



2



Hướng tới Mục tiêu Phát triển Thiên niên kỷ

Đáp ứng của UNFPA đối với nhu cầu
Làm mẹ an toàn và chăm sóc trẻ sơ sinh tại Việt Nam



Hướng tới Mục tiêu Phát triển Thiên niên kỷ

Đáp ứng của UNFPA đối với nhu cầu Làm mẹ
an toàn và chăm sóc trẻ sơ sinh tại Việt Nam

*“Không một quốc gia nào có thể phát triển khi quyền về sức khoẻ của người phụ nữ bị từ chối,
và không một quốc gia nào có thể tiến bộ khi còn có nhiều phụ nữ tử vong khi sinh nở”.*

Trích bài phát biểu của Thoraya Obaid, Giám đốc Điều hành UNFPA tại
Hội nghị Y tế Thế giới lần thứ 60 tổ chức tại Geneva vào ngày 15 tháng 5 năm 2007

Mục lục

	Mục lục	.i
	Từ viết tắt	.ii
	Lời nói đầu	.1
1	XUẤT XỨ VÀ BỐI CẢNH	.2
	Các mục tiêu phát triển thiên niên kỷ là gì?	.2
	Làm mẹ an toàn và chăm sóc sơ sinh	.2
	Về sức khoẻ sinh sản và tình dục?	.3
	Mục tiêu và các chỉ tiêu phát triển của Việt Nam	.5
	Sức khoẻ bà mẹ và sơ sinh ở Việt Nam	.7
	Hỗ trợ của UNFPA đối với Việt Nam	.8
2	NHỮNG THÀNH TỰU CỦA VIỆT NAM VỀ LÀM MẸ AN TOÀN VÀ CHĂM SÓC SƠ SINH	.10
	1. Chiến lược quốc gia về chăm sóc SKSS 2001- 2010	.10
	2. Hướng dẫn Chuẩn quốc gia dành cho các Dịch vụ Chăm sóc SKSS năm 2002	.10
	3. Kế hoạch Tổng thể Quốc gia về Làm mẹ an toàn 2003-2010	.10
	4. Áp dụng biện pháp xử trí tích cực giai đoạn ba của chuyển dạ vào năm 2007	.11
	5. Xoá bỏ uốn ván bà mẹ và trẻ sơ sinh trong năm 2006	.12
3	TIẾN ĐỘ ĐẠT MỤC TIÊU PHÁT TRIỂN THIÊN NIÊN KỶ 4 VÀ 5	.13
4	NHỮNG BÀI HỌC RÚT RA TỪ 5 NĂM QUA	.14
	Lĩnh vực chính sách	.14
	Số liệu	.15
	Trọng tâm địa lý	.15
	Sự tham gia và yếu tố dân tộc	.15
	Các dịch vụ	.15
	Khách hàng	.16
5	TRỌNG TÂM ĐẠT MỤC TIÊU PHÁT TRIỂN THIÊN NIÊN KỶ TRONG VÒNG 5 NĂM TỚI	.17
	Những thực hành thiết yếu tốt nhất trong làm mẹ an toàn và chăm sóc sơ sinh	.17
	Tập trung cho người nghèo, người chịu thiệt thòi trong quá trình phát triển của xã hội	.17
	Cải thiện chất lượng số liệu	.18
	Đào tạo	.18
	Thay đổi hành vi	.19
	Sự hỗ trợ liên tục của UNFPA	.19
	Các hoạt động chi tiết điển hình tại các tỉnh có sự hỗ trợ của UNFPA	.20
6	KẾT LUẬN	.22

Từ viết tắt

AIDS	Hội chứng suy giảm miễn dịch mắc phải
CP6	Chương trình Quốc gia 6
CP7	Chương trình Quốc gia 7
CSSS	Chăm sóc sơ sinh
HIV	Virút suy gây giảm miễn dịch ở người
ICPD	Hội nghị Quốc tế về Dân số và Phát triển
KHHGD	Kế hoạch hoá gia đình
SKSS	Sức khoẻ sinh sản
LHQ	Liên Hiệp Quốc
LMAT	Làm mẹ an toàn
MDG	Mục tiêu Phát triển Thiên niên kỷ
SKBMTE	Sức khoẻ bà mẹ và trẻ em
UBDSGĐTE	Ủy ban Dân số Gia đình và Trẻ em
UNFPA	Quỹ Dân số Liên Hiệp Quốc
UNICEF	Quỹ Nhi đồng Liên Hiệp Quốc
WHO	Tổ chức Y tế thế giới

Lời nói đầu

Chính phủ nước Cộng hòa Xã hội Chủ nghĩa Việt Nam và Quỹ Dân số Liên Hiệp quốc đã hoàn thành Chương trình Quốc gia lần thứ sáu (CP6) vào tháng 12 năm 2005. Để đánh dấu chặng đường năm năm hợp tác này (2001-2005), Quỹ Dân số Liên hiệp quốc đã tiến hành hàng loạt các nghiên cứu nhằm rút ra các bài học và thực hành tốt nhất thu được trong quá trình thực hiện.

Báo cáo này do bà Barbara Bale, chuyên gia về sức khỏe sinh sản, sức khỏe bà mẹ và trẻ em, người có nhiều kinh nghiệm về hệ thống chăm sóc sức khỏe tại Việt Nam, soạn thảo. Báo cáo ghi nhận những tiến bộ trong công cuộc cải thiện sức khỏe bà mẹ và trẻ sơ sinh ở Việt Nam và vai trò của Quỹ Dân số Liên hiệp quốc trong những thành công này. Báo cáo cũng đồng thời chỉ ra hướng đi cần thiết có tác động cả trực tiếp và gián tiếp đến sức khỏe bà mẹ và trẻ sơ sinh để tiến tới đạt được các Mục tiêu Phát triển Thiên niên kỷ. Báo cáo này là kết quả của một nghiên cứu rà soát các nguồn thông tin thứ cấp, bao gồm các báo cáo của Chính phủ Việt Nam, Bộ Y tế và các báo cáo dự án của Quỹ Dân số Liên hiệp quốc. Các nguồn thông tin khác, đa phần đều có trên các web site công cộng cũng được trích dẫn trong văn bản hoặc chú thích ở cuối trang.

Các Mục tiêu Phát triển Thiên niên kỷ chính là bản kế hoạch được các quốc gia và các cơ quan phát triển hàng đầu thế giới nhất trí thông qua tại Hội nghị Thượng đỉnh Thiên niên kỷ năm 2000 nhằm đáp ứng nhu cầu cho những cộng đồng nghèo nhất vào năm 2015. Tài liệu này nêu ra những bài học quý giá cho việc lập kế hoạch và áp dụng trong tương lai các chương trình chăm sóc sức khỏe bà mẹ và sơ sinh của Chính phủ, các tổ chức phi chính phủ, các cơ quan Liên hiệp quốc cũng như các bên liên quan khác có quan tâm nhằm đảm bảo đạt được các mục tiêu phát triển thiên niên kỷ tại Việt Nam.

Tôi xin cảm ơn bà Barbara Bale đã hoàn thành bản báo cáo này. Tôi cũng xin cảm ơn Tiến sĩ Dương Văn Đạt của Quỹ Dân số Liên hiệp quốc tại Việt Nam đã điều phối và soạn thảo công bố những bài học cũng như những thực hành tốt nhất của các chương trình quốc gia của Quỹ dân số Liên Hiệp Quốc. Cuối cùng, nhưng không kém phần quan trọng, tôi xin được bày tỏ lòng biết ơn tới các nhà hoạch định chính sách sức khỏe sinh sản và những người cung cấp dịch vụ cùng khách hàng của họ, những người không thể thiếu trong chương trình hỗ trợ của Quỹ Dân số Liên hiệp quốc. Ấn phẩm này chính là để phục vụ cho lợi ích của họ. Mong muốn của Quỹ dân số Liên Hiệp Quốc là những bài học kinh nghiệm rút ra từ Chương trình Hợp tác lần thứ Sáu sẽ hữu ích đối với các nhà hoạch định chính sách, các nhà quản lý chương trình, các nhà chuyên môn y tế và các nhà tài trợ trong việc thiết kế và triển khai các chương trình sức khỏe sinh sản tại Việt Nam theo đúng định hướng của các Mục tiêu Phát triển Thiên niên kỷ và để thực thi các cam kết tại Hội nghị Quốc tế về Dân số và Phát triển.

Ian Howie
Trưởng đại diện
UNFPA Việt Nam

Xuất xứ và bối cảnh

Các Mục tiêu Phát triển Thiên niên kỷ là gì?

Các Mục tiêu Phát triển Quốc tế ban đầu được xây dựng từ các thoả thuận và nghị quyết của các hội nghị quốc tế do Liên Hiệp quốc (LHQ) tổ chức vào những năm 90 của thập kỷ trước. Tại Hội nghị Thượng đỉnh của LHQ vào tháng 9 năm 2000, những người đứng đầu nhà nước và đại diện các Chính phủ đến từ 189 nước đã thông qua Tuyên bố Thiên niên kỷ, cam kết đặt quốc gia của họ vào trong một khuôn khổ hợp tác toàn cầu mới nhằm mục đích giảm tình trạng quá nghèo vào năm 2015. Hàng loạt các mục tiêu đi cùng các chỉ tiêu tương ứng đã được nhất trí thông qua và được biết đến như là các Mục tiêu Phát triển Thiên niên kỷ (MDG).

Các Mục tiêu Phát triển Thiên niên kỷ

Mục tiêu 1	Xóa đói giảm nghèo
Mục tiêu 2	Phổ cập Giáo dục tiểu học
Mục tiêu 3	Đẩy mạnh bình đẳng giới và trao quyền cho phụ nữ
Mục tiêu 4	Giảm tử vong trẻ em
Mục tiêu 5	Cải thiện sức khoẻ bà mẹ
Mục tiêu 6	Chống HIV/AIDS, sốt rét và các bệnh khác
Mục tiêu 7	Đảm bảo môi trường bền vững
Mục tiêu 8	Xây dựng quan hệ hợp tác phát triển toàn cầu

Tám MDG là những mục tiêu chung của thế giới, có giới hạn thời gian và được lượng hóa để giải quyết tình trạng quá nghèo theo tất cả các khía cạnh khác nhau, trong khi vẫn đẩy mạnh bình đẳng giới, giáo dục và tính bền vững của môi trường. Các mục tiêu này chính là một bản kế hoạch, đã được nhất trí thông qua giúp sắp xếp thứ tự ưu tiên phát triển cho các quốc gia, các nhà tài trợ và những cơ quan thực hiện trên toàn thế giới .

Bảy mục tiêu đầu tiên giúp củng cố lẫn nhau và thông qua can thiệp trong tất cả các hình thức xóa đói giảm nghèo đều cùng hướng tới mục tiêu chung là giảm nghèo. Mục tiêu sau cùng, hợp tác phát triển toàn cầu, là phương tiện để đạt bảy mục tiêu trên. Các mục tiêu 4 và 5 quan tâm cụ thể đến vấn đề cải thiện sức khoẻ cho phụ nữ và trẻ em. Không có bộ chỉ tiêu hay chỉ số nào được nêu ra tại Hội nghị Thượng đỉnh Thiên niên kỷ về phổ cập tiếp cận tới Sức khỏe sinh sản (SKSS).

Làm mẹ an toàn và chăm sóc sơ sinh

Làm mẹ an toàn (LMAT)

Trong năm 1987, Ngân hàng Thế giới phối hợp với Tổ chức Y tế Thế giới (WHO) và Quỹ Dân số LHQ (UNFPA) đã tài trợ cho hội nghị về LMAT tại Nairobi, Kenya nhằm nâng cao nhận thức toàn cầu về tác động của tử vong và bệnh tật ở người mẹ. Hội nghị khởi

xướng Sáng kiến LMAT, kêu gọi quốc tế hành động để giảm một nửa tử vong và bệnh tật ở mẹ vào năm 2000.

LMAT gồm hàng loạt các nỗ lực trực tiếp và gián tiếp nhằm giảm tử vong và tai biến bệnh tật do việc mang thai và sinh nở gây ra. Những nỗ lực trực tiếp gồm những nỗ lực nhằm đảm bảo mọi phụ nữ đều được tiếp cận đầy đủ tới các dịch vụ chăm sóc sức khỏe sinh sản và sức khỏe tình dục có chất lượng và có thể chi trả được. Điều này kết hợp với việc nhận biết các nguy cơ gặp phải trong thời gian mang thai, khi cần chuyển tuyến kịp thời, chăm sóc sản phụ và xử trí các cấp cứu sản khoa. Những nỗ lực gián tiếp gồm không lập gia đình và không có con đầu sớm, đồng thời hạn chế số lần sinh. Sức khỏe sinh sản và chăm sóc sức khỏe sơ sinh được xem là các cấu thành quan trọng của các hoạt động của LMAT.

Các chiến lược LMAT và giảm thiểu tử vong sơ sinh bao gồm:

Chăm sóc bà mẹ

- Cung cấp các dịch vụ kế hoạch hoá gia đình
- Chăm sóc sau phá thai
- Chăm sóc trước và sau sinh
- Đảm bảo việc đỡ đẻ được thực hiện bởi những người có kỹ năng
- Cải thiện việc chăm sóc sản khoa thiết yếu
- Giải quyết các nhu cầu về sức khỏe sinh sản của vị thành niên

Chăm sóc sơ sinh

- Sạch sẽ (đỡ đẻ sạch bao gồm cả chăm sóc rốn sạch)
- Giữ ấm
- Thông đường thở và hồi sức sơ sinh ngay nếu cần thiết
- Cho trẻ bú sữa mẹ sớm và hoàn toàn
- Chăm sóc mắt
- Tiêm chủng
- Xử trí bệnh ở sơ sinh
- Chăm sóc trẻ sinh non tháng nhẹ cân

Về sức khỏe sinh sản và sức khỏe tình dục?

Dưới đây là một số cấu thành quan trọng của Sức khỏe sinh sản và sức khỏe tình dục:

- Mọi cá nhân đều được cung cấp thông tin về các lựa chọn liên quan đến tình dục và sinh sản để có đời sống tình dục thoải mái và an toàn, không có bạo lực và ép buộc
- Phụ nữ được an toàn trong thời kỳ mang thai và sinh nở
- Các cặp vợ chồng có cơ hội tốt nhất để sinh con khỏe mạnh
- Người phụ nữ tránh được tình trạng mang thai ngoài ý muốn và hậu quả của việc phá thai không an toàn
- Tiếp cận các dịch vụ phòng tránh, điều trị và chăm sóc các bệnh lây truyền qua đường tình dục trong đó có HIV

LMAT là phần không thể thiếu trong sức khỏe sinh sản và sức khỏe tình dục và là hợp phần lớn của công tác cung cấp dịch vụ chăm sóc SKSS. Sức khỏe sơ sinh thường không

được đề cập trong định nghĩa về SKSS và sức khỏe tình dục song mối liên hệ giữa chăm sóc sức khỏe mẹ và trẻ sơ sinh là yếu tố sinh tồn đối với sức khỏe của cả mẹ và con. Sự lồng ghép chăm sóc sức khỏe bà mẹ và trẻ sơ sinh cũng cần thiết khi xây dựng chương trình vì mẹ và con luôn được chăm sóc cùng một cán bộ y tế.

SKSS, bao gồm cả sức khỏe tình dục, trước đây được coi là một MDG¹ bị bỏ quên, nhưng cuối cùng vào tháng 10 năm 2006 SKSS đã được nhất trí là một chỉ tiêu mới nằm trong MDG 5: cải thiện sức khỏe bà mẹ. Chỉ tiêu mới này là phổ cập tiếp cận tới dịch vụ SKSS vào năm 2015. Các sự kiện được trình bày dưới đây sẽ phản ánh tầm quan trọng của việc đặt SKSS vào khuôn khổ các MDG, ghi nhận tầm quan trọng của SKSS đối với sự phát triển kinh tế - xã hội. Những thay đổi mang tính toàn cầu này cũng được chính phủ Việt Nam quan tâm, thể hiện trong các chính sách liên quan tới SKSS và LMAT.

Hội nghị Dân số Châu Á và Thái Bình Dương lần thứ 5 tổ chức vào năm 2002

Ủy ban Kinh tế và Xã hội của LHQ khu vực Châu Á và Thái Bình Dương (ESCAP) và UNFPA đã tổ chức Hội nghị Dân số Châu Á và Thái Bình Dương lần thứ 5 tại Bangkok để chuẩn bị kỷ niệm 10 năm Hội nghị Quốc tế về Dân số và Phát triển (ICPD). Hội nghị với sự có mặt của 23 quốc gia ở khu vực Châu Á Thái Bình Dương, trong đó có đại diện của Việt Nam, đã cùng nhau xem xét tiến độ thực hiện Chương trình hành động ICPD tại khu vực, nghiên cứu các vướng mắc và thông qua kế hoạch hành động nhằm đảm bảo tiến độ phát triển trong tương lai.

Dự án Thiên niên kỷ 2002 - 2006

Dự án Thiên niên kỷ do Tổng Thư ký LHQ đề xướng năm 2002 với mục đích xây dựng một kế hoạch hành động cụ thể giúp thế giới đạt được các MDG; đẩy lùi đói, nghèo, bệnh tật đang ảnh hưởng đến hàng tỷ người. Ban cố vấn độc lập đã đưa ra những khuyến nghị cuối cùng vào tháng 1 năm 2005 và nhóm công tác chuyên đề đã rà soát lại các MDG về sức khỏe bà mẹ và trẻ em (mục tiêu 4 và 5) và đưa ra khuyến nghị rằng cần thúc đẩy tiến độ nhanh hơn nữa ở các nhóm người nghèo và những người kém may mắn trong xã hội bị thiệt thòi trong quá trình phát triển, đồng thời cũng cần bổ sung thêm chỉ tiêu ‘phổ cập tiếp cận dịch vụ chăm sóc SKSS’.

Hội nghị Thượng đỉnh Thế giới 2005

Năm năm sau Hội nghị Thượng đỉnh Thiên niên kỷ, Hội nghị Thượng đỉnh Thế giới tổ chức tại thành phố New York tháng 9 năm 2005, nhằm đánh giá tiến độ thực hiện các MDG và nhắc lại ‘cam kết mạnh mẽ và rõ ràng của tất cả các Chính phủ, của cả các quốc gia tài trợ và các quốc gia đang phát triển nhằm đạt các MDG vào năm 2015’². Điều khoản 57 (g) về phổ cập tiếp cận đối với các dịch vụ SKSS đã được đưa vào MDG 5. Cuối cùng thế giới cũng đã ghi nhận vai trò của SKSS trong giảm nghèo và việc đạt các MDG còn lại.

¹ Horton R. 'Reviving reproductive health' Lancet Tháng 4/2006 Vol 368:1549

² United Nations Department of Public Information (2005) World Summit Fact Sheet

Mục tiêu và các chỉ tiêu phát triển của Việt Nam

Tiếp theo Tuyên bố Thiên niên kỷ và theo yêu cầu của Đại Hội đồng LHQ, các cơ quan LHQ tại các nước đã viết báo cáo tiến độ tại các quốc gia thực hiện chương trình. Trong năm 2001, lần đầu tiên báo cáo có tính so sánh quốc tế về việc Việt Nam triển khai, theo dõi và phân tích các chỉ tiêu phát triển quốc tế và các MDG được đưa ra. Sau đó là quá trình tham vấn với các đại diện của Chính phủ, các tổ chức song phương, đa phương và phi chính phủ, trong quá trình này có cả một hoạt động chuyên sâu về “Việt Nam hóa MDG để phù hợp với bối cảnh Việt Nam”. Kết quả thu được giúp Chính phủ Việt Nam xây dựng chiến lược Tăng trưởng và Giảm nghèo Toàn diện (CPRGS) và tập trung vào các chuyên đề lấy các chiến lược của Chính phủ làm điểm xuất phát đồng thời xây dựng mối liên kết với các MDG. Việc tập trung theo chuyên đề như vậy cho phép bao quát hết các vấn đề phát triển then chốt tại Việt Nam chưa được bao trùm hết trong các MDG và đồng thời đưa ra các chỉ số tương thích với các mục tiêu chiến lược của Việt Nam.

“Các MDG có nhiều điểm chung với các mục tiêu và sự nghiệp phát triển của Việt Nam. Vì thế, việc cam kết thực hiện các MDG có ý nghĩa quan trọng đối với đất nước. Từ khi Chủ tịch nước cam kết với cộng đồng quốc tế sẽ thực hiện các MDG trong năm 2000, Thủ tướng đã chỉ thị cho Bộ Kế hoạch và Đầu tư (MPI) lồng ghép việc thực hiện các mục tiêu này vào trong các chỉ tiêu kinh tế - xã hội của đất nước. Chiến lược xoá đói và giảm nghèo toàn diện do Bộ Kế hoạch và Đầu tư xây dựng đã được Thủ tướng phê chuẩn ngay từ đầu năm 2001. Theo CPRGS, Việt Nam tiến hành Việt nam hoá các MDG làm cho chúng phù hợp với điều kiện thực tế của đất nước. Những mục tiêu này được lồng ghép trong chương trình phát triển kinh tế - xã hội của đất nước. Vì thế, Việt Nam có thể huy động thêm các nguồn lực để thực hiện các MDG”.

Nguồn: Bộ Ngoại Giao, Việt Nam (<http://www.mofa.gov.vn/en/>)

Trong tháng 5 năm 2002, Chính phủ Việt Nam công bố Chiến lược Tăng trưởng và Giảm nghèo Toàn diện, thể hiện quyết tâm đạt các chỉ tiêu quốc tế. Điều này giúp đưa chu kỳ kế hoạch của Việt Nam hướng tới các MDG và đồng thời cũng ghi nhận những thành tựu đáng kể của Việt Nam trong những năm gần đây; ví dụ, tình trạng nghèo đã giảm đi một nửa trong khoảng thời gian từ năm 1990 đến năm 2000.

“Tài liệu này chỉ ra các mục tiêu, nhiệm vụ, cơ chế, chính sách và các giải pháp chung của chiến lược 10 năm phát triển kinh tế-xã hội, giai đoạn 2001-2010; kế hoạch phát triển kinh tế - xã hội 5 năm, giai đoạn 2001-2005 cùng các chiến lược của các ban ngành và lĩnh vực khác. Chiến lược Tăng trưởng và Giảm nghèo Toàn diện cũng phản ánh MDG của LHQ mà Việt Nam đã cam kết thực hiện”.

Nguồn: Chính phủ Việt Nam (2002) Lời mở đầu của Chiến lược Tăng trưởng và Giảm nghèo Toàn diện

Mặc dù việc xây dựng và phê chuẩn CPRGS là bước tiến lớn trong việc lồng ghép các MDG vào các chính sách phát triển kinh tế - xã hội của Việt Nam và nâng cao chất lượng, song sức khoẻ sơ sinh và SKSS chưa được đề cập trong các chỉ số và chỉ tiêu cuối cùng.

MỤC TIÊU 4: GIẢM TỬ VONG TRẺ	MỤC TIÊU 5: CẢI THIỆN SỨC KHOẺ BÀ MẸ
<p>Chỉ tiêu</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Giảm tỷ lệ tử vong trẻ dưới 1 tuổi xuống còn 30 trên 1000 trẻ sinh sống vào năm 2005 và chỉ còn 25 vào năm 2010 và với tốc độ nhanh hơn ở những khu vực khó khăn ■ Giảm tỷ lệ tử vong trẻ dưới 5 tuổi xuống còn 36 trên 1000 trẻ sinh sống vào năm 2005 và chỉ còn 32 vào năm 2010 ■ Giảm tỷ lệ suy dinh dưỡng trẻ dưới 5 tuổi xuống còn 25% vào năm 2005 và 20% vào năm 2010. 	<p>Chỉ tiêu</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Giảm tỷ suất tử vong mẹ xuống còn 80 trên 100000 ca đẻ sống vào năm 2005 và chỉ còn 70 vào năm 2010 với sự chú ý đặc biệt đối với các khu vực khó khăn <p>Nguồn: Chính phủ Việt Nam (2002) Chiến lược Tăng trưởng và Giảm nghèo Toàn diện</p>

Cũng trong thời gian này Chính phủ Việt Nam đã xây dựng và phê chuẩn Chiến lược Quốc gia về chăm sóc SKSS được xây dựng lần đầu tiên vào năm 2001 với sự hỗ trợ của UNFPA. Chiến lược này khái quát các mục đích và mục tiêu chăm sóc SKSS trong vài thập kỷ tới theo định hướng của Chương trình Hành động ICPD.

Các tổ chức LHQ tại Việt Nam tiếp tục hỗ trợ Chính phủ theo dõi tiến độ đạt được các MDG và khuyến khích việc tiếp tục lồng ghép các mục tiêu này trong các chính sách phát triển kinh tế - xã hội. Trong năm 2005, Chính phủ Việt Nam đã soạn thảo Báo cáo Quốc gia về MDG để trình tại Hội nghị Thượng đỉnh Thiên niên kỷ +5, cung cấp thông tin chi tiết về những thành tựu quốc gia đã đạt được kể từ năm 2000 và khái quát những thách thức tồn tại cho thập kỷ tới. Danh sách các thành tựu kèm theo tài liệu minh chứng hết sức ấn tượng với những số liệu khảo sát hộ gia đình gần đây nhất cho thấy tỷ lệ nghèo năm 2004 đã giảm hơn một nửa so với năm 1993. Tuy nhiên, báo cáo cũng chỉ rõ Việt Nam vẫn phải đối mặt với những thách thức phát triển lớn cho dù duy trì được tốc độ tăng trưởng kinh tế nhanh trong hai thập kỷ qua. Việt Nam vẫn là nước nghèo và có chênh lệch thu nhập giữa các khu vực địa lý và các nhóm dân tộc. Sự tiếp cận và chất lượng chăm sóc sức khoẻ khác nhau đáng kể giữa các vùng miền và giữa các nhóm thu nhập với gánh nặng chi phí cá nhân về chăm sóc sức khoẻ ngày càng gia tăng cho thấy đây là một thách thức khó khăn. Sự lây truyền HIV/AIDS là mối đe dọa thực sự để tiếp tục tiến trình phát triển.

Trong tháng 11 năm 2005, các tổ chức LHQ tại Việt Nam đã xuất bản một ấn phẩm³ nhằm góp phần đóng góp cho việc lập kế hoạch của Chính phủ khi xây dựng Kế hoạch Phát triển Kinh tế-Xã hội 2006-2010. Mục đích của ấn phẩm là xem xét các mục tiêu quốc gia trong bối cảnh của các MDG và đề xuất các chỉ số tiến bộ xã hội cụ thể phù hợp với cả MDG lẫn điều kiện kinh tế - xã hội cụ thể của Việt Nam nhằm giúp các nhà hoạch

³ United Nations Country Team Viet Nam (2005) MDGs and Viet Nam's Socio-Economic Development Plan 2006-2010, Ha Noi Viet Nam

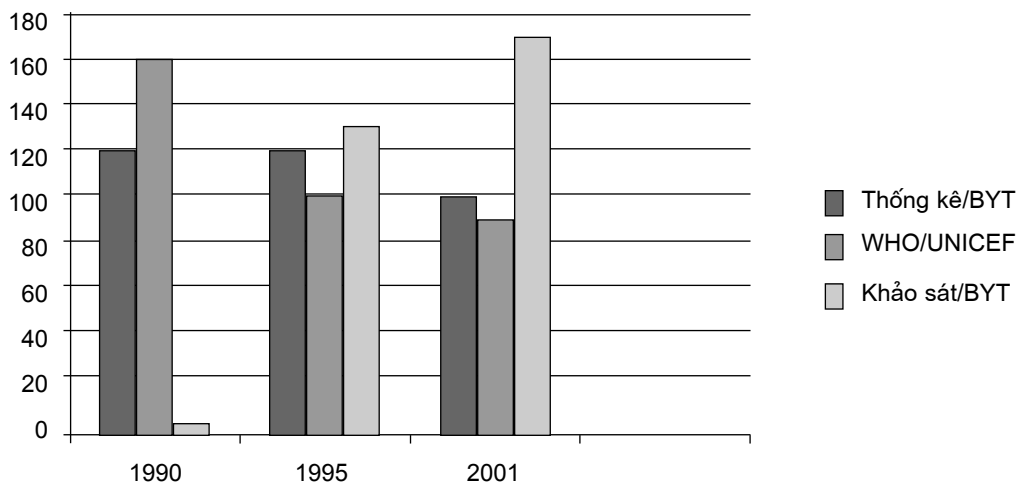
định chính sách lồng ghép được đầy đủ các MDG vào trong các cơ chế lập kế hoạch quốc gia của Việt Nam.

Ấn phẩm trình bày một số đề xuất cụ thể lấy thông tin từ các báo cáo và những phân tích của dự án thiên niên kỷ, trong đó cũng nêu bật việc thiếu dữ liệu sơ sinh, tầm quan trọng của SKSS và tình dục, và lồng ghép các vấn đề về giới. Việt Nam được xác định là quốc gia có tiềm năng ‘thực hiện nhanh các MDG’ và có năng lực tiếp thu nguồn lực hỗ trợ phát triển bên ngoài.

Sức khỏe bà mẹ và sơ sinh ở Việt Nam

Những thành tựu đạt được trong hai thập kỷ qua cho thấy có sự giảm đều đặn và đáng kể cả tỷ lệ mắc bệnh lẫn tỷ lệ tử vong ở mẹ và trẻ. Trong năm 2003, một khảo sát của Bộ Y tế⁴ về tử vong mẹ năm 2001 xác định tỷ suất là 45/100.000 ca đẻ sống ở tỉnh Bình Dương (gần thành phố Hồ Chí Minh), so với Quảng Trị (Miền Trung) là 162 và 411 ở Cao Bằng (vùng núi phía bắc), với con số chung cho cả nước là 165/100.000 ca đẻ sống. Những nguyên nhân hàng đầu dẫn đến tử vong mẹ là băng huyết, chuyển dạ đình trệ và nhiễm khuẩn. Tuy nhiên, số liệu công bố thường niên cho thấy tỷ lệ tử vong mẹ trên cả nước đã giảm xuống dưới 100/100.000 thế nhưng vẫn có đủ bằng chứng để chứng minh rằng con số tử vong mẹ hoặc là chưa được báo cáo đầy đủ hoặc báo cáo sai sự thật⁵. Có rất ít thông tin hoặc số liệu chính xác về tỷ lệ mắc bệnh ở mẹ tại Việt Nam, chẳng hạn như về dò âm đạo. Tuy nhiên, trung bình cứ một phụ nữ tử vong tương ứng với khoảng 20 người khác đang phải đối mặt với những hậu quả bệnh tật nghiêm trọng hoặc kéo dài⁶.

Tỷ suất tử vong mẹ ở Việt Nam



⁴ Bộ Y tế (2003) Nghiên cứu tử vong mẹ Hà Nội, Việt Nam

⁵ Xem, ví dụ trong, Bramley S. (2001) Maternal Mortality Reporting in Viet Nam: Looking Behind the Statistics. Save the Children (US)

⁶ <http://www.unfpa.org/mothers/morbidity.htm>

Mặc dù đã có những cải thiện đáng kể về sức khỏe mẹ, song tử vong mẹ vẫn xảy ra khá thường xuyên, đặc biệt là ở Tây Nguyên và vùng núi phía Bắc. Tử vong mẹ là chỉ số sức khỏe quan trọng sự chênh lệch lớn nhất giữa các nước phát triển và đang phát triển với tỷ suất tử vong mẹ và tỷ lệ tử vong sơ sinh cao nhất thuộc về nhóm dân cư nghèo và Việt Nam không phải là ngoại lệ.

Tỷ lệ tử vong sơ sinh đặc biệt khó thu thập nhưng một nghiên cứu triển khai năm 2001 đưa ra con số ước tính tử vong chu sinh trên cả nước là 22,2/1.000 trẻ sinh sống⁷. Số liệu từ nghiên cứu này cũng cho thấy rằng những vùng núi, bao gồm cả Tây Nguyên là nơi có tỷ lệ cao nhất. UNICEF cung cấp số liệu tỷ lệ tử vong ở trẻ dưới 1 tuổi năm 2005 là 16/1.000, hầu hết tử vong đều dưới 1 tháng tuổi. Những nguyên nhân chủ yếu dẫn đến tử vong sơ sinh là sinh nhẹ cân (trong đó có cả sinh non tháng) và ngay tất cả điều này cũng là những dấu hiệu báo trước về các di chứng bệnh tật và những hậu quả bất lợi lâu dài.

Mặc dù tử vong ở trẻ dưới 1 tuổi và trẻ dưới 5 tuổi đang giảm dần và Việt Nam đã xoá bỏ được uốn ván ở mẹ và sơ sinh ra khỏi danh sách các vấn đề sức khỏe⁸, song tử vong sơ sinh vẫn chiếm phần lớn số tử vong trẻ. Một lần nữa, việc báo cáo không đầy đủ cản trở việc lập kế hoạch nhằm giải quyết những vấn đề này. Tử vong sơ sinh được coi là chỉ số có giá trị cao đại diện cho cả sức khỏe của mẹ và trẻ sơ sinh.

Hỗ trợ của UNFPA đối với Việt Nam

UNFPA đã định hướng các hoạt động theo một số thoả thuận quốc tế, đặc biệt là Hội nghị Quốc tế năm 1994 về Dân số và Phát triển (ICPD) tại Cairo. UNFPA còn hoạt động theo Tuyên bố và Cương lĩnh Hành động Bắc Kinh, Công ước Xoá bỏ Phân biệt Đối xử đối với Phụ nữ (CEDAW) và UNFPA cũng góp phần tiến tới đạt được các MDG. UNFPA tin tưởng chắc chắn rằng không thể xoá nghèo nếu không đạt được các mục tiêu của ICPD và các quyền sinh sản là trọng tâm trong việc nâng cao vị thế, đảm bảo công bằng và bình đẳng giới cho phụ nữ. Cam kết thực hiện những mục tiêu này đã được Chính phủ Việt Nam chia sẻ và Chính phủ Việt Nam đã thông qua các thoả thuận và công ước này. Với sự hiểu biết chung như vậy, UNFPA giúp Chính phủ Việt Nam xây dựng và triển khai các chính sách và chiến lược giảm nghèo và hỗ trợ phát triển bền vững. UNFPA cũng hỗ trợ kỹ thuật và tài chính cho Chính phủ trong việc thu thập và phân tích số liệu dân số để có thông tin về xu hướng biến động dân số và góp phần tạo dựng bức tranh SKSS và dân số cho hệ thống các tổ chức LHQ tại Việt Nam.

Ba chương trình quốc gia đầu tiên từ năm 1978 đến năm 1991 tập trung chủ yếu vào việc cung cấp các loại vật dụng và dịch vụ thiết yếu liên quan đến kế hoạch hoá gia đình (KHHGĐ), sức khỏe bà mẹ và trẻ em (SKBMTE). Chương trình quốc gia 4 từ năm 1992 đến năm 1996 đã tiếp tục thực hiện các hoạt động của các chương trình trước nhưng nội dung được thay đổi cho phù hợp với các kết quả của ICPD. Các chiến lược dân số và phát

⁷ Tử vong chu sinh = tử vong thai nhi trên 22 tuần và sơ sinh dưới một tuần tuổi. Nghiên cứu được trích dẫn từ văn kiện Dự án Lâm mẹ An toàn VIE/03/P21 (2003-2005) Bộ Y tế tháng 10 năm 2003.

⁸ International Midwifery (2006) 'Viet Nam eliminates maternal and neonatal tetanus'

triển cũng được điều chỉnh lại từ chỗ được định hướng theo chỉ tiêu tới chỗ định hướng theo nhu cầu và từ chỗ tập trung chủ yếu vào SKBMTE và KHHGD sang phương thức tiếp cận SKSS có quy mô toàn diện hơn.

Chương trình quốc gia 5 do UNFPA hỗ trợ trong giai đoạn 1997-2000 được hình thành theo các mục tiêu Chiến lược Dân số Quốc gia giai đoạn 1993 đến 2000. Kết quả của chương trình quốc gia 5 này là năng lực lập kế hoạch và quản lý của Bộ Y tế, Ủy ban Dân số, Gia đình và Trẻ em (UBDSGDTE) cùng các cơ quan đối tác khác đã được nâng cao. Chương trình cũng góp phần làm tăng tỷ lệ áp dụng các biện pháp tránh thai trong cả nước và giảm tổng tỷ suất sinh. Đã có những cải thiện đáng kể về các dịch vụ SKSS tại tám tỉnh được UNFPA tập trung hỗ trợ.

Mới đây UNFPA Việt Nam đã tiến hành tổng kết chương trình quốc gia thứ lần thứ sáu (CP6) giai đoạn 2001-2005. Chương trình đã hỗ trợ Chính phủ thực hiện “Chiến lược Dân số Quốc gia” mới giai đoạn 2001-2010 và Chiến lược Quốc gia đầu tiên về Chăm sóc SKSS 2001-2010. Ngoài ra, các Hướng dẫn Chuẩn Quốc gia dành cho các Dịch vụ Chăm sóc SKSS (Chuẩn Quốc gia) đã được Bộ Y tế xây dựng và thông qua năm 2002. Chương trình quốc gia lần thứ bảy (CP7) giai đoạn 2006-2010 đã được bắt đầu và sẽ được xây dựng dựa trên những thành công và bài học rút ra từ CP6.

Cùng với các tổ chức LHQ khác tại Việt nam, UNFPA đã góp phần vào quá trình xây dựng kế hoạch chiến lược nhằm đạt các mục tiêu phát triển của Việt Nam và tiếp tục hỗ trợ Chính phủ theo dõi tiến độ thực hiện MDG. Hoạt động của UNFPA trong các lĩnh vực sức khỏe và quyền sinh sản, nâng cao vị thế cho phụ nữ và các vấn đề dân số là hết sức cơ bản nhằm đạt tất cả các MDG, đồng thời trực tiếp góp phần vào mục tiêu 1 (giảm nghèo), mục tiêu 3 (bình đẳng giới), mục tiêu 4 (sức khỏe trẻ em), mục tiêu 5 (sức khỏe bà mẹ) và mục tiêu 6 (chống HIV/AIDS và các căn bệnh khác).

Những thành tựu của Việt Nam về làm mẹ an toàn và chăm sóc trẻ sơ sinh

1. Chiến lược quốc gia về chăm sóc SKSS năm 2001-2010

Một bước tiến lớn trong việc thực hiện Chương trình Hành động ICPD là Chính phủ Việt Nam đã phê chuẩn Chiến lược Quốc gia về Chăm sóc SKSS lần đầu tiên năm 2000, tạo ra định hướng chiến lược cho các dịch vụ SKSS bao gồm LMAT/CSSS giai đoạn 2001-2010. Trong số sáu mục tiêu quốc gia, bốn mục tiêu liên quan trực tiếp đến LMAT/CSSS, đó là: giảm tỷ suất tử vong mẹ, giảm tỷ lệ tử vong trẻ dưới 1 tuổi, giảm tỷ lệ tử vong chu sinh và giảm tỷ lệ trẻ sinh nhẹ cân.

2. Hướng dẫn Chuẩn Quốc gia dành cho các Dịch vụ Chăm sóc SKSS năm 2002

Với sự hỗ trợ tiếp theo của UNFPA, Bộ Y tế đã xây dựng Hướng dẫn Chuẩn Quốc gia về dịch vụ SKSS để thể thức hoá các nguyên tắc, mục tiêu và hoạt động theo chiến lược nói trên mà trong đó các hoạt động và chuẩn mực về chăm sóc sức khoẻ bà mẹ và trẻ sơ sinh được coi như một thành tố quan trọng. Việc thực hiện Chiến lược quốc gia về Chăm sóc SKSS và theo dõi thực hiện các chuẩn góp phần cải thiện một cách bền vững chất lượng chăm sóc sức khoẻ bà mẹ, sơ sinh và các dịch vụ chăm sóc SKSS khác trên toàn quốc. Trong năm 2005, một đánh giá việc thực hiện Chuẩn Quốc gia⁹ cho thấy, mặc dù vẫn có các hạn chế muộn thuở như trong các vấn đề về nhân lực, thực hành giám sát và đào tạo, song các cán bộ cung cấp dịch vụ đã bắt đầu tổ chức và cung cấp dịch vụ một cách có hệ thống hơn. Do vậy, khách hàng cũng đã nhận thấy có sự cải thiện về chất lượng chăm sóc và điều này đã được phản ánh trong việc tăng số lượng bệnh nhân đến khám chữa bệnh ở các cơ sở y tế.

Một hệ thống thông tin quản lý y tế thống nhất (HMIS) đã đi vào hoạt động trong năm 2002. Những biểu mẫu đơn giản, cơ sở dữ liệu trên máy tính nối mạng ở các cấp huyện và tỉnh đang dần dần thay thế cho vô số mẫu báo cáo của các chương trình theo ngành dọc. Công cụ giám sát và theo dõi¹⁰ được Bộ Y tế thiết kế năm 2004 giúp các giám sát viên thực thi nhiệm vụ giám sát hỗ trợ của mình đối với đội ngũ cán bộ lâm sàng và khuyến khích họ tuân thủ Chuẩn Quốc gia về SKSS.

3. Kế hoạch Tổng thể Quốc gia về LMAT 2003-2010

Các chương trình LMAT đã được Bộ Y tế khởi động từ năm 1995 nhưng chủ yếu là những can thiệp phạm vi nhỏ ở một vài tỉnh. Trong năm 2003 Bộ Y tế đã xây dựng Kế hoạch

⁹ Bộ Y tế & Trung tâm nghiên cứu Môi trường và Sức khỏe (2005) Báo cáo đánh giá việc Thực hiện Hướng dẫn Chuẩn quốc gia dành cho các dịch vụ SKSS. Hà Nội, Việt Nam

¹⁰ Bộ Y tế (2004) Hướng dẫn: Theo dõi, Giám sát và Đánh giá Dịch vụ Sức khỏe sinh sản Hà Nội, Việt Nam

Tổng thể Quốc gia về LMAT giai đoạn 2003-2010 nhằm giải quyết tình trạng tỷ suất tử vong mẹ và tỷ lệ tử vong sơ sinh vẫn còn cao theo kết quả của khảo sát tử vong mẹ. Đây là một bước quan trọng trong việc thực hiện Chiến lược Chăm sóc SKSS. Trong năm 2003 đã tiến hành đánh giá nhu cầu về LMAT để cung cấp thông tin đầu vào cho việc lập kế hoạch.

Nội dung của Kế hoạch Tổng thể là xác định mục tiêu và sắp xếp thứ tự ưu tiên ở cấp quốc gia và khu vực; đặt ra các mục tiêu ưu tiên cấp quốc gia và khu vực; và hướng dẫn lập dự toán ngân sách và triển khai thực hiện. Những chiến lược then chốt được xác định gồm: tăng tính sẵn có và khả năng tiếp cận của các dịch vụ CSSS và sản khoa thiết yếu; cải thiện chất lượng CSSS và sản khoa; kiện toàn nguồn nhân lực và công tác quản lý; và cải thiện các điều kiện có liên quan đến sức khỏe bà mẹ và trẻ em chẳng hạn như phòng tránh HIV/AIDS. Kế hoạch cũng nhấn mạnh sự cần thiết của việc tăng tính sẵn có và khả năng tiếp cận của dịch vụ ở vùng núi và vùng sâu vùng xa, nơi chủ yếu có người thiểu số sinh sống.

Các mục tiêu cần đạt tới của Kế hoạch LMAT cho đến năm 2010 (so với xuất phát điểm năm 2000) gồm:

- Giảm tỷ suất tử vong mẹ 50%
- Giảm tỷ lệ tử vong chu sinh 20%
- Giảm tỷ lệ trẻ sinh nhẹ cân 25%

Giai đoạn I của Kế hoạch Tổng thể về LMAT (2003-2005)

Giai đoạn I của Kế hoạch Tổng thể về LMAT nhằm xây dựng năng lực thực hiện, vận động để đầu tư hơn nữa cho LMAT, và thử nghiệm các can thiệp có thể làm cơ sở cho công tác triển khai rộng hơn ở giai đoạn II.

Sáng kiến LMAT của Việt Nam do Chính phủ Hà Lan tài trợ là một nỗ lực phối hợp giữa Bộ Y tế, UNFPA, các tổ chức khác của LHQ và các tổ chức phi chính phủ hoạt động trong lĩnh vực LMAT. Chương trình này góp phần hoàn thành Giai đoạn I của Kế hoạch Tổng thể thông qua thực hiện các can thiệp toàn diện và ưu tiên tại 3 tỉnh (Hà Tây, Quảng Trị và Kiên Giang) và chuẩn bị cho Bộ Y tế thực hiện Giai đoạn II thông qua công tác nâng cao năng lực và vận động tuyên truyền.

Giai đoạn II của Kế hoạch Tổng thể về LMAT (2006-2010)

Ở giai đoạn II của Kế hoạch Quốc gia (2006-2010), mục tiêu là mở rộng các hoạt động LMAT ra cả nước; mỗi tỉnh thiết kế một chương trình riêng dựa trên bối cảnh của địa phương. Ước tính, ít nhất 70% số tỉnh, thành phố và thị xã của Việt Nam cần triển khai các hoạt động LMAT như xác định trong kế hoạch quốc gia để đạt được các mục tiêu.

4. Áp dụng xử trí tích cực giai đoạn ba của chuyển dạ từ năm 2007

Xử trí tích cực giai đoạn ba của chuyển dạ bao gồm ba nguyên tắc lồng ghép: tiêm oxytocin ngay sau khi thai sổ, đỡ dây rốn bằng cách chủ động kéo dây rốn có kiểm soát, và

mát-xa tử cung. Đó là thực hành do WHO khuyến cáo để đề phòng băng huyết sau sinh, nguyên nhân chính gây tử vong ở mẹ tại Việt Nam. Trong năm 2004, PATH và Bộ Y tế phối hợp nghiên cứu tại sáu huyện của tỉnh Thanh Hoá nhằm đánh giá việc áp dụng xử trí tích cực giai đoạn ba của chuyển dạ tại các trạm y tế xã và bệnh viện huyện. Các nỗ lực vận động Bộ Y tế triển khai thực hành theo khuyến cáo của WHO của các tổ chức như UNFPA và các tổ chức phi chính phủ bao gồm PATH, Quỹ cứu trợ Nhi đồng Mỹ (SC-US), Pathfinder International và Tổ chức Dịch vụ Tự nguyện Hải ngoại (Volunteer Service Abroad) đã dẫn đến kết quả là Bộ Y tế ban hành chính thức hướng dẫn xử trí tích cực giai đoạn ba của quá trình chuyển dạ tất cả các tuyến y tế vào tháng 5 năm 2007.

5. Xoá bỏ uốn ván bà mẹ và trẻ sơ sinh trong năm 2006

Uốn ván ở bà mẹ và sơ sinh có thể phòng ngừa được thông qua thực hành sinh đẻ vệ sinh và tiêm chủng cho phụ nữ ở độ tuổi sinh đẻ bằng vắc xin uốn ván giảm độc tính. Vào những năm 80 khoảng 20.000 trẻ em Việt Nam chết mỗi năm do uốn ván trước khi đầy tháng. Tiêm phòng cho thai phụ có tác dụng bảo vệ cho cả mẹ và con khỏi bị uốn ván. Thực hành đỡ đẻ sạch đã góp phần giảm nhiễm khuẩn cho sơ sinh. Vào tháng 2 năm 2006, Bộ Y tế, Tổ chức Y tế Thế giới (WHO) và Quỹ Nhi đồng LHQ (UNICEF) thông báo uốn ván ở bà mẹ và sơ sinh Việt Nam đã được xoá bỏ.

Tiến độ đạt Mục tiêu Phát triển Thiên niên kỷ 4 và 5

Vào tháng 8 năm 2005, Chính phủ Việt Nam đã báo cáo tiến độ đạt MDG. Dưới đây là bảng tóm tắt tiến bộ đạt được trong các mục tiêu 4 và 5:

MỤC TIÊU 4: GIẢM TỬ VONG Ở TRẺ EM	MỤC TIÊU 5: CẢI THIỆN SỨC KHOẺ BÀ MẸ
<ul style="list-style-type: none"> ■ Giảm tỷ lệ tử vong ở trẻ dưới 5 tuổi, từ 58/1.000 trẻ sinh sống vào năm 1990 xuống 31,5 vào năm 2004 (<i>Nguồn:</i> Ngân hàng Thế giới, UNICEF và Tổng cục Thống kê 2004). ■ Tỷ lệ tử vong ở trẻ dưới 1 tuổi giảm từ 44,4‰ năm 1990 xuống 21‰ năm 2003 và ước tính là 18‰ năm 2004 (<i>Nguồn:</i> Ngân hàng Thế giới, UNICEF và Tổng cục Thống kê 2004). 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Giảm tỷ suất tử vong mẹ từ 120/100.000 trẻ sinh sống năm 1990 xuống 85/100.000 trong năm 2004 ■ Số lần khám thai trung bình tăng từ 1,9 năm 1999 lên 2,5 năm 2003 ■ Tỷ lệ thai phụ tiêm vắc-xin uốn ván tăng từ 85,4% năm 1999 lên 91% năm 2003 ■ Hơn 90% thai phụ được chăm sóc và cuộc chuyển dạ được đỡ bởi các cán bộ y tế có kỹ năng. Tỷ lệ này ở khu vực thành thị và đồng bằng là 98%.

Mặc dù kết quả đạt được đối với mục tiêu 4 và 5 có ấn tượng, song Chính phủ ghi nhận có sự chênh lệch rất lớn giữa các vùng. Sự khác biệt rất lớn được thấy giữa khu vực miền núi phía Bắc và Tây Nguyên so với khu vực thành thị và đồng bằng. Điều này phản ánh phần nào sự khó khăn trong việc tiếp cận tới các dịch vụ chăm sóc sức khỏe thiết yếu do địa hình và đây cũng là khu vực có tới 53 dân tộc thiểu số của Việt Nam sinh sống, những người bị chịu thiệt thòi của quá trình phát triển của xã hội bởi tập quán văn hoá và sự nghèo khó.

Tỷ suất và tỷ lệ tử vong ước tính dựa trên báo cáo thường xuyên từ các cấp của hệ thống y tế luôn luôn cho kết quả tốt hơn các khảo sát chi tiết. Theo báo cáo tiến độ đạt MDG của Chính phủ với những con số lấy từ Tổng cục Thống kê (TCTK), Việt Nam sẽ đạt MDG về giảm tỷ lệ tử vong trẻ xuống 2/3 trước năm 2015. Vì tỷ suất tử vong mẹ chính thức trên cả nước là 85/100.000 vào năm 2004 nên Việt Nam tự tin tuyên bố sẽ đạt MDG về giảm 3/4 tỷ suất tử vong mẹ (so với mức của năm 1990) tức xuống còn 62/100.000 vào năm 2015.

Chúng cứ tiếp tục cho thấy có sự báo cáo không đầy đủ và báo cáo sai về tử vong ở cả số liệu tử vong mẹ và sơ sinh và việc thiếu phân tách số liệu che đậy những sự chênh lệch ngày càng lớn. Tại tuyến xã, độ tin cậy của số liệu thường thấp. Một nghiên cứu gần đây kết luận rằng những người giữ hồ sơ khai tử đã chỉ ra rằng cơ cấu hành chính không vận hành tốt công tác giám sát, huấn luyện và phối hợp giữa các đơn vị trong hệ thống là lý do khiến chất lượng số liệu tử vong trong hệ thống báo cáo thường xuyên thấp¹¹. Cải thiện chất lượng số liệu hết sức quan trọng để đảm bảo các can thiệp được lập kế hoạch, thiết kế và thực hiện nhằm đáp ứng nhu cầu của người dân địa phương và để thực sự đạt các MDG.

¹¹ Tran Quang Huy (2007) Mortality in Rural Viet Nam: Validity of Routine Reporting and Experiences from a Surveillance System PhD thesis Karolinska University

Những bài học rút ra từ 5 năm qua

Cùng với tốc độ tăng trưởng kinh tế cao, Việt Nam đã giảm được tỷ lệ nghèo được hơn một nửa, từ 58% năm 1990 xuống còn 19,5% năm 2004 và nhìn chung đã giảm một cách đều đặn số tử vong mẹ và trẻ dưới 1 tuổi.

Thiết kế của CP6 đã giúp đảm bảo thực hiện nhịp nhàng hàng loạt các hoạt động trên nhiều khu vực địa lý đa dạng và thể hiện được tầm quan trọng của phương thức quốc gia điều hành trong việc thúc đẩy các sáng tạo của các địa phương, phát huy tính chủ sở hữu chương trình và nâng cao năng lực thực thi của của Chính phủ.

Tuy nhiên có một số bài học lớn rút ra từ việc triển khai các hoạt động SKSS trong 5 năm qua cần được khắc phục nếu Việt Nam muốn đạt các MDG và các chỉ tiêu phát triển mà Việt Nam đã đề ra về sức khoẻ bà mẹ và trẻ em vào năm 2015. Việc xem xét lại và đánh giá các hoạt động có sự hỗ trợ của UNFPA và các đánh giá tiếp theo chẳng hạn như đánh giá nhanh nhu cầu chăm sóc sức khoẻ bà mẹ và trẻ em tiến hành năm 2006 tại các tỉnh được UNFPA hỗ trợ¹² giúp xác định các vấn đề ảnh hưởng đến việc sử dụng các dịch vụ y tế của khách hàng và chất lượng cung cấp dịch vụ.

Lĩnh vực chính sách

Sự phù hợp của CP6 với các chiến lược phát triển của chính phủ, đặc biệt là Chiến lược Chăm sóc SKSS và Chiến lược Dân số, đồng thời sự lồng ghép tốt trong thiết kế các hoạt động truyền thông thay đổi hành vi đã chứng minh sự ảnh hưởng mạnh mẽ và tích cực đối với hiệu suất và hiệu quả của việc triển khai.

Bộ Y tế đã xác định những thách thức sau đây trong việc thực hiện các MDG liên quan đến SKBMTE¹³:

- Ngân sách nhà nước dành cho ngành y tế vẫn còn hạn hẹp và các chính sách lương, viện phí và bảo hiểm y tế chưa đầy đủ
- Các dịch vụ LMAT tại một số khu vực có chất lượng kém; phương tiện trang bị cho các dịch vụ này còn thiếu thốn hoặc chưa đáp ứng tiêu chuẩn kỹ thuật thích hợp; một số cán bộ y tế chưa được đào tạo bài bản hoặc chưa có động cơ làm việc đúng đắn
- Sự phân bổ nguồn lực chưa đồng đều giữa các vùng giàu và vùng nghèo. Hậu quả là tỷ lệ tử vong trẻ ở vùng núi và vùng sâu vùng xa còn quá cao
- Có sự mất cân đối trong bản thân ngành y tế, giữa các chuyên ngành chuyên sâu và y tế cơ sở; giữa công tác y tế dự phòng và chăm sóc điều trị; giữa y học cổ truyền và y học hiện đại; giữa đào tạo và sử dụng nguồn nhân lực

¹² UNFPA/PATH (2006) Rapid Maternal and Neonatal Health Care Needs Assessment in UNFPA supported provinces of Viet Nam. Ha Noi Viet Nam

¹³ Cộng hòa Xã hội Chủ nghĩa Việt Nam (8/2005) Việt Nam tiến tới các Mục tiêu Phát triển Thiên niên kỷ

Số liệu

Các tổ chức LHQ tại Việt Nam đã xác định nhu cầu cấp bách là cần cải thiện việc thu thập, phát hành và phân tích số liệu tại Việt Nam. Thông tin còn thiếu hàng loạt các chỉ số phát triển cơ bản; vấn đề chất lượng số liệu, vênh số liệu và sự thiếu phân tách số liệu, làm cho việc theo dõi tiến độ phát triển theo giới, tuổi, và thành phần dân tộc trở nên khó khăn. Hầu như mọi số liệu trong nước có được đều từ nguồn chính phủ. Tuy nhiên, có sự khác biệt đáng kể về số liệu từ các nguồn khác nhau của chính phủ, đặc biệt khi so sánh số liệu báo cáo thường xuyên từ các hệ thống hành chính với số liệu khảo sát.

Trọng tâm địa lý

Phạm vi địa lý của CP6 được chứng minh là quá rộng để thực hiện một cách hiệu quả tất cả các hoạt động SKSS đã đề xuất, đặc biệt là các hoạt động ở vùng núi và vùng sâu vùng xa. Thí dụ Hà Giang, một tỉnh miền núi phía Bắc với thành phần dân tộc thiểu số chiếm phần lớn có tất cả các chỉ số còn cách xa đáng kể so với 11 tỉnh khác được sự hỗ trợ của UNFPA.

Đi lại và thông tin liên lạc là hai vấn đề lớn đối với vùng sâu vùng xa: với khách hàng, với người cung cấp dịch vụ và với việc thực hiện, theo dõi và giám sát các hoạt động từ phía nhân viên và đối tác của UNFPA. Việc cung cấp sơ cứu sản khoa và cấp cứu sơ sinh kết hợp với hệ thống chuyển tuyến được điều phối nhịp nhàng là yếu tố sống còn để cứu người bệnh ở các khu vực nông thôn cách biệt này. Như một quy tắc, cơ sở chuyển tuyến càng xa càng cần có sự can thiệp sớm.

Sự tham gia và yếu tố dân tộc

Trong CP6, sự phân quyền quản lý dự án đã tạo điều kiện cho các đối tác tăng hiệu quả thực hiện các hoạt động nhưng sự tham gia của các đối tác địa phương trong thiết kế các hoạt động dự án còn hạn chế. Nhìn chung, các dân tộc thiểu số chưa được hưởng nhiều lợi ích từ việc phát triển kinh tế - xã hội trong thập niên qua, một phần là do sự cách biệt văn hoá - xã hội hiện nay. Không phải tất cả các cộng đồng dân tộc đều có thể tiếp cận các dịch vụ y tế cơ bản, và điều này đặc biệt đúng với trường hợp người dân tộc thiểu số sống ở miền núi vùng sâu vùng xa.

Đánh giá nhu cầu (UNFPA/PATH 2006) phát hiện ra rằng mặc dù các lãnh đạo địa phương (Ủy ban Nhân dân, Hội Phụ nữ, Đoàn Thanh niên và trưởng thôn) đều có ý thức trách nhiệm chung đối với cộng đồng, song hầu hết trong số họ hiểu biết rất ít về LMAT/CSST ngoài KHHGĐ và tiêm chủng và họ đều mong muốn được làm nhiều hơn để giúp cải thiện sức khoẻ cho phụ nữ và trẻ em trong xã của họ.

Các dịch vụ

Theo kết quả đánh giá nhu cầu của UNFPA/PATH, nhiều bệnh viện huyện ở những khu vực khó khăn không thể cung cấp dịch vụ chăm sóc sản khoa toàn diện và rất ít trung tâm KHHGĐ và LMAT/CSST có thể xử trí các biến chứng do phá thai. Chất lượng chăm sóc thấp làm cho người dân không muốn sử dụng các dịch vụ. Ngoài ra, sự khác biệt vùng miền rất lớn ở cả khía cạnh cung cấp và sử dụng dịch vụ. Thông thường, việc thực hành chuyên môn không dựa trên y học bằng chứng; kiến thức, kỹ năng và thái độ của những

người cung cấp dịch vụ LMAT/CSSS còn yếu. Bên cạnh việc tăng cường khả năng tiếp cận và nâng cao chất lượng các dịch vụ SKSS, cần quan tâm một cách thích hợp đến việc cải thiện kỹ năng thực hành của người cung cấp dịch vụ y tế.

Một trong những thách thức quan trọng đối với UNFPA là đảm bảo các Chiến lược Chăm sóc SKSS và Dân số được thực hiện đúng ở tuyến cơ sở. Một số cơ quan, tổ chức và các tỉnh tham gia Chương trình còn thiếu năng lực quản lý và cần thêm sự hỗ trợ kỹ thuật để đạt được cả về chiều sâu và chất lượng trong việc theo dõi các hoạt động cung cấp dịch vụ LMAT/CSSS.

Dưới đây là một số ví dụ về thách thức kỹ thuật tồn đọng trong cung cấp dịch vụ LMAT và CSSS:

- Giám sát ít hoặc giám sát không có tính hỗ trợ đối với tuyến dưới; gộp việc theo dõi với giám sát lấy trọng tâm là các mục tiêu và công tác kiểm tra
- Thực hiện không đầy đủ những thực hành kỹ thuật tốt nhất như miêu tả trong Chuẩn Quốc gia chẳng hạn như cung cấp và sử dụng magnesium sulphate để điều trị tiền sản giật nặng và sản giật
- Ghi chép và báo cáo sai bao gồm cả cách sử dụng biểu đồ chuyển dạ để theo dõi và xử trí cuộc chuyển dạ
- Các bác sĩ chuyên khoa nhi và những người cung cấp dịch vụ CSSS khác thiếu kiến thức và kỹ năng về CSSS
- Áp dụng kém các nguyên tắc phổ cập về phòng tránh và khống chế nhiễm khuẩn
- Môi trường đào tạo hộ sinh thiếu nhất quán với Sáng kiến LMAT và sáng kiến bạn hữu với Trẻ em

Khách hàng

Rõ ràng, một cộng đồng nhận được nhiều thông tin sẽ tiếp cận các dịch vụ thường xuyên hơn và sớm hơn. Các hoạt động truyền thông và thay đổi hành vi đã làm tăng hành vi tìm kiếm dịch vụ chăm sóc SKSS của các cá nhân và cộng đồng. Những nhà cung cấp dịch vụ và nhà hoạch định chính sách vẫn còn chưa hiểu đầy đủ rằng chất lượng chăm sóc có ảnh hưởng lớn tới việc sử dụng dịch vụ ngay cả ở vùng sâu vùng xa và ở các nhóm cụ thể như dân tộc thiểu số và thanh niên.

Đánh giá nhanh nhu cầu can thiệp dịch vụ LMAT/CSSS tại các tỉnh có sự hỗ trợ của UNFPA kết luận rằng tại Hà Giang (vùng núi phía Bắc) và Kon Tum (Tây Nguyên) hầu như không có khách hàng sử dụng trạm y tế xã và nếu có tai biến gì thì sử dụng các cơ sở tuyến huyện. Điều này một phần là do niềm tin sinh con là chuyện bình thường, người phụ nữ và gia đình cảm thấy sinh con ở nhà cũng được. Nhưng cũng còn lý do nhiều cộng đồng không thấy tiện lợi trong việc sinh con tại cơ sở y tế và bản thân người phụ nữ muốn có sự thoải mái và hỗ trợ của gia đình và thích kiểu đỡ đẻ bởi các bà mụ vườn hơn.

Khách hàng và gia đình của họ cần thông tin đơn giản, rõ ràng và không thành kiến về quá trình mang thai, sinh con và chăm sóc trẻ. Ngày càng có nhiều phụ nữ được bác sĩ thăm khám và ít người do điều dưỡng hay nữ hộ sinh thăm khám vì những nhu cầu không cần thiết chẳng hạn như siêu âm trong quá trình mang thai ngày càng tăng lên. Áp lực về mặt y tế, văn hoá và xã hội khiến người ta muốn có những thủ thuật không cần thiết trong khi những biện pháp đơn giản như cho trẻ bú sữa mẹ ngay lập tức sau đẻ và hoàn toàn và điều trị ký sinh trùng đường ruột trong thời gian mang thai lại không được khuyến khích đúng mức.

Trọng tâm đạt Mục tiêu Phát triển Thiên niên kỷ trong vòng 5 năm tới

Những thực hành thiết yếu tốt nhất trong làm mẹ an toàn và chăm sóc sơ sinh

Việc chỉnh sửa lại Hướng dẫn Chuẩn Quốc gia về Dịch vụ Chăm sóc SKSS sẽ thay đổi thực hành về LMAT và CSSS. Điều này là cần thiết để đưa thực hành tại Việt Nam gần hơn với thực hành dựa trên bằng chứng của thế giới, đặc biệt là về:

- Điều trị tiền sản giật và sản giật
- Bổ sung vi chất và tẩy giun cho phụ nữ khi mang thai
- Phòng tránh băng huyết sau sinh
- CSSS tức thì gồm chăm sóc rốn và nuôi con bằng sữa mẹ
- Chăm sóc sau sinh bao gồm cả uống vitamin A
- Các biện pháp tránh thai
- Chẩn đoán và xử trí các nhiễm khuẩn lây truyền qua đường sinh sản
- Chăm sóc sau phá thai
- Áp dụng các nguyên tắc phổ cập về phòng tránh và khống chế nhiễm khuẩn
- Tư vấn, xét nghiệm HIV tự nguyện và điều trị cho những phụ nữ mang thai có HIV dương tính để phòng tránh lây truyền HIV từ mẹ sang con

Khác với biện pháp đề xuất *'thuyết phục các bà mẹ sinh con tại các trung tâm y tế'*¹⁴, sự ưu tiên nên đặt vào việc đỡ đẻ được thực hiện bởi người đỡ có kỹ năng (bất kể ở nhà hay ở cơ sở y tế) kết hợp với hệ thống chuyển tuyến mạnh lên tới trung tâm nơi có thể chăm sóc sản khoa thiết yếu toàn diện kể cả chăm sóc trẻ sơ sinh bị ốm.

Tập trung cho người nghèo, người chịu thiệt thòi trong quá trình phát triển của xã hội

Việc giảm số tỉnh trong CP7 giúp tập trung các hoạt động vào những nơi cần thiết nhất. Cần có sự vận động để khuyến khích chính phủ và triển khai các hoạt động chăm sóc sức khoẻ sơ sinh và LMAT nhằm giải quyết vấn đề địa lý và dân tộc thiểu số nhằm đảm bảo có sự công bằng hơn trong các cơ hội sống còn của bà mẹ và trẻ sơ sinh. Các hoạt động cần phù hợp với điều kiện và hoàn cảnh của cộng đồng địa phương, cũng như đáp ứng yêu cầu của các cấp chính quyền tỉnh và trung ương.

Sự chênh lệch và bất bình đẳng xã hội giữa các vùng, giới và dân tộc đang gia tăng và chi phí chăm sóc sức khoẻ hiện nay là nguyên nhân chủ yếu khiến các hộ dân tái nghèo.

¹⁴ Cộng hòa xã hội chủ nghĩa Việt Nam (2005) Việt Nam tiến tới các Mục tiêu Phát triển Thiên niên kỷ tr. 38

Ước tính tỷ lệ nghèo ở dân tộc thiểu số năm 2002 là 69,3% so với đại bộ phận dân tộc Kinh là 23,11%¹⁵.

Cải thiện chất lượng số liệu

Các tổ chức LHQ tại Việt Nam đã thúc giục chính phủ, các nhà tài trợ, các cơ quan nghiên cứu và các cơ quan khác chú ý hơn nữa tới chất lượng số liệu, nâng cao nỗ lực điều phối việc thu thập số liệu; đảm bảo việc thu thập và phân tích số liệu theo tuổi, giới, và dân tộc tạo ra cơ sở vững chắc giúp đi đến những chính sách hiệu quả và đúng đối tượng.

Hầu hết các trung tâm y tế không ghi chép lại nguyên nhân tử vong sơ sinh và hơn một nửa số trẻ chết trước khi đầy tháng không được vào sổ và việc các em chết cũng không được ghi chép lại. Nhiều trẻ được đăng ký khai sinh muộn, hơn 30% trẻ đăng ký khai sinh khi đã hơn sáu tháng tuổi¹⁶. Cần theo dõi tỷ lệ tử vong sơ sinh như một chỉ số quốc gia.

Đào tạo

Những nữ hộ sinh vẫn là những người làm công tác chăm sóc sản phụ và sơ sinh chủ yếu. Cần chú ý tới môi trường học lâm sàng, nơi mà họ nắm bắt được các kiến thức và kỹ năng cần thiết. Một chương trình học mềm dẻo, lấy sinh viên làm trung tâm, với hệ thống giảng dạy và đánh giá bao gồm cả phát triển kỹ năng giải quyết vấn đề và thực hành giám sát dựa trên cộng đồng sẽ trang bị cho sinh viên nhân sinh quan nhân bản hơn. Cần nỗ lực hơn nữa để nâng cao vị thế nghề nghiệp cho các nữ hộ sinh.

Trong CP6, một số sách giáo khoa của chương trình đào tạo hộ sinh trung học dựa trên năng lực về SKSS được soạn thảo về phê chuẩn. Các khoá đào tạo giáo viên trường trung học y tế trong toàn quốc cũng đã được tổ chức.

Trong CP7, các can thiệp tập trung vào việc nâng cao khả năng cung cấp dịch vụ cấp cứu sản khoa và CSSS (kể cả chuyển tuyến) bằng cách đảm bảo có cán bộ đỡ đẻ có kỹ năng cần thiết. Một nhóm chuyên gia người Anh đang giúp Bộ Y tế và các cơ quan đào tạo triển khai công tác đào tạo ở các trường trung học y tế. Nỗ lực nhằm cải thiện công tác đào tạo tiền dịch vụ này sẽ tạo ra những cán bộ đỡ đẻ có kỹ năng cho những năm tới.

Bên cạnh đó, Đại học Sydney (Australia) đang hỗ trợ kỹ thuật cho Bộ Y tế và các cơ quan giáo dục đẩy mạnh đào tạo tại chức cho những người cung cấp dịch vụ (bác sĩ chuyên khoa sản và sơ sinh) về kiến thức và kỹ năng giúp họ có khả năng đáp ứng trong những trường hợp cấp cứu sản khoa và sơ sinh tại các tỉnh có sự hỗ trợ của UNFPA. Phương pháp giảng dạy y khoa của trường Đại học Sydney bao gồm các thành tố Cấu trúc, Lâm sàng, Khách quan, Tham khảo, Dựa trên vấn đề, Lồng ghép và Tổ chức, (gọi tắt tiếng Anh là SCORPIO), sẽ trang bị cho các giảng viên nòng cốt tuyến tỉnh và trung ương các phương

¹⁵ Số liệu từ Tổng cục thống kê (www.gso.gov.vn)

¹⁶ Số liệu do UNICEF cung cấp

pháp giảng dạy dựa trên năng lực theo từng nhóm nhỏ, đào tạo kỹ năng đa ngành lấy người học làm trung tâm. Hy vọng rằng cách đào tạo này sẽ được triển khai trên toàn quốc và đảm bảo nâng cao được khả năng xử trí các tai biến tại cơ sở y tế.

Thay đổi hành vi

Huy động cộng đồng nâng cao ý thức của người dân về các vấn đề LMAT/CSSS; thiết lập và vận hành hệ thống chuyển tuyến dựa trên cộng đồng nhằm điều trị các tai biến cũng là hoạt động được ưu tiên trong CP7.

Cần có sự hiểu biết rõ hơn về bản chất của sự thay đổi, cách kích lệ và tạo điều kiện để có sự thay đổi ở cả cá nhân và cộng đồng. Ở các vùng núi chẳng hạn như Hà Giang và Kon Tum, hầu như mọi phụ nữ đều sinh con tại nhà. Rất nhiều người dân ở đây coi sinh con là chuyện bình thường. Tất cả mọi người cần ý thức được những dấu hiệu nguy hiểm và có kế hoạch tới ngay cơ sở y tế nếu cần thiết. Những cách tiếp cận năng động trong truyền thông là tối quan trọng để can thiệp y tế có thể đến được những người dân trình độ văn hoá thấp hoặc mù chữ, những người sống ở vùng sâu vùng xa và những người dân sống du canh du cư để có thể nhận được những thông tin cơ bản.

Thay đổi hành vi cũng cần thiết ở những người cung cấp dịch vụ LMAT/CSSS chẳng hạn những người đỡ đẻ trong cộng đồng, nữ hộ sinh và bác sĩ làm việc cho cả cơ sở y tế nhà nước lẫn tư nhân. Sự phối hợp sát sao liên tục với các tổ chức quần chúng như UBDSGDTE, Hội phụ nữ và Đoàn Thanh niên hết sức quan trọng đối với hoạt động truyền thông và thay đổi hành vi. Các nhà lãnh đạo địa phương là cầu nối quan trọng giữa nhu cầu tại cộng đồng với các dịch vụ y tế do các cán bộ chuyên môn thực hiện, hỗ trợ quyền của khách hàng và góp phần vào việc nâng cao chất lượng chăm sóc y tế.

Sự hỗ trợ liên tục của UNFPA

Sự ưu tiên cao độ của Kế hoạch Hành động trong CP7, chương trình hợp tác giữa Việt Nam và UNFPA giai đoạn 2006-2010 là hỗ trợ thực hiện Kế hoạch Quốc gia về LMAT. Các hoạt động tâm chính sách gồm xem lại Chuẩn Quốc gia về SKSS với phần LMAT/CSSS được dựa trên kết quả cuối cùng của Sáng kiến LMAT.

Các hoạt động ở địa phương sẽ tập trung vào tám tỉnh: Bình Định, Hà Giang, Phú Thọ, Hòa Bình, Tiền Giang, Ninh Thuận, Kon Tum và Bến Tre. Trọng tâm sẽ nhấn mạnh vào những hỗ trợ và can thiệp cụ thể đối với nhu cầu của từng tỉnh, cho phép sự hỗ trợ tập trung hơn vào vùng núi, vùng sâu vùng xa nơi có những người dân nghèo và những người chịu thiệt thòi. Thí dụ, căn cứ vào tình hình của từng tỉnh, CP7 sẽ hỗ trợ một số huyện ở những vùng nông thôn khó khăn giúp cải thiện và củng cố chất lượng các dịch vụ cấp cứu sản khoa và CSSS. Ngoài ra, thí điểm các cách tiếp cận khách hàng tại hộ gia đình, ngân hàng máu dựa vào cộng đồng, các hệ thống chuyển tuyến cấp cứu và đào tạo phụ nữ dân tộc thiểu số thành người chăm sóc cấp cứu sản khoa cơ bản sẽ góp phần tìm ra biện pháp tiếp cận được những nhóm dân cư thiệt thòi và nghèo nhất.

Các hoạt động chi tiết điển hình tại các tỉnh có sự hỗ trợ của UNFPA

Đào tạo

- **Đào tạo lại cho các nhà quản lý y tế** về quản lý chất lượng dịch vụ, quản lý hậu cần, giám sát hỗ trợ, theo dõi và đánh giá. Giảng viên tuyến tỉnh sẽ huấn luyện cho nhân viên y tế các cấp và hướng dẫn các đối tác khác tham gia chăm sóc SKSS.
- **Đào tạo lại về Chuẩn Quốc gia chăm sóc SKSS.** Chương trình tập huấn quốc gia về chăm sóc SKSS của Bộ Y tế sẽ được dùng để tập huấn cho những người cung cấp dịch vụ ở tất cả các cấp.
- **Chương trình đào tạo tiên dịch vụ dành cho nữ hộ sinh trung học** tại trường trung cấp y của tỉnh. Chương trình đào tạo 2 năm này gồm việc dạy lý thuyết, thực hành và đánh giá năng lực của sinh viên. Sự hỗ trợ gồm có theo dõi, giám sát hỗ trợ và đánh giá việc thực hiện chương trình mới này.
- **Chương trình đào tạo 18 tháng dành cho “hộ sinh người dân tộc thiểu số”:** chương trình đào tạo này được thiết kế cho các phụ nữ người dân tộc thiểu số sống ở miền núi và vùng sâu vùng xa và có trình độ văn hoá thấp. Trong 18 tháng đào tạo, họ sẽ học cách đỡ đẻ và cách xử trí một số biến chứng. Học viên được cơ quan chức năng địa phương tuyển chọn theo một số tiêu chí. Địa phương sẽ sử dụng những học viên này trong hệ thống chăm sóc sức khoẻ sau khi họ tốt nghiệp khoá đào tạo.
- **Các huyện ưu tiên:** Nhân viên y tế huyện và xã sẽ được tập huấn về LMAT, KHHGD, nhiễm khuẩn đường sinh sản và SKSS vị thành niên.
- **Đào tạo chuyên ngành sâu về sản và phụ khoa** cho các bác sĩ đa khoa cấp tỉnh và huyện làm việc trong lĩnh vực chăm sóc SKSS.
- **Tập huấn sử dụng thiết bị y tế** dành cho những người cung cấp dịch vụ cấp tỉnh và huyện.

Thiết bị

- **Thiết bị đào tạo.** Khoa Sản, bệnh viện tỉnh và Trung tâm SKSS sẽ tiến hành các hoạt động đào tạo dành cho những nhà cung cấp dịch vụ và quản lý các cấp. Thiết bị đào tạo, bao gồm cả mô hình để đào tạo tiền lâm sàng sẽ được trang bị cho hai cơ quan này.
- **Thiết bị và thuốc thiết yếu phục vụ SKSS** theo như Chuẩn Quốc gia về chăm sóc SKSS sẽ được cung cấp theo nhu cầu
- **Phương tiện vận chuyển.** Mỗi huyện được chọn sẽ được trang bị một xe máy để đội SKSS làm công tác giám sát.

Quản lý

- **Theo dõi, giám sát và hỗ trợ kỹ thuật cho tuyến dưới** từ cấp tỉnh tại các huyện ưu tiên thực hiện Chuẩn Quốc gia về chăm sóc SKSS
- **Nâng cao năng lực** của tỉnh về quản lý và thực hiện các hoạt động trong chương trình.
- **Vận hành một cách hiệu quả Đơn vị Quản lý Dự án:** gồm tuyển dụng nhân sự, giám sát, đánh giá và điều phối các cơ quan thực thi và hỗ trợ kỹ thuật.
- **Cung cấp thiết bị văn phòng, phương tiện vận chuyển phục vụ** các hoạt động

Chăm sóc cấp cứu sản khoa và sơ sinh thiết yếu và toàn diện

- Cung cấp dịch vụ chăm sóc cấp cứu cho các khách hàng sản khoa và sơ sinh tại bệnh viện tỉnh và các huyện, xã được lựa chọn. Sự hỗ trợ này bao gồm đào tạo, cung cấp thiết bị và thuốc men, vận chuyển

Tiếp cận khách hàng tại cộng đồng và hệ thống chuyển tuyến các hoạt động cộng đồng

- Các đội chăm sóc SKSS lưu động huyện cung cấp các dịch vụ chăm sóc SKSS **tại hộ gia đình** ở cấp xã, bao gồm chăm sóc trước đẻ, tư vấn chuẩn bị đi đẻ, lý do cần thiết phải có kế hoạch vận chuyển khẩn cấp, các dấu hiệu nhận biết nguy hiểm và hành động cần thiết, CSSS cũng như KHHGĐ thông thường. Ưu tiên đối tượng dân tộc thiểu số và những xã ở xa.
- **Phát triển hệ thống chuyển tuyến dựa vào cộng đồng** giúp LMAT tại một số xã lựa chọn thuộc các huyện được lựa chọn.
- Hội Phụ nữ Tỉnh sẽ thực hiện **mô hình chuyển tuyến dựa vào cộng đồng** giúp vận chuyển kịp thời những người phụ nữ bị biến chứng tới các cơ sở y tế tại một số xã thuộc các huyện được lựa chọn.
- Thí điểm **mô hình LMAT/CSSS của các nữ hộ sinh dân tộc thiểu số vùng xa**. Trọng tâm sẽ là chăm sóc trước đẻ, đỡ đẻ sạch, xử trí cấp cứu và ổn định biến chứng sản khoa, CSSS.
- **Các hoạt động vận động và truyền thông thay đổi hành vi**
- **Đào tạo giảng viên về kỹ năng vận động và truyền thông thay đổi hành vi** liên quan đến SKSS và tình dục dành cho nhân viên của UBDSGĐTE tỉnh, Sở Y tế, Sở Văn hoá và Thông tin, các cơ quan thông tin truyền thông và các tổ chức quần chúng địa phương.
- **Tập huấn cho cán bộ truyền thông** cấp tỉnh, huyện, xã và thôn. Sẽ có đánh giá để điều chỉnh nội dung và chương trình tập huấn cho phù hợp với truyền thống và văn hoá của địa phương.
- **Điều chỉnh và biên soạn các tài liệu truyền thông cộng đồng** về LMAT/CSSS
- **Các hoạt động truyền thông thay đổi hành vi SKSS dựa trên cộng đồng** tổ chức ở xã và thôn thuộc các huyện được lựa chọn với sự tham gia tích cực của cộng đồng, đặc biệt là trưởng thôn, người dân tộc thiểu số và các nhóm phụ nữ. Các chủ đề sẽ nói về LMAT chẳng hạn như chăm sóc cấp cứu sản khoa và CSSS, phòng tránh nhiễm khuẩn lây truyền qua đường tình dục bao gồm HIV/AIDS, quyền sinh sản và giới.
- Các đài truyền hình và phát thanh tỉnh **sản xuất và phát đi các chương trình về LMAT/CSSS**, một số chương trình bằng tiếng thiểu số địa phương. Đồng thời các báo địa phương cũng sẽ đăng những bài liên quan.
- **Các hoạt động vận động** hướng vào các lãnh đạo địa phương, những người đứng đầu tôn giáo, những người có uy tín trong cộng đồng và các nhóm có ảnh hưởng khác đối với vấn đề SKSS và tình dục.

Kết luận

Việt Nam đã đạt được nhiều tiến bộ trong phát triển kinh tế - xã hội nhưng vẫn còn những chênh lệch khá lớn trong đời sống xã hội. Trong giai đoạn phát triển này khi Việt Nam mới ra nhập Tổ chức Thương mại Thế giới và đạt được các tiến bộ trong phát triển con người, đồng thời duy trì GDP cao nhất từ trước tới nay với mục tiêu đề ra là sẽ đạt mức thu nhập trung bình vào năm 2010, điều hết sức quan trọng là Việt Nam cần phấn đấu đạt được các MDG ở từng tỉnh, từng huyện và từng xã¹⁷.

Chính phủ Việt Nam khẳng định lại một cách mạnh mẽ sự quyết tâm tiếp tục thực hiện Tuyên bố Thiên niên kỷ và hiện thực hóa các MDG vào năm 2015. Sự hỗ trợ của quốc tế vẫn tiếp tục cần thiết vì Việt Nam có khó khăn là một số bộ phận dân cư sống tách biệt, không có thông tin và kiến thức cơ bản giúp cải thiện lối sống của họ. Hơn nữa, những thay đổi về mặt số lượng các chỉ số của MDG phần nào đó đã làm lu mờ nhu cầu cải thiện chất lượng (các chỉ số về LMAT/CSST là một thí dụ). Vấn đề chất lượng cần được xem xét để đạt các MDG một cách đầy đủ¹⁸.

Vào tháng 8 năm 2007, Chính phủ Việt Nam và các tổ chức LHQ tại Việt Nam đã ký văn kiện ‘Một Kế hoạch’. Đây là bản kế hoạch hành động chung cho tới 2010 và là một phần của ‘Sáng kiến Một LHQ’. ‘Một Kế hoạch’ liên kết các chương trình của sáu cơ quan LHQ bao gồm UNICEF, UNDP, UNFPA, UNAIDS, UNIFEM và UNV. Chương trình này kết hợp và tổng hợp công việc của các cơ quan LHQ để công tác hỗ trợ cho Việt Nam được tốt hơn trong việc đạt các mục tiêu thể hiện trong Tuyên bố Thiên niên kỷ, các MDG và Kế hoạch Phát triển Kinh tế - Xã hội của Việt Nam.

LHQ đã xác định trong “Một Kế hoạch” 5 kết quả phản ánh thách thức phát triển của đất nước và thuận lợi của sáu cơ quan thuộc LHQ tham gia:

1. Các chính sách kinh tế - xã hội, kế hoạch và luật pháp công bằng và bao quát
2. Các dịch vụ bảo trợ và xã hội phổ cập, chất lượng cao,
3. Bảo vệ môi trường và sử dụng hợp lý các tài nguyên thiên nhiên
4. Quản trị nhà nước có sự tham gia, minh bạch và có tính trách nhiệm giải trình
5. Giảm nguy cơ dễ bị tổn thương trước những thảm họa thiên nhiên

UNFPA được giao nhiệm vụ là tổ chức LHQ dẫn đầu việc theo sát và thực hiện Chương trình Hành động của Hội nghị Quốc tế về Dân số và Phát triển (ICPD) năm 1994. Nhiệm vụ của UNFPA là giúp các nước đạt mục tiêu đề ra trong Chương trình Hành động, cung cấp sự hỗ trợ về mặt tài chính và kỹ thuật cho các chương trình dân số và SKSS để “*giảm nghèo và đảm bảo tất cả trường hợp mang thai đều là do mong muốn, tất cả trường hợp*

¹⁷ 'Growth with Equality' Phỏng vấn của Viet Nam Economic Times với Ngài Điều phối viên Thường trú UN, John Hendra, UNDP Viet Nam, 9/4/2007

¹⁸ United Nations Country Team Viet Nam (2002) Bringing the MDGs Closer to the People

sinh để đều an toàn, tất cả thanh niên không nhiễm HIV/AIDS, tất cả phụ nữ và trẻ em gái được tôn trọng và có phẩm giá”¹⁹.

Đạt được các mục tiêu của Chương trình Hành động ICPD cũng là tối cần thiết để đạt được các MDG và hoàn thành Kế hoạch Phát triển Kinh tế - Xã hội của Việt Nam. UNFPA với vai trò kỹ thuật và tiên phong trong các vấn đề sức khỏe và quyền sinh sản, trao quyền cho phụ nữ và các vấn đề dân số đang nỗ lực giúp Việt Nam đạt các mục tiêu này. Là một phần của ‘Một LHQ’, UNFPA tập trung nỗ lực của mình giúp chính phủ đạt các mục tiêu 1 (giảm nghèo), mục tiêu 3 (bình đẳng giới), mục tiêu 4 (sức khỏe trẻ em), mục tiêu 5 (sức khỏe bà mẹ), và mục tiêu 6 (chống HIV/AIDS và các bệnh khác). Thông qua tối đa hoá những đóng góp của các cơ quan LHQ và làm cho LHQ trở thành đối tác có năng lực và hiệu quả của Chính phủ Việt Nam, ‘Một LHQ’ sẽ tiếp tục hỗ trợ quá trình phát triển của Việt Nam vì lợi ích của người Việt Nam, như vậy sẽ xây dựng được một nước Việt Nam thịnh vượng, công bằng và dân chủ²⁰.

¹⁹ Trích tuyên bố sứ mệnh của UNFPA. Xem <http://www.unfpa.org/about/mission.htm>

²⁰ Xem <http://unvietnam.wordpress.com/> để có thêm thông tin về Sáng kiến Một LHQ tại Việt Nam

NĂM 2007, QUỸ DÂN SỐ LIÊN HỢP QUỐC XUẤT BẢN CÁC BÁO CÁO VỀ THỰC HÀNH TỐT NHẤT VÀ CÁC BÀI HỌC KINH NGHIỆM SAU ĐÂY:



1 Nâng cao chất lượng dịch vụ chăm sóc sức khỏe sinh sản ở Việt Nam
Mời trợ của Hướng dẫn Chuẩn quốc gia về các dịch vụ chăm sóc sức khỏe sinh sản



2 Hướng tới Mục tiêu Phát triển Thiên niên kỷ
Đáp ứng của UNFPA đối với nhu cầu Lâm sàng an toàn và chăm sóc trẻ sơ sinh tại Việt Nam



3 Kiến thức và hành vi của cộng đồng dân tộc thiểu số về sức khỏe sinh sản



4 Đào tạo cho người cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe sinh sản tại các tỉnh miền núi



5 Nghiên cứu về sức khỏe sinh sản tại Việt Nam
Bảo cáo rà soát các nghiên cứu giai đoạn 2003-2005



Tầng 1, Khu căn hộ Liên Hợp Quốc
2E Vạn Phúc, Quận Ba Đình,
Hà Nội, Việt Nam
Tel: +84 4 823 6632
Fax: +84 4 823 2822
Website: <http://vietnam.unfpa.org>
Email: unfpa-fo@unfpa.org.vn