



**NHỮNG RÀO CẢN TRONG TIẾP CẬN
CÁC DỊCH VỤ CHĂM SÓC SỨC KHỎE BÀ MẸ
VÀ KẾ HOẠCH HÓA GIA ĐÌNH
CỦA ĐỒNG BÀO DÂN TỘC THIỂU SỐ VIỆT NAM**



**NHỮNG RÀO CẢN TRONG TIẾP CẬN
CÁC DỊCH VỤ CHĂM SÓC SỨC KHỎE BÀ MẸ
VÀ KẾ HOẠCH HÓA GIA ĐÌNH
CỦA ĐỒNG BÀO DÂN TỘC THIỂU SỐ VIỆT NAM**

Hà Nội - 2017

MỤC LỤC



DANH MỤC TỪ VIẾT TẮT viii

LỜI CẢM ƠN ix

TÓM TẮT BÁO CÁO xi

1. THÔNG TIN CHUNG 1

1.2. SỨC KHỎE SINH SẢN, SỨC KHỎE BÀ MẸ, TRẺ SƠ SINH VÀ TRẺ EM TẠI VIỆT NAM2

1.3. CÁC RÀO CẢN TRONG VIỆC SỬ DỤNG CÁC DỊCH VỤ Y TẾ3

1.4. SỰ THIẾU HỤT VỀ BẰNG CHỨNG VÀ NHU CẦU NGHIÊN CỨU ...3

1.5. MỤC TIÊU NGHIÊN CỨU.....3

2. PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU 5

2.1. GIAI ĐOẠN THU THẬP DỮ LIỆU ĐỊNH LƯỢNG6

2.2 GIAI ĐOẠN THU THẬP DỮ LIỆU ĐỊNH TÍNH9

2.1. PHÂN TÍCH DỮ LIỆU 11

2.2. HẠN CHẾ CỦA NGHIÊN CỨU 12

3. BỐI CẢNH..... 13



4. CÁC CHỈ SỐ VỀ CHĂM SÓC SKSS, SKBM, TRẺ SƠ SINH VÀ TRẺ EM TRONG CÁC CỘNG ĐỒNG DTTS 17

- 4.1. TẦN SUẤT VÀ THỜI GIAN ĐI KHÁM THAI TRƯỚC SINH 18
- 4.2. NỘI DUNG CHĂM SÓC TRƯỚC SINH 19
- 4.3. SINH CON CÓ SỰ HỖ TRỢ CỦA NHÂN VIÊN Y TẾ ĐÃ ĐƯỢC ĐÀO TẠO CHUYÊN MÔN VÀ SINH CON TẠI CSYT 21
- 4.4. CHĂM SÓC SAU SINH 23
- 4.5. CÁC BIỆN PHÁP TRÁNH THAI VÀ KẾ HOẠCH HÓA GIA ĐÌNH (KHHGĐ) 24
- 4.6. CÁC YẾU TỐ ẢNH HƯỞNG VÀ XU HƯỚNG VỀ SỨC KHỎE BÀ MẸ, TRẺ SƠ SINH VÀ TRẺ EM 30

5. LÝ DO PHỤ NỮ KHÔNG SỬ DỤNG CÁC DỊCH VỤ CSSKBM 35

- 5.2. SỰ PHÙ HỢP CỦA CHẤT LƯỢNG CÁC DỊCH VỤ CSSKBM 40
- 5.3. KHẢ NĂNG TIẾP CẬN CÁC DỊCH VỤ CSSKBM TẠI CHỖ 44
- 5.4. KHẢ NĂNG CHI TRẢ CÁC DỊCH VỤ CSSKBM 46

6. KẾT LUẬN VÀ KHUYẾN NGHỊ 51

- 6.1 Kết luận: 52
- 6.2 Khuyến nghị 54

TÀI LIỆU THAM KHẢO 58

CÁC BẢNG BỔ SUNG 61



DANH MỤC BẢNG

Bảng 1. Các chỉ số CSSKBM	7
Bảng 2. Tổng hợp những người tham gia nghiên cứu định tính	10
Bảng 3. Đặc điểm nhân khẩu và kinh tế xã hội của phụ nữ tham gia vào nghiên cứu	14
Bảng 4. Điểm trung bình chất lượng các CSYT ở 60 TYTX nói chung và theo tỉnh (%).....	16
Bảng 5. Tóm tắt các ước tính đối với các chỉ số tổng hợp về chăm sóc SKSS, SKBM, trẻ sơ sinh và trẻ em theo tổng trung bình và tỉnh	18
Bảng 6. Tỷ lệ sử dụng biện pháp tránh thai nói chung và tỷ lệ từng loại biện pháp tránh thai theo từng tỉnh (%).....	26
Bảng 7. Tỷ lệ sử dụng biện pháp tránh thai nói chung và tỷ lệ từng biện pháp tránh thai theo nhóm dân tộc (%).....	27
Bảng 8. Các lý do chính của việc không sử dụng biện pháp tránh thai hiện đại (N=1458).....	29
Bảng 9. Đặc điểm sinh thái của 60 xã.....	61
Bảng 10. Tóm tắt ước tính các chỉ số về chăm sóc SKSS, SKBM, trẻ sơ sinh và trẻ em theo tình trạng kinh tế.....	64
Bảng 11. Tóm tắt ước tính các chỉ số về chăm sóc SKSS, SKBM, trẻ sơ sinh và trẻ em theo trình độ học vấn.....	65
Bảng 12. Tóm tắt ước tính các chỉ số về chăm sóc SKSS, SKBM, trẻ sơ sinh và trẻ em theo dân tộc	66
Bảng 13. Phân tích hồi quy các biến số chính liên quan đến chỉ số tổng hợp SKSS, SKBM, trẻ sơ sinh và trẻ em (tỷ lệ có BHYT không được tính trong chỉ số tổng hợp).....	67
Bảng 14. Tóm tắt kết quả định tính.....	68
Bảng 15. Đặc điểm nhân khẩu học của phụ nữ tham gia nghiên cứu theo tỉnh (N=4,609).....	78



DANH MỤC HÌNH

Hình 1: Bản đồ 60 xã được nghiên cứu ở các tỉnh Trung du và Miền núi phía Bắc và Tây Nguyên.....	5
Hình 2. Tỷ lệ tiếp cận tổng hợp các dịch vụ CSSKSS/BM/TSS/TE theo địa bàn cư trú.....	31
Hình 3. Tỷ lệ tiếp cận tổng hợp các dịch vụ CSSKSS/BM/TSS/TE theo tình trạng kinh tế.....	32
Hình 4. Tỷ lệ tiếp cận tổng hợp các dịch vụ SSSS/BM/TSS/TE theo trình độ học vấn.....	33
Hình 5. Tỷ lệ tiếp cận tổng hợp các dịch vụ SSSS/BM/TSS/TE theo dân tộc.....	34
Hình 6. Khung chất lượng dịch vụ y tế theo khuyến cáo của Tổ chức Y tế Thế giới.....	79

DANH MỤC PHỤ LỤC

ĐỀ XUẤT NGHIÊN CỨU NHỮNG RÀO CẢN ĐỐI VỚI VIỆC TIẾP CẬN CÁC DỊCH VỤ CSSKBM & KHHGD TẠI CÁC DTTS VIỆT NAM.....	80
---	----

DANH MỤC TỪ VIẾT TẮT

BHYT	Bảo hiểm y tế
BYT	Bộ Y tế
CĐTB	Cơ sở thôn bản
CSSKBM	Chăm sóc sức khỏe bà mẹ
CSSS	Chăm sóc sau sinh
CSTS	Chăm sóc trước sinh
CSYT	Cơ sở y tế
CSSKBM/TSS	Chăm sóc sức khỏe bà mẹ/trẻ sơ sinh
DTTS	Dân tộc thiểu số
KHHGD	Kế hoạch hóa gia đình
MICS	Mutiple Indicator Cluster Survey (Điều tra đánh giá các Mục tiêu về Trẻ em và Phụ nữ)
NVYT	Nhân viên y tế
PNCT	Phụ nữ có thai
SKBM	Sức khỏe bà mẹ
SKSS	Sức khỏe sinh sản
TLN	Thảo luận nhóm
TYTX	Trạm y tế xã
UNFPA	Quỹ Dân số Liên hợp quốc
WHO	Tổ chức Y tế Thế giới

LỜI CẢM ƠN

Nghiên cứu “Những rào cản trong tiếp cận các dịch vụ chăm sóc sức khỏe bà mẹ và kế hoạch hóa gia đình của đồng bào dân tộc thiểu số ở Việt Nam” được Quỹ Dân số Liên hợp quốc phối hợp với Bộ Y tế hỗ trợ và đề xuất phạm vi nghiên cứu. Nghiên cứu được Trung tâm nghiên cứu của Trường Đại học Toronto, Canada và Viện Nghiên cứu Phát triển Mekong tại Hà Nội thực hiện.

Chúng tôi chân thành cảm ơn nhóm nghiên cứu của Trường Đại học Toronto, Canada, Ts. Craig Burkett, Bà Kristy Hackett, Ts. Stephen Lye, và Ts. Kerrie Proulx, và Bà Nguyễn Thu Nga, Viện Nghiên cứu Phát triển Mekong đã tham gia thực hiện cuộc điều tra. Trân trọng cảm ơn sự hỗ trợ kỹ thuật và quản lý của Ts. Lưu Thị Hồng, nguyên Vụ trưởng Vụ Sức khỏe Bà mẹ-Trẻ em, Bộ Y tế, Ths. Nghiêm Thị Xuân Hạnh, chuyên viên chính của Vụ Sức khỏe Bà mẹ-Trẻ em và các hướng dẫn kỹ thuật của Ts. Dương Văn Đạt, Trưởng nhóm Sức khỏe tình dục và Sức khỏe sinh sản của UNFPA ở Việt Nam. Chúng tôi cũng xin cảm ơn hơn 4.600 phụ nữ dân tộc đã tham gia vào cuộc nghiên cứu quan trọng này.

Chúng tôi hy vọng rằng báo cáo sẽ cung cấp những thông tin hữu ích cho các nhà hoạch định chính sách, các nhà quản lý chương trình, các nhà chuyên môn, các nhà nghiên cứu, và các nhà tài trợ trong việc xây dựng và thực hiện các chương trình chăm sóc sức khỏe sinh sản hiệu quả để đạt được các mục tiêu của Hội nghị Quốc tế về Dân số và Phát triển và các Mục tiêu Phát triển Bền vững ở Việt Nam.

Bà Astrid Bant

Trưởng Đại diện

Quỹ Dân số Liên hợp quốc tại
Việt Nam

GS. Nguyễn Việt Tiến

Thứ trưởng

Bộ Y tế



TÓM TẮT BÁO CÁO

Nghiên cứu này được thiết kế trên cơ sở kết hợp các phương pháp nghiên cứu khác nhau nhằm đánh giá quan điểm của phụ nữ dân tộc thiểu số (DTTS) ở sáu tỉnh ở Tây Nguyên và vùng Trung du và Miền núi phía bắc Việt Nam để trả lời các câu hỏi sau đây:

- Dựa trên số liệu sẵn có, thực trạng tiếp cận và sử dụng các dịch vụ chăm sóc sức khỏe bà mẹ (CSSKBM) và kế hoạch hóa gia đình (KHHGĐ) của phụ nữ dân tộc thiểu số như thế nào? Tình trạng bất bình đẳng trong tiếp cận các dịch vụ CSSKBM và KHHGĐ đang ở mức độ nào so với ước tính toàn quốc và mức độ bất bình đẳng trong các nhóm DTTS như thế nào?
- Những lý do nào dẫn đến tình trạng phụ nữ không tiếp cận được (hoặc tiếp cận không đầy đủ) các dịch vụ CSSKBM?

Mục tiêu chính của báo cáo là tìm hiểu sâu về các hành vi tìm kiếm các dịch vụ chăm sóc sức khỏe bà mẹ và các thực hành sinh đẻ cũng như đánh giá các dịch vụ y tế hiện nay đang đáp ứng nhu cầu và mong đợi của phụ nữ các DTTS ở mức độ nào. Mục tiêu cụ thể của nghiên cứu bao gồm:

- Đo lường các chỉ số về mức độ sử dụng các dịch vụ CSSKBM và KHHGĐ của phụ nữ DTTS ở 60 xã được chọn từ 6 tỉnh;
- Xác định xu hướng và sự khác biệt trong việc sử dụng các dịch vụ CSSKBM và KHHGĐ của phụ nữ DTTS;
- Xác định các yếu tố quyết định tới việc sử dụng và không sử dụng các dịch vụ CSSKBM và KHHGĐ;
- Tìm hiểu các phong tục tập quán, tín ngưỡng và văn hóa ảnh hưởng đến cung cấp dịch vụ và hành vi tìm kiếm dịch vụ y tế của phụ nữ, việc sử dụng và không sử dụng các dịch vụ CSSKBM và KHHGĐ;
- Tìm hiểu các cơ hội đối với hệ thống chăm sóc sức khỏe ban đầu cung cấp các dịch vụ phù hợp về văn hóa, thích nghi với bối cảnh địa phương và đáp ứng nhu cầu của người dân địa phương, cũng như đưa ra các khuyến nghị về việc cung cấp các dịch vụ CSSKBM và KHHGĐ phù hợp về văn hóa cho phụ nữ DTTS và các xã ở vùng sâu, vùng xa.

Báo cáo được phát triển dựa trên số liệu điều tra gốc từ khoảng 4.600 phụ nữ DTTS, thảo luận nhóm tập trung (TLN) với hơn 100 phụ nữ DTTS và phỏng vấn sâu các cán bộ y tế, các trưởng thôn và trưởng bản. Báo cáo bao gồm các chỉ số quan trọng về sức khỏe sinh sản (SKSS), sức khỏe bà mẹ, trẻ sơ sinh và trẻ em trong mối tương quan với mức độ tiếp cận các dịch vụ và được chia theo bốn khía cạnh của sự bất bình đẳng (nơi cư trú, trình độ học vấn, tình trạng kinh tế và nhóm dân tộc).

Báo cáo tóm tắt những điểm mạnh cũng như những vấn đề cần được cải thiện của hệ thống y tế hiện nay và các hành vi liên quan tới việc tiếp cận và sử dụng các dịch vụ CSSKBM và KHHGĐ của phụ nữ DTTS. Nhìn chung, kết quả cho thấy tình hình khá lạc quan ở một số chỉ số và một số nhóm dân tộc. Ví dụ, có sự khác biệt khá nhỏ trong tỉ lệ sử dụng các biện pháp tránh thai hiện đại giữa các nhóm DTTS so với trung bình chung toàn quốc; tỷ lệ tiếp cận các dịch vụ CSSKBM ở cộng đồng tương đối cao tại Bắc Kạn, với hơn 75% phụ nữ được chăm sóc trước sinh (CSTS) tại các trạm y tế xã; hơn 85% phụ nữ dân tộc Tày và dân tộc thiểu số ở tỉnh Gia Lai đã được cán bộ y tế có trình độ chuyên môn

hỗ trợ trong lần sinh con cuối cùng. Tuy nhiên, vẫn có sự khác biệt ở hầu hết các chỉ số liên quan đến việc sử dụng dịch vụ chăm sóc sức khỏe so với mức trung bình toàn quốc. Nghiên cứu cho thấy sự bất bình đẳng trong cộng đồng DTTS chủ yếu là ở nhóm những phụ nữ thiệt thòi, gồm phụ nữ nghèo nhất, có học vấn thấp nhất, những người sống ở một số vùng cụ thể và phụ nữ thuộc một số nhóm DTTS nhất định. Do vậy, cần phải tiếp tục cải thiện các chỉ số về sức khỏe bà mẹ, trẻ sơ sinh và trẻ em nhằm giảm thiểu các bất bình đẳng liên quan đến tiếp cận và sử dụng các dịch vụ CSSKBM.

TÌNH TRẠNG BẤT BÌNH ĐẲNG: SỰ KHÁC BIỆT GIỮA CÁC CHỈ SỐ LIÊN QUAN ĐẾN DÂN TỘC THIỂU SỐ VÀ ƯỚC TÍNH QUỐC GIA

Phần này trình bày kết quả của hơn 30 chỉ số sử dụng dịch vụ CSSKBM và KHHGD của phụ nữ DTTS. Nghiên cứu cho thấy sự bất bình đẳng tồn tại ở tất cả các nhóm dân tộc thiểu số so với các số liệu toàn quốc. Sự khác biệt lớn nhất là tỷ lệ sử dụng dịch vụ CSTS (khám thai ít nhất 4 lần), tỷ lệ phụ nữ sinh con tại các cơ sở y tế (CSYT), tỷ lệ các ca sinh có sự hỗ trợ của cán bộ y tế được đào tạo chuyên môn và các nội dung cụ thể của dịch vụ CSTS. Sự bất bình đẳng cũng tồn tại về CSTS đối với chỉ tiêu khám thai ít nhất một lần, mặc dù ở mức độ thấp hơn so với bốn chỉ số nói trên.

- Tỷ lệ phụ nữ DTTS tiếp cận các dịch vụ chăm sóc trước sinh (khám thai ít nhất 04 lần) thấp hơn 58 điểm phần trăm so với tỷ lệ chung toàn quốc (16% so với 74%).
- Tỷ lệ sinh con tại CSYT giữa những phụ nữ DTTS tham gia trong nghiên cứu thấp hơn ước tính quốc gia là 53 điểm phần trăm (41% so với 94%).
- Tỷ lệ các ca đẻ có sự hỗ trợ của cán bộ y tế có trình độ chuyên môn thấp hơn 45 điểm phần trăm giữa những phụ nữ DTTS tham gia nghiên cứu so với ước tính quốc gia (49% so với 94%).
- Tỷ lệ phụ nữ DTTS tham gia nghiên cứu được chăm sóc đầy đủ các nội dung trước khi sinh (ví dụ: đo huyết áp, xét nghiệm máu và nước tiểu) thấp hơn ước tính quốc gia 38 điểm phần trăm (18% so với 56%).

TÌNH TRẠNG BẤT BÌNH ĐẲNG GIỮA CÁC NHÓM DÂN TỘC THIỂU SỐ

Phần này xác định những yếu tố liên quan đến việc sử dụng các dịch vụ CSSKBM và KHHGD và tóm tắt các xu hướng và sự bất bình đẳng của những yếu tố này trong các cộng đồng DTTS. Chỉ số tiếp cận tổng hợp là một chỉ số riêng. Chỉ số này tóm tắt độ bao phủ của các dịch vụ về sức khỏe bà mẹ (SKBM) và các dịch vụ chăm sóc SKSS. Chỉ số này bao gồm 09 chỉ số con: tỷ lệ tiếp cận các dịch vụ chăm sóc trước sinh (khám thai ít nhất 01 lần), tỷ lệ tiếp cận các dịch vụ chăm sóc trước sinh (khám thai ít nhất 4 lần), chăm sóc trước sinh trong vòng 16 tuần đầu của thai kỳ, nội dung chăm sóc, hỗ trợ của cán bộ y tế có trình độ chuyên môn trong khi sinh, sinh con tại các CSYT, kiểm tra sức khỏe trẻ sơ sinh trong vòng 48 giờ sau khi sinh, sử dụng biện pháp tránh thai hiện đại và bảo hiểm y tế. Nhìn chung, tỷ lệ đạt được chỉ số bao phủ tổng hợp các dịch vụ chăm sóc SKSS đối với những phụ nữ DTTS tham gia trong nghiên cứu là 46%, với sự khác biệt đáng kể giữa các nhóm, dao động trong khoảng từ dưới 35% đến hơn 80%. Chỉ số tiếp cận tổng hợp có thể được sử dụng là một chỉ số trung gian đo lường sự tiến bộ trong việc đạt được mục tiêu tiếp cận phổ cập các dịch vụ chăm sóc sức khỏe (giá trị tối đa của chỉ số này 100%).

Phân tích hồi quy tuyến tính được thực hiện để xác định những biến số quan trọng về tỷ lệ tiếp cận và sử dụng các dịch vụ SKBM và SKSS. Kết quả cho thấy tất cả năm yếu tố kinh tế - xã hội quyết định sức khỏe trong nghiên cứu này đều có sự liên quan có ý nghĩa thống kê ($p < 0,001$) với tỷ lệ tiếp cận các dịch vụ SKBM và SKSS. Những yếu tố này bao gồm: trình độ học vấn của các bà mẹ, tuổi của các

bà mẹ khi sinh, tình trạng kinh tế xã hội, nơi cư trú (khu vực địa lý) và dân tộc. Những yếu tố này đều liên quan đến nhu cầu tiếp cận dịch vụ và được trình bày chi tiết hơn thông qua các phân tích mô tả.

Hơn nữa, hai yếu tố liên quan đến bên cung cấp dịch vụ cũng liên quan có ý nghĩa thống kê ($p < 0,001$) với tỷ lệ tiếp cận các dịch vụ SKBM và SKSS, bao gồm tỷ lệ có bảo hiểm y tế (BHYT) và chất lượng của các trạm y tế xã (TYTX). Sau khi kiểm soát các yếu tố khác, tính trung bình, phụ nữ có BHYT có tỷ lệ tiếp cận tổng hợp cao hơn 12% so với phụ nữ không có BHYT. Tính trung bình, cứ mỗi một điểm tăng trong điểm số của bảng kiểm tra CSYT, phụ nữ có bảo hiểm y tế có số điểm tổng hợp cao hơn 0,48% so với phụ nữ không có bảo hiểm y tế. Mặt khác, khoảng cách tới các TYTX và bệnh viện địa phương không liên quan nhiều tới tiếp cận các dịch vụ SKBM và SKSS, mặc dù khoảng cách tới bệnh viện huyện có liên quan đáng kể về mặt thời gian (giờ), nhưng không phải quãng đường thực tế (km). Ở một số khu vực, phụ nữ DTTS không tiếp cận các dịch vụ SKBM mặc dù họ sống ngay cạnh các TYTX. Kết quả nghiên cứu cho thấy chất lượng của các dịch vụ chăm sóc y tế và việc có thẻ BHYT là những yếu tố quan trọng quyết định việc tiếp cận các dịch vụ chăm sóc SKBM hơn là các yếu tố về vị trí địa lý.

Các phân tích mô tả cho thấy rằng tình trạng bất bình đẳng trong việc tiếp cận tới các dịch vụ CSSKBM của cộng đồng DTTS ở Việt Nam. Để hiểu được tình trạng bất bình đẳng trong CSSKBM, chúng tôi so sánh các trải nghiệm của các nhóm DTTS khác nhau. Việc so sánh này sẽ trả lời những câu hỏi như: Tình hình CSSKBM khác nhau giữa các tỉnh như thế nào? Có phải những người có điều kiện kinh tế tốt nhất (giàu nhất) thường tiếp cận dịch vụ CSSKBM tốt hơn những người có điều kiện kinh tế kém nhất (nghèo nhất)? Có sự khác nhau trong việc tiếp cận dịch vụ CSSKBM giữa những phụ nữ có trình độ học vấn cao và những phụ nữ có trình độ học vấn thấp không? Kết quả trả lời cho những câu hỏi này là một bước quan trọng hướng tới việc cải thiện các chương trình và chính sách để đảm bảo các dịch vụ y tế tiếp cận được những người có nhu cầu nhất.

Các phân tích mô tả giúp hiểu rõ hơn về việc tiếp cận dịch vụ CSSKBM trong các nhóm phụ nữ DTTS theo các yếu tố xã hội liên quan tới sức khỏe, bao gồm: nơi cư trú, tình trạng kinh tế, trình độ học vấn và dân tộc.

- Liên quan đến nơi cư trú, sự khác biệt trong việc tiếp cận dịch vụ là hơn 20 điểm phần trăm giữa Đắk Nông, Bắc Kạn và bốn tỉnh khác (Sơn La, Lai Châu, Kon Tum, Gia Lai). Tình trạng bất bình đẳng liên quan đến nơi cư trú không nhiều ở bốn tỉnh có tỷ lệ tiếp cận các dịch vụ chăm sóc CSSKBM thấp nhất.
- Liên quan đến tình trạng kinh tế, sự khác nhau về tỷ lệ tiếp cận dịch vụ chăm sóc CSSKBM giữa nhóm người giàu nhất và nhóm nghèo nhất là hơn 40 điểm phần trăm; tỷ lệ tiếp cận dịch vụ trung bình ở nhóm nghèo nhất là 25% và ở nhóm giàu nhất là 67%.
- Liên quan đến trình độ học vấn, sự khác biệt trong tỷ lệ tiếp cận các dịch vụ chăm sóc CSSKBM là 50 điểm phần trăm; tỷ lệ tiếp cận trung bình trong nhóm người không biết chữ là 25% và trong nhóm người tốt nghiệp cấp II hoặc cao hơn là 75%.
- Liên quan đến nhóm dân tộc, sự khác biệt trong tỷ lệ tiếp cận các dịch vụ chăm sóc CSSKBM giữa dân tộc Tày và các nhóm dân tộc khác là 25 điểm phần trăm. Ba Na và H'mong là các nhóm có tỷ lệ tiếp cận thấp nhất (dưới 35%).

Nhìn chung, kết quả cho thấy sự khác biệt lớn ở các nhóm DTTS về tỷ lệ tiếp cận tổng hợp các dịch vụ CSSKBM. Phụ nữ DTTS gặp những rào cản khác nhau trong việc tiếp cận các dịch vụ CSSKBM. Mặt khác, ngay cả trong những nhóm dân có lợi thế nhất (ví dụ, những người giàu nhất, có học vấn cao nhất, những người sống ở tỉnh Đắk Nông và Bắc Kạn và phụ nữ Tày) thì tỷ

lệ tiếp cận các dịch vụ CSSKBM và SKSS cũng thấp hơn so với các ước tính quốc gia.

CÁC NGUYÊN NHÂN CỦA TÌNH TRẠNG TIẾP CẬN HẠN CHẾ TỚI CÁC DỊCH VỤ CHĂM SÓC SỨC KHỎE BÀ MẸ

Phần này tìm hiểu các phong tục tập quán, tín ngưỡng ảnh hưởng đến môi trường cung cấp các dịch vụ chăm sóc sức khỏe (CSSK) và ảnh hưởng tới các hành vi tìm kiếm, sử dụng và không sử dụng các dịch vụ CSSKBM và KHHGD của phụ nữ DTTS. Các phương pháp định tính được sử dụng để nghiên cứu các nguyên nhân có thể dẫn tới tỷ lệ tiếp cận các dịch vụ SKSS thấp dựa trên quan điểm của phụ nữ DTTS, cán bộ y tế và trưởng thôn. Nghiên cứu tập trung vào bốn chủ đề. Chủ đề đầu tiên phản ánh quan điểm của phụ nữ rằng việc mang thai và sinh con là quá trình khỏe mạnh bình thường và tự nhiên, vì thế không cần phải tới gặp các nhân viên y tế để khám thai nếu không có biến chứng trong quá trình mang thai hoặc trong khi sinh. Đây là một chủ đề chính mà chúng tôi gọi là **mức độ chấp nhận về văn hóa và xã hội đối với các dịch vụ CSSKBM**, và bao gồm các yếu tố khiến phụ nữ và gia đình họ chấp nhận các dịch vụ CSSKBM. Chủ đề thứ hai liên quan đến quan điểm của phụ nữ cho rằng các dịch vụ CSSKBM là kém, nghèo nàn và lợi ích của việc sử dụng các dịch vụ đó không đáng kể khi so sánh với những rủi ro tiềm tàng và chi phí của việc sử dụng các dịch vụ đó. Chúng tôi gọi chủ đề này là **sự phù hợp trong chất lượng các dịch vụ CSSKBM**, trong đó đánh giá xem liệu chất lượng của các dịch vụ cung cấp có đáp ứng nhu cầu của phụ nữ hay không. Chủ đề thứ ba liên quan đến khoảng cách địa lý xa xôi hẻo lánh của nhiều cộng đồng DTTS, đặc biệt là ở các khu vực miền núi phía Bắc, và sự cần thiết phải tới các địa điểm có khoảng cách rất xa để được nhận dịch vụ CSSKBM. Chúng tôi gọi chủ đề này là **khả năng tiếp cận các dịch vụ CSSKBM** có sẵn, trong đó bao gồm việc người dân có tiếp cận được tới các dịch vụ y tế hay không, bao gồm cả sự có sẵn dịch vụ và đúng thời gian mà không gặp nhiều khó khăn. Chủ đề thứ tư liên quan đến nguồn lực tài chính hạn chế của phụ nữ mà chúng tôi gọi là **khả năng chi trả của các dịch vụ CSSKBM**. Các yếu tố quan trọng của chủ đề này bao gồm chi phí trực tiếp của dịch vụ, chi phí cơ hội liên quan đến việc mất thu nhập và chi phí gián tiếp như chi phí đi đến các cơ sở y tế.

Phần lớn phụ nữ tham gia nghiên cứu đều cho rằng sinh đẻ là một quá trình tự nhiên của con người. Họ muốn sinh con tại nhà hơn là sinh con tại các cơ sở y tế, trừ khi có biến chứng xảy ra. Bên cạnh việc không có khả năng chi trả các chi phí (trực tiếp, gián tiếp và cơ hội) cho các dịch vụ tại các cơ sở y tế ở vùng sâu vùng xa, việc khó tiếp cận tới các nhân viên y tế và cơ sở chăm sóc y tế cũng là một trong số những lý do chính khiến phụ nữ DTTS muốn sinh con tại nhà và hạn chế tới các dịch vụ chăm sóc trước sinh. Hầu hết phụ nữ DTTS tham gia trong nghiên cứu đều cho rằng sinh con tại các cơ sở y tế không phải là giải pháp được chấp nhận nhiều nhất và phù hợp nhất. Họ muốn trong thời gian đau đẻ cũng như khi trong khi sinh, họ được ở càng gần gia đình và càng gần nhà thì càng tốt. Họ cho rằng dịch vụ đỡ đẻ tại các TYTX không đầy đủ và những lợi ích của việc sinh con tại các TYTX và các cơ sở y tế khác không hơn so với những rủi ro và chi phí cao của việc đi được đến TYTX để nhận dịch vụ đó.

Mặc dù phần lớn phụ nữ tham gia nghiên cứu thể hiện sự mong muốn sinh con tại nhà, nhưng đa số họ đều muốn có sự hỗ trợ của người đỡ đẻ đã được đào tạo là nữ trong khi họ đẻ tại nhà. Tuy nhiên, thách thức lớn nhất là nhân viên y tế của các trạm y tế xã thường không cung cấp dịch vụ hỗ trợ sinh đẻ tại nhà, trừ trường hợp có tai biến hoặc cấp cứu. Nhiều xã không có cô đỡ thôn bản (CĐTB) là người DTTS, những người đã được đào tạo về kỹ năng hộ sinh, thực hiện công việc khám thai và đỡ đẻ tại thôn bản. Ở những xã có CĐTB, một số cô còn quá trẻ, thiếu kinh nghiệm và thiếu các dụng cụ cần thiết để tiến hành một ca đỡ đẻ an toàn. Do đó, trong bối cảnh thiếu đội ngũ nhân viên y tế có năng lực và sẵn sàng hỗ trợ các ca đẻ tại nhà, nhiều phụ nữ DTTS vẫn tiếp tục sinh con tại nhà và chỉ được hỗ trợ bởi những bà mụ vườn nhiều tuổi hơn, chưa được đào tạo về đỡ đẻ và sống trong ngay thôn bản đó.

Các kết quả nghiên cứu chỉ ra các cơ hội cải thiện hệ thống chăm sóc sức khỏe ban đầu ở Việt Nam để xây dựng các can thiệp và dịch vụ phù hợp với bối cảnh địa phương và đáp ứng nhu cầu của người dân tốt hơn. Dựa vào các bằng chứng trong báo cáo này, các khuyến nghị sau đây được phân nhóm dựa theo trách nhiệm và thẩm quyền của Bộ Y tế và các đối tác:

- Cung cấp dịch vụ CSSKBM có chất lượng tốt hơn tại các TYTX là khuyến nghị quan trọng và tổng quát nhất. Dịch vụ chăm sóc sức khỏe có chất lượng tại xã có thể thực hiện CSSKBM an toàn, hiệu quả, đúng thời điểm và công bằng dựa trên phong tục tập quán, giá trị văn hóa và mong muốn của các cộng đồng khác nhau;
- Có nhiều giải pháp để nâng cao chất lượng dịch vụ y tế. Việt Nam cần áp dụng “Các tiêu chuẩn nhằm nâng cao chất lượng chăm sóc sức khỏe bà mẹ và trẻ sơ sinh tại các cơ sở y tế” của Tổ chức Y tế Thế giới để tìm hiểu và xác định những yếu kém trong chất lượng chăm sóc y tế trong bối cảnh Việt Nam, đồng thời nâng cao chất lượng dịch vụ được cung cấp, thực hiện chăm sóc sức khỏe theo các tiêu chuẩn và khuyến cáo về chất lượng của quốc tế đã được điều chỉnh phù hợp với điều kiện địa phương;
- Việc cải thiện chất lượng CSSKBM nên tập trung vào sáu lĩnh vực chiến lược: hướng dẫn chẩn đoán và điều trị lâm sàng, tiêu chuẩn chăm sóc y tế, các can thiệp có hiệu quả, các tiêu chuẩn đo lường chất lượng chăm sóc y tế, nghiên cứu và xây dựng năng lực;
- Kết hợp cải thiện chất lượng tại cơ sở y tế với chiến lược kêu gọi sự tham gia của cộng đồng nhằm tăng cường việc sử dụng dịch vụ của các gia đình DTTS. Kết quả của nghiên cứu này cho thấy vai trò quan trọng của cộng đồng và người sử dụng dịch vụ trong việc xác định nhu cầu, sở thích và theo dõi sức khỏe của chính họ;
- Chính phủ cần đảm bảo những phụ nữ DTTS khó khăn được BHYT và họ cần hiểu cách sử dụng BHYT;
- Điều chỉnh các chính sách và hướng dẫn quốc gia để đảm bảo nhóm dân cư dễ bị tổn thương có thể tiếp cận và sử dụng các dịch vụ chăm sóc sức khỏe sinh sản, sức khỏe bà mẹ, trẻ sơ sinh và trẻ em ở tuyến chăm sóc sức khỏe ban đầu;
- Tăng cường sự giám sát và đánh giá của Quốc hội và Bộ Y tế cùng với sự tham gia tích cực của các đại diện cộng đồng DTTS để theo dõi trách nhiệm của chính quyền địa phương trong các hoạt động của mạng lưới y tế địa phương ở những vùng có điều kiện khó khăn;
- Xây dựng các can thiệp dựa trên bằng chứng hiệu quả để cải thiện các chương trình đào tạo hộ sinh và công tác hỗ trợ sinh đẻ cho các hộ sinh người DTTS;
- Theo dõi tình trạng bất bình đẳng trên nhiều lĩnh vực của chăm sóc y tế và các khía cạnh của bất bình đẳng đa chiều là việc làm cần thiết để thiết kế và định hướng các chương trình nhằm đáp ứng nhu cầu y tế đa dạng của các nhóm DTTS.



Ảnh courtesy Báo Châu chi in tại Hà Giang

1. THÔNG TIN CHUNG

Hưởng ứng các phong trào vận động toàn cầu như Sáng kiến Làm mẹ An toàn và các Mục tiêu Phát triển Thiên niên kỷ của Liên hợp quốc, trong các thập kỷ gần đây, can thiệp về SKSS, sức khỏe bà mẹ, trẻ sơ sinh và trẻ em ngày càng được ưu tiên thực hiện ở các quốc gia đang phát triển. Trên phạm vi toàn cầu, nhiều tiến bộ đã đạt được, đặc biệt là tiến bộ về giảm tỷ lệ tử vong mẹ và trẻ em. Kể từ đầu những năm 1990, tỷ lệ tử vong mẹ và trẻ em đã lần lượt giảm 45% và 50% [1]. Tuy nhiên, các kết quả đạt được không đồng đều giữa các nơi, và còn nhiều việc phải làm để có thể đạt được các kết quả bình đẳng, công bằng về SKSS, bà mẹ, trẻ sơ sinh và trẻ em giữa các quốc gia trên thế giới và trong cùng một quốc gia. Trong cùng một quốc gia, vẫn còn có sự bất bình đẳng về khả năng tiếp cận các dịch vụ chăm sóc sức khỏe bà mẹ và trẻ em giữa các nhóm dân cư có mức độ phát triển kinh tế - xã hội (KT-XH) cao và thấp, giữa các nhóm dân tộc thiểu số và đa số, và những người sống ở nông thôn và thành thị [2, 3].

Mặc dù đã đạt được nhiều kết quả quan trọng, nhưng tỷ lệ tử vong mẹ và tử vong sơ sinh vẫn còn quá cao ở một số nước. Trên toàn thế giới, khoảng 830 phụ nữ tử vong mỗi ngày do các nguyên nhân liên quan đến việc mang thai và sinh đẻ có thể phòng ngừa được và 99% các ca tử vong xảy ra ở các nước thu nhập trung bình và thấp [2]. Tỷ lệ tử vong và bệnh tật của mẹ cao nhất trong các nhóm dân nghèo ở khu vực cận Sahara Châu Phi và các quốc gia Nam Á. Tỷ lệ tử vong mẹ ở cả 2 khu vực này chiếm hơn 85% tổng số ca tử vong mẹ trên toàn thế giới [1]. Trong năm 2009, ước tính trên toàn thế giới có khoảng 2,6 triệu ca thai chết lưu và khoảng 3/4 trong số đó xảy ra ở Nam Á và khu vực cận Sahara châu Phi [4]. Phần lớn các trường hợp tử vong này có thể phòng tránh được nếu phụ nữ tiếp cận được các dịch vụ y tế chất lượng cao trong thời gian họ mang thai và sinh con.

1.1. BẤT BÌNH ĐẲNG TRONG TIẾP CẬN CÁC DỊCH VỤ Y TẾ

Hầu hết các hệ thống y tế thường mang lại lợi ích cho nhóm phụ nữ có ưu thế trong xã hội hơn những phụ nữ có hoàn cảnh khó khăn. Ngay cả khi các dịch vụ CSSKBM có đầy đủ về mặt kỹ thuật và có thể tiếp cận được thì những dịch vụ này vẫn không được sử dụng tối đa nếu không phù hợp hoặc không phải là mong muốn của bệnh nhân [5]. Như vậy, các thách thức liên quan đến việc tiếp cận công bằng các dịch vụ CSSKBM có tính chất hai mặt: thách thức từ phía cung cấp dịch vụ (hệ thống y tế) và thách thức từ có nhu cầu nhận dịch vụ (bệnh nhân hoặc khách hàng tìm kiếm dịch vụ) [6]. Hai mặt của thách thức tác động qua lại với nhau: nếu hệ thống y tế không cung cấp đủ phương tiện, cơ sở hạ tầng, thuốc, nguồn nhân lực và các dịch vụ y tế phù hợp với văn hóa địa phương thì phụ nữ và gia đình của họ có thể không sử dụng cách dịch vụ đó. Đồng thời, việc người dân ít có nhu cầu đối với các dịch vụ chất lượng cao có thể dẫn đến những khó khăn trong quá trình huy động nguồn lực cũng như những cam kết chính trị để cải thiện những hạn chế của hệ thống y tế hiện nay. Do đó, chúng ta cần nghiên cứu và tìm hiểu thêm những rào cản cụ thể trong việc sử dụng các dịch vụ chăm sóc sức khỏe trong các cộng đồng dân cư thiệt thòi để đảm bảo tiếp cận công bằng cho tất cả mọi người.



1.2. SỨC KHỎE SINH SẢN, SỨC KHỎE BÀ MẸ, TRẺ SƠ SINH VÀ TRẺ EM TẠI VIỆT NAM

Việt Nam hiện nay được xếp vào nhóm nước có thu nhập trung bình thấp. Việt Nam có 75% dân số sống ở khu vực nông thôn và khoảng 19% dân số là người DTTS (không phải người Kinh) [7]. Hiện vẫn còn sự khác biệt về tỷ lệ biết chữ giữa đô thị và nông thôn, giữa các vùng có mức độ phát triển KTXH khác nhau, nam và nữ, và giữa các nhóm dân tộc, đặc biệt là ở dân tộc H'mong [3]. Việt Nam là quê hương của 53 nhóm DTTS và hầu hết các dân tộc này đều sống ở những vùng núi, vùng sâu vùng xa với sự phát triển KTXH hạn chế và điều kiện giao thông khó khăn. Do đó, việc đảm bảo tất cả phụ nữ có thể tiếp cận bình đẳng tới các dịch vụ y tế chất lượng trong quá trình mang thai và sinh con là một thách thức rất lớn. Các trung tâm y tế chất lượng cao thường được đặt tại các khu vực đô thị, chứ không đặt ở các vùng nông thôn và miền

núi. Các yếu tố về phía cung cấp dịch vụ cũng đóng vai trò quan trọng trong việc giải thích sự bất bình đẳng trong việc tiếp cận các dịch vụ CSSKBM. Các dịch vụ y tế có chất lượng kém, chi phí quá cao, không thích hợp với bối cảnh địa phương hoặc không đáp ứng nhu cầu cụ thể của người dân địa phương thường dẫn tới tình trạng người dân ít sử dụng. Đối với những phụ nữ DTTS có mong muốn tiếp cận hệ thống y tế công, thì nhân viên y tế có thể tỏ ra thiếu khoan dung và ít nhạy cảm với các đặc điểm văn hóa, tín ngưỡng và tập quán truyền thống của các DTTS và có thể đối xử thiếu tôn trọng phụ nữ nghèo và DTTS so với phụ nữ người Kinh.

Cải thiện sức khỏe phụ nữ và trẻ em là một chính sách ưu tiên ở Việt Nam. Chính phủ Việt Nam đã ban hành Chiến lược quốc gia về sức khỏe sinh sản và Kế hoạch Quốc gia về Làm mẹ An toàn. Năm 2012, Bộ Y tế đã phê duyệt Kế hoạch Quốc gia về chăm sóc sức khỏe sinh sản, ưu tiên Làm mẹ An toàn và Chăm sóc Trẻ Sơ sinh giai đoạn 2011-2015, ưu tiên tập trung vào các nhóm dân cư và các khu vực chưa được tiếp cận dịch vụ [8]. Để giải quyết những bất bình đẳng trong chăm sóc sức khỏe sinh sản, bà mẹ, trẻ sơ sinh và trẻ em (CSSKSS/SKBM/TSS) giữa các vùng miền và các nhóm dân tộc, Chính phủ Việt Nam đã cam kết nâng cao năng lực của hệ thống chăm sóc sức khỏe, đặc biệt là các dịch vụ chăm sóc sức khỏe ban đầu ở các vùng DTTS và vùng sâu vùng xa. Tuy nhiên, số liệu gần đây cho thấy sự khác biệt đáng kể trong các kết quả và các chỉ số tiếp cận các dịch vụ CSSKSS/SKBM/TSS/TE giữa các vùng, các dân tộc và các nhóm thu nhập vẫn tồn tại. Mặc dù tỉ số tử vong mẹ của Việt Nam đã giảm đáng kể từ 165/100.000 ca đẻ sống năm 2002 xuống còn 69/100.000 ca đẻ sống vào năm 2010 [9] nhưng tỷ lệ này ở 225 huyện DTTS miền núi và huyện xa xôi nhất vẫn ở mức 104/100.000 ca đẻ sống [10]. Tỷ lệ tử vong mẹ trong các nhóm DTTS cao hơn 04 lần so với nhóm dân tộc Kinh [11].

1.3. CÁC RÀO CẢN TRONG VIỆC SỬ DỤNG CÁC DỊCH VỤ Y TẾ

Tỷ lệ phụ nữ DTTS sinh con tại nhà ở các tỉnh miền núi phía Bắc rất cao, chiếm khoảng 40-60% tổng số các ca đẻ, trong khi hầu hết các phụ nữ người Kinh và phụ nữ sống ở vùng đồng bằng đều sinh đẻ tại các cơ sở y tế [12]. Kết quả điều tra đánh giá các mục tiêu về trẻ em và phụ nữ (MICS) năm 2006 cho thấy các yếu tố như dân tộc, mức sống hộ gia đình và giáo dục đều ảnh hưởng đến việc sử dụng các dịch vụ chăm sóc trước sinh và trong khi sinh do những nhân viên y tế có tay nghề đỡ [13]. Các yếu tố này liên quan chặt chẽ với nhau, tuy nhiên, yếu tố dân tộc có ảnh hưởng lớn hơn hai yếu tố mức sống hộ gia đình và giáo dục. So với số liệu quốc gia, phụ nữ DTTS thuộc các hộ nghèo có nguy cơ không tiếp cận tới được các dịch vụ chăm sóc trước sinh cao hơn ba lần và không được đỡ đẻ bởi nhân viên y tế có chuyên môn trong lúc sinh cao hơn sáu lần. Các kết quả này cho thấy dân tộc là một yếu tố xã hội quan trọng ảnh hưởng tới việc sử dụng các dịch vụ CSSKBM tại Việt Nam, và rõ ràng phụ nữ DTTS là một nhóm rất thiệt thòi. Số liệu hiện có cũng cho thấy rằng phụ nữ của nhiều cộng đồng DTTS và phụ nữ sống ở vùng sâu vùng xa sử dụng các dịch vụ CSSKBM và KHHGĐ còn thấp [14].

1.4. SỰ THIẾU HỤT VỀ BẰNG CHỨNG VÀ NHU CẦU NGHIÊN CỨU

Những hạn chế về số liệu cho thấy nhu cầu cần phải thực hiện các cuộc điều tra toàn diện hơn và sâu hơn về những rào cản trong việc tiếp cận các dịch vụ CSSKBM và KHHGĐ của phụ nữ DTTS ở các vùng sâu và vùng xa ở Việt Nam. Những rào cản trong tiếp cận dịch vụ đã được báo cáo trước đây không giúp giải thích đầy đủ về lý do tại sao việc sử dụng dịch vụ thấp và những rào cản này thường chỉ dựa trên nguồn thông tin không đầy đủ. Ví dụ, hầu hết các nghiên cứu hiện có về CSSKBM và KHHGĐ đã phân tích được sự khác biệt giữa dân tộc Kinh và các nhóm DTTS, nhưng do hạn chế về dữ liệu, các nghiên cứu này không phân tích được kết quả giữa các nhóm DTTS. Hơn nữa, mặc dù những nghiên cứu hiện nay

thường trích dẫn khoảng cách đi lại xa xôi tới các cơ sở y tế là một rào cản lớn, nhưng trong thực tế mức độ tiếp cận các dịch vụ vẫn còn rất thấp ngay cả khi nhiều TYTX gần các thôn bản [15, 16]. “Các phong tục, tập quán truyền thống”, ngôn ngữ và “văn hóa” thường được cho là những yếu tố ảnh hưởng đến việc sử dụng dịch vụ SKBM thấp. Tuy nhiên, những yếu tố này thường không được định nghĩa và cụ thể hóa rõ ràng và do vậy có thể dẫn tới các quan điểm nhận xét phiến diện và áp đặt ám chỉ “sự khác biệt” và “lạc hậu” của các DTTS [17].

1.5. MỤC TIÊU NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu này được thiết kế trên cơ sở kết hợp các phương pháp nghiên cứu khác nhau nhằm đánh giá quan điểm của phụ nữ DTTS ở 6 tỉnh ở Tây Nguyên và vùng Trung du và Miền núi phía bắc Việt Nam để trả lời các câu hỏi sau đây:

- Thực trạng hiện nay của phụ nữ dân tộc thiểu số trong việc tiếp cận và sử dụng các dịch vụ CSSKBM và KHHGĐ như thế nào? Tình trạng bất bình đẳng (nếu có) trong tiếp cận các dịch vụ CSSKBM và KHHGĐ đang ở mức độ nào so với ước tính quốc gia và mức độ bất bình đẳng trong các nhóm DTTS như thế nào?
- Những lý do nào dẫn đến tình trạng phụ nữ không tiếp cận được (hoặc tiếp cận không đầy đủ) các dịch vụ CSSKBM?

Mục tiêu cụ thể:

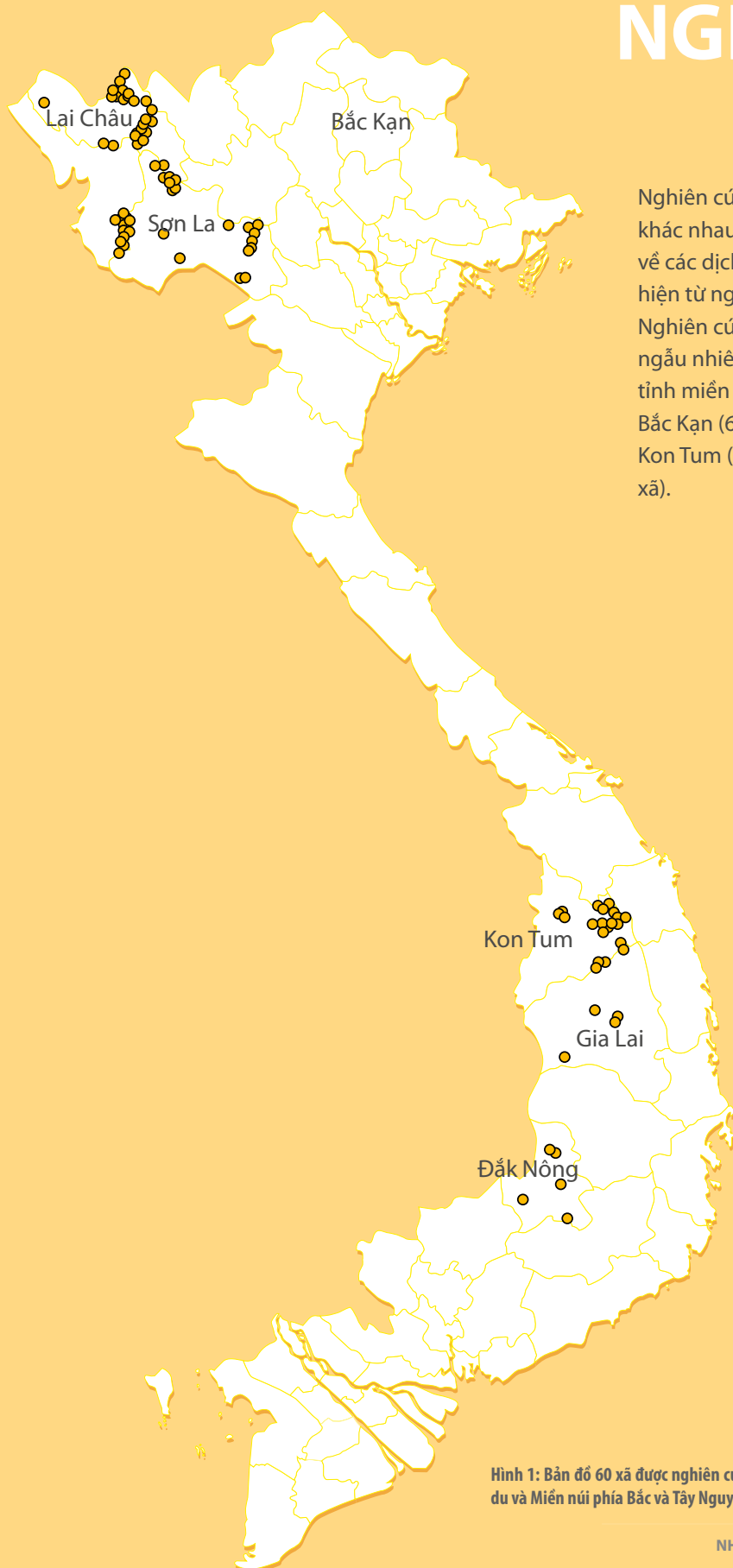
- Đánh giá các chỉ số về mức độ sử dụng các dịch vụ CSSKBM và KHHGĐ của phụ nữ DTTS ở 60 xã được chọn từ 6 tỉnh;
- Xác định xu hướng và sự khác nhau trong việc sử dụng các dịch vụ CSSKBM và KHHGĐ của phụ nữ DTTS;
- Xác định các yếu tố ảnh hưởng tới việc sử dụng và không sử dụng các dịch vụ CSSKBM và KHHGĐ;
- Tìm hiểu các phong tục tập quán, tín ngưỡng và văn hóa ảnh hưởng đến việc

cung cấp dịch vụ và ảnh hưởng tới hành vi tìm kiếm dịch vụ của phụ nữ, việc sử dụng và không sử dụng các dịch vụ CSSKBM và KHHGĐ;

- Tìm hiểu các cơ hội đối với hệ thống chăm sóc sức khỏe ban đầu nhằm cung cấp các dịch vụ thích hợp về văn hóa, thích nghi với bối cảnh địa phương và đáp ứng nhu cầu của người dân địa phương cũng như đưa ra các khuyến nghị hỗ trợ việc cung cấp các dịch vụ CSSKBM và KHHGĐ phù hợp về văn hóa cho phụ nữ DTTS và các xã ở vùng sâu, vùng xa.

Sau khi tham khảo chính quyền các tỉnh, Bộ Y tế cung cấp danh sách của hơn 150 xã có tỷ lệ sinh tại nhà cao, tỷ lệ nghèo cao và xa bệnh viện. Nhóm nghiên cứu chọn ngẫu nhiên 60 xã từ danh sách các xã DTTS. Mục tiêu của báo cáo này là đánh giá tình hình sinh đẻ, các hành vi tiếp cận dịch vụ CSSKBM và tìm hiểu những lý do để lý giải vì sao việc cung cấp dịch vụ y tế hiện nay chưa đáp ứng được nhu cầu và mong đợi của cộng đồng các DTTS. Nghiên cứu này cung cấp số liệu điều tra quy mô lớn và cập nhật các chỉ số CSSKBM/TSS/TE liên quan đến tiếp cận dịch vụ chăm sóc sức khỏe (CSSK). Nghiên cứu sử dụng cả phương pháp thảo luận nhóm (TLN) và phỏng vấn bán cấu trúc với phụ nữ DTTS, nhân viên y tế và các trưởng thôn bản để tìm hiểu về thái độ, niềm tin và những trải nghiệm của họ vì đây là những yếu tố tạo ra môi trường cung cấp dịch vụ y tế cũng như ảnh hưởng tới quan niệm và khả năng tiếp cận các dịch vụ y tế của phụ nữ.

2. PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU



Nghiên cứu sử dụng một số phương pháp khác nhau. Quá trình điều tra thu thập dữ liệu về các dịch vụ CSSKBM và KHHGD được thực hiện từ ngày 11 đến 29 tháng 1 năm 2016. Nghiên cứu sử dụng phương pháp chọn mẫu ngẫu nhiên phân tầng để chọn 60 xã thuộc 03 tỉnh miền núi phía Bắc và 03 tỉnh Tây Nguyên: Bắc Kạn (6 xã), Lai Châu (16 xã), Sơn La (16 xã), Kon Tum (8 xã), Gia Lai (9 xã) và Đắk Nông (5 xã).

Hình 1: Bản đồ 60 xã được nghiên cứu ở các tỉnh Trung du và Miền núi phía Bắc và Tây Nguyên.



Đề cương nghiên cứu đã được Hội đồng Đạo đức trường Đại học Toronto duyệt. Việc triển khai nghiên cứu đã được Bộ Y tế và chính quyền địa phương các tỉnh và các xã liên quan phê duyệt. Nghiên cứu được thực hiện bằng cách kết hợp nhiều phương pháp để vừa đánh giá được kết quả về chiều rộng (định lượng) và chiều sâu (định tính) của các vấn đề và để thu thập các dữ liệu khác nhau nhưng bổ sung cho nhau về việc tiếp cận và sử dụng các dịch vụ CSSKBM. Số liệu định lượng và định tính đều được thu thập cùng thời gian và mỗi phương pháp đều được ưu tiên như nhau. Việc kết hợp cả số liệu định lượng và định tính sẽ cung cấp một bức tranh toàn diện về hiện trạng CSSKBM và KHHGD trong nhóm phụ nữ thuộc các DTTS khác nhau tại các vùng địa lý chưa được nghiên cứu nhiều. Kết quả cũng giúp chúng ta hiểu được các lý do tại sao việc tiếp cận và sử dụng các dịch vụ CSSKBM và KHHGD của phụ nữ DTTS vẫn còn thấp.

2.1. GIAI ĐOẠN THU THẬP DỮ LIỆU ĐỊNH LƯỢNG

Mục đích chính của giai đoạn này bao gồm: (i) đo các chỉ số về mức độ sử dụng các dịch vụ CSSKBM và KHHGD của phụ nữ DTTS, (ii) xác định các yếu tố ảnh hưởng đến việc sử dụng

và không sử dụng các dịch vụ CSSKBM và KH-HGD, và (iii) xác định các xu hướng và sự khác biệt trong việc sử dụng các dịch vụ CSSKBM và KHHGD của phụ nữ DTTS (phân tích mô tả). Dữ liệu định lượng được thu thập từ các mẫu không ngẫu nhiên gồm 4.609 phụ nữ DTTS đã sinh con còn sống ít nhất một lần trong vòng 2 năm qua. Dữ liệu được thu thập từ 27 DTTS. Tuy nhiên, kết quả phân tích trong báo cáo này chỉ tập trung vào 9 nhóm (Ba Na, Dao, Gia Rai, Hà Nhì, Mông, Mnông, Xê Đăng, Tày, Thái) vì những nhóm này có hơn 100 phụ nữ tham gia nghiên cứu. Trọng tâm chính của giai đoạn thu thập dữ liệu định lượng là thu thập dữ liệu trên quy mô lớn các chỉ số quan trọng của các dịch vụ CSSKBM, trẻ sơ sinh, trẻ em tại nhiều tỉnh và nhiều DTTS khác nhau. 30 chỉ số liên quan đến CSTS, can thiệp trong khi sinh, chăm sóc sau sinh (CSSS) và phòng tránh thai đã được lựa chọn để đưa vào báo cáo này. Dữ liệu thu được có thể được dùng cho việc xây dựng các chính sách và các chương trình và có thể sử dụng để theo dõi tiến độ đạt được các Mục tiêu Phát triển bền vững và các cam kết quốc tế khác. Căn cứ trên các tài liệu hiện có, các chỉ số được lựa chọn dựa trên tầm quan trọng và sự liên quan với các kết quả CSSKBM, trẻ sơ sinh và trẻ em [18]. Các chỉ số đã được chọn được liệt kê trong Bảng 1 dưới đây.

LĨNH VỰC	CHỈ SỐ
Chăm sóc trước sinh	Tỷ lệ sử dụng dịch vụ CSTS –khám thai ít nhất 01 lần (%)*
	Tỷ lệ sử dụng dịch vụ CSTS –khám thai ít nhất 04 lần (%)*
	Chăm sóc trước sinh trong 16 tuần đầu mang thai (%)*
	Địa điểm khám CSTS (%)
	Người cung cấp dịch vụ CSTS (%)
	Nội dung CSTS (đo huyết áp, xét nghiệm máu và nước tiểu) (%)*
Can thiệp trong sinh	Sinh tại cơ sở y tế (%)*
	Sinh có hỗ trợ của nhân viên y tế có kỹ năng (%)*
	Nhân viên chăm sóc y tế khi sinh (%)
	Địa điểm sinh (%)
	Chi phí sinh tùy thuộc vào địa điểm sinh (%)
Chăm sóc sau sinh	Chăm sóc trẻ sơ sinh trong vòng 48 giờ sau khi sinh (%)*
	Người cung cấp dịch vụ CSSS (%)
	Địa điểm thăm khám sau sinh (%)
Tránh thai	Tỷ lệ sử dụng biện pháp tránh thai hiện đại và truyền thống (%)
	Tỷ lệ sử dụng biện pháp hiện đại (%)*
	Nhu cầu KHHGD được đáp ứng (%)
Các can thiệp về Sức khỏe bà mẹ & KHHGD kết hợp	Chỉ số bao phủ tổng hợp (%)
Bảo hiểm y tế	Tỷ lệ có thẻ BHYT (%)*
	Tỷ lệ sử dụng thẻ BHYT (%)
Chất lượng** của các trạm y tế xã (TYTX)	Nhân sự (%)
	Cơ sở hạ tầng (%)
	Vật tư – chăm sóc trẻ sơ sinh (%)
	Vật tư – chăm sóc trước đẻ (%)
	Thuốc – trẻ em (%)
	Thuốc – trẻ sơ sinh (%)
	Thuốc - CSTS (%)
	Kiểm soát lây nhiễm (%)
	Tập huấn (%)
	Tỷ lệ các dịch vụ tránh thai có sẵn (%)

* Chỉ số này là một phần của Chỉ số Tiếp cận Tổng hợp.

** Được cập nhật dựa vào các nội dung phù hợp trong tài liệu công cụ Đánh giá nhanh các Cơ sở y tế [19].

2.1.1 Bảng câu hỏi dành cho cá nhân phụ nữ

Nguồn dữ liệu chính của giai đoạn thu thập dữ liệu định lượng là cuộc điều tra thực địa đối với các phụ nữ DTTS sinh con trong 02 năm qua. Bản câu hỏi được điều chỉnh từ Điều tra đánh giá các mục tiêu về trẻ em và phụ nữ (MICS) lần thứ 5 (xem Phụ lục A: Bảng câu hỏi điều tra). Bản câu hỏi điều tra gồm 45 câu về tình hình nhân khẩu, điều kiện sống, tỷ lệ tiếp cận các dịch vụ CSTS, nội dung CSTS, sự hỗ trợ của nhân viên y tế đã được đào tạo chuyên môn trong khi sinh, sinh con tại cơ sở y tế (CSYT), CSSS, quan điểm về các rào cản đối với các dịch vụ CSSKBM, các thực hành về KHHGĐ và tránh thai, và tình hình sử dụng thẻ BHYT. Bản dịch tiếng Việt của phiếu điều tra đã được thử nghiệm, điều chỉnh và hoàn thiện trước khi chính thức được sử dụng tại thực địa. Các trưởng thôn/bản và nhân viên y tế thôn bản thông báo cho những phụ nữ đã sinh con trong 2 năm qua về ngày điều tra và mời họ tới một địa điểm thuận lợi để tham gia trả lời bảng câu hỏi. Nhóm nghiên cứu đã đến thu thập số liệu tại nhà với những phụ nữ đã không đến hoặc không thể đến địa điểm điều tra vào ngày đầu tiên của đợt thu thập số liệu tại mỗi xã. Những người tham gia trả lời phỏng vấn đã được thông báo trước về mục tiêu của nghiên cứu, khẳng định đồng ý tham gia và nhận được một khoản thù lao nhỏ cho thời gian tham gia. Tính trung bình, dữ liệu được thu thập từ 60% phụ nữ đã sinh con trong 2 năm qua ở mỗi xã. Việc lấy mẫu ngẫu nhiên là không khả thi do các xã rất khó tiếp cận cùng với hạn chế về thời gian và ngân sách. Nhóm điều tra thực địa bao gồm 24 nữ nghiên cứu viên đã qua đào tạo về sử dụng công cụ khảo sát và các kỹ thuật phỏng vấn. Các điều tra viên đã tiến hành các cuộc phỏng vấn với từng phụ nữ tại những địa điểm riêng tư tại các trạm y tế xã (TYTX) hoặc tại nhà của người được phỏng vấn; mỗi cuộc phỏng vấn kéo dài khoảng 20 phút. Hầu hết người tham gia trả lời phỏng vấn có thể trò chuyện bằng tiếng Việt. Tại một số xã nơi phụ nữ không thể nói tiếng Việt, chúng tôi thuê phiên dịch để dịch và giải thích các nội dung điều tra sang ngôn ngữ địa phương.

2.1.2 Chất lượng của trạm y tế xã và các điều kiện liên quan

Giai đoạn thu thập dữ liệu định lượng bao gồm việc đánh giá các điều kiện liên quan tới TYTX ở 60 xã, bao gồm các chỉ số chính về chất lượng của các TYTX và các thông tin khác về xã như khoảng cách đến bệnh viện huyện và các phương thức đi lại chính. Mục đích của điều tra với TYTX này là để ghi lại các đặc điểm (ví dụ: địa lý, nhân khẩu học và điều kiện kinh tế-xã hội) ở xã và ở cơ sở y tế, cũng như các chỉ số sử dụng dịch vụ CSSKBM và KHHGĐ ở các khu vực Trung du Miền núi phía Bắc và khu vực Tây Nguyên. Các điều tra viên đã sử dụng một bảng kiểm để thu thập thông tin về chất lượng của các TYTX dựa trên một phiên bản điều chỉnh từ công cụ Đánh giá nhanh về CSYT [19]. Nhân viên tại các TYTX đã hoàn thành bảng kiểm gồm 66 mục về các chỉ số CSSKBM ở tuyến chăm sóc sức khỏe ban đầu, bao gồm điều kiện về cơ sở hạ tầng, nhân lực, vật tư, thuốc men phục vụ cho việc CSSKBM và trẻ sơ sinh (Xem Phụ lục A: Đánh giá nhanh CSYT). Nhóm nghiên cứu sau đó đã kiểm tra lại tất cả các câu trả lời. Định nghĩa về "chất lượng" dịch vụ y tế khá khác nhau theo các nghiên cứu trước. Công cụ đánh giá TYTX được sử dụng trong nghiên cứu này không được thiết kế để thu thập toàn bộ thông tin về các khía cạnh của chất lượng; thay vào đó mục đích của bảng kiểm này là để đánh giá nhanh các chỉ số chính của việc cung cấp dịch vụ. Bảng kiểm này không được thiết kế để đánh giá trực tiếp năng lực và chuyên môn của cán bộ y tế xã, hay nhận thức và trải nghiệm của bệnh nhân về chất lượng y tế. Các thông tin này nếu muốn thu thập được thì cần thực hiện qua việc quan sát trực tiếp các hoạt động khám chữa bệnh, phỏng vấn bệnh nhân sau khi họ được cung cấp dịch vụ, hoặc qua việc đánh giá kiến thức của những người cung cấp dịch vụ hay gợi nhớ về quy trình khám chữa bệnh. Điều này là không khả thi do ngân sách và thời gian hạn chế của nghiên cứu này. Tuy nhiên, chúng tôi đã đánh giá năng lực chuyên môn của cán bộ cung cấp dịch vụ gián tiếp bằng cách thu thập thông tin xem những người cung cấp dịch vụ y tế có được đào tạo về cung cấp dịch vụ chăm sóc SKSS, SKBM, trẻ

sơ sinh và trẻ em (bao gồm KHHGD) không. Để hỗ trợ cho những kết quả này, các nghiên cứu trong tương lai có thể mở rộng công cụ đánh giá TYTX để thu thập quan điểm của những bệnh nhân đã sử dụng dịch vụ CSSKSS/SKBM/TSS/TE và theo dõi năng lực chuyên môn của cán bộ y tế một cách trực tiếp, thay vì sử dụng việc tập huấn như một chỉ số trung gian.

Một bảng kiểm gồm 10 mục được thiết kế riêng cho nghiên cứu này đã được sử dụng để thu thập thông tin về nhân khẩu cấp xã từ các cán bộ xã. Bảng kiểm bao gồm các thông tin về tỷ lệ hộ nghèo, tỷ lệ mù chữ, các phương thức đi lại chính, BHYT, khoảng cách đến trục đường chính, khoảng cách từ các thôn bản xa xôi nhất tới TYTX, khoảng cách từ TYTX tới bệnh viện huyện gần nhất, thời gian đi lại từ các thôn bản tới các TYTX, và thời gian đi từ TYTX tới bệnh viện huyện.

2.2 GIAI ĐOẠN THU THẬP DỮ LIỆU ĐỊNH TÍNH

Dữ liệu định tính được thu thập từ 12 xã để tìm hiểu về các hành vi trong lúc mang thai và sinh con cũng như sự khác nhau (và giống nhau) giữa các DTTS về các rào cản trong việc sử dụng các dịch vụ CSSKBM. Mẫu định tính bao gồm hơn 70 phụ nữ ở độ tuổi sinh sản và đã sinh ít nhất một con (Bảng 2). Dữ liệu cũng được thu thập từ 35 cán bộ y tế và các trưởng thôn/bản dựa vào phương pháp chọn mẫu có chủ đích (Ví dụ: các xã được chọn dựa vào đặc tính dân tộc và có chủ đích chọn các nhóm DTTS khác nhau). Giai đoạn nghiên cứu định tính giúp chúng ta hiểu hơn về hành vi sinh đẻ, hành vi tiếp cận dịch vụ CSSKBM, và thực trạng của việc cung cấp dịch vụ y tế hiện nay đã đáp ứng và chưa đáp ứng được với nhu cầu và mong đợi. Những phát hiện định tính không nhằm mục đích khái quát hóa, mà chủ yếu cung cấp thông tin về các phong tục truyền thống, các đặc điểm tín ngưỡng và văn hóa ảnh hưởng môi trường cung cấp dịch vụ, các hành vi tìm kiếm dịch vụ của phụ nữ và việc quyết định sử dụng và không sử dụng các dịch vụ CSSKBM.

2.2.1 Thảo luận nhóm tập trung và phỏng vấn

Các nguồn dữ liệu định tính bao gồm dữ liệu thu thập từ TLN với phụ nữ DTTS trong độ tuổi sinh sản và các phỏng vấn bán cấu trúc với các cán bộ/nhân viên y tế và các trưởng thôn/bản (xem Phụ lục A: Hướng dẫn phỏng vấn). Các câu hỏi được thiết kế dưới dạng câu hỏi mở và tập trung vào việc tìm hiểu thái độ, niềm tin và những trải nghiệm có ảnh hưởng đến việc cung cấp dịch vụ. Ví dụ, câu hỏi bao gồm, “Phụ nữ tại thôn này thường thích sinh con ở đâu? Lý do lựa chọn địa điểm đó là gì?”, “Ai là người đưa ra quyết định sinh con tại địa điểm đó?” và “Phụ nữ thường nhận được thông tin về CSSKBM từ đâu và những thông tin đó có đủ không?”. Giai đoạn nghiên cứu định tính giúp hiểu sâu hơn về các rào cản đối với các dịch vụ CSSKBM và lý do tại sao một số phụ nữ không tiếp cận được các dịch vụ CSSKBM, hoặc tiếp cận nhưng không đầy đủ ngay cả khi các dịch vụ có sẵn. Những người tham gia TLN gồm cả phụ nữ sinh con tại nhà và phụ nữ sinh con tại các cơ sở y tế (CSYT) để tìm hiểu các quan điểm và các rào cản khác nhau liên quan đến việc tiếp cận các dịch vụ CSSKBM. Những người tham gia TLN và trả lời phỏng vấn được cung cấp thông tin về mục đích của nghiên cứu, đồng ý tham gia và nhận được một khoản thù lao nhỏ cho thời gian họ bỏ ra để tham gia phỏng vấn. 6 điều tra viên người Việt và 2 nghiên cứu viên người Canada thực hiện quá trình thu thập thông tin định tính dựa trên các phương pháp của Huberman và Miles [20]. Nhóm điều tra viên đều đã được tập huấn về kỹ thuật phỏng vấn và điều hành TLN. Tất cả các hướng dẫn phỏng vấn đều được thử nghiệm trước và điều chỉnh cho phù hợp trước khi được sử dụng tại thực địa.

Bảng 2. Tổng hợp những người tham gia nghiên cứu định tính

#	Tỉnh	Huyện	Xã	Tham gia thảo luận nhóm tập trung		Tham gia trả lời phỏng vấn
				Số phụ nữ	Dân tộc	
1	Sơn La	Phù Yên	Suối Tọ	7	Hmong	1. Hộ sinh - Nữ - Thái 2. Trưởng thôn - Nam - H'mong
2	Sơn La	Thuận Châu	Bản Lầm	7	Thái	1. Trưởng TYTX/Y sĩ - Nam - Thái 2. Hộ sinh - Nữ - Thái 3. Hộ sinh ở TYTX - Nữ - Thái
3	Lai Châu	Phong Thổ	Huổi Luông	4	Hà Nhì	1. Hộ sinh - Nữ - Thái 2. CĐTĐB - Nữ - Dao
4	Lai Châu	Sìn Hồ	Phìn Hồ	5	Hmong	1. Nhân viên y tế kiêm cộng tác viên dân số - Nữ - H'mong 2. Chủ tịch Hội Phụ nữ xã - Nữ - H'mong 3. Hộ sinh - Nữ - Tày
5	Bắc Kạn	Pác Nặm	Cao Tân	11	Hmong, Tày	1. Hộ sinh - Tày 2. Chủ tịch hội nông dân thôn - Tày 3. Trưởng thôn - Nam - H'mong
6	Bắc Kạn	Chợ Đồn	Bình Trung	10	Dao, Tày	1. Hộ sinh - Tày 2. Chủ tịch Hội PN thôn - Dao & Hmong 3. Cộng tác viên dân số thôn - Tày
7	Kon Tum	Tu Mơ Rông	Đắk Na	6	Xê Đăng	1. Hộ sinh - Nữ - Xê Đăng 2. Trưởng TYTX - Nữ - Kinh 3. Trưởng thôn - Nam - Xê Đăng
8	Kon Tum	Kon Plông	Đắk Ring	6	Cà Dong (Xê Đăng)	1. Trưởng thôn - Nam - Cà Dong 2. Hộ sinh - Nữ - Kinh 3. Nhân viên y tế - Nam - Cà Dong
9	Gia Lai	Mang Yang	Đắk Trôi	7	Ba-Na	1. Bà mẹ vườn - Nữ - Ba Na 2. Trưởng thôn - Nữ - Ba Na 3. Cán bộ TYTX - Nam - Ba Na
10	Gia Lai	Chư Sê	la Tiêm	7	Gia Rai	1. Hộ sinh - Nữ - Giarai 2. Trưởng thôn - Nam - Gia rai 3. Nhân viên y tế - Nam - Gia rai
11	Đắk Nông	Tuy Đức	Đắk R'Tiêh	6	Mnong	1. Hộ sinh - Nữ - Mnong 2. Trưởng thôn - Nam - Mnong 3. Hộ sinh - Nữ - Kinh
12	Đắk Nông	Đắk Glong	Đắk Som	5	Mạ	1. Hộ sinh - Nữ - Mạ 2. Trưởng thôn - Nam - H'mong

2.1. PHÂN TÍCH DỮ LIỆU

Dữ liệu không sử dụng thông tin cá nhân đã được lưu trữ trên phần mềm Microsoft Excel và được phân tích bằng phần mềm IBM SPSS 23.0. Dữ liệu về nơi cư trú, trình độ học vấn, tình trạng kinh tế và dân tộc được sử dụng để phân loại phụ nữ DTTS thành các nhóm nhỏ. Trước hết, dữ liệu định lượng được phân tích miêu tả để đo lường các chỉ số quan trọng về sử dụng dịch vụ CSSKBM và KHHGĐ của phụ nữ DTTS từ 6 tỉnh và so sánh với ước tính quốc gia. Sau đó, nhóm nghiên cứu tạo ra một bộ chỉ số tổng hợp bao gồm 09 chỉ số thành phần sau: chăm sóc trước đẻ (ít nhất 01 lần thăm khám); chăm sóc trước sinh (04 hoặc nhiều hơn 04 lần thăm khám); chăm sóc thai trong vòng 16 tuần của thai kỳ; nội dung chăm sóc; sinh con có sự hỗ trợ của cán bộ y tế đã được đào tạo; sinh con tại CSYT; kiểm tra sức khỏe cho trẻ sơ sinh trong vòng 48 giờ sau sinh; sử dụng biện pháp tránh thai hiện đại; và BHYT. Chỉ số tổng hợp này phản ánh cả việc cung cấp và sử dụng các dịch vụ CSSKBM và SKSS.

Sáng kiến “Countdown 2015” (Sáng kiến về chăm sóc phụ nữ trẻ em) đã sử dụng bộ chỉ số tổng hợp tương tự để theo dõi can thiệp quan trọng về SKSS, bà mẹ, trẻ sơ sinh và trẻ em. Tổ chức Y tế Thế giới cũng sử dụng bộ chỉ số này để theo dõi tình trạng bất bình đẳng trong y tế toàn cầu. Theo như chúng tôi biết, đây là lần đầu tiên bộ chỉ số tổng hợp được sử dụng để đo lường độ bao phủ các dịch vụ chăm sóc SKSS, bà mẹ, trẻ sơ sinh và trẻ em ở Việt Nam [21]. Bộ chỉ số tổng hợp này có thể được sử dụng để theo dõi các tiến bộ trong việc đạt được các mục tiêu toàn cầu về CSSKBM. Bộ chỉ số tổng hợp có xu hướng ổn định hơn và mang tính đại diện hơn cho tình hình chung so với bất kỳ một chỉ số đơn lẻ liên quan về CSSKBM vì những chỉ số đơn lẻ này dễ bị chi phối bởi các yếu tố khác như cỡ mẫu nhỏ.

Phân tích hồi quy tuyến tính đã xác định các yếu tố liên quan tới việc tiếp cận, sử dụng các dịch vụ CSSKBM và KHHGĐ, trong đó chỉ số tổng hợp được sử dụng như biến phụ thuộc. Các yếu tố có liên quan được chọn và thống nhất giữa các bên trong đề xuất nghiên cứu

và dựa trên Bảng Hướng dẫn các Yếu tố Xã hội trong Y tế do Tổ chức Y tế Thế giới biên soạn. Những yếu tố này bao gồm: trình độ học vấn của các bà mẹ, tuổi sinh sản của các bà mẹ, tình trạng kinh tế xã hội, nơi cư trú (khu vực địa lý), dân tộc, BHYT, khoảng cách đến TYTX và chất lượng của TYTX. Tình trạng hôn nhân và việc làm không được đưa vào mô hình hồi quy vì có phương sai của các biến này rất thấp: hầu hết các phụ nữ đã lập gia đình (99%) và đang làm nông (95%). Dựa trên một loạt các chỉ số kinh tế xã hội có liên quan với CSSKBM, phân tích mô tả được sử dụng để tìm hiểu sâu hơn các xu hướng và sự khác biệt trong việc tiếp cận, sử dụng các dịch vụ CSSKBM và KHHGĐ ở phụ nữ trong các cộng đồng DTTS. Các chỉ số kinh tế xã hội này bao gồm: trình độ học vấn của các bà mẹ, tuổi của người mẹ, tình trạng kinh tế xã hội, nơi cư trú (khu vực địa lý) và dân tộc.

- **Nơi cư trú** được mô tả theo tỉnh và số dân bao gồm 6 tỉnh: Bắc Kạn, Lai Châu, Sơn La, Kon Tum, Gia Lai và Đắk Nông.
- **Tình trạng kinh tế** được mô tả theo chỉ số sở hữu tài sản của hộ gia đình, bao gồm việc sở hữu 12 loại tài sản (như điện, xe máy, nhà vệ sinh) và được dung như chỉ số trung gian phản ánh mức sống (an sinh) và mức thu nhập của hộ gia đình. Dựa vào mức thu nhập của hộ gia đình, người dân được chia thành 05 phân nhóm. Nhóm 1 (20% thấp nhất) với số điểm thấp nhất đại diện cho những người nghèo nhất và nhóm 5 (20% cao nhất) với số điểm cao nhất đại diện cho những người giàu nhất.
- **Trình độ học vấn** mô tả trình độ học vấn cao nhất của một phụ nữ và được chia thành bốn nhóm: không đi học, tiểu học, trung học cơ sở, và trung học phổ thông hoặc đại học.
- **Dân tộc** gồm 9 nhóm nhỏ: Ba Na, Dao, Gia Rai, Hà Nhì, H’mông, Mnông, Xê Đăng, Tày, Thái.

Các chỉ số liên quan đến kinh tế - xã hội này là những chỉ số phổ biến nhất liên quan đến

các bất bình đẳng giữa các nhóm dân cư ở các nước thu nhập trung bình và thấp. Tất cả các dữ liệu định tính được gỡ băng, dịch sang tiếng Anh và được phân tích theo phương pháp phân tích nội dung [21]. Quá trình phân tích ban đầu dựa trên các chủ đề đã được xác định trong hướng dẫn phỏng vấn và TLN, còn giai đoạn thứ hai xác định các chủ đề nhỏ cũng như các quan điểm trái ngược nhau. Những phát hiện định tính được sử dụng để giải thích và giúp hiểu hơn việc sử dụng và không sử dụng các dịch vụ y tế đã được chỉ ra từ dữ liệu định lượng cũng như xác định các rào cản và lý do tại sao phụ nữ không thể sử dụng hoặc quyết định không sử dụng các dịch vụ CSSKBM. Một số nghiên cứu trường hợp điển hình cung cấp thông tin chi tiết hơn về tập quán sinh con và hành vi tìm kiếm dịch vụ CSSKBM của 03 DTTS có các chỉ số liên quan CSSKBM thấp nhất trong nghiên cứu này bao gồm H'mong, Xê Đăng/ Ca Dong và Ba Na. Các nghiên cứu trường hợp chỉ thể hiện một số lượng nhỏ các câu chuyện đã được kể lại về thái độ, niềm tin và trải nghiệm về tình hình cung cấp dịch vụ và ảnh hưởng tới thái độ tìm kiếm các dịch vụ CSSKBM của phụ nữ DTTS.

2.2. HẠN CHẾ CỦA NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu này có một số hạn chế. Việc thu thập dữ liệu được tiến hành dựa vào phương pháp chọn mẫu không ngẫu nhiên tại 60 xã mà Bộ Y tế xác định đây là những nhóm dân là dễ bị tổn thương nhất và có hoàn cảnh khó khăn nhất. Vì thế, những địa điểm nghiên cứu này không thể đại diện cho cộng đồng các DTTS khác, đặc biệt những DTTS có hoàn cảnh sống và địa bàn sống thuận lợi hơn. Hơn nữa, việc tiếp cận được những phụ nữ sống ở những vùng xa nhất của xã (ở những nơi cao hoặc tận sâu trong rừng) rất khó và trong một số trường hợp không thể thực hiện được. Điều tra định tính thực địa cũng gặp hạn chế về mặt thời gian, bao gồm việc đi lại mất nhiều thời gian và điều kiện đường sá tới các xã rất khó khăn. Theo yêu cầu của lãnh đạo xã, nhóm nghiên cứu chỉ có thể dành vài giờ tại mỗi xã. Ngoài ra, những nghiên cứu viên người nước ngoài không được tiếp cận một số xã vì không có văn bản cho phép của các cấp thẩm quyền. Nhóm nghiên cứu thực địa có thuận lợi trong quá trình hợp tác với Quỹ Dân số Liên hợp quốc và Bộ Y tế. Những cơ quan này đã tạo điều kiện và giúp đỡ cho nhóm nghiên cứu tiếp cận với cộng đồng một cách tốt nhất. Ngoài ra, nhóm nghiên cứu cũng được hỗ trợ nhiều từ đối tác nghiên cứu -Viện Nghiên cứu Phát triển Mekong- và là đơn vị có nhiều kinh nghiệm điều tra, nghiên cứu ở các cộng đồng DTTS. Một số cuộc phỏng vấn và TLN được tiến hành ngay tại các TYTX, điều này có thể đã tạo ra những nhìn nhận không khách quan về nhóm nghiên cứu và làm hạn chế các cuộc thảo luận thẳng thắn về chất lượng các dịch vụ CSSKBM do các CSYT nhà nước cung cấp.



3. BỐI CẢNH

Trong tổng số những phụ nữ được phỏng vấn cho cuộc điều tra định lượng, có 3.119 (68%) phụ nữ sống tại 03 tỉnh miền núi phía Bắc (Bắc Kạn, Lai Châu, Sơn La) và 1.490 (32%) sống tại 03 tỉnh Tây Nguyên (Kon Tum, Gia Lai, Đắk Nông).

H'mong và Thái là 02 DTTS phổ biến nhất.

Mỗi nhóm có hơn 1.000 người tham gia và cả 02 DTTS này chiếm hơn 50% tổng số mẫu (Bảng 3). Ba Na, Xê Đăng và Dao là các nhóm DTTS phổ biến thứ hai với 300-500 người tham gia mỗi nhóm và 03 nhóm này chiếm 26% tổng số mẫu. Gia Rai, Hà Nhì, M'Nông và Tày là 03 DTTS phổ biến thứ 3 với 100 - 200 người tham gia mỗi nhóm và 03 DTTS này chiếm 15% tổng số mẫu. Những DTTS khác tham gia trả lời điều tra chiếm tỷ lệ nhỏ, đó là Mảng, Kháng, Khơ Mú, Nùng và một số DTTS khác.

Trình độ học vấn của phụ nữ thường rất thấp: hơn một nửa số phụ nữ tham gia nghiên cứu không đi học hoặc chỉ mới học xong tiểu học.

Trình độ học vấn của phụ nữ khác nhau ở cả nhóm dân tộc và khu vực cư trú. Tỷ lệ phụ nữ không đi học cao nhất là tại các tỉnh phía bắc, gồm Lai Châu và Sơn La (53% và 40%) và ở dân tộc H'mong (61%) và Hà Nhì (59%)- 02 dân tộc này sống chủ yếu ở các tỉnh phía bắc. Ngược lại, tỷ lệ phụ nữ không đi học thấp nhất lại ở tỉnh Đắk Nông, Tây Nguyên (17%), và ở dân tộc Tày

(1%).

Phần lớn các gia đình đều có mức sống thấp.

Nhìn chung, 52% hộ gia đình được xếp vào diện hộ "nghèo" hoặc "cận nghèo" và có trung bình từ 6 - 12 loại tài sản. Điều này cho thấy mức sống của họ khá thấp. Tỷ lệ hộ nghèo / cận nghèo cao nhất là ở Đắk Nông (64%) và Kon Tum (61%); và ở DTTS M'Nông (85%) và Xê Đăng (75%)-cả hai DTTS này chủ yếu ở các tỉnh Tây Nguyên. Ngược lại, Lai Châu là tỉnh có tỷ lệ hộ "không nghèo" cao nhất (63%). Dân tộc Tày là dân tộc có tỷ lệ hộ "không nghèo" cao nhất (72%). Các tỉnh Tây Nguyên có mức độ đói nghèo thấp hơn, nhưng trình độ học vấn nói chung lại thấp hơn ở các tỉnh miền núi phía Bắc. Hơn 90% phụ nữ làm nông nghiệp và là nguồn sinh kế chính. Nhìn chung, 80% hộ gia đình sở hữu một chiếc điện thoại di động, nhưng hộ gia đình có Internet vẫn thấp (12%).

Đa số phụ nữ trong độ tuổi từ 25 trở xuống. Nhìn chung, 50% số người tham gia trong độ tuổi từ 19 - 25; rất ít phụ nữ trên 35 tuổi (7%) và 9% phụ nữ tham gia nghiên cứu được xem là "thanh niên" (tuổi từ 15-18). Mẫu nghiên cứu bao gồm 39% phụ nữ sinh con lần đầu và 61% phụ nữ đã sinh con từ 2 lần trở lên. Tính trung bình, những phụ nữ tham gia đã có 2 con và có 6 người trong gia đình.

Bảng 3. Đặc điểm nhân khẩu và kinh tế xã hội của phụ nữ tham gia vào nghiên cứu

Những phụ nữ tham gia cung cấp thông tin (n = 4,609) ¹	Số lượng phụ nữ tham gia	Tỷ lệ %
NƠI CƯ TRÚ		
Bắc Kạn	394	8,5
Lai Châu	1.233	26,8
Sơn La	1.492	32,4
Kon Tum	511	11,1
Gia Lai	712	15,4
Đắk Nông	267	5,8
DÂN TỘC		
H'mong	1.283	27,8
Thái	1.087	23,6
Ba Na	447	9,7
Xê Đăng	407	8,8
Dao	336	7,3
Gia Rai	176	3,8
Hà Nhì	171	3,7
M'Nông	168	3,6
Tày	155	3,4
Khác	379	7,9
TRÌNH ĐỘ HỌC VẤN		
Không đi học	1.727	37,5
Tiểu học (Lớp 1-5)	745	16,1
THCS (Lớp 6-9)	1.440	31,2
THPT, trung cấp, cao đẳng và đại học	697	15,1
TÌNH TRẠNG KINH TẾ HỘ GIA ĐÌNH		
Nghèo	1.895	41,1
Cận nghèo	493	10,7
Không nghèo	2.221	48,2
ĐỘ TUỔI		
15-18 tuổi	405	8,8
19-24 tuổi	2.280	49,5
25-30 tuổi	1.229	26,7
31-34 tuổi	371	8,1
35-55 tuổi	324	6,9

1 Xem Bảng 16: Mô tả những người tham gia nghiên cứu theo tỉnh

Dữ liệu thu thập tại cấp xã cho thấy khoảng cách từ xã đến các bệnh viện ở Lai Châu và Sơn La rất xa. Các cán bộ chính quyền xã cung cấp dữ liệu về đặc điểm sinh thái của xã (xem Bảng 10: Đặc điểm sinh thái cấp xã). Kết quả cho thấy xe máy là phương tiện đi lại chính tại 53 xã (90% trong tổng số mẫu) và đi bộ là hình thức đi lại chính của 7 xã còn lại (10%). Khoảng cách trung bình từ các xã đến bệnh viện huyện là từ 30km tại Đăk Nông đến 55km ở Lai Châu. Tính trung bình, phải mất hơn 02 giờ đồng hồ để đi từ các xã tới các bệnh viện huyện ở Lai Châu và Sơn La; ở các tỉnh khác, thời gian đi lại gần 01 tiếng đồng hồ. Các xã ở Lai Châu và Sơn La cũng có khoảng cách trung bình từ các xã ra đến đường quốc lộ xa nhất (hơn 30 km). Ngược lại, khoảng cách trung bình đến các TYTX (từ hộ gia đình xa nhất trong xã) là 6km và gần hơn nhiều so với khoảng cách đến các bệnh viện; thời gian trung bình từ hộ gia đình xa nhất đi đến TYTX hết 30 phút. Khoảng cách đến các TYTX dao động từ 4km tại Gia Lai đến 8km tại Lai Châu. Điều này cho thấy khoảng cách từ nhà đến các TYTX là khá đồng đều giữa các tỉnh.

Nhìn chung điểm chất lượng của các TYTX tại các tỉnh ở Tây Nguyên cao hơn một ít so với các tỉnh vùng Trung Du và Miền Núi phía Bắc (điểm trung bình là 66% so với 61%). Dựa trên một bảng kiểm nhiều khía cạnh khác nhau của các cơ sở y tế, một hệ thống chấm điểm được sử dụng để đánh giá từng TYTX dựa trên 10 khía cạnh chính về chất lượng (ví dụ: nguồn nhân lực, cơ sở hạ tầng, vật tư, v.v...) và chất lượng tổng thể (Bảng 4). Điểm được trình bày dưới dạng tỷ lệ phần trăm (%) so với điểm tối đa (100%) (Bảng phụ lục Bổ sung 1). Yếu tố lớn nhất dẫn tới điểm chất lượng thấp là tình trạng cung ứng thuốc. Việc cung ứng thuốc cho trẻ em, CSTS và trong khi sinh đều rất thấp tại tất cả các tỉnh và xã. Đáng chú ý, chỉ có 45% các TYTX có bộ dụng cụ đỡ đẻ an toàn trong kho và đây cũng là vấn đề mà các nhân viên TYTX quan tâm và thường báo cáo trong thời gian nghiên cứu thực địa. Nhìn chung, 92% TYTX có ít nhất một cán bộ là người DTTS và 97% TYTX có ít nhất một cán bộ nói tiếng DTTS, tuy nhiên nhóm nghiên cứu



không có thông tin về việc những cán bộ này làm việc ở lĩnh vực nào, họ có phải là người địa phương và thuộc cùng nhóm dân tộc ở địa phương đó hay từ khu vực và nhóm dân tộc khác (ví dụ, chúng tôi thấy nhiều trường hợp cán bộ y tế người Thái và Dao làm việc ở các xã DTTS không có người Thái và Dao).

Báo cáo cho thấy có khác biệt về chất lượng TYTX giữa các tỉnh: các TYTX ở tỉnh Đăk Nông có số điểm chất lượng trung bình cao nhất (71%), cao hơn 13 điểm phần trăm so với tỉnh có chất lượng TYTX thấp nhất là Sơn La (58%). Điểm trung bình cho việc đào tạo nhân viên khá đồng đều trong tất cả các tỉnh (từ 77%-97%). Tuy nhiên, vẫn có sự khác nhau khá lớn giữa các tỉnh về nguồn nhân lực tại TTYTX, trong đó Bắc Kạn và Sơn La có điểm số thấp nhất (63%) và Đăk Nông cao nhất (90%). Có sự khác biệt lớn về mức độ sẵn có của các biện pháp tránh thai giữa các tỉnh (dao động từ 33-77%), trong đó các TYTX ở Gia Lai có số lượng các biện pháp tránh thai trong kho thấp nhất. Số điểm trung bình của các cơ sở y tế theo dân tộc dao động từ 59% đến 70%: Ba Na (66%), Dao (64%), Gia Rai (61%), Hà Nhì (70%), Mông (64%), Mnông (68%), Xê Đăng (63%), Tày (63%) và Thái (59%).

Bảng 4. Điểm trung bình chất lượng các CSYT ở 60 TYTX nói chung và theo tỉnh (%)

Lĩnh vực đánh giá chất lượng	Tổng (n=60)	Bắc Cạn (n=6)	Lai Châu (n=16)	Sơn La (n=16)	Kon Tum (n=8)	Gia Lai (n=9)	Dak Nông (n=5)
1. Nhân sự	71,1	70,8	62,5	62,5	84,3	83,3	90,0
2. Cơ sở hạ tầng	65,9	74,2	66,4	62,5	63,6	66,6	67,2
3. Vật tư dùng trong CSTS	63,1	64,2	63,3	58,0	64,2	69,8	62,6
4. Vật tư dùng trong CSSS	70,0	63,3	67,5	70,0	57,5	82,2	84,0
5. Vật tư dùng trong chăm sóc trẻ sơ sinh	43,0	43,3	48,7	31,2	45,0	44,4	56,0
6. Thuốc dùng trong khi sinh	47,5	66,6	60,9	35,9	34,3	47,2	40,0
7. Thuốc dùng cho trẻ em	47,1	29,1	40,6	43,7	28,1	86,1	60,0
8. Kiểm soát nhiễm trùng	69,2	54,1	73,4	70,3	68,7	69,4	70,0
9. Tập huấn	85,0	80,5	89,5	77,1	87,5	85,1	96,6
10. Phương tiện tránh thai	58,1	38,8	70,8	54,1	70,8	33,3	76,6
Tổng điểm	63,0	60,7	65,5	57,8	62,0	66,2	70,7

Ghi chú:

Nhân sự bao gồm số lượng nhân viên; trình độ và vị trí của nhân viên; nhân viên đã được tập huấn chuyên sâu về sức khỏe bà mẹ, trẻ sơ sinh và trẻ em chưa (ví dụ cấp cứu sản khoa); số lượng nhân viên là người DTTS; và số lượng nhân viên nói tiếng địa phương. **Cơ sở hạ tầng** bao gồm nguồn nước đã được cải thiện; nhà vệ sinh đang hoạt động và bệnh nhân có thể sử dụng; cơ sở đảm bảo sự riêng tư về nghe và nhìn cho bệnh nhân; điện; thiết bị thông tin liên lạc; vận chuyển cấp cứu; và giường bệnh cho bệnh nhân ở qua đêm. **Vật tư CSTS** gồm máy đo huyết áp; máy hấp; tủ lạnh bảo quản vắc-xin; vật tư xét nghiệm giang mai; cân người lớn; bộ dụng cụ xét nghiệm HIV; và dụng cụ xét nghiệm sốt rét. **Vật tư chăm sóc trẻ sơ sinh** bao gồm các dụng cụ và trang thiết bị thiết yếu để chăm sóc trẻ sơ sinh: thiết bị hồi sức; cân trọng lượng; bộ dụng

cụ đỡ đẻ an toàn; máy sưởi / đèn ít nhất là 150W để giữ ấm cho trẻ; và nôi hấp khử trùng. **Thuốc sử dụng trong CSTS** gồm sắt; axit folic; vắc-xin chống uốn ván; màn tẩm hóa chất diệt muỗi; và thuốc chống sốt rét ở phụ nữ có thai. **Thuốc sử dụng trong khi sinh** gồm MgSO₄; kháng sinh điều trị; oxytocin; và misoprostol. **Thuốc dùng cho trẻ em** bao gồm vắc-xin phòng lao; OPV (bại liệt); bệnh sởi; và vắc xin bạch hầu, ho gà, uốn ván (DPT)/viêm gan B. **Kiểm soát nhiễm khuẩn** gồm găng tay cao su; ống tiêm vô trùng; kim tiêm vô trùng; và chất khử trùng Clo. **Đào tạo** bao gồm đào tạo về chăm sóc trẻ sơ sinh; CSSS; chăm sóc cấp cứu sản khoa; KHHGD; SKSS vị thành niên; và điều trị các bệnh LTQĐTD. Các biện pháp tránh thai bao gồm dụng cụ đặt vòng cổ tử cung; viên uống tránh thai; thuốc tiêm tránh thai; bao cao su nam; và các biện pháp tránh thai khẩn cấp.

4. CÁC CHỈ SỐ VỀ CHĂM SÓC SKSS, SKBM, TRẺ SƠ SINH VÀ TRẺ EM TRONG CÁC CỘNG ĐỒNG DTTS

Phần này báo cáo trình bày các kết quả liên quan đến các chỉ số về việc tiếp cận và sử dụng các dịch vụ CSSKBM và KHHGD của phụ nữ DTTS tại 6 tỉnh và so với các ước tính quốc gia, bao gồm: tỷ lệ tiếp cận dịch vụ CSTS (khám thai ít nhất một lần); tỷ lệ tiếp cận dịch vụ CSTS (khám thai từ 4 lần trở lên); khám thai trong vòng 16 tuần kể từ khi mang thai; nội dung chăm sóc; có sự hỗ trợ của nhân viên y tế đã được đào tạo khi sinh; sinh con tại các CSYT; khám sức khỏe trẻ sơ sinh trong vòng 48 giờ sau khi sinh; sử dụng các biện pháp tránh thai hiện đại; các nhu cầu chưa được đáp ứng về các dịch vụ kế hoạch hóa gia đình và độ bao phủ của BHYT. Các dữ liệu định tính trong phần này được sử dụng để minh họa và làm rõ các kết quả hơn. Bảng 5 trình bày kết quả chi tiết về các chỉ số cụ thể theo kết quả chung và theo tỉnh.

Bảng 5. Tóm tắt các ước tính đối với các chỉ số tổng hợp về chăm sóc SKSS, SKBM, trẻ sơ sinh và trẻ em theo tổng trung bình và tỉnh

Chỉ số CSSKSS/BM/TSS/TE	Tổng (n = 4609)	Bắc Cạn (n = 394)	Lai Châu (n = 1233)	Sơn La (n = 1492)	Kon Tum (n = 511)	Gia Lai (n = 712)	Dak Nông (n = 267)
Tỷ lệ sử dụng dịch vụ CSTS - khám thai ít nhất 01 lần	73,1	89,1	69,0	68,2	73,0	75,7	94,0
Tỷ lệ sử dụng dịch vụ CSTS- khám thai ít nhất 04 lần	16,3	43,7	10,1	13,3	16,6	11,7	33,3
CSTS trong 16 tuần mang thai	42,0	61,7	42,7	37,1	36,0	35,1	68,2
Nội dung CSTS (đo huyết áp, xét nghiệm máu và nước tiểu)	17,6	34,0	27,0	14,0	10,8	3,4	21,7
Ca sinh được hỗ trợ của nhân viên y tế có trình độ chuyên môn	48,7	61,7	45,0	45,9	39,5	49,9	77,2
Sinh tại CSYT	41,3	59,4	37,5	35,0	31,3	45,3	74,9
Chăm sóc trẻ sơ sinh trong vòng 48 giờ sau khi sinh	39,9	53,6	33,6	37,6	42,3	37,1	64,4
Tỷ lệ sử dụng biện pháp tránh thai - phương pháp hiện đại	56,6	68,4	58,2	49,4	74,6	45,1	53,0
Bảo hiểm y tế	81,2	87,3	78,8	80,8	87,3	77,7	82,8
Số con trung bình /gia đình	2.04	1.88	2.14	1.91	1.76	2.37	2.22

4.1. TẦN SUẤT VÀ THỜI GIAN ĐI KHÁM THAI TRƯỚC SINH

Tổ chức Y tế Thế giới khuyến cáo rằng tất cả phụ nữ mang thai cần được khám thai ít nhất 04 lần trước khi sinh, với lần khám đầu tiên diễn ra trong 03 tháng đầu mang thai (<16 tuần tuổi thai). Các đợt khám thai giúp cho việc lập kế hoạch trước khi sinh và sinh con an toàn với sự hỗ trợ của nhân viên y tế có chuyên môn [22, 23]. Các đợt khám thai trước sinh giúp những phụ nữ có thai (PNCT) ở các vùng nông thôn có cơ hội tiếp cận các cơ sở y tế chính thống bởi vì nếu không đi khám thai những phụ nữ có thai này có thể sẽ không tìm

kiếm dịch vụ đỡ đẻ của người có chuyên môn trong khi sinh. Thông qua việc PNCT sử dụng dịch vụ khám thai, các nhân viên y tế (NVYT) có thể khuyến khích và thúc đẩy những PNCT thực hiện các hành vi và thói quen tốt khác như khám sức khỏe sau khi sinh, tiêm chủng, thực hành cho con bú đúng cách và sử dụng dịch vụ và các biện pháp KHHGĐ [25, 26].

So sánh các kết quả của nghiên cứu với ước tính quốc gia cho thấy những khác biệt lớn trong tỷ lệ tiếp cận dịch vụ CSTS. Nhìn chung, tỷ lệ phụ nữ ĐTTTS được khám thai ít nhất một lần trong khi mang thai là 73%, thấp hơn nhiều so với mức trung bình của quốc

gia là 96% [14]². Chỉ có 16% phụ nữ DTTS được khám thai 04 lần trở lên so với mức trung bình của quốc gia là 74%. Như vậy sự khác biệt của hai chỉ số lần lượt là 23 và 58 điểm phần trăm. Tỷ lệ khám thai trong 03 tháng đầu mang thai là thấp nhất so với các giai đoạn sau của quá trình mang thai: 42% phụ nữ DTTS khám thai trong 03 tháng đầu, trong khi tỷ lệ khám thai ở 03 tháng giữa và 03 tháng cuối lần lượt là 55% và 51%. Dữ liệu định tính cho thấy hầu hết phụ nữ DTTS tham gia nghiên cứu đều muốn chờ đến lúc có thể siêu âm thai vào khoảng tháng thứ 4 của thai kỳ thì đi khám thai luôn (xem Hộp 1 về quan điểm của phụ nữ đối với siêu âm). Nhiều phụ nữ DTTS cũng thường chờ sau một vài kỳ lễ kinh nguyệt để biết chắc chắn là họ đã có thai trước khi bỏ chi phí (trực tiếp hoặc gián tiếp) để tới khám ở các CSYT. Kết quả các TLN tại Gia Lai và Kon Tum (nơi tỷ lệ khám thai gia đoạn đầu thấp nhất) cho thấy phụ nữ ở đây nhận thức rất hạn chế về các dịch vụ được cung cấp ở các lần khám thai trước sinh.

TYTX và các phòng khám tư nhân là những địa điểm khám thai phổ biến nhất. Mỗi loại cơ sở dịch vụ này chiếm 50% số lượng các đợt khám thai. Tuy nhiên, tại 04 trong 6 tỉnh (Lai Châu, Kon Tum, Gia Lai, Đắk Nông), khám thai tại cơ sở tư nhân phổ biến hơn so với TYTX. Tỷ lệ phụ nữ khám thai tại các cơ sở tư nhân đặc biệt cao ở các tỉnh Tây Nguyên, chiếm 64% đến 82% tổng các lần khám thai. Các phát hiện định tính cho thấy lý do chính là do phụ nữ muốn siêu âm và họ cho rằng chất lượng khám tại TYTX thấp. Bắc Kạn là địa phương duy nhất nơi mà phần lớn các lần khám thai được thực hiện ở các TYTX (86%). Tỷ lệ sử dụng dịch vụ tại các cơ sở tư nhân ở Bắc Cạn thấp hơn (40%) so với hầu hết các tỉnh khác. Bệnh viện huyện là địa điểm phổ biến thứ hai và chiếm 26% các lần khám thai. Một tỷ lệ nhỏ các lần khám thai ngay tại các hộ gia đình (2%). Những phụ nữ khám thai nhiều lần thường khám thai tại các cơ sở y tế khác nhau. Tất cả những phụ nữ khám thai ít nhất một lần cho biết người khám thai cho họ là hộ sinh, bác sĩ hoặc điều dưỡng.

4.2. NỘI DUNG CHĂM SÓC TRƯỚC SINH

Ngoài việc quản lý tiền sản giật và tiêm phòng ít nhất hai liều uốn ván trong thời gian mang thai, phụ nữ khi đi khám trước sinh ít nhất cần được đo huyết áp, phân tích nước tiểu, xét nghiệm máu để xác định bệnh thiếu máu và các nhiễm trùng khác [27]. Phụ nữ có nguy cơ mắc các tai biến sản khoa cũng cần được phát hiện thông qua dịch vụ CSTS, và các NVTY cần tư vấn cho phụ nữ và bạn tình của họ về các yếu tố nguy cơ trong thời kỳ mang thai, lúc chuyển dạ và lúc sinh. Nghiên cứu khảo sát tình hình cung cấp 11 dịch vụ cụ thể trong khám thai trước sinh theo khuyến cáo của WHO (Khung 1) [28]. Ba nội dung (đo huyết áp, xét nghiệm nước tiểu, xét nghiệm máu) là các chỉ số chuẩn quốc tế về CSTS.

Khung 1. Nội dung của dịch vụ khám tiền sản (theo WHO)

1. Bảo vệ chống lại bệnh uốn ván
2. Ước tính ngày sinh
3. Bổ sung sắt & axit folic
4. Giáo dục về dinh dưỡng & vệ sinh
5. Đo huyết áp*
6. Đo chiều cao và cân nặng
7. Tư vấn về các dấu hiệu nguy hiểm
8. Xét nghiệm nước tiểu*
9. Khám lâm sàng
10. Xét nghiệm máu*
11. Chẩn đoán, điều trị và dự phòng sốt rét

* Chỉ số là một phần của nội dung tổng hợp trong chăm sóc trước sinh

2 Tất cả các con số trung bình đều được trích từ Báo cáo Điều tra đánh giá các mục tiêu trẻ em và phụ nữ Việt Nam 2014.

So sánh các kết quả nghiên cứu với ước tính quốc gia cho thấy một sự khác biệt lớn tương ứng với 38 điểm phần trăm về nội dung CSTS. Nhìn chung, 44% phụ nữ được đo huyết áp, 30% được xét nghiệm nước tiểu ít nhất một lần và 25% đã được lấy mẫu máu. Tỷ lệ nhận cả 03 dịch vụ trên là 18% (so với trung bình toàn quốc là 56%). Kết quả cho thấy chỉ có một số ít phụ nữ đã được nhận gói CSTS thiết yếu trong quá trình mang thai. Tỷ lệ nhận dịch vụ dự phòng trước sinh cao hơn, gồm phòng ngừa uốn ván (68%), bổ sung sắt và axit folic (54%), dự tính ngày sinh (58%). Tỷ lệ nhận các nội dung khác của chăm sóc trước sinh đều dưới 50%, gồm tư vấn dinh dưỡng và vệ sinh (45%), cảnh báo các dấu hiệu nguy hiểm (39%), khám lâm sàng (30%), đo chiều cao và cân nặng trong thai kỳ (40%), chẩn đoán, điều trị và dự phòng sốt rét (8%).

Các phát hiện định tính cho thấy đôi khi phụ nữ được tiêm phòng uốn ván trong những đợt tiêm chủng tại thôn bản và tự mua viên bổ sung sắt và axit folic từ các hiệu thuốc, nhưng

lại không khám thai ở CSYT. Ví dụ, tại Gia Lai, các vắc xin chỉ định trong thai kỳ (uốn ván) thường được cung cấp trong những chiến dịch tiêm phòng vắc xin tại thôn, hoặc phụ nữ mang thai thường tới các TYTX để tiêm phòng nếu được cán bộ, nhân viên y tế hướng dẫn làm như vậy. Trong một số trường hợp, vì lý do tôn giáo, một số DTTS có thể cảm thấy bất đắc dĩ khi phải đi lấy máu hoặc tiêm phòng. Ví dụ, một số phụ nữ H'mong theo đạo Tin Lành cho biết rằng họ không tiêm phòng vì "Chúa bảo vệ họ". Nhìn chung, nhận thức của phụ nữ về các dịch vụ CSTS cơ bản vẫn còn thấp. Ví dụ, những phụ nữ được phỏng vấn ở Gia Lai cho biết họ chưa bao giờ được cán bộ y tế tới khám và không hề biết về sự cần thiết phải tiêm phòng trong thời kỳ mang thai. Tại Kon Tum, những phụ nữ được phỏng vấn đã cho biết hầu hết các nội dung, thông tin và truyền thông về CSTS bằng tiếng Kinh (tiếng Việt), chứ không dùng ngôn ngữ địa phương và vì vậy họ không hiểu hoặc khó hiểu. Một số phụ nữ cho rằng các nội dung truyền thông hiện tại về CSTS chỉ tập trung vào những lợi

HỘP 1. QUAN NIỆM CỦA PHỤ NỮ DTTS VỀ TẦM QUAN TRỌNG CỦA SIÊU ÂM

Dữ liệu định tính cung cấp chi tiết về việc sử dụng các dịch vụ CSTS của phụ nữ DTTS. Kết quả của các TLN với phụ nữ tham gia nghiên cứu cho thấy hầu hết phụ nữ muốn được siêu âm và nhiều người sẵn sàng đi tới các phòng khám tư hoặc CSYT tuyến huyện để siêu âm nhằm kiểm tra tình trạng sức khỏe của thai nhi và biết giới tính thai nhi.

Siêu âm đã được sử dụng để xác định xem thai nhi có bình thường và "dễ sinh" hay phức tạp và "khó sinh". Đa số những phụ nữ tham gia nghiên cứu cho rằng không cần khám thai nữa khi kết quả siêu âm là bình thường và thai không có vấn đề gì đáng lo. Điều này có thể giải thích tại sao một số trường hợp có đi khám thai nhưng sau lần siêu âm đầu tiên thì không tiếp tục khám thai nữa. Siêu âm cũng đóng một vai trò trong việc xác định địa điểm sinh: khi kết quả siêu âm bình thường, phụ nữ thường được gia đình và thậm chí cả nhân viên y tế khuyến khích sinh con tại nhà. Trái lại, các ca phức tạp thường được chuyển lên các CSYT tuyến trên. Mặc dù các phòng khám tư nhân có cung cấp dịch vụ siêu âm nhưng những phụ nữ được phỏng vấn cho biết họ ít khi nhận được các dịch vụ chăm sóc tiền sản khác tại các phòng khám tư nhân. Do tiêm phòng và siêu âm không nằm trong mục cần khám trong những lần đợt khám thai định kỳ, nên những phụ nữ tham gia nghiên cứu thường cho rằng CSTS là không cần thiết.

ích của CSTS cho các bà mẹ, và gợi ý là họ có thể có thêm động lực để sử dụng dịch vụ nếu nội dung thông tin và truyền thông giải thích rõ mối liên kết và lợi ích giữa CSTS và cải thiện sức khỏe trẻ em. Một số NVYT cho biết trang thiết bị ở các TYTX không đầy đủ về số lượng và chất lượng để cung cấp các dịch vụ chăm sóc thai sản. Ví dụ, một TYTX ở Kon Tum có một máy siêu âm nhưng chưa có ai trong số các nhân viên tại đó được đào tạo về cách sử dụng máy siêu âm đó. TYTX đó cũng không có đủ vật tư cần thiết để tiến hành xét nghiệm máu và nước tiểu. Ngoài ra, một nhân viên y tế thôn bản tại xã này cho biết rằng anh biết rất ít về các thực hành tốt nhất và khuyến nghị đối với CSTS, do đó anh không biết khi nào hoặc tại sao phụ nữ cần phải được CSTS. Gói đẻ sạch thường được nhân viên TYTX cung cấp cho PNCT trong lần khám thai lần cuối cùng. Vì không thấy được tầm quan trọng của CSTS, nên một số phụ nữ chỉ đi khám thai một lần duy nhất vào 03 tháng cuối thai kỳ để nhận được Gói đỡ đẻ sạch.

4.3. SINH CON CÓ SỰ HỖ TRỢ CỦA NHÂN VIÊN Y TẾ ĐÃ ĐƯỢC ĐÀO TẠO CHUYÊN MÔN VÀ SINH CON TẠI CSYT

Vi nguy cơ tử vong mẹ là cao nhất ngay sau khi sinh và trong vòng 24-48 giờ sau khi sinh, nên sự có mặt NVYT có trình độ chuyên môn trong khi sinh là một can thiệp quan trọng để ngăn ngừa tử vong cho mẹ và trẻ sơ sinh. Đỡ đẻ an toàn đòi hỏi một người đỡ đẻ đã được đào tạo về chuyên môn (nữ hộ sinh, bác sĩ hoặc điều dưỡng), một môi trường thuận lợi (đầy đủ thuốc, thiết bị, hệ thống chuyển tuyến và chính sách) và sự chấp nhận của cộng đồng đối với các dịch vụ chăm sóc thai sản.

So sánh các kết quả nghiên cứu với ước tính quốc gia cho thấy sự khác biệt lớn tương ứng với 53 điểm phần trăm trong tỷ lệ các ca sinh tại các CSYT. Nhìn chung, 58% phụ nữ đã sinh con cuối cùng tại nhà, trong khi 41% sinh con cuối cùng tại một CSYT (so với tỷ lệ trung bình toàn quốc là 94%). Ngược lại với



HỘP 2-VAI TRÒ CỦA CÁC CÔ ĐỠ THÔN BẢN

Để cải thiện các chỉ số CSSKBM, trẻ em và trẻ sơ sinh cũng như khuyến khích phụ nữ DTTS sinh con có sự hỗ trợ của NVYT đã được đào tạo chuyên môn, Bộ Y tế với sự hỗ trợ của UNFPA và các tổ chức tài trợ khác, đã tổ chức nhiều khóa tập huấn cho phụ nữ DTTS các kỹ năng hộ sinh cần thiết để họ trở thành CĐTĐB. Các học viên được lựa chọn từ các thôn bản DTTS vì họ nói cùng một ngôn ngữ, quen thuộc với các tập quán địa phương và dễ tiếp cận đối với các gia đình trong cộng đồng. Trình độ học vấn của họ nói chung thấp - hầu hết học viên chưa học xong THCS. Chương trình đào tạo CĐTĐB gồm cả lý thuyết và thực hành lâm sàng về sản khoa để giúp CĐTĐB cung cấp dịch vụ chăm sóc trước sinh như truyền thông, tư vấn, các kỹ năng thăm khám (như đo huyết áp, đo chiều dài cổ tử cung, dự tính ngày sinh) và đỡ đẻ tại nhà. Sau đào tạo, CĐTĐB có thể cung cấp được các dịch vụ chăm sóc thai sản gồm trước, trong và sau đẻ, và đỡ đẻ tại nhà nếu cần thiết. Việc tập huấn cho phụ nữ DTTS trở thành CĐTĐB và sử dụng các cô trong cung cấp dịch vụ sẽ tăng cường sự liên kết giữa hệ thống y tế và cộng đồng, cũng như giúp tăng số lượng các ca sinh có sự hỗ trợ của các CĐTĐB đã qua đào tạo.

Thông tin do TYTX cung cấp cho thấy 57% TYTX (trong số 60 xã) có ít nhất một CĐTĐB. Tuy nhiên, trong 50% xã có CĐTĐB (n = 17), các CĐTĐB không hỗ trợ đỡ đẻ cho bất kỳ ca đẻ nào trong năm trước đó (năm 2015). Tại các xã còn lại (n = 17), các CĐTĐB tham gia đỡ đẻ trung bình là 16% tổng số ca sinh và hầu hết ở Kon Tum. Phần lớn các CĐTĐB được đào tạo 6 tháng (82%) và một tỷ lệ nhỏ hơn được đào tạo 12 hoặc 18 tháng (15%). CĐTĐB không được trả một khoản trợ cấp nào tại hơn 40% số xã và tại hơn 50% số xã họ không được cung cấp vật tư y tế hoặc Gói đẻ sạch. Trên 85% tổng số xã, các CĐTĐB được nhân viên TYTX giám sát và đã tham gia các cuộc họp giao ban hàng tháng với TYTX.

Các phát hiện định tính cho thấy rằng vai trò quan trọng của các CĐTĐB hiện nay chưa được cộng đồng địa phương ghi nhận. Cộng đồng địa phương thường coi CĐTĐB là quá trẻ, thiếu kinh nghiệm và thiếu trang thiết bị để hỗ trợ các ca sinh đẻ. Với thời gian đào tạo hạn chế, thiếu sự lồng ghép vào hệ thống y tế địa phương, thiếu hoặc không có vật tư y tế như gói đẻ sạch, CĐTĐB khó có thể cung cấp dịch vụ CSTS và đỡ đẻ. Một CĐTĐB ở Lai Châu nhận xét rằng cô đã được đào tạo bằng tiếng Việt. Tuy nhiên, cô không biết các thuật ngữ về chăm sóc y tế và y khoa trong ngôn ngữ địa phương, do vậy cô đã phải cố gắng hết sức để truyền đạt những gì cô đã học được và cung cấp thông tin về CSSKBM cho những phụ nữ DTTS. Các CĐTĐB được tuyển chọn dựa trên khả năng biết đọc và viết bằng tiếng Việt, và điều này vô hình chung đã loại những phụ nữ lớn tuổi với trình độ học vấn hạn chế tham gia tập huấn để trở thành CĐTĐB. Tại một xã thuộc tỉnh Lai Châu, phụ nữ ở đây thường thích các bà đỡ/mụ vườn hơn các CĐTĐB bởi vì các bà đỡ/ mụ vườn thường nhiều tuổi hơn và có nhiều kinh nghiệm đỡ đẻ hơn. Tuy nhiên, các bà đỡ/ mụ vườn này không được chọn để đào tạo thành CĐTĐB vì họ không biết chữ. Một CĐTĐB tại một xã thuộc tỉnh Lai Châu thừa nhận phụ nữ ở đó cảm thấy không cần thiết phải nhờ tới sự trợ giúp của cô vì cô không có kỹ năng tốt hơn những người mẹ của họ và cũng không có những gói đẻ sạch. Cô chỉ có một cái kẹp và một cái kéo y tế, không có cồn y tế, và chỉ sử dụng chỉ thường để buộc dây rốn trẻ sơ sinh. Đối với những phụ nữ đã nhận hỗ trợ của cô trong lúc sinh, họ không muốn những người khác trong cộng đồng biết và họ thậm chí còn tránh gặp lại cô; do đó, dịch vụ do CĐTĐB cung cấp ít khi được giới thiệu và truyền miệng từ người này qua người khác.

Các nỗ lực tăng cường hợp tác giữa các nhân viên TYTX, các CĐTĐB và các bà đỡ/mụ vườn có thể giúp cải thiện việc cung cấp dịch vụ và tăng tỷ lệ các ca sinh có hỗ trợ của nhân viên y tế có trình độ chuyên môn. Đào tạo các bà đỡ/mụ vườn sẽ cho giúp cải thiện các kỹ năng của họ, kỹ năng đỡ đẻ và họ có thể hỗ trợ các CĐTĐB trẻ dưới sự giám sát của các nhân viên y tế.

việc khám thai trước khi sinh, bệnh viện huyện là địa điểm phổ biến nhất đối với các ca sinh tại CSYT. Trong số tất cả những người phụ nữ đã sinh tại các CSYT, 64% sinh tại bệnh viện huyện, so với 30% sinh tại TYTX. Điều gây ngạc nhiên là: mặc dù tỷ lệ phụ nữ sử dụng dịch vụ khám thai tại các CSYT tư nhân tương đối cao nhưng tỷ lệ phụ nữ đẻ tại các CSYT tư nhân chưa đến 1%. Ngoài ra, tỷ lệ phụ nữ tới khám thai tại các TYTX cao hơn nhiều so với tỷ lệ đẻ tại các TYTX (37% so với 13%). Các ca đẻ tại các bệnh viện và TYTX đều đã được bảo hiểm y tế thanh toán, nhưng người dân vẫn phải trả các chi phí gián tiếp. Kết quả cho thấy chi phí trung bình cho các ca sinh tại TYTX là 450.000 đồng (tương đương 20 đô la Mỹ) và chi phí trung bình cho các ca sinh tại bệnh viện huyện là 2.860.000 đồng (tương đương 130 đô la Mỹ). Ngược lại, chi phí sinh tại nhà có giá trung bình là 225.000 đồng (tương đương 10 đô la Mỹ).

So sánh các kết quả nghiên cứu với ước tính quốc gia cho thấy khoảng trống lớn tương ứng với 45 điểm phần trăm về tỷ lệ sinh có sự hỗ trợ của nhân viên y tế đã được đào tạo chuyên môn. Nhìn chung, 49% phụ nữ cho biết lần sinh cuối cùng của họ có cán bộ y tế có trình độ chuyên môn hỗ trợ (so với tỷ lệ trung bình toàn quốc là 94%). Đa số các ca sinh có hỗ trợ của NVYT đã được đào tạo chuyên môn đều được thực hiện tại các CSYT. Chỉ có 7% các ca đẻ tại nhà có nhân viên y tế đã được đào tạo chuyên môn tới hỗ trợ. Trong số những phụ nữ được NVYT đã được đào tạo chuyên môn hỗ trợ khi sinh, đa số (86%) cho biết rằng họ được nữ hộ sinh, bác sĩ hoặc điều dưỡng hỗ trợ hỗ trợ trong lúc sinh, chỉ có một vài ca sinh được cô đỡ thôn bản người DTTS tại thôn bản hỗ trợ (7% - xem Hộp 2). Các bà mẹ chồng và/hoặc mẹ đẻ là các thành viên gia đình thường hay có mặt nhất trong lúc sinh (39%). Những người chồng đã có mặt tại 22% các ca sinh; và người thân hoặc bạn bè cũng có mặt tại 22% các ca sinh. Tỷ lệ người mẹ, chồng và người thân có mặt trong lúc chuyển dạ và lúc sinh cao nhất tại Kon Tum vì sinh con là dịp tụ họp người thân. Nhìn chung, tỷ lệ các ca chuyển dạ có sự hỗ trợ của các bà đỡ/mụ vườn tương đối thấp (3%), tuy nhiên tỷ lệ này

cao hơn ở Gia Lai (27%) và Kon Tum (26%) – xem thông tin chi tiết ở Hộp 5 và 6. Các cuộc phỏng vấn định tính với các NVYT ở Kon Tum cho thấy các phụ nữ DTTS thường thích chọn các CĐTĐ người DTTS hơn là nam bác sĩ, và họ cũng cho rằng các CĐTĐ người DTTS có kiến thức và kỹ năng sản khoa tốt hơn so với những người thân và các nhân viên y tế thôn bản.

4.4. CHĂM SÓC SAU SINH

CSSS sớm tạo cơ hội để phụ nữ DTTS tiếp nhận thông tin và hỗ trợ thực hành các hành vi nuôi con lành mạnh và đây là những hành vi quan trọng quyết định sức khỏe và sự sống còn của mẹ và trẻ. Các hành vi lành mạnh bao gồm việc cho con bú, dinh dưỡng hợp lý trong thời gian cho con bú, tư vấn về chăm sóc trẻ sơ sinh và kế hoạch hóa gia đình. Nhìn chung, 40% phụ nữ cho biết con họ đã được chăm sóc trong vòng 48 giờ đầu sau sinh. Tỷ lệ này cao hơn đối với các trẻ sơ sinh được sinh ra tại các CSYT (76%) so với những trẻ sơ sinh được sinh tại nhà (15%). Tuy nhiên, 8% các bà mẹ sinh con tại các CSYT không biết con họ có được chăm sóc ngay sau khi sinh hay không. Điều này cho thấy sự thiếu nhận thức về chăm sóc trẻ sơ sinh tại các CSYT trong những giờ đầu sau khi sinh (ví dụ, trẻ sơ sinh có thể được chuyển sang một phòng khác để được chăm sóc). Tỷ lệ khám sau sinh cao nhất là ở Đăk Nông (64%) và kết quả này có thể do tỷ lệ sinh tại các CSYT cao tại tỉnh này. Tỷ lệ tiếp cận CSSS thấp nhất ở Lai Châu, Sơn La và Gia Lai (các tỉnh có tỷ lệ sinh tại nhà cao). Đáng chú ý là mặc dù tỷ lệ sinh con tại nhà tại Kon Tum tương đối cao (gần 70%), 42% phụ nữ cho biết con họ được CSSS trong vòng 48 giờ.

Trong số những người có con được chăm sóc sau khi sinh, 85% cho biết trẻ nhận được sự chăm sóc từ nữ hộ sinh, bác sĩ hoặc điều dưỡng; những người khác nói trẻ nhận được sự chăm sóc từ nhân viên y tế thôn bản hoặc CĐTĐ. Bệnh viện huyện là nơi kiểm tra sức khỏe phổ biến nhất cho trẻ sơ sinh, chiếm 53% các lần thăm khám sau sinh. Ngược lại, tỷ lệ khám sau sinh đối với các TYTX là 22% và 21% các lần thăm khám mẹ và trẻ sau khi sinh tại các hộ gia đình. Nhìn chung, 25% các bé

được chăm sóc trong vòng 24 giờ đầu tiên sau khi sinh và tiếp tục được theo dõi trong các lần thăm khám kế tiếp, và 14% trẻ chỉ được thăm khám một lần sau khi sinh.

Kết quả của các phát hiện định tính và quan sát tại thực địa cho thấy các TYTX thường tập trung tuyến thông, tư vấn và cung cấp dịch vụ khám trước sinh nhiều hơn chăm sóc sau sinh. Một phụ nữ tham gia TLN chia sẻ: “Bác sĩ không nói cho tôi việc đi khám sau khi sinh, mà chỉ nói đi khám thai trước khi sinh”. Đa số những người tham gia TLN mà đã để tại nhà cho biết họ không đưa con họ tới TYTX khám lại sau khi sinh. Trong hầu hết các trường hợp, phụ nữ thường chờ cho đến khi đưa con đến lúc đưa con đến tiệm phòng thì mới đến các TYTX sau sinh. Một phụ nữ khác hỏi tại sao cô ấy lại phải đưa con đến TYTX sau khi sinh trong khi con của cô “không bị bệnh gì hết”. Một thách thức lớn cho việc CSSS hiệu quả ở nhiều cộng đồng DTTS là phần lớn phụ nữ không để ở các CSYT. Để tiếp cận những phụ nữ không để ở các CSYT này, thì dịch vụ CSSS không những được cung cấp tại các CSYT mà cần phải được cung cấp ở gần nhà người dân hơn hoặc ngay tại nhà, để phần lớn phụ nữ được hưởng lợi từ những dịch vụ này. Các NVYT ở Kon Tum dường như đang làm tốt hơn việc tiếp cận phụ nữ tại nhà, trong cả giai đoạn trong sinh và CSSS.

4.5. CÁC BIỆN PHÁP TRÁNH THAI VÀ KẾ HOẠCH HÓA GIA ĐÌNH (KHHGD)

So sánh kết quả nghiên cứu với ước tính quốc gia cho thấy gần như không có khác biệt nhiều về tỷ lệ sử dụng các biện pháp tránh thai. Tỷ lệ phụ nữ sử dụng biện pháp tránh thai được ước tính bằng tỷ lệ % những phụ nữ đã lập gia đình, hiện đang không cố gắng có thai, và đang sử dụng, hoặc có bạn tình đang sử dụng ít nhất là một biện pháp tránh thai, bất kể là phương pháp nào. Nhìn chung, 71% phụ nữ cho biết rằng họ đang sử dụng một biện pháp tránh thai (so với tỷ lệ trung bình toàn quốc là 76%). Tỷ lệ sử dụng các biện pháp tránh thai hiện đại là 57%

(tương đương với tỷ lệ trung bình toàn quốc). Tuy nhiên, tỷ lệ sử dụng các biện pháp tránh thai hiện đại có sự dao động lớn giữa các tỉnh, với tỷ lệ ở Kon Tum là 75% so với 45% ở Gia Lai (Bảng 6), cũng như giữa các nhóm dân tộc, từ 41-42% ở dân tộc Ba Na và Gia Rai đến trên 70% ở dân tộc Tày và Xê Đăng.

Các biện pháp tránh thai hiện đại được dùng phổ biến nhất là thuốc uống và đặt vòng tránh thai. Mặc dù đặt vòng tránh thai là biện pháp phổ biến nhất tại các tỉnh phía bắc nhưng lại ít khi được sử dụng ở Kon Tum và Gia Lai. Trên thực tế, có trên 30% số phụ nữ sử dụng vòng tránh thai tại Bắc Kạn và Lai Châu, trong khi tỷ lệ tương ứng tại Gia Lai và Kon Tum chỉ là 3% và 1%. Giữa các nhóm dân tộc cũng có sự khác biệt lớn về tỷ lệ sử dụng vòng tránh thai. Trong các cuộc phỏng vấn và thảo luận nhóm tập trung, phụ nữ và các cán bộ/ nhân viên y tế cho biết phương pháp đặt vòng không được sử dụng phổ biến ở một số nhóm phụ nữ DTTS vì quan niệm cho rằng công việc đồng áng và lao động chân tay của họ có thể làm tuột vòng tránh thai. Các cán bộ y tế cũng cho biết rằng vòng tránh thai không phù hợp với phụ nữ chưa bao giờ sinh con vì khả năng vòng bị tuột là khá cao. Nhiều phụ nữ tham gia thảo luận nhóm cho biết phương pháp đặt vòng thường dẫn tới các tác dụng phụ gây đau như đau lưng dưới, đau và chảy máu âm đạo và gây rối loạn kinh nguyệt. Ở cấp độ cung cấp dịch vụ, chúng tôi nhận thấy việc sử dụng vòng tránh thai chịu nhiều ảnh hưởng từ quan điểm của các cán bộ y tế. Trong khi một số cán bộ y tế đã được đào tạo và có hiểu biết đúng đắn về các loại vòng tránh thai, một số khác vẫn thiếu kỹ năng và kinh nghiệm để tư vấn và chăm sóc người sử dụng vòng tránh thai an toàn. Trong một số trường hợp, việc hiểu sai khá phổ biến do một số báo cáo về các biến chứng do đặt vòng tránh thai cũng như cán bộ y tế lo rằng vòng tránh thai có thể không phù hợp với phụ nữ DTTS vì họ thường lao động chân tay và có “nhiều con”, khiến cho các cơ âm đạo bị yếu và có tỷ lệ vòng bị tuột cao. Vì vậy, trong tương lai, cần có thêm các nghiên cứu để tìm hiểu về nhận thức và hiểu biết của các cán bộ y tế về vòng tránh thai,

HỘP 3-TỶ LỆ CÓ THỂ BHYT CAO NHƯNG TỶ LỆ SỬ DỤNG CÁC DỊCH VỤ CSSKBM LẠI THẤP

Kết quả điều tra cho thấy 81% phụ nữ có thẻ BHYT còn hạn sử dụng trong thời kỳ mang thai lần gần đây nhất ((thông tin do các phụ nữ tự chia sẻ), với sự khác biệt vùng miền rất thấp, dao động từ 78% ở Gia Lai đến 87% ở Bắc Kạn có BHYT liên quan tỷ lệ thuận và mang ý nghĩa thống kê với việc có sở hữu các tài sản trong gia đình ($\rho = .12, p < .01$). Các phụ nữ có hoàn cảnh thuận lợi hơn thường có xu hướng sử dụng thẻ BHYT cao hơn. Lý do có thể là: a) nhiều phụ nữ thiệt thòi không biết rằng họ được hưởng BHYT; hoặc b) có thể họ chưa được tiếp cận bởi chính quyền địa phương do vậy chưa được cấp thẻ BHYT.

Trong số những phụ nữ đã có thẻ BHYT, 52% sử dụng thẻ BHYT cho các dịch vụ chăm sóc thai sản và 45% sử dụng thẻ BHYT để sinh con tại CSYT. Điều này cho thấy: ngay cả khi phụ nữ đã có thẻ BHYT, nhiều phụ nữ không sử dụng nó cho các dịch vụ CSSKBM. Lý do của việc không sử dụng thẻ BHYT cho các dịch vụ chăm sóc thai sản có thể một phần là do phụ nữ không đi khám ở các CSYT, nhưng quan trọng hơn đó là do nhiều phụ nữ chọn đến các phòng khám tư nhân (phải tự trả phí) để khám thai. Ngược lại, gần như tất cả những phụ nữ sinh con tại CSYT thì dùng thẻ BHYT cho mục đích này. Trong trường hợp này, lý do của việc ít sử dụng thẻ BHYT liên quan tới việc phụ nữ sinh con tại nhà thay vì sinh con tại các CSYT.

Những phát hiện về việc sử dụng BHYT cho thấy: ngay cả khi các dịch vụ y tế được cung cấp miễn phí, nhiều phụ nữ vẫn không sử dụng các dịch vụ y tế công để được chăm sóc thai sản hoặc sinh con. Việc người dân chưa hiểu đúng về điều kiện để được BHYT và việc các hộ gia đình khó khăn có BHYT vẫn thấp cho thấy Bộ Y tế và các cơ quan chức năng tại địa phương cần làm tốt hơn công tác truyền thông để giải thích về cách sử dụng và lợi ích của BHYT.

đặc biệt việc sử dụng vòng tránh thai ở phụ nữ DTTS. Các can thiệp trong tương lai cần tập trung vào đào tạo nâng cao kiến thức về vòng tránh thai trong các chương trình đào tạo chính quy, đào tạo thực hành tại chỗ, và cung cấp các bằng chứng cho thấy vòng tránh thai có thể được sử dụng an toàn cho các nhóm phụ nữ khác nhau.

Thuốc uống và thuốc tiêm là hai trong số các biện pháp tránh thai hiện đại được sử dụng phổ biến nhất, đặc biệt là ở các tỉnh Tây Nguyên. Ví dụ 35% phụ nữ ở Kon Tum sử dụng thuốc tiêm và 36% sử dụng thuốc uống tránh

thai hàng ngày, và những biện pháp này được phụ nữ Xê Đăng sử dụng đặc biệt rộng rãi. Ngược lại, rất ít phụ nữ Tày và Thái dùng thuốc tiêm do họ thích đặt vòng hơn. Một số phụ nữ cho biết họ khó nhớ việc nhớ uống thuốc hàng ngày và điều này đây là rào cản cho việc sử dụng đúng cách biện pháp tránh thai này và có thể dẫn đến mang thai ngoài ý muốn. Cuối cùng, chúng tôi nhận thấy khi phụ nữ không hài lòng với một phương pháp tránh thai nào đó họ thường thử một phương pháp khác cho đến khi họ tìm được một phương pháp phù hợp cho mình.

Bảng 6. Tỷ lệ sử dụng biện pháp tránh thai nói chung và tỷ lệ từng loại biện pháp tránh thai theo từng tỉnh (%)

	Tổng (n=3409)	Bắc Kạn (n=320)	Lai Châu (n=855)	Sơn La (n=1049)	Kon Tum (n=489)	Gia Lai (n=494)	Đắk Nông (n=202)
Tỷ lệ sử dụng các biện pháp tránh thai	71,1	76,9	70,9	69,4	79,6	58,5	82,7
Tỷ lệ sử dụng biện pháp tránh thai hiện đại	56,5	68,4	58,2	49,1	74,6	44,7	53
Các loại biện pháp tránh thai							
Triệt sản nữ	0,4	0,6	0,3	0,1	0,2	0,4	2,0
Đặt vòng tránh thai	19,9	37,8	31,3	22,5	1,0	2,8	16,8
Tiền thuốc tránh thai	12,1	8,1	8,7	4,5	35,2	16,2	6,9
Que cấy tránh thai	0,4	0	0	0,1	1,2	1,0	0
Uống thuốc tránh thai	20,7	16,9	15,2	18,3	36,2	21,1	24,3
Bao cao su nam	3,0	5,0	2,7	3,6	0,8	3,2	3,0
Cho con bú vô kinh	11,2	7,8	11,7	16,5	4,7	5,3	16,8
Tính vòng kinh	0,9	0	0,7	1,8	0	0,2	3,0
Xuất tinh ngoài	1,8	0,6	0,2	1,5	0,2	4,3	9,9
Nhu cầu chưa được đáp ứng	25,3	29,7	24,2	21,2	28,4	29,1	31,5

Bảng 7. Tỷ lệ sử dụng biện pháp tránh thai nói chung và tỷ lệ từng biện pháp tránh thai theo nhóm dân tộc (%)

	Tày N=155	Gia Rai N=176	Mhôn N=168	Thái N=1087	Hà Nhi N=171	Dao N=336	Xê Đăng N=407	Ba Na N=447	Hmông N=1283
Tỷ lệ sử dụng các biện pháp tránh thai	82,3	63,2	80,1	75,6	64,7	73,2	78,6	50,5	65,3
Tỷ lệ sử dụng biện pháp tránh thai hiện đại	70,9	42,1	61,0	54,9	50,0	63,4	73,7	41,1	50,4
Các loại biện pháp tránh thai									
Triệt sản nữ	0,7	0,9	2,2	0,3	0	0,9	0	0,3	0,1
Đặt vòng tránh thai	36,9	3,5	5,1	25,8	24,5	11,5	1,0	1,6	31,5
Tiêm thuốc tránh thai	2,1	21,1	23,5	0,9	12,7	22,6	35,2	16,2	8,2
Que cấy tránh thai	0,7	0	1,5	0	0	0	1,0	1,3	0,1
Uống thuốc tránh thai	20,6	14,9	27,9	22,1	11,8	22,7	35,5	19,1	9,4
Bao cao su nam	9,9	1,8	0,7	6,0	1,8	0,9	0,8	1,9	0,3
Cho con bú vô kinh	8,5	10,5	10,3	17,0	14,7	9,8	4,8	0,3	0,8
Tính vòng kinh	0,7	0	2,9	1,9	0	0	0	2,9	12,5
Xuất tinh ngoài	2,1	9,6	5,9	1,6	0	0	0	1	0,1
Tỷ lệ nhu cầu chưa được đáp ứng	23,2	26,1	25,6	23,5	19,3	29,5	28,0	30,4	22,8

Phương pháp triệt sản nam không được sử dụng và việc sử dụng bao cao su cũng rất hạn chế, với tỷ lệ dao động giữa các vùng khá nhỏ (từ 1-5%). Đáng chú ý, tỷ lệ bao cao su nam được sử dụng cao nhất ở nhóm người Tày và Thái (lần lượt là 9% và 6%) và có thể do nhóm này có trình độ học vấn và nguồn lực tài chính nhiều. Cần lưu ý rằng các chiến dịch vận động sử dụng biện pháp tránh thai đến nay hầu như chỉ nhắm tới phụ nữ và tập trung vào KHHGĐ hơn là tập trung vào phòng ngừa các bệnh lây truyền qua đường tình dục. Các phỏng vấn định tính với phụ nữ và nhân viên y tế đã khẳng định những phát hiện này. Phụ nữ thường là người quyết định sử dụng những phương pháp tránh thai nào “mà được coi là tốt nhất cho mình”, và đa phần nam giới phản đối việc sử dụng bao cao su. Các biện pháp tránh thai được sử dụng phổ biến ở các cộng đồng DTTS hiện nay chỉ có thể giảm rủi ro mang thai ngoài ý muốn, nhưng không có tác dụng bảo vệ kép vừa tránh thai ngoài ý muốn và vừa phòng các bệnh lây truyền qua đường tình dục, kể cả HIV.

“Trước đây khi chưa có biện pháp tránh thai hiện đại, phụ nữ sẽ đẻ cho đến khi hết trứng. Bà tôi có 12 người con. Phụ nữ phần nản về những khó khăn khi là phụ nữ. Họ phải thử các phương pháp tránh thai khác nhau cho đến khi họ tìm thấy một phương pháp phù hợp. Tiêm thuốc tránh thai làm phụ nữ tăng cân, đặt vòng tránh thai thì không thoải mái, viên uống tránh thai làm cho kinh nguyệt nhiều hơn hoặc kéo dài hơn. Phụ nữ chúng tôi phải tự tìm ra một phương pháp tránh thai phù hợp. Đàn ông thì không chấp nhận sử dụng bao cao su vì họ không thích.” - Một cán bộ Hội Phụ nữ, Bắc Kạn

Nhìn chung, kết quả điều tra cho thấy tỷ lệ hài lòng bình quân của phụ nữ với biện pháp tránh thai họ hiện đang sử dụng là 8 trên 10 điểm. Các kết quả cũng cho thấy các biện pháp KHHGĐ đều có sẵn, chi phí thấp, có thể tiếp cận dễ dàng thông qua các nữ hộ sinh và các nhân viên y tế được đào tạo khác tại trạm y tế xã và được cung cấp cho bất kỳ ai đã có sinh hoạt tình dục, bao gồm cả thanh niên chưa có gia đình. Tại nhiều nơi, các nhân viên y tế cung cấp các biện pháp tránh thai

có sẵn và được chấp nhận theo văn hóa địa phương, nhưng không phải tất cả các loại như trường hợp vòng tránh thai đã nói ở trên. Các nhân viên y tế khác, ví dụ nhân viên y tế thôn bản, cũng cung cấp thông tin và tư vấn về các biện pháp KHHGĐ.

Lý do được phụ nữ kể đến nhiều nhất cho việc không sử dụng các biện pháp tránh thai hiện đại vì họ cho là không cần thiết (Bảng 8). Những phụ nữ không sử dụng các biện pháp tránh thai hiện đại thường sử dụng các phương pháp truyền thống như cho con bú vô kinh, tính vòng kinh hoặc xuất tinh ngoài. Một số phụ nữ cho biết họ không có hoặc quan hệ tình dục không thường xuyên, hoặc không có khả năng có thai, và do đó sử dụng các biện pháp tránh thai là không cần thiết. Lý do phổ biến thứ hai cho việc không sử dụng các biện pháp tránh thai hiện đại là do sợ hoặc đã bị tác dụng phụ. Một số phụ nữ không hài lòng với chất lượng của các biện pháp tránh thai mà họ được cung cấp và họ cho rằng chúng có chất lượng thấp. Một số ít phụ nữ cho biết việc không sử dụng các biện pháp tránh thai hiện đại là do thiếu thông tin (5%), không có sẵn các biện pháp tránh thai (2%) hoặc các lý do tôn giáo (2%). Ví dụ, phụ nữ tại một cộng đồng người H'mông theo đạo Tin Lành cho rằng ốm đau và mắc bệnh là do đặt vòng tránh thai, và nhiều phụ nữ trong cộng đồng này đã quyết định tháo vòng. Một vài phụ nữ cũng cho biết chi phí và khoảng cách để đến các trạm y tế xã là một rào cản để họ tiếp cận và các biện pháp tránh thai hiện đại. Một số khác nói rằng chồng không cho phép, hoặc họ sợ rằng chồng sẽ không cho phép sử dụng các biện pháp tránh thai này.

Bảng 8. Các lý do chính của việc không sử dụng biện pháp tránh thai hiện đại (N=1458)

Lý do không sử dụng BPTT hiện đại	N	%
Không cần thiết	1078	73.9
Tác dụng phụ	138	9.5
Thiếu thông tin về các biện pháp tránh thai/KHHGD	65	4.5
Vô sinh	53	3.6
Không có sẵn các biện pháp tránh thai/KHHGD	33	2.3
Lý do tôn giáo	31	2.1
Chi phí và khoảng cách để đến trạm y tế xã	14	1.0

Hầu hết phụ nữ được phỏng vấn cho biết lần mang thai gần nhất là theo ý muốn.

Cụ thể, 75% phụ nữ cho biết rằng lần mang thai gần nhất của họ là theo ý muốn và 25% cho biết lần mang thai cuối cùng là ngoài ý muốn. Tỷ lệ khác biệt giữa các vùng và các nhóm dân tộc rất ít. Tỷ lệ mang thai ngoài ý muốn dao động từ 21% đến 32% giữa các tỉnh và cao nhất là ở Đắk Nông. Đồng thời, Đắk Nông cũng là tỉnh có tỷ lệ sử dụng các biện pháp tránh thai truyền thống như xuất tinh ra ngoài và cho con bú vô kinh cao nhất so với các tỉnh khác. Mặc dù chỉ phỏng đoán, nhưng kết quả này gợi ý rằng tỷ lệ sử dụng các biện pháp tránh thai truyền thống kém hiệu quả càng cao thì nhu cầu chưa được đáp ứng càng cao tại một số vùng. Lợi ích của việc cho con bú như là biện pháp tránh thai chỉ giới hạn ở nhóm phụ nữ nuôi con hoàn toàn bằng sữa mẹ, và chỉ kéo dài đến sáu tháng sau khi sinh hoặc hết thời gian vô kinh sau sinh, tùy theo khoảng thời gian nào ngắn hơn. Nhiều phụ nữ có thể đã đánh giá thấp khả năng không mang thai không mong muốn khi áp dụng phương pháp này. Sự khác biệt giữa các nhóm dân tộc nhu cầu chưa được đáp ứng không lớn, dao động trong khoảng từ 19% đến 30%. Kết quả cho thấy phụ nữ dân tộc Ba Na có tỷ lệ mang thai ngoài ý muốn cao nhất, đồng thời họ cũng có tỷ lệ sử dụng biện pháp tránh thai thấp nhất. Vô kinh sau sinh và cho con bú thường được kể ra như các biện pháp tránh

thai tại một số cộng đồng. Tuy nhiên, nhận thức của những phụ nữ này về việc không cần sử dụng biện pháp tránh thai nào khác có thể không đúng. Tổng cộng có 7% số phụ nữ cho biết họ đã từng phá thai, với tỷ lệ cao nhất ở Lai Châu (11%).

Nhìn chung, 83% phụ nữ đã sinh một lần và 22% phụ nữ đã sinh hai lần trở lên cho biết rằng họ muốn có thêm một con nữa trong tương lai (trong cả hai nhóm, 5% chưa quyết định). Nhiều người nói họ thích có hai con; tuy nhiên, hầu hết các gia đình tiếp tục muốn sinh con đến khi nào có ít nhất một con trai (vì nhiều cộng đồng phụ hệ quan niệm rằng nam giới sẽ chăm nom cha mẹ khi cha mẹ về già). Tuy nhiên, phụ nữ ở ít nhất một xã tại Bắc Kạn nói rằng “áp lực” có con trai không còn nặng nề như trước. Trong một cộng đồng mẫu hệ ở tỉnh Gia Lai, các gia đình ở đó thậm chí thích con gái hơn con trai, và có xu hướng tiếp tục đẻ cho đến khi có được ít nhất được một con gái. Theo những người tham gia TLN, con gái thường được mong đợi hơn vì con gái có thể bắt đầu giúp đỡ việc nhà khi còn bé và con gái chịu khó hơn con trai. Con trai thường “hư và nghịch ngợm” hơn con gái.

4.6. CÁC YẾU TỐ ẢNH HƯỞNG VÀ XU HƯỚNG VỀ SỨC KHỎE BÀ MẸ, TRẺ SƠ SINH VÀ TRẺ EM

Phân tích hồi quy tuyến tính được sử dụng để xác định những yếu tố liên quan đến việc tiếp cận và sử dụng các dịch vụ SKBM và SKSS. Kết quả cho thấy tất cả 5 yếu tố kinh tế - xã hội quyết định sức khỏe trong nghiên cứu này đều liên quan có ý nghĩa thống kê ($p < .001$) tới việc tiếp cận và sử dụng các dịch vụ SKBM và SKSS. Những yếu tố này bao gồm: trình độ học vấn của bà mẹ, tuổi sinh con của mẹ, tình trạng kinh tế xã hội, nơi cư trú (khu vực địa lý) và dân tộc. Phụ nữ lớn tuổi hơn có tỷ lệ tiếp cận dịch vụ can thiệp cao hơn, sau khi kiểm soát các biến khác. Những yếu tố khác liên quan đến các vấn đề về phía nhu cầu dịch vụ sẽ được làm rõ hơn qua các phân tích mô tả trong mục tiếp theo.

Hơn nữa, hai yếu tố bên cung cấp dịch vụ cũng liên quan có ý nghĩa thống kê ($p < .001$) tới việc tiếp cận các dịch vụ SKBM và SKSS, bao gồm việc có thẻ bảo hiểm y tế (BHYT) và chất lượng của các trạm y tế xã (TYTX). Sau khi kiểm soát các yếu tố khác, tính trung bình, phụ nữ có BHYT có điểm số tổng hợp về tiếp cận các dịch vụ cao hơn 12% so với phụ nữ không có BHYT, và cứ mỗi một điểm tăng trong điểm số bảng kiểm tra CSYT, phụ nữ lại có số điểm tổng hợp về tiếp cận các dịch vụ cao hơn 0,48%. Mặt khác, khoảng cách từ nhà tới các TYTX không liên quan nhiều tới việc tiếp cận các dịch vụ SKBM và SKSS, nhưng khoảng cách tới các bệnh viện huyện (tính theo thời gian) lại có sự liên quan có ý nghĩa thống kê. Tại một số khu vực, phụ nữ DTTS không tiếp cận được các dịch vụ SKBM mặc dù họ sống ngay cạnh các TYTX. Do đó, kết quả cho thấy chất lượng của các dịch vụ chăm sóc y tế và độ bao phủ của BHYT là những yếu tố ảnh hưởng quan trọng hơn trong việc tiếp cận các dịch vụ chăm sóc SKBM so với yếu tố vị trí địa lý.

Các phân tích mô tả giúp hiểu rõ hơn việc tiếp cận tới các dịch vụ SKBM trong nhóm phụ nữ DTTS theo các yếu tố xã hội ảnh hưởng sức khỏe. Những yếu tố này bao gồm vị trí địa lý, tình trạng kinh tế, trình độ học vấn và dân tộc.

Các phân tích mô tả cho thấy việc tiếp cận chăm sóc SKBM của nhóm dân tộc thiểu số tại Việt Nam có sự bất bình đẳng, sự khác biệt đáng kể dựa vào nơi cá nhân sinh sống, trình độ học vấn và tình trạng giàu hay nghèo, v.v. Việc hiểu được tình trạng bất bình đẳng trong CSSKBM đòi hỏi sự so sánh những trải nghiệm của các phân nhóm DTTS. Việc này sẽ làm sáng tỏ những câu hỏi như: Tình hình CSSKBM khác nhau giữa các tỉnh như thế nào? Có phải những người giàu nhất trong một nhóm dân tiếp cận dịch vụ CSSKBM dễ dàng hơn so với những người nghèo nhất trong nhóm dân đó? Có sự khác nhau trong việc tiếp cận dịch vụ CSSKBM giữa phụ nữ có trình độ học vấn cao hơn và phụ nữ có trình độ học vấn thấp hơn không? Tìm được câu trả lời cho những câu hỏi này sẽ giúp xác định những khác biệt trong tiếp cận các dịch vụ CSSKBM và là một bước quan trọng hướng tới việc cung cấp các dịch vụ y tế cho những người có nhu cầu nhiều nhất.

4.6.1 Sự khác biệt trong tiếp cận dịch vụ theo nơi cư trú

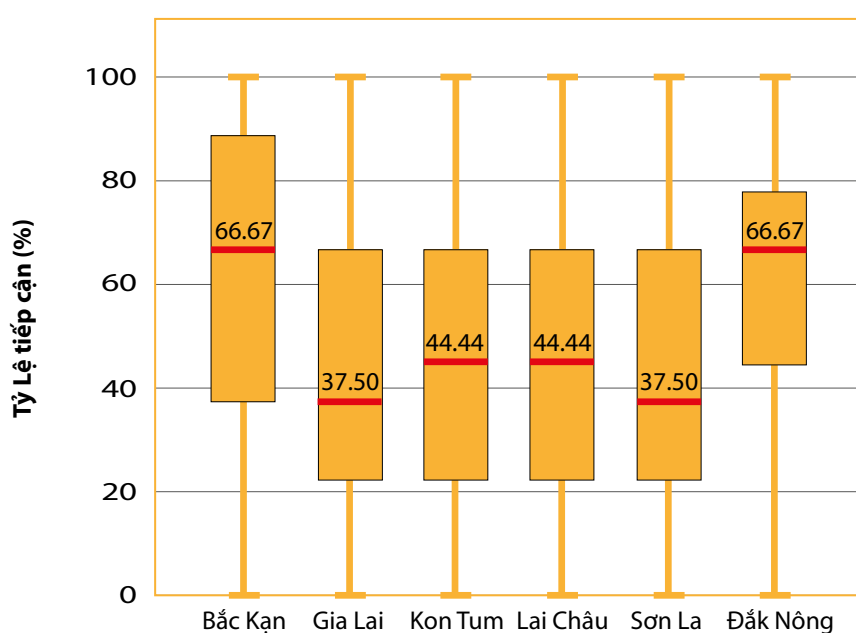
Chỉ số tiếp cận tổng hợp cao nhất tại Đắk Nông và Bắc Kạn (cả hai đều là 67%) và thấp nhất ở Sơn La, Lai Châu, Kon Tum và Gia Lai (từ 38-44%). So sánh kết quả cho thấy khoảng cách khác nhau về chỉ số tiếp cận tổng hợp giữa hai nhóm này là 20 điểm phần trăm. Sự bất bình đẳng liên quan tới nơi cư trú là không đáng kể trong 4 tỉnh có tỷ lệ tiếp cận thấp nhất với sự khác biệt tối đa là 7 điểm phần trăm. Mặc dù Đắk Nông và Bắc Kạn có tỷ lệ tiếp cận tổng hợp cao hơn so với các khu vực dân tộc thiểu số khác, nhưng các chỉ số tại 2 tỉnh này vẫn thấp hơn so với mức trung bình toàn quốc. Tỷ lệ phụ nữ tiếp cận đầy đủ các dịch vụ CSTS (khám thai 04 lần trở lên) là 44% ở Bắc Kạn và 33% ở Đắk Nông, và dao động từ 10% đến 17% trong 04 tỉnh còn lại. Đặc biệt, phụ nữ ở Gia Lai và Kon Tum có tỷ lệ tiếp cận dịch vụ trước sinh rất thấp (lần lượt là 3% và 11%). Tỷ lệ sinh con có nhân viên y tế được đào tạo hỗ trợ là 50% hoặc ít hơn tại 04 trong 6 tỉnh nói trên: Lai Châu (45%), Sơn La (46%), Gia Lai (50%) và thấp nhất ở Kon Tum (40%). Tại các tỉnh này, tình trạng phổ biến là phụ nữ



sinh con tại nhà mà không có sự hỗ trợ của nhân viên y tế được đào tạo. Ngược lại, tỷ lệ phụ nữ sinh con có nhân viên y tế được đào tạo hỗ trợ khi sinh cao hơn ở Bắc Kạn (62%) và Đắk Nông (77%), mặc dù vẫn thấp hơn rất

nhều so với mức trung bình của quốc gia. Tại các khu vực này, đa số phụ nữ sinh con tại bệnh viện huyện. Sau cùng, tỷ lệ sử dụng biện pháp tránh thai hiện đại dao động từ 45% ở Gia Lai đến 75% ở Kon Tum.

Hình 2. Tỷ lệ tiếp cận tổng hợp các dịch vụ CSSKSS/BM/TSS/TE theo địa bàn cư trú

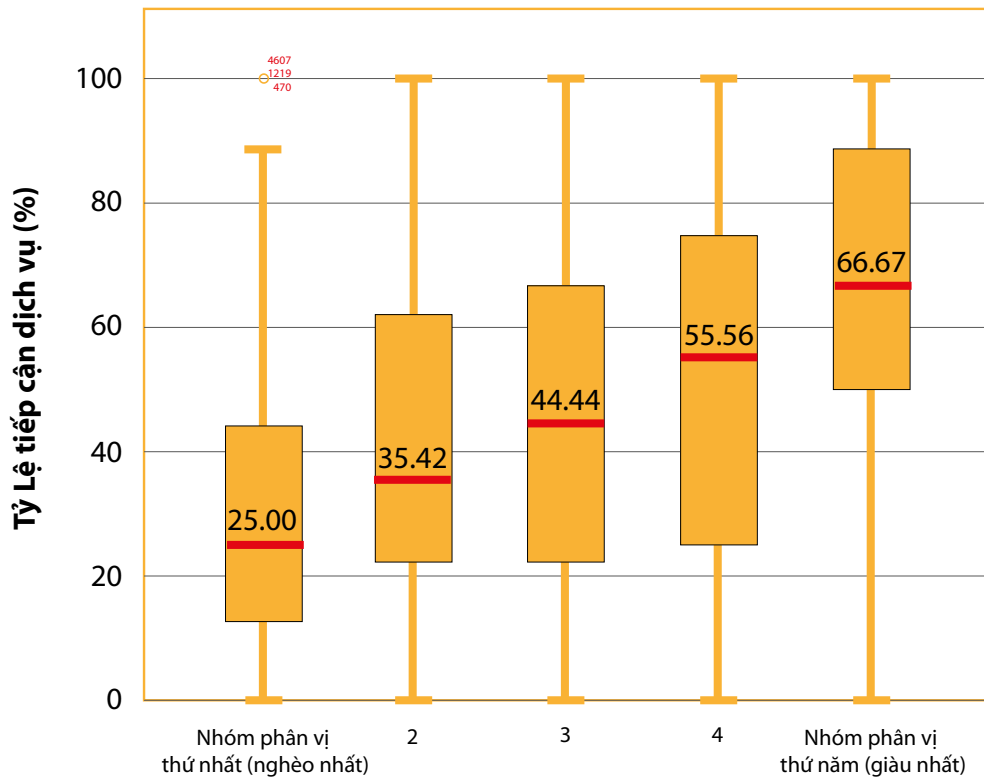


4.6.2 Sự khác biệt trong tiếp cận dịch vụ theo tình trạng kinh tế

Các giá trị trung bình của chỉ số tiếp cận tổng hợp tăng dần từ nhóm nghèo nhất đến nhóm giàu nhất. Bất bình đẳng liên quan đến tình trạng kinh tế (được tính bằng giá trị tuyệt đối về sự khác nhau giữa nhóm ngũ phân vị của những người giàu nhất và nhóm ngũ phân vị của những người nghèo nhất) là hơn 40 điểm

phần trăm. Tính trung bình, tỷ lệ tiếp cận các dịch vụ trong nhóm ngũ phân vị nghèo nhất là 25% và ở nhóm ngũ phân vị giàu nhất là 67%. Nhìn vào các chỉ số cụ thể, sự khác biệt lớn nhất về tiếp cận các dịch vụ có liên quan đến tình trạng kinh tế là ở tỷ lệ phụ nữ được nhân viên y tế được đào tạo hỗ trợ khi sinh (26% so với 80%) và sinh con tại CSYT (21% so với 71%).

Hình 3. Tỷ lệ tiếp cận tổng hợp các dịch vụ CSSKSS/BM/TSS/TE theo tình trạng kinh tế

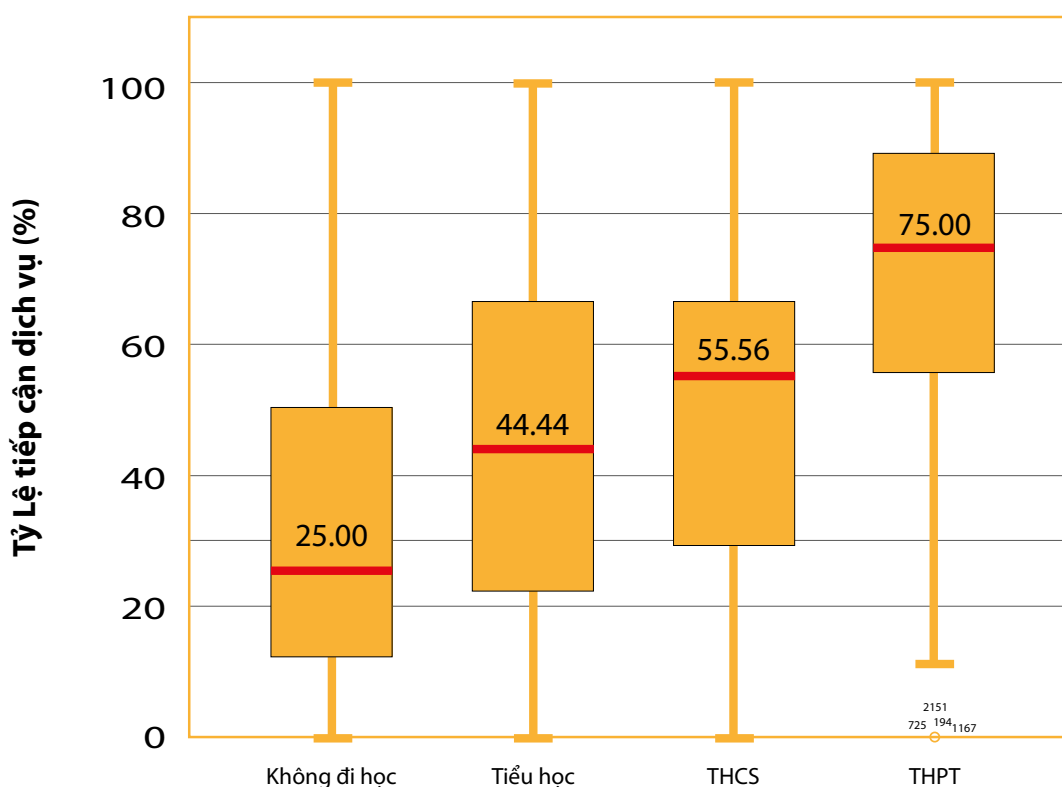


4.6.3 Sự khác biệt trong tiếp cận dịch vụ theo trình độ học vấn

Tỷ lệ phụ nữ tiếp cận các dịch vụ CSSKBM cao hơn ở nhóm phụ nữ tốt nghiệp THCS trở lên so với nhóm phụ nữ chỉ học xong tiểu học hoặc không đi học. Sự khác biệt về tỷ lệ tiếp cận các dịch vụ CSSKBM liên quan đến trình độ học vấn là 50 điểm phần trăm, và dao động từ mức 25% ở nhóm phụ nữ không đi học đến 75% ở

nhóm phụ nữ đã từng học THCS. Tương tự như sự khác biệt về tình trạng kinh tế, sự khác biệt lớn nhất về tiếp cận các dịch vụ có liên quan đến giáo dục cũng ở tỷ lệ phụ nữ sinh con có sự hỗ trợ của nhân viên y tế được đào tạo (31% so với 82%) và tỷ lệ phụ nữ sinh con tại CSYT (25% so với 75%)

Hình 4. Tỷ lệ tiếp cận tổng hợp các dịch vụ SSSS/BM/TSS/TE theo trình độ học vấn



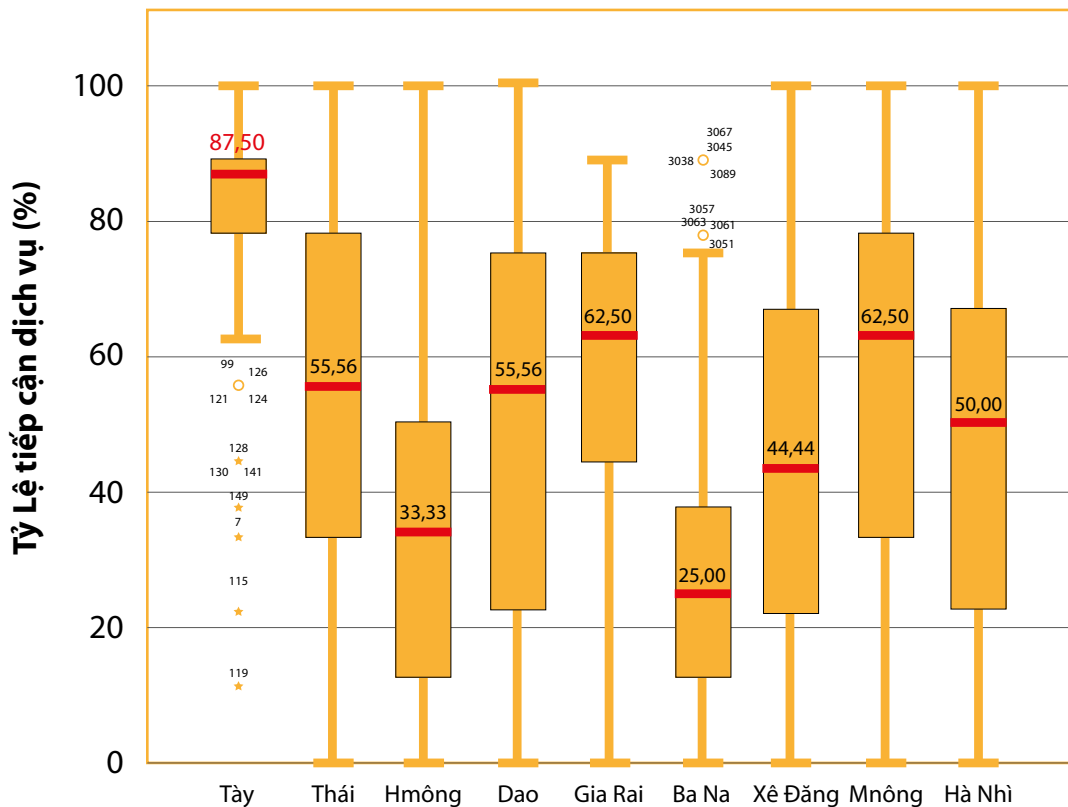
THCS: Trung học cơ sở; THPT: Trung học phổ thông trở lên

4.6.4 Sự khác biệt trong tiếp cận dịch vụ theo dân tộc

Sự khác biệt về tỷ lệ tiếp cận dịch vụ tổng hợp giữa các nhóm DTTS cao nhất là 25 điểm phần trăm và đó là sự khác nhau giữa phụ nữ Tày (88%) và các DTTS khác (dưới 65%). Trong các DTTS còn lại, phụ nữ Gia Rai và M'Nông có tỷ lệ tiếp cận dịch vụ CSSKBM cao nhất (cả hai đều là 63%). Thái, Dao, Hà Nhì có tỷ lệ tiếp cận từ 50% - 56%. Xê Đăng (44%), H'mông (33%) và Ba Na (25%) có tỷ lệ thấp nhất. Tỷ lệ phụ nữ tiếp cận dịch vụ CSTS (khám thai hơn 04 lần) là 66% đối với dân tộc Tày và dao động từ 6%

đến 21% đối với các nhóm dân tộc khác. Tỷ lệ CSTS với đầy đủ các nội dung đặc biệt thấp đối với dân tộc Ba Na và Gia Rai (tương ứng với 2% và 3%). Tỷ lệ phụ nữ sinh con có nhân viên y tế được đào tạo hỗ trợ lúc sinh con là trên 85% đối với Gia Rai và Tày, dao động từ 50% - 65% đối với Dao, Hà Nhì, Thái và M'Nông, và thấp nhất đối với H'mông (25%), Ba Na (26%) và Xê Đăng (43%) - xem Hộp 4-6 về thông tin chia tiết liên quan đến các thực hành sinh con của 3 dân tộc này.

Hình 5. Tỷ lệ tiếp cận tổng hợp các dịch vụ SSSS/BM/TSS/TE theo dân tộc



*“Khi đi khám thai, tất cả
phụ nữ đều biết được
là khi sinh họ sẽ đẻ dễ
hay có nguy cơ biến chứng.
Nếu đẻ dễ, chúng tôi
sẽ đẻ ở nhà.”*

Một phụ nữ dân tộc Thái, Sơn La

5. LÝ DO PHỤ NỮ KHÔNG SỬ DỤNG CÁC DỊCH VỤ CSSKBM

*“Đẻ ở nhà và đẻ ở CSYT
là như nhau”*

Một phụ nữ dân tộc Hà Nhì, Lai Châu

“Tôi lo rằng sinh tại nhà sẽ không an toàn. Đây là con đầu của tôi. Tôi không biết rặn đẻ như thế nào.”

Một phụ nữ dân tộc Thái, Sơn La

Phần này của báo cáo dựa trên kết quả định tính về những lý do dẫn tới tỷ lệ sử dụng dịch vụ CSTS thấp và các rào cản đối với việc sinh con tại các CSYT dựa trên quan điểm của phụ nữ DTTS và nhân viên y tế làm việc tại các vùng DTTS (Bảng 12). Chúng tôi chọn 04 chủ đề chính, dựa trên các khía cạnh về chăm sóc y tế do các tác giả Levesque và đồng nghiệp [6] và Shengelia và đồng nghiệp khuyến nghị [29].

Các phương pháp định tính được sử dụng để tìm hiểu các lý do tại sao tỷ lệ tiếp cận dịch vụ CSSKBM lại thấp dựa trên quan điểm của phụ nữ DTTS, nhân viên y tế và các trưởng thôn. 04 chủ đề đã được chọn để tìm hiểu. Chủ đề đầu tiên phản ánh quan điểm của phụ nữ rằng việc mang thai và sinh con là quá trình tự nhiên và bình thường và vì thế không cần thiết phải tới khám ở các CSYT, trừ khi có biến chứng trong khi mang thai hoặc chuyển dạ.

“Bà mụ vườn bảo với tôi là “Đẻ dễ. Mà nên đẻ ở nhà. Chẳng việc gì phải lo cả.”

Một phụ nữ dân tộc Thái, Sơn La





“Họ lo lắng về việc sinh con lần đầu, nên họ chọn trung tâm y tế hoặc bệnh viện huyện. Nếu sinh con lần đầu diễn ra tốt đẹp, họ sẽ sinh con lần 2 tại nhà.”

Một cán bộ hội phụ nữ, Bắc Kạn

Đây là một chủ đề chính và chúng tôi gọi là **mức độ chấp nhận các dịch vụ CSSKBM về mặt văn hóa và xã hội**, và bao gồm các yếu tố khiến phụ nữ và gia đình của họ chấp nhận các dịch vụ CSSKBM. Chủ đề thứ hai liên quan đến quan điểm của phụ nữ cho rằng không có đủ nguồn lực cho các dịch vụ CSSKBM và lợi ích từ việc sử dụng các dịch vụ này mang lại không hơn so với những rủi ro và chi phí khi sử dụng các dịch vụ ở các CSYT. Chúng tôi gọi chủ đề này là **sự phù hợp chất lượng các dịch vụ CSSKBM** - chủ đề này xem xét liệu chất lượng của các dịch vụ được cung cấp có đáp ứng nhu cầu của phụ nữ DTTS hay không. Chủ đề thứ ba liên quan đến khoảng cách địa lý của nhiều cộng đồng DTTS, đặc biệt là ở vùng miền núi phía Bắc, và sự cần thiết phải tới các địa điểm xa để được nhận dịch vụ CSSKBM. Chúng tôi gọi chủ đề này là **khả năng tiếp cận địa điểm các dịch vụ CSSKBM**, trong đó đề cập đến việc có tiếp cận được các dịch vụ y tế hay không, cả về mặt địa điểm và kịp thời gian mà không gặp khó khăn gì đáng kể. Chủ đề thứ tư liên quan đến nguồn lực tài chính hạn chế của phụ nữ mà chúng tôi gọi là **khả năng chi trả của các dịch vụ CSSKBM** và các yếu tố quan trọng của chủ đề này bao gồm chi phí trực tiếp của dịch vụ, chi phí cơ hội liên

quan đến mất thu nhập và chi phí gián tiếp như chi phí đi lại.

“Một số phụ nữ [Hmong] không muốn người khác nhìn thấy cơ thể họ. Một số thậm chí còn không báo với nhân viên y tế thôn về việc họ đang mang thai.”

Một bà đỡ thôn bản, Bắc Kạn

5.1. MỨC ĐỘ CHẤP NHẬN CÁC DỊCH VỤ CSSKBM THEO CÁC YẾU VẤN HÓA VÀ XÃ HỘI

Lời giải thích phổ biến cho việc sinh con tại nhà là: việc sinh con là một quá trình tự nhiên “nhanh chóng” và “dễ dàng” trong hầu hết các trường hợp. Một phụ nữ dân tộc Hà Nhì nói rằng phụ nữ sinh đẻ ở đâu thì cũng đều là quá trình tự nhiên giống nhau. Sinh đẻ được xem như là một sự kiện bình thường của cuộc sống, và phụ nữ nào thì cũng phải trải qua sự kiện đó mà không được thể hiện cảm xúc hoặc phàn nàn gì cả. Việc sử dụng các dịch vụ y tế được xem là không cần thiết trừ khi quá trình mang thai có những nguy cơ cao hoặc quá trình đau đẻ kéo dài. Các phát hiện từ kết quả phỏng vấn cho thấy phần lớn phụ nữ DTTS tham gia phỏng vấn thích sinh con tại nhà hơn. Chỉ có một số rất ít người được phỏng vấn cho biết họ sinh con lần gần đây nhất tại một CSYT. Tuy nhiên, nhiều phụ nữ đã tới khám thai ở các CSYT trong khi mang thai, và điều này cho thấy họ cũng đã cân nhắc và sử dụng có chọn lọc các dịch vụ CSSKBM. Trường hợp thường gặp nhất là: thai kỳ ‘dễ dàng’ và bình thường thì sẽ đẻ tại nhà; còn nếu khi mang thai có biến chứng thì sẽ đẻ ở các CSYT. CSTS (và đặc biệt là siêu âm) sẽ giúp phụ nữ và gia đình họ xác định xem thai như vậy thì sẽ “dễ đẻ” hay “đẻ khó”, và sẽ ảnh hưởng tới quyết định của các thành viên trong gia đình về việc sẽ sinh con ở đâu. Ở nhiều xã mà các phỏng vấn được thực hiện, các nhân viên của TYTX đã cung cấp cho các phụ nữ tại các xã gói đỡ đẻ sạch và khuyến khích những phụ nữ có ít nguy cơ biến chứng trong quá trình mang thai sinh con ngay tại nhà. Tuy nhiên, kết quả nghiên cứu này cho thấy thấy đa phần phụ nữ DTTS trong nghiên cứu đều chưa biết về các dấu hiệu chuyển dạ và các triệu chứng cần chăm sóc y tế và điều này có thể dẫn đến sự chậm trễ trong việc chẩn đoán và điều trị các biến chứng khi mang thai và chuyển dạ.

“Ngay từ đầu tôi đã nghĩ là sẽ đến trung tâm y tế, vì tôi sợ mẹ chồng không biết cách đỡ đẻ. Đây là con đầu của tôi nên tôi rất lo lắng.”

Một phụ nữ dân tộc Hà Nhì, Lai Châu

Những phụ nữ sinh con lần đầu tiên thường chọn sinh ở các CSYT. Lý do phổ biến nhất đó là họ “sợ” do họ chưa có kinh nghiệm sinh con bao giờ và họ không biết cách rặn đẻ hay đỡ đẻ. Trong những trường hợp này, các CSYT được xem là địa điểm an toàn hơn so với tại nhà trong trường hợp có biến chứng xảy ra. Hơn nữa, một số phụ nữ chưa sinh con bao giờ cũng cho rằng các CSYT sạch hơn và vệ sinh hơn so với môi trường ở nhà. Ngược lại, phụ nữ đã sinh con nhiều lần và quá trình mang thai khỏe mạnh thường quyết định đẻ tại nhà. Một số phụ nữ đã sinh con thích sinh con tại nhà để dễ chăm sóc con và các thành viên gia đình và để lo luôn việc nhà hàng ngày. Có một số trường hợp phụ nữ đẻ con đầu tại một CSYT và những lần sinh sau thì chọn tại nhà. Ngược lại, chúng tôi không thấy bất kỳ trường hợp nào đã từng sinh con tại nhà, rồi sau đó lại sinh con ở các CSYT.

“Mặc dù điều kiện kinh tế của chúng tôi còn khó khăn, tôi sẽ phải chọn một CSYT tư nhân để tiếp cận với dịch vụ tốt hơn [so với bệnh viện huyện]”

Một phụ nữ dân tộc Thái, Sơn La

Một số sở thích của phụ nữ dân tộc không được thực hiện hoặc nhìn chung không được cho phép tại các CSYT. Ví dụ, một số phụ nữ cho biết họ thích ngồi xổm trên một chiếc ghế thấp trong lúc chuyển dạ hoặc quỳ trên sàn nhà trong khi tay nắm lấy một chiếc khăn treo trên xà nhà. Trái lại, tại các CSYT thì tư thế nằm ngửa trong khi đẻ là tư thế bắt buộc. Phụ nữ thuộc một số nhóm DTTS thường tắm bằng nước lá cây ngay sau khi sinh. Các CSYT nhìn chung thường hạn chế việc sản phụ tắm sau khi sinh, mặc dù ít nhất cũng có một TYTX cho phép phụ nữ đi tắm sau khi sinh trong những nỗ lực vượt qua những “rào cản văn hóa”. Hơn nữa, theo phong tục của một số DTTS, các gia đình sẽ chôn rau thai xung quanh nhà đặc biệt nếu đứa trẻ là con trai. Tuy nhiên, những phụ nữ tham gia TLN cho biết một số trường hợp các gia đình đã mang rau thai ở CSYT về nhà (do đó đây không nhất thiết là một rào cản). Một quan điểm phổ biến trong cộng đồng DTTS các tỉnh miền núi phía bắc là: “các phong tục cũ” không còn được thực hành nữa hoặc không được xem là cần thiết đối với việc sinh con nữa. Những phụ nữ tham gia TLN ở miền núi phía bắc dường như thích sinh con như đã mô tả ở trên. Tuy nhiên, họ sẵn sàng từ bỏ sở thích này nếu họ biết một nơi sinh tốt hơn có sẵn.

Tập quán truyền thống có vai trò quan trọng hơn trong việc sinh con tại Kon Tum và Gia Lai so với các tỉnh khác. Nhiều phụ nữ và gia đình cho rằng cần phải có thầy lang tới để thực hiện các nghi lễ để giúp việc sinh con diễn ra suôn sẻ. Theo phong tục truyền thống thì cần phải có các thành viên gia đình thân thiết có mặt trong lúc sinh. Cả hai phong tục này đều không được phép thực hiện tại các CSYT. Một cán bộ TYTX đã khẳng định những phát hiện này và giải thích rằng phụ nữ vẫn

thích đẻ tại nhà mặc dù một dự án lớn của một tổ chức phi chính phủ đã đồng ý hỗ trợ 500.000 đồng (tương đương 25 đô la Mỹ) cho mỗi ca đẻ tại CSYT. Đối với những phụ nữ đẻ tại một trạm y tế xã, huyện cung cấp 35.000 đồng (tương đương 1,5 đô la Mỹ) mỗi ngày để trang trải chi phí thức ăn. Mặc dù bảo hiểm y tế chi trả tất cả các chi phí sinh tại CSYT (kể cả chi phí đi lại) nhưng nhiều phụ nữ ở khu vực Tây Nguyên vẫn quyết định làm theo phong tục gia đình và sinh con tại nhà. Tại một số xã thuộc tỉnh Kon Tum và Gia Lai, nhóm nghiên cứu thấy rằng các thầy lang là người được mời đến đầu tiên khi các phụ nữ sinh con. Như đã bàn ở trên, các nỗ lực ngăn cản phụ nữ DTTS và gia đình mời các thầy lang đến làm lễ đều không có hiệu quả. Vì vậy, việc phối hợp giữa các nhân viên y tế cung cấp dịch vụ chăm sóc y tế và thầy lang có thể khuyến khích việc tiếp cận và sử dụng dịch vụ chăm sóc sức khỏe bà mẹ và trẻ sơ sinh an toàn. Để thực hiện được sự phối hợp này, cần vận động và tăng cường năng lực cho các thầy lang để họ có thể cung cấp dịch vụ chăm sóc cơ bản, đồng thời khuyến khích họ chuyển các phụ nữ đang chuẩn bị sinh tới những cán bộ y tế được đào tạo tốt hơn.

“Nếu TYTX có cơ sở vật chất tốt, phụ nữ sẽ tới đây sinh. Khi đó họ sẽ không phải tới bệnh viện huyện nữa.”

Một nam trưởng thôn H’mong, Bắc Kạn

Một cách giải thích phổ biến của các cán bộ y tế là: phụ nữ DTTS không sinh tại CSYT là vì họ “xấu hổ”. Tuy nhiên, rất ít phụ nữ DTTS nói rằng đây là lý do khiến họ sinh con tại nhà. Trong số những phụ nữ không sinh con tại CSYT, một số cho biết lý do là vì họ không muốn phơi bày cơ thể của họ với người lạ, đặc biệt là các nam bác sĩ, và có những trường hợp phụ nữ rời khỏi cơ sở khám thai vì ở đó không có cán bộ y tế nữ. Một trường hợp đặc biệt là: ở một cộng đồng người H’mong theo đạo Tin Lành ở Sơn La, phụ nữ muốn đẻ con trong một căn phòng tối chỉ với sự hiện diện của mẹ chồng hoặc một người phụ nữ khác. Tuy nhiên, kết quả nghiên cứu cho thấy xấu hổ của phụ nữ không phải là vấn đề trong tất cả các nhóm DTTS. Nhiều phụ nữ DTTS, bao gồm cả phụ nữ H’mong, sẵn sàng để chồng, các nam bác sĩ và các nhân viên y tế khác có mặt trong lúc khám thai trước sinh và khi sinh.

“Chất lượng TYTX đã xuống cấp. Các phụ nữ dân tộc Tày đã đến đây khám và họ biết tình trạng ở đây. Vì thế họ quyết định đi bệnh viện huyện. Ở đây không có bác sĩ (tại TYTX). Chúng tôi cũng không có gói đỡ đẻ sạch.”

Một nữ hộ sinh thôn bản người DTTS, Bắc Kạn

5.2. SỰ PHÙ HỢP CỦA CHẤT LƯỢNG CÁC DỊCH VỤ CSSKBM

Các TYTX trong nghiên cứu này thường không có đủ nguồn lực, và phụ nữ thường chọn sinh con tại nhà hoặc bỏ qua các CSYT gần nhà để tiếp cận các dịch vụ tốt hơn tại bệnh viện huyện hoặc các CSYT tư nhân.

Nhiều phụ nữ cảm thấy không yên tâm do trình độ chuyên môn và chất lượng CSSKBM của đội ngũ nhân viên TYTX, nên họ sẽ có xu hướng không sử dụng các dịch vụ CSSKBM tại các CSYT trừ khi chất lượng chăm sóc ở đó được cải thiện. TYTX thường không có đủ trang thiết bị chuyên dụng, cơ sở hạ tầng kém và năng lực xử lý các trường hợp cấp cứu sản khoa vẫn còn hạn chế. Tất cả những điều này khiến phụ nữ “cảm thấy lo lắng”, và đôi khi cả TYTX chỉ có một nhân viên y tế (nếu có) ở đó để theo dõi bệnh nhân. Một vấn đề thường gặp là: khi phụ nữ đến để sử dụng các dịch vụ tại các TYTX thì ở đó lại không có ai, vì thế họ “mất niềm tin vào hệ thống này”. Một số nhân viên TYTX cho biết họ không tự tin vào khả năng trong việc xử lý các trường hợp khẩn cấp do thiếu trình độ chuyên môn và thiếu thiết bị phù hợp, bao gồm cả các loại thuốc. Các thành viên của nhóm nghiên cứu đã đến thăm một số TYTX và thấy rằng các phòng đỡ đẻ đều lạnh lẽo và thiếu thân thiện: tường bị ẩm ướt, nấm mốc, và các phòng có vẻ như rất ít khi được sử dụng. Về cảm quan chung, TYTX trông có vẻ ồm ồm, bệnh tật. Mặc dù hầu hết phụ nữ cho rằng TYTX có chất lượng thấp nhưng một số phụ nữ thừa nhận rằng các nhân viên ở đó đã cố gắng hết sức trong điều kiện nguồn lực hạn chế: “Các nhân viên TYTX đã nỗ lực hết mình trong khả năng và điều kiện cho phép để chăm sóc chúng tôi.”

“TYTX không có đủ thiết bị hiện đại. Vì thế các sản phụ không cảm thấy yên tâm.”

Một hộ sinh tại TYTX, Lai Châu

“Điều chúng tôi sợ nhất là bị cắt tầng sinh môn. Đau lắm. Chúng tôi muốn đến bệnh viện, nhưng sợ. Những ai đến bệnh viện và bị cắt tầng sinh môn rồi thì khi trở về họ khuyên những phụ nữ khác không nên đến bệnh viện ‘đùng đùng’, tầng sinh môn của mà sẽ bị cắt đấy!”

Một phụ nữ Hmông, Lai Châu

Khoảng cách xã hội giữa các nhân viên TYTX và cộng đồng cũng là một vấn đề.

Một số phụ nữ cảm thấy do dự khi nghĩ tới việc tiếp cận các dịch vụ tại TYTX vì họ ngại, sợ hoặc thiếu khả năng giao tiếp. Trong một số trường hợp, nhân viên TYTX không thực sự hòa nhập với cộng đồng địa phương. Một số phụ nữ nói rằng họ “không muốn làm phiền các nhân viên TYTX”. Điều này có thể một phần là do nhân viên TYTX làm việc theo chế độ luân chuyển công tác. Họ được cử tới làm việc ở một CSYT trong một vài năm, và khi họ được luân chuyển tới một cơ sở mới thì họ không nói ngôn ngữ địa phương hoặc họ không cùng dân tộc với các bệnh nhân. Nhiều phụ nữ tham gia TLN cho biết nhiều phụ nữ thuộc một số DTTS không muốn đẻ tại CSYT vì thái độ tiêu cực của nhân viên y tế và những rào cản ngôn ngữ. Ví dụ, ở tỉnh Bắc Kạn, phụ nữ Hmông cảm thấy miễn cưỡng khi sinh ở TYTX vì họ không hiểu tiếng Kinh và các nhân viên y tế thường dễ cáu gắt và khó chịu vì điều đó. Một số phụ nữ cho rằng các bà mẹ vườn trong bản hiểu họ hơn và giúp họ cảm thấy thoải mái hơn so với nhân viên y tế. Các bà mẹ vườn thường được đánh giá cao vì họ thường tạo cho phụ nữ DTTS cảm giác gần gũi về xã hội và tình cảm. Họ có nhiều kinh nghiệm chăm sóc sản phụ và trẻ sơ sinh cũng như được người dân trong bản tin tưởng.

“Nhân viên bệnh viện huyện là không tốt và không quan tâm. Họ dễ dàng nổi cáu với bệnh nhân. Nếu bạn có cái gì đó (ví dụ, tiền mặt) cho họ trước thì họ sẽ quan tâm đến bạn. Họ hành động như thể là một gợi ý để bạn có thể hiểu và có gì đó cho họ”

Một phụ nữ dân tộc Dao, Bắc Kạn

Các dịch vụ sinh con dựa vào cộng đồng và nguồn nhân lực cho các dịch vụ CSSKBM tại nhà ở nhiều vùng không có, mặc dù người dân có nhu cầu cao. Mặc dù do dự không muốn sinh con tại CSYT, nhưng nhiều phụ nữ lại muốn có cán bộ y tế được đào tạo hỗ trợ họ sinh con tại nhà. Tuy nhiên, thách thức ở chỗ nhân viên TYTX không đến hỗ trợ sinh con tại nhà, trừ khi có biến chứng hoặc tình trạng khẩn cấp. Nhiều xã chưa có cô đỡ thôn bản (CĐTĐ) và ở những xã đã có CĐTĐ rồi thì các cô thường được coi là quá trẻ, thiếu kinh nghiệm và thiếu trang bị, vật tư để hỗ trợ việc chuyển dạ và sinh con an toàn. Một xã ở Kon Tum có 13 thôn, nhưng chỉ có 3 CĐTĐ hỗ trợ toàn bộ 13 thôn. Điều này có nghĩa là những phụ nữ sống ở một trong số 10 thôn không có CĐTĐ thì phải đợi rất lâu thì CĐTĐ mới đến được. Thông thường, đến giai đoạn cuối của quá trình chuyển dạ họ mới gọi và do đó CĐTĐ không kịp để hỗ trợ ca sinh đẻ.

Các bệnh viện thường được ưa chuộng hơn trạm y tế xã. Tuy nhiên, những phụ nữ tham gia nghiên cứu đã có ý kiến trái chiều về chất lượng dịch vụ cung cấp. Nhiều phụ nữ không thích các bệnh viện công vì quá đông và một số đã không tin tưởng vào năng lực của các bác sĩ tại bệnh viện tuyến tỉnh/ huyện. Một rào cản phổ biến nữa là “sợ bị cắt” (cắt tầng sinh môn hay mổ lấy thai). Ngược lại, những phụ nữ đã từng sinh con ở một bệnh viện huyện ở Đắk Nông đều rất hài lòng với dịch vụ ở đó. Họ nói là các nhân viên y tế ở đó “có thái độ niềm nở, thiết bị tốt, cơ sở hạ tầng tốt hơn, và các loại thuốc đều có sẵn.”

“Cơ sở vật chất thì ổn nhưng các nhân viên mới ở đây là không thực sự tôn trọng những người Hmong. Họ không gần gũi với người Hmong. Cán bộ y tế tại các bệnh viện thường hét lên với những phụ nữ Hmong nếu họ không nói được tiếng Kinh. Vì vậy họ không muốn đến phòng khám. Và có sự khác biệt trong thái độ của nhân viên y tế; một số cán bộ thì thân thiện hơn những cán bộ khác. Chúng tôi cũng hy vọng ngày càng có nhiều người trẻ với có trình độ chuyên môn sẵn sàng phục vụ người Hmong. Họ nên nhẹ nhàng và đồng cảm hơn với những người Hmong cũng như cố gắng giải thích cho phụ nữ địa phương một cách kiên nhẫn hơn”

Lãnh đạo Hội Phụ nữ, Bắc Kạn

Thái độ thiếu thân thiện của nhân viên tại các CSYT đối với phụ nữ DTTS cũng là một yếu tố hạn chế hoặc trì hoãn việc phụ nữ tiếp cận các dịch vụ CSSKBM. Nhiều phụ nữ được hỏi đã mô tả thái độ thiếu tôn trọng và phân biệt đối xử của nhân viên y tế tại các CSYT đối với phụ nữ DTTS. Đôi khi họ còn nhận hối lộ bằng tiền để được cung cấp dịch vụ / chăm sóc tốt hơn. Phụ nữ tại một xã đã chia sẻ về việc bị phân biệt đối xử liên quan đến chi phí di chuyển đến các CSYT. Một số phụ nữ đã phản ánh lại thái độ vô cảm, thô lỗ, thờ ơ và thậm chí các hành vi bạo lực của các nhân viên y tế (sự việc thể này có vẻ thường xảy ra đối với các phụ nữ H'mong hơn phụ nữ ở các DTTS khác). Họ cho rằng nhân viên y tế phải học cách giải thích kiên nhẫn hơn cho những người phụ nữ DTTS và không quát mắng. Trong khi đó, những phụ nữ Tày ở cùng khu vực lại chưa bao giờ gặp phải các trường hợp bị nhân viên y tế đối xử một cách thô lỗ cả.

“Tại huyện và tỉnh vẫn còn tồn tại việc phân biệt đối xử. Con dâu của tôi đã phải đi từ huyện đến tỉnh do một biến chứng. Người Tày chỉ phải mất 800 nghìn để chuyển tuyến, nhưng con dâu tôi là người Hmong nên đã phải trả 1,8 triệu. Họ đã lừa chúng tôi”.

Một nam trưởng thôn người Hmong, Bắc Kạn

5.3. KHẢ NĂNG TIẾP CẬN CÁC DỊCH VỤ CSSKBM TẠI CHỖ

Tại một số xã, đặc biệt các xã ở khu vực miền núi phía Bắc, địa bàn đi lại khó khăn là một trở ngại rất lớn đối với việc tiếp cận các dịch vụ CSSKBM của phụ nữ. Đặc biệt phụ nữ H'mong sẽ phải đi bộ những quãng đường rất dài tới các CSYT vì họ thường sống rất xa các CSYT. Ở các khu vực này thường không có đường hoặc nếu có thì điều kiện đường xá rất kém. Việc đi lại do đó có thể trở nên không an toàn, đặc biệt là vào mùa mưa hoặc ban đêm. Những phụ nữ tham gia TLN bày tỏ lo ngại rằng họ có thể không đến được CSYT kịp thời và sẽ sinh con trên đường đi.

Một trong những câu trả lời phổ biến nhất, đặc biệt là ở khu vực phía Bắc, là tầm quan trọng của việc sinh đẻ gần bếp lửa và giữ ấm trong và sau khi sinh. Điều này dễ thực hiện ở nhà hơn là ở TYTX. Có rất nhiều trường hợp phụ nữ sinh con tại một CSYT và sau đó đã đi bộ hoặc đi xe máy về nhà; điều này khiến họ bị ốm trong thời gian sau sinh khi mà cơ thể của họ dễ bị tổn thương bởi không khí lạnh và gió. Kết quả nghiên cứu cho thấy các rủi ro và thách thức liên quan đến việc sinh con ở CSYT là quá lớn so với những lợi ích có được từ việc sinh con tại CSYT. Những phụ nữ có kế hoạch sinh con tại CSYT thường phải sắp xếp trước phương tiện đi từ nhà đến CSYT. Thường là họ sẽ dùng taxi và đôi khi thuê chỗ ăn nghỉ tại thị trấn huyện trong tuần trước khi sinh.

Chồng, mẹ đẻ, mẹ chồng hoặc các thành viên lớn tuổi trong gia đình thường đưa ra các quyết định về việc tiếp cận các CSYT. Ảnh hưởng của gia đình nhà chồng là rất phổ biến trong các cộng đồng phụ hệ ở các tỉnh miền núi phía bắc (ví dụ, H'mong, Thái, Dao), trong khi người mẹ đẻ có vai trò quyết định quan trọng tại các cộng đồng mẫu hệ ở Tây Nguyên (ví dụ, Xê Đăng, Ba Na). Điểm chung giữa các xã được điều tra là có rất ít phụ nữ tự ra quyết định nơi được CSSKBM và các quyết định này thường được họ thảo luận với chồng, mẹ chồng, mẹ đẻ, hoặc có thể là các thành viên khác trong gia đình. Phần lớn trong số



các phụ nữ sinh con tại nhà cho biết rằng mẹ chồng hoặc mẹ đẻ của họ là những người ra quyết định chính về nơi sinh, trong khi đối với những phụ nữ sinh con tại CSYT, người chồng hoặc bản thân họ là những người quyết định chính về nơi sinh. Người chồng đôi khi vẫn được xem như ít tham gia vào các quyết định về mang thai và sinh con của người vợ. Tuy nhiên, các kết quả của nghiên cứu cho thấy việc phát hiện này không thống nhất.

Trong một số trường hợp, người chồng rất quan tâm và tham gia vào các quyết định về nơi sinh, thậm chí còn lấn át cả mong muốn của những người lớn tuổi trong nhà. Điều này càng cho thấy tầm quan trọng của việc cần hiểu biết vai trò và bình đẳng giới trong từng điều kiện văn hóa – xã hội. Trong một số trường hợp khác, người chồng không quan tâm hoặc cũng không tham gia vào các quyết định về nơi sinh con hoặc nơi CSSKBM và chỉ có một ngoại lệ duy nhất có thể là việc chồng ra quyết định về sử dụng biện pháp tránh thai. Đặc biệt, tại một vài cộng đồng, người chồng thường không có mặt (mặc dù không phải tất cả mọi người chồng) tại các buổi chăm sóc trước sinh và khi phụ nữ sinh con, vì vậy họ thường không hiểu và không có kinh nghiệm về quá trình mang thai và sinh con.

“Đàn ông nói tiếng Kinh tốt hơn và họ cũng biết lái xe máy. Vì vậy, phụ nữ thường phụ thuộc khá nhiều vào đàn ông để đi khám ở trung tâm y tế”

Một lãnh đạo Hội phụ nữ, Bắc Kạn

“Lúc đầu, tôi muốn đi đến TYTX nhưng vì đó là vào ban đêm, trời lại mưa, nên tôi đã đẻ tại nhà.”

một phụ nữ dân tộc Hà Nhì, Lai Châu

“Khoảng cách từ nhà đến TYTX quá xa, chúng tôi sợ để rơi trên đường đi.”

một phụ nữ dân tộc Hà Nhì, Lai Châu

“Nếu tôi có thai lần nữa, tôi muốn đẻ tại nhà. Nhà tôi cách TYTX khoảng 2 km nhưng đường đi rất khó khăn. Bố mẹ chồng tôi cho phép tôi đến TYTX, nhưng tôi không muốn đi, đặc biệt khi thời tiết lạnh.”

Một phụ nữ Hmong, Lai Châu

“Tôi đã phải đi bộ xuống núi và trời rất lạnh và tôi đã rất đau khi đi bộ trở về nhà sau khi sinh. Nếu tôi sinh một con nữa thì tôi sẽ sinh tại nhà bởi vì tôi không có đủ tiền để thuê taxi. Khi sinh đứa con đầu tiên, tôi đã sinh tại bệnh viện huyện và tôi đã đi từ nhà tới viện và từ viện về nhà bằng xe máy; và sau đó tôi bị đau đầu vì nhiễm gió lạnh trên đường đi”

Một phụ nữ Hmong, Lai Châu

Người chồng thường là người “giữ cửa” tới các CSYT, đặc biệt trong chăm sóc trước sinh, vì họ thường là người có khả năng sắp xếp việc đi lại từ nhà đến các CSYT. Nhiều phụ nữ cho biết họ đã đến CSYT vì chồng họ đưa họ đến đó. Ngược lại, nhiều người nói rằng họ không tới các CSYT vì chồng họ không có nhà, hoặc không muốn đưa họ đi. Vai trò quan trọng của người chồng trong việc tiếp cận các CSYT càng thể hiện rõ ràng khi người vợ chuyển dạ và cần phương tiện để tới CSYT. Ngược lại, trong giai đoạn chăm sóc trước sinh, một số phụ nữ đã đến các CSYT khám thai mà không cần chồng vì họ có thể tự đi bộ tới đó.

Các kết quả nghiên cứu của chúng tôi khẳng định việc nhấn mạnh vai trò của nam giới trong mỗi gia đình nói riêng và bình đẳng giới trong cộng đồng nói chung là vô cùng cần thiết trong việc thiết kế các can thiệp về sức khỏe bà mẹ và KHHGĐ. Điều này sẽ giúp đảm bảo sự có tham gia của người chồng và những người lớn tuổi trong quá trình lên kế hoạch và ra quyết định. Việc tạo ra một cơ hội cho người chồng và người lớn tuổi tham gia sẽ hỗ trợ thêm can thiệp liên quan CSSKBM và KHHGĐ tại cộng đồng và giúp cho người chồng và người lớn tuổi quan tâm hơn và hiểu biết hơn về các vấn đề và cách tiếp cận tốt hơn về sức khỏe sinh sản, sức khỏe bà mẹ và trẻ sơ sinh. Những nỗ lực trên đây sẽ cần được tiếp tục nghiên cứu sâu hơn để tìm hiểu về sự khác biệt trong việc ra quyết định tại mỗi hộ gia đình ở từng bối cảnh văn hóa cụ thể, điều đó giúp cho việc thiết kế các can thiệp cụ thể hơn và điều chỉnh các dịch vụ CSSKBM và KHHGĐ cho phù hợp với những nhu cầu đa dạng và cá biệt của các nhóm dân tộc thiểu số khác nhau.

5.4. KHẢ NĂNG CHI TRẢ CÁC DỊCH VỤ CSSKBM

Hầu hết các gia đình đều còn nghèo và kết quả nghiên cứu này cho thấy rằng các chi phí (cả trực tiếp và gián tiếp) của các dịch vụ tại các CSYT được xem như là một rào cản đối với việc tiếp cận đầy đủ các dịch vụ CSTS và sinh con tại CSYT. Mặc dù BHYT đã chi trả cho các dịch vụ được cung cấp bởi các TYTX nhưng nhiều người DTTS, đặc biệt

những người thiệt thòi nhất chưa hiểu rõ về điều kiện được hưởng BHYT và cách thức hoạt động của BHYT. Hơn nữa, hầu hết phụ nữ đều bày tỏ mong muốn tiếp cận với các dịch vụ CSSKBM chất lượng tốt hơn ở các CSYT cao hơn tuyến xã. CSTS và đặc biệt là dịch vụ khi sinh còn gồm các chi phí gián tiếp không được BHYT chi trả, ví dụ như phí đi taxi, thuốc, ăn uống, chi phí cho người đi cùng và các khoản phí không chính thức (hoặc phong bì) cho nhân viên y tế để được hưởng dịch vụ và chăm sóc tốt. Những chi phí gián tiếp này nằm ngoài khả năng chi trả của nhiều các gia đình. Tại một số xã, sinh con tại các CSYT công làm tăng trách nhiệm xã hội đối với các gia đình vì họ phải tổ chức ăn uống nhân dịp sinh con và vì thế các gia đình này còn chịu thêm áp lực về tài chính.

Quan trọng hơn cả chi phí tài chính có lẽ là chi phí cơ hội, ví dụ như mất cơ hội kiếm tiền khi đi sinh con tại các CSYT. Những phụ nữ tham gia TLN cho biết họ ‘quá bận rộn’ và ‘không có thời gian’ đến các CSYT, bao gồm cả TYTX bởi vì họ phải đi làm đồng để đảm bảo các bữa ăn hàng ngày. Tại một số xã, phụ nữ làm việc đồng áng cho đến khi sinh và họ cảm thấy cần phải đi làm trở lại ngay sau khi sinh do cả áp lực tài chính và mong muốn của gia đình. Đối với nhiều phụ nữ, khoảng cách từ nhà tới CSYT quá xa đồng nghĩa với việc nếu họ đi khám thai thì họ mất đi 01 ngày công lao động. Điều này giải thích tại sao một số phụ nữ tới CSYT khám thai một hoặc hai lần để kiểm tra tình trạng thai kỳ nhưng sau đó không tiếp tục đi khám nữa. Ngoài ra, một số phụ nữ cũng lo ngại là nếu họ sinh con tại CSYT, họ có thể sẽ phải cắt tầng sinh môn hay bị mổ đẻ và như vậy thì họ sẽ phải mất nhiều thời gian bình phục thì mới có thể đi làm trở lại. Ngược lại, đối với một số phụ nữ thì chi phí không phải là rào cản lớn. Mặc dù chi phí sinh tại bệnh viện là cao nhưng nhiều phụ nữ biết xoay xở đã lên kế hoạch trước bằng cách tiết kiệm hoặc vay tiền và sẵn sàng trả nhiều tiền hơn cho các dịch vụ chất lượng cao hơn tại các bệnh viện.



“Ngay cả khi chúng tôi có tiền, chúng tôi cũng không đến bệnh viện. Khi chúng tôi sinh tại nhà, sau 30 ngày, chúng tôi có thể làm việc nhà bình thường, ngoại trừ việc rất nặng nhọc, nhưng nếu chúng tôi đi đến bệnh viện thì sau hai tháng vết cắt vẫn chưa lành và vẫn còn đau”

Một phụ nữ Hmong, Lai Châu

HỘP 4. DÂN TỘC BA NA – “ĐỂ Ở NHÀ RẤT DỄ”

Dân tộc Ba Na, một trong những dân tộc nghèo nhất, chủ yếu sống ở các tỉnh Tây Nguyên như Kon Tum và Gia Lai. Các cộng đồng ở đây có đời sống sinh hoạt và lao động dựa trên một lịch truyền thống, trong đó 10 tháng sẽ được dành cho trồng trọt và 02 tháng còn lại dành cho các hoạt động xã hội và cá nhân như cưới hỏi, dệt may và các lễ hội. Một trong những phong tục truyền thống độc đáo là lễ xô lỗ tai. Khi các em bé được một tháng tuổi, các em đã được đục lỗ tai để chính thức công nhận các em bé là thành viên của làng. Theo kết quả khảo sát, người Ba Na có một số các chỉ số về sức khỏe bà mẹ thấp nhất. Ví dụ, chỉ có 7% phụ nữ đã đi khám thai 04 lần hoặc nhiều hơn, 2% đã được chăm sóc theo các nội dung chuẩn về CSTS và chỉ 26% có hỗ trợ của cán bộ y tế có trình độ chuyên môn khi sinh.

Thầy cúng (thường là một người phụ nữ lớn tuổi) thường được mời đến nhà của người phụ nữ trong lúc chuyển dạ để thực hiện một nghi lễ nhằm đảm bảo việc sinh sẽ diễn ra an toàn và thuận lợi. Họ sẽ cúng một con vật và thầy cúng sẽ đọc những bài khấn đặc biệt. Phong tục này chỉ có thể được thực hành tại nhà - không phải ở các CSYT. Thông thường, mời thầy cúng tới làm lễ sẽ là hoạt động đầu tiên khi phụ nữ chuyển dạ. Tư thế quỳ trong khi sinh được cho là sẽ giúp cho phụ nữ sinh dễ dàng. 03 tháng sau khi sinh, phụ nữ chỉ ăn cơm với muối mặn vì họ tin rằng cách ăn này sẽ giúp sinh nhiều sữa mẹ và tăng cường các cơ bắp vùng âm đạo.

Mang thai và sinh con được coi là một quá trình tự nhiên và bình thường. Những người phụ nữ được phỏng vấn cho rằng không cần phải đi khám thai nếu họ cảm thấy không có vấn đề gì trong quá trình mang thai. Họ cho rằng chuyển dạ bình thường có nghĩa là quá trình diễn ra nhanh chóng và không có biến chứng và chỉ kéo dài một hoặc hai giờ. Họ chỉ nghĩ đến việc gặp cán bộ y tế có trình độ chuyên môn nếu cần cấp cứu hoặc quá trình đau đẻ kéo dài. Khi được hỏi tại sao không đẻ ở CSYT, một phụ nữ đã giải thích: “Sinh đẻ là việc dễ dàng. Chúng tôi không cần sự giúp đỡ cho việc này”. Những phụ nữ tham gia nghiên cứu cũng cho biết: trong các cuộc họp thôn hàng tháng mà họ tham dự, đại diện hội phụ nữ cũng truyền thông và cung cấp thông tin về CSTS và sinh con tại các CSYT. Tuy nhiên, họ cho rằng các nội dung truyền thông đó không thuyết phục. Đặc biệt là: mặc dù họ được khuyên là nên sinh con tại các CSYT để đảm bảo an toàn nhưng lại không được giải thích lý do tại sao. Ngoài ra, họ cũng thiếu thông tin về những rủi ro của việc sinh con tại nhà.

Sinh con tại CSYT giống như một sự kiện công khai và sẽ khiến nhiều người trong bản biết. Khi sinh con tại CSYT, người quen và họ hàng sẽ đến đó để thăm bà mẹ và em bé. Theo phong tục, gia đình sản phụ sẽ phải mời những người đến thăm đó tới nhà để chúc mừng sự kiện và gia đình đình sẽ phải tổ chức ăn uống. Điều này vô hình chung gây thêm áp lực về tài chính đối với gia đình sản phụ. Ngược lại, nếu sinh con tại nhà thì đó sẽ là việc riêng của gia đình và chỉ có những họ hàng thân thích mới biết, và như vậy thì họ không phải tổ chức lễ mừng to. Ngoài ra, những phụ nữ tham gia nghiên cứu cũng chia sẻ rằng họ không tiếp cận dịch vụ CSSKBM vì bản tính họ nhút nhát và họ “sợ” giao tiếp với các nhân viên y tế.

HỘP 5. DÂN TỘC H'MONG – “NHỮNG PHỤ NỮ SỐNG TRÊN CÁC VÙNG NÚI CAO MUỐN SINH CON TẠI NHÀ HƠN”

Dân tộc H'mong là một trong những nhóm DTTS lớn nhất ở Việt Nam và thường sống ở những vùng núi cao tại các tỉnh miền núi phía bắc như Lai Châu và Sơn La. Việc họ sống ở nơi xa xôi tạo nên một tính cách mạnh mẽ về bản sắc văn hóa và tính độc lập. Dân tộc H'mong được chia thành một số phân nhóm nhỏ (Mông Đen, Mông Hoa) và các nhóm được phân biệt dựa trên trang phục của phụ nữ, cũng như ngôn ngữ địa phương và phong tục. Người H'mong không có chữ viết. Các câu chuyện, bài hát và văn hóa dân gian của họ được truyền miệng từ đời này sang đời khác. Người H'mong có một số chỉ số CSSKBM thấp nhất theo kết quả khảo sát của chúng tôi. Ví dụ, chỉ có 9% phụ nữ H'mong đã từng khám thai 04 lần hoặc nhiều hơn, và chỉ có 26% phụ nữ đã từng sinh con với sự hỗ trợ của hộ sinh đã được đào tạo chuyên môn.

Sự cô lập về địa lý và điều kiện giao thông khó khăn gây ra những trở ngại đi lại đối với người H'mong. Thông thường phụ nữ phải đi rất xa và thường mất vài giờ đi bộ để đến được các CSYT. Vì thế, nhiều phụ nữ không muốn hoặc không thể đi được. Ngay cả khi họ đã chuẩn bị cho những hành trình dài như vậy để đến các CSYT, tình trạng xuống cấp của đường xá vào mùa mưa vẫn ảnh hưởng rất nhiều tới việc tiếp cận các dịch vụ tại CSYT. Những rào cản ở đây không chỉ là thiếu điều kiện đi lại hoặc chi phí đi lại đắt đỏ mà họ lo là sẽ sinh con trên đường đến CSYT, đặc biệt là trên những con đường tối hoặc không an toàn. Những lo lắng này còn lớn hơn cả những lợi ích mà họ cảm nhận từ việc sinh con tại CSYT.

Mang thai và sinh con được xem là một hoạt động tự nhiên và bình thường của phụ nữ, vì thế hầu hết phụ nữ sinh con tại nhà, trừ các trường hợp khó sinh. Một phụ nữ nói với chúng tôi rằng, “Sinh đẻ là một công việc tự nhiên của phụ nữ. Tất cả phụ nữ đều làm được việc này một cách suôn sẻ tại nhà.” Các bà mẹ chồng thường giúp con dâu sinh con tại nhà, trong tư thế ngồi trên một chiếc ghế thấp hoặc trong ngai xồm. Một số phụ nữ sinh con với sự có mặt của chồng hoặc các thành viên khác trong gia đình, trong khi những phụ nữ khác lại sinh con trong căn phòng tối và chỉ có mặt của mẹ chồng hoặc một phụ nữ khác. Các bà mẹ và trẻ sơ sinh được tắm rửa bằng nước thảo dược ấm sau khi sinh và lửa thường được đốt lên để giữ ấm. Đôi khi nhau thai được chôn, hoặc là dưới cột chính của ngôi nhà trong trường hợp sinh con trai, hoặc là dưới gầm giường nếu sinh con gái. Họ tin rằng làm như thế này sẽ giúp tăng cường sản sinh sữa mẹ. Các bà mẹ thường ở trong nhà trong vòng một tháng sau khi sinh để phục hồi sức khỏe và để tránh mang sự không may mắn cho người khác. Các bà mẹ ăn thịt gà luộc trong vòng một tháng sau khi sinh (chủ yếu là cánh và chân) và cơm, nhưng không ăn rau. Nếu trẻ sơ sinh bị vàng da, các bà mẹ sẽ chỉ ăn cơm. Phụ nữ H'mong theo đạo Tin Lành có một buổi lễ đặt tên cho con do mục sư tiến hành trong vòng 01 tháng sau khi sinh.

Chồng, mẹ chồng hoặc các thành viên cao tuổi trong gia đình thường là những người đưa ra quyết định có sử dụng dịch vụ tại các CSYT chứ không phải là người phụ nữ. Một phụ nữ đã giải thích vai trò quan trọng của người mẹ chồng trong việc quyết định có nên đi tới CSYT hay không: “Tôi biết rằng khi chuyển dạ thì tôi nên đến TYTX, nhưng tôi không thể vì đường xa quá. Hơn nữa, mẹ chồng tôi cũng không cho chúng tôi đi. Họ đã quen với việc sinh con ở nhà và vì vậy tốt hơn hết là tôi nên theo họ.” Phụ nữ cũng chia sẻ là họ ngại tiếp cận các dịch vụ CSSKBM vì họ sợ bị cắt tầng sinh môn, không có đủ tiền, sợ bị phân biệt đối xử tại các CSYT và sợ gặp nhiều khó khăn khi giao tiếp với các nhân viên y tế.

HỘP 6. DÂN TỘC CA DONG (XÊ ĐĂNG) – “CHÚNG TÔI CẢM THẤY SINH CON TẠI NHÀ LÀ BÌNH THƯỜNG”

Người Xê Đăng sống tại tỉnh Kon Tum ở Tây Nguyên. Họ có niềm tin mạnh mẽ vào sức mạnh siêu nhiên và thực hiện nhiều nghi lễ để cầu nguyện cho mùa màng thu hoạch tốt, cuộc sống yên bình và may mắn. Theo kết quả khảo sát, người Xê Đăng có một số chỉ số CSSKBM thấp nhất. Ví dụ, chỉ có 19% đã khám thai từ bốn lần trở lên và 35% sinh con ở CSYT. Phần thông tin này tập trung vào phụ nữ Ca-Dong (một nhánh thuộc dân tộc Xê Đăng).

Người Xê Đăng thường mời một thầy mo (thường là một nam giới cao tuổi trong bản) tới nhà trong lúc phụ nữ chuyển dạ để thực hiện các nghi lễ. Họ đến để kiểm tra xem trong lúc phụ nữ sinh con thì nhà họ có căng thẳng gì không; trong một số trường hợp, đồ đạc trong nhà có thể được sắp xếp lại, sợi dây thừng buộc các bó củi có thể được cắt để nói lỏng, hoặc các hàng rào gỗ có thể được dỡ xuống để “giải tỏa sự căng thẳng”. Thông thường thầy mo sẽ hướng dẫn người chồng thực hiện những điều chỉnh đó và đây được coi là sự đóng góp quan trọng của người chồng trong thời gian vợ họ sinh con. Người ta tin rằng phụ nữ là hiện thân của môi trường vật lý trong quá trình chuyển dạ và sinh. Thầy mo là người duy nhất biết làm thế nào để giảm sự căng thẳng trong hoàn cảnh đó để các em bé “sẽ được sinh ra một cách suôn sẻ”. Thầy mo cũng xoa bụng người phụ nữ và bôi máu gà đã cắt tiết lên trán, bụng và lưng dưới của người phụ nữ. Đây là một nghi lễ được cho là sẽ giúp việc sinh diễn ra an toàn và thuận lợi. Những nghi lễ này có thể được thực hiện tại nhà. Những phụ nữ nào muốn sinh con tại CSYT thì trước tiên phải thực hiện các nghi lễ đó ở nhà trước khi đi đến CSYT.

Là một xã hội mẫu hệ, mẹ đẻ của người phụ nữ là người có ảnh hưởng quan trọng trong việc sử dụng các dịch vụ CSSKBM. Điều này khác với nhiều nhóm DTTS khác nơi mà gia đình của người chồng có ảnh hưởng quan trọng nhất. Người Xê Đăng kết hôn sớm và các cô gái Xê Đăng đôi khi kết hôn ở độ tuổi 14. Sau khi kết hôn, cặp vợ chồng sống ở nhà vợ. Các bà mẹ của các sản phụ thường nhấn mạnh tầm quan trọng của các nghi lễ sinh con do thầy cúng thực hiện. Theo phong tục của người Xê Đăng, cần có nhiều phụ nữ trong bản có mặt trong khi sản phụ chuyển dạ và sinh. Sản phụ sẽ tắm ngay sau khi sinh, sau đó nghỉ ngơi gần bếp lửa và uống nước đun sôi với muối. Họ tin rằng điều này sẽ giúp máu vón cục /máu nhót trở lại bình thường và “làm sạch bên trong cơ thể”.

Theo kết quả phỏng vấn, **phụ nữ Xê Đăng ít tin vào năng lực và kỹ năng của cán bộ/nhân viên TYTX.** Họ lo lắng là trẻ sơ sinh có thể bị trượt hoặc bị rơi trong quá trình sinh và có thể đập đầu vào sàn nhà bê tông cứng. Nhà sàn truyền thống có sàn được làm bằng tre và nếu trẻ sơ sinh bị trượt ở nhà thì trẻ sẽ ít có khả năng bị tổn thương hơn. Phụ nữ cũng nói rằng họ không muốn tiếp cận các dịch vụ CSSKBM vì điều kiện đường xá kém khiến cho việc đi lại tới CSYT rất khó khăn.

6. KẾT LUẬN VÀ KHUYẾN NGHỊ



6.1 Kết luận

Các phát hiện chính của nghiên cứu này bao gồm:

- **Các chỉ số về việc tiếp cận, sử dụng dịch vụ CSSKBM và KHHGD của phụ nữ DTTS tại 6 tỉnh.** So sánh các kết quả nghiên cứu với các chỉ số quốc gia cho thấy những khác biệt lớn trong tất cả các chỉ số tiếp cận và sử dụng dịch vụ CSSKBM ngoại trừ tỷ lệ sử dụng các biện pháp tránh thai hiện đại. Hầu hết phụ nữ đều đi khám thai ít nhất một lần, nhưng khá ít người khám đủ lần (04 lần hoặc nhiều hơn 04 lần) và tỷ lệ phụ nữ được khám đầy đủ các nội dung còn thấp. **Liên quan đến xu hướng và sự bất bình đẳng trong việc tiếp cận, sử dụng các dịch vụ CSSKBM và KHHGD của phụ nữ DTTS,** kết quả nghiên cứu cho thấy ngay trong nhóm dân được nghiên cứu, tỷ lệ các chỉ số CSSKBM và CSSKSS tổng hợp thấp nhất nằm trong các nhóm dân cư thiệt thòi nhất: đó là phụ nữ nghèo nhất, phụ nữ có trình độ học vấn thấp nhất và phụ nữ dân tộc H'mong và Ba Na. Tỷ lệ này tốt hơn ở Đắk Nông và Bắc Kạn so với các tỉnh khác.
- Khá nhiều phụ nữ cho biết họ thích sử dụng các dịch vụ chăm sóc thai sản ở các CSYT tư nhân. Tại hầu hết các khu vực, phụ nữ đều cho biết họ muốn sinh con tại nhà hơn. Bắc Kạn và Đắk Nông là những trường hợp ngoại lệ, nơi mà phụ nữ thích sinh con tại các bệnh viện huyện hơn. Còn tại tất cả các khu vực và các phân nhóm thì nhu cầu muốn sinh con tại các TYTX rất thấp.
- Nhiều phụ nữ không sử dụng BHYT cho các dịch vụ CSSKBM vì họ thích sử dụng dịch vụ y tế tư nhân hơn trong quá trình mang thai và họ thường không có nhu cầu sinh con tại CSYT. Nhiều phụ nữ chưa hiểu đầy đủ về điều kiện được hưởng BHYT và cách dùng BHYT và tỷ lệ có BHYT còn thấp hơn ở những gia đình có hoàn cảnh kinh tế khó khăn nhất.
- Phân tích thống kê cho thấy các yếu tố liên quan đến phía cầu có ảnh hưởng đến việc tiếp cận, sử dụng các dịch vụ CSSKBM gồm trình độ học vấn của người mẹ, tuổi của người mẹ, tình trạng kinh tế xã hội, nơi cư trú và dân tộc. Các yếu tố liên quan phía cung cũng ảnh hưởng đến việc tiếp cận, sử dụng các dịch vụ CSSKBM gồm tỷ lệ có thẻ BHYT và chất lượng của các TYTX và khoảng cách tới bệnh viện huyện (thời gian di chuyển).
- Tỷ lệ tiếp cận và sử dụng dịch vụ thấp thường là do một loạt các yếu tố kinh tế xã hội và văn hóa từ phía cầu, bao gồm nghèo đói, khoảng cách xa về mặt địa lý và khoảng cách đi lại tới các CSYT xa, sợ bị cán bộ y tế là nam khám, sợ bị cán bộ, nhân viên y tế người Kinh và người làm hộ sinh kỳ thị và các rào cản ngôn ngữ do các cán bộ y tế không nói được ngôn ngữ DTTS [15]. Mặc dù các nhóm dân cư nghèo nhất của Việt Nam có BHYT, nhưng họ vẫn phải bỏ tiền túi để chi cho phần đóng góp cùng BHYT và các chi phí gián tiếp khác, và điều này khiến họ càng cảm thấy ngại khi nghĩ tới việc sử dụng các dịch vụ tại các CSYT [3]. Ngoài ra, việc mang thai và sinh con gắn liền với các truyền thống, văn hóa. Do đó yếu tố văn hóa đóng một vai trò quan trọng trong việc tiếp cận, sử dụng các dịch vụ CSSKBM [32]. Nhiều phụ nữ DTTS và/hoặc các thành viên gia đình họ có thể thích bà mụ vườn hoặc các thành viên trong gia đình hơn, đặc biệt nếu ca sinh đó được xem không có gì trực trặc và không cần phải có sự chăm sóc của cán bộ y tế có chuyên môn, nhưng cần có đầy đủ các nghi lễ thích hợp. Phụ nữ DTTS cũng có thể gặp khó khăn trong việc tìm kiếm các dịch vụ y tế nếu người thân như chồng hoặc mẹ chồng tham gia quá nhiều vào quá trình ra quyết định [20, 21].
- **Các yếu tố về phía cung** cũng đóng một vai trò quan trọng trong việc giải thích sự bất bình đẳng trong tỷ lệ tiếp cận và sử dụng các dịch vụ CSSKBM. Các dịch

vụ của bên cung mà không thích hợp với bối cảnh địa phương hoặc không đáp ứng nhu cầu cụ thể của người dân địa phương thường có tỷ lệ tiếp cận dịch vụ thấp. Đối với những phụ nữ DTTS có mong muốn tiếp cận và sử dụng các dịch vụ tại các hệ thống y tế chính quy, họ sẽ phải đối mặt với một thực tế là các NVYT có thể không được kiên nhẫn, hoặc không nhạy cảm với các đặc điểm văn hóa, tín ngưỡng và tập quán truyền thống của họ, và/hoặc có thể đối xử với phụ nữ nghèo và/hoặc phụ nữ DTTS thiếu tôn trọng hơn so với phụ nữ dân tộc Kinh và các dân tộc lớn khác. Tại một số khu vực ở Việt Nam, phụ nữ DTTS vẫn sinh con ở nhà mặc dù sống gần các cơ sở y tế. Tuy nhiên, bằng chứng từ các nước khác cho thấy rằng phụ nữ nghèo có xu hướng ngừng sử dụng dịch vụ chăm sóc thai sản truyền thống khi có sẵn các dịch vụ chăm sóc thai sản chuyên nghiệp chất lượng tốt có thể tiếp cận được với mức giá cả phải chăng [22]. Việc hạn chế sự sẵn có, khả năng tiếp cận hoặc khả năng chi trả có thể là những nguyên nhân chính giải thích cho những sự bất bình đẳng trong việc tiếp cận và sử dụng các dịch vụ CSSKBM của phụ nữ DTTS. Hơn nữa, các yếu tố khác như dịch vụ chăm sóc thai sản chất lượng thấp, thiếu thiết bị và/hoặc nhân sự và những quy định sản khoa tại các trung tâm y tế (ví dụ, tư thế nằm ngửa bắt buộc khi sinh, các thành viên trong gia đình không được phép có mặt trong phòng sản phụ lúc sản phụ trở dạ) cũng có thể ảnh hưởng đến việc tiếp cận và sử dụng các dịch vụ CSSKBM của phụ nữ DTTS.

- **Các kết quả của nghiên cứu này cho thấy** trong hầu hết các địa điểm nghiên cứu nhóm phụ nữ DTTS có điều kiện hơn dường như được hưởng lợi từ dịch vụ của hệ thống y tế nhiều hơn so với những phụ nữ DTTS có hoàn cảnh khó khăn hơn. Do đó, về mặt chuyên môn mà nói, ngay cả khi các dịch vụ CSSKBM có sẵn và dễ tiếp cận thì sẽ vẫn xảy ra tình trạng ít người tiếp cận và sử dụng các

dịch vụ đó nếu các dịch vụ này được coi là không phù hợp hoặc không đáp ứng mong muốn của khách hàng [9] [30]. Các thách thức liên quan đến việc tiếp cận công bằng các dịch vụ CSSKBM là các thách thức hai mặt: một mặt liên quan tới các thiếu hụt từ phía cung cấp dịch vụ (hệ thống y tế) và một mặt liên quan tới sự thiếu hụt từ phía nhận dịch vụ (khách hàng) [10], [31]. Hai mặt này tác động qua lại với nhau: nếu các hệ thống y tế không cung cấp đủ phương tiện, cơ sở hạ tầng, thuốc, nguồn nhân lực và các dịch vụ y tế phù hợp với văn hóa địa phương thì sẽ rất khó cho những người phụ nữ và gia đình của họ ít khi sử dụng các dịch vụ đó. Đồng thời, việc người dân ít có nhu cầu đối với các dịch vụ chất lượng cao có thể dẫn đến những khó khăn trong quá trình huy động nguồn lực cũng như những cam kết chính trị nhằm khắc phục những hạn chế của hệ thống y tế hiện có. Vì lý do này, chúng ta cần hiểu rõ hơn về những rào cản cụ thể đối với việc sử dụng các dịch vụ chăm sóc sức khỏe trong các cộng đồng dân cư thiệt thòi để đảm bảo việc tiếp cận bình đẳng và công bằng cho tất cả mọi người [21].

- **Văn hóa và các phong tục tập quán truyền thống định hình môi trường cung cấp dịch vụ.** Những người được phỏng vấn từ tất cả các nhóm dân tộc có quan điểm là sinh đẻ là một sự kiện tự nhiên của người phụ nữ, và đa số họ muốn sinh con tại nhà hơn là tại các CSYT, trừ khi xảy ra các biến chứng. Các kết quả định tính và bằng chứng kể lại từ người Ba Na và Ca Dong và từ quan điểm của các gia đình từ hai nhóm dân tộc này cho thấy vai trò quan trọng của các thầy mo/thầy cúng và các nghi lễ truyền thống đặc trưng của từng nền văn hóa tại nơi ở của hộ gia đình để đảm bảo việc sinh đẻ được thuận lợi và an toàn. Đồng thời, việc không thể tổ chức đầy đủ và đúng cách các nghi lễ đó tại CSYT có thể là một yếu tố làm phụ nữ muốn sinh con tại nhà hơn. Kết quả điều

tra định lượng cho thấy các yếu tố gồm chất lượng dịch vụ kém, khó tiếp cận các dịch vụ, và không có khả năng chi trả các chi phí (trực tiếp, gián tiếp và chi phí cơ hội) tại các cơ sở y tế tại những vùng sâu vùng xa là những lý do chính khiến phụ nữ muốn sinh ở nhà và hạn chế việc tiếp cận với các dịch vụ CSTS trong quá trình mang thai. Đối với hầu hết các phụ nữ, sinh con tại CSYT không được coi là phương án phù hợp, dễ chấp nhận hay hợp lý nhất. Phụ nữ muốn được ở gần gia đình và nhà mình khi chuyển dạ và sinh con. Họ cho rằng các dịch vụ sinh đẻ tại TYTX không đảm bảo chất lượng và lợi ích của việc sinh con tại các TYTX và các CSYT khác là không đáng kể nếu so sánh với những rủi ro tiềm ẩn và các chi phí cao để đến sinh con tại các CSYT.

- **Mặc dù phụ nữ miễn cưỡng với việc sinh con tại các CSYT, nhưng họ lại sẵn sàng đón nhận sự hỗ trợ của cán bộ y tế được đào tạo trong lúc sinh con tại nhà.** Tuy nhiên, thách thức thực sự là cán bộ, nhân viên TYTX thường không có mặt hỗ trợ các ca sinh tại nhà trừ khi có trường hợp khẩn cấp. Mặc dù các cô đỡ thôn bản tại thôn bản đã được đào tạo ở một số xã, nhưng họ vẫn được coi là quá trẻ và thiếu kinh nghiệm. Do đó, khi không có sự hỗ trợ của những cán bộ y tế lành nghề - những người sẵn sàng hoặc có thể hỗ trợ các ca sinh tại nhà - nhiều phụ nữ DTTS vẫn quyết định sinh con tại nhà với sự hỗ trợ của các bà mụ vườn lớn tuổi ngay tại cộng đồng.

6.2 Khuyến nghị

Nghiên cứu này đã tìm hiểu và chỉ ra các cơ hội để hệ thống y tế có thể cải thiện việc cung cấp các dịch vụ CSSKBM phù hợp với bối cảnh địa phương và đáp ứng nhu cầu của người dân địa phương. Dựa trên các bằng chứng đã trình bày trong báo cáo này, các khuyến nghị sau đây được phân nhóm dựa theo trách nhiệm và thẩm quyền của các bộ ngành và

các tổ chức, bao gồm Quốc hội, BHYT và các cơ quan phát triển.

Kiến nghị chính và quan trọng nhất là cần cung cấp các dịch vụ CSSKBM chất lượng cao hơn tại các TYTX hiện có. Các dịch vụ y tế tại TYTX là nơi phù hợp nhất để cung cấp các dịch vụ CSSKBM an toàn, hiệu quả, hợp lý và bình đẳng nhất dựa trên phong tục tập quán, giá trị văn hóa và mong muốn đa dạng của các cộng đồng khác nhau. Các dịch vụ CSSK tại địa phương có ít rào cản về tiếp cận hơn so với các dịch vụ ở cấp huyện và tỉnh, đặc biệt là các yếu tố liên quan đến phương tiện đi lại và khả năng chi trả. Tuy nhiên, chất lượng dịch vụ y tế tại TYTX là yếu tố chủ chốt trong việc cải thiện việc tiếp cận và sử dụng các dịch vụ CSSKBM của các cộng đồng DTTS trong suốt quá trình chăm sóc liên tục - từ khi phụ nữ mang thai đến khi trở dạ, sinh con và sau khi sinh. Tình hình tiếp cận và sử dụng dịch vụ hiện nay khá phân tán ở cả CSYT công và tư, tuyến xã và huyện và giữa cơ sở y tế với cộng đồng. Trong khi phần lớn phụ nữ tiếp cận và sử dụng một số dịch vụ CSTS, cần cải thiện việc phối hợp và chăm sóc tốt hơn trong khi sinh và thời kỳ ngay sau khi sinh. Dịch vụ CSSKBM chất lượng cao đòi hỏi việc sử dụng hợp lý các thực hành lâm sàng và các can thiệp tại cộng đồng dựa vào bằng chứng và được thực hiện trong môi trường nhân văn, tôn trọng và ủng hộ.

Có nhiều cách tiếp cận nhằm cải thiện chất lượng dịch vụ. Chúng tôi khuyến nghị Việt Nam sử dụng “Tiêu chuẩn nâng cao chất lượng các CSYT cho chăm sóc sức khỏe bà mẹ và trẻ sơ sinh” của Tổ chức Y tế Thế giới nhằm tìm hiểu và xác định các khoảng trống về chất lượng dịch vụ trong bối cảnh của Việt Nam, để cải thiện năng lực chăm sóc sức khỏe theo các tiêu chuẩn được quốc tế công nhận và các khuyến cáo về chất lượng đã được điều chỉnh phù hợp với bối cảnh địa phương. Khung chất lượng của Tổ chức Y tế Thế giới tập trung vào cải thiện chất lượng liên quan tới “cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe”, bao gồm áp dụng các thực hành dựa trên bằng chứng cho các dịch vụ chăm sóc thường xuyên và cấp cứu; các hệ thống thông tin trong đó hồ sơ lưu trữ giúp rà soát

và kiểm toán; và các hệ thống chức năng giới thiệu chuyển tuyến giữa các tuyến cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe khác nhau (Hình 6). Một khía cạnh liên quan và quan trọng không kém trong các nỗ lực cải thiện chất lượng là “trải nghiệm dịch vụ chăm sóc”, bao gồm sự giao tiếp hiệu quả với phụ nữ và gia đình họ về các dịch vụ chăm sóc được cung cấp, hiểu rõ mong muốn và đáp ứng quyền của họ; chăm sóc có sự tôn trọng và đảm bảo lòng tự trọng; và áp dụng cách tiếp cận hỗ trợ cảm xúc và xã hội theo lựa chọn của phụ nữ và gia đình. Các lĩnh vực cắt ngang bao gồm nguồn nhân lực có năng lực và động lực làm việc và các nguồn lực vật chất có sẵn là những điều kiện tiên quyết để có chất lượng dịch vụ tốt tại các CSYT. Để nâng cao khả năng giao tiếp hiệu quả và giảm các rào cản ngôn ngữ, các cán bộ y tế cần được tập huấn tại chỗ để cải thiện khả năng sử dụng các ngôn ngữ của các DTTS địa phương, nâng cao các kỹ năng giao tiếp và tư vấn cũng như hiểu biết về văn hóa.

Các cải thiện đối với chất lượng dịch vụ CSSKBM nên tập trung vào sáu lĩnh vực chiến lược sau gồm hướng dẫn khám bệnh, tiêu chuẩn dịch vụ, các can thiệp hiệu quả, đo chất lượng dịch vụ, các nghiên cứu liên quan và tăng cường năng lực. Tổ chức Y tế Thế giới đã đưa ra các tiêu chuẩn trong từng lĩnh vực, các chỉ số đầu vào, đầu ra, các chỉ số đo lường quá trình và kết quả, các chuẩn mực xác định rõ ràng nhằm đạt được dịch vụ CSSKBM chất lượng cao đồng thời làm cơ sở cho việc theo dõi và giám sát cải thiện chất lượng chăm sóc. Nhằm ghi nhận những khác biệt tại các xã và cán bộ y tế cung cấp dịch vụ, việc cải thiện chính sách và lập kế hoạch đối với chất lượng dịch vụ cần được điều chỉnh để phù hợp với bối cảnh địa phương nhằm đảm bảo tính ứng dụng và đạt được mục tiêu mong muốn, thay vì áp dụng một mô hình “một cỡ vừa cho tất cả” cho tất cả các địa phương. Ngoài ra, cần có các dịch vụ CSSK đáp ứng các nhu cầu SKBM và SKSS cho vị thành niên/ thanh niên, bao gồm giáo dục SKBM cho vị thành niên/ thanh niên và phát triển năng lực cho các cán bộ y tế để xử lý các nhu cầu tâm lý, khám bệnh và thông tin của lứa tuổi này.

Kết hợp các cải thiện chất lượng tại CSYT với các chiến lược tiếp cận và khuyến khích sự tham gia của cộng đồng để cải thiện việc sử dụng dịch vụ của các gia đình DTTS. Kết quả của nghiên cứu này làm nổi bật vai trò chủ chốt của các cộng đồng và người sử dụng dịch vụ trong việc xác định vai trò và sở thích của họ và quản lý chính sức khỏe của họ. Quan niệm của phụ nữ, gia đình và cộng đồng của họ về chất lượng các dịch vụ CSSKBM ảnh hưởng đến quyết định việc sử dụng dịch vụ và là những thành tố quan trọng trong việc tạo ra nhu cầu và tiếp cận tới các dịch vụ CSSKBM chất lượng cao. Do đó, làm việc với cộng đồng cần được coi là một phần không thể thiếu được trong các can thiệp nhằm nâng cao chất lượng dịch vụ chăm sóc cho bà mẹ và trẻ sơ sinh. Bên cạnh cung cấp các dịch vụ CSSKBM, các cán bộ TYTX, CĐTĐ và các cán bộ hỗ trợ cộng đồng khác có thể tham gia vào các hoạt động giáo dục, truyền thông tăng cường sức khỏe nhằm tăng cường kiến thức cho cộng đồng và vận động họ để cải thiện các hoạt động liên quan đến CSSKBM và KHHGD. Nhằm tăng cường năng lực và giáo dục cộng đồng của hội phụ nữ, cần lồng ghép các nội dung chăm sóc cho bà mẹ và trẻ sơ sinh vào hoạt động và các cuộc họp của hội. Các nhóm hỗ trợ cộng đồng có thể ảnh hưởng đến một loạt các vấn đề như nâng cao quyền phụ nữ, tăng nhận thức và kiến thức, và phát triển vốn xã hội ảnh hưởng tới quá trình ra quyết định của gia đình và hộ và lựa chọn dịch vụ chăm sóc y tế. Bên cạnh tầm quan trọng của các dịch vụ CSSKBM và các chiến dịch truyền thông với cộng đồng, vận động chính sách và các chiến dịch trên phương tiện thông tin đại chúng cần nhấn mạnh vào lợi ích cho trẻ sơ sinh về việc sử dụng các dịch vụ CSSKBM nhằm thuyết phục các bà mẹ và gia đình họ sử dụng những dịch vụ này. Sự tham gia của những người có ảnh hưởng tại địa phương – bao gồm mẹ chồng hoặc mẹ đẻ, chồng và các bà mẹ vườn - cũng vô cùng cần thiết khi lập kế hoạch và thực hiện các chiến lược truyền thông và tiếp cận đồng liên quan tới các can thiệp CSSKSS, sức khỏe bà mẹ, trẻ sơ sinh và trẻ em.

Chính phủ cần đảm bảo phụ nữ DTTS nghèo và khó khăn được tiếp cận với bảo hiểm y

tế và hiểu cách sử dụng bảo hiểm y tế. Cần có hướng dẫn về việc sử dụng bảo hiểm và tiếp cận bảo hiểm y tế dễ hơn. Nhiều phụ nữ quan tâm đến khả năng chi trả cho dịch vụ (bao gồm các chi phí trực tiếp và gián tiếp) vì vậy nên việc tăng cường tiếp cận với các dịch vụ chi phí hợp lý là rất cần thiết. Kết quả cho thấy rất nhiều phụ nữ khó khăn nhất không có bảo hiểm y tế hoặc có nhưng không biết cách sử dụng các quyền lợi của BHYT. Cần có thêm các chiến lược và chính sách để giúp người DTTS, đặc biệt đối với những nhóm gặp nhiều khó khăn và yếu thế nhất, giảm gánh nặng tài chính của dịch vụ y tế và tăng cường sử dụng dịch vụ CSSKBM bao gồm chuyển tiền hỗ trợ trực tiếp có điều kiện, sử dụng phiếu dịch vụ, và hỗ trợ đi lại. Bảo hiểm nên chi trả cho sinh con tại nhà nếu được trợ giúp bởi cán bộ y tế hay CĐTĐ. Bộ Y tế cần phát triển gói bảo hiểm y tế cơ bản chi trả cho tất cả các dịch vụ cơ bản cho SSKSS, sức khỏe bà mẹ, trẻ sơ sinh và trẻ em.

Điều chỉnh các chính sách và hướng dẫn quốc gia để đảm bảo nhóm dân cư dễ bị tổn thương có thể tiếp cận và sử dụng được các dịch vụ chăm sóc sức khỏe sinh sản, sức khỏe bà mẹ, trẻ sơ sinh và trẻ em ở tuyến chăm sóc sức khỏe ban đầu. Những khác biệt về hoàn cảnh kinh tế - xã hội và văn hóa và thực trạng chăm sóc sức khỏe sinh sản, sức khỏe bà mẹ, trẻ sơ sinh và trẻ em tại sáu tỉnh DTTS được nghiên cứu cho thấy việc cần thiết để đưa ra các giải pháp khác nhau để đáp ứng được nhu cầu của cộng đồng DTTS địa phương. Nghiên cứu này khuyến nghị rằng việc áp dụng các chính sách "một cỡ vừa cho tất cả" không đem lại hiệu quả ở những vùng mà năng lực cung cấp dịch vụ của mạng lưới y tế địa phương còn hạn chế.

Tăng cường sự giám sát và đánh giá để theo dõi trách nhiệm và nghĩa vụ giải trình của các cán bộ địa phương trong việc thực hiện hiệu quả của mạng lưới chăm sóc y tế địa phương tại các vùng có điều kiện khó khăn. Quốc hội và Bộ Y tế cần giám sát và đánh giá chặt chẽ thực trạng chăm sóc sức khỏe sinh sản, sức khỏe bà mẹ, trẻ sơ sinh và trẻ em tại các vùng DTTS ở vùng sâu, vùng xa để theo

dõi nghĩa vụ giải trình và các trách nhiệm của các lãnh đạo, cán bộ công chức địa phương và thảo luận để phát triển các can thiệp dựa vào bằng chứng để cải thiện tình hình. Đặc biệt, cần có sự tham gia chủ động, tích cực của những người đại diện các cộng đồng DTTS vào các hoạt động giám sát này.

Thiết lập các can thiệp hiệu quả có bằng chứng nhằm đạt các tiến bộ trong chương trình đào tạo và công tác chăm sóc thai sản cho các cô đỡ thôn bản người DTTS. CĐTĐ cần được nâng cao năng lực chuyên môn và khả năng cung cấp dịch vụ thông qua các cơ chế phát triển chuyên môn như giám sát hỗ trợ liên tục, đảm bảo các cô có thu nhập ổn định, và có sự gắn kết tốt hơn vào trong hệ thống y tế và các cơ sở khác. Dịch vụ CSSK tại các cộng đồng, khác với chăm sóc tại các cơ sở y tế, là một cấu phần quan trọng trong quá trình cung cấp dịch vụ liên tục cho các cộng đồng DTTS khó khăn. Cần nghiên cứu tính khả thi của việc thiết lập và triển khai các nhóm chăm sóc cộng đồng gồm các CĐTĐ kết hợp người DTTS tại cộng đồng, có trình độ tốt hơn, và trẻ hơn với các bà mẹ vườn lớn tuổi hơn, có trình độ thấp hơn, có uy tín trong cộng đồng vì đây có thể là một chiến lược hiệu quả nhằm nâng cao sử dụng dịch vụ CSSKBM và tăng tỷ lệ sử dụng cán bộ được đào tạo trong khi sinh. Bên cạnh đó, cần quan tâm hơn tới các dịch vụ CSSK tại cộng đồng đang được CĐTĐ, cán bộ y tế TYTX, và bà mẹ vườn cung cấp vì chính các dịch vụ được cung cấp tại hộ gia đình sẽ làm giảm các rào cản của việc tiếp cận và sử dụng dịch vụ. Đối với các trường hợp mang thai khỏe mạnh và có rủi ro, việc CĐTĐ hoặc cán bộ hộ sinh thăm khám tại gia đình giai đoạn trước và sau sinh có thể là cách tiếp cận dựa vào cộng đồng hiệu quả để cải thiện sức khỏe cho cả mẹ và con.

Giám sát sự bất bình đẳng trên cả các lĩnh vực chăm sóc sức khỏe và bất bình đẳng đa chiều là cần thiết để có thể thiết kế các chương trình đáp ứng nhu cầu chăm sóc sức khỏe đa dạng của các nhóm DTTS khác nhau. Phân tách số liệu theo các nhóm là chìa khóa cho sự phát triển bền vững và là trọng tâm theo dõi các cải thiện về tiếp cận các

dịch vụ CSSKBM của các nhóm khác nhau và các mức dễ bị tổn thương. Việc phân tách số liệu theo các nhóm sẽ cho thấy các khía cạnh bất bình đẳng ở đâu và giúp xác định lúc nào cần hành động và quyết định các chính sách, chương trình và hoạt động liên quan đến chăm sóc sức khỏe có thể được thực hiện tốt nhất để đem lại lợi ích cho những người cần nhất.

Cần thực hiện các nghiên cứu thử nghiệm đối chứng ngẫu nhiên hoặc nghiên cứu bán thực nghiệm để xem xét hiệu quả của các biện pháp can thiệp cải thiện chất lượng TYTX, giá trị của các dịch vụ chất lượng tốt hơn và sự tích hợp về mặt tiếp cận và kết quả CSSKBM, và các chi phí tiềm tàng và lợi ích của việc tăng chất lượng của trạm y tế xã. Có một số xã trong nghiên cứu này là những ví dụ tích cực về trạm y tế xã có chất lượng tốt, nơi việc tiếp cận và sử dụng dịch vụ CSSKBM tương đối cao. Các xã này có thể là trọng tâm của nghiên cứu trường hợp điển hình trong tương lai để xác định các sáng kiến tại địa phương, bài học

kinh nghiệm và những thách thức đang gặp phải và liên quan đến mở rộng tiếp cận các dịch vụ CSSKBM cho phụ nữ DTTS. Nghiên cứu định tính trong tương lai sẽ rất cần thiết để hiểu rõ hơn những thách thức liên quan đến các chương trình đào tạo CĐTĐB, để tìm hiểu cách cải thiện chất lượng của các chương trình, bao gồm cả việc tuyển dụng và phương pháp đào tạo, chỉ định chuyên môn và cơ chế đãi ngộ. Các nghiên cứu trong tương lai cũng nên điều tra mức độ mà các CĐTĐB được gắn kết vào các dịch vụ y tế địa phương, và nhận thức của cộng đồng về các giá trị của các nhóm cán bộ hộ sinh khác nhau (ví dụ được đào tạo so với không được đào tạo, nhóm trẻ so với nhóm già, nhóm hộ sinh đã là mẹ so với chưa bao giờ sinh con) trong quá trình mang thai và sinh con. Có một số xã trong nghiên cứu này, đặc biệt là ở Kon Tum, nơi mà việc sử dụng các CĐTĐB cao hơn so với ở các xã khác, cần tiến hành một nghiên cứu sâu về chi phí của các nghi lễ hỗ trợ trong quá trình chào đời của một thành viên mới trong gia đình và cộng đồng.



TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Liên Hiệp Quốc, Báo cáo các Mục tiêu Phát triển Thiên niên kỷ. Năm 2015, Liên Hiệp Quốc: New York.
2. Tổ chức Y tế Thế giới, Tỷ lệ tử vong bà mẹ, Bản thông tin số 348, năm 2015.
3. Bộ Y tế Việt Nam và các cơ quan khác, Các yếu tố thành công đối với Sức khỏe Phụ nữ và Trẻ em: Việt Nam. Năm 2015, Tổ chức Y tế Thế giới: Geneva.
4. Bhutta, Z.A. và R.E. Đen, Sức khỏe bà mẹ, trẻ sơ sinh, và trẻ em toàn cầu – Quá gần nhưng lại quá xa. Tạp chí Y học New England, 2013. 369 (23): trang 2226-2235.
5. Thiede, M., Thông tin và tiếp cận với dịch vụ chăm sóc sức khỏe: có một vai trò cho sự tin tưởng? Sốc Sci Med, 2005. 61 (7): trang 1452-1462.
6. Levesque, J.F., M.F. Harris, và G. Russell, Bệnh nhân là trung tâm trong tiếp cận chăm sóc y tế: khái niệm hóa tiếp cận hệ thống y tế và dân số. Tạp chí quốc tế về Công bằng Y tế, 2013. 12: trang 18.
7. Tổng cục Thống kê, Bộ Kế hoạch & Đầu tư, Điều tra Dân số và Nhà ở Việt Nam giữa kỳ thời điểm 1/4/2014: Một số chỉ tiêu chủ yếu, 2015: Hanoi.
8. Thị Thu Hà, B., T. Mirzoev, và M. Mukhopadhyay, Định hình Chương trình Nghị sự Chính sách Y tế: Chính sách làm mẹ an toàn ở Việt Nam. Tạp chí Quốc tế về Chính sách và Quản lý Y tế, 2015. 4 (11): trang 741-746.
9. Bộ Kế hoạch và Đầu tư Việt Nam, Tổng cục Thống kê, Điều tra Dân số và Nhà ở Việt Nam năm 2009. Khả năng sinh sản và tử vong ở Việt Nam: thực trạng, xu hướng và những khác biệt. 2011: Hà Nội.
10. WHO, Ước tính tỷ lệ tử vong bà mẹ từ 225 huyện khó khăn tại Việt Nam sử dụng các dữ liệu



HMIS năm 2010. 2012.

11. Viện chính sách và Chiến lược Y tế, Điều tra quốc gia về tỷ lệ tử vong bà mẹ và trẻ sơ sinh ở Việt Nam 2006-2007. Năm 2010.
12. Bộ Y tế Việt Nam, Báo cáo thường niên về sức khỏe bà mẹ và trẻ em. Năm 2011.
13. Goland, E., D.T. Hòa, và M. Malqvist, Bất bình đẳng trong việc sử dụng dịch vụ CSSKBM tại Việt Nam. Tạp chí Quốc tế về Công bằng y tế, 2012. 11: trang 24.
14. Tổng cục Thống kê Việt Nam và UNICEF, Điều tra đánh giá các mục tiêu trẻ em và phụ nữ Việt Nam (MICS Việt Nam 2014), những phát hiện chính. 2014: Hà Nội
15. UNFPA, Tình hình sinh đẻ ở các cộng đồng dân tộc thiểu số - Một nghiên cứu định tính tại tỉnh Bình Định. 2008, UNFPA Hà Nội.
16. UNFPA, Sức khỏe sinh sản của người Mông ở Hà Giang - quan điểm nhân chủng học y tế 2008, UNFPA: Hà Nội.
17. White, J., P. Oosterhoff, và N.T. Hương, Xóa bỏ các “rào cản” trong tiếp cận: phụ nữ dân tộc thiểu số và các dịch vụ sức khỏe bà mẹ tại Việt Nam. Y tế công cộng toàn cầu, 2012. 7 (8): trang 869-81.
18. Lassi, Z.S., et al., Các can thiệp cần thiết trước khi mang thai vào trong quá trình mang thai nhằm cải thiện sức khỏe bà mẹ, trẻ sơ sinh và trẻ em. Tạp chí Sức khỏe Sinh sản, 2014. 11 Suppl 1: p. S2.
19. Chương trình CSSKBM và Trẻ em và USAID. Đánh giá nhanh các cơ sở y tế (R-HFA) [trích dẫn ngày 10 tháng 12 năm 2015]; Có trên: <http://www.mchip.net/node/791>.
20. Huberman, A.M và M.B. Miles, Sổ tay của chuyên gia nghiên cứu định tính. 2002, Thousand

- Oaks, CA: Sage Publications.
21. Tổ chức Y tế Thế giới (WHO), Tình trạng bất bình đẳng: sức khỏe sinh sản, bà mẹ, trẻ sơ sinh và trẻ em. 2015, WHO: Geneva.
 22. Braun V và Clarke V, Sử dụng phân tích chuyên đề về tâm lý. *Qual Res Psychol*, 2006. 3 (77-101).
 23. Bloom, S.S., T. Lippeveld, và D. Wypij, Dịch vụ chăm sóc trước sinh có tạo sự khác biệt trong sinh con an toàn không? Một nghiên cứu ở vùng đô thị Uttar Pradesh, Ấn Độ. *Kế hoạch Chính sách Y tế*, 1999. 14 (1): trang 38-48.
 24. Rockers, P.C., et al, Dịch vụ chăm sóc trước khi sinh có ảnh hưởng tới việc sinh đẻ tại cơ sở y tế ở nông thôn Tanzania: một nghiên cứu dựa trên dân số. *Tạp chí Sức khỏe Bà mẹ và Trẻ em*, 2009. 13 (6): trang 879-85.
 25. Lincetto O, et al, Chăm sóc tiền sản - Cơ hội cho trẻ sơ sinh của châu Phi: dữ liệu thực tế, hỗ trợ chính sách và chương trình trợ giúp cho việc chăm sóc trẻ sơ sinh tại châu Phi, J. Lawn, Editor. 2006, PMNCH: Cape Town.
 26. Tổ chức Y tế Thế giới, Quản lý tổng hợp mang thai, sinh con, sau sinh và chăm sóc trẻ sơ sinh: Hướng dẫn thực hành cần thiết. Năm 2006, WHO: Geneva.
 27. Tổ chức Y tế Thế giới, Chăm sóc tiền sản ở các nước đang phát triển: những lời hứa, những thành tựu và cơ hội bị bỏ lỡ: phân tích về xu hướng, các cấp độ và khác biệt, giai đoạn 1990-2001. Năm 2003, Tổ chức Y tế Thế giới: Geneva.
 28. Tổ chức Y tế Thế giới, Thử nghiệm ngẫu nhiên về chăm sóc tiền sản: cảm nang thực hiện mô hình mới. Năm 2002, WHO: Geneva.
 29. Shengelia B, Murray CJL, và Adams OB, Vượt lên trên cả tiếp cận và sử dụng: xác định và đo lường độ bao phủ của hệ thống y tế, trong *Đánh giá Hiệu suất Hệ thống Y tế. Tranh luận, phương pháp và trải nghiệm*, Murray CJL và Evans DB, các biên tập viên. Năm 2003, Tổ chức Y tế Thế giới: Geneva. trang 221-234.
 30. Obrist, B. và đồng nghiệp, Tiếp cận chăm sóc y tế trong bối cảnh mất an ninh sinh kế: Khung phân tích và hành động. *PLoS Med*, 2007. 4(10): p. 1584-8.
 31. O'Donnell, O., Tiếp cận chăm sóc y tế ở các nước đang phát triển: phá vỡ những rào cản phía cầu. *Cad Saude Publica*, 2007. 23(12): tr. 2820-34.
 32. Duong, D.V., C.W. Binns và A.H. Lee, Utilization of delivery services at the primary health care level in rural Vietnam-Sử dụng các dịch vụ sản khoa tại các cơ sở y tế tuyến ban đầu ở nông thôn Việt Nam. *Tạp chí Khoa học Xã hội và Y tế*, 2004. 59(12): tr. 2585-2595.
 33. Graner, S., et al., Quan điểm của các chuyên gia CSSKBM về việc cung cấp và sử dụng dịch vụ chăm sóc trước sinh và khi sinh: nghiên cứu mô tả định tính ở nông thôn Việt Nam. *BMC Public Health*, 2010. 10(1): tr. 1-10.
 34. Houweling, T.A., et al., Bất bình đẳng giàu-nghèo rất lớn trong việc chăm sóc thai sản: nghiên cứu so sánh quốc tế về CSSKBM và trẻ em ở các nước đang phát triển. *Bull World Health Organ*, 2007. 85(10): tr. 745-54.

CÁC BẢNG BỔ SUNG

Bảng 9. Đặc điểm sinh thái của 60 xã

Tên	Khoảng cách đến bệnh viện huyện (km)	Khoảng cách đến bệnh viện huyện (thời gian phút)	Tỷ lệ nam giới biết chữ (%)	Tỷ lệ nữ giới biết chữ (%)	Phương tiện đi lại chính	Khoảng cách đến đường quốc lộ (km)	Tỷ lệ hộ nghèo (%)	Tỷ lệ hộ có bảo hiểm y tế (%)
Bản Lắm	35	60	90	85	5. Xe máy	17	55	100
Bằng Thành	15	40	-88. Không biết	-88. Không biết	5. Xe máy	60	26	100
Bình Trung	30	60	99	99	5. Xe máy	39	36	100
Cần Co	95	240	80	60	5. Xe máy	120	40	98
Cao Tân	21	50	60	40	5. Xe máy	6	30	99
Cao Thượng	15	30	-88. Không biết	-88. Không biết	5. Xe máy	1	31	100
Chiềng Khay	60	210	85	70	5. Xe máy	12	31	98
Chiềng Khùa	26	120	60	50	5. Xe máy	21	30	91
Chiềng Lao	27	45	75	67	5. Xe máy	0	51	100
Chiềng Sại	60	180	80	65	5. Xe máy	50	33	100
Cổ Linh	55	90	50	50	6. Đi bộ	6	54	100
Co Mạ	43	90	70	30	5. Xe máy	42	42	100
Co Tòng	57	180	90	59	5. Xe máy	57	15	95
Đăk Kôl	24	50	63	58	5. Xe máy	25	47	96
Đăk Long	11	30	70	67	6. Đi bộ	0	30	99
Đăk Na	50	80	70	60	5. Xe máy	0	41	100
Đăk R'Tiêh	18	50	39	24	5. Xe máy	2	30	90
Đăk Rìng	58	90	60	70	6. Đi bộ	58	39	90
Đăk Roong	60	90	-88. Không biết	-88. Không biết	5. Xe máy	90	50	89

Tên	Khoảng cách đến bệnh viện huyện (km)	Khoảng cách đến bệnh viện huyện (thời gian phút)	Tỷ lệ nam giới biết chữ (%)	Tỷ lệ nữ giới biết chữ (%)	Phương tiện đi lại chính	Khoảng cách đến đường quốc lộ (km)	Tỷ lệ hộ nghèo (%)	Tỷ lệ hộ có bảo hiểm y tế (%)
Đắk Sao	30	60	95	80	5. Xe máy	0	74	100
Đắk Som	20	25	55	50	5. Xe máy	0	70	95
Đắk Trôi	50	90	60	57	5. Xe máy	15	61	30
Đứa Mòn	50	120	75	25	5. Xe máy	15	40	100
é Tông	60	180	90	70	5. Xe máy	60	61	90
Hà Đông	63	200	75	50	6. Đi bộ	63	58	100
Hà Tây	35	55	45	55	6. Đi bộ	16	-88	98
Hang Chú	53	150	75	50	6. Đi bộ	53	46	96
Háng Đồng	38	150	35	20	5. Xe máy	35	48	100
Huổi Luông	30	45	60	40	5. Xe máy	9	28	100
la HDReh	15	45	60	40	5. Xe máy	25	48	98
la Lâu	45	80	93	95	5. Xe máy	45	10	96
la Tiêm	25	40	85	80	5. Xe máy	7	21	70
Khoen On	32	60	30	25	5. Xe máy	32	34	100
Kon Chiêng	47	75	80	60	5. Xe máy	43	51	95
Lé Lợi	35	40	45	43	5. Xe máy	6	11	92
Ma Li Chải	80	180	65	30	5. Xe máy	80	56	100
Măng Buk	45	75	90	91	5. Xe máy	45	43	100
Mố Si San	60	150	-88. Không biết	-88. Không biết	5. Xe máy	60	43	98
Mường Bám	68	180	80	70	5. Xe máy	68	57	100
Mường Tề	34	60	80	60	5. Xe máy	0	19	85
Nà Ớt	60	120	90	70	5. Xe máy	0	61	100
Nậm Cha	62	180	-88. Không biết	-88. Không biết	5. Xe máy	80	40	95

Tên	Khoảng cách đến bệnh viện huyện (km)	Khoảng cách đến bệnh viện huyện (thời gian phút)	Tỷ lệ nam giới biết chữ (%)	Tỷ lệ nữ giới biết chữ (%)	Phương tiện đi lại chính	Khoảng cách đến đường quốc lộ (km)	Tỷ lệ hộ nghèo (%)	Tỷ lệ hộ có bảo hiểm y tế (%)
Nậm Giôn	39	100	72	61	7. Khác	40	50	100
Nậm Mạ	106	240	80	75	5. Xe máy	80	22	22
Ngọc Tem	56	120	97	93	5. Xe máy	47	42	99
Nùng Nàng	34	60	80	40	5. Xe máy	0	10	99
Pa Tần	30	61	95	75	5. Xe máy	11	42	100
Pha Mu	43	120	50	70	5. Xe máy	35	33	100
Pờ Ê	43	60	80	60	5. Xe máy	0	10	100
Quảng Hòa	120	200	20	15	5. Xe máy	4	88	100
Quảng Sơn	45	60	100	100	5. Xe máy	0	52	100
Sìn Sủi Hồ	70	120	60	55	5. Xe máy	30	39	100
Sơn Lang	32	50	90	85	5. Xe máy	0	36	50
Suối Bau	20	120	30	12	5. Xe máy	10	35	100
Suối Tọ	20	40	40	6	5. Xe máy	20	57	90
Tà Tổng	50	210	80	40	5. Xe máy	170	60	95
Tân Thành	18	30	90	90	5. Xe máy	10	30	70
Thu Lùm	100	230	65	75	5. Xe máy	0	31	95
Tủa Sín Chải	50	120	50	35	5. Xe máy	0	16	82
Xuân Lạc	35	90	68	70	5. Xe máy	12	45	95

Bảng 10. Tóm tắt ước tính các chỉ số về chăm sóc SKSS, SKBM, trẻ sơ sinh và trẻ em theo tình trạng kinh tế

Chỉ số CSSK chính	20% nghèo nhất N =713	20% tiếp theo theo N=1288	20% tiếp theo theo N =818	20% tiếp theo theo N=1176	20% giàu nhất N = 614
Tỷ lệ sử dụng dịch vụ CSTS – khám thai ít nhất 01 lần	55,7	65,3	74,0	81,0	93,3
Tỷ lệ sử dụng dịch vụ CSTS – khám thai ít nhất 04 lần	5,9	9,5	11,2	20,1	42,2
CSTS trong 16 tuần đầu mang thai	25,4	35,6	39,2	48,7	66,0
Nội dung CSTS (đo huyết áp, xét nghiệm máu và nước tiểu)	7,6	13,1	18,0	20,2	33,6
Ca sinh được nhân viên y tế được đào tạo chuyên môn hỗ trợ	25,8	40,0	46,1	57,4	80,6
Sinh con tại CSYT	20,8	33,5	39,2	48,7	70,8
Chăm sóc trẻ sơ sinh trong vòng 48 giờ sau khi sinh	21,7	33,5	36,9	45,2	67,9
Tỷ lệ sử dụng biện pháp tránh thai - phương pháp hiện đại	54,5	56,0	56,4	58,1	57,8
Bảo hiểm y tế	75,9	77,1	81,4	83,7	90,7
Số con trung bình/gia đình	2,48	2,19	1,99	1,87	1,61

Bảng 11. Tóm tắt ước tính các chỉ số về chăm sóc SKSS, SKBM, trẻ sơ sinh và trẻ em theo trình độ học vấn

Chỉ số CSSK chính	Không đi học N=1,727	Hết tiểu học N=745	Hết THCS N=1,440	Hết THPT, CĐ, ĐH N= 697
Tỷ lệ sử dụng dịch vụ CSTS – khám thai ít nhất 01 lần	57,3	75,0	81,3	93,4
Tỷ lệ sử dụng dịch vụ CSTS – khám thai ít nhất 04 lần	5,6	13,3	18,3	42,2
CSTS trong 16 tuần đầu mang thai	29,2	39,1	47,0	66,7
Nội dung CSTS (đo huyết áp, xét nghiệm máu và nước tiểu)	11,9	17,3	18,8	29,8
Ca sinh được nhân viên y tế được đào tạo chuyên môn hỗ trợ	30,6	44,7	56,4	82,2
Sinh con tại CSYT	25,0	39,2	46,0	74,7
Chăm sóc trẻ sơ sinh trong vòng 48 giờ sau khi sinh	25,0	36,9	45,1	69,3
Tỷ lệ sử dụng biện pháp tránh thai - phương pháp hiện đại	52,2	56,4	60,0	60,6
Bảo hiểm y tế	74,5	81,5	83,8	92,1
Số con trung bình/gia đình	2,64	2,10	1,60	1,41

Bảng 12. Tóm tắt ước tính các chỉ số về chăm sóc SKSS, SKBM, trẻ sơ sinh và trẻ em theo dân tộc

Chỉ số CSSK chính	Tây N=155	Gia Rai N=176	Mnông N=168	Thái N=1,087	Hà Nhi N=171	Dao N=336	Xê Đăng N=407	Ba Na N=447	H'mong N=1,283
Tỷ lệ sử dụng dịch vụ CSTS – ít nhất 01 lần khám thai	98,1	86,3	83,3	81,2	69,5	71,1	71,2	66,6	61,7
Tỷ lệ sử dụng dịch vụ CSTS – khám thai ít nhất 04 lần	66,4	14,7	19,6	21,8	3,5	14,2	18,9	6,5	8,5
CSTS trong 16 tuần mang thai	78,0	44,3	59,5	49,2	48,5	42,5	35,6	25,7	32,6
Nội dung CSTS (đo huyết áp, xét nghiệm máu và nước tiểu)	40,6	3,4	21,4	24,6	14,0	31,2	7,8	1,5	15,5
Ca sinh được nhân viên y tế được đào tạo chuyên môn hỗ trợ	98,0	86,9	63,1	62,7	58,4	55,5	42,7	25,9	25,4
Sinh con tại CSYT	98,7	83,5	54,1	48,8	57,8	50,6	35,1	20,3	22,3
Chăm sóc trẻ sơ sinh trong vòng 48 giờ sau khi sinh	81,2	56,8	60,1	51,7	29,2	45,8	43,0	20,8	21,6
Tỷ lệ sử dụng biện pháp tránh thai - phương pháp hiện đại	70,9	42,1	61,0	54,9	50,0	63,4	73,7	41,1	50,3
Bảo hiểm y tế	96,1	89,2	89,8	86,4	74,2	80,0	87,7	71,1	74,9
Số con trung bình/gia đình	1,52	2,02	2,22	1,77	1,85	1,90	1,76	2,65	2,32

Bảng 13. Phân tích hồi quy các biến số chính liên quan đến chỉ số tổng hợp SKSS, SKBM, trẻ sơ sinh và trẻ em (tỷ lệ có BHYT không được tính trong chỉ số tổng hợp)

	Biến số	Ước lượng	SE	t	P-value
Tỉnh	Bắc Kạn	0.2530	0.0319	7.9	0.00
	Đắk Nông	0.2054	0.0278	7.4	0.00
	Gia Lai	0.2025	0.0356	5.7	0.00
	Lai Châu	0.0826	0.0303	2.7	0.00
	Sơn La	0.1049	0.0307	3.4	0.00
Dân tộc	Tày	0.0448	0.0245	1.8	0.06
	Thái	0.0166	0.0156	1.1	0.28
	Hmong	-0.0986	0.0156	-6.3	0.00
	Dao	0.0579	0.0191	3.0	0.00
	Gia Rai	-0.0098	0.0310	-0.3	0.75
	Ba-Na	-0.2489	0.0269	-9.3	0.00
	Xê Đăng	0.0927	0.0294	3.1	0.00
	Mnong	0.0455	0.0260	1.8	0.07
	Hà Nhì	0.0401	0.0235	1.7	0.08
Giáo dục	Tiểu học	0.0429	0.0106	4.0	0.00
	THCS	0.0869	0.0100	8.7	0.00
	THPT hoặc cao hơn	0.1744	0.0128	13.6	0.00
	Log (Tuổi)	0.0530	0.0176	3.0	0.00
	Bảo hiểm y tế	0.1243	0.0088	14.1	0.00
	Điểm đánh giá CSYT	0.0048	0.0005	10.3	0.00
Điều kiện kinh tế - xã hội	Q2	0.0443	0.0108	4.1	0.00
	Q3	0.0644	0.0121	5.3	0.00
	Q4	0.1017	0.0116	8.7	0.00
	Q5	0.1641	0.0150	11.0	0.00
Đặc điểm sinh thái	Khoảng cách tới bệnh viện (km)	-0.0002	0.0003	-0.5	0.62
	Khoảng cách tới bệnh viện (thời gian)	-0.0003	0.0001	-2.4	0.01
	Khoảng cách tới TYTX (km)	-0.0144	0.0081	-1.8	0.07
	Khoảng cách tới TYTX (thời gian)	-0.0090	0.0065	-1.4	0.16

Bảng 14. Tóm tắt kết quả định tính

Khả năng tiếp cận: Người dân có nhận thức được rằng một số loại hình dịch vụ có được cung cấp, có thể tiếp cận được, và có tác động đến sức khỏe của các cá nhân (các yếu tố: tính minh bạch, tiếp cận cộng đồng, thông tin, sàng lọc).

Khả năng chấp nhận: Các yếu tố văn hóa / xã hội khiến mọi người tiếp nhận dịch vụ; Các đặc tính (giới tính, nhóm xã hội) của các nhà cung cấp phù hợp với khách hàng (hoặc có thể chấp nhận được đối với họ).

Khả năng sẵn có: Các dịch vụ y tế (hoặc CSYT hoặc nguồn nhân lực cho y tế) có thể đạt được cả về mặt vật lý và một cách kịp thời. Đề cập đến việc phân phối các cơ sở và các nhà cung cấp dịch vụ sức khỏe, giờ làm việc linh hoạt, trình độ chuyên môn của của cán bộ nhân viên y tế (các yếu tố: vị trí địa lý, nơi nghỉ cho bệnh nhân tại CSYT, giờ mở cửa, hẹn lịch khám).

Khả năng chi trả: Giá dịch vụ phù hợp với thu nhập và khả năng chi trả của khách hàng (các yếu tố: giá trực tiếp của dịch vụ, thu nhập của bệnh nhân, chi phí cơ hội liên quan đến mất thu nhập).

Tính phù hợp: Phù hợp giữa các dịch vụ và nhu cầu của khách hàng, tính kịp thời của dịch vụ, thời gian chăm sóc để có thể đánh giá các vấn đề sức khỏe và xác định liệu pháp điều trị chính xác, đảm bảo chất lượng chuyên môn và thái độ phục vụ.

Tên xã	Tỉnh	Khả năng tiếp cận	Khả năng chấp nhận:	Khả năng sẵn có:	Khả năng chi trả:	Tính phù hợp:
Suối Tọ	Sơn La	Phụ nữ biết có các TYTX và các dịch vụ ở đó nhưng nhiều người lựa chọn không sử dụng các dịch vụ đó. Họ coi việc sinh con là "bình thường"; thích sinh con tại nhà Sinh con tại nhà "không vấn đề gì"; đây là một 'phong tục'. Các bà mẹ đã làm theo phong tục này bao đời nay và nói rằng sinh con tại nhà hoàn toàn không vấn đề gì Hài lòng với tình hình hiện tại và không biết tới các lựa chọn khác Không có động lực / mong muốn thay đổi (không có nhu cầu)	Theo 'phong tục' hoặc thói quen, phụ nữ ở đây thích mẹ (hoặc mẹ chồng) hỗ trợ trong khi sinh. Mẹ chồng và chồng là người ra quyết định; phụ nữ biết rằng họ nên sinh con tại TYTX, nhưng mẹ chồng bảo họ sinh con tại nhà Họ không muốn người khác nhìn thấy cơ thể của họ, ngay cả người chồng của họ (họ thường sinh con trong một căn phòng tối) Xấu hổ và sợ người lạ. Không muốn người khác nhìn thấy họ khóa thân Cộng đồng khá là tách biệt và sợ người ngoài và đặc biệt là các nam bác sĩ	Khả năng tiếp cận địa lý – TYTX cách thôn 10km, điều kiện đi lại khó khăn "Tôi biết rằng khi tôi trở dạ, tôi nên đến TYTX nhưng vì khoảng cách xa và đôi khi bố mẹ chống không cho chúng tôi đi. Họ nghĩ rằng họ đã quen với việc sinh con ở nhà vì vậy tôi nên làm theo họ"	Không áp dụng	Tính phù hợp:
Bản Lầm	Sơn La	Hầu hết phụ nữ sinh con tại nhà với sự hỗ trợ của hộ sinh đã được đào tạo hoặc mẹ chồng. Thường hợp phức tạp sẽ chuyển tới CSYT. Phụ nữ biết có các dịch vụ, nhưng không có nhu cầu cho việc sinh con tại CSYT, trừ trường hợp có nguy cơ cao hoặc thai phức tạp (họ cho rằng sinh con tại nhà không có rủi ro gì đáng ngại) Không có nhu cầu đổi với các dịch vụ ở CSYT Nữ hộ sinh TYTX và/ hoặc CĐTB hỗ trợ sinh con tại nhà, nhưng vẫn còn thiếu các bộ dụng cụ hỗ trợ sinh con an toàn	Theo tục lệ, phụ nữ Thái phải đốt lửa và giữ ấm sau khi sinh và tắm trong nước thảo dược. Những phong tục này không thể thực hiện ở các CSYT. Một ngọn lửa được thấp sáng sau khi sinh con (đăng sau phụ nữ, ở gần lưng họ), đốt lửa trong 1 tuần để giữ cho phụ nữ ấm áp. Phụ nữ sau khi sinh bị thiếu ấm - để bị ảnh hưởng bởi gió hay khí lạnh Quyết định của gia đình – ưu tiên việc sinh con tại nhà; phong tục của nhiều thế hệ. Đặc biệt bên nhà chồng sẽ quyết định sinh con ở đâu Rào cản ngôn ngữ tại các CSYT	Bệnh viện cách nhà 35 km; phụ nữ sợ họ ở trên đường; thời tiết khắc nghiệt và địa hình đi lại là một cản trở lớn	Chi phí đi lại và chi phí ăn uống tại bệnh viện tốn kém cho cả sản phụ và người đi cùng; hầu hết các gia đình không có điều kiện tài chính (Chỉ những người có điều kiện "tài chính" thì mới để nghị chuyển tuyến lên bệnh viện). Phụ nữ để nghị được giúp đỡ để sinh con tại nhà	Bệnh viện thì đông và chỉ cho phép một người thân có mặt Một số phụ nữ cho rằng thái độ tiêu cực ("thò lỗ") của nhân viên bệnh viện và ngôn ngữ hạn chế cũng là những rào cản; họ thích các dịch vụ ở địa phương của họ hơn Không có trang thiết bị hiện đại tại trạm y tế xã

Tên xã	Tỉnh	Khả năng tiếp cận	Khả năng chấp nhận:	Khả năng sẵn có:	Khả năng chi trả:	Tính phù hợp:
Huổi Luông	Lai Châu	<p>Biết là có dịch vụ đỡ đẻ tại các CSYT, nhưng vẫn nghĩ rằng để con tại nhà sẽ dễ dàng và thuận tiện hơn. Không muốn "làm phiền" nhân viên TYTX. Những trường hợp đau đẻ kéo dài thì mới đến TYTX.</p> <p>Phụ nữ trẻ hơn thường sinh con tại các CSYT - họ sợ họ không biết rặn đẻ như thế nào</p> <p>Không biết về các rủi ro của việc sinh con tại nhà</p> <p>Theo "phong tục" thì mẹ chồng sẽ hỗ trợ lúc sinh</p> <p>Không có nhu cầu đối với các dịch vụ ở TYTX và CĐTB. Trong buổi khám thai cuối cùng, nữ hộ sinh cung cấp cho sản phụ một bộ dụng cụ sinh an toàn. Năm nay, TYTX không nhận được đủ số lượng các bộ dụng cụ</p>	<p>"Phong tục" - Phụ nữ muốn cầu nguyện trong 2-3 ngày sau khi sinh con và sẽ không ở lại TYTX (để đặt tên của người Dao)</p> <p>Nhân viên TYTX chưa sát với cộng đồng.</p> <p>Phụ nữ không cảm thấy thoải mái khi tìm kiếm sự chăm sóc của nhân viên TYTX trong quá trình sinh con và CĐTB trong cộng đồng chưa được thiết lập tốt. CĐTB chỉ được gọi khi quá trình sinh con kéo dài (hơn 2-3 ngày)</p> <p>Những phụ nữ nhiều tuổi hơn (đã từng sinh nhiều lần) thường sinh con tại nhà. Phụ nữ để lần đầu thường được coi là sẽ gặp rủi ro cao hơn - "sợ hãi" và muốn được phụ thuộc vào mẹ chồng</p> <p>Giao tiếp là một thách thức: nhiều ngôn ngữ dân tộc được nói trong cùng một cộng đồng thôn bản và xã</p>	<p>Khả năng tiếp cận về mặt địa lý cũng là một rào cản.</p> <p>Đường xá đi lại khó khăn, đặc biệt là trong mùa mưa</p> <p>Hầu hết các gia đình không có xe máy</p> <p>Khoảng cách và địa hình (đường núi -khó đi lại)</p> <p>Họ sợ không thể đến cơ sở y tế kịp thời nếu đau đẻ diễn ra quá nhanh (ban đêm, đường xấu, không phương tiện giao thông, mùa mưa)</p>	<p>Chi phí - chỉ những người có điều kiện tài chính đầy đủ thì mới có thể đến bệnh viện</p>	<p>Chất lượng TYTX không tốt/ thiết bị hạn chế, không có nhu cầu đối với các dịch vụ ở TYTX; thích bệnh viện hơn TYTX. Nếu sinh con tại CSYT, họ sẽ bỏ qua các TYTX và xin giấy chuyển đến bệnh viện huyện để được chăm sóc tốt hơn</p> <p>"Một số người có tâm hiểu biết tốt hơn. Ở đây (ở các trạm y tế xã) không có đủ trang thiết bị hiện đại. Họ sẽ cảm thấy lo lắng."</p> <p>Đặc điểm nhân viên TYTX và kỹ năng giao tiếp - không kết nối tốt với bệnh nhân, vì vậy những phụ nữ nói rằng họ không muốn làm phiền họ;</p> <p>TYTX cách xa thôn bản và không thực sự kết nối tốt với cộng đồng</p>

Tên xã	Tỉnh	Khả năng tiếp cận	Khả năng chấp nhận:	Khả năng sẵn có:	Khả năng chi trả:	Tính phù hợp:
Cần Co	Lai Châu	<p>Đối với những ca không biến chứng ("dễ đẻ") – đã được xác định trong quá trình khám thai – để tại nhà là lựa chọn của những phụ nữ này</p> <p>Không cần phải đi đến CSYT: một hộ sinh đã được đào tạo sẽ tới nhà hỗ trợ</p> <p>Phụ nữ không nhớ ngày đến hạn (ngày sinh dự kiến) của họ: họ không biết đọc, vì thế ngay cả khi ngày sinh dự kiến đã được viết trên một mảnh giấy, họ cũng không biết hoặc không nhớ</p> <p>Không có nhu cầu sinh tại CSYT: rất sợ bị rạch tầng sinh môn</p>	<p>Phụ nữ không muốn làm phẫu thuật nhân viên trạm y tế xã; nhân viên y tế không phải là người cùng dân tộc, và không nói được ngôn ngữ của họ; không thoải mái</p> <p>Thời tiết lạnh khi phải về nhà sau khi sinh con</p> <p>Phụ nữ Mông rất nhút nhát và xấu hổ, đặc biệt là trước nam cán bộ y tế</p> <p>Ngôn ngữ - nhân viên không nói được ngôn ngữ của họ và phải nói qua một thông dịch viên (cán bộ trạm y tế xã không nói được tiếng dân tộc)</p> <p>Mẹ chồng khăng khăng rằng đứa con đầu tiên phải đẻ tại nhà để chôn nhau thai / dây rốn (đặc biệt là nếu đó là bé trai)</p> <p>Bố mẹ chồng khăng định rằng, nếu phụ nữ sinh con nơi khác, sữa mẹ vẫn ở vị trí này, vì vậy họ phải sinh con tại nhà</p> <p>Phải đẻ tại nhà, để làm đúng lễ đặt tên vào ngày thứ ba sau khi sinh</p>	<p>Khoảng cách (đau đẻ xảy ra đột ngột, vì thế sẽ dễ hơn nếu đẻ tại nhà)</p> <p>Đi lại và khoảng cách - phụ nữ lo lắng về thời gian đi lại quá lâu từ bệnh viện về nhà (lạnh / gió)</p>	<p>Mất nhiều chi phí đi lại từ và đến bệnh viện</p> <p>Họ muốn các thành viên gia đình đi cùng và ở cùng với họ trong thời gian sinh con (điều này có thể làm cho việc sinh con tại CSYT trở nên tốn kém hơn)</p>	<p>Nhân viên TYTX không thực sự quan tâm và phụ nữ không muốn làm phẫu thuật</p> <p>Phụ nữ không ăn đồ ăn phù hợp tại bệnh viện (chỉ có một gói bánh quy) và họ thấy đói / đau răng</p>

Tên xã	Tỉnh	Khả năng tiếp cận	Khả năng chấp nhận:	Khả năng sẵn có:	Khả năng chi trả:	Tính phù hợp:
Cao Tân	Bắc Kạn	<p>Hầu hết người H'mông để tại nhà, ngoại trừ các trường hợp khó để</p> <p>"Đề là một công việc tự nhiên của phụ nữ, tất cả mọi người làm việc này tron tru tại nhà nên tôi cũng thế"</p> <p>Nếu có thai, trong quá trình khám thai trước sinh, nếu kết quả được coi là là "bình thường" thì để tại nhà là được.</p> <p>Nhằm lẫn về chính sách / thủ tục bảo hiểm - không rõ ràng về làm thế nào để tận dụng thẻ BHYT cho quá trình chuyển lên tuyến trên</p> <p>Khả năng tiếp cận không giống nhau giữa các dân tộc – Phụ nữ Tây sống gần trung tâm xã hơn người H'mông. Họ biết nhiều về các thủ tục, quy trình và các thông tin</p> <p>Người trên núi cao: hầu hết phụ nữ (H'mong) thích sinh con tại nhà. Người trên núi thấp: hầu hết phụ nữ thích để tại các phòng khám ở Pác Nặm hoặc Ba Bể</p>	<p>Phong tục không có lợi cho việc sinh con tại CSYT:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Phụ nữ H'mông sinh con trong phòng ngủ của mình, ở một vị trí ngồi trên một chiếc ghế thấp hoặc trong tư thế ngồi xổm. Một người giữ lưng, một người đỡ phía trước để lấy em bé ra, và trải ni-lông ra sàn nhà để tránh việc em bé bị chạm sàn Sau khi sinh, em bé được tắm bằng nước nóng ở gần một ngọn lửa trong khi người mẹ được đánh thức và thay quần áo trước khi ngủ Vết cắt tầng sinh môn sẽ để lành tự nhiên, không cần thiết phải khâu lại Rau thai được chôn hoặc là ở dưới cột chính của ngôi nhà trong trường hợp bé trai, hoặc dưới gầm giường nếu là bé gái Phụ nữ phải ở trong nhà một tháng để bảo vệ sức khỏe và để tránh mang những điều không may mắn cho người khác. Rào cản ngôn ngữ -Không ai tại phòng Khám nói tiếng H'mông Phụ nữ H'mông - không muốn cơ thể họ bị nhìn thấy 	<p>Các trạm y tế xã ở xa, đường xá đi lại khó khăn, đặc biệt là vào những ngày mưa</p>	<p>Rất tốn kém để đi đến bệnh viện</p> <p>Được biết, có sự phân biệt trong việc thu phí. Phụ nữ Tày phải trả tiền ít hơn so với phụ nữ H'Mông cho một chuyến chuyển đến bệnh viện huyện - "họ đã lừa chúng tôi"</p>	<p>Mặc dù có một cô đỡ thôn bản (CĐTĐ) (cũng là một phụ nữ H'mông), phụ nữ vẫn muốn có người thân (mẹ, người chồng) hỗ trợ bên cạnh lúc sinh con</p> <p>CĐTĐ không được trang bị hoặc chuẩn bị; phụ nữ không tin tưởng vào khả năng của mình; phụ nữ cảm thấy xấu hổ khi tìm kiếm các dịch vụ họ muốn</p> <p>CĐTĐ khẳng định rằng một bác sĩ tại bệnh viện tỉnh coi thường người H'Mông "vì họ bẩn", thậm chí còn tát một người phụ nữ H'mông</p> <p>TYTX hiện chưa được trang bị tốt, chỉ cung cấp dịch vụ chăm sóc cơ bản, không có bác sĩ.</p> <p>Bệnh viện quá tải</p>

Tên xã	Tỉnh	Khả năng tiếp cận	Khả năng chấp nhận:	Khả năng sẵn có:	Khả năng chi trả:	Tính phù hợp:
Bình Trung	Bắc Kạn	<p>Việc lựa chọn địa điểm sinh cũng khác nhau theo từng nhóm dân tộc: Tày và Dao: cần nhắc việc hòa nhập xã hội và sinh con tại các phòng khám hoặc bệnh viện cấp huyện</p> <p>Phụ nữ H'Mông: để là một sự kiện bình thường mà phụ nữ phải trải qua. Họ tin rằng con họ sẽ lớn lên bình thường nếu đẻ tại nhà (không có nhu cầu đối với các dịch vụ tại CSYT); chỉ cần nhắc tới CSYT trong những trường hợp phức tạp</p> <p>Phụ nữ Tày: bệnh viện huyện được ưa thích hơn vì họ xử lý các tình huống khó một cách kịp thời (khả năng tiếp cận không phải là một vấn đề)</p> <p>Các hoạt động tiếp cận, tuyên truyền cộng đồng đã có tác dụng tốt đối với một số phụ nữ dân tộc thiểu số (Tày, Nùng, Dao): nhận thức đã được cải thiện</p> <p>H'Mông: nhu cầu rất thấp, phụ nữ H'Mông ít tự chủ hơn và thường phụ thuộc vào chồng</p>	<p>Không phân biệt đối xử đối với người Tày, nhưng đối với người Mông có những khác biệt văn hóa</p> <p>Phụ nữ đã sinh nhiều lần thường ít có khả năng đẻ tại CSYT (họ nhận thức về các rủi ro thấp hơn)</p> <p>Không sẵn sàng để có "người ngoài" hỗ trợ sinh con và để lộ cơ thể của họ với người lạ</p> <p>H'Mông: tư thế sinh con truyền thống là ngồi xổm - không muốn nằm xuống.</p> <p>Rào cản ngôn ngữ: phụ nữ cần một người phiên dịch (thường là chồng) để giao tiếp với các nhân viên y tế (hầu như chỉ nói tiếng Kinh và Tày)</p> <p>Không muốn cho "người ngoài/lạ" có mặt trong lúc sinh và không muốn phơi bày cơ thể với người lạ</p> <p>H'Mông: tư thế đẻ truyền thống là tư thế ngồi xổm - không thích nằm.</p>	<p>Đối với phụ nữ Tày, không vấn đề gì. Đối với phụ nữ H'Mông, khoảng cách là một vấn đề (15 km, 45-60 phút đi lại) - họ sẽ không đến nơi kịp để sinh</p> <p>Đường xá đi lại khó khăn, đặc biệt là trong mùa mưa</p>	<p>Phụ nữ Tày có thể đủ khả năng tài chính để sinh con tại bệnh viện</p> <p>Phụ nữ H'Mông nghèo hơn và không sẵn sàng / không có khả năng chi trả. Mặc dù việc sinh đẻ là miễn phí nhưng họ lo lắng về các chi phí gián tiếp</p>	<p>Hộ sinh/điều dưỡng dễ câu gọn với bệnh nhân H'Mông</p> <p>Thiết bị TYTX không đủ nhưng phụ nữ khẳng định rằng họ hài lòng với chất lượng dịch vụ</p> <p>Thái độ của bác sĩ tại bệnh viện huyện không phù hợp. Họ thường quát bệnh nhân khi bệnh nhân đặt câu hỏi, và không đưa ra giải thích rõ ràng</p> <p>Các Hộ sinh/điều dưỡng mới không tôn trọng những người H'Mông; không kiên nhẫn và thái độ khó đảm đảm</p> <p>Nhân viên bệnh viện huyện không tốt, không chu đáo với bệnh nhân, dễ dàng nổi giận với bệnh nhân. Nếu bạn có cái gì cho họ trước, bạn sẽ được họ quan tâm hơn; "Họ hành động như thể là một gợi ý để bạn có thể hiểu và đưa cho họ một cái gì đó".</p>

Tên xã	Tỉnh	Khả năng tiếp cận	Khả năng chấp nhận:	Khả năng sẵn có:	Khả năng chi trả:	Tính phù hợp:
Đắk Na	Kon Tum	<p>Phụ nữ biết các dịch vụ ở TYTX nhưng nhiều người lựa chọn không sử dụng các dịch vụ đó</p> <p>Cảm thấy không cần thiết phải đi TYTX (không coi việc mang thai & đẻ cần phải có can thiệp y sinh)</p> <p>Không ước tính chính xác ngày sinh (phụ nữ không theo dõi các chu kỳ / kỳ kinh gần nhất; không khám thai đủ lần để ước tính chính xác ngày sinh)</p> <p>Các bà mẹ chồng và chồng là những người ra quyết định chính trong gia đình</p>	<p>Trạm y tế xã có một số cán bộ, nhân viên là người dân tộc thiểu số thể nói tiếng địa phương. Các yếu tố khác còn quan trọng hơn</p> <p>Các TYTX không phù hợp với sở thích của phụ nữ dân tộc thiểu số (phải gần lửa sau sinh con, không muốn ở lại sau khi sinh con, phải trở lại làm việc sớm)</p> <p>Sợ phải cởi bỏ quần áo trước mặt cán bộ, nhân viên y tế</p> <p>Một số trường hợp ngoại lệ: những phụ nữ chọn sinh con tại các trạm y tế bởi vì khoảng cách gần, đau đẻ tăng nhanh, dịch vụ miễn phí, và phụ nữ được cho quần áo trẻ em miễn phí để mang về nhà</p>	<p>13 thôn trong xã này, nhưng chỉ có 3 có đỡ thôn bản mặc dù nhu cầu có đỡ thôn bản đến nhà là rất cao</p> <p>Bệnh viện: đường dài, địa hình gồ ghề, đường không trải nhựa</p> <p>Trở dạ sớm/nhanh (do uống rượu gạo - nguyên nhân gây sinh non) - không đủ thời gian để đến cơ sở y tế</p>	<p>Chi phí vận chuyển tới bệnh viện quá cao</p>	<p>TYTX: không có công nghệ hiện đại (ví dụ máy phát hiện tim thai doppler, siêu âm), cơ sở hạ tầng yếu kém; phụ nữ thích sinh con tại bệnh viện hoặc tại nhà hơn (nhu cầu đối với công nghệ mới và dịch vụ thai sản mới chưa được đáp ứng)</p>
Đắk Ring	Kon Tum	<p>Phụ nữ có học vấn cao hơn sẽ đi TYTX (những nỗ lực tiếp cận, tuyên truyền cộng đồng có thể không đến được với những người có học vấn thấp)</p> <p>Những người thân lớn tuổi (mẹ, bà và những nam giới có uy tín - thấy phù thủy) đưa ra quyết định về địa điểm sinh</p> <p>“Chúng tôi cảm thấy đẻ tại nhà là bình thường”</p> <p>Xã hội mẫu hệ - các bà mẹ có ảnh hưởng nhất đối với các quyết định</p>	<p>Ảnh hưởng của tập quán sinh con truyền thống (nghe thức khác nhau được thực hiện bởi thầy mo để giúp sinh con nhanh/thuận lợi)</p> <p>Phải ở gần lửa sau khi sinh con; giúp máu trở lại bình thường</p> <p>Chỉ tới cơ sở y tế chỉ khi đau đẻ quá lâu</p> <p>Chỉ có một cán bộ chăm sóc thai sản là nữ; phụ nữ xấu hổ khi không mặc quần áo trước các bác sĩ nam</p> <p>Thích đẻ ở tư thể quỳ hơn</p> <p>Thích có nhiều người thân có mặt trong lúc đẻ</p> <p>Ở nhà: có thể tắm ngay sau khi sinh con (“sau khi sinh con, bạn cảm thấy bẩn”); có thể có nước muối đun sôi ngay sau khi sinh con (để giúp máu vón cục quay trở lại trạng thái bình thường)</p> <p>Hầu hết các nhân viên trạm y tế xã không nói được ngôn ngữ địa phương hoặc không cùng dân tộc</p>	<p>Đường xá đi lại và cơ sở hạ tầng rất kém</p> <p>Những người sống ở xa rất hiếm khi sinh con tại các CSYT</p>	<p>Các rào cản tài chính không phải là một mối quan tâm lớn. Tất cả các chi phí có bảo hiểm y tế chi trả (thậm chí cả chi phí vận chuyển)</p> <p>Huyện cấp 35.000 đ/ngày để trả tiền thức ăn trong giai đoạn đau đẻ / sinh con cho phụ nữ dân tộc thiểu số; vẫn thích sinh con tại nhà hơn</p> <p>Chương trình hỗ trợ tài chính (của tổ chức phi chính phủ) không tác dụng (những phụ nữ đẻ tại CSYT được hỗ trợ 500.000 đồng)</p>	<p>Những phụ nữ sử dụng dịch vụ tại các CSYT sẵn sàng trả tiền các dịch vụ ở phòng khám tư nhân (và sẵn sàng đi xa hơn để sử dụng dịch vụ ở đây) để nhận được dịch vụ chất lượng tốt hơn và thời gian chờ đợi ngắn hơn</p> <p>Nhu cầu trong lúc sinh không được đáp ứng (không thể tiến hành các nghi lễ tại CSYT)</p> <p>Phụ nữ không tin tưởng vào khả năng / tay nghề của cán bộ TYTX. Họ lo lắng rằng tại CSYT, nếu em bé bị rơi (trơn trượt sau khi sinh) thì em bé sẽ đập đầu lên sàn bê tông cứng; đẻ tại nhà sẽ ít nguy hiểm hơn.</p> <p>TYTX không có đủ chăn, hoặc giường; họ phải mang chăn của mình cho các thành viên gia đình</p>

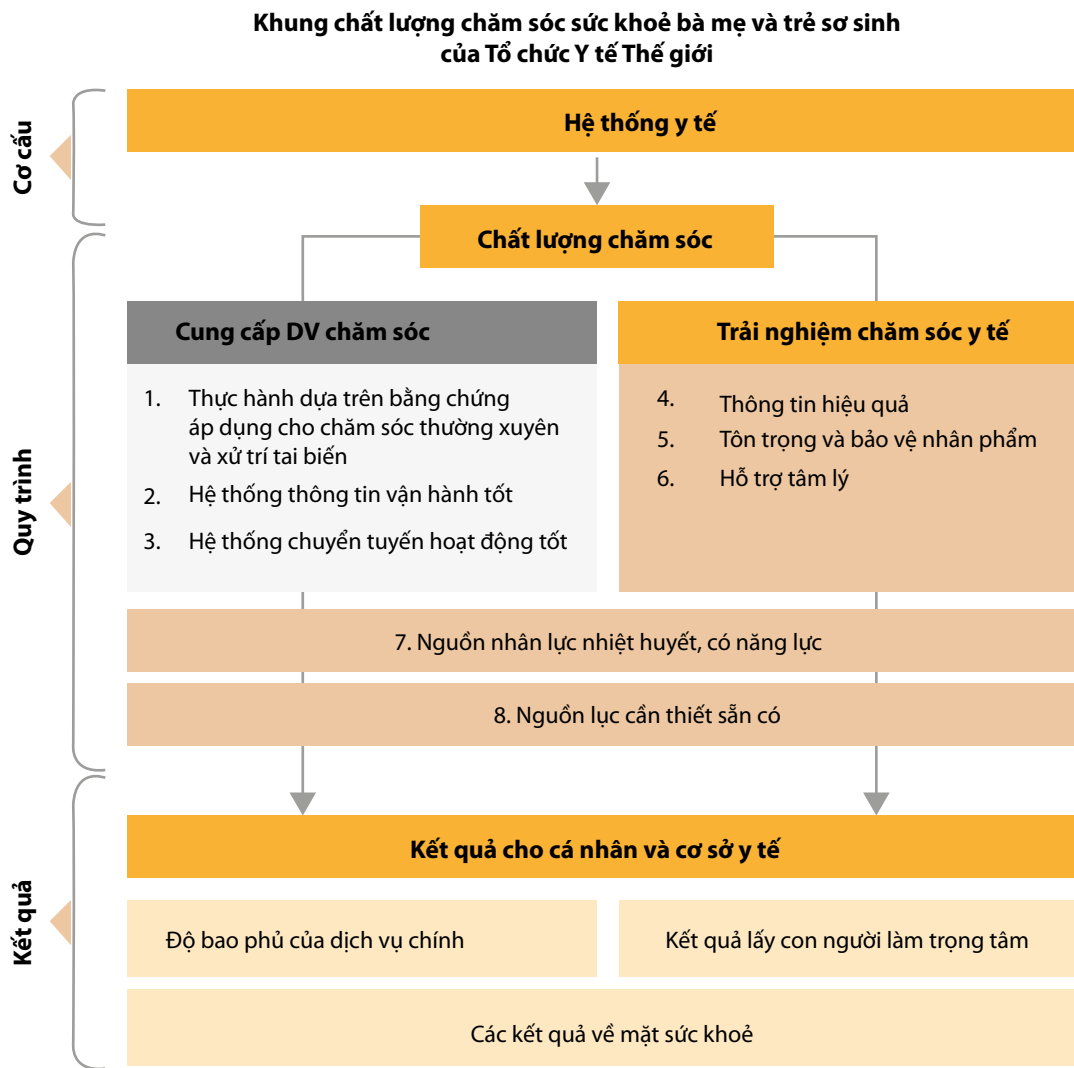
Tên xã	Tỉnh	Khả năng tiếp cận	Khả năng chấp nhận:	Khả năng sẵn có:	Khả năng chi trả:	Tính phù hợp:
Đà Trôi	Gia Lai	<p>Sinh con tại nhà được xem là “bình thường”</p> <p>Nhận thức kém về các biến chứng khi sinh / dấu hiệu nguy hiểm (do không khám thai đầy đủ)</p> <p>Những vấn đề liên quan tới sinh con tại nhà không được nhấn mạnh trong các hoạt động tiếp cận, tuyên truyền tại cộng đồng (họ được khuyến khích nên đi đến bệnh viện, nhưng không được giải thích lý do tại sao, hoặc không được nghe những ví dụ về những gì có thể xảy ra nếu đẻ tại nhà)</p> <p>Chỉ cần đi đến CSYT nếu đau đẻ/ trở dạ kéo dài hơn một ngày - can thiệp sản khoa là kế hoạch B</p>	<p>Nhút nhất - phụ nữ không muốn các bác sĩ nam nhìn thấy trong trạng thái không mặc quần áo</p> <p>Sợ bị cắt tầng sinh môn (“bị cắt”). Phụ nữ tin rằng điều này là do sinh con trong tư thế nằm ngửa; thích tư thế quỳ hơn</p> <p>Thấy mo tiến hành các nghi lễ trong lúc sinh con (không thể có ở các CSYT); cúng con vật, cầu nguyện cho việc sinh con diễn ra trôi chảy</p> <p>Hầu hết các nhà cung cấp dịch vụ là người Kinh - ít nói ngôn ngữ địa phương. Ở cấp huyện, tất cả các bác sĩ là người Kinh</p>	<p>Không phải luôn luôn tìm được nữ hộ sinh, vì vậy họ không thể chắc chắn rằng họ sẽ có được một bác sĩ nữ tại các trạm y tế xã</p> <p>Nếu phụ nữ tới trạm y tế xã, đó thường là do họ có biến chứng, do đó, họ được chuyển đến bệnh viện huyện; chi phí đi lại, vận chuyển rất cao, đặc biệt là vào ban đêm</p> <p>Khoảng cách từ nhà đến trạm y tế xã không phải là một rào cản. Mọi người thường có hai nhà. Một là gần (gần trạm y tế); một là gần ruộng nương (xa trạm y tế); thường họ làm việc trên nương đến tận lúc sinh nên khoảng cách là một vấn đề</p>	<p>Chi phí ở trạm y tế xã không phải là một rào cản</p> <p>Chi phí gián tiếp của việc sinh con tại CSYT: Nếu phụ nữ đẻ tại trạm y tế thì toàn xã sẽ biết; và gia đình lại phải tổ chức liên hoan tại nhà (rất tốn kém - gia đình phải lo ăn uống cho tất cả khách khứa đến chúc mừng em bé)</p>	Không áp dụng

Tên xã	Tỉnh	Khả năng tiếp cận	Khả năng chấp nhận:	Khả năng sẵn có:	Khả năng chi trả:	Tính phù hợp:
La Tiêm	Gia Lai	Hầu như tất cả các phụ nữ sinh con ở bệnh viện tỉnh (bỏ qua bệnh viện huyện) Trước đây, họ đã chứng kiến nhiều ca mang thai / sinh con phức tạp nên bây giờ họ thấy tầm quan trọng của việc đi khám ở các CSYT	Không áp dụng	Khoảng cách không phải là một vấn đề; Đối với (một số) phụ nữ để tại nhà, đó là bởi vì họ quá bận rộn làm việc (trên nương) và đau để ngay trên ruộng nương. Trước khi họ về đến nhà thì đã quá muộn để đi.	Hiện nay nhiều người có đủ khả năng đi bệnh viện tỉnh (học vấn cao hơn + tình trạng kinh tế xã hội tốt hơn) Phụ nữ thường thảo vát và có kế hoạch trước cho các chi phí dịch vụ (tiết kiệm hoặc vay tiền để đảm bảo sinh con tại bệnh viện). Sẵn sàng trả nhiều hơn cho các dịch vụ chất lượng cao Tại bệnh viện tỉnh, có một nhà bếp đặc biệt cho phụ nữ dân tộc thiểu số để nấu ăn, vì vậy họ không phải trả tiền ăn nếu họ ở lại	Điều kiện TYTX không tốt (không đủ trang thiết bị, không có bác sĩ, vật tư y tế và thuốc không đủ) Nhân viên tại bệnh viện tỉnh được xem là đáng tin cậy hơn (đào tạo tốt hơn, có nhiều bác sĩ) Nhân viên TYTX được xem là không đủ năng lực; không có các thiết bị cần thiết để xử lý các trường hợp khẩn cấp
Đắk R'tih	Đắk Nông	Khả năng tiếp cận tốt. Qua TV, mọi người biết về sự nguy hiểm của sinh con tại nhà (các hộ gia đình khấm khá hơn nên họ có cả điện thoại di động và TV); TYTX chuyển phụ nữ đến bệnh viện (đến địa điểm sản khoa mà họ mong muốn)	Không có rào cản về ngôn ngữ hay dân tộc tại bệnh viện. Phụ nữ nói khá tốt tiếng Kinh (Thảo luận nhóm - điều này giúp cho các hoạt động tuyên truyền và dịch vụ dễ tiếp cận hơn)	Phụ nữ để không đúng bệnh viện huyện (khác khu vực) - do chất lượng đường xá (khó tiếp cận bệnh viện tại đúng huyện của họ)	Không áp dụng - chi phí không phải là một rào cản	Phụ nữ bỏ qua TYTX; xin giấy chuyển tuyến tới bệnh viện huyện Không đủ trang thiết bị và thuốc men để xử lý các ca phức tạp tại TYTX; nếu cần mổ, họ không thể tiến hành mổ ở đây; tay nghề cán bộ y tế ở TYTX không tốt như ở bệnh viện Phụ nữ rất hài lòng với các dịch vụ tại bệnh viện huyện (cản bộ có thái độ tốt, thiết bị tốt, cơ sở hạ tầng tốt hơn, có sẵn thuốc men)

Tên xã	Tỉnh	Khả năng tiếp cận	Khả năng chấp nhận:	Khả năng sẵn có:	Khả năng chi trả:	Tính phù hợp:
Đắk Som	Đắk Nông	<p>Khả năng tiếp cận thay đổi theo nhóm dân tộc. Có một số dân tộc ở xã này (H'mong, Mạ, Kinh). Hầu hết người Mạ sinh con tại nhà. Họ chỉ đi đến TYTX hoặc bệnh viện huyện nếu họ đau đẻ hơn 1 ngày. Người Mạ coi các dịch vụ y sinh là không cần thiết</p> <p>Người Kinh đi thẳng tới CSYT ngay sau khi họ cảm thấy đau đẻ bất đầu</p> <p>Phụ nữ Mạ tin rằng họ có thể đẻ nhanh chóng do họ lao động chân tay / làm nông nghiệp. Họ khỏe hơn và quen với lao động chân tay nên họ có thể rặn đẻ mạnh hơn, nhanh hơn, và có thể kiên trì - "rặn đẻ đối với họ là quá dễ dàng"</p> <p>Nhận thức hạn chế về biến chứng khi sinh con</p>	<p>Phụ nữ Mạ "tin vào bà mẹ vườn"; vì sinh con với sự hỗ trợ của bà mẹ vườn là một truyền thống; chưa chứng kiến bất kỳ biến chứng nào</p> <p>Phụ nữ Mạ: thích đẻ ở tư thế ngồi xổm; nhưng tư thế này sẽ không được phép lựa chọn tại cơ sở y tế (họ tin rằng tư thế nằm ngửa sẽ lâu đẻ hơn)</p> <p>Phụ nữ Mạ xấu hổ khi không mặc quần áo (ở nhà, họ mặc một chiếc váy có thể che họ trong khi họ ngồi xổm)</p> <p>Rào cản ngôn ngữ: Một số phụ nữ không thể giao tiếp rất tốt bằng tiếng Kinh nên chúng phải đi cùng họ để phiên dịch cho họ</p>	<p>Khi nữ hộ sinh đang làm việc (tại trạm y tế xã), phụ nữ sẽ đến đẻ thường xuyên hơn. Nếu không đẻ được ở trạm y tế xã thì họ sẽ được chuyển đến bệnh viện huyện (người Mạ không đủ khả năng tài chính để đi bệnh viện, trong khi người Kinh thì có thể)</p> <p>Đòi khi họ tìm kiếm các dịch vụ tại các trạm y tế xã và không có nhân viên y tế ở đó để cung cấp dịch vụ cho họ, vì vậy mọi người đã mất niềm tin vào hệ thống y tế</p> <p>Khoảng cách không phải là một rào cản trong việc tiếp cận TYTX. Các TYTX chỉ cách khoảng 11 km, nhưng ... khoảng cách lớn giữa các TYTX và bệnh viện huyện làm cho thời gian chờ trong lúc chuyển tuyến là quá lâu</p>	<p>Đối với dân tộc Mạ, chi phí là một rào cản đối với việc sinh con tại CSYT. Có đỡ thôn bản được nhận 500.000 - 1.000.000 đồng cho mỗi ca sinh, vì vậy mọi người sẵn sàng trả tiền cho dịch vụ cơ đỡ thôn bản - một tiện lợi nữa của dịch vụ có đỡ thôn bản là các gia đình có thể trả góp (trả dần dần)</p> <p>Đối với những người dùng dịch vụ ở TYTX - họ có thể tiết kiệm tiền (nếu họ được chuyển gửi từ TYTX, họ không phải trả nhiều tiền ở bệnh viện. Nếu họ được chuyển, vận chuyển miễn phí (chờ xe cứu thương - được BHYT thanh toán)</p> <p>Đội xe cứu thương quá lâu - nếu họ phải gọi một xe taxi trong trường hợp khẩn cấp, giá phải là 1.000.000 đồng</p>	<p>Tại TYTX: họ không thể xử lý các ca phức tạp (thiếu trang thiết bị, nữ hộ sinh không có tay nghề tốt so với nữ hộ sinh ở bệnh viện huyện)</p>

Bảng 15. Đặc điểm nhân khẩu học của phụ nữ tham gia nghiên cứu theo tỉnh (N=4,609)

Dân tộc	Bắc Kạn (n=394)	Lai Châu (n=1233)	Sơn La (n=1492)	Kon Tum (n=511)	Gia Lai (n=712)	Đắk Nông (n=267)
Hmong	57,9	36,4	37,7	0	0	16,5
Thái	0,5	22,8	52,3	0	1,4	5,2
Ba Na	0	0	0	0,2	62,6	0
Xê Đăng	0	0	0	79,3	0,3	0
Dao	10,2	20,7	0,7	0	0,3	10,9
Gia Rai	0	0	0	0	24,7	0
Hà Nhì	0	13,9	0	0	0	0
Mnong	0	0,5	2,9	13,5	4,5	37,1
Tày	28,9	0,3	0,3	0	2,4	6,0
Khác	2,5	5,4	6,1	6,8	3,7	24,3
Trình độ học vấn trung bình (# năm)	6,27	3,72	5,16	6,17	4,94	5,91
Điều kiện kinh tế						
Nghèo	51,5	26,1	42,6	61,1	35,3	64,0
Cận nghèo	13,5	11,3	11,9	12,1	4,9	9,7
Không nghèo	35,0	62,6	45,4	26,8	59,8	26,2
Tuổi trung bình	24,51	24,33	24,32	24,10	26,22	25,98



PHỤ LỤC

NGHIÊN CỨU NHỮNG RÀO CẢN ĐỐI VỚI VIỆC TIẾP CẬN CÁC DỊCH VỤ CSSKBM & KHHGD TẠI CÁC DTTS VIỆT NAM

Đề xuất nghiên cứu

Điều chỉnh:

Ngày 28/12/ 2015: sửa đổi – cập nhật các công cụ lấy mẫu, bản tiếng Việt

Ngày 22/12/ 2015: sửa đổi – phản hồi của Bộ Y tế và UNFPA (kế hoạch phân tích sinh thái)

Ngày 14/12/ 2015: sửa đổi – phản hồi từ những người sử dụng dữ liệu (bao gồm tóm tắt các mục tiêu nghiên cứu)

Ngày 26/11/ 2015: sửa đổi – phản hồi của UNFPA (cỡ mẫu tăng, giảm bớt khảo sát)

Ngày 17/11/ 2015: Bản đề xuất nghiên cứu ban đầu

Trên thế giới, các Chính phủ đã thực hiện các nỗ lực để giảm tình trạng bất bình đẳng trong chăm sóc y tế giữa các nhóm dân cư có hoàn cảnh thuận lợi và các nhóm dân cư có hoàn cảnh khó khăn, và để đảm bảo cơ hội cho tất cả các công dân của một xã hội có được một sức khỏe tốt. Tuy nhiên, các nhóm dân cư có điều kiện thuận lợi hơn có xu hướng hưởng các lợi ích từ các hệ thống y tế nhiều hơn so với các nhóm dân cư có điều kiện khó khăn. Chính các nhóm dân cư có nhu cầu tiếp cận các dịch vụ y tế cao nhất lại có tỷ lệ người không tiếp cận, sử dụng các dịch vụ chăm sóc y tế cao hơn so với các nhóm khác. Do đó, cần phải hiểu rõ hơn các yếu tố quyết định tới việc tiếp cận, sử dụng dịch vụ chăm sóc y tế để cải thiện khả năng tiếp cận cho các nhóm thiệt thòi.³

BỐI CẢNH VIỆT NAM

Việt Nam có 53 dân tộc thiểu số (DTTS) chủ yếu sống ở vùng rừng núi xa xôi với mức độ phát triển kinh tế xã hội hạn chế và khó tiếp cận giao thông. Để giải quyết những bất bình đẳng trong chăm sóc sức khỏe sinh sản (SKSS) giữa các vùng và các nhóm dân tộc, Chính phủ Việt Nam đã có những đầu tư đáng kể trong 10 năm qua để nâng cao năng lực hệ thống chăm sóc sức khỏe, đặc biệt là ở tuyến chăm sóc sức khỏe ban đầu, vùng đồng bào DTTS và vùng sâu vùng xa. Nhiều cơ sở y tế ở vùng DTTS hoặc các xã vùng sâu vùng xa hiện nay đã được nâng cấp cơ sở hạ tầng, bao gồm cả các cơ sở và trang thiết bị thiết yếu và nâng cao năng lực nguồn nhân lực, khả năng cung cấp các dịch vụ chăm sóc sức khỏe bà mẹ (CSSKBM) và kế hoạch hóa gia đình (KHHGĐ) cho người dân địa phương.

Mặc dù đã được đầu tư như vậy nhưng dữ liệu hiện có cho thấy sự chênh lệch lớn vẫn tồn tại trong các chỉ số về tỷ lệ và kết quả chăm sóc SKSS giữa các khu vực, dân tộc và các nhóm thu nhập. Mặc dù tỉ số tử vong mẹ cấp quốc gia (MMR) đã giảm đáng kể ở Việt Nam từ 165/100.000 trẻ sơ sinh sống năm 2002 xuống còn 69/100.000 trẻ sơ sinh sống vào năm 2010, nhưng MMR tại 225 huyện DTTS, miền núi và vùng sâu vùng xa nhất vẫn cao ở mức 104/100.000 trẻ sơ sinh sống;⁴ MMR trong các nhóm DTTS cao hơn 4 lần so với nhóm dân tộc Kinh (nhóm dân tộc đa số).⁵

CHĂM SÓC SỨC KHỎE BÀ MẸ

Việc theo dõi tỷ số tử vong mẹ rất tốn kém và can thiệp chính để giảm tỷ số tử vong mẹ là tăng tỷ lệ tiếp cận dịch vụ và sử dụng cán bộ y tế có chuyên môn, nên tỷ lệ phụ nữ sinh con có hỗ trợ của cán bộ y tế có chuyên môn thường được sử dụng là một chỉ số trung gian để theo dõi sự tiến bộ về chăm sóc sức khỏe bà mẹ (CSSKBM) ở các nước có thu nhập thấp và trung bình. Việc tiếp cận, sử dụng dịch vụ hộ sinh có chuyên môn đòi hỏi phải có những cán bộ y tế có trình độ chuyên môn (điều dưỡng, nữ hộ sinh hoặc bác sĩ), một môi trường thuận lợi (đầy đủ thuốc men, thiết bị, hệ thống và chính sách chuyển tuyến) và sự chấp nhận của cộng đồng về dịch vụ sản khoa hộ sinh.

Tỷ lệ phụ nữ DTTS sinh con tại nhà rất cao ở những tỉnh miền núi phía Bắc, dao động từ 40-60%, trong khi hầu hết các ca sinh ở CSYT diễn ra ở các vùng đồng bằng⁶. Một nghiên cứu dựa trên điều tra MICS năm 2006 cho biết các yếu tố như dân tộc, điều kiện kinh tế và giáo dục liên quan rất nhiều tới tỷ lệ phụ nữ sử dụng dịch vụ chăm sóc sản khoa và sinh con có hỗ trợ của cán bộ y tế có chuyên môn.⁷ Cả 03 yếu tố về nhóm dân tộc, tình trạng kinh tế hộ gia đình và giáo dục đều liên quan chặt chẽ với nhau; tuy nhiên, nhóm yếu tố dân tộc có ảnh hưởng lớn hơn các nhóm

3 *Diễn đàn Toàn cầu về Nghiên cứu Y tế (2009). Tổ chức Y tế Thế giới: Các ưu tiên nghiên cứu về sức khỏe tình dục và sinh sản cho các nước thu nhập thấp và trung bình: Kết quả từ một cuộc khảo sát. Geneva, Thụy Sĩ: Diễn đàn Toàn cầu về Nghiên cứu Sức khỏe*

4 *WHO (2012). Ước tính về Tỷ số tử vong mẹ (MMR) từ 225 huyện khó khăn nhất của Việt Nam sử dụng dữ liệu HMIS 2010.*

5 *Chiến lược và Chính sách Y tế (2010). Điều tra tử vong mẹ và trẻ sơ sinh quốc gia ở Việt Nam 2006-2007.*

6 *Bộ Y tế Việt Nam (2011). Báo cáo thường niên về sức khỏe bà mẹ và trẻ em.*

7 *Goland, E., Hoa, D.T. & Målqvist, M. (2012) Bất bình đẳng trong sử dụng dịch vụ CSSKBM tại Việt Nam. Tạp chí Công bằng y tế quốc tế, 11, 24.*

tình trạng kinh tế hộ gia đình và giáo dục. Nguy cơ không tiếp cận các dịch vụ chăm sóc trước sinh và không có sự hỗ trợ của các cán bộ có trình độ chuyên môn khi sinh trong nhóm các bà mẹ DTTS thuộc các hộ nghèo thường cao lần lượt gấp ba lần và sáu lần. Các kết quả này cho thấy dân tộc là một yếu tố xã hội quan trọng ảnh hưởng tới việc tiếp cận các dịch vụ CSSKBM tại Việt Nam, và phụ nữ DTTS rõ ràng là một nhóm rất thiệt thòi. Tuy nhiên, dữ liệu hiện có cho thấy rằng tỷ lệ phụ nữ ở nhiều cộng đồng DTTS và vùng sâu vùng xa sử dụng các dịch vụ CSSKBM và KHHGD còn rất thấp.

Rào cản đối với việc chăm sóc sức khỏe bà mẹ

Tỷ lệ tiếp cận, sử dụng dịch vụ thấp thường là do một loạt các yếu tố kinh tế xã hội và văn hóa từ phía người sử dụng dịch vụ, bao gồm nghèo đói, khoảng cách xa về mặt địa lý và khoảng cách đi lại tới các CSYT, sợ bị y, bác sĩ là nam giới khám, sợ bị các cán bộ, nhân viên y tế người Kinh kỳ thị và các rào cản ngôn ngữ do các cán bộ y tế không nói được ngôn ngữ DTTS⁸. Việc mang thai và sinh con gắn liền với các truyền thống và văn hóa⁹, do đó yếu tố văn hóa đóng một vai trò quan trọng trong việc tiếp cận, sử dụng các dịch vụ CSSKBM. Nhiều phụ nữ DTTS thích những bà mẹ vườn trong thôn bản hoặc các thành viên trong gia đình,¹⁰ đặc biệt nếu ca sinh đó không có gì bất thường và không cần phải có sự chăm sóc của cán bộ y tế có chuyên môn. Các cán bộ y tế có thể không nhạy cảm với các đặc điểm văn hóa, tín ngưỡng và tập quán truyền thống của phụ nữ DTTS, đôi khi có thể chăm sóc phụ nữ nghèo và/hoặc phụ nữ DTTS thiếu chu đáo và tôn trọng hơn so với các phụ nữ dân tộc đa số.

Ngoài ra, phụ nữ DTTS có thể gặp trở ngại trong việc tìm kiếm các dịch vụ chăm sóc cho bản thân nếu những người thân của họ, đặc biệt là chồng hoặc mẹ chồng tham gia sâu vào quá trình ra quyết định. Ngược lại, những phụ nữ thuộc nhóm dân tộc đa số và gia đình của họ có hiểu biết tốt hơn về hệ thống y tế hiện đại, tự tin hơn trong việc làm việc với các cán bộ y tế và có khả năng tốt hơn và/hoặc sẵn sàng đi tìm kiếm các dịch vụ CSSKBM ngoài cộng đồng sống của họ. Tại một số nơi ở Việt Nam, phụ nữ DTTS vẫn thích sinh con tại nhà mặc dù họ sống ở gần các cơ sở y tế. Tuy nhiên, bằng chứng từ các nước khác cho thấy rằng phụ nữ nghèo có xu hướng ngừng sử dụng dịch vụ chăm sóc thai sản truyền thống khi họ có thể tiếp cận được các dịch vụ chăm sóc thai sản chuyên nghiệp, chất lượng tốt, với mức chi phí phải chăng¹¹ - mặc dù quá trình này có thể mất một thời gian. Điều này cho thấy rằng các yếu tố về phía cung cũng đóng một vai trò quan trọng trong việc tiếp cận, sử dụng các dịch vụ chăm sóc thai sản.

Các dịch vụ y tế nếu không thích hợp với bối cảnh địa phương hoặc không đáp ứng nhu cầu cụ thể của người dân địa phương thường không thu hút được người sử dụng. Sự hạn chế trong khả năng sẵn có của dịch vụ y tế, khả năng tiếp cận tới dịch vụ hoặc khả năng chi trả có thể là những nguyên nhân chính giải thích cho sự khác biệt trong việc tiếp cận và sử dụng các dịch vụ CSSKBM của phụ nữ DTTS. Hơn nữa, các yếu tố khác như dịch vụ chăm sóc thai sản chất lượng thấp, thiếu trang thiết bị và/hoặc nhân sự,¹² và những quy định của các cơ sở y tế như sản phụ phải bắt buộc phải nằm ngửa khi sinh con, hoặc các thành viên trong gia đình không được phép có mặt trong phòng sản

8 UNFPA. (2008). *Sinh con trong cộng đồng dân tộc thiểu số - Một nghiên cứu định tính tại tỉnh Bình Định*. Truy cập tại: <http://vietnam.unfpa.org/public/lang/en/pid/7489>.

9 MacCormack, C.P. (1994). *Tỷ lệ sinh nhìn từ khía cạnh dân tộc học*, 2nd ed. Prospect Heights: Waveland Press.

10 Ensor, T. & Cooper, S. (2004). *Vượt qua các rào cản tiếp cận dịch vụ y tế: ảnh hưởng đến phía cầu*. *Tạp chí Health Policy Plan*, 19, 69-79.

11 Houweling, T. A., Ronsmans, C., Campbell, O. M., & Kunst, A. E. (2007). *Bất bình đẳng giàu nghèo lớn trong chăm sóc thai sản: một nghiên cứu so sánh quốc tế về thai sản và chăm sóc trẻ em ở các nước đang phát triển*. *Bản tin của Tổ chức Y tế Thế giới*, 85(10), 745-754.

12 Trinh, L.T., Dibley, M.J. & Byles, J. (2007). *Yếu tố quyết định tỷ lệ sử dụng dịch vụ chăm sóc trước sinh ở ba khu vực nông thôn của Việt Nam*. *Tạp chí Public Health Nurse*; 24:300-310.

phụ lúc sản phụ trở dạ) cũng có thể ảnh hưởng đến việc tiếp cận và sử dụng các dịch vụ CSSKBM của phụ nữ DTTS.

Những thiếu hụt trong các bằng chứng hiện có

Cuộc khảo sát MICS gần đây nhất (năm 2014) cho thấy sự chênh lệch về một số chỉ số quan trọng (ví dụ: tỷ lệ tránh thai, tỷ lệ chăm sóc thai sản trước sinh, tỷ lệ sinh con tại CSYT) giữa phụ nữ DTTS ở miền núi phía Bắc và khu vực Tây Nguyên và tổng dân số. Dữ liệu về dân tộc Kinh và dân tộc thiểu số không được phân tách trong báo cáo MICS và không có dữ liệu cấp xã.

Mục đích của nghiên cứu này khác so với mục đích của MICS. Trong khi MICS cung cấp dữ liệu đại diện cho quốc gia về các chỉ số chính ở cấp quốc gia thì nghiên cứu này sẽ cung cấp các ước lượng ban đầu đối với các chỉ số chính về CSSKBM và KHHGD tại 60 xã được Bộ Y tế lên kế hoạch thực hiện các can thiệp trong tương lai để cải thiện chất lượng các dịch vụ CSSKBM và KHHGD. Kết quả sẽ được phân tách theo cấp xã, dân tộc, và tình trạng kinh tế-xã hội. Bộ Y tế có kế hoạch thực hiện một đợt điều tra cuối kỳ sau 5 năm để theo dõi các kết quả, tổng kết các bài học kinh nghiệm và những mô hình thực hành tốt nhất để nhân rộng.

Sẽ còn rất nhiều điều cần tìm hiểu về sự khác biệt trong việc tiếp cận, sử dụng các dịch vụ CSSKBM và KHHGD của phụ nữ DTTS, và các cách thức mà việc cung cấp các dịch vụ y tế hiện nay có thể chưa đáp ứng được nhu cầu và mong muốn của phụ nữ dân tộc thiểu số. Những thiếu hụt về bằng chứng như vậy cho thấy sự cần thiết phải thực hiện các đánh giá, nghiên cứu toàn diện hơn và chuyên sâu hơn về những rào cản trong việc tiếp cận các dịch vụ CSSKBM và KHHGD trong các nhóm phụ nữ DTTS ở vùng sâu vùng xa trên khắp Việt Nam. Cần có thêm bằng chứng về mô hình thành công trong việc tiếp cận các nhóm DTTS, và về cách các can thiệp hiệu quả có thể được nhân rộng.

MỤC TIÊU NGHIÊN CỨU

Theo hợp đồng với UNFPA Việt Nam, nhóm nghiên cứu tại Đại học Toronto cùng với **Viện Nghiên cứu Phát triển Mekong** tại Việt Nam sẽ tiến hành một nghiên cứu để xác định các rào cản và các yếu tố kinh tế-xã hội đối với việc tiếp cận, sử dụng dịch vụ CSSKBM và KHHGD của phụ nữ DTTS trong những điều kiện sống khác nhau và nhiều khu vực địa lý khác nhau tại hai vùng Trung du Miền núi phía Bắc và Tây Nguyên đã được Bộ Y tế và UNFPA Việt Nam lựa chọn.

Nhóm nghiên cứu sẽ sử dụng Khung khái niệm do Ủy ban về các Yếu tố Xã hội ảnh hưởng tới ngành Y tế (Commission on Social Determinants of Health - CSDH) thuộc Tổ chức Y tế Thế giới (WHO) xây dựng để tìm hiểu các yếu tố có thể là các rào cản trong việc tiếp cận, sử dụng các dịch vụ CSSKBM và KHHGD. Hợp phần định lượng của nghiên cứu này sẽ cung cấp dữ liệu về các yếu tố quyết định tới việc sử dụng các dịch vụ CSSKBM và KHHGD trong mối tương quan với các điều kiện kinh tế xã hội (gồm dân tộc, giáo dục, thu nhập), trong khi hợp phần định tính sẽ tập trung vào tìm hiểu các giá trị văn hóa và xã hội có ảnh hưởng đến việc sử dụng các dịch vụ y tế và KHHGD. Dữ liệu định lượng và định tính sẽ bổ sung cho nhau trong nghiên cứu về sự khác biệt của các rào cản khác nhau trong việc sử dụng các dịch vụ y tế.

Nghiên cứu này sẽ cung cấp dữ liệu đồng bộ về mức độ bao phủ, phạm vi và hiện trạng của việc tiếp cận, sử dụng các dịch vụ CSSKBM và KHHGD tại 60 xã vùng sâu vùng xa. Nghiên cứu cũng sẽ xác định những thiếu hụt, tồn tại trong việc cung cấp các dịch vụ và đóng góp thêm các thông tin và phát hiện cho hệ thống các tài liệu nghiên cứu tham khảo liên quan tới lĩnh vực/chủ đề này.

Mục tiêu cụ thể

Mục tiêu cụ thể của nghiên cứu như sau:

1. Đo lường các chỉ số về tiếp cận, sử dụng dịch vụ CSSKBM và KHHGD của phụ nữ DTTS ở 60 xã được lựa chọn từ 6 tỉnh, bao gồm:
 - Tỷ lệ chăm sóc trước sinh
 - Nội dung chăm sóc trước sinh
 - Tỷ lệ ca đẻ có cán bộ y tế đã được đào tạo hỗ trợ khi sinh
 - Tỷ lệ sinh con tại các cơ sở y tế (CSYT)
 - Chăm sóc sau sinh
 - Tỷ lệ sử dụng biện pháp tránh thai và nhu cầu chưa được đáp ứng về biện pháp tránh thai
2. Xác định những xu hướng và sự khác biệt trong việc sử dụng các dịch vụ CSSKBM và KHHGD của phụ nữ DTTS; và xác định các yếu tố quyết định tới việc sử dụng và không sử dụng các dịch vụ CSSKBM và KHHGD. Những yếu tố cần tìm hiểu, đánh giá qua nghiên cứu này đều dựa trên Khung khái niệm của Ủy ban về các Yếu tố Xã hội ảnh hưởng tới ngành Y tế, bao gồm:
 - Trình độ học vấn của người mẹ
 - Tuổi của người mẹ khi sinh con
 - Điều kiện kinh tế xã hội
 - Tình trạng việc làm/ nguồn thu nhập hộ gia đình
 - Nơi cư trú (khu vực địa lý)
 - Tình trạng hôn nhân
 - Dân tộc
 - Tỷ lệ có bảo hiểm y tế (BHYT)
 - Khoảng cách đến TYTX và chất lượng của TYTX
3. Tìm hiểu các phong tục tập quán, tín ngưỡng và văn hóa hình thành nên môi trường cung cấp dịch vụ và ảnh hưởng tới hành vi tìm kiếm dịch vụ y tế, quyết định sử dụng và không sử dụng các dịch vụ CSSKBM và KHHGD của phụ nữ;
4. Tìm hiểu các cơ hội cho hệ thống chăm sóc sức khỏe ban đầu trong việc cung cấp các dịch vụ phù hợp về văn hóa, thích nghi với bối cảnh địa phương và đáp ứng nhu cầu của người dân địa phương; và
5. Đưa ra các khuyến nghị cho các chương trình hỗ trợ cung cấp các dịch vụ CSSKBM và KHHGD phù hợp về văn hóa cho phụ nữ DTTS và phụ nữ ở các xã vùng sâu, vùng xa.

Các kết quả nghiên cứu sẽ được UNFPA sử dụng để hỗ trợ Bộ Y tế và các đối tác cấp quốc gia và cấp

địa phương xây dựng các can thiệp dựa trên bằng chứng nhằm cải thiện việc cung cấp các dịch vụ phù hợp về văn hóa để tăng tỷ lệ phụ nữ DTTS tiếp cận và sử dụng các dịch vụ CSSKBM và KHHGD ở 60 xã DTTS, vùng sâu vùng xa ở Việt Nam.

Một bảng tóm tắt toàn diện từng mục tiêu nghiên cứu, có tham chiếu đến các chỉ số, phương pháp, công cụ nghiên cứu cụ thể, và những đối tượng cung cấp thông tin có thể được tìm thấy trong phần A.

PHƯƠNG PHÁP

Hội đồng Đánh giá Đạo đức Nghiên cứu của trường Đại học Toronto đã phê duyệt thiết kế nghiên cứu, các công cụ nghiên cứu và kế hoạch thu thập dữ liệu. Phương pháp đề xuất của chúng tôi là sẽ sử dụng một số phương pháp nghiên cứu hỗn hợp¹³ để tìm hiểu sâu hơn về sự khác biệt và các rào cản trong việc tiếp cận dịch vụ CSSKBM và KHHGD tại các khu vực Trung du miền núi phía Bắc và Tây Nguyên của Việt Nam. Thiết kế của nghiên cứu này gồm các phương pháp hỗn hợp thông thường, trong đó các nhà nghiên cứu “sẽ kết hợp các số liệu định lượng và định tính để có một phân tích toàn diện về vấn đề nghiên cứu”¹⁴. Trong thiết kế này, các điều tra viên thu thập đồng thời cả dữ liệu định tính và định lượng trong quá trình nghiên cứu và sau đó tích hợp các thông tin này trong các giai đoạn phân tích và bàn luận.

Nhóm nghiên cứu sẽ tiến hành điều tra tại thực địa trong khoảng thời gian từ tháng 12 năm 2015 đến tháng 1 năm 2016 để thu thập thông tin về việc tiếp cận, sử dụng dịch vụ CSSKBM và KHHGD của những phụ nữ DTTS tại 60 xã được lựa chọn tại ba tỉnh Trung du miền núi phía Bắc và ba tỉnh khu vực Tây Nguyên bao gồm Sơn La, Lai Châu, Bắc Kạn, Kon Tum, Đắk Nông, và Gia Lai. Tiêu chí lựa chọn là các phụ nữ DTTS đã sinh con trong vòng hai năm qua.

PHƯƠNG PHÁP CHỌN MẪU

Theo Yêu cầu nộp Đề xuất nghiên cứu của UNFPA, nghiên cứu sẽ khảo sát 6.000 phụ nữ ở 60 xã khó khăn đang có mức tiếp cận, sử dụng dịch vụ thấp nhất tại 3 tỉnh Trung du miền núi phía bắc và 3 tỉnh khu vực Tây Nguyên (khoảng 100 phụ nữ ở mỗi xã). UNFPA đã lưu ý rằng một số xã có khả năng sẽ không thể phỏng vấn được 100 phụ nữ do dân số các xã đó không đủ lớn hoặc các khó khăn về mặt địa lý. Tuy nhiên, 100 phụ nữ mỗi xã là cỡ mẫu mong muốn. Các cơ quan nghiên cứu sẽ thực hiện chiến lược lấy mẫu theo thiết kế của UNFPA.

Một phương pháp chọn mẫu hai giai đoạn sẽ được sử dụng như sau:

A) Lựa chọn xã:

Bộ Y tế Việt Nam cung cấp một danh sách gồm 163 xã được lựa chọn có chủ đích có mật độ DTTS cao và được Bộ Y tế coi là các xã “ưu tiên” hoặc xã “khó khăn”. Bộ Y tế có kế hoạch thực hiện các biện pháp can thiệp để cải thiện dịch vụ CSSKBM và KHHGD tại các xã được chọn trong nghiên cứu này. Tiêu chí chọn các xã do Bộ Y tế qui định, nhưng đã không được áp dụng thống nhất ở tất cả các tỉnh. Nghiên cứu này dựa trên một mẫu phi xác suất và do vậy các kết quả và khuyến nghị chương trình sẽ không có tính khái quát, nhưng sẽ mang tính cụ thể cho các xã trong nghiên cứu.

Chúng tôi sẽ sử dụng một quy trình chọn mẫu ngẫu nhiên phân tầng theo tỷ lệ hai giai đoạn. Thứ

13 Creswell, J. W. (2003). *Thiết kế nghiên cứu: phương pháp định tính, định lượng và hỗn hợp*. Thousand Oaks: Sage Publications.

14 Như trên.

nhất, số xã ở mỗi tỉnh sẽ được lấy theo tỷ lệ tương ứng với tổng số xã trong mỗi tỉnh do Bộ Y tế xác định. Tại mỗi tỉnh, 30-50% số xã được Bộ Y tế xác định là xã khó khăn / dễ bị tổn thương sẽ được lựa chọn ngẫu nhiên từ danh sách tổng thể của Bộ Y tế. Thứ hai, số lượng phụ nữ tham gia cuộc khảo sát sẽ được cân đối với tổng số ca sinh trong hai năm vừa qua ở mỗi xã, sử dụng dữ liệu được cung cấp bởi Bộ Y tế. Khoảng 60% phụ nữ đã sinh con trong hai năm qua ở mỗi xã sẽ được chọn để đưa vào mẫu.

Ước tính số lượng mẫu như sau:

- Sơn La (16 xã): xấp xỉ 1500 phiếu khảo sát
- Lai Châu (16 xã): xấp xỉ 1500 phiếu khảo sát
- Kon Tum (8 xã): xấp xỉ 550 phiếu khảo sát
- Gia Lai (9 xã): xấp xỉ 750 phiếu khảo sát
- Đắk Nông (5 xã): xấp xỉ 300 phiếu khảo sát
- Bắc Kạn (6 xã): xấp xỉ 400 phiếu khảo sát

B) Chọn hộ gia đình:

Đối với mỗi xã trong số 60 xã, chúng tôi sẽ thu thập một danh sách các hộ gia đình đáp ứng tiêu chí từ lãnh đạo xã, cán bộ y tế thôn bản và/hoặc nhân viên trạm y tế. Chúng tôi sẽ sử dụng phần mềm máy tính để tạo ra một mẫu ngẫu nhiên các hộ gia đình.

Tiêu chí chọn hộ gia đình. Người tham gia tiềm năng sẽ là phụ nữ trong độ tuổi sinh đẻ (15-49 tuổi), đã sinh con trong hai năm qua. Người trả lời không có khả năng tham gia phỏng vấn vì lý do sức khỏe thể chất hoặc tâm thần sẽ được loại trừ.

Quy trình. Những người thu thập dữ liệu sẽ làm việc chặt chẽ với các nhân viên y tế thôn bản để xác định vị trí các hộ gia đình, tuy nhiên nhân viên y tế sẽ không có mặt trong các cuộc điều tra. Trong trường hợp người phụ nữ được lựa chọn không có mặt (ví dụ: đi vắng) hoặc không thể gặp được trong ngày khảo sát thì chúng tôi sẽ lựa chọn ngẫu nhiên một phụ nữ khác trong danh sách hộ gia đình.

Người tham gia sẽ được tiếp cận trên cơ sở tự nguyện, được thông báo về bản chất và mục tiêu của nghiên cứu này, và đồng ý tham gia một cách tự do và tự nguyện. Dự án nghiên cứu sẽ tặng mỗi người tham gia một món quà nhỏ (ví dụ như bàn chải đánh răng) (tuyệt đối không bằng tiền mặt) để bày tỏ sự cảm ơn họ đã dành thời gian tham gia trả lời câu hỏi.

Các cuộc phỏng vấn sẽ được tiến hành từng người một tại chính nhà của họ và phải đáp ứng nguyên tắc bảo mật, đảm bảo riêng tư. Trong một số trường hợp, một số phụ nữ có thể được mời tới gặp các nghiên cứu viên tại một địa điểm tập trung. Điều này sẽ phụ thuộc vào vị trí địa lý của xã và hiệu suất của việc thu thập dữ liệu.

KHẢO SÁT HỘ GIA ĐÌNH (BẢNG HỎI PHỤ NỮ)

Những người phỏng vấn sẽ tiến hành một cuộc khảo sát ngắn, trong đó bao gồm các câu hỏi lấy từ các công cụ tiêu chuẩn quốc tế như Điều tra Chỉ số theo Cụm 6 (MICS 5/6, UNICEF)¹⁵. Cuộc khảo sát

15 Trang web công cụ MICS của UNICEF <http://mics.unicef.org/tools#data-collection>

sẽ bao gồm các thông tin về tiểu sử sức khỏe sinh sản của phụ nữ, việc sử dụng dịch vụ CSSKBM và các phương pháp kế hoạch hóa gia đình (Phụ lục E).

Các chỉ số chính cần đo lường bao gồm:

1. Tỷ lệ phụ nữ tham gia nghiên cứu khám thai ít nhất 3 lần
2. Tỷ lệ phụ nữ có đo huyết áp và xét nghiệm mẫu nước tiểu trong lần mang thai gần nhất của họ
3. Tỷ lệ phụ nữ hiện đang sử dụng một phương pháp KHHGD hiện đại
4. Tỷ lệ phụ nữ đã sinh con ở cơ sở y tế
5. Tỷ lệ phụ nữ khám sức khỏe sau khi sinh
6. Số con trung bình của mỗi cặp vợ chồng
7. Các nhu cầu chưa được đáp ứng về CSSKBM và KHHGD
8. Hành vi tìm kiếm dịch vụ chăm sóc sức khỏe của phụ nữ dân tộc thiểu số

Số liệu về nhân khẩu học phải thu thập:

1. Tuổi của người mẹ
2. Trình độ học vấn của người mẹ
3. Số con
4. Tình trạng hôn nhân
5. Tài sản trong nhà (cơ sở để xác định điều kiện kinh tế - xã hội)
6. Dân tộc
7. Tình trạng việc làm / nghề nghiệp
8. Nguồn thu nhập chính
9. Tỷ lệ có bảo hiểm y tế
10. Khoảng cách tới phòng khám / cơ sở y tế gần nhất.

Xem Phụ lục D: Phiếu đồng ý tham gia và Phụ lục E: Bảng hỏi hộ gia đình đối với phụ nữ.

Thử nghiệm và hoàn thiện các công cụ nghiên cứu. Các câu hỏi từ MICS UNICEF đã được thử nghiệm và kiểm tra với các phụ nữ tại 108 quốc gia có thu nhập trung bình thấp, trong đó có Việt Nam. Bảng hỏi dành cho phụ nữ sẽ tiếp tục được thử nghiệm trước với các cá nhân không tham gia nghiên cứu nhưng có cùng các đặc điểm nhân khẩu xã hội, có lưu ý đến trình độ học vấn, yếu tố văn hóa và ngôn ngữ. Tất cả các công cụ nghiên cứu sẽ được sửa đổi để đảm bảo sự phù hợp và dễ hiểu về văn hóa.

Chọn lựa và đào tạo những điều tra viên. Một thành viên trong nhóm nghiên cứu từ Đại học

Toronto và các nghiên cứu viên của Viện Nghiên cứu Phát triển Mekong trực tiếp tuyển chọn và đào tạo một đội ngũ 24 điều tra viên nòng cốt từ các tỉnh trong khu vực Trung du miền núi phía Bắc và Tây Nguyên. Lý tưởng nhất, những điều tra viên này sẽ được tuyển chọn từ các trường đại học ở các vùng dân tộc thiểu số và cũng là người dân tộc thiểu số hoặc quen thuộc với các xã, biết nói tiếng địa phương, và có thể thiết lập một mối quan hệ tốt với các phụ nữ trong cộng đồng địa phương. Nhóm nghiên cứu sẽ tập huấn cho các điều tra viên trong thời gian 05 ngày, tập trung vào các kỹ năng điều tra hộ gia đình theo một định dạng chuẩn để đảm bảo tính nhất quán và chất lượng, đảm bảo các yêu cầu về đạo đức nghiên cứu. Đào tạo về công cụ khảo sát, kỹ thuật phỏng vấn, quy định về quyền của đối tượng nghiên cứu, nguyên tắc bảo mật và quyền từ chối tham gia nghiên cứu là những nội dung trong khóa tập huấn này. Tất cả các phỏng vấn viên sẽ được yêu cầu ký một thỏa thuận về bảo mật thông tin (Phụ lục C). Sẽ có một khóa tập huấn duy nhất được tiến hành tại Hà Nội.

Chúng tôi sẽ làm việc với **Viện Nghiên cứu Phát triển Mekong** và giữ liên lạc với các lãnh đạo xã để xác định các xã /thôn nào có ít hộ gia đình nói tiếng Kinh. Chúng tôi cũng sẽ tham khảo ý kiến với các nhân viên y tế thôn bản để xác định các phụ nữ / hộ gia đình nào cần thông dịch / phiên dịch. Trường hợp cần thiết, một trợ lý nghiên cứu địa phương sẽ được thuê để thông dịch khi phỏng vấn bằng hỏi.

Đảm bảo chất lượng. Để đảm bảo rằng điều tra viên được trang bị tốt các kỹ năng cần thiết nhằm thu thập dữ liệu với chất lượng cao nhất, các giám sát đào tạo từ đại học Toronto sẽ quan sát một số cuộc phỏng vấn mỗi ngày trong giai đoạn đầu của quá trình thu thập dữ liệu, và sẽ cung cấp thông tin phản hồi và bổ sung kỹ năng cho những trường hợp cần thiết. Khi các điều tra viên đã tự tin với việc thực hiện khảo sát một cách độc lập thì các giám sát viên sẽ thực hiện kiểm tra ngẫu nhiên dữ liệu bằng cách liên hệ ngẫu nhiên với một số phụ nữ qua điện thoại để xác minh câu trả lời của họ. Việc giám sát chặt chẽ dữ liệu định lượng khi đồng bộ hóa dữ liệu từ các máy tính bảng sẽ cho phép chúng tôi phát hiện bất kỳ dữ liệu nào đáng ngờ hoặc gian lận. Nếu cần thiết, chúng tôi sẽ tuyển dụng và đào tạo những điều tra viên mới để thay thế những người không đáp ứng mong đợi. Sử dụng máy tính bảng sẽ giúp cải thiện đáng kể chất lượng của dữ liệu định lượng bằng cách giảm thiểu các lỗi nhập liệu. Chúng tôi sẽ tổ chức các cuộc họp nhóm thường xuyên để thảo luận / giải quyết bất kỳ vấn đề gì trong quá trình thu thập thông tin, số liệu, giúp giữ vững tinh thần và động lực cho toàn nhóm nghiên cứu.

Kế hoạch quản lý rủi ro. Chúng tôi sẽ có bảo hiểm cho tất cả điều tra viên trong quá trình họ đi thu thập dữ liệu, và sẽ làm việc chặt chẽ với Viện Nghiên cứu Phát triển Mekong để thực hiện ưu tiên hàng đầu là đảm bảo rằng an toàn cho các đội điều tra viên. Ví dụ, ở các xã xa xôi hẻo lánh (đặc biệt là vùng núi phía Bắc), người điều tra viên sẽ đi thu thập số liệu và làm việc theo cặp chứ không đi một mình.

Để đảm bảo nguyên tắc bảo mật/ ẩn danh của những phụ nữ DTTS tham gia nghiên cứu, mỗi người sẽ được gán một mã số để sử dụng trong tất cả các giai đoạn của nghiên cứu. Sẽ không có sự kết nối giữa tên người tham gia và các thông tin cá nhân khác. Để bảo mật, điều tra viên sẽ thảo luận các vấn đề về bảo mật với tất cả những người tham gia và bất kỳ trợ lý nghiên cứu nào cũng sẽ được yêu cầu ký một thỏa thuận về bảo mật. Ngoài ra, tất cả các mã, ghi chú, tập tin và các bản ghi âm sẽ được sao lưu thường xuyên. Máy tính của các thành viên nhóm nghiên cứu và tất cả các tập tin, tài liệu nghiên cứu sẽ có mật khẩu bảo vệ. Những tập tin này sẽ chỉ có thể truy cập được bởi các thành viên của nhóm nghiên cứu.

Các bản sao cứng của các Bản chấp thuận tham gia nghiên cứu, ghi chú bằng văn bản và bất kỳ tài liệu nghiên cứu nào khác sẽ đều được khóa trong một tủ hồ sơ trong một văn phòng bảo đảm tại Đại học Toronto. Vào cuối mỗi ngày nghiên cứu, tất cả các máy tính bảng sẽ được đồng bộ hóa

qua wifi (tùy thuộc vào mạng Internet có sẵn) sang một máy chủ Google có mật khẩu bảo vệ an toàn sau đó sẽ được chuyển thủ công sang một tập tin dữ liệu được mã hóa / mật khẩu bảo vệ. Khi dữ liệu đã được chuyển đến máy chủ thì dữ liệu đó sẽ được xóa khỏi thư mục lưu trữ của máy tính bảng. Tất cả các thông tin về danh tính sẽ được sửa đổi trong các nghiên cứu trường hợp được trích dẫn trong báo cáo và chỉ các dữ liệu tổng hợp mới được phổ biến trong các cuộc thảo luận nhóm tập trung hoặc trong các cuộc họp phổ biến thông tin trong cộng đồng.

Hợp tác với các đối tác liên quan. Viện Nghiên cứu Phát triển Mekong sẽ có trách nhiệm tạo điều kiện hậu cần cho việc nghiên cứu thực địa, hỗ trợ việc tuyển dụng và đào tạo các điều tra viên, và sẽ là đầu mối liên lạc với chính quyền cấp xã, tỉnh và đội ngũ cán bộ, nhân viên y tế của các CSYT.

Nghiên cứu dân tộc học tập trung

Hợp phần định tính của nghiên cứu này là một nghiên cứu dân tộc học tập trung, bao gồm các cuộc phỏng vấn sâu và thảo luận nhóm với các cán bộ y tế tại các cơ sở y tế (gồm nữ hộ sinh, điều dưỡng, hoặc cô đỡ thôn bản), các bà mẹ hoặc phụ nữ trong độ tuổi sinh sản, và lãnh đạo các nhóm phụ nữ để đưa ra những giải thích chi tiết cho các kết quả thu được từ các dữ liệu định lượng. Trọng tâm của các cuộc phỏng vấn bán cấu trúc sẽ được hướng vào việc tìm hiểu các rào cản và các yếu tố liên quan đến việc tiếp cận các dịch vụ sức khỏe bà mẹ cũng như xác định các phong tục, văn hóa (bao gồm cả giá trị bản địa, phong tục và truyền thống) góp phần định hình các mô hình sử dụng dịch vụ. Xem Phụ lục F: Bản Chấp thuận Tham gia Nghiên cứu và Phụ lục G: Hướng dẫn cho phỏng vấn viên.

Giai đoạn thu thập số liệu định tính sẽ diễn ra tại khoảng 12 xã vào tháng 01 năm 2016. Hai nghiên cứu viên từ Đại học Toronto và hai nghiên cứu viên của Viện Nghiên cứu Phát triển Mekong sẽ tiến hành phỏng vấn sâu và thảo luận nhóm tập trung (TLN) với phụ nữ trong độ tuổi sinh sản và các nhân viên y tế thôn bản, cô đỡ thôn bản và lãnh đạo các nhóm phụ nữ.

Tại mỗi xã trong 12 xã, chúng tôi sẽ thực hiện các công việc sau:

- tiến hành 01 cuộc TLN với 5-6 bà mẹ dân tộc thiểu số
- tiến hành 01 cuộc phỏng vấn bán cấu trúc với một bác sĩ / hộ sinh của TYTX
- tiến hành 01 cuộc phỏng vấn bán cấu trúc với một nhân viên y tế thôn bản hoặc cô đỡ thôn bản
- tiến hành 01 cuộc phỏng vấn bán cấu trúc với trưởng thôn hoặc các nam giới liên quan khác

Chúng tôi đã ước tính số lượng các cuộc phỏng vấn và TLN tập trung cần có dựa trên các kinh nghiệm trước đây trong việc tiến hành các nghiên cứu định tính về sức khỏe bà mẹ, tuy nhiên con số cuối cùng sẽ phụ thuộc vào tốc độ của việc thu thập dữ liệu. Trong các xã có tỷ lệ phụ nữ tiếp cận, sử dụng dịch vụ thấp, chúng tôi sẽ sử dụng phương pháp này để xác định những người tiếp cận, sử dụng dịch vụ (có thể gọi là các “điểm sáng”) để hiểu cách thức và lý do tại sao một số phụ nữ tiếp cận các dịch vụ, trong khi những người khác thì không. Giai đoạn này của nghiên cứu sẽ được tiến hành như một quá trình tương tác, hợp tác, với các cuộc họp tổng kết và phản hồi thường xuyên để các thành viên trong nhóm nghiên cứu thảo luận về những phát hiện quan trọng, đáng lưu ý, xác định các câu hỏi chưa được trả lời và cùng nhau đưa ra quyết định khắc phục.

Phân tích sinh thái

Một phân tích sinh thái sẽ được tiến hành để thu thập dữ liệu về các đặc điểm cấp xã. Theo Yêu cầu Nộp Đề xuất của UNFPA, phân tích này sẽ sử dụng các nguồn dữ liệu có sẵn để thu thập các thông tin về đặc tính của xã và việc sử dụng các dịch vụ CSSKBM và KHHGD ở tuyến chăm sóc sức khỏe ban đầu (gồm số liệu từ các cuộc điều tra biến động dân số, các cuộc khảo sát MICS, các cuộc điều tra mức sống hộ gia đình, các cuộc điều tra nhân khẩu học y tế, các tài liệu thống kê y tế hàng năm của Bộ Y tế, các báo cáo của xã, huyện và báo cáo của tỉnh). Nhóm nghiên cứu sẽ xây dựng các công cụ nghiên cứu và bảng kiểm (bảng tiếng Anh) và chia sẻ với UNFPA để tiến hành cho dịch sang tiếng Việt. Trong quá trình thu thập dữ liệu, nhóm điều tra viên sẽ chuyển bảng kiểm tới các TYTX để họ hoàn thành bảng kiểm và sẽ thu lại 02 ngày sau. Các TYTX sẽ không nhận thù lao cho việc hoàn thành bảng kiểm này. Các điều tra viên sẽ kiểm tra ngẫu nhiên 05 câu hỏi trên bảng kiểm để kiểm nghiệm độ chính xác của câu trả lời.

- *Đặc điểm kinh tế xã hội:* Thu nhập bình quân hộ gia đình, giáo dục, cơ cấu lao động, tỷ lệ hộ nghèo, tỷ lệ mù chữ, các hình thức đi lại chính, tỷ lệ có bảo hiểm y tế.
- *Đặc điểm địa lý:* đường / đường cao tốc, khoảng cách đến đường chính, khoảng cách từ các thôn bản xa xôi nhất đến TYTX, khoảng cách từ TYTX tới bệnh viện huyện gần nhất, thời gian đi từ thôn bản đến TYTX, và từ TYTX đến bệnh viện.
- *Các cơ sở chăm sóc sức khỏe ban đầu, nguồn nhân lực và cơ sở hạ tầng:* số bác sĩ, nữ hộ sinh/y sĩ, cộng tác viên dân số, các dịch vụ CSSKBM và KHHGD có sẵn tại TYTX, chất lượng dịch vụ cung cấp bởi các nữ hộ sinh / y sĩ trong việc cung cấp các dịch vụ chăm sóc cấp cứu sản khoa, và các trung tâm y tế được tổ chức như thế nào để đáp ứng nhu cầu của phụ nữ dân tộc thiểu số.
- *Thông tin về chất lượng của các TYTX:* sẽ được thu thập bằng cách sử dụng bảng kiểm đã được sử dụng trong các nghiên cứu trước đây. Thông tin này sẽ được sử dụng để xác định mức độ rào cản đối với việc tiếp cận, sử dụng dịch vụ, nếu có, xuất phát từ chất lượng của các TYTX (Phụ lục H). Bảng kiểm này đã được xây dựng dựa trên công cụ Đánh giá nhanh các CSYT; Đây là một “công cụ để đo lường các chỉ số quan trọng về các dịch vụ CSSKBM, trẻ sơ sinh và trẻ em ở tuyến chăm sóc sức khỏe ban đầu”, và đã được sửa đổi để phản ánh các hướng dẫn của Bộ Y tế Việt Nam cho các cơ sở y tế.

Các mốc chính	Hoạt động	Người chịu trách nhiệm
Hiện tại – 24/12/2015	Xin phê duyệt Đạo đức nghiên cứu, Phê duyệt của Bộ Y tế, thử nghiệm công cụ, chuẩn bị hậu cầu	Nhóm cán bộ nghiên cứu của Đại học Toronto, với sự hỗ trợ của các nghiên cứu viên tại Viện Nghiên cứu Phát triển Mekong (sẽ được khẳng định) và tham vấn với UNFPA và Bộ Y tế
4-8/01/2016	Tập huấn tại thực địa	Tiến sĩ Stephen Lye
24/12/2015-18/01/2016	Thu thập dữ liệu định lượng tại thực địa	Tiến sĩ Kerrie Proulx
11-22/01/2016	Thu thập dữ liệu định tính tại thực địa	Kristy Hackett
02/2016	Phân tích dữ liệu	Nhóm cán bộ nghiên cứu của Đại học Toronto
31/03/2016	Dự thảo báo cáo và khuyến nghị	Nhóm cán bộ nghiên cứu của Đại học Toronto
31/05/2016	Hoàn thiện báo cáo	Nhóm cán bộ nghiên cứu của Đại học Toronto

Phân tích

Để bảo mật thông tin cho những người tham gia, nhóm nghiên cứu sẽ sử dụng các mã để xác định những người tham gia và các nhóm tham gia trong tất cả các giai đoạn của nghiên cứu này. Tên người tham gia và các thông tin cá nhân khác sẽ không được liên kết với các thông tin họ cung cấp hoặc dữ liệu cá nhân của họ. Dữ liệu này sau đó sẽ được phân tích bằng phần mềm SPSS. Chúng tôi sẽ sử dụng phần mềm SPSS để điều tra các yếu tố và rào cản mang tính cấu trúc đối với việc tiếp cận, sử dụng các dịch vụ CSSKBM và KHHGĐ. Quá trình phân tích sẽ sử dụng thống kê mô tả để mô tả các đối tượng tham gia, tỷ lệ chăm sóc trước sinh ở phụ nữ, nội dung của chăm sóc trước sinh, tỷ lệ phụ nữ sinh con có sự hỗ trợ của cán bộ y tế lành nghề, kiểm tra sức khỏe sau khi sinh, tỷ lệ phụ nữ có các hành vi sức khỏe lành mạnh, tỷ lệ sử dụng các biện pháp tránh thai và tỷ lệ phụ nữ có các nhu cầu chưa được đáp ứng. Các mô hình hồi quy sẽ được sử dụng để xác định các yếu tố ảnh hưởng chính trong việc tiếp cận, sử dụng các dịch vụ CSSKBM và KHHGĐ bao gồm: học vấn của người mẹ, tuổi của người mẹ khi sinh, tình trạng kinh tế xã hội, khu vực địa lý, tình trạng hôn nhân, và khoảng cách đến các TYTX và chất lượng của các TYTX. Kết quả sẽ bao gồm tỷ lệ phụ nữ sử dụng dịch vụ chăm sóc trước sinh, tỷ lệ phụ nữ sinh con có sự hỗ trợ của cán bộ y tế có chuyên môn, chăm sóc sức khỏe sơ sinh sau khi sinh, tỷ lệ phụ nữ có các hành vi lành mạnh, tỷ lệ sử dụng các biện pháp tránh thai và tỷ lệ phụ nữ có các nhu cầu chưa được đáp ứng. Dữ liệu định tính sẽ được phân tích bằng phần mềm Nvivo, trong đó tập trung vào các chủ đề đáng lưu ý và các giả thuyết về những rào cản tiềm tàng đối với các dịch vụ CSSKBM và KHHGĐ. Giống như hầu hết các nghiên cứu định tính, những phát hiện định tính này không hướng đến việc đưa ra các nhận định khái quát; đúng hơn, mục đích của các kết quả định tính này là để giúp diễn giải và giải thích các kết quả định lượng, và để xây dựng những hiểu biết lý thuyết mới có thể hình thành cơ sở cho việc kiểm nghiệm các giả thuyết trong tương lai.

Tóm tắt mục đích nghiên cứu

Các mục tiêu cụ thể (như đã nêu trong Điều khoản tham chiếu)	Các chỉ số	Bên cung hay bên cầu?	Phương pháp/công cụ thu thập số liệu	Người cung cấp thông tin
<p>1. Tổng hợp các đặc điểm cấp xã (ví dụ, địa lý, nhân khẩu học và kinh tế-xã hội) và CSYT, và các chỉ số về việc sử dụng các dịch vụ CSSKBM và KHGGĐ ở tất cả các tỉnh trong khu vực Trung du và Miền núi phía Bắc và Tây Nguyên, sử dụng các nguồn dữ liệu hiện có.</p> <p>Lưu ý: Hiện tại không có cơ sở dữ liệu hoặc báo cáo chứa các thông tin này. Nhóm nghiên cứu sẽ cung cấp cho UNFPA các công cụ bản tiếng Anh để gửi cho các cán bộ TYTX. Nhóm nghiên cứu sẽ tiến hành phân tích dữ liệu.</p>	<p>1. Đặc điểm kinh tế xã hội: Thu nhập bình quân hộ gia đình, giáo dục, cơ cấu lao động, tỷ lệ hộ nghèo, tỷ lệ mù chữ, các hình thức di lại chính, tỷ lệ có bảo hiểm y tế.</p> <p>2. Đặc điểm địa lý: đường / đường cao tốc, khoảng cách đến đường chính, khoảng cách từ thôn bản xa nhất đến TYTX, khoảng cách từ TYTX đến bệnh viện huyện gần nhất, thời gian đi từ thôn bản đến trung tâm y tế, và từ TYTX đến bệnh viện.</p> <p>3. Các CSYT ban đầu, nguồn nhân lực, cơ sở hạ tầng: số bác sĩ, nữ hộ sinh/y sĩ, cộng tác viên dân số, dịch vụ KHGGĐ và CSSKBM hiện có tại TYTX, chất lượng dịch vụ cung cấp bởi các nữ hộ sinh / y sĩ trong các dịch vụ chăm sóc cấp cứu sản khoa, và TYTX được tổ chức để đáp ứng nhu cầu của phụ nữ dân tộc thiểu số.</p>	Cung và cầu	Các phiếu thu thập thông tin theo cấu trúc; Bảng kiểm đánh giá chất lượng các CSYT	Sẽ được hoàn thiện bởi các cán bộ, nhân viên TYTX
<p>2. Xác định các xã dân tộc thiểu số và xã vùng sâu vùng xa có tỷ lệ tiếp cận, sử dụng dịch vụ CSSKBM và KHGGĐ thấp nhất và các nhân tố có liên quan.</p>	<p>Hoạt động này đã được Bộ Y tế thực hiện. Một danh sách gồm 163 xã “khó khăn” đã được chia sẻ với chúng tôi. Như đã thỏa thuận, chúng tôi sẽ lựa chọn ngẫu nhiên các xã từ danh sách này để đưa vào nghiên cứu.</p>			

Các mục tiêu cụ thể (như đã nêu trong Điều khoản tham chiếu)	Các chỉ số	Bên cung hay bên cầu?	Phương pháp/công cụ thu thập số liệu	Người cung cấp thông tin
<p>3. Đo lường các chỉ số về thực trạng tiếp cận, sử dụng dịch vụ CSSKBM và KHHGD của phụ nữ dân tộc thiểu số ở 60 xã được lựa chọn từ 6 tỉnh</p>	<ol style="list-style-type: none"> Tỷ lệ phụ nữ khám thai ít nhất 3 lần trước sinh Tỷ lệ phụ nữ đo huyết áp và xét nghiệm nước tiểu trong lần mang thai gần nhất của họ Tỷ lệ phụ nữ hiện đang sử dụng một phương pháp KHHGD hiện đại Tỷ lệ phụ nữ sinh con ở một cơ sở y tế Tỷ lệ phụ nữ khám sức khỏe sau khi sinh Số con trung bình / mỗi cặp vợ chồng Tỷ lệ phụ nữ có các nhu cầu về CSSKBM và KHHGD chưa được đáp ứng Các hành vi tìm kiếm các dịch vụ y tế của phụ nữ dân tộc thiểu số 	<p>Bên cầu: #1-6, 8 Bên cung: #7</p>	<p>Bảng hỏi hộ gia đình định lượng (Phụ lục E)</p>	<p>Phụ nữ trong độ tuổi sinh sản (15-49 tuổi), người đã sinh con trong 24 tháng qua</p>
<p>4. Xác định những xu hướng và những chệnh lệch trong việc sử dụng các dịch vụ CSSKBM và KHHGD của phụ nữ DTTS; và xác định các yếu tố quyết định tới việc sử dụng và không sử dụng các dịch vụ CSSKBM và KHHGD.</p>	<ol style="list-style-type: none"> Trình độ học vấn của các bà mẹ, Tuổi sinh sản của các bà mẹ, Tình trạng kinh tế xã hội Tình trạng việc làm/ nguồn thu nhập hộ gia đình Nơi cư trú (khu vực địa lý) Tình trạng hôn nhân Dân tộc Tỷ lệ có bảo hiểm y tế (BHYT) Khoảng cách đến TYTX Chất lượng của TYTX <p>a. sự hài lòng của phụ nữ với các dịch vụ y tế (bảng hỏi) b. bảng kiểm đánh giá CSYT</p>	<p>Chủ yếu là bên cầu, nhưng chỉ số # 10 cũng có liên quan tới bên cung</p>	<p>Bảng câu hỏi hộ gia đình định lượng (Phụ lục E) Bảng kiểm đánh giá CSYT (Phụ lục H)</p>	<p>Phụ nữ trong độ tuổi sinh sản (15-49 tuổi), phụ nữ đã sinh con trong 24 tháng qua Cán bộ, nhân viên TYTX</p>

Các mục tiêu cụ thể (như đã nêu trong Điều khoản tham chiếu)	Các chỉ số	Bên cung hay bên cầu?	Phương pháp/công cụ thu thập số liệu	Người cung cấp thông tin
<p>5. Tìm hiểu các phong tục tập quán, tín ngưỡng và văn hóa hình thành nên môi trường cung cấp dịch vụ và ảnh hưởng tới hành vi tìm kiếm dịch vụ của phụ nữ, quyết định sử dụng và không sử dụng các dịch vụ CSSKBM và KHHGD.</p>	<p>Dữ liệu định tính</p>	<p>Bên cầu</p>	<p>Phòng vấn và các cuộc thảo luận nhóm tập trung (Phụ lục G)</p>	<p>Phụ nữ trong độ tuổi sinh sản (những người sử dụng và không sử dụng dịch vụ); các nhà cung cấp dịch vụ y tế (cấp CSYT và cộng đồng); trưởng thôn</p>
<p>6. Tìm hiểu các cơ hội cho hệ thống chăm sóc sức khỏe ban đầu trong việc cung cấp các dịch vụ thích hợp về văn hóa, thích nghi với bối cảnh địa phương và đáp ứng nhu cầu của người dân địa phương.</p>	<p>Mục tiêu 4 & 5 sẽ dựa trên việc phân tích dữ liệu từ tất cả các nguồn. Dựa trên thiết kế phương pháp tổng hợp, dữ liệu định tính và định lượng sẽ được tích hợp trong quá trình phân tích và giải thích. Các bộ dữ liệu sẽ được tổng hợp để hỗ trợ cho những kết luận, lý giải tổng quan. Các kết luận định tính dự kiến sẽ cung cấp thông tin theo ngữ cảnh để bổ sung cho các kết quả định lượng.</p>			
<p>7. Đưa ra các khuyến nghị cho chương trình hỗ trợ việc cung cấp các dịch vụ CSSKBM và KHHGD phù hợp về văn hóa cho phụ nữ tại các xã đã chọn.</p>				

NGHIÊN CỨU VỀ RÀO CẢN TIẾP CẬN CÁC DỊCH VỤ CHĂM SÓC SỨC KHỎE BÀ MẸ VÀ KẾ HOẠCH HÓA GIA ĐÌNH Ở CỘNG ĐỒNG DÂN TỘC THIỂU SỐ TẠI VIỆT NAM

Bản chấp thuận tham gia nghiên cứu

(dành cho người tham gia phỏng vấn bảng hỏi hộ gia đình/phụ nữ)

Xin chào chị,

Tên tôi là _____. Tôi là cán bộ điều tra cho dự án Nghiên cứu của Bộ Y tế, Quỹ Dân số Liên hợp quốc, hợp tác với Trường đại học Toronto - Canada, và Viện Nghiên cứu Phát triển Mekong.

Giới thiệu:

Trong nghiên cứu này, chúng tôi muốn tìm hiểu về các dịch vụ y tế mà chị sử dụng trong thời kỳ mang thai, sinh con và sau đẻ, các biện pháp tránh thai đang sử dụng và đánh giá của chị về dịch vụ chăm sóc y tế ở cộng đồng của mình. Những thông tin này vô cùng có giá trị trong việc giúp Chính phủ cải thiện hệ thống y tế trong tương lai.

Điều kiện tham gia:

Việc tham gia phỏng vấn này là hoàn toàn tự nguyện, không ảnh hưởng đến sự tham gia bất cứ nghiên cứu nào khác hay chất lượng dịch vụ y tế mà chị nhận được sau này. Cuộc phỏng vấn này có thời lượng khoảng 10 phút, chúng tôi sử dụng máy tính bảng để đọc câu hỏi và ghi lại các câu trả lời của chị.

Quyền lợi và rủi ro:

Khi tham gia nghiên cứu này, chị hầu như không có rủi ro nào. Trong bảng hỏi sẽ có vài câu hỏi có thể khiến chị e ngại nhưng chị không bắt buộc phải trả lời những câu hỏi mà chị không cảm thấy thoải mái. Những rủi ro về sự riêng tư và bảo mật sẽ được chúng tôi giảm thiểu bằng cách giữ kín thông tin cá nhân của chị. Chị không có lợi ích cá nhân trực tiếp nào cho việc tham gia nghiên cứu. Tuy nhiên, thông tin chị chia sẻ sẽ giúp giúp cải thiện dịch vụ chăm sóc sức khỏe ở cộng đồng mình.

Tiếp cận thông tin, bảo mật và công bố kết quả:

Chỉ có thành viên của nhóm nghiên cứu được quyền biết về thông tin chị chia sẻ. Mọi số liệu sẽ được giữ kín và mã hóa chỉ phục vụ mục đích nghiên cứu. Tên của chị và các thông tin định danh khác sẽ không có trong báo cáo hoặc các bài trình bày. Viện sẽ chỉ chia sẻ kết quả phân tích của các nghiên cứu cho Quỹ Dân số Liên hiệp quốc và Bộ Y tế. Chúng tôi sẽ xuất bản kết quả dưới dạng các bài báo nghiên cứu và thảo luận tại các hội nghị chuyên ngành.

Nếu có bất cứ câu hỏi nào về quyền lợi khi tham gia nghiên cứu, chị có thể liên hệ với chị Nguyễn Thu Nga – Viện Nghiên cứu Phát triển Mekong tại số điện thoại 043.2474668. Chị có thể giữ một bản chấp thuận tham gia nghiên cứu này nếu muốn.

Chị có câu hỏi nào về nghiên cứu này không ạ?

Chữ ký

1) Điều tra viên:

Tôi xác nhận rằng người tình nguyện tên _____ đã:

- Được cung cấp tất cả các thông tin về nghiên cứu.
- Được biết về mục đích của nghiên cứu.
- Được biết về các bước tiếp theo của nghiên cứu.
- Được biết về những rủi ro khi tham gia nghiên cứu.
- Được biết rằng mình có thể giữ một bản chấp nhận tham gia nghiên cứu nếu muốn.
- Có thời gian để hỏi các câu hỏi về nghiên cứu.
- Và tôi đã cố gắng trả lời tất cả câu hỏi của chị bằng tất cả khả năng của mình.

Tôi xác nhận rằng tôi đã đọc nội dung này cho người có tên ở trên.

Chữ ký của điều tra viên _____

Ngày _____

2) Người tham gia nghiên cứu:

Sẽ được đọc bởi điều tra viên:

Bằng việc ký vào biên bản này, chị đồng ý rằng:

- 1) Cán bộ nghiên cứu đã giải thích về nghiên cứu và trả lời tất cả các câu hỏi của chị.
- 2) Cán bộ nghiên cứu đã giải thích các rủi ro tiềm ẩn và lợi ích của nghiên cứu này.
- 3) Chị hiểu được quyền không tham gia nghiên cứu và có thể dừng việc tham gia bất cứ lúc nào.
- 4) Chị có thể hỏi về nghiên cứu bất cứ lúc nào, bây giờ và trong tương lai.
- 5) Mọi câu trả lời của chị sẽ được giữ bí mật.
- 6) Chị hiểu được rằng thông tin định danh của mình sẽ được giữ kín, không xuất bản hoặc chia sẻ với bất cứ ai.

Số chứng minh thư nhân dân của người tham gia: _____

Tên người tham gia: _____

Chị có muốn tham gia cuộc phỏng vấn hôm nay không?

Có Không

Chữ ký hoặc điểm chỉ của người tham gia:

Bảng hỏi cho Hộ gia đình/Phụ nữ¹

Tên Điều tra viên:	Ngày/Tháng/Năm	Thời gian bắt đầu: Thời gian kết thúc:
--------------------	----------------	---

Mã người trả lời:	Tên người trả lời	Số Chứng minh thư/giấy tờ tùy thân khác:	Số điện thoại:
-------------------	-------------------	--	----------------

ĐẶC ĐIỂM XÃ (CC)			
CC1. Tỉnh	CC2. Huyện	CC3. Xã	CC4. Tên thôn

ĐẶC ĐIỂM HỘ GIA ĐÌNH (FC)	
FC1. Năm nay chị bao nhiêu tuổi? <i>(Ghi tuổi dương lịch)</i>	
FC2. Chị là người dân tộc gì? <i>(Lựa chọn từ bảng danh sách các dân tộc)</i>	
FC3. Chị đã kết hôn chưa? Nếu có chị đã kết hôn vào năm nào? <i>(Chỉ tính lần kết hôn gần đây nhất)</i>	Năm _____ Chưa kết hôn..... 0
FC4. Hiện có bao nhiêu người đang sinh sống trong hộ gia đình nhà chị?	_____ người
FC5. Chị đã bao giờ đi học chưa?	Có 1 Không 0

1 Đối tượng của Bảng hỏi là phụ nữ mới sinh con trong vòng 2 năm trở lại đây.

FC6. [Nếu có], chị đã đi học đến hết lớp mấy?	Lớp 1 1 Lớp 2 2 Lớp 3 3 Lớp 4 4 Lớp 5 5 Lớp 6 6 Lớp 7 7 Lớp 8 8 Lớp 9 9 Lớp 10 10 Lớp 11 11 Lớp 12 12 Trung cấp/Cao đẳng 13 Đại học 14 Trên đại học 15
FC7. Nghề nghiệp chính có tạo thu nhập của chị là gì?	Làm nông lâm thủy sản 1 Công nhân/làm thợ 2 Công chức/viên chức 3 Buôn bán/kinh doanh 4 Nội trợ 5 Làm mướn/làm thuê 6 Nghỉ hưu 7 Không có việc 8 Khác (ghi rõ) 9
FC8. Nghề nghiệp chính có tạo thu nhập của chồng chị là gì?	Không có chồng (li hôn, góa phụ, mẹ đơn thân) 1 Làm nông lâm thủy sản 2 Công nhân/làm thợ 3 Công chức/viên chức 4 Buôn bán/kinh doanh 5 Nội trợ 6 Làm mướn/làm thuê 7 Nghỉ hưu 8 Không có việc 9 Khác (ghi rõ) 10
FC9. Gia đình chị hiện có các đồ dùng sau đây không? <i>(chỉ tính những tài sản còn dùng được và thuộc sở hữu của hộ, không tính các trường hợp thuê/mượn)</i>	
[A] Điện	Có 1 Không 0
[B] Đài radio	Có 1 Không 0
[C] Ti vi	Có 1 Không 0
[D] Tủ lạnh	Có 1 Không 0
[E] Internet	Có 1 Không 0

[F] Điện thoại di động	Có 1 Không 0
Nếu có, đó là loại điện thoại gì?	Điện thoại thông thường 1 Điện thoại thông minh, có thể kết nối internet?..... 2
[G] Xe đạp	Có 1 Không 0
[H] Xe máy	Có 1 Không 0
[I] Giường	Có 1 Không 0
[J] Tủ/Hòm/Rương	Có 1 Không 0
[K] Trâu/Bò/Ngựa	Có 1 Không 0
[L] Nhà tiêu/Hố xí	Có 1 Không 0
FC10. Nguồn nước ăn uống chính mà nhà chị đang sử dụng là gì?	Nước máy 1 Giếng khoan..... 2 Giếng đào..... 3 Nước mố 4 Nước mưa..... 5 Nước mưa (xi téc, đóng bình hoặc trong chai) 6 Sông, hồ, ao, suối, khe 7 Khác (ghi rõ) 8
FC11. Hiện nay, hộ nhà chị được xếp loại hộ gì?	Hộ nghèo..... 1 Hộ cận nghèo 2 Hộ không nghèo..... 3
FC12. Chị hiện có bao nhiêu con? (Chỉ tính con đẻ, không tính con đã mất)	_____con
FC13. Cháu bé nhất nhà chị sinh vào ngày tháng năm nào?	Ngày.Tháng.Năm DD.MM.YYYY _____
FC14. Cháu tên là gì?	_____

CHĂM SÓC TRONG THỜI KỲ MANG THAI (AC)	
AC1. Chị có đi khám thai trong lần mang thai cháu [TÊN] không?	Có 1 Không.....0>>AC7
AC2. Nếu có, ai là người khám thai cho chị trong thời kỳ mang thai [TÊN]? Thăm dò: Ngoài ra còn có ai khác không? (Khoanh tròn tất cả đáp án phù hợp) Nếu chỉ chọn AC2=4>>AC7	Cán bộ tại cơ sở y tế (<i>Bác sỹ, Nữ hộ sinh, Y sỹ sản nhi, Điều dưỡng</i>) 1 Cô đỡ thôn bản 2 Cán bộ y tế thôn bản..... 3 Bà mụ vườn..... 4
AC3. Chị đã đi khám thai ở đâu? Thăm dò: Ngoài ra còn khám ở đâu khác không? (Chỉ chọn 2 nơi phổ biến/quan trọng nhất)	Tại nhà 1 Khu vực y tế công Bệnh viện tuyến huyện hoặc tuyến cao hơn..... 2 Phòng khám đa khoa khu vực..... 3 Trạm y tế xã/phường..... 4 Khu vực y tế tư nhân Bệnh viện tư 5 Phòng khám tư 6 Nhà hộ sinh tư nhân..... 7 Nơi khác (ghi rõ):..... 8
AC4. Trong những lần khám thai đó, chị có được thăm khám các nội dung sau đây ít nhất một lần không?	
[A] Chị có được khám tổng quát không?	Có 1 Không 0 Không biết 88
[B] Chị có được tư vấn về các dấu hiệu nguy hiểm khi mang thai, chuẩn bị cho sinh con, chuyển tuyến trong các trường hợp có tai biến trong khi mang thai, sinh đẻ và sau sinh đẻ không?	Có 1 Không 0 Không biết 88
[C] Chị có được tư vấn về dinh dưỡng và vệ sinh khi mang thai không?	Có 1 Không 0 Không biết 88
[D] Chị có được lấy mẫu máu không?	Có 1 Không 0 Không biết 88
[E] Chị có được ước tính ngày dự kiến sinh con không?	Có 1 Không 0 Không biết 88
[F] Chị có được đo huyết áp không?	Có 1 Không 0 Không biết 88
[G] Chị có được đo chiều cao, cân nặng không?	Có 1 Không 0 Không biết 88
[H] Chị có được lấy mẫu nước tiểu không?	Có 1 Không 0 Không biết 88

AC5. Sau bao nhiêu tuần hoặc tháng mang thai thì chị đi khám thai lần đầu tiên? Ghi lại câu trả lời như người trả lời đã đưa ra	Số tuần: Số tháng: Không biết .....88
AC6. Chị đã được khám thai mấy lần trong lần mang thai cháu [TÊN]? (Hỏi số lần, nếu người trả lời đưa ra khoảng thì ghi con số thấp nhất) Trong đó,	Tổng số lần..... Không biết .....88
[A] 3 tháng đầu tiên của thai kỳ chị khám thai mấy lần	..... lần Không biết .....88
[B] 3 tháng giữa của thai kỳ chị khám thai mấy lần	..... lần Không biết .....88
[C] 3 tháng cuối của thai kỳ chị khám thai mấy lần	..... lần Không biết .....88
AC7. Chị có được tiêm phòng uốn ván trong khi mang thai cháu [TÊN] không? Thăm dò: Chị có được tiêm vào vai hoặc cánh tay để phòng cho em bé không bị uốn ván – cơn co giật sau khi sinh không? Nếu có chị được tiêm uốn ván mấy lần?	Có 1 Không 0 Không biết .....88 1 lần..... 1 2 lần..... 2 3 lần hoặc nhiều hơn 3
AC8. Chị có uống bổ sung sắt/acid folic trong khi mang thai [TÊN] không?	Có 1 Không 0 Không biết .....88
AC9. Chị có bao giờ uống thuốc phòng sốt rét trong khi mang thai [TÊN] không?	Có 1 Không 0 Không biết .....88
AC10. Nếu không đi khám thai chuyên môn trong thời gian mang thai, xin chị cho biết lý do tại sao? Nếu AC1=0 hoặc Nếu AC1=1 và AC2=4 hỏi AC10 (Chỉ chọn một lý do chính đáng nhất)	Không cần đi khám..... 1 Cơ sở y tế ở quá xa 2 Không có tiền để đi đến cơ sở y tế..... 3 Chồng/bạn tình không cho đi đến cơ sở y tế 4 Mẹ chồng không cho đi đến cơ sở y tế...5 Không có phương tiện để đi đến cơ sở y tế..... 6 Sợ không nói chuyện được với cán bộ y tế 7 Thái độ của cán bộ y tế không tốt..... 8 Lý do về tập tục văn hóa 9 Ngại/xấu hổ.....10 Không biết phải đi khám/không có thông tin để đi khám .....11 Quá bận/không có thời gian đi khám....12 Lý do khác (ghi rõ).....13

AC11. Nhìn chung, chị đánh giá về mức độ hài lòng của mình đối với dịch vụ khám thai ở lần mang thai cháu [TÊN] như thế nào theo thang điểm từ 1 đến 10? Nếu AC1=0, không hỏi AC11	1
	2
	3
	4
(Trong đó 10 là mức cao nhất và 1 là mức thấp nhất) (Khoanh tròn 1 lựa chọn phù hợp)	5
	6
	7
	8
	9
	10

SINH SẢN CÓ SỰ TRỢ GIÚP CHUYÊN MÔN (SA)	
SA1. Chị sinh cháu [TÊN] ở đâu?	<u>Tại nhà</u> Nhà riêng..... 1 Nhà người khác..... 2 Ngoài đồng/rừng/chòi 3 <u>Khu vực y tế công</u> Bệnh viện tuyến huyện hoặc tuyến cao hơn 4>>SA3 Phòng khám đa khoa khu vực..... 5>>SA3 Trạm y tế xã/phường..... 6 >>SA3 <u>Khu vực y tế tư nhân</u> Bệnh viện tư 7>>SA3 Phòng khám tư..... 8>>SA3 Nhà hộ sinh tư nhân..... 9>>SA3 Sinh trên đường đi đến cơ sở y tế 10>>SA3 Nơi khác (ghi rõ): 11

<p>SA2. Nếu không sinh con tại cơ sở y tế, chị có thể cho biết lý do tại sao không?</p> <p>Nếu SA1=1,2,3,11 hỏi SA2 Lựa chọn một lý do chính đáng nhất</p>	<p>Tôi thích đẻ con tại nhà hơn..... 1 Cơ sở y tế ở quá xa 2 Không có tiền để đi đến cơ sở y tế..... 3 Chồng/bạn tình không cho đi đến cơ sở y tế 4 Mẹ chồng không cho đi đến cơ sở y tế 5 Không có phương tiện để đi đến cơ sở y tế..... 6 Sợ không nói chuyện được với cán bộ y tế 7 Thái độ của cán bộ y tế không tốt..... 8 Cán bộ y tế thôn bản/Cô đỡ thôn bản đến nhà đỡ đẻ 9 Cán bộ y tế xa đến nhà đỡ đẻ 10 Sinh con vào ban đêm 11 Sinh con ở nơi làm việc 12 Thói quen đẻ con tại nhà..... 13 Đẻ rơi/Đau không kịp đi 14 Đẻ thường/Dễ đẻ nên không cần đi 15 Ngại/Xấu hổ 16 Lý do về tập tục văn hóa 17 Lý do khác (ghi rõ)..... 18</p>
<p>SA3. Ai là người đỡ đẻ cho chị trong lần sinh cháu [TÊN]?</p> <p>Thăm dò: Ngoài ra còn có ai khác có mặt và trợ giúp chị tại nơi sinh không?</p> <p>(Khoanh tròn tất cả đáp án phù hợp)</p>	<p>Không ai giúp 1>> MỤC TIẾP THEO Cán bộ tại cơ sở y tế (Bác sỹ/y sỹ/nữ hộ sinh/điều dưỡng,..)..... 2 Cô đỡ thôn bản 3 Cán bộ y tế thôn bản..... 4 Bà mụ vườn..... 5 Chồng/bạn tình..... 6 Mẹ đẻ hoặc mẹ chồng..... 7 Họ hàng/bạn bè..... 8 Khác (ghi rõ): 9</p>
<p>SA4. Tổng số tiền thực tế mà chị/gia đình phải trả cho lần đi sinh cháu [TÊN] là bao nhiêu?</p> <p>(bao gồm viện phí, đi lại đến cơ sở y tế, mua thuốc men, ăn uống, người nhà đi cùng, cảm ơn bác sỹ/điều dưỡng, không tính chi phí đã được bảo hiểm chi trả)</p>	<p>..... đồng</p>
<p>SA5. Chị đánh giá mức độ hài lòng của mình về sự chăm sóc mà mình nhận được trong quá trình cháu [TÊN] tại {địa điểm tại câu SA1} như thế nào theo thang điểm từ 1 đến 10? (Trong đó 10 là mức cao nhất và 1 là mức thấp nhất)? (Khoanh tròn 1 lựa chọn phù hợp)</p> <p>Nếu SA3=1, không hỏi SA5; Nếu SA3=2-9 có hỏi SA5</p>	<p>1 2 3 4 5 6 7 8 9 10</p>

CHĂM SÓC SAU KHI SINH (PH)	
<p>PH1. Bây giờ tôi muốn hỏi chị một số câu hỏi về những gì đã diễn ra sau khi chị sinh cháu [TÊN].</p> <p>Có ai kiểm tra sức khỏe cho [TÊN] sau khi sinh không? (Ví dụ có ai đó khám sức khỏe của bé, kiểm tra dây rốn hoặc cho bé uống vitamin K?)</p>	<p>Có.....1 Không.....0>>PH6 Không biết.....88>>PH6</p>
<p>PH2. Nếu có, ai là người thực hiện việc kiểm tra sức khỏe sau sinh này cho [TÊN]? (Khoanh tròn tất cả đáp án phù hợp) Thăm dò: Còn ai nữa không?</p>	<p>Cán bộ tại cơ sở y tế (Bác sỹ, Nữ hộ sinh, Y sỹ sản nhi, Điều dưỡng.....).....1 Cô đỡ thôn bản.....2 Cán bộ y tế thôn bản.....3 Bà mẹ vườn.....4</p>
<p>PH3. Việc kiểm tra sau sinh này được thực hiện tại cơ sở y tế hay tại nhà?</p>	<p><u>Tại nhà</u>.....1 <u>Khu vực y tế công</u> Bệnh viện tuyến huyện hoặc tuyến cao hơn.....2 Phòng khám đa khoa khu vực.....3 Trạm y tế xã/phường.....4 <u>Khu vực y tế tư nhân</u> Bệnh viện tư .....5 Phòng khám tư.....6 Nhà hộ sinh tư nhân.....7 Nơi khác (ghi rõ):.....8</p>
<p>PH4. Sau khi sinh bao lâu [TÊN] được kiểm tra sức khỏe lần đầu tiên? (Nếu ít hơn 1 ngày, ghi số giờ. Nếu ít hơn 1 tuần ghi số ngày. Hoặc ghi số tuần)</p>	<p>Số giờ:..... Số ngày:..... Số tuần:..... Không biết.....88</p>
<p>PH5. Việc kiểm tra chỉ diễn ra một lần hay nhiều lần hơn?</p>	<p>Chỉ một lần.....1 Nhiều hơn một lần.....2</p>
<p>PH6. Chị có bảo hiểm y tế trong thời kỳ mang thai và sinh cháu [TÊN] không?</p>	<p>Có .....1 Không.....2>>MỤC TIẾP THEO</p>
<p>[A] Nếu có, chị có sử dụng bảo hiểm y tế khi đi khám thai không?</p>	<p>Có sử dụng.....1 Không sử dụng.....2 Không biết.....88</p>
<p>[B] Nếu có, chị có sử dụng bảo hiểm y tế khi đi sinh con không?</p>	<p>Có sử dụng.....1 Không sử dụng.....2 Không biết.....88</p>
<p>[C] Nếu có, chị có sử dụng bảo hiểm y tế khi đi khám sau sinh không?</p>	<p>Có sử dụng.....1 Không sử dụng.....2 Không biết.....88</p>

SỬ DỤNG BIỆN PHÁP TRÁNH THAI (CA)	
CA1. Hiện tại chị có ý định mang thai không?	Có 1 >> CA5 Không 0
CA2. Nếu không, chị và chồng/bạn tình có làm gì hoặc sử dụng bất cứ biện pháp nào để tránh thai không?	Có 1 Không 0 >> CA4
CA3. Anh, chị thường làm gì hoặc thường xuyên sử dụng biện pháp gì để tránh thai? (Chọn 01 lựa chọn phù hợp)	Triệt sản nữ 1 Triệt sản nam 2 Đặt vòng tránh thai 3 Tiêm thuốc tránh thai 4 Cấy que tránh thai dưới da 5 Viên thuốc tránh thai hàng ngày 6 Viên thuốc tránh thai khẩn cấp 7 Bao cao su cho nam 8 Bao cao su cho nữ 9 Màng ngăn âm đạo 10 Chất diệt tinh trùng (dạng bột/gel) 11 Cho con bú vô kinh 12 Tính vòng kinh 13 Xuất tinh ngoài 14 Khác (ghi rõ) 15
CA4. Nếu chị không dùng biện pháp tránh thai nào, chị có thể cho biết lý do được không? Nếu CA3=1-11, không hỏi CA6 Nếu CA3=12-14, hỏi CA6	Không cần sử dụng Không có thông tin về các biện pháp tránh thai/ KHHGD 2 Không đến được cơ sở y tế để tìm hiểu do đường xa/khó khăn 3 Sợ các tác dụng phụ 4 Sợ cán bộ y tế không hiểu tiếng dân tộc...5 Các biện pháp tránh thai không sẵn có. ....6 Lý do về tôn giáo 7 Lý do về tập tục văn hóa 8 Không thể có thai 9 Lý do khác (ghi rõ) 10
CA5. Ở thời điểm mang thai gần đây nhất, đó có phải là lúc chị muốn có thai không?	Có 1 Không 0
CA6. Chị đã bao giờ nạo/phá thai chưa? Nếu có? Chị đã làm bao nhiêu lần rồi?	Có 1 Không 0 Số lần:

<p>CA7. Nhìn chung, chị đánh giá mức độ hài lòng về các biện pháp tránh thai đang sử dụng như thế nào theo thang điểm từ 1 đến 10? (Trong đó 10 là mức cao nhất và 1 là mức thấp nhất)? (Khoanh tròn 1 lựa chọn phù hợp) Nếu CA1 = 0, hỏi CA7 Nếu CA1 = 1, không hỏi CA7 Nếu CA2 = 0, không hỏi CA7</p>	<p>1 2 3 4 5 6 7 8 9 10</p>
<p>CA8. Trong tương lai, bản thân chị có muốn sinh thêm con nữa không?</p>	<p>Muốn có thêm con.....1 Không muốn có thêm con.....2 Không thể có thai.....3 Chưa quyết định/Không biết.....4</p>
<p>CA9. Trong tương lai, gia đình chị có muốn sinh thêm con nữa không?</p>	<p>Muốn có thêm con.....1 Không muốn có thêm con.....2 Không thể có thai.....3 Chưa quyết định/Không biết.....3</p>

Cảm ơn chị đã dành thời gian cho cuộc phỏng vấn! Các thông tin chị cung cấp vô cùng quý giá cho nhà nước cải thiện hệ thống y tế.

Bảng kiểm kê đánh giá tại Trạm/Cơ sở Y tế

Các thông tin cơ bản về quản lý Hành chính:

Tên cán bộ y tế cung cấp thông tin:		Tên trạm Y tế:.....
Chức vụ:		
Ngày tháng: ____ / ____ / ____ (ngày) (tháng) (năm)	Tên xã: Tên huyện:..... Tên tỉnh:.....	Người thực hiện điều tra

BẢNG KIỂM KÊ TẠI TRẠM Y TẾ XÃ	
Đối với mỗi câu hỏi, viết mã số của câu trả lời vào cột ngoài cùng bên phải.	
Trạm y tế xã có giường nội trú hoặc có giường cho bệnh nhân nằm điều trị qua đêm hay không?	Có 1 Không - 2
Nếu có, trạm có bao nhiêu giường?	..... giường
Trạm y tế xã có nhân viên trực 24/7 hay không?	Có 1 Không 2
Trạm y tế xã có điện thoại cố định hoặc điện thoại di động/ bộ đàm hoạt động liên tục để phục vụ hoạt động khám chữa bệnh hay không? (Chọn các lựa chọn phù hợp)	Có, điện thoại bàn/bộ đàm 1 Có, điện thoại di động 2 Không 3
Trạm y tế xã có xe cứu thương hiện có thể sử dụng được hoặc có phương tiện nào khác sẵn có tại trạm để phục vụ hoạt động chuyên chở bệnh nhân hay không?	Có, có sẵn xăng/dầu 1 Có xe, không có xăng/dầu 2 Không có xe 3
Hiện tại Trạm y tế xã có điện hay không?	Có, có thể quan sát được 1 Không 2
Trạm y tế xã có máy phát điện tại chỗ dự phòng hay không?	Có 1 Không 2
Trạm y tế xã có nhà vệ sinh cho bệnh nhân sử dụng hay không? PHẢI LÀ NHÀ VỆ SINH CHO BỆNH NHÂN SỬ DỤNG CHỨ KHÔNG PHẢI LÀ NHÀ VỆ SINH CHỈ CHO NHÂN VIÊN Y TẾ SỬ DỤNG	Có 1 Không 2

Loại nhà tiêu cho bệnh nhân mà trạm y tế là loại gì?	Tự hoại/bán tự hoại 1 Thấm dội nước 2 Hai ngăn..... 3 Một ngăn..... 4 Cầu cá 5 Khác (ghi rõ)..... 6 Không có nhà vệ sinh, đi vệ sinh ngoài đồng, ruộng 7
Trạm y tế xã hiện có nước không?	Có 1 Không 2
Nguồn nước mà Trạm y tế xã sử dụng là từ đâu? NEU CƠ SỞ SỬ DỤNG NHIỀU NGUỒN NƯỚC, GHI CÂU TRẢ LỜI LÀ NGUỒN NƯỚC ĐƯỢC CƠ SỞ SỬ DỤNG THƯỜNG XUYÊN NHẤT	Nước máy 1 Giếng khoan..... 2 Giếng đào..... 3 Nước mỏ..... 4 Nước mưa..... 5 Nước mua (xi téc, đóng bình hoặc trong chai) 6 Sông, hồ, ao, suối, khe 7 Khác (ghi rõ) 8
Trạm y tế xã có tủ lạnh để dự trữ/lưu giữ vắc xin hay không?	Có 1 Không 2
Nếu có, tủ lạnh của trạm hiện có hoạt động không?	Có 1 Không 2
Tại thời điểm điều tra, Trạm y tế xã có dự trữ Oxytocin hay không?	Có 1 Không 2
Tại thời điểm điều tra, Trạm y tế xã có dự trữ Misoprostol hay không?	Có 1 Không 2
Tại thời điểm điều tra, Trạm y tế xã có dự trữ vắc-xin phòng uốn ván hay không?	Có 1 Không 2
Tại thời điểm điều tra, Trạm y tế xã có dự trữ vắc xin ngừa lao (BCG) hay không?	Có 1 Không 2
Tại thời điểm điều tra, Trạm y tế xã có dự trữ vắc xin phòng bại liệt OPV hay không?	Có 1 Không 2
Tại thời điểm điều tra, Trạm y tế xã có dự trữ vắc xin phòng ngừa sởi hoặc sởi, quai bị và rubella hay không?	Có 1 Không 2
Tại thời điểm điều tra, Trạm y tế xã có dự trữ vắc xin kết hợp phòng bệnh Bạch hầu, ho gà, uốn ván và hoặc Viêm gan B hay không?	Có 1 Không 2
Tại thời điểm điều tra, Trạm y tế xã có găng tay cao su hay không?	Có 1 Không 2
Tại thời điểm điều tra, Trạm y tế xã có dự trữ xi lanh vô trùng hay không?	Có 1 Không 2
Tại thời điểm điều tra, Trạm y tế xã có dự trữ kim tiêm cỡ 19 hoặc 21 vô trùng hay không (có thể là gắn cùng xi lanh)	Có 1 Không 2

Tại thời điểm điều tra, Trạm y tế xã có dự trữ thuốc chống sản giật hay không (MgSO4)?	Có 1 Không 2
Tại thời điểm điều tra, Trạm y tế xã có dự trữ thuốc kháng sinh điều trị hay không (beta-lactamin, macrolide hoặc polypeptide)?	Có 1 Không 2
Trạm y tế xã có thiết bị hồi sức sơ sinh hiện còn đang sử dụng tốt hay không?	Có 1 Không 2
Trạm y tế xã có cân trẻ sơ sinh hiện đang còn hoạt động tốt hay không? NẾU CÓ CÂN NHƯNG CÂN KHÔNG HOẠT ĐỘNG THÌ LỰA CHỌN CÂU TRẢ LỜI LÀ "KHÔNG".	Có 1 Không 2
Trạm y tế xã này có cân dành cho người lớn hiện đang sử dụng tốt hay không? NẾU CÓ CÂN NHƯNG CÂN KHÔNG HOẠT ĐỘNG THÌ LỰA CHỌN CÂU TRẢ LỜI LÀ "KHÔNG".	Có 1 Không 2
Trạm y tế có dự trữ bộ dụng cụ đỡ đẻ sạch không?	Có 1 Không 2
Nếu có, số lượng bộ dụng cụ đỡ đẻ sạch?	..... bộ
Trong phòng đẻ có lò sưởi hoặc đèn với công suất từ 150W để sưởi cho trẻ sơ sinh hay không?	Có 1 Không 2
Tại thời điểm điều tra, Trạm y tế có dự trữ bộ dụng cụ xét nghiệm sốt rét hay không??	Có 1 Không 2
Tại thời điểm điều tra, Trạm y tế xã có dự trữ bộ dụng cụ xét nghiệm HIV hay không?	Có 1 Không 2
Tại thời điểm điều tra, Trạm y tế xã có dự trữ bộ dụng cụ xét nghiệm giang mai hay không?	Có 1 Không 2
Tại thời điểm điều tra, Trạm y tế xã có dự trữ thuốc ARV để điều trị HIV trong kho hay không?	Có 1 Không 2
Tại thời điểm điều tra, Trạm y tế có dự trữ thuốc phòng sốt rét trong kho hay không?	Có 1 Không 2
Tại thời điểm điều tra, Trạm y tế xã có dự trữ thuốc sắt/acid folic trong kho hay không?	Có 1 Không 2
Trạm y tế có dự trữ màn chống muỗi tẩm hóa chất (ITNs) hay không?	Có 1 Không 2
Trạm y tế xã có dụng cụ đo huyết áp hiện đang hoạt động hay không?	Có 1 Không 2
Trạm y tế xã có sử dụng nước khử trùng gốc clo (nước rửa) trong phòng đẻ/phòng mổ hay không?	Có 1 Không 2
Trạm y tế xã có nổi hấp hiện đang sử dụng được hay không?	Có 1 Không 2
Trạm y tế xã có phòng đẻ riêng hay không? Nếu không có phòng riêng, phòng đẻ được ghép với phòng nào? (Chọn phương án thích hợp)	Có 1 Không 2 Phòng KHHGD 1. Phòng khám thai 2. Phòng khám chung 3.

Trong phòng/khu vực đẻ có bao nhiêu bàn đẻ?	_____ bàn đẻ
Trạm y tế xã có phòng hậu sản riêng để mẹ và trẻ sơ sinh có thể nghỉ ngơi sau khi sinh hay không? Nếu không có phòng riêng, phòng hậu sản được ghép với phòng nào? (Chọn phương án thích hợp)	Có 1 Không 2 Phòng KHHGD 1. Phòng khám thai 2. Phòng khám chung 3.
Trung bình người mẹ được ở lại Trạm y tế xã bao lâu sau khi sinh? (Điền thời gian và khoanh đơn vị thời gian thích hợp)	..... giờ ngày
Tại thời điểm điều tra, Trạm y tế xã có các loại phương tiện tránh thai sau trong kho hay không? (Khoanh tròn câu trả lời có hoặc không tương ứng với từng loại)	Vòng tránh thai Có/không Viên uống tránh thai kết hợp Có/không Viên uống chỉ chứa Progestin Có/không Thuốc tiêm tránh thai (DMPA) Có/không Bao cao su nam Có/không Viên tránh thai khẩn cấp Có/không
NHÂN VIÊN LÀM VIỆC TẠI TRẠM Y TẾ XÃ	
Tổng số cán bộ làm việc tại Trạm y tế xã là bao nhiêu người? Trong đó bao nhiêu người đang đi học Bao nhiêu người đang nghỉ sinh	..... người người người
Trong đó, số bác sỹ là bao nhiêu người?	..... người
Trung bình bác sỹ làm việc tại trạm bao nhiêu ngày một tuần?	_____ ngày
Tổng số y sỹ hiện đang làm việc tại trạm là bao nhiêu người?	..... người
Trung bình mỗi y sỹ làm việc tại trạm bao nhiêu ngày một tuần?	..... ngày
Số lượng điều dưỡng hiện đang làm việc tại trạm là bao nhiêu người?	..... người
Trung bình mỗi điều dưỡng làm việc tại trạm bao nhiêu ngày một tuần?	..... ngày
Trạm y tế xã có bao nhiêu nữ hộ sinh/y sỹ sản nhi?	..... người
Trung bình mỗi nữ hộ sinh/y sỹ sản nhi làm việc tại Trạm y tế xã bao nhiêu ngày một tuần?	_____ ngày
Cán bộ y tế của trạm có được đào tạo kỹ năng cấp cứu sản khoa hay không?	Có ----- 1 Không ----- 2
Có cán bộ nào công tác tại Trạm y tế xã là người dân tộc thiểu số hay không? Nếu có thì có bao nhiêu người là người dân tộc thiểu số?	Có ----- 1 Không ----- 2 _____ người
Cán bộ của trạm có nói được tiếng dân tộc hay không? Nếu có, bao nhiêu người có thể nói được tiếng dân tộc?	Có ----- 1 Không ----- 2 _____ người

Hiện nay xã có Cô đỡ thôn bản (CĐTB) không? (Nếu không có chuyển đến câu 62)	Có.....1 Không.....2
Nếu có CĐTB Số CĐTB được đào tạo 6 tháng CĐTB được đào tạo 12 tháng CĐTB được đào tạo 18 tháng	Tổng số----- cô cô cô Không biết.....88
Nếu có cô đỡ thôn bản, các cô có được chi trả phụ cấp theo Thông tư 07/013 của Bộ Y tế không? (Thông tư 07/2013 của Bộ Y tế ký ngày 8/3/2013 quy định về chức năng, nhiệm vụ của Y tế thôn bản và Cô đỡ thôn bản. Trong Thông tư này, Cô đỡ thôn bản đã được đào tạo tối thiểu 6 tháng về các kiến thức về chăm sóc sức khỏe bà mẹ, đỡ đẻ và cấp cứu cho bà mẹ và trẻ sơ sinh sẽ được ngành y tế và chính quyền địa phương đưa vào hệ thống y tế. Cô đỡ thôn bản làm việc ở các thôn bản, chịu sự giám sát trực tiếp của trạm y tế xã.) Số CĐTB được trả: Số CĐTB chưa được trả	..... Người Người Không biết.....88
Mối liên hệ của trạm y tế và cô đỡ thôn bản:	
Trạm Y tế xã có giao ban hàng tháng với CĐTB	Có.....1 Không.....2
Trạm y tế xã có cung cấp vật tư y tế tiêu hao, bộ dụng cụ đỡ đẻ sạch cho CĐTB	Có.....1 Không.....2
Hỗ trợ cho CĐTB khi có cấp cứu	Có.....1 Không.....2
Trạm y tế xã nhận được báo cáo hoạt động của CĐTB hàng tháng	Có.....1 Không.....2
Trạm Y tế xã kèm cặp CĐTB về mặt chuyên môn	Có.....1 Không.....2
Trạm y tế giám sát CĐTB tại thôn bản Nếu có giám sát, thì định kỳ bao nhiêu tháng 1 lần?	Có.....1 Không.....2 tháng
Trạm y tế có số điện thoại liên hệ của CĐTB	Tất cả CĐTB....1 Chỉ có vài CĐTB.....2 Không có của CĐTB....3
Trạm y tế có mối liên hệ làm việc thường xuyên với Trưởng thôn/trưởng bản trong xã	Tất cả Trưởng thôn/ trưởng bản.....1 Một vài trưởng thôn/ trưởng bản.....2 Không liên hệ với tất cả Trưởng thôn/ trưởng bản .....3

Trong xã có bao nhiêu thôn bản có đội chuyển tuyến dựa vào cộng đồng? (Nhóm chuyển tuyến dựa vào cộng đồng: do các thôn bản tự thành lập và hoạt động. Thành viên gồm Y tế thôn bản/cô đỡ thôn bản là nòng cốt, trưởng thôn/trưởng bản, một số người khác trong cộng đồng)	.....thôn
Trạm có được thiết kế và bố trí phù hợp để đáp ứng các yếu tố văn hóa, truyền thống và đặc điểm địa lý của phụ nữ dân tộc thiểu số hay không? Nếu có, yêu cầu cán bộ lý giải sự bố trí này một cách cụ thể:	Có ----- 1 Không ----- 2
Trạm y tế có phòng để phụ nữ mang thai ở trong khi chờ đẻ?	Có ----- 1 Không ----- 2
Trạm y tế có chỗ nấu ăn cho phụ nữ và người nhà không?	Có ----- 1 Không ----- 2
Có tài liệu truyền thông bằng ngôn ngữ dân tộc chính ở xã không?	Có ----- 1 Không ----- 2
Có đội dịch vụ lưu động đi đỡ đẻ và cấp cứu ở cộng đồng không?	Có ----- 1 Không ----- 2
Cán bộ y tế có nói được tiếng dân tộc trong địa bàn xã không?	Có ----- 1 Không ----- 2
Có để người dân tộc thiểu số thực hiện các nghi lễ văn hóa của họ không?	Có ----- 1 Không ----- 2
Có cho người nhà chôn rau/mang rau thai về không?	Có ----- 1 Không ----- 2.
Cho phép làm lễ cho trẻ sơ sinh tại trạm không?	Có ----- 1 Không ----- 2
Có cho người thân như chồng, mẹ có mặt khi sinh	Có ----- 1 Không ----- 2-
Có điều kiện để cho sản phụ đẻ ngồi không? (có hai dây thừng để sản phụ nắm và chỗ để ngồi đẻ không)	Có ----- 1 Không ----- 2
Có chỗ để đốt lửa sưởi ấm	Có ----- 1 Không ----- 2
Trong năm 2015, cả xã có bao nhiêu phụ nữ đẻ? Trong đó, số ca do: Do Hộ sinh đỡ Do Y sĩ sản nhi đỡ Do Bác sĩ đỡ Do CĐTĐ đỡ Do Y tế thôn bản đỡ Do cán bộ khác	..... ca ca ca ca ca ca
Hiện nay, trạm y tế cung cấp được các loại dịch vụ gì liên quan đến sức khỏe sinh sản sau đây? (Khoanh vào đáp án)	
Quản lý thai nghén;	Có ----- 1 Không ----- 2
Hộ sinh	Có ----- 1 Không ----- 2

Chăm sóc sau sinh	Có ----- 1 Không ----- 2
Chăm sóc sơ sinh	Có ----- 1 Không ----- 2
Cấp cứu sản khoa	Có ----- 1 Không ----- 2
Cấp cứu sơ sinh	Có ----- 1 Không ----- 2
Dịch vụ khám thai/đỡ đẻ, cấp cứu cho mẹ và trẻ sơ sinh tại nhà	Có ----- 1 Không ----- 2
Chuyển tuyến	Có ----- 1 Không ----- 2
Dịch vụ KHHGD (các biện pháp lâm sàng);	Có ----- 1 Không ----- 2
Chăm sóc sức khỏe sinh sản cho vị thành niên/thanh niên	Có ----- 1 Không ----- 2
Khám và điều trị các bệnh nhiễm khuẩn đường sinh sản, HIV	Có ----- 1 Không ----- 2
Quản lý/giám sát y tế thôn bản và Cô đỡ thôn bản	Có ----- 1 Không ----- 2

THÔNG TIN HÀNH CHÍNH:

Tên người điều hành thảo luận nhóm:	Mã tỉnh: -----
Chữ ký:	
Ngày thực hiện: ----- / ----- / ----- (ngày / tháng / năm)	Mã tham gia: -----

Thời gian bắt đầu thảo luận nhóm :

_____ : _____

(giờ) (phút)

Trước khi bắt đầu, tôi muốn nhắc các chị rằng sẽ không có câu trả lời nào đúng hoặc sai trong thảo luận này. Đoàn nghiên cứu mong muốn tìm hiểu suy nghĩ của mỗi chị vì vậy các chị hãy thoải mái chia sẻ ý kiến của mình dù là đồng tình hay phản đối với các nội dung mà chị nghe được. Điều quan trọng là chúng tôi muốn lắng nghe ý kiến của các chị.

Chắc các chị đều mong rằng các chia sẻ của mình sẽ không bị lộ ra ngoài nhóm chúng ta, vì vậy các thành viên trong nhóm hãy cam kết không tiết lộ cho bất cứ ai về nội dung thảo luận ngày hôm nay.

Bây giờ chúng ta hãy bắt đầu làm quen nhau, từng người lần lượt giới thiệu. (Từng thành viên nhóm nghiên cứu cũng giới thiệu mình và mô tả vai trò của mình. Người tham gia thảo luận nhóm nên giới thiệu tên, tuổi, trình độ học vấn, nghề nghiệp chính, số con, nơi họ sinh con gần đây nhất)

GHI CHÚ: Các quan điểm được trình bày trong báo cáo này là của nhóm nghiên cứu và không nhất thiết phản ánh quan điểm và chính sách của Bộ Y tế và UNFPA.



Tòa nhà Xanh Liên hợp quốc

304 Kim Mã, Hà Nội, Việt Nam

ĐT: (+844) 38500100

Fax: (+844)37265520

Website: <http://vietnam.unfpa.org>