

Chương trình kế hoạch hóa gia đình từ nay đến năm 2000

VŨ QUÝ NHÂN

1. Hành vi sinh sản trước hết là một hành vi xã hội, chứ không đơn thuần là một hành vi sinh học. Vì rằng con người mang tính xã hội rất cao, nó sống trong môi trường xã hội và chịu ảnh hưởng rất nhiều tác động của các yếu tố kinh tế, văn hóa, xã hội. Trong xã hội loài người, con người thường sống trong một gia đình, và chịu ảnh hưởng đặt nhiều của gia đình, nhất là gia đình truyền thống.

Do vậy, về kế hoạch hóa gia đình cũng phải xem xét con người dưới góc độ xã hội, chứ không nên nhìn nhận dưới góc độ sinh - y học đơn thuần. Chương trình kế hoạch hóa gia đình của ta cũng như của nhiều nước khác nhau, thoát tiên xuất phát từ ngành y, do những cán bộ y tế khởi xướng hay du nhập những biện pháp tránh thai. Có thể nói những người thực hiện tránh thai dưới con mắt người thầy thuốc lâm sàng chỉ là những "con bệnh" ("bệnh nhân"). Thực tế nhiều năm, dịch vụ tránh thai đã được xem như một thứ công việc thêm vào trong công tác khám, chữa bệnh hàng ngày của thầy thuốc. Đã là con bệnh thì phải cần thầy thuốc, phải chủ động tìm đến thầy thuốc. Người thầy thuốc cũng đóng vai thụ động: có nhu cầu thì thực hiện. Cũng do nhìn nhận như vậy, đã dẫn đến đơn giản hóa chương trình kế hoạch hóa gia đình: có thể giảm sinh nhờ những biện pháp tránh thai. Kết quả là chỉ tiêu phát triển dân số 1,7% đã được đặt ra cho năm 1985.

Như đã nói trên, hành vi sinh sản chịu tác động lớn của các yếu tố xã hội. Thực hiện tránh thai phải xuất phát từ sự tự nguyện thì mới có kết quả. Bản thân các biện pháp tránh thai, trừ đình sản, tùy thuộc rất nhiều vào người sử dụng như: uống thuốc hàng ngày, nhớ dùng bao cao su... Để có sự tự nguyện sử dụng tránh thai, trước hết người ta phải thấy được lợi ích của nó - lợi ích thiết thực cho bản thân người dùng trước đã, chứ không chỉ là vì lợi ích quốc gia trước. Từ chỗ ý thức được lợi ích của tránh thai, người ta có thể có nhu cầu sử dụng. Một khi có nhu cầu, đây mới thật sự là vai trò của y tế: cung cấp cho họ những biện pháp tránh thai phù hợp, và giúp họ vượt qua những trở ngại (tác dụng phụ) để họ tiếp tục sử dụng.

Thực tế chương trình kế hoạch hóa gia đình ở ta từ trước tới nay như thế nào? ⁽¹⁾ - Hành vi sinh sản được những thầy thuốc nhận định như là một hành vi sinh-y học đơn thuần.

- Quan hệ giữa người cung cấp dịch vụ (provider) và người thực hiện tránh thai (acceptor, user) thực ra là quan hệ "thầy thuốc/bệnh nhân".

Chương trình lúc đầu đã lệch ngay từ cách đặt vấn đề: "vì lợi ích của đất nước" mà chưa quan tâm đến lợi ích của người thực hiện tránh thai. Yếu tố con người đã không được xem xét đầy đủ trong chương trình.

Chương trình mang tính "gò ép", từ việc giao chỉ tiêu hằng năm cho các địa phương về số người thực hiện tránh thai, số thủ thuật phải tiến hành (trong đó có nạo thai)... cho đến việc lựa chọn biện pháp tránh thai: Dụng Cụ Tử Cung (DCTC) được lựa chọn và cho tới nay nó vẫn là biện pháp tránh thai hàng đầu ở nước ta vì việc đặt vào, và lấy ra cần đến cán bộ y tế. Nó cũng thể hiện trong những qui định về thưởng phạt, đặc biệt là ở các địa phương. Đã có một thời kỳ khá lâu, một người đã đặt DCTC khi muốn lấy ra, vì sợ mất chỉ tiêu nên các cơ sở y tế đã đùn đẩy nhau không chịu lấy ra. Cũng do không thật tự nguyện, người đặt DCTC ở nơi này phải lén lút nhờ người khác (thường không được đào tạo về kế hoạch hóa gia đình) lấy ra, không ít trường hợp tai biến đã

¹ Không thể phủ nhận được thành tích của chương trình trong những năm qua, nó đã góp phần đáng kể đưa *tổng tỷ suất sinh từ bệnh quân 6 con cho 1 phụ nữ xuống 4 con cho 1 phụ nữ*. Tuy nhiên ở đây chúng tôi muốn nêu ra những chỗ còn chưa tốt của chương trình để góp phần làm cho chương trình ngày một tốt hơn.

xảy ra. Sự gò ép còn thể hiện ở chỗ lợi ích của người sử dụng tránh thai đã bị coi nhẹ: những chiến dịch đặt vòng ở ạt trước đây đã có lúc bỏ qua sự lựa chọn cẩn thận những người thích hợp với biện pháp này đã dẫn đến tỷ lệ có tác dụng phụ cao. Đặt vòng ngay sau đẻ cũng là một hình thức gò ép khác. Vì người sản phụ trong tình huống này có thể chưa suy nghĩ kỹ và thật sự tự nguyện tránh thai. Gần đây, ta đã khẳng định tính tự nguyện của chương trình kế hoạch hóa gia đình. Nhiều văn bản, bài nói của những nhà lãnh đạo cấp cao đã nói đến tính tự nguyện của cuộc vận động, nhờ vậy chương trình kế hoạch hóa gia đình đã có khá hơn.

2. Thực trạng về sử dụng tránh thai ở nước ta hiện nay.

Nếu như trước đây, dịch vụ kế hoạch hóa gia đình đã được xem như công việc riêng của ngành y tế thì nay nhiều người đã nhận thấy rằng muốn cho chương trình kế hoạch hóa gia đình được thành công thì phải nhanh chóng xã hội hóa nó, nghĩa là phải có sự tham gia của nhiều ngành, đoàn thể và điều quan trọng hơn là phải làm sao cho nhu cầu và việc sử dụng tránh thai đi vào cuộc sống hàng ngày.

Dịch vụ kế hoạch hóa gia đình từ trước đến những năm gần đây, vẫn do ngành y tế độc quyền, chủ yếu với những biện pháp tránh thai lâm sàng như: đặt DTTC, đình sản, các hoóc môn tránh thai... Từ ngày có đổi mới kinh tế, xã hội chuyển dần sang cơ chế kinh tế thị trường. Cùng với những biến đổi trong xã hội, dịch vụ kế hoạch hóa gia đình cũng có những biến đổi. Hệ thống y tế gặp những khó khăn mới nhất là mạng lưới y tế cơ sở nằm trong khu vực nông thôn. Như đã nói trên do nhiều năm các biện pháp tránh thai của ta lệch về các biện pháp lâm sàng, nên hoàn toàn phụ thuộc vào các cơ sở y tế. Nay các cơ sở y tế gặp khó khăn về kinh tế, cơ sở xuống cấp... đã ảnh hưởng trực tiếp đến việc cung cấp dịch vụ tránh thai. Trạm y tế xã, trước đây khi còn hợp tác xã nông nghiệp, các cán bộ y tế cơ sở do hợp tác xã trả thù lao, xã đóng tiền để xây dựng tủ thuốc và phần hóa hồng có thể là một nguồn phụ cấp thêm vào tiền lương ít ỏi của cán bộ y tế cơ sở. Nay hợp tác xã hầu như không còn nữa, một số cán bộ y tế cơ sở buộc phải tự lo lấy cuộc sống của mình, do đó đã ảnh hưởng đến hoạt động của trạm y tế.

Mặt khác trong cơ chế bao cấp cũ, chỉ có thể tìm thấy phương tiện tránh thai ở trong hệ thống y tế Nhà nước. Nhà nước độc quyền nhập, hoặc nhận viện trợ và độc quyền phân phối các phương tiện tránh thai. Người có nhu cầu, không biết mua ở đâu, hoặc mua lại của những người được cấp không, hay lấy từ trong cơ sở y tế Nhà nước đem ra bán. Hơn nữa, các biện pháp tránh thai khác không cần đến các cơ sở y tế lẫn các cán bộ y tế thì lại ít được chú ý đến như: bao cao su cho nam giới, các biện pháp tránh thai tự nhiên.

Cơ chế mới cũng có mặt tích cực đối với dịch vụ tránh thai. Ngành y tế đã cho phép các thầy thuốc đang công tác hành nghề ngoài giờ hành chính, và các thầy thuốc đã nghỉ hưu được mở phòng mạch... Các hiệu thuốc tư cũng phát triển nhanh chóng. Y tế tư nhân đã được thừa nhận, đang trưởng thành và đã có những đóng góp nhất định trong việc khám chữa bệnh cho nhân dân nói chung, trong đó có một phần là dịch vụ kế hoạch hóa gia đình.

Giờ đây, người có nhu cầu muốn mua bao cao su tránh thai hay thuốc tránh thai, đều có thể dễ dàng tìm thấy trên thị trường, hay ở cơ sở y tế tư nhân. Ngay từ năm 1988, khi cuộc Điều tra nhân khẩu học y tế (VN-DHS), thì 31% số người dùng thuốc tránh thai, và 17% người sử dụng bao cao su là do thị trường tự do cung cấp. Đến nay, tuy chưa có công trình nghiên cứu nào đánh giá sự đóng góp của bộ phận y tế tư nhân, chắc chắn sự đóng góp này là đáng kể, và thuận tiện cho người sử dụng. Hơn nữa y tế tư nhân cũng làm cho người tiêu dùng quen dần với kinh tế thị trường: do phải bỏ tiền ra mua nên tránh được lãng phí, và nhu cầu này mới thật sự là nhu cầu thực.

Có thể nói rằng: chương trình kế hoạch hóa gia đình ở Việt Nam chủ yếu dựa vào một biện pháp tránh thai là DCTC. Sau đây là kết quả của các cuộc điều tra mà ủy ban Quốc gia dân số kế hoạch hóa gia đình trong những năm gần đây:

a) Cuộc điều tra nhân khẩu học - y tế (VN-DHS), năm 1988. Đây là cuộc điều tra với qui mô toàn quốc lần đầu tiên ở Việt Nam.

b) Cuộc điều tra về sử dụng tránh thai ở vùng đồng bằng sông Hồng, năm 1991.

c) Cuộc điều tra sử dụng tránh thai ở duyên hải Trung Bộ, và vùng đồng bằng sông Cửu Long, năm 1992.

Phân bố người sử dụng tránh thai theo biện pháp.

(tính theo 100 người sử dụng)

Biện pháp tránh thai	Cuộc điều tra		
	A	B	C
1. Dụng cụ tử cung	62.3	69.0	49.0
2. Vòng kinh	15.2	7.5	17
3. Xuất tinh ngoài âm đạo	13.2	13.0	14
4. Bao cao su	2.2	6.4	5
5. Thuốc tránh thai	0.8	1.0	4
6. Đình sản Nữ	5.5	1.4	4
7. Đình sản Nam	0.6	1.0	0
8. Thuốc tiêm tránh thai			1
9. Khác	0.6	14	-

3. Phương hướng dịch vụ kế hoạch hóa gia đình từ nay đến năm 2000.

3.1. Công tác giáo dục truyền thông phải đẩy mạnh, với nội dung: lợi ích của việc thực hiện tránh thai trước hết là cho người sử dụng, và góp phần giảm bớt căng thẳng của sức ép dân số. Mục tiêu lâu dài của chương trình kế hoạch hóa gia đình phải hướng về chất lượng cuộc sống của con người trước đã, không nên quá nhấn mạnh đến những chỉ tiêu nhân khẩu học đơn thuần, mà coi nhẹ phần phúc lợi cho con người.

Công tác tư vấn kế hoạch hóa gia đình cũng phải đặt ra để tạo nhu cầu tránh thai trong nhân dân.

3.2. Các chính sách xã hội, y tế nhằm đảm bảo sức khỏe cho bà mẹ và trẻ em cần được nghiên cứu, ban hành để cho người dân an tâm chấp nhận qui mô gia đình nhỏ. Chính sách đối với người già, mất sức, neo đơn phải thể hiện sự quan tâm thực sự của xã hội, để cho người dân dễ chấp nhận qui mô gia đình nhỏ

3.3. Kinh nghiệm các nước cho thấy chương trình kế hoạch hóa gia đình chỉ có kết quả một khi bên cạnh chương trình kế hoạch hóa gia đình mạnh, có chính sách dân số tích cực, cần phải phát triển kinh tế - xã hội. Đặc biệt ở khu vực nông thôn Việt Nam, nếu phát triển theo hướng đô thị hóa, người dân nông thôn dần dần sẽ có suy nghĩ và cách sống kiểu đô thị, với nhiều yếu tố tác động tích cực đến qui mô gia đình nhỏ. Chừng nào nền kinh tế nông nghiệp còn ở tình trạng chủ yếu dựa vào sức người là chính (lao động cơ bắp), thì qui mô gia đình ít con cũng vẫn rất khó được chấp nhận.

3.4. Về dịch vụ tránh thai: cần tạo nhu cầu, thu hút nhiều người sử dụng các biện pháp tránh thai khác nhau. Cụ thể có một số điểm như sau:

- Đa dạng hóa các biện pháp tránh thai, và trong một số biện pháp cũng cần có các chủng loại khác nhau. Sự có nhiều biện pháp khác nhau không chỉ thu hút được thêm số người sử dụng, mà còn tạo điều kiện cho họ tiếp tục sử dụng.

- Tạo điều kiện thuận lợi cho người sử dụng, bằng cách tăng cường nhiều kênh phân phối (bán rộng rãi, sử dụng kênh thương mại, các đoàn thể quần chúng...), song song với việc nâng cao chất lượng dịch vụ tránh thai qua những trung tâm kỹ thuật kế hoạch hóa gia đình.

- Sử dụng mặt tích cực của hệ thống y tế tư nhân để họ vừa có thể đảm bảo cuộc sống vừa góp phần tích cực trong việc cung cấp dịch vụ tránh thai với chất lượng tốt. Cần có chính sách thích đáng để sử dụng được bộ phận

này trong chương trình kế hoạch hóa gia đình.

- Tuy không còn vị trí độc tôn, và độc quyền trong phân phối các dịch vụ tránh thai, ngành y tế Nhà nước không mất đi vị trí không ai thay thế nổi. Đó là những nghiên cứu áp dụng kỹ thuật tránh thai mới, đào tạo và tái đào tạo cán bộ y tế chuyên trách làm dịch vụ kế hoạch hóa gia đình, và giải quyết những biến chứng cũng như tác dụng phụ xảy ra trong quá trình sử dụng tránh thai.

3.5. Cần làm cho trách nhiệm về chương trình dân số, kế hoạch hóa gia đình nói chung và các dịch vụ tránh thai nói riêng trở thành trách nhiệm chính của từng cấp hành chính. Nhà nước cần phải đảm nhiệm, không trông chờ ở viện trợ. Các tỉnh lo là chính, không chỉ trông chờ ở trung ương; huyện không chỉ trông chờ ở tỉnh... Và cuối cùng người sử dụng, nếu thật sự vì lợi ích và nhu cầu của mình, tại sao cứ trông chờ ở Nhà nước cho không mãi. Từng bước phải chuyển dần từ cơ chế bao cấp sang cơ chế thị trường. Chỉ có khi nào làm được như vậy mới tránh được lãng phí tiền của Nhà nước. Từng cặp vợ chồng không khi nào mất tiền mua bao cao su tránh thai để vứt đi. Các tỉnh cũng không khi nào bớt tiền xây dựng trường học hay để đầu tư cho sản xuất để mua bao cao su tránh thai không dùng đến, hay những lãng phí vào việc khác, thậm chí để hư hỏng, như vẫn xảy ra với chế độ bao cấp

Nói như vậy, không có nghĩa cực đoan, bỏ ngay bao cấp, nhưng ngay từ bây giờ phải nghĩ đến điều này, từng bước chuyển dần trách nhiệm từ Nhà nước trung ương cho tới tận người dùng. Cần phân loại đối tượng nào có thể muốn, hoặc phải trả tiền cho dịch vụ kế hoạch hóa gia đình, những đối tượng nào cần bao cấp và bao cấp đến đâu? Khi người ta phải trả một phần, dù rất nhỏ cho một sản phẩm, ít khi người ta lãng phí. Lãng phí là điều không tránh khỏi khi còn bao cấp, ngay cả trong dịch vụ tránh thai. Sự thực đã có người tự nguyện, trả tiền cho những dịch vụ tránh thai từ mấy năm nay. Họ tự mua bao cao su, mua thuốc tránh thai, trả tiền cho hút điều hòa kinh nguyệt, cho đặt vòng và nạo phá thai...

Không có một nước nào có thể bao cấp mãi mãi cho chương trình kế hoạch hóa gia đình. Chắc chắn khi mà người dân ý thức được lợi ích của tránh thai và thật sự có nhu cầu tránh thai, họ sẽ sẵn sàng đóng góp và chia sẻ với Nhà nước. Điều này không chỉ đơn thuần là việc chia sẻ trách nhiệm với Nhà nước, mà điều quan trọng hơn là chương trình kế hoạch hóa gia đình sẽ vững chắc và có kết quả do nó xuất phát từ sự tự nguyện, từ những nhu cầu thật sự của người dùng.