

TÓM TẮT VẬN ĐỘNG CHÍNH SÁCH

CHĂM SÓC TRƯỚC SINH TẠI VIỆT NAM



MỤC ĐÍCH CỦA BẢN VẬN ĐỘNG CHÍNH SÁCH

Mục đích của bản tóm tắt vận động chính sách này nhằm nâng cao nhận thức của cộng đồng và tăng cường cam kết chính trị của các bên có liên quan nhằm cải thiện tình hình chăm sóc sức khỏe bà mẹ ở Việt Nam, góp phần vào nỗ lực cùng chính phủ đẩy mạnh việc tiếp cận phổ cập với việc chăm sóc sức khỏe sinh sản và tình dục, thúc đẩy nhanh tiến trình đạt được các mục tiêu đề ra trong Hội nghị Quốc tế về Dân số và Phát triển (ICPD) và các Mục tiêu Phát triển Thiên niên kỷ (MDGs), đặc biệt là MDG5.

GIỚI THIỆU CHUNG

1. Có sự khác biệt đáng kể trong tiếp cận với dịch vụ chăm sóc trước sinh giữa các vùng miền và giữa các nhóm đối tượng

Tỷ lệ phụ nữ được chăm sóc trước sinh là một chỉ tiêu trong thực hiện các Mục tiêu Phát triển Thiên niên kỷ. Ở Việt Nam khoảng 93% số phụ nữ mang thai được khám thai ít nhất một lần trong suốt thai kỳ của lần mang thai gần nhất [1, 2]. Mặc dù đây là một kết quả đáng khích lệ, tuy



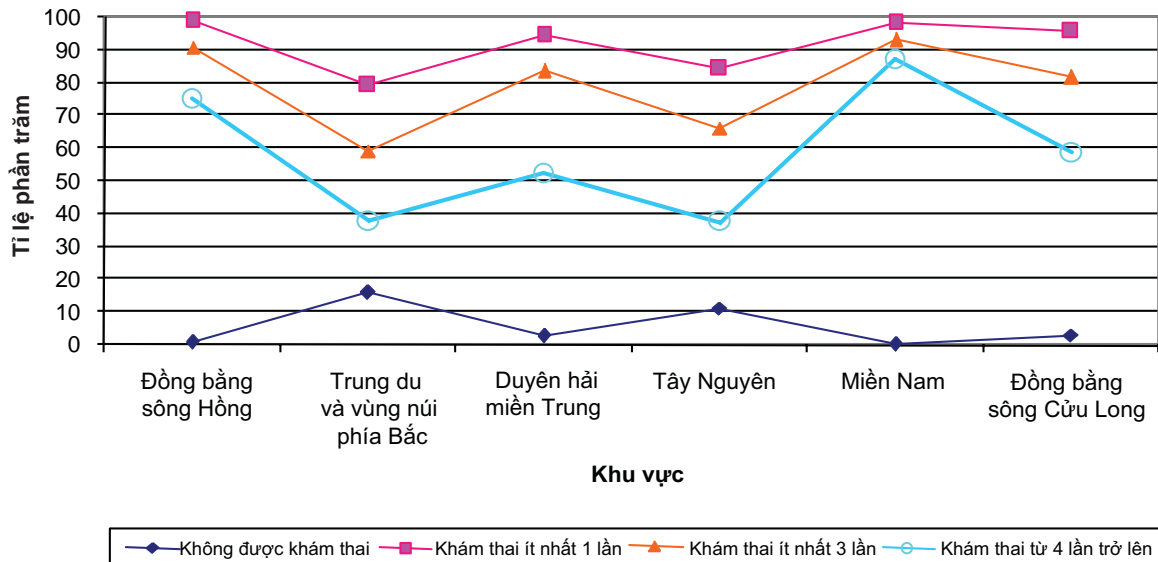
nhiên Tổ chức Y tế thế giới (WHO) khuyến nghị phụ nữ mang thai cần được khám thai 4 lần trong suốt thai kỳ nhằm đảm bảo những lợi ích cho cả mẹ và thai nhi [3]. Ở Việt Nam, khoảng 79% phụ nữ mang thai được khám thai tối thiểu 3 lần trong 3 giai đoạn của thai kỳ [2] và chỉ có 59,6% phụ nữ mang thai được khám thai tối thiểu 4 lần theo đúng như khuyến nghị của WHO [1]

THÔNG ĐIỆP CHÍNH:

- Tỷ lệ phụ nữ mang thai được chăm sóc trước sinh trên toàn quốc đang tăng lên và duy trì ổn định. Tuy nhiên còn có sự chênh lệch giữa các vùng miền và giữa các nhóm đối tượng khác nhau.
- Cần xây dựng và thực hiện các chính sách phù hợp nhằm làm giảm sự khác biệt trong tiếp cận và trong chất lượng chăm sóc trước sinh tại các vùng sâu vùng xa và các khu vực khó khăn.
- Cần nâng cao chất lượng dịch vụ chăm sóc trước sinh, đặc biệt là ở khu vực trung du và miền núi phía Bắc và khu vực Tây Nguyên; tập trung vào nhóm phụ nữ nông thôn, phụ nữ dân tộc thiểu số, phụ nữ nghèo và phụ nữ có trình độ học vấn thấp.
- Cần cải thiện hệ thống thông tin y tế, áp dụng chỉ số khám thai 4 lần trước khi sinh để có thể thực hiện việc so sánh quốc tế, cũng như tài chính y tế và quản lý y tế.

Có thể thấy còn có sự khác biệt về tỷ lệ phụ nữ được chăm sóc trước sinh theo vùng. Trong khi 99% phụ nữ ở Đồng bằng sông Hồng và Đông Nam Bộ được khám thai trong thời gian mang thai thì tỷ lệ này chỉ là 82.8% đối với phụ nữ ở khu vực Trung du và miền núi phía Bắc [1]. Tỷ lệ phụ nữ được khám thai tối thiểu ba lần cũng cao nhất ở khu vực Đồng bằng sông Hồng và Đông Nam bộ, trong khi tỷ lệ này được ghi nhận thấp nhất ở khu vực Trung du và miền núi phía Bắc và khu vực Tây Nguyên[1]. Biểu đồ 1 minh họa sự khác biệt vùng miền trong việc tiếp cận dịch vụ chăm sóc trước sinh.

Chăm sóc trước sinh ở Việt Nam cũng cho thấy sự khác biệt rõ rệt theo các điều kiện về kinh tế xã hội và nhân khẩu học. Ở các vùng nông thôn, phụ nữ người dân tộc thiểu số, những người có trình độ học vấn thấp và thu nhập thấp thường rất hạn chế trong việc tiếp cận với các dịch vụ chăm sóc trước sinh. Cứ bốn phụ nữ dân tộc thiểu số thì có một người không được chăm sóc trước sinh. Chỉ khoảng một nửa trong số phụ nữ nông thôn được khám thai ít nhất bốn lần trong lần mang thai gần nhất [1]. Khoảng 1/5 số phụ nữ thuộc nhóm các hộ gia đình nghèo nhất không được chăm sóc trước khi sinh, tỷ lệ này cao hơn rất nhiều so với phụ nữ thuộc nhóm hộ thu nhập trung bình hoặc giàu nhất (chỉ dưới 1%). Hơn



Biểu đồ 1: Tỷ lệ chăm sóc trước sinh theo khu vực (Nguồn TCTK 2010 [1])

một nửa số phụ nữ không được đi học không được chăm sóc trước sinh, trong khi tỷ lệ này ở nhóm phụ nữ có trình độ văn hoá từ tiểu học trở lên là dưới 6% [1].

2. Chất lượng chăm sóc trước sinh còn hạn chế

Phần lớn phụ nữ mang thai chưa được nhận đầy đủ gói dịch vụ chuẩn về chăm sóc trước sinh theo qui định của Bộ Y tế được ban hành trong Hướng dẫn Quốc gia về các dịch vụ chăm sóc sức khỏe sinh sản năm 2009[4-6]. Hơn một nửa số phụ nữ mang thai không được làm xét nghiệm máu, khoảng 20% đến 30% số phụ nữ mang thai không được xét nghiệm nước tiểu và đo huyết áp, hay được tiêm phòng uốn ván đầy đủ. Cứ bốn phụ nữ mang thai trong điều tra, chỉ có một phụ nữ nhận được gói chăm sóc trước sinh đầy đủ và toàn diện [6].

Mặc dù chưa có số liệu thống kê chính thức về tình trạng bổ sung vi chất dinh dưỡng cho phụ nữ mang thai, tuy nhiên, một số nghiên cứu cho thấy việc bổ sung acid folic và sắt chưa được thực hiện ở nhiều nơi. Đây chính là một trong những nguyên nhân dẫn tới tỷ lệ thiếu máu tương đối cao hiện nay trong dân số và ảnh hưởng tới khoảng một phần ba phụ nữ mang thai [8]. Hơn nữa, hiện nay muối i-ốt cũng không còn là hàng hoá được trợ giá nên trong những năm gần đây tại Việt Nam, tỷ lệ phụ nữ mang thai thiếu i-ốt đang có xu hướng gia tăng lên [9, 10].

CÁC VẤN ĐỀ CẦN GIẢI QUYẾT

1. Tác động không tốt tới sức khỏe bà mẹ

Mức độ không đồng đều trong tiếp cận và sử dụng dịch vụ chăm sóc trước sinh góp phần tạo

nên tình trạng khác biệt giữa các nhóm phụ nữ trong việc sinh con có sự hỗ trợ của cán bộ y tế đã qua đào tạo. Ở một số khu vực đồng bào dân tộc thiểu số sinh sống, hơn 90% số ca đẻ xảy ra tại nhà; trong số đó, 80% không có sự hỗ trợ của cán bộ y tế đã được đào tạo [4]. Các nghiên cứu đã chỉ ra rằng việc thiếu tiếp cận đến chăm sóc trước sinh đầy đủ có thể dẫn tới việc sinh non, nhẹ cân và chết chu sinh [3, 18]. Một nghiên cứu ở Mỹ cho thấy tỷ lệ chết chu sinh ở các phụ nữ không được chăm sóc trước sinh và không được sự hỗ trợ của cán bộ y tế đã được đào tạo khi sinh cao gấp 3 lần các nhóm phụ nữ khác [19].

2. Các yếu tố tác động tới việc tiếp cận chưa đồng đều với chăm sóc trước sinh và chất lượng hạn chế của dịch vụ chăm sóc

Thiếu nhu cầu và khó tiếp cận

Phụ nữ chưa có kiến thức đầy đủ về thai nghén, dinh dưỡng và chăm sóc sức khỏe [12-14]. Một nghiên cứu về phụ nữ Việt Nam cho thấy 35,7% phụ nữ không cho rằng chăm sóc trước sinh là cần thiết; 29,5% phụ nữ chưa hiểu về nhu cầu cần chăm sóc trước sinh của mình và 17,6% phụ nữ cảm thấy xấu hổ khi sử dụng các dịch vụ chăm sóc trước sinh [14].

Nghèo đói, sống xa cơ sở y tế và thiếu các phương tiện giao thông cũng cản trở phụ nữ tiếp cận với các dịch vụ chăm sóc trước sinh. Do thiếu thốn về kinh tế, nhiều phụ nữ không có tiền để chi trả phí dịch vụ cho chăm sóc trước sinh [6, 10]. Ngoài ra phụ nữ các dân tộc thiểu số thường gặp phải các khó khăn về giao tiếp và họ cũng chưa hiểu biết tường tận về mục đích của các dịch vụ tư vấn và giáo dục sức khỏe về chăm sóc trước sinh [12].

Thiếu cơ sở vật chất và trang thiết bị

Cơ sở vật chất và trang thiết bị cho chăm sóc trước sinh vẫn còn thiếu tại tuyến cơ sở. Chỉ có một số ít các trạm y tế có đầy đủ cơ sở vật chất và trang thiết bị đáp ứng 9 bước chuẩn cho chăm sóc trước sinh [12, 15]. Ví dụ, 97.9% trạm y tế xã không có đầy đủ bộ dụng cụ, trang thiết bị cho khám thai [11].

Lực lượng cán bộ y tế còn thiếu về số lượng và yếu về năng lực

Hiện còn thiếu một đội ngũ các cán bộ y tế có năng lực và số cán bộ y tế hiện nay cũng chưa có những kiến thức và kỹ năng đầy đủ về làm mẹ an toàn và chăm sóc trước sinh. Theo Bộ Y tế, nhiều cán bộ y tế chưa được tham gia vào các khoá tập huấn đào tạo lại sau khi tốt nghiệp; cán bộ của 20% các trạm y tế xã chưa được tập huấn về làm mẹ an toàn trong ba năm vừa qua [11].

Hạn chế trong thực hiện các chính sách và đảm bảo chất lượng chăm sóc trước sinh

Bộ Y tế đã xây dựng và ban hành một số các qui định và hướng dẫn về hỗ trợ cho chăm sóc trước sinh. Mặc dù vậy, việc thực hiện các chính sách này vẫn còn nhiều thách thức do những yếu tố như thiếu nguồn lực, chất lượng đào tạo chưa cao, năng lực của cán bộ y tế còn yếu, việc giám sát và thực hiện còn hạn chế. Ngoài ra công tác đào tạo về theo dõi, giám sát cho cán bộ của khu vực y tế tư nhân còn chưa hạn chế, cũng gây ảnh hưởng tới chất lượng của việc cung cấp dịch vụ chăm sóc trước sinh [12].



Hạn chế trong hệ thống thông tin y tế

Trong hệ thống thông tin y tế, Bộ Y tế chưa cập nhật chỉ số về chăm sóc trước sinh theo như khuyến nghị quốc tế, trong đó quy định cần khám thai tối thiểu bốn lần thay vì ba lần như đang được sử dụng trong hệ thống theo dõi thường qui hiện nay. Hiện vẫn còn thiếu những chỉ số đo lường chất lượng chăm sóc trước sinh

trong hệ thống thông tin và báo cáo y tế. Một số các chỉ số được WHO khuyến cáo, như tỷ lệ phần trăm phụ nữ ở tuần 37 của thai kỳ có kế hoạch chuẩn bị cho cuộc đẻ, và mức độ hài lòng với dịch vụ chăm sóc trước sinh chưa được đưa vào hệ thống thông tin và báo cáo [3].

KÊU GỌI HÀNH ĐỘNG

Bộ Y tế cần thực hiện việc phối kết hợp với các Bộ ngành và các tỉnh thành phố trong việc thực hiện các hoạt động sau:

1. Tăng nhu cầu chăm sóc trước sinh và giảm sự bất bình đẳng trong các dịch vụ

- Xây dựng và thực hiện các chính sách hỗ trợ cán bộ làm công tác chăm sóc sức khỏe bà mẹ, chú trọng đặc biệt tới người đỡ đẻ có kỹ năng và cô đỡ thôn bản người dân tộc thiểu số nhằm đảm bảo đủ nguồn nhân lực có chuyên môn phục vụ cho việc chăm sóc trước sinh ở những vùng sâu vùng xa và các khu vực miền núi.
- Xây dựng các mô hình có chi phí - hiệu quả nhằm cải thiện việc tiếp cận dịch vụ chăm sóc trước sinh cho phụ nữ mang thai ở những vùng có điều kiện khó khăn nhất.
- Đẩy mạnh chương trình truyền thông nhằm tăng nhu cầu chăm sóc trước sinh của phụ nữ mang thai, đặc biệt chú ý tới các can thiệp dựa vào cộng đồng hướng tới các nhóm đối tượng khó khăn như phụ nữ dân tộc thiểu số.

2. Nâng cao chất lượng chăm sóc trước sinh

- Tăng cường nguồn nhân lực cho chăm sóc sức khỏe bà mẹ, bao gồm cả số lượng và năng lực chuyên môn thông qua tập huấn nâng cao năng lực cho cán bộ y tế về làm mẹ an toàn, chăm sóc trước sinh và tư vấn theo định hướng của Chiến lược Dân số và Sức khỏe sinh sản Việt Nam 2011-2020.
- Lồng ghép các khái niệm nhạy cảm giới, nhạy cảm về dân tộc và quyền sức khỏe sinh sản/tình dục vào các khoá tập huấn cho cán bộ y tế nhằm thay đổi và nâng cao nhận thức trong cung cấp dịch vụ cho phụ nữ đặc biệt là phụ nữ dễ tổn thương.
- Đưa giáo dục về dinh dưỡng, bổ sung sắt và acid folic vào các gói can thiệp cho phụ nữ mang thai và chuẩn bị mang thai.

3. **Đẩy mạnh quản lý chăm sóc trước sinh, cải thiện hệ thống thông tin y tế và huy động nguồn lực tài chính**

- Đẩy mạnh công tác theo dõi chất lượng dịch vụ chăm sóc trước sinh, đặc biệt ở các khu vực vùng sâu, vùng xa và miền núi, và áp dụng kỹ thuật giám sát hỗ trợ trong cung cấp dịch vụ và trong đào tạo cập nhật nhằm nâng cao chất lượng dịch vụ.
- Củng cố hệ thống thông tin và báo cáo y tế, cập nhật các chỉ số một cách thường xuyên và áp dụng chỉ số khám thai bốn lần; đồng thời thu thập các dữ liệu liên quan của khu vực y tế tư nhân.
- Thực hiện các nghiên cứu xã hội và nghiên cứu tác nghiệp nhằm khắc phục những hạn chế trong chất lượng chăm sóc sức khỏe và nhằm tìm hiểu kỹ hơn về các rào cản về văn hoá, xã hội, kinh tế và cơ cấu cản trở phụ nữ sử dụng dịch vụ chăm sóc trước sinh.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- 1) GSO, UNICEF, UNFPA. Monitoring the situation of children and women: Multiple Indicator Cluster Survey (MICS) 2010-2011. Hanoi; 2011.
- 2) Ministry of Health, National Institute for Health Strategy and Policies. Report on Mother and child care activities. Hanoi; 2010.
- 3) Department of Making Pregnancy Safer. Standards for Maternal and Neonatal Care. WHO. Geneva. 2007.
- 4) Van Arkadie B, al. e. Joint Country Analysis of Viet Nam. 2010.
- 5) Nguyen TNL, Christoffersen VS, Rasch V. Uptake of Prenatal HIV Testing in Hai Phong Province, Vietnam. Asia Pac J Public Health. 2010;22(4): 451-9.
- 6) UNFPA. Inequalities in unmet need for reproductive health and HIV prevention services using MICS2010. Hanoi; 2011.
- 7) Tran TK, Nguyen CT, Nguyen HD, Eriksson B, Bondjers G, Gottvall K, et al. Urban - rural disparities in antenatal care utilization: a study of two cohorts of pregnant women in Vietnam. BMC Health Services Research. 2011;11(1):120.
- 8) Nguyen XN, Nguyen AT, Nguyen CT, Nguyen DT, Nguyen ĐQ, Nguyen CK. Anemia situation in children and women in reproductive age in 6 representative provinces in Vietnam, year 2006. Journal of Food and Nutrition Sciences.2(3 +4).
- 9) Ministry of Health. National Iodine Deficiency Disorders Control Program. Report period 2006-2010. 2011. Hanoi; 2011.
- 10) Fisher J, Tran TK, Biggs B, Tran T, Dwyer T, Casey G, et al. Iodine status in late pregnancy and psychosocial determinants of iodized salt use in rural northern Viet Nam. 2011;89:813-20.
- 11) Ministry of Health. National action plan on reproductive health: Focus on safe motherhood and neonatal care in period 2011-2015 (final version). Hanoi; 2011.
- 12) Ministry of Health and UNFPA. Evaluation report of the implementation of Vietnam national strategy on reproductive health care in the 2001 - 2010 period. Hanoi; 2010.
- 13) UNFPA. Assessment Research on Reproductive Health Care Policies and Policy Implementation for Ethnic Minorities. Hanoi; 2009.
- 14) UNFPA. Endline Survey in 7 provinces of UNFPA 7th Country Program. Hanoi; 2010.
- 15) Ministry of Health, National Institute for Health Strategy and Policies. Report of the review on status and recommendations for strengthening public-private partnership in the health sector 2011. Hanoi;2011.
- 16) Do M. Antenatal Care Service Availability and Utilization in Rural Vietnam. Asia-Pacific Population Journal. 2008;23(1):29-54.
- 17) Trinh TTL, Dibley JM, Byles J. Antenatal Care Adequacy in Three Provinces of Vietnam: Long An, Ben Tre, And Quang Ngai. Public Health Rep. 2006;121(4):468-75.
- 18) Orvos H, Hoffmann L, Frank L, Katona M, Pál A, Kovács A. The perinatal outcome of pregnancy without prenatal care: A retrospective study in Szeged, Hungary. European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology. 2002;100(2):171-3.