

# TÓM TẮT VẬN ĐỘNG CHÍNH SÁCH

## NHU CẦU CHƯA ĐƯỢC ĐÁP ỨNG VỀ PHƯƠNG TIỆN TRÁNH THAI VÀ NHỮNG GỢI Ý CHO VIỆT NAM



### GIỚI THIỆU

Hiện nay khoảng hơn 200 triệu phụ nữ ở các nước nghèo nhất, đặc biệt là phụ nữ trẻ và phụ nữ thuộc các nhóm yếu thế về mặt xã hội chưa được tiếp cận với các dịch vụ và thông tin về KHHGĐ.

Nhu cầu chưa được đáp ứng về KHHGĐ<sup>1</sup> có thể dẫn đến có thai ngoài ý muốn, hiện chiếm khoảng một phần tư tổng số ca mang thai ở các nước đang phát triển. Một trong những hệ lụy của có thai ngoài ý muốn là phá thai không an toàn. Ước tính hàng năm có khoảng 18 triệu ca phá thai không an toàn ở các nước đang phát triển, góp phần làm gia tăng tỷ lệ tử vong mẹ ở các quốc gia này. Khoảng 21% tổng số ca tử vong mẹ liên quan đến có thai ngoài ý muốn có nguyên nhân từ phá thai không an toàn hay chăm sóc sản khoa không đầy đủ.



KHHGĐ góp phần nâng cao vị thế của phụ nữ và là một phần quan trọng trong quyền con người đối với phụ nữ. Chương trình KHHGĐ cũng đóng góp một phần trong xoá đói giảm nghèo, giảm khoảng 25% số ca tử vong mẹ và gần 10% tử vong ở trẻ em. KHHGĐ là một can thiệp y tế có chi phí-hiệu quả. Theo một báo cáo của Liên hiệp quốc và Ngân hàng Thế giới, KHHGĐ là một yếu tố góp phần làm giảm một nửa số ca tử vong mẹ trên toàn thế giới trong giai đoạn 1990 - 2010.

Mục tiêu của bản Tóm tắt vận -động chính sách này là nâng cao nhận thức của cộng

### THÔNG điệp CHÍNH:

- Kế hoạch hoá gia đình (KHHGĐ) là một can thiệp y tế có chi phí - hiệu quả, góp phần làm giảm 25% số ca tử vong mẹ trên phạm vi toàn cầu, tuy nhiên hiện vẫn còn khoảng 200 triệu phụ nữ ở các nước đang phát triển chưa tiếp cận được với thông tin và dịch vụ KHHGĐ.
- Tại Việt Nam, nhu cầu chưa được đáp ứng về phương tiện tránh thai trong nhóm phụ nữ đã lập gia đình ước tính là 11,2% và con số này ước tính trong nhóm phụ nữ chưa lập gia đình là 34,3%. Nhu cầu chưa được đáp ứng về các biện pháp tránh thai hiện đại là 29,4% trong nhóm phụ nữ đã lập gia đình, và rất cao ở mức 50,4% trong nhóm phụ nữ chưa lập gia đình.
- Chính sách về KHHGĐ cần tạo ra một môi trường mà trong đó cả nam giới và nữ giới có thể tiếp cận được với các dịch vụ, đồng thời được cung cấp đầy đủ các thông tin cho phép họ đưa ra quyết định về sức khỏe sinh sản và sức khỏe tình dục của mình.
- Chính phủ cần ban hành các chính sách hỗ trợ cho một chương trình KHHGĐ toàn diện và phân bổ ngân sách phù hợp nhằm đảm bảo việc cung ứng và phân phối một cách đầy đủ các phương tiện tránh thai, đáp ứng nhu cầu của người dân.
- Các bên liên quan khác bao gồm các nhà tài trợ song phương và đa phương, các tổ chức xã hội dân sự, và khu vực tư nhân cần phối hợp một cách tích cực nhằm đảm bảo cung cấp đầy đủ thông tin về Sức khỏe sinh sản và đảm bảo khả năng tiếp cận tốt hơn với các dịch vụ KHHGĐ.

đồng và đẩy mạnh các cam kết chính trị của các đối tác liên quan trong một nỗ lực chung nhằm giảm nhu cầu chưa được đáp ứng về KHHGĐ tại Việt Nam, góp phần đạt được các mục tiêu của chính phủ trong việc mở rộng tiếp cận phổ cập với KHHGĐ tự nguyện, đồng thời thúc đẩy tiến trình hướng tới 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 (MDG), đặc biệt là mục tiêu số 5b về tiếp cận phổ cập chăm sóc Sức khỏe Sinh sản vào năm 2015.

### Mức độ nhu cầu chưa được đáp ứng về KHHGD ở Việt Nam

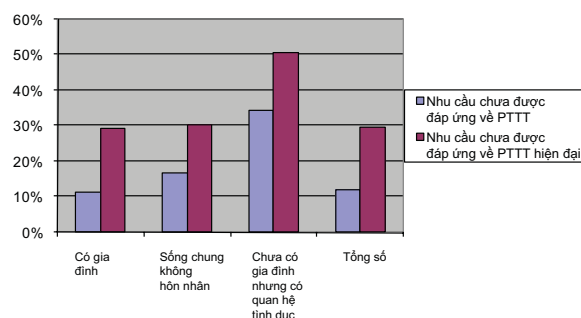
Báo cáo Điều tra phân tầng đa chỉ số (MICS) năm 2010, do Tổng cục Thống kê Việt Nam, UNICEF và UNFPA thực hiện đã chỉ ra rằng nhu cầu chưa được đáp ứng về KHHGD ở nhóm phụ nữ đã kết hôn là 4,3%.

Khi xem xét khoảng cách sinh trong số phụ nữ đã từng sinh con, ước tính nhu cầu chưa được đáp ứng trong nhóm phụ nữ đã lập gia đình ở Việt Nam là 11,2%, bao gồm 5,2% nhu cầu chưa được đáp ứng về khoảng cách sinh và 6% nhu cầu chưa được đáp ứng về hạn chế số lần sinh.

Nếu tính cả số phụ nữ có bạn tình và chưa kết hôn, kết quả cho thấy nhu cầu chưa được đáp ứng cho tất cả phụ nữ là 11,7%. Con số ước tính này cao hơn số liệu của Việt Nam đã công bố quốc tế, nhưng thấp hơn mức trung bình của các quốc gia khác trong khu vực Đông Nam Á.

### Sự khác biệt về nhu cầu chưa được đáp ứng về KHHGD tại Việt Nam

Có sự khác biệt lớn về nhu cầu chưa được đáp ứng về KHHGD, với mức thấp nhất (11,2%) trong nhóm phụ nữ đã kết hôn, và cao nhất ở nhóm phụ nữ chưa kết hôn (34,3%). Nhu cầu chưa được đáp ứng về phương tiện tránh thai hiện đại cao trong nhóm phụ nữ đã kết hôn với 29,4%, và rất cao đối với nhóm phụ nữ chưa kết hôn có hoạt động tình dục với 50,4% (Hình 1).



Hình 1: Nhu cầu chưa được đáp ứng về biện pháp tránh thai hiện đại theo tình trạng hôn nhân  
 Nguồn số liệu: Báo cáo MICS 2010, Tổng cục Thống kê, UNICEF và UNFPA

Báo cáo Điều tra MICS năm 2010 cho thấy nhu cầu chưa được đáp ứng là hơn 17% đối với nhóm phụ nữ không được đi học, và sinh sống tại khu vực miền núi Trung du phía Bắc. Mặc dù nhu cầu chưa được đáp ứng trong nhóm phụ nữ nghèo và phụ nữ thuộc các dân tộc thiểu số cao hơn mức trung bình của cả nước, không có sự khác biệt rõ ràng giữa các nhóm này. Nhu cầu chưa được đáp ứng về KHHGD cũng cao trong nhóm phụ nữ không có con.



### Các rào cản văn hoá - xã hội đối với KHHGD tại Việt Nam

Thiếu kiến thức về các biện pháp tránh thai vẫn còn phổ biến và việc cung cấp thông tin còn hạn chế. Khoảng một phần ba phụ nữ Việt Nam, những người có nhu cầu chưa được đáp ứng về KHHGD vẫn cho rằng họ không thể có thai trong thời kỳ mãn kinh, trong giai đoạn cho con bú, hoặc nếu quan hệ tình dục không đều đặn.

Quan niệm sai lầm cho rằng bao cao su làm giảm khoái cảm tình dục vẫn còn phổ biến trong nam thanh niên. Ngoài ra còn tồn tại những quan niệm sai lầm phổ biến khác như bao cao su chỉ giành cho quan hệ tình dục với bạn tình bất chợt, và bảo vệ cho người bán dâm khỏi nguy cơ nhiễm các bệnh lây truyền qua đường tình dục và HIV, và triệt sản nam làm mất nam tính và giảm ham muốn tình dục.

Quan niệm cho rằng KHHGD là trách nhiệm đơn thuần của phụ nữ vẫn còn là nhận thức phổ biến, nhất là trong nhóm các dân tộc thiểu số. Chính vì nhận thức như vậy, nam giới chưa tích cực tham gia vào chương trình KHHGD. Xét theo khía cạnh văn hóa, tình dục trước hôn nhân chưa được chấp nhận trong xã hội Việt Nam và phụ nữ trẻ thường phải đối mặt với các phán xét về

đạo đức khi họ quyết định sử dụng các biện pháp tránh thai. Sự không đồng tình của bạn tình nam giới cũng khiến phụ nữ trẻ không muốn sử dụng các biện pháp tránh thai.



Khả năng tiếp cận với các dịch vụ KHHGD của phụ nữ trẻ, đặc biệt là phụ nữ trẻ di cư còn rất hạn chế do các rào cản về mặt thể chế như thiếu sự hỗ trợ của xã hội và không có bảo hiểm y tế.

### Những gợi ý cho chính sách và chương trình KHHGD tại Việt Nam

Từ góc độ chính sách, cần giảm nhu cầu chưa được đáp ứng về KHHGD nhằm đạt được các mục tiêu về nhân khẩu học, đồng thời cải thiện các quyền và cải thiện vấn đề chăm sóc sức khỏe sinh sản của mỗi cá nhân, và tăng cường vị thế cho phụ nữ để họ có thể phát huy toàn diện khả năng của mình trong các lĩnh vực của cuộc sống. Chính sách KHHGD cần tạo ra một môi trường trong đó cả nam giới và nữ giới có thể tìm kiếm các dịch vụ tư vấn, khuyến khích trao đổi các vấn đề liên quan đến KHHGD.

Chương trình KHHGD cần nỗ lực cải thiện chất lượng cung cấp dịch vụ và đảm bảo theo dõi định kỳ các khách hàng, nhằm giảm số lượng phụ nữ ngừng sử dụng các biện pháp tránh thai. Phụ nữ sau sinh, đang cho con bú, hoặc sắp đến giai đoạn mãn kinh cần được tiếp cận với dịch vụ tư vấn về mang thai và các biện pháp tránh thai phù hợp. Cần tiếp tục cập nhật các thông tin về các biện pháp tránh thai và KHHGD, đồng thời cải thiện kỹ năng tư vấn của cán bộ y tế.

Các chương trình giáo dục và truyền thông rộng rãi hơn về KHHGD và phương tiện

tránh thai sẽ giúp uốn nắn các nhận thức sai lầm về các biện pháp tránh thai và cải thiện khả năng trao đổi giữa phụ nữ và bạn tình về các biện pháp tránh thai. Các chương trình này cần tập trung ưu tiên vào các nhóm dân cư yếu thế như người dân tộc thiểu số và giới trẻ, bao gồm cả nhóm phụ nữ di cư, phụ nữ chưa lập gia đình và phụ nữ sống chung với HIV/AIDS. Ngoài ra cũng cần khuyến khích nam giới tiếp thu nhiều thông tin hơn về KHHGD và các biện pháp tránh thai để họ có thể lựa chọn biện pháp phù hợp nhất với mong muốn và hoàn cảnh cá nhân.

Cần thực hiện những nghiên cứu sâu để hiểu rõ hơn về nhu cầu và quan điểm của các nhóm dân cư có nhu cầu chưa được đáp ứng cao, như phụ nữ dân tộc thiểu số, thanh niên bao gồm cả vị thành niên, nữ lao động di cư, phụ nữ chưa lập gia đình và phụ nữ sau sinh. Những nghiên cứu này sẽ cung cấp các bằng chứng làm cơ sở xây dựng các chính sách, giải quyết các nhu cầu chưa được đáp ứng về KHHGD.

### Kêu gọi hành động

Chính phủ cần cam kết mạnh mẽ hơn trong việc phân bổ ngân sách quốc gia và các nguồn lực khác cho việc cung cấp thông tin và dịch vụ tránh thai, bao gồm các loại hàng hoá KHHGD thiết yếu và cải thiện hệ thống cung cấp dịch vụ KHHGD.



Các nhà tài trợ cần tiếp tục đóng góp cho chương trình KHHGD nhằm thực hiện các cam kết đưa ra trong Hội nghị Quốc tế về Dân số và Phát triển năm 1994, cụ thể là tất cả phụ nữ và trẻ em gái cần được tiếp cận với thông tin, dịch vụ KHHGD một cách tự nguyện, giúp họ có thể đóng góp cho sự phát triển của cộng đồng và quốc gia, cải thiện sức khỏe của cá nhân và gia đình,



thúc đẩy tiến trình hướng tới đạt được các mục tiêu của Hội nghị Quốc tế về Dân số và Phát triển và các mục tiêu Phát triển Thiên niên kỷ, đặc biệt là mục tiêu 5b về tiếp cận phổ cập với chăm sóc sức khỏe sinh sản và sức khỏe tình dục.

Trước mắt, các tổ chức xã hội dân sự cần tăng cường thực hiện các chiến dịch nâng cao nhận thức nhằm tạo nhu cầu và mở rộng việc cung cấp các dịch vụ KHHGĐ có chất lượng, vận động chính sách nhằm tăng cường đầu tư và mở rộng tiếp cận với KHHGĐ tự nguyện, bằng cách cùng sát cánh với chính phủ gỡ bỏ các rào cản về văn hoá - xã hội.

Khu vực tư nhân cần tập trung giảm chi phí, giá thành cho các biện pháp tránh thai và đa dạng hoá sản phẩm nhằm đáp ứng nhu cầu ngày một đa dạng của cả nam giới và nữ giới về tránh thai và KHHGĐ. Khu vực tư nhân cũng nên hỗ trợ hệ thống hậu cần, tăng diện bao phủ trong cung cấp các biện pháp tránh thai tại khu vực nông thôn và các vùng sâu vùng xa.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

- 1) Osotimehin B., *Family planning save lives, yet investments falters*. Lancet 2012 Published Online July 10, 2012. [http://dx.doi.org/10.1016/S01406736\(12\)609064](http://dx.doi.org/10.1016/S01406736(12)609064).
- 2) Ezech AC, Bongaarts J, Mberu B. *Global population trends and policy options*. Lancet 2012; published online July 10. [http://dx.doi.org/10.1016/S01406736\(12\)606965](http://dx.doi.org/10.1016/S01406736(12)606965).
- 3) Cleland J, Conde Agudelo A, Peterson H, Ross J, Tsui A. *Contraception and health*. Lancet 2012; published online July 10. [http://dx.doi.org/10.1016/S01406736\(12\)606096](http://dx.doi.org/10.1016/S01406736(12)606096).
- 4) Ahmed S, Li Q, Liu L, Tsui AO. *Maternal deaths averted by contraceptive use: an analysis of 172 countries*. Lancet 2012; published online July 10. [http://dx.doi.org/10.1016/S01406736\(12\)604784](http://dx.doi.org/10.1016/S01406736(12)604784).
- 5) Center for Reproductive Rights and UNFPA. *The right to contraceptive information and services for women and adolescents*. New York: Center for Reproductive Rights, 2010.
- 6) WHO, UNICEF, UNFPA, the World Bank. *Trends in maternal mortality: 1990 to 2010*. Geneva: World Health Organization, 2012. [http://www.unfpa.org/webdav/site/global/shared/documents/publications/2012/Trends\\_in\\_maternal\\_mortality\\_A41](http://www.unfpa.org/webdav/site/global/shared/documents/publications/2012/Trends_in_maternal_mortality_A41) (accessed May 30, 2012).
- 7) Westoff, C.F., *New Estimates of Unmet Need and the Demand for FP, in DHS Comparative reports No 14*, USAID, Editor 2006, Marcro International Inc: Maryland.
- 8) Canning D, Schultz TP. *The economic consequences of reproductive health and FP*. Lancet 2012; published online July 10. [http://dx.doi.org/10.1016/S01406736\(12\)608277](http://dx.doi.org/10.1016/S01406736(12)608277).
- 9) GSO, UNICEF, and UNFPA, *Monitoring the situation of children and women: Multiple Indicator Cluster Survey (MICS) 2010 - 2011*, 2011, GSO,; Hanoi.
- 10) Bales, S., D. Huyen, and D. Hong, *Inequalities in unmet need for reproductive health and HIV prevention services using MICS 2010*, 2011.
- 11) WHO, *World Health Statistics 2011*. 2011.
- 12) MOH. *Survey assessment on Vietnamese youth round 2. 2010: Hanoi*.
- 13) Gammeltoft, T., *Women's bodies, women's worries: health and FP in a Viet Namese rural community*, 1999: Routledge.
- 14) National Economics University. *Report on evaluation of the Viet Nam Population Strategy for the period 2001-2010*, Hanoi: 2009.
- 15) NCPFC. *Viet Nam Demographic and Health Survey 2002, 2003*, NCFPC: Hanoi.
- 16) UNFPA, *Socio-cultural influences on the reproductive health of migrant women. A review of literature in Viet Nam*, 2011, UNFPA: Hanoi.
- 17) Cottingham J, Germain A, Hunt P. *Use of human rights to meet the unmet need for FP*, Lancet 2012; published online July 10. [http://dx.doi.org/10.1016/S01406736\(12\)607326](http://dx.doi.org/10.1016/S01406736(12)607326).

<sup>1</sup>Thuật ngữ "nhu cầu chưa được đáp ứng" được bắt đầu sử dụng từ những năm 1970 với mục đích đo lường các nhu cầu về KHHGĐ trong nhóm phụ nữ đã kết hôn. Theo thời gian, khái niệm này đã được mở rộng sang nhóm phụ nữ chưa kết hôn, bao hàm nhiều khía cạnh khác nhau về nhu cầu KHHGĐ chưa được đáp ứng. Việc tính toán nhu cầu chưa được đáp ứng khá phức tạp và thay đổi phụ thuộc vào nhóm phụ nữ được đưa vào dự báo. Các thống kê hiện nay về nhu cầu chưa được đáp ứng về KHHGĐ có thể là con số ước lượng thấp hơn thực tế do những khó khăn trong việc thu thập các số liệu đáng tin cậy từ nhóm phụ nữ chưa kết hôn, nhưng có hoạt động tình dục. Nhu cầu chưa được đáp ứng có thể chia nhỏ thành nhu cầu chưa được đáp ứng về khoảng cách sinh con (đối với những phụ nữ mong muốn có con tiếp theo sau 2 năm hoặc hơn) và nhu cầu chưa được đáp ứng cho việc hạn chế sinh con (đối với những phụ nữ không muốn sinh thêm con).