho mục tiêu 3**

\* Thông tin chung của cán bộ y tế tuyến cơ sở

\* Năng lực khám và tư vấn vô sinh của CBYT tuyến cơ sở: Kiến thức, thái độ, kỹ năng về khám và tư vấn vô sinh.

\* Chỉ số về hiệu quả can thiệp năng lực khám và tư vấn vô sinh của CBYT tuyến cơ sở:

- Hiệu quả can thiệp trong việc cải thiện kiến thức, thái độ, kỹ năng khám vô sinh và tư vấn vô sinh của CBYT tuyến cơ sở

## **2.7. Tiêu chuẩn đánh giá**

### **2.7.2. Các chỉ số để đánh giá kiến thức, thái độ, kỹ năng (KAS)**

- Đánh giá mức độ kiến thức, kỹ năng: Kiến thức, kỹ năng được xác định thông qua phiếu phỏng vấn và bảng kiểm; được chấm điểm và tính tổng điểm và được phân theo 3 mức như hướng dẫn dưới đây:

<b>Phần trăm (điểm)</b>	<b>Giải thích</b>
≥ 80% (tổng số điểm):	Xếp loại tốt/ đạt.
> 60- < 80% tổng số điểm):	Xếp loại trung bình/ chưa đạt.
≤ 60% (tổng số điểm):	Xếp loại yếu/ chưa đạt.

## **2.9. Phương pháp xử lý số liệu**

Số liệu được nhập liệu bằng phần mềm Epidata 3.1 và xử lý bằng phần mềm SPSS 23.0 theo phương pháp thống kê y học.

## **2.10. Khống chế sai số**

Khống chế sai số được tính toán ngay từ khi lập phiếu điều tra, chỉnh sửa cho phù hợp trước khi mang đi điều tra. Đội ngũ nhóm nghiên cứu điều tra được tập huấn kỹ, các phiếu được làm sạch tại cộng đồng.

### 2.11. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu không tác động gì tới sức khỏe đối tượng tham gia nghiên cứu và có tác dụng nâng cao sức khỏe người dân trong cộng đồng. Nghiên cứu cũng góp phần nâng cao năng lực CBYT cơ sở. Nghiên cứu được thông qua Hội đồng khoa học Trường Đại học Y Dược Thái Nguyên trước khi tiến hành nghiên cứu.

## Chương 3 KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

### 3.1. Đặc điểm nhân khẩu học và thực trạng vô sinh của đối tượng nghiên cứu

#### 3.1.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

**Bảng 3.1. Phân bố theo nhóm tuổi của các đối tượng nghiên cứu**

Nhóm tuổi	Tuổi người vợ		Tuổi người chồng	
	SL	%	SL	%
18 – 29	845	33,8	488	19,5
30 – 39	1109	44,4	1167	46,7
40 – 49	546	21,8	845	33,8
Tuổi trung bình	33,3 ± 7,3		36,4 ± 11,2	
<b>Tổng</b>	2500	100,0	2500	100,0

**Nhận xét:** Độ tuổi trung bình của vợ là  $33,3 \pm 7,3$  tuổi. Độ tuổi trung bình của chồng là  $36,4 \pm 11,2$  tuổi.

#### 3.1.2. Thực trạng vô sinh của đối tượng nghiên cứu

**Bảng 3.4. Tỷ lệ vô sinh ở các cặp vợ chồng trong độ tuổi sinh đẻ (n=2500)**

Đặc điểm		Số lượng	Tỷ lệ (%)
<b>Không vô sinh</b>		2404	96,2
<b>Vô sinh</b>		96	3,8
<b>Phân loại</b>	Nguyên phát	53	2,1
	Thứ phát	43	1,7
<b>Giới tính</b>	Vô sinh nam	36	1,4
	Vô sinh nữ	60	2,4
<b>Tổng</b>		2500	100,0

**Nhận xét:** Tỷ lệ vô sinh của các cặp vợ chồng trong độ tuổi sinh đẻ chiếm 3,8% (96/2500 cặp vợ chồng). Trong đó, vô sinh nguyên phát chiếm 2,1% và vô sinh thứ phát chiếm 1,7%.



**Bảng 3.8. Phân bố tiền sử viêm nhiễm của người vợ trong các cặp vợ chồng vô sinh (n=96)**

Tiền sử viêm nhiễm	SL	%
Viêm tiêu khung	7	7,3
Viêm âm hộ	21	21,9
Viêm âm đạo	32	33,3
Viêm cổ tử cung	15	15,6
Bệnh STD	4	4,2
Tiểu đường	16	16,7
Tắc ống dẫn trứng	10	10,4

**Nhận xét:** Trong số những người vợ vô sinh, có 33,3% người vợ có tiền sử viêm âm đạo; 21,9% người vợ có tiền sử viêm âm hộ; 15,6% người vợ viêm cổ tử cung; 16,7% người vợ có tiền sử mắc đái tháo đường; 10,5% người vợ tắc ống dẫn trứng; có 4,2% người vợ đã từng mắc STD.

**Bảng 3.9. Phân bố tiền sử bất thường tinh trùng của người chồng trong các cặp vợ chồng vô sinh (n=96)**

Bất thường tinh trùng	Người chồng	
	SL	%
Chồng triệt sản	1	1,0
Bất thường tinh trùng	26	27,1
Không có tinh trùng	4	4,2
Tỷ lệ tinh trùng di động giảm	29	30,2
Mật độ tinh trùng giảm	25	26,0
Tỷ lệ tinh trùng sống thấp	25	26,0

**Nhận xét:** Trong số những người chồng vô sinh, có 27,1% người chồng có bất thường tinh trùng; 30,2% người chồng có tỷ lệ tinh trùng di động giảm; 26% người chồng có mật độ tinh trùng giảm và 26,0% người chồng có tỷ lệ tinh trùng sống thấp.

**Bảng 3.11. Phân bố tỷ lệ vô sinh trong quần thể nghiên cứu theo nhóm tuổi**

Nhóm tuổi		Số lượng	Số mắc	Tỷ lệ %
Tuổi vợ	18 – 29	845	41	4,9
	30 – 39	1109	33	3,0
	40 – 49	546	22	4,0
Tuổi chồng	18 – 29	488	29	5,9
	30 – 39	1167	42	3,6
	40 – 49	845	25	3,0
<b>Tổng</b>		<b>2500</b>	<b>96</b>	<b>3,8</b>

**Nhận xét:** Tỷ lệ mắc bệnh vô sinh ở nhóm tuổi 18 – 29 cao nhất ở cả vợ và chồng với tỷ lệ lần lượt là 4,9% và 5,9%. Tỷ lệ mắc vô sinh thấp nhất ở người vợ là lứa tuổi 30 – 39 (chiếm 3,0%) và ở người chồng là ở lứa tuổi 40-49 tuổi chiếm 3,0%.

### 3.2. Phân tích một số yếu tố liên quan đến vô sinh

#### 3.2.2. Các yếu tố liên quan thuộc hành vi của vợ và chồng

**Bảng 3.17. Mối liên quan giữa tiền sử sảy thai ở người vợ với vô sinh (n=2500)**

Sảy thai	Vô sinh		Không vô sinh		Tổng (SL, %)	OR (95%CI)	p
	SL	%	SL	%			
Có sảy thai	16	6,0	252	94,0	268(10,7)	<b>1,71</b> <b>(1,0-2,9)</b>	<b>&lt;0,05</b>
Không sảy thai	80	3,6	2152	96,4	2232(89,3)		
Tổng số	96	3,8	2404	96,2			

**Nhận xét:** Số lần sảy thai có mối liên quan có ý nghĩa thống kê với vô sinh nữ ( $p < 0,05$ ). Tỷ lệ người bị vô sinh có tiền sử sảy thai là 6,0%, cao hơn tỷ lệ này ở những người không sảy thai (chiếm 3,6%).

**Bảng 3.18. Mối liên quan giữa tiền sử chữa ngoài tử cung ở người vợ với vô sinh**

Chữa ngoài tử cung	Vô sinh		Không vô sinh		OR (95%CI)	p
	SL	%	SL	%		
Có	6	14,6	35	85,4	4,51 (1,9-11,0)	<b>&lt;0,05</b>
Không	90	3,7	2369	96,3		
Tổng số	96	3,8	2404	96,2		

**Nhận xét:** Tiền sử chữa ngoài tử cung có mối liên quan có ý nghĩa thống kê với tình trạng vô sinh ở nữ giới,  $p < 0,05$ . Số người có tiền sử chữa ngoài tử cung bị vô sinh (chiếm 14,6%) cao hơn những người không có tiền sử chữa ngoài tử cung (3,7%).

**Bảng 3.20. Liên quan giữa đặc điểm chu kỳ kinh của người vợ với vô sinh**

Yếu tố phơi nhiễm		Vô sinh		Không vô sinh		OR (95%CI)	P
		SL	%	SL	%		
Vô kinh	Có	10	13,9	62	86,1	4,39 (2,18-8,86)	<0,05
	Không	86	3,5	2342	96,6		
Chu kỳ kinh	Không đều	32	8,9	328	91,1	3,16 (2,03-4,90)	<0,05
	Đều	64	3,0	2072	97,0		
Tổng cộng		96	3,8	2404	96,2		

**Nhận xét:** Tiền sử vô kinh và đặc điểm chu kỳ kinh ở người vợ có mối liên quan có ý nghĩa thống kê với vô sinh nữ ( $p < 0,05$ ). Tỷ lệ những người có tiền sử vô kinh thứ phát bị vô sinh chiếm 13,9%, cao hơn so với những người không vô kinh (3,5). Tỷ lệ những người có tiền sử kinh nguyệt không đều bị vô sinh chiếm 8,9%, cao hơn so với những người có kinh nguyệt đều (3,5).

### 3.2.3. Các yếu tố liên quan đến vai trò của cán bộ y tế tuyến cơ sở

**Bảng 3.23. Mối liên quan giữa việc khám phụ khoa hàng năm tại trạm y tế với vô sinh**

Yếu tố liên quan		Vô sinh		Không vô sinh		OR (95%CI)	P
		SL	%	SL	%		
Đi khám phụ khoa	Không	50	5,5	857	94,5	1,96 (1,3-2,95)	<0,05
	Có	46	2,9	1543	97,1		
Tổng		96	3,8	2400	96,2		

**Nhận xét:** Có mối liên quan giữa việc đi khám phụ khoa hàng năm của người vợ với tỷ lệ vô sinh ở các cặp vợ chồng trong độ tuổi sinh đẻ ( $p < 0,05$ ).

## 3.3. Đánh giá hiệu quả can thiệp cải thiện kỹ năng khám ban đầu và tư vấn phòng chống vô sinh cho cán bộ y tế tuyến cơ sở

### 3.3.2. Kết quả triển khai các giải pháp can thiệp

**Giải pháp 1:** Truyền thông giáo dục sức khỏe về phòng chống vô sinh: Đã có 10.000 tờ rơi được phát đến tay các cặp vợ chồng trong độ tuổi sinh đẻ thuộc 20 xã của huyện Phú Bình. Có 20 băng rôn, khẩu hiệu được treo tại thuộc 20 xã của huyện Phú Bình. Đã có 200 bản tin truyền thanh được phát tại các thôn xóm của 20 xã của huyện Phú Bình.

**Giải pháp 2:** 1 khóa tập huấn nâng cao năng lực khám và tư vấn vô sinh cho cán bộ y tế cơ sở được tổ chức trong 3 ngày với sự tham gia của 41/ 42 cán bộ y tế phụ trách chương trình CSSKSS của 20 xã và trung tâm y tế thuộc huyện Phú Bình đạt 97,6%.

**3.3.3. Hiệu quả giải pháp nâng cao năng lực khám tư vấn vô sinh cho cán bộ y tế cơ sở**

**Bảng 3.36. Hiệu quả can thiệp trong cải thiện kiến thức tổng quan về vô sinh**

Kiến thức đúng	Nhóm can thiệp				p	Nhóm chứng				p	HQCT
	Trước CT		Sau CT			Trước CT		Sau CT			
	SL	%	SL	%		SL	%	SL	%		
Định nghĩa vô sinh	31	76,5	40	97,6	<0,01	20	66,7	25	83,3	>0,05	2,7
Độ tuổi giảm khả năng sinh sản ở nữ giới	3	7,3	30	73,2	0,001	8	26,7	16	53,3	<0,01	803,1
Độ tuổi giảm khả năng sinh sản ở nam giới	2	4,9	31	75,6	0,001	3	10,0	7	23,3	>0,05	1428,1
Vô sinh có thể chữa được	13	31,7	34	82,9	0,001	10	33,3	17	56,7	<0,05	91,2

**Nhận xét:** Sau can thiệp, tỷ lệ cán bộ y tế có kiến thức đúng về định nghĩa vô sinh tăng có ý nghĩa thống kê lên 96,7%, với HQCT đạt 2,7 %. Tỷ lệ CBYT có kiến thức đúng về độ tuổi giảm khả năng sinh sản ở nữ giới và nam giới tăng đáng kể lên 73,2% và 75,6%, với HQCT đạt lần lượt là 803,1% và 1428,1%. Tỷ lệ CBYT hiểu rằng vô sinh có thể chữa được sau can thiệp tăng lên 82,9%, với HQCT đạt 91,2%.

**Bảng 3.39. Hiệu quả can thiệp trong cải thiện kiến thức chung về khám, tư vấn và điều trị vô sinh của cán bộ y tế cơ sở**

Kiến thức		Trước CT		Sau CT		p	CSHQ (%)
		SL	%	SL	%		
Nhóm can thiệp	Kiến thức đạt	1	2,4	35	85,4	<0,001	85,0
	Kiến thức không đạt	40	97,6	6	14,6		
Nhóm chứng	Kiến thức đạt	2	6,7	9	30,0	<0,05	25,0
	Kiến thức không đạt	28	93,3	21	70,0		
Hiệu quả can thiệp (%)							60,0

**Nhận xét:** Trước can thiệp, tỷ lệ kiến thức chung về khám, tư vấn và điều trị vô sinh của cán bộ y tế tuyến cơ sở còn thấp, chiếm 2,4% và 6,7%. Sau can thiệp, ở nhóm can thiệp, tỷ lệ CBYT cơ sở có kiến thức ở mức độ đạt sau can thiệp tăng có ý nghĩa thống kê lên 85,4% so với trước can thiệp (2,4%), với CSHQ đạt 85%. Hiệu quả can thiệp trong việc cải thiện kiến thức chung về khám, tư vấn và điều trị vô sinh của cán bộ y tế tuyến cơ sở đạt 60,0%.

**Bảng 3.41. Hiệu quả can thiệp cải thiện thái độ của cán bộ y tế tuyến cơ sở trong việc khám, phát hiện và tư vấn phòng chống vô sinh**

Thái độ		Trước CT		Sau CT		p	CSHQ (%)
		SL	%	SL	%		
Nhóm can thiệp	Tích cực	19	46,3	41	100	<i>&lt;0,001</i>	115,9
	Không tích cực	22	53,7	0	0		
Nhóm chứng	Thái độ tích cực	7	23,3	9	30,0	<i>&gt;0,05</i>	28,8
	Không tích cực	23	76,7	21	70,0		
Hiệu quả can thiệp (%)							87,1

**Nhận xét:** Sau can thiệp, ở nhóm can thiệp, tỷ lệ CBYT có thái độ tích cực trong việc khám, phát hiện và tư vấn phòng tránh vô sinh ở tuyến cơ sở đã tăng có ý nghĩa lên 100% so với trước can thiệp (chiếm 46,3%), với CSHQ đạt 115,9%. Hiệu quả can thiệp trong việc cải thiện thái độ chung về khám, tư vấn và điều trị vô sinh của cán bộ y tế tuyến cơ sở đạt 87,1%,  $p < 0,001$ .

**Bảng 3.42. Hiệu quả can thiệp cải thiện kỹ năng khám của cán bộ y tế tuyến cơ sở**

Kỹ năng đúng	Nhóm can thiệp				p	Nhóm chứng				P	HQCT
	Trước CT		Sau CT			Trước CT		Sau CT			
	SL	%	SL	%		SL	%	SL	%		
Khám bộ phận sinh dục ngoài	10	24,4	38	92,7	0,001	7	23,3	13	43,3	<0,05	194,1
Khám âm hộ	20	48,8	38	92,7	0,001	15	50,0	15	50,0	>0,05	89,9
Khám âm đạo	14	34,1	37	90,2	0,001	11	36,7	14	46,7	>0,05	137,3
Khám tình trạng cổ tử cung	11	26,8	39	95,1	0,001	9	30,0	12	40,0	>0,05	221,5
Khám phần phụ trái	12	29,3	37	90,2	0,001	11	36,7	14	46,7	>0,05	180,6
Khám phần phụ phải	13	31,7	37	90,2	0,001	10	33,3	16	53,3	<0,05	124,4

**Nhận xét:** Sau can thiệp, kỹ năng đúng trong việc khám bộ phận sinh dục, khám âm hộ đều tăng lên 92,7% ; khám âm đạo, khám phần phụ tăng lên 90,2%; khám cổ tử cung tăng lên 95%, ( $p < 0,001$ ). Hiệu quả can thiệp đạt cao nhất là 221,5%. Ở thời điểm sau can thiệp, đa số các kỹ năng khám của cán bộ y tế ở nhóm chứng được cải thiện không đáng kể so với thời điểm trước can thiệp ( $p > 0,05$ ).

**Bảng 3.45. Hiệu quả can thiệp trong cải thiện kỹ năng chung về khám, tư vấn và điều trị vô sinh**

Kỹ năng		Trước CT		Sau CT		p	CSHQ (%)
		SL	%	SL	%		
Nhóm can thiệp	Kỹ năng đạt	6	14,6	39	95,1	<0,001	551,4
	Kỹ năng không đạt	35	85,4	2	4,9		
Nhóm chứng	Kỹ năng đạt	1	3,3	5	16,7	>0,05	13,9
	Kỹ năng không đạt	29	96,7	25	83,3		
Hiệu quả can thiệp (%)							537,5

**Nhận xét:** Sau can thiệp, ở nhóm can thiệp, tỷ lệ CBYT cơ sở có kỹ năng ở mức độ đạt sau can thiệp tăng có ý nghĩa thống kê lên 95,1% so với trước can thiệp (14,6%), với CSHQ đạt 551,4%. Hiệu quả can thiệp trong cải thiện kỹ năng chung về khám, tư vấn và điều trị vô sinh của cán bộ y tế tuyến cơ sở đạt 537,5%

**Hộp 3.5. Hiệu quả giải pháp can thiệp cải thiện hoạt động khám và tư vấn vô sinh của CBYT ở Huyện Phú Bình**

“...Theo tôi, hoạt động can thiệp nâng cao năng lực khám chữa và tư vấn vô sinh cho cán bộ y tế tuyến xã ở huyện chúng tôi đã đạt được kết quả nhất định. Theo báo cáo, các chương trình khám và tư vấn về vô sinh được triển khai nhiều hơn và thường xuyên hơn ở các xã. Bản thân tôi đánh giá cao hiệu quả của chương trình này. Hoạt động này nên được nhân rộng và duy trì vì nó cũng khá dễ tổ chức và ít tốn tiền ...”

**Lãnh đạo TTYT huyện Phú Bình**

“Từ khi được tập huấn về, tôi và đồng chí nữ hộ sinh cũng thấy khả năng khám phát hiện và chữa các bệnh gây vô sinh của chúng tôi được cải thiện rõ rệt. Khi khám xong cũng dành nhiều thời gian tư vấn cho họ hơn. Mình khám và tư vấn nhiệt tình nên bà con cũng tin tưởng và đến khám nhiều hơn, rồi người họ truyền người kia nên càng có nhiều người đến khám hơn. Chúng tôi cũng thấy mình có vai trò và trách nhiệm quan trọng hơn trong việc phòng chống vô sinh cho người dân....”

**Trạm trưởng trạm y tế xã Thanh Ninh- Phú Bình**

## Chương 4 BÀN LUẬN

### **4.1. Mô tả thực trạng vô sinh ở các ở các cặp vợ chồng trong độ tuổi sinh đẻ tại tỉnh Thái Nguyên năm 2018.**

#### ***4.1.1. Đặc điểm về nhân khẩu học của các cặp vợ chồng trong độ tuổi sinh đẻ***

##### ***\* Đặc điểm về tuổi***

Kết quả nghiên cứu cho thấy, đa số các cặp vợ chồng tham gia nghiên cứu thuộc nhóm tuổi 30-39 tuổi, chiếm 44,4% và 46,7%. Tuổi trung bình của vợ là  $33,3 \pm 7,3$  tuổi, của chồng là  $36,4 \pm 11,2$ . Ở độ tuổi này là độ tuổi bắt đầu có sự giảm sút về khả năng sinh sản của người vợ. Trong nghiên cứu của Đỗ Thị Kim Ngọc tại Cần Thơ, tuổi trung bình của vợ  $34,4 \pm 7,5$  nằm trong độ tuổi sinh đẻ, trong đó độ tuổi từ 30-39 chiếm tỷ lệ cao nhất 43,9%. Tuổi trung bình của chồng là  $37,7 \pm 7,6$ , nằm trong độ tuổi sinh đẻ, cao nhất  $>30$  tuổi (62,9%), kể đến là  $>40$  tuổi (38,1%).

#### ***4.1.2. Thực trạng vô sinh ở các ở các cặp vợ chồng trong độ tuổi sinh đẻ tại tỉnh Thái Nguyên năm 2018***

##### ***4.1.2.1. Tỷ lệ bệnh***

Kết quả nghiên cứu cho thấy, tỷ lệ vô sinh của các cặp vợ chồng trong độ tuổi sinh đẻ chiếm 3,8% (96/2500 cặp vợ chồng). Kết quả này cho thấy cứ trong 1000 cặp thì có đến 38 cặp vợ chồng vô sinh. Vô sinh có tác động tiêu cực đến sức khỏe và cuộc sống của cá nhân thông qua các biểu hiện trầm cảm, lo lắng, căng thẳng, thất vọng, rối loạn chức năng tình dục, kỳ thị xã hội. Ngoài ra vô sinh tạo ra những gánh nặng kinh tế cao cho các cặp vợ chồng và có thể dẫn đến bạo lực gia đình, ly hôn... Chính vì thế, tỷ lệ vô sinh như trên là là tình trạng đáng lưu tâm với các cặp vợ chồng ở độ tuổi sinh đẻ tại Việt Nam.

Mặc dù vậy, tỷ lệ vô sinh 3,8% trong nghiên cứu của chúng tôi có phần nào thấp hơn trong một số nghiên cứu khác ở Việt Nam và



trên Thế giới. Điều này có thể là do địa bàn nghiên cứu là Thái Nguyên, một tỉnh thuộc khu vực miền Núi phía Bắc còn đang phát triển. Chính vì vậy, các cơ sở có thể chẩn đoán chính xác vô sinh còn ít. Bên cạnh đó, đa phần các cặp vợ chồng trong nghiên cứu là ở các vùng nông thôn, miền núi xa các cơ sở khám chữa bệnh vô sinh.

Kết quả nghiên cứu của Đỗ Thị Kim Ngọc tại Thành phố Cần Thơ cho thấy, tỷ lệ vô sinh chung của thành phố Cần Thơ năm 2009 là 5,6%, trong đó vô sinh nguyên phát 2,5%, vô sinh thứ phát 3,1% trong cộng đồng. Trong vô sinh tỷ lệ vô sinh nguyên phát chiếm 44,6%, thứ phát là 55,5% cao hơn. Tác giả Kim N I và cộng sự trong một nghiên cứu tổng quan năm 2021 về vô sinh đã chỉ ra rằng, tỷ lệ vô sinh chung ở phụ nữ đã kết hôn trong độ tuổi từ 20 đến 44 là 5,0%, trong đó tỷ lệ vô sinh nguyên phát và thứ phát lần lượt là 1,4% và 3,6%. Theo nghiên cứu Nguyễn Việt Tiến và cộng sự (2010) tỉ lệ vô sinh tại Việt Nam ở mức trung bình 7,7%. Trong đó, tỉ lệ vô sinh nguyên phát là 3,9% và vô sinh thứ phát là 3,8%.

#### *4.1.2.2. Đặc điểm phân bố bệnh*

##### *\* Đặc điểm phân bố bệnh theo nhóm tuổi*

Kết quả nghiên cứu cho thấy phân bố tỷ lệ vô sinh cao nhất ở nhóm tuổi 18 – 29 với cả vợ và chồng với tỷ lệ lần lượt là 4,9% và 5,9%. Kết quả này cho thấy, các trường hợp vô sinh phát hiện được trong cộng đồng có xu thế mắc bệnh tập trung ở độ tuổi trẻ dưới 30 tuổi. Đây là độ tuổi kết hôn thường gặp ở Việt Nam. Đỗ Thị Kim Ngọc tại Cần Thơ đã chỉ ra rằng, tỷ lệ vô sinh ở người vợ trong độ tuổi 15-29 cao nhất (7%), gấp 1,63 lần so nhóm 40-49 tuổi (4,4%), tiếp đến nhóm 30-39 (5,4%) gấp 1,24 lần so nhóm 40-49, không có ý nghĩa thống kê  $p > 0.05$ .

##### *\* Phân bố vô sinh theo tiền sử sản khoa của vợ*

Một số vấn đề do bất thường từ ống dẫn trứng hoặc từ tử cung có thể là nguyên nhân cản trở quá trình làm tổ của trứng hoặc làm gia tăng nguy cơ sảy thai hay chửa ngoài tử cung như có polyp tử cung, u

xơ tử cung, tắc ống dẫn trứng, tử cung dị dạng, chít hẹp hay dính cổ tử cung... đều có thể là những nguyên nhân dẫn đến vô sinh. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi có sự tương đồng với kết quả nghiên cứu của một số tác giả trước đây. Theo kết quả nghiên cứu của Đỗ Thị Kim Ngọc năm 2018, Tỷ lệ vô sinh nhóm có tiền sử sảy thai (7,2%) cao hơn 1,38 lần so nhóm không có tiền sử này, với  $p > 0,05$ . Nhóm tiền sử nạo hút thai (1,9%) thấp hơn so nhóm không nạo hút (7,1%) với  $p = 0,01$ .

*\* Phân bố vô sinh theo yếu tố bất lợi của chồng*

Kết quả cho thấy, người chồng vô sinh thường có những bất thường về tinh trùng như tỷ lệ tinh trùng di động giảm, mật độ tinh trùng giảm, tỷ lệ tinh trùng sống thấp. Theo kết quả nghiên cứu của Lê Thế Vũ và cộng sự, nguyên nhân gây vô sinh nam do bất thường về tinh dịch đồ chiếm tỉ lệ cao nhất chiếm 85,5% trong đó không có tinh trùng chiếm 50%.

**4.2. Phân tích một số yếu tố liên quan đến vô sinh trên đối tượng nghiên cứu**

**4.2.1. Các yếu tố liên quan đến hành vi của vợ và chồng**

*\* Yếu tố liên quan đến tiền sử sản khoa của người vợ vô sinh*

Kết quả nghiên cứu cho thấy, số lần sảy thai và tiền sử chữa ngoài tử cung ở người vợ có liên quan đến vô sinh. Tỷ lệ người bị vô sinh có tiền sử sảy thai là 6,0%, cao hơn tỷ lệ này ở những người không sảy thai (chiếm 3,6%). Số người có tiền sử chữa ngoài tử cung bị vô sinh (chiếm 14,6%) cao hơn những người không có tiền sử chữa ngoài tử cung (3,7%). Tiền sử trong sinh đẻ, như đẻ nhiễm trùng, sảy thai, nạo hút thai... dẫn đến biến chứng nhiễm khuẩn hậu sản, chảy máu là nguyên nhân hàng đầu dẫn đến vô sinh (VSII). Nghiên cứu của Đỗ Thị Kim Ngọc cũng cho thấy, Tỷ lệ vô sinh nhóm có tiền sử sảy thai (7,2%) cao hơn 1,38 lần so nhóm không có tiền sử này, với  $p > 0,05$ .

*\* Yếu tố về chu kỳ kinh nguyệt*

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy, tiền sử vô kinh và đặc điểm chu kỳ kinh ở người vợ có mối liên quan có ý nghĩa thống kê với vô sinh nữ ( $p < 0,05$ ). Người phụ nữ có kinh nguyệt đều, nhiều khả năng có hoạt động bình thường của trục dưới đồi tuyến yên buồng trứng, bởi vậy thường có phóng noãn và có khả năng sinh đẻ tốt. Ngược lại, kinh nguyệt không đều, khả năng vòng kinh khó phóng noãn, là nguyên nhân vô sinh. Tác giả Trần Đắc Nguyên và cộng sự chỉ ra rằng, tỷ lệ vô sinh nguyên phát ở nhóm có chu kỳ kinh nguyệt không đều cao hơn so với nhóm có chu kỳ kinh nguyệt đều, tỷ lệ tương ứng là 82% so với 63,4% (OR= 2,6; 95% CI: 1,02 – 6,81;  $p=0,04$ ).

**4.2.3. Các yếu tố liên quan thuộc vai trò của cán bộ y tế tuyến cơ sở**

Kết quả nghiên cứu cho thấy, những người đã được tiếp cận thông tin về dự phòng vô sinh và việc được cán bộ y tế tư vấn về vô sinh bị mắc vô sinh thấp hơn so với những người được không được tiếp cận thông tin và không được tư vấn. Tuy nhiên ảnh hưởng của việc này tới vô sinh chưa rõ rệt. Kết quả nghiên cứu cho thấy, khám phụ khoa hàng năm có liên quan đến tình trạng vô sinh. Kết quả này thể hiện vai trò quan trọng của việc khám phát hiện sớm và khám, điều trị các bệnh lý có thể gây vô sinh ở tuyến cơ sở trong việc dự phòng vô sinh. Chính vì vậy, việc nâng cao năng lực tư vấn và năng lực khám chữa bệnh dự phòng vô sinh cho các cán bộ y tế tuyến cơ sở là rất cần thiết trong việc cải thiện tỷ lệ mắc vô sinh ở cộng đồng.

**4.3. Đánh giá năng lực và hiệu quả giải pháp can thiệp cải thiện hoạt động tư vấn và khám ban đầu vô sinh của cán bộ y tế cơ sở.**

**4.3.2. Hiệu quả giải pháp nâng cao năng lực khám tư vấn vô sinh cho cán bộ y tế cơ sở**

*\* Hiệu quả can thiệp cải thiện kiến thức khám và tư vấn vô sinh cho cán bộ y tế cơ sở.*

Kết quả nghiên cứu cho thấy, giải pháp can thiệp giúp cải thiện rõ rệt kiến thức về khám và tư vấn vô sinh cho cán bộ y tế tuyến cơ sở. Sau can thiệp, ở nhóm can thiệp, tỷ lệ CBYT cơ sở có kiến thức ở mức độ đạt sau can thiệp tăng có ý nghĩa thống kê lên 85,4% so với trước can thiệp (2,4%), với CSHQ đạt 85%. Hiệu quả can thiệp trong việc cải thiện kiến thức chung về khám, tư vấn và điều trị vô sinh của cán bộ y tế tuyến cơ sở đạt 60,0%.

Kết quả nói trên cho thấy giải pháp tập huấn nâng cao năng lực khám và tư vấn vô sinh đã phát huy được hiệu quả trong việc nâng cao kiến thức cho cán bộ y tế tuyến cơ sở. Trong các buổi tập huấn chúng tôi tập trung vào các nội dung về các kiến thức cơ bản về vô sinh, các phương pháp điều trị vô sinh. Kết quả nghiên cứu này phù hợp với kết quả trong nghiên cứu của tác giả Khadivzadeh T và cộng sự năm 2021, tại Iran.

*\* Hiệu quả can thiệp cải thiện thái độ khám và tư vấn vô sinh cho cán bộ y tế cơ sở.*

Kết quả nghiên cứu cho thấy, can thiệp giúp nâng cao thái độ về khám và tư vấn vô sinh cho cán bộ y tế tuyến cơ sở. Cụ thể, sau can thiệp, ở nhóm can thiệp, tỷ lệ CBYT có thái độ tích cực trong việc khám, phát hiện và tư vấn phòng tránh vô sinh ở tuyến cơ sở đã tăng có ý nghĩa lên 100% so với trước can thiệp (chiếm 46,3%), với CSHQ đạt 115,9%. Việc cải thiện thái độ trong việc khám và tư vấn vô sinh của cán bộ y tế tại tuyến cơ sở giúp làm tăng sự tự tin cho cán bộ hơn trong việc chẩn đoán, điều trị các bệnh lý nói chung và các bệnh lý gây vô sinh nói riêng. Đồng thời, việc thấy được tầm quan trọng của việc tư vấn và khám chữa vô sinh ở tuyến cơ sở sẽ khiến các cán bộ y tế dành nhiều thời gian cho công tác tư vấn vô sinh cho các cặp vợ chồng đến khám tại trạm y tế. Ngoài ra, để khám chữa bệnh tại tuyến cơ sở các cán bộ y tế cần phải thường xuyên cập nhật và nâng cao kỹ năng chuyên môn để đáp ứng được các yêu cầu của công tác khám chữa bệnh. Điều này sẽ tác động rất lớn đến công tác

phòng chống vô sinh cho các cặp vợ chồng tại địa bàn mà họ quản lý.

Một nghiên cứu can thiệp trước sau có đối chứng được tiến hành trên 108 cán bộ y tế tại Iran. Kết quả cho thấy sự thay đổi thái độ của cán bộ y tế trong việc tư vấn vô sinh. Trước can thiệp điểm thái độ của 2 nhóm can thiệp theo hình thức thảo luận nhóm và webinar là  $165,8 \pm 19,3$  và  $161,0 \pm 23,2$ , không có sự khác biệt so với điểm thái độ trung bình ở nhóm chứng  $172,4 \pm 15,2$ ,  $p = 0,05$ . Sau can thiệp, điểm trung bình thái độ của 2 nhóm can thiệp tăng lên lần lượt là  $192,0 \pm 16,0$  và  $196,5 \pm 14,1$  cao hơn đáng kể so với nhóm chứng ( $176,1 \pm 16,1$ ) và so với điểm trung bình trước can thiệp, với  $p < 0,001$ .

*\* Hiệu quả cải thiện kỹ năng khám và tư vấn vô sinh của cán bộ y tế cơ sở*

Kết quả nghiên cứu cho thấy, giải pháp can thiệp không chỉ cải thiện kiến thức, thái độ của cán bộ y tế mà còn nâng cao kỹ năng khám và tư vấn vô sinh của họ. Có được kết quả nêu trên là do trong hoạt động can thiệp, chúng tôi tập trung vào việc đào tạo cho đối tượng nghiên cứu các kỹ năng về tư vấn và khám chữa các bệnh lý. Cụ thể các nội dung bao gồm: Tư vấn phòng tránh, kịp thời phát hiện các hình thái viêm nhiễm sinh dục: Viêm sau sinh đẻ - nhiễm trùng hậu sản, nạo hút thai, viêm do sử dụng DCTC, hoặc mắc bệnh lây nhiễm qua đường tình dục...; Khám phụ khoa, phát hiện, điều trị và theo dõi cho những trường hợp viêm sinh dục; Siêu âm, phát hiện và tư vấn điều trị cho những trường hợp có bệnh phụ khoa liên quan vô sinh. Điều trị những viêm nhiễm thông thường (như viêm sinh dục dưới do tạp khuẩn). Hướng dẫn cách nhận biết những dấu hiệu vòng kinh có phóng noãn và tính ngày rụng trứng...; Tư vấn, hướng dẫn chọn nơi khám chữa vô sinh phù hợp.

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.

#### **4.4. Tính mới và bền vững của chương trình can thiệp**

Tại Việt Nam nói chung và Thái Nguyên nói chung chưa có nhiều chương trình can thiệp có quy mô nhằm nâng cao năng lực khám chữa bệnh và tư vấn vô sinh cho cán bộ y tế chuyên trách tại tuyến cơ sở. Hoạt động chính của chương trình là tập huấn nâng cao năng lực khám và tư vấn vô sinh cho cán bộ y tế chuyên trách với các điều kiện về nguồn lực và cơ sở vật chất trang thiết bị tại tuyến cơ sở.

#### **4.5. Hạn chế của nghiên cứu**

Nghiên cứu thực hiện theo hướng mô tả cắt ngang chưa thể hiện được xu hướng phát triển của bệnh vô sinh trên địa bàn tỉnh Thái Nguyên, cần được mô tả theo chiều dọc trong những nghiên cứu xa hơn trong tương lai để thấy rõ tỷ lệ hiện mắc và tỷ lệ mắc mới vô sinh của các cặp vợ chồng trong độ tuổi sinh đẻ.

### **KẾT LUẬN**

#### ***1. Thực trạng về tỷ vô sinh ở các ở các cặp vợ chồng trong độ tuổi sinh đẻ tại tỉnh Thái Nguyên***

- Tỷ lệ vô sinh của các cặp vợ chồng trong độ tuổi sinh đẻ chiếm 3,8% (96/2500 cặp vợ chồng). Trong đó vô sinh nguyên phát chiếm 2,1% và vô sinh thứ phát chiếm 1,7%.

- Trong số những người vợ vô sinh có 16,7% đã có tiền sử sảy thai, 6,3% người vợ có tiền sử chữa ngoài tử cung, 4,2% người vợ có biến chứng viêm sau sảy đẻ

- Tỷ lệ mắc bệnh vô sinh ở nhóm tuổi 18 – 29 cao nhất ở cả vợ và chồng với tỷ lệ lần lượt là 4,9% và 5,9%.

- Tỷ lệ vô sinh ở cả người vợ (4,3%) và người chồng (4,2%) làm nghề tự do cao hơn những nhóm nghề khác

#### ***2. Một số yếu tố liên quan đến vô sinh trên đối tượng nghiên cứu***

*Đã xác định được một số yếu tố liên quan đến vô sinh như sau:*

- Thể trạng có mối liên quan có ý nghĩa thống kê với vô sinh ( $p < 0,05$ ).

- Tiền sử sảy thai có mối liên quan có ý nghĩa thống kê với vô sinh nữ ( $p < 0,05$ ).

- Tiền sử chữa ngoài tử cung có liên quan với tỷ lệ vô sinh ( $p < 0,05$ ).

- Tiền sử vô kinh và đặc điểm chu kỳ kinh ở người vợ có mối liên quan có ý nghĩa thống kê với vô sinh nữ ( $p < 0,05$ ).

- Có mối liên quan giữa việc đi khám phụ khoa hằng năm của người vợ với tỷ lệ vô sinh ở các cặp vợ chồng trong độ tuổi sinh đẻ ( $p < 0,05$ ).

### ***3. Hiệu quả một số giải pháp can thiệp cải thiện hoạt động tư vấn và khám ban đầu vô sinh của cán bộ y tế cơ sở.***

- Tỷ lệ kiến thức chung về khám, tư vấn và điều trị vô sinh của cán bộ y tế tuyến cơ sở ở huyện Phú Bình và huyện Võ Nhai còn thấp, chiếm 4,2%.

- Tỷ lệ cán bộ y tế có thái độ tích cực trong việc khám, phát hiện và tư vấn phòng tránh vô sinh chỉ đạt 46,3% ở huyện Phú Bình và 23,3% ở huyện Võ Nhai.

- Tỷ lệ cán bộ y tế có kỹ năng về khám, điều trị và tư vấn vô sinh ở mức độ đạt chiếm 14,6% ở huyện Phú Bình và 3,3% ở huyện Võ Nhai.

- Sau can thiệp, ở nhóm can thiệp tại huyện Phú Bình, tỷ lệ cán bộ y tế cơ sở có kiến thức ở mức độ đạt sau can thiệp tăng có ý nghĩa thống kê lên 85,4% so với trước can thiệp (2,4%). Hiệu quả can thiệp trong việc cải thiện kiến thức chung về khám, tư vấn và điều trị vô sinh của cán bộ y tế tuyến cơ sở đạt 60,0%.

- Sau can thiệp, ở nhóm can thiệp tại huyện Phú Bình, tỷ lệ cán bộ y tế có thái độ tích cực trong việc khám, phát hiện và tư vấn phòng tránh vô sinh ở tuyến cơ sở đã tăng có ý nghĩa lên 100% so với trước can thiệp (chiếm 46,3%). Hiệu quả can thiệp trong việc cải thiện thái độ chung về khám, tư vấn và điều trị vô sinh của cán bộ y tế tuyến cơ sở đạt 87,1%.

Sau can thiệp, ở nhóm can thiệp tại huyện Phú Bình, tỷ lệ cán bộ y tế cơ sở có kỹ năng ở mức độ đạt sau can thiệp tăng có ý nghĩa thống kê lên 95,1% so với trước can thiệp (14,6%). Hiệu quả can thiệp trong cải thiện kỹ năng chung về khám, tư vấn và điều trị vô sinh của cán bộ y tế tuyến cơ sở đạt 537,5%.

- Khả năng duy trì giải pháp can thiệp thuận lợi và khả thi vì tính dễ dàng, hợp lý và ít tốn kém

## **KHUYẾN NGHỊ**

Để làm giảm tỷ lệ vô sinh cần thực hiện một số giải pháp như sau:

- Sở Y tế Thái Nguyên, TTYT huyện Phú Bình và Võ Nhai cần tiếp tục hỗ trợ, tăng cường tập huấn công tác chuyên môn nâng cao năng lực về khám chữa bệnh ban đầu và tư vấn vô sinh cho các cán bộ y tế tuyến xã, phường. Tăng cường các hoạt động giám sát việc triển khai khám chữa bệnh và tư vấn vô sinh tại cộng đồng.

- Cán bộ y tế tuyến cơ sở trên tỉnh Thái Nguyên cần áp dụng thực hiện các giải pháp can thiệp đã được tập huấn đạt được hiệu quả cao làm giảm tỷ lệ vô sinh cho các cặp vợ chồng trong độ tuổi sinh đẻ tại cộng đồng, đặc biệt là các kỹ năng về thăm khám phát hiện vô sinh tại cộng đồng.

- Đẩy mạnh các hoạt động truyền thông tại cộng đồng để nâng cao nhận thức về vô sinh, bao gồm các nguyên nhân, biện pháp phòng ngừa, và thông tin về các dịch vụ hỗ trợ có sẵn tại các cơ sở y tế tuyến cơ sở.