



7



Sinh đẻ
của Cộng đồng Dân tộc Thiểu số
Nghiên cứu Định tính tại Bình Định



Sinh đẻ
của Cộng đồng Dân tộc Thiểu số
Nghiên cứu Định tính tại Bình Định

HÀ NỘI, THÁNG 10 NĂM 2008

Mục lục

Mục lục	i
Danh mục bảng biểu	ii
Danh mục viết tắt.....	iii
Lời tựa.....	iv
Tóm tắt nghiên cứu	v
1 BỐI CẢNH NGHIÊN CỨU	1
Tóm lược nghiên cứu về Dự án Chăm sóc Bà mẹ Trẻ em tại tỉnh Bình Định	1
Tính cần thiết của nghiên cứu.....	1
2 PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU	3
3 KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU.....	5
Tình hình cung cấp dịch vụ Sức khỏe sinh sản cho đồng bào dân tộc ít người tại 3 huyện miền núi tại tỉnh Bình Định	5
Các rào cản ảnh hưởng đến tiếp cận dịch vụ chăm sóc sức khỏe sinh sản	10
4 KHUYẾN NGHỊ	15
TÀI LIỆU THAM KHẢO	17

Danh mục bảng biểu

	Trang
Bảng 1: Chăm sóc trước sinh tại xã Vĩnh Kim	6
Bảng 2: Tỷ lệ sử dụng phương tiện tránh thai xã Vĩnh Kim.....	6
Bảng 3: Bảng theo dõi các ca đẻ tại trạm y tế xã thuộc huyện Vân Canh trong 6 tháng đầu năm 2007	7

Danh mục viết tắt

BPTT	Biện pháp tránh thai
CSYT	Cơ sở y tế
KHHGD	Kế hoạch hóa gia đình
NZAID	Cơ quan Hỗ trợ Phát triển Quốc tế New Zealand
SKSS	Sức khỏe sinh sản
STDs	Bệnh lây truyền qua đường tình dục
SWOT	Điểm mạnh, điểm yếu, cơ hội, mối đe dọa
TCTK	Tổng Cục Thống kê
UBDSGĐTE	Ủy ban Dân số, Gia đình và Trẻ em tỉnh
UNDP	Chương trình Phát triển Liên Hợp Quốc
UNFPA	Quỹ Dân số Liên Hợp Quốc

Lời tựa

Quỹ dân số Liên Hợp Quốc (UNFPA) phối hợp với Ủy ban nhân dân tỉnh Bình Định thực hiện dự án sức khỏe bà mẹ và trẻ em với tổng tài trợ 3 triệu đô la Mỹ đang ở vào giai đoạn cuối dự kiến sẽ kết thúc vào cuối năm 2008. Dự án này do cơ quan hỗ trợ và phát triển New Zealand (NZAID) tài trợ.

Năm 2005, báo cáo đánh giá giữa kỳ kết luận rằng trong khi dự án mang lại những tiến bộ đáng kể trong việc cung cấp các dịch vụ sức khỏe sinh sản (SKSS) có chất lượng tới những cộng đồng dân cư khu vực thành thị và đồng bằng thuộc tỉnh Bình Định, dự án gặp phải những khó khăn trong tiếp cận tới những nhóm cộng đồng dân tộc thiểu số sinh sống tại các vùng núi cao, vùng sâu, và tới những người nhập cư và thanh niên.

Đáp ứng thực tiễn, một nghiên cứu định tính được tiến hành trong khoảng thời gian từ tháng 9 tới tháng 12 năm 2007, do Thạc sỹ Lã Mạnh Cường, giảng viên trường Đại học Y tế Công cộng làm trưởng nhóm. Nghiên cứu này nhằm tìm hiểu tình hình thực tiễn và đưa ra những khuyến nghị giúp cải thiện hiện trạng kể trên. Nghiên cứu viên đã thực hiện 3 chuyến thăm thực tế tới 3 xã đồng bào H'rê, Bana và Chăm thuộc các huyện An Lão, Vĩnh Thạnh và Vân Canh.

Cụ thể, nhóm nghiên cứu tập trung xác định những điểm mạnh, điểm yếu, đe dọa và cơ hội nổi lên từ dịch vụ sức khỏe sinh sản và mạng lưới hiện đang cung cấp cho đồng bào dân tộc thiểu số sống ở những vùng địa lý khó khăn. Báo cáo này đưa ra những phát hiện từ kết quả nghiên cứu, nêu bật những thảo luận về văn hóa, nét truyền thống gây cản trở việc tiếp cận tới mạng lưới y tế và cuối cùng báo cáo đề ra những khuyến nghị về những phương thức giúp cải thiện cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe sinh sản.

Tôi xin trân trọng cảm ơn Thạc sỹ Lã Mạnh Cường đã hoàn thành báo cáo này. Xin cảm ơn Tiến sỹ Dương Văn Đạt và Bác sỹ Nguyễn Tiến Dũng, văn phòng UNFPA Việt Nam tham gia điều phối và hỗ trợ kỹ thuật cho nghiên cứu. Tôi đặc biệt cảm ơn Ông John Egan, NZAID vì những đóng góp có giá trị cho nghiên cứu.

Thay mặt cho UNFPA, tôi cho rằng những phát hiện mà báo cáo này đưa ra rất hữu ích cho những nhà hoạch định chính sách, cán bộ quản lý chương trình, cán bộ y tế và các đơn vị tài trợ trong việc thiết kế và thực hiện chương trình sức khỏe sinh sản sao cho phù hợp với nhu cầu của đồng bào dân tộc thiểu số cũng như Mục tiêu Phát triển Thiên niên kỷ và những cam kết của Hội nghị quốc tế về Dân số và Phát triển.

Ian Howie
Trưởng Đại diện
UNFPA Việt Nam

Tóm tắt nghiên cứu

Nghiên cứu này tổng hợp và phân tích các kết quả trong một nghiên cứu định tính quy mô nhỏ về tình hình cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe sinh sản cho người dân tộc thuộc các huyện miền núi, vùng sâu vùng xa của tỉnh Bình Định, Việt Nam.

Nghiên cứu thu thập thông tin tại các huyện An Lão, Vĩnh Thạnh và Vân Canh vào tháng 9 năm 2007. Số liệu sơ cấp được thu thập dựa vào các kỹ thuật phỏng vấn sâu, thảo luận nhóm tập trung, quan sát không tham dự. Nghiên cứu viên tiến hành ghi âm và ghi hình các nội dung làm việc, sau đó gỡ băng, phân tích dựa trên các nhóm chủ đề tương ứng với từng mục tiêu nghiên cứu đề ra. Các nguồn số liệu thứ cấp từ các nguồn báo cáo của dự án, của các đơn vị hợp đồng phụ và các nghiên cứu sẵn có về chủ đề liên quan cũng được sử dụng phân tích.

Một số phát hiện chính rút ra từ báo cáo này được tóm tắt dưới đây. Nội dung chi tiết như mục tiêu, thảo luận, phân tích và khuyến nghị trong nghiên cứu này sẽ được cụ thể hóa trong nội dung báo cáo.

- Nhiều trạm y tế xã tại cả 3 huyện nghiên cứu được đầu tư trang thiết bị, cơ sở vật chất cung cấp dịch vụ đỡ đẻ có rất ít hoặc không có bệnh nhân. Các cán bộ y tế ít có cơ hội vận dụng kiến thức và kỹ năng đỡ đẻ.
- Cán bộ y tế cơ sở còn có nhiều hạn chế trong việc nắm bắt phong tục, tập quán sinh nở của người dân tộc. Chẳng hạn tâm lý e ngại phải để lộ bộ phận sinh dục khi khám phụ khoa, tâm lý sợ bị cắt tầng sinh môn, sử dụng lửa trong khi sinh, thực hành uống nước rễ cây, duy trì cúng lễ, hỗ trợ của bà mẹ, tư thế sinh nở. Nghiên cứu này cho thấy có tới 2/3 cán bộ y tế tại 3 xã chưa có dịp nào quan sát một ca đẻ tại nhà.
- Các dịch vụ CSSKSS có thiết kế chưa phù hợp với tập tục của người bản địa. Trong số 3 xã khảo sát, chỉ có xã Vĩnh Kim có thể đáp ứng nhu cầu lưu trú bệnh nhân, 2 xã còn lại, số lượng phòng quá ít ỏi, không có chỗ để bệnh nhân nghỉ trước và sau sinh.
- Tình trạng thiếu cán bộ y tế khá phổ biến; cán bộ y tế xã kiêm nhiệm chuyên trách nhiều chương trình (phòng chống lao, sốt rét, tiêm chủng trẻ em, SKSS) do vậy thời gian, nhân lực, ưu tiên dành cho dịch vụ SKSS cung cấp cho bà con dân tộc bị hạn chế đáng kể
- Tình trạng vượt tuyến tới cơ sở y tế tuyến huyện để đẻ còn phổ biến trong cộng đồng người dân tộc, đặc biệt tại huyện Vĩnh Thạnh
- Giám sát các hoạt động dự án tại cơ sở còn nhiều hạn chế và ít được thực hiện đều đặn. Có nhiều lý do giải thích cho tình hình này, cụ thể: đội ngũ cán bộ tuyến huyện mỏng, điều kiện đi lại khó khăn, phối hợp giám sát liên ngành giữa Trung tâm y tế và Đội KHHGD còn yếu. Các hoạt động truyền thông tại cộng đồng chủ yếu triển khai vào ban đêm nên công tác giám sát không thực hiện được.
- Thiếu vắng những hoạt động truyền thông định hướng nhóm đối tượng chức sắc, uy tín trong cộng đồng dân tộc, nam giới, những người chồng, cha (những người có vai trò ảnh hưởng hoặc quyết định đối với phụ nữ).

Bối cảnh nghiên cứu

Mô tả tóm lược dự án sức khỏe bà mẹ và trẻ em tại tỉnh Bình Định

Dự án “Cải thiện chất lượng và sử dụng dịch vụ sức khỏe bà mẹ và trẻ em tại tỉnh Bình Định” (VIE/03/P20) do UNFPA thiết kế và xây dựng cùng với địa phương và được các cơ quan trong tỉnh thực hiện với sự hỗ trợ tài chính của NZAID. Dự án được xây dựng trong khuôn khổ của Chương trình Quốc gia 6 của UNFPA (2001-2005) và dự kiến sẽ kết thúc vào cuối năm 2008, phù hợp với yêu cầu của Chương trình Quốc gia 7 (2006-2008)

Dự án nhằm mục tiêu cải thiện chất lượng cuộc sống của phụ nữ, vị thành niên và trẻ em ở các huyện của tỉnh Bình Định nơi có khoảng 30.578 người dân tộc thiểu số chiếm 2% dân số, trong đó chủ yếu là dân tộc Bana, Chăm và H'rê.

Các mục tiêu của dự án gồm:

1. Nâng cao năng lực cung cấp dịch vụ sức khỏe bà mẹ và trẻ em có chất lượng cho Sở Y tế (SYT).
2. Nâng cao năng lực của Sở Y tế, Ủy ban Dân số, Gia đình và Trẻ em (UBDSGDTE) của tỉnh và các tổ chức có liên quan trong việc cung cấp dịch vụ giáo dục, tiếp cận thông tin và các dịch vụ cụ thể về sức khỏe sinh sản cho vị thành niên và thanh niên.
3. Tăng cường sự ủng hộ của lãnh đạo ở tất cả các cấp và sự tham gia của cộng đồng trong quá trình triển khai các hoạt động sức khỏe bà mẹ và trẻ em tại địa phương thông qua vận động và nâng cao năng lực truyền thông thay đổi hành vi cho Sở Y tế, Ủy ban Dân số, Gia đình và Trẻ em của tỉnh, các tổ chức xã hội và thông tin đại chúng.
4. Nâng cao năng lực Sở Y tế và các cơ quan có liên quan trong việc đánh giá, giám sát và cung cấp hỗ trợ kỹ thuật cho các hoạt động liên quan tới sức khỏe bà mẹ và trẻ em.

Theo dự kiến ban đầu, dự án được thực hiện từ tháng 2 năm 2004 đến tháng 12 năm 2007, nay được kéo dài đến tháng 12 năm 2008. UNFPA và Ủy ban Nhân dân tỉnh Bình Định là cơ quan đồng thực hiện. NZAID tài trợ 2.993.760 đô-la Mỹ cho dự án.

Tính cần thiết của nghiên cứu

Các nghiên cứu gần đây tại Việt Nam cho thấy rằng tình trạng sức khỏe sinh sản (SKSS) của đồng bào các dân tộc thiểu số thì kém hơn so với mặt bằng chung của quốc gia. Theo Tổ chức Y tế thế giới, tỷ lệ chết trẻ em của vùng Đông Bắc là 58,3‰ và ở vùng duyên hải miền Trung là 40,6‰ trong khi tỷ lệ chung của cả nước là 36,7‰ (Tổ chức Y tế Thế giới, 2003). Theo số liệu điều tra biến động dân số năm 2007, tổng tỷ suất sinh (TFR) của vùng Tây Nguyên, nơi có nhiều đồng bào dân tộc sinh sống, là 2,77 so với tổng tỷ suất sinh của cả nước là 2,07 (Tổng Cục Thống kê, 2008)

Nhóm nghiên cứu cho rằng có nhiều nguyên nhân giải thích cho tình trạng yếu kém về sức khỏe nói chung, sức khỏe sinh sản của đồng bào dân tộc thiểu số chẳng hạn như khả năng tiếp cận tới dịch vụ y tế thấp hơn so với nhóm dân đa số, yếu tố địa lý nơi đồng bào sinh sống – phần lớn sống tại các vùng sâu, vùng xa, rào cản ngôn ngữ, thực hành tín ngưỡng, phong tục tập quán, cơ sở hạ tầng như giao thông, điện, nước, chất lượng dịch vụ y tế.

Nhận thức được những điểm yếu kém trong chăm sóc sức khỏe sinh sản đối với đồng bào dân tộc ở các vùng sâu, vùng xa, chính phủ Việt Nam đã ban hành Chiến lược Quốc gia về chăm sóc sức khỏe sinh sản giai đoạn 2001-2010, theo đó “bảo đảm đến năm 2010 tình trạng sức khỏe sinh sản được cải thiện rõ rệt và giảm được sự chênh lệch giữa các vùng và các đối tượng bằng cách đáp ứng tốt hơn những nhu cầu đa dạng về chăm sóc sức khỏe sinh sản (CSSKSS) phù hợp với điều kiện của các cộng đồng ở từng địa phương, đặc biệt chú ý đến các vùng và đối tượng có khó khăn.”

Cụ thể, theo chiến lược này, tới năm 2010, một số chỉ báo liên quan tới sức khỏe sinh sản cần đạt được như sau: tỷ lệ sử dụng biện pháp tránh thai hiện đại: 70%; chết trẻ sơ sinh: 70/100,000; nạo phá thai: giảm 50%; trẻ sinh thiếu cân : 6%; trẻ dưới 5 tuổi suy dinh dưỡng: 20%.

Trong 3 thập kỷ qua, Quỹ Dân số Liên hợp quốc (UNFPA) được biết đến là cơ quan tài trợ lớn nhất trong lĩnh vực dân số, sức khỏe sinh sản/ kế hoạch hóa gia đình tại Việt Nam. Hiện tại chương trình quốc gia 7 của UNFPA giai đoạn (2006-2010) tiếp tục đặt trọng tâm vào những cộng đồng dân cư ở các khu vực khó khăn thông qua việc cải thiện cơ sở hạ tầng chăm sóc sức khỏe sinh sản, nâng cao khả năng cung cấp dịch vụ sức khỏe sinh sản và nhận thức cho cộng đồng và các nhà hoạch định chính sách về các chủ đề liên quan tới sức khỏe sinh sản và dân số.

Điều kiện sức khỏe của bà mẹ và trẻ em ở vùng sâu, vùng xa và miền núi tương đối yếu kém so với các khu vực thuận lợi khác ở tỉnh Bình Định. Điều đó đã được thực hiện rõ trong điều tra ban đầu do Liên hợp quốc tiến hành năm 2007. Điều tra này cũng cho thấy ở khu vực miền núi, chỉ có 40% phụ nữ thực hiện khám thai 3 lần trong quá trình mang thai; và chỉ có 10% các ca đẻ có sự tham gia của nhân viên y tế (trong khi đó tỷ lệ trung bình của tỉnh tương ứng là 78% và 50%).

Tại Bình Định có 3 dân tộc thiểu số là Bana (chiếm 55,9%), H'rê (26,6%) và Chăm (16,6%). Dự án nhằm cải thiện chất lượng của mạng lưới chăm sóc y tế và tăng cường việc sử dụng các dịch vụ chăm sóc bà mẹ và trẻ em trong tỉnh, đặc biệt là các xã thuộc các huyện An Lão, Vân Canh, Vĩnh Thạnh, Hoài Ân và Tây Sơn.

Báo cáo đánh giá giữa kỳ đã cho thấy những cải thiện đáng kể về chất lượng dịch vụ y tế cho phụ nữ, trẻ em và vị thành niên và năng lực của mạng lưới y tế chăm sóc sức khỏe và cộng đồng ở các tuyến (UNFPA, 2005). Tuy nhiên, dự án cũng đối diện với những thách thức trong việc triển khai cung cấp thông tin và dịch vụ CSSKSS tại các địa bàn miền núi nơi bà con dân tộc H'rê, Bana, Chăm sinh sống. Báo cáo định kỳ và báo cáo giám sát tại 3 huyện An Lão, Vĩnh Thạnh và Vân Canh cho thấy mặc dù thông tin về CSSKSS đã đến được với người dân, trạm y tế đã được xây dựng với trang thiết bị tương đối đầy đủ phục vụ dịch vụ SKSS, cán bộ y tế đã được đào tạo có đủ khả năng triển khai dịch vụ đỡ đẻ, tỷ lệ phụ nữ người dân tới đẻ tại trạm vẫn còn rất thấp, thậm chí một số xã không triển khai được dịch vụ đẻ tại trạm.

Điều này đặt ra câu hỏi sau:

1. Tại sao tỷ lệ người dân tộc sử dụng dịch vụ còn rất thấp, mặc dù đã có đầu tư cơ sở hạ tầng, trang bị thiết bị y tế, đào tạo nguồn lực?
2. Những rào cản nào về kỹ thuật từ phía cung cấp dịch vụ?
3. Rào cản nào về văn hóa, tập quán của người dân ảnh hưởng tới việc tiếp cận thông tin, sử dụng các dịch vụ CSSKSS tại trạm?
4. Những điều chỉnh nào là cần thiết từ phía người cung cấp dịch vụ đáp ứng được nhu cầu của người dân tộc thiểu số?

Phương pháp nghiên cứu

Nghiên cứu này được tiến hành tại Bình Định. Thời gian thực địa được thực hiện trong tháng 9, năm 2007, tập trung tới phụ nữ dân tộc thiểu số trong độ tuổi sinh sản từ 15-49 tại xã An Dũng huyện An Lão (dân tộc H'rê), xã Vĩnh Kim huyện Vĩnh Thạnh (dân tộc Bana) và xã Canh Hiệp huyện Vân Canh (dân tộc Chăm).

Căn cứ vào các phát hiện trong báo cáo đánh giá giữa kỳ, nghiên cứu này đề ra ba mục tiêu:

1. Phân tích tình hình cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe sinh sản cho người dân tộc tại tỉnh Bình Định (Phân tích SWOT).
2. Tìm hiểu niềm tin, phong tục tập quán trong hành vi và thực hành sức khỏe và ảnh hưởng của chúng đối với việc sử dụng dịch vụ SKSS.
3. Đưa ra các khuyến nghị nhằm cải thiện việc cung cấp các dịch vụ chăm sóc SKSS và các hoạt động thông tin – giáo dục – truyền thông/ truyền thông chuyển đổi hành vi cho người dân tộc ở vùng sâu, vùng xa và miền núi của tỉnh Bình Định.

Đối tượng nghiên cứu bao gồm:

Cấp huyện

- * Giám đốc trung tâm y tế huyện
- * Trưởng phòng y tế huyện
- * Cán bộ chuyên trách đội kế hoạch hóa gia đình
- * Cán bộ UBDSGDTE

Cấp xã:

- * Trưởng trạm y tế xã
- * Nữ hộ sinh
- * Cán bộ chuyên trách dân số xã

Cấp thôn bản:

- * Cán bộ y tế thôn bản
- * Già làng, trưởng bản
- * Bà mụ vườn
- * Các cặp vợ chồng trong độ tuổi sinh đẻ, trong đó bao gồm những phụ nữ từng sinh nở tại nhà, và cả phụ nữ từng sinh tại cơ sở y tế.

Nghiên cứu này được thực hiện theo phương pháp định tính kết hợp quan sát dân tộc học.

Số liệu thứ cấp: Các số liệu thứ cấp bao gồm điều tra ban đầu của dự án, văn kiện và báo cáo định kỳ của dự án, đánh giá giữa kỳ và các báo cáo khác có liên quan. Bên cạnh các báo cáo thu thập qua chuyến thăm thực tế, các ấn phẩm của UNFPA, các nghiên cứu có liên quan cũng được sử dụng làm nguồn tài liệu tham khảo.

Thăm thực tế: Phỏng vấn cá nhân, phỏng vấn nhóm và quan sát không có sự tham gia được tiến hành trong chuyến thăm thực tế tới 3 tỉnh miền núi của Bình Định. Các đối tượng được lựa chọn có chủ đích. Các cuộc phỏng vấn dựa trên các câu hỏi bán cấu trúc được chuẩn bị trước tập trung tìm hiểu các điểm mạnh, yếu, cơ hội và thách thức của dịch vụ CSSKSS hiện có (phân tích SWOT) cũng như các gợi ý cải tiến dịch vụ. Đồng thời nghiên cứu viên sử dụng phương pháp quan sát dân tộc học, ghi chép và ghi hình nhằm tìm hiểu các nét văn hóa có ảnh hưởng tới việc sử dụng dịch vụ.

Nội dung phỏng vấn được ghi âm bằng máy ghi kỹ thuật số. Nghiên cứu viên gõ băng, kết hợp với ghi chép phỏng vấn tại thực địa tiến hành phân tích. Lý thuyết nền được áp dụng trong phân tích. Các phát hiện được nhóm theo nhóm chủ đề phù hợp với các mục tiêu và các câu hỏi nghiên cứu. Nghiên cứu viên sử dụng phần mềm Exel (Microsoft word) khi tổng hợp các nhóm vấn đề.

Trong quá trình thực hiện nghiên cứu này, đặc biệt là thăm thực địa, nhóm nghiên cứu đã gặp phải hai trở ngại. Thứ nhất là rào cản ngôn ngữ: chỉ có một số ít người dân tộc thiểu số (chủ yếu là người Chăm) có khả năng hiểu và trả lời các câu hỏi phỏng vấn của nghiên cứu viên bằng tiếng Kinh. Vì vậy các cuộc phỏng vấn chủ yếu thực hiện với sự trợ giúp ngôn ngữ của một cán bộ y tế người dân tộc. Thông tin từ việc hỏi và trả lời phụ thuộc vào sự truyền đạt của thông dịch viên, vì vậy chất lượng của thông tin ít nhiều bị ảnh hưởng từ sự truyền tải ngôn ngữ. Thứ hai là trở ngại về thời gian: việc di chuyển gặp nhiều khó khăn do điều kiện đường xá đi lại không thuận tiện, liên hệ qua điện thoại không thực hiện được do đường dây liên lạc bị hỏng, sóng di động không phủ tại các xã vùng cao nên việc sắp xếp tổ chức để tiếp cận tới các xã xa xôi nhất chưa thực hiện được tại 3 huyện.

Tuy nhiên, dù có những trở ngại, nhóm nghiên cứu đã cố gắng đạt được các kết quả khả quan cho phép thực hiện các phân tích nội dung và đưa ra khuyến nghị.

Kết quả nghiên cứu

Tình hình cung cấp dịch vụ sức khỏe sinh sản cho đồng bào dân tộc thiểu số tại ba huyện miền núi, tỉnh Bình Định

An Lão

An Lão là huyện vùng cao của tỉnh Bình Định với diện tích tự nhiên khoảng 70.000 hecta, chủ yếu là đất nông, lâm nghiệp. Dân số của huyện khoảng 26.000 người/ 6.000 hộ gia đình, trong đó 40% là người dân tộc thiểu số, chủ yếu là người H'rê. Địa bàn huyện được chia làm 9 xã và một thị trấn.

Trạm y tế được xây dựng tại tất cả 9 xã trong huyện. Dịch vụ SKSS hiện tại mới triển khai được tại 6 xã, 3 xã còn lại bao gồm An Toàn, An Nghĩa và An Vinh hiện chưa có dịch vụ này.

Trong 6 xã có cơ sở y tế tốt như trên, 2 xã An Hòa và An Tâm là địa bàn sinh sống của người Kinh. Các xã khác còn lại là dân tộc. Những dịch vụ sức khỏe sinh sản được cung cấp ở cấp xã bao gồm: khám phụ khoa, đặt vòng tránh thai, tiêm thuốc tránh thai, cung cấp viên uống tránh thai, bao cao su và đỡ đẻ.

Các biện pháp tránh thai (BPTT) dành cho nam giới (bao cao su) triển khai được còn rất hạn chế trong khi đó các BPTT nữ được triển khai chủ yếu bao gồm tiêm thuốc tránh thai, viên uống tránh thai, đặt vòng, đình sản nữ.

Dịch vụ khám và điều trị bệnh phụ khoa mới dừng lại ở các bệnh nhiễm khuẩn thông thường do tình trạng vệ sinh kém. Hiện chưa có báo cáo về phát hiện, điều trị các bệnh lây truyền qua đường tình dục.

Bệnh phụ khoa không phức tạp như ở thành phố, chủ yếu viêm nhiễm thông thường do vệ sinh phụ nữ kém thôi, các bệnh lây truyền qua đường tình dục chưa phát hiện ra.

(Cán bộ đội KHHGD)

Dịch vụ làm mẹ an toàn được triển khai ở cả 6 xã, bao gồm chăm sóc trước sinh, khám thai định kỳ, tiêm phòng uốn ván cho bà mẹ. Với 3 xã chưa có dịch vụ CSSKSS, đội KHHGD tiến hành triển khai định kỳ khám thai kết hợp với tiêm phòng uốn ván cho bà mẹ có thai.

Trong tổng số 6 trạm y tế xã được trang bị phương tiện, dụng cụ và nhân lực để cung cấp dịch vụ đỡ đẻ, trên thực tế qua tìm hiểu sổ sách tại các trạm, duy nhất xã An Hòa có bà mẹ sinh tại trạm, 5 xã còn lại không có trường hợp nào được ghi nhận.

Duy nhất chỉ có 1 xã thực hiện được đỡ đẻ tại trạm - xã An Hòa, xã toàn bộ là người Kinh, các xã còn lại chưa triển khai được. Xã này cũng được trang bị đầy đủ thiết bị cũng như cán bộ y tế.

(Cán bộ đội KHHGD)

Vĩnh Thạnh

Vĩnh Thạnh có tất cả 9 xã và thị trấn trong đó có 2 xã mới được tách ra (Vĩnh Thuận và Thị trấn Vĩnh Thạnh), vì vậy cơ sở hạ tầng vẫn đang trong quá trình xây dựng, cơ sở y tế chưa hình thành. Công tác CSSKSS hiện được triển khai tại 7 xã với các dịch vụ như khám thai, tư vấn chăm sóc thai sản, khám phụ khoa, dùng thuốc tránh thai và các BPTT khác.

Tuy nhiên, trong 7 xã nói trên, dịch vụ đẻ tại trạm gần như không triển khai được. Theo kết quả phỏng vấn sâu với lãnh đạo phòng y tế, hiện có hai xã nằm xa trung tâm huyện, nơi mà đồng bào Bana chiếm đa số, bà con vẫn quen với phong tục sinh đẻ tại nhà. Năm xã còn lại có địa bàn ngay gần trung tâm y tế huyện nên người dân đến thẳng huyện đẻ, không qua xã.

Mặc dù tại xã Vĩnh Kim các dịch vụ khám thai, khám phụ khoa được triển khai tương đối tốt, thu hút sự tham gia của chị em phụ nữ, song chỉ có rất ít các ca đẻ tại trạm. Cụ thể trong tổng số có 14 ca sinh đẻ trong 6 tháng đầu năm 2007, có 7 ca đẻ tại nhà (50%), 5 ca đẻ tại trạm y tế xã, 2 ca đẻ trên huyện, trong đó có một ca mổ đẻ chuyển tuyến lên viện.

Bảng 1: Chăm sóc trước sinh tại xã Vĩnh Kim

TT	Hoạt động	Nội dung	Năm 2006	6 tháng đầu năm 2007
1	Chăm sóc trước sinh	Số bà mẹ được khám thai	34	14
		Số lần khám thai trung bình của bà mẹ trước sinh	03	03
		Số bà mẹ được tiêm phòng uốn ván	34	14
2	Chăm sóc trong khi sinh	Số bà mẹ sinh con tại cơ sở y tế	17	07
		Số bà mẹ đẻ có nhân viên y tế đỡ	17	07
		Tổng số đẻ	34	14
3	Chăm sóc sau sinh	Bà mẹ được chăm sóc sau sinh ít nhất 1 lần	10	04

Dựa vào số liệu trên, có thể thấy chỉ có 50% số ca đẻ được thực hiện tại cơ sở y tế trong cả năm 2006 và 6 tháng đầu năm 2007. Số bà mẹ được chăm sóc sau sinh cũng còn rất hạn chế (dưới 30%).

Phối hợp với đội KHHGD trong dịp khám chiến dịch tại trạm đã tổ chức khám phụ khoa được cho 70 phụ nữ, trong đó 65 ca được điều trị phụ khoa. Có thể thấy tỷ lệ chị em phụ nữ mắc bệnh phụ khoa thông thường là rất cao.

Bảng 2: Sử dụng các biện pháp tránh thai tại xã Vĩnh Kim

TT	Nội dung	Năm 2006	6 tháng đầu năm 2007
1	Vòng tránh thai	32	36
2	Thuốc tiêm tránh thai	62	44
3	Thuốc uống tránh thai	86	104
4	Bao cao su	53	05
5	Đình sản	0	0
Tổng số cặp vợ chồng áp dụng BPTT hiện đại		233	189

Vân Canh

Vân Canh là huyện miền núi phía nam tỉnh Bình Định, cách thành phố Quy Nhơn của tỉnh khoảng 40 km. Địa hình huyện phần lớn là đồi núi, chủ yếu là rừng. Các dân tộc ít người của huyện chủ yếu là Chăm và Bana. Huyện được chia thành 6 xã bao gồm: Canh Vinh, Canh Hiên, Canh Hiệp, Canh Thuận, Canh Hòa, Canh Liên và 1 thị trấn. Dân số của huyện khoảng 24.500 người, trong đó số phụ nữ trong độ tuổi sinh đẻ (15-49) là 6.504 người.

Trạm y tế được xây dựng ở cả 7 xã. Cán bộ y tế xã cũng được đào tạo qua các lớp ngắn hạn từ 3-9 tháng. Dịch vụ SKSS cùng các trang thiết bị cũng đã được triển khai tại các xã, trong đó bao gồm dịch vụ KHHGD như cung cấp các BPTT hiện đại, bao cao su, thuốc tránh thai dạng tiêm, uống, đặt vòng, khám thai. Tuy nhiên, dịch vụ đẻ tại trạm mới chỉ thực hiện được ở 2 xã Canh Hiên và Canh Vinh nơi người Kinh chiếm đại đa số. Trong số 5 xã còn lại, có 1 xã chưa triển khai được bởi người dân chọn giải pháp sử dụng dịch vụ tuyến trên (chủ yếu là ở thị trấn), còn lại 4 xã, nơi có người dân tộc, người dân chủ yếu vẫn lựa chọn đẻ tại nhà.

Theo nhận xét của cán bộ Phòng Y tế huyện Vân Canh, sinh con tại nhà của dân tộc Chăm tại xã Canh Liên là 100%, xã Canh Hiệp khoảng 50%, Canh Hòa khoảng 40% các ca đẻ. Đa số các ca đẻ có sự trợ giúp của bà mẹ vườn. Cũng theo lời cán bộ này, một trong những lý do người dân tộc chưa tới trạm đẻ bởi họ chưa tin tưởng vào dịch vụ, vào đội ngũ cán bộ. Cơ sở vật chất của trạm y tế còn chật chội, không có phòng cho sản phụ nằm trước và sau khi sinh, vì vậy sản phụ và người nhà bệnh nhân cảm thấy bất tiện nếu phải sinh tại trạm y tế xã.

Bảng 3: Đẻ tại trạm y tế các xã của Huyện Vân Canh 6 tháng đầu năm 2007

Tên xã	Tổng số đẻ	Khám thai trên 3 lần	Đẻ tại CSYT nhà nước	Đẻ tại CSYT tư nhân	Đẻ tại nhà	Đẻ không do cán bộ y tế đỡ
Canh Vinh	68	68	58	10	0	0
Canh Hiên	14	14	12	2	0	0
Canh Hiệp	18	12	10	0	8	8
Canh Thuận	21	19	7	0	14	14
Canh Hòa	27	24	10	0	17	17
Canh Liên	19	0	0	0	19	19
Thị trấn	36	30	33	0	3	2
Tổng số	203	167	130	12	61	60

Nguồn: Báo cáo thống kê y tế Huyện Vân Canh, quý I và quý II năm 2007

Ba xã Canh Thuận, Canh Hòa, Canh Liên, số bà mẹ sinh tại nhà chiếm tỷ lệ cao. Xã Canh Hiệp là nơi nhóm nghiên cứu thăm thực tế, đứng thứ 4 trong số những xã có bà mẹ sinh tại nhà. Xã có 1884 nhân khẩu, trong đó người Chăm là 1.476, Kinh là 386, Bana và dân tộc khác là 22. Số phụ nữ trong độ tuổi sinh đẻ (15-49) là 943 người. Theo báo cáo quý III năm 2007 của trạm y tế xã Canh Hiệp:

Tổng số bà mẹ sinh con	: 29
Số bà mẹ khám thai từ 3 lần trở lên	: 16 (chiếm 55%)
Số ca sinh tại nhà không có hỗ trợ của cán bộ y tế	: 17 (tỷ lệ 60%)
Số bà mẹ thăm khám sau đẻ từ 2 lần trở lên	: 19 (tỷ lệ 66%)

Số liệu trên cũng chỉ ra rằng tỷ lệ bà mẹ mang thai đẻ tại nhà không có sự hỗ trợ của cán bộ y tế còn cao (60%), tình hình chăm sóc trước và sau khi sinh vẫn cũng ở mức độ trung bình.

Về tình hình sử dụng các BPTT trong quý III của xã Canh Hiệp cho thấy một tỷ lệ các cặp vợ chồng áp dụng BPTT tương đối cao, chiếm 80% tương đương với 285 cặp. Tỷ lệ các cặp sử dụng BPTT dành cho nữ chiếm tỷ lệ rất cao tới 91%. Chỉ có 9% nam giới sử dụng bao cao su (16 người) và triệt sản nam (7 người).

Qua phân tích tình hình cung cấp dịch vụ CSSKSS cho người dân tại 3 xã miền núi, dân tộc của tỉnh Bình Định, chúng tôi tóm tắt lại thành các điểm mạnh, điểm yếu, cơ hội và những mối đe dọa cụ thể như sau:

Điểm mạnh

- (1) Dự án đã mang lại cơ hội cho cán bộ y tế của các huyện miền núi được đào tạo mới và đào tạo lại. Công tác quản lý cho đội ngũ cán bộ được củng cố thông qua các khóa tập huấn nâng cao năng lực.
- (2) Tính sẵn có và khả năng tiếp cận dịch vụ sức khỏe sinh sản ở cấp xã đã được tăng cường thông qua hoạt động của đội KHHGD, nhờ đó tạo thêm niềm tin của người dân vào cơ sở y tế.

Thông qua đào tạo nâng cao năng lực, cung cấp trang thiết bị y tế, xây lại cơ sở hạ tầng có tác động tới niềm tin của người dân cũng như tạo uy tín cho cơ sở y tế từ đó kéo người dân sử dụng dịch vụ nhiều hơn

(Cán bộ quản lý y tế huyện)

- (3) Công tác truyền thông được củng cố, qua đó giúp nâng cao việc sử dụng dịch vụ sức khỏe sinh sản. Mặc dù trước đây ranh giới khác biệt giữa người dân tộc và người Kinh rất rõ ràng; công tác truyền thông tạo cơ hội cho người dân tộc giao lưu, gần gũi với người Kinh, xóa bỏ khoảng cách khác biệt về thông tin y tế. Kết quả số ca đẻ tại cơ sở y tế tăng do người dân tộc sử dụng tăng.

Nghe nói đẻ ở bệnh viện đảm bảo sức khỏe hơn nên đến đũa thứ hai em đẻ ở bệnh viện

(Phụ nữ H'rê, 20 tuổi, xã An Dũng)

Điểm yếu

- (1) Đội ngũ cán bộ y tế chuyên trách, nữ y tá hộ sinh không phát huy được kỹ năng, thực hành do người dân sử dụng dịch vụ ít. 2/3 trạm y tế xã cho đến nay chưa có ca đẻ nào.

Anh em đi đào tạo về không có cơ hội thực hành do người dân không tới trạm, chẳng hạn như ở trạm thị trấn và Vĩnh Thuận, kiến thức ít nhiều cũng bị mai một đi.

(Cán bộ quản lý y tế huyện)

Ngược lại, bản thân người dân cũng lo ngại nhân sự của trạm ít có thể ảnh hưởng đến chất lượng dịch vụ.

Hiện tại ở trạm chỉ có một cán bộ chuyên môn sợ làm không kịp, lại chưa có kinh nghiệm đỡ đẻ, chăm sóc không đảm bảo chất lượng nên không dám đi tới để ở trạm xá.

(Phụ nữ Bana, xã An Dũng)

- (2) Trang thiết bị không/chưa phát huy hiệu quả sử dụng, do (i) ít khách hàng, (ii) một số thiết bị chất lượng không đảm bảo, bị hư hỏng; (iii) không có người vận hành do thay đổi nhân sự tại một số nơi.

Việc phát huy trang thiết bị được cấp không được tốt. Một số trạm không đưa ra sử dụng. Qua kiểm tra anh em báo cáo là chuyên trách có thay đổi do chuyển công tác, đi học.

(Cán bộ quản lý y tế huyện)

- (3) Cơ sở hạ tầng, phòng ốc hoạt động cho CSSKSS còn quá chật chội, không đáp ứng được nhu cầu của người dân do mô hình xây dựng trước đây không phù hợp (nhu cầu thực tế và quy định chuẩn là 4-5 phòng).

Chúng tôi mong muốn đi để ở trạm xá xã phải có giường nằm tại chỗ, có người chăm sóc tỉ mỉ cho con khỏe, mẹ khỏe

(Phụ nữ H'rê, xã An Dũng)

- (4) Đội ngũ chuyên trách y tế xã phụ trách CSSKSS đồng thời phải kiêm nhiệm nhiều vai trò nên cũng ảnh hưởng đáng kể tới thời gian và nguồn lực dành cho công tác CSSKSS. Với 2 xã thuộc Vân Canh và Vĩnh Thạnh, cán bộ y tế xã là người Kinh và họ coi công tác chăm sóc sức khỏe sinh sản là công việc tạm thời, vì vậy sự hiểu biết về văn hóa, tập tục sinh nở của người dân tộc Chăm, Bana còn hạn chế.
- (5) Đầu tư nguồn lực, trang thiết bị cho dịch vụ đẻ tại các trạm xá – nơi có khoảng cách địa lý gần trung tâm y tế huyện (đặc biệt ở Vĩnh Thạnh) được xem là lãng phí, không mang lại hiệu quả, bởi người dân lựa chọn vượt tuyến lên đẻ tại tuyến huyện.
- (6) Công tác truyền thông tại cộng đồng chưa thay đổi hành vi như mong muốn, đặc biệt hành vi đẻ tại trạm

Cơ hội

- (1) Niềm tin của người dân vào trạm đang ngày càng được củng cố thông qua công tác truyền thông và chất lượng dịch vụ được cải thiện phần nào. Điều này tạo cơ hội thúc đẩy việc tiếp cận dịch vụ của người dân

Được nghe y tế thôn tuyên truyền đi khám thai nên em có đi khám cô Ngút [tên của cán bộ y tế xã] 2 lần ở trạm xá. Tối 6 tháng em đi lên huyện siêu âm xem là trai hay gái.

(Phụ nữ H'rê, 24 tuổi xã An Dũng)

- (2) Người dân đến với cơ sở y tế ngày càng nhiều, chủ yếu là vượt tuyến lên huyện. Điều này làm giảm số ca đẻ tại nhà.

Trạm y tế xã chưa đầy đủ dịch vụ, dụng cụ chưa bảo đảm. Từ nhà xuống viện nói chung cũng gần, đi mất có 20 phút nên tôi cho vợ lên huyện đẻ cũng tiện.

(Nam giới H'rê, 28 tuổi, xã An Dũng)

- (3) UBND tỉnh và các nhà tài trợ quan tâm, mong muốn được tiếp tục đầu tư củng cố dịch vụ y tế tại các địa bàn miền núi, dân tộc của tỉnh.

Mối đe dọa

- (1) Một số trạm thay đổi nhân sự chuyên trách SKSS có thể dẫn đến việc dịch vụ không đáp ứng được nhu cầu của người dân về chăm sóc SKSS, đặc biệt dịch vụ đẻ tại trạm. Điều này có thể ảnh hưởng tiêu cực tới niềm tin của người dân vào trạm y tế xã.

“Bữa em đẻ đứa này, cô Ngút [tên cán bộ y tế xã] ở trạm xá đi học, chỉ có mỗi anh trưởng trạm đỡ đẻ, em xấu hổ nên để đẻ ở nhà”.

(Phụ nữ H'rê, 19 tuổi, xã An Dũng)

- (2) Địa bàn một số xã bị chia cắt nên cản trở người dân tới trạm, nhất là vận chuyển sản phụ tới đẻ tại trạm.

Còn một xã Canh Liên nằm biệt lập, từ làng này qua làng kia đi mất cả buổi, thử nghĩ coi khi người ta đau bụng mà tới đẻ ở trạm đi làm sao được. Mà từ trung tâm xã về huyện phải mất một ngày đi bộ nữa.

(Cán bộ TT y tế huyện)

- (3) Yếu tố văn hóa, tập tục sinh nở của người dân chưa được nhận thức đầy đủ và không được lồng ghép thân thiện với dịch vụ đang cung cấp. Điều này có thể tiếp tục gây cản trở tới người dân đẻ tại trạm.

Tục đẻ ở nhà có từ lâu đời, từ trước khi có nhà nước cơ. Người dân tộc xưa giờ không có khó đẻ gì đâu, chỉ có người Kinh sống với xã hội mới thường khó đẻ. Người dân tộc đẻ ở nhà chỉ cần uống nước rễ cây là khỏe, ròi máu độc trong người ra hết, cũng giá trị y như uống thuốc, lại có cha mẹ chăm sóc.

(Già làng H'rê, xã An Dũng)

Hay như một phụ nữ H'rê cho biết:

Đẻ ở nhà có “tư thế” hơn, con ra khỏe hơn. Đẻ ở viện nằm tư thế khó thở. Nếu ở trạm xá được đẻ giống ở nhà, có lưà hơ em bé thì tụi em đi hết, càng tốt.

(Phụ nữ H'rê, 25 tuổi, xã An Dũng)

Y tế thôn bản chưa phát huy được hiệu quả, đặc biệt tại xã Vĩnh Kim và Vĩnh Thạnh, cán bộ y tế là nam giới, do đó không phù hợp để vận động phụ nữ trong CSSKSS do yếu tố nhạy cảm giới.

- (4) Máy móc thiết bị được trang bị có chất lượng thấp. Qua tìm hiểu thực tế, một số máy nghe tim thai và máy monitoring sản khoa bị hư hỏng. Tại các trạm y tế miền núi, nhiều máy sảy ít được sử dụng do không có khách hàng, hoặc sử dụng sai chỉ dẫn dẫn tới hỏng hóc.

Các rào cản ảnh hưởng đến tiếp cận dịch vụ chăm sóc sức khỏe sinh sản

Tập tục sinh nở tại nhà trong đồng bào H'rê, Bana và Chăm đã hình thành từ lâu đời tại Bình Định. Thông thường các ca đẻ có sự hỗ trợ của bà mẹ vườn hoặc của mẹ chồng/mẹ đẻ. Sinh tại nhà, phụ nữ thường quấn một cái váy từ ngang hông tới mắt cá chân có tác dụng vừa giữ cho trẻ sơ sinh không bị rơi xuống tự do, vì bị chặn lại ở trong váy vừa giúp sản phụ đảm bảo sự kín đáo.

Thường người H'rê và Bana chọn góc nhà làm nơi sinh nở, trong khi người Chăm sinh trong tư thế nằm và sinh cả ở trong và ngoài nhà. Bên cạnh đó, bếp lửa đóng vai trò quan trọng trong cuộc đẻ. Người dân quan niệm rằng con ở trong bụng nóng, ra ngoài gặp lạnh dễ bị trúng gió, nhiễm lạnh, vì vậy cần có bếp lửa để hơi giữ ấm cho đứa con (lưu ý điều này không được thực hiện tại cơ sở y tế).

Tục cúng lễ cũng được thực hành phổ biến trước và trong lúc sản phụ sinh nở và thường do thầy cúng mời trong làng tới để tiến hành. Một yếu tố nữa đó là tục uống nước được sắc từ một số rễ cây, thảo dược. Người dân tộc H'rê quan niệm:

Máu ở trong mẹ sau khi sinh sẽ bị đông lại và là máu độc, nên họ phải uống cái rễ cây để nó ra hết cái máu độc. Vì vậy mà họ cần phải có lửa để nấu rễ cây uống và hơi lửa cho em bé.

(Một phụ nữ H'rê, xã An Dũng)



Ảnh minh họa tư thế sinh của người H'rê tại Bình Định

Hình ảnh minh họa có thể nhận thấy tư thế sinh của người H'rê rất khác với tư thế một phụ nữ sản sinh tại cơ sở y tế. Các phụ nữ dân tộc H'rê, Bana được phỏng vấn cho rằng tư thế sinh theo truyền thống dễ đẻ hơn là tư thế sinh tại cơ sở y tế, trong đó người phụ nữ nằm trên bàn đẻ và chân gác lên trên giá kim loại.

Yếu tố địa lý có ảnh hưởng trực tiếp tới tiếp cận dịch vụ. Có những địa bàn, từ thôn đi tới trạm y tế xã phải mất 4 tiếng đi bộ - cách duy nhất. Tại cả 3 huyện miền núi đều có điểm chung này, cụ thể, các xã ở càng xa trung tâm, tỷ lệ bà con tiếp cận tới cơ sở y tế, đặc biệt là dịch vụ đẻ tại trạm càng thấp, bởi khi sản phụ chuyển dạ, trong nhiều trường hợp, gia đình không thể vận chuyển tới trạm y tế xã do điều kiện đường xá đi lại khó khăn. Ngược lại, tại các xã đồng bằng, việc di chuyển trở nên dễ dàng hơn, tỷ lệ người dân tới trạm sử dụng dịch vụ cao hơn rõ rệt.

Điều kiện cơ sở vật chất của trạm y tế xã không đảm bảo để sản phụ có thể lưu trú trước và sau khi sinh. Theo các cán bộ y tế huyện cho biết, để có được dịch vụ CSSKSS đủ điều kiện chuẩn cần có khoảng 5 phòng, bệnh nhân có thể lưu trú. Tuy nhiên phần lớn các cơ sở y tế

tuyển xã tại 3 huyện chưa đáp ứng được yêu cầu này ngoại trừ trạm y tế xã An Hòa, huyện An Lão có giường và phòng lưu bệnh nhân.

Sự kiêm nhiệm nhiều vai trò của cán bộ y tế chuyên trách xã cũng ảnh hưởng không nhỏ tới việc bố trí thời gian và nguồn lực, tác động tiêu cực tới công tác SKSS. Hiện tại, một cán bộ chuyên trách y tế xã ngoài làm chuyên trách công tác CSSKSS ra còn kiêm nhiệm chương trình dinh dưỡng, lao, tiêm chủng mở rộng. Vì vậy trong nhiều trường hợp khi khách hàng tới trạm, họ thường phải chờ đợi do cán bộ y tế đang bận có bệnh nhân lao, tiêm chủng, khám bảo hiểm y tế, sau đó xong mới quay sang dịch vụ SKSS.

Gọi họ là chuyên trách, nhưng một người có 2-3 cái chuyên trách như thế, nên không có đủ thời gian làm dịch vụ này. Trên lịch có ghi khám sức khỏe sinh sản thứ 2, 4, 6 nhưng chương trình khác có khách hàng tới, thì họ vẫn phải làm chứ.

(Cán bộ phòng y tế huyện)

Nghèo ảnh hưởng trực tiếp tới quyết định sử dụng dịch vụ y tế của người dân. Cả ba xã dân tộc đều nằm trong những xã đặc biệt khó khăn. Mặc dù người dân ở đây được miễn toàn bộ tiền viện phí, tuy nhiên, để tới cơ sở y tế, người dân vẫn phải tự bỏ tiền trả cho việc đi lại từ nhà tới bệnh viện và các chi phí ăn ở cho người vận chuyển sản phụ. Với những xã ở sâu, xa, chi phí này là một trong những rào cản trực tiếp tới sử dụng dịch vụ, dẫn đến việc lựa chọn sinh nở tại nhà. Theo một số kinh nghiệm của phụ nữ địa phương, ngoài các chi phí trên, đôi khi cán bộ y tế tuyển huyện yêu cầu người dân trả tiền mua bím, tã, sữa cho trẻ sơ sinh – điều mà họ không phải làm nếu chọn sinh tại nhà.

Truyền bá báo người ta đi viện để cũng chỉ một phần, người dân không có tiền nuôi mấy người đưa mình đi đẻ. Đẻ ở nhà có cha mẹ nấu ăn cho mình, có người tìm rế uống tiện hơn.

(Già làng H'rê, xã An Dũng)

Một cán bộ y tế cho rằng:

Ở đây bảo họ đi viện cho thuốc họ miễn phí thì họ đi, chứ bảo tới nơi bắt họ mua lần sau họ không đi đâu. Ví dụ khám mà miễn phí thì họ tới đông lắm, chứ bảo thu tiền họ không tới; đi đẻ cũng vậy, tiền nuôi con cũng còn không có, lấy đâu tiền mà đi đẻ. Họ nói không có mới nhờ nhà nước giúp đỡ chứ, nay nhà nước thu tiền họ lấy đâu mà đưa.

(Cán bộ y tế xã)

Thiếu đào tạo, kỹ năng và chuyên môn phù hợp là đặc điểm chung của các cán bộ y tế ở các xã miền núi là người dân tộc thiểu số. Theo nhận xét của lãnh đạo y tế Huyện An Lão, mặc dù các cán bộ y tế xã đã được đào tạo song khả năng vận dụng những kiến thức đã học vào thực tế còn yếu. Câu hỏi đặt ra là phải chăng đào tạo cho cán bộ miền núi chưa phù hợp. Giám đốc trung tâm y tế huyện An Lão cho biết:

Thời gian và nội dung đào tạo là tốt nhưng nhận thức của người ta kém. Người miền núi mà gửi đi đào tạo ở nơi khác thì kiến thức họ tiếp thu chắc chắn không được nhiều, bởi có nhiều cái không biết họ không tự tin dám hỏi, ngay cả người hướng dẫn cũng không biết họ cần gì.

(Lãnh đạo y tế huyện)

Rất khó giám sát hiệu quả hoạt động của các cán bộ y tế xã thường xuyên do nguồn lực cán bộ ở cả tuyến huyện và tuyến xã miền núi bị hạn chế. Ví dụ:

1. Ở đội KHHGD An Lão, hiện tại có 4 cán bộ, ngoài các công việc thường ngày, vốn rất bận rộn, cán bộ y tế ở đây còn đảm nhiệm công tác chăm sóc SKSS tại 3 xã chưa triển khai được dịch vụ SKSS.
2. Công tác phối hợp trong giám sát giữa phòng và trung tâm y tế huyện chưa đồng bộ, đặc biệt trong giám sát chăm sóc SKSS tại tuyến xã. Điều này hạn chế sự kết hợp hoạt động, thông tin chia sẻ để tăng cường hiệu quả trong giám sát phối hợp.
3. Công tác giám sát hoạt động truyền thông về SKSS gần như thực hiện chưa hiệu quả vì chủ yếu được thực hiện vào ban đêm tại khu dân cư đường xá đi lại khó khăn.

Công tác truyền thông đóng một vai trò quan trọng trong thay đổi nhận thức của người dân về SKSS, từ đó tạo động lực thúc đẩy cho những thay đổi trong hành vi sức khỏe, tăng dần số tiếp cận dịch vụ. Một trong những thay đổi gần đây trong truyền thông nhóm nhỏ tại An Vinh, Vĩnh Thạnh mang lại hiệu quả bước đầu khi người dân tới cơ sở y tế để dần tăng lên, đó là mở rộng đối tượng truyền thông. Trước đây truyền thông tập trung cho đối tượng chị em phụ nữ đang có thai hoặc đang có nhu cầu sử dụng BPTT. Gần đây, đối tượng đã mở rộng tới các nam giới - những người là chồng, cha, già làng. Đây là những đối tượng có ảnh hưởng tới quyết định lựa chọn dịch vụ SKSS của phụ nữ. Việc thay đổi quan niệm có thể sẽ giúp tăng số lượng phụ nữ lựa chọn sinh đẻ tại trạm. Tuy nhiên, để có thể thành công, truyền thông nhóm nhỏ cần trang bị cho các tuyên truyền viên các kỹ năng truyền thông thay đổi hành vi thật tốt.

Trong buổi truyền thông có đặt câu hỏi tại sao họ không tới sinh tại trạm hoặc đi khám thai, người chồng nói họ không biết những kiến thức này, còn người vợ thì thụ động, muốn đi phụ thuộc vào chồng chờ, mà ông chồng không hiểu lợi ích nên không đưa đi. Vì người vợ phải dựa vào quyết định của chồng nên mức độ chính xác của thông tin dành cho người chồng hết sức quan trọng.

(Cán bộ đội KHHGD)

Vượt tuyến lên thẳng trung tâm ở huyện là phổ biến. Có một số lý do tại sao người dân lại lựa chọn vượt tuyến lên thẳng trung tâm y tế huyện để, đặc biệt ở Vĩnh Thạnh. Thứ nhất, người dân tin tưởng vào chất lượng dịch vụ, vào đội ngũ cán bộ y tế tại huyện hơn tại trạm y tế xã. Thứ hai, tại huyện có đầy đủ số phòng cần thiết, bao gồm cả phòng hậu sản, điều này làm người dân an tâm có chỗ nằm nghỉ ngơi sau khi sinh. Thứ ba, việc giao thoa văn hóa giữa người Kinh (tập trung tại trung tâm là chủ yếu) và người dân tộc (chủ yếu là người Bana) đã tạo ra sự thay đổi trong hành vi sử dụng dịch vụ của người dân tộc theo chiều hướng tích cực, kết quả là số ca người dân tộc đẻ tại cơ sở y tế tăng.

Điều đó đặt ra câu hỏi về tính hiệu quả của đầu tư cho các dịch vụ tại 5 trạm y tế xã ngoài trung tâm huyện. Theo nhận định của trưởng phòng y tế huyện, việc đầu tư trang thiết bị cho phòng sản tại 5 xã gần trung tâm là điều lãng phí, bởi khi người dân không sử dụng thì kỹ năng, kiến thức sản nhi của cán bộ y tế xã ngày càng mai một.

Thật lãng phí tiền đầu tư trang thiết bị cho năm trạm y tế xã gần trung tâm. Khi các dịch vụ này vẫn chưa được sử dụng nhiều thì kiến thức và kỹ năng của các nữ hộ sinh sẽ càng bị mai một, trang thiết bị thì hỏng hóc.

(Cán bộ quản lý y tế)

Trong khi đó, có đơn vị đang rất cần những thiết bị này, chẳng hạn như đội KHHGD huyện – thường xuyên tiến hành cung cấp dịch vụ lưu động tại các xã, đặc biệt những xã chưa có trạm y tế xã, lại không có được những thiết bị cần thiết. Khi được hỏi tại sao huyện không chủ động đề nghị điều chuyển trang thiết bị cho đội KHHGD, trưởng phòng y tế huyện cho rằng vẫn cần thiết phải để các thiết bị tại những trạm hiện chưa có người sử dụng đề phòng có cấp cứu. Đó chính là quan điểm của trưởng phòng y tế huyện mặc dù trên thực tế các trạm y tế này không thực hiện bất kỳ ca đẻ nào.

Thay đổi di dời trạm - ở xã Vĩnh Kim, Vĩnh Thạnh, trạm y tế xã mới di chuyển lên để xây dựng nhà máy thủy điện. Điều đó ảnh hưởng tới hiệu quả hoạt động của trạm, đồng thời trạm hoạt động chưa ổn định, vì vậy cũng ảnh hưởng tới dịch vụ cung cấp.

Hoạt động hiệu quả thấp của đội ngũ y tế thôn bản càng phức tạp hơn do sự phối hợp lỏng lẻo ở cấp xã và thôn, đặc biệt là tại Vĩnh Thạnh và An Lão. Cán bộ y tế thôn bản ít nhận được hỗ trợ cần thiết từ cán bộ y tế xã, chẳng hạn phối hợp giúp đưa sản phụ tới trạm đẻ, hoặc y tế xã có thể xuống hộ gia đình trợ giúp cho ca đẻ tại nhà.

Nhạy cảm về giới - Trong số 6 cán bộ y tế thôn bản tại Vĩnh Kim, có tới 4 cán bộ là nam giới. Mặc dù việc lựa chọn cán bộ y tế thôn bản là do người dân bầu ra, nhưng sau khi họ được đào tạo, quay trở về địa phương không phát huy được khả năng của mình trong hỗ trợ các ca đẻ tại nhà do sự tế nhị của vấn đề sinh nở. Người phụ nữ e ngại trước sự có mặt của người ngoài gia đình, nhất là nam giới, trong quá trình sinh nở. Điều đó khiến cho người dân tộc Bana không tìm kiếm sự hỗ trợ của y tế thôn bản là nam giới. Bên cạnh đó người dân có những e ngại phải để lộ bộ phận sinh dục tại cơ sở y tế khi khám phụ khoa cho những người không phải là chồng họ.

Em dị [xấu hổ] không dám đi bệnh viện, nó cời hết tuột luột.

(Phụ nữ Bana, 21 tuổi, xã Vĩnh Kim)

Đi khám phụ khoa họ dị [xấu hổ] lắm. Có khi em đang khám, lỡ có ai đi vào, họ nhảy xuống liền.

(Nữ hộ sinh xã Canh Hiệp)

Một số chị em người dân tộc Bana cho biết họ e ngại sợ bị cắt tầng sinh môn. Họ biết đến điều này qua những người phụ nữ trong làng đã có kinh nghiệm sinh đẻ tại cơ sở y tế.

Người dân sợ tới trạm đẻ, nhất là con so, bị cắt tầng sinh môn nên họ không muốn tới.

(Nữ hộ sinh xã Vĩnh Kim)

Các cuộc phỏng vấn với cán bộ y tế ở Vĩnh Thạnh cho thấy còn thiếu nhạy cảm văn hóa đối với việc lựa chọn của phụ nữ dân tộc thiểu số đối với các ca đẻ tại nhà. Phần lớn cán bộ y tế huyện Vĩnh Thạnh và các nữ hộ sinh là người Kinh. Hầu hết chưa có kinh nghiệm quan sát hoặc hỗ trợ các ca đẻ tại nhà. Những cán bộ y tế này cũng không có khả năng giao tiếp bằng tiếng dân tộc với người dân địa phương. Khi được hỏi về phong tục, tập quán sinh nở của người dân địa phương, hầu hết các cán bộ nắm không rõ ràng vì vậy thường lý do họ đưa ra khi giải thích sự tiếp cận dịch vụ đẻ của người dân còn kém là do nhận thức hoặc trình độ dân trí thấp.

Khuyến nghị cải thiện cung cấp dịch vụ chăm sóc SKSS và các hoạt động truyền thông cho người dân tộc thiểu số tại Bình Định

Với trạm y tế xã:

1. Tôn trọng sự khác biệt văn hoá trong hành vi, tập quán sinh nở của phụ nữ dân tộc thiểu số và tạo điều kiện cho người phụ nữ và gia đình thực hành một số nghi lễ tôn giáo trước và sau khi sinh nếu họ yêu cầu. Hỗ trợ phụ nữ dân tộc để theo tư thế truyền thống của họ nếu họ mong muốn hay yêu cầu.
2. Cần sắp xếp lại để có thể có phòng phục vụ công tác CSSKSS, bao gồm cả phòng cho bệnh nhân nằm nghỉ lưu trú.
3. Lưu ý phòng khám phụ khoa, đặt dụng cụ tử cung, khám thai phải được kín đáo, thân thiện.
4. Hỗ trợ các ca đẻ ở nhà và cung cấp gói đẻ sạch cho người dân
5. Đối với truyền thông, cần đưa nhóm đối tượng là nam giới, già làng trưởng bản, những người có uy tín trong cộng đồng vào trong đối tượng truyền thông tại cộng đồng. Tăng cường các hoạt động truyền thông nhóm lớn tại nơi đông người như chợ, trường học.
6. Đối với nhân sự là cán bộ y tế thôn bản, cần ưu tiên gửi người dân tộc tại địa phương tham gia đào tạo để quay trở về phục vụ lâu dài địa phương. Bởi hiện tại, trong số 3 xã nghiên cứu, nữ hộ sinh tại Vĩnh Kim, Vĩnh Thạnh, và tại Canh Hiệp, Vân Canh từ vùng xuôi chuyển lên, không có ý định làm việc lâu dài, gắn bó tại xã lâu dài. Điều này dễ dẫn đến thiếu hụt về nguồn nhân lực trong thời gian tới.
7. Tăng cường số lượng cán bộ y tế thôn bản là nữ. Tăng cường phối hợp giữa các cán bộ y tế huyện và xã nhằm nâng cao năng lực cho tuyến xã để hỗ trợ các ca đẻ tại nhà và chuyển tuyến tới trạm y tế xã.

Với trung tâm y tế huyện

8. Tăng cường phối hợp giữa trung tâm y tế, bệnh viện, và Đội KHHGD trong triển khai các hoạt động nâng cao năng lực cho tuyến xã thông qua đào tạo và đào tạo lại giúp cập nhật kiến thức, tay nghề chuyên môn cho đội ngũ nữ hộ sinh và cán bộ y tế thôn bản trong công tác CSSKSS, đặc biệt lưu ý lồng ghép yếu tố nhạy cảm văn hóa.
9. Rà soát tình hình sử dụng trang thiết bị dự án, có sự sắp xếp hợp lý cho những đơn vị đang còn thiếu thiết bị, chẳng hạn như đội KHHGD.
10. Tăng cường giám sát công tác truyền thông tại cộng đồng thông qua việc tăng cường phối hợp giữa trung tâm y tế và phòng y tế.

Đối với cấp tỉnh

11. Đào tạo lại cho cán bộ y tế xã, thôn bản là người dân tộc:
 - Rà soát lại khung chương trình đào tạo cho người dân tộc thiểu số đảm bảo tính dễ hiểu, dễ sử dụng.
 - Tăng cường năng lực và kỹ năng cho cán bộ y tế về thực hành khám thai, khám phụ khoa, đặt dụng cụ tử cung, đỡ đẻ trên đối tượng khách hàng là người dân tộc ngay tại trung tâm y tế/ bệnh viện huyện. Điều này giúp củng cố kiến thức, kỹ năng thực hành, đồng thời cải thiện sự tự tin cho cán bộ y tế xã, tăng cường sự giao tiếp giữa người cung cấp dịch vụ và khách hàng.
 - Cung cấp cho cán bộ y tế và bà mẹ ở vùng sâu vùng xa các dịch vụ gói để sạch nhằm hỗ trợ sinh tại nhà cho những hộ gia đình ở xa trạm y tế.
12. Tăng cường chỉ đạo sự phối hợp giữa trung tâm y tế huyện và Sở Y tế trong việc triển khai các dịch vụ, và đào tạo lại cán bộ y tế xã, thôn bản.
13. Đề xuất cấp vốn tới Sở Y tế và chính quyền xã để nâng cấp dịch vụ sức khỏe sinh sản, trong đó có việc xây dựng cơ sở vật chất cho khách hàng trước và sau khi sinh ở một số trạm y tế xã có chọn lọc nhằm thúc đẩy nhu cầu sử dụng dịch vụ tại địa phương.
14. Hướng dẫn cán bộ y tế biết tiếp cận văn hóa trong quá trình cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe sinh sản phù hợp hơn với nhu cầu của người dân tộc thiểu số. Điều đó cũng yêu cầu phải đào tạo cụ thể cho các cán bộ y tế.

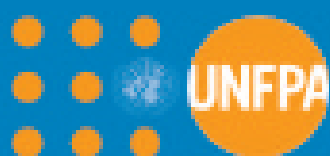
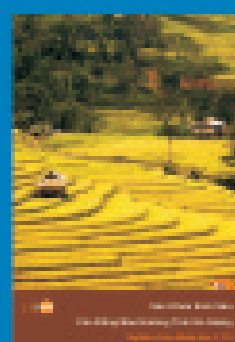
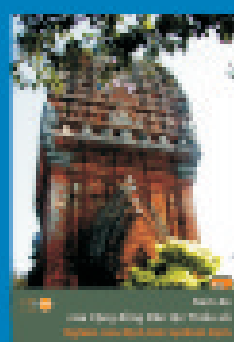
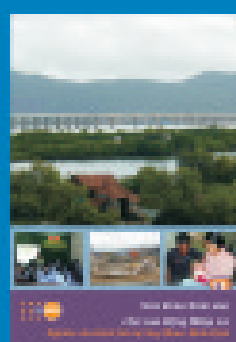
Tài liệu tham khảo

- ỦY BAN NHÂN DÂN TỈNH BÌNH ĐỊNH (2006), Báo cáo thống kê, Quy Nhơn, Bình Định.
- TRUNG TÂM NGHIÊN CỨU MÔI TRƯỜNG, GIA ĐÌNH VÀ DÂN SỐ (CREHPA) (2003), Xác định cơ chế cải thiện khả năng tiếp cận và sử dụng thông tin và dịch vụ sức khỏe sinh sản dựa trên truyền thông hiệu quả và có thể nhân rộng tại Nepal – Nghiên cứu thực tiễn.
- HALLI SS (2007) Sức khỏe tình dục Cult Health Sex, tr. 85-94.
- BỘ Y TẾ (2003), Hướng dẫn chuẩn quốc gia về các dịch vụ chăm sóc sức khỏe sinh sản.
- HỘI ĐỒNG DÂN SỐ VÀ SỨC KHỎE GIA ĐÌNH QUỐC TẾ (2004), Cải thiện sức khỏe sinh sản vị thành niên tại Bangladesh.
- CHÍNH PHỦ VIỆT NAM (2001), Chiến lược quốc gia về sức khỏe sinh sản, Bộ Y tế. Hà Nội, Việt Nam.
- CHÍNH PHỦ VIỆT NAM (2001), Quyết định của Thủ tướng Chính phủ phê duyệt Chiến lược chăm sóc và bảo vệ sức khỏe nhân dân 2001 - 2010.
- UNFPA (2003), Báo cáo điều tra ban đầu thực trạng cung cấp và sử dụng dịch vụ chăm sóc sức khỏe sinh sản tỉnh Bình Định - Hà Nội, Việt Nam.
- UNFPA (2006), Báo cáo đánh giá giữa kỳ Dự án Sức khỏe bà mẹ tại Bình Định - Hà Nội, Việt Nam.
- LIÊN HỢP QUỐC (2006), S.D. UNPD_Triển vọng Dân số thế giới_2006 (Dự báo quốc tế).
- LIÊN HỢP QUỐC (2007), S.D. UNSD_Đĩa CD thông tin về Mục tiêu Phát triển Thiên niên kỷ_ Tháng 10 2007 (Dự báo quốc tế), <http://data.un.org>.
- TỔ CHỨC Y TẾ THẾ GIỚI (1995), Sổ tay cho cán bộ y tế về tư vấn sức khỏe bà mẹ và trẻ em, Manila.

CÁC BÁO CÁO VỀ SỨC KHOẺ SINH SẢN UNFPA XUẤT BẢN NĂM 2007



NĂM 2008



Tầng 1, Khu căn hộ Liên Hợp Quốc
2E Vạn Phúc, Quận Ba Đình
Hà Nội, Việt Nam
Tel: +84 4 3 823 6632
Fax: +84 4 3 823 2822
Website: <http://vietnam.unfpa.org>
Email: unfpa-fo@unfpa.org.vn