

ỦY BAN
DÂN SỐ, GIA ĐÌNH VÀ TRẺ EM

BỘ Y TẾ

ĐỀ TÀI NGHIÊN CỨU KHOA HỌC CẤP BỘ

Báo cáo kết quả đề tài

**THỰC TRẠNG VÀ CÁC YẾU TỐ ẢNH HƯỞNG ĐẾN NẠO HÚT
THAI Ở MỘT SỐ CƠ SỞ Y TẾ NHÀ NƯỚC**

Hà nội 2003

5411
8/8105

**ỦY BAN DÂN SỐ GIA ĐÌNH TRẺ EM - BỘ Y TẾ
VỤ SỨC KHOẺ SINH SẢN**

**THỰC TRẠNG VÀ CÁC YẾU TỐ ẢNH HƯỞNG
ĐẾN NẠO HÚT THAI Ở MỘT SỐ CƠ SỞ Y TẾ
NHÀ NƯỚC**

Hà Nội 2003

THỰC TRẠNG VÀ CÁC YẾU TỐ ẢNH HƯỞNG ĐẾN NẠO HÚT THAI Ở MỘT SỐ CƠ SỞ Y TẾ NHÀ NƯỚC

Cơ quan chủ quản:
Cơ quan chủ trì đề tài
Cơ quan phối hợp chính

UBDSGĐTE
Vụ SKSS - Bộ Y tế
Trung tâm thông tin - UBDSGĐTE

Chủ nhiệm đề tài
Học vị
Chức vụ

Trần Thị Phương Mai
PGS - Tiến sĩ
Phó Vụ trưởng Vụ SKSS - Bộ Y tế

Các nghiên cứu viên:

Bs Nguyễn Thị Lê Vụ KSS - Bộ Y tế

Ths Đặng Hoàng Nam Vụ SKSS – Bộ Y tế

Bs Đinh Thuận An Vụ SKSS – Bộ Y tế

Bs Vũ Thanh Hoa - Trung tâm nghiên cứu phát triển Y tế cộng đồng

CN Trần chí Trung - Trung tâm nghiên cứu phát triển Y tế cộng đồng

CN Vũ Phương Loan - Trung tâm nghiên cứu phát triển Y tế cộng đồng

Thời gian nghiên cứu: Từ tháng 5/2002 đến tháng 12/2002

MỤC LỤC

BẢNG CHỮ VIẾT TẮT.....	5
DANH MỤC CÁC BẢNG SỐ LIỆU.....	6
DANH MỤC CÁC BIỂU ĐỒ.....	7
A. ĐẶT VẤN ĐỀ.....	8
I. VẤN ĐỀ NẠO HÚT THAI TRÊN THẾ GIỚI.....	8
II. NẠO HÚT THAI Ở VIỆT NAM.....	9
III. NẠO HÚT THAI VÀ CHIẾN LƯỢC CSSKSS.....	12
IV. TÌNH HÌNH NGHIÊN CỨU NẠO HÚT THAI Ở VIỆT NAM.....	13
B. MỤC TIÊU NGHIÊN CỨU.....	15
C. PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU.....	15
I. GIẢ THUYẾT NGHIÊN CỨU.....	15
II. ĐỐI TƯỢNG NGHIÊN CỨU.....	16
III. ĐỊA ĐIỂM NGHIÊN CỨU.....	16
IV. PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU.....	16
1. Định lượng.....	17
2. Định tính.....	17
3. Xử lý thông tin.....	17
4. Mẫu nghiên cứu.....	17
V. KẾ HOẠCH TRIỂN KHAI NGHIÊN CỨU.....	18
1. Xây dựng đề cương và bảng hỏi.....	18
2. Thử nghiệm bộ câu hỏi.....	18
3. Lựa chọn và tập huấn giám sát viên và điều tra viên.....	18
4. Điều tra thực địa.....	18
5. Viết báo cáo.....	18
D. KẾT QUẢ VÀ BÀN LUẬN.....	19
I. MỘT SỐ THÔNG TIN VỀ CÁC CƠ SỞ NGHIÊN CỨU.....	19
1. Cơ sở hạ tầng phục vụ dịch vụ NHT.....	19
2. Nhân lực và đào tạo.....	20
3. Tình hình trang thiết bị phục vụ NHT & cấp cứu.....	21
4. Thuốc phục vụ dịch vụ NHT và cấp cứu.....	22
5. Tài liệu và phương tiện truyền thông tư vấn.....	22
6. Sự sẵn sàng cung cấp các loại dịch vụ.....	23
7. Tình hình cung cấp dịch vụ NHT trong năm 2001 và 6 tháng đầu năm 2002.....	24
II. THÔNG TIN VỀ KHÁCH HÀNG NẠO HÚT THAI.....	24
1. Tuổi và trình độ học vấn của khách hàng.....	25
2. Tình trạng kinh tế của bản thân và gia đình.....	26
3. Nghề nghiệp/việc làm của khách hàng.....	27
4. Tình trạng hôn nhân.....	28
5. Nơi sinh sống.....	28
III. TIỀN SỬ SẢN KHOA CỦA KHÁCH HÀNG.....	29
IV. TIỀN SỬ NẠO HÚT THAI CỦA KHÁCH HÀNG.....	34

1. Lý do dẫn đến quyết định NHT ở các lần trước đây.	34
2. Cơ sở khách hàng đã nạo hút thai trong các lần trước đây	36
3. Các hình thức phá thai trước đây.....	36
4. Tư vấn của CBYT cho khách hàng trước khi tiến hành thủ thuật	37
5. Tình hình sử dụng kháng sinh sau NHT các lần trước	38
6. Hướng dẫn của CBYT về cách xử trí với các dấu hiệu bất thường sau NHT ..	39
7. CBYT hẹn khám lại trong các lần NHT trước đây.....	39
8. Công tác tư vấn về sử dụng BPTT sau NHT của CBYT	39
9. Tai biến, bất thường của khách hàng sau những lần NHT trước đây.	40
10. Nơi khách hàng đã đến xử trí các tai biến sau những lần NHT trước đây.	40
IV. VẤN ĐỀ SỬ DỤNG CÁC BPTT VÀ HIỆU QUẢ.....	41
1. Các lần trước đây.....	41
2. Về lần NHT này	43
V. HIỂU BIẾT VỀ TÁC HẠI NẠO HÚT THAI	49
1. Trình độ học vấn và số lần nạo hút thai.....	49
2. Trình độ học vấn và hiểu biết về tác hại nạo hút thai.....	50
3. Nghề nghiệp và hiểu biết về tác hại nạo hút thai	50
4. Tình trạng hôn nhân và hiểu biết về tác hại nạo hút thai.....	51
5. Quan điểm nạo hút thai là một biện pháp tránh thai	52
VI. NGUYÊN NHÂN VÀ YẾU TỐ DẪN ĐẾN QUYẾT ĐỊNH NẠO HÚT THAI LẦN NÀY	53
1. Lý do quyết định chấm dứt thai nghén lần được điều tra này.....	53
2. Lý do thất bại trong sử dụng các biện pháp tránh thai.	53
VII. CHẤT LƯỢNG NẠO HÚT THAI	54
1. Trình độ chuyên môn CBYT thực hiện nạo hút thai	54
2. Vấn đề thực hiện qui trình kỹ thuật nạo hút thai.....	54
3. Test trước khi tiến hành thủ thuật NHT.....	57
4. Tư vấn trong nạo hút thai.....	57
5. Giá cả dịch vụ và sự hài lòng của khách hàng	59
E. KẾT LUẬN VÀ KHUYẾN NGHỊ.....	60
I. KẾT LUẬN.....	61
II. KHUYẾN NGHỊ	62
TÀI LIỆU THAM KHẢO	63

BẢNG CHỮ VIẾT TẮT

BMTE	Bà mẹ trẻ em
BPTT	Biện pháp tránh thai
BSDK	Bác sỹ đa khoa
BSCK	Bác sỹ chuyên khoa
BV	Bệnh viện
BVSKBMTE	Bảo vệ sức khoẻ bà mẹ trẻ em
CBR	Tỷ lệ sinh thô
CDR	Tỷ lệ chết thô
CSSKSS	Chăm sóc sức khoẻ sinh sản
CBYT	Cán bộ y tế
KH	Khách hàng
KHHGD	Kế hoạch hoá gia đình
HĐHKN	Hút điều hoà kinh nguyệt
LMAT	Làm mẹ an toàn
LTQĐTD	Lây truyền qua đường tình dục
NHT	Nạo hút thai
NHS	Nữ hộ sinh
T-G-T	Thông tin-giáo dục-truyền thông
TTYT	Trung tâm y tế
VTN	Vị thành niên
VN	Việt Nam
Vụ BMTE	Vụ Bảo vệ sức khoẻ bà mẹ trẻ em và Kế hoạch hoá gia đình
UNICEF	Quỹ nhi đồng Liên Hiệp quốc
UNFPA	Quỹ dân số Liên Hiệp quốc
UN	Liên Hiệp quốc
YSSN	Y sỹ sản nhi
WHO	Tổ chức Y tế thế giới

DANH MỤC CÁC BẢNG SỐ LIỆU

Bảng 1	Hạ tầng cơ sở ở các điểm nghiên cứu	Tr. 20
Bảng 2	Số cán bộ y tế hiện có của các cơ sở, đến 8/2002	21
Bảng 3	Tỷ lệ (%) CBYT tại cơ sở nghiên cứu	21
Bảng 4	Tình hình trang thiết bị còn sử dụng tốt ở 6 cơ sở nghiên cứu đến 8/2002	22
Bảng 5	Tài liệu truyền thông tư vấn ở cơ sở	24
Bảng 6	Khả năng cung cấp dịch vụ	24
Bảng 7	Tình hình cung cấp dịch vụ NHT trong năm 2001 và 6 tháng đầu năm 2002 tại các địa điểm nghiên cứu	25
Bảng 8	Tuổi và trình độ học vấn của khách hàng	26
Bảng 9	Thu nhập của gia đình và thu nhập bình quân của khách hàng	28
Bảng 10	Nghề nghiệp/việc làm của khách hàng	29
Bảng 11	Tình trạng hôn nhân	29
Bảng 12	Nơi sinh sống của các khách hàng	29
Bảng 13	Số lần có thai và sinh con của khách hàng	30
Bảng 14	Số con còn sống của khách hàng	32
Bảng 15	Tuổi con nhỏ nhất và tình hình cho con bú của khách hàng	33
Bảng 16	Kết quả các lần mang thai gần đây nhất	34
Bảng 17	Lý do nạo hút thai ở các lần trước đây	36
Bảng 18	Cơ sở nạo hút thai trong các lần trước đây	37
Bảng 19	Các hình thức phá thai trước đây	37
Bảng 20	CBYT giải thích về tác hại của nạo hút thai trước khi làm thủ thuật	38
Bảng 21	Sử dụng kháng sinh sau nạo hút thai ở các lần trước	39
Bảng 22	CBYT hướng dẫn theo dõi, xử trí sau nạo hút thai	40
Bảng 23	CBYT hẹn khám lại	40
Bảng 24	CBYT tư vấn sử dụng BPTT	40
Bảng 25	Các tai biến, bất thường của khách hàng sau nạo hút	41
Bảng 26	Nơi xử trí các tai biến	41
Bảng 27	Sử dụng các biện pháp tránh thai	42
Bảng 28	Nơi nhận các biện pháp tránh thai	44
Bảng 29	Lý do dùng các biện pháp tránh thai nhưng vẫn thất bại	44
Bảng 30	Sử dụng các biện pháp tránh thai	44
Bảng 31	Nơi nhận các biện pháp tránh thai	45
Bảng 32	Lý do không sử dụng BPTT	46
Bảng 33	Trình độ học vấn và việc không áp dụng BPTT	46
Bảng 34	Nghề nghiệp và việc không áp dụng BPTT	47
Bảng 35	Thu nhập của khách hàng và lý do không áp dụng BPTT	47
Bảng 36	Tình trạng hôn nhân và việc không áp dụng BPTT	47
Bảng 37	Trình độ học vấn và số lần nạo hút thai	49
Bảng 38	Trình độ học vấn và hiểu biết về tác hại nạo hút thai	50
Bảng 39	Nghề nghiệp và hiểu biết về tác hại nạo hút thai	51
Bảng 40	Tình trạng hôn nhân và hiểu biết về tác hại nạo hút thai	51
Bảng 41	Quan điểm nạo hút thai là một biện pháp tránh thai	52
Bảng 42	Lý do quyết định chấm dứt thai nghén	53
Bảng 43	Lý do dùng các biện pháp tránh thai nhưng vẫn thất bại	53
Bảng 44	Kiểm quy trình nạo hút thai	54
Bảng 45	Tình hình thử test trước khi nạo hút thai	57

Bảng 46	CBYT giải thích tác hại của nạo hút thai	57
Bảng 47	CBYT giải thích tai biến của nạo hút thai	58
Bảng 48	Cấp/mua kháng sinh	58
Bảng 49	Thời gian hẹn khám lại	58
Bảng 50	CBYT hướng dẫn cách xử trí bất thường	59
Bảng 51	CBYT hướng dẫn cách xử trí tai biến	59
Bảng 52	Số tiền phải trả	59
Bảng 53	Hài lòng với lần hút thai này	60
Bảng 54	Lý do không hài lòng	60

DANH MỤC CÁC BIỂU ĐỒ

Biểu đồ 1	Phân bố độ tuổi của khách hàng	Tr. 27
Biểu đồ 2	Số lần có thai của khách hàng	32
Biểu đồ 3	Tỷ lệ NHT giữa nhóm KH có con trai và con gái	33
Biểu đồ 4	Lý do khách hàng nạo hút thai	36
Biểu đồ 5	Phần trăm cán bộ y tế giải thích tác hại của nạo hút thai trước khi làm thủ thuật	39
Biểu đồ 6	Các biện pháp tránh thai KH sử dụng ở lần NHT trước	43

A. ĐẶT VẤN ĐỀ

I. VẤN ĐỀ NẠO HÚT THAI TRÊN THẾ GIỚI

Đồng thời với sự tăng trưởng mạnh về kinh tế, đời sống chính trị, xã hội được cải thiện, phụ nữ và trẻ em trên toàn thế giới ngày càng được quan tâm nhiều hơn. Phong trào giải phóng phụ nữ, giảm nhẹ mọi gánh nặng cho phụ nữ, ngày càng thu được những thành tựu to lớn. Phụ nữ trên toàn thế giới ngày nay đã được giải phóng khỏi nhiều công việc nặng nhọc, và những ràng buộc hà khắc của những tập quán cổ hủ, lạc hậu trong xã hội truyền thống. Trong đó, việc sinh đẻ và nuôi dạy con cái của phụ nữ ngày nay cũng đã được chú ý, cải thiện rất nhiều. Đến nay đã có hơn 90% số quốc gia trên thế giới chấp nhận KHHGD. Cùng với sự chấp nhận trên là các biện pháp tránh thai ngày càng được nhiều người sử dụng song tình hình nạo hút thai vẫn chưa giảm đáng kể. Đặc biệt ở các nước đang phát triển tỷ lệ nạo hút thai vẫn còn cao.

Hiện nay, chính sách nạo hút thai (NHT) ở các nước hoàn toàn phụ thuộc vào tình hình xã hội, chế độ chính trị, hoàn cảnh kinh tế của từng quốc gia. Nó hình thành và chịu sự chi phối của hệ thống pháp luật ở nước sở tại. Tuy vậy, mặc dù luật pháp sở tại có cho phép hay không, thì NHT vẫn là một vấn đề xã hội hết sức nhạy cảm và phức tạp. Cho đến nay, luật pháp của đa số các nước trên thế giới đều đã cho phép NHT. Chính vì thế mà tỷ lệ sinh ở nhiều nước đã giảm rất mạnh.

Thu thập những số liệu chính xác về tình hình NHT trên toàn thế giới, đặc biệt là NHT ngoài hôn nhân và NHT ở tuổi vị thành niên (VTN) là một việc rất khó khăn. Thường số liệu về các trường hợp NHT thu thập được sẽ thấp hơn nhiều so với con số thực tế. Điều đó chủ yếu là do tình trạng NHT ngoài hôn nhân, ngoài luật pháp, hay nằm ngoài hệ thống cơ sở y tế công lập, y tế nhà nước ngày càng tăng và không thể quản lý chính xác được, xảy ra ở tất cả các nước trên thế giới. Có được số liệu chính xác về NHT và NHT ngoài hôn nhân, NHT ở tuổi VTN là điều khó đạt được (Tietze, 1983).

Trên thế giới, tình trạng NHT tăng hay giảm thường tỷ lệ thuận với việc thất bại trong sử dụng các biện pháp tránh thai (BPTT). Trong thực tế, hiệu quả của việc sử dụng các BPTT hoàn toàn phụ thuộc vào kiến thức, thái độ, hành vi của các cặp vợ chồng và của các cá nhân trong độ tuổi sinh đẻ. Hiểu biết càng cao thì tỷ lệ NHT càng thấp. Tại các nước đang phát triển, sức ép giảm tỷ lệ tăng dân số ngày càng tăng, trong khi đó việc cung cấp dịch vụ KHHGD lại thiếu và ít hiệu quả, vì thế thất bại trong sử dụng các BPTT cao. Phân tích số liệu điều tra ở 48 nước đang phát triển, Bongaarts (1990) đưa ra thông báo: có tới 26% số ca sinh ngoài ý muốn, trong tổng số các ca sinh hàng năm ở các nước trên.

Những nghiên cứu tại các nước đang phát triển cho thấy, dù có hợp pháp hay không, NHT không an toàn vẫn khá phổ biến, tỷ lệ chết và biến chứng sau NHT vẫn còn, bởi chất lượng dịch vụ còn thấp. Ước tính hàng năm có tới 20 triệu ca NHT không an toàn trên thế giới. Và hàng năm thế giới có 350 ca tử vong/100.000 ca NHT không an toàn (WHO, 1994). Ở các nước đang phát triển vẫn còn tình trạng NHT do những người không được đào tạo kỹ năng thực hiện. Đó là các trường hợp của các

thầy thuốc chân đất ở Trung Quốc, các cơ sở thực hiện dịch vụ NHT chui không đảm bảo chuyên môn và vệ sinh...'(Rigdon, 1996).

Vấn đề tự do tình dục tại các nước trên thế giới hiện nay đã ít bị lên án, NHT đang ngày càng trở nên phổ biến, NHT ngoài hôn nhân, NHT ở tuổi VTN đang tăng nhanh. Tỷ lệ NHT ngoài hôn nhân ở Mỹ vào năm 1977 cao gấp 4 lần, so với NHT trong hôn nhân (Tietze, 1983). Tại các nước phát triển, hàng năm có tới 2/3 số phụ nữ kết thúc mang thai bằng việc NHT. Tại các nước châu Á, hàng năm NHT ngoài hôn nhân cũng chiếm tới 18% các ca NHT. Khuynh hướng này cũng ngày càng phổ biến ở châu Phi (Royston and Armstrong, 1989, 120-23). Đó là sự tác động của sự chuyển đổi xã hội, từ xã hội truyền thống sang xã hội của nền kinh tế thị trường, với mức độ giao tiếp, quan hệ rất nhanh, rộng, trên cơ sở hạch toán. Lối sống, nếp sống, hành vi sinh sản của xã hội, đã ít nhiều thay đổi theo hướng thực dụng thị trường (Caldwell, 1990), trong khi kiến thức và phương tiện tránh thai thiếu, không thích hợp, khó kiếm... có thai ngoài ý muốn tăng, kết quả NHT ngày càng trở nên phổ biến.

Hiện nay, hầu hết các nước đều nhận thấy hậu quả xấu nghiêm trọng về sức khoẻ do NHT gây ra, nhưng vẫn còn nhiều nơi chưa chấp nhận việc giáo dục giới tính cho học sinh trong các nhà trường. Ở đó, giáo dục giới tính vẫn bị coi như là *sự suy đồi, gây ảnh hưởng xấu tới đạo đức xã hội, vẽ đường cho hươu chạy...* Nhiều bậc phụ huynh, thầy cô giáo... hết sức tránh thảo luận về giới tính với con cái và học trò của mình (Derebi..., 1982). Vì thế, giáo dục giới tính hiện nay vẫn chưa được thực hiện rộng rãi trên toàn thế giới. Đây cũng là một trong những nguyên nhân làm cho tỷ lệ có thai ngoài ý muốn và NHT trên thế giới ngày càng tăng.

II. NẠO HÚT THAI Ở VIỆT NAM

Nhận thức về gánh nặng dân số đã được Chính phủ và nhân dân Việt Nam quán triệt ngay từ những năm 1960. Trong khi cả nước vẫn có chiến tranh, thì miền Bắc Việt Nam đã thực hiện chính sách gia đình chỉ có 1 đến 2 con. Tuy nhiên do nhiều lý do khác nhau, chương trình DS/KHHGD được thực hiện rất chậm chạp, mức sinh hàng năm vẫn cao (Jones, 1984; NCPFP, 1990). Sau khi đất nước thống nhất, năm 1981 chương trình DS/KHHGD được coi như một quốc sách để điều chỉnh quy mô dân số ở Việt Nam. Với ba mục tiêu vận động thực hiện: 1) Mỗi cặp vợ chồng chỉ nên có 1 hoặc 2 con; 2) Khoảng cách giữa hai lần sinh là từ 3-5 năm; 3) Phụ nữ có chồng chỉ nên sinh con từ tuổi 22 hoặc muộn hơn. Cuối những năm 1980, Chính phủ tiếp tục đẩy mạnh các hoạt động, nhằm điều hoà mức sinh, giảm tỷ lệ gia tăng dân số. Tổng tỷ suất sinh giảm từ 3,8 con vào 1989, xuống còn 2,3 con vào 1999 (Tổng điều tra dân số năm 1999).

Một thực tế, đồng thời với giảm mức sinh, tỷ lệ NHT ngày càng tăng nhanh. Theo cảnh báo của Daniel Goodkind (1994), tỷ lệ NHT ở nước ta thuộc nhóm cao trên thế giới, bởi tỷ suất 2,5 (nghĩa là mỗi phụ nữ VN đã phải qua 2,5 lần NHT, trong cuộc đời sinh đẻ của họ). NHT hiện nay thực sự đã trở thành báo động đối với toàn xã hội.

Hiện có nhiều tài liệu thống kê, với những số liệu rất khác nhau về con số và tỷ lệ NHT trong những năm vừa qua ở Việt Nam. Nguồn số liệu thu thập từ Điều tra nhân khẩu học và Sức khoẻ năm 1988, được khẳng định là thấp hơn nhiều so với thực

tế, vì điều tra này chỉ thu thập phụ nữ NHT, mà không đề cập đến số lần NHT của từng người.

Kết quả các cuộc điều tra: Giữa kỳ 1994 của Tổng cục Thống kê, Điều tra về mức sống dân cư, do Bộ Kế hoạch - Đầu tư và Tổng cục Thống kê tiến hành đều cho thấy, tỷ lệ NHT ở Việt Nam thấp hơn so với con số mà Daniel Goodkind (1994) đưa ra. Mặc dù vậy, các số liệu mà thống kê y tế đưa ra đều đã khẳng định tình hình NHT ở Việt Nam hiện nay là đáng lo ngại. Theo ước tính của Bongaarts (1997), hàng năm tại các nước đang phát triển có khoảng 32 triệu trường hợp NHT. Trong đó châu Á chiếm tới 24 triệu trường hợp. Tại Việt Nam, theo báo cáo của Bộ Y tế, hàng năm có khoảng 1 triệu trường hợp NHT. Tính chính xác của các số liệu đưa ra phụ thuộc nhiều vào khả năng nắm bắt, quản lý được số các trường hợp NHT ngoài hôn nhân, NHT ở tuổi VTN, NHT *chui* tại các cơ sở y tế tư nhân. Vì thế, đưa ra số liệu chính xác về NHT ở Việt Nam hiện nay vẫn đang còn là một vấn đề khó khăn, đối với các cơ quan thống kê nói chung.

Mặc dù vậy, hiện nay chúng ta vẫn phải dựa vào hai nguồn số liệu thống kê chính của Tổng cục Thống kê và Thống kê Y tế của Bộ y tế để xem xét. Theo số liệu của Tổng cục Thống kê, trong hai năm 1994 và 1995, NHT ở VN chiếm tỷ lệ 22-24%, trong tổng số phụ nữ có chồng đang ở độ tuổi sinh đẻ. Tỷ lệ đó tương đương với 272.600 trường hợp NHT trong năm 1994, và 256.500 trường hợp NHT trong năm 1995. Các chuyên gia cho rằng số ca, cũng như tỷ suất NHT, qua các cuộc điều tra thấp hơn thực tế, do những nguyên nhân sau:

- Phụ nữ được điều tra không khai, hoặc không khai hết số lần họ đã NHT, do họ còn có nhiều e ngại khác nhau.
- Trong quá trình điều tra, NHT ngoài hôn nhân, NHT ở tuổi VTN đã không được thực hiện, chỉ những phụ nữ 15-49 đang có chồng mới được điều tra.
- Số các trường hợp NHT *chui* tại các cơ sở y tế tư nhân, không được điều tra...

Theo báo cáo thường kỳ của các cơ quan thuộc ngành y tế, ở tất cả các cấp, tình hình NHT ở Việt Nam trong những năm gần đây như sau:

Tỷ suất NHT (AR) ở VN trong những năm 1988-1994: 1988: 53,1‰; 1989: 48,1‰; 1990: 62,0‰; 1991: 66,6‰; 1992: 76,7‰; 1993: 76,2‰; 1994: 62,3‰ (Nguồn: Niên giám thống kê y tế 1989, 1990, 1991, 1992, 1993, 1994).

Tỷ lệ NHT ở VN trong những năm 1994 -1998 (So với tổng số các trường hợp có thai trên toàn quốc): 1994: 62,3%; 1995: 71,9%; 1996: 64,4%; 1997: 59,8%; 1998: 51,9% (Nguồn: Niên giám thống kê y tế 1994, 1995, 1996, 1997, 1998).

Tuy nhiên, một số chuyên gia cho rằng, những số liệu trên cao hơn so với thực tế, bởi những lý do sau đây:

- Số ca NHT đã bị khai tăng lên, với mục đích: được nhận tăng lương thuốc thiết yếu được cấp cho khách hàng (19.175 VNĐ/ca), được nhận tăng tiền bồi dưỡng cho cán bộ y tế được hưởng cho mỗi ca NHT (15.000VNĐ/ca), được nhận tăng thuốc điều trị miễn phí cho các ca hút điều hoà kinh nguyệt (14.255VNĐ/ca) và được nhận tăng tiền phụ cấp kỹ thuật cho cán bộ y tế (7.500VNĐ/ca). Trong

khi đó sổ sách của các cơ sở y tế lại được phép không cần ghi rõ địa chỉ của khách hàng, cũng như khách hàng không cần phải có giấy giới thiệu, hoặc địa chỉ cụ thể.

- Mặt khác số liệu NHT của ngành y tế cũng có thể còn sót do chưa thống kê được đầy đủ ở khu vực tư nhân. Theo một báo cáo của UBQGDS-KHHGD, năm 1996 bình quân một tháng mỗi cơ sở y tế tư nhân thực hiện 107 trường hợp. Sự sai lệch giữa số liệu báo cáo định kỳ với số liệu thu thập qua điều tra thực tế, cũng thường thấy ở nhiều các nước trên thế giới.

Cũng có những lý giải cho rằng, tỷ suất NHT ở Việt Nam trong những năm gần đây đang có chiều hướng gia tăng. Thực tế đó có thể phản ánh sự thay đổi nhanh chóng quan niệm về tình yêu, tình dục, sinh đẻ, số con cần thiết trong mỗi gia đình, của người dân, nhất là thanh thiếu niên. Mặt khác nó cũng phản ánh sự bất cập của việc hiểu biết, sử dụng và cung cấp các dịch vụ tránh thai hiện nay so với nhu cầu thực tế. Phụ nữ có thai ngoài ý muốn và buộc họ phải kết thúc việc mang thai bằng NHT, vẫn chiếm tỷ lệ khá cao. Hiện tượng này còn phần nào được tạo ra bởi dịch vụ NHT ngày nay đã được cung cấp nhiều hơn, dễ tiếp cận hơn, đặc biệt là ở nông thôn. Nguyên nhân của hiện tượng NHT ngày càng gia tăng có đúng như các ý kiến giải thích trên đây hay không, vấn đề đòi hỏi cần phải được nghiên cứu cụ thể.

Phần lớn các trường hợp có thai ngoài ý muốn, phải kết thúc mang thai bằng NHT, Do thất bại các biện pháp tránh thai 20%, do không sử dụng BPTT. Việc thử thai sớm còn nhiều hạn chế, nên tỷ lệ hút điều hoà khi không có thai vẫn còn chiếm tỷ lệ cao (hút gió). Việc quản lý, giám sát thực hiện NHT tại các cơ sở y tế của Nhà nước còn nhiều bất cập. NHT tại các cơ sở tư nhân hầu như không quản lý, giám sát được. Để có được số liệu có thể tin cậy về những vấn đề này, đòi hỏi phải có những nghiên cứu cụ thể, đồng thời được tiến hành trên diện rộng.

Những chỉ số về NHT thai hiện đang có ở VN, chỉ được điều tra, thu thập ở đối tượng phụ nữ 15-49 đang có chồng, ở các cơ sở y tế Nhà nước. Số lượng tương đối lớn các ca NHT ngoài hôn nhân, NHT ở tuổi VTN, NHT tại các cơ sở tư nhân (chiếm khoảng 50% tổng số ca NHT hiện nay)... chưa được điều tra, thống kê đầy đủ. Điều đó đã hạn chế lớn tới tính chính xác của các số liệu về NHT hiện nay. Mặc dù vậy, vẫn có một số ý kiến cho rằng, số ca NHT thực tế thấp hơn những số liệu thống kê đã công bố. Thực chất của vấn đề này ra sao, là một đòi hỏi cần được làm sáng tỏ, càng sớm càng tốt, để có giải pháp khắc phục thích hợp.

Tình hình tai biến do NHT hiện nay như sau: Tai biến tức thì chiếm 1,52% tổng số ca NHT. Những tai biến trong vòng một tháng sau NHT chiếm 11,4%, tai biến sau NHT từ 1 - 12 tháng chiếm 5,9%, tai biến sau NHT từ 12-24 tháng chiếm 3,5% tổng số ca NHT. Tính chung có tới 20,3% số ca có vấn đề về sức khoẻ và sản phụ khoa sau khi NHT, trong đó nạo thai chiếm tỷ lệ cao hơn nhiều so với hút điều hoà kinh nguyệt (Tai biến nạo hút thai - NXB Y học 2002). Ngoài những nguyên nhân từ phía khách hàng, tỷ lệ tai biến NHT còn có nhiều nguyên nhân quan trọng từ phía các cơ sở y tế. Đó là sự yếu kém về hạ tầng, trang thiết bị, dụng cụ y tế, thuốc thiết yếu, kể cả dụng cụ NHT và thuốc cấp cứu sản khoa, nếu có thì đều đã xuống cấp, hoặc không sử dụng được. Mặt khác còn do đội ngũ cán bộ y tế cung cấp dịch vụ NHT còn thiếu và yếu về năng lực, chuyên môn, kinh nghiệm công tác. Như vậy, tình hình tai biến do NHT thực tế ra sao, nguyên nhân từ phía cung cấp dịch vụ cụ thể thế

nào, khả năng cung cấp dịch vụ NHT ở các tuyến y tế cơ sở đến đâu... là những vấn đề cấp thiết cần phải được nghiên cứu nghiêm túc.

Kết quả nghiên cứu ở Giai đoạn I tại Ninh Bình - Cao Bằng cũng cho thấy:

- 50% số ca NHT đều có nguyên nhân do thất bại trong việc sử dụng các BPTT.
- Số trường hợp NHT nhắc lại còn tương đối cao.
- Tỷ lệ biến chứng do NHT còn tương đối cao. Điều đó có thể do kỹ năng của đội ngũ cung cấp dịch vụ chưa thường xuyên được cập nhật, đặc biệt là ở tuyến y tế cơ sở; dịch vụ KHHGD chưa đảm bảo chất lượng chăm sóc khách hàng.
- Đa số khách hàng cho rằng NHT ảnh hưởng đến sức khỏe trước mắt, họ chưa nhận thức được ảnh hưởng xấu của NHT đến sức khỏe lâu dài. Điều đó chứng tỏ công tác tư vấn trước và sau NHT chưa được quan tâm đúng mức và thực hiện chưa tốt ở các tuyến cung cấp dịch vụ nạo hút thai.
- Tỷ lệ NHT tăng còn do việc cung cấp các phương tiện tránh thai chưa đáp ứng được nhu cầu thực tiễn. Có thể việc cung cấp chưa kịp thời, chưa đáp ứng đúng và đủ cho mọi loại khách hàng có nhu cầu, nhất là đối tượng phụ nữ đang không có chồng và đối tượng trong độ tuổi VTN. Cũng có thể do việc cung cấp chưa đa dạng, chưa thường xuyên, chưa đảm bảo dễ tiếp cận nhất.
- Tỷ lệ NHT tăng còn do công tác tuyên truyền giáo dục về sức khỏe, cũng như SKSS, giới tính, tình dục an toàn... chưa tốt. Nhất là trong bối cảnh đổi mới hiện nay, khi mà kinh tế thị trường thâm nhập vào hầu hết mọi lĩnh vực của cuộc sống, việc giáo dục sức khỏe, SKSS, giới tính, tình dục an toàn cho VTN không thật tốt, thì NHT tăng là lẽ đương nhiên.
- Xuất phát từ đòi hỏi làm rõ hơn những vấn đề đã trình bày trên đây, cũng như để tiếp tục triển khai các công việc của Giai đoạn I, nghiên cứu này được triển khai trên diện rộng hơn, nhằm xác định rõ hơn tình trạng NHT hiện nay ở Việt Nam, nhất là NHT tại các cơ sở y tế, cũng như các yếu tố ảnh hưởng đến thực trạng đó.

III. NẠO HÚT THAI VÀ CHIẾN LƯỢC CSSKSS.

NHT là một trong những yếu tố có tác động trực tiếp đến sự thành bại trong việc thực hiện Chiến lược CSSKSS giai đoạn 2001-2010 ở VN. Tính đến 1999, công tác CSSKSS ở VN đã đạt được những thành tựu :

- Tổng tỷ suất sinh (TFR): 2,3
- Gia tăng dân số tự nhiên ở VN: 1,43‰;
- Tỷ lệ tử vong bà mẹ: 100/100.000 ca sinh sống;
- Tỷ suất chết trẻ em dưới 1 tuổi: 36,7‰;
- Tỷ suất chết trẻ em dưới 5 tuổi: 36,7‰;
- Tỷ lệ áp dụng các BPTT hiện đại: 71% (Bộ Y tế, 2001).

Tuy nhiên những tồn tại trong công tác CSSKSS vẫn còn nhiều, cụ thể:

- Tỷ lệ thất bại trong việc áp dụng các BPTT vẫn còn cao, số con trung bình của phụ nữ ở Miền núi phía Bắc, Duyên hải miền Trung, Tây Nguyên... vẫn cao (3-4 con).
- Đến năm 2020 VN có khoảng gần 22 triệu VTN, đây là nhóm đối tượng có nguy cơ cao về SKSS, trong khi đó việc CSSKSS cho nhóm đối tượng này hiện nay còn rất ít.

- Tỷ lệ các sản phụ được khám thai, được cán bộ y tế đỡ đẻ còn thấp; chăm sóc sau sinh, hướng dẫn nuôi con bằng sữa mẹ, phương pháp nuôi con... chưa được chú ý. Tỷ lệ tử vong mẹ và tử vong chu sinh, ở các vùng khó khăn tại miền núi phía Bắc, Duyên hải miền Trung, Tây Nguyên... còn cao.
- Tỷ lệ mắc bệnh nhiễm khuẩn đường sinh sản, các bệnh LTQĐTD còn cao, nhất là ở nhóm thanh thiếu niên, từ 25 tuổi trở xuống... (Bộ Y tế, 2001).
- Trong tình hình Chiến lược CSSKSS như trên, tình trạng NHT ở VN hiện nay lại đang có tỷ lệ và tỷ suất vào loại cao trên thế giới, tai biến sau NHT thai tương đối cao, chăm sóc sau NHT chưa được là bao, tư vấn và cung cấp các dịch vụ tránh thai sau NHT chưa được chú ý... (Như đã trình bày trong phần NHT ở VN), NHT sẽ là một cản trở lớn cho việc thực hiện các mục tiêu chung của Chiến lược CSSKSS 2001-2010 (Tổng tỷ suất sinh: 2 con; Tỷ suất chết mẹ: 70/100.000; Tỷ suất chết trẻ em dưới 1 tuổi: 25‰; Tỷ lệ tử vong chu sinh: 18‰; Tỷ lệ sơ sinh nặng dưới 2.500 gram: 6%; Tỷ lệ SDD ở trẻ dưới 5 tuổi: 20%).

Mục tiêu cụ thể của Chiến lược CSSKSS giai đoạn 2001-2010, có các chỉ tiêu: - Giảm tỷ lệ NHT 25%; Tỷ lệ phụ nữ NHT được tư vấn 90%. Tỷ lệ phụ nữ có thai được khám thai trước khi sinh là 90%; Tỷ lệ phụ nữ khám thai 3 lần: 60%. Tỷ lệ sản phụ được chăm sóc 1 lần sau sinh: 60%; Tỷ lệ sản phụ đẻ do cán bộ y tế đỡ: 97%; Tỷ lệ bà mẹ sinh con tại cơ sở y tế 80%. Giảm 50% tai biến sản khoa/tổng số ca sinh; Giảm 50% ca mắc mới các bệnh nhiễm khuẩn đường sinh sản; Giảm 30% ca mắc mới các bệnh LTQĐTD (so với 1999-2000); 80% cơ sở CSSKSS thực hiện T-G-T, tư vấn SKSS cho VTN; 70% VTN được T-G-T, tư vấn SKSS và sức khỏe tình dục; 70% nam giới và nữ giới được tư vấn về giới tính và tình dục (Bộ Y tế, 2001). Các chỉ tiêu trên đều trực tiếp có liên quan đến NHT. Như vậy nếu tình trạng NHT được cải thiện, được hạ thấp tỷ lệ, tỷ suất xuống mức thấp nhất, đảm bảo phần lớn các chỉ tiêu cụ thể của Chiến lược CSSKSS giai đoạn 2001-2010, sẽ được thực hiện. Như vậy hiển nhiên, NHT là một bộ phận quan trọng của Chiến lược CSSKSS. Những giải pháp nhằm cải thiện tốt nhất tình trạng NHT ở VN, phải gắn chặt, và xuất phát trên cơ sở thực hiện các mục tiêu của Chiến lược CSSKSS. Cũng như Chiến lược CSSKSS, tình trạng NHT có quan hệ mật thiết với chương trình LMAT.

IV. TÌNH HÌNH NGHIÊN CỨU NẠO HÚT THAI Ở VIỆT NAM

Trong khoảng một thập kỷ lại đây, NHT ngày càng có chiều hướng gia tăng. Điều đó thu hút sự quan tâm của giới nghiên cứu, những nghiên cứu về NHT được tiến hành tuy không nhiều, nhưng phần nào đã khái quát được những vấn đề cơ bản của hiện trạng này ở Việt Nam trong những năm gần đây.

Từ 1990 về trước, hầu như không có nghiên cứu nào về NHT ở VN được tiến hành. Trong những năm gần đây, không chỉ giới nghiên cứu VN mà cả các nghiên cứu nước ngoài cũng quan tâm nghiên cứu về NHT ở VN. Bắt đầu từ 1993, khảo sát điều tra về NHT của Đỗ Trọng Hiếu và đồng sự được triển khai tại 14 bệnh viện ở Hà Nội và Thái Bình. Kết quả cho thấy: hầu hết số khách hàng đều đã không sử dụng, hoặc thất bại trong việc sử dụng các BPTT. Trong số khách hàng được điều tra, chỉ có 20% sử dụng các BPTT hiện đại. Cũng trong số đó có tỷ lệ khá cao đã từng NHT từ hai lần trở lên, 7% chưa từng kết hôn. Nghiên cứu này cũng cho thấy, khá nhiều phụ nữ đã coi NHT như là một biện pháp tránh thai.

Năm 1991, tại Thái Bình, nghiên cứu của Johansson, đã đưa ra tỷ lệ NHT rất cao. Nguyên nhân chính của hiện tượng này là: để tránh bị phạt vì đẻ quá hai con và giảm bớt chi phí cho việc chữa đẻ của họ. Nghiên cứu này cho thấy, người chồng có vai trò quan trọng hàng đầu trong việc quyết định NHT, cha mẹ hai bên của thai phụ, thường là những người không ủng hộ quyết định NHT. Trong nghiên cứu này, công tác tư vấn trước và sau NHT hầu như không có, hoặc rất ít.

Một báo cáo của Daniel Goodkind vào 1994 cho thấy, tỷ lệ NHT ở nước ta thuộc nhóm cao trên thế giới, với tỷ suất 2,5. Kết quả các cuộc Điều tra nhân khẩu học giữa kỳ 1994 (ICDS) của Tổng cục Thống kê (*NXB. Thống kê, Hà Nội, 1996*), Điều tra về mức sống dân cư, do Bộ Kế hoạch - Đầu tư và Tổng cục Thống kê tiến hành, đều cho thấy, NHT ở Việt Nam có tỷ suất 0,6, thấp hơn so với con số mà Daniel Goodkind (1994) đưa ra.

Trong hai năm 1995-1996, tại hai bệnh viện lớn và một số cơ sở tư nhân ở Hà Nội, Belanger và Khuất Thu Hồng đã tập trung điều tra về NHT của phụ nữ chưa có chồng. Kết quả cho thấy:

- Tất cả 279 phụ nữ được điều tra đều cho biết họ đã tự nguyện trong quan hệ tình dục. Theo họ tình dục là một phần không thể thiếu của tình yêu.
- Đa số đều ít nhiều biết về các BPTT, nhưng chỉ 25% đã sử dụng, chủ yếu là dùng bao cao su.
- Hầu hết không chú trọng đến việc tìm hiểu và sử dụng các BPTT, mà coi NHT như là một biện pháp giải quyết hậu quả tốt nhất, duy nhất.
- Sự thiếu hiểu biết về tình dục, các BPTT, cộng với sự ít quan tâm của các bậc cha mẹ, nhà trường và xã hội trong giáo dục giới tính cho VTN, là nguyên nhân chủ yếu của tình trạng NHT ở tuổi VTN.

Điều tra nhân khẩu học và sức khỏe 1977 (*NXB. Thống kê, Hà Nội, 2000*), cho thấy tỷ suất NHT ở VN là thuộc loại cao trên thế giới, từ 1995 đến nay NHT ở VN có xu hướng giảm dần. Tỷ suất NHT ở các khu vực có sự chênh lệch khác nhau, trong đó tỷ suất NHT ở miền Bắc cao tương đương với kết quả Daniel Goodkind đưa ra vào 1994. Tỷ lệ NHT ở nông thôn cao hơn ở thành thị. Tỷ lệ NHT thai nhắc lại chiếm 1/3 tỷ lệ NHT nói chung. Tỷ lệ biến chứng sau NHT tương đối cao.

Những nghiên cứu sâu về việc cung cấp các dịch vụ tránh thai, NHT... ít được quan tâm. Theo nghiên cứu trên của Hội đồng dân số (2000), cho thấy: 39% khách hàng không được tư vấn về các dấu hiệu nguy hiểm sau NHT, cũng như cách xử trí. Hầu như các cán bộ y tế không thử nhóm máu, thời gian máu chảy máu đông, đo huyết áp, cho khách hàng trước khi NHT. Rất ít cán bộ y tế hỏi về tiền sử NHT, các biện pháp KHHGĐ đã áp dụng, trước khi tiến hành thủ thuật NHT cho khách hàng. Trong khi tiến hành NHT, qui trình vô trùng không được thực hiện đầy đủ. Dụng cụ phục vụ NHT quá cũ.

Nhìn chung cho đến nay, nghiên cứu về NHT ở VN tương đối ít, nhất là các nghiên cứu về tính sẵn có của dịch vụ NHT, chất lượng dịch vụ NHT, cũng như tình hình NHT ngoài hôn nhân, NHT ở tuổi VTN. Tuy nhiên, với các nghiên cứu trên đây, phần nào đã phác họa được những nét cơ bản về thực trạng NHT ở VN trong khoảng mười năm lại đây, cũng như những nguyên nhân chính của hiện trạng đó. Để có thể hoạch định các chính sách, các dự án tổng thể, nhằm giảm nhanh tỷ lệ NHT ở VN, cần phải có những nghiên cứu có hệ thống, từ phía khách hàng, nhất là những phụ nữ

chưa chồng, nữ VTN, cũng như từ phía người cung cấp dịch vụ NHT, KHHGD. Những nghiên cứu đó cần phải đặt NHT trong mối quan hệ và bối cảnh của chiến lược DS/KHHGD, CSSKSS, LMAT.

B. MỤC TIÊU NGHIÊN CỨU

Mục tiêu tổng quát :

Để giải quyết những vấn đề nêu ra trên đây, nghiên cứu này góp phần: *Xác định thực trạng NHT ở một số cơ sở y tế, đưa ra những giải pháp can thiệp, từng bước giảm thấp tỷ lệ NHT theo chiến lược dân số Việt Nam, chiến lược Sức khỏe sinh sản 2001-2010.*

Mục tiêu cụ thể:

1. *Tìm hiểu thực trạng NHT ở VN từ phía khách hàng, xác định nguyên nhân dẫn đến tình trạng gia tăng NHT và các yếu tố ảnh hưởng đến việc ra quyết định NHT của phụ nữ, tìm hiểu nhu cầu về thông tin và dịch vụ của khách hàng.*
2. *Đánh giá tình hình và chất lượng cung cấp dịch vụ NHT tại các cơ sở y tế, tư vấn, trước và sau khi NHT, tình hình và chất lượng trang thiết bị, KHHGD sau NHT, tai biến sau NHT, giá cả dịch vụ... Những nhu cầu từ phía cung cấp dịch vụ, đặc biệt là nhu cầu về chính sách đối với NHT.*
3. *Đưa ra các khuyến nghị và các giải pháp can thiệp, nhằm giảm tỷ lệ NHT chung, đặc biệt là nhóm VTN.*

C. PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

I. GIẢ THUYẾT NGHIÊN CỨU

Hành vi NHT biến đổi theo các đặc điểm nhân khẩu và điều kiện kinh tế - xã hội của phụ nữ, thông qua biến số trung gian là việc sử dụng các biện pháp tránh thai. Bản thân biến số BPTT lại có liên quan chặt chẽ tới các điều kiện: kiến thức về các BPTT, khả năng tiếp cận các dịch vụ tránh thai, khả năng lựa chọn các BPTT thích hợp. Chất lượng dịch vụ NHT cũng có tác động đến việc quyết định NHT của phụ nữ.

Tỷ lệ NHT gia tăng là do các nhu cầu tránh thai không được thoả mãn. Các đối tượng khách hàng khác nhau, có sự thoả mãn khác nhau về nhu cầu tránh thai, đều có hành vi NHT. Đối với khách hàng đang có chồng, thất bại trong việc sử dụng các BPTT, sự thụ động trong quan hệ tình dục, thiếu sự tham gia của người chồng trong việc tránh thai, thiếu thông tin, hiểu biết sai lệch về NHT, coi NHT là một biện pháp KHHGD... là các yếu tố giả định, đã đưa phụ nữ đến quyết định NHT. Đối với khách hàng không có chồng, do ít nhu cầu tránh thai định kỳ, do dị nghị của cộng đồng về việc có thai ngoài hôn nhân, nên họ buộc phải quyết định NHT.

Với những khách hàng trong độ tuổi VTN, do hạn chế kiến thức về giới tính, hạn chế thông tin về tình dục an toàn, hạn chế về tiếp cận với các dịch vụ tránh thai,

KHHGD, hạn chế hiểu biết về NHT... nên tỷ lệ NHT ở họ ngày càng gia tăng. Sự thay đổi quan niệm, thái độ của cộng đồng, xã hội đối với NHT, sự gia tăng của các dịch vụ NHT, cũng có thể góp phần làm gia tăng tỷ lệ NHT hiện nay ở VTN.

Do có sự hạn chế trong công tác tư vấn, theo dõi khách hàng, trước và sau NHT, cũng như hạn chế trong việc cung cấp các BPTT sau NHT đối với khách hàng... nên tỷ lệ NHT lặp lại ở khách hàng tương đối cao.

Các biến số sẽ đề cập trong nghiên cứu:

- **Khách hàng:** Tuổi, nông thôn/đô thị, tôn giáo, trình độ văn hoá, nghề nghiệp, thu nhập và tình trạng đời sống kinh tế, tình trạng hôn nhân, số lần mang thai, kết quả của các lần mang thai, số con sinh ra sống, số con hiện còn sống, tình hình sử dụng các BPTT trước và sau NHT, nguyên nhân thất bại trong sử dụng các BPTT, các kênh cung cấp các BPTT thất bại, sự đáp ứng nhu cầu tránh thai, sự thích hợp trong tiếp cận các dịch vụ tránh thai, tiền sử NHT, khoảng cách giữa các lần NHT, tai biến NHT...

- **Người cung cấp dịch vụ NHT:** Trình độ chuyên môn, tình hình đào tạo về NHT, thủ thuật chuyên môn, trình độ và kỹ năng tư vấn.

- **Cơ sở cung cấp dịch vụ NHT:** Điều kiện nơi thực hiện dịch vụ NHT, tư vấn, chăm sóc cho khách hàng trước và sau NHT, tình hình tai biến, biến chứng, điều trị biến chứng, cung cấp các BPTT cho khách hàng sau NHT.

II. ĐỐI TƯỢNG NGHIÊN CỨU

- Phụ nữ trong độ tuổi sinh đẻ, đang có chồng và đang không có chồng, là khách hàng đến NHT tại các cơ sở y tế, tình nguyện tham gia trả lời phỏng vấn.
- Chồng hoặc bạn tình của khách hàng, có mặt tại cơ sở y tế.
- Cán bộ y tế tham gia cung cấp dịch vụ NHT.

III. ĐỊA ĐIỂM NGHIÊN CỨU.

Trong điều kiện cho phép của nguồn lực, nghiên cứu này chỉ giới hạn điều tra tại một số cơ sở y tế Nhà nước đang cung cấp dịch vụ NHT, cụ thể như sau:

1. Bệnh viện BVBM TSS Hà Nội (viện C)
2. Bệnh viện phụ sản Hà Nội.
3. Bệnh viện phụ sản Hùng Vương TP Hồ Chí Minh
4. Trung tâm BVSKBMTE/KHHGD TP. Hồ Chí Minh.
5. Trung tâm BVSKBMTE/KHHGD tỉnh Hoà Bình.
6. Trung tâm BVSKBMTE/KHHGD tỉnh Nam Định.

IV. PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU.

Nghiên cứu đã sử dụng phương pháp nghiên cứu cắt ngang (cross - sectional), kết hợp cả nghiên cứu định tính với nghiên cứu định lượng.

1. Định lượng

- Phỏng vấn phụ nữ trong độ tuổi sinh đẻ, khách hàng theo bảng hỏi. Việc phỏng vấn điều tra các đối tượng này, sẽ được các điều tra viên tiến hành sau khi họ đã được tập huấn kỹ lưỡng.
- Phỏng vấn cán bộ y tế, những người cung cấp dịch vụ NHT theo bảng hỏi. Công việc này sẽ do Chủ nhiệm đề tài, các chuyên gia và cán bộ của vụ BVSKBMTE, Bộ Y tế tiến hành.
- Quan sát cơ sở y tế cung cấp dịch vụ NHT, quá trình tư vấn và cung cấp dịch vụ giữa cán bộ y tế và khách hàng. Do các chuyên gia và cán bộ của vụ BVSKBMTE, Bộ Y tế tiến hành.
- Hồi cứu hồ sơ khách hàng, đang có lưu tại các cơ sở điều tra, thu thập số liệu báo cáo của các cơ sở y tế Nhà nước tại địa bàn điều tra.

2. Định tính

- Phỏng vấn sâu các đối tượng khách hàng, chồng và bạn tình của khách hàng, nhằm xác định các yếu tố ảnh hưởng đến NHT từ phía khách hàng.
- Phỏng vấn sâu cán bộ, là những người trực tiếp cung cấp dịch vụ, nhằm tìm ra những yếu tố tác động đến NHT từ phía cung cấp dịch vụ.
- Phỏng vấn sâu một số khách hàng trong độ tuổi VTN, nhằm tìm hiểu nguyên nhân dẫn đến NHT của nhóm đối tượng này, thái độ, hành vi của nhóm đối tượng này đối với NHT.

3. Xử lý thông tin.

Toàn bộ phiếu điều tra định lượng được xử lý thô, trước khi được nhập vào máy tính hai lần, dưới sự giám sát của các chuyên gia có kinh nghiệm. Một chương trình kiểm tra được thiết lập nhằm kiểm tra so sánh giữa hai lần vào số liệu, tránh sai sót do người nhập số liệu vào máy. Số liệu được xử lý bằng chương trình Epi-info và SPSS.

Các phiếu phỏng vấn sâu, được các chuyên gia xử lý trực tiếp trong quá trình soạn thảo báo cáo. Trên cơ sở các thông tin cần thu thập, như đã đề cập trong phần *Điều tra định tính* trên đây.

4. Mẫu nghiên cứu.

Cỡ mẫu sử dụng trong điều tra được tính toán, xác định theo công thức áp dụng cho nghiên cứu cắt ngang:

$$n = Z^2_{1-\alpha/2} \cdot p \cdot q / d^2$$

Trong đó: n là kích thước mẫu.

$1-\alpha$ là hệ số tin cậy.

$Z^2_{1-\alpha/2}$ là hệ số giới hạn tin cậy (95%)

d là sai số ước lượng.

p là ước lượng tỷ lệ.

q $1-p$.

Chọn $d = 0,5$, $P = 25\%$, số khách hàng cần và đủ cho phân tích, tương đương $n = 1.800$. Để có được số liệu cần và đủ cho mẫu nghiên cứu này, nhóm nghiên cứu sẽ tiến hành điều tra tất cả các khách hàng đến NHT, trong 20 ngày liên tục, tại các cơ sở y tế đã chọn làm điểm nghiên cứu.

V. KẾ HOẠCH TRIỂN KHAI NGHIÊN CỨU

Đề tài được thực hiện từ tháng 1 đến tháng 12/2002. Các bước cụ thể như sau:

1. Xây dựng đề cương và bảng hỏi

Chủ nhiệm đề tài cùng với nhóm nghiên cứu viên chính thảo luận để xây dựng đề cương và các bảng câu hỏi phỏng vấn cho các đối tượng khác nhau. Trong quá trình xây dựng đề cương và bộ câu hỏi nhóm nghiên cứu đã tham khảo một số tài liệu trong nước và nước ngoài về nghiên cứu NHT. Đồng thời cũng đọc và tham khảo một số báo cáo NHT đã tiến hành tại Việt Nam.

2. Thử nghiệm bộ câu hỏi

Sau khi bộ câu hỏi với các đối tượng được thiết kế, nhóm nghiên cứu đã tiến hành thử nghiệm tại Trung tâm BVSK BMTE/KHHGD Nam Định với các đối tượng. Một số chi tiết cụ thể đã được sửa chữa và hoàn chỉnh để phù hợp với thực tế nhằm thu thập thông tin đầy đủ tránh phiền hà cho các đối tượng được phỏng vấn. Ngoài vấn đề thử nghiệm bộ câu hỏi thì các vấn đề khác xung quanh cuộc điều tra cũng được rút kinh nghiệm qua lần đi thực địa.

3. Lựa chọn và tập huấn giám sát viên và điều tra viên

Điều tra viên được lựa chọn là các bác sĩ chuyên khoa phụ sản (Bác sĩ chuyên khoa I của Trường Đại học Y Hà Nội) và một số nghiên cứu viên định tính là cán bộ của Viện Dân tộc học. Giám sát viên là chủ nhiệm đề tài, các chuyên viên của UBQGDS/KHHGD và của Vụ BMTE/KHHGD Bộ Y tế. Các giám sát viên và điều tra viên đã được tập huấn tại Hà Nội. Tập huấn cho nhóm giám sát viên là chủ nhiệm đề tài/cố vấn kỹ thuật và 2 nghiên cứu viên chính đã tham gia thiết kế nghiên cứu.

4. Điều tra thực địa

Hoạt động điều tra thực địa được tiến hành cùng thời gian tại 6 địa điểm trong tháng 7 và 8 năm 2002. Quá trình triển khai tại các điểm đã gặp phải một số khó khăn, đó là tại Nam Định và Hoà Bình số lượng khách hàng đến quá ít. Kinh phí và thời gian có giới hạn, bởi vậy Ban Chủ nhiệm đề tài đã quyết định lấy thêm số lượng khách hàng từ 2 cơ sở ở Hà Nội. Việc tiến hành các quan sát để đánh giá kỹ thuật và quá trình tư vấn cho khách hàng của CBYT trực tiếp tiến hành thủ thuật cũng không được dễ dàng ở một số điểm nghiên cứu.

5. Viết báo cáo

Bản báo cáo này là kết quả chuẩn bị của chủ nhiệm đề tài, nhóm nghiên cứu chính và với sự trợ giúp của một số chuyên gia của UBQGDSGD.

D. KẾT QUẢ VÀ BÀN LUẬN

I. MỘT SỐ THÔNG TIN VỀ CÁC CƠ SỞ NGHIÊN CỨU

Thông qua việc điều tra định lượng bằng phiếu hỏi, định tính bằng các khung câu hỏi được chuẩn bị trước, đối với các cán bộ y tế, cùng với việc dùng bảng kiểm về cơ sở vật chất, trang thiết bị, thuốc men tại các cơ sở cung cấp dịch vụ NHT đã được chọn nghiên cứu, kết quả như sau.

Đến tháng 8/2002, tình hình chung của các cơ sở được chọn điều tra, nghiên cứu, có thể hình dung thông qua những vấn đề chính sau đây.

1. Cơ sở hạ tầng phục vụ dịch vụ NHT

Bảng 1. Hạ tầng cơ sở ở các điểm nghiên cứu

Hạ tầng cơ sở	Có	Không
Điện	85,7	14,3*
Đủ nước sạch, chín trong phòng thủ thuật	100	
Nhà vệ sinh dành riêng cho khách hàng	71,4	28,6
Phòng riêng để tư vấn cho khách hàng	71,4	28,6
Phòng đợi dành cho khách hàng	28,6	71,4
Phòng nghỉ sau NHT dành cho KH	100	
Phòng NHT có đạt tiêu chuẩn quy định	85,7	14,3

(Chú thích: gồm 14,3% có điện không thường xuyên)

Các công trình hạ tầng khác của các cơ sở nghiên cứu, đáng chú ý một số vấn đề sau đây:

Nhìn chung các cơ sở đều có điện thường xuyên để phục vụ các hoạt động dịch vụ cần thiết. Tuy nhiên một vài cơ sở không phải lúc nào cũng có điện thường xuyên.

Các cơ sở đều có đủ nước sạch, nhà vệ sinh riêng dành cho khách hàng, phòng đợi, phòng NHT đạt tiêu chuẩn, phòng nghỉ ngơi sau NHT cho khách hàng, phòng tư vấn. Riêng 2 cơ sở tại Hoà Bình không có nhà vệ sinh, phòng tư vấn, dành riêng cho khách hàng. TTBVSKBMTE/KHHGD Hoà Bình không có phòng NHT đạt tiêu chuẩn quy định. Lý do đưa ra: Do cơ sở quá chật hẹp, không đủ phòng để sắp xếp, hiện tại chưa có kinh phí đầu tư.

Phòng đợi dành cho khách hàng là nơi cung cấp hiệu quả các thông tin về KHHGD, NHT..., nhưng có tới 71,4 % (5) cơ sở không có phòng đợi. Có thể nói truyền thông dành cho KH tại các cơ sở nghiên cứu vẫn chưa được chú trọng.

2. Nhân lực và đào tạo

Bảng 2: Số cán bộ y tế hiện có của các cơ sở, đến 8/2002

Tên cơ sở	BS CK Sản	BS ĐK	BS Gây mê HS	NHS TH	YS SN	Khác	Cộng
TT BVBMTE/KHHGD Nam Định	8	5		3	4	9	29
TTBVBMTE/KHHGD. TP. HCM	20	6	1	30	2		59
BV Phụ sản Hùng Vương -TPHCM	64		5	197	9	142	417
BV Phụ sản Hà Nội	36		4	73		13	126
TTBVBMTE/KHHGD Hoà Bình	2	2				3	7
Viện BVBM/TSS Hà Nội	104	5	9	122		125	365
Tổng	234	18	19	425	15	292	1003

Bảng 3: Tỷ lệ (%) CBYT tại cơ sở nghiên cứu

Tên cơ sở	BS CK Sản	BS ĐK	BS Gây mê HS	NHS TH	YS SN	Khác
TT BVBMTE/KHHGD Nam Định	27,6	17,2		10,3	13,8	31,0
TTBVBMTE/KHHGD. TP. HCM	33,9	10,2	1,7	50,8	3,4	
BV Phụ sản Hùng Vương -TPHCM	15,4		1,2	47,2	2,2	34,1
BV Phụ sản Hà Nội	28,6		3,2	57,9		10,3
TTBVBMTE/ KHHGD Hoà Bình	28,6	28,6				42,9
BV BVBM/TSS Hà Nội	28,5	1,4	2,5	33,4		34,3
Tổng	23,3	1,8	1,9	42,4	1,5	29,1

Nhìn chung, trừ các bệnh viện lớn ở Hà Nội và TP. HCM (Phụ sản Hà Nội, Viện BVBM/TSS, Bệnh viện Phụ sản Hùng Vương, TTBVBMTE/KHHGD TP. HCM...), lực lượng cán bộ y tế chuyên khoa sản, nhi tại các cơ sở y tế ở các địa phương khác, còn thiếu nhiều so với nhu cầu thực tế. Trong đó lực lượng YSSN, NHSTH thiếu nhiều nhất. Việc tập huấn thường xuyên hàng năm cho cán bộ tại các cơ sở, nhất là các cơ sở tại các tỉnh chưa được chú ý đúng mức. Trong 7 cơ sở điều tra, năm 2001 có tới 2 cơ sở không tổ chức tập huấn cho cán bộ: BV Phụ sản Nam Định, Khoa sản BVĐK Hoà Bình.

3. Tình hình trang thiết bị phục vụ NHT & cấp cứu

Bảng 4: Tình hình trang thiết bị còn sử dụng tốt ở 6 cơ sở nghiên cứu đến 8/2002

	TT.BVBMTE/ KHHGD Nam Định	Trung Tâm BVBMTE/ KHHGD TP. HCM	BV Phụ sản Hùng Vương	BV Phụ sản Hà Nội	TT.BVBMTE/ KHHGD Hoà Bình.	Viện BVBM/TSS. Hà Nội
Dụng cụ cơ bản						
Nồi hấp ướ điện	có	có	có	có	có	có
Tủ sấy khô điện		có	có	có		có
Máy hút chân không		có	có	có		có
Doppler nghe tim thai		có	có	có		có
Máy siêu âm	có	có	có	có	có	có
Máy soi cổ tử cung		có	có	có		có
TTB cho NHT						
Bộ hút thai sớm	7	6	50	75	5	15
Bộ hút thai to		10	10	20	1	15
Bơm Kamam1 van	1	50	20	40	1	15
Bộ nạo thai to	4	30	10	12	2	15
TTB cho KHHGD						
Bộ khám phụ khoa	8	12	50	100	15	15
bộ tháo vòng	3	10	5	10	2	10
Bộ triệt sản nam	3	19	5	5	1	10
Bộ triệt sản nữ	2	24	5	5	8	10

Về cơ bản các cơ sở đều có đầy đủ các trang thiết bị và dụng cụ chính phục vụ cho công tác NHT. Tuy nhiên dụng cụ và trang thiết bị chưa được đồng bộ. Khó khăn thường xảy ra với tuyến tỉnh nhất là các TTBVBMTE/KHHGD vì thiếu kinh phí và không được đầu tư. Những trang thiết bị thiếu là tủ sấy khô, máy hút chân không, máy soi cổ tử cung, tủ lạnh ...

Trang bị chưa đồng bộ, nhiều cơ sở thiếu các trang thiết bị phục vụ trực tiếp cho công tác KHHGD (Triệt sản nam, nữ). Tại Khoa sản BVĐK Hoà Bình không có

bộ dụng cụ nạo thai tối thiểu (ít nhất phải có: 1van, kẹp pozzi, 2 panh sát khuẩn, thước đo buồng tử cung, một bộ nong...).

Trong khi đó nhiều cơ sở ở TP. HCM lại thừa nhiều trang thiết bị do không có nhu cầu: TTBVBMTE/KHHGD. TP. HCM thừa 19 bộ triệt sản nam, 24 bộ triệt sản nữ...

Phỏng vấn tại BV phụ sản Nam Định:

"H: Có bao giờ có tình trạng bệnh nhân quá đông nên khách hàng phải đi về không được thực hiện thủ thuật không?"

Đ: Cũng có hôm xảy ra như thế. Dụng cụ mình chỉ có khoảng 15-16 bộ thôi nhưng bệnh nhân đến nhiều hơn, mình không đủ dụng cụ thì phải hẹn bệnh nhân đến hôm sau hoặc đến vào buổi chiều."

(nữ hộ sinh khoa kế hoạch hoá gia đình, Bệnh viện Phụ sản tỉnh Nam Định)

Như vậy, ngay tại các thành phố, thị xã của các tỉnh thành phố lớn, cơ sở hạ tầng và trang thiết bị của các cơ sở thực hiện việc NHT cũng còn bất cập. Đó là chưa kể đến các loại thuốc men cần thiết, thì ngay cả đến các trang thiết bị cần thiết trực tiếp phục vụ NHT cũng chưa đủ.

Điều đó có thể cho phép dự báo: các cơ sở NHT tại các vùng nông thôn còn đang trong tình trạng thiếu thốn lớn về trang thiết bị, thuốc men, hạ tầng cơ sở. Điều này chắc chắn sẽ tác động tiêu cực đến hiệu quả của công tác NHT trong các cơ sở Nhà nước.

4. Thuốc phục vụ dịch vụ NHT và cấp cứu

Diazepam, Lidocain, Pethidin, Dolargan, oxytocin, dịch truyền, thuốc uống tránh thai, bao cao su, test thử thai sớm có ở tất cả các địa điểm nghiên cứu.

Huyết tương khô chỉ có 2 cơ sở của Hà Nội và 2 cơ sở của Tp HCM, các nơi khác không có. Lasix không có ở BV phụ sản Hùng Vương, viện BVBMSTSS, và TTKHHGD Hoà Bình. Nitrous Oxid chỉ có ở 3 cơ sở BV phụ sản Hà Nội, Hùng Vương, và TT BVBMTE/KHHGD Nam Định.

5. Tài liệu và phương tiện truyền thông tư vấn

Đối với các cơ sở ở các thành phố lớn như Hà Nội và TP. HCM, tài liệu truyền thông tư vấn (TT, TV) tương đối đầy đủ, các cơ sở ở các tỉnh khác thiếu nhiều loại tài liệu TT, TV, nhất là các tài liệu TT, TV về chăm sóc trước đẻ, sau đẻ và NHT. BV Phụ sản Nam Định chỉ có duy nhất tài liệu truyền thông về KHHGD. Đây chắc chắn sẽ là một cản trở lớn cho công tác tư vấn, tuyên truyền cho khách hàng tại các cơ sở NHT. Hoà Bình không có phòng dành riêng cho công tác tư vấn.

Bảng 5: Tài liệu truyền thông tư vấn ở các cơ sở

	TT.BVB MTE/ KHHGD Nam Định	TTBVBMT E/ KHHGD TP. HCM	BV Phụ sản Hùng Vương	BV Phụ sản Hà Nội	TT.BVBM TE/ KHHGD Hoà Bình.	Viện BVBM/TSS Hà Nội
Chăm sóc trước đẻ	Không	Có	Có	Có	Không	Có
Chăm sóc sau đẻ	Không	Có	Có	Có	Không	Có
KHHGD	Có	Có	Có	Có	Có	Có
Nuôi con bằng sữa mẹ	Không	Có	Có	Có	Có	Có
NHT	Không	Có	Có	Có	Có	Có
Dinh dưỡng	Không	Có	Có	Có	Không	Có
Phòng bệnh LTQĐTD	Không	Có	Có	Có	Có	Có
Phòng HIV/AIDS	Không	Có	Có	Có	Có	Có

6. Sự sẵn sàng cung cấp các loại dịch vụ

Chỉ có 2/6 cơ sở cung cấp được đầy đủ các dịch vụ có liên quan đến NHT, theo nhu cầu thực tiễn của khách hàng. Đó là BV Phụ sản Hùng Vương TP HCM, BV BVBM/TSS Trung ương.

Các dịch vụ: Nạo thai to, mổ đẻ, mổ cấp cứu, mổ u xơ ở cung các cơ sở tuyến tỉnh không cung cấp được. Hai cơ sở ở Hà Nội và TP HCM không cung cấp dịch vụ tiêm phòng uốn ván có thể do y tế phường đã bao phủ tốt lĩnh vực này.

TT BVBMTE/KHHGD Hoà Bình chỉ có khả năng cung cấp 5/15 dịch vụ (33,3%), chủ yếu là các dịch vụ KHHGD, TT BVBMTE/KHHGD Nam Định chỉ cung cấp được 9/15 dịch vụ (60%) là các dịch vụ đẻ thường và KHHGD.

Bảng 6: Khả năng cung cấp dịch vụ

	TT. BVBMTE/ KHHGD Nam Định	TT. BVBMTE/ KHHGD TP. HCM	BV Phụ sản Hùng Vương	BV Phụ sản Hà Nội	TT. BVBMTE/ KHHGD Hoà Bình.	BV BVBM/TSS. Hà Nội
Khám & điều trị phụ khoa	Có	Có	Có	Có	Không	Có
đỡ đẻ thường	Có	Có	Có	Có	Không	Có
Đỡ đẻ khó	Không	Có	Có	Có	Không	Có
NHT	Có	Có	Có	Có	Có	Có
Phá thai to	Không	Không	Có	Có	Không	Có
Đặt vòng & BPTT khác	Có	Có	Có	Có	Có	Có
Mổ đẻ	Không	Không	Có	Có	Không	Có
Mổ triệt sản	Có	Có	Có	Có	Có	Có
p cứu	Không	Không	Có	Có	Không	Có
Mổ các loại u xơ	Không	Không	Có	Có	Không	Có
Tiêm phòng uốn ván	Không	Có	Có	Không	Không	Có
Cung cấp viên sắt	Có	Có	Có	Có	Không	Có
Xét nghiệm nước tiểu	Có	Có	Có	Có	Có	Có
Xét nghiệm máu các loại	Có	Có	Có	Có	Không	Có
Siêu âm/ X quang	Có	Có	Có	Có	Không	Có

Nhìn chung cơ sở hạ tầng ở các cơ sở nghiên cứu là tương đối đầy đủ, sạch sẽ. Tuy nhiên hầu hết các cơ sở chưa chú trọng đến phòng đợi dành cho KH. Các cơ sở ở Hà Nội và TP HCM trang thiết bị, thuốc, nhân lực, tài liệu truyền thông đầy đủ và đồng bộ. Các cơ sở ở hai địa điểm này cung cấp hầu hết các dịch vụ sản phụ khoa và tiếp nhận số lượng lớn KH. Hai cơ sở ở Hoà Bình, Nam Định còn gặp nhiều khó khăn về nhân lực, trang thiết bị, thuốc, tài liệu truyền thông để đáp ứng được nhu cầu KH. Tại đó chỉ cung cấp được các dịch vụ cơ bản. Các dịch vụ mang tính chuyên môn sâu như đẻ khó, mổ cấp cứu ... chưa được cung cấp ở hai địa điểm này.

7. Tình hình cung cấp dịch vụ NHT trong năm 2001 và 6 tháng đầu năm 2002

Các cơ sở lớn tại Hà Nội và TP. HCM có khả năng và thực tế đã cung cấp khá đầy đủ các dịch vụ với số lượng lớn như : Hút thai sớm, nạo thai to, phá thai to, đỡ đẻ khó... Các cơ sở ở các tỉnh lẻ (Hoà Bình, Nam Định), vẫn còn gặp nhiều khó khăn trong việc cung cấp các dịch vụ trên.

Bảng 7: Tình hình cung cấp dịch vụ NHT trong năm 2001 và 6 tháng đầu năm 2002 tại các địa điểm nghiên cứu

Loại dịch vụ (ca)	TT.BVBMT E/ KHHGD Nam Định		TTBVBMT E/ KHHGD TP. HCM		BV Phụ sản Hùng Vương		BV Phụ sản Hà Nội		TT.BVBMT E/ KHHGD Hoà Bình.		Viện BVBM/TSS. Hà Nội	
	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2
Hút ĐH kinh nguyệt	1.200	560	4.028	1.625	26.627	13.604	4.993	1.696	94	50	3.905	2.137
Nạo thai to	300	120	845	699	4.706	1.688	148	64	20	5	95	81
Kovacks			169	152	372	56	178	139				
Tai biến do NHT					30	17					2	
Tử vong do NHT												
Sinh tại Cơ sở	9	2	715	314	22.109	9.968	9.399	4.272			9.800	4.016
Đẻ khó			179	54	10.319	4.927	4.053	1.984			7.200	3.006
Tai biến sản khoa	Không có số liệu				166	96	29	20	Không có số liệu			

Ghi chú :1: 2001; 2: 1/2002-6/2002

II. THÔNG TIN VỀ KHÁCH HÀNG NẠO HÚT THAI

Từ phần này trở đi các phân tích của chúng tôi không theo 6 cơ sở điều tra mà tập hợp thành 4 địa bàn: Hà Nội với 2 cơ sở VBVBMTSS và BV Phụ sản; TP HCM với 2 cơ sở BV Phụ sản Hùng Vương và TTBVBMT E/KHHGD; Nam Định Và Hoà Bình cho tiện trong quá trình phân tích về các đặc trưng kinh tế xã hội của các khu vực.

Qua nghiên cứu định lượng và các thông tin thu được từ nghiên cứu định tính, những thông tin cơ bản về: tuổi, trình độ học vấn, nơi sinh sống, tôn giáo, nghề

nghiệp, thu nhập của gia đình và bản thân, tình trạng hôn nhân của KH... thu thập được, cho kết quả như sau.

1. Tuổi và trình độ học vấn của khách hàng.

Tổng số khách hàng tham gia phỏng vấn trong nghiên cứu này là 1.800, đông nhất ở Hà Nội (828 trường hợp chiếm 46%), tiếp đó là TP.Hồ Chí Minh (497 chiếm 27,6%) và Nam Định (274 chiếm 15,2%), Hoà Bình (201 chiếm 11,2%).

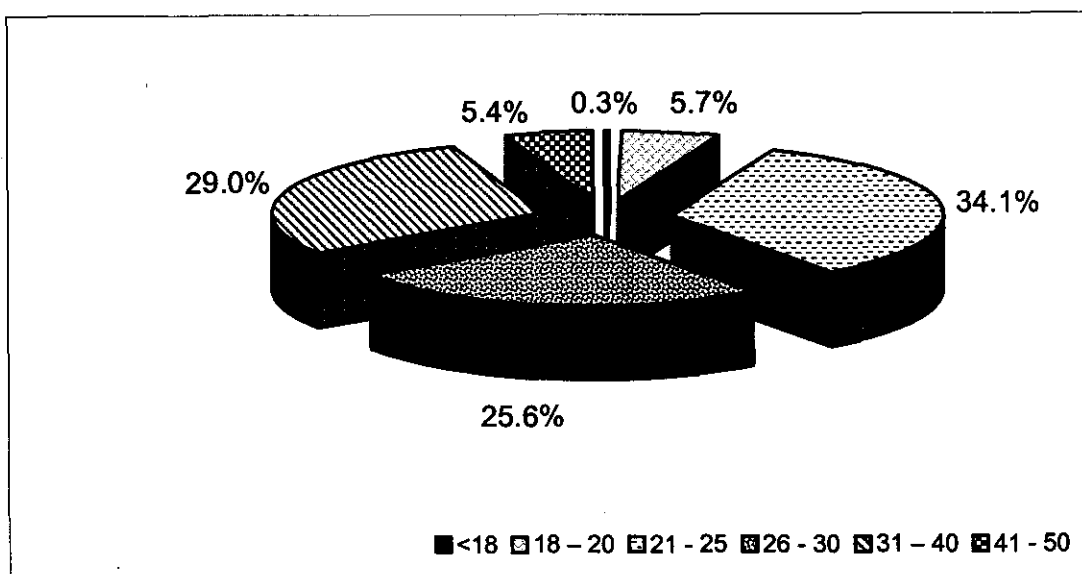
Bảng 8. Tuổi và trình độ học vấn của khách hàng

	Hà Nội	Hoà Bình	Nam Định	TP HCM	Chung
Tuổi					
<18	0,5	0,5	0,0	0,0	0,3
18 – 20	3,9	4,0	5,1	9,7	5,7
21 - 25	33,8	34,8	30,7	36,0	34,1
26 - 30	30,2	21,9	26,3	18,9	25,6
31 – 40	27,7	30,8	32,1	28,8	29,0
41 - 50	4,0	8,0	5,8	6,6	5,4
Trình độ học vấn					
Mù chữ	0,2	0,0	0,0	0,8	0,3
Biết đọc biết viết	0,2	0,0	0,0	0,8	0,3
Tiểu học	1,2	1,0	0,7	17,7	5,7
THCS	13,0	12,44	21,9	39,2	21,6
THPT	24,9	31,84	37,2	33,6	29,9
THCN	14,1	13,43	6,6	4,0	10,1
CD/ĐH	46,3	41,29	33,6	3,8	32,1
Tổng số khách hàng	828	201	274	497	1800

Khách hàng NHT chủ yếu tập trung ở độ tuổi 21- 40, chiếm tới 88,6%. Tỷ lệ NHT cao nhất ở độ tuổi 21-25, chiếm 34,1% trong tổng số, và tương đương giữa các địa phương nghiên cứu. Theo kết quả điều tra nhân khẩu học 1997, NHT tập trung ở lứa tuổi từ 25-40, tỷ lệ NHT ở lứa tuổi 20-24 chỉ chiếm 3,7%. Như vậy, có sự tăng vọt về tỷ lệ NHT ở lứa tuổi trên. Điều này có thể phản ánh một phần tình hình CSSKSS tuổi VTN những năm qua.

Nạo hút thai dưới 20 tuổi, và dưới 18 tuổi cũng chiếm một tỷ lệ không nhỏ (6%). Có 5 trường hợp NHT dưới 18 tuổi chiếm 0,3%, 4 trong số này ở Hà Nội. Ở nhóm 18-20 tuổi, tỷ lệ NHT là 5,7%. Tăng trên 10 lần so với báo cáo điều tra nhân khẩu học 1997 (0,5%). Đặc biệt, ở TP.HCM tỷ lệ NHT ở độ tuổi này chiếm tới gần 10%, điều này phản ánh tác động của lối sống hiện đại ở các thành phố lớn tới lớp trẻ.

So với kết quả điều tra nhân khẩu học 1997, có sự thay đổi lớn về phân bố tuổi trong khách hàng NHT, tỷ lệ NHT nhóm tuổi dưới 25 tăng từ 9-12 lần.



Biểu đồ 1 : Phân bố độ tuổi của khách hàng

Trong tổng số khách hàng được điều tra, 32,1% có trình độ Cao đẳng và Đại học trở lên, 39,9% có trình độ THPT, 21,6% có trình độ THCS, 10,1% có trình độ TH chuyên nghiệp, 5,7% có trình độ tiểu học, 0,3% chỉ mới biết đọc, 0,3% mù chữ. Với kết quả điều tra này cho thấy hai khả năng:

- Do hạn chế ở mức 1 -2 con nên những người có trình độ học vấn càng cao tìm đến dịch vụ NHT để kết thúc thai nghén càng nhiều. Những KH có trình độ học vấn thấp, có thể do nhận thức về KHHGD chưa tốt, khi có thai ngoài ý muốn không tìm đến các dịch vụ NHT để kết thúc thai nghén, mà để đẻ tự nhiên.
- Vì nghiên cứu được tiến hành ở thành phố và thị xã, nơi tập trung trình độ dân trí cao nên KH có trình độ học vấn cao sẽ chiếm đa số.

Số KH có trình độ học vấn từ THCS đến CĐ/ĐH trở lên tại các cơ sở ở Hà Nội chiếm tỷ lệ cao hơn nhiều so với các địa phương khác. Điều đáng chú ý là ở TP. HCM tỷ lệ NHT ở hai mức trình độ học vấn này rất thấp, tỷ lệ tương ứng là 4% và 3,8% trong khi đó ở Hà Nội là 14,1% và 46,3%.

Kết quả thu được tương tự Điều tra Nhân khẩu học và sức khỏe 1997, điều tra giai đoạn I tại Cao Bằng - Ninh Bình: Xu hướng NHT tăng tỷ lệ thuận với trình độ học vấn của KH.

2. Tình trạng kinh tế của bản thân và gia đình

Cùng với sự phát triển của đất nước, vai trò và vị trí của người phụ nữ được nâng lên. Phụ nữ có việc làm, thu nhập, sự thăng tiến nghề nghiệp tương đương nam giới. Theo các nghiên cứu trong và ngoài nước, khuynh hướng sợ mang thai và sinh đẻ ảnh hưởng đến công việc, học tập và nghề nghiệp hiện đang gia tăng ở khu vực châu Á và Việt Nam.

Kết quả điều tra cho thấy: Tỷ lệ NHT tăng tỷ lệ thuận với thu nhập hàng tháng của KH. Những phụ nữ có thu nhập cao, tìm đến các cơ sở NHT để kết thúc mang thai với tỷ lệ cao hơn hẳn những người có thu nhập thấp. Trong số KH được điều tra có tới 74,6% có thu nhập từ 500.000/tháng trở lên, chỉ có 1,9% KH có thu nhập dưới mức 300.000VND/tháng.

Có tới 60,6% KH sống trong các gia đình có thu nhập bình quân trên 500.000 VND/người/tháng, đã kết thúc mang thai ngoài ý muốn bằng NHT. Trong khi đó 6,0% KH sống trong các gia đình có thu nhập bình quân dưới 300.000VND/người/tháng tìm đến dịch vụ NHT.

Bảng 9: Thu nhập của gia đình và thu nhập bình quân của khách hàng

Thu nhập	<300 (nghìn đồng/tháng)	300-500 (nghìn đồng/tháng)	>500 (nghìn đồng/tháng)
Khu vực			
Hà Nội	1,0	22,2	76,8
Hoà Bình	0,6	20,1	79,2
Nam Định	7,9	36,0	56,1
TP HCM	0,3	19,8	26,3
Chung	1,9	23,5	74,7
Thu nhập của khách hàng			
Hà Nội	4,1	31,0	64,9
Hoà Bình	6,1	30,2	63,7
Nam Định	10,9	31,9	57,1
TP HCM	6,1	41,2	52,7
Chung	5,9	33,5	60,6

Kết quả trên phản ánh thực tế tương tự với kết quả điều tra Giai đoạn I tại Cao Bằng - Ninh Bình: Thu nhập càng cao càng chấp nhận NHT nhiều hơn. Điều này có thể cho thấy: Mong muốn số con ở mỗi phụ nữ tỷ lệ nghịch với mức thu nhập của bản thân và gia đình họ. Phụ nữ càng có thu nhập thấp càng dễ nhiều.

3. Nghề nghiệp/việc làm của khách hàng.

Trong số KH được điều tra, số KH là viên chức chiếm tỷ lệ cao nhất tới 33,8%, buôn bán dịch vụ chiếm 21,1%, nội trợ: 15,8%, KH là nông dân chỉ chiếm 5,0%. Kết quả này hoàn toàn đúng với thực tế, bởi các cơ sở điều tra hoàn toàn ở các thành phố, thị xã, nông dân ít có khả năng thực hiện NHT tại các cơ sở đó. So với Điều tra giữa kỳ 1994, Điều tra Nhân khẩu học và sức khoẻ 1997 và điều tra giai đoạn I tại Cao Bằng - Ninh Bình, kết quả điều tra này không có gì khác biệt lắm: Số KH là viên chức, công chức chiếm tỷ lệ tương đối cao.

Điều đáng chú ý là, cũng tương tự như bảng 8 (tuổi và trình độ học vấn của KH, nhóm có trình độ CĐ/ĐH NHT rất thấp 3,8%), tỷ lệ NHT nhóm viên chức của TP.HCM là thấp nhất (14,1%), trong khi rất cao ở các khu vực còn lại.

Bảng 10. Nghề nghiệp/việc làm của khách hàng

Nghề nghiệp Khu vực	Nông dân	Viên chức	Buôn bán	Thủ công	Nội trợ	Khác
Hà Nội	4,2	45,4	18,2	3,1	12,4	16,5
Hoà Bình	1,5	36,8	20,9	5,0	16,9	18,9
Nam Định	10,6	32,1	20,1	5,1	12,4	19,7
TP HCM	4,8	14,1	26,4	13,5	22,7	18,5
Chung	5,1	33,8	21,1	6,5	15,8	17,8

Nhiều nghiên cứu trong và ngoài nước đã chứng minh rằng tình trạng NHT có mối quan hệ với nghề nghiệp, trình độ văn hoá. Nghề nghiệp, trình độ văn hoá ảnh hưởng lớn đến quyết định nạo hút thai ở phụ nữ.

4. Tình trạng hôn nhân

Bảng 11. Tình trạng hôn nhân

Địa phương	Hà Nội	Hoà Bình	Nam Định	TP HCM	Chung
Chưa có gia đình	19,9	18,1	16,1	16,9	18,3
Đang có chồng	80,0	81,9	83,9	81,7	81,3
Ly hôn	0,1			0,6	0,2
Không trả lời				0,8	0,2
Chung	46,0	11,1	15,3	27,7	100,0

Trong số các KH được điều tra, 81,3% đang có chồng, 18,3% chưa có chồng, KH có chồng nhưng đã ly hôn chỉ chiếm 0,2%, và 0,2% còn lại không trả lời. Tỷ lệ này khá đồng đều ở các địa phương. Tỷ lệ NHT ngoài hôn nhân trong nghiên cứu tương tự như các báo cáo ở khu vực Mỹ La Tinh, một số nước khu vực châu Á (18%).

5. Nơi sinh sống

Bảng 12. Nơi sinh sống của các khách hàng

	Nông thôn	Thành thị	Tổng số
Hà Nội	13,4	86,6	46,0
Hoà Bình	8,0	92,0	11,2
Nam Định	16,8	83,2	15,2
TP HCM	39,2	60,8	27,6
Chung	20,4	79,6	100,0

Trong số KH được điều tra, có tới 79,6% hiện đang sinh sống ở thành thị, tỷ lệ KH hiện đang sinh sống ở nông thôn chỉ chiếm 20,4%. Nếu so sánh với kết quả điều tra ở Giai đoạn I tại Ninh Bình - Cao Bằng (73,3% KH sống ở nông thôn, 26,7% KH sống ở Thành thị), kết quả trên cho thấy một thực tế ngược lại. Nguyên nhân cơ bản

của sự khác biệt trên có lẽ do tính chất của địa bàn điều tra quy định (Điều tra này thực hiện tại các cơ sở ở hai thành phố lớn: Hà Nội và TP. HCM.)

Tóm lại, KH nạo hút thai đông nhất ở lứa tuổi 21-25 chiếm tỷ lệ 34,1%, lứa tuổi 26-30: 25,6%, dưới 20 tuổi là 7%. Như vậy KH nạo hút thai phần lớn là tuổi trẻ. Đây là một nghiên cứu ở các CSYT Nhà nước mà tỷ lệ người trẻ và VTN vẫn cao như vậy thì thực tế chung và tại các CSYT tư nhân tỷ lệ NHT ở nhóm trẻ tuổi và VTN còn cao hơn nhiều. Nhóm có gia đình chiếm tỷ lệ 81,3%, chưa có gia đình là 18,3%. Thật ra tỷ lệ KH chưa có gia đình có thể cao hơn do KH không muốn trả lời phỏng vấn rằng mình chưa có gia đình.

Đây là đoạn đối thoại giữa chúng tôi với một NHS làm về tư vấn của Bệnh viện BVBM TSS

*H: chị thấy tỷ lệ nạo hút thai tập trung ở đối tượng nào?
Đ: Chủ yếu là tập trung ở những người chưa lập gia đình.
H: Theo chị chiếm khoảng bao nhiêu phần trăm?
Đ: Khoảng 40-50%."*

Học vấn cao, viên chức, thu nhập cao có tỷ lệ NHT cao nhất so với các đối tượng khác cùng nhóm có thể do nghiên cứu tiến hành với phần đông số đối tượng ở Hà Nội và TP.HCM. Nhóm có trình độ CĐ/ĐH chiếm 33,8%, viên chức: 33,8%, thu nhập trên 500 nghìn đồng/tháng chiếm 74,7%.

III. TIỀN SỬ SẢN KHOA CỦA KHÁCH HÀNG

Khác với những điều tra, nghiên cứu trước (Điều tra giữa kỳ 1994, Điều tra Nhân khẩu học và sức khoẻ 1997, Điều tra giai đoạn I tại Cao Bằng - Ninh Bình), nghiên cứu này sẽ đi sâu tìm hiểu tiền sử sản khoa của KH. Những biến số được đề cập trong nội dung này gồm: *Số lần có thai của KH, Số lần sinh của KH, số con hiện có của KH, số con trai con gái hiện có của KH, tuổi con nhỏ nhất của KH, tình trạng cho con bú của KH, kết quả các lần mang thai của khách hàng.*

Bảng 13. Số lần có thai và sinh con của khách hàng

Địa phương	Hà Nội	Hoà Bình	Nam Định	TP HCM	Chung
	Số lần có thai của khách hàng				
Có thai lần đầu	24,1	27,5	22,6	22,9	23,9
Có thai lần 2	25,6	21,0	19,0	28,6	24,9
Có thai lần 3	21,4	19,0	24,8	18,5	20,9
Có thai lần 4	14,1	15,0	18,2	13,1	14,6
Có thai lần 5	9,3	11,0	8,8	9,3	9,4
Có thai trên 5 lần	5,4	6,5	6,6	7,6	6,3

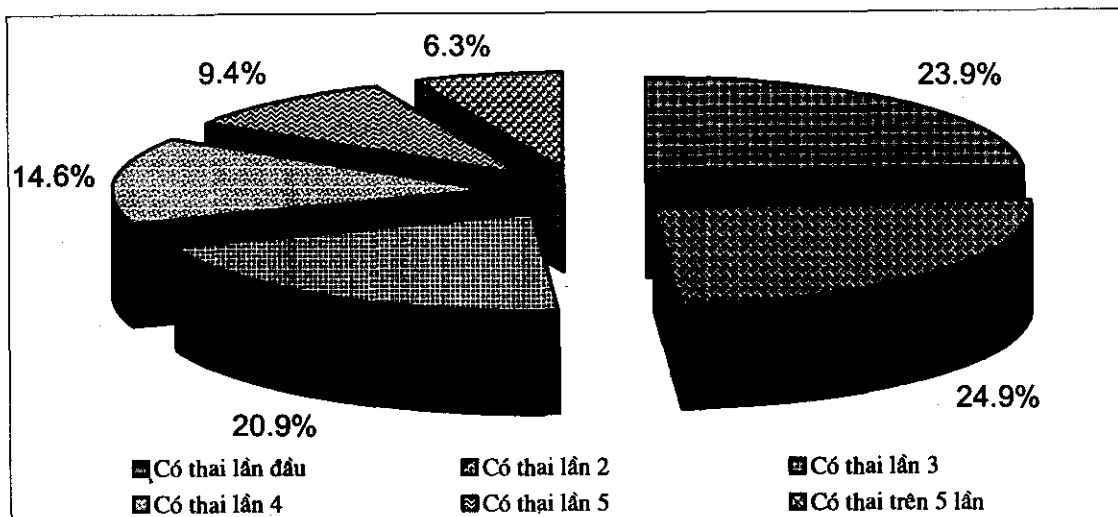
	Số lần sinh của khách hàng				
Chưa sinh	32,2	33,0	17,7	32,8	31,8
Sinh 1 lần	38,3	35,0	34,3	31,2	35,4
Sinh 2 lần	27,0	29,5	36,5	23,1	27,6
Sinh 3 lần	1,9	1,0	1,5	8,2	3,5
Sinh 4 lần	0,4	0,5		2,8	1,0
Sinh 5 lần	0,1	0,5		1,0	0,4
Sinh trên 5 lần	0,1	0,5		0,8	0,3
Tổng số KH	827	200	274	497	1798

Bảng 13 thu thập các thông tin về số lần có thai và sinh con của khách hàng. Trong tổng số những KH được điều tra, có 23,9% có thai lần đầu, 24,9% có thai lần thứ hai, 20,9% có thai lần thứ ba, 14,6% có thai lần thứ tư, 9,4% có thai lần thứ năm, 6,4% có thai lần thứ sáu trở lên. Tỷ lệ NHT ở phụ nữ có thai lần thứ 1, 2 và 3 cao khá đồng đều ở các địa điểm nghiên cứu. Với chính sách khuyến khích chỉ có một hoặc hai con, lần mang thai thứ 3 trở đi là những lần mang thai không mong muốn, do vậy tỷ lệ phụ nữ có thai từ 4, 5, trên 5 lần chiếm tỷ lệ thấp trong nghiên cứu này. Có điều đáng lưu ý là tỷ lệ NHT ở phụ nữ có thai lần đầu tiên là rất cao 23,9%.

Có 31,8% KH chưa sinh con lần nào, 35,4% đã sinh 1 lần, 27,6% đã sinh 2 lần, 3,50% đã sinh 3 lần, 1,0% đã sinh 4 lần, 0,4% đã sinh 5 lần, 0,3% đã sinh 6 lần trở lên. Các tỷ lệ trên khá đồng đều giữa các tỉnh. Dưới tác động của chương trình kế hoạch hoá gia đình, nhóm đã sinh từ trên hai con chiếm tỷ lệ rất thấp chỉ khoảng 5%. Qua bảng ta có thể nhận định được xu hướng chỉ có một hoặc hai con đang rất phổ biến.

Có tới 31,8% KH chưa sinh con lần nào đi NHT. Việc hiểu, chấp nhận, áp dụng BPTT của nhóm này như thế nào cần được xem xét kỹ. Rõ ràng là nhiều nguy cơ rủi ro mà nhóm đối tượng này sẽ phải đương đầu, đặc biệt là vô sinh thứ phát sau NHT trong tương lai.

"Tôi nghĩ vấn đề KHHGD nên giáo dục cho thanh niên trước hôn nhân. Vì nước ta hôn nhân ngoài giá thú hay quan hệ tình dục trước hôn nhân xảy ra nhiều và rất đáng tiếc là đã không biết phòng tránh thai nên thường dễ xảy ra có thai ngoài ý muốn"
(Nam, 43t Q. Tân Bình, HCM)

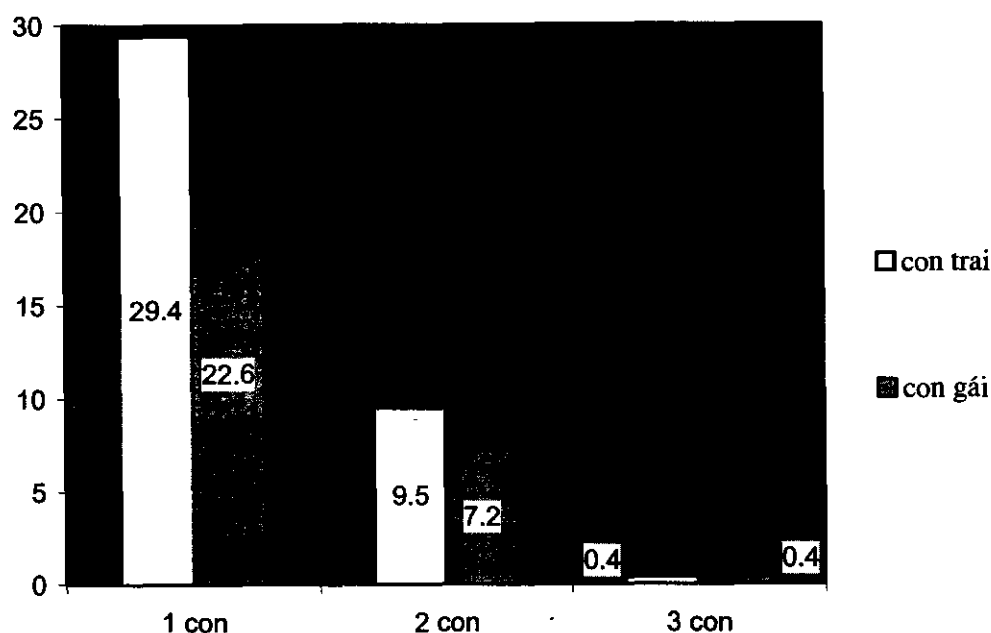


Biểu đồ 2 : Số lần có thai của khách hàng

Là một nước Châu Á, chịu ảnh hưởng sâu sắc của nền văn hoá nho giáo, mong muốn có con trai luôn là động lực, áp lực đối với hầu hết phụ nữ có gia đình. Bảng 14 dưới đây sẽ đánh giá ảnh hưởng số con hiện có, số con trai, con gái của KH đến hành vi NHT. Trong tổng số khách hàng đã có con (1.210) có tới 52,5% KH đã có 1 con, 40,4% KH có hai con. KH có 3 con trở lên chiếm tỷ lệ nhỏ và hầu hết là ở TP.HCM. Nhóm phụ nữ có cả con trai và con gái đi NHT chiếm tỷ lệ cao nhất (30,5%). Nhóm KH có một con trai, hai con trai NHT cao hơn nhóm KH tương ứng có một con và hai con gái.

Bảng 14. Số con còn sống của khách hàng

	Hà Nội	Hoà Bình	Nam Định	TP HCM	Chung
Số con còn sống của khách hàng					
1 con	56,8	53,5	49,0	46,8	52,5
2 con	40,1	43,3	50,0	34,2	40,4
3 con	2,4	1,6	1,0	12,9	5,0
4 con	0,5	0,8	0,0	2,7	1,1
5 con	0,2	0,8	0,0	2,1	0,7
6 con	0,0	0,0	0,0	0,6	0,2
Trên 6 con	0,0	0,0	0,0	0,6	0,2
Số con trai con gái					
1 con trai	30,9	29,5	27,6	28,0	29,4
1 con gái	25,5	22,5	21,4	18,4	22,6
2 con trai	11,0	10,9	8,2	7,2	9,5
2 con gái	5,8	7,8	12,2	6,3	7,2
3 con trai	0,4	0,8	0,0	0,6	0,4
3 con gái	0,5	0,0	0,0	0,6	0,4
Khác	25,9	28,7	30,6	38,9	30,5
Tổng số KH	549	127	192	333	1210



Biểu đồ 3: Tỷ lệ NHT giữa nhóm KH có con trai và con gái

Tình hình trên cho thấy: Phụ nữ có một con trai hoặc gái và có hai con chấp nhận NHT để kết thúc việc mang thai ngày càng tăng, ở tất cả các tỉnh thành phố. Khách hàng có con trai có xu hướng NHT nhiều hơn KH có con gái.

"Mình đã có một cháu trai, kể cả một cũng được vì bây giờ có con trai rồi. Mình kế hoạch để cho nhàn, bây giờ còn phải làm kinh tế đã, phụ thuộc theo kinh tế nếu có thì sinh tiếp không thì thôi."
 " chồng người phụ nữ hút thai, Hà Nội)

Bảng 15. Tuổi con nhỏ nhất và tình hình cho con bú của khách hàng

	Hà Nội	Hoà Bình	Nam Định	TP HCM	Chung
Tuổi con nhỏ nhất					
Dưới 6 tháng	53,7	44,9	48,6	54,4	52,1
6 - 12 tháng	38,4	42,7	37,8	37,5	38,5
13 - 18 tháng	6,3	10,1	10,8	6,5	7,5
19 - 24 tháng	1,6	2,2	2,7	0,8	1,6
Trên 24 tháng				0,8	0,2
Tổng số KH	365	89	148	248	850
Tình hình cho con bú					
Đang cho con bú	54,6	38,3	65,4	48,1	52,7
Đã cai sữa	54,4	61,7	34,6	51,9	47,3
Tổng số KH	194	47	52	77	370

Trong số KH được điều tra có tới 52,1% đang có con nhỏ nhất dưới 6 tháng tuổi, 38,5% có con nhỏ nhất từ 6 -12 tháng tuổi, 7,5% có con nhỏ nhất từ 13 - 18 tháng tuổi, 1,6% có con nhỏ từ 19 - 24 tháng tuổi, 0,2% có con nhỏ nhất từ 25 tháng tuổi trở lên. Sự chênh lệch về tỷ lệ này giữa các khu vực không đáng kể.

Kết quả điều tra cho thấy: có 52,7% KH đang cho con bú, 47,3% KH đã thôi cho con bú. Tỷ lệ này giữa các vùng không có sự chênh lệch nào đáng kể. Số KH đang cho con bú so với số đã thôi cho con bú có tỷ lệ gần tương đương.

Một tỷ lệ tương đương giữa KH đang cho con bú với KH đang có con dưới 6 tháng tuổi đến NHT. Có thể liên tưởng tới lý do có thai ngoài ý muốn là vì KH nghĩ rằng trong vòng 6 tháng đầu sau sinh và cho con bú thì không có nguy cơ mang thai trở lại, do vậy họ không sử dụng các BPTT.

Để khai thác về tiền sử thai nghén của KH, chúng tôi đã thu thập thông tin về kết quả của các lần mang thai, từ lần mang thai gần đây nhất tới các lần mang thai trước đây nữa. Trong số các KH được điều tra, ở lần mang thai gần đây nhất: 88,5% hút thai sớm, 10,5% nạo thai (NT), 1,0% phá thai to (PTT). không có một trường hợp nào sinh con. Như vậy ít nhất mỗi KH trong nghiên cứu này đều có NHT hai lần. Đáng chú ý tỷ lệ nạo thai là 10,5%. Trong tình hình hiện nay, tất cả các địa điểm nghiên cứu đều có test thử thai sớm, mặt khác test này được bán rộng rãi trên thị trường. Test cho kết quả dương tính sau chậm kinh 1 tuần. Khách hàng rất dễ dàng có được một test thử thai sớm để xác định mình có thai hay không để nhanh chóng quyết định sinh con hay hút thai sớm.

Bảng 16. Kết quả các lần mang thai gần đây nhất

	Lần 1	Lần 2	Lần 3	Lần 4	Lần 5	Lần 6	Lần 7	Lần 8	Lần 9
Sinh sống	0	659	570	352	194	77	46	17	6
	0,0	48,3	62,0	64,6	69,5	68,1	75,4	81,0	60,0
Hút thai sớm	1558	612	270	130	57	28	4	2	2
	88,5	44,9	29,4	23,9	20,4	24,8	6,6	9,5	20,0
Nạo thai	184	46	24	16	9	1	4	0	0
	10,4	3,4	2,6	2,9	3,2	0,9	6,6	0,0	0,0
Sảy	0	27	30	30	11	4	5	2	2
	0,0	2,0	3,3	5,5	3,9	3,5	8,2	9,5	20,0
Thai chết lưu	1	12	9	13	4	0	2	0	0
	0,1	0,9	1,0	2,4	1,4	0,0	3,3	0,0	0,0
Phá thai to	17	0	0	0	0	0	0	0	0
	1,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Khác	0	8	16	4	4	3	0	0	0
	0,0	0,6	1,7	0,7	1,4	2,7	0,0	0,0	0,0
Tổng số	1760	1364	919	545	297	113	61	21	10
	100	100	100	100	100	100	100	100	100

(Lần thứ 1 là gần đây nhất, lần thứ 9 là xa nhất)

- Ở lần mang thai thứ 2 gần đây nhất: tỷ lệ NHT là 48,3% (hút thai sớm 44,9%, nạo thai 3,4%). Nếu xét tới cả lần mang thai gần đây nhất, có tới gần một nửa số KH nạo hút thai tới 3 lần.

- Trong lần mang thai thứ 3 gần đây nhất, 62,0% KH đã sinh con sống, 29,4% hút thai sớm, 2,6% nạo thai, 3,3% sảy thai, 1% thai chết lưu...
- Trong lần mang thai thứ 4 gần đây nhất, có 64,6% KH đã sinh con sống, 23,9% hút thai sớm, 2,9% nạo thai, 5,5% sảy thai, 2,4% thai chết lưu...
- Trong lần mang thai thứ 5 gần đây nhất, 69,5% KH đã sinh con sống, 20,4% hút thai sớm, 3,2% nạo thai, 3,9% sảy thai, 1,4% thai chết lưu...
- Trong số những KH mang thai lần thứ 9 gần đây nhất, có 60,0% KH đã sinh con sống, 20,0% hút thai sớm, 20,0% sảy thai...

Kết quả điều tra về tiền sử thai nghén của KH trên đây cho thấy:

- Nghiên cứu được thực hiện trên 1.800 KH NHT. 100% đối tượng nghiên cứu có NHT ít nhất hai lần.
- Có tới khoảng 1/3 số KH chưa sinh con lần nào. Thanh niên và VTN chiếm hầu hết trong nhóm này.

Đây là đoạn đối thoại chúng tôi ghi được khi phỏng vấn chồng của KH NHT:

"H: Anh tới đây có suy nghĩ gì về số lượng phụ nữ đang chờ đợi để nạo hút?
Đ: Nhìn thấy số lượng thế này em thấy choáng, vì đủ các lứa tuổi. Có người con gái còn ở tuổi vị thành niên đã vô đây cũng nói có chồng để nạo. Thực trạng này đáng e ngại. Có lẽ phải giáo dục tuyên truyền rộng rãi thế nào cho có hiệu quả làm giảm tỷ lệ phá thai."

35,4% KH có một con và 27,6% KH có hai con, như vậy có tới 63% KH muốn kết thúc thai nghén vì không muốn và hoặc chưa muốn có thêm con. Ở nhóm đã có con, số phụ nữ có một hoặc hai con chiếm tới 92,9%, số khách hàng có từ 3 con phần lớn ở khu vực TP HCM. Kết quả này một lần nữa khẳng định sự thành công của chương trình KHHGD, sự thay đổi hành vi sinh đẻ và các quan niệm về giá trị con cái của phụ nữ. Tuyệt đại đa số phụ nữ chấp nhận chỉ có một hoặc hai con. Có khoảng 1/2 số KH đang nuôi con dưới 6 tháng và cũng khoảng 1/2 số KH đang cho con bú. Nhóm này cần được tư vấn sau sinh tốt hơn về các BPTT.

IV. TIỀN SỬ NẠO HÚT THAI CỦA KHÁCH HÀNG

Theo các kết quả thu được từ điều tra định lượng và phỏng vấn định tính đối với khách hàng, tiền sử NHT của các KH có những vấn đề đáng chú ý sau:

1. Lý do dẫn đến quyết định NHT ở các lần trước đây.

Trong các lần trước đây, KH quyết định NHT vì những lý do chính: 40,3% do không muốn có thêm con, 25,3% do con còn nhỏ, 11,7% chưa muốn xây dựng gia đình, 8,2% do hoàn cảnh kinh tế gia đình khó khăn, 4,6% do sức khỏe không tốt, 4,5% do thai không bình thường, 2,0% do bận công tác, 0,3% không trả lời, còn lại khoảng trên 3% do các lý do khác.

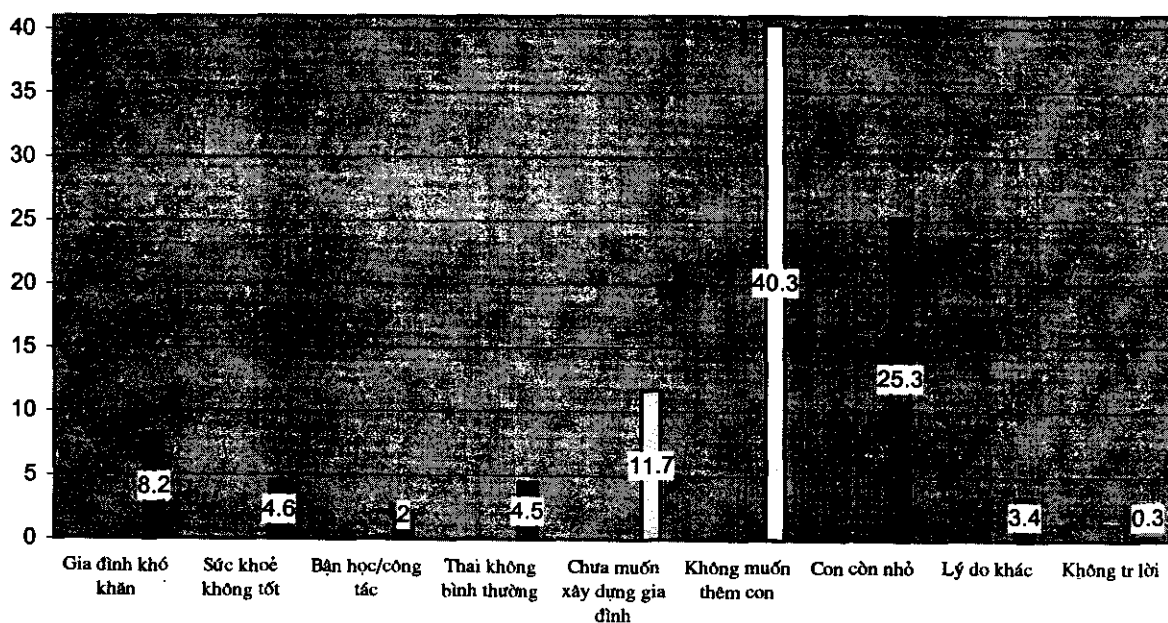
Trong các lý do dẫn đến việc NHT của KH trong quá khứ, không muốn có thêm con chiếm tỷ lệ cao nhất, điều đó chứng tỏ mong muốn về số con của phụ nữ đã có những cải thiện theo xu hướng tích cực. 25,2% NHT do con còn nhỏ, chứng tỏ

nhận thức của phụ nữ về khoảng cách giữa các lần sinh cũng đang tiến triển theo chiều hướng tích cực.

Bảng 17. Lý do nạo hút thai ở các lần trước đây

	Hà Nội	Hoà Bình	Nam Định	TP HCM	Chung
Gia đình khó khăn	3,8	1,2	4,8	21,7	8,2
Sức khoẻ không tốt	3,2	3,6	3,2	8,7	4,6
Bận học/công tác	3,5	3,6	0,0	0,0	2,0
Thai không bình thường	3,8	3,6	6,3	4,9	4,5
Chưa muốn xây dựng gia đình	13,8	10,7	7,9	10,9	11,7
Không muốn thêm con	39,0	42,9	49,2	35,3	40,3
Con còn nhỏ	29,3	31,0	27,0	14,1	25,3
Lý do khác	3,5	3,6	1,6	4,3	3,4
Không trả lời				1,1	0,3
Tổng số	100	100	100	100	100

Có tới 11,7% KH phải NHT do chưa muốn xây dựng gia đình. Lý do này có tỷ lệ xếp hàng thứ 3 trong các lý do dẫn đến NHT, điều này vừa phản ánh những chuyển biến tích cực trong nhận thức của thanh niên về độ tuổi kết hôn và có con đầu, vừa là một cảnh báo về việc quan hệ tình dục trước hôn nhân của lớp trẻ ngày càng gia tăng.



Biểu đồ 4: Lý do khách hàng nạo hút thai

2. Cơ sở khách hàng đã nạo hút thai trong các lần trước đây

Bảng 18. Cơ sở nạo hút thai trong các lần trước đây

	Hà Nội	Hoà Bình	Nam Định	TP HCM	Chung
Bệnh viện TW/tỉnh/huyện	76,7	74,7	45,9	62,4	67,7
Trung tâm BVTE/KHHGD	7,4	3,8	24,6	22,9	13,6
Bệnh viện tư/bán công	3,7	2,5	1,6	0,6	2,5
C sở y tế tư nhân SPK	2,5	3,8	8,2	8,3	5,0
Trạm y tế xã phường	9,8	15,2	19,7	5,7	11,3
Nơi khác	0,6	2,5	1,6	0,6	1,0
Tỷ lệ %	47,7	11,5	17,8	23,0	100,0

Theo kết quả ở bảng trên, những nơi KH chọn để NHT trong các lần trước có tỷ lệ như sau: các Bệnh viện TW, tỉnh, huyện: 67,7%, các Trung tâm BVTMTE/KHHGD: 13,6%, các Trạm y tế xã - phường (TYTXP): 11,3%, các cơ sở y tế tư nhân: 5,0%, các bệnh viện tư bán công: 2,5%, các nơi khác: 1%.

Như vậy có tới 91,5% KH đã chọn các cơ sở y tế Nhà nước để NHT, còn lại 8,5% đã NHT ở các cơ sở y tế tư nhân, hoặc tư bán công.

Việc đa số KH (67,7%) chọn bệnh viện các tuyến từ huyện trở lên và các Trung tâm BVTMTE/KHHGD (13,5%) để NHT, chứng tỏ sự tin cậy cũng như chất lượng dịch vụ hơn hẳn của các cơ sở này so với các cơ sở tư nhân cũng như các TYT xã - phường.

Tỷ lệ 8,5% KH chọn các cơ sở y tế tư nhân để NHT, trong các lần trước đây, có thể là một trong những dữ liệu giúp dự báo số lượng những ca NHT tại các cơ sở y tế tư nhân trong quá khứ, cũng như hiện tại. Nó có thể cũng sẽ là một trong những dữ liệu góp phần cho phép dự báo về tỷ trọng VTN trong tổng số các ca NHT ở Việt Nam hàng năm.

3. Các hình thức phá thai trước đây.

Bảng 19. Các hình thức phá thai trước đây

	Hà Nội	Hoà Bình	Nam Định	TP HCM	Chung
Hút thai sớm	87,8	91,5	85,4	82,7	86,4
Nạo thai	9,8	8,0	13,1	12,6	10,9
Phá bằng thuốc	1,9		0,7		1,0
Không biết	0,5	0,5	0,7	4,7	1,7
Chung	46,1	11,2	15,3	27,4	100,0

Số liệu cho thấy tỷ lệ các hình thức phá thai ở các lần NHT trước đây như sau: hút thai sớm chiếm 86,4%, nạo thai : 10,9%, phá thai bằng thuốc: 1,0%.

Tỷ lệ hút thai sớm cao nhất là ở Hòa Bình 91,5%, Hà Nội 87,8%, Nam Định 85,4%, TP.HCM 82,7%. Nhìn chung tỷ lệ HĐHKN giữa các vùng không có sự khác nhau.

Tỷ lệ nạo thai cao nhất là ở Nam Định 13,1%, TP.HCM 12,6%, Hà Nội 9,8%, Hoà Bình 8%. Nhìn chung tỷ lệ hút thai cao gấp khoảng 8 lần nạo thai.

4. Tư vấn của CBYT cho khách hàng trước khi tiến hành thủ thuật

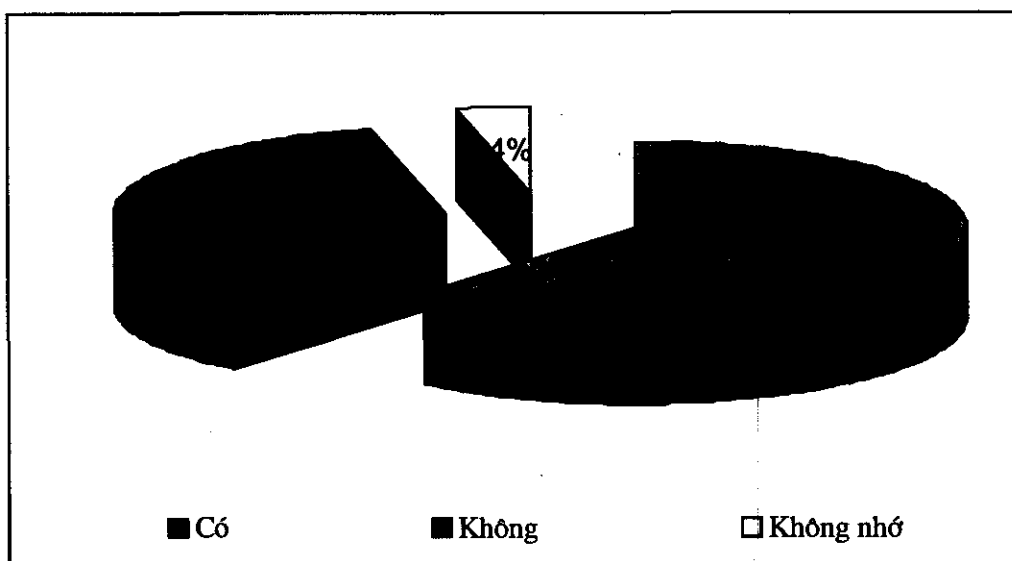
Trong số các KH được điều tra có thông tin, ở các lần NHT trước đây có tới 61,1% được cán bộ y tế (CBYT) giải thích về tác hại của NHT, trước khi tiến hành thủ thuật, 35,4% không nhận được sự giải thích như trên, 3,5% không nhớ rõ là có được giải thích hay không.

Tỷ lệ KH được tư vấn về tác hại của NHT trước khi tiến hành thủ thuật, tại các địa điểm điều tra như sau: Hà Nội: 64,6% được tư vấn, 30,2% không được tư vấn; TP HCM: 54,1% được tư vấn, 44,0% không được tư vấn; Nam Định: 66,7% được tư vấn, 31,7% không được tư vấn; Hoà Bình: 52,5% được tư vấn, 45,0% không được tư vấn. Tuy chênh lệch nhau không nhiều, nhưng tỷ lệ KH được tư vấn trước khi làm thủ thuật ở Nam Định và Hà Nội cao hơn.

Với tỷ lệ trên, có thể khẳng định công tác tư vấn trong NHT mới chỉ đảm bảo đến được với quá nửa khách hàng. Gần 40% KH chưa được tư vấn, đây là một cảnh báo quan trọng, trong việc tìm kiếm giải pháp giảm số ca NHT hàng năm.

Bảng 20. CBYT tư vấn về tác hại của nạo hút thai trước khi làm thủ thuật

	Hà Nội	Hoà Bình	Nam Định	TP HCM	Chung
Có	64,6	52,5	66,7	54,1	61,1
Không	30,2	45,0	31,7	44,0	35,4
Không nhớ	5,2	2,5	1,7	1,9	3,5
Số khách hàng	325	80	120	159	684



Biểu đồ 5: Phần trăm cán bộ y tế tư vấn tác hại của nạo hút thai trước khi làm thủ thuật

5. Tình hình sử dụng kháng sinh sau NHT các lần trước

Bảng 21. Sử dụng kháng sinh sau nạo hút thai ở các lần trước

	Hà Nội	Hoà Bình	Nam Định	TP.HCM	Chung
Cấp kháng sinh	55,8	42,0	36,1	23,6	43,3
Mua kháng sinh	41,2	56,8	60,7	76,4	54,5
Không có thuốc	0,9		1,6		0,7
Không nhớ	2,1	1,2	1,6		1,5
Tổng	100	100	100	100	100

Sau các lần NHT trước đây có: 43,3% KH được cấp kháng sinh, 54,5% mua kháng sinh, 0,7% KH không được mua hoặc cấp kháng sinh (1,5% không nhớ rõ).

Tỷ lệ KH được cấp kháng sinh sau khi NHT tại các địa điểm điều tra như sau: Hà Nội: 55,8%, TP HCM: 23,6%, Hoà Bình: 42%, Nam Định: 36,1%.

Tỷ lệ KH không được mua hoặc cấp kháng sinh tại các địa điểm điều tra như sau: Hà Nội: 0,9%, TP HCM: 0%, Nam Định: 1,6%, Hoà Bình: 0%. Như vậy tại các địa điểm điều tra ở TP HCM và Hoà Bình 100% KH được mua hoặc cấp kháng sinh.

6. Hướng dẫn của CBYT về cách xử trí với các dấu hiệu bất thường sau NHT

Bảng 22. CBYT hướng dẫn theo dõi, xử trí sau nạo hút thai

	Hà Nội	Hoà Bình	Nam Định	TP HCM	Chung
Có dặn dò	78,0	85,2	78,7	59,9	74,9
Không dặn dò	16,5	12,3	16,4	37,6	20,8
Không nhớ	5,5	2,5	4,9	2,5	4,4
Tổng	100	100	100	100	100

Trong các lần NHT trước đây, có đến 74,9% KH được hướng dẫn theo dõi và xử trí với các dấu hiệu bất thường sau khi NHT, 20,8% không được hướng dẫn, 4,4% không nhớ rõ. Tỷ lệ KH không được tư vấn về vấn đề này tương đối cao, điều này gây tác hại không nhỏ đến sức khỏe của KH.

Trong số những KH được điều tra ở Hà Nội, tỷ lệ không được tư vấn chiếm 16,5%; Tp HCM: 37,6%; Nam Định: 16,4%; Hoà Bình: 12,3%. Như vậy tại các cơ sở ở TP. HCM KH không được hướng dẫn theo dõi và xử trí với các tai biến sau NHT chiếm tỷ lệ cao nhất, so với các địa phương khác.

7. CBYT hẹn khám lại trong các lần NHT trước đây

Trong các lần NHT trước đây có 83,2% KH được hẹn khám lại, 11,2% không được hẹn khám lại, 5,5 % không nhớ rõ nữa. Như vậy tỷ lệ KH không được hẹn khám lại vẫn còn tương đối cao. Đây chính là vấn đề cần chú ý trong việc chăm sóc cho KH sau NHT.

Bảng 23. CBYT hẹn khám lại

	Hà Nội	Hoà Bình	Nam Định	TP HCM	Chung
Có hẹn	78,4	84,0	88,3	89,2	83,2
Không hẹn	14,0	12,3	6,7	8,3	11,2
Không nhớ	7,6	3,7	5,0	2,5	5,5
Tổng	100	100	100	100	100

8. Công tác tư vấn về sử dụng BPTT sau NHT của CBYT

Bảng 24. CBYT tư vấn sử dụng BPTT

	Hà Nội	Hoà Bình	Nam Định	TP HCM	Chung
Có khuyên	76,2	66,3	80,0	71,0	74,5
Không khuyên	21,6	33,8	16,7	26,5	23,3
Không nhớ	2,1	0,0	3,3	2,6	2,2
Chung	100	100	100	100	100

Có 74,5% KH được tư vấn về sử dụng các BPTT sau khi NHT, 23,3% không được tư vấn, 2,2% không nhớ. Tỷ lệ KH không được tư vấn về các BPTT ở Hà Nội chiếm 21,6%, TP HCM: 26,5%, Nam Định: 16,7%, Hoà Bình: 33,8%. Như vậy tỷ lệ KH không được tư vấn về các BPTT cao nhất là ở Hoà Bình. Bất cập về công tác này cũng sẽ góp phần làm tăng tỷ lệ NHT hàng năm tại các địa phương.

9. Tai biến, bất thường của khách hàng sau những lần NHT trước đây.

Khai thác các biểu hiện tai biến tức thì ở các KH đã từng NHT thấy như sau: có 2,2% KH bị sốt do nhiễm trùng, 0,7% chậm kinh, 4,3% bị rong kinh, rong huyết, 0,6% bị đau bụng, 1,3% bị các hiện tượng khác. Tỷ lệ tai biến chung gặp khoảng 10%, tuy không nhiều, nhưng vẫn chưa khắc phục được triệt để.

Bảng 25. Các tai biến, bất thường của khách hàng sau nạo hút

	Hà Nội	Hoà Bình	Nam Định	TP HCM	Chung
Nhiễm trùng (Sốt)	2,0	1,3	6,3		2,2
Chậm kinh	0,8			1,8	0,7
Rong kinh/rong huyết	4,0	2,6	4,2	6,1	4,3
Đau bụng	1,2				0,6
Khác	0,4		4,2	1,8	1,3
Không có tai biến	91,5	96,2	85,4	90,4	90,9
Chung	46,3	14,6	17,9	21,3	100

10. Nơi khách hàng đã đến xử trí các tai biến sau những lần NHT trước đây

Bảng 26. Nơi xử trí các tai biến

	Hà Nội	Hoà Bình	Nam Định	TP HCM	Chung
Bệnh viện TW/tỉnh/huyện	55,0	66,7	57,1	40,0	53,2
Trung tâm BVTE/KHHGD				60	12,8
Bệnh viện tư/bán công	10	33,3			6,4
Cơ sở y tế tư nhân SPK	15		14,3		10,6
Trạm y tế xã/phường	10		28,6		12,8
Nơi khác	10				4,3

Trong những KH bị tai biến sau những lần NHT trước đây, có tới 53,2% đã tới các bệnh viện từ tuyến huyện trở lên để điều trị, 12,8% đến xử trí tại các trung tâm BVTE/KHHGD, 12,8% đến các TYT xã phường, còn lại 21,2% đến điều trị tại các cơ sở y tế tư nhân. Khách hàng bị tai biến sau các lần NHT trước đây đến điều trị tại các cơ sở y tế tư nhân ở Hà Nội và Nam Định, Hoà Bình. Ở Hà Nội, KH gặp tai biến sau NHT đến dịch vụ y tế tư 25%, Hoà Bình và Nam Định là 33% và 14,3%.

Lý do chủ yếu (65,3%) dẫn đến quyết định NHT là không muốn có thêm con và con còn nhỏ, 11,6% vì lý do chưa muốn có gia đình. 91,5% KH chọn cơ sở y tế

công để NHT, 8,5% số KH lựa chọn y tế tư nhân. Hình thức phá thai chủ yếu là hút thai sớm (86,4%), 10,9% là nạo thai.

Có tới 35,4% KH không nhận được tư vấn về tác hại của NHT, 20,8% số KH không được dặn dò theo dõi sau khi NHT, 11,2% KH không được hẹn khám lại, 23,3% KH không được tư vấn sử dụng BPTT sau khi NHT.

"H: Hôm nay đến đây em đã làm những thủ tục gì?
Đ: Em chỉ nộp viện phí, khám xem thai như thế nào.
H: Thế cán bộ có tư vấn cho em không?
Đ: Không.
H: Cán bộ y tế có hướng dẫn cho em tác hại của nạo phá thai trước khi em quyết định không?
Đ: Không."
(KH NHT, 20t Nam Định)

Theo các nghiên cứu đã được công bố, phụ nữ có thai ngoài ý muốn chủ yếu do không sử dụng các BPTT hoặc sử dụng không đúng. Việc tư vấn cho KH biết đầy đủ thông tin về tất cả các BPTT cho KH là rất cần thiết, giúp họ tránh được những lần có thai không mong muốn, và giúp họ tránh phải NHT lần nữa.

Việc tư vấn sau NHT cần phải được chú trọng hơn. Khoảng 10% KH có tai biến sau NHT, và 21,2% trong số này đến các cơ sở y tế tư để điều trị tai biến.

IV. VẤN ĐỀ SỬ DỤNG CÁC BPTT VÀ HIỆU QUẢ

Sử dụng các BPTT là một nội dung quan trọng hàng đầu của Chương trình DS/KHHGD, CSSKSS, Làm mẹ an toàn... Không những thế, sử dụng BPTT còn là yếu tố quan trọng quyết định việc tăng giảm tỷ lệ, tỷ suất NHT. Chính vì thế đây là một trong những nội dung quan trọng của việc nghiên cứu thực trạng NHT ở Việt Nam, cũng như các nước khác. Trong nội dung này chúng tôi sẽ đề cập tới hai vấn đề chính: (1) Sử dụng BPTT và hiệu quả ở các lần NHT trước đây; (2) Sử dụng BPTT và hiệu quả ở NHT lần được điều tra này.

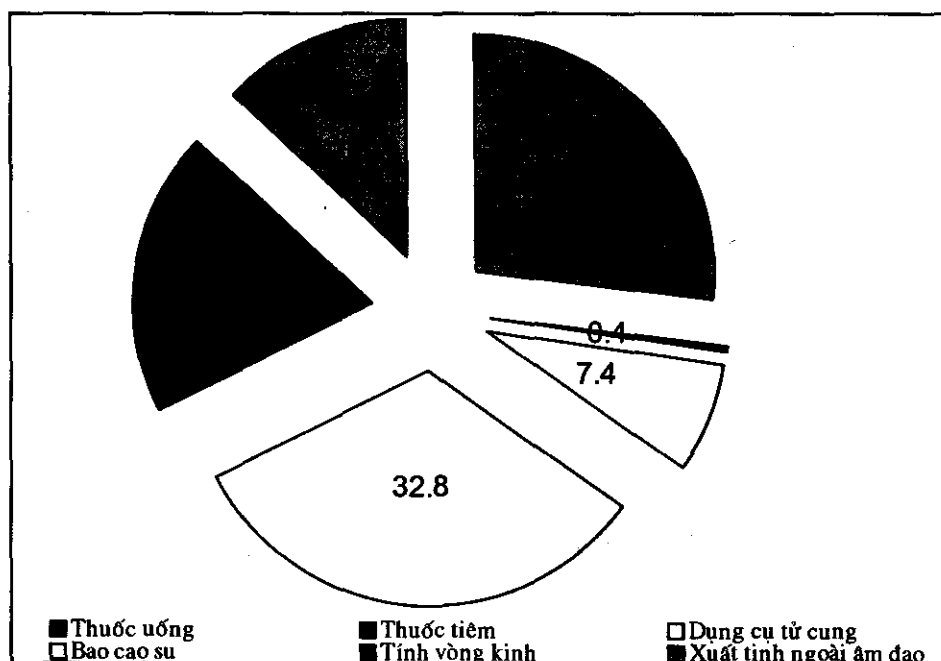
1. Các lần trước đây

Trong số các KH đã sử dụng các BPTT trong các lần NHT trước đây, có 26,9% đã uống thuốc tránh thai, 0,4% tiêm thuốc tránh thai, 7,4% đặt dụng cụ tử cung, 32,8% dùng bao cao su, 19,6% tính vòng kinh, 13,0% xuất tinh ngoài âm đạo. Những BPTT được nhiều người áp dụng nhất, ở tất cả các địa điểm điều tra: Bao cao su, uống thuốc tránh thai, tính vòng kinh.

1.1. Tỷ lệ các biện pháp tránh thai được sử dụng

Bảng 27. Sử dụng các biện pháp tránh thai

	Hà Nội	Hoà Bình	Nam Định	TP HCM	Tổng số
Thuốc uống	21,6	24,1	17,4	42,4	26,9
Thuốc tiêm	0,5			0,7	0,4
Dụng cụ tử cung	2,7	3,4	6,5	16,7	7,4
Bao cao su	40,1	39,7	39,1	14,6	32,8
Tính vòng kinh	22,1	25,9	13,0	17,4	19,6
Xuất tinh ngoài âm đạo	13,1	6,9	23,9	8,3	13,0
Tổng	100	100	100	100	100



Biểu đồ 6 : Các biện pháp tránh thai KH sử dụng ở lần NHT trước

1.2. Nơi nhận các biện pháp tránh thai

Có 18,6% KH nhận BPTT tại các BV tuyến TW, tỉnh, huyện, 5,0% nhận tại Trung tâm BVBMTE/KHHGD, 1,9% nhận tại các cơ sở y tế tư nhân, 7,2% nhận tại các TYTXP, 62,9% nhận tại các cửa hiệu bán thuốc, 4,4% nhận tại các nơi khác. Như vậy có tới trên quá nửa số KH đã tự tìm mua các dụng cụ, BPTT tại các hiệu thuốc

Bảng 28. Nơi nhận các biện pháp tránh thai

	Hà Nội	Hoà Bình	Nam Định	TP HCM	Chung
Bệnh viện TW/tỉnh/huyện	17,4	23,7	12,1	22,2	18,6
Trung tâm BVTE/KHHGD	1,3	0,0	6,1	11,1	5,0
Cơ sở y tế tư nhân SPK	3,4	0,0	0,0	1,9	1,9
Trạm y tế xã phường	8,1	7,9	9,1	4,6	7,2
Hiệu thuốc	65,8	68,4	60,6	58,3	62,9
Khác	4,0	0,0	12,1	1,9	4,4

1.3. Nguyên nhân dẫn đến sự thất bại của các biện pháp tránh thai

Có đến 53,3% sử dụng không liên tục, 23,8% sử dụng sai cách thức, 23% không biết lý do, không nhớ tại sao và không trả lời. Như vậy việc áp dụng các BPTT không liên tục là nguyên nhân chính dẫn đến thất bại và có thai ngoài ý muốn. Tỷ lệ những người sử dụng sai quy cách các BPTT thấp nhất ở Nam Định.

Bảng 29. Lý do thất bại khi sử dụng BPTT

	Hà Nội	Hoà Bình	Nam Định	TP HCM	Chung
Sử dụng sai	25,3	29,1	6,7	30,1	23,8
Sử dụng không liên tục	49,8	47,3	46,7	65,0	53,3
Không nhớ	6,0	9,1	6,7	0,7	5,0
Không biết/không trả lời	18,9	14,5	40,0	4,2	18,0

2. Về lần NHT này**2.1. Các biện pháp tránh thai được sử dụng****Bảng 30. Sử dụng các biện pháp tránh thai**

	Hà Nội	Hoà Bình	Nam Định	TP. HCM	Tổng số	
Bao cao su	40,1	39,7	39,1	14,6	169	32,8
Thuốc uống	21,6	24,1	17,4	42,4	139	26,9
Tính vòng kinh	22,1	25,9	13,0	17,4	101	19,6
Xuất tinh ngoài âm đạo	13,1	6,9	23,9	8,3	67	13,0
Dụng cụ tử cung	2,7	3,4	6,5	16,7	38	7,4
Thuốc tiêm	0,5	0,0	0,0	0,7	2	0,4
Tổng số	222	58	92	144	516	

Trong số những KH có sử dụng BPTT trong lần NHT này, có tới 32,8% dùng bao cao su, 26,9% sử dụng thuốc uống tránh thai, 19,6% tính vòng kinh, 13,0% xuất tinh ngoài âm đạo, 7,4% dùng dụng cụ tử cung và 0,4% dùng thuốc tiêm tránh thai,

Tỷ lệ dùng bao cao su, viên uống tránh thai, tính vòng kinh và xuất tinh ngoài âm đạo là những BPTT được sử dụng với tỷ lệ có tỷ lệ thất bại cao. Có thể do sử dụng không đúng quy cách hoặc không thực xuyên.

2.2 Nơi cung cấp các biện pháp tránh thai

Bảng 31. Nơi nhận các biện pháp tránh thai

	Hà Nội	Hoà Bình	Nam Định	TP. HCM	Chung
Bệnh viện TW/tỉnh/huyện	17,4	23,7	12,1	22,2	18,6
Trung tâm BVTE/KHHGĐ	1,3	0,0	6,1	11,1	5,0
Cơ sở y tế tư nhân SPK	3,4	0,0	0,0	1,9	1,9
Trạm y tế xã phường	8,1	7,9	9,1	4,6	7,2
Hiệu thuốc	65,8	68,4	60,6	58,3	62,9
Khác	4,0	0,0	12,1	1,9	4,4
Tổng	45,7	11,7	15,4	27,2	100

Trong số những KH có sử dụng các BPTT trong lần NHT này, có 62,9% đã nhận các phương tiện tránh thai tại các hiệu thuốc, 18,6% nhận tại các bệnh viện trung ương, tỉnh, huyện, 5,0% nhận tại các TT BVBMTE/KHHGĐ, 7,2% nhận tại các trạm y tế xã, phường, 1,9% nhận tại các cơ sở y tế tư nhân, và 4,4% nhận tại các nơi khác. Cũng như các lần NHT trước đây, KH nhận các BPTT tại các hiệu thuốc chiếm tỷ lệ cao nhất (62,9%), sau đó đến các bệnh viện Nhà nước (30,8%), thấp nhất là các cơ sở y tế tư nhân (1,9%).

2.3. Lý do không sử dụng BPTT

Trong tổng số 138 khách hàng không sử dụng biện pháp tránh thai ở lần NHT này, có 36,2% KH muốn có thêm con, 30,4% chủ quan do ít quan hệ tình dục, 16,7% sợ các tác dụng phụ của các BPTT, 6,5% không biết nơi cung cấp các BPTT, 3,6% do sức khỏe không tốt, 2,2% do đang cho con bú, 2,2% do chồng hoặc bạn tình phản đối. Như vậy vẫn còn tới 1/3 số người không sử dụng các BPTT do muốn có thêm con. Vẫn còn tới 16,7% KH sợ tác dụng phụ, bất cập này do công tác thông tin-giáo dục-truyền thông cho khách hàng chưa tốt, chưa thật sự hiệu quả.

Bảng 32. Lý do không sử dụng BPTT

	Hà Nội	Hoà Bình	Nam Định	TP HCM	Tổng số	
Muốn có con	37,8	43,8	33,3	28,6	50	36,2
Đang cho con bú	3,7	0,0	0,0	0,0	3	2,2
Chồng bạn tình phản đối	0,0	0,0	0,0	10,7	3	2,2
Sức khoẻ không tốt	4,9	0,0	0,0	3,6	5	3,6
Sợ tác dụng phụ	22,0	6,3	33,3	0,0	23	16,7
Không biết nơi cung cấp	0,0	0,0	0,0	32,1	9	6,5
Ít quan hệ tình dục	31,7	50,0	33,3	14,3	42	30,4
Lý do khác	4,9	0,0	0,0	10,7	7	5,1
Tổng số	82	16	12	28	138	

2.4. Các yếu tố liên quan đến việc không sử dụng các BPTT

1) Học vấn

Trong số những KH muốn có thêm con nên không áp dụng các BPTT, 72,0% có trình độ văn hoá từ THPT trở lên, trong đó có 40,0% có trình độ CĐ/ĐH. Tỷ lệ KH không áp dụng các BPTT vì các lý do khác có trình độ CĐ/ĐH trở lên cũng rất cao: 50,0% do không quan hệ tình dục thường xuyên. Phần lớn những trường hợp có trình độ đại học trả lời ít quan hệ tình dục nên không áp dụng biện pháp tránh thai đều con đang là sinh viên đại học. Hiện tượng không áp dụng các BPTT tỷ lệ thuận với trình độ học vấn này chưa thật đã đúng với thực tế, bởi có lẽ những người có trình độ học vấn thấp khi có thai ngoài ý muốn, ít đi đến quyết định kết thúc mang thai bằng NHT, mà họ thường dễ dãi.

Bảng 33. Trình độ học vấn và việc không áp dụng BPTT

	Tiểu học	THCS	THPT	THCN	CĐ/ĐH	Tổng số
Muốn có con	1	11	8	8	22	50
	2,0	22,0	16,0	16,0	44,0	36,2
Đang cho con bú	0	0	1	2	0	3
	0,0	0,0	33,3	66,7	0,0	2,2
Chồng bạn tình phản đối	1	2	0	0	0	3
	33,3	66,7	0,0	0,0	0,0	2,2
Sức khoẻ không tốt	0	1	0	2	2	5
	0,0	20,0	0,0	40,0	40,0	3,6
Sợ tác dụng phụ	2	3	5	10	3	23
	8,7	13,0	21,7	43,5	13,0	16,7
Không biết nơi cung cấp	1	4	3	0	1	9
	11,1	44,4	33,3	0,0	11,1	6,5
Không quan hệ tình dục thường xuyên	0	10	9	2	21	42
	0,0	23,8	21,4	4,8	50,0	30,4
Lý do khác	1	2	1	0	3	7
	14,3	28,6	14,3	0,0	42,9	5,1
Tổng số	6	33	27	20	52	138
	4,3	23,9	19,6	14,5	37,7	100,0

2) Nghề nghiệp

Bảng 34. Nghề nghiệp và việc không áp dụng BPTT

	Nông dân	Viên chức NN	Buôn bán/dịch vụ	Thủ công	Nội trợ/ở nhà	Khác	Tổng số
Muốn có con	3	23	10	3	3	9	50
	6,0	46,0	20,0	6,0	6,0	18,0	36,2
Đang cho con bú	0	0	0	2	1	0	3
	0,0	0,0	0,0	66,7	33,3	0,0	2,2
Chồng bạn tình phản đối	0	0	1	1	1	0	3
	0,0	0,0	33,3	33,3	33,3	0,0	2,2
Sức khoẻ không tốt	0	2	0	2	1	0	5
	0,0	40,0	0,0	40,0	20,0	0,0	3,6
Sợ tác dụng phụ	1	7	11	2	0	2	23
	4,3	30,4	47,8	8,7	0,0	8,7	16,7
Không biết nơi cung cấp	1	2	2	1	2	1	9
	11,1	22,2	22,2	11,1	22,2	11,1	6,5
Ít quan hệ tình dục	1	16	6	4	4	11	42
	2,4	38,1	14,3	9,5	9,5	26,2	30,4
Lý do khác	0	1	0	0	2	4	7
	0,0	14,3	0,0	0,0	28,6	57,1	5,1
Tổng số	6	50	30	11	14	27	138
	4,3	36,2	21,7	8,0	10,1	19,6	100,0

Theo kết quả ở bảng trên, cán bộ công chức Nhà nước không áp dụng các BPTT vẫn chiếm tỷ lệ rất cao (36,2%). Điều này phản ánh những đối tượng này kết thúc mang thai ngoài ý muốn bằng NHT với tỷ lệ rất cao. Số liệu trên không có ý nghĩa biểu hiện mối quan hệ giữa trình độ học vấn và áp dụng các BPTT.

3) Thu nhập & mức sống

Bảng 35. Thu nhập của khách hàng và lý do không áp dụng BPTT

	<300.000 đ	300 – 500.000 đ	>500.000 đ	Tổng số
Muốn có con	0	4	39	43
	0,0	9,3	90,7	39,4
Đang cho con bú	0	1	2	3
	0,0	33,3	66,7	2,8
Chồng bạn tình phản đối	0	0	2	2
	0,0	0,0	100,0	1,8
Sức khoẻ không tốt	0	0	4	4
	0,0	0,0	100,0	3,7
Sợ tác dụng phụ	1	5	17	23
	4,3	21,7	73,9	21,1
Không biết nơi cung cấp	1	2	4	7
	14,3	28,6	57,1	6,4
Ít quan hệ tình dục	0	6	21	27
	0,0	22,2	77,8	24,8
Lý do khác	0	2	2	4
	0,0	50,0	50,0	3,7
Tổng số	2	20	87	109(*)
	1,8	18,3	79,8	100,0

(*) 29 trường hợp không trả lời.

Trong số những KH không áp dụng các BPTT, có tới 79,8% có thu nhập trên 500.000 VND/tháng trở lên, 18,3% có thu nhập 300.000 - 500.000 VND/tháng và 1,8% có thu nhập dưới 300.000 VND/tháng. Như vậy, KH có thu nhập cao quyết định kết thúc thai nghén bằng NHT có tỷ lệ tương đối cao. Biểu trên chưa chắc đã phản ánh thực trạng: thu nhập càng cao thì không áp dụng các BPTT càng nhiều.

4) Hôn nhân

Trong số những KH không sử dụng BPTT, có tới 80,65% đang có chồng, 19,0% đang không có chồng, 0,35% là các trường hợp khác. Trong số những KH đang có chồng mà không áp dụng các BPTT, có 44,9% vì muốn có thêm con, 9,1% vì đang cho con bú, 7,7% do chồng phản đối, 11,8% vì lý do tôn giáo, 18,45% do sức khỏe không tốt, 3% sợ tác dụng phụ của các BPTT, 0,72% không biết nơi cung cấp các BPTT, 2,7% vì các lý do khác.

Bảng 36. Tình trạng hôn nhân và việc không áp dụng BPTT

	Chưa có gia đình	Đang có gia đình	Ly hôn	Tổng số
Muốn có con	1	49	0	50
	2,0	98,0	0,0	36,2
Đang cho con bú	0	3	0	3
	0,0	100,0	0,0	2,2
Chồng bạn tình phản đối	3	0	0	3
	100,0	0,0	0,0	2,2
Sức khỏe không tốt	1	4	0	5
	20,0	80,0	0,0	3,6
Sợ tác dụng phụ	4	19	0	23
	17,4	82,6	0,0	16,7
Không biết nơi cung cấp	6	3	0	9
	66,7	33,3	0,0	6,5
Ít quan hệ tình dục	34	7	1	42
	81,0	16,7	2,4	30,4
Lý do khác	6	1	0	7
	85,7	14,3	0,0	5,1
Tổng số	55	82	1	138
	39,9	59,4	0,7	100,0

Có tới 59,4% KH đang có gia đình không áp dụng biện pháp tránh thai chủ yếu do muốn có thêm con.

Vẫn còn 0,72% KH có chồng nhưng không biết nơi cung cấp các BPTT, đây là một cảnh báo về sự sẵn có của dịch vụ tránh thai, KHHGD. Qua số liệu này cũng có thể cho biết tỷ lệ KH là thanh niên, VTN đang gặp khó khăn trong việc tìm kiếm các dịch vụ tránh thai (Trong số gần 35% KH không áp dụng các BPTT do không biết nơi cung cấp, có 0,7% là những người đang có chồng, như vậy còn lại 34,3% sẽ là những người đang không có chồng, trong đó đa số là thanh niên và VTN).

V. HIỂU BIẾT VỀ TÁC HẠI NẠO HÚT THAI

Trình độ văn hoá và học vấn là yếu tố quan trọng quyết định mức độ hiểu biết về NHT và tác hại NHT của KH. Hiểu biết về NHT và tác hại do NHT gây ra sẽ giúp KH có những hành vi đúng đắn trong việc tránh mang thai ngoài ý muốn, quyết định kết thúc thai nghén, chăm sóc sau NHT... Ở góc độ xã hội, hiểu biết về NHT và tác hại của NHT càng cao, tỷ lệ và tỷ suất NHT sẽ càng được hạ thấp. Như vậy sức khoẻ và SKSS của phụ nữ càng được nâng lên.

1. Trình độ học vấn và số lần nạo hút thai

Cũng như các nước, điều tra này có kết quả tương tự như các điều tra trước đây (Điều tra giữa kỳ 1994, Điều tra Nhân khẩu học và sức khoẻ 1997 và điều tra Giai đoạn I tại Cao Bằng - Ninh Bình), *tỷ lệ NHT tăng theo trình độ học vấn của KH, KH càng có trình độ học vấn cao, càng NHT nhiều lần.*

Bảng 37. Trình độ học vấn và số lần nạo hút thai

	1	2	3	4	5	6	7	8	Chung
Mù chữ	3	3							6
	0,3	0,5							0,3
Biết đọc	6								6
biết viết	0,6								0,3
Tiểu học	48	39	7	2	2				98
	5,0	7,0	4,6	3,3	10,5				5,6
THCS	210	109	36	15	4	4		2	380
	21,8	19,6	23,5	24,6	21,1	80,0		100,0	21,6
THPT	275	176	53	14	6		2		526
	28,5	31,7	34,6	23,0	31,6		66,7		29,8
THCN	89	58	20	9	3				179
	9,2	10,5	13,1	14,8	15,8				10,2
CD/ĐH	334	170	37	21	4	1	1		568
	34,6	30,6	24,2	34,4	21,1	20,0	33,3		32,2
Chung	965	555	153	61	19	5	3	2	1763

Với những KH có trình độ từ CD/ĐH trở lên chiếm tỷ lệ trong tổng số KH có số lần NHT thứ tự như sau: 1 lần: 34,6%, 2 lần: 30,6%, 3 lần: 24,2%, 4 lần: 34,4%, 5 lần: 21,1%, 6 lần: 20,0%, 7 lần: 33,3%, (8 lần: 100%, ở nhóm có trình độ học vấn THCS)

Đối với KH có trình độ THCN: 1 lần: 9,2%, 2 lần: 10,5%, 3 lần: 13,1%, 4 lần: 14,8%, 5 lần: 15,8%... Không có KH nào ở trình độ học vấn này NHT đến lần thứ 6,7,8.

Đối với khách hàng có trình độ THPT: 1 lần: 28,5%, 2 lần: 31,7%, 3 lần: 34,6%, 4 lần: 23,0%, 5 lần: 31,6%, 6 lần: 0,0%, 7 lần: 66,7%.

Trong khi đó đối với nhóm chỉ biết đọc, biết viết chỉ chiếm 6% trong số những KH NHT lần 1. Nhóm mù chữ chỉ chiếm 3% trong số những KH NHT lần 1 và 5% trong số KH NHT lần 2.

Như trên đã đề cập, thực tế này rất khó giải thích. Lẽ ra, học vấn cao, nhận thức và hiểu biết về CSSKSS, DS/KHHGĐ, tác hại của NHT càng thấu đáo, tỷ lệ NHT sẽ thấp. Ngược lại tỷ lệ NHT lại cao. Điều này liên quan đến tỷ lệ KH chấp nhận NHT ở các nhóm trình độ học vấn thì đúng hơn. Như vậy, trình độ học vấn càng thấp, tỷ lệ chấp nhận kết thúc mang thai ngoài ý muốn bằng NHT càng thấp, số con sống hiện có càng cao.

2. Trình độ học vấn và hiểu biết về tác hại nạo hút thai

Số liệu điều tra cho thấy: Trình độ học vấn càng cao, hiểu biết về tác hại của NHT càng tốt. Trong số những KH NHT được điều tra, tỷ lệ hiểu biết về các tác hại của NHT như sau: 44,0% biết NHT sẽ có hại cho sức khỏe, 7,3% biết sẽ bị nhiễm trùng, 7,4% biết sẽ bị chảy máu, 10,9% biết sẽ bị thủng tử cung, 21,1% biết sẽ bị vô sinh thứ phát, 3% biết sẽ bị nhiễm các bệnh LTQĐTD, 0,85% biết dễ bị lây nhiễm HIV, 1,5% biết có thể bị tử vong...

Có sự khác biệt rõ ràng về hiểu biết tác hại của NHT giữa các nhóm trình độ học vấn: Tỷ lệ biết NHT có ảnh hưởng đến sức khỏe ở nhóm CĐ/ĐH cao gấp hơn 8 lần nhóm mù chữ và nhóm tiểu học, gấp gần 11 lần so với nhóm biết đọc biết viết... Nhìn chung, trong số KH được điều tra, nhóm KH có trình độ CĐ/ĐH chiếm tỷ lệ từ 32 - 64% trở lên trong số những người hiểu biết về các tác hại của NHT.

Bảng 38. Trình độ học vấn và hiểu biết về tác hại nạo hút thai

Vấn đề hiểu biết	Mù chữ	Biết đọc biết viết	Tiểu học	THCS	THPT	THCN	CĐ/ĐH	Chung
Ảnh hưởng tới sức khỏe	6	4	59	281	456	161	471	1438
	0,4	0,3	4,1	19,5	31,7	11,2	32,8	
Nhiễm trùng			13	37	62	28	143	283
			4,6	13,1	21,9	9,9	50,5	
Chảy máu			7	32	49	41	113	242
			2,9	13,2	20,2	16,9	46,7	
Thủng tử cung	1		18	40	94	53	148	354
	0,3		5,1	11,3	26,6	15,0	41,8	
Vô sinh thứ phát	3	4	15	118	171	74	305	690
	0,4	0,6	2,2	17,1	24,8	10,7	44,2	
Lây truyền bệnh lây lan qua đường tình dục			4	12	35	12	33	96
			4,2	12,5	36,5	12,5	34,4	
Lây truyền HIV/AIDS			1	5	4	18		28
			3,6	17,9	14,3	64,3		
Có thể tử vong			3	8	10	6	22	49
			6,1	16,3	20,4	12,2	44,9	
Khác			2	8	21	17	36	84
			2,4	9,5	25,0	20,2	42,9	

3. Nghề nghiệp và hiểu biết về tác hại nạo hút thai

Những KH là cán bộ công nhân viên chức Nhà nước (CBCNV/CNN) có hiểu biết về tác hại của NHT cao hơn các nhóm nghề nghiệp khác. Tỷ lệ hiểu biết về tác hại của NHT của nhóm CBCNV/CNN chiếm từ 30 - 64% trong hiểu biết về các tác hại của NHT.

Sự chênh lệch hiểu biết về các tác hại của NHT của nhóm CBCNV CNN so với các nhóm nghề khác rất cao. Ví dụ: biết NHT sẽ dẫn đến chảy máu của nhóm CBCNV CNN cao gấp 6,3 lần nhóm nông dân (ND) và nhóm nội trợ, gấp 2,45 lần so với nhóm buôn bán dịch vụ, gấp 22,2 lần so với nhóm thủ công...

Tỷ lệ những KH. trong nhóm CBCNV CNN hiểu biết NHT dễ dẫn đến lây nhiễm HIV/AIDS rất cao, chiếm 64% trong tổng số những KH biết về điều này.

Bảng 39. Nghề nghiệp và hiểu biết về tác hại nạo hút thai

Vấn đề hiểu biết	Nông dân	Viên chức nhà nước	Buôn bán/dịch vụ	Thủ công	Nội trợ/ở nhà	Khác	Chung
Ảnh hưởng tới sức khỏe	69	528	310	94	216	221	1438
	4,8	36,7	21,6	6,5	15,0	15,4	
Nhiễm trùng	7	145	43	14	36	38	283
	2,5	51,2	15,2	4,9	12,7	13,4	
Chảy máu	18	113	46	5	18	42	242
	7,4	46,7	19,0	2,1	7,4	17,4	
Thủng tử cung	15	159	73	24	37	46	354
	4,2	44,9	20,6	6,8	10,5	13,0	
Vô sinh thứ phát	9	278	116	42	87	158	690
	1,3	40,3	16,8	6,1	12,6	22,9	
Lây truyền bệnh lây lan qua đường tình dục	3	35	27	9	10	12	96
	3,1	36,5	28,1	9,4	10,4	12,5	
Lây truyền HIV/AIDS		18	6		4		28
		64,3	21,4		14,3		
Có thể tử vong	1	15	17		9	7	49
	2,0	30,6	34,7		18,4	14,3	
Khác	3	34	16	6	4	21	84
	3,6	40,5	19,0	7,1	4,8	25,0	

4. Tình trạng hôn nhân và hiểu biết về tác hại nạo hút thai

Bảng 40. Tình trạng hôn nhân và hiểu biết về tác hại nạo hút thai

Vấn đề hiểu biết	Chưa có gia đình	Đang có chồng	Ly hôn	Không trả lời	Chung
Ảnh hưởng tới sức khỏe	254	1178	1	3	1436
	17,7	82,0	0,1	0,2	
Nhiễm trùng	42	239			281
	14,9	85,1			
Chảy máu	38	202			240
	15,8	84,2			
Thủng tử cung	42	311		1	354
	11,9	87,9		0,3	
Vô sinh thứ phát	199	485		4	688
	28,9	70,5		0,6	
Mắc bệnh lây truyền qua đường tình dục	18	78			96
	18,8	81,3			
Lây truyền HIV/AIDS	9	19			28
	32,1	67,9			
Có thể tử vong	6	43			49
	12,2	87,8			
Khác	13	71			84
	15,5	84,5			

Theo suy nghĩ của nhiều người, hiểu biết về tình dục, tránh thai, sử dụng các BPTT, NHT... và trao đổi về những vấn đề này, ở những người đã có vợ có chồng bao giờ cũng cao hơn và mạnh dạn hơn so với những người chưa lập gia đình, thanh niên, VTN. Thực tế theo kết quả điều tra này hoàn toàn khác. Như bảng trên có thể thấy: Nếu tỷ lệ những KH chưa có gia đình chiếm 18 - 20% tổng số các ca NHT được điều tra, thì gần như 100% trong số họ đều hiểu biết về các tác hại của NHT.

Tỷ lệ hiểu biết về các tác hại của NHT giữa KH đang không có chồng và KH đang có chồng, cụ thể như sau: ảnh hưởng đến sức khỏe: 17,7%/82%, nhiễm trùng: 14,9%/85,1%, thủng tử cung: 11,9%/87,9%, vô sinh thứ phát: 28,9%/70,5%, lây nhiễm các BLTQĐTD: 18,8%/81,3%, lây nhiễm HIV/AIDS: 32,1%/67,9%, Tử vong: 12,2%/87,8%...

Hiểu biết và thái độ trao đổi thẳng thắn của thanh niên, VTN về NHT như kết quả điều tra trên đây là một dấu hiệu đáng mừng trong chiến lược CSSKSS cho VTN hiện nay.

5. Quan điểm nạo hút thai là một biện pháp tránh thai

Bảng 41. Quan điểm nạo hút thai là một biện pháp tránh thai

	Hà Nội	Hoà Bình	Nam Định	TP HCM	Chung
Có	201	48	108	227	584
	25,2	24,6	40,6	47,1	33,5
Không	598	147	158	255	1158
	74,8	75,4	59,4	52,9	66,5
Tổng	799	195	266	482	1742

Theo kết quả điều tra trên đây: có 66,5% KH hiểu đúng: NHT không phải là một BPTT, có 33,5% KH cho rằng NHT là một BPTT. Trong số KH hiểu đúng NHT không phải là một BPTT, tỷ lệ tại các điểm nghiên cứu như sau: Hà Nội: 74,8%, TP HCM: 52,9%, Nam Định: 59,4%, Hoà Bình: 75,4%. Nhận thức đúng đắn về vấn đề này chắc chắn sẽ là một trong những yếu tố làm giảm tỷ lệ NHT của phụ nữ trong độ tuổi sinh đẻ hiện nay.

VI. NGUYÊN NHÂN VÀ YẾU TỐ DẪN ĐẾN QUYẾT ĐỊNH NẠO HÚT THAI LẦN NÀY

1. Lý do quyết định chấm dứt thai nghén lần được điều tra này.

Bảng 42. Lý do quyết định chấm dứt thai nghén

	Hà Nội	Hoà Bình	Nam Định	TP HCM	Chung
Gia đình khó khăn	2,8	2,5	4,4	13,7	6,0
Sức khoẻ không tốt	4,2	3,4	5,1	3,6	4,1
Bận học/công tác	6,3	7,9	7,3	3,6	5,9
Thai không bình thường	7,7	8,4	4,4	3,8	6,2
Chưa muốn xây dựng gia đình	19,3	18,7	13,9	13,7	16,9
Không muốn có thêm con	32,2	34,0	39,4	36,3	34,6
Con còn nhỏ	21,5	20,7	18,2	15,7	19,3
Lý do khác	5,7	3,4	7,3	7,8	6,3
Không trả lời	0,4	1,0	0,0	1,8	0,7
Tổng	46,0	11,2	15,2	27,6	100

Trong số những KH quyết định NHT trong lần được điều tra này, có 6,0% vì gia đình khó khăn, 4,1% vì sức khoẻ không tốt, 5,9 vì bận công tác, 6,2% vì thai không bình thường, 16,9% vì chưa muốn xây dựng gia đình, 34,6% vì không muốn có thêm con, 19,3% vì con còn nhỏ, 6,3% vì các lý do khác và gần 1% KH không trả lời.

Những lý do dẫn đến quyết định NHT chiếm tỷ lệ cao nhất: không muốn có thêm con: 34,6%; con còn nhỏ: 19,3%; chưa muốn xây dựng gia đình: 16,9%. Thực trạng này cơ bản trùng hợp với kết quả các nghiên cứu trước (Điều tra giữa kỳ 1994, Điều tra Nhân khẩu học và sức khoẻ 1997 và điều tra Giai đoạn I tại Cao Bằng - Ninh Bình).

Những KH quyết định NHT vì lý do chưa muốn xây dựng gia đình chiếm 16,9%. Tỷ lệ này chứng tỏ tỷ lệ KH chưa có chồng, còn đang trong độ tuổi VTN và thanh niên chiếm tỷ lệ tương đối cao. Đây là một vấn đề cần được đặc biệt chú ý trong chiến lược SKSS, chiến lược CSSK VTN.

2. Lý do thất bại trong sử dụng các biện pháp tránh thai.

Trong số những KH không muốn có thêm con, đã áp dụng các BPTT nhưng thất bại, với các lý do: Sử dụng không liên tục: 53.3%, sử dụng sai quy cách: 23.8%, 5,0% không nhớ và không hiểu tại sao, 18% không trả lời.

Bảng 43. Lý do dùng các biện pháp tránh thai nhưng vẫn thất bại

	Hà Nội	Hoà Bình	Nam Định	TP HCM	Chung
Sử dụng sai	25,3	29,1	6,7	30,1	23,8
Sử dụng không liên tục	49,8	47,3	46,7	65,0	53,3
Không nhớ	6,0	9,1	6,7	0,7	5,0
Tổng số	43,0	10,9	17,8	28,3	100,0

Tỷ lệ KH tại TP HCM thất bại trong việc áp dụng các BPTT do sử dụng sai quy cách (30,1%) hoặc sử dụng không liên tục (65,0%) cao hơn các địa điểm điều tra khác.

Trong số các nguyên nhân dẫn đến thất bại trong việc áp dụng các BPTT, sử dụng không liên tục, sử dụng sai quy cách chiếm tỷ lệ cao nhất. Thực tế đây cũng là hai nguyên nhân chính dẫn đến việc có thai ngoài ý muốn của hầu hết KH. Như vậy công tác thông tin – giáo dục – truyền thông về áp dụng các BPTT, cần phải có những nghiên cứu, triển khai bổ sung, điều chỉnh thật kịp thời.

"H: Tỷ lệ nạo hút thai do thất bại của biện pháp tránh thai theo chị có nhiều không?"

Đ: Thất bại của biện pháp tránh thai cũng nhiều nhưng không nhiều bằng nguyên nhân là người ta không hiểu biết đầy đủ về biện pháp tránh thai đấy. Thực ra là họ cũng biết nhưng không nắm được thông tin rõ ràng nên hiểu biết của họ không đầy đủ. Họ cũng muốn áp dụng các biện pháp tránh thai, muốn đặt vòng nhưng thường những người ở phố hiểu biết hơn, nên tỷ lệ tránh thai cũng cao hơn. Ở nông thôn người ta chỉ nghe nói thì đã sợ như là có người đặt vòng bị rong kinh, ra máu nhiều hoặc có gì đấy nên người ta sợ không muốn đặt. Hoặc là khi uống thuốc người ta sợ thuốc thế nọ thế kia cũng không dám uống. Do là hiểu biết của người ta kém"
(BS KHHGD, viện C)

VII. CHẤT LƯỢNG NẠO HÚT THAI

1. Trình độ chuyên môn CBYT thực hiện nạo hút thai

Có đến 93.3% các trường hợp NHT quan sát là do các bác sỹ chuyên khoa thực hiện, còn 6.7% là do các y sỹ sản nhi thực hiện. Tại các bệnh viện và TTBVBMTE/KHHGD Hà Nội và TP Hồ Chí Minh tất cả khách hàng đều được bác sỹ thực hiện. Các cơ sở ở Hoà Bình, Nam Định còn Y sỹ thực hiện. Nói chung có thể yên tâm về trình độ chuyên môn của cán bộ y tế. Tuy nhiên vấn đề ở chỗ phải thường xuyên tổ chức tập huấn đào tạo lại cho số cán bộ này. Qua khảo sát có cơ sở trong hai năm qua vẫn có CBYT ở khoa KHHGD không được tham dự một khoá tập huấn nào.

2. Vấn đề thực hiện qui trình kỹ thuật nạo hút thai

Bảng 44. Kiểm quy trình nạo hút thai

Nội dung	Đầy đủ	Đạt	Không đạt
Chào hỏi	80,0	6,7	13,3
Hỏi tiền sử của KH	46,7	36,7	16,7
Tình trạng hôn nhân	80,0	6,7	13,3
Hỏi biện pháp KHHGD	16,7	63,3	20,0
Kinh nguyệt	76,7	20,0	3,3
Hỏi sinh hoạt tình dục	3,3	3,3	93,3
Khám xác định có thai	16,7	3,3	80,0
Khám xác định thai nguy cơ	83,3	6,7	10,0
Thăm khám tiểu khung	56,7	3,3	40,0
Ra quyết định	43,3	10,0	46,7
Tiến hành thủ thuật	50,0		50,0
Sau thủ thuật	46,7		53,3
Kết luận	13,3	40,0	46,7

Phần chào hỏi khai thác khía cạnh thấy thuốc có thái độ thân thiện khi KH đến NHT hay không. Kết quả làm tốt là 80%, đạt là 6,7%, và chưa đạt là 13,3%. Nhìn chung các địa điểm đều tiếp xúc thân thiện với KH, duy chỉ ở Hà Nội tỷ lệ làm tốt và đạt là 50%. Có thể do tình trạng quá tải ở 2 địa điểm nghiên cứu Hà Nội nên các thầy thuốc ít quan tâm đến lĩnh vực tâm lý này.

Bước đầu tiên của quy trình NHT là khai thác tiền sử bệnh tật, tiền sử sản phụ khoa của KH. Ở phần này chúng tôi thu thập thông tin CBYT có khai thác tiền sử bệnh tật, tiền sử sản phụ khoa, những lần nạo hút thai trước đây, bệnh viêm nhiễm phụ khoa, bệnh lây truyền qua đường tình dục hay không. Chúng tôi đánh giá là đầy đủ nếu CBYT khai thác tất cả các yếu tố trên, đạt nếu CBYT khai thác tiền sử bệnh tật, tiền sử sản phụ khoa, và các lần nạo hút thai, nhóm còn lại là không đạt. Kết quả thu được là: 46,7%, 36,7%, 16,7% tương ứng đầy đủ, đạt, không đạt. Đáng lưu ý là ở Hoà Bình, Nam Định tỷ lệ không đạt tương ứng là 100%, 60%. Do tỷ lệ không đạt ở hai khu vực này quá thấp đã làm giảm tỷ lệ đạt chung ở cả 4 khu vực nghiên cứu. Tỷ lệ đạt yêu cầu trở lên ở hai thành phố Hà Nội và Hồ Chí Minh là tốt (87,5%, 100%).

Phần khai thác tình trạng hôn nhân của KH chúng tôi thu thập các thông tin sau: tuổi, tình trạng hôn nhân, số con hiện sống. Chúng tôi đánh giá đầy đủ/đạt/không đạt tương ứng với hỏi đầy đủ cả 3 thông tin/có hỏi 2 thông tin sau/nhóm còn lại. Kết quả thu được tỷ lệ đầy đủ: 80%, đạt: 6,7%, không đạt chiếm 13,3%. Duy nhất ở Hoà Bình tỷ lệ không đạt chiếm tới 100%.

Về phần các biện pháp kế hoạch hoá gia đình, chúng tôi đánh giá CBYT khai thác KH sử dụng các biện pháp tránh thai như sau: đầy đủ nếu có hỏi về biện pháp KHHGĐ đã dùng, thảo luận với chồng/bạn tình về KHHGĐ, đạt nếu có hỏi thông tin về BPTT đã dùng và không đạt là nhóm còn lại. Tỷ lệ khai thác đầy đủ cả hai câu hỏi trên chỉ chiếm 16,7%, đạt: 63,3%, không đạt: 20%. Rõ ràng là KH sử dụng BPTT như thế nào chưa được quan tâm ở các địa điểm nghiên cứu. Ở hai địa điểm tại Hoà Bình và Nam Định CBYT hầu như không thu thập thông tin này. Tỷ lệ không đạt tương ứng là 100% và 40%.

Phần hỏi về kinh nguyệt chúng tôi cho là đầy đủ nếu CBYT khai thác chu kỳ kinh nguyệt và ngày kinh cuối cùng của KH, đạt nếu thiếu một trong hai/và không đạt nếu thiếu cả hai. Nhìn chung các cơ sở đều có khai thác thông tin nhưng không một cơ sở nào khai thác đầy đủ cả hai thông tin nêu trên. Tỷ lệ đầy đủ, đạt, không đạt tương ứng là 76,7%, 20%, 3,3%.

Một phần nữa chúng tôi quan tâm đến là CBYT hỏi về sinh hoạt tình dục trước khi NHT cho khách như thế nào. Các khía cạnh nghiên cứu khác cần quan tâm là: lần giao hợp gần đây, KH có một hay nhiều bạn tình, KH có lo lắng vì có thai hay không. Chúng tôi cho là đầy đủ nếu khai thác đủ cả 3 điều trên, đạt nếu có hỏi về 2 điều đầu tiên, và không đạt là nhóm còn lại. Kết quả khai thác đầy đủ chiếm 3,3%, đạt: 3,3%, không đạt chiếm tỷ lệ 93,4%, Hoà Bình và Nam Định không đạt chiếm tỷ lệ 100%. Phải chăng đây chính là phần “tế nhị” mà cả KH lẫn thầy thuốc đều ngại khi nói đến.

Nhìn chung ở phần hỏi khai thác các thông tin từ KH, các cơ sở nghiên cứu tiến hành đều chưa thực hiện đầy đủ, kể cả những thông tin rất cần thiết như tiền sử nạo hút thai, số con còn sống... CBYT coi NHT là phần quyết định của KH và không muốn tìm hiểu để khuyên và giúp KH lựa chọn những giải pháp tốt nhất.

Khám, xác định có thai hay không đưa ra các quyết định phù hợp của CBYT cũng đóng một vai trò quan trọng. Đánh giá *xác định có thai* là đầy đủ nếu CBYT thực hiện đủ 6 bước (xem phụ lục phần 3: xác định có thai), đạt nếu có 4 điểm sau: (1) hỏi về dấu hiệu chậm kinh, (2) các biểu hiện khi có thai, (3) khám thực thể (4) siêu âm hoặc dùng test thử thai nhanh để chẩn đoán, không đạt nếu thiếu một trong 4 điểm trên. Tỷ lệ khám đầy đủ là 16,7%, đạt 3,3%, không đạt: 80%. Hai cơ sở Hoà Bình và Nam Định tỷ lệ không đạt chiếm 100%.

Rất nhiều báo cáo đã đề cập đến vấn đề hút thai khi không có thai còn gọi là hút gió. Việc thăm khám không đầy đủ, không sử dụng các phương pháp chẩn đoán sớm là yếu tố dẫn đến tỷ lệ hút thai gió cao ở Việt Nam.

Xác định thai có nguy cơ chúng tôi đánh giá là đầy đủ nếu thầy thuốc có (1) xác định tuổi thai, (2) hỏi KH về tiền sử NHT, (3) hỏi đây là lần NHT thứ mấy; đạt nếu có (1) và (2) hoặc (3); không đạt là nhóm còn lại.

Khai thác *thai có nguy cơ* giúp cho KH tránh khỏi các rủi ro tức thời do nạo thai to, nạo thai nhiều lần được làm tốt ở các điểm nghiên cứu. Tỷ lệ đầy đủ là 83,3%, đạt 6,7%, không đạt 10%. Như vậy tỷ lệ thăm khám đầy đủ và đạt chiếm tới 90%, cơ sở thấp nhất là Hoà Bình, tỷ lệ không đạt chiếm 40%.

Phân thăm khám tiểu khung: tỷ lệ thăm khám đầy đủ là 56,7%, đạt: 3,3%, không đạt chiếm 40%. Kết quả thu được rất khác nhau ở các khu vực nghiên cứu. Hai cơ sở ở Hoà Bình và Nam Định tỷ lệ không đạt là 100%. Tỷ lệ đầy đủ và đạt của TP HCM là 87,5 và 6,3%. Đáng lưu ý là hai bệnh viện đầu ngành ở Hà Nội tỷ lệ đạt chiếm 37,5% và không đạt chiếm tới 62,5%.

Sau khi thăm khám, xác định chắc chắn có thai, thầy thuốc sẽ có những quyết định phù hợp. Chúng tôi đánh giá là đầy đủ nếu thực hiện đủ 9 bước (xem phụ lục: Bảng kiểm quy trình nạo hút thai, phần 5), đạt nếu CBYT có (1) hỏi KH muốn xử trí như thế nào, (2) đề nghị KH dùng một biện pháp để chấm dứt thai nghén, (3) thảo luận với KH về ưu nhược điểm của phương pháp, không đạt nếu thiếu một trong 3 tiêu chuẩn trên.

Gần 50% số bảng kiểm thu về cho kết quả không đạt. Tỷ lệ đầy đủ là 43,3%, đạt: 10%, không đạt là 46,7%. Hai địa điểm nghiên cứu ở Hoà Bình và Nam Định tỷ lệ không đạt 100%, Tỷ lệ không đạt ở Hà Nội và HCM là 50%, 25%.

Cũng giống như ở phần khai thác tiền sử của KH, dường như các thầy thuốc còn xem nhẹ phần trao đổi thông tin với KH, bàn bạc cùng KH đi đến một quyết định phù hợp nhất cho KH. Kết quả này cho thấy phần nào quyền của KH chưa được cung cấp đầy đủ, và CBYT áp đặt những quyết định của mình cho KH.

Phần quan trọng nhất của bảng kiểm là kỹ năng khi tiến hành thủ thuật. Số liệu cho thấy việc **tiến hành thủ thuật nạo hút thai có đến 50% không đạt yêu cầu, lý do chính mà thủ thuật không đạt yêu cầu là khâu vô trùng**. Các quan sát trực tiếp cho thấy nhiều CBYT khi tiến hành thủ thuật đã không thay găng khi kết thúc thủ thuật cho các khách hàng. Hay như trong khi tiến hành thủ thuật thì CBYT đi ra ngoài phòng KHHGD để làm các công việc khác mà vẫn mang găng thủ thuật. Ngoài ra có khá nhiều thầy thuốc đã không rửa tay trước khi sát trùng đi găng. Các giai đoạn khác

của đi thủ thuật đôi khi cũng không được thực hiện đó là đo huyết áp, mạch cho khách hàng. Thủ thuật đặt mỏ vịt hay đo buồng tử cung hoặc nong cổ tử cung đã không được tiến hành một cách nhẹ nhàng. Tỷ lệ các trường hợp không đạt yêu cầu ở giai đoạn này là ở các tỉnh nam Định và Hoà Bình, đôi khi cũng thấy những thiếu sót không đáng có ở các bệnh viện Hà Nội và TP Hồ Chí Minh khi đông khách hàng đến một lúc.

Đánh giá sau thủ thuật nạo hút thai có tới 53.3% không đạt yêu cầu. Đa số các lý do không đạt yêu cầu đó là công việc theo dõi khách hàng về huyết áp, mạch và chủ yếu là do áp lực của thời gian mà công tác tư vấn còn yếu hoặc là qua loa. Hoặc là khách hàng không có cơ hội để hỏi ý kiến của CBYT. Chúng tôi xin bình luận về vấn đề này ở phần sau.

3. Sử dụng test thai sớm trước khi tiến hành thủ thuật NHT

Theo kết quả điều tra của các nghiên cứu trước, do không thực hiện triệt để việc sử dụng test thai sớm trước khi tiến hành thủ thuật NHT, tình trạng hút thai sớm khi chưa có thai chiếm tỷ lệ tương đối cao (>20%). Chính vì thế đây là một trong những nội dung điều tra quan trọng trong nghiên cứu này. Sử dụng test là một trong những bước quan trọng trong quy trình kỹ thuật NHT. Thực hiện tốt khâu kỹ thuật này sẽ hạn chế những tổn hại không cần thiết cho KH cũng như cơ sở y tế.

Kết quả điều tra cho thấy: trong tổng số các ca NHT, có 88,7% được thực hiện test đúng quy trình kỹ thuật, 11,3% không được test trước khi tiến hành thủ thuật. Điều này lại xảy ra ngay tại các cơ sở y tế lớn như ở Hà Nội (12,6%) và TP HCM (8,6%), Hoà Bình (11,9%) không thực hiện test. Đây là cảnh báo về công tác tập huấn, đào tạo lại hàng năm cho nhân viên y tế trực tiếp thực hiện dịch vụ NHT, tại các cơ sở y tế.

Bảng 45. Tình hình thử test trước khi nạo hút thai

	Hà nội	Hoà Bình	Nam Định	TP HCM	Tổng số
Có	87,4	88,1	88,3	91,4	88,7
Không	12,6	11,9	11,7	8,6	11,3
Tổng số	100	100	100	100	100

4. Tư vấn trong nạo hút thai

Bảng 46. CBYT tư vấn tác hại của nạo hút thai

	Hà nội	Hoà Bình	Nam Định	TP HCM	Chung
Có	72,6	68,2	60,7	49,7	64,0
Không	27,4	31,8	39,3	50,3	36,0
Tổng số	100	100	100	100	100

Theo kết quả trên, chỉ có 64,0% KH được CBYT tư vấn về tác hại của NHT, trước khi tiến hành thủ thuật, 36,0% KH không được tư vấn. Đây là con số đáng lo

ngại, bởi chính điều này có tác dụng rất tốt cho khách hàng về việc áp dụng các BPTT sau này tránh để xảy ra các trường hợp tai biến không mong muốn.

Tỷ lệ KH không được CBYT tư vấn về tác hại của NHT trước khi tiến hành thủ thuật cao nhất là TP Hồ Chí Minh, lý do chúng tôi cho rằng do áp lực về thời gian, số lượng khách hàng đến phòng thủ thuật đông nên CBYT không có đủ thời gian để tiến hành. Một lý do khác mà các CBYT đưa ra là ở TP Hồ Chí Minh do học vấn của khách hàng thấp nên CBYT ngại tư vấn về vấn đề này.

Bảng 47. CBYT tư vấn tai biến của nạo hút thai

	Hà nội	Hoà Bình	Nam Định	TP HCM	Chung
Có	70,8	69,7	55,6	46,8	61,7
Không	29,2	30,3	44,4	53,2	38,3
Tổng số	100	100	100	100	100

Kết quả chung cho thấy: có 61,7% KH được CBYT giải thích về các tai biến do NHT gây ra. Theo chúng tôi CBYT đã ngại nói về tai biến vì nghĩ rằng nói rõ về các tai biến sẽ gây ra cho khách hàng sự lo lắng. Tỷ lệ này cao nhất là TP Hồ Chí Minh (53.2%) và nam Định (44.4%)

Bảng 48. Cấp/mua kháng sinh

	Hà nội	Hoà Bình	Nam Định	TP. HCM	Chung
Cấp kháng sinh	66,8	54,7	51,5	35,3	54,4
Mua thuốc kháng sinh	33,2	45,3	48,5	64,5	45,5
Không kê đơn				0,2	0,1
Tổng số	100	100	100	100	100

Kết quả cho thấy có 54.4% KH được cấp kháng sinh sau khi NHT, 45,5% KH được mua kháng sinh sau khi NHT, 0,1% KH không được cấp và cũng không được kê đơn mua kháng sinh sau khi NHT. Đây là một thực tế đáng khả quan đối với công tác chăm sóc sau NHT, cũng như chất lượng dịch vụ NHT.

Bảng 49. Thời gian hẹn khám lại

	Hà nội	Hoà Bình	Nam Định	TP. HCM	Chung
Sau một tuần	3,1	2,0	8,5	88,5	27,2
Sau 10 ngày	4,3	1,5	10,8	1,9	4,3
Hai tuần sau	84,6	95,5	54,6	4,6	59,5
Có dấu hiệu bất thường	6,2	0,5	25,4	0,4	6,8
Khác	1,8	0,5	0,8	4,6	2,3

Số liệu cho thấy có 27,2% KH được hẹn khám lại sau khi NHT 1 tuần, 4,3% KH được hẹn khám lại sau 10 ngày, 59,5% KH được hẹn khám lại sau 2 tuần, 6,8% được hẹn khám lại khi có dấu hiệu bất thường...Số liệu cho thấy vấn đề hẹn khám lại đã được các CBYT rất chú ý

Bảng 50. CBYT hướng dẫn cách xử trí bất thường

	Hà Nội	Hoà Bình	Nam Định	TP HCM	Chung
Có	90,4	95,5	85,1	59,8	81,8
Không	9,6	4,5	14,9	40,2	18,2
Tổng số	100	100	100	100	100

Tỷ lệ KH được CBYT hướng dẫn cách xử trí với những dấu hiệu bất thường sau khi NHT chiếm tới 81,8%, có 18,2% không được hướng dẫn về vấn đề quan trọng này.

Tỷ lệ KH không được CBYT hướng dẫn cách xử trí với những dấu hiệu bất thường sau khi NHT cao nhất ở TP.HCM 40,2%, Nam Định 14,9%, Hà Nội 9,6% và thấp nhất là Hoà Bình: 4,5%.

Bảng 51. CBYT hướng dẫn cách xử trí tai biến

	Hà Nội	Hoà Bình	Nam Định	TP. HCM	Chung
Đến ngay CSYT để khám	98,7	99,5	93,9	98,9	98,1
Mời CBYT đến nhà khám	1,3	0,5	0,0	0,7	0,9
Khác			6,1	0,4	1,0
Tổng	100	100	100	100	100

Kết quả điều tra về công tác hướng dẫn cách xử trí khi có tai biến sau NHT cho KH của CBYT, rất khả quan: có đến 98,1% KH được tư vấn và dặn: đến ngay cơ sở y tế để khám khi có dấu hiệu bất thường; 0,9% được dặn: mời CBYT đến nhà khám ngay.

Gần như hầu hết các cơ sở được điều tra đều hướng dẫn KH: đến ngay các cơ sở y tế khám khi có các tai biến sau NHT.

5. Giá cả dịch vụ và sự hài lòng của khách hàng

Kết quả cho thấy có tới 99,8% KH phải trả tiền cho cơ sở cung cấp dịch vụ, chỉ có 0,22% KH cho biết không phải thanh toán tiền dịch vụ. Vì điều tra này tiến hành tại các bệnh viện, nên việc thu phí là đúng qui định của ngành.

Bảng 52. Số tiền phải trả

	Hà Nội	Hoà Bình	Nam Định	TP HCM	Chung
Dưới 50 000	45,2	36,5	30,4	31,3	38,1
Từ 50 – 100000	50,4	62,5	67,4	52,8	55,0
Từ 101 – 200000	1,8	0,5		14,5	4,9
Từ 201 – 300000			0,74	0,2	0,2
Trên 300000	2,5	0,5	1,5	1,2	1,8
Tổng số	100	100	100	100	100

Tuy nhiên số tiền rất khác nhau. Với mức thấp nhất và khách hàng dễ chấp nhận là dưới 50 000 đ, thì Hà Nội chiếm tỷ lệ cao nhất. Còn lại đa số khách hàng phải trả một khoản tiền dao động từ 50 -100 000đ. Mức chi trả cao trên 300 000đ cho một trường hợp gặp ở các cơ sở Hà Nội.

Về sự hài lòng của khách hàng.

Đa số các trường hợp đều hài lòng với kết quả (94,9%). Kết quả trên cho thấy chất lượng dịch vụ của các cơ sở cung cấp dịch vụ NHT, cũng như tinh thần phục vụ của các CBYT đã được nâng lên rõ rệt. Đây là dấu hiệu đáng mừng trong công tác DS/KHHGD, CSSKSS... Tỷ lệ không hài lòng cao nhất thuộc về các cơ sở của Hà Nội, sau đó là Nam Định.

Bảng 53. Hài lòng với lần hút thai này

	Hà Nội	Hoà Bình	Nam Định	TP. HCM	Chung
Hài lòng	93,1	100,0	96,4	95,1	94,9
Không hài lòng	5,5	0,0	3,6	2,6	3,8
Không trả lời	1,5	0,0	0,0	2,2	1,3
Tổng số	100	100	100	100	100

Về lý do không hài lòng: Có tới 52,1% KH không hài lòng do phải chờ đợi quá lâu, 28,8% không hài lòng do thái độ của các CBYT chưa thật tốt, 2,7% không hài lòng do giá dịch vụ còn quá cao đối với họ, 16,4% KH không hài lòng vì các lý do khác.

Bảng 54. Lý do không hài lòng

	Hà Nội	Nam Định	TP HCM	Chung
Phải đợi lâu	65,3	33,3	16,7	52,1
Thái độ thấy thuốc không vui vẻ	26,5		66,7	28,8
Giá dịch vụ cao			16,7	2,7
Khác	8,2	66,7	0,0	16,4
Tổng số	100	100	100	100

Kết quả trên cho thấy khả năng đáp ứng về số lượng ca dịch vụ trong một ngày của các cơ sở y tế còn phải được cải thiện hơn nữa. Thái độ phục vụ của các CBYT cũng là vấn đề đáng quan tâm trong các đợt tập huấn, đào tạo lại CBYT trực tiếp làm dịch vụ NHT.

Số khách hàng không hài lòng vì phải chờ đợi lâu và thái độ phục vụ của các thầy thuốc chưa tốt, tập trung chủ yếu ở các cơ sở tại Hà Nội và TP HCM. Một lý do để giải thích là tại các cơ sở này số KH thường quá tải hơn tuyến tỉnh nên KH phải chờ đợi

E. KẾT LUẬN VÀ KIẾN NGHỊ

I. KẾT LUẬN.

Qua kết quả nghiên cứu tại 6 điểm ở 4 tỉnh và thành phố: Hà Nội, thành phố Hồ Chí Minh, Hoà Bình và Nam Định với 1800 khách hàng.

1. Thực trạng NHT về phía khách hàng

- Số lần nạo hút thai trung bình mỗi KH là 2,8 lần.
- Tuổi khách hàng tập trung ở 21-40 chiếm 88.6%
- Trình độ học vấn 32.1% có trình độ CD/ĐH, 39.9% trình độ PTTH
- Tình trạng hôn nhân: 80.6% đang có chồng 19,0% đang không có chồng
- Nghề nghiệp/việc làm: viên chức 33,8%, buôn bán dịch vụ 21,1%, nội trợ: 15,8%, nông dân 5,0%
- Giá dịch vụ nạo hút thai: dao động từ 50 000 - 200 000 đ tùy thuộc từng cơ sở, nhưng nhìn chung khách hàng chấp nhận.
- 1/3 số khách hàng NHT chưa sinh lần nào
- 1/3 số khách hàng cho NHT là một biện pháp KHHGD
- Sự hài lòng của khách hàng: 94% khách hàng hài lòng, 3.8% không hài lòng, trong đó chủ yếu do phải đợi lâu và thái độ của người phục vụ.

2. Vấn đề sử dụng BPTT của khách hàng

- Thất bại trong sử dụng BPTT : 50% do không áp dụng liên tục
- 30% khách hàng sử dụng sai BPTT
- 62,9% số khách hàng nhận dịch vụ KHHGD từ các hiệu thuốc

3. Lý do quyết định NHT

- Không muốn có thêm con: 34,6%;
- Con còn nhỏ: 19,3%;
- Chưa muốn xây dựng gia đình: 16,9%.

4. Chất lượng nạo hút thai tại các cơ sở y tế

- Cơ sở y tế tại 6 điểm nghiên cứu về cơ bản đủ điều kiện thực hiện kỹ thuật nạo hút thai. Cơ sở vật chất, trang thiết bị có đủ.
- Kỹ năng của người cung cấp dịch vụ còn chưa được tốt theo chuẩn quốc gia
- 46,7% trường hợp nạo hút thai chưa đạt yêu cầu (theo chuẩn quốc gia).
- 11,3% số ca nạo hút thai không được thử test trước khi nạo hút.
- 50% các ca nạo hút không đảm bảo vô khuẩn trong quá trình thực hiện thủ thuật.
- 57,3% số khách hàng không được theo dõi chăm sóc đầy đủ sau nạo hút. 36,7% cán bộ y tế không khai thác tiền sử sản khoa khách hàng.
- Tai biến sau nạo hút thai gặp ở 10%, trong đó rong kinh, rong huyết 4,3%, nhiễm khuẩn 2,2%, chậm thấy kinh lại 0,7%, đau bụng 0,6%, biến chứng khác 1,3%.

II. KIẾN NGHỊ

1. Nâng cao chất lượng giáo dục truyền thông về vấn đề KHHGĐ. Nhấn mạnh đến một số điểm như : tác hại của NHT, khẳng định NHT không phải là một biện pháp KHHGĐ. Thông tin về nơi có thể cung cấp các dịch vụ KHHGĐ, nhất là các đối tượng VTN, phụ nữ chưa sinh con lần nào và phụ nữ đang cho con bú.
2. Nâng cao chất lượng dịch vụ tại các cơ sở y tế Nhà nước, đảm bảo nạo hút thai an toàn bằng: đào tạo nâng cao kỹ năng cho cán bộ thực hiện thủ thuật theo đúng chuẩn quốc gia về SKSS; cung cấp trang thiết bị, cải tạo cơ sở vật chất đảm bảo điều kiện an toàn (nhất là nước sạch và vô trùng). Thực hiện đúng chuẩn Quốc gia về nạo phá thai an toàn.
3. Tại các cơ sở y tế tư nhân cần tăng cường công tác kiểm tra giám sát, hỗ trợ đào tạo và cung cấp các trang thiết bị tốt thiếu cho khu vực này nhằm đa dạng hoá dịch vụ NHT cho khách hàng và là cơ sở nâng cao chất lượng dịch vụ ở khu vực Nhà nước.
4. Nâng cao chất lượng tư vấn trong NHT, bằng cách đào tạo thêm về kỹ năng tư vấn cho CBYT. Tạo điều kiện về thời gian để CBYT có thể tư vấn tốt cho khách hàng cả trước và sau khi tiến hành thủ thuật. Trong đó một nội dung quan trọng là cách sử dụng đúng các BPTT sau NHT.
5. Cần tiến hành các nghiên cứu sâu hơn về các vấn đề : 1) Tại sao NHT vẫn không giảm và có xu hướng tăng tại cộng đồng ? 2) Nghiên cứu về tình hình NHT tại các cơ sở ngoài công lập ? 3) Tại sao NHT tập trung nhiều vào các đối tượng có học vấn cao và viên chức nhà nước?

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bongaarts, John & Westoff, Charles, 2000. *Tác động của các biện pháp thai quan hệ với việc giảm tỷ lệ NHT*. Nghiên cứu kế hoạch hoá gia đình. 31(3):193-202.
2. Bongaarts, John. 1994. *Sự lựa chọn chính sách dân số ở các nước đang phát triển*. Khoa học 263:771-776
3. Bongaarts, John, 1997. *Khuynh hướng mang thai ngoài ý muốn ở các nước đang phát triển*. Nghiên cứu kế hoạch hoá gia đình. 28(4): 267-277.
4. Điều tra nhân khẩu học và sức khoẻ 1997. *Nạo thai: Tình hình, các yếu tố tác động và giải pháp*. Ủy ban dân số kế hoạch hoá gia đình, Dự án dân số sức khoẻ gia đình. Hà Nội 2000
5. Goodkind, Daniel, 1994. *Nạo thai ở Việt Nam: Cách tính, mối quan tâm*. Nghiên cứu kế hoạch hoá gia đình. 25(1): 342-352.
6. Đỗ Trọng Hiếu. Stoeckel, John, 1993. *NHT và thất bại của các biện pháp tránh thai ở Việt Nam*. Asia - Pacific Population Journal. 8(4): 3-18. United Nations.
7. Henshaw Stanley K. và Morrow Evelyn, 1990. *Khảo cứu tình hình NHT tự nguyện ở thế giới*. Viện nghiên cứu Alan Guttmacher. New York.
8. Jones, Gavin. 1984. *Chính sách dân số ở Việt Nam, Trong: chuyển đổi nhân khẩu học tại châu á*. Nhà xuất bản Mauen Asia.
9. Liên hiệp quốc, 1995. *Chính sách nạo hút thai trên toàn cầu*. Quyển III, Ban nghiên cứu về chính sách và thông tin kinh tế xã hội. New York
10. Nguyễn Quốc Anh, Hoàng Kim Dung, 2000. *Nạo hút thai: hiện trạng và giải pháp*. Báo cáo chuyên đề DHS 1997. Dự án dân số và sức khoẻ gia đình, Ủy ban Quốc gia DS-KHHGD. Nhà xuất bản thống kê
11. Phan Thị Thục Anh, Trương Việt Dũng, 1996. *Nạo hút thai và mang thai ngoài ý muốn*. Báo cáo phân tích số liệu điều tra Nhân khẩu học giữa kỳ. Nhà xuất bản Tổng cục thống kê
12. Nguyễn Quốc Anh, Hoàng Kim Dung, 2000. *NHT: hiện trạng và giải pháp*. Báo cáo chuyên đề DHS 1997. Dự án dân số và sức khoẻ gia đình, Ủy Ban Quốc gia DS-KHHGD. : Nhà xuất bản thống kê.
13. Phan Thị Thục Anh và Trương Việt Dũng, 1996. *NHT và mang thai ngoài ý muốn*. Báo cáo phân tích số liệu Điều tra Nhân khẩu học giữa kỳ. Nhà xuất bản Tổng cục thống kê.
14. Bộ y tế, 1996. *Định hướng chiến lược công tác chăm sóc và bảo vệ sức khoẻ nhân dân từ nay đến năm 2000 và 2020*
15. Bộ y tế, 1997. *Báo cáo tổng kết công tác y tế năm 1997 và kế hoạch công tác năm 1998*. Tài liệu sử dụng trong bộ y tế, tháng 12 năm 1997
16. Bộ y tế, 1998a. *Niên giám thống kê y tế*. Phòng thống kê tin học - Vụ kế hoạch. Bộ y tế, 1998
17. Bộ y tế, 1998b. *Tóm tắt số liệu thống kê y tế*. Phòng thống kê tin học - Vụ kế hoạch. Bộ y tế, 1998
18. Belanger Daniel và cộng sự, 1996. *Những kết quả nghiên cứu về tình dục và nạo hút thai ngoài hôn nhân của những phụ nữ trẻ ở Hà Nội*. Quỹ dân số liên hiệp quốc và Viện Khoa học Xã hội. Hà Nội
19. Barelsion, Bernard, 1979. *Luật cấm nạo hút thai của Rumani năm 1966: ảnh hưởng về nhân khẩu học sau một kỷ*. Tạp chí Nghiên cứu dân số, 1979. 33(2). 209-220

20. Nguyễn Minh Thắng, Ronnie Johnson, Evelyn Landry, Richard Columbia. *Chất lượng dịch vụ kế hoạch hoá gia đình và nạo thai tại một số điểm nghiên cứu của Việt Nam*. Nhà xuất bản thống kê. Hà Nội, 6/1998
Ngân hàng thế giới, 1992. *Việt Nam, Dân số, Dinh dưỡng, và sức khoẻ*. Phân ban nghiên cứu chính sách Washington DC. Báo cáo số . 10289-Việt Nam.
21. O. Campbell, J. Cleland, M. Collunbien, K. Southwick, 1999. *Phương pháp nghiên cứu xã hội học về sức khoẻ sinh sản*. Tổ chức Y tế Thế giới.
22. Prichett Iant H 1994. *Nguyện vọng sinh đẻ và triển vọng của chính sách dân số*. Tạp chí dân số và phát triển, tháng Ba tập .20(No,1). Trang 1-56.
23. Rigdon, Susan, 1996-M. ; *Luật NHT và thực hiện ở Trung quốc: Nhìn nhận lại và so sánh với tình hình ở Mỹ*; Khoa học xã hội và y học ; 1996, 42, 4, Fed, 543-560.
24. Tietze, Christopher. 1983. *Induced Abortion: A World Review*. (5th edition) The Population Council. United States.
25. Nguyen Minh Thang, Charles Hirschman, Nguyen Huu Minh, *Rural women's attitude towards family size: Tendency of change and impacted factors*. Sociological, No3 (55), 1996.
26. Viet Nam Ministry of Health. *A strategic assessment of policy, programme, and research issues related to abortion in Viet Nam*. Draft Report. Ministry of Health, Hanoi. August 1997.
27. Wu. Z. E. Gao et all, 1992. *NHT tự nguyện của phụ nữ chưa lập gia đình ở Thượng Hải, Trung Quốc*. Nghiên cứu kế hoạch hoá gia đình. 18(2): 51-53.
28. Liên hiệp quốc, 1999. *Chính sách nạo hút thai trên thế giới*. Bảng số liệu thông tin của vụ Kinh tế và Các vấn đề xã hội/Phân ban dân số. Tháng giêng New York, Tháng giêng, 1999
29. Liên Hiệp Quốc, 1999. *Chính sách NHT trên thế giới*. Bảng số liệu thông tin của vụ Kinh tế và Các vấn đề xã hội/ Phân ban dân số. New York, Tháng giêng, 1999.
30. Liên Hiệp Quốc, 1995. *Chính sách NHT trên toàn cầu*. Quyển III. Ban nghiên cứu về chính sách và thông tin kinh tế xã hội. New York.
31. Mauldin, W.P. và J.A.Ross, 1991. *Chương trình kế hoạch hoá gia đình: Những cố gắng và kết quả, 1982-89*. Nghiên cứu về kế hoạch hoá gia đình. 22, 6: 350-367.
32. McCarthy, James. and Maine, Deborah. 1992. *Khung lý thuyết phân tích các yếu tố về cái chết và bệnh tật người mẹ*. Nghiên cứu kế hoạch hoá gia đình. 23(1) : 23-33.
33. Daniel Goodkind, et al., *Abortion in Viet Nam: Measurement, Puzzles, and Concerns*. Studies in Family Planning, 25(6): 342-352, 1996.
34. Jarnbert, A. *Introduction of vaccum aspiration technology on therapeutic abortions in Thai Binh, Viet Nam: Experiences and results six months later*. Consultancy report to the unit of International Health Care Research. Stockkholm, 1996.
35. Ministry of Health, *A Strategic Assessment of Policy, Program, and Research Issues Related to Abortion in Viet Nam*. Hanoi, 1997.
36. National Committee for Population and Family Planning/General Statistical Office, Preliminary Report on *The Result of Multi-Round Survey on Demography and Family Planning, October 1st, 1996*. Hanoi, April, 1997.
37. Ross, John, A. and Frankenberg, Elizabeth, 1993. *Kết quả nghiên cứu về kế hoạch hoá gia đình trong hai thập kỷ*. Hội đồng dân số Mỹ. New York.
38. Tổ chức y tế thế giới, 1997. *Kế hoạch hoá gia đình sau NHT: Hướng dẫn thực hành cho các nhà quản lý chương trình*. Practical Guide. Phân ban sức khoẻ sinh sản, Tổ chức Y tế Thế giới. WHO/RTH/97.20.

39. Tổng cục Thống kê, 1995. *Kết quả chủ yếu*. Điều tra nhân khẩu học giữa kỳ 1994. Hanoi: Nhà xuất bản Thống kê.
40. Ủy Ban Quốc gia DS-KHHGĐ, 1996. *Kỷ yếu chính sách dân số và KHHGĐ Việt Nam*. Nhà xuất bản Thống kê, 1996.
41. Ủy Ban Quốc gia DS-KHHGĐ, 1999. Điều tra Nhân khẩu học và Sức khỏe, 1997. Dự án Dân số và Sức khỏe gia đình.